

Fra kaos til markant  
fald i sygefravær

Hver tredje afbrydelse  
kan undgås

# SYGGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING  NR. 9 · 16. AUGUST 2013 · 113. ÅRGANG

VIDENSKAB & SYGGEPLEJE

Sådan håndterer  
patienter svær  
åndenød

Sygeplejersker med  
ph.d.-grad gavner praksis

Sygdomme hos  
udviklingshæmmede overses



# Åpent Hus for sykepleier- studenter og sykepleiere

Ønsker du å dra til Norge å arbeide – vi har jobb til deg :-)

I september invaderer vi Danmark - eller rettere sagt: vi inviterer til Åpent Hus for å fortelle mer om hvordan det er å arbeide for Dedicare i Norge. Kort sagt har vi de beste vilkårene med de beste lønningene, betalte reiser og gratis bolig. Vi hjelper deg med norsk autorisasjon og norsk skatt. Dessuten kan du i mange tilfeller velge hvor i Norge og hvor lenge du vil arbeide.

Så kom og møt oss på noen av disse stedene. Da forteller vi mer om hva vi kan tilby: en spennende og lærerik tid som er bedre betalt. Husk at Dedicare er den eneste bemanningsvirksomheten som har avtale med alle norske sykehus innen alle fagområder.

**Begynn med å velge hotell. Håper at vi sees!**

24 september, 12 – 18	Hotell Hillerød
24 september, 12 – 18	Hotell Cabin, Esbjerg
25 september, 12 – 18	Hotel Cabin København
25 september, 12 – 18	Hotell Cabin, Ålborg
26 september, 12 – 18	Hotel Scandic, Roskilde
26 september, 12 – 18	Hotell Cabin, Århus
27 september, 12 – 18	Hotel Ansgar, Odense
27 september, 12 – 16	Hotell Cabin, Århus

Kontakt oss genom att registrere din CV på **www.dedicare.no** eller ta kontakt med Anne Marit på **nurse@dedicare.no** alternativt **+47 74 80 40 70**



**www.dedicare.no**

**DEDICARE**  
Vi bemanner med glede

**"Min uddannelse og mit** virke som sygeplejerske har betydet utroligt meget for mig og min familie. At være sygeplejerske i Grønland er en livslang oplevelse. Jeg er taknemmelig for, at jeg fik muligheden for at blive sygeplejerske og senere leder i vores fantastiske land. Faget rummer muligheder, oplevelser og unikke hændelser, der får dig til at vokse som menneske."

**LEDENDE REGIONSSYGEPLEJERSKE  
I GRØNLANDS NORDLIGSTE SUNDHEDSREGION, REGION AVANNAA**

*Udlev dit fag og din faglighed i Grønland.  
Det vigtigste er, at du har gåpåmod og er klar på den  
personlige og faglige udfordring, et job i Grønland giver dig.*

**► gjob.dk**

**GRØNLAND – GIVER DIG  
EN OPLEVELSE FOR LIVET**

Find dit næste job i  
Grønland på **www.gjob.dk**  
Her kan du også læse mere  
om andres erfaringer med  
at arbejde i Grønland.



Det Grønlandske Sundhedsvæsen

## KORT

**10 Hver tredje afbrydelse i sygeplejen kan undgås**

Et forsøg viser, at en afdeling på Aarhus Universitetshospital fik nedsat antallet af afbrydelser med 37 pct. på tre måneder.

**12 Flere mænd optaget på sygeplejeuddannelsen**

Antallet af optagede mænd på sygeplejeuddannelsen er det højeste i 15 år. Men SLS jubler ikke endnu.

## TEMA OM SYGEPLEJE TIL UDVIKLINGSHÆMMEDE

**20 Udviklingshæmmede svigtes helbredsmæssigt**

Personer med udviklingshæmning har flere sygdomme end befolkningen generelt, men modtager færre sundhedsindsatser. Det skyldes, at mange udviklingshæmmede ikke selv kan vurdere, om de bør gå til lægen.

**24 Stor forskel på bostedernes sundhedsindsats**

Nogle bosteder har fastansatte sygeplejersker, andre har ingen.

**28 Sygeplejersker har indført årlige sundhedsfremmende besøg**

Da de rutinemæssige helbredsundersøgelser af udviklingshæmmede blev sparet væk, tog sygeplejerskerne på Skansebakken initiativ til at tilbyde sundhedsfremmende besøg.

## BAGGRUND

**34 Fra kaos til trivsel: Personalets sygefravær faldt markant**

Intensiv Terapi Afsnit ZIT på Bispebjerg Hospital var fanget i en negativ spiral af dårligt arbejdsmiljø. Nu er udviklingen vendt, og patientmortalitet og personalets sygefravær er faldet.

**38 PÅ JOB: Sund på Job-sygeplejersken giver færre sygedage**

I Sorø Kommune er sygefraværet gennemsnitligt faldet tre dage om året. Det skyldes bl.a. initiativet "Sund på Job", som sygeplejerske Claes Rosenkrands arbejder med.

**44 For 3t af sygeplejerskers transportmidler**

Nogle gange må sygeplejersker og radiografer flytte sig hen til patienten. Læs, hvordan tre sygeplejersker transporterer sig omkring, og hvad de tænker på undervejs.

**58 USA - videreuddannelsernes land!**

Marianne Baernholdt og hendes mand tog til New York for 28 år siden for at videreudanne sig. Hun er den første i *Sygeplejerskens* serie om sygeplejersker i udlandet.

## NYT FRA DSR – DIN ORGANISATION

**48 Sct. Hans tvang tvangen ned**

På trods af meget opmærksomhed er brugen af tvang i psykiatrien ikke nedbragt. Dog er det lykkedes på Sct. Hans, hvor kognitiv miljøterapi har reduceret mængden af tvang markant.

**53 Nordsjællands Hospital ansætter flere sygeplejersker**

Overbelægning gennem de senere år har fået direktionen på Nordsjællands Hospital til at opruste med både sygeplejersker og læger på det medicinske område.



## FAGLIG INFORMATION

### 66 Plejepersonalet mangler viden om kanylepleje

Mennesker med en trakeostomi er utrygge, når de bliver indlagt på hospital eller får besøg af hjemmeplejen.

### 68 Afbrydelser i sygeplejen kan reduceres

På baggrund af en undersøgelse og en fokuseret indsats faldt antallet af afbrydelser med 37 pct. på en hospitalsafdeling.

### 70 1 million til sygeplejeforskning

Den sygeplejefaglige forskningsfond har støttet otte udvalgte ph.d.-projekter.

## FAG

### 72 Tværfaglig forskning, der gavner ph.d.-studerende

Ansættelse af ph.d.-studerende i klinikken kan berige både praksis og de studerende.

### 76 Forsker og leder udvikler praksis sammen

Forskning sammen med personalet har ført til nye toner på hospitalsafdeling.

### 81 En værdig død på plejehjem

En erklæring med ønsker for beboerens sidste tid kan hindre f.eks. unødige hospitalisering.

### 85 Videnskab og Sygepleje

#### Fire måder at håndtere åndenød på i dagliglivet - et grounded theory-studie

Artiklen beskriver den flerdimensionalitet, der indgår i de fremtrædende måder, som mennesker med KOL håndterer åndenød i det daglige liv på.

## I HVERT NUMMER

- 13 Dilemma
- 15 Studerende i praksis
- 16 Historisk
- 32 Parentes
- 40 Boganmeldelser
- 60 5 faglige minutter
- 62 Debat/navne
- 66 Fagtanker
- 69 Fra forsker til fag
- 104 Stillingsannoncer
- 110 Kurser/møder/meddelelser
- 115 Kontakt

FORSIDEILLUSTRATIONER: MIKKEL HENSSEL OG SØREN HOLM

# Sygeplejersker fortjener et sundt arbejdsmiljø

Et rekordstort antal unge har i år søgt ind på sygeplejerskeuddannelsen. Det er positivt, for vi har brug for, at dygtige unge vil være en del af vores profession.

Jeg kan godt forstå, at så mange søger ind på uddannelsen. Det er udviklende og meningsfuldt at være sygeplejerske. Vores fag rummer et hav af forskellige muligheder.

Men vi ved, at sygeplejersker er udsat for høje krav. Undersøgelser viser, at sammenlignet med andre lønmodtagere har sygeplejersker en stor arbejdsmængde, højt arbejdstempo og høje følelsesmæssige krav. Det skal der tages hånd om.

Den dårlige nyhed er, at presset vokser. På trods af, at 75 sygeplejersker i dag skal udføre den samme mængde sygepleje, som 100 sygeplejersker udførte for 10 år siden, vil politikerne stadig have mere for mindre. Det vil vi i Dansk Sygeplejeråd fortsat konfrontere de ansvarlige med. Politikerne må prioritere eller investere i stedet for at vende ryggen til.

Den gode nyhed er, at det er muligt at vende mistrivsel til et sundt arbejdsmiljø. Det fortjener både erfarne sygeplejersker og alle de unge, der er på vej ind i faget. Derfor har Dansk Sygeplejeråd fået lavet en stor landsdækkende undersøgelse, som går i dybden med sygeplejerskers psykiske arbejdsmiljø. Baseret på undersøgelsen bringer *Sygeplejersken* i løbet af efteråret og henover vinteren en række artikler, der stiller skarpt på sygeplejerskers psykiske arbejdsmiljø. Som artiklerne fra Bispebjerg og Sorø i dette blad viser, er det muligt at nå langt, når ledelse og medarbejdere i fællesskab sætter arbejdsmiljø i højsædet.



Dorte Steenberg,  
næstformand i Dansk Sygeplejeråd



## NÆSTE NUMMER UDKOMMER 6. SEPTEMBER

Læs bl.a.:

- Tema om ny sorgforståelse
- På job med et psykiatrisk gadeplansteam
- Videnskab og Sygepleje om pårørende til patienter med brystkræft

Chefredaktør, ansvarlig efter medieansvarsloven  
**Sigurd Nissen-Petersen**  
snp@dsr.dk  
Tlf.: 4695 4193  
Mobil: 4013 3802

Redaktionssekretær  
**Henrik Boesen**  
hbo@dsr.dk  
Tlf.: 4695 4189  
Mobil: 2121 8770

Redaktionssekretær  
**Lotte Havemann**  
lha@dsr.dk  
Tlf.: 4695 4179

Journalist  
**Susanne Bloch Kjeldsen**  
sbk@dsr.dk  
Tlf.: 4695 4178

Journalist  
**Mille Dreyer-Kramshøj**  
mdk@dsr.dk  
Tlf.: 4695 4125

Journalist  
**Christina Sommer**  
cso@dsr.dk  
Tlf. 4695 4108

Journalist  
**Pelle Lundberg Jørgensen**  
pej@dsr.dk  
Tlf.: 4695 4119

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

Layout  
**Mathias Nygaard Justesen**  
mnj@dsr.dk  
Tlf.: 4695 4280

Sekretær  
Kurser, møder, meddelelser  
**Birgit Nielsen**  
bn@dsr.dk  
Tlf.: 4695 4186

#### Distribueret oplag

1. januar - 30. juni 2012: 73.184 eksp.  
Medlem af Dansk Fagpresse

#### Årsabonnement

840,00 kr. + moms

Løssalg:

64,00 kr. + moms

Kontakt Dansk Mediaforsyning på dsravn@dmfnet.dk

Ændring af medlemsoplysninger:

Kontakt Medlemsregisteret

Tlf. 3315 1555

medlemsregisteret@dsr.dk

#### Udgiver

Dansk Sygeplejeråd  
Sankt Annæ Plads 30 Postboks 1084  
1008 København K  
Tlf. 3315 1555  
redaktionen@dsr.dk  
www.sygeplejersken.dk  
ISSN 0106-8350

Tryk

ColorPrint

Annoncer

**Dansk Mediaforsyning**  
Elkjærvej 19, st. - 8230 Åbyhøj  
Tlf. 7022 4088  
Fax 7022 4077  
E-mail:  
Stillingsannoncer:  
dsrjob@dmfnet.dk  
Forretningsannoncer:  
dsrtekst@dmfnet.dk

**Hvis Sygeplejersken udebliver, kan du sende en mail til: udeblevetblad@dsr.dk**  
**Oplys medlemsnummer.**

Redaktionen forbeholder sig ret til elektronisk lagring og udgivelse af de faglige artikler i tidskriftet.

Redaktionen påtager sig intet ansvar for materialer, der indsendes uopfordret.  
Holdninger, der tilkendes i artikler og andre indlæg, udtrykker ikke nødvendigvis Dansk Sygeplejeråds synspunkter.

Chefredaktøren er ansvarlig for bladets indhold.

# Kommune vil forbedre sundheden for udviklingshæmmede borgere

TEKST: SUSANNE BLOCH KJELDTSEN

*Ny rapport fra Rudersdal Kommune viser, at udviklingshæmmede og borgere med psykosociale behov kommer senere til lægen, og symptomerne på sygdom er mere alvorlige end for andre borgere generelt. En række initiativer skal forbedre sundheden for den udsatte gruppe.*

Udviklingshæmmede borgere og borgere med psykosociale handicap har flere livstilssygdomme, men de opsøger ikke sundhedsvæsenet i lige så høj grad som befolkningen generelt, det har studier på området tidligere vist. Og den tendens bekræfter en kortlægning af 300 borgeres sundhed, som Rudersdal Kommune har gennemført i samarbejde med Socialt Udviklingscenter, SUS.

Det er brugere af Rudersdal Aktivitets og Støttecenter, der er blevet undersøgt. Kortlægningen omfatter bl.a. indhentning af data om deres sundhed fra e-sundhed og interview med praktiserende læger og pædagoger fra aktivitets- og støttecentret.

Lægerne vurderer, at borgerne kommer senere til lægen, og at symptomerne ved konsultationen er mere alvorlige end for andre patienter.

Konklusionen på rapporten er, at sundhedssystemet ikke tilbyder en særlig indsats for borgere med behov for en opfølgende indsats. Initiativet og ansvaret for at opsøge en læge ligger suverænt hos borgeren. I de tilfælde, hvor en voksen borger f.eks. psykisk er udviklingsmæssigt på niveau med et mindre barn og bor hjemme hos sine udviklingshæmmede forældre, risikerer borgerens sundhed og eventuelle begyndende sygdomme at blive overset.

## Pædagoger skal lære om symptomer

Det pædagogiske personale skal på kompetenceudviklende kurser, hvor de får en grundlæggende viden om symptomer på de mest almindelige sygdomme og viden om de screeningsprogrammer, som alle borgere tilbydes.

De praktiserende læger har givet udtryk for, at de mangler viden om den særlige

målgruppe, deres kommunikation, forudsætninger og behov. Rudersdal Kommune har derfor sendt rapporten videre til Region Hovedstaden og planlægger at drøfte rapporten med regionen i efteråret. Rudersdal Kommune vil bl.a. tale om muligheden for et fælles projekt omkring opsøgende og opfølgende lægehjælp til borgere, der ikke selv opsøger lægen.

Rudersdal Kommune vil også på baggrund af rapporten ansætte mere sundhedsfagligt personale, f.eks. sosu-assistenten, for at sikre, at sygdomme bliver opsporet på et tidligt stadie.

Læs mere om udviklingshæmmedes oversette sygdomme i temaet side 20.

## Uddannelse til Nøgleperson i palliation



### Tid:

13.-19. november 2013

22.-28. januar 2014

12.-18. marts 2014

Alle dage kl. 8.30-15.00.

### Formål:

At øge viden og styrke kompetencer inden for den palliative behandling, pleje og omsorg for døende og deres pårørende.

### Kursussted:

Bispebjerg Hospitals  
Uddannelsescenter  
2400 København NV

### Tilmelding:

Senest den 27. september 2013

### Pris:

Det samlede forløb: kr. 14.500 inkl. materialer samt delvis forplejning.

### Indhold og undervisere:

Se [www.sanktlukas.dk/kursusprogram](http://www.sanktlukas.dk/kursusprogram) eller ring 3945 5136

**Sankt Lukas Udgående Hospiceteam**

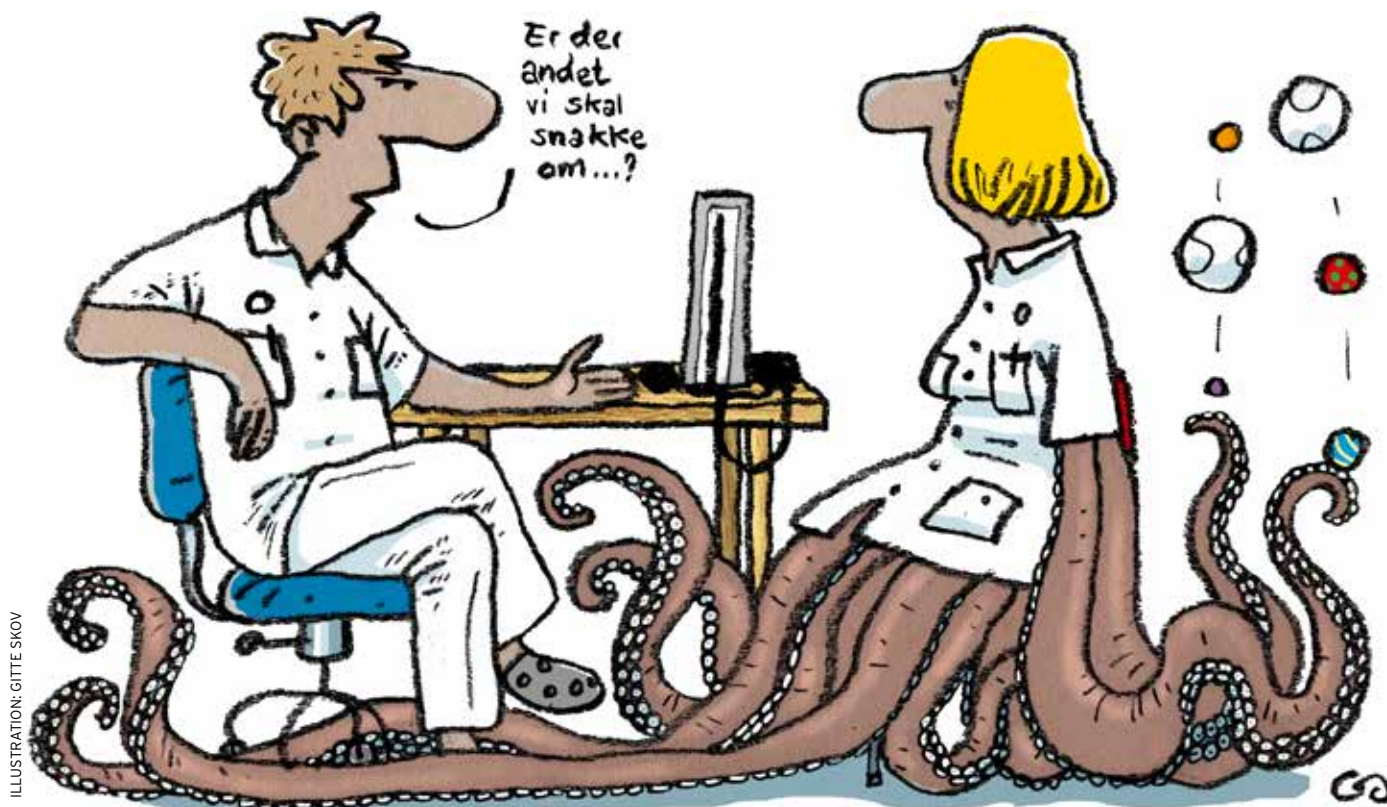


ILLUSTRATION: GITTE SKOV

I Sorø Kommune hjælper "Sund på Job"-sygeplejersken medarbejderne med deres fysiske og psykiske helbred. Læs reportagen side 38 om, hvordan tiltaget har nedbragt sygefraværet blandt de ansatte.

## Kræftpatienter savner bedre hjemmesygepleje

Fire ud af 10 kræftpatienter giver udtryk for, at de ikke er tilfrodse med den hjemmesygepleje, de har fået tilbudt efter endt behandling.

Det udsagn er blot et enkelt af en lang række tilbagemeldinger, som Kræftens Bekæmpelse har indsamlet i en undersøgelse blandt godt 6.000 kræftpatienter, to år efter de havde afsluttet deres behandling.

Barometerundersøgelsen, som er navnet på undersøgelsen, sætter fokus på nuværende og tidligere kræftpatienters behov, oplevelser og vurderinger i forløbet under og efter behandlingen.

Undersøgelsen fremhæver 10 områder, hvor der kræves en særlig opmærksomhed. Hjemmesygeplejen er et af tre områder, som er særligt relevante for sygeplejersker. To andre områder er hhv. efterkontrollen og de pårørendes rolle og situation.

Alle patienter er enige i, at efterkontrollen er vigtig. Otte ud af 10 patienter foretrækker, at kontrollen foregår hos lægen på sygehuset, færre end en ud af 10 ønsker, at efterkontrollen skal foregå hos en sygeplejerske.

Knap hver tredje patient giver udtryk for, at læger og sygeplejersker i mindre grad eller slet ikke har vist tilstrækkelig interesse for, hvordan deres pårørende har det. Hver fjerde oplever, at de pårørende slet ikke er blevet tilstrækkeligt involveret i behandlingen, og knap halvdelen af dem, der har haft hjemmesygepleje, oplever, at hjemmesygeplejen i mindre grad eller slet ikke har inddraget de pårørende i tilstrækkelig grad.

(hbo)

Undersøgelsen kan læses i sin helhed på [www.cancer.dk/barometer](http://www.cancer.dk/barometer)

” Det er trist, at de pårørende ikke bliver brugt bedre, for alle parter - patienter, professionelle og de pårørende selv - er enige om, at de er en uvurderlig hjælp i et voldsomt sygdomsforløb, som en kræftsygdom ofte udgør. Men det er desværre blevet ved festtalerne.

Afdelingschef i Kræftens Bekæmpelse, Laila Walther, Jyllands-Posten den 1. august.

Sundhedsberedskab på Roskilde Festival

## Som et primitivt felthospital

Op mod 170 sygeplejersker tog imod syge og tilskadekomne deltagere på årets Roskilde Festival, hvilket er det højeste antal nogensinde. Til gengæld var der færre ruspåvirkede til observation.

TEKST: SØREN OLUFSEN • FOTO: RASMUS MALMSTRØM



Sygeplejerske Lene Kragh i gang med at behandle en festivalgænger, som har fået en brandvabel, fordi han har spildt suppe ud over hånden.

Udenfor er der en helt særlig kombination af larm og støv, som suser gennem luften. Festivalgængerne driver til og fra campingområdet, hvor det røde og hvide samaritertelt står plantet på grusvejen.

Indenfor er lydniveauet betydeligt lavere, men man fornemmer intensiteten og paratheden blandt de mange sygeplejersker og læger med grønne veste.

Sygeplejerske Lene Kragh arbejder normalt på den centrale operationsgang på Roskilde Sygehus, men i år har hun for første gang valgt at være frivillig i sundhedsberedskabet på landets største festival.

”Jeg vil gerne være med til at sørge for, at de unge får en tryk og sikker festival, og derfor har jeg meldt mig. Og det er en rigtig stor oplevelse at være med på holdet. Det giver en faglig stolthed, når tingene bare kører, og vi på tværs af vores mange fagligheder hjælper hinanden og udnytter de muligheder, vi har her i teltet,” siger Lene Kragh.

Hun har lige behandlet en yngre mand, der er kommet til at hælde kogende suppe ud over sin hånd.



Behandlersygeplejerske fra Glostrup Hospital, Annette Serritzlew (th.), og anæstesisygeplejerske fra Bispebjerg Hospital, Birgit Riis, arbejder i afrusningen i samariterteltet. På årets festival var der langt færre festivalgængere til observation, end der plejer.

”Han skulle lige have lagt en ny forbindelse. Vi har store og små ting, som vi håndterer. Og nogle gange handler det også bare om, at de kan komme herind i teltet og få noget omsorg og støtte,” siger hun.

### Travlheden gav 40 ekstra sygeplejersker

Størstedelen af dem, der kommer i samariterteltet, er mellem 18-24 år, og der er en lige fordeling mellem kønnene. De hyppigste skader blandt festivalgæsterne er urinvejsinfektioner, ondt i halsen, astma-problemer og betændelse i sår. Men der er også personer, som har fået for meget alkohol eller stoffer.

”Vi har haft nogle til afrusning og observation. Det drejer sig mest om folk, som både har drukket og røget for meget. Men der har været markant færre, end der plejer,” siger Frank Praefke, ansvarsperson for det medicinske beredskab på Roskilde Festival.

Sundhedsberedskabet på Roskilde Festival havde sidste år meget travlt. Derfor har man i år opgraderet antallet af frivillige sygeplejersker til 170, hvilket er en forøgelse på 40 sygeplejersker.

I alt fik sundhedsberedskabet på Roskilde Festival i år 10.500 henvendelser, hvilket er 1.000 færre sammenlignet med 2012. Kun ca. 3.000 af henvendelserne var behandlingskrævende. Der var ingen alvorlige tilfælde.

### Bliv sygeplejerske på Roskilde Festival

Vil du søge om at blive frivillig sygeplejerske på Roskilde Festival, kan du kontakte Frank Praefke, ansvarsperson for det medicinske beredskab, på: frank.praefke@roskilde-festival.dk

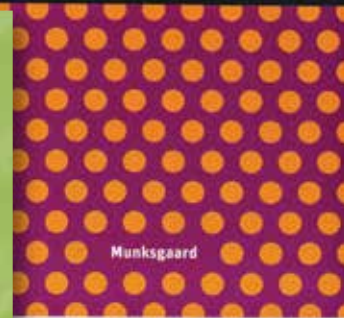
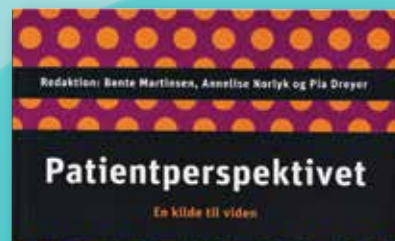


Velkomstilbud fra Sundhedsprof.dk

spar op til  
**827 kr.**  
på dine  
basisbøger

# Få 2 bøger for kr. 0,-

- betal kun  
porto 39 kr.



Få ny inspiration til dit fag og bliv orienteret om tidens vigtigste bøger om sygepleje og sundhed - spar flere hundrede kroner på dine bøger.

Velkommen i Bogklubben for Sundhedsprofessionelle

Anita Egelund

Anita Egelund, redaktør

Meld dig til på [Sundhedsprof.dk](http://Sundhedsprof.dk)  
klik på [Bliv medlem](#)  
og brug tilbudskoden: **sundhed**

Ekstra GRATIS bog  
til dig ved svar  
inden 7 dage:



**GRATIS GAVE**  
VÆRDI 229 KR.

**sundhedsprof.dk**

### Dømt for spark mod sygeplejerske

En 30-årig mand blev i juli idømt 60 dages fængsel for i maj i år at have sparket en sygeplejerske under sin indlæggelse på Hvidovre Hospitals skadestue.

Manden forklarede i retten ifølge Ekstra Bladet, at han ikke var klar over, hvad han gjorde, og at det ikke var med vilje. Dommeren troede ikke på forklaringen, og manden er derfor dømt efter straffelovens paragraf om forbrydelser mod offentlig myndighed. Han ankede med det samme sin dom til frifindelse.

### Forgiftede sygeplejersker tilbage på job

To bornholmske sygeplejersker, der i oktober sidste år blev sygemeldt pga. svovlbrintegasudslip på Bornholms Hospital, er tilbage i arbejde.

"De er vendt tilbage til arbejdet på det, som hedder en delvis raskmelding. Det vil sige, at de arbejder i den grad, som de selv kan i forhold til deres tilstand," siger kredsformand for Dansk Sygeplejeråds Kreds Hovedstaden, Kristina Robbins, til TV2 Bornholm.

I alt blev 10 medarbejdere ramt af ulykken på hospitalet. De øvrige er tilbage på fuld tid.

### Sygeplejerske opfinder respiratorforsegling

Sygeplejerske Karen Juelsgaard Christiansen fra hjertemedicinsk afdeling i Skejby har opfundet en ny forsegling, der kan lukke respiratorpatienters halshul effektivt og hygiejnisk. Hun har igennem sit arbejde med patienterne ofte oplevet, at forbindelserne løsner sig med efterfølgende risiko for infektion.

"Det undrer mig, at andre, der før har beskæftiget sig med problemet, bare er kommet frem til en ny form for tape eller forbindelse. Der er ikke nogen, der har tænkt i helt anderledes baner før," siger Karen Juelsgaard Christiansen til Århus Stiftstidende. Opfindelsen regnes med at komme på markedet i løbet af et par år.

## Hver tredje afbrydelse i sygeplejen kan undgås

Afbrydelser er et stort problem i sygeplejen. Men sådan behøver det ikke at være. Et forsøg viser, at en afdeling på Aarhus Universitetshospital fik nedsat antallet af afbrydelser med 37 pct. på tre måneder.

TEKST: PELLE LUNDBERG JØRGENSEN

Irritation, stress og ufokuseret arbejde er bare nogle af konsekvenserne, afbrydelser kan medføre. Men faktisk kan man ved hjælp af ganske simple redskaber reducere antallet af afbrydelser betragteligt. Det beviste Hjerte-Lunge-Kar-kirurgisk afdeling på Aarhus Universitet med en undersøgelse og efterfølgende fokuseret indsats, anført af Liselotte Brahe, master i klinisk sygepleje og uddannelses- og udviklingsansvarlig sygeplejerske på afdelingen. På kun tre måneder fik afdelingen reduceret antallet af afbrydelser med 37 pct.

Resultatet kom som følge af et studie, hvor man observerede afbrydelserne på afdelingen og sideløbende interviewede 11 sygeplejersker. Herefter brugte man de indsamlede oplysninger til at lave en forventningsafstemning blandt kollegerne og skabe et større fokus på arbejdsgangen på kontorer og i medicinrum.

Nogle af de metoder, der blev anvendt for at sætte større fokus på afbrydelserne var "forstyr-mig-ikke"-veste ved medicindosering, lukkede døre, dialogmøder og faste sygeplejekoordinatorer. Men først og fremmest var det store fokus på problemet med til at ændre adfærden på afdelingen.

"Arbejdsmiljøet er ændret, fordi der er kommet en bevidsthed om afbrydelserne. Det er forskellen. Der er stadig afbrydelser, men mere fokus på at undgå de unødvendige. Folks øgede bevidsthed om afbrydelserne har skabt et bedre arbejdsmiljø," fortæller Liselotte Brahe.

### En go' sygeplejerske uden afbrydelser

Sygeplejerske Mai-Britt Nielsen deltog i hele processen. Hun er ikke i tvivl om, at

interventionen var med til at forbedre arbejdsgangen på afdelingen:

"Det havde en stor betydning. Afbrydelser vil nok altid være et vilkår i vores fag, men man kunne mærke, at de færre afbrydelser havde en positiv betydning for patientsikkerheden, koncentrationen og det generelle stressniveau."

Ifølge Liselotte Brahe kan disse relativt simple metoder nedbringe antallet af afbrydelser alle andre steder, hvor afbrydelser er et problem.

"Det er min overbevisning, at det ville kunne gøres alle steder. Jeg har været ude omkring 20 steder, hvor de ser disse "selvfølgeligheder", jeg kommer med, og nærmest selv går i gang," siger Liselotte Brahe. Hun slår samtidig fast, at en rigtig kulturændring ikke kommer af sig selv. Skal interventionen implementeres, kræver det engagerede ledere, tid, kreativitet og mod.

"Men så vinder man også i sidste ende den investerede tid igen - flere gange," siger hun.

Læs også "Afbrydelser i sygeplejen kan reduceres" på side 68.



## Indstil din arbejdsplads til Arbejds miljøPrisen

Hvis din arbejdsplads har gjort noget særligt for at styrke arbejdsmiljøet, kan du indstille den til årets arbejdsmiljøpris. Arbejds miljøPrisen gives til arbejdspladser, der fortjener anerkendelse og hæder for deres indsats for et godt arbejdsmiljø.

Frist for indstillinger er den 25. september.

Læs mere på [www.arbejdsmiljoepriisen.dk](http://www.arbejdsmiljoepriisen.dk)

## Hospitalsskandale baner vej for patient-sikkerhed

En britisk hospitalsskandale er udgangspunktet for en ny rapport, der kommer med anbefalinger for fremtidens patient-sikre sundhedsvæsen.

Fra 2005 til 2008 oplevede patienter og pårørende på det britiske hospital Mid Staffordshire, at patienternes mest basale behov blev tilsidesat i en grad, at de ekstreme forhold i dag bliver omtalt som Mid Staffordshire-skandalen. Ifølge engelske medier er kan mellem 400 og 1.200 patienter være døde som følge af den dårlige behandling.

Med udgangspunkt i skandalen har det britiske sundhedsministerium offentliggjort en rapport med anbefalinger til, hvordan lignende katastrofer kan undgås i fremtiden. Rapporten er udarbejdet af en international rådgivende komité under ledelse af Don Berwick, tidligere leder af Institute for Healthcare Improvement, IHI, og tidligere leder af Medicare og Medicaid i USA.

Direktør i Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Beth Lilja, siger i en pressemeddelelse, at anbefalingerne også kan bruges i det danske sundhedsvæsen:

"Problemerne på det britiske hospital var ekstreme, men de mønstre, der ligger til grund, findes generelt i sundhedsvæsenet, ikke bare i England, men også i Danmark. Berwicks rapport viser, at der er behov for et fuldstændigt paradigmeskifte i sundhedsvæsenet."

Rapporten anbefaler at sætte patientsikkerhed og dét at lytte til patienterne over alle andre mål i behandlingen. (sbk)

Læs rapporten på [www.patientsikkerhed.dk](http://www.patientsikkerhed.dk)

## VERDEN RUNDT

### Facebook skaber organdonorer

De sociale medier kan være svaret på at få folk til at melde sig som organdonorer. I maj lancerede Facebook en ny funktion, der tillader amerikanske brugere at dele deres status som donorer med venner. Samme dag blev der registreret 13.012 nye tilmeldte donorer. Det er 21 gange flere end de gennemsnitlige 616 daglige nye registreringer, oplyser Medical News Today.

### London får Europas største sygeplejekulturcenter

Royal College of Nursing (RCN) har åbnet Europas største sygeplejebibliotek RCN Library & Heritage Centre i London. Biblioteket, der er åbent for offentligheden, er i tre etager og har udover Europas mest omfattende bibliotek af sygeplejebøger også en historisk afdeling med sjældne, gamle sygeplejebøger, forskellige historiske udstillinger, café og en butik, oplyser RCN i en pressemeddelelse.

### Sygeplejerske vinder over forsvarsministeriet

Den højest rangerende sygeplejerske i det britiske luftvåben (RAF), Group Captain Wendy Williams, har vundet over forsvarsministeriet i en sag om kønsdiskrimination, oplyser BBC News. I 2011 blev Williams' kollega, en mandlig læge, forfremmet, selvom hun var blevet anbefalet til stillingen og havde flere års erfaring.

"Jeg håber, sygeplejersker vil få mere anerkendelse for deres lederskab, engagement og professionalisme," sagde Wendy Williams efter afgørelsen.

RAF fik desuden hård kritik af dommeren, da det under retssagen kom frem, at det er RAF's procedure kun at ansætte læger til højere stillinger, der officielt er åbne for både sygeplejersker og læger, og at kun ca. 1 pct. af topstillingerne i RAF er besat af kvinder.

## Jeg er alkoholiker – men jeg drikker ikke mere

Ole "Bogart" Michelsen

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



Behandlingscenter  
T J E L E

4 centre – også ét tæt på dig

Døgntelefon  
70 20 40 80

[www.tjele.com](http://www.tjele.com)

HOUNISEN  
-fordi det er enkelt!

Lukket formalinsystem  
Til arbejde uden for stinkskab

Ny FORBEDRET udgave

Spande LEAK PROOF med formalin

Se mere på [hounisen.com](http://hounisen.com)  
eller ring på 86 21 08 00

# Flere mænd optaget på sygeplejeuddannelsen

Antallet af optagede mænd på sygeplejeuddannelsen er det højeste i 15 år. Men der er ikke grund til at juble endnu, siger Martin Loch Pedersen fra Sygeplejestuderendes Landssammenslutning og tovholder på projekt "Flere mænd i sygeplejen".

TEKST: PELLE LUNDBERG JØRGENSEN

6,9 pct. af de netop optagede studerende på sygeplejeuddannelsen er mænd. Det er det højeste tal siden 1997, hvor tallet lå på 7,9 pct. Samtidig er det femte år i træk, man kan notere sig en lille stigning. Alligevel er det ikke noget, man ifølge bestyrelsesmedlem i Sygeplejestuderendes Landsammenslutning, SLS, Martin Loch Pedersen, vil fejre. Han mener, tallet bør være betydeligt højere. Han erkender dog, at hvis man skal have mange flere mænd ind i sygeplejefaget, kræver det en normændring i samfundet, hvilket kan tage lang tid. Men han slår samtidig fast, at situationen heller ikke er holdbar, som den er nu:

"Vi rekrutterer kun fra halvdelen af befolkningen, og det er problematisk. Uddannelsen skal være attraktiv for alle."

Han nævner også Norge som et eksempel på et land, hvor det er lykkedes

at tiltrække mænd til sygeplejefaget. Her er omkring 10 pct. af de sygeplejestuderende mænd, hvilket vi ifølge Martin Loch Pedersen også bør have i Danmark. Men tallet stiger ikke af sig selv. Det kræver et arbejde fra både politisk og fagpolitisk side, forklarer Martin Loch Pedersen.

"Det hjælper ikke at sidde og vente, hvis man vil have flere mandlige sygeplejestuderende," siger han. Han nævner oplysningskampagner som en mulighed for at gøre opmærksom på fagets mange muligheder.

## Oversælg ikke uddannelsen

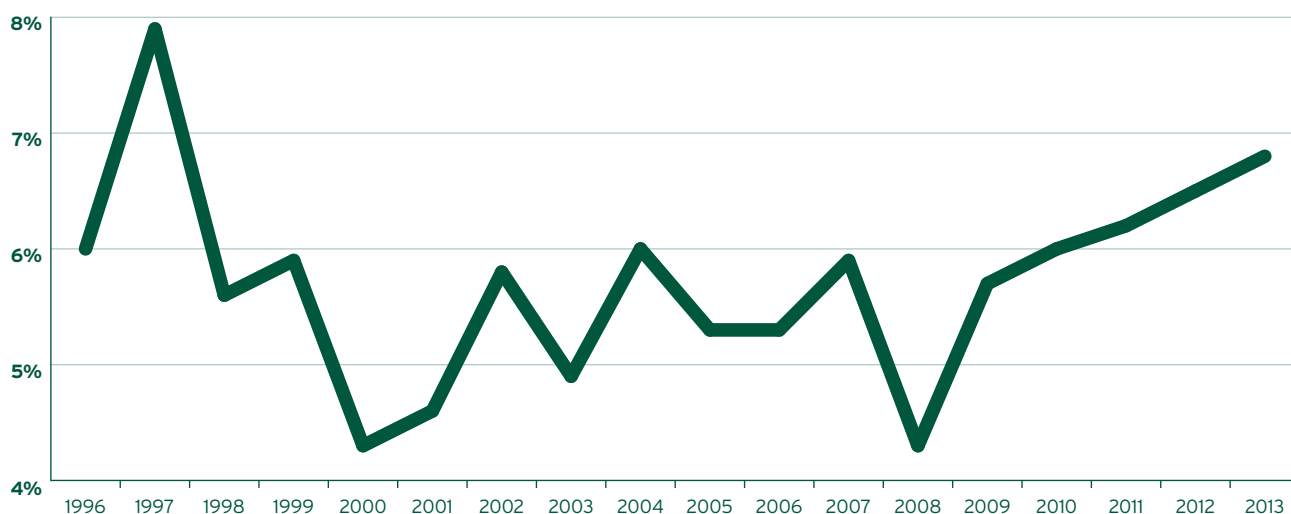
Kenn Warming, kønsforsker og specialkonsulent ved Institut for Menneskerettigheder, har tidligere beskæftiget sig med mænd i traditionelle kvindefag og

mænd i omsorgsfag. Han synes, det er positivt, at man kan registrere en stigning i antallet af mandlige sygeplejestuderende. Samtidig understreger han, at man skal gøre en ekstra indsats for at holde fast i dem.

"Får de en dårlig oplevelse og forlader uddannelsen, bliver de til dårlige ambassadører, og så står man måske dårligere end udgangspunktet. Derfor skal man heller ikke oversælge uddannelsen," siger Kenn Warming. Han har et bud på, hvorfor flere mænd trods alt søger ind på sygeplejeuddannelsen:

"Mange mænd går ind i faget for at gøre en forskel. Og de kan mærke, at de gør en forskel. De kommer måske fra et håndværk, men arbejder nu med patienter, hvor de får en umiddelbar reaktion på deres arbejde."

## Andel af optagne på sygeplejeuddannelsen - mænd



Kilde: Ministeriet for Forskning, Innovation og Videregående Uddannelser

# Undgå udsigtsløs behandling

TEKST: MARGIT SØNNICHSEN, SYGEPLEJERSKE

*Overbehandling eller udsigtsløs behandling er et evigt aktuelt emne, som kan håndteres, hvis personale, pårørende og borger på forhånd gør sig klart, at borgeren er bedst tjent med, at der tages stilling i tide.*

Sygeplejerskevikar Tea har nattevagt på et større plejecenter og kaldes til Maren, som er dement, svækket af flere sygdomme og nu har tiltagende vejrtrækningsbesvær. Tea forsøger at hjælpe Maren med bedre lejrning, inhalation, frisk luft og beroligende snak. Tea spørger personalet, hvilke overvejelser der er om den sidste tid for Maren, som det seneste år ikke længere har haft noget sprog. Ingen ved noget. I journalen står intet om ønsker for den sidste tid. De pårørende tager ikke telefonen, der er kun ét telefonnummer opgivet trods flere navne. Marens tilstand forværres, så vagtlægen tilkaldes, og han ringer 112. Tea diskuterer beslutningen, men vagtlægen holder fast, og Maren indlægges akut på sygehuset uden ledsagelse og dør om morgenen på vej til røntgenafdelingen.

Efterfølgende bliver Tea bebrejdet af Marens pårørende og af personalet: Maren skulle aldrig have været indlagt. Tea foreslår, at alle beboere får dokumenteret ønsker for den sidste tid på en erklæring. Nærmeste to pårørende og beboerens egen læge skriver under på erklæringen, som ligger både i E-journal og i en mappe i beboerens hjem. Tea spørger desuden, om man kender "Tryghedskassen".

Hvad tænker I om Marens død? Hvad tænker I om Teas forslag? Læs, hvad to sygeplejersker med særlig interesse for etik mener om spørgsmålet.

**Svar 1.** Selv om der i casen ikke er anført nogen alder, skulle Maren have haft lov til at sove stille og roligt ind, da dette i det etiske perspektiv kan siges, at være "til Marens bedste". Denne vurdering er foretaget på baggrund af de eksisterende oplysninger, og det er ikke ensbetydende med, at det med sikkerhed var det, Maren ville have ønsket. Kun personen selv kan i situationen vurdere og fortælle, hvad det gode liv er. Tea gjorde det fagligt og juridisk korrekte, og en del forskning viser, at patienter eller borgere ønsker livsforlængende behandling i langt højere grad, end pårørende og personale forestiller sig. Dette ønskes på trods af information om mulig lidelse ved valgene.

Teas forslag lyder til at være et emne, der skal følges nærmere. Kan man på en eller anden måde få udfærdiget et system, der sikrer beboerne en værdig og samtidig ønsket død, vil det være optimalt. At idéen kan synes svær at implementere korrekt, bør ikke afholde nogen fra at se nærmere på denne idé.

*Af Dorte E.M. Holdgaard, oversygeplejerske, exam.art., SD, MPA, formand for den lokale etiske komité ved Aalborg Sygehus.*

**Svar 2.** Tea er i nattevagt på et plejehjem. Hun er fagligt dygtig, ønsker at gøre sit arbejde godt og træffe de bedste valg for beboerne. Når en beboer som Maren er inhabil og dermed ikke kan give sit samtykke til en eventuel behandling, kræver sundhedsloven, at der i stedet skal indhentes et stedfortrædende samtykke hos nærmeste pårørende, hvilket Tea helt efter reglerne forsøger. Teas dilemma opstår,

da hun ikke kan få fat i vedkommende og må kontakte vagtlægen med henblik på at få Maren vurderet. Teas ønske er, at denne beboer og andre beboere kan få en værdig død i eget hjem.

"Tryghedskassen" er et godt redskab til lindrende pleje og behandling af døende. Dette redskab kan medvirke til en værdig død i eget hjem. Tryghedskassen skal ordineres af lægen og kræver igen, at beboer eller nærmeste pårørende giver sit samtykke.

Teas forslag om en erklæring, hvori beboerens ønsker for den sidste tid dokumenteres, efterlader spørgsmål til etisk overvejelse.

- Hvornår er det det rigtige tidspunkt at afholde samtalen med beboeren?
- Hvad med borgere, som ikke føler sig kompetente eller ikke ønsker at påtage sig ansvaret for dette valg?
- Skal en sådan erklæring være et stationært eller et dynamisk dokument?

På alle plejehjem bør ledelse og medarbejdere drøfte, hvordan de i deres arbejde kan medvirke til, at den enkelte beboers afslutning på livet bliver værdig og med respekt for den enkeltes integritet og selvbestemmelse.

*Af Hanne Juul, funktionsleder i Klinik for Skizofreni og Team for Affektive Lidelser i Psykiatrien i Esbjerg – Ribe, medlem af Sygeplejeetisk Råd, [www.dsr.dk/ser](http://www.dsr.dk/ser)*

Læs også artiklen "En værdig død på plejehjem" side 83.



Har du et dilemma, du gerne vil have belyst? Send det til fagredaktør Jette Bagh på [jb@dsr.dk](mailto:jb@dsr.dk). Det må højst fylde 900 tegn uden mellemrum. Husk navn og medlemsnummer på din mail.

# Hver fjerde har fået afslag til sygeplejestudiet

TEKST: MILLE DREYER-KRAMSHØJ

Hver fjerde ansøger, der har haft sygeplejestudiet som 1. prioritet, måtte kigge for-gæves efter optagelsesbrevet. Det viser tal fra Undervisningsministeriet om årets optag på landets uddannelser.

4.652 uddannelsessøgende med sygeplejestudiet som 1. prioritet fik 30. juli svar på, om de var blevet optaget, men kun 3.344 kom ind. Det svarer til, at mere end hver fjerde ansøger fik afslag, viser Undervisningsministeriet og Den Koordinerede Tilmeldings hovedtal.

"Tallene ligner dem, vi har set de sidste par år. De vidner om et stort samfundsnegativ engagement blandt unge, og det lover godt for fremtiden," siger Mette Kästner Jacobsen, som er formand for de Sygeplejestuderendes Landssammenslutning, SLS.

Hun håber, den store interesse også vil give bedre uddannelser.

"De unges interesse for sundhedsområ-derne bør få kommuner og regioner til at opprioritere uddannelserne, så de kan be-vare engagementet, og så vi sikrer, at de også bliver på uddannelserne, efter de er startet," siger hun.

## Der er job at få

Sygeplejestudiet har igennem de seneste år været et populært valg.

"Tidligere har der været negativ omtale af, at det var svært at få job. Den kurve er knækket nu, og der er igen ledige stillinger i nogle områder, som slet ikke bliver søgt. Nu kan de kommende sygeplejersker se, at der er job at få, og det kan være en

medvirkende årsag til stigningen," siger Mette Kästner Jacobsen.

Og det er professor i uddannelsesforskning på Aalborg Universitet, Palle Rasmusen, enig i:

"Især sygepleje- og pædagoguddannel-sen oplever fremgang, og det passer meget godt med de unges tendens til at vælge fag, hvor de kan se et erhverv for sig," siger han til Information.

I år har der desuden været en tendens til, at de studerende søger væk fra storby-erne og ud i provinsen.

"Det er fedt, at folk vil det så meget. Sygeplejen er et meget samfundsmæssigt relevant fag, og der er også brug for sygeplejersker i mindre byer," siger Mette Kästner Jacobsen.

SILENTIA SKÆRMSYSTEM

## Optimal hygiejne & fleksibel funktion



Book tid for en  
**GRATIS FREMVISNING**  
hos jer af en Silentia foldeskærm  
på telefon 39 90 85 85  
eller mail [info@silentia.dk](mailto: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.

**EasyClean™**  
Let at rengøre

**EasyReturn™**  
Let at folde sammen og trække ud

**EasyClick™**  
Mobil eller fast monteret



SKÆRMER AF UDEN AT LUKKE INDE

Silentia ApS – Tel: 39 90 85 85 • Fax: 72 62 31 00  
[info@silentia.dk](mailto:info@silentia.dk) • [www.silentia.dk](http://www.silentia.dk)

# App skal erstatte lommeapparater i fremtiden

Om få år slipper hospitalspersonalet måske for at rende rundt med flere elektroniske enheder, der tynger i lommer og bæltter. To ingeniørstuderende har efter et sygehusbesøg fået idéen til en app, der kan samle det meste af det kommunikationsudstyr, de ansatte betjener i dagligdagen.

"Vi blev ret overraskede over, hvor meget elektronik medarbejderne egentlig skal forholde sig til. Og så tænkte vi, at vi

måske kunne gøre det hele lidt nemmere," siger en af de studerende i en pressemeddelelse fra Ingeniørhøjskolen Aarhus Universitet.

Den ny app indeholder seks store ikoner, som giver adgang til bl.a. alarmopkald, overfaldsalarm, chat, telefoni og e-mail, og skal på længere sigt udvikles til også at kunne spore personale og udstyr.

STUDERENDE I PRAKSIS

## Sygeplejen har åbnet mine øjne

TEKST: MARIE-LOUISE LUND GREGERSEN, SYGEPLEJESTUDERENDE PÅ MODUL 7, VIA UNIVERSITY COLLEGE SILKEBORG

*Med sygeplejefaglig viden i bagagen lykkes det en sygeplejestuderende at få et andet syn på den borger, hun tidligere syntes var besværlig, utilfreds og meget kritisk.*

Ved siden af sygeplejestudiet har jeg et fritidsjob, hvor jeg er udekørende som aftenvagt i hjemmeplejen. Dette har jeg været i 2 1/2 år, og jobbet fik jeg, før jeg begyndte på studiet. I forbindelse med mit arbejde kommer vi hos en ældre dame med sklerose. Hun er så hårdt ramt, at hun kun kan bevæge hovedet. Fra halsen og ned har hun ingen kontrol eller mulighed for at styre sin krop.

I lang tid har jeg syntes, det var ubehageligt at skulle besøge hende, fordi hun på mig virkede som en sur gammel dame, som var svær at stille tilfreds. Hun skulle hele tiden rette på mig eller sige, at tingene skulle gøres om. Så var der ikke nok smør på bollen, så var vandet ikke koldt nok, så lå tæppet ikke rigtigt, så sad ærmet ikke, som det skulle, så skulle bleen rettes til igen osv., osv. Heldigvis har vi altid været to til hendes besøg, så jeg havde en anden hjælper at støtte mig til.

Efterfølgende har jeg haft en masse undervisning i sygepleje i forbindelse med mit studie, både om mestring, psykologi og menneskers forskellige reaktioner på svære livsvilkår, og det har givet mig et helt andet syn på den ældre, skleroseramte dame. Hun har ingen mulighed for at kontrollere sin krop eller lave den mindste lille bevægelse - ting, som vi andre tager for givet i vores hverdag. Og når manglen på kontrol over egen krop opstår, så må man jo kompensere ved at have kontrol over alle andre gøremål i sin hverdag. Derfor betyder det meget for hende, at tæppet f.eks. bliver rykket 2 cm til den anden side, så hendes hånd kommer til at ligge bedre på det, hånden bliver nemlig først flyttet igen, når vi kommer til næste besøg og gør det for hende.



ARKIVFOTO: SCANPIX

Med denne viden i bagagen er jeg ligefrem begyndt at se frem til besøgene hos hende, for nu forstår jeg hendes situation lidt bedre, og jeg forstår, hvorfor det er så vigtigt, at de små ting er i orden. Jeg har fået et meget bedre forhold til hende, og jeg kan mærke på hende, at det er gensidigt.

*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](mailto:jb@dsr.dk). Den må højst fylde 2.000 tegn uden mellemrum. Du får 500 kr., når din historie bliver bragt i Sygeplejersken.*

# Et liv så nær det normale som muligt

TEKST: SUSANNE BLOCH KJELDEN



FOTO: DANSK SYGEPLEJEHISTORISK MUSEUM

Fra 1957 og en årrække frem fungerede det gamle tuberkulosesanatorium Koldingfjord som en filial af åndssvageforsorgen i Brejning, og her stammer dette foto fra.



FOTO: QUATTRO ARKITEKTER

I foråret 2014 står 45 moderne torums boliger til udviklingshæmmede klar.

## Dengang

Lægen Jens Rasmussen Hubertz beskrev i 1843, hvilke vilkår gale og åndssvage levede under i "Om Daarevæsenets Indretning i Danmark". Han var initiativtager til en komité, der skulle fremme oprettelsen af en helbredelsesanstalt for "idioter, svagsindede og epileptiske børn" i København, og han oprettede i 1855 landets første forsorgshjem for udviklingshæmmede, Gamle Bakkehus på Frederiksberg. 10 år senere oprettede professor og døvstummelærer, Johan Keller, De Kellerske Aandssvageanstalter i København. I 1898 flyttede De Kellerske Aandssvageanstalter til Jylland, nærmere bestemt Brejning ved Vejle Fjords sydside. Johan Kellers søn, Christian Keller, blev leder af Forsorgscenter Brejning, og anstalten blev betragtet som et europæisk forbillede for åndssvageanstalter pga. den skarpe adskillelse af skolehjem, plejehjem og arbejdshjem.

De to store anstalter i København og i Jylland fik flere institutioner lagt ind under sig, og fra 1929 blev det til Østifternes Aandssvageforsorg og De Kellerske Aandssvageanstalter.

I 1959 fik Danmark en ny åndssvage lov, der foreskrev, at de åndssvage "skal have et liv så nær det normale som muligt". Forsorgen blev overtaget af Statens Åndssvageforsorg, og Danmark blev opdelt i 11 forsorgscentre, som i mange år blev ledet af overlæger og forstanderinder, som var sygeplejersker. I 1980 blev Statens Åndssvageforsorg nedlagt, og amter og kommuner overtog forsorgen.

## Nu

De udviklingshæmmede borgere udgør ikke den samme gruppe som for 20 år siden. Der bliver født færre børn med Downs syndrom, andre kendte kromosomafvigelser og arvelige handicaps. Til gengæld

bliver der født flere præmature børn, som kommer til verden med svære hjernesker og multihandicap. Det stiller nye krav til de fysiske rammer, og moderne boliger til udviklingshæmmede skal derfor indrettes til kørestolsbrugere med massivt plejebehov.

De tidligere "Kellerske Anstalter" i Brejning blev i 60'erne moderniseret og omdannet til udviklingscentre. I dag er boligerne for små og delebadeværelserne på gangen lever ikke op til tidens standard. Derfor har Vejle Kommune sat gang i et nyt byggeri under navnet "Det nye Skansebakken". Fra foråret 2014 skal der stå 45 boliger klar. Hver med egen indgang, stue, soveværelse, badeværelse og terrasse.

Kilde: Dansk Forsorgshistorisk Museum, Skansebakken.dk

Se også tema om sygepleje til udviklingshæmmede på side 20.



# Temadag hos Protac

Underviser Kirsten Godtfredsen MHP, sygeplejerske og konsulent, Masterclass på Demensrådet holder oplæg om:

## “Motorisk uro hos mennesker med svære demenssygdomme; omgivelsernes indflydelse”

Motorisk uro hos mennesker med svær demens er ofte et udtryk for, at individets evne til at opfatte og forstå sansendeindræk fra omgivelserne er brudt sammen. Det er derfor vigtigt, at personalet har forståelse for baggrunden for uroen og kender de redskaber, som kan have indflydelse på forløbet. Det drejer sig eksempelvis om kommunikation, planlægning og de fysiske rammer.

Kaffe og kage. Præsentation af nye produkter til mennesker med demens samt de nye modeller af Protac Kugledynen™

**Tid** Tirsdag den 8. oktober 2013,  
kl. 12.30 – 16.30

**Sted** VIA University College - Campus N,  
lokale 11.09, Hedeager 2, 8200 Aarhus N.

**Vigtigt! Læs parkeringsregler  
på [www.viauc.dk](http://www.viauc.dk)**

**Tilmelding** Senest den 1. oktober 2013  
til [protac@protac.dk](mailto:protac@protac.dk)  
Venligst oplys navn, arbejdssted,  
mail og tlf. nr. for hver deltager.

Tilmeld dig  
nyhedsbrev på  
[www.protac.dk](http://www.protac.dk)  
eller scan  
QR-koden



### OBS!

Det er gratis at deltage på temadagen

**PROTAC®**  
INTEGRATING SENSES



## Intensivt internat med mulighed for fordybelse

### Mindfulness Baseret Kognitiv Terapi / Stressreduktion – Kreta – Danmark

**Mindfulness-træneruddannelse, trin 1, 2 og 3  
eller har du bare lyst til, for din egen skyld, at lære mindfulness?  
(Trinene kan tages uafhængigt af hinanden)**

Kognitiv Center Fyn udbyder for 10. år kurser i Mindfulness baseret kognitiv terapi / stressreduktion med psykologerne Lene Iversen og Peter Hørslev Rasmussen og psykiater Bodil Andersen for psykologer, læger og tværfagligt sundhedspersonale.

Læs mere om Mindfulness på [www.kognitivcenterfyn.dk](http://www.kognitivcenterfyn.dk)

**Målgruppe: Læger, psykologer og tværfagligt personale.**

#### Kreta:

**Trin 1:** 03.10– 10.10.2013. *Formål: At lære metoden og bruge den på sig selv.*  
**Trin 2:** 01.05.-08.05.2014: *Formål: At lære at træne/ lave kurser for andre – for deltagere, der har erfaring med Mindfulness Meditation svarende til Trin 1.*

#### Kerteminde:

**Trin 1B (4 dage):** 19.-20.11.2013 + 18.-19.12.2013  
**Trin 1A (4 dage):** 08.-09.01.2014 + 26.-27.02.2014  
**Trin 2B (5 dage):** 17.-18.09.-2013 + 26.-28.11.2013  
**Trin 2A (5 dage):** 26.-27.05.-2014 + 16.-18.06.2014

#### TRIN 3 – Helnæs, Fyn:

**Trin 3 (4 dage):** 07.-10.04.2014.

For yderligere oplysninger og tilmeldingsprocedure:  
[www.kognitivcenterfyn.dk](http://www.kognitivcenterfyn.dk)

# Forskellen er...

## ... at praksisnær undervisning ruster mig til virkeligheden

Metropol udvikler sundhedsfaglige diplomuddannelser i tæt samarbejde med specialister fra klinisk praksis. Det sikrer et højt niveau og et indhold, der altid er relevant og aktuelt. Vi har bl.a. uddannelser til dig, der gerne vil specialisere dig inden for kræftområdet, kvalitetsudvikling, palliation eller rehabilitering i kommunerne.

Husk at vi også kommer ud på din arbejdsplads – kontakt os for at høre mere om skræddersyede forløb.

### Professionshøjskolen Metropol

Tagensvej 18  
2200 København N  
tlf. 72 48 75 00  
[www.phmetropol.dk](http://www.phmetropol.dk)

### Læs mere på:

[www.phmetropol.dk/rehab](http://www.phmetropol.dk/rehab)  
[www.phmetropol.dk/kraeft](http://www.phmetropol.dk/kraeft)  
[www.phmetropol.dk/kvalitet](http://www.phmetropol.dk/kvalitet)  
[www.phmetropol.dk/palliation](http://www.phmetropol.dk/palliation)

**METROPOL**

Kompetencegivende  
efter- og videreuddannelse

# TRÆNGER DU TIL

Der er stadig ledige pladser på

## Moduler med ledige pladser i efteråret 2013

Aarhus	Modul nr.	Uge	Pris
Klinisk vejleder i sundhedsfaglige professionsuddannelser	196013007	35-41	12.100
Praksis – Videnskabsteori og metode	191013009	35-41	10.500
Undersøgelse af sundhedsfaglig praksis	191113003	36-39	6.500
Tværfagligt samarbejde og organisering i sundhedssektoren – den moderne børnefamilie i det akutte forløb på hospitalet	195213002	36-39	7.200
Kommunikation – med fokus på supervision og coaching	195313008	39-25	17.500
Laboratorieanalytisk kvalitetssikring og -udvikling	192213302	43-46	6.500
Formidlings- og undervisningspraksis	194113103	43-49	9.500
Patientologi – at leve med sygdom	192113751	45-51	9.500

Aarhus – fortsat	Modul nr.	Uge	Pris
<b>Nefrologiske patienter</b> Modul 1: Udvikling i klinisk praksis – Identificering af udviklingsbehov Modul 2: Udvikling i klinisk praksis – Dokumentation og implementering	192213054	43-49	12.800
Kvalitetsstyring og innovation	192113452	46-49	6.500
Forandrings- og læreprocesser	194013003	49-05	9.500
Tværfagligt samarbejde og organisering i sundhedssektoren	195213001	45-48	6.500
Human ernæring og sundhedsfremme	151013001	43-49	9.500
Human ernæring og sundhedsfremme – <b>Blended</b>	151013002	43-49	9.500
Silkeborg	Modul nr.	Uge	Pris
Palliativ indsats – fokus på mellem menneskelige aspekter	192113601	43-49	12.800

# VIDEREUDDANNELSE?

sundhedsfaglige diplommoduler i efteråret 2013

Holstebro	Modul nr.	Uge	Pris
Kommunikation	195313006	40-46	9.500
Praksis – Videnskabsteori og metode	191013010	35-41	10.500
Undersøgelse af sundhedsfaglig praksis	191113004	43-46	6.500
Udviklingsbaseret og forskningsorienteret praksis	192013004	43-49	9.500
Forandrings- og læreprocesser	194013004	45-51	9.500
Viborg	Modul nr.	Uge	Pris
Praksis – Videnskabsteori og metode <b>Deltid</b>	191013011	36-51	10.500
Klinisk vejleder i sundhedsfaglige professionsuddannelser	196013008	45-51	12.100

## Vil du vide mere?

Du kan læse mere og tilmelde dig vores moduler på [www.viauc.dk/videreuddannelse/sundhed](http://www.viauc.dk/videreuddannelse/sundhed)

Her kan du også finde information omkring diplomuddannelsen, ansøgningsfrister og adgangskrav – og om muligheden for skræddersyede kompetenceudviklingsforløb, som udvikles i samarbejde med den enkelte arbejdsplads. Flere af modulerne kan ledige anvende som 6-ugers selvvalgt uddannelsesforløb.



Scan QR-koden og find alle vores sundhedsfaglige efter- og videreuddannelses tilbud

# Udviklingshæmmet helbredsmæssigt

TEKST: SUSANNE BLOCH KJELDSSEN • FOTO: SØREN HOLM

Udviklingshæmmede voksne har flere somatiske og psykiske sygdomme, men modtager færre sundhedsindsatser sammenlignet med befolkningen generelt. Det skyldes, at mange udviklingshæmmede ikke selv kan vurdere, om de bør gå til lægen, og på de fleste bosteder er det sundhedsfaglige personale skiftet ud med pædagoger. Kun hvert fjerde bosted har i dag sygeplejersker ansat, viser en ny undersøgelse fra Kommunernes Landsforening. Faggrupper og eksperter, der beskæftiger sig med udviklingshæmmede, diskuterer, hvad der skal vægtes højest - hensynet til borgernes selvbestemmelse eller hensynet til deres sundhed.

# ede svigtes



---

## Udviklingshæmmet - en definition

---

Den formelle betegnelse for udviklingshæmmede hedder i dag ifølge lov om social service: "personer med varig og betydeligt nedsat funktionsevne". Den afløser det, der tidligere ifølge bistandsloven hed "personer med vidtgående psykisk/fysisk handicap".

Ofte har personer med udviklingshæmning flere handicaps som f.eks. epilepsi, sansehandicap eller fysiske handicap. Det gælder særligt svært udviklingshæmmede.

Kilde: Center for Oligofrenipsykiatri.

---

Thomas Villadsen bor på Sølund i Skanderborg, et bosted for ca. 220 udviklingshæmmede borgere i alderen 18-100 år med 550 ansatte. Det er et af de få steder i landet med egen huslæge, psykiater og sygeplejersker døgnet rundt. Sygeplejerskens fotograf Søren Holm har besøgt Sølund og fotograferet nogle af beboerne i gang med forskellige aktiviteter som illustration til dette tema om sygepleje til udviklingshæmmede.

# Helbredstjek og sundheds er en undtagelse

Psykisk udviklingshæmmede har svært ved selv at reagere på symptomer, og de kan ofte ikke overskue at møde op til screeninger. De udviklingshæmmede kommer for sjældent til læge, og deres sygdomme og skavanker overses.

TEKST: SUSANNE BLOCH KJELDEN • FOTO: SØREN HOLM

En beboer har en vane med altid at hvile hovedet i hånden, mens hun støtter albuen på bordet. Hun giver ikke udtryk for smerte, før der er udviklet et tryksår, men tegnene på det begyndende sår har været der længe. En anden beboer klager over ondt i mundhulen, men diagnosen halskræft bliver først stillet på et tidspunkt, hvor behandling ikke længere er mulig.

Der er næppe nogen, som ønsker udviklingen skruet tilbage til dengang, hvor psykisk udviklingshæmmede boede på store institutioner bemandet med hvidkittede læger og sygeplejersker, og hvor beboerne blev anset som syge. Men i dag, hvor der mange steder udelukkende er ikke-sundhedsfagligt personale ansat, advarer sundhedspersoner og eksperter om, at der er risiko for, at de udviklingshæmmedes sundhed bliver forsømt. For mange er ikke selv i stand til at vurdere, hvornår de har brug for en læge eller en sygeplejerske.

Foreningen LEV, der arbejder for at forbedre vilkårene for mennesker med udviklingshæmning og deres pårørende, har stillet forslag til sundhedsministeren om, at alle udviklingshæmmede skal have ret til årlige helbredstjek hos lægen, en ordning efter forbillede fra Norge og Canada.

” Hvis ikke der er sundhedspersonale tilknyttet institutionerne, er der ikke nogen, pædagogerne kan tage de sundhedsfaglige diskussioner med, og så bliver de diskussioner ikke taget.

Formand for Fokusgruppe for sygeplejersker, der arbejder med udviklingshæmmede, Annette Frederiksen.

”Årlige helbredstjek ville være en rigtig god mulighed for at finde ud af, om et eller andet er under opsejling,” siger formand for LEV, Syster Kristensen, som får mange henvendelser fra pårørende, der fortæller om sygdomme, som bliver opdaget for sent. F.eks. den unge mand, som længe havde klaget over ondt i munden, uden at nogen pårørende eller pædagoger havde kunnet se tegn på sygdom.

”Først da han blev undersøgt, viste det sig, at han havde en kræftsvulst i halsen, som havde siddet der længe,” siger Syster Kristensen.

LEV begrundet deres anbefaling af årlige helbredstjek med, at udviklingshæmmede skal have samme adgang til sundhed som alle andre.

”Udviklingshæmmede kan ikke som andre mennesker reagere på symptomer og selv henvende sig til lægen,” siger Syster Kristensen, som selv er socialpædagog og mor til en udviklingshæmmed søn.

Og der er godt belæg for LEV's forslag om årlige helbredstjek. Internationale og danske undersøgelser peger på, at udviklingshæmmede bærer på uopdagede sygdomme som kræft, hjertesygdomme og diabetes og lidelser som nedsat syn og hørelse. De allerfleste

## Norsk model

Det norske Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse har for den norske sundhedsstyrelse igangsat udviklingsprojekter om sundhedsindsatser for mennesker med udviklingshæmning. Centret har bl.a. udarbejdet anbefalinger for årlige helbredskontroller og udviklet en model for tværfagligt samarbejde mellem faggrupper, der arbejder med udviklingshæmmede. Det har også hjulpet med at implementere tiltagene. I spidsen for projektet står specialistsygeplejerske Stine Skorpen. Læs mere på [www.aldringoghelse.no](http://www.aldringoghelse.no) > Udviklingshæmning > Temasider

udviklingshæmmede har svært ved at give udtryk for smerter og gener. Hvis sygdommene ikke bliver opdaget, kan det betyde nedsat psykisk og fysisk funktionstab, men det kan også få endnu mere alvorlige følger.

## Kræft opdages for sent

Etnolog og projektleder Maria Lincke Jørgensen fra Socialt Udviklingscenter, SUS, har undersøgt sociale bosteders erfaringer med kræfttramte beboere. Undersøgelsen, der er fra 2010, viser, at kræftsygdomme ofte opdages for sent, og at sundhedssystemet ikke altid er gearet til at møde de udviklingshæmmede patienter.

”Kræften blev typisk først opdaget, når symptomerne var så tydelige, at de ikke kunne overses, og det måske var for sent at helbrede,” fortæller Maria Lincke Jørgensen.

# fremme

Undersøgelsen viser også, at udviklingshæmmede sjældnere kommer til screening for brystkræft og kan have sværere ved at overskue konsekvenserne af at sige ja eller nej til kemobehandling.

SUS konkluderede bl.a., at der mangler viden om udviklingshæmmedes reaktioner på at have kræft, deres behov, når de får en kræftsygdom, og hvordan man bedst informerer en udviklingshæmmede borger om kræft.

”Pædagogerne er mange steder usikre på, hvor meget de som pædagoger skal fokusere på forebyggelse, sygdom og sundhed, fordi de forsvarer borgernes selvbestemmelsesret. Bostederne er borgernes eget hjem – det skal ikke være hospitalslignende institutioner som i gamle dage. Der er meget på spil for de forskellige fagligheder, for hvad skal man vægte højest: borgerens ret til at leve usundt og fravælge lægebesøg eller sundheden? Der er mange etiske dilemmaer, og det er svært at finde den rigtige løsning,” siger Maria Lincke Jørgensen.

## Årligt lægetjek i Norge

I Norge har man taget konsekvensen af, at udviklingshæmmede ikke selv kan opdage sygdom. Her har alle udviklingshæmmede ret til årlige helbredstjek hos lægen.

Specialistsygeplejerske fra ”Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse” i Norge, Stine Skorpen, har stået i spidsen for et treårigt projekt, hvor man udviklede en tjekliste, som de praktiserende læger kan tage udgangspunkt i ved konsultationerne.

”Vi mener, at alle voksne og ældre personer med udviklingshæmning bør gennemfø-

re en årlig kontrol, også for at få et naturligt og godt forhold til sin praktiserende læge. Lægerne i vores projekt sagde, at de ønskede at se patienterne så ofte, fordi de gerne vil være tidligt ude med tiltag og kunne forebygge lidelser, som de ved kan forekomme hos gruppen,” siger Stine Skorpen.

I Norge får lægerne en speciel takst for den årlige undersøgelse, og de afsætter lidt ekstra tid.

”Internationale studier viser, at årlige helbredskontroller af udviklingshæmmede har stor effekt, fordi de afdækker udiagnostiske tilstande. I en norsk undersøgelse udført på raske voksne personer med udviklingshæmning, som gennemgik et helbredstjek af andre grunde, fandt lægerne uopdaget diabetes og mange tilfælde af syns- og hørenedsættelse,” fortæller Stine Skorpen.

Helene Hager slapper af efter en omgang fysioterapeutisk massage, der kan lindre og forebygge fysiske lidelser, som er et vilkår for mange udviklingshæmmede borgere.



En lille gruppe sygeplejersker arbejder spredt rundt om på bosteder i Danmark. Nogle steder har fastansatte sygeplejersker, andre har slet ingen.

# Stor forskel på bosteder sundhedsindsats

TEKST: SUSANNE BLOCH KJELDSEN • FOTO: SØREN HOLM

I Danmark er sundhedsindsatsen over for udviklingshæmmede forskellig, afhængigt af hvor i landet man befinder sig. Nogle af de store bosteder, som typisk udspringer fra de traditionelle institutioner, har beholdt en huslægeordning som en rest fra dengang, hvor institutionerne lignede hospitaler. Andre steder er der fastansatte sygeplejersker, og andre igen har slet ikke nogen faste sundhedspersoner tilknyttet.

Annette Frederiksen er formand for Fokusgruppe for sygeplejersker, der arbejder med udviklingshæmmede borgere – en undergruppe af Fagligt Selskab for Neurosygeplejersker. Hun kender problemstillingen og medgiver, at sundhedsindsatsen på de sociale bosteder er et broget billede. Hun arbejder selv på bostedet Sølund i Skanderborg, som udspringer fra en af de traditionelle gamle institutioner, der har beholdt en huslægeordning, en fastansat psykiater og faste sygeplejersker. Her får beboerne hvert år et årligt helbredstjek.

”Der er meget på spil for de forskellige fagligheder, for hvad skal man vægte højest: borgerens ret til at leve usundt og fravælge lægebesøg eller sundheden?”

Etnolog og projektleder i Socialt Udviklingscenter, SUS, Maria Lincke Jørgensen.

”I en norsk undersøgelse udført på raske voksne personer med udviklingshæmning, som gennemgik et helbredstjek af andre grunde, fandt lægerne uopdaget diabetes og mange tilfælde af syns- og hørenedsættelse.

Specialistsygeplejerske fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse i Norge, Stine Skorpen.

”Der er stor forskel. I nogle kommuner er der kun pædagoger ansat på bostederne, og der er meget stor forskel på, hvordan viden om sundhed indgår i deres uddannelse. F.eks. viden om, hvordan man tager temperatur, og hvilke bivirkninger der er ved forskellig medicin. Derfor vil det være fint at få mere tværfaglighed ind,” siger Annette Frederiksen og understreger, at hun bestemt ikke ønsker bostederne omdannet til hospitaler.

”Pædagogerne gør et rigtig godt arbejde, men alle faggrupper har deres styrker og svagheder. Det kan være svært at se, at folk er syge, hvis de ikke gør opmærksom på det. Man skal kunne observere forandringer i adfærden og tolke i forhold til sygdom og sundhed,” siger hun.

”Hvis en borger humper på benet, kan det vise sig ved en røntgenundersøgelse, at benet er brækket, men borgeren har ikke været i stand til at fortælle, at han er faldet. En borger kan have en overfyldt blære, som ikke kan tømmes ordentligt pga. massiv forstoppelse – en kendt bivirkning af antipsykotisk medicin – og forstoppelse nedsætter borgerens trivsel.

Mange har nedsat hørelse pga. propper i ørerne. En del af vores borgergruppe er epileptikere, og et symptom på et anfald kan give sig udslag i andre adfærdssændringer end de velkendte kramper,” fortæller Annette Frederiksen.

## Hygge og hygiejne

Sygeplejersker, som arbejder med udviklingshæmmede, er en lille gruppe spredt ud i hele landet. Mange arbejder alene blandt pædagoger.

”Vi har stor brug for at støtte hinanden fagligt f.eks. i, hvordan vi underviser det pædagogiske personale i at tolke adfærdssændringer hos borgerne ud fra en sundhedstankegang. Hvis jeg skal lave en indsats f.eks. i forhold til hygiejne, spørger jeg rundt i mit netværk, om der er andre, som har gode erfaringer, som jeg kan blive inspireret af,” fortæller Annette Frederiksen og fortsætter:

”Jeg tager jævnlige rundt og underviser pædagoger på andre bosteder om emner som medicingivning, epilepsi og hygiejne, og de tager vel imod det. Pædagogerne holder f.eks. fast i, at det er borgernes eget



# nes

hjem, og det derfor er vigtigt, at der er hygge og høj livskvalitet, og det er jeg bestemt ikke uenig i. Men derfor skal vi alligevel være opmærksomme på, at når vi har været inde hos Viggo, som har roskildesyge, og skal videre til Sofie, så er der ikke nogen grund til, at hun arver naboens sygdom.”

Selvom Kommunernes Landsforening, KL – på baggrund af en landsdækkende af-dækning af sundhedsindsatsen på sociale

” Udviklingshæmmede kan ikke som andre mennesker reagere på symptomer og selv henvende sig til lægen.

Formand for LEV - udvikling for udviklingshæmmede, Sytter Kristensen.

bosteder – har fundet, at det ”hverken ser helt godt eller helt skidt ud” med sundhedsindsatsen på de sociale bosteder, er der ikke planer om nationale retningslinjer for, hvilke faggrupper der skal være ansat.

Undersøgelsen har ikke spurgt til, hvor mange steder i landet udviklingshæmmede modtager tilbud om årlige helbredstjek af en læge.

”Hvis ikke der er sundhedspersonale tilknyttet institutionerne, er der ikke nogen, pædagogerne kan tage de sundhedsfaglige diskussioner med, og så bliver de diskussioner ikke taget,” siger Annette Frederiksen.



Ligesom alle andre beboere på Sølund får Thomas Villadsen hvert år et helbredstjek af husets faste læge for at sikre, at han får tilbud om sundhedsfremme og forebyggelse.

Kun hvert fjerde bosted har sygeplejersker ansat, viser den første afdækning af sundhedsindsatser på de sociale botilbud for udviklingshæmmede.

# Pædagoger står for sundhedsindsatser på sociale botilbud

TEKST: SUSANNE BLOCH KJELDSEN

Sygeplejersker er i dag den sundhedsfaglige plejegruppe, der er mindst repræsenteret på de sociale botilbud. Kun hvert fjerde sted har sygeplejersker ansat, viser den første afdækning, der nogensinde er foretaget af sundhedsindsatserne på de sociale bosteder på landsplan. Dette på trods af, at mange udviklingshæmmede har til-lægshandicaps som epilepsi, spasticitet

og psykiske lidelser og får meget medicin, som giver bivirkninger. Undersøgelsen er foretaget af Kommunernes Landsforening, KL, i samarbejde med 45 kommuner som led i et toårigt projekt om dokumentation af hjemmeplejen, Partnerskabsprojektet.

Sygeplejerske Annette Frederiksen, som er formand for Fokusgruppe for sygeplejersker, der arbejder med udviklingshæm-

mede – en undergruppe af Fagligt Selskab for Neurosygeplejersker, mener, at alt pædagogisk personale skal have mulighed for tværfagligt samarbejde med sygeplejersker, der har erfaring indenfor specialet. Derfor bør der efter hendes mening være sygeplejersker tilknyttet alle bosteder for udviklingshæmmede, små bosteder kan evt. deles om en sygeplejerske.

”Det er vores erfaring, at det er lederens uddannelse og holdning, der er afgørende for, om der skal være sundhedspersonale ansat. Men de steder, der har sygeplejersker ansat, er glade for det, for det giver nogle langt bedre sammenhænge på det sundhedsfaglige område. F.eks. bliver der indrapporteret utilsigtede hændelser, fordi sygeplejersker er bevidste om, at man kan lære af de hændelser og gøre noget ved problemet,” fortæller Annette Frederiksen.

Men KL vil ikke gå ud og sige, at der skal ansættes bestemte faggrupper.

”Vi mener, det er vigtigt, at kommuner og bosteder bruger kortlægningen som et dialogværktøj til lokalt at finde frem til gode løsninger på, hvordan man får en bedre kvalitet i sundhedsindsatserne,” siger konsulent Maj Fjordside fra KL.

Der er ingen sammenhæng mellem antallet af borgere på det enkelte botilbud og antallet af fastansat sundhedsfagligt personale. Undersøgelsen kan heller ikke éntydigt

## Dansk Sygeplejeråd: Det handler om at mindske uligheden

Dansk Sygeplejeråd arbejder for, at der skal være flere sygeplejersker og bedre adgang til sparring med sygeplejersker alle de steder, hvor der bor borgere med sundhedsproblemer. Og ifølge formand Grete Christensen gælder det ikke kun på kommunernes plejecentre.

”Beboerne på bostederne har også komplekse sundhedsproblemer. Derfor er det tankevækkende, at 75 pct. af bostederne ikke har ansat sygeplejersker, og at 12 pct. hverken bruger hjemmesygeplejen eller har fastansat sundhedsfagligt personale. De tal bør være en øjenåbner for de ansvarlige politikere og for de sundhedsmyndigheder, som er ansvarlige for kvalitet og patientsikkerhed.

Dybest set handler det om at mindske uligheden i sundhed. Borgere med færre ressourcer er mere syge, og de har ikke fået nok del i den forbedring af behandlingstilbuddene, der har været i de seneste år. Her er beboerne på bostederne naturligvis en særlig udsat gruppe, og de fortjener en større opmærksomhed i fremtiden”, siger Grete Christensen. Hun er ikke tilfreds med, at der er stor variation i de sundhedstilbud, de udviklingshæmmede får:

”Sundhedsstyrelsen stiller meget strenge krav til, hvilke behandlinger hospitalerne må udføre, og hvilke kompetencer der skal være til stede. Men når det kommer til bosteder, er der tilsyneladende meget få krav til de sundhedsfaglige kompetencer, og derfor bør Sundhedsstyrelsen og politikerne også rette blikket ud over det, der foregår på sygehusene.”

**Top 10 - de mest udbredte sundhedsindsatser**

1. Hjælp til medicinadministration (65 pct.)
2. Hjælp til medicindispensering (44 pct.)
3. Modtager antipsykotisk medicin (38 pct.)
4. Modtager dosisdispenseret medicin (37 pct.)
5. Psykoedukation (27 pct.)
6. Behandling af hudproblemer, f.eks. eksem (27 pct.)
7. Smertelindring, f.eks. medicin eller massage (23 pct.)
8. Udformning af forebyggelsesplan efter psykose (20 pct.)
9. Behandling for diarré, forstoppelse eller mave-tarm-problemer (19 pct.)
10. Behandling for søvnproblemer (12 pct.)

Kilde: Kommunernes Landsforening.

” Hvis der skal ansættes mere sundhedsfagligt personale, skal timerne afgives fra pædagogtimer, og det vil pædagogerne synes er ærgerligt.

Formand for Fokusgruppe for sygeplejersker, der arbejder med udviklingshæmmede, Annette Frederiksen.

pege på, at det er de udviklingshæmmede borgeres problemstillinger, der er afgørende for, hvilken faggruppe man har ansat.

De botilbud, der ikke har fastansatte sygeplejersker, benytter sig i højere grad af hjemmesygeplejen. 60 pct. svarer, at de har sosu-assistenten ansat, og mange angiver, at pædagogerne har fået sundhedsfaglige kompetencer via kurser og efteruddannelse.

Annette Frederiksen så gerne, at der fra centralt hold blev lagt nogle retningslinjer for sundhedsindsatsen på sociale bosteder.

”Det er for nemt at sige, at man skal finde på lokale løsninger, for så fralægger man sig ansvaret. Der er mange steder, hvor man ikke vil gøre så meget ved det. Hvis der skal ansættes mere sundhedsfagligt personale, skal timerne afgives fra pædagogtimer, og det vil pæ-

dagogerne synes er ærgerligt,” siger Annette Frederiksen.

KL anbefaler, at der kommer mere fokus på bostedernes instrukser og dokumentation på det sundhedsfaglige område. 96 pct. af bostederne angiver i undersøgelsen, at de har instrukser for medicinbehandling, men kun lidt over halvdelen siger, at de har instrukser for opbevaring og føring af sygeplejefaglige optegnelser, som er et krav i sundhedsloven. Flere gav udtryk for, at de ikke kender til sygeplejefaglige optegnelser.

KL's Maj Fjordside siger:

”Det har været lidt af en øjenåbner i projektet, at krydsfeltet mellem servi-

celoven og sundhedsloven i praksis er så vanskeligt et område at håndtere for personalet. Den samme borger modtager både sundhedsindsatser og socialfaglige indsatser – og ofte samtidigt. Det gør selve dokumentationsdelen vanskelig.”

*KL har som led i det netop afsluttede partnerskabsprojekt udarbejdet en ledelsehåndbog i god dokumentationspraksis og et notat om delegation og brug af faglige kompetenceprofiler: [www.kl.dk](http://www.kl.dk) > Fagområder > Sundhed > Hjemmesygepleje > Partnerskabsprojektet*

**Fastansat sundhedsfagligt personale**

I et spørgeskema har lederne af bostederne svaret på, hvilket sundhedsfagligt personale de har fastansat, og om de gør brug af hjemmeplejen.

	Ja	Nej
Har I fastansatte sygeplejersker?	25 pct.	75 pct.
Har I fastansatte sosu-assistenten/plejehjemsassistenter?	60 pct.	40 pct.
Har I fastansatte fysio- og/eller ergoterapeuter?	30 pct.	70 pct.
Gør I brug af hjemmesygeplejen til at udføre sundhedsindsatser?	60 pct.	40 pct.

Enkelte botilbud stikker ud i undersøgelsen. 12 pct. angiver, at de hverken bruger hjemmesygeplejen eller har fastansat plejepersonale eller terapeuter.

Kilde: Kommunernes Landsforening.

Da de rutinemæssige helbredsundersøgelser af alle udviklingshæmmede for et par år siden blev sparet væk, tog sygeplejerskerne på Skansebakken initiativ til at tilbyde årlige sundhedsfremmende og forebyggende besøg for at sikre beboernes sundhed.

# Sygeplejersker har ind sundhedsfremmende be

TEKST: SUSANNE BLOCH KJELDSSEN • FOTO: NILS LUND PEDERSEN

I et kuperet landskab med skov og sø i den sydlige del af Vejle Kommune ligger landsbyerne Brejning og Børkop. De er kendt for at huse fem centre for i alt 260 udviklingshæmmede, hvortil der er ca. 600 ansatte, primært socialpædagoger, uaglærte, en mindre gruppe social- og sundhedsassistenter og fire sygeplejersker. Centrene har specialer i forskellige typer borgere med udviklingshæmning, f.eks. autister, yngre udviklingshæmmede med psykiatriske diagnoser, udviklingshæmmede med mange diagnoser og en institution for børn.

Vejle Kommune er en af de kommuner, der har valgt at bevare en sygeplejerskeordning, der dækker dag- og aftenvagter på de fem centre med base på Udviklingscentret Skansebakken.

Sygeplejefaglig leder Else Lassen giver et eksempel på, hvordan hun som sygeple-

jerske kommer ind i billedet i forhold til de udviklingshæmmede borgere.

”For to dage siden observerede pædagogerne, at en af borgerne – en mand i 60-årsalderen med autisme og uden sprog – ikke kunne støtte på sit ben på samme måde, som han plejede. Pædagogerne kontaktede sygeplejersken, som konkluderede, at der ikke umiddelbart var noget klinisk at se. Dagen efter kunne personalet se, at borgeren havde haft vandladning i sengen, hvilket var usædvanligt for ham, og de tolkede det som endnu et tegn på, at noget var galt. De kontaktede derfor mig, og jeg bestilte en transport til skadestuen. Borgeren blev opereret for hoftebrud samme dag og kom hjem igen til midnat. Da jeg besøgte ham her til morgen, gik han rundt i sin lejlighed,” fortæller Else Lassen, som har

været ansat på Skansebakken siden 1994 og har været afdelingsleder af den sygeplejefaglige konsulentordning siden 2001.

## Ignorerer smerte

Else Lassen har ofte erfaret, at udviklingshæmmede ignorerer smerte eller har andre måder at reagere på end mennesker, som kan udtrykke sig med sproget.

”Det er pædagogerne, der er til stede hos borgerne i dagligdagen, og det er ofte dem, der observerer, at et eller andet ikke er, som det plejer. Så kontakter de os, og i samarbejde forsøger vi at pejle os ind på, hvad der kan være galt. Nogle gange er man nødt til at tænke anderledes, for hvis man spørger om noget, er det ikke sikkert, man får svar. Man må bruge sit kliniske blik og de observationer, pædagogerne har gjort, f.eks. deres tolkninger af adfærdændringer hos borgerne,” fortæller hun.

Sygeplejerskerne har titel af sygeplejerskekonsulenter og har et nært samarbejde med socialpædagogerne.

”Det er ikke altid, pædagogerne får øje på tegn på sygdom, fordi deres fokus er på nogle andre ting, som også er vigtige. Som sundhedsfaglige konsulenter kan vi være med til at udvikle deres kompetencer i forhold til f.eks. forebyggelse af tryksår, tarmproblemer eller hygiejne. På ernæringsområdet kan vi bl.a. rådgive om, hvordan man bedst kan spise og drikke, når man f.eks. har dysfagi eller problemer med at holde vægten.”

## Fordele ved sygeplejekonsulentordningen

Afdelingsleder af den sygeplejefaglige konsulentordning, Else Lassen, opsummerer fordelene ved, at der er sygeplejersker ansat på et område, hvor der primært arbejder personale, som ikke har sundhedsfaglige kompetencer:

Sygeplejekonsulentordningen:

- skaber fokus på, hvad der skal til for at bevare sundhed og forebygge sygdom hos borgeren
- skaber tryk for det pædagogiske personale ved, at de har let adgang til sparring i sundhedsfaglige spørgsmål
- er med til at udvikle sundhedsfaglige kompetencer ved, at sygeplejersker er til stede i praksis og kan vejlede i aktuelle problematikker og tilrettelægge undervisning i sundhedsfaglige emner.

# ført årlige søg

Omvendt mener Else Lassen, at sygeplejersker kan lære rigtig meget af pædagoger, når det handler om at få skabt en tilgang til at få sundhedsfremme til at lykkes.

”De ved præcis, hvordan situationen skal gribes an, når vi f.eks. skal måle blodtryk på en borger. Nogle gange er borgeren mest tryk ved, at det er den faste pædagog, der måler blodtrykket, mens jeg står i baggrunden og ser på. Det er kendetegnende for en stor del af vores borgere, at de har svært ved at håndtere noget, der er fremmed for dem.”

## Årlige sygeplejebesøg

Udover de konkrete opgaver i hverdagen står sygeplejerskerne også for en sundhedsfremmende indsats. Indtil for fire år siden fik alle borgere en årlig helbredsundersøgelse af en praktiserende læge, men den ordning hørte op ud fra tanken, at de udviklingshæmmede skulle betragtes som andre mennesker i samfundet, som kun går til læge, når der er en særlig grund til det.

”Vi kunne se, at nogle ville blive tabere i spillet, fordi de ikke reagerer på symptomer, som andre mennesker gør. F.eks. ville nogle kunne risikere at gå rundt med blærebetændelse, som først ville blive opdaget, når temperaturen eller den almene tilstand var påvirket,” siger Else Lassen.

For at sikre, at der bliver taget hånd om borgernes sundhed, besluttede sygeplejerskerne i 2010 at lave en sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende

” Nogle gange er man nødt til at tænke anderledes, for hvis man spørger om noget, er det ikke sikkert, man får svar. Man må bruge sit kliniske blik og de observationer, pædagogerne har gjort, f.eks. deres tolkninger af adfærdsændringer hos borgerne.

Sygeplejefaglig leder Else Lassen.

indsats. Den består bl.a. i, at alle borgere med udviklingshæmning får besøg af sygeplejekonsulenten én gang om året, hvor der ud fra et skema bliver målt en række faste værdier som blodtryk, puls,

vægt, hørelse og syn og desuden bliver talt om tarmfunktion, medicin, tænder og mundhule. Den faste pædagog deltager under besøget. Ordningen med de årlige sygeplejebesøg har kørt i to år, ▶



Else Lassen fungerer som konsulent for socialpædagog Sussi Hyster (t.h.) i de tilfælde, hvor hun har observeret en eller anden adfærdsændring hos en borger, som hun er usikker på kan være af sundhedsmæssig karakter.

” Vi kunne se, at nogle ville blive tabere i spillet, fordi de ikke reagerer på symptomer, som andre mennesker gør. F.eks. ville nogle kunne risikere at gå rundt med blærebetændelse, som først ville blive opdaget, når temperaturen eller den almene tilstand var påvirket.

Sygeplejefaglig leder Else Lassen.



I dette tilfælde er borgeren tryk ved Else Lassen, for hun kommer jævnligt på besøg for at holde øje med blodtrykket. I andre tilfælde kan det være en fordel, at det er den faste pædagog, der måler, mens sygeplejersken står bagved og instruerer.

men nu har regionen besluttet at genindføre de årlige lægeundersøgelser, og det har fået sygeplejerskerne til at overveje, om de skal neddrole deres forebyggende indsats.

”Men vi er nået frem til, at de årlige besøg er en god måde for os at få et kendskab til alle borgerne, og samtalerne virker også som en vejledning for pædagogerne til, hvad man f.eks. skal være obs på,” siger Else Lassen og nævner forløbet med den 60-årige autistiske borger, der gik rundt med hoftebrud.

”Sådan et forløb stiller krav til personalets observationer i efterforløbet. Observationer og tiltag, som den sygeplejefaglige konsulentordning vejleder om,” siger hun.

#### Screening afslørede undervægtige

Et andet eksempel på, hvordan sygeplejerskerne kan bidrage til borgernes sundhed, er den indsats på ernæringsområdet, som sygeplejerskerne har stået for de seneste par år. Samtlige borgere med udviklingshæmning er blevet ernæringscreenet, og her viste det sig, at 39 borgere havde et BMI på under 20,5 og dermed var undervægtige. Sygeplejerskerne analyserede i samarbejde med pædagogisk personale, hvad de undervægtige borgere spiste og drak over en 14-dages periode for bl.a. at finde ud af, om borgerne led af synkebesvær eller andre problemer, som de skulle have diagnosticeret hos en læge.

”Det er et livsvilkår for mange udviklings-

hæmmede, at de har misdannelser eller er immobiliserede og derfor aldrig vil kunne blive normalvægtige. Men med en indsats er det lykkedes, at de 19 ud af de 39 har taget på i vægt,” fortæller Else Lassen.

At være sygeplejerske på et bosted for udviklingshæmmede rummer mange dilemmaer. Et af dem er, at centrene hører under serviceloven, men i nogle tilfælde agerer under sundhedsloven, f.eks. når pædagoger administrerer borgernes medicin. For nylig blev Else Lassen kontaktet af pædagogerne i en sag om en borger, som nægtede at tage sin krampemedicin. Pædagogerne ville vide, om de skulle kontakte den praktiserende læge med det samme i hvert enkelt tilfælde, eller hvor længe de evt. kunne vente med at ringe.

”I den situation er vi rådgivere for centerledelsen, som har det endelige ansvar. Vi handler under det ansvar, der er givet os, i og med at vi er autoriserede,” siger Else Lassen.

Else Lassen er i øjeblikket sammen med en kollega i gang med at arrangere et kursus for centerledelsen i samarbejde med embedslægen om hygiejne, ernæring og pleje til døende. Tidligere har sygeplejerskerne og embedslægen på lignende vis arrangeret kurser i medicin håndtering.

Sygeplejefaglig leder Else Lassen på vej til kontoret, hvor de fire sygeplejekonsulenter holder til midt i det naturskønne område, hvor Skansebakken ligger.









## Korsang er gymnastik for lungerne

Deltagerne fik kulør i kinderne, da KOL-koret ved Nordsjællands Hospital, Hillerød, holdt midsommerstævne med sommersange, åndedræts- og sangtræning på hospitalet lørdag den 29. juni. "Man synger sig glad, og vejrtrækningen bliver bedre," fortæller rehabiliterings-sygeplejerske Karina Tønder (midtfor i gul kortærmet bluse) fra Hillerød Sygehus. Hun har grundlagt KOL-koret og leder det i samarbejde med den musikalske leder, lægestuderende Cecilie Ane Nielsen (ved klaveret). Koret synger hver 14. dag. "KOL kan give angst, depression, trang til at isolere sig og alvorlige bivirkninger fra medicinen. I koret trænes vejrtrækningen, og isolationen brydes," siger Karina Tønder. Videnskabelige undersøgelser fra England og USA støtter erfaringerne fra Hillerød: Sang er godt for KOL-patienter. Idéen med KOL-kor breder sig og findes også i Fredericia, Herning og på Vesterbro.

(jh)

Fra kaos til trivsel

# Patienternes mortalitet og personalets sygefravær faldt markant

I flere år var Intensiv Terapi Afsnit ZIT på Bispebjerg Hospital fanget i en negativ spiral præget af især dårligt arbejdsmiljø. Nu har medarbejderne endelig fået vendt udviklingen endda samtidig med, at afsnittet bl.a. er blevet udvidet og har fået nyt IT-system. Personalets sygefravær er faldet markant, og patientmortaliteten er også nedadgående.

TEKST: CHRISTINA SOMMER

Patienten i centrum og fokus på fagligheden. Det er i dag omdrejningspunktet for alt arbejde på Intensiv Terapi Afsnit ZIT på Bispebjerg Hospital. Men sådan var det ikke for få år tilbage, hvor dårligt psykisk arbejdsmiljø gik hånd i hånd med skiftende ledelser.

Det fortæller intensivsygeplejerske og arbejdsmiljørepræsentant Catrine Thomsen, som blev ansat på afsnittet i januar 2007.

”Dengang var det en lettere kaotisk afdeling med manglende fokus og brok i krogene. Vi havde alt for travlt, for højt sygefravær og alt for mange vikarer,” husker både hun og tillidsmand og intensivsygeplejerske Svend Jespersen.

”Det dårlige arbejdsmiljø skabte mistillid mellem ledelse og medarbejdere, og det var svært både at fastholde og rekruttere nye medarbejdere. Og det øgede igen arbejdspresset på det faste personale,” siger han.

### **Markant fald i fravær og mortalitet**

Afsnittet havde gennem årene selv forsøgt at ændre forholdene bl.a. med hjælp fra hospitalets udviklingsafdeling, men desværre uden de helt store gennembrud især i forhold til den manglende tillid mellem ledelse og medarbejdere. Først da Arbejdstilsynet blev anonymt tilkaldt i efteråret 2011 netop pga. af det dårlige arbejdsmiljø, kom der for alvor gang i den positive proces, der har gjort Intensiv Terapi Afsnit ZIT til den gode arbejdsplads, den er i dag.

Det afspejler sig bl.a. i et markant fald i personalets sygefravær. Langtidsfraværet er helt væk, mens korttidsfraværet har været støt faldende fra 7-8 pct. i januar 2012 til nu at ligge stabilt under Region Hovedstadens mål om højst 5 pct. sygefravær hver måned. Patientmortaliteten er også faldet fra 24 pct. i 2011 til 16 pct. i 2012, og den positive udvikling afspejler sig også i antallet af genindlæggelser, fortæller afdelingssygeplejerske Marlene Fleischer.

Hun fremhæver desuden, at udviklingen også skal ses i lyset af, at afsnittet i forbindelse med Bispebjerg Hospitals overgang til akuthospital er blevet ombygget og udvidet.

”Vi har bl.a. implementeret nye behandlingsstrategier og fået nyt elektronisk patientdatasystem. Og alene i 2012 har vi bl.a. ansat 20 nye sygeplejersker og tre ekstra speciallæger. Vi varetager betydeligt flere opgaver i dag, og de mange nye kolleger har været et friskt pust, som personalegruppen har været gode til at tage imod og introducere til afsnittet.”

### **Lang og sej proces**

Afdelingssygeplejerske Marlene Fleischer blev selv ansat i februar 2012, og hun har sammen med den afsnitsansvarlige overlæge Anne Lindhardt for alvor fået sat fokus på fagligheden, hvilket bl.a. forudsætter et godt samarbejde mellem alle faggrupper på afsnittet lige fra portører, rengøringsassistenter, sekretærer og social- og sundhedsassistenter til sygeplejersker og læger.

”Alle faggrupper er essentielle, for at vi kan yde den bedst mulige behandling,” siger hun.

Processen med at løse de mange problemer har været en lang og til tider sej proces. Og den har foruden flere ansatte budt på tiltag som en ny strategi samt mål og visioner for afsnittets arbejde, tværfaglige konferencer, temadage og arbejdsgrupper for alle medarbejdere samt indførelsen af et såkaldt Trivsels Pursuit (se artikel side 18).

Og personalegruppen er gået positivt ind i alle processer, fortæller arbejdsmiljørepræsentant og intensivsygeplejerske Catrine Thomsen:

”Det var, som om alle havde glemt, hvad det vil sige at være glad for at gå på arbejde. Der er kommet styr på det psykiske arbejdsmiljø, og nu er det spændende at komme på arbejde hver dag, hvor der er tid til patienten og fokus på fagligheden.”

# Sådan fik de trivslen tilbage på intensiv

En strategi med fokus på patient og faglighed. Tværfaglige middagskonferencer, udpegelse af nøglepersoner og arbejdsgrupper inden for f.eks. IT-system, organdonation eller sedation samt udvikling af et Trivsels Pursuit. Det er bare nogle af de tiltag, der har været med til at afskaffe mange års dårligt arbejdsmiljø på Intensiv Terapi Afsnit ZIT på Bispebjerg Hospital.

TEKST: CHRISTINA SOMMER

2012 blev endelig det vendepunkt, som sygeplejerskerne og de øvrige medarbejdere på Intensiv Terapi Afsnit ZIT på Bispebjerg Hospital havde ventet på og også arbejdet for i mange år.

I september kom Arbejdstilsynet nemlig på opfølgende besøg, og efter en række fokusgruppeinterviews og en spørgeskemaundersøgelse kunne tilsynet konkludere, at afsnittet havde et godt arbejdsmiljø og var kommet godt igennem de udfordringer, medarbejderne var blevet stillet over for i forbindelse med en række omstruktureringer, udvidelse, ledelsesskift, flytning og opstart af nyt IT-system.

Afdelingssygeplejerske Marlene Fleischer var glad, især da konklusionen understøttede afsnittets egne oplevelser og data, der bl.a. viste et markant fald i personalets sygefravær og patienternes mortalitet, selvom patienterne er lige så svært kritisk syge, når de kommer, som de altid har været.

”Vi var alle stolte af Arbejdstilsynets konklusioner og den positive udvikling, afsnittet har gennemgået i løbet af 2012. Det har kun kunnet lade sig gøre, fordi alle medarbejdere er gået positivt til opgaven og har taget imod forandringerne med en utrolig omstillingsparathed og lærevillighed,” siger Marlene Fleischer.

## Markant holdningsændring

Som helt ny afsnitsledelse skulle Marlene

Fleischer sammen med overlæge Anne Lindhardt også forholde sig til det dårlige psykiske arbejdsmiljø. Arbejdstilsynets første besøg i efteråret 2011 havde dog allerede skudt en mere positiv udvikling i gang med bl.a. en handleplan, som først og fremmest fokuserede på, hvordan det psykiske arbejdsmiljø kunne blive bedre. Der blev f.eks. formuleret en mobbepolitik og sat ord på, hvordan ledere og medarbejdere skulle håndtere konflikter.

Marlene Fleischer og Anne Lindhardt så en opgave i at udarbejde en ny strategi og årsmål for afsnittet. Strategien fik overskriften ”Patienten i centrum – fokus på fagligheden” og dækkede over fire områder:

1. patientbehandling,
2. forskning og kvalitetsudvikling
3. uddannelse og
4. drift.

Inden for de fire områder blev der igen formuleret en række mål og visioner (f.eks. ”vel fungerende daglige tværfaglige middagskonferencer” og ”standardiserede introduktions- og uddannelsesprogrammer”), som personalet fik mulighed for at diskutere på temadage, der blev afholdt flere gange, så alle kunne nå at deltage.

”Der sker hele tiden nyt inden for vores speciale, og som afsnitsledelse har vi ansvar for, at vi følger med, men vi skal løfte opgaverne i flok, og det er vigtigt, at hele per-

sonalegruppen føler ejerskab for vores mål og visioner,” fortæller Marlene Fleischer.

Arbejds miljørepræsentant og intensivsygeplejerske Catrine Thomsen uddyber:

”Det blev spændende at komme på arbejde igen, der kom et andet fokus på patient og faglighed. Det var, som om holdningen og stemningen på afsnittet ændrede sig fra den ene dag til den anden.”

## Fra papir til handling

For at strategi, mål og visioner ikke blot skulle være bogstaver på papir, er der blevet nedsat arbejdsgrupper og nøglepersoner inden for en række områder lige fra det nye IT-system til mere faglige emner som organdonation, medicinrum og sedation.

”Lysten til at sparre kollegialt er stor. Jeg ser helst, at alle er med i en arbejdsgruppe og til at udvikle afdelingen fagligt. Der er mulighed for at lave egne forsknings- og udviklingsprojekter, men det kræver, at der er tid til det, hvilket igen kræver stram planlægning, strukturer og rammer,” siger Marlene Fleischer og pointerer, at afsnittet også er et uddannelsessted.

Ved udgangen af 2012 var 63 pct. af afsnittets 65 sygeplejersker specialuddannede intensivsygeplejersker, og p.t. er 11 i gang med uddannelsen, mens ni venter på at komme i gang her i efteråret samt i 2014/2015. En af dem er sygeplejerske

Mie Louise Haagensen, som har været ansat på Intensiv Terapi Afsnit ZIT siden juni 2012.

”Jeg havde et rigtig godt introforløb og synes her er godt at være. Der er ingen skyllerumssnak, og der er meget fagligt at forholde sig til. Jeg var meget nervøs i begyndelsen, men det gik væk, da jeg kunne mærke, at jeg bare kunne spørge mine kolleger om hjælp. Man kan ikke mærke, at mange af os er nye,” siger hun og henviser til, at afsnittet inden for de seneste to år også er flyttet ind i nyrenoverede lokaler, har udvidet fra seks til 10 sengepladser og ansat hele 20 nye sygeplejersker i 2012 og indtil videre 13 sygeplejersker i 2013.

### Trivsel måles løbende

I dag måles medarbejdernes trivsel løbende vha. et såkaldt Trivsels Pursuit, som bl.a. tillidsmand og intensivsygeplejerske Svend Jespersen har været med til at udvikle. Det er inspireret af brætspillet Trivial Pursuit og går kort fortalt ud på, at alle uanset stilling efter hver vagt kan placere en farvet ost på en lagkageformet planche i konferencerummet og dermed markere, om vagten hhv. har været super (grøn), god (lysegrøn), rimelig (gul), dårlig (blå) eller rigtig dårlig (rød). Der er desuden mulighed for anonymt på skrift at uddybe, hvorfor man har valgt den pågældende farve.

”Hver 14. dag bliver ostene talt op og trivselstemperaturen dermed målt. De oplysninger bruger vi til at italesætte både arbejdsmiljø, faglige succeser og områder med plads til forbedringer,” fortæller Svend Jespersen.

Og det er også et godt tiltag, mener Cartrine Thomsen.

”Selvom det er spændende at komme på arbejde hver dag, er det hårdt arbejde. Patienterne er svært kritisk syge, og der er mange faglige ting og forandringer at holde øje med. Man kan ikke bare sætte autopiloten på. Det kræver meget, og vi stiller store krav til hinanden,” siger hun.

Det hårde arbejde bærer tilsyneladende frugt i øjeblikket internt, men også eksternt, hvor afsnittet har fået gode samarbejdsprojekter i gang med bl.a. lungemedicinsk afdeling og hospitalets fysio- og ergoterapeuter.

”Nu bemærker flere den gode stemning i afdelingen, forleden havde vi f.eks. en pårørende, der har fulgt sin svært syge mand gennem mange år på mange hospitaler i regionen. Hun sagde, at det var den bedste afdeling, hun nogensinde havde været på. Hun havde lagt mærke til, at ingen var for stolt til at spørge hinanden til råds, og at der var en god stemning imellem de forskellige faggrupper. Det siger faktisk alt,” siger Marlene Fleischer.

---

### Hør mere

---

Har du lyst til at vide mere om den positive omstillingsproces, er du velkommen til at kontakte afdelingssygeplejerske Marlene Fleischer på [marlene.fleischer@regionh.dk](mailto:marlene.fleischer@regionh.dk)

---

# Sund på Job-sygeplejersken giver færre sygedage

I Sorø Kommune har medarbejderne markant færre sygedage i dag end for fem år siden. Sygefraværet er gennemsnitligt faldet tre dage om året, og det skyldes bl.a. initiativet "Sund på Job", som sygeplejerske Claes Rosenkrands arbejder med.

TEKST: MILLE DREYER-KRAMSHØJ • FOTO: CHRISTOFFER REGILD

Signe Foersom er tilbage på sit job i Sorø Kommune. Det har hun været et stykke tid, og det går godt. Men som mange andre oplevede hun, at tempoet i en periode blev alt for højt, og at kroppen ikke længere ville følge med. Derfor har hun en aftale med sygeplejerske og sundhedskonsulent Claes Rosenkrands om en sundhedsprofilsamtale. Den er et tilbud til medarbejdere og arbejdspladser i Sorø Kommune. Under samtalen skal de tale om Signe Foersoms generelle psykiske tilstand, ligesom hun skal igennem forskellige tests, for at Claes Rosenkrands kan vurdere hendes fysiske form.

"Vi arbejder med at støtte den enkelte medarbejder, men sundhedsprofilerne er også et redskab for arbejdspladserne," siger Claes Rosenkrands og fortæller, at mindst 70 pct. af medarbejderne på en arbejdsplads skal være med, så profilerne også kan bruges som en form for arbejdspladsvurdering.

"Når mange medarbejdere deltager, kan arbejdspladserne sætte fokus på de områder, der kan forbedres de enkelte steder. Det kan være alt fra det fysiske og psykiske arbejdsmiljø til indsatsen overfor de ansattes egen sundhed," forklarer Claes Rosenkrands, som siden 2009 sammen med en fysioterapeut har arbejdet med kommunens "Sund på Job"-ordning.

## Strategisk og kreativt arbejde

Uden for kontoret høres lyse stemmer og latter, og gennem vinduet er der udsigt til nabobørnehavens pudrum, hvor et par podere springer rundt. En livlig kontrast til Claes Rosenkrands' arbejde, der involverer

samtaler om stress, nedkørthed, smerter eller dårlig fysik.

"Selvom vi er blevet gode til at fokusere på arbejdsmiljø generelt, og der stort set alle steder nu er hæve-sænke-borde, lifte og andre hjælpemidler, viser forskning, at der de sidste 30 år ikke er sket ændringer i de smerter, medarbejdere har i bevægeapparatet," fortæller han. Derfor er medarbejdernes fysiske form en del af den samlede indsats, der arbejdes med i "Sund på Job", hvor miljø, KRAM-faktorerne, ergonomi, stresshåndtering og motion i arbejdstiden blot er nogle af de tiltag, som har sænket sygefraværet med ca. tre dage om året pr. medarbejder.

"Udover samtaler med de enkelte medarbejdere afholder vi f.eks. også trivselsmøder, teambuilding, sparrer med lederne og uddanner arbejdsmiljørepræsentanterne. Vi arbejder ud fra den såkaldte Iglo-model på alle fire niveauer (individ, gruppe, ledelse og organisation, red.), og det betyder, at man skal kunne tænke meget strategisk. Men man skal også være kreativ, for vi laver selv alt fra hjemmesider og kampagner til kurser og aftaler med eksterne partnere," fortæller han.

## Min bedste oplevelse

"Vi har arbejdet med forbedring af sundheden på arbejdspladsen i over fire år. I går mødtes vi med Sorø Kommunes Hovedudvalg, som Videncenter for Arbejdsmiljø gav blomster for det arbejde, de har lagt i de strategiske mål, vi arbejder ud fra."

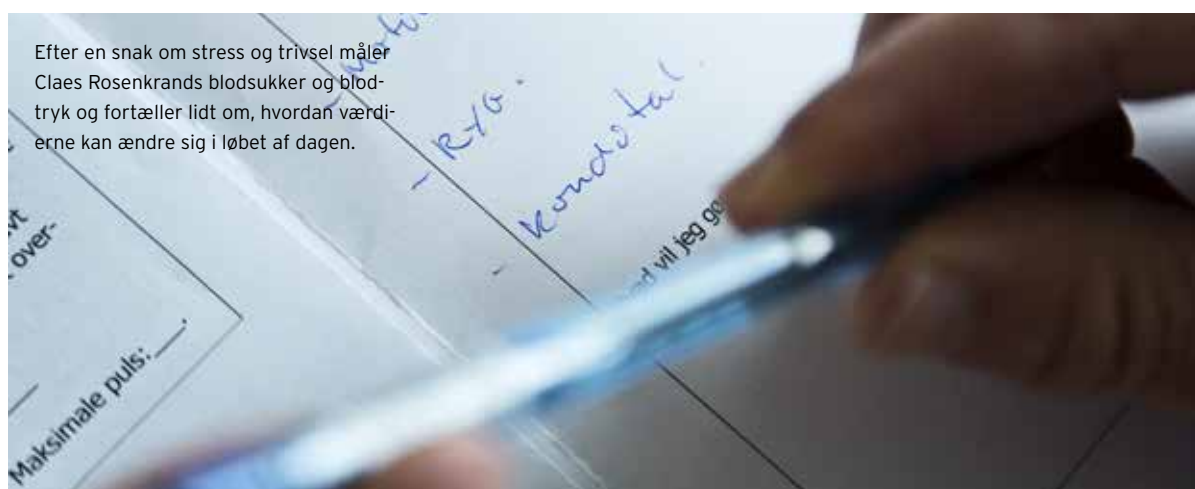


Omkring 100 samtaler om året handler om stress. "Jeg behandler ikke, men jeg giver medarbejdere og arbejdspladser en vejledning i, hvilke redskaber de kan bruge til at mindske stressforekomsten, og henviser til en psykolog, hvis der er behov for det," siger Claes Rosenkrands.



Dagens program omfatter også en tur til Ringsted, hvor Claes Rosenkrands skal holde oplæg for Sorø og Ringsted kommuners arbejdsmiljørepræsentanter.

Signe Foersom, som arbejder i Sorø Kommune, skal tage en motionstest som del af sin sundhedsprofil.



Efter en snak om stress og trivsel måler Claes Rosenkrands blodsukker og blodtryk og fortæller lidt om, hvordan værdierne kan ændre sig i løbet af dagen.



Ca. 20 km og en halv times kørsel er samtaler om stress skiftet ud med diskussioner om, hvordan man som medarbejdergruppe kan motivere hinanden til et sundere arbejdsliv.

## De dødes usvækkede livskraft

Betydningen af afdødes nærvær er sparsomt belyst i forskningen, i faglitteraturen og i populærlitteraturen. Søger man på emnet i databasen www.bibliotek.dk, dukker der to hit frem. Et digt af Benny Andersen samt denne nye bog af Lise Trap, hvor digtet naturligvis er med. Det indledes således:

*Jeg har ikke noget imod døde  
nogle af mine bedste venner er døde  
det påfaldende er blot  
deres usvækkede livskraft*

Fra begyndelsen af 70'erne har sorg været beskrevet som et forløb gennem fire sorgfaser, der skulle slutte med et adskillelsesarbejde. Vigtigheden af at få sagt farvel og give slip på den døde var målet med sorgarbejdet eller sorgopgaven. Det blev kaldt kronisk sorg med risiko for, at sorgen blev betegnet som patologisk, hvis mennesker ikke gennemførte adskillelsesarbejdet, men derimod fastholdt betydningen af afdødes nærvær. Nu er de tidligere sorgteorier, beskrevet af bl.a. Johan Cullberg, historiske. Dette farvel til sorg i fire faser er sket på baggrund af forskning i sorg og har båret en videnskabelig sorgteori, ”2-sporssmodellen” frem. I dag ved vi, at sorg er forskellig fra menneske til menneske og med forskellig intensitet kan fortsætte resten af livet. Den, som har mistet, skal løse flere opgaver samtidig og hele tiden veksle eller pendulere mellem to spor, der dels handler om at erkende tabet, dels om at forholde sig til det nye liv. Hvor man tidligere skulle adskille sig fra den afdøde, mener



Lise Trap  
**Hjertebånd**  
- At leve med sine døde  
Alfa 2013  
116 sider - 200 kr.  
ISBN 978-97-7115-072-8

man i dag, at følelsen af tæt kontakt med den afdøde kan være en støtte for den efterladte. Indenfor rammen af 2-sporssmodellen er det netop Lise Traps ærinde at fortælle om livet med de døde. Både om det, der er forbi for

altid, og om hvordan efterladte har den døde med sig i det liv, der er tilbage at leve. I et billedrigt sprog fortæller hun om sorgteorier, traditioner, ritualer, mærkedage og højtider afbrudt af enkeltfortællinger, der i ord og billeder viser, hvor forskelligt vi lever med vores døde. Berigende og bevægende læsning ekstra betonet med Finn Irs sorthvide fotografier.

Hvert år får en person, der har ydet en ganske særlig indsats til gavn for det danske samfund, titlen som æreshåndværker. Lise Trap er kandidat til titlen. Med bogen, som heldigvis henvender sig til både fag- og lægfolk, har hun gennemhullet en for sørgende begrænsende overbevisning og med viden og via eksemplets magt beskrevet betydningen af afdødes nærvær.

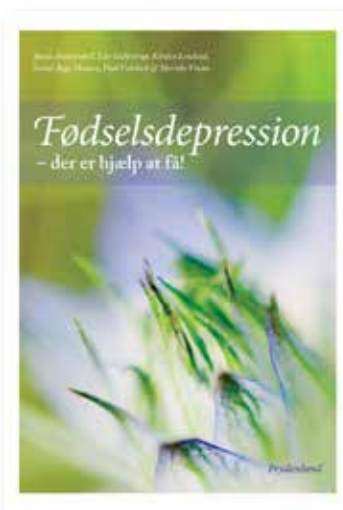
Af Joritt Tellervo, projektleder,  
Palliativt Videncenter

## Vejviser til EPDS-landskabet

En god håndfuld af vores mest vidende på feltet fødselsdepression har sammen leveret kapitler til denne antologi og grundigt belyst emnet fra forskellige vinkler. Årsager, symptomer, konsekvenser for barn og parforhold, behandling og forebyggelse sættes i 15 forskellige kapitler under lup. Indholdsfortegnelsen giver et godt overblik over kapitlernes indhold og gør den velegnet som opslagsbog. Før hvert kapitel beskrives indholdet kort. Har man kun begrænset tid til rådighed og i øvrigt nogenlunde på plads, hvad fødselsdepression er for en størrelse, kan jeg især anbefale at

Janni Ammitzbøll, Lise Gullestrup, Kirsten Lindved, Svend Aage Madsen, Poul Videbech og Merethe Vinter  
**Fødselsdepression - der er hjælp at få**  
Frydenlund 2012  
263 sider - 269 kr.  
ISBN 9788771180602

læse kapitel 6, 8 og 10. Poul Videbech gør i kapitel 6 rede for, hvordan en fødselsdepression kan påvirke familielivet, parforholdet og lysten til sex negativt, og hvad man kan gøre for at ændre det. Fødselsdepression er en hyppig årsag til skilsmisse i spæd-





## Den sejlivede familie

Vi oplever i disse år, at der dannes nye familier. En vedvarende høj skilsmisseprocent, selvvalgt singleliv med donorbørn, generel accept af homoseksuelle par, globale adoptioner og stigende alder er blandt de faktorer, der medvirker til dette. Samtidig er de forskellige bestræbelser på at få de nye familier til at ligne de gamle en bekræftelse af, at ønsket om at lege far, mor og børn er helt usvækket.

Hvis man vil vide mere om, hvordan vores opfattelse af den "rigtige familie" præger vores opfattelse af snart sagt alle sociale relationer, er denne bog et godt bud. Materialet er broget, idet der trækkes på kvalitative undersøgelser af sociale relationer blandt kinesiske tigmødre, filippinske au parir, stofmisbrugere, barnløse, hjemløse, soldaterfamilier, fængslede palæstinensere, handlede kvinder og andelshavere.

Referencerne kan derfor sine steder virke lidt kunstige. Det er heller ikke overbevisende at behandle barnløse og hjemløse i samme kapitel, selv om begge grupper italesætter deres mangel på/længsel efter børn.

Ikke desto mindre giver bogen stof til eftertanke. Ikke mindst overvejelserne over, hvordan ikke bare åbenhed og nærhed, men også hemmelighedsfuldhed er med til at reproducere sociale relationer, er tankevækkende. Det, vi aldrig taler om, kan være mindst lige så vigtigt, som det vi taler om hele tiden.

Vi har en tilbøjelighed til at se specifikke familierformer og sociale relationer som de mest naturlige og efterfølgende være for-



Hanne Overgaard Mogensen og Karen Fog Olwig (red.)

**Familie og Slægtskab, antropologiske perspektiver**

Samfundslitteratur 2013

214 sider - 298 kr.

ISBN 9788759316764

dømmende overfor det, der er anderledes. For at opretholde det "rigtige" må vi nødvendigvis fortie det "forkerte", og det indebærer, at familierelationer ofte præges af ambivalens og tvetydighed.

Bogen henvender sig til antropologistuderende og andre, der vil være med til at reflektere over vores sociale praksis ved hjælp af antropologiens kendskab til verdens sociale

variationer og evne til på en gang at være midt i det nære og at distancere sig fra det.

Den kan ses som en del af den bølge, der tegner sig i debatten nu, hvor trætheden over økonomiske forklaringer på alting ikke længere kan holdes tilbage, og hvor stadigt flere kaster sig ud i mere kvalificerede forklaringer på menneskelig adfærd. Mennesker styres af andet og mere end økonomiske motiver, og årsagerne til, at familien overlever de voldsomme forandringer, samfundene udsættes for, er særdeles komplekse.

*Af Karen Ellen Spannow,  
sygeplejerske og etnograf*

barnsperioden pga. den store belastning, depressionen lægger til ansvaret for og pasningen af barnet. Sexlysten er påvirket, hvilket nogle par opfatter som det værste ved depressionen. I kapitel 8 beskriver Svend Aage Madsen, hvorfor nogle mænd udvikler fødselsdepression, og hvordan de diagnosticeres og behandles. Mænds og kvinders symptomer og reaktioner har både sammenfald og forskelle. I behandlingen af fødselsdepression hos mænd lægges, som i behandlingen af fødselsdepression hos kvinder, vægt på at bedre de psykiske symptomer og forholdet til barnet og på at arbejde

med forældreskabet. Sundhedsplejerske Merethe Vinter har i kapitel 10 fokus på sundhedsplejerskearbejdet og på, hvordan sundhedsplejersken kan arbejde med Edinburgh Post Natal Depression Scale (EPDS) som redskab til at skabe dialog om den mentale sundhed i familien. Merethe Vinter giver meget konkrete eksempler på, hvordan samtalen i familien kan forløbe, hvilket kan være god inspiration for mange sundhedsplejersker, som står for at skulle begive sig ud i EPDS-landskabet og betrede nye veje.

Forlagsredaktørerne skriver på både bagside og i forordet, at målgruppen

primært er de depressionsramte og deres pårørende, men at også fagpersonale og studerende kan gøre brug af bogen. Der vil være mange trætte, koncentrationsbesværede deprimerede, der vil have vanskeligt ved at håndtere skrifttætheden i denne bog. Til gengæld er den en god hjælper og følgesvend for de sundhedsprofessionelle og behandlere, som er i kontakt med kvinder og mænd med fødselsdepression og deres familier.

*Af Hanne Lindhardt, MSA og  
sundhedsplejerske i Furesø Kommune*

## Begejstring for at arbejde med demente

Sonja Krogh Hansen har arbejdet som social- og sundhedsassistent på demenscentre i 21 år. Hun henvender sig i et letlæseligt sprog til pårørende til demensramte. Personale kan have glæde af at læse afsnittene med konkrete historier fra forfatterens arbejdsliv.

Undertitlen "Guldorn fra et arbejdsliv med demente i 21 år" beskriver hensigten med bogen. Det er et ønske om at give guldorn videre, som kan anvendes i samværet med demensramte mennesker. Guldorn skal forstås som kreative idéer, der kan medvirke til, at livskvaliteten for demensramte øges.

Forfatteren forsøger i begyndelsen af bogen at skabe et teoretisk afsæt, hvor der sættes fokus på demensformer, grader og symptomer. Dette afsnit er spinkelt og uden referencer, men kan for læseren, der ingen demensviden har, give et indtryk af demenssygdommens karakteristika.

Den øvrige del af bogen fokuserer på forskellige perspektiver af livskvalitet, samt hvad man som pårørende eller personale kan



Sonja Krogh Hansen

**Vi mindes - men kan ikke huske.**

**Livskvalitet for demente**

Eget Forlag 2013

108 sider - 125 kr.

ISBN 978-87-89785-04-2

gøre for at øge livskvaliteten for demensramte mennesker. Disse afsnit er vellykkede, og særligt skal fremhæves de afsnit, hvor forfatteren refererer til konkrete selvoplevede samspil med beboere fra demenscentret. Forfatterens begejstring for arbejdet med demensramte mennesker skinner klart igennem og inspirerer læseren til at arbejde kreativt og modigt.

Af Tina Kjærgaard, udviklingspsygeplejerske og demensvidensperson, Plejecentret Kærbo, Københavns Kommune.

**TEGMA**  
www.tegma.dk • tlf. 57 52 51 00

### Velkommen til de nye sygeplejersker...

**Vi har et godt tilbud til jer...**

Vi ved, at en sygeplejerske går ca. 20.000 skridt om dagen på en vagt. Det er hårdt for fødderne - og det kræver et godt fodtøj

**- her kan vi hjælpe...**

Vi passer på jeres fødder og til det, har vi de bedste træsko klar til jer.

Sanita Flex træsko med skridsikre såler

**Kr. 334,-**  
ekskl. moms

Mere info på [www.tegma.dk](http://www.tegma.dk)

# Master

## i humanistisk sundhedsvidenskab og praksisudvikling

**Veje til at udvikle og forbedre kvaliteten af vort sundhedsvæsen.**

**Forandring af praksis gennem analyse, refleksion og samarbejde.**

**Hent inspiration og ny viden fra 21 danske forskere i kulturforskning, psykologi og filosofi. Masteruddannelsen bygger på deres tværfaglige forskning tilknyttet Forskningscenter Sundhed, Menneske og Kultur (SMK)**

**Næste holdstart:**  
September 2013

**Ansøgningsfrist:**  
Endnu ledige pladser

Yderligere oplysninger om masteruddannelsen og SMK:  
[www.smk.au.dk](http://www.smk.au.dk) eller ved henvendelse til Studieleder, lektor Karen Munk (filkpm@hum.au.dk) eller Centerleder, professor Uffe Juul Jensen (filujj@hum.au.dk)

HEALTH, HUMANITY AND CULTURE



Bio-Oil® er en hudpleje olie, som hjælper med at forbedre udseendet af ar, stræk-mærker og ujævne hudnuancer. Den indeholder planteekstrakter, vitaminer og den banebrydende ingrediens PurCellin Oil™. For yderligere produktinformation og resultater af studier besøg [bio-oil.com](http://bio-oil.com). Bio-Oil® er det bedst sælgende produkt inden for ar og strækmærker i 11 lande.\* Vejl. pris 119,95 for 60 ml.

Bio-Oil® distribueres i Danmark af Cederroth A/S. For spørgsmål og kommentarer vedrørende Bio-Oil® ring 43 66 40 00 eller mail til [danmark@cederroth.com](mailto:danmark@cederroth.com)

# UNDERVEJS

TEKST: MARIANNE BOM • FOTO: SØREN HOLM

Patienterne kommer ikke altid til sygeplejerskerne. Nogle gange må sygeplejersker og radiografer flytte sig hen til patienten. Det kan foregå med blå blink, tøffende på en scooter eller trillende på cykel. Læs her, hvordan tre sygeplejersker kommer omkring, og hvad de tænker på undervejs.





## FORBEREDELSE PÅ LANDEVEJEN

Anni Helene Kanstrup, 56 år, trives godt i situationer, hvor der skal tages vigtige beslutninger under pres. Hun er anæstesisygeplejerske og tager af og til opgaver for forsvaret, luftvåbenet og søværnet. "Basen" er ansættelse ved anæstesiaafdelingen i Viborg, som hver anden uge indebærer vagt på akutbilen i Skive sammen med en paramediciner.

*Hvorfor akutbil?* "Fordi det stiller nogle fagligt høje krav, som jeg gerne vil prøve at honorere. Når du kører akutbil, skal du turde træffe beslutninger, som kan have fatale konsekvenser for dem, du træffer dem for. Det gør min hverdag spændende, for det er hele spektret af sygeplejen, jeg skal bruge. Men jeg kan da godt stå og

tænke: Hvad gør jeg lige her? Heldigvis har jeg en god kollega i paramedicineren, og jeg kan altid ringe til akutlægen."

*En vigtig oplevelse undervejs?* "Vi kom til et hjem, hvor konen havde fået hjertestop, og vi kunne ikke genoplive hende. Manden ville gerne have, at hun blev lidt derhjemme. Så vi fik hende båret ind i sengen, og dér lå hun fredfyldt og kunne kigge ud over Skive Fjord. Det var en værdig måde at afslutte på."

*Hvad tænker du på ude på landevejen?* "Jeg danner mig et indtryk af, hvad vi skal ud til. Er det en voksen, et barn, et trafikuheld? Og så forbereder jeg mig så godt som muligt på at løse opgaven."



## 1.000 METER PÅ HJUL

Lis Glent-Madsen, 57 år, blev ansat på Billeddiagnostisk Afdeling på Skejby Sygehus i 2003. De fleste patienter kommer hen til apparaturerne på afdelingen. Men det sker ofte, at Lis tager cykel eller løbehjul hen ad de lange gange.

*Hvor kører du hen?* "Nogle patienter er så dårlige, at de ikke kan komme til os. Det er især hjerte-/lungepatienter og intensive patienter – lige fra præmature til voksne. Hvis de skal have en CT-scanning, er vi nødt til at flytte dem. Men vi kan tage røntgen ude på afdelingerne, fordi vi har mobile røntgenapparater rundt om i huset. Jeg cykler for det meste, fordi der på Skejby er over en kilometer fra den ene ende til den anden."

*Hvilken særlig oplevelse har du haft undervejs?* "Særligt i starten gjorde det indtryk på mig, når jeg skulle på præmaturafdelingen og fotografere de bittesmå, skrøbelige børn. Den mindst på 450 g. Det rørte mig, og det var lidt med hjertet oppe i halsen, at jeg kørte af sted. Men heldigvis er der altid gode kolleger, som hjælper."

*Hvad tænker du typisk på?* "Ofte er det rutineopgaver, jeg skal ud til, og så nyder jeg bare turen med udsigt til smukke gårdhaver. Andre gange er det mere dramatisk, og så tænker jeg på, hvad der vil ske, når jeg kommer frem? Bagefter kan turen tilbage være en mulighed for at sunde sig."

## NATUREN GIVER ET PUSTERUM



Anette Bredsdorff, 54 år, er ø-sygeplejerske på Tunø, tæt på Samsø. På den bilfri ø lever ca. 120 fastboende, men om sommeren er her mange flere. Anette Bredsdorffs opgaver er en blanding af hjemmesygepleje og akutfunktion. Hun flyttede til øen i marts i år efter at have været anæstesisygeplejerske i Nuuk.

*Hvad blev du tiltrukket af?* ”Det nærvær, der er her. Man kender til folk. Når man er steder, hvor der er mange mennesker, er folk mere anonyme. Det er de bestemt ikke her. Det er interessant og dejligt at opleve.”

*Hvordan bevæger du dig rundt?* ”Til fods, hvis det foregår inden for den lille bykerne, ellers springer jeg på cyklen. Jeg har en dejlig

mountainbike, jeg købte i Grønland, som kan bringe mig rundt på hele øen, hvis det kan foregå i ro og mag. Hvis jeg skal skynde mig, bruger jeg scooter. Der stod i jobannoncen, at Odder Kommune stillede et køretøj til rådighed. Det blev så scooteren, men det kunne måske også have været en traktor. Der bliver i hvert fald kørt rigtig meget traktor herovre.”

*Hvad tænker du typisk på undervejs?* ”Jeg nyder jo meget naturen og de dufte, man får, når man får det hele lige i hovedet, og så har jeg den der følelse af at være fri og kunne bevæge mig af sted – sådan som jeg også har oplevet det før, når jeg har fløjet. Det er et pusterum, der giver overblik.”

# Sct. Hans tvang tvangen ned

*På trods af meget opmærksomhed er brugen af tvang i psykiatrien ikke nedbragt. Der er dog enkelte lyspunkter. Et af dem er på Sct. Hans, hvor kognitiv miljøterapi har reduceret mængden af tvang markant. De erfaringer skal udbredes, mener Dansk Sygeplejeråd.*

TEKST: ANDREAS RASMUSSEN

Selvom der de seneste år har været meget fokus på tvang i psykiatrien på landsplan, så er det ikke lykkedes at nedbringe den omfattende brug. Fra 2000 til 2010 skete der faktisk en stigning på 4 pct., så det i 2010 var 21,1 pct. - altså mere end hver femte - af alle psykiatriske patienter, der blev udsat for tvang.

Derfor er der brug for en meget stærkere indsats, mener Dansk Sygeplejeråd. Næstformand Dorte Steenberg peger på, at man enkelte steder har haft stor succes med at nedbringe tvangen.

"Erfaringen fra bl.a. Sct. Hans viser, at det er muligt at mindske brugen af tvang. Det er til gavn for både patienter, pårørende og personale. For os er det et centralt indsatsområde, og der må simpelthen afsættes de nødvendige ressourcer," siger næstformanden.

Hun fortsætter:

"I vores nye psykiatriudspil er målsætningen derfor, at vi frem mod 2020 skal arbejde på at nedbringe tvangen med 50 pct. på landsplan. Det er vigtigt, at der bliver sat nogle konkrete mål, så vi kan vurdere, om indsatsen giver effekt."

## Uddannelse i kognitiv miljøterapi

På Psykiatrisk center Sct. Hans, har man, i modsætning til på landsplan, haft stor succes med at nedbringe mængden af tvang. Fra 2002 til 2012 har afdeling M, der behandler patienter med dobbeltdiagnose, dvs. både har en psykisk lidelse og et misbrug, nedbragt antallet af tvangsfikseringer fra 127 til tre og antallet af tvangsmedicineringer fra 446 til en.

Succesen skyldes, at man i 2003 indførte kognitiv miljøterapi. En af de store indsatser var, at afdelingens personale blev sendt på en etårig uddannelse i netop kog-

## Det har de gjort på Sct. Hans

- Indførelse af kognitiv miljøterapi
- Højere grad af patientinddragelse, når personalet overvejer at bruge tvang
- Systematisk brug af eftersamtaler for at forebygge yderligere tvang
- Fokus på at alle medarbejdere har de rette kompetencer
- Indsamling og analyse af data for at kvalitetssikre arbejdsprocesser.

nitiv miljøterapi. Noget der har kostet både tid og penge, men været det hele værd, siger Marina Nielsen, der er klinisk oversygeplejerske på afdelingen.

"Det var en kæmpe investering. Vi havde 20 af sted på uddannelse om året, og det kostede meget på flere niveauer. Men i dag kan vi se, at det tjener sig ind. Når der ikke er tvang, så slipper vi f.eks. for at have fast vagt siddende ved tvangsfikserede patienter. Det er en stor besparelse i både tid og penge."

At ændre grundlæggende på arbejdsgangene er dog ikke en let opgave.

"Det har krævet, at både personale og ledelse troede på, at det ville blive en succes, og at vi har stået fast på projektet, også når det har mødt modstand. Samtidig så er det essentielt, at ledelsen er villig til at investere i fremtiden, ellers kan det ikke lade sig gøre," siger Marina Nielsen.

I dag har mellem 80 og 90 pct. af personalet på afdeling M den etårige uddannelse i kognitiv miljøterapi.

## Sygeplejersker skal sikre udvikling

Dansk Sygeplejeråd lancerede et psykiatriudspil 1. juni, og nogle af budskaberne er

netop, at sygeplejerskerne skal have mere efteruddannelse, men også at tvangen skal nedbringes, forskningen skal styrkes, og der skal skabes mere lighed i sundhedsvæsenet.

Dorte Steenberg siger:

"Udspillet kommer nu, så vi kan være med til at præge debatten om fremtidens psykiatri. I efteråret lancerer regeringens psykiatriudvalg sin rapport, og i månederne efter vil området fylde meget i den offentlige debat. Det er vigtigt, at sygeplejerskerne, der udgør en central del af det psykiatriske plejepersonale, er med til at sikre, at udviklingen går i den rigtige retning."

## Artikelserie om psykiatrien

Henover efteråret bringer fagbladet Sygeplejersken en artikelserie om forholdene i psykiatrien. Artikelserien vil bl.a. indeholde historier om, hvordan psykiatriske sygeplejersker kan nedbringe ventelister, lighed i sundhed og sammenhæng i patientforløb, lave normeringer som hindring for efteruddannelse og behovet for mere forskning, der kan give patientnære forbedringer.

Serien tager udgangspunkt i Dansk Sygeplejeråds udspil "Vejen mod en bedre psykiatri". Du kan læse hele psykiatriudspillet på [dsr.dk/psykiatriudspil](http://dsr.dk/psykiatriudspil)





## Sygeplejersker cyklede flot til Paris

Dansk Sygeplejeråds formand, Grete Christensen, og mange andre sygeplejersker fra Team Rynkeby cyklede 19. juli over mål-

stregen ved Eiffeltårnet i Paris efter otte dage i sadlen. Dermed var de med til at samle penge ind til børn med kræft.

## Bisidderordning Hjælp den svage patient

Hvis du kommer i kontakt med en patient, som frem for at klage over en sygehusafdeling vælger at gå i dialog med sygehuset, kan du henvise dem til en bisidder fra paraplyorganisationen Danske Patienter. Tilbuddet er primært til tænkt patienter, som ikke har støtte eller netværk, de kan tage med til dialogmødet.

Danske Patienter har fået midler fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse til at afprøve bisidderordningen. Frem til efteråret 2013 står frivillige bisiddere til rådighed i hele landet.

Dansk Sygeplejeråd har deltaget i en følgegruppe i Danske Patienter om ordningen.

Læs mere på [www.danskepatienter.dk/bisidder](http://www.danskepatienter.dk/bisidder)

### Psykiatrisk Sygepleje

#### 13 dages uddannelse inspireret af dialektisk adfærdsterapi i 2014

Klienter med selvdestruktiv adfærd, spiseforstyrrelser, personlighedsforstyrrelser, misbrug og PTSD undviger og regulerer deres følelser med dysfunktionel adfærd. Dialektisk adfærdsterapi er en evidensbaseret behandlingsmetode med individuel terapi og færdighedstræning, der lærer klienterne at tilegne sig nye færdigheder, der kan bryde det destruktive mønster. Dialektisk adfærdsterapi benytter sig af accept- og valideringsstrategier, kognitiv problemløsning og adfærdsforandringer. På uddannelsen lærer deltagerne færdigheder indenfor mindfulness, følelsesregulering, krisehåndtering og relationel konfliktløsning, så de bedre kan hjælpe deres klienter. Uddannelsen giver deltagerne flere terapeutiske muligheder for at hjælpe kaotiske klienter med alvorlige problemstillinger til en hverdag med sikkerhed, stabilitet og livskvalitet.

**Start:** 2014, 2 dag pr. måned. Pris 12.500 plus moms inkl. forplejning.

Psykolog og forfatter Casper Aaen.  
Se mere information  
[www.casper-aaen.com](http://www.casper-aaen.com)

Uddrag af Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensens kalender.



#### 16. august

- Formandskabs- og direktionssmøde, Kvæsthuset, København

#### 20. august

- Møde med Karen Drenkard m.fl. fra American Nurses Credentialing Center (ANCC Magnet), Kvæsthuset, København

#### 21. august

- Politisk dialogmøde, Danske Regioner, København

#### 22. august

- Bestyrelsesmøde i Lån & Spar, København

#### 23. august

- Forhandlingsudvalgsmøde i Sundhedskartellet, Kvæsthuset, København

#### 26.-27. august

- FTF forretningsudvalgsmøde, Nyborg

#### 27. august

- Seminar hos PKA, Hotel Koldingfjord

#### 29. august

- Repræsentantskabsmøde i Lån & Spar, København

#### 3. september

- Bestyrelsesmøde i Forbrugsforeningen, København
- Bestyrelsesmøde i Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Danske Regioner, København

#### 4. september

- Reserveret til indvielse af Anholt Havvindmøllepark

I juli har Dansk Sygeplejeråd været i medierne i forbindelse med bl.a. disse emner.

**Igen rift om sygeplejerskerne**

For et år siden blev det sendt til Norge for at få arbejde. Nu er der kun lige sygeplejersker nok, skriver Århus Stiftstidende. Otte ud af 10 nyuddannede sygeplejersker fra i sommer har allerede fået job, og samlet set er ledigheden under 1 pct. Det vækker glæde i Dansk Sygeplejeråd. "Vi har presset på, for at kommuner og regioner skulle bruge de penge, de har fået lov til af regeringen," siger Anni Pilgaard, næstformand i Dansk Sygeplejeråd, til avisen.

**Akutstuer er ikke minisygehus**

De nye akutstuer, der er blevet etableret i Billund, er ikke et minisygehus. Dansk Sygeplejeråds kreds-næstformand, Line Gessø Storm Hansen, siger til JydskeVestkysten: "Vi mener, det er misvisende at kalde ordningen for akutstuerne et "minisygehus".

Der er snarere tale om en udvidet aflastningsordning, som bedre kan sammenlignes med en form for hjemmepleje end med hospitalsvæsenet. Den pleje, der finder sted i Billund, kan på ingen måde ligestilles med den ekspertbehandling, som kan modtages på et sygehus."

**Demensramte skal kende diagnose**

Det kan være svært som pårørende at fortælle et familie-medlem, at man tror, at hun har demens. Men det er bedst for den demente at få det at vide. "Hvis dine omgivelser ikke kan forstå, at du gør, som du gør, så hjælper det at vide, at det er demens. Det er nemmere at rumme og støtte op om, hvis man ved, hvad man taler om," siger Irene Hesselberg, formand for Lederforeningen i Dansk Sygeplejeråd, til Kristeligt Dagblad.



**Årsrapport 2012 - Pensionskassen for Sygeplejersker**

Alle beløb i mio. kr.

Koncernen		Pensionskassen		Koncernen		Pensionskassen	
2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
<b>Resultatopgørelse for året</b>		<b>Resultatopgørelse for året</b>		<b>Balance pr. 31. december</b>		<b>Balance pr. 31. december</b>	
<b>Indtægter</b>		<b>Indtægter</b>		<b>Aktiver</b>		<b>Aktiver</b>	
2.436,1	2.523,1	2.436,1	2.523,1	37.195,7	36.480,9	Obligationer m.v.	39.061,8 36.760,1
4.844,3	7.667,6	4.844,3	7.667,6	7.550,9	16.707,8	Investeringsforeningsandele	7.550,9 16.707,8
<b>7.280,4</b>	<b>10.190,7</b>	<b>7.280,4</b>	<b>10.190,7</b>	17.232,3	8.665,9	Kapitalandele	17.074,5 8.171,6
<b>Udgifter</b>		<b>Udgifter</b>		-	-	Tilknyttede virksomheder	1.372,4 3.677,8
1.488,1	1.598,2	1.488,1	1.598,2	19.095,6	17.041,3	Afledte finansielle instrumenter	19.095,6 17.041,3
47,4	48,7	47,4	48,7	5.747,0	6.285,6	Ejendomme	2.595,5 2.606,8
<b>1.535,5</b>	<b>1.646,9</b>	<b>1.535,5</b>	<b>1.646,9</b>	<b>86.821,5</b>	<b>85.181,5</b>	<b>Aktiver i alt</b>	<b>86.750,7 84.965,4</b>
<b>5.744,9</b>	<b>8.543,8</b>	<b>5.744,9</b>	<b>8.543,8</b>	<b>Passiver</b>		<b>Passiver</b>	
-4.802,8	-6.110,5	-4.802,8	-6.110,5	53.967,1	59.989,2	Hensat til pensioner	53.967,1 59.989,2
-98,9	-113,4	-98,9	-113,4	215,3	303,7	Medlemskapital	215,3 303,7
<b>843,2</b>	<b>2.319,9</b>	<b>843,2</b>	<b>2.319,9</b>	12.074,3	14.394,2	Egenkapital	12.074,3 14.394,2
<b>Årets resultat der overføres til egenkapitalen</b>		<b>Årets resultat der overføres til egenkapitalen</b>		14.100,9	8.800,0	Afledte finansielle instrumenter	14.100,9 8.800,0
				5.459,4	0,0	Gæld til kreditinstitutter	5.459,4 0,0
				1.004,5	1.694,4	Øvrige passiver	933,7 1.478,3
				<b>86.821,5</b>	<b>85.181,5</b>	<b>Passiver i alt</b>	<b>86.750,7 84.965,4</b>

Regnskabet er et sammendrag af pensionskassens og koncernens årsrapport, som er revideret og påtegnet af pensionskassens revisorer uden forbehold. Årsrapporten er godkendt på pensionskassens generalforsamling den 23. april 2013. Årsrapport og skriftlig beretning kan læses på pka.dk.

## Dansk Sygeplejeråd til Gay Pride

For andet år i træk deltager Dansk Sygeplejeråd i Copenhagen Gay Pride den 24. august. Sygeplejerskerne vil fylde endnu mere end sidste år. Optøget får også assistance af et trommekorps af norske sygeplejersker. Lørdag formiddag er der et arrangement hos Kreds Hovedstaden, hvor bl.a. tidligere kulturminister Uffe Elbæk og Morten Wøldike fra Sex og Samfund holder oplæg. Alle medlemmer af Dansk Sygeplejeråd er velkomne og må medbringe en gæst. Tilmelding er nødvendig.

Læs mere på [www.dsr.dk/pride](http://www.dsr.dk/pride)

## Debatmøde om et sammenhængende sundhedsvæsen

Dansk Sygeplejeråd og Sygeplejehistorisk Museum inviterer til sundhedspolitisk debat mandag den 9. september kl. 17-19 på Hotel Kolding Fjord. Regionsrådsformand Bent Hansen (Region Midtjylland), regionsrådsformand Carl Holst (Region Syddanmark), borgmester og formand for KL's social- og sundhedsudvalg, Anny Winther, samt formand for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, drøfter fremtidens sundhedsvæsen. Arrangementet er gratis.

Program og tilmelding på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) > Kreds Midtjylland

## I Charlotte Muncks fodspor

I år er det 100 siden, Bispebjerg Hospital blev indviet med Charlotte Munck som landets første forstanderinde for sygeplejen. Hun kom til at danne skole for fremtidens sygeplejerskeuddannelse og for ledelse af sygeplejen. Meget af det, sygeplejersker arbejder med i dag, har rødder tilbage til hendes pionérarbejde.

Den 23. september inviterer Bispebjerg Hospital og Dansk Sygeplejeråd til en jubilæumskonference, der ser tilbage på Charlotte Munck og på de spor, der blev lagt dengang, og som vi følger den dag i dag.

Læs mere på [www.dsr.dk/150aar](http://www.dsr.dk/150aar)



# DISPUK

Narrative og poststrukturalistiske perspektiver

Ny intensiv 1-årig efteruddannelse

## NARRATIV SUPERVISORUDDANNELSE

Supervision er en spændende (og nødvendig) praksis, der styrker og professionaliserer behandlings- rådgivnings- og vejledningsarbejdet.

Denne efteruddannelse i narrativ supervision sigter mod at kvalificere deltagerne til at løse supervisionsopgaver, der strækker sig fra individuel supervision til supervision i både større og mindre grupper.

I Snekkersten med Anne Romer  
Start den 25. marts 2014 • Holdnr. 700-14

## WORKSHOP OM DEN NARRATIVE SUPERVISOR

En intensiv og berigende dag, hvor du som deltager vil få mulighed for at blive "klogere" - ikke bare på supervisionspraksis, men også på dig som person og professionel.

I Snekkersten med Anne Romer  
Start den 9. januar 2014 • Holdnr. 836-14

Se mere på [www.dispuk.dk](http://www.dispuk.dk) • Søg på Holdnr.

# TRACOE®



**KEBOMED A/S**  
markedsfører TRACOE's  
omfattende sortiment af  
trachealkanyler og tilbehør.

*Vi har stor erfaring med  
instruktion i kanylepleje og  
valg af det optimale  
tilbehør.*

Øst for Storebælt:  
Michelle Meden  
Tlf: 29 81 44 40 - [mime@kebomed.dk](mailto:mime@kebomed.dk)

Vest for Storebælt:  
Steen Faber  
Tlf: 40 57 43 60 - [stfa@kebomed.dk](mailto:stfa@kebomed.dk)

**KEBOMED**  
[www.kebomed.dk](http://www.kebomed.dk)



## Deltag i generalforsamlingen i din kreds

Generalforsamlingen er den øverste myndighed i Dansk Sygeplejeråds kredse.

Af Dansk Sygeplejeråds love paragraf 18 stk. 1 fremgår det, at generalforsamlinger skal finde sted hvert år i løbet af oktober måned.

Forslag til behandling på kredsens generalforsamlinger stiles

til kredsbestyrelsen. Fristen for indsendelse af forslag fastlægges af kredsbestyrelsen jf. Dansk Sygeplejeråds love § 18 stk. 4.

Nedenfor finder du informationer om, hvor og hvornår generalforsamlinger finder sted i din kreds, og hvornår der er frist for indsendelse af forslag

Kreds	Dato	Kl.	Sted	Frist for fremsendelse af forslag
Midtjylland	Torsdag den 24. oktober 2013	18.00	Silkeborg Sportscenter Århusvej 45, 8600 Silkeborg	23. september 2013
Nordjylland	Tirsdag den 22. oktober 2013	17.30	I Aalborg Kongres & Kultur Center, Europaplads 4 9000 Aalborg	4. oktober 2013
Syddanmark	Torsdag den 24. oktober 2013	17.00	Messe C Vestre Ringvej 101 7000 Fredericia	24. september 2013
Sjælland	Onsdag den 23. oktober 2013	17.00-21.45	Sørup Herregård Sørupvej 26 4100 Ringsted	25. september 2013
Hovedstaden	Onsdag den 30. oktober 2013	17.00-22.00	DGI-Byen Tietgensgade 65 1704 København V Med live transmission til kredskontoret på Bornholm	1. september 2013

### SEEBRI® BREEZHALER® (GLYCOPYRRONIUMBROMID)

**MANGE PATIENTER FØLER, AT  
KOL SUGER LUFTEN  
UD AF DEM OM MORGENEN<sup>1-3</sup>**



Se venligst det forkortede produktresumé på side 54

Referencer: 1. Partridge MR et al. Curr Med Res Opin. 2009;25: 2043-2048. 2. Bamett M J et al. Clin Nurs 2005;14: 805-812. 3. Kessler R et al. Eur Respir J. 2011;37: 264-272.

DK1211063455

# Nordsjællands Hospital ansætter flere sygeplejersker

*Overbelægning gennem de senere år har fået direktionen på Nordsjællands Hospital til at opruste med både sygeplejersker og læger på det medicinske område. Dansk Sygeplejeråd roser hospitalet.*

TEKST: RIKKE GUNDERSEN

Godt 22 flere plejepersonalestillinger til 10 nye medicinske sengeafsnit, to medicinske speciallæger i morgen- og aftentimerne på Akutafdelingen og en ekstra lægesekretær.

Så meget bliver der opnormeret på Nordsjællands Hospital fra september i år. Det fortæller den konstituerede direktør på Nordsjællands Hospital, Bente Ourø Rørth.

“Vi har prioriteret at finde midler til en opnormering for at modvirke den overbelægning, som vi har været udsat for de seneste år, særligt i vinteren 2012/2013,” siger hun.

Der er i alt fundet omkring 7 mio. kr. på 2013-budgettet, som oprindeligt var afsat til investering i apparatur og ny teknologi, men som nu i stedet bliver brugt til flere læger og sygeplejersker.

## Unødigt pres på personalet

Fællestillidsrepræsentant for sygeplejerskerne på Nordsjællands Hospital, Mette Sofie Haulrich, er glad for, at ledelsen endelig har set behovet, da presset på sygeplejerskerne har været helt uacceptabelt. Hun mener, det er rigtig fornuftigt, at der udover midler til mere plejepersonale også er fundet penge til læger i Akutafdelingen.

“Det skulle gerne betyde, at patienterne bliver visiteret derhen, hvor de skal, hurtigst muligt. Hvis der ikke sidder erfarne læger i modtagelsen inden for de forskellige specialer, risikerer man, at patienter bliver flyttet op i huset, hvilket medfører en masse arbejdsprocesser, som ikke nødvendigvis er til gavn for patienten, da det i nogle tilfælde måske ville være nok med en ambulant tid. Arbejdsprocesserne giver desuden et unødigt pres på personalet,” siger Mette Sofie Haulrich.

Også i hovedstadskredsen i Dansk Sygeplejeråd er næstformand Vibeke Schaltz positiv over, at hospitalet har fundet flere midler.

“Vi har i lang tid arbejdet politisk målrettet med at få gjort noget ved overbelægningen og de fremmødeplaner, som man har planlagt med det sidste halve år, da de har været alt for små. Vi har pointeret, at de sygeplejersker, som har været til stede i hverdagen, ikke har haft nok tid til at løse deres opgaver. Derfor er det rigtig glædeligt, at man har lyttet og indset behovet,” siger Vibeke Schaltz.

## Håb om mere læring

Ud over at opnormeringen gerne skulle give sygeplejerskerne mere tid til deres arbejde, håber næstformanden også, at der bliver tid til mere læring.

“Vi håber, det kommer til at betyde, at man både har tid til øget læring i hverdagen, men samtidig får mulighed for at sende medarbejderne på kursus, så sygeplejerskerne kan følge med i den faglige udvikling,” siger næstformanden.

Det er dog ærgerligt, at man skulle ud i så ekstrem en situation som i vinter, før der blev grebet ind, påpeger hun:

“Ledelsen var inde og visitere patienter på alle tider af døgnet, fordi der ikke var nok personale. Samtidig var det psykisk hårdt for sygeplejerskerne hver dag at se, at deres tid aldrig rakte til at gøre det godt nok.”

## Opnormeringen fortsætter

Bente Ourø Rørth forklarer, at ledelsen har fulgt overbelægningen nøje og også løbende opnormeret. I 2013 havde de et beredskab på den korte bane, fordi de havde regnet med, at overbelægningen gik over.

“Vi har nok hele tiden tænkt, at det blev bedre ugen efter. Men nu har vi set et mønster de sidste to år, hvor overbelægningen er vendt tilbage om vinteren. Det er derfor gået op for os, at det nok ikke bliver anderledes næste år, hvorfor vi har

valgt at opnormere fast, så det også gælder på den lange bane,” siger den konstituerede direktør, som forventer, at der bliver tid til mere kompetenceudvikling i løbet af arbejdsdagen.

Opnormeringen vil indgå i den ledelsesmæssige planlægning og prioritering af budget 2014, så det kan fortsætte de kommende år. I Dansk Sygeplejeråd opfordrer man regionens øvrige hospitaler til at følge trop, for heller ikke der er forholdene optimale, lyder det fra Vibeke Schaltz.

## Frivillige til Makkerskabet

Makkerskabet er et projekt, som er forankret i Røde Kors Hovedstaden. Projektets formål er at støtte og fastholde udsatte borgere i at undgå tilbagevendende udsættelser af egen bolig. Makkerskabet består af tre frivillige som skal være omkring den enkelte borger, og danne et netværk. De frivilliges arbejdsopgaver er bl.a. at få styr på hverdagen, økonomien, sociale relationer, offentlige myndigheder m.m. Samværet bygger på princippet om hjælp til selvhjælp.

Vi søger modne ansvarsbevidste frivillige, som også har et personligt overskud og er rummelig. Du skal regne med at afse ca. 4 timer i gennemsnit pr. uge og vi forventer at du bliver i aktiviteten i 1½-2 år.

### Vi tilbyder:

Et team, oplæring, kursus, sociale arrangementer, sparring, førstehjælpskursus.

### Henvendelse til:

Udviklingskonsulent Sussi Nielsen  
Mail: sn@drk.dk  
Mobil: 22650844  
**Røde Kors Hovedstaden**  
Nordre Fasanvej 224



### Forkortet produktinformation for SEEBRI® BREEZHALER®

#### (GLYCOPYRRONIUMBROMID) 44 mikrogram inhalationspulver i kapsler

(indholdet i én kapsel svarer til 50 mikrogram glycopyrronium, hver leveret dosis svarer til 44 mikrogram glycopyrronium).

**Indikation:** Seebri Breezhaler er indiceret som bronkodilaterende vedligeholdelsesbehandling til symptomlindring hos voksne patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). **Dosering\*:** Den anbefalede dosis er inhalation af indholdet i en kapsel én gang dagligt ved hjælp af Seebri Breezhaler-inhalatoren. For instruktioner om brug af lægemidlet før administration, se produktresumé. **Overdosering\*:** Store doser af glycopyrronium kan medføre antikolinerge tegn og symptomer, hvor symptomatisk behandling kan være indiceret. **Kontraindikationer\*:** Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Bivirkninger\*:** *Almindelige* ( $\geq 1/100$  til  $< 1/10$ ): nasofaryngitis, søvnløshed, hovedpine, mundtørhed, gastroenteritis, urinvejsinfektioner. *Ikke almindelige* ( $\geq 1/1.000$  til  $< 1/100$ ): rhinitis, cystitis, hyperglykæmi, hypæstesi, atrieflimren, palpitationer, tilstopning af bihuler, produktiv hoste, halsirritation, epistaxis, dyspepsi, dental karies, udslæt, smerter i ekstremiteter, muskuloskeletale brystsmerter, dysuri, urinretention, træthed, asteni. **Interaktioner\*:** Samtidig behandling med Seebri Breezhaler og andre antikolinerge lægemidler er ikke undersøgt og anbefales derfor ikke. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen\*:** Seebri Breezhaler er ikke indiceret til initialbehandling af akutte tilfælde af bronkospasmer, dvs som anfaldsbehandling. **Paradoks bronkospasme:** Paradoks bronkospasme er ikke observeret i kliniske studier med Seebri Breezhaler. Det er dog observeret ved anden inhalationsbehandling og kan være livstruende. Hvis det opstår, skal behandlingen straks seponeres og erstattes med alternativ behandling. **Antikolinerg virkning:** Skal bruges med forsigtighed til patienter med snærvinklet glaukom eller urinretention. Patienter skal informeres om tegn og symptomer på akut snærvinklet glaukom og skal informeres om øjeblikkelig seponering og lægekontakt, ved udvikling af nogle af disse tegn eller symptomer. **Svært nedsat nyrefunktion:** Må kun bruges, hvis den forventede fordel opvejer den potentielle risiko, hos patienter med svært nedsat nyrefunktion inkl. patienter med slutstadiet af nyresygdom, hvor dialyse er påkrævet. Nøjte monitorering for potentielle bivirkninger påkrævet. **Kendt kardiovaskulær sygdom:** Patienter med ustabil iskæmisk hjertelidelse, venstrentrikulær dysfunktion, tidligere myokardie infarkt, arythmi, kendt langt QT-syndrom eller hvis QTc var forlænget, blev ekskluderet i de kliniske studier, hvorfor erfaringen hos disse er begrænset. Bør bruges med forsigtighed i disse patientgrupper. **Hjælpestoffer:** Bør ikke anvendes til patienter med arvelig galactoseintolerans, Lapp Lactase deficiency eller glucose/galactosemalabsorption. **Virkning på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner:** Glycopyrronium påvirker ikke eller kun i ubetydelig grad evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner. **Graviditet og amning\*:** Må kun anvendes under graviditet og amning, hvis den forventede fordel for kvinden er større end den potentielle risiko for fosteret/spædbarnet. **Udleveringsgruppe:** B. **Generelt tilskud. Priser (AUP + eksp. gebyr) og pakninger pr. 22. juli 2013:** Inhalationspulver i kapsler. 44 mikrogram: 30 stk., Vnr. 426318, kr. 386,40; 90 stk., Vnr. 453556, kr. 1.117,65. Dagsaktuel pris kan findes på [www.medicinpriser.dk](http://www.medicinpriser.dk). De afsnit, som er markeret med \*, er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det produktresumé, som Sundhedsstyrelsen/EMA har godkendt. Baseret på produktresumé dateret: 28. september 2012.

For yderligere information kan hele produktresuméet vederlagsfrit rekvireres hos Novartis Healthcare A/S.

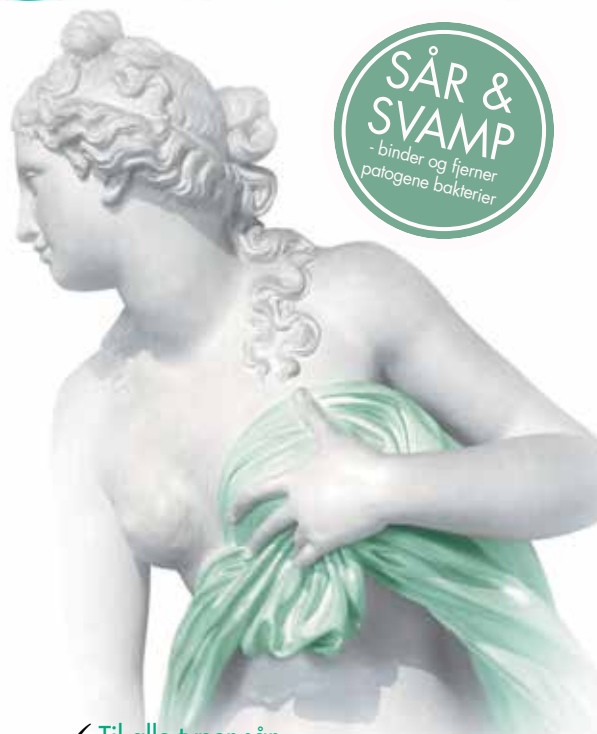
Produktinformation for annonce side 52

 **NOVARTIS**

Novartis Healthcare A/S, Edvard Thomsens Vej 14, 2300 København S, tlf. 3916 8400, fax 3916 8401, [www.novartis.dk](http://www.novartis.dk)



**sorbact**<sup>®</sup>  
green wound healing



- ✓ Til alle typer sår
- ✓ Til svamp i hudfolder
- ✓ Effektivt og økonomisk
- ✓ Ingen miljøpåvirkning
- ✓ Ingen resistensudvikling
- ✓ Veldokumenteret

**Sorbact-metoden** bygger på, at sygdomsfremkaldende bakterier og svampe binder til forbindingen gennem hydrofob interaktion.



**Distribution:**  
Mediq Danmark A/S - Tlf. 36379200  
Abena A/S - Tlf. 7431 1818  
One Med A/S - Tlf. 86109109



Kontakt os for yderligere information eller vejledning.

ABIGO Pharma A/S . Kundeservice: tlf. +45 4649 8676 . [www.abigo.dk](http://www.abigo.dk)

## KRAM-faktorer er ikke nok som indsats mod ulighed

“Der skal nye og mere gennemgribende ændringer til for at skabe mere lighed i sundheden,” skriver bl.a. næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Dorte Steenberg, i en kronik i Dagbladet Politiken.

Dorte Steenberg efterlyser en ny og forbedret politisk indsats for at komme ulighed i sundhed til livs. Sammen med sin medkronikør, lektor ved RUC, Betina Dybbroe, rejser hun bl.a. en kritik af den nuværende indsats.

“Fra 2003 har Kost, Rygning, Alkohol og Motion (KRAM-faktorerne) været omdrejningspunkt for Sundhedsstyrelsen, Forebyggelsesrådet og kommunernes sundhedsfremme og forebyggelse, og der er blevet talt meget lidt om sociale, miljømæssige, økonomiske, uddannelsesmæssige, psykosociale m.m. udfordringer for at kunne løfte folkesundheden. Vægten har været lagt temmelig ensidigt på den enkelte ansvar for at leve op til og følge myndighedernes råd. Vi vil derfor kritisere KRAM som en tilgang til større lighed i folkesundheden, der er samfundsmæssigt usolidarisk, diskriminerende og bortleder opmærksomheden fra strukturel indsats,” skriver de to kronikører bl.a.

I kronikken leverer de også en række bud på tiltag, der vil forbedre indsatsen mod ulighed i sundhed - eksempelvis socialsygeplejersker.

Læs kronikken på [pol.dk/debat/kroniken](http://pol.dk/debat/kroniken)



Foto: iStock



## Det bedste af Israel

*Fra Jerusalems helligdomme til Det Døde Hav, klippefæstningen Masada og livsnyderi i Tel Aviv - med dansk rejseleder, 8 dage.*

Rejsen er en kavalkade af bibelhistorie, korsridderbyer og storslåede ørkenlandskaber. I Jerusalem besøger vi Grædemuren, i Det Døde Hav mærker vi vægtløsheden, og i Tel Aviv tager vi pulsen på det moderne Israel. Som noget helt særligt besøger vi Hadassahospitalet med de berømte og farvestrålende Chagall-vinduer, og vi stifter desuden bekendtskab med homøopatisk behandling, som er meget udbredt i Israel, og som bl.a. bygger på princippet om, at lige skal behandles med lige.

### Dagsprogram

- Dag 1 Til Tel Aviv og videre til Jerusalem.
- Dag 2 Jerusalems gamle bydel: Grædemuren, Tempelbjerget, Via Dolorosa samt Knesset.
- Dag 3 Fødselskirken i Betlehem og Jerusalems nye bydel m. holocaust-mindesmærket Yad Vashem samt hospitalsbesøg.
- Dag 4 Grotterne i Qumran, klippefæstningen Masada, svømmetur i Det Døde Hav.

- Dag 5 Romerske ruiner i Cæsarea, Bebudelseskirken i Nazaret, "mirakel-rundtur" ved Geneseret Sø.
- Dag 6 Kibbutz, korsridderbyen Akko, Bahai-haven i Haifa.
- Dag 7 Livsnyderi i Tel Aviv.
- Dag 8 København.

**Rejседato:** 17.-24. november 2013

**Pris** kr. 10.998,- (ny pris)

Single tillæg kr. 1.990,-

### Prisen inkluderer

- Dansk rejseleder
- Fly København - Tel Aviv t/r m. SAS
- Udflugter jf. program
- Indkvartering på mellemklasse-hoteller i delt dobbeltværelse
- Halvpension
- Skatter og afgifter

*Bestilling og information*

*Tlf.: 3698 9898*

*Mail: [grupper@albatros-travel.dk](mailto:grupper@albatros-travel.dk)*

*[www.albatros-travel.dk/](http://www.albatros-travel.dk/)*

*sygeplejersken*

*Rejsekode LR-SYG*



## Er du bare lidt nysgerrig - så stil op

*To erfarne medlemmer af en kredsbestyrelse ønsker sig kampvalg til efteråret og opfordrer flere sygeplejersker til at stille op som kandidater. Det giver god mening at sidde i en kredsbestyrelse, er de begge enige om.*

TEKST: HENRIK BOESEN • FOTO: HEIDI LUNDGAARD

”Er du bare en lille smule nysgerrig på, hvad der foregår i Dansk Sygeplejeråd, så stil op som kandidat til efterårets kredsbestyrelsesvalg,” opfordrer Lissi Skodborg Jørgensen. Og Betina Iroisch Kristensen erklærer sig fuldstændig enig og supplerer: ”Hvis du er det mindste i tvivl om, om du skal stille op, så skal du gøre det!”

Sygeplejersken har sat de to kredsbestyrelsesmedlemmer stævne på en hyggelig café i centrum af Odense for at få en snak om det at være engageret i sit fag og om mulighederne for at få sine mærkesager gennemført i en kredsbestyrelse. Lissi Skodborg Jørgensen og Betina Iroisch Kristensen har siddet i kredsbestyrelsen for Dansk Sygeplejeråd Kreds Syddanmark i hhv. én og to perioder. Deres engagement er fortsat stort nok til, at de begge stiller op igen til efteråret.

### Faget skal være repræsenteret

Hvorfor overhovedet gå ind i fagpolitisk arbejde? De to kredsbestyrelsesmedlemmer har forskellig baggrund for det. Lissi Skodborg Jørgensen:

”Jeg er jo sundhedsplejerske med hud og hår og brænder for faget. Og da jeg før sidste kredsbestyrelsesvalg kunne se, at der ikke ville være nogen sundhedsplejersker i kredsbestyrelsen, så tænkte jeg, at det skulle der da være - og så stillede jeg op. Det er jo vigtigt at kende til, også hvad sundhedsplejersker mener.”

### Valg til kredsbestyrelserne og Lederforeningens bestyrelse efteråret 2013

- Valgene holdes i perioden 25. oktober - 7. november 2013.
- Fristen for at stille op som kandidat til valgene er mandag den 30. september.
- Der skal vælges både formand, næstformænd og menige bestyrelsesmedlemmer, og alle aktive medlemmer af Dansk Sygeplejeråd kan stille op som kandidat til alle poster.
- Kandidater til Lederforeningens bestyrelse skal være medlem af Lederforeningen under Dansk Sygeplejeråd.
- Læs mere om det at stille op som kandidat på [www.dsr.dk/2013](http://www.dsr.dk/2013)
- Læs mere om valgene på hjemmesiderne [www.dsr.dk/kredsvalg2013](http://www.dsr.dk/kredsvalg2013) og [www.dsr.dk/lederforeningsvalg](http://www.dsr.dk/lederforeningsvalg)

En af Lissi Skodborg Jørgensens erklærede mærkesager fra seneste valgperiode var at kæmpe for, at sundhedsplejersker skal have sundhedsplejersker som faglige ledere.

”Jeg har bestemt fremført mine mærkesager, men jeg må erkende, at det jo er kommunerne, der sætter dagsordenen,” siger hun i erkendelse af, at hendes nærmeste faglige leder i dag har en anden baggrund end sundhedsplejerske.

”Men jeg bliver ved med at pufte på i det kommunale system, bliver ved med at gøre opmærksom på de arbejdsvilkår, vi har i det kommunale system,” lover hun.

### Fagpolitikken fængede

Betina Iroisch Kristensen har en anden indgang til arbejdet i kredsbestyrelsen. Hun var tillidsrepræsentant tilbage i 2008 inden konflikten, og på den efterfølgende

generalforsamling i kredsen fattede hun interesse for det fagpolitiske arbejde.

”Jeg arbejdede på en lungemedicinsk afdeling med dårlige vilkår og normeringer og oplevede, at jeg havde mange syge kolleger.”

Så dér var en sag at kæmpe for at ændre, og der er fortsat noget at kæmpe for:

”Man kan ikke få alt, hvad man ønsker sig, men muligheden er der for at kæmpe for sin sag, og jeg oplever, at der er en stor lydhørhed over for, hvad der bliver fremført,” vurderer Betina Iroisch Kristensen.

### Stil op

Begge kredsbestyrelsesmedlemmer har mange gode grunde til, at det er værd at stille op til valget som kredsbestyrelsesmedlem. Ikke mindst er der udsigt til at få sig et godt netværk, de er også enige



om, at man som medlem får en meget stor indsigt i, hvad der sker både på de mange forskellige områder inden for faget og i en organisation som Dansk Sygeplejeråd.

"Så er du generelt bare lidt nysgerrig, så stil op," siger begge, som også har oplevet, at de ligeværdigt har kunnet give deres besyv med i diskussionerne på kredsbestyrelsesmøderne, og at de og deres synspunkter er blevet taget alvorligt.

"Vores synspunkter og erfaringer fra arbejdspladserne bliver taget med helt op i Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse. Vi er med til at klæde hovedbestyrelsen på, oplever Lissi Skodborg Jørgensen. Og Betina Iroisch Kristensen er helt enig og supplerer: "De er gode til at inddrage dem, der har viden fra det daglige arbejde."

Lissi Skodborg Jørgensen vil gerne, at medlemmerne af Dansk Sygeplejeråd ser organisationen som andet og mere end noget, man bare er medlem af. Og hun bliver provokeret af udsagn fra kolleger om, at Dansk Sygeplejeråd ikke gør noget for medlemmerne: "Så gør noget, brug medlemskabet aktivt, stil op," opfordrer hun.

Begge finder det vigtigt, at kredsbestyrelserne er sammensat, så alle grupper af sygeplejersker er repræsenteret – studerende, almindelige sygeplejersker og også gerne tillidsrepræsentanter.

### Kampvalg, ja tak

Valget til de fem kredsbestyrelser foregår i oktober/november blandt de kandidater, som senest den 30. september har meldt sig. Både Lissi Skodborg Jørgensen og Betina Iroisch Kristensen håber, at der melder sig så mange kandidater i de enkelte valgkredse, at der bliver kamp om pladserne i kredsbestyrelsen. Også selv om det skulle betyde, at de ikke bliver indvalgt.

"Sådan er det jo," er begge enige om.



Vores synspunkter og erfaringer fra arbejdspladserne bliver taget med helt op i Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse, oplever Lissi Skodborg Jørgensen (tv.). Og Betina Iroisch Kristensen er helt enig. Begge håber, at endnu flere medlemmer vil stille op som kandidater til efterårets valg til Dansk Sygeplejeråds fem kredsbestyrelser.



## ET PUST AF FORNYELSE TIL DIN HVERDAG OG KARRIERE

**Aalborg Universitet udbyder forsknings-  
baserede og fuldt akkrediterede  
masteruddannelser inden for læring,  
ledelse og coaching**

### MASTER I LÆREPROCESSE - UDDANNELSE I FORNYELSE

For dig med erfaring inden for undervisning, medarbejderudvikling, klinisk vejledning mv. Du vil styrke og forny dine pædagogiske kompetencer, og du vil fordybe dig i viden om læring og forandring.

- Flere specialiseringsmuligheder på 2. studieår.
- Gode muligheder for at læse enkeltfag.

Seminarerne finder sted i Aalborg.

[www.evu.aau.dk/master/mlp](http://www.evu.aau.dk/master/mlp)

### MASTER I LEDELSES- OG ORGANISATIONSPSYKOLOGI

For dig, der arbejder med ledelses-, medarbejder- og organisationsudvikling. Du opnår en bred indføring i de dele af læringsteorien og psykologien, som har særlig relevans for ledelse og organisationsudvikling.

Seminarerne finder sted i Aalborg.

[www.evu.aau.dk/master/loop](http://www.evu.aau.dk/master/loop)

### MASTER I ORGANISATORISK COACHING OG LÆRING

For dig, der arbejder med HR, procesledelse og forandringsledelse. Omdrejningspunktet er coaching som samtalebaseret læreproces.

Du opnår redskaber til at udvikle læringskulturer og til at igangsætte og fuldføre organisatoriske forandringsprocesser.

Seminarerne finder sted i Aalborg og København.

[www.evu.aau.dk/master/moc](http://www.evu.aau.dk/master/moc)

**ANSØGNINGSFRIST 1. NOVEMBER 2013  
STUDIESTART FEBRUAR 2014**



**AALBORG UNIVERSITET**

EFTER- OG VIDEREUDDANNELSE

9940 9420 (kl. 12-15) · [evu@aau.dk](mailto:evu@aau.dk) · [www.evu.aau.dk](http://www.evu.aau.dk)

# USA

## videreuddannelsernes land!

For 28 år siden rejste den dengang nyuddannede sygeplejerske Marianne Baernholdt sammen med sin mand til New York. Lysten til videreuddannelse trak, og det gør den stadig den dag i dag, hvor Marianne Baernholdt har skabt sig en karriere inden for undervisning og forskning.

TEKST: CHRISTINA SOMMER • FOTO: DAN ADDISON, UNIVERSITY OF VIRGINIA

Når først, Marianne Baernholdt går i gang med at fortælle om sit liv som sygeplejerske, er hun svær at stoppe igen. Og det tror pokker, for den nu 52-årige kvinde har nået meget både fagligt og privat, siden hun i 1985 som næsten nyuddannet sygeplejerske satte kurs mod New York og en tilsyneladende meget lille jobmulighed på Mount Sinai-hospitalet. Hun fik dog jobbet og har siden videreuddannet sig i stor stil, så hun i dag bl.a. kan skrive master i public health, master i klinisk og intensiv sygepleje og en ph.d. i health services research for blot at nævne lidt fra hendes 21 sider lange cv. Hun er i dag ansat på University of Virginia, hvor hun som lektor bl.a. underviser sygeplejestuderende og er leder af et tværfagligt sundhedsprojekt i Sydafrika, og så forsker hun bl.a. også i, hvordan såkaldte landhospitalet (i Danmark nok snarere udkantshospitalet, red.) sikrer den bedste mulige kvalitet i sygeplejen. Hun har tre voksne børn og har boet i Virginia sammen med sin mand de seneste 12 år.

### Hvorfor tog du til USA?

"Da jeg blev færdig som sygeplejerske i 1984, vidste jeg allerede, at jeg gerne ville videreudanne mig, og jeg ville egentlig også gerne til USA på et tidspunkt. Dengang var det meget svært at komme ind på den daværende sygeplejehøjskole i

Danmark, og jeg talte bl.a. med nogle undervisere, som anbefalede mig at tage til England eller USA. Jeg havde egentlig tænkt mig at vente et par år, men da min mand, der er halvt amerikaner/halvt dansker, i mellemtiden besluttede sig for at ville tilbage, begyndte jeg også at undersøge mulighederne. Han tog af sted først, og et års tid efter kom jeg."

### Var det svært at få job og autorisation?

"Det korte svar er JA. Jeg sendte over 50 ansøgninger til forskellige steder i USA, for jeg ville ikke tage af sted uden et job på hånden. Men jeg hørte kun fra Mount Sinai, og det var udelukkende, fordi sygeplejersken, der behandlede ansøgningen, havde været i Danmark. Det havde intet med mig at gøre, og hun kunne intet garantere, så jeg drog af sted til jobsamtale på et turistvisum. Jeg fik jobbet, og så begyndte alt papirarbejdet i forhold til at få opholds- og arbejdstilladelse. Akkurat som i dag var det en besværlig og lang proces, og vil man ud som jeg, må man nok i begyndelsen være fleksibel med, hvor man kan få arbejde. Man må ofte begynde på de afdelinger, der mangler personale, og det er som regel ikke de bedste afdelinger, det viser min forskning bl.a. også. Jeg fik dog en uddannelse som intensiv sygeplejerske på Mount Sinai, men

jeg ville jo også gerne læse en master. De amerikanske myndigheder godkendte dog ikke min grundlæggende uddannelse fra Danmark, så jeg måtte tage en del andre fag - studere på fuldtid og arbejde på tre-kvart tid - for først at få en bachelor, før jeg kunne læse videre."

### Hvad har været det sværeste?

"Det var som sagt svært at få anerkendt bare dele af min danske uddannelse, det var meget personafhængigt, og jeg skulle virkelig være opsigende. Det var i begyndelsen også svært at gennemskue, hvordan det amerikanske uddannelsessystem er skruet sammen, du kan f.eks. læse til sygeplejerske på tre forskellige måder. Jeg tror, det gælder om at finde de uddannelsesinstitutioner, hvor man er vant til at optage udenlandske studerende. I begyndelsen synes jeg dog, at det allersværeste var, at sygeplejersker i USA ikke havde den samme rolle som i Danmark. De var længere nede i hierarkiet og blev ikke på samme måde inddraget i beslutningsprocessen om, hvilken behandling patienterne skulle have. Men det har heldigvis ændret sig med årene."

### Hvad har været det bedste?

"Det er helt sikkert de mange muligheder for videreuddannelse, ellers tror jeg ikke,



at jeg var blevet så længe. Selvfølgelig betød min mands ønske om at vende tilbage til USA noget, men jeg kom jo herover, fordi jeg ville dygtiggøre mig fagligt, og jeg har det stadig, som om jeg er i en slikbutik, når det kommer til efter- og videreuddannelse. Man kan gøre hvad som helst, der er masser af muligheder, selvom man jo skal have midlerne. Det er vigtigt med et langsigtet mål og vide, at det f.eks. er en investering at tage nogle fag, man måske ikke lige havde tænkt sig. Den eneste grund til, at jeg tog bacheloren, var, at jeg vidste, jeg ville have en master, før vi tog hjem igen."

#### *Kan du beskrive den største faglige forskel?*

"Jeg er fristet til at vende dit spørgsmål om ... jeg er meget aktiv i ICN, og jeg synes, at en af de bedste ting her er, at man i mødet med sygeplejersker fra hele verden opdager, at der er så mange ting i sygeplejen, der er ens. Især når vi taler om basal sygepleje med fokus på patienten som det hele menneske. Men når man tager ud og ser, hvordan der praktiseres sygepleje andre steder i verden, kan man blive forbavset over, at tingene kan gøres anderledes - og at det rent faktisk også virker eller måske er bedre! Når man er ude, lærer man også at sætte pris på nogle ting, som man bare tog for givet før. De

første mange år, hvor jeg kom hjem til Danmark og sagde, at de amerikanske sygeplejersker ikke havde så meget at skulle have sagt, svarede mine danske kolleger, at det havde de heller ikke, men det kom så sandelig an på, hvem de sammenlignede sig med."

#### *Skal du tilbage til Danmark igen?*

"Vi har altid taget et par år ad gangen og kigget på, hvad der er bedst for vores karrierer, men også for familien. Mine børn taler flydende dansk og amerikansk, og vi har prioriteret at komme hjem til Danmark, mindst hver sommer. Rent fagligt sker der mange spændende ting i USA lige nu, og til efteråret bliver jeg desuden optaget i The American Academy of Nursing, som er en sammenslutning under the American Nurses Association (det amerikanske svar på Dansk Sygeplejeråd, red.) bestående af ca. 2.000 udvalgte ekspert-sygeplejersker inden for f.eks. uddannelse, kliniske områder, forskning og politik. Man er med i et af de mange ekspertpaneler, som løbende får til opgave at udarbejde såkaldte white papers, en slags anbefalinger, som kan hjælpe kongressen og andre amerikanske myndigheder, når de skal tage beslutninger om sundhedsvæsenet, f.eks. den meget omdiskuterede sundhedsreform i 2008. Og den tanke kan jeg

lide - at ens faglighed også bliver brugt her, og at man på en måde giver noget tilbage til samfundet. Men der sker jo også meget fagligt i Danmark, så man ved aldrig, hvad der sker. Lige nu bor vi dog i Virginia, hvor også lyset og vejret bare er bedre, selvom der skal noget til at slå den danske sommer."

---

#### **Rejs ud**

---

Sygepleje er et universelt fag, og hvert år rejser mange danske sygeplejersker til udlandet for at arbejde i kortere eller længere tid. De seneste år har især vikariatet hos vores naboer mod nord trukket i mange, men der er også danske sygeplejersker i Grønland og mange andre og fjernere egne. *Sygeplejersken* har talt med nogle af dem om deres historie og erfaringer, som du kan læse i dette og de næste to numre af *Sygeplejersken*. Har du selv udlængsel, kan Dansk Sygeplejeråd hjælpe med gode råd og vejledning. Klik ind på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk), vælg menupunkt Medlemskab og selvbetjening og dernæst punktet Udlængsel under Livsfaser.

---

**Blå bog**

Kim Leine er 51 år. Han er uddannet på Bispebjerg Sygeplejerskole, hold marts 1984. Arbejdede som sygeplejerske i Grønland fra 1989-2004, bl.a. i Nuuk og som stationssygeplejerske i bygger på øst- og vestkysten. Frataget autorisation som sygeplejerske i 2004. Har levet som fuldtidsforfatter siden 2007.

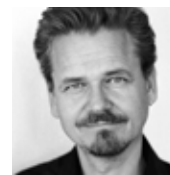


FOTO: ANNE-SOPHIE FISCHER KALCKAR

## Sundhedsvæsenet er verdens bedste pusher

Folk spørger mig om det ikke er hårdt at være forfatter; ensomheden, nørklingen med alle de ord, og så den pludselige eksponering. Nej, det er ikke spor hårdt. Ved I hvad der er hårdt? Det er hårdt at være sygeplejerske og narkoman.

Jeg mødte i min korte og bedrøvelige karriere som junkiesygeplejerske en hel del frænder udi misbruget. Et hurtigt blik, så jaget af genkendelse: ah, en lidelsesfælle! Så kiggede man hurtigt væk igen. Man ønsker ikke at konfronteres med sig selv og sin ting. For hvis man bliver konfronteret med det, bliver man nødt til at gøre noget. Men en sygeplejerske på stoffer bliver da også sjældent udfordret. Det danske sundhedsvæsen er verdens bedste pusher. Stofferne er gratis, der er ubegrænsede mængder af dem, og der er ingen kontrol. I hvert fald ikke en kontrol der fungerer.

Har du sagt godmorgen til din misbrugende kollega i dag? Ja, det har du sandsynligvis. For der er mange af os. I dette øjeblik er der hundredvis af patienter der overlader omsorgen for deres helbred til sygeplejersker og læger der er fulde og skæve. Store mørketal her. For misbrug blandt sundhedspersonale er omgivet af massive tabuer.

Mennesker der tager stoffer i arbejdstiden, er ikke onde. De er heller ikke specielt karaktersvage. Snarere tværtimod. Utallige gange hver dag modstår man fristelsen, men så en dag hvor man er træt og uopmærksom og ikke så modstandsdygtig som ellers, falder man. Det er kun et spørgsmål om tyngdekraft. Og den skyld man så føler, nødvendiggør større doser for at dulme skylden, hvilket så øger skyldfølelsen, og så er man i en ond cirkel som man desperat ønsker at blive i, og som man desperat ønsker at komme ud af. Men man kan ikke komme ud af den. For de ikke-misbrugende kolleger er blinde, døve og stumme.

En misbruger har som enhver anden ansvar for sine handlinger. Men paradokset her er at han/hun ikke kan tage ansvar for sit eget misbrug. En prikken på skulderen eller en kollegial samtale på oversygeplejerskens kontor hjælper ikke. Der skal tvang til. Urinprøver til dokumentation, fyringstrussel, behandlingstvung. Værsgo! Vær behård og uden skånelse, og vær venlig og forstående. Det er ikke et ondt menneske du har med at gøre. Det er en misbruger.

Jo, der er jo så mange nuancer. Folk er jo forskellige, og enhver situation er unik. Alle ved jo at der er et problem. Men hvad skal man dog gøre? Man har jo ikke lyst til at være angiver. Og hvis mistanken er forkert, kan en beskyldning have ødelæggende konsekvenser.

Jeg har ikke nogen enkel løsning på misbruget i sundhedsvæsenet. Men jeg ved én ting: Problemet er i alt for høj grad tabuiseret. Der hviskes om det. Men der tales ikke om det.

En vigtig forudsætning for at blive i et misbrug er tavshed. Som misbruger dyrker man tavsheden, eller man snakker udenom, lyver og snyder og bedrager så vandet driver. At komme ud af misbruget handler om at lægge en dynamitladning under tavsheden og sprænge den i luften med et enormt drøn. Det burde sundhedsvæsenet også gøre. Og dette er mit opråb til det danske sundhedsvæsen: Hold misbrugsseminarer, inviter læger og sygeplejersker der er misbrugere. Vi vil meget gerne komme og dele vores skamfulde historie med jer. For det er også jeres historie. Vi har allerede, af ren nødvendighed, sprængt vores tavshed i luften. Nu er det jeres tur!

”Jeg har ikke nogen enkel løsning på misbruget i sundhedsvæsenet. Men jeg ved én ting: Problemet er i alt for høj grad tabuiseret. Der hviskes om det. Men der tales ikke om det.

*Kim Leines seneste bog ”Profeterne i Evighedsfjorden” fra 2012 blev omtalt i Sygeplejersken nr. 8/2013 side 36.*

”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.

# Milk. A Force of Nature.



Mælk indeholder en pakke næringsstoffer, som bl.a. inkluderer calcium. Du har derfor mange gode grunde til at anbefale mælk – som del af en sund kost!



## Spis positivt

Vi mener, at de bedste kost-råd er dem, der handler om hvad vi gerne må, og om hvad der er godt og sundt. Lad os spise positivt og fokusere på det gavnlige!

## En kombination

Du kender sikkert godt til mælkens gode indhold af calcium, men vidste du også, at mælk indeholder protein, kalium, fosfor, B2- og B12-vitamin – og dermed er en fødevarer, der indeholder mange forskellige næringsstoffer i samme produkt? Ved at drikke et glas mælk får man alle de nævnte næringsstoffer på en nem og bekvem måde.

## Undervurderet fødevarer

Mælk er på mange måder en lidt undervurderet fødevarer. Nogle tror, at den er fedende – andre tænker, at mælk kun er noget for børn – og ofte tænker folk slet ikke over alle de naturlige næringsstoffer, vi kan få ved at vælge de rigtige fødevarer.

## Mange varianter

I dag findes der et væld af fedtreducerede alternativer af både mælk og mælkeprodukter, så den første mistanke om, at mælk feder, er nem at skyde ned.



## God til både store og små

Det er også vigtigt at huske på, at mælk ikke kun er godt for børn. Faktisk er mælk vigtig, uanset hvor gammel du er. Det skyldes blandt andet det høje indhold af calcium og protein. Børns knogler vokser selvfølgelig, men også voksnes knogler nedbrydes og genopbygges gennem hele livet.

Både calcium og protein er vigtige for vedligeholdelse af normale knogler, så en kontinuerlig tilførsel hele livet er vigtig.

## Masser af næringsstoffer

Når vi indtager mad og drikke, er det i høj grad for madens gode smag, for hyggen, og selvfølgelig fordi vi er sultne. Men hvis dét vi indtager både smager godt og indeholder vigtige næringsstoffer, som for eksempel mælken, så er det vel bare et plus?

Det synes vi i hvert fald, og det er derfor, vi slår et slag for mælken, og opfordrer danskerne til at få flere af de næringsrige mejeriprodukter.



Drik mellem 1/4-1/2 liter om dagen af de magre mælkeprodukter, som en del af en sund kost og en sund livsstil.

- Fødevardatabanken 7.01, [www.foodcomp.dk](http://www.foodcomp.dk)
- Scientific Opinion on the Substantiation of health claims related to calcium and vitamin D and the maintenance of bone (ID 350) pursuant to Article 13(1) of Regulation (EC) No 1924/2006. EFSA Journal 2009;7(9):1272.



# Hvor er grænserne til de andre faggrupper?

AF KAREN-MARIE PEDERSEN, SYGEPLEJERSKE

*Kommentar til temaet om sygeplejersker i nye roller i Sygeplejersken nr. 6/2013.*

I dag er det gammeldags at beskæftige sig med faggrænser, de skal helst ikke være der, eller det er ikke noget, man taler om - det er ikke politisk korrekt. Når jeg læser Sygeplejersken, er der talrige eksempler på, at vi som sygeplejersker hellere end gerne påtager os f.eks. lægearbejde, senest i nr. 6/2013.

De tværfaglige teams, jeg har arbejdet i, gav netop inspiration til udvikling. Det at mødes og bidrage med hver sin baggrund vil jeg påstå altid kom patienterne til gode. Alles baggrund var nødvendig i et sådant team og i afklaring af videre handlinger. Men det kræver, at hver især er klar over eget område og tager ansvar for det.

OK. Jeg er gammeldags - eller i hvert tilfælde gammel - og har de senere år været i kontakt med sundhedsvæsenet som patient/bruger en del gange. Disse kontakter har været både på godt og på ondt. Jeg har mange gange undret mig, ikke

over, at tingene ændrer sig - jeg har jo selv været med til at iværksætte ændringer og udvikling - men over, hvad ændringerne sker på bekostning af?

Man kan måske tillade sig at sige, at der er mange af de ændringer, som går ud over patienterne. Der sker intet i sundhedsvæsenet, uden at det berører patienterne.

Det, jeg undrer mig over, er, hvordan man kan undervise de forskellige faggrupper uden at beskæftige sig med faggrænser - uden at vide, hvor grænserne til de øvrige faggrupper er, hvad den enkeltes ansvars- og kompetenceområde er.

Der er masser af andre områder, jeg undrer mig over i det fag, jeg har lagt bag mig, og som jeg nu oplever som patient/bruger, men også som en tidligere kollega, der har været meget bevidst om og glad for sit fagområde. Jeg får en ubændig lyst til at diskutere, argumentere, udveksle synspunkter, det vil mange af de sygeplejersker, jeg møder, heldigvis også gerne. De forstår, hvad jeg

siger, det er rart. Jeg kunne så godt ønske, der var mere kampgejst, hvorfor acceptere ordninger, som både er urimelige og ikke kan fungere?

*Karen-Marie Pedersen er pensioneret oversygeplejerske.*

## SKRIV KORT

Skriv kort, når du vil deltage i debatten i Sygeplejersken.

Et debatindlæg må maksimalt være på 1.800 tegn uden mellemrum. Længere indlæg forkortes af redaktionen.

Der henvises generelt til regler for debat i Sygeplejersken på [www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk) under "Manuskriptvejledning."

Debatindlæg sendes til:

*Sygeplejersken, Sankt Annæ Plads 30,  
1250 København K,  
eller via e-mail til: [redaktionen@dsr.dk](mailto:redaktionen@dsr.dk)*

## Legater til syv sygeplejersker

Syv syge- og sundhedsplejersker har modtaget i alt 145.506 kr. fra Søster Marie Dalgaards Fond. Legatmodtagerne er sygeplejerske på Diakonissestiftelsens Hospice Marlene Søgaard, sundhedsplejerske Susanne Agerholm, klinisk vejleder og sygeplejerske Anne Dorthe Hansen, klinisk sygeplejespecialist Marianne Eg, kvalitets- og udviklingssygeplejerske Sanne Toft Kristiansen, sygeplejerske cand.scient. Lina R. Khoury og forskningssygeplejerske ved afdeling Q på Aarhus Universitetshospital Risskov, Mette Kragh.

Uddelingen i år er den næstsidste i den 16 år gamle fond, idet det ikke har været muligt at skaffe tilstrækkelig økonomisk opbakning til fonden. Derfor bliver 2014 sidste chance for at ansøge Søster Marie Dalgaards Fond om midler.

(hbo)



Legatmodtagerne set fra venstre: Sygeplejerske på Diakonissestiftelsens Hospice Marlene Søgaard, sundhedsplejerske Susanne Agerholm, søster Marie Dalgaard, klinisk vejleder og sygeplejerske Anne Dorthe Hansen og forskningssygeplejerske ved afd. Q på Aarhus Universitetshospital Risskov, Mette Kragh. Tre legatmodtagere var ikke til stede ved prisuddelingen.

PRIVATFOTO

# International hæder til tre sygeplejersker

AF SIGURD NISSEN-PEDERSEN

FOTO: SIMON KLEIN-KNUDSEN



Tre værdige modtagere af Florence Nightingale-medaljen, sygeplejerskerne Dorrit Verding, Nina Brünés og Nete Wrona Olsen.

Tre danske sygeplejersker, Dorrit Verding, Nina Brünés og Nete Wrona Olsen, har modtaget den ærefulde Florence Nightingale-medalje for at have udført et stykke arbejde ud over det sædvanlige.

Siden 1920 har Internationalt Røde Kors uddelt Florence Nightingale-medaljen til sygeplejersker, som har "udvist exceptionelt mod og opofrelse i konflikt- og katastrofeområder eller for pionerarbejde inden for offentlig sundhed." Florence Nightingale-medaljen er den største hæder, en sygeplejerske kan få. Dansk Sygeplejeråd står for indstillingen af de danske kandidater.

Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen gav ved overrækkelsen de tre sygeplejersker følgende ord med på vejen: "Med denne prisuddeling bliver det bekræftet endnu en gang, at der findes rigtig mange ildsjæle blandt sygeplejersker, og at vi nu igen har indstillet og fået anerkendelse til tre danske sygeplejersker, det har vi grund til at være stolte af. Sygeplejersker har et kæmpe engagement, som rækker langt. De tre har virkelig fortjent priserne for deres store arbejde."

Hos Røde Kors i Danmark er generalsekretær Anders Ladekarlt stolt over, at det i år er tre danske sygeplejersker, som får medaljen.

"I Røde Kors ser vi dagligt, hvor meget det betyder for de mest sårbare, at der er nogen, som vil hjælpe, når det er allersværest. Og det gør Nete, Dorrit og Nina i den grad. De har gjort en kæmpe forskel - både for socialt udsatte grupper herhjemme og for ofre for krig og konflikt ude i verden."

## Dorrit Verding

Dorrit Verding, født 1948, arbejder som patientrådgiver hos Region Sjælland. Hun arbejdede i en del år som nødhjælpsygeplejerske for Røde Kors. Hun var i Libanon under borgerkrigen, der varede fra 1975-1990, og var en af de eneste, der fik tilladelse til at besøge og registrere krigsfanger. Derudover har hun bl.a. været udsendt til Thailand og Pakistan. Da Dorrit Verding kom tilbage til Danmark, blev hun headhuntet til at lede det dengang helt nystartede patienthotel på Rigshospitalet - det var

et af de første eksempler på et offentligt/privat samarbejde. Hun får bl.a. Florence Nightingale-medaljen på grund af sin enestående, livslange sygepleje for syge og sårede i verdens krigszoner samt for sit pionerarbejde for danske patienter med behov for rådgivning i et kompliceret sundhedssystem.

## Nina Brünés

Nina Brünés, født 1973, arbejder som faglig rådgiver for socialsygeplejerskerne i Region Hovedstaden. Hun har i mange år arbejdet som gadesygeplejerske og har desuden været initiativtager til socialsygeplejerskeordningen.

Nina Brünés får bl.a. Florence Nightingale-medaljen, fordi hun har bevist, at sygeplejersker kan sikre, at socialt udsatte får lige adgang til sundhedsydelser ved at kæmpe for deres rettigheder og værdighed. Nina Brünés er en ildsjæl, der har udviklet en niche for, hvordan sygeplejersker kan hjælpe socialt udsatte.

## Nete Wrona Olsen

Nete Wrona Olsen, født 1967, arbejder som tuberkulosesygeplejersker på Lungemedicinsk klinik på Gentofte Hospital. Hun er en af de eneste tuberkulosesygeplejersker i Danmark, som tager rundt på gadeplan og identificerer socialt udsatte grupper i København, der er smittet med tuberkulose. Nete Wrona Olsen cykler rundt og finder de smittede og sikrer dem behandling. Hun har arbejdet med at bekæmpe tuberkulose blandt udsatte grupper i mere end 13 år. Nete Wrona Olsen får bl.a. Florence Nightingale-medaljen for sit pionerarbejde blandt en gruppe mennesker, der nemt falder igennem det traditionelle sundhedssystem. Hun møder patienterne der, hvor de er, med omsorg og respekt.

Se video og læs interview med de tre prismodtagere på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk)

## Fra fyring til hyring

Efter et par år med fyringer blandt sygeplejersker og historier om nyuddannede, som røg direkte i arbejdsløshed, er nedtur vendt til optur. Sygeplejersker bliver igen ansat i et omfang, så der næsten er fuld beskæftigelse.

*"Dejligt at høre, når man nu næsten er færdiguddannet!"*

*"Det vil jeg da gerne se i Syd-danmark! Går nemlig ledig ..."*

*"På OUH har vi svært ved at rekruttere! Så bare kom til OUH, der er flere afdelinger, der ikke kan få stillinger besat."*

*"Så skal vi igen ud og kæmpe for en markedsøkonomisk bestemt lønstigning - I ved, udbud og efterspørgsel, tak!"*

*"Yes ... NICE 😊"*

*"Så må vi da håbe, de får ordentlig løn efter uddannelse og kvalifikationer sammenlignet med det øvrige samfund, ordentlig normering, så de ikke bliver presset til for mange vagter, indkald på fridage, sletning af planlagte fridage, så vi ikke får flere udbrændte sygeplejersker med alt for mange arbejds-skader ..."*

## I agurketid dækker sygeplejersker over hinanden

En af sommerens store historier var afsløringen af, at sundhedspersonale dækker over hinanden, når der bliver begået fejl. Dansk Sygeplejeråd kunne i juli påvise, at antallet af indberetninger af utilsigtede hændelser er steget 216 pct. siden 2006.

*"Det passer ikke. I min afdeling har vi heldigvis den kultur, at vi kan tale åbent om fejl og utilsigtede hændelser, og vi kan rent faktisk lære af disse for at sikre patienterne på bedste vis."*

*"Skulle alt ikke blive indberettet, skyldes det helt sikkert travlhed og en stresset arbejdsdag!!!"*

*"Man kan vel ikke helt afvise, at det sker, at man undlader at indberette utilsigtede hændelser. Der er vel altid grund til at have et kritisk blik rettet mod eget virksomhedsfelt. Ellers bliver det efter min mening lige så utroværdigt som den modsatte*

*absolutte påstand: at læger og sygeplejersker dækker over hinandens fejl."*

*"Det er godt at konstatere, at utilsigtede hændelser bliver indberettet, og at der er en stor åbenhed omkring fejl og mangler i sundhedsvæsenet. Det er dog også rigtig vigtigt, at vi i sundhedsvæsenet er åbne overfor patienters og pårørendes oplevelser af fejl og mangler - det ene udelukker ikke det andet. Det er ikke OK at forklare sådanne oplevelser med statistikker eller egne erfaringer."*

*"Er studerende og oplevede et praktiksted, hvor man ikke indberettede, og det var også den instruks, vi fik."*

**Hvis du selv har lyst til at deltage i debatterne på Dansk Sygeplejeråds Facebook-side, kan du gøre det på [www.facebook.com/sygeplejersker](http://www.facebook.com/sygeplejersker)**

Er du stud. chance? Det kan koste kassen.

Ring på 86 17 43 44 eller sms GFSUNDHED + dit navn til 1272\*, og vi kontakter dig.

\*Det koster kun alm sms-takst

Fx hvis din iPhone bliver stjålet, eller du styrter og slår tænderne ud. Som studerende kan du få indbo-, ansvar- og ulykkesforsikring i én og samme pakke fra kun 2.436 kr. om året. Du kan også få en elektronikforsikring der dækker alle dine elektriske apparater som fx computer, iPad eller mobil. Kontakt os og hør mere.



Det gode selskab

GF Hospital og Sundhed · Vestre Strandallé 54 · 8240 Risskov  
Tlf. 86 17 43 44 · [www.gf-hospitalogsundhed.dk](http://www.gf-hospitalogsundhed.dk)



**Redaktion Jette Bagh, cand.cur., fagredaktør**

I sektionen "Fag" bringer vi ca. 55 faglige artikler om året. Artiklerne beskriver praksis, forskning, teorier og udviklingsarbejder. Artiklerne er hovedsageligt skrevet af sygeplejersker, men også af andre sundhedsprofessionelle.

Skriv til Fag. Læs Sygeplejerskens manuskriptvejledning på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) > Sygeplejersken og ring eller send en mail med din idé, nummeret er 4695 4187 og mailadressen [jb@dsr.dk](mailto:jb@dsr.dk)



**FAG**

- FRA SYGEPLEJERSKE TIL SYGEPLEJERSKE

## Når åndenød dominerer hverdagen

Jeg kender en fyr, der ryger så meget, at han altid udsender en umiskendelig lugt af røg. Lugten kommer fra tøjet, huden og ja, selv fra hans gummistøvler. Der er stor sandsynlighed for, at han får KOL på et tidspunkt, da det sker for 40 pct. af alle dagligrygere. Mange af os har haft en nabo eller en morfar, der røg som en skorsten et helt liv og kun hostede, når en flue forvildede sig ned i halsen, men det er undtagelsen, ikke reglen. Derfor er det interessant, at sygeplejersker nu har identificeret fire karakteristiske måder at håndtere åndenød på hos mennesker med KOL. Målet er at bevare egen integritet: Måderne kaldes "den overvurderende", "den udfordrende", "den undervurderende" og "den udjævnende". Ca. 430.000 mennesker har KOL her i landet, så måderne til klare svær åndenød på i dagligdagen skal nok blive anvendt i forståelsen for og vejledning af de belastede. Læs mere på side 85.

Og der er mere praksisnær forskning på vej, for sygeplejersker med en ph.d.-grad eller sygeplejersker i gang med at opnå den finder i stadigt større udstrækning tilbage til klinikken. Sådan skal det også være, står det til forfatterne af to artikler om forskere, der færdes i den praksis, hvor patienterne er nødt til at befinde sig. Ledere af sygeplejen bliver i begge artikler opfordret til at inddrage forskere eller kommende forskere i dagligdagen på den ene eller den anden måde. Læs artiklerne på side 72 og 76.

Mange har sikkert stået i den situation: Hjælp, en patient med trakeostomi. Hvordan er det nu, man suger? Må hun spise og drikke? Kan jeg komme til at kvæle hende? Hvad gør jeg, hvis kanylen ryger ud?

Nu har en sygeplejerske med fingern på den innovative puls fundet en løsning på spørgsmålene. "Patientens bog, livet med trachelkanyle", der beskriver, hvordan et hul i halsen håndteres, og en dukke ved navn Per, man kan øve plejen på. Læs mere her på siden.

Og så læs da også Kim Leines klumme om misbrug på side 60.

*Jessie Bayh*  
Sygeplejerske,  
cand.cur., fagredaktør.



## Plejepersonale mangler

AF ANN WOLFF BREGENDAHL, OPERATIONS- OG AMBULATORIE-SYGEPLEJERSKE, ØRE-NÆSE-HALS-AMBULATORIET VEJLE SYGEHUS; ANN.WOLFF.BREGENDAHL@RSYD.DK

*Mennesker med en trakeostomi er utrygge ved indlæggelse og hjemmehjælpsbesøg, for plejepersonalet ved ikke nok om kanylpleje eller er bange for at udføre plejen. Det viser interview med seks kanylebærere og spørgeskemasvar fra otte andre. En bog om plejen skal afhjælpe problemerne.*

"De forstod ikke at suge rigtigt eller at tage inderkanylen ud. Jeg var meget bange, blev blå i ansigtet og kunne ikke trække vejret. De forsøgte at suge, men suget stoppede til, og jeg måtte signalere, at suget skulle stoppes i vand, så det ikke klottede til. Herefter sugede de saftevandet fra mit glas, så det ikke klottede til igen ..." (Kanylebærer indlagt på sengeafdeling).

I efteråret 2012 deltog jeg sammen med en kollega i kurset: "Burgerdreven innovation" på Sundhedsinnovationscenteret i Odense. Vores mål med kurset var at undersøge, hvordan vi kunne forbedre den patientoplevede kvalitet og service til vores kanylebærere.

Vi startede med at interviewe seks kanylebærere. Svarene var efterfølgende med til at danne grundlag for opbygningen af spørgeskemaer, som blev sendt ud til otte andre kanylebærere og to hjemmesygeplejersker tilknyttet ambulatoriet. Syv skemaer blev returneret 14 dage senere. Svarene blev sammenholdt, og der tegnede sig et tydeligt billede:

*Patienterne har behov for at møde og udveksle erfaring med andre kanylebærere:*

*"Jeg har virkelig manglet ligestillede kanylebærere."*

*"Særligt i begyndelsen kunne det være rart at have mødt en anden kanylebærer."*

### Sådan vurderes artiklerne til FAG

**Teori & Praksis** har været gennem fagfællebedømmelse

**Videnskab & Sygepleje** har været gennem dobbelt blind bedømmelse i Sygeplejerskens videnskabelige panel

**Faglige artikler** er godkendt efter sygeplejefaglig vurdering og vejledning

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

Artiklerne i "Fag" er indekseret i databaserne CINAHL, SweMed+ og bibliotek.dk

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

# viden om kanylepleje

*Det har stor betydning, at hjemmeplejen oplæres i kanyleskift.*

*”Den hjemmesygeplejerske, de sendte ud, turde slet ikke røre ved kanylen”.*

*”Rigtig utryg i starten, da hjælperne, som kom, slet ikke havde forstand på kanyleskift.”*

*Sundhedspersonalet på sygehusene har berøringsangst i forhold til kanylen pga. manglende viden og erfaring, hvilket skaber utryghed ved patienten.*

*”Personalet aner intet om, hvordan man sætter kanylen i. Det er lige før, de løber skrigende bort.”*

*”Jeg var virkelig lettet, når kæresten kom på besøg. Ellers var kanylen da helt klottet til, da personalet ikke forstod at skifte inderkanylen eller at suge.”*

## Forening for kanylebærere

I foråret i år indledte vi et regionalt samarbejde med fire andre Øre-Næse-Hals-afdelinger (Esbjerg, Odense, Svendborg og Sønderborg) fra Region Syddanmark. På et møde i april besluttede vi på baggrund af undersøgelsens resultater at invitere alle kanylebærere fra Region Syddanmark til cafédag den 18. september på Odense Sygehus. Håbet er, at det kan være startskuddet til dannelsen af en forening for kanylebærere.

Senere i forløbet interviewede vi plejepersonalet på otte sengeafdelinger og to distriktsledere fra hjemmeplejen. Her er deres oplevelser af at passe kanylebærere:

*”Sloges om, hvem der skal passe patienten. Ingen af os har lyst. Er utrygge ved det, fordi vi ingenting ved.”*

*”Påseede engang en trakeostomeret patient, som kom ind i vores nattevagt. Turde ikke give patienten noget at drikke, selvom han signalerede, at han var tørstig. Ventede på, at lægen kom, da vi ikke var sikre på, at han kunne drikke med sådan en kanyle.” (Sygeplejerske ansat på sengeafdeling).*

Plejepersonalet var utrygt og efterspurgt bl.a. læse- og videovejledninger om kanylepleje, øvelse i kanyleskift samt data om den enkeltes hjælpemidler og plejebehov.

Dette forsøgte vi at imødekomme med ”Patientens bog – livet med trachealkanyle” og ”Per”. Per er en torso, vi har udviklet i fællesskab med en medarbejder fra Sundhedsinnovationscenteret. Per er udstyret med et luftrør, hvilket muliggør øvelse i kanyleskift, kanylepleje, skift af bånd og metaline, hudpleje samt sugning af sekret m.m. Per bruges til undervisning i hjemmeplejen, af plejepersonalet på sengeafdelinger og kanylebærere, som ønsker oplæring i kanyleskift, samt pårørende.

”Patientens bog – livet med trachealkanyle” følger patienten ved indlæggelser, kontakt til hjemmeplejen o.l. Bogen indeholder bl.a. oplysninger om patientens plejebehov, hjælpemidler, læsevejledning med billedillustrationer af kanylepleje, link til videovejledning i kanylepleje samt kontaktoplysninger til Øre-Næse-Hals-afdelingen.



*Information om ”Patientens bog – livet med trachealkanyle” fås ved henvendelse til forfatteren eller til Louise Maigaard; louse.maigaard@r.syd.dk*



Torsoen ”Per” er udstyret med et luftrør, der muliggør øvelse i kanyleskift, kanylepleje, skift af bånd og metaline, hudpleje samt sugning af sekret m.m. Torsoen er udviklet i samarbejde med Sundhedsinnovationscenteret.



## Sygeplejersker søges til Norge – til en attraktiv løn

**Kirurgiske sygeplejersker  
Medicinske sygeplejersker  
Anæstesisygeplejersker  
Dialysesygeplejersker  
Intensivsygeplejersker  
Neonatalsygeplejersker  
Onkologisygeplejersker  
Operationsygeplejersker**

Vi sørger for alt - lige fra rejse og logi til vagtplan - vi er din partner!

Telefon: **(+45) 45 540 540**  
Mail: **rekruttering@powercare.dk**

Ansøgningskema kan udfyldes på vores hjemmeside:  
**www.powercare.dk**



MEDIC STAFF BY  
**POWERCARE®**

POWERCARE A/S  
Sønderhøj 16  
DK-8260 Viby J  
Tlf.: (+45) 45 540 540

**POWERCARE A/S agerer i store dele af verden - med primært fokus på det skandinaviske marked samt Mellemøsten og Australien.**

Før du søger arbejde i udlandet, opfordrer vi dig til at søge oplysninger på [dsr.dk/jobudlandet](http://dsr.dk/jobudlandet)

# Afbrydelser i sygeplejen kan reduceres

*En undersøgelse af afbrydelser i sygeplejepraksis efterfulgt af en fokuseret indsats for at undgå afbrydelser bar frugt på Aarhus Universitetshospital. Efter tre måneder faldt antallet af afbrydelser med 37 pct.*

AF LISELOTTE BRAHE, MKS, UDDANNELSES- OG UDVIKLINGSANSVARLIG SYGEPLEJERSKE PÅ HJERTE-LUNGE-KAR-KIRURGISK AFDELING, AARHUS UNIVERSITETSHOSPITAL; LISEBRAH@RM.DK

Afbrydelser kan skabe irritation, stress eller tidsnød, ufokuserede arbejdsprocesser, fejl eller utilsigtede hændelser, hvilket påvirker arbejdsmiljø, patientforløb og patientsikkerhed (1,2,3). På Hjerter-Lunge-Kar-kirurgisk afdeling, AUH, har vi undersøgt muligheden for at reducere afbrydelser. Vi har oplevet et fald på 37 pct. efter en fokuseret indsats på tre måneder.

Afbrydelser er et vilkår, der skal håndteres. Afbrydelser kan være mere eller mindre nødvendige samt skabe og forstyrre overblik. Optimerede patientforløb og korte indlæggelser kræver effektivitet, kontinuitet og kvalitet, hvilket forudsætter fokuserede arbejds gange og nærvær. Sygeplejersker har en koordinerende rolle, hvor det kan være svært at finde balancen mellem tilgængelighed og fokus. Kulturen i en afdeling er et komplekst fællesskab med uskrevne regler for, hvornår det er acceptabelt at afbryde hvem med hvad, men sygeplejersker er villige til at acceptere mange afbrydelser for at opretholde en god stemning. Sygeplejersker afbryder hinanden og lader sig afbryde med sparring, beskeder eller spørgsmål. Dialog med kollegaer findes vigtigt, hvor small-talk opleves som gruppearbejde eller caféstemning på kontoret, men som under medicinadministration kan medføre fejl.

## Metode

I et ikke randomiseret, kontrolleret interventionsstudie foretaget 2011-12 blev afbrydelser registreret og observeret i 294,5 timer kombineret med kvalitative interview med 11 sygeplejersker. Anskueliggørelse af områder med risiko for afbrydelser i forskellige rum blev optegnet i spaghettdiagrammer.

Interventionsudviklingen var inspireret af DELPHI-metoden. Interventionen rettede sig mod forventningsafstemning og fokuserede arbejds gange på kontorer og i medicinrum på følgende måde.

Medicinrum: "Forstyr-mig-ikke"-veste ved medicindosering signalerede opmærksomhed på et rum med fokuserede arbejds gange.

Kontorer: Faste koordinatore som "gate-keepere" og dagligt udpegede kontorguidere, der skulle bidrage til at håndhæve aftaler. Konsekvent brug af nursefinder og nærværslamper.

Tværfaglige dialogmøder i forhold til gensidig forståelse og forventningsafstemning. Time-out som fokuserede tidspunkter til koordinering.

## Resultater

Afbrydelser blev reduceret med 37 pct. Sygeplejersker afbrød hinanden mindre, men der var flere afbrydelser fra f.eks. læger. Andelen af afbrydelser i medicinrum og kontorer blev reduceret, men der var flere afbrydelser på gangen. I vurderingen af, om man vil afbryde eller lade sig afbryde, indgik kompetenceniveau, kompleksitet, fokusgrad, involveringsgrad, handlekrav og fagrelationer. Med bevidsthed om egen og andres adfærd i forbindelse med afbrydelser, hvor man skærmede sig selv og hinanden ved at bede en kollega om at flytte sig eller dæmpe sig, blev det legalt at sige til og fra.

## Konklusion

Afbrydelser kan reduceres betragteligt på kort tid med praksisfunderede, meningsfyldte og ledelsesforankrede indsatser, f.eks. dialogmøder, faste sygeplejekoordinatorer, nursefinder, ved at lukke døren og bruge nærværslampe under samtaler, veste under medicinadministration samt ved at reducere antallet af personer i medicinrum. Fra selvfølgeheder til bevidsthed om, hvad der er nødvendige og unødvendige afbrydelser, samt hvorvidt man kan, vil og bør afbryde eller lade sig afbryde. Fokus skal fastholdes, og der skal arbejdes tværfagligt. Ændring af vaner og adfærd må medtænkes i forhold til implementering.

## Litteratur

1. Brahe L, Elgaard EE. Afbrydelser i klinisk sygeplejepraksis. I Klinisk Sygepleje 2010; nr. 1:29-42.
2. Elgaard EE, Brahe L. Interruptions in clinical nursing. Journal of Clinical Nursing. In Press.
3. Paxton F et al. A study of interruption rates for practice nurses and GP's. Nursing Standard 1996; vol.10: number 43:p.33-36.

*En deltaljeret beskrivelse af projektet og en fuldstændig litteraturliste fås ved henvendelse til forfatteren.*

# Målet er empowerment i praksis

I Danmark findes ca. 120 sygeplejersker med en ph.d. eller doktorgrad. Sygeplejersken har opsøgt nogle af dem for at finde ud af, hvorfor de valgte forskervejen, og hvordan det er gået, siden de fik deres forskertitel.



Vibeke Zoffmann bor i Kokkedal, er gift og har to voksne børn og fire børnebørn. Hun er ansat som seniorforsker på Steno Diabetes Center i Gentofte og i en 20 pct. bistilling på Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring (NK LMS) i Norge.

## Hvad fik dig til at forske?

”Jeg fik idéen til min forskning ved synet af Imogene Kings model på Danmarks Sygeplejerskehøjskole i 1983-84. Modellen skitserer et samspil mellem patient og professionel, hvor de bidrager ligeligt i en interaktiv problemløsning frem imod fælles mål. Idéen har jeg siden forfulgt, først teoretisk og siden 2005 i kvalitativ og kvantitativ forskning.”

## Hvad er forskningsemnet i din ph.d.-afhandling?

”Udvikling og testning af Guidet Egen-Beslutning (GEB) i vanskelig diabetesomsorg. Forskningen blev påbegyndt fire år før min ph.d., hvor kvalitativ forskning hjalp mig til at opdage mønstre, som står i vejen for empowerment i relationen mellem patient og professionel. For at bryde mønstrene udviklede jeg sammen med sygeplejersker fra praksis metoden GEB, som først blev evalueret kvalitativt og efterfølgende i en randomiseret kontrolleret undersøgelse. Anvendt i et 16 timers gruppeforløb forbedrede GEB her blodsukkerregulering og livsdygtighed hos voksne med vedvarende dårligt reguleret type 1-diabetes.”

## Hvor tog du din forskeruddannelse henne?

”På Afdeling for Sygeplejevidenskab på Aarhus Universitet. Under ph.d.-forløbet var jeg på et kortere studieophold på Michigan Diabetes Research and Training Center i Ann Arbor.”

## Hvordan har dine økonomiske rammer været, mens du tog din forskeruddannelse?

”Før ph.d.en modtog jeg fondsmidler fra Helsefonden, Novo Nordisk og Ely Lilly. Ph.d.en var samfinansieret af Dansk Sygeplejeråd, Forskningsinitiativet ved Aarhus Universitetshospital samt afdelingerne C og M.”

## Hvor kan man læse om dine forskningsresultater?

”Bl.a. i min afhandling fra 2004, “Guided Self-Determination – a life skills approach developed in difficult diabetes care” og i nedenstående artikler. Fire af de videnskabelige artikler er oversat til dansk og publiceret i klinisk sygepleje 2009.”

## Hvordan har din forskning betydning for praksis?

”Virkeliggørelse af empowerment i praksis er min ambition. Jeg er derfor glad for, at studerende, forskere og praktikere, som arbejder på tværs af kroniske tilstande, har ladet sig inspirere af min forskning. GEB mobiliserer et potentiale hos patienter og professionelle og er let at tilpasse til andre områder, og den er især relevant der, hvor det er svært at leve et godt liv med tilstanden og svært for os professionelle at støtte patienterne i det. Indføres den slags metoder i et medicinsk speciale, vil det oftest være på initiativ af sygeplejersker. De bidrager herved til en personcenteret indsats på området. Det er bl.a. sket inden for behandling af diabetes, skizofreni, dobbeltdiagnose, gynækologisk cancer, stomiopererede, hæmodialyse, kroniske smerter, epilepsi og forældre til for tidligt fødte. Anvendelse af GEB giver en stor forandring i spillet med patienterne og fordrer både teoretisk og kommunikativ kompetence i anvendelsen af refleksionsark. På Steno har vi fundet frem til et egnet undervisningskoncept bestående af et firedages kursusforløb over nogle måneder inklusive øveforløb med patienter i egen praksis. Syv ph.d.-projekter er i gang, fem i Danmark og et i henholdsvis Norge og Sverige.”

## Hvad forsker du i aktuelt?

”I efteråret afslutter jeg et randomiseret studie på Steno Diabetes Center, hvor vi undersøger effekten af en fleksibel GEB hos unge voksne med dårligt reguleret type 1-diabetes. Jeg er desuden i gang med et pilotprojekt for kvinder, som har type 1-diabetes og graviditetsønske. Teoriudvikling om styrkelse af identitet og integritet hos mennesker med nydiagnosticeret diabetes er et nystartet projekt. Endelig er begrebet personspecifik evidens et nyt undersøgelsesfelt.”

## Litteratur

- Zoffmann V, Kirkevoild M. Realizing Empowerment in Difficult Diabetes Care: A Guided Self-Determination Intervention. Qual Health Res. 2012 Jan;22(1):103-18. Epub 2011 Aug 29.
- Zoffmann V, Harder I, Kirkevoild M. A Person-Centered Communication and Reflection Model: Sharing Decision-making in Chronic Care. Qual Health Res 2008;18(5):670-85.
- Zoffmann V, Kirkevoild M. Relationships and their potential for change developed in difficult type 1 diabetes. Qual Health Res 2007;17(5):625-38.
- Zoffmann V, Lauritzen T. Guided self-determination improves life skills with Type 1 diabetes and A1C in randomized controlled trial. Patient Educ Couns 2006;64(1-3):78-86.
- Zoffmann V, Kirkevoild M. Life versus disease in difficult diabetes care: conflicting perspectives disempower patients and professionals in problem solving. Qual Health Res 2005;15(6):750-65.
- Zoffmann V. Patient-sygeplejerske relationen. In: Hundborg S & Lynggaard B, editors. Sygeplejens fundament. Copenhagen: Dansk Sygeplejeråd & Nyt Nordisk Forlag, 2013. p. 728-39.
- Zoffmann V. Fra grounded theory til randomiseret kontrolleret studie: hærkning af bløde data. I: Lorensen M, Hounsgaard L, Østergaard-Nielsen G, red. Forskning i klinisk sygepleje 2: metoder og vidensudvikling. 1. bogklubudgave. Kbh.: Gyldendals Akademiske Bogklubber; 2003. s. 239-58.

# 1 million til sygeplejeforskning

TEKST: HENRIK BOESEN • FOTO: SØREN SVENDSEN

*Den sygeplejefaglige forskningsfond støtter otte udvalgte ph.d.-projekter*

Otte sygeplejefaglige forskningsprojekter er i år blevet støttet med 1 mio. kr. fra Den Sygeplejefaglige forskningsfond. De otte projekter er udvalgt blandt ansøgere, som søgte støtte til deres projekter ud fra følgende temasætning: "Sundhedsvæsenet bærer præg af stadigt kortere møder mellem patienter og fagprofessionelle, udfordringer i overgange mellem sektorer samt stigende krav om "patientempowerment" (at give mennesker mulighed for at tage vare på sig selv og sin egen sygdom og sundhed)."

Forskningsfonden har efterfølgende valgt at støtte forskningsprojekter, der belyser disse udviklingstendensers betydning for sygeplejen med fokus på professionen, teknologi og/eller roller for patient, pårørende og sociale netværk.

De otte sygeplejersker, som har modtaget støtte fra Forskningsfonden, blev fejret ved en reception i Kvæsthuset i juni, hvor formand Grete Christensen præsenterede modtagerne og indholdet af deres projekter.

De otte modtagere af forskningsstøtten er:

## Mette Linnet Olesen

*Personcentreret støtte til kvinder i forløbet efter kirurgisk behandling for gynækologisk cancer – et randomiseret interventionsstudie. Ph.d.-projekt, Københavns Universitet. Projektet tildeles 100.000 kr.*

**Sygeplejefagligt fokus:** "En sygeplejefaglig kernekompetence er at understøtte den enkelte patients udvikling af hans eller hendes iboende kapacitet til at leve bedst muligt med sygdom eller følger af denne. At udvikle denne kapacitet, som også kaldes livsdygtighed (life skills), er det centrale element i metoden Guidet Egen-beslutning, som er udviklet af sygeplejerske Vibeke Zoffmann til diabetesomsorg, og som vi ønsker at teste blandt kvindelige kræftoverlevende. Fordi antallet af patienter, som overlever kræft, er stigende, er det særlig vigtigt at udvikle og

evidensbasere den sygeplejefaglige indsats til denne patientgruppe."

## Ingrid Nilsson

*En tryk start i livet – udvikling og evaluering af et sundhedspædagogisk program med fokus på amme-etablering under korttidsindlæggelser efter fødslen. Ph.d.-projekt, Aarhus Universitet. Projektet tildeles 100.000 kr.*

**Sygeplejefagligt fokus:** "Projektets sygeplejefaglige fokus er at identificere de behov for vejledning og omsorg, nye familier har i relation til etablering af amning i den første tid efter fødsel. Det er planen at tage udgangspunkt i de fysiologiske omstillinger, mor og barn gennemløber efter fødsel, og udvikle et sundhedspædagogisk tilbud, som understøtter denne udvikling. Troen på, at man kan gennemføre en amning (self-efficacy) er vigtig, for at det lykkes. Der vil derfor i projektet ligeledes være fokus på, hvilke metoder der skal anvendes i vejledningen for at øge forældrenes self-efficacy."

## Dorthe Boe Danbjørg

*Telemedicin – en mulighed for kvinder, der føder ambulantly. Ph.d.-projekt, Syddansk Universitet. Projektet tildeles 100.000 kr.*

**Sygeplejefagligt fokus:** "Det sygeplejefaglige fokus er sygepleje under forandring som følge af indførelse af ambulantly fødsel som standardiseret tilbud. Den sygeplejefaglige udfordring bliver at sikre, at "den observation og understøttelse af mor og

barn, der tidligere fandt sted under indlæggelse, fortsat sikres efter ambulantly fødsel eller tidlig udskrivelse" (SST 2009, s. 36), og at sikre, at den enkelte familie får deres individuelle behov imødebet trods standardisering. Spørgsmålet bliver, hvorvidt det kan sikres ved brug af teknologi."

## Maria Rudkjær Mikkelsen

*Patienters mestring og rehabilitering efter alkoholbetinget levercoma i samspillet med sundhedsprofessionelle og pårørende – et kontrolleret interventions- og multicenterstudie. Ph.d.-projekt, Københavns Universitet. Projektet tildeles 150.000 kr.*

**Sygeplejefagligt fokus:** "I projektet bliver sygeplejersken bindeleddet mellem patienten og de pårørende samt de andre aktører i interventionen. Projektet foregår på to hospitalers selvstændige sygeplejestyrede rehabiliteringsklinikker. Her skal sygeplejerskerne med udgangspunkt i RS Lazarus' stress- og mestringsteori identificere patientens fem væsentligste fysiske og psykosociale problemer og derefter bidrage med viden og erfaring til at understøtte patientens vurderings- og mestringsproces af deres problemer. Dermed opnås et samspil mellem patienten, sygeplejersken og de pårørende."

## Janet Froulund Jensen

*Recovery Af Post Intensiv Terapi patienter – RAPIT. Ph.d.-projekt, Københavns Universitet. Projektet tildeles 175.000 kr.*



Sygeplejerskerne (fra venstre) Ingrid Nilsson, Trine Bernholdt Rasmussen, Mona Kyndi Pedersen, Mette Linnet Olsen, Janet Froulund Jensen, Maria Rudkjær Mikkelsen og Pernille Palm Johansen har alle modtaget støtte fra den Sygeplejefaglige forskningsfond til deres ph.d.-projekter. Dorthe Boe Danbjørg har også fået støtte til sit projekt, men kunne ikke være med ved fotografieringen.

*Sygeplejefagligt fokus:* ”Der sættes i projektet fokus på at forbedre patientforløbet efter indlæggelse på intensivafsnit. Med udgangspunkt i empowerment og den salutogenetiske idé sigtes mod at styrke og støtte patientens egne kompetencer til fremadrettet at handle selv efter indlæggelsen. Empowerment benyttes som metode til at redefinere sygeplejerskens rolle fra ekspert til konsulent og samarbejdspartner. Den salutogenetiske idé sigter mod at forstå og fremme faktorer, der fremmer velværet trods samtidig sygdom. Inspireret af den salutogenetiske idé bygger projektet på, at tidligere intensivpatienter støttes i at konstruere deres sygdomsnarrativ og identificere behov med afsæt i deres ressourcer, hvilket bidrager til at forbedre deres livskvalitet.”

### **Mona Kyndi Pedersen**

*Den medicinske patient – en undersøgelse af risikofaktorer for tidlige genindlæggelser blandt ældre medicinske patienter. Ph.d.-projekt, Aalborg Universitet. Projektet tildeles 175.000 kr.*

*Sygeplejefagligt fokus:* ”De medicinske patienter er en patientgruppe, der ofte har flere forskellige sygdomme og som følge heraf har komplekse problemstillinger og behov, der kan være svære at imødekomme i et specialiseret sundhedsvæsen.

En uplanlagt genindlæggelse betyder – uanset årsagen – et brud på hverdagslivet for den ældre, medførende betydelige menneskelige og samfundsmæssige omkostninger.

Projektet vil fokusere på patientforløbet og på patientens oplevelse af faktorer af betydning for tidlig genindlæggelse.”

### **Trine Bernholdt Rasmussen**

*CopenHeart IE – Rehabilitering til patienter behandlet for infektios endokardit (IE). Ph.d.-projekt, Gentofte Hospital og Rigshospitalet. Projektet tildeles 100.000 kr.*

*Sygeplejefagligt fokus:* ”Projektets design og metoder tager afsæt i ansøgers og hovedvejleders sygeplejefaglige baggrund. Det er således patienten og dennes oplevelse og håndtering af sygdom, der er i fokus i både interventionsdesign og valgte effektmål.

I de eksplorative delstudier og som en del af randomiserede forsøg anvendes såvel kvalitative som kvantitative forskningsmetoder, og det er kvantificerbare parametre som bl.a. selvoplevet helbred, fysisk funktionsniveau, søvnkvalitet, ernæringsstatus, fatigue og kropsoptagelse, der har særlig interesse.”

### **Pernille Palm Johansen**

*Seksuel rehabilitering af hjertepatienter – CopenHeart SF. Ph.d.-projekt, Hjerteafdelingen, Bispebjerg Hospital samt Hjertecentret, Rigshospitalet. Projektet tildeles 100.000 kr.*

*Sygeplejefagligt fokus:* ”Projektets sygeplejefaglige fokus er relateret til livet som hjertepatient med seksuel dysfunktion. Og det er i dette samspil, sygeplejerskernes rolle er essentiel. Projektet søger at give patienterne vejledning i, hvordan de fremadrettet selvstændigt kan håndtere deres seksuelle problemer. Derudover vil projektet bidrage med generel sygeplejefaglig viden om, hvordan vi kan vejlede og rådgive patienter med seksuel dysfunktion. De sygeplejefaglige konsultationer/samtaler er ud over den fysiske træning omdrejningspunktet i forsøget og vil generere indgående kendskab til, hvordan vi skal tilrettelægge sygeplejen til hjertepatienter med seksuel dysfunktion.”



## **Bliv frivillig rådgiver på Livslinien**

Det at være telefonrådgiver har givet mig professionel træning i at tage den selvmordsforebyggende samtale. Særligt har den direkte dialog med kriseramte mennesker skærpet min forståelse for personlig rådgivning over telefonen. Og så bliver du en del af et stærkt og engageret kollegialt fællesskab med god sparring.

*Helle, psykologistuderende og telefonrådgiver på Livslinien*

Læs mere på [www.livslinien.dk](http://www.livslinien.dk)  
Ansøgning sendes til: [frivillig@livslinien.dk](mailto:frivillig@livslinien.dk)  
senest 11. september 2013

# LIVSLINIEN

# Tværfaglige forskningsenheder ph.d.-studerende

Artiklen fremhæver, at ansættelse af ph.d.-studerende sygeplejersker i klinikken kan berige både praksis og de studerende. Desuden beskrives de muligheder, der findes ved at indgå i et ph.d.-uddannelsesmiljø i tværfaglige forskningsenheder med en klinisk forankring.

AF ANNE KJÆRGAARD DANIELSEN, FORSKNINGSSYGEPLEJERSKE, PH.D., CAND.PÆD., MKS, GASTROENHEDEN, HERLEV UNIVERSITETSHOSPITAL; ANNE.K.DANIELSEN@GMAIL.COM, SUZANNE F. HERLING, SYGEPLEJERSKE, CAND.SCIENT.SAN., PH.D.-STUDERENDE, FORSKNINGSENHEDEN, ANÆSTESIOLOGISK AFDELING I, HERLEV UNIVERSITETSHOSPITAL, LULU WILENIUS, LEDENDE OVERSYGEPLEJERSKE, MPO, FORSKNINGSENHEDEN, ANÆSTESIOLOGISK AFDELING I, HERLEV UNIVERSITETSHOSPITAL OG KIRSTEN RAVN, LEDENDE OVERSYGEPLEJERSKE, GASTROENHEDEN, HERLEV UNIVERSITETSHOSPITAL

Interventioner, som bygger på principperne fra evidensbaseret praksis (1) og evidensbaseret medicin (2), drejer sig i praksis om at yde sygepleje, som er baseret på viden om, hvad der virker. Ansættelse af sygeplejersker med ph.d.-uddannelse fremstilles i den sammenhæng som en mulighed for at sikre implementering af forskningsbaseret viden og udvikling af ny viden indenfor sygeplejen (3).

Forskningsrådet i Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) efterlyser flere og bedre forskningsprojekter indenfor sygepleje (4) og henviser bl.a. til en survey, som trods metodiske svagheder peger på, at antallet af sygeplejersker med en ph.d.-grad er relativt lavt i Danmark. Desuden tyder undersøgelsen på, at Østdanmark halter lidt efter Vestdanmark, hvis man ser på det absolutte antal af akademiske sygeplejersker.

## Isoleret fra forskningsmiljøer

DASYS problematiserer, at der er risiko for, at sygeplejersker, der bedriver forskning, kan sidde isoleret og dermed ikke være knyttet til større forskningsmiljøer (4). I de større forskningsmiljøer sidder postdocer, der kan vurdere forskningens kvalitet og bidrage til at implementere forskningsresultater i praksis. Dansk Sygeplejeråd efterlyser ligeledes flere sygeplejersker med forskeruddannelse, og at de nødvendige uddannelsesrammer er tilgængelige (5).

Det kan imidlertid være vanskeligt for den enkelte sygeplejerske eller den enkelte leder af sygeplejen at få et indblik i, hvad det er, der konstituerer de gode forsknings- og uddannelsesmiljøer, og hvad der med rimelighed kan kræves, både fra den ph.d.-studerendes og fra lederens side.

I denne artikel er formålet at give sygeplejersker et indblik i de muligheder, der findes ved at indgå i et ph.d.-uddannelsesmiljø i

tværfaglige forskningsenheder med en klinisk forankring. Samtidig ønsker vi at anskueliggøre nogle af de ledelsesmæssige overvejelser, der går forud og følger ansættelse af sygeplejersker i ph.d.-uddannelse.

Vi vil ikke her formidle yderligere viden om tilrettelæggelsen af uddannelsen og henviser i stedet til universiteternes forskerskoler, se boks 1 side 73. I stedet vil vi pege på, hvilke krav man kan stille til uddannelsesmiljøet med fokus på mulighederne på et universitetshospital.

## Graden af individuelt ansvar

En af de afgørende forskelle mellem f.eks. at tage en kandidatuddannelse og en ph.d.-uddannelse har for os været graden af individuelt ansvar og hermed selvstændighed. Den projektbeskrivelse, som blev godkendt ved indskrivning, danner fundamentet for gennemførelse af studiet, og består typisk af 2-4 projekter, afhængigt af klinisk problemstilling, ambitionsniveau og muligheder.

Det medfører, at man som studerende skal agere i en verden, som på nogle områder vil være velkendt og på andre ukendt. Sammenlignet med studerende fra andre uddannelsesretninger er sygeplejersker erfaringsmæssigt lidt ældre og har typisk flere års erhvervs erfaring, inden ph.d.-uddannelsen påbegyndes. Vi har ikke kendskab til danske undersøgelser på dette felt, men undersøgelser fra engelsksprogede lande bekræfter tilsyneladende dette og viser, at gennemsnitsalderen for amerikanske ph.d.-studerende indenfor sygepleje er 42,7 år (6). De praktiske elementer omkring gennemførelse af et klinisk forskningsprojekt forekommer bekendte, det kan f.eks. dreje sig om information og kommunikation til patienter og personale i forbindelse med iværksættelse af nye interventioner og fornemmelsen af, at man selv er ansvarlig for al fremdrift i et projekt.

Andre elementer vil ofte være mere ukendte, det kan dreje sig om udformning af protokoller, godkendelsesprocedurer fra datatilsynet og det videnskabetiske komitéssystem, lægemiddelstyrelsen, budgetlægning, at føre og aflægge regnskab, skrive fondsansøgninger osv.

Som studerende bliver man mødt med krav om at kunne søge litteratur, vurdere kvaliteten af forskningsartikler og kunne rede-

” En af de afgørende forskelle mellem f.eks. at tage en kandidatuddannelse og en ph.d.-uddannelse har for os været graden af individuelt ansvar og hermed selvstændighed.



# der gavner

gøre for metoder, herunder analysemetoder, uanset om ens studie bygger på kvantitative eller kvalitative metoder. Det er optimalt at være i et dynamisk miljø, hvor man som studerende føler sig udfordret, stimuleret, støttet og anerkendt.

## Tværfaglige forskningsenheder

Det anslås, at der er ca. 120 ph.d.-uddannede sygeplejersker i Danmark, og skønsmæssigt er der omtrent 25 sygeplejersker, som aktuelt er i gang med en ph.d.-uddannelse (7). Det kan i øjeblikket være svært at finde forskningsmiljøer med en stor an-

” Det anslås, at der er ca. 120 ph.d.-uddannede sygeplejersker i Danmark, og skønsmæssigt er der omtrent 25 sygeplejersker, som aktuelt er i gang med en ph.d.-uddannelse.

del af sygeplejersker, idet der som beskrevet ikke er så mange forskningskompetente sygeplejersker. Derfor er det logisk og forbundet med flere fordele at se sig omkring og indgå i tværfaglige forskningsenheder. Vores lægelige kolleger har igennem mange år opbygget flere store og velfungerende enheder, der indeholder mange af de uddannelsesmæssige elementer, man som ph.d.-studerende sygeplejerske efterspørger. Det drejer sig her om studerende på flere niveauer, ofte flest med lægelig baggrund, men nogle gange også med baggrund som fysioterapeuter, diætister, cand.scient.er osv. Det giver til sammen mulighed for at blive udfordret og få og give sparring på forskningsspørgsmål, design, metode, analyse og resultater og formidling af resultater i et tværfagligt perspektiv, se boks 2 side 74. Forskningsaktive sygeplejersker er i stigende grad optaget af komplekse multidimensionale sundhedsfaglige problemstillinger, og det fordrer et stærkt tværfagligt forskningsmiljø og et givende samarbejde på tværs af fag (8).

### Boks 1. Fakta om ph.d.-uddannelserne ved de danske universiteter

En ph.d.-uddannelse er en treårig fuldtids forskeruddannelse, som gennemføres på et universitet, og som forudsætter en kandidatgrad. Uddannelsen kvalificerer til udførelse af selvstændige forsknings-, udviklings- og undervisningsopgaver og foregår under vejledning af en erfaren forsker (10). Der er tilknyttet teoretiske uddannelseskrav i form af universitære ph.d.-kurser, hvor man ved afslutning af uddannelsen skal kunne redegøre for, hvordan man har opnået de nødvendige 30 ECTS point. Hovedvejlederen skal i reglen være tilknyttet det universitet, hvor den studerende indskrives, og man kan have flere vejledere, hvilket afspejler de forskelligartede metoder, som man typisk når at afprøve i løbet af uddannelsen eller det kliniske område, man forsker i.

Rammerne for uddannelsen er således ret klare og kræver, at man kan indskrives på et universitet, og at der er en erfaren forsker, som vil påtage sig ansvaret som vejleder. Indskrivningsproceduren er ofte tidskrævende (måneder), og bl.a. er en fyldestgørende projektbeskrivelse obligatorisk og kan i sig selv tage flere måneder at udarbejde under vejledning.

#### Læs mere her

Aarhus Universitet: <http://talent.au.dk/phd/>

Københavns Universitet: <http://phd.ku.dk/>

Syddansk Universitet: <http://www.sdu.dk/Forskning/PhD>

Aalborg Universitet <http://www.aau.dk/Forskning/Forskere/kolerne/>

Roskilde Universitetscenter: <http://www.ruc.dk/forskning/phd-uddannelse/>

## Også kvantitative undersøgelser

Der er en udbredt opfattelse af, at sygeplejersker primært forsker i sundhedsvidenskab ud fra et kvalitativt perspektiv. Vi har stærke og gode traditioner indenfor kvalitativ forskning, også i en international sammenhæng. Men det betyder ikke, at vi skal give afkald på at besvare sundhedsvidenskabelige forskningsspørgsmål, der kræver kvantitative undersøgelser. Forskningsspørgsmålet afgør som bekendt metoden.

Her vil de lægelige forskningsledere ofte stå stærkt, og de vil være oplagte som vejledere – også for sygeplejersker. Det vigtige for os som studerende har ikke været den faglige baggrund hos vejleder, men den forskningsmæssige tyngde og kompetence (9). Man kunne indvende, at det som studerende er væsentligt at ►

## Boks 2. Eksempler på konkret udbytte af placering i forskningsenheder

Tværfaglige diskussioner om, hvordan man

- søger midler og hvor, samt hvordan man opstiller budgetter
- planlægger sine opgaver som projektleder
- indsamler og bearbejder kvalitative såvel som kvantitative data
- formidler resultater på poster eller ved foredrag
- underviser patienter eller kolleger
- holder gejsten oppe om projektet hos kollegerne i klinikken.

kunne relatere sig til et fælles fagligt udgangspunkt, men netop forskellighederne danner baggrund for udvikling af en klar og tydelig argumentation for valg af perspektiv og metoder. Derfor har det været oplagt at have vejledere med stor erfaring i kvantitative metoder til de kvantitative dele af vores projekter, og det har været oplagt at have erfarne kvalitative forskere som vejledere for de kvalitative studier.

Den kliniske praksis kræver, at vore interventioner underbygges af evidens for at kunne levere sygepleje af den højeste kvalitet. Det er i dag en udfordring for de ledende sygeplejersker at imødekomme dette behov og foretage de nødvendige prioriteringer i organisationen for at sikre, at opgaverne løses effektivt. Når vi har en opgave, som udspringer af et behov for høj kvalitet og evidensbaseret sygepleje og behandling, kan tværfaglige forskningsenheder være et organisatorisk og uddannelsesmæssigt godt middel til at nå dette mål.

### Vilje til forandring

En af vejene frem kan være ansættelse af ph.d.-studerende sygeplejersker eller sygeplejersker, der allerede har en ph.d.-uddannelse. Det kræver uden tvivl mod og vilje til forandring, at lederen fokuserer på sin hovedopgave, hvor der stilles krav om både national og international orientering i arbejdet mod høj kvalitet og optimeret behandling. Denne udvikling kommer ikke af sig selv, men skal ledes, og lederen sætter også her rammen for i dette tilfælde forskningsopgaven, så medarbejderen leverer det ypperligste til gavn for patienter og pårørende.

For de ledende sygeplejersker er det væsentligt at gøre sig klart, at forskningsuddannede sygeplejersker ikke kun kan bidrage på konkrete og specialiserede områder, men også indenfor mere tværgående udviklingsområder. Det kan dreje sig om søgning af viden på særlige områder, identifikation af og fokusering på udviklingsområder indenfor den kliniske sygepleje, vejledning af medarbejdere indenfor forskellige typer projekter, afholdelse af journal club m.m.

Nogle afdelinger og centre på de store universitetshospitaler i Danmark har i dag forskningsenheder, som ledes af sygeplejersker. Det er dog stadig et fåtal, og spørgsmålet er derfor, om ikke vi burde kigge os omkring og søge til de tværfaglige forskningsenheder, hvor sundhedsprofessionelle side om side kan forske inden for det sundhedsvidenskabelige felt til gavn for patienterne.

### English abstract

Danielsen AK, Herling SF, Wilenius L, Raven K. Multidisciplinary research units benefit PhD students. *Sygeplejersken* 2013;(9):72-5.

The article describes how nurses can obtain a good educational and research environment by joining interdisciplinary research units in clinical practice. In addition, the article puts a management perspective on the employment of PhD student nurses in the clinic.

The article's importance for nursing relates to the possibility of obtaining good training for PhD student nurses, whose involvement in clinical practice can be a great advantage.

Keywords: Education, management, research, interdisciplinarity.

## Novo Nordisk Fonden

Udvalget for Sygeplejeforskning indkalder ansøgninger til

- **forskningsprojekter i klinisk sygepleje**
- **samfinansierede forskningsstipendier inden for sygeplejeforskning**

Novo Nordisk Fonden uddeler 1,5 mio. kr. i støtte til projekter i klinisk sygeplejeforskning – herunder forskningsprojekter i forbindelse med ph.d.- og postdocforløb for sygeplejersker.

Novo Nordisk Fonden opslår desuden tre samfinansierede ph.d.-stipendier og tre samfinansierede postdocstipendier. Der er tale om 3-årige stipendieforløb, og Novo Nordisk Fonden uddeler støtte på i alt 500.000 kr. pr. stipendium. Ansøger skal søge de resterende stipendieandele fra anden side.

Opslagenes fulde ordlyd på findes på [www.novonordiskfonden.dk](http://www.novonordiskfonden.dk)

Ansøgningskema er åbent fra den 8. august 2013.

Ansøgningsfrist er den 19. september 2013 kl. 16.00.

### Litteratur

1. Kitson A. The state of the art and science of evidence-based nursing in UK and Europe. *Worldviews Evid Based Nurs* 2004;1(1):6-8.
2. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS et al. Evidence based medicine. How to practice and teach EBM. London, GB; Churchill Livingstone;2000. p. 1-257.
3. Lewallen LP, Kohlenberg E. Preparing the nurse scientist for academia and industry. *Nurs Educ Perspect* 2011;32(1):22-5.
4. Poulsen I, Aadal L, Eg M et al. Research – the foundation for furthering nursing. *Sygeplejersken* 2013;01:63-5.
5. DSR. Viden udvikler sygeplejen. Til gavn for patienter, borgere, profession og samfund. Dansk Sygeplejeråds Forskningsudspil, 2011. [http://www.dsr.dk/Documents/Fag/Forskning/12-08\\_forskningsudspil.pdf](http://www.dsr.dk/Documents/Fag/Forskning/12-08_forskningsudspil.pdf) (sidste søgning 30.04.2013)
6. Wilkes LM, Mohan S. Nurses in the clinical area: relevance of a PhD. *Collegian* 2008;15(4):135-41.
7. Sektion for Sygepleje, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet og Enheden for Sygeplejeforskning, Klinisk Institut SU. Ph.D. lister – landsdækkende [Internet]. 2012 [cited 2013 Mar 11]. Available from: <http://ph.au.dk/om-instituttet/sektioner/sektion-for-sygepleje/forskning/phd-lister-landsdaekkende/>
8. Kim MJ, McKenna HP, Ketefian S. Global quality criteria, standards, and indicators for doctoral programs in nursing: literature review and guideline development. *Int J Nurs Stud*. 2006;43(4):477-89.
9. Kostovich C, Saban K, Collins E. Becoming a nurse researcher: the importance of mentorship. *Nurs Sci Q* 2010;23(4):281-6.
10. Ministeriet for Videnskab, teknologi og udvikling. Bekendtgørelse om ph.d.-uddannelsen ved universiteterne (ph.d.-bekendtgørelsen) [Internet]. 2008. Available from: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=114196> (sidste søgning 30.04.2013)

## Sølvkanyler?

Individuel løsning der både er bedre og billigere!

Alle kanyler fremstilles efter mål.

Vi tilbyder også kurser i kanylpleje.



*Otomed*

**Hospitalsudstyr- og lægeartikler**

Skelagervej 5, 8200 Århus N

[admin@otomed.dk](mailto:admin@otomed.dk)

Tlf. 8678 5811

# Forsker og leder udvikler

*Et veloplagt samarbejde mellem leder og forsker har ført til nye toner på hæmatologisk afdeling på Roskilde Sygehus. Midlet er aktionslæring og -forskning, hvor det bærende princip er, at man ikke forsøger på og om mennesker, men sammen med mennesker.*

AF METTE KJERHOLT, KLINISK SYGEPLEJESPECIALIST, POSTDOC, PH.D., CAND.CUR., MLP; METKJ@REGIONSJAELLAND.DK  
OLE TOFTDAHL SØRENSEN, LEDENDE OVERSYGEPLEJERSKE, MPP

*"Nurse-led research in practice that results in change and development should be understood and valued for many reasons. It is patient-focused, collaborative, contributes to personal development and advances professional practice knowledge" (1).*

Som citatet angiver, er der mange gevinster ved at bedrive sygeplejeledet forskning i praksis. På trods af disse åbenlyse gevinster er der mange barrierer forbundet med at omsætte visionen til konkret praksis (2). Med dette citat ønsker vi i denne artikel at beskrive, hvordan sygeplejefaglig ledelse og forskning i en konkret klinisk hospitalspraksis har sikret kvalitetsudvikling i og af sygeplejepraksis.

## Baggrund

Overordnet er der en umættelig forventning i sundhedsvæsenet om innovativ udvikling og visionære, meningsfulde forandrings tiltag. Samtidig er der krav om, at ansatte skal yde mere, levere højere kvalitet og have mindre tid til rådighed (3). Der er ligeledes krav til sundhedspersonale om at yde en evidensbaseret praksis. En evidensbaseret praksis forudsætter dels forskning, der leverer evidensen, dels at forskningsresultaterne implementeres i praksis (4).

Uddannelse og kompetenceudvikling er en nødvendighed for at følge med og være i stand til at tilbyde nytænkende udviklingstiltag.

God projektledelse bliver mere og mere kompleks og yderst udfordrende at udøve og gennemføre med succes. Undersøgelser peger på, at forandringer mislykkes, stranded eller skuffer fælt i omkring syv ud af 10 tiltag. Peter Senge angiver, at for at skabe varige og succesfulde forandringsprocesser må vi ændre vores basale måde at tænke forandringer på. En måde kunne være at opnå forandringer gennem aktionslæring (3) og aktionsforskning (5).

Aktionslæring er tæt knyttet til aktionsforskning, så ledelse, aktionslæring og aktionsforskning kan være redskaberne, der går hånd i hånd i forhold til at udvikle klinisk sygeplejepraksis.

## En ledelsesmæssig referenceramme

Den umættelige forventning om innovativ udvikling udfordrer ledelsen i sundhedssektoren mhp. at skabe organisatoriske evner til at adaptere/omsætte de udefra kommende krav og forventninger.

Ledelsesopgaven er at udvikle den organisatoriske praksis ved at organisere aktiviteter, som udforsker og søger at integrere ny faglig viden og kvalitetsmodeller.

I en aktørbaseret ledelse arbejdes der ifølge professor Kenneth Jørgensen (6) bl.a. med organisationsudvikling. Ledelsestilgangen arbejder med udvikling gennem læring og identitets-skabelse som afgørende for, at denne organisationsudvikling opnås. Læring hos deltagerne er altafgørende for, at målet nås. Der er tale om en individuel læring, og der er tale om en organisatorisk læring. Læringen består i en bevidstgørelse om den tavse integration af viden og de normer, som ligger indlejret i enhver organisation. Læringen indebærer at kunne se sig selv i en sammenhæng med den organisation, man er ansat i, og at man kan tænke sig selv ind i den fremtidige afdeling, som udviklingen frembringer. Aktørbaseret ledelse arbejder på at skabe en læringsorganisation, der er i stand til at tilpasse organisationen til nye krav og forventninger.

Ledelsestilgangen anvender metoder som struktureret kommunikation (6), som i praksis består i at holde planlagte dialogrum, hvor nye krav og forventninger forhandles mellem aktørerne, og dermed integrerer det nye i den faglige kontekst. Denne forhandling har den største betydning for det meningskabende og dermed stor betydning for succesfuld integration af nye tiltag. Udover kommunikationen er systematisk kompetenceudvikling en vigtig ingrediens, således at aktørerne bliver klædt på til at håndtere nye krav og forandringer uden at føle tab af indflydelse og evne til at udføre.

Det er kombinationen af dialog og evne samt god tillidsfuld ledelse, der fordrer villighed til i fællesskab at se og at lære, og villighed til at forny praksisfællesskabet. Det er praksisfællesskabets kollektive evne til at reflektere i og over praksis, der frisætter deltagerne til at ændre adfærd og arbejdsgange og dermed tilpasse organisationen til nye vilkår.

» Det er praksisfællesskabets kollektive evne til at reflektere i og over praksis, der frisætter deltagerne til at ændre adfærd og arbejdsgange og dermed tilpasse organisationen til nye vilkår.

# praksis sammen

Med andre ord inddrager ledelsestilgangen organisationens deltagere i at integrere de krav, omverdenen stiller til praksis, så man i fællesskab skaber en fortolkning og forståelse af, hvilke konkrete tiltag der skal indfri kravene. Det er igennem deltagelse, den enkelte får indflydelse på den nødvendige udvikling, og det er gennem deltagelse, den enkelte opnår anerkendelse og motivation. Deltagerne medvirker til at skabe en rutine til konstant at forholde sig til egen praksisudøvelse og sætte denne i forhold til de krav og forventninger, der stilles til praksisfeltet.

Ændringer og kvalitetsudvikling i og af sygeplejepsiktion kan ske gennem sygeplejeledet forskning, hvilket bl.a. forudsætter sygeplejersker med forskningskompetencer i praksisfeltet.

På den baggrund ansatte den sygeplejefaglige leder en sygeplejerske postdoc med såvel ledelsesmæssige som forskningsmæssige kompetencer.

Formålet med postdocstillingen var følgende:

- at sikre hæmatologiske patienter højest mulig sygeplejekvalitet indenfor specifikke kliniske områder
- at tilrettelægge og styrke monitoreringen af den sygeplejefaglige kvalitet
- at identificere og analysere kliniske problemstillinger mhp. udøvelse af forskningsbaseret praksis
- at initiere, gennemføre og implementere forskning og udviklingsarbejde
- at være inspirator, ressourceperson og rådgiver for plejepersonale, ledelse og andre faggrupper mhp. udøvelse af forskningsbaseret praksis.

## Kvalitetsudvikling

En måde at udvikle kvaliteten i klinisk praksis på kan være ved hjælp af aktionslæring (3) og aktionsforskning (5).

## Aktionslæring

Aktionslæring tager afsæt i den professionelles praksis og understøtter udviklingen af et udviklingsorienteret læringsmiljø på arbejdspladsen. Ved at man i et ligeværdigt, anerkendende fællesskab med andre udforsker og udfordrer konkrete praksissituationer, kan man åbne for og blive bevidste om hinandens blinde plet-

ter og dermed udvikle og styrke viden, færdigheder, kompetencer og fagidentitet til gavn for patienterne.

Aktionslæring kan både være et selvstændigt pædagogisk værktøj, men kan også indgå som metode i aktionsforskningsprocesser.

## Aktionsforskning

Aktionsforskning er en forskningstilgang, der grundlæggende er kendetegnet ved, at praktikere i samarbejde med forskere gennem forskning i egen praksis udvikler selv samme praksis (5,2). I aktionsforskning forskes således sammen med og ikke på andre mennesker. Centralt i aktionsforskning er refleksion og dialog i og over praksis med det mål at ændre uhensigtsmæssige procedurer og arbejdsgange. Forskningsprocessen fra start til slut består af kontinuerlige cykliske processer kendetegnet ved: "Look, think, act" i forhold til den praksis, der er genstand for forskningsprocessen.

” Vi er overbeviste om, at succesen i høj grad skyldes et engageret personale, der gerne vil udvikle sig selv og deres faglighed i praksis.

Sygeplejerske og ph.d. Loretta Bellman (1) beskriver, hvordan sygeplejersker forsøger at opnå forandringer og udvikling i klinisk praksis gennem brug af den kritisk teoretiske aktionsforsknings eksplorative, kreative, innovative og empowerende proces "It explores how nurses identified patient specific problems, challenged the status quo and systematically implemented an evidence-based change process using critical action research" (1). Den personlige udviklingsproces ved at deltage i kollaborative forandringsprocesser i klinisk praksis er ifølge forfatteren evident. Vores fund underbygger dette.

Flere studier har afdækket sygeplejerskers følelse af afmagt (=powerlessness) i deres kliniske praksis, ofte på grund af det krydspres, de føler ved på den ene side at skulle indfri sundhedsvæsenets krav og organisering og på den anden side deres sygeplejefaglige værdigrundlag for at udøve sygepleje (1,2). Med afmagtsfølelsen følger følelsen af manglende indflydelse på egen praksis og dermed opretholdelse af status quo. Derfor er det vigtigt at arbejde med sygeplejerskers empowerment-følelse, ►

- ▶ så de sygeplejef professionelle værdier kan praktiseres i den kliniske praksis på lige fod med de medicinske orienterede værdier. Sygeplejeledere har en afgørende rolle for, at dette kan lade sig gøre (2,1), og aktionslæring og aktionsforskning kan være redskaberne til dette.

### Forskningstilgang

Forskningstilgangen på afdelingen i forhold til sygeplejefaglige problemfelter er praksisnær, og aktionsforskning anvendes som den primære forskningstilgang.

### Metoder og deltagere

De anvendte metoder og deltagere afhænger af det problemfelt, der er genstand for undersøgelse – om det f.eks. er modtagelse af patienterne, stuegang, sygeplejekonsultation, kontinuitet i patientforløb, brugerinvolvering, monofagligt og tværfagligt samarbejde.

Projektmetoder kan være feltstudier, journalaudit, spørgeskemaundersøgelser, fokusgruppeinterview, logbogsoptegnelser.

Procesmetoder kan være dialogkonferencer, refleksionsmøder, temadage, nyhedsbreve, supervision, logbogsoptegnelser samt ad hoc-møder blandt de involverede deltagere.

Deltagere i de forskellige forskningsprojekter/processer kan være personale og patienter på Hæmatologisk afdeling samt samarbejdspartnere udenfor afdelingen.

### Resultater og konklusion

Ved aktionslæring og aktionsforskning med deltagelse af både afdelingens medarbejdere, ledere og forskeren gives mulighed for en synergieffekt imellem den læring, der udgår fra de forskelliges perspektiver og hermed også mulighed for organisatorisk læring. Vi kan nu et år efter start på det ledelsesmæssige og forskningsmæssige samarbejde se, at vi ved at styrke læringsmiljøet på afdelingen gennem brug af aktionslæring og aktionsforskning har fremmet udviklingen af sygeplejerskers fagidentitet, herunder udviklingen af en evidensbaseret praksis.

Det ledelsesmæssige fokus og fundament på dialog og fælles ansvarlighed samt forskningstilgangen med involvering af alle personalegrupper har betydet afdækning af og bevidsthed om uhensigtsmæssige procedurer og arbejdsgange og har medført

konkrete ændringer i klinisk praksis, både monofagligt og tværfagligt. Plejepersonalet bliver mere og mere opmærksomme på betydningen og vigtigheden af at reflektere i og over deres praksis både hver for sig og i fællesskab, og dermed får de afdækket blinde pletter, som kan danne baggrund for konkrete kvalitetsudviklings tiltag til gavn for både patienter og personale. Plejepersonalet tager nu selv initiativ og ansvar ift. at iværksætte aktioner, der understøtter deres faglighed (f.eks. makkerpar, sygeplejekonsultationer, kontaktsygeplejerske, udarbejdelse af skriftligt materiale såsom tjekskemaer i forhold til at sikre en helhedsorienteret tilgang til patientforløbet), og alle aktioner har som mål at sikre gode, individuelt tilpassede patientforløb.

I forbindelse med evaluering af et konkret aktionsforskningsprojekt på afdelingen blev der afholdt fokusgruppeinterview med de sygeplejersker, som havde deltaget i projektet. Nogle af spørgsmålene var centreret om sygeplejerskernes evaluering af selve aktionsforskningsprocessen, hvor refleksionsmøder var en af de anvendte metoder. Alle interviewdeltagere havde positive oplevelser med processen, og en sygeplejerske udtrykte det på følgende måde:

*”Det har været rigtig godt, og det har virkelig givet grobund for refleksion, jeg har virkelig reflekteret over, hvordan jeg har ageret, hvad det er for signaler, jeg sender til mine patienter, hvordan min tilgang er til dem, og hvad kan vi gøre anderledes for patienternes skyld.”*

### Vision på vej til at blive indfriet

Vores vision om at udvikle en stærk sygeplejefaglig identitet med sygeplejersker, som tør og vil tage selvstændigt ansvar og træffe beslutninger samt yde en meningsfuld og evidensbaseret praksis, er derfor stærkt på vej til at blive indfriet. Vi er overbeviste om, at succesen i høj grad skyldes et engageret personale, der gerne vil udvikle sig selv og deres faglighed i praksis.

Foruden et engageret personale tror vi også, at det har en stor betydning, at både lederen og forskeren er enige om, hvad målet med ledelse og forskning er, samt hvordan målet skal nås. Samtidig har lederen stor interesse for forskningsfeltet samt erfaring og kompetence indenfor udviklingsområdet, og forskeren har stor erfaring og kompetence indenfor ledelse, udvikling, læring og forandringsprocesser, så det indbyrdes samarbejde er således præget af en stærk synergieffekt.

## Litteratur

- Bellman L. Nurse-led Change and Development in Clinical Practice. London: Whurr Publishers, England, 2003.
- Kjerholt M. Sammenhæng i ældre kronisk syges patientforløb – idealer og realiteter. Ph.d.- afhandling. Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet, 2011.
- Weinstein K. Action Learning. København: Dansk Psykologisk Forlag; 2008.
- Dasys Forskningsråd. Forskning – fundamentet for udvikling af sygeplejen. Sygeplejersken 2013; (1):63-5.
- Reason P & Bradbury H. Handbook of Action Research: Participative Inquiry & Practice. London: SAGE Publications; 2001.
- Jørgensen KM. Forandringsledelse gennem kommunikation. Ledelse og Filosofi 2007;(2).

## English abstract

Kjerholt M, Sorensen OT. Researchers and managers develop practice together. *Sygeplejersken* 2013;(9):76-9.

There is an insatiable expectation of innovative development and visionary, meaningful change initiatives within the health care system. Simultaneously, there is a demand that employees must do more, deliver higher quality while having less disposable time. There is also the demand on health professionals to follow evidence-based practices. An evidence-based practice implies both research that provides evidence and that research results are implemented in practice. Management, action-learning and action-research can be the tools that work together to develop and ensure an evidence-based nursing practice. At the Department of Hematology, Roskilde Hospital, a close relationship between nursing management, a practitioner-researcher nurse and a nurse specialist has assured a development and change in and of nursing practice that is meaningful and relevant to both staff and patients. Moreover, the managerial and scientific personal approach has resulted in a strong professional identity among nurses for the benefit of nurses, patients and interdisciplinary collaborators.

Keywords: Management, research, education, evidence.

## Spiriva® (tiotropium)

### Forkortet produktresumé for annonce side 82

**Indikationer:** Tiotropium er en symptomlindrende bronkodilatator til vedligeholdelsesbehandling af kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). **Kontraindikationer:** Overfølsomhed overfor tiotropium, atropin eller dets derivater samt indholdsstoffet lactosemonohydrat (indeholder mælkeprotein). **Bivirkninger\*:** *Almindelige (1-10%):* Mundtørhed er set hos ca. 4% af patienterne. *Ikke almindelige (0,1-1%):* Svimmelhed, hovedpine, smagsforstyrrelser, sløret syn, atrieflimren, faryngitis, dysfoni, hoste, gastroesophageal reflux, constipation, oropharyngeal candidiasis, udslæt, dysuri, urinretention. *Sjældne (mindre end 0,1%)* bivirkninger samt bivirkninger med *ukendt hyppighed*, herunder angioødem, takykardi og paralytisk ileus, er anført i det fulde produktresumé. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen\*:** Bør ikke anvendes som initialbehandling ved akutte episoder af bronkospasmer, dvs. som akut behandling. I overensstemmelse med tiotropiums antikolinerge virkning skal tiotropium anvendes med forsigtighed til patienter med snærvinklet glaukom, prostatahyperplasi eller blærehalsobstruktion. Inhalerede lægemidler kan forårsage inhalationsinduceret bronkospasme. Hos patienter med moderat til svær nedsat nyrefunktion (kreatinin-clearance  $\leq$  50 ml/min) bør tiotropium kun anvendes, hvis fordelene opvejer den potentielle risiko. Tiotropium må ikke anvendes oftere end én gang dagligt. **Interaktioner\*:** Der er ikke set bivirkninger ved anvendelse sammen med andre lægemidler inkl. sympatomimetiske bronkodilatatorer, methylxantiner, orale og inhalerede steroider. Samtidig indgift af andre antikolinerge midler er ikke undersøgt og kan derfor ikke anbefales. **Graviditet og amning\*:** Bør ikke anvendes. **Dosering:** Inhalation af indholdet af 1 kapsel én gang dagligt med HandiHaler® på samme tidspunkt. **Farmakologiske egenskaber:** I et 4-årigt studie sås en forbedring af lungefunktionen (FEV<sub>1</sub>). Forbedringen forblev konstant i alle 4 år. I behandlingsperioden sås en reduktion på 16% i risikoen for død. Behandling med tiotropium reducerede risikoen for respirationssvigt med 19%. **Lægemiddelformer:** Inhalationspulver i kapsler. **Pakninger og priser (uge 30-31/2013):** Spiriva® 18 mikrogram, 30 kapsler med HandiHaler®: kr. 444,00; Spiriva® 18 mikrogram, 30 kapsler: kr. 431,00; Spiriva® 18 mikrogram, 90 kapsler: kr. 1263,00. (Priserne er inkl. recepturgebyr). Dagsaktuel pris findes på www.medicinpriser.dk **Udlevering:** B. Tilskudsberettiget. **Registreringsindehaver:** Boehringer Ingelheim International GmbH.

De med \* markerede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af Sundhedsstyrelsen godkendte produktresumé af 19.06.2012. Produktresuméet kan vederlagsfrit rekvireres fra den danske repræsentant Boehringer Ingelheim Danmark A/S, Strødamvej 52, 2100 København Ø, tlf.: 39 15 88 88, Medicinsk Information eller via info.cop@boehringer-ingelheim.com

### Spiriva® Resimat® (tiotropium) Forkortet produktresumé

**Indikationer:** Tiotropium er en symptomlindrende bronkodilatator til vedligeholdelsesbehandling af kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). **Kontraindikationer:** Overfølsomhed overfor tiotropium, atropin eller dets derivater eller overfor et eller flere af hjælpestofferne. **Bivirkninger:** *Almindelig (1-10%):* Mundtørhed er set hos ca. 3,2% af patienterne - oftest mild og forbigående. *Ikke almindelige (0,1-1%):* Svimmelhed, hovedpine, atrieflimren, palpitationer, supraventrikulær takykardi, hoste, epitaxis, faryngitis, dysfoni, obstipation, oropharyngeal candidiasis, dysfagi, udslæt, pruritus, urinretention, dysuri. *Sjældne (mindre end 0,1%)* bivirkninger samt bivirkninger med *ukendt hyppighed* (frekvensen kendes ikke, men bivirkningen er ikke set hos 2.802 patienter), herunder glaukom, obstruktion af tarmene inkl. paralytisk ileus samt overfølsomhedsreaktioner (inkl. akutte reaktioner), er anført i det fulde produktresumé. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen\*:** Bør ikke anvendes som initialbehandling ved akutte episoder af bronkospasmer, dvs. som akut behandling. I overensstemmelse med tiotropiums antikolinerge virkning skal tiotropium anvendes med forsigtighed til patienter med snærvinklet glaukom, prostatahyperplasi eller blærehalsobstruktion. Inhalerede lægemidler kan forårsage inhalationsinduceret bronkospasme. Hos patienter med moderat til svær nedsat nyrefunktion (kreatinin-clearance  $\leq$  50 ml/min) bør tiotropium kun anvendes, hvis fordelene opvejer den potentielle risiko. Spiriva Resimat skal benyttes med forsigtighed hos patienter med kendt hjerterytmeforstyrrelse. Tiotropium (to pust på én gang) må ikke anvendes hyppigere end én gang dagligt. **Interaktioner\*:** Der er ikke set bivirkninger ved anvendelse sammen med andre lægemidler inkl. sympatomimetiske bronkodilatatorer, methylxantiner, orale og inhalerede steroider. Samtidig indgift af andre antikolinerge midler er ikke undersøgt og kan derfor ikke anbefales. **Graviditet og amning\*:** Bør ikke anvendes. **Dosering:** To pust inhaleres én gang om dagen på samme tidspunkt. **Farmakologiske egenskaber\*:** Behandling med Spiriva Resimat resulterer i en signifikant forbedring af lungefunktion, dyspnø, livskvalitet, nedsat forbrug af p.n. medicin samt reduktion af KOL-eksacerbationer og hospitalindlæggelser i forhold til placebo, hvor anden specificeret lungemedicin var tilladt. **Lægemiddelformer:** Inhalationsvæske, opløsning i patron. **Pakninger og priser (uge 30-31/2013):** Spiriva Resimat inhalationsvæske 2,5 mikrogram, 1 patron med 60 pust: kr. 520,00. (Priserne er inkl. recepturgebyr). Dagsaktuel pris findes på www.medicinpriser.dk **Udlevering:** B. Tilskudsberettiget. **Registreringsindehaver:** Boehringer Ingelheim International GmbH.

De med \* markerede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af Sundhedsstyrelsen godkendte produktresumé af 21.09.2012. Produktresuméet kan vederlagsfrit rekvireres fra den danske repræsentant Boehringer Ingelheim Danmark A/S, Strødamvej 52, 2100 København Ø, tlf.: 39 15 88 88, Medicinsk Information eller via info.cop@boehringer-ingelheim.com

Referencer: 1. Yohannes, A.M. et al, Ten years of tiotropium: clinical impact and patient perspectives, *International Journal of COPD* 2013;8:117-125. 2. Sundhedsstyrelsens godkendte produktresumé af 19. juni 2012 for Spiriva® inhalationspulver i kapsler: "Farmakologiske egenskaber: I et 4-årigt studie sås en forbedring af lungefunktionen (FEV<sub>1</sub>). Forbedringen forblev konstant i alle 4 år. I behandlingsperioden sås en reduktion på 16% i risikoen for død." 3. Casaburi R et al. A long-term evaluation of once-daily inhaled tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 2002;19:217-224. 4. O'Donnell DE et al. Effects of tiotropium on lung hyperinflation, dyspnoea and exercise tolerance in COPD. *Eur Respir J* 2004;23:832-840. 5. Tashkin DP et al; for the UPLIFT® Study Investigators. A 4-year trial of tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2008;359:1543-54. 6. Vogelmeier C et al; for the POET-COPD Investigators. Tiotropium versus salmeterol for the prevention of exacerbations of COPD. *N Engl J Med* 2011;364:1093-1103. 7. Troosters T et al; for the UPLIFT® Study Investigators. Tiotropium as a first maintenance drug in COPD: secondary analysis of the UPLIFT® trial. *Eur Respir J* 2010;36:65-73. 8. Tonnel AB et al; for the TIPHON study group. Effect of tiotropium on health-related quality of life as a primary efficacy endpoint in COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2008;3:301-310. 9. Casaburi R et al. Improvement in Exercise Tolerance With the Com-bination of Tiotropium and Pulmonary Rehabilitation in Patients With COPD. *Chest* 2005;127:809-817. 10. Maltais F et al. Improvements in Symptom-Limited Exercise Performance Over 8 h With Once-Daily Tiotropium in Patients With COPD. *Chest* 2005;128:1168-1178.

### 3 forskellige styrker

flutiform® findes i 3 forskellige styrker i en spray-inhalator med tydelig dosistæller.

#### Dosistælleren er ...

GRØN - når der er mellem 120 og 50 doser tilbage.

GUL - når der er mellem 49 og 30 doser tilbage.

RØD - når der er mellem 29 og 0 doser tilbage.



### Oversigt over væsentlige produktforskelle\*\*

#### Produktnavn

Indholdsstof

Indikation

Kontraindikation

Bivirkninger  
(meget alm./alm.)

Dosering, pris  
(billigste AUP inkl. recepturgebyr)  
og pakninger pr. 8. juli 2013

#### Seretide® inhalationsspray

(Salmeterol/Fluticason)

Til behandling af astma, hvor behandling med et kombinationsprodukt (langtidsvirkende  $\beta_2$ -agonist og inhalationssteroid) er hensigtsmæssig: hos patienter, der ikke er velkontrollerede på inhalationssteroid og korttidsvirkende  $\beta_2$ -agonist ved behov, eller hos patienter, der allerede er velkontrollerede på både inhalationssteroid og langtidsvirkende  $\beta_2$ -agonist.

Overfølsomhed over for indholdsstofferne

Hovedpine, nasopharyngitis, candidiasis i mund og svælg, pneumoni, bronkitis, hypokaliæmi, hæshed/dysfoni, sinuitis, traumatisk fraktur, artralgi, myalgi

Spray

25/125: 2x2 484,45 kr. / 120 doser (anbefales fra 12 år)

25/250: 2x2 801,65 kr. / 120 doser (anbefales fra 12 år)

#### flutiform® inhalationsspray

(fluticason/formoterol)

flutiform® er indiceret til regelmæssig behandling af astma, hvor anvendelse af et kombinationsprodukt (inhalationssteroid og langtidsvirkende  $\beta_2$ -agonist) er hensigtsmæssig hos: patienter, der ikke er velkontrollerede på inhalationssteroid og brug af korttidsvirkende  $\beta_2$ -agonist ved behov, eller patienter, der allerede er velkontrollerede på både inhalationssteroid og langtidsvirkende  $\beta_2$ -agonist.

Overfølsomhed over for indholdsstofferne

Spray

50/5: 2x2 342,45 kr. / 120 doser (anbefales fra 12 år)

125/5: 2x2 427,70 kr. / 120 doser (anbefales fra 12 år)

250/10: 2x2 516,20 kr. / 120 doser (anbefales fra 18 år)

\*\* Kilde: Sundhedsstyrelsens godkendte produktresumé for flutiform® inhalationsspray og Seretide® inhalationsspray

### Sammenligning af inhalationsspray-kombinationsprodukter med fluticason markedsført i Danmark

#### Produktnavn

Indholdsstof

Sammenligning af styrker ( $\mu$ g)

#### Seretide® inhalationsspray

(Salmeterol/Fluticason)

–

25/125

25/250

#### flutiform® inhalationsspray

(fluticason/formoterol)

50/5

125/5

250/10

#### flutiform® (fluticasonpropionat / formoterolfumaratdihydrat) inhalationsspray

**Indikationer\***: Til regelmæssig behandling af astma, hvor anvendelse af et kombinationsprodukt (inhalationssteroid og langtidsvirkende  $\beta_2$ -agonist) er hensigtsmæssig: hos patienter, der ikke er velkontrollerede på inhalationssteroid og brug af korttidsvirkende  $\beta_2$ -agonist ved behov eller hos patienter, der allerede er velkontrollerede på både inhalationssteroid og langtidsvirkende  $\beta_2$ -agonist. Flutiform® 50/5 mikrogram og 125/5 mikrogram pr. dosis er indiceret til voksne og unge fra 12 år. Flutiform® 250/10 mikrogram pr. dosis er kun indiceret til voksne. **Dosering\***: Patienterne skal have Flutiform® i den styrke fluticasonpropionat, der passer til sværhedsgraden af deres astma. **Voksne og unge fra 12 år**: Flutiform® 50/5 mikrogram og 125/5 mikrogram, to inhalationer (pust) to gange dagligt. **Kun til voksne > 18 år**: Hvis patientens astma fortsat er dårligt kontrolleret, kan den daglige dosis øges yderligere, dvs. til den højeste styrke, Flutiform® 250/10 mikrogram pr. dosis: to inhalationer (pust) to gange dagligt. Der bør titreres til den laveste dosis, som giver effektiv kontrol af symptomerne. Når patientens astma er tilstrækkeligt kontrolleret, kan der evt. skiftes til en lavere styrke, eller det kan overvejes om patienten skal trappes ned til inhalationssteroid alene. **Børn under 12 år**: Erfaring med Flutiform® til børn under 12 år savnes, og bør derfor ikke anvendes til denne aldersgruppe. **Specielle patientgrupper\***: Dosisjustering hos ældre er ikke nødvendig. Der foreligger ingen data for brug af Flutiform® til patienter med nedsat lever- eller nyrefunktion, dosis bør derfor regelmæssigt kontrolleres. **Kontraindikationer**: Overfølsomhed over for et eller flere af de aktive stoffer eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Forsigtighedsregler\***: Ikke til akut brug. Bør ikke initieres hos patienter med akut exacerbation, eller hos patienter med signifikante eller akutte forværringer. Pludselig og tiltagende forværring af astmasymptomer er potentielt livstruende, og patienten bør straks tilses af en læge. Behandling med Flutiform® bør ikke seponeres pludseligt hos astmatikere på grund af risiko for exacerbationer, undtagen ved paradoks bronkospasmer. Flutiform® bør gives med forsigtighed til patienter med hyperthyroidisme, fæokromocytom, diabetes mellitus eller ubehandlet hypokaliæmi eller patienter, der er disponeret for lave serumkaliumkoncentrationer, hypertrofisk obstruktiv kardiomyopati, idiopatisk subvalvulær aortastenose, svær hypertension, aneurismer eller andre svære hjerte-kar-sygdomme såsom iskæmisk hjertesygdom, hjertearytmi eller svært hjertesvigt, forlænget QTc-interval, lungetuberkulose, latent tuberkulose eller svampe- eller virus-infektioner i luftvejene. Forsigtighed ved skift af behandling til Flutiform®, specielt for patienter med nedsat binyrefunktion på grund af tidligere brug af systemisk steroid. Systemisk virkning kan opstå efter inhalation af kortikosteroider, især ved høje doser givet i længere perioder, og børn og unge bør derfor tilses regelmæssigt. Dosen af inhalationssteroid bør reduceres til den laveste dosis, der giver effektiv astmakontrol. Samtidig behandling med  $\beta_2$ -agonister og lægemidler, der kan inducere hypokaliæmi eller forstærke en hypokaliæmisk virkning, kan forstærke en mulig hypokaliæmisk virkning af  $\beta_2$ -agonisten. Kontrol af blodsukker bør overvejes hos diabetikere. Der er en øget risiko for systemiske bivirkninger, når fluticasonpropionat kombineres med potente CYP3A4-hæmmere. Patienter bør instrueres i at tage Flutiform® regelmæssigt, også selvom de er symptomfrie. **Interaktioner\***: Samtidig langvarig behandling med CYP3A4-hæmmere bør undgås. Forsigtighed ved samtidig administration af en  $\beta_2$ -agonist og ikke-kaliumbesparende diuretika. Samtidig brug af andre  $\beta$ -adrenergika kan have en potentielt additiv virkning. Beta-adrenerge receptoragonister ( $\beta$ -blokkere) og formoterolfumarat kan ophæve hinandens virkning, når de administreres samtidigt. Flutiform® bør ikke gives sammen med L-dopa, L-thyroxin, oxytocin, alkohol, tricykliske antidepressiva eller monoaminoxidasehæmmere, lægemidler der forlænger QTc-intervallet samt halogeniserede kulbrinter. **Graviditet og amning\***: Der er utilstrækkelige data for anvendelse til gravide. Det er ukendt om fluticasonpropionat / formoterolfumaratdihydrat udskilles i modermælk. Fordelen af behandlingen skal afvejes mod eventuel risiko. **Bivirkninger\***: Ikke almindelige, sjældne og ikke kendte bivirkninger: Se fuldt produktresumé. **Udlevering**: B, generelt tilskud. **Indehaver af markedsføringstilladelse**: Norpharma A/S, Slotsmarken 15, 2970 Hørsholm, tlf. 45 17 48 00, www.norpharma.dk. **De med \* mærkede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af Sundhedsstyrelsen godkendte produktresumé**. Fuldt produktresumé kan vederlagsfrit rekvireres hos Norpharma A/S eller findes på [www.produktresume.dk](http://www.produktresume.dk). ©: Flutiform er et registreret varemærke. **Bivirkninger, både kendte og nyopdagede, bedes indberettet hurtigst muligt til Sundhedsstyrelsen ([www.meldenbivirkning.dk](http://www.meldenbivirkning.dk)) eller Norpharma A/S ([norpharma@norpharma.dk](http://norpharma@norpharma.dk)). **Pakninger og priser inkl. recepturgebyr pr. 8. juli 2013**: Vnr. 10 48 56, Inhalationsspray, 50/5 mikrogram, 120 doser, kr. 342,45. Vnr. 49 94 36, Inhalationsspray, 125/5 mikrogram, 120 doser, kr. 427,70. Vnr. 45 22 58, Inhalationsspray, 250/10 mikrogram, 120 doser, kr. 516,20. Dagsaktuelle priser findes på [www.medicinpriser.dk](http://www.medicinpriser.dk)**



Nye muligheder i din astmabehandling  
og nye priser for dine astmapatienter

flutiform® (fluticason + formoterol)

**35,6 % forskel på tilskudsprisen**  
(pr. pakke pr. md. \*)



flutiform® (250/10)

**Kr. 516,20**



Seretide® (25/250)

**Kr. 801,65**



\* Prisen er indhentet den 8. juli 2013. For dagspris, se [www.medicinpriser.dk](http://www.medicinpriser.dk)



START SPIRIVA® (TIOTROPIUM)\*  
Dokumenteret 1. linje vedligeholdelsesbehandling. Til KOL i alle stadier.

25 millioner  
patientår med  
Spiriva®\*\*1

# LIVET SKAL LEVES

SPIRIVA®: Langtidsvirkende antikolinergikum til vedligeholdelsesbehandling af KOL én gang dagligt.

## SPIRIVA® TIOTROPIUM

- Et antikolinergikum med mortalitetsdata.

**16%**

RISIKOREDUKTION  
FOR DØD<sup>2</sup>  
p < 0,05



- Vedvarende reduktion af åndenød<sup>3,4,#</sup>
- Signifikant risikoreduktion af KOL-eksacerbationer<sup>5,6,#,+</sup>
- Signifikant forbedring af KOL-patienternes livskvalitet<sup>5,7,8,#,+</sup>
- Signifikant forbedring af fysisk udholdenhed<sup>4,9,10,#</sup>

# De præsenterede data refererer til behandling med SPIRIVA® 18 µg én gang dagligt via HandiHaler®.

+ SPIRIVA® ændrede ikke faldhastigheden på lungefunktionen. Sekundær endepunkt i UPLIFT viser, at behandlingen medfører en større forbedring i lungefunktionen vs placebo.

Produktinformation findes på side 79.

\* Indikation: Tiotropium er en symptomlindrende bronkodilatator til vedligeholdelsesbehandling af kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL).

\*\* I verden.

 SPIRIVA®  
TIOTROPIUM

www.TouchToConnect.dk

 Boehringer  
Ingelheim

# En værdig død på plejehjem

*Når en gammel beboer på et plejehjem er uafvendeligt døende, skal beboeren have mulighed for at blive i sit hjem. En erklæring med ønsker for den sidste tid og en "Tryghedskasse" kan være med til at sikre dette og hindre hospitalisering.*

AF MARGIT SØNNICHSEN, SYGEPLEJERSKE, SYGEHUS LILLEBÆLT, VEJLE; MARGIT@TUNET.DK

Der udføres et stort arbejde på plejecentrene, når de gamle rammes af sygdomme, er svækkede og demente, og pårørende ikke længere magter at passe dem, eller de ikke kan bo alene trods god og maksimal hjælp fra hjemmeplejen.

Mange plejecentre har fine, klare aftaler for hver enkelt beboer og en holdning til, at et gram paracetamol ikke gør alt. Det er ønskeligt, at alle får kendskab til "Tryghedskassen" og erklæringen med ønsker for den sidste tid som et bidrag til, at den sidste tid bliver bedst mulig.

Sygeplejen kan udvikles, uanset hvor vi arbejder – budskabet er her at udbrede kendskabet til

- Tryghedskassen (til symptomlindring i de sidste levedøgn)
- erklæring med ønsker for den sidste tid (for at forebygge unødige sygehusindlæggelser)

Beboere på plejecentre kan også have behov for smertestillende medicin, beroligende eller andet i den allersidste tid. Det gives fint mange steder, men det er fagligt bekymrende, når plejepersonale på et plejecenter udtaler, at det er der ikke brug for på plejehjem, da det ikke er et sygehus, men beboerens eget hjem.

**» Et palliativt team har udviklet "Tryghedskassen" – en papæske, der indeholder medicin, utensilier og informationsmateriale til symptomlindring i de sidste levedøgn hos alvorligt syge, der ikke længere kan indtage peroral medicin.**

Mange vil helst dø i eget hjem, og for dem, som er så svækkede, at de bor på et plejecenter, er plejecentret nu deres hjem, hvor de dør.

Det ville være optimalt, hvis alle fik mulighed for at vælge at dø på hospice, det må derfor tilstræbes at gøre den allersidste tid så hospice-lignende som muligt med de ressourcer, der er.

En værdig død kræver rigtig god sygepleje og stor faglighed, normeringen er meget lav på mange plejecentre, og sammensætningen af personalet er ofte uden sygeplejersker dele af døgnnet eller helt, så nogle steder er det hjemmesygeplejerskerne i området, som evt. tilkaldes til at give medicin de sidste døgn. Hjemmesygeplejerskerne kender derfor ikke beboerne, og det kræver et tæt og godt samarbejde med flere samarbejdspartnere at give beboeren

den bedst mulige død. Her kan erklæringen med ønsker for den sidste tid være en god hjælp.

## Tryghedskassen kan hjælpe

Hvordan håndteres det, når en beboer ikke længere kan synke sin medicin, f.eks. stærk smertestillende for en slidt og sammenfalden ryg? Skal beboeren så undvære smertestillende den allersidste tid? Her kan Tryghedskassen være en stor hjælp, da medicinen gives subkutant.

Tryghedskassen var helt ukendt på et større plejecenter, men da en tidligere hjemmesygeplejerske som pårørende gjorde opmærksom på den og fik den i brug ved hjælp af beboerens egen læge, blev Tryghedskassen vel modtaget af plejecentret, og kendskabet til den blev udbredt både til beboere, personale og pårørende via nyhedsbrev.

## Fakta om Tryghedskassen

Et palliativt team har udviklet Tryghedskassen – en papæske, der indeholder medicin, utensilier og informationsmateriale til symptomlindring i de sidste levedøgn hos alvorligt syge (se boks 1 side 84), som ikke længere kan indtage peroral medicin. Formålet med tryghedskassen er at sikre et optimalt afsluttende forløb for mennesker, som ønsker at dø i hjemmet.

Kassen produceres på Glostrup Apotek og Skanderborg Apotek, hvorfra den distribueres til hele landet. Mange apoteker oplyser, at de lagerfører kassen eller hurtigt kan skaffe den. Læger kan ordinere kassen magistrelt under navnet Tryghedskassen. Forudsætning for korrekt anvendelse af Tryghedskassen er

- en lægelig vurdering af patienten
- individuel lægeordination af hvert enkelt præparat i kassen
- tilstedeværelse af hjemmesygeplejerske, som kan administrere lægens ordinationer.

## Erklæring med ønsker for den sidste tid

På plejecentrene gør man sig løbende overvejelser om den sidste tid for hver enkelt beboer. Af forskellige grunde mangler dokumentationen af disse overvejelser nogle steder, og forslaget går derfor ud på, at der bliver udfærdiget en erklæring med ønsker for den sidste tid.

Erklæringen indeholder bl.a. svar på spørgsmål om, hvordan man skal forholde sig i tilfælde af, beboeren bliver syg eller kommer ud for et uheld. Desuden er det angivet, om beboeren ønsker livsforlængende behandling/hospitalsindlæggelse eller ▶

### Boks 1. Tryghedskassens indhold

Medicin	Indikation
Morfin 20 mg/ml	10 ml hætteglas x 1 (smerte, åndenød)
Midazolam 1 mg/ml	5 ml ampul x 2 (angst, uro, søvnløshed)
Serenase 5 mg/ml	1 ml ampul x 2 (kvalme, vrangforestillinger, begyndende delir)
Furix 10 mg/ml	4 ml ampul x 2 (mistanke om lungestase/ødem)
Robinul 0,2 mg/ml	1 ml ampul x 4 (fugtige respirationslyde)
Natriumklorid 9 mg/ml	10 ml hætteglas x 1
Utensilier	
2 subkutane kanyler, 2 propper til subkutane kanyler, sprøjter, kanyler, swabs, fikseringsplaster.	

Ordinationsskema i pdf-format kan downloades fra [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) > Skriv "Tryghedskassen" i søgefeltet

- ▶ alene ønsker smertelindrende behandling på et navngivet hospital eller hospice.

Erklæringen udfyldes senest to måneder efter beboerens indflytning på plejecentret, når alle kender hinanden, dog evt. før eller senere efter individuelle behov. Det er vigtigt, at der er en tidsfrist på, hvornår erklæringen skal være udfyldt, så det bliver gjort, og at den efter behov tilpasses løbende.

Om muligt skrives mindst to pårørendes relation og telefonnumre på erklæringen, og det tilkændegives, om pårørende i tilfælde af evt. akut indlæggelse ønsker at blive kontaktet uanset tidspunkt på døgnet, eller ikke ønsker at blive ringet op om natten. I tilfælde af sygdom, uheld eller lignende – skal beboeren så indlægges på sygehuset, eller ønskes smertelindring med god og kærlig pleje på plejecentret?

Erklæringen placeres i beboerens E-journal og skal også ligge i papirform i en mappe i hjemmet, så erklæringen er nem at finde og læse, hvis it-systemet er nede, eller i en situation, hvor der ikke er tid til at sidde foran computeren og søge efter den.

Det er meget forskelligt, hvad pårørende ønsker og har mulighed for, men det bør være afklaret, så man ved, hvordan der skal

” Nogle gange er det bare nødvendigt, at vi er parate til at give slip. Hvis nære familiemedlemmer har forskellige ønsker for den sidste tid, så må dette diskuteres.

handles uanset tidspunkt på døgnet, og uanset om personalet kender beboeren rigtig godt eller mindre godt.

Plejepersonalet siger nogle steder, at behandlingsniveauet for den enkelte beboer tages op, når det bliver aktuelt – nej, det skal være afklaret, inden situationen opstår, så beboeren ikke udsættes for unødvendige indlæggelser/belastninger, fordi forventningerne ikke er afstemt og synliggjort. Der kan ikke udarbejdes retningslinjer for alt, men det er vigtigt, at man har gjort sig overvejelser, så de syge og svage gamle ikke udsættes for unødige indlæggelser og udsigtsløs behandling, fordi de nærmeste og plejepersonalet ikke har dokumenteret overvejelserne. Erklæringens formål er

- at give beboerne den bedst mulige sidste tid og undgå unødige indlæggelser
- at undgå overbehandling/udsigtsløs behandling på sygehuset. Dokumentere fravalg af hjertestarter
- at hjælpe plejepersonalet med at få aftaler i stand indenfor en tidsramme.

Erklæringen kan tilpasses, hvis beboeren selv kan skrive, og hvis beboeren ønsker maksimal behandling. Det vigtigste er at få afklaret ønsker og afstemt forventninger. Erklæringen kan være en vejledende hjælp for vagtlæge og hjemmesygeplejerske, som bliver kaldt til beboeren om natten og aldrig har mødt beboeren før, og hvis afløsere/vikarer under ferie m.m. måske ikke kender beboeren særlig godt.

Erklæringen kan forhåbentlig give anledning til mange givende meningsudvekslinger, da vi får flere og bedre muligheder for at forlænge livet. Nogle gange er det bare nødvendigt, at vi er parate til at give slip. Hvis nære familiemedlemmer har forskellige ønsker for den sidste tid, så må dette diskuteres.

*Den omtalte erklæring kan fås ved henvendelse til forfatteren.*

*Læs også "Dilemma" side 13 i dette nummer af Sygeplejersken. Det handler om udsigtsløs behandling af alvorligt syge beboere på et plejehjem.*

# VIDENSKAB SYGEPLEJE

Four types of coping with COPD-induced breathlessness in daily living: a grounded theory study.  
Lene Bastrup Jørgensen, Ronald Dahl, Preben Ulrich Pedersen and Kirsten Lomborg.  
Journal of Research in Nursing, published online December 13, 2012.

Lene Bastrup Jørgensen, Ronald Dahl, Preben Ulrich Pedersen og Kirsten Lomborg.  
Fire måder at håndtere åndenød på i dagliglivet: et grounded theory-studie.  
Artiklen har været publiceret på engelsk online i Journal of Research in Nursing,  
December 13, 2012. doi 10.1177/1744987112468443  
Den har været igennem peer-review.

Artiklen bliver publiceret på dansk i Sygeplejersken med tilladelse fra Sage Publications, London, UK.

## **Fagbladet Sygeplejerskens videnskabeligt bedømte artikler**

Jette Bagh, sygeplejerske, cand.cur., fagredaktør  
Bedømmelsespanelet kan ses på [www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk)

# Fire måder at håndtere ån et grounded theory-studie

AF LENE BASTRUP JØRGENSEN, FORSKNINGSANSVARLIG SYGEPLEJERSKE, PH.D., FAGLIG LEDER AF INTERDISCIPLINÆR FORSKNINGSENHED KVALITET - INNOVATION - UDVIKLING, CENTER FOR PLANLAGT KIRURGI, REGIONSHOSPITALET SILKEBORG, HOSPITALSENHED MIDT; LENEJOER@RM.DK  
RONALD DAHL, PROFESSOR, DR.MED.SCI., INSTITUTE FOR CLINICAL MEDICINE, AARHUS UNIVERSITET,  
PREBEN ULRICH PEDERSEN, PROFESSOR, PH.D., CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER - CLEARINGHOUSE, INSTITUT FOR SUNDHEDSVIDENSKAB OG  
TEKNOLOGI, AALBORG UNIVERSITET, OG  
KIRSTEN LOMBORG, PROFESSOR, AARHUS UNIVERSITETSHOSPITAL, ABDOMINALCENTRET HEALTH, KLINISK MEDICIN OG FOLKESUNDHED

*Dette studie har udviklet en teori om fire fremtrædende typer af håndtering af åndenød. Så vidt vides findes der ikke studier, der har identificeret fire lignende håndteringstyper med fysiologiske, kognitive, emotionelle og psykosociale karakteristika.*

## Introduktion

Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) har vidtgående konsekvenser for de mennesker, der lever med sygdommen. Forekomsten af KOL er stigende på verdensplan (1). Sygdommen er karakteriseret ved en progressiv reduktion af lungefunktion, hvilket påvirker den funktionelle kapacitet og den daglige livskvalitet (2). Åndedrætsproblemer er de mest forstyrrende og bekymrende symptomer ved KOL (3). "Åndenød" og "dyspnø" er ord, der ofte bruges til at beskrive åndedrætsproblemer (4). Mens "dyspnø" beskriver åndedrætsvanskeligheder, der er synlige for en anden person, beskriver "åndenød" den subjektive oplevelse af besværet vejtrækning med eller uden dyspnø og/eller abnorm lungefunktion (4).

Håndteringen af åndenød består af interagerende fysiologiske, kognitive, emotionelle og psykosociale forhold (5). På trods af stadig mere viden om, hvorledes mennesker med KOL håndterer deres åndenød, ved man stadig ikke, om disse interagerende forhold former bestemte håndteringstyper.

I denne artikel beskrives den flerdimensionalitet, der indgår i de fremtrædende måder, hvorpå mennesker med KOL håndterer deres åndenød i det daglige liv.

## Baggrund

Åndenød er det mest kendetegnende symptom ved KOL (3). Mennesker, der lider af KOL, udvikler en række strategier for at håndtere deres åndenød, hvilket har både positiv og negativ indflydelse på vejtrækningen og evnen til at håndtere dagligdags aktiviteter under et hospitalophold (6,7) og i hjemmet (5).

Lav self-efficacy, angst, depression, hypoksi, hyperkapni, hypoksi-induceret kognitiv forstyrrelse, lidelser i bevægeapparatet, vægttab eller fedme og andre samtidige sygdomme går alle ud

## Resumé

Jørgensen LB, Dahl R, Pedersen PU, Lomborg K. Fire måder at håndtere KOL-induceret åndenød på i dagliglivet: et studie baseret på metoden "grounded theory". *Sygeplejersken* 2013;(9):85-102.

Håndtering af åndenød er en kompleks og flerdimensionel opgave for mennesker, som lider af kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), og er et samspil mellem fysiologiske, kognitive, emotionelle og psykosociale forhold. Målet var at undersøge, hvordan mennesker, der lider af moderat til meget svær KOL, primært håndterer deres åndenød i dagligdagen. Vi valgte et multimodalt "grounded theory"-design, der gør det muligt at kombinere kvalitative og kvantitative data med henblik på at indfange og forklare den flerdimensionelle håndteringsadfærd hos mennesker med KOL.

I håndtering af åndenøden var patienterne først og fremmest optaget af at bevare deres personlige integritet, hvilket kom til udtryk i en vedvarende indsats for at økonomisere med egne ressourcer. Vi identificerede fire karakteristiske typer af håndteringsadfærd i processen for at bevare egen integritet: "den overvurderende", "den udfordrende", "den undervurderende" og "den udjævnende". Hver håndteringstype bestod af specifikke fysiologiske, kognitive, emotionelle og psykosociale træk. Disse indikatorer kan gøre det muligt at skelne mellem håndteringstyperne.

De fire håndteringstyper indgår muligvis i et håndteringsforløb. Denne hypotese bør testes yderligere i et longitudinelt studie med KOL-patienter. Desuden kan det undersøges, om KOL-patienter håndterer andre symptomer på samme måde, og om håndteringstyperne kan genfindes ved andre sygdomme.

**Nøgleord:** Åndenød, kronisk obstruktiv lungesygdom, håndteringsforløb, at håndtere åndenød, dagligt liv, grounded theory.

over patienternes åndedrætsevne og funktionsevne i det daglige liv (8,9,10,11,12). Således er håndteringen af åndenød en kompleks proces, der involverer fysiologiske, kognitive, emotionelle og psykosociale forhold (5).

Den umiddelbare effekt af lungerehabilitering er af signifikant betydning for graden af åndenød, træthed, angst og patienternes håndtering af livet med KOL (13). Dog synes den langsigtede ef-

# andenød på i dagliglivet:

fekt – målt på parametre som helbredsrelateret livskvalitet og genindlæggelsesfrekvens – at være minimal (5,14). Da håndtering af andenød hos patienter med KOL tilsyneladende influerer på den helbredsrelaterede livskvalitet og overlevelse (15,16), kan en uhensigtsmæssig håndteringsadfærd bidrage til forværring af tilstanden på kort og længere sigt (17).

Ved at vurdere relationer mellem verbal og non-verbal adfærd, tanker, følelser og en svækket fysik kan det tænkes, at indikatorer for mulige håndteringspræferencer kan afdækkes. Specifikke håndteringsindikatorer kan danne basis for identifikation af individuelle håndteringsmønstre, som åbner mulighed for individualiseret rådgivning med henblik på at opnå bedre symptomkontrol og livskvalitet.

## Formål

Formålet med dette studie var at undersøge, hvordan mennesker med moderat til meget svær KOL primært mestrer andenød i dagligdagen. Fokus i studiet var at begrebsliggøre og derved forklare en række adfærdsmæssige og fysiologiske processer, der er involveret i håndtering af åndedrætsvanskeligheder. Denne artikel præsenterer en del af et større studie, hvori vi undersøgte et større antal adfærdsmæssige og fysiologiske håndteringspecifikke indikatorer.

## Metoder

### Design

Vi valgte den klassiske metodologi "Grounded Theory" (GT) som det overordnede design (18,19, 20,21), og studiet støtter sig på den filosofiske tankegang om objektivitet, som benævnes epistemologisk realisme (22). Ud fra ønsket om at kunne fastholde fysiologiske, kognitive, emotionelle og psykosociale forhold ved håndteringsadfærd valgte vi en multi-modal tilgang (23), som gav mulighed for mange forskellige typer dataindsamling og analyseprocesser.

Den multimodale tilgang er i overensstemmelse med klassisk GT, som giver mulighed for at kombinere kvalitative og kvantitative data med henblik på at generere en teori, der er baseret på data fra det empiriske felt, der studeres (24). I overensstemmelse med klassisk GT vil studiet generere en teori, der kan forklare adfærdsmønstre. Formålet er dermed ikke at typificere personer

(18). Data blev indsamlet under en hospitalsindlæggelse for KOL og hjemme hos patienterne efter udskrivelse.

## Deltagere

12 patienter indlagt med eksacerbation af KOL blev inkluderet. Inklusionen blev foretaget af afdelingssygeplejersken i samarbejde med førsteforfatteren. Som det anbefales i klassisk GT-metodologi, brugte vi en trefaset dataindsamling med åben, selektiv og teoretisk dataindsamling og bearbejdning. Dette materiale udgjorde grundlaget for at foretage en selektiv og kritisk udvælgelse af elementerne i det endelige datagrundlag for den teori, som blev udviklet. Det generelle inklusionskriterium var i alle faser af studiet, at deltagerne havde KOL i sværhedsgrad II-IV (3) og andenød som et af symptomerne bag en hospitalsindlæggelse, der ofte opstår i disse faser (3,25). Ud fra forskerens dialog med mulige projektdeltagere blev patienter ekskluderet, hvis de:

- havde vanskeligt ved at forstå og følge instruktioner (eksacerbation af KOL kan betyde akutte ændringer af den kognitive kapacitet hos alvorligt syge) (3)
- klagede over smerter, der påvirkede vejrtrækningen
- havde diagnosen lungekræft, idet oplevelsen af andenød synes at være anderledes for personer med lungecancer end for personer med KOL (3).

Gruppen af inkluderede bestod af seks kvinder og seks mænd. Tabel 1a og 1b side 88 indeholder demografiske og medicinske oplysninger om deltagerne inklusive deres fremtrædende håndteringstype.

## Dataindsamling

Det at skulle undersøge den komplekse proces, det er at mestre andenød i dagligdagen, krævede både kreativ og innovativ tænkning, da den valgte dataindsamlingsmetode skulle kunne rumme de mange forhold, som håndtering af andenød indebærer. På grund af ambitionen om at integrere fysiologiske, kognitive, emotionelle og psykosociale variabler i dannelse af vores klinisk funderede teori prioriterede vi at indsamle en omfattende mængde data om hver deltager i stedet for at inkludere en stor mængde deltagere. Med udgangspunkt i velkendt viden om KOL blev der indsamlet et delvist forhåndsplanlagt datamateriale, som blev kvalificeret med yderligere dataindsamling, efterhånden som analysen blev fokuseret. Se figur 1 side 90. ▶

Tabel 1a. Patientoplysninger inklusive type af håndteringsadfærd (N = 12)

Deltager ID	Håndteringstype	Køn	Alder (år)	Civilstand	Kontakt til hjemmepleje	Uddannelsesniveau <sup>1</sup>
A	Overvurder	K	64	Gift	Nej	3
B	Undervurder	K	73	Enke	Ja	2
C	Udfordrer	M	45	Gift	Nej	3
D	Udjævner	M	77	Gift	Nej	2
E	Undervurder	K	76	Enke	Ja	3
F	Udfordrer	M	73	Gift	Nej	2
G	Udjævner	K	72	Gift	Ja	2
H	Udfordrer	K	80	Enke	Ja	3
I	Undervurder	M	78	Gift	Ja	2
J	Udfordrer	K	70	Enke	Nej	2
K	Udfordrer	M	79	Gift	Ja	3
L	Udfordrer	M	78	Enkemand	Ja	2

(Forkortelser: ID = identifikation; habituel FEV1= forcerede ekspiratoriske volumen i 1. sekund målt i lungeambulatorium; BMI= body mass index)

<sup>1</sup> Stage 1: Primary education / first stage of basic education; Stage 2: Second stage of basic education; Stage 3: (Upper) Secondary education (International Standard Classification of Education ([http://www.unesco.org/education/information/nfsunesco/doc/iscsed\\_1997.htm](http://www.unesco.org/education/information/nfsunesco/doc/iscsed_1997.htm)))

- Figur 2 side 91 illustrerer kronologien i indsamling og analyse af den samlede database under den trefasede procedure for den samlede dataindsamling, -kodning og -analyse.

De forud planlagte data blev indsamlet før, under og efter udførelse af personlig kropspejle. Den teoretiske dataindsamlingsprocedure var vejledende for analysen af de forud planlagte data og for inklusionen af nye data. F.eks. udviste den først inkluderede patient med moderat KOL en håndteringsadfærd, som på adskillige grundlæggende måder adskilte sig fra adfærden hos de efterfølgende fem

inkluderede deltagere med svær eller meget svær KOL. Vi vurderede og gennemgik data for at finde mulige grunde til denne afvigelse. I den efterfølgende dataindsamling og analyse var det derfor vigtigt at opnå en ligelig fordeling af kvindelige og mandlige deltagere med forskellige sværhedsgrader af KOL. Derudover viste data, at ægtefæller udgjorde en betydningsfuld inter- og ekstra personlig ressource, der havde stor betydning for, hvordan patienterne håndterede et liv påvirket af åndenød. Vi inviterede derfor ægtefællerne til at deltage i de følgende interview som et bidrag til at forstå pa-

Tabel 1b. Deltagernes komorbiditeter

Participants ID	Kardiovaskulær sygdom	Hypertension	Osteoporosis	Diabetes	Depression
A	÷	÷	÷	+	÷
B	+	÷	÷	÷	+
C	÷	÷	÷	÷	÷
D	+	÷	÷	+	÷
E	+	÷	+	÷	÷
F	+	÷	÷	÷	÷
G	+	÷	÷	÷	÷
H	+	÷	+	+	÷
I	+	+	÷	+	÷
J	÷	÷	÷	÷	÷
K	+	÷	÷	÷	÷
L	÷	+	÷	÷	+

(Forkortelse: ID=identification)



	Deltaget i lunge-rehabilitering	Indlæggelsesfre-kvens indenfor et år fra inklusions-tidspunkt	År siden KOL-diagnose	Habituel FEV1	BMI	Blodprocent (mmol/l)
	Nej	3	2	56	37	-
	Nej	1	3	23	17	8,6
	Nej	0	2	41	21	8,6
	Ikke gennemført	5	8	24	29	7,4
	Ja	3	-	24	19	8,3
	Ja	7	9	26	19	9,4
	Nej	5	13	12	22	6,2
	Ja	8	-	27	17	8,1
	Nej	8	-	39	28	5,9
	Nej	1	15	27	19	7,5
	Ja	2	15	36	21	7,0
	Nej	0	6	39	25	8,9

tienternes håndteringsmåder. Disse opdagelser resulterede – på lige fod med andre indledende fund – i kontinuerlige ændringer af valget af indhold for interview, videoobservation og selektion af videokvenser. Derudover spillede memos, dvs. noter om data, begreber og mulige fortolkninger en vigtig rolle for dannelsen af teorien (18). Processen at skrive memos pacede udviklingen af teorien. Idéerne blev derigennem samlede, hvilket gjorde det muligt at foretage en sortering. Desuden klargjorde memos nødvendigheden af at sandsynliggøre de valgte kategorier og hindrede os dermed i at nå til forhastede konklusioner. I den teoretiske fase blev disse noter den vigtigste kilde til at mætte kategorierne og relationen mellem dem.

### Videobaserede narrativer

Mennesker med KOL kan have kommunikative vanskeligheder på grund af hypoksi-induceret kognitiv svækkelse, herunder en svækket hukommelse og svækkede sproglige evner (26,27,28,29). For at imødegå denne udfordring kombinerede vi video og interview i metoden "video-baseret narrativ" (VN) (30). VN går ud på at optage video af de individuelle deltagere f.eks. – som i denne undersøgelse – under personlig kropspleje og derefter at interviewe deltageren ud fra videokvensen og en interviewguide. Ifølge litteraturen (31,32,33) betyder dét at se sig selv på video, at hukommelsen og fortælleevnen stimuleres. VN benytter netop denne positive effekt på patienternes fortælling om, hvordan det er at leve med kroniske åndedrætsvanskeligheder.

VN blev anvendt under indlæggelse og hjemme hos patienterne 2-3 uger efter indlæggelsen for at undersøge, hvorledes konteksten kan have betydning for deres håndtering. Personlig kropspleje blev til at begynde med valgt som et eksempel på en besværlig daglig aktivitet, der ofte forværrer patienternes

åndenød og har indflydelse på KOL-ramte menneskers integritet (5,6,7,34). Patienterne forklarede, at deres håndtering af åndenød under personlig kropspleje i høj grad lignede deres håndteringsadfærd under andre daglige aktiviteter, og vi fortsatte med at bruge personlig kropspleje som et referencepunkt i en undersøgelse af, hvordan disse deltagere håndterede deres åndenød i dagliglivet.

For at undgå at kompromittere patienternes integritet blev der som tidligere anbefalet (35) indgået en kontrakt med patienterne i anvendelse af video:

1. der blev opstillet eksakte regler for video-optagelserne (f.eks. var det ikke tilladt at optage under udførelse af intim hygiejne)
2. patienterne kunne trække deres tilsagn om deltagelse tilbage på et hvilket som helst tidspunkt uden konsekvenser
3. ønsker man at bruge videoerne i andre sammenhænge fremover, kræver det yderligere tilladelse fra patienterne.

### Fysiologiske data og åndenødsintensitet

Videoptagelser af patienterne under sessioner med personlig kropspleje blev kombineret med målinger af arterieblodets iltmætning (SaO<sub>2</sub>).

Den modificerede Borg-skala (MBS) (36) blev brugt til at indfange den subjektive oplevelse af åndenødens intensitet. Patienterne scorede intensiteten af deres åndenød ved hjælp af MBS før og efter personlig kropspleje samt retrospektivt for at markere, hvor de oplevede et maksimum for deres åndenød (åndenødspeak). Lungefunktionen målt som det forcerede ekspiratoriske volumen i 1. sekund (FEV1) blev målt lige før kropsplejen og dermed efter indtagelsen af den ordinerede morgendosis af bronkiedilaterende medicin.

- Mennesker med KOL fremhæver ofte deres reducerede aktivitetsniveau som en vigtig begrænsning for at leve med sygdommen (34). Derudover synes aktivitetsniveauet i dagligdagen at være forbundet med måden at håndtere et liv med KOL på (37). For at undersøge mulige interaktioner mellem aktivitetsniveau og de mulige håndteringstyper bar patienterne i 2-3 dage et valideret multi-sensor-armbånd (SenseWear®, PRO3 Armband; BodyMedia, Inc., Pittsburgh, PA, USA) (38,39) placeret på den øverste del af højre arm. Armbåndet beregner intensiteten i fysisk aktivitet udtrykt i metaboliske ækvivalenter (Metabolic Equivalent of Task (METs)). En MET er en gennemsnitspersons hvilestofskifte. Under fysisk aktivitet stiger stofskiftet, og ved at måle MET kan det registreres, hvor mange gange højere stofskiftet er i forhold til stofskiftet i hvile. Aktivitet mellem 3 og 6 METs anses for moderat intensitet. Måling af MET med den benyttede metode kan derved anvendes til at overvåge fysisk aktivitet (40).

Fysisk aktivitet blev målt i otte timer om dagen i mindst to på

hinanden følgende dage, både under indlæggelse på hospitalet og i hjemmet. På grund af mindre forskelle i tidsrum for måling hos de enkelte deltagere blev alle METs-målinger beregnet som en gennemsnitlig værdi pr. time. Af tekniske og sikkerhedsmæssige hensyn blev armbåndet fjernet ved badning.

Som VN var de fysiologiske målinger og MBS-scorer planlagt på forhånd i modsætning til de følgende metoder, der blev inkluderet under analysen, idet de i overensstemmelse med GT (18) blev fundet relevante og på den måde fortjente at indgå i processen med at udvikle teorien.

### Demografi og sygdomshistorie

Komorbiditet og alder synes delvist at kunne forklare en afvigende håndteringsadfærd hos to af patienterne. Af denne grund blev demografi og sygdomshistorie inkluderet med henblik på at undersøge, hvorvidt disse faktorer var indikatorer for bestemte håndteringstyper (se Tabel 1a og 1b).

**Figur 1. Indsamling af på forhånd planlagte data under kropspleje (KP)**

#### Før KP

- A. Synkroniser timer på videokamera, pulsoximeter og Sensewear Pro3 Armbånd med computerens timer
- B. Placer Sensewear Pro3 Armband på patientens arm
- C. Scor åndenødsintensitet på MBS.
- D. Mål FEV1
- E. Start videoptagelse lige før start af KP
- F. Placer pulsoximeters sensor på patientens tå

#### Under KP

- A. Monitorér følgende procedurer:
  - Videoptagelse
  - Måling af SaO<sub>2</sub>

#### Efter KP

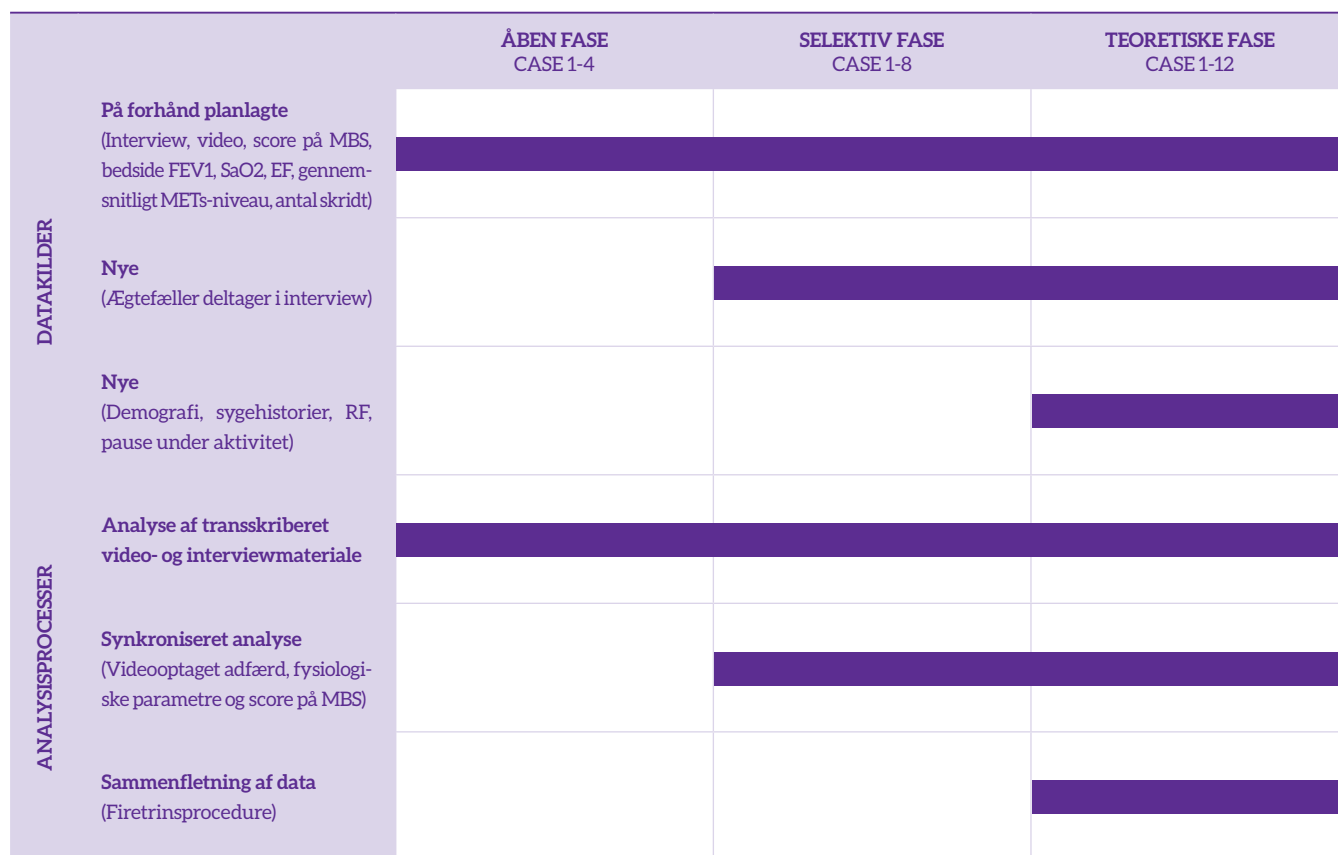
- A. Stop måling af SaO<sub>2</sub> ved ophør af KP
- B. Stop videoptagelse
- C. Scor åndenødsintensitet på MBS
- D. Scor retrospektivt et eventuelt åndenødsspeak under KP på MBS
- E. Fjern Sensewear Pro3 Armband efter 8 timers måling

(Forkortelser: KP = kropspleje; MBS = The Modified Borg Scale; FEV1 = forcerede ekspiratoriske volumen i 1. sekund; SaO<sub>2</sub> = iltmætning)

Dataindsamlingen blev afgrænset i den selektive fase i forhold til videooptagelser, måling af de talrige fysiologiske parametre og scoringer samt transskription af interviews og videoer. Denne afgrænsning blev valgt, fordi disse data og processer ikke bidrog yderligere til forståelsen af kernekategorier og underkategorier. Antallet af dataindsamlings-sessioner pr. deltager er illustreret i Figur 3 side 92.

I alt består den endelige database af 50 variabler med fysiologiske, kognitive, emotionelle og sociale informationer om hver deltager. Teorien var baseret på data fra 24 interviews, 40 videooptagelser, 32 videotransskriptioner, 40 sæt målinger af fysiologiske parametre, 40 sæt MBS-scoringer og 12 sæt demografiske data og sygehistorier.

**Figur 2. Kronologien i dataindsamlings- og analyseprocesser**



(Forkortelser: KP = kropsspleje; MBS = The Modified Borg Scale; FEV1 = forcerede eksspiratoriske volumen i 1. sekund; SaO2 = iltmætning; MET = metabolisk equivalent; EF = energiforbrug RF = respirationsfrekvens)

- Den teori, vi udviklede, var baseret på data indsamlet både under hospitalsindlæggelse og hjemme hos patienterne, idet analysen viste, at håndtering af åndenød og fremtrædende karakteristika var uafhængig af konteksten.

### Etiske overvejelser

Datatilsynet gav tilladelse til, at projektet kunne gennemføres (Journal nr. 2008-41-2266). Ifølge den Videnskabsetiske Komité for Region Midtjylland gælder reglerne for biomedicinsk forskning ikke for dette projekt. I overensstemmelse med Helsinki Deklarationen (41) blev alle deltagere informeret både mundtligt og skriftligt om deltagelse i studiet.

### Dataanalyse

GT's konstant sammenlignende metode (19) blev brugt igennem den åbne, selektive og teoretiske fase med den fælles dataindsamling, -kodning og -analyseproces. Tre typer sammenligninger blev udført. For det første blev hændelser sammenlignet med andre hændelser med et specielt fokus på at uddrage ligheder og variationer og herudfra generere begreber og hypoteser. For det andet blev begreber sammenlignet med flere hændelser, hvilket gav anledning til at teoretisere, underbygge og verificere begreber med det formål at generere yderligere begreber. For det tredje blev begreber sammenlignet med begreber for at finde det

mest passende sæt begreber og indikatorer, der udgjorde grundlaget for teorien. Tabel 2 side 93 viser eksempler på de tre typer sammenligninger.

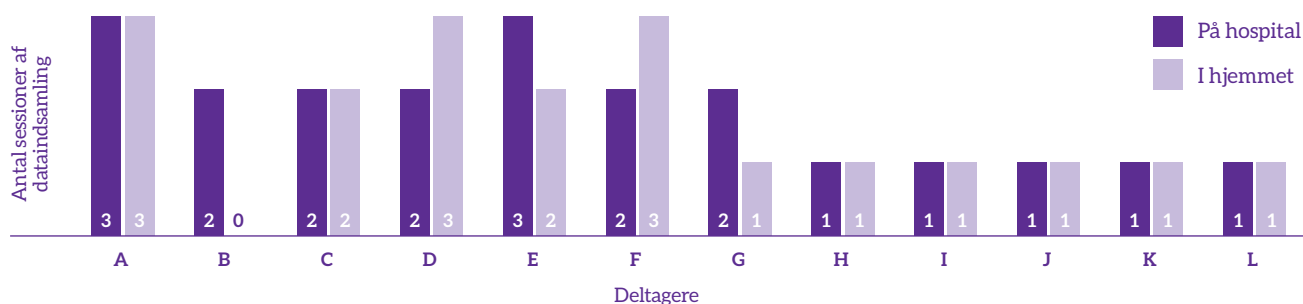
Analyseprocessen producerede tre slags underordnede analyseprocesser som en del af den konstant sammenlignende metode:

1. analyse af video og interview-transskriptioner med fokus på at identificere og begrebsliggøre et muligt samspil mellem deltagerens tanker, følelser og non-verbale adfærd under håndtering
2. en synkroniseret analyse af video-optaget adfærd, fysiologiske parametre og scoringer ved brug af et skema og
3. sammenfletning af data.

Som illustreret i figur 4 side 93 bestod datasammenfletningen af fire kronologiske trin:

- a. patienterne blev klassificeret efter de fire identificerede, men dog foreløbige håndteringstyper
- b. den foreløbige klassifikation af patienternes håndteringstype med mulige indikatorer blev indsat i et Excel-ark
- c. ved at lade en indikator ad gangen bestemme klassifikationen af de resterende mulige håndteringstypeindikatorer opstod der interessante indikatormønstre blandt de foreløbige håndteringstyper
- d. en statistisk analyse blev gennemført på kombinationer af mulige indikatorer observeret i den synkroniserede analyse.

Figur 3. Antal sessioner af dataindsamling pr. deltager



**Figur 4. Kronologien i proceduren for datasammenfletning**

1. Klassifikation af patienterne efter de fire hypotetiske håndteringstyper
2. Data relateret til de klassificerede deltagere blev indsat i et Excel-ark
3. Undersøgelse af mønstre
4. Statistisk analyse af de hypotetiske håndteringstypespecifikke indikatorer ud fra en synkroniseret analyse

Retrospektivt bliver det tydeligt, at kernekategorien og underkategorierne (håndteringstyperne) først og fremmest var baseret på interview og video-optagelser, hvorimod målingerne, sygehistori-

erne og den statistiske analyse af mulige håndteringstypespecifikke indikatorer mættede kernekategorien og genererede yderligere underkategorier og egenskaber.

### Resultater

Fire håndteringstyper blev identificeret. Hver håndteringstype havde særlige fysiologiske, kognitive, emotionelle og psykosociale egenskaber og udgjorde dermed mulige indikatorer. Den følgende uddybning af de fire håndteringstyper indeholder kun de egenskaber, der eksplicit kvalificerede en forklaring af de særlige processer, der tilhører hver håndteringstype. Derfor er fysiologiske parametre som FEV1 (prætest målt i ambulatorier) og gennemsnitsniveau af METs målt hjemme inkluderet i den følgende præsentation. Tabel 3 side 94 viser de identificerede, men dog hypotetiske indikatorer på de fire typer af håndtering. ►

**Tabel 2. Eksemplificering af tre forskellige typer sammenligninger under den konstant sammenlignende proces**

Tre typer af sammenligning	
1. Hændelser med hændelser	De første fire inkluderede deltagere fortalte om deres formåen på tre måder (forventet formåen, oplevet formåen og overensstemmelse eller manglende overensstemmelse mellem forventet formåen og oplevet formåen). Ligheder og variationer blev efterfølgende undersøgt i efterfølgende hændelser, hvor patienterne fortalte om deres formåen.
2. Begreber med hændelser	I den åbne fase blev håndteringsadfærd indledningsvis begrebsliggjort som "forandringsagent" og "vanebeskytter" og beskriver det at stræbe efter at håndtere forandringerne forårsaget af åndenød og samtidig beskytte værdifulde vaner og rutiner i livet. Disse begreber blev undersøgt og udfordret af data fra efterfølgende deltageres fortælling om, hvordan de bestræbte sig på at håndtere deres åndenød samtidig med, at de forsøgte at opretholde deres vanlige måde at leve på. I den proces fremkom begreber som "at balancere", "at navigere" og "at kæmpe", som opstod som en forklaring på sammenhængen mellem det at håndtere forandringer, alt imens det vanlige liv opretholdes.
3. Begreber med begreber	Begreber som "åndenødsfokuserende håndteringsadfærd", "selvværdsfokuserende håndteringsadfærd" og "balanceret-fokuserende håndterings-adfærd" blev henholdsvis sammenlignet med begreber som "undervurderende håndteringsadfærd", "overvurderende håndteringsadfærd" og "balanceret håndteringsadfærd". Det resulterede i, at vi bibeholdt de to første begreber, der beskriver, hvordan patienternes vurdering af egen formåen spiller en central rolle i håndtering af åndenød. I en yderligere tydeliggørelse af det sidste begreb "balanceret-fokuserende håndteringsadfærd" blev dette begreb udskiftet med de to begreber "udfordrende håndteringsadfærd" og "udjævnende håndteringsadfærd". Disse fire begreber blev endeligt valgt, da de formåede at udtrykke forskelle og ligheder mellem de identificerede fremtrædende håndteringstyper.

- ▶ Hvordan andre inkluderede fysiologiske og adfærdsmæssige data (FEV1, scoringer på MBS, SaO<sub>2</sub>, respirationsfrekvens, pausetype og frekvens af pausetype) kan tænkes at fungere som håndteringstypespecifikke indikatorer, fremlægges andetsteds.

### Fire måder at håndtere åndenød på

Vi identificerede fire typer håndteringsadfærd blandt patienterne og gav disse adfærdstyper betegnelserne ”den overvurderende”, ”udfordrer”, ”den undervurderende” og ”udjævner”. Beteg-

nelserne dækker over en håndteringsadfærd og kan ikke forstås som personlighedstyper. Hovedformålet med håndteringen var at økonomisere med ressourcerne og derigennem bevare den personlige integritet. Som illustreret i Figur 5 side 95 synes håndtering af åndenød at være en cirkulær proces, der består af en kaskade af kognitive, emotionelle og adfærdsmæssige handlinger.

På tværs af de fire håndteringstyper oplevede patienterne, at åndenøden udgjorde en trussel mod den fysiske og psykosociale dimension af deres integritet udtrykt i en frygt for hen-

Tabel 3. Indikatorer på håndteringstyper

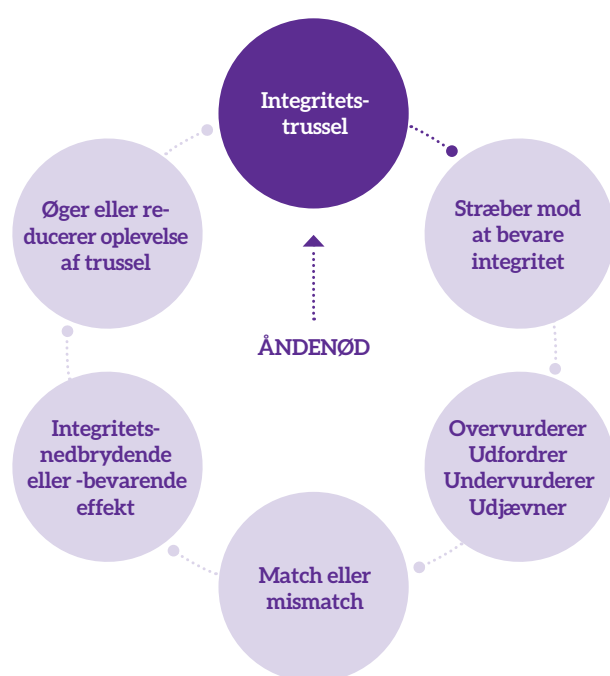
INDIKATORER PÅ HÅNDBLIVNINGSTYPER	Overvurderer	Udfordrer	Undervurderer	Udjævner
Integritetsbevarende fokus	Psykosocial dimension af integritet	Fysiologisk og psykosocial dimension af integritet	Fysiologisk dimension af integritet	Fysiologisk og psykosocial dimension af integritet
Match mellem forventet og oplevet formåen	Mismatch: Høj grad af forventet formåen og lav grad af oplevet formåen	Match: Høj grad af forventet formåen og høj grad af oplevet formåen	Mismatch: Lav grad af forventet formåen og potentiel højere grad af oplevet formåen	Match: Lav forventet formåen og lav oplevet formåen
Grad af angst i livet med åndenød	Lav	Lav	Høj	Lav
Grad af accept af KOL's indflydelse på dagligdagen	Lav	Høj	Lav	Høj
Habituel FEV1 (Median værdi)	56	32	24	18
Gennemsnitlige MET-niveau (Median værdi af gennemsnit pr. time)	1,1	1,5	1,2	1,4

(Forkortelser: FEV1=forcerede ekspiratoriske volumen i 1. sekund; MET=metabolisk equivalent)

holdsvis kvælning og tab af værdi som socialt individ. Derfor fokuserede patienterne på at opretholde både den fysiske og psykosociale dimension eller den dimension, som syntes at være truet mest af åndenøden. Patienternes valg af fokus var afhængigt af håndteringstypen.

For at opretholde deres integritet økonomiserede patienterne på forskellige måder med deres kræfter. For patienterne betød det at økonomisere at bruge deres kræfter på en effektiv og hensigtsmæssig måde. Kriterierne for, hvad der var effektiv og hensigtsmæssig økonomisering, var håndteringstypespecifikke og afhang af hver patients fokus i opretholdelse af sin integritet. På tværs af de fire håndteringstyper fremkom seks fremtrædende og interagerende strategier for at økonomisere, se Figur 6 side 96.

**Figur 5. Processen at håndtere åndenød i dagligdagen**



Hver håndteringstype syntes at foretrække nogle af strategierne. Dog syntes regulering af aktivitetsniveauet at være den fundamentale og mest fremtrædende økonomiseringsstrategi med henblik på at undgå åndenødsrelateret stress og ængstelse samt fysiske og psykosociale nederlag. Alle deltagere fortalte om deres formåen på tre måder: (1) deres forventninger til formåen (2) deres oplevede formåen (3) den oplevede overensstemmelse eller uoverensstemmelse mellem den forventede og oplevede formåen. Således forklarede deltager A med en overvurderende håndteringsadfærd:

”Jeg planlægger dagen, som om jeg var rask (forventet formåen), men jeg formår sjældent at gennemføre (oplevet formåen) ... det er irriterende, og det stresser mig (oplevet uoverensstemmelse mellem forventet og erfaret formåen) ...” Patienterne regulerede deres aktivitetsniveau enten ved at overvurdere, udfordre, undervurdere eller udjævne deres forventede formåen. Disse fire måder at regulere på udgjorde delvist de fire håndteringstyper. Når patienterne overvurderede eller undervurderede, fokuserede de ensidigt på enten de psykosociale eller fysiske forhold ved personlig integritet og ignorerede de andre forhold. Som Figur 7 side 97 viser, skabte dette ensidige fokus et misforhold mellem patienternes forventede formåen og den oplevede formåen, hvilket gav anledning til en adfærd, der kompromitterede deres integritet.

Modsat havde de deltagere, der bevidst udfordrede og udjævnede deres formåen, afstemt deres forventede formåen med deres reelle formåen, hvilket gav anledning til en integritetsbevarende adfærd. Adfærd, der truede eller værnede om disse menneskers integritet, henholdsvis styrkede eller reducerede patienternes oplevelse af den trussel, deres åndenød udgjorde.

Der var tre fundamentale forskelle mellem håndteringstyperne: 1) hvordan patienterne opfattede åndenødens indflydelse på deres integritet, 2) hvordan patienterne mødte denne trussel, mens de forsøgte at bevare deres integritet og 3) konsekvenser af at forsøge at bevare integriteten. Disse forskelle udgør strukturen i den følgende uddybning af de fire håndteringstyper:

### Den overvurderende

”Den overvurderende” adfærd sås kun hos én deltager, som fokuserede på at bevare sin psykosociale integritet og derfor overvurderede den fysiske formåen i en grad, der var påkrævet ▶

- ▶ for at bevare et liv med et aktivitetsniveau, som da hun var rask person. Moderat KOL var kun til stede hos patienten med denne håndteringstype, hvilket indikerer, at oplevelsen af åndenød var mindre intens, hvorfor åndenøden oplevedes mindre livstruende (se tabel 2). Denne deltager oplevede for eksempel et minimum af åndenød under personlig kropsspleje. Det primære formål var derfor at bevare et selvbillende som en rask person med et aktivt liv som en normal og sund person, hvilket manifesterede sig i anstrengelser for at opretholde normale vaner, rutiner og fremgangsmåder. På denne måde var den overvurderende adfærd primært fokuseret på at opretholde den psykosociale integritet, først og fremmest ved at regulere aktivitetsniveauet og samtidig tøjle følelser og tanker.

Processen at økonomisere blev gennemført for at undgå den stressende oplevelse af manglende formåen. Deltager A forklarede: "Det stresser mig ikke at gøre det, som jeg havde planlagt for dagen ... og stress giver mig åndenød, så jeg prøver at slappe af."

Ikke desto mindre syntes den store indsats for at leve op til ambitionen at klare et almindeligt liv netop at være den mest ødelæggende faktor for at opnå netop dette mål. Det at starte dagen med at forvente og planlægge efter at have ressourcer som rask syntes at resultere i en manglende udførelse af planen, hvilket kan skade deltagerens selvbillende som et kompetent individ. Som illustreret i Tabel 3 er gennemsnitsniveauet for METs

hos den "overvurderende" det laveste blandt håndteringstyper med medianværdi på 1,1. Dette antyder, at det at ignorere den faktiske fysiske kapacitet og dermed måske udsætte sig selv for en belastning kan reducere aktivitetsniveauet hos en person med KOL. Denne tilsidesættelse viste sig i et misforhold mellem forventet formåen og oplevet formåen (se Figur 7). Overvurdering syntes at skabe en "bagslags-effekt", der kan nedbryde den fysiske og psykosociale integritet, da patientens forventning om egen formåen sjældent blev indfriet, samtidig med at patienten måske pressede sig selv for hårdt. Denne håndteringstype indeholder et stærkt normativt karaktertræk udtrykt som "Det må jeg kunne klare."

#### Udfordrerens

"Udfordrerens" fokuserede på at bevare både den fysiske og psykosociale integritet i det daglige liv. Et udtalt kendetegn ved denne håndteringstype var en bevidsthed om, at åndenøden har indflydelse på det daglige liv, samt hvordan de – afstemt med et reduceret aktivitetsniveau – kunne imødekomme ønsker for gennemførelse af vigtige aktiviteter. Åndenøden betød ikke frygt for forværring af samme eller tab af selvværd. Tværtimod udstrålede denne håndteringstype tillid i forhold til at kunne klare livet med åndenød. På trods af en oplevelse af ikke at kunne styre, hvornår et anfald af åndenød opstod, så ville deltagere

Figur 6. Strategier for økonomisering af ressourcer

	Regulerer aktivitetsniveau	Retfærdiggør deres eksistens	Normaliserer udseende og / eller adfærd	Tøjler følelser og tanker	Anvender distraktion fra oplevelsen af åndenød	Indgyde håb og livsmød
Overvurderende	✓	✓	✓	✓		✓
Udfordrende	✓		✓	✓	✓	✓
Undervurderende	✓	✓	✓	✓		
Udjævnende	✓		✓	✓	✓	✓



med den ”udfordrende” håndteringsadfærd kontrollere, i hvilken grad åndenøden får lov til at dominere vedkommendes liv. Deltager H forklarede: ”Jeg kan ikke kontrollere åndenøden, men jeg kan kontrollere, hvor meget åndenøden dominerer mit liv.” Denne håndteringstype udfordrede kontinuerligt de fysiske grænser med argumentationen, at motion havde en gavnlig effekt på deres lungefunktion såvel som på selvbilledet som en formående person.

Deltager L forklarede: ”Selvom jeg får åndenød af det ... og jeg bliver nødt til at hvile ... så vander jeg min have ... det er vigtigt for mig ... og det er motion.” ”Udfordrerer” nægtede at acceptere uformåen i forhold til at kunne klare særligt værdifulde daglige aktiviteter. Hos deltagere, som brugte denne håndteringstype, blev der observeret svær KOL og det højeste gennemsnitsniveau i METs (se Tabel 3).

Figur 7 illustrerer overensstemmelse mellem udfordrerens forventede formåen og den oplevede formåen, hvorved de opretholdt et selvbillede som både kompetente patienter med KOL og som en rask person, der stadig deltager i udvalgte livsaktiviteter. Dette fund kan måske forklare, hvorfor denne håndteringstype ikke benyttede økonomiserings-strategien ”at retfærdiggøre eksistensen” som vist i Figur 6.

Opretholdelse af integriteten lykkes gennem et balanceret fokus, hvor målet både er at bevare den fysiske og psykosociale integritet. I modsætning til patienterne, som benyttede den overvurderende adfærd, skabte deltagere, der benyttede den udfordrende adfærd, en selvforstærkende effekt i en bevarelse af deres integritet. Det at udfordre skabte en evne til at ”matche formåen”, udtrykt som ”Jeg er og vil være i stand til” (se Figur 7).

### Den undervurderende

Den ”undervurderende” håndteringsadfærd fokuserer på at bevare den fysiske integritet og løber den risiko at undervurdere sin formåen for at undgå selve frygten for kvælning og for at undgå kvælningsoplevelsen. Deltagere med denne håndteringstype oplevede åndenøden som ukontrollabel og livstruende. For at undgå risikoen for kvælning fokuserede deltagere med denne adfærd på at undgå åndenød – først og fremmest ved at reducere aktivitetsniveauet. Deltager B forklarede: ”Det

**Figur 7. Match eller mismatch mellem forventet og oplevet formåen**

		<b>Grad af forventet formåen</b>	
		<b>Lav</b>	<b>Høj</b>
<b>Grad af oplevet formåen</b>	<b>Høj</b>	<b>Undervurderer</b> (Mismatch)	<b>Udfordrer</b> (Match)
	<b>Lav</b>	<b>Udjævner</b> (Match)	<b>Overvurderer</b> (Mismatch)
		<b>Lav</b>	<b>Høj</b>
		<b>Grad af forventet formåen</b>	

er så dejligt, at min hjælper ved, at jeg ikke kan noget ... hvis min åndenød bliver værre, går der panik i mig ... så det er dejligt, at de ved, at jeg ikke kan noget.”

Den næstlaveste medianværdi for FEV1 og det laveste gennemsnitsniveau for METs blev observeret hos deltagere, som benyttede denne håndteringstype. Bortset fra en enkelt deltager med svær KOL (deltager 1) havde patienter, der benyttede denne håndteringstype, en KOL-sværhedsgrad placeret i den lavere ende af meget svær KOL. Den ene patient med svær KOL (deltager 1) havde flest komorbiditeter og komplikationer, idet vedkommende havde diabetes, cor pulmonale og anæmi (se Tabel 1b).

Et ensidigt fokus på at bevare den fysiske integritet resulterede i en tydelig kamp, der kompromitterede naturlige forsøg på at bevare sociale roller. Denne kompromitterende håndtering skabte et behov hos den enkelte for at retfærdiggøre sin personlige eksistens (se Figur 6) ved at forklare fravalget af vigtige daglige aktiviteter.

Deltager E forklarede: ” ... der er mange ting, som jeg ikke vil opgive ... men jeg kan godt se skriften på væggen ... der siger, at det bliver jeg nødt til.”

Derudover kan det ensidige fokus på fysisk integritet indebære en risiko for en tiltagende indskrænkning af funktionsevnen over tid, hvilket skaber en ”bagslags-effekt”. Denne bagslags-effekt resulterer i en nedadgående spiral, idet en reduktion af aktivitetsniveauet vil resultere i dårligere fysisk kondition og øge patientens risiko for at opleve åndenød under aktivitet. På den måde bliver modet til at gå i gang med vigtige daglige akti-

- ▶ viteter undergravet. Derfor kan bestræbelsen på at opretholde integritet skabe en ond cirkel af adfærd, der truer integriteten, idet hverken fysisk eller psykosocial integritet bliver opretholdt. Denne håndteringstype rummer oplevelsen ”Jeg tør ikke kunne,” som udtrykker et lavt niveau for forventet formåen i forhold til oplevet formåen (se Figur 7).

### Udjævneren

En udjævrende håndteringsadfærd fokuserede på at bevare både den fysiske og psykosociale integritet i det daglige liv og at finde et balanceret fokus på begge typer af integritet. Denne håndteringstype økonomiserede med kræfterne, så de kunne komme igennem dagen. Selvom både udjævnerens og udfordrerens adfærd hver især har et balanceret fokus, så har udjævneren en højere grad af accept af et lavt kapacitetsniveau. Deltager G forklarede: ”... det er sådan her, det er ... man kan ikke gøre de ting, man plejer at gøre ... det må man bare lære at acceptere ... det er bare ... dagen må gå så godt, som den nu kan ... er du ikke enig, det er sådan, det er.”

I modsætning til de tre andre håndteringstyper var denne håndteringstype baseret på accept af åndenøden og dens indflydelse på livet. For langt de fleste deltagere, der benyttede denne håndteringstype, gjaldt det, at de betragtede åndenøden som mulig at kontrollere i forhold til at undgå en øget åndenød, og de valgte bevidst ikke at kæmpe imod det, at de var syge. Denne håndteringstype viste sig hos deltagere med den laveste medianværdi for FEV1 (18) og dermed meget svær KOL.

Mod forventning udviste patienterne med udjævneradfærd et højere aktivitetsniveau (gennemsnitligt niveau for METs: 1,4) end deltagere med overvurderende eller undervurderende adfærd, hvilket tyder på, at mangel på frygt og en høj grad af accept af den begrænsede fysiske formåen kan betyde en mere udjævrende strategi for økonomisering. Denne adfærd sikrer måske dermed et højere aktivitetsniveau i løbet af dagen. Udjævrende håndteringsadfærd udviste en bevidsthed om at økonomisere med kræfterne, og denne gruppe brugte hele spektret af økonomiseringsstrategier. Ligesom udfordreren anvendte udjævneren ikke strategien ”at retfærdiggøre eksistensen”. Denne bevidsthed om at acceptere de fysiske grænser og ikke frygte åndenød skabte en overensstemmelse

mellem forventet formåen og oplevet formåen, udtrykt som ”Jeg ved og accepterer, at jeg ikke kan” – hvilket forstærkede den integritetsbevarende proces.

### Diskussion

I dette studie udviklede vi en teori om fire fremtrædende typer håndtering af åndenød, der har psykologiske, kognitive og emotionelle karakteristika. Det er svært at gennemføre en sammenligning af forskningsfund inden for feltet mestring, bl.a. fordi der er stor forskel på de enkelte studiers forskningsdesign og valgte metoder (42). Så vidt vides, findes der dog ikke studier, der har identificeret fire lignende håndteringstyper med fysiologiske, kognitive og emotionelle håndteringstypespecifikke indikatorer hos mennesker med KOL.

En sammenligning af centrale elementer i teorien med aktuell litteratur om mestring øger dog forståelsen for og understøtter forklaringen af den identificerede håndteringsadfærd. Således synes håndtering af åndenød i det daglige liv at være en kompleks og krævede opgave, der eksistentielt er vigtig for mennesker med KOL. Dette fund stemmer overens med Morses (43) og Charmazs (44) studier, der understreger, at det at leve med en kronisk sygdom betyder en kamp for at bevare sin integritet. Det at balancere mellem at leve med sygdommen og at opretholde et selvbillede som et dueligt menneske er tydeligvis hovedbekymringen hos mennesker med en kronisk sygdom (45,46,47). Derudover støtter vores teori, at mennesker med KOL bruger en række økonomiserende strategier for at mestre åndenød som: at regulere aktivitetsniveauet (7,34,48), at retfærdiggøre deres personlige eksistens (7,45), at normalisere fremtræden og adfærd og tilbageholde følelser og tanker (7,45), at flytte opmærksomheden fra følelsen af åndenød (49) og at nære håb for og appetit på livet (50). Det er bemærkelsesværdigt, at disse økonomiseringsstrategier er positive og konstruktive som en metode til at opretholde deltagerens integritet.

Lungehyperinflation er en progressiv tilstand og et karakteristisk fysiologisk træk ved vejrtrækningsproblemer hos mennesker med KOL. Denne tilstand bidrager til intensiteten og oplevelse af åndenød (51). Åndenød består af kvalitativt forskellige fornemmelser med fluktuerende intensitet som konsekvens af en interaktion mellem fysiologiske, psykologiske og socio-kulturelle forhold (3,5,8).

Denne kompleksitet understøtter måske det fund, at KOL er en heterogen sygdom, der afspejler forskelligheden hos mennesker med KOL, hvad angår korrelationen mellem sygdomsgrad (FEV1), åndenødsintensiteten og toleransen overfor åndenød under aktivitet (3,51,52). Ved at kategorisere patienterne i studiet efter deres typiske og multidimensionelle håndteringsadfærd i stedet for efter deres FEV1 fremkom der dog håndteringspecifikke variationer i FEV1 og aktivitetsniveau. Blandt deltagere med overvurderende eller undervurderende håndteringsadfærd skyldtes det ensidige fokus på enten den psykosociale eller fysiske dimension ved deres integritet måske sygdommens sværhedsgrad, da åndenød kan være et mindre problem for mennesker med KOL i grad II sammenlignet med mennesker med KOL i grad III eller IV (25).

Bagslagseffekten fundet hos den undervurderende håndteringstype er et velkendt fænomen ved en inaktiv livsstil, da det lave aktivitetsniveau deconditionerer kroppen og yderligere forværrer både åndenød og formåen (53,58). Hvorvidt håndteringstypen former måden at regulere aktivitet på eller omvendt synes dog at være en ”hønen eller ægget først”-diskussion. Fysisk inaktivitet er både grund til og konsekvens af en forværret fysisk tilstand hos ældre mennesker (54). Flere studier peger på faktorer, som har indflydelse på aktivitetsniveau, heriblandt angst og depression (53), tidligere motionsvaner (55), civilstand (56), tiltro til egne evner, køn (48), komorbiditet som systemisk inflammation og dysfunktion i den venstre del af hjertet (57), diabetes (12,58).

Der synes at være ligheder mellem vores begreb ”forventet formåen” og Banduras ”self-efficacy”, som angiver, i hvor høj en grad man har tiltro til, at man kan håndtere en situation (59). Menneskers tiltro til egne evner spiller en vigtig rolle for sundhed (60,61) og det at kunne mestre livet med åndenød (5). Jo mere tiltro til egne evner en person har, jo bedre præsterer han (60). Det kan måske forklare, hvorfor mennesker med den udfordrende og den udjævnende håndteringsadfærd synes at have det højeste aktivitetsniveau og en generel fornemmelse af at være i stand til at udføre de aktiviteter, der er mest vigtige for dem. Men vores teori peger dog også på, at høj forventet formåen ikke nødvendigvis resulterer i en høj grad af oplevet formåen eller præstation, hvilket ses hos den overvurderende håndteringsadfærd. Faktisk forholder

det sig modsat, da en forventet formåen, der er dårligt afstemt med den oplevede formåen, kan resultere i et lavt aktivitetsniveau og skade selvværdet.

Lazarus fandt, at der i begrebet mestring er en stræben, der konstant ændrer sig, og hvis mål er at håndtere indre og/eller ydre krav. Dette udmønter sig i to generelle håndteringsstrategier: ”Problemfokuseret håndtering”, der udtrykker en aktiv indsats for at løse et stressudløsende problem, og ”følelsesfokuseret håndtering”, som har til formål at reducere de negative følelser, der opstår på grund af stress (62). Disse to håndteringsmåder viser sig også i de beskrevne fire håndterings typer. Mennesker med den overvurderende adfærd fokuserer på at reducere følelsen af inkompetence, og mennesker med den undervurderende adfærd fokuserer på at reducere følelsen af frygt for kvælning ved at undgå åndenødsfremkaldende aktiviteter. Modsat griber mennesker med den udfordrende og den udjævnende håndteringsadfærd til en indsats, der mest af alt går ud på at løse det stressudløsende problem ved at imødekomme de behov, de som lungesyge mennesker har, samtidig med at de opretholder aktiviteter af betydning for deres selvværd.

Patienterne i studiet udgjorde på nogle punkter en homogen gruppe, da de havde været indlagt pga. en forværring af deres KOL.

Patienterne har derfor muligvis forskellige fysiologiske og adfærdsmæssige træk til fælles, der på den anden side kunne adskille sig fra træk hos ikke-hospitaliserede mennesker med samme grad af KOL. Vores teori lægger op til en antagelse om, at habituel FEV1 kan skelne mellem fremtrædende åndenødshåndteringstyper hos mennesker, der tidligere har været indlagt med KOL. Da FEV1 forventes at falde over tid på grund af aldring og KOL (63), antyder sammenhængen mellem FEV1 og de fire identificerede håndteringstyper, at den fremtrædende håndteringsadfærd vil ændre sig over tid og udgøre et håndteringsforløb hos mennesker, der tidligere har været indlagt med moderat til meget alvorlig KOL. Således synes der at være indlejret en tidsdimension i den flerdimensionelle håndtering af åndenød, hvilket antyder, at mennesker med KOL følger et håndteringsforløb, der går fra en overvurderende til en udfordrende over en undervurderende og til en udjævnende håndteringsadfærd. Da mennesker med den udfordrende og udjævnende håndteringsadfærd synes at tilpasse sig en ▶

- ▶ reduceret formåen samtidig med, at de fastholder en livsstil, der bevarer deres integritet, kan den lungemæssige rådgivning måske støtte mennesker med den overvurderende og undervurderende håndteringsadfærd til at stræbe efter integritetsbevarende adfærd – respektivt som den udfordrende og den udjævnende. Denne hypotese om et håndteringsforløb og de deri involverede mekanismer er baseret på den aktuelle tværnsnitsundersøgelse og bør testes i et longitudinelt studie.

Dette studies brug af betegnelserne overvurderende og undervurderende håndteringsadfærd (modsat de mere positive betegnelser som udfordrende og udjævnende håndteringsadfærd) fordrer en etisk refleksion, da det indikerer et deficit i håndteringsadfærden hos mennesker med KOL. De sundhedsprofessionelles brug af begreber og rammer for forståelser uddraget fra teorier og prædefinerende betegnelser kan have indflydelse på identitet, formåen og håndteringsadfærd hos kronisk syge mennesker (64). Derfor er en grundig forklaring af formålet med disse betegnelser nødvendig, og den skal kommunikeres til de sundhedsprofessionelle og mennesker med KOL, før disse betegnelser benyttes i lungerehabilitering.

En kvalitetsbedømmelse af en teori baseret på GT skal tage hensyn til fire forhold: Teorien skal stemme overens med data, den skal fungere i praksis ved at forklare, forudsige og fortolke det empiriske område, der studeres, den skal være relevant, hvilket betyder, at teorien skal fokusere på et kerneområde eller en kerneprocess, som fremkommer på et afgørende område, og slutteligt være modificerbar med kontekstuelle ændringer (18,21,22). Vores hypotese om de fire håndteringstyper formår at forklare forskellige grader af succes i håndtering af åndenød i dagliglivet, hvilket vi vurderer kan have betydning for vejledning og varetæelse af KOL-rehabilitering og fysisk træning.

Håndteringstyperne afspejler en vestlig kultur, der i høj grad tilskynder egenomsorg. Man kan derfor forestille sig et behov for teoretiske modifikationer, hvis teorien skal anvendes i kulturer med andre værdier. Fortolket fra et epistemologisk realistisk udgangspunkt (22) kan kriteriet, at teorien skal være i overensstemmelse med det, den er om, i nogen grad være kompromitteret i forhold til pålideligheden af data fremkommet ved måling. Eksempelvis kan målingstidspunkter

og patienternes sporadiske brug af rollatorer kompromittere pålideligheden af de målte gennemsnitsniveauer for METs (57,65). Dog understøttes dette studies fund af en sammenhæng mellem FEV1 og aktivitetsniveau af Watz et al.s studie, der observerer inaktivitet hos personer med KOL i sværhedsgrad II-IV.

### Konklusion

Teoretisk set fremkommer fire fremtrædende typer af håndtering af åndenød i dagliglivet hos mennesker tidligere indlagt med KOL. Teorien om de fire typer af håndtering af åndenød i dagliglivet indikerer en række typespecifikke indikatorer. De fire håndteringstyper synes at udgøre et håndteringsforløb.

Centrale punkter i forhold til retningslinjer, praktisk udførelse og forskning:

- Fire fremtrædende typer af håndtering af åndenød blev identificeret hos mennesker med KOL – håndteringstyper, der har fysiologiske, kognitive, emotionelle og psykosociale karakteristika.
- De fire håndteringstyper synes at udgøre et håndteringsforløb, der følger en alders- og KOL-betinget reduktion i lungefunktion.
- Identifikation af de individuelle typer af håndtering af åndenød hos personer med KOL kan understøtte en umiddelbar og specifik rehabiliteringsintervention baseret på individuelle behov for rådgivning om at leve med åndenød.
- Hypotesen om et håndteringsforløb bør testes i et longitudinelt studie. Hvis eksistensen af et sådant forløb kan påvises, bør denne viden være et centralt element i uddannelse og støtte til personer med KOL med det mål at opnå enten en udfordrende eller en udjævnende håndteringsadfærd.

### Erklæring om interessekonflikt

Ingen opgivne interessekonflikter.

### Økonomisk støtte

Dette forskningsprojekt har ikke modtaget økonomisk støtte fra hverken offentlige, kommercielle eller ikke-kommercielle bevilingsgivere.

## Litteratur

1. World Health Organization. COPD predicted to be the third leading cause of death in 2030. Hentet fra [http://www.who.int/respiratory/copd/World\\_Health\\_Statistics\\_2008/en/index.html](http://www.who.int/respiratory/copd/World_Health_Statistics_2008/en/index.html) on 26 June 2011
2. Ito K, Barnes PJ. COPD as a disease of accelerated lung aging. *CHEST* 2009; 135(1):173-80.
3. GOLD. Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease updated 2010. Hentet fra <http://www.goldcopd.org/guidelines-global-strategy-for-diagnosis-management.html> d. 27 juli 2011.
4. West N, Popkess-Vawter S. The subjective and psychosocial nature of breathlessness. *Journal of Advanced Nursing* 1994; 20(4):622-6.
5. Nici L, Donner C, Wouters E et al. American Thoracic Society / European Respiratory Society statement on pulmonary rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2006; 173:1390-1413.
6. Lomborg K, Kirkevold M. Curtailing: handling the complexity of body care in people hospitalized with severe COPD. *Scandinavian Journal of Caring Science* 2005;19(2):148-56.
7. Lomborg KE, Bjørn A, Dahl R, Kirkevold M. Body care experienced by people hospitalized with severe respiratory disease. *Journal of Advanced Nursing* 2005;50(3):262-71.
8. American Thoracic Society / European Respiratory Society. Skeletal muscle dysfunction in chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 1999;159(4):S1-S40.
9. Davis AH, Carrieri-Kohlman V, Janson SL et al. Effects of treatment on two types of self-efficacy in people with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Pain and Symptom Management* 2006;32(1):60-70.
10. Kobayashi S, Nishimura M, Yamamoto M et al. Relationship between breathlessness and hypoxic and hypercapnic ventilatory response in patients with COPD. *European Respiratory Journal* 1996; 9(11):2340-5.
11. Masuda A, Ohyabhu Y, Kobayashi T et al. Lack of positive interaction between CO<sub>2</sub> and hypoxic stimulation for PCO<sub>2</sub>-VAS response slope in humans. *Respiration Physiology* 2001; 126(3):173-81.
12. Nonoyama ML, Brooks D, Lacasse Y et al. Oxygen therapy during exercise training in chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007;18(2).
13. Lacasse Y, Goldstein R, Lasserson TJ et al. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006;4.
14. Bratås O, Espnes G, Rannestad et al. Relapse of health related quality of life and psychological health in patients with chronic obstructive pulmonary disease 6-months after rehabilitation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2011; <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00921.x>
15. Hesselink AE, Penninx BWJH, Schlösser MAG et al. The role of coping resources and coping style in quality of life of patients with asthma or COPD. *Quality of Life Research* 2004; 13: 509-18.
16. ZuWallack R. How are you doing? What are you doing? Different perspectives in the assessment of individuals with COPD. *COPD* 2007; 4(3):293-7.
17. Nici L, Lareau S, ZuWallack et al. Pulmonary Rehabilitation in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease. *American Family Physician* 2010; 82(6):655-60.
18. Glaser BG. *Advances in the Methodology of Grounded Theory: Theoretical Sensitivity*. Mill Valley, California: Sociology Press; 1978.
19. Glaser BG. *The Grounded Theory Perspective: Conceptualization Contrasted with Description*. Mill Valley, California: Sociology Press; 2001.
20. Glaser BG. Remodelling Grounded Theory. *Forum: Qualitative Social Research Socialforschung* 2004;5:1-20.
21. Glaser BG, Strauss A. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New York: Aldine De Gruyter; 1967.
22. Lomborg K, Kirkevold M. Truth and validity in grounded theory – a reconsidered realist interpretation of the criteria: fit, work, relevance and modifiability. *Nursing Philosophy* 2003;4:189-200.
23. Jørgensen LB, Dahl R, Pedersen PU et al. Evaluation of a multi-modal grounded theory approach to explore patients' daily coping with breathlessness due to chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Research in Nursing* 2012. Online March 6, DOI: 10.1177/1744987111427418.
24. Glaser BG. Qualitative and Quantitative Research. *The Grounded Theory Review*. *An International Journal* 2008;7(2):1-17.
25. Garcia-Aymerich J, Serra Pons I, Mannino DM et al. Lung function impairment, COPD hospitalisations and subsequent mortality. *Thorax* 2011; 66(7):585-90 Hentet fra: <http://thorax.bmj.com/content/66/7/585.abstract>
26. Incalzi RA, Chiappini F, Fuso, L et al. Predicting cognitive decline in patients with hypoxaemic COPD. *Respiratory Medicine* 1998;92(3):527-33.
27. Meek PM, Lareau SC, Anderson D. Memory for symptoms in COPD patients: how accurate are their reports? *European Respiratory Journal* 2001;18(3):474-81.
28. Michaels C, Meek PM. The language of breathing among individuals with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart & Lung* 2004;33(6):390-400.
29. Schwartzstein RM. *The language of dyspnea. I: Dyspnea*. New York: Marcel Dekker, Inc.; 1998.
30. Jørgensen LB. At være i åndenød er at fungere i åndenød. [Being breathless means functioning while being breathless]. Hentet fra: [www.folkesundhed.au.dk/kandidatspecialer](http://www.folkesundhed.au.dk/kandidatspecialer). Sektion for Sygeplejevidenskab, Aarhus University; 2007.
31. Davidoff S, Forester BP, Ghaemi S et al. Effect of video self-observation on development of insight in psychotic disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1998;186(11):697-700.
32. Horwitz EB, Theorell T, Anderberg UM. Fibromyalgia patient's own experiences of video self-interpretation: a phenomenological-hermeneutic study. *Scandinavian Journal of Caring Science* 2003;17:257-64.
33. Mihai A, Damsa C, Allen M et al. Viewing videotape of themselves while experiencing delirium tremens could reduce the relapse rate in alcohol-dependent patients. *Addiction* 2007;102(2):226-31.
34. Leidy NK, Hasse JE. Functional status from the patient's perspective: the challenge of preserving personal integrity. *Research in Nursing & Health* 1999;22(1):67-77.
35. Alrø, H & Dirckinck-Holmfeld (ed.). *Videoobservation*. 2. udg. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag og Institut for Kommunikation; 2001.
36. Kendrick KR, Baxi SC, Smith RM. Usefulness of the modified 0-10 Borg scale in assessing the degree of dyspnea in patients with COPD and asthma. *Journal of Emergency Nursing* 2000;26(3):216-22.
37. Katz PP, Eisner MD, Yelin EH et al. Functioning and psychological status among individuals with COPD. *Quality of Life Research* 2005;14(8):1835-43.
38. Patel SA, Benzo RP, Slivka WA et al. Activity monitoring and energy expenditure in COPD patients: a validation study. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* 2007;4(2):107-12.
39. Watz H, Waschki B, Boehme C et al. Extrapulmonary effects of chronic obstructive pulmonary disease on physical activity: a cross-sectional study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2008;177(7):743-51.
40. Ainsworth BE, Haskell WL, Leon AS et al. Compendium of physical activities: ▶

- classification of energy costs of human physical activities. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 1993;25(1):71-80.
41. World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Edinburgh, Scotland: 52nd World Medical Association General Assembly; 2000.
42. Skinner E, Edge K, Altman J et al. Searching for structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin* 2003;129(2):216-69.
43. Morse JM. Responding to threats to integrity of self. *Advances in Nursing Science* 1997;19(4):21-36.
44. Charmaz K. Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of Health & Illness* 1983;5(2):168-95.
45. Boyles CM, Bailey PH, Mossey S. Chronic Obstructive Pulmonary Disease as Disability: Dilemma stories. *Qualitative Health Research* 2011;21(2):187-98.
46. Charmaz K. The Body, Identity, and Self: Adapting to Impairment. *The Sociological Quarterly* 1995;36(4):657-80.
47. Cicutto L, Brooks D, Henderson K (2004) Self-care issues from the perspective of individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Patient Education and Counseling* 2004;55:168-76.
48. Siela, DL. Gender Differences. In: Self-efficacy, Dyspnea, and Functional Performance in People with COPD. Rush University, College of Nursing, D.N.Sc, 2000.
49. Peuter SD, Diest IV, Lemaigre V et al. Dyspnea: The role of psychological processes. *Clinical Psychology Review* 2004;24:557-81.
50. Persson L, Rydén A. Themes of effective coping in physical disability: an interview study of 26 persons who have learnt to live with their disability. *Scandinavian Journal of Caring Science* 2006;20:355-63.
51. O'Donnell D. Hyperinflation, Dyspnea, and Exercise Intolerance in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Proceedings of the American Thoracic Society* 2006;3(2):180-4.
52. Agustí A, Calverley P, Celli B et al. Characterisation of COPD heterogeneity in the ECLIPSE cohort. *Respiratory Research* 2010;11(1):122.
53. Clark NM, Dodge JA, Partridge MR et al. Focusing on outcomes: making the most of COPD interventions. *International Journal of COPD* 2009;4:61-77.
54. Belza B, Steele BG, Hunziker J et al. Correlates of physical activity in chronic obstructive pulmonary disease. *Nursing Research* 2001;50(4):195-202.
55. Soicher JE. A longitudinal study of physical behaviour in chronic disease: the example of chronic obstructive pulmonary disease. MCGILL University; 2009.
56. Cohen J, Bilsen J, Hooft P et al. Dying at home or in an institution: using death certificates to explore the factors associated with place of death. *Health Policy* 2006;78(2-3):319-29.
57. Watz H, Waschki B, Meyer T et al. Physical activity in patients with COPD. *European Respiratory Journal* 2009;33(2):262-72.
58. Garcia-Aymerich J, Lange P, Benet M et al. Regular physical activity reduces hospital admission and mortality in chronic obstructive pulmonary disease: a population based cohort study. *Thorax* 2006;61(9):772-8.
59. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 1977;84:91-215.
60. Bandura A. Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In: *Self-Efficacy in Changing Societies*. Cambridge: The Cambridge University Press; 1995.
61. Wood R, Bandura A. Impact of Conceptions of Ability on Self-Regulatory Mechanisms and Complex Decision Making. *Journal of Personality and Social Psychology* 1989;56(3):407-15.
62. Lazarus R, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer; 1984.
63. Pitta F, Troosters T, Spruit MA et al. Characteristics of Physical Activities in Daily Life in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2005;171:972-7.
64. Telford K, Kralik D, Koch T. Acceptance and denial: implications for people adapting to chronic illness: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 2006;55:457-64.
65. Hill K, Dolmage TE, Woon L et al. Measurement properties of the SenseWear armband in adults with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2010;65(6):486-91.

---

### English abstract

---

Jørgensen LB, Dahl R, Pedersen PU, Lomborg K. Four types of coping with COPD-induced breathlessness in daily living: a grounded theory study. *Journal of Research in Nursing*. Published online December 13 2012. Artiklen publiceres på dansk med tilladelse fra Sage Publications Ltd, London, UK

Jørgensen LB, Dahl R, Pedersen PU, Lomborg K. Four types of coping with COPD-induced breathlessness in daily living: a grounded theory study. *Sygeplejersken (Danish Journal of Nursing)* 2013;(9):85-102.

Coping with breathlessness is a complex and multidimensional challenge for people with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and involves interacting physiological, cognitive, affective and psychosocial dimensions. The aim of this study was to explore how people with moderate to very severe COPD predominantly cope with breathlessness during daily living. We chose a multimodal grounded theory design that holds the opportunity to combine qualitative and quantitative data to capture and explain the multidimensional coping behavior among people with COPD.

The participants' main concern in coping with breathlessness appeared to be an endless striving to economize on resources in an effort to preserve their integrity. In this integrity-preserving process, four predominant coping types emerged and were labelled: "Overrater", "Challenger", "Underrater", and "Leveller". Each coping type comprised distinctive physiological, cognitive, affective and psychosocial features constituting coping-type-specific indicators.

In theory, four predominant coping types with distinct physiological, cognitive, affective and psychosocial properties are observed among people with COPD. The four coping types seem to constitute a coping trajectory. This hypothesis should be further tested in a longitudinal study.

**Keywords:** Breathlessness, chronic obstructive pulmonary disease, coping trajectory, coping with breathlessness, daily life, grounded theory.

---



**GRATIS**  
FOR  
STUDERENDE  
UNDER  
30 ÅR!

## FÅ EN TRYK START PÅ ARBEJDSLIVET ALLEREDE MENS DU STUDERER

I DSA har alle jobkonsulenter en sundhedsfaglig uddannelse.

De kender derfor dit arbejdsmarked og har prøvet den virkelighed, du skal ud i efter studiet.

Meld dig gratis ind allerede nu og senest et år før, du afslutter din uddannelse. Så får du ret til dagpenge fra første dag som nyuddannet, hvis du skulle have behov for det.

Lad os i fællesskab sikre, at du kommer godt fra start med arbejdslivet.

**Læs mere på [dsa.dk](https://dsa.dk)**

**DANSKE  
SUNDHEDSORGANISATIONERS  
ARBEJDSLØSHEDSKASSE**



# JOB



SE ALLE STILLINGER: [WWW.DSR.DK/JOB](http://WWW.DSR.DK/JOB)



## Praktiske oplysninger til annoncører

Deadline kl. 9 for indtastning af KURSER/MØDER/MEDDELELSER på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) under Information til annoncører

<b>Nr. 10 - 2013</b>	<b>Nr. 11 - 2013</b>	<b>Nr. 12 - 2013</b>
20. august 2013	10. september 2013	1. oktober 2013

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 • Elkjærvej 19 st. • 8230 Åbyhøj  
Tlf. 7022 4088 • e-mail: [dsrjob@dmfnet.dk](mailto:dsrjob@dmfnet.dk)  
Internet: [www.dmfnet.dk](http://www.dmfnet.dk)  
Her kan du også rekvirere medieinformation.

Indleveringsfrister for STILLINGSANNONCER til de kommende numre

<b>Nr. 10 - 2013</b>	<b>Nr. 11 - 2013</b>	<b>Nr. 12 - 2013</b>
23. august 2013	13. september 2013	4. oktober 2013

Sidste frist for indlevering af materiale er kl. 10 hos Dansk Mediaforsyning ApS

Udgivelsesdatoer

<b>Nr. 10 - 2013</b>	<b>Nr. 11 - 2013</b>	<b>Nr. 12 - 2013</b>
6. september 2013	27. september 2013	18. oktober 2013

JOB I GENTOFTE KOMMUNE



## Konsulent til Forebyggelsesafdeling

I forbindelse med Sundhedscoaching/sundhedsvejledning til borgere med symptomgivende overvægt, samtaler om alkohol samt stresshåndtering søges en konsulent 37 timer om ugen.

Stillingen er tidsbegrænset foreløbig til 31. december 2014 med mulighed for forlængelse.

Stillingen er placeret på Tranehaven, Gentofte Kommunes Center for Forebyggelse og Rehabilitering, hvor du refererer til lederen af Forebyggelsesafdelingen.

Stillingen ønskes besat snarest muligt.

Yderligere information fås hos leder af Forebyggelsesafdelingen Lise Therkelsen 3998 8820, [forebyggelsesafd.th@gentofte.dk](mailto:forebyggelsesafd.th@gentofte.dk)



Se hele stillingsopslaget på [www.gentofte.dk](http://www.gentofte.dk)

GENTOFTE KOMMUNE



## Høje-Taastrup Kommune

Bygaden 2, 2630 Taastrup  
Tlf.: 43 59 10 00 – [www.htk.dk](http://www.htk.dk)

TEAMCHEF

## til Team Udvikling i Sundheds- og Omsorgscentret

Kan og vil du være med til at udvikle Sundheds- og Omsorgscentret?

I Sundheds- og Omsorgscentret brænder vi for løbende at udvikle vores kerneydelser. Derfor søger vi en teamchef til Team Udvikling, der med afsæt i Høje-Taastrup Kommunes værdigrundlag kan omsætte politikker og strategier til konkrete indsatser.

Nogle af de opgaver, der skal prioriteres er udvikling af "Det Nære Sundhedsvæsen", Sund-

hedsaftaler, fokus på effektsporet, sammenhængskraft og kvalitetsudvikling.

Vi forventer at få en kollega, som har bred erfaring inden for sundheds- og omsorgsområdet, har politisk indsigt, har projekterfaring, kan arbejde innovativt, kan håndtere at have mange bolde i luften og er 100-meter mester i samarbejde.

### DU KAN SE UDDYBENDE JOB- OG PERSONPROFIL PÅ:

Hvis denne appetiser har fået dig til at tænke på, kan du se mere på <http://www.htk.dk/Job/Ledige-stillinger.aspx?job=211>

### ANSØGNINGSFRIST:

2. september 2013 kl. 12.  
Samtaler afholdes 10. og 23. september 2013.

Du gør en forskel for kommunens borgere. Vi gør en forskel for dig!



"At lave en primitiv filosofi med bÅse som mennesker inddeles i er en fejl hvoraf mange folk lider. Men vi er nogle få, der kun kan forstå en måde at inddelle mennesker på – man skal de dem i individer".

Dette er Bostedet Theas målsætning sagt med Piet Heins ord. Thea er 8 psykiatriske bofællesskaber hvor 35 mennesker har deres bolig.

Bostedet søger pr. 01/11-13 en **basissygeplejerske** 37 timer pr. uge med week-endvagt hver 4 weekend.

1 basissygeplejerske til aftenvagt i ulige uger fra kl. 15.10 til 22.00 med ansvarshavende dagvagt hver 4 weekend fra kl. 08.00 til 15.24.

I alt 24,19 time pr. uge.

#### Vi tilbyder:

- Supervision ved psykolog.
- 1 samarbejdsintematkursus for alle medarbejdere 1 gang årligt.
- Gratis fitness for dig og din familie.
- God beliggenhed – nær bus, tog og metro.
- God normering.
- Mulighed for faglig og personlig udvikling.
- Tværfaglighed.
- Medindflydelse på hverdagen.

#### Vi forventer:

- En høj grad af kreativ tankegang.
- En høj grad af samarbejdsevne.
- Kendskab og erfaring i arbejdet med mennesker med psykiatriske lidelser.
- At du kan arbejde selvstændigt, planlægge og tilrettelægge arbejdsdagen hensigtsmæssigt.
- At du betragter humor som en væsentlig personlig ressource.
- At du mestrer evnen til at tage udgangspunkt i menneskers ressourcer.
- At du er villig til at tage ansvar for dagligdagen og arbejdsmiljøet i Bostedet.

Hvis du er blevet nysgerrig af ovenstående kan du få yderligere oplysninger hos sygeplejerske, forstander Inge Lise Winkel alle hverdage ml. 10 og 14 på tf. 4046 3631. Yderligere oplysninger fås på vores hjemmeside [www.okthea.dk](http://www.okthea.dk)

**Skriftlig ansøgning** med relevant dokumentation, anciennitetskort stiles og sendes til forstander Inge Lise Winkel, Mariendalsvej 30, 2000 Frederiksberg.

**Ansøgningsfrist** den 6. september 2013.



**Halsnæs**

Kommune

Natur og Udvikling



## Sygeplejersker til Akutpladserne og Midlertidige Døgnpladser Hundested Plejecenter

Er du til akutsygepleje, vil du gerne være med til at præge udviklingen i hverdagen, kan du lide at gå hjem med en følelse af, at du har gjort dit arbejde tilfredsstillende.

#### Vi har brug for en sygeplejerske til:

- Aftenvagt / 28 timer med vagt hver 2. weekend
- Dagvagt / 30-34 timer med vagt hver 3. weekend

Kontakt områdeleder Angelica Pedersen på telefon 47 96 77 10 eller 29 42 93 65

**Ansøgningsfrist den 22. august 2013**

Læs mere og se flere ledige stillinger på [www.halsnaes.dk](http://www.halsnaes.dk)

Redelighed  
Helhed  
Mulighed

Ansøgningen sendes online via [www.halsnaes.dk/ledige stillinger](http://www.halsnaes.dk/ledige_stillinger) eller til Halsnæs Kommune, Rådhuspladsen 1, 3300 Frederiksværk

## Ansvarshavende sygeplejerske - aftenvagt 32-35 timer pr. uge

Vi søger en ansvarshavende aftensygeplejerske til vores aftenvagt-team fra 1/9 2013, da vores aftensygeplejerske går på efterløn.

Plejehjemmet består af 3 etager, 95 beboere fordelt på henholdsvis 2 etager, med hver 34 beboere og 1 etage med 26 beboere.

Vi har et fastlægeprojekt, der er medvirkende til at vi har en lærende og kvalitetspræget hverdag med undervisning, der gives til personalet i forhold til projektet.

Vi har i mange år haft fokus på ernæring og har de sidste måneder haft et projekt vedr. afføringsproblemer i samarbejde med en konsulent inden for området.

Vi anvender KMD Care til dokumentationen på etagerne.

Vores personale er engagerede, positive og læringsparate i det spændende miljø, der rummer mange specialer med komplekse problemstillinger.

#### Vi forventer af dig, at du:

- Har mindst 2 års erfaring som uddannet sygeplejerske - gerne fra hjemmeplejen, hospital eller anden geriatrisk erfaring.
- Har overblik, kan tage ansvar og kan have mange bolde i luften.
- Kan lede og fordele de arbejdsopgaver, der er i et helt hus i alle situationer.
- Har en pædagogisk faglig og reflektiv tilgang til at agere i den komplekse og spændende hverdag.
- Er engageret og det afspejler sig i din dialog og praksis med beboerne, pårørende og medarbejderne.

Har du lyst til at høre mere om jobbet, så kontakt afd.leder Anne Margrethe Soltau på tf. 44 34 03 63.

Se også vores hjemmeside: <http://www.ryetbo.dk>

Løn forhandles.

**Skriftlig ansøgning:** Stiles til forstander Mette Krenzen på mail: [mk@aruphvidt.dk](mailto:mk@aruphvidt.dk)

**Ansøgningsfrist:** 23/8 2013



## Sådan læser du din lønseddel ...

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

Dansk Sygeplejeråd



## Plejecenteret Grønnegården i Nyk. Sj.

søger sygeplejerske primært til vores aflastningsafsnit med 10 beboere. Stillingen er på 32 timer ugentligt med start 01. september 2013 eller snarest muligt.

Du skal arbejde i dagvagt med week-endvagt hver anden weekend.

Vi vil gerne højne vores faglighed i forhold til vores aflastningsafsnit, der er med i projektet Aktivt Liv – er det en udfordring du har lyst til at være en del af, så søg stillingen hos os. På vores plejecenter har vi fokus på høj faglighed, kompetencer, udvikling og samarbejde på tværs.

Vi forventer, at du er engageret og nysgerrig på udvikling, har lyst til vidensdeling, samt har humor og et positivt livssyn.

Ansættelsesvilkår i henhold til gældende overenskomst. Ved ansættelsen skal der foreligge tilfredsstillende straffeattest.

Skulle du have fået lyst til at høre mere om stillingen, er du meget velkommen til at kontakte centerleder Bodil Jacobsen tf. 59 66 59 00 mobil 40 20 89 12.

Ansøgning sendes til Plejecentre Odsherred Administration, Præstevænget 3, 4500 Nyk. Sj. Mail: [emc40@odsherred.dk](mailto:emc40@odsherred.dk) senest den 26. august 2013.

Ansættelsesamtaler afholdes uge 35.



## Ledende sygeplejerske

Friklinikken i Give søger en passioneret og selvstændig afdelingssygeplejerske. Du skal bidrage til, at vi kan indfri vores ambitiøse vision, og samtidig forstår du at lede praksisnært og tværgående.

Du vil primært skulle arbejde indenfor tre områder:

- Sygepleje
- Administrative opgaver
- Personalemæssige opgaver

Har du modet til en udfordrende stilling, så læs mere på [job.regionsyddanmark.dk](http://job.regionsyddanmark.dk), jobnr. 146271.



**Friklinikken**  
Agerbølvej 2B · 7323 Give



## Kom til Norge 😊

Har du lyst til å jobbe ved en av Norges mest spennende nyfødtavdelinger?

**Nyfødtintensiv Ullevål, Oslo har ledige stillinger som  
spesialsykepleier/sykepleier  
100 % faste stillinger  
80-100% vikariater**

### Vi tilbyr:

Lønn etter gjeldende overenskomster  
3 -delt turnus  
Ønsketurnus under planlegging  
Aktivt fagmiljø som jobber kunnskapsbasert  
Vi har fagutviklingssykepleiere og praksisveiledere  
Vi har kompetanseprogram for ansatte  
Fagdager er i turnus  
Kjempetrivelig arbeidsmiljø!

Avdelingen har 7 intensiv -, 10 intermedieær- og 10 sengepost senger. Totalt 27 senger.

### Kontaktinfo:

Seksjonsleder Sissel Mathisen tlf. +47 23 01 55 40,  
mail: [sismat@ous-hf.no](mailto:sismat@ous-hf.no)  
Ass.seksjonsleder Liz Maloney tlf. +47 23 01 55 44,  
mail: [UXELMA@ous-hf.no](mailto:UXELMA@ous-hf.no)

Før du søger arbejde i Ludlandet, opfordrer vi dig til at søge oplysninger på [dsr.dk/obiudlandet](http://dsr.dk/obiudlandet)



## Vi vil hele tiden længere - vil du med?

**Vi søger en faglig konsulent til vores østlige team i DSR, Kreds Midtjylland pr. 1. oktober 2013**

Hvis du bliver vores nye kollega vil du få et job, med mangeartede opgaver og udfordringer i en politisk styret organisation. Med udgangspunkt i vores medlemshus i Silkeborg har vi fri og flexibel arbejdstilrettelæggelse. Vi synes selv, at vi har et hus med højt til loftet og et meget uhøjtideligt arbejdsmiljø. Fortsat kompetenceudvikling, den udtalte brug af digitale medier og IT og en meningsfuld mødestruktur - er med til at vores faglige miljø understøtter den kvalitet, vi gerne vil yde til medlemmerne.

Dine opgaver vil bl.a. være:

- telefonisk og personlig vejledning af medlemmer samt sagsbehandling af bl.a. ansættelsesforhold, løn- og overenskomsttemaer og faglige anliggender.
- via forhandling at medvirke til at finde konstruktive løsninger i samarbejdet med arbejdsgiverparterne
- at planlægge og gennemføre en bred vifte af møder, mødearrangementer og faglige aktiviteter

Vi ønsker os en kollega som:

- er en god lytter, for medlemmernes sag ligger os virkelig på sinde
- skal kunne koble fagpolitiske strategier til din opgaveløsning
- er sygeplejerske og har god indsigt i sygeplejerskers arbejdsliv
- har interesse i at sagsbehandle inden for det sociale område
- kan kommunikere tydeligt i skrift og tale og har styr på en PC

Se Dansk Sygeplejeråds visions- og holdningspapirer på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) og læs mere om kredsbestyrelsen, teamet og det øvrige kontor på kredsens egen side på [www.dsr.dk/midtjylland](http://www.dsr.dk/midtjylland)

Du er velkommen til at kontakte tillidsrepræsentant, faglig konsulent Susanne Vestergaard på 4695 4622 / [susannevestergaard@dsr.dk](mailto:susannevestergaard@dsr.dk) eller kredschef Ann Dahy på 2360 0229 / [anndahy@dsr.dk](mailto:anndahy@dsr.dk) mhp kompetenceprofil, jobindhold og/eller organisationsplan.

Send din ansøgning til Inge Pedersen, DSR Kreds Midtjylland, Marienlystvej 14, 8600 Silkeborg, så vi har den senest mandag den 26. august kl 9.00.

Ansættelsessamtaler forventes afholdt onsdag den 28. august.

Dansk Sygeplejeråd



## Dansk Sygeplejeråd, Kreds Nordjylland søger en faglig konsulent til en fast stilling pr. 1. oktober 2013

**Ligger sygeplejerskers arbejds- og ansættelsesretlige vilkår og situation dig på sinde? Har du lyst til at prøve kræfter med en fagpolitisk organisation i forandring og udvikling? Trives du med mange bolde i luften og kan du arbejde selvstændigt, være udviklingsorienteret og kvalitetsbevidst? Så vil vi gerne tilbyde et job, hvor ovennævnte indgår i jobbet hver eneste dag.**

Arbejdsopgaverne vil bestå i vejledning af medlemmernes løn- og ansættelsesforhold. Du vil i begyndelsen blive tilknyttet det regionale område, hvor du skal betjene vores medlemmer på sygehusene. Derudover vil du indgå i vores telefonservice i samarbejde med øvrige kollegaer på kontoret.

### Vi lægger vægt på, at du:

- Har sygeplejerskebaggrund og gerne erfaring med arbejde i en faglig organisation
- At du har TR-erfaring eller anden organisatorisk erfaring
- Har interesse for og kendskab til sundhedsvæsenet i Danmark
- Har vilje og evne til service, samarbejde og udvikling
- Har IT-kendskab
- Relevant efter-/videreuddannelse.

Du vil selvfølgelig få en grundig introduktion til stillingen og dens opgaver.

Stillingen er en fuldtidsstilling og du vil blive aflønnet efter overenskomsten mellem faglige konsulenter i kredsene og Dansk Sygeplejeråd.

### Frist for ansøgning er den 22. august 2013.

Ansættelsessamtaler vil blive holdt den 27. august 2013.

Du bedes sende din ansøgning elektronisk til [ig@dsr.dk](mailto:ig@dsr.dk) eller som alm. post til Dansk Sygeplejeråd, Kreds Nordjylland, Sofiendalsvej 3, 9200 Aalborg SV. Att. kredschef Iben Gravesen

Såfremt du ønsker at vide mere om stillingen er du velkommen til at kontakte kredschef Iben Gravesen på 2965 5867 eller faglig konsulent og tillidsrepræsentant Helle Dorf Mikkelsen på 4696 4850.

I Dansk Sygeplejeråd, Kreds Nordjylland er der ansat 12 medarbejdere og en kredsformand og to kreds næstformænd.

Du kan læse mere om DSR, Kreds Nordjylland på [www.dsr.dk/nordjylland](http://www.dsr.dk/nordjylland)

Dansk Sygeplejeråd



Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er et universitetssykehus som tilbyr befolkningen i den nordligste landsdel medisinsk spisskompetanse av høy kvalitet. Samtidig er UNN lokalsykehus for Troms og deler av Nordland. Foretaket har 6000 ansatte. Virksomheten skal bygge på kvalitet, trygghet, respekt og omsorg.

Universitetssykehuset Nord-Norge søker dyktige kandidater til følgende stillinger:

## Spesialsykepleiere/ Sykepleiere - Geriatrisk Sengepost

Nå ønsker vi oss kunnskapsrike og kreative kolleger som kan hjelpe oss å bygge fremtidens geriatri. 100 % stillinger.

Kontaktinfo: Seksjonssykepleier Inger Lise Olsen Høgtun, tlf. 77 62 80 35 eller avdelingsleder Anne Grete Johnsen, tlf. 977 51 022 / 77 66 93 74.

Søknadsfrist: 28. august 2013

Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på [www.unn.no/jobbsok](http://www.unn.no/jobbsok)

Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE  
DAVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCIEVUSSU



Vestre Viken HF har rundt 9 500 ansatte. Vi gir god og trygg behandling til 450 000 mennesker i 26 kommuner.

## OPERASJONSSYKEPLEIERE

Operasjonsseksjonen, Bærum sykehus

Referansenr. 1823749464 Søknadsfrist: snarest!

Bærum sykehus trenger DEG! Velkommen til Norge!

Bærum sykehus ligger i naturskjønne omgivelser nær Oslo, med muligheter for mange gode opplevelser og rekreasjon i marka, sjøen og storbyen.

Kontakt: Trude Rosvold, avd.sykepl. operasjon, tlf. + 47 67 80 96 40, [trude.rosvold@vestreviken.no](mailto:trude.rosvold@vestreviken.no) eller Astrid Gjerland, ass. avd.sjef AIO, tlf. +47 67 80 96 23 / + 47 414 20 558, [astrid.gjerland@vestreviken.no](mailto:astrid.gjerland@vestreviken.no)

Elektronisk søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finner du på våre nettsider [www.vestreviken.no](http://www.vestreviken.no)



VESTRE VIKEN

# Net annoncer

## Gå ind på [www.dsr.dk/jobsogning](http://www.dsr.dk/jobsogning)

Indtast Quick-nummeret, så kommer du direkte ind til netannoncen, hvor du kan læse meget mere om stillingen.

Netannoncer kan indtastes hele døgnet.

Quicknr. **Hovedstaden**  
**36618** MediQ Danmark A/S  
**Produktspecialist til stomiområdet**  
Ansøgningsfrist: 30. august 2013



Quicknr. **Hovedstaden**  
**36616** Tårnby Kommune  
**Centerleder**  
Ansøgningsfrist: 2. september 2013



Quicknr. **Hovedstaden**  
**36611** Brøndby Kommune  
**Sygeplejerske / klinisk vejleder**  
Ansøgningsfrist: 25. august 2013



Quicknr. **Hovedstaden**  
**36625** Københavns Kommune  
**Koordinerende klinisk vejleder til mobil Studieunit**  
Ansøgningsfrist: 21. august 2013

Quicknr. **Hovedstaden**  
**36624** Københavns Kommune  
**Grubeleder til sygeplejen på Nørrebro/Bispebjerg i Den Sociale Hjemmepleje**  
Ansøgningsfrist: 9. september 2013

Quicknr. **Sjælland**  
**36572** Ølby Ældrecenter Lyngbo  
**Sygeplejerske med stedfortræderfunktion**  
Ansøgningsfrist: 19. august 2013

Quicknr. **Midtjylland**  
**36620** Præhospitalet Region Midtjylland  
**Sundhedsfaglig visitator**  
Ansøgningsfrist: 2. september 2013

Quicknr. **Udland**  
**36576** Hol Kommune, Norge  
**Sygepleiere**  
Ansøgningsfrist: 19. august 2013



Ambio Helse AS bidrager til at øge kompetanceniveauet i det norske helsevesen, gennem vikarformidling, rekruttering og fagudvikling. Ambio Helse er en del af Ambio Gruppen som består af Ambio Ingeniørtjenester, Ambio Rekruttering, Ambio Miljørådgivning og Ambio Helse



## Græsset ER grønnere på den anden side – Kom til Norge for at arbejde!

### AMBIO Helse søger både nyuddannede og erfarne sygeplejersker til jobs i Norge.

Kombiner værdifuld og relevant erfaring med smukke oplevelser – og tjen samtidig gode penge. AMBIO Helse leverer vikarer til kommune og sygehuse i hele Norge, til både korte og lange vikariater.

Ambio Helse er også Norges største leverandør av e-oplæringskurser indenfor helsesektoren; [www.helsekursportalen.no](http://www.helsekursportalen.no). Registrer dig hos os, og få alle kurser gratis.

#### Vi tilbyder:

- Gratis rejse og bolig.
- Gode forsikringsordninger.
- Mulighed for at rejse flere sammen.
- Gratis medicinkursus.
- Hjælp med alt det praktiske omkring dit ophold i Norge.
- Personlig opfølgning.

Vi har egen dansk kontaktsygeplejerske: [mie@ambiohelse.no](mailto:mie@ambiohelse.no)

Registrer dig i dag: [www.ambio-helse.no](http://www.ambio-helse.no)

AMBIO Helse AS | tlf: +47 22 41 17 02 | e-post: [helse@ambiohelse.no](mailto:helse@ambiohelse.no)

[www.ambio-helse.no](http://www.ambio-helse.no)

VI HAR OGSÅ  
SOMMERJOB TIL  
SYGEPLEJERSKE-  
STUDENTER

**Seniorsammenslutningens arrangementer****Midtjylland****Udflugt til Sygeplejemuseet i Kolding**

Udflugt til Sygeplejemuseet i Kolding med let frokost og kaffe på Koldingfjord.

Busafgang fra rutebilstationen i Holstebro kl. 9.30, fra rutebilstationen i Herning kl. 10.15. Kl. 16.00 kører vi fra Kolding igen.

**Tid og sted:**

17. sep. 2013 kl. 09:30 - 16:00  
Sygeplejemuseet i Kolding, Fjordvej 154, 6000 Kolding

**Pris:**

Kr. 250

**Yderligere info:**

Senest den 2. september 2013 til Hanne Lerager på tlf. 4071 7304 eller Kirsten Sanggaard på tlf. 9741 4345

**Mit liv som sygeplejerske og dyrlægekone 1952 - 2012**

Hanne Johansen fortæller om sit liv som sygeplejerske og dyrlægekone:

Et tidsbillede:

- at være ung
- at være sygeplejerske
- at have kæreste
- at være gift og stadig have en faglig ambition
- at afslutte et fagligt liv

**Tid og sted:**

22. okt. 2013 kl. 14:00 - 16:00  
Fredericiagade 27-29, Holstebro

**Arrangør:**

Kontaktudvalget Seniorsammenslutningen i Holstebro/Herning

**Tilmelding:**

Senest den 8. oktober 2013 til Hanne Lerager på tlf. 4071 7304 eller Kirsten Sanggaard på tlf. 9741 4345

**Pris:**

Arrangementet er gratis

**Seniorsammenslutningen Århus, Kreds Midtjylland**

"Introduktion til Klostercafeen" v/ konsulent Lis Legarth. Der efter fortæller sygeplejerske Bodil d'Amore om "Øjensygdommen AMD og andre øjensygdomme og hjælpemidler, når synet svigter".

**Tid og sted:**

3. sep. 2013 kl. 14:00 - 16:00  
Klostercaféen, Klostergade 37, 8000 Århus C

**Tilmelding:**

Med navn og personnummer senest den 28. august 2013 på telefon 2398 1009 eller 8619 1708

**Sjælland****Seniorsammenslutningen i Roskilde, Kreds Sjælland**

Fysisk overskud giver mentalt overskud. Morten Quist fortæller om sit arbejde med unge kræftpatienter i forskningsprojektet "Krop og Kræft".

**Tid og sted:**

9. sep. 2013 kl. 13:30 - 15:30  
Kildegården, Helligkorsvej nr. 5, 4000 Roskilde

**Arrangør:**

Kontaktudvalget i Roskilde

**Tilmelding:**

e-mail:sjaelland@dsr.dk eller på tlf. 7021 1664

**Pris:**

Kr. 30 for kaffe for medlemmer, kr. 40 for ledsager.

**Rundvisning på Lungholm Gods**

v/ Nicolas de Bertouch-Lehn  
Efter rundvisningen serveres kaffe og kage. Aftal evt. samkørsel.

Vi håber rigtig mange medlemmer har mulighed for at deltage i arrangementet.

**Tid og sted:**

4. sep. 2013 kl. 13:00 - 16:30  
Rødbyvej 24, 4970 Rødby

**Tilmelding:**

Til Gulle på tlf. 5482 5684 eller Anne tlf. 5487 1755 senest den 28. august.

**Pris:**

Gratis for medlemmer, seniorer DSR. Gæster kr. 60

**Yderligere info:**

www.lungholm.dk

**Seniorsammenslutningen Holbæk, Kreds Sjælland**

Foredrag ved anæsthesisygeplejerske Christian Kummerfeldt, der fortæller om sit arbejde på felthospitalet i Afghanistan.

Arrangementet er med ledsager.

**Tid og sted:**

11. sep. 2013 kl. 13:00 - 15:00  
Kaarsberg Centret, Dr. Kaarsbergsvej 3, 4180 Sorø

**Tilmelding:**

Senest den 3. september på tlf. 5943 7716

**Pris:**

Kr. 30 for kaffe og kage for medlemmer, kr. 40 for ledsager.

**Syddanmark****Medlemsmøde i Seniorsammenslutningen Esbjerg**

Vi starter efteråret med at høre Sogne- og hospitalspræst Marianne Zeuthen fortælle om sit arbejde som hospitalspræst på Sydvestjysk sygehus.

NB: Ændring af dato, husk tilmelding senest 2.9. inden kl. 12.00.

**Tid og sted:**

3. sep. 2013 kl. 14:00 - 16:00  
Sognehuset, Vor Frelser Kirke, Kirkegade 24, 6700 Esbjerg

**Tilmelding:**

Til Elna Schousboe, tlf. 7511 6686 / 2334 0526, e-mail:elna@esenet.dk eller til Nina Jacobsen, tlf. 7513 2246 / 3032 4337

**Pris:**

Kr. 20 for kaffe

**Yderligere info:**

www.dsr.dk

**Nordjylland****Seniorsammenslutningen i Kreds Nordjylland**

Efterårsturen går til Bryggerigården i Fjerritslev. Kaffen drikkes på Sanden Bjerggaard, Slettestrand. Afgang fra kredsen.

**Tid og sted:**

3. sep. 2013 kl. 12:00 - 17:00  
Kreds Nordjylland, Sofiendalsvej 3, 9200 Aalborg SV

**Arrangør:**

Kontaktudvalget Seniorsammenslutningen

**Tilmelding:**

Bindende tilmelding til Birgit Hansen tlf. 6084 6854 eller AnnaLise Bonde tlf. 2283 4630 senest den 30. august 2013

**Pris:**

Kr. 150

**Yderligere info:**

www.dsr.dk/nordjylland

**Hovedstaden****Fællesmøde på Bornholm for seniorer, Kreds Hovedstaden**

Afgang fra Københavns Hovedbanegård kl. 7.00 med Bornholmerbussen.

Pensionistbillet 180 kr. x 2  
Bestilles på tlf. 4468 4400 (Bornholmerbussen).

Bus afhenter deltagerne på Rønne Havn kl. 10.00.

**Tid og sted:**

19. sep. 2013 kl. 10:00 - 16:30  
Bornholm

**Arrangør:**

Kontaktudvalget i Kreds Hovedstaden Bornholm

**Tilmelding:**

Til DSR tlf. 4695 4917 eller Inge-Lise Hansen tlf. 5695 2910 senest d. 5.9.2013

**Pris:**

Kr. 180, frokost og entre

**Yderligere info:**

Frokost i Sandvig, særlige diætoønsker, navn og tlf. opgives ved tilmelding

**DSR Meddelelse****Efterårsprogram, Senior-sammenslutningen Kreds Hovedstaden N**

Efterårs program 2013. Den 3.10.2013 kommer Therese Sommer fortæller om Marte Meo modellen og om samarbejde med pårørende. Den 6.11.2013: Bente Ourø Rørth fortæller om hospitalsplanens konsekvens for sygeplejen. Den 4.12.2013 har vi vores julemøde. Alle foredrag forgår i Rådhusstræde 29, 3400 Hillerød. Alle arrangementer bliver annonceret i Sygeplejersken

**Generalforsamling FSKIS den 25. oktober 2013**

Fagligt selskab for konsultations- og infirmerisygeplejersker, afholder generalforsamling i forbindelse med landskursus den 25. oktober 2013 kl. 19.30 på Hotel Fåborg Fjord. Dagsorden ifølge vedtægterne. Indkomne forslag, og opstilling til bestyrelsen, skal skriftligt være bestyrelsen i hænde senest den 1. oktober 2013. Yderligere informationer kan ses på hjemmesiden.

**Generalforsamling på FS SASMO kongres 2013**

Generalforsamling afholdes tirsdag den 28. oktober 2013 kl. 16.30 - 17.30 på Vejle Center Hotel. Dagsorden ifølge vedtægter §7 stk. 3 er tilgængelig på hjemmesiden. Forslag til behandling på generalforsamlingen, skal skriftligt være formanden for FS SASMO, Anette Pedersen, i hænde senest den 15. august 2013. Opfordring til medlemmerne: Deltag i generalforsamlingen.

Anette Pedersen, formand  
anettepedersen@fssasmo.dk

**Fagligt Selskab for Nefrologiske Sygeplejersker**

Generalforsamling bliver afholdt, tirsdag den 8. oktober 2013, kl. 16.45-17.45 på Hotel Faaborg Fjord, Svendborgvej 175, 5600 Faaborg. Forslag til behandling på generalforsamlingen skal være selskabets formand Jette Nissen i hænde senest d. 11. september 2013. jette.nissen@slb.regionsyddanmark.dk www.dsr.dk/fs/fs16

**Generalforsamling i FS for Palliationssygeplejersker**

Fagligt Selskab for Palliations- sygeplejerskerne afholder generalforsamling d. 3.10.2013 kl. 17 på Severin Kursuscenter i Middelfart. Generalforsamlingen afholdes i forbindelse med 7. landskursus "Livet mod døden". Dagsorden til generalforsamlingen kan læses på Palliationssygeplejerskernes hjemmeside. Forslag til dagsorden sendes til formand Lis Andersen senest 6.9.2013.

Mail: Yrsa1960@live.dk

**Lederforeningens Generalforsamling 2013**

Lederforeningen i DSR holder generalforsamling onsdag d. 9. oktober 2013 kl. 14.00-16.00 på Center for Ledelse, Folke Bernadottes Allé 45, København Ø. Forud for generalforsamlingen, kl. 10.00-12.30, afholdes valgmøde med præsentation af kandidater til Lederforeningsvalget 2013. Læs mere på: www.dsr.dk/lederforeningen Forslag, der ønskes behandlet på GF, sendes til lederforeningen@dsr.dk senest d. 25. september 2013.

**Ordinær Generalforsamling i FS - KAB**

Fagligt selskab for sygeplejersker med interesse for kompetentær og alternativ behandling. Den 28.9. kl. 13.30-16.00 i Odense, OUH Patienthotellet, Sdr. Boulevard 29, indg. 1, 8. sal syd. Dagsorden ifølge vedtægter - se hjemmeside. Forslag til behandling til formand Birgitte Rasmussen senest 6.9. Kaffe fra kl. 10, oplæg om projekt Mindfulness Mediation, kl. 10.30-12.30. Tilmelding af hensyn til forplejning:kfriisch@gmail.com

**Generalforsamling i FS K&T Onsdag d. 13. nov. 2013**

kl. 15.45-17.45 på Radisson Blu Scandinavia Hotel, Aarhus holder Fagligt Selskab for Kardiovaskulære og Thoraxkirurgiske Sygeplejersker (FS K&T) generalforsamling. Dagsorden kan ses på FS K&T's hjemmeside. Forslag til behandling på generalforsamlingen skal være formand Inge Schjødt (ingesch@rm.dk) i hænde senest d. 1. september 2013.

**Generalforsamling 2013 FS for diabetesygeplejerske**

Generalforsamlingen afholdes den 2. nov. 2013 kl. 8 på "Trinity" i Fredericia, i forbindelse med landskurset. Forslag til dagsorden skal sendes til Gitte Ehlers mail: geni@regionsjaelland.dk senest den 1.9.2013. Dagsorden kan ses på vores hjemmeside.

**50 års jubilæum**

Hold A60 a+b på OABS (nu OUH). Skal vi mødes 1. oktober. Tilmelding senest 15. september til Birgit (Rosenberg) birodi@mail.dk el. 6227 1522 Bodil (Petersen) bodhen@live.dk el. 2147 6311

**30 års jubilæum - Hold B-80 Nykøbing F. Sygeplejerskole**

Lørdag d. 21.9.2013 kl. 15.00. Vi mødes ved indgangen til den tidligere sygeplejerskole, og forsætter med spisning privat. Tilmelding til: Jette (Koch) Knapmann, tlf. 2145 5089 Jane (Sørensen) Aspe, tlf. 3061 4795

**DSR Kursus****Fagligt selskab for Addiktiv Sygepleje Landskursus 2013**

Så er det tid til at melde sig til Fagligt Selskab for Addiktiv Sygepleje Landskursus 2013.

**Tid og sted:**

11. november 2013 kl. 09:00 -  
12. november 2013 kl. 16:00  
Hotel Vejlefjord, Sanatorievej  
26, 7140 Stouby

**Arrangør:**

Fagligt Selskab for Addiktiv Sygepleje

**Modermærkekræft - med fokus på børn og unge**

Malignt melanom nu og i fremtiden - inkl. den medicinske behandling.

Børn og unge som pårørende - deres forståelse samt behov for støtte. Når unge selv bliver syge.

Samt sorgen - om kræft som eksistentielt vendepunkt.

**Tid og sted:**

6. nov. 2013 kl. 08:45 - 19:00  
Comwell i Middelfart

**Arrangør:**

FS Plastkirurgiske Sygeplejersker

**Tilmelding:**

Via hjemmeside:  
[www.dsr.dk/fs/fs24](http://www.dsr.dk/fs/fs24)  
sendes til: [tove.haastrup@mail.dk](mailto:tove.haastrup@mail.dk)

**Pris:**

Kr. 1.200 ekskl. moms for medlemmer af FS, for ikke-medlemmer af FS: 1.700 kr. ekskl. moms.

**Yderligere info:**

[tove.haastrup@mail.dk](mailto:tove.haastrup@mail.dk) eller [metteib@nalnet.dk](mailto:metteib@nalnet.dk)

**FS SASMO Kongres 2013**

"Kvalitet går hånd i hånd med effektivitet

- er du klædt af eller på til fremtiden".

Kongressens mål er at give deltagerne indsigt i de udfordringer og muligheder, som venter og som kan anvendes i daglige praksis.

**Tid og sted:**

28. oktober 2013 kl. 09:00 -  
29. oktober 2013 kl. 16:00  
Vejle Center Hotel

**Arrangør:**

FS SASMO

**Pris:**

Kr. 2.800 for medlemmer, kr. 3.500 for ikke-medlemmer. Ekskl. overnatning.

**Yderligere info:**

FS SASMO's hjemmeside

**Landskursus for det faglige selskab for Kræftsygeplejersker**

"Dilemma i kræftsygeplejen"

- fra kurativ til palliativ pleje og behandling.

**Tid og sted:**

29. oktober 2013 kl. 09:00 -  
30. oktober 2013 kl. 16:00  
Munkebjerg Hotel, Munkebjergvej 125

**Arrangør:**

Fagligt selskab for Kræftsygeplejersker

**Pris:**

Variabel - se hjemmeside

**Den akut kritisk syge infektionsmedicinske patient**

Hvilke udfordringer giver den akut kritisk syge patient os? Der fokuseres på sygdomslære, behandlingsmuligheder, diagnostik og samarbejde med patienten i innovative processer i en infektionsmedicinsk praksis.

**Tid og sted:**

3. oktober 2013 kl. 09:30 -  
4. oktober 2013 kl. 15:30  
Hotel Koldingfjord, Fjordvej  
154, Strandhuse, 6000 Kolding

**Arrangør:**

Faglig Selskab for Infektionsmedicinske Sygeplejersker

**Tilmelding:**

Tilmelding er nødvendig - [mette.munch.boergesen@regionh.dk](mailto:mette.munch.boergesen@regionh.dk)

**Pris:**

Kr. 2.500 for medlemmer, ikke-medlemmer kr. 3.200

**Yderligere info:**

[www.dsr.dk/fagligeselskaber](http://www.dsr.dk/fagligeselskaber)

**DSR Fonde og legater****FS for Øjensygeplejersker, Legatansøgning**

Medlemmer af Fagligt Selskab for Øjensygeplejersker, har mulighed for at søge legat fra Øjensygeplejerskernes Rejse- og Legatfond. Legaterne uddeles af midler fra Alcon, Novartis, AMO, Topcon og foreningens egen fond.

Ansøgningsskema og vejledning kan hentes på selskabets hjemmeside. Ansøgningsfrist 1. oktober 2013.

**Ansøgningsfrister Stipendiefonden**

Ophold med start i november 2013: Ansøgningsfrist 2.9., bevillingsmøde 2.10.

Ophold med start i december 2013: Ansøgningsfrist 1.10., bevillingsmøde 6.11.

Ophold med start i januar 2014: Ansøgningsfrist 1.11., bevillingsmøde 4.12.

Ophold med start i februar 2014: Ansøgningsfrist 2.12., bevillingsmøde 8.1.2014. Uddelingerne fra Stipendiefonden går til studieophold, kongresser m.v. i udlandet.

**M.L. Jørgensen og Gunnar Hansens Fond**

Længerevarende rekreation eller ferie for danske sygeplejersker, der er fyldt 40 år, og som har været sygeplejersker siden sin ungdom, og som på grund af sin gerning i det hele taget nyder alm. anerkendelse. Ansøgninger skal DSR have senest den 06.09.2013. Medlemmer der ikke bevilges legatportion, modtager ikke svar. Bevilligede medlemmer får svar ca.3 uger efter. Ansøgningsskema findes på [www.dsr.dk/legater](http://www.dsr.dk/legater) eller tlf. 3315 1555

**Den Bøhmske Fond**

Generalkonsul Friedrich Bøhm og datter Else Bøhms Fond. Fondens formål er, at støtte ældre trængende fortrinsvis enlige personer, der er i social nød, herunder kræftsyge, blinde/svagsynede, døve, bevægelseslæmmede og andre syge og handicappede. Under formålsparagraffen vil fonden også kunne støtte ældre pensionerede sygeplejersker. Begrundet ansøgning sendes til Den Bøhmske Fond, Valdal Advokatfirma, Øster Alle 33, 2100 Kbh. Ø



**DSR Kredsmøde****Nordjylland****Sofie Bio, Hjørring**

'Livets efterår med kærlighed og demens'. Dette er overskriften, når filmen Amour vises. Oplægget forud for filmen omhandler demens.

**Tid og sted:**

26. nov. 2013 kl. 17:00 - 21:00  
Hjørring Sygehus, Auditoriet

**Arrangør:**

Kreds Nordjylland

**Tilmelding:**

Senest 6. november 2013 på  
nordjylland@dsr.dk

**Pris:**

Gratis

**Yderligere info:**

www.dsr.dk/nordjylland

**Sofie Bio, Aalborg**

'Livets efterår med kærlighed og demens'. Dette er overskriften, når filmen Amour vises. Oplægget forud for filmen omhandler demens.

**Tid og sted:**

21. nov. 2013 kl. 17:00 - 20:30  
Kredskontoret, Sofiendalsvej 3,  
9200 Aalborg SV

**Arrangør:**

Kreds Nordjylland

**Tilmelding:**

Senest 6. november 2013 på  
nordjylland@dsr.dk

**Pris:**

Gratis

**Yderligere info:**

www.dsr.dk/nordjylland

**Sofie Bio Thisted**

'Livets efterår med kærlighed og demens'. Dette er overskriften, når filmen Amour vises. Oplægget forud for filmen omhandler demens.

**Tid og sted:**

20. nov. 2013 kl. 17:00 - 20:30  
Thisted Musikteater, teatersalen, Håndværker Torv 1, 7700 Thisted

**Arrangør:**

Kreds Nordjylland

**Tilmelding:**

Senest 6. november 2013 på  
nordjylland@dsr.dk

**Pris:**

Gratis

**Yderligere info:**

www.dsr.dk/nordjylland

**Hovedstaden****Generalforsamling i Klub for Sygeplejersker på Bornholm**

Onsdag den 2. oktober afholder Klub for Sygeplejersker på Bornholm generalforsamling i DSR's lokaler på Haslevej 50 i Rønne.

Dagsorden i henhold til vedtægterne.

**Tid og sted:**

2. oktober 2013 kl. 18:00 - 21:30  
Kreds Hovedstaden, Bornholm, Haslevej 50, 3700 Rønne

**Arrangør:**

Kreds Hovedstaden

**Tilmelding:**

sygeplejerskeklubbornholm@gmail.com

**Pris:**

Gratis

**Konsultationssygeplejersker**

Opsamling efter uroen på konsultationssygeplejerskernes arbejdspladser. Hvordan er situationen hos dig? Hvad med arbejdsmiljøet?

**Tid og sted:**

26. aug. 2013 kl. 16:30 - 19:30  
Kreds Hovedstaden, Frederiksborggade 15, 4. sal

**Arrangør:**

Kreds Hovedstaden

**Tilmelding:**

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

**Pris:**

Gratis

**Yderligere info:**

www.dsr.dk/hovedstaden/konsultationssygeplejersker

**Fagdag i Kreds Hovedstaden**

Kreds Hovedstaden afholder en spændende fagdag om viden, uddannelse og forskning. Der er 8 workshops at vælge i mellem.

**Tid og sted:**

3. sep. 2013 kl. 08:00 - 16:00  
DGI byen, Tietgensgade 65

**Arrangør:**

Kreds Hovedstaden

**Tilmelding:**

www.dsr.dk/hovedstaden/fagdag2013

**Pris:**

Gratis

**Yderligere info:**

www.dsr.dk/hovedstaden/fagdag2013

**Sjælland****P.h.d-cafe Telemedicin**

Ph.d.-studerende Dorthe Boe Danbjørg vil fortælle om sit projekt, der har arbejdstitlen "Telemedicin - en mulighed til kvinder, der føder ambulantly"

**Tid og sted:**

23. sep. 2013 kl. 16:30 - 19:00  
Kreds Sjælland - Mødesal, Nørregade 13, 1. sal, 4100 Ringsted

**Arrangør:**

Kreds Sjælland

**Tilmelding:**

www.dsr.dk/sjaelland (under arrangementer)

senest 16. september 2013

**Pris:**

Gratis

**Fyraftensmøde for privatsatte sygeplejersker**

Fyraftensmøde for privatsatte sygeplejersker.

Bliv bedre til at udnytte dine styrker, bliv bedre til at forhandle løn og øvrige vilkår.

**Tid og sted:**

2. sep. 2013 kl. 16:45 - 20:45  
Sygeplejerskolen Roskilde, Trekroner Forskerpark 4, Roskilde (auditoriet)

**Arrangør:**

Kreds Sjælland

**Tilmelding:**

www.dsr.dk/sjaelland (under arrangementer) senest 20. august 2013

**Pris:**

Gratis



## ØKONOMISK TRYGHED GENNEM HELE ARBEJDSLIVET

DSA er med dig. Også hvis du pludselig står uden job. Vi sørger for, at du får dagpenge, mens du er arbejdsløs, og tilmelder du dig efterlønsordningen, kan du gå på efterløn. Det giver mulighed for en fleksibel tilbagetrækning.

Som medlem af DSA har du flere muligheder og større valgfrihed. Ud over økonomisk hjælp får du professionel vejledning af sundhedsfagligt uddannede jobkonsulenter, så du hurtigt finder nye udfordringer i arbejdslivet. Bliver du syg, kan du få hjælp af DSAs socialrådgivere, der kender dine rettigheder og muligheder.

DSA er Danmarks billigste a-kasse. Læs mere om den service, vi tilbyder på [dsa.dk](http://dsa.dk). Du kan også være aktiv i debatten på [facebook.com/dehvidesko](https://www.facebook.com/dehvidesko)

**DSA** - for sundhedsprofessionelle

DANSKE  
SUNDHESORGANISATIONERS  
ARBEJDSLØSHEDSKASSE



## Avoriaz - Skilejligheder

2 skilejligheder til 4 hhv. 6 personer udlejes. Lejlighederne er velindrettede inkl. Internet og ligger på Place Centrale. Du løber på ski fra lejlighederne direkte til skilifterne.

Kontakt  
4013 0774/2020 0244  
[www.avoriaz401.dk](http://www.avoriaz401.dk)

## Gl. Skagenshus til leje

Attraktivt, oprindeligt miljø, ved by, havn, hav og hede, med dejlige terrasser og med 400 m<sup>2</sup> udeareal udlejes. 75 m til havet.

[www.kaptajnens-hus.dk](http://www.kaptajnens-hus.dk)  
Tlf. 2124 3483.

## Trænger du til ...ferie?



Fritidshus 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-, hverdags- 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](http://www.dsr-fritidsboliger.dk)

## Priser for ferieannoncer

Alle annoncer skal indtastes via DSRs hjemmeside - login rekvireres hos Dansk Mediaforsyning, [dsrrubrik@dmfnet.dk](mailto:dsrrubrik@dmfnet.dk)

Annoncerne må maksimalt indeholde 40 ord. Priserne er for medlemmer er kr. 650,- / ikke medlemmer kr. 995,- ekskl. moms.

Faktura fremsendes når bladet er udkommet.

### 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](mailto:dsrrubrik@dmfnet.dk)

### Skønne ferielejligheder i Gl. Skagen

på Hotel Skagenklit.  
[www.skagenklit.dk](http://www.skagenklit.dk)

21.9.-28.9. i lejl. 66 til 8 personer - pris 4.670,-  
28.9.-5.10. i lejl. 66 til 8 personer - pris 4.670,-  
5.10.-12.10. i lejl. 51 til 4 personer - pris 2.993,-

[kb\\_m@hotmail.com](mailto:kb_m@hotmail.com)  
Tlf. 6178 0391

### Luxus lejlighed på over 100 m<sup>2</sup>

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](http://www.playaprincipe.dk)  
[booking@playaprincipe.dk](mailto:booking@playaprincipe.dk)

### ITALIEN HOS HANNE

På hyggeligt familiehotel i Rimini ved Adriaterhavets skønne sandstrand fra kr. 200/pers. Nu også med 2 ferielejligheder.

Eller nær TOSCANA, 2 natur-skønne landhuse med pejsestue, køkken, 2-3 værelser, 2 wc og lille have. Udlejes hele året Fra kr. 3.200/uge.

Hanne Astrup Pietroni  
Tlf. +39 335 8239863  
[www.hotel-dalia.it](http://www.hotel-dalia.it)  
[hanne@hotel-dalia.it](mailto:hanne@hotel-dalia.it)

## Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse



**Grete Christensen**  
Formand



**Anni Pilgaard**  
1.-næstformand



**Dorte Steenberg**  
2.-næstformand



**Irene Hesselberg**  
Formand for  
Lederforeningen



**Mette Kästner  
Jacobsen**  
Formand for LLS

### 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 Hoved-  
staden



**Nils Håkansson**  
Kreds Sjælland



**Line Gessø  
Storm Hansen**  
Kreds Syddanmark



**Anja Laursen**  
Kreds Midtjylland



**Helle Kjærager  
Kanstrup**  
Kreds Nordjylland

## Dansk Sygeplejeråd centralt

### Administrerende direktør

Anne Granborg

Sankt Annæ Plads 30  
1250 København K  
Tlf. 33 15 15 55 • Telefax 33 15 24 55  
E-mail: dsr@dsr.dk • www.dsr.dk

### Ekspeditionstid (også tlf.):

Mandag-torsdag kl. 9 - 16  
Fredag kl. 9 - 15.

### Lederforeningen Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30  
1250 København K  
Tlf. 46 95 39 00  
E-mail: lederforeningen@dsr.dk  
www.dsr.dk/lederforeningen

### Sygeplejestuderendes

#### Landssammenslutning

Sankt Annæ Plads 30,  
1250 København K  
Tlf. 4695 4234  
E-mail: sls@dsr.dk • www.dsr.dk/sls

### Sygepleietisk Råd

Formand: Grete Bækgaard Thomsen,  
Sundhedschef  
Sankt Annæ Plads 30,  
1250 København K  
www.sygeplejeetiskraad.dk

## Kreds Hovedstaden

### Kredschef

Anne Tovborg

Hovedtelefonnummer: 7021 1662  
Hovedfaxnummer: 7021 1663  
Hjemmeside:  
www.dsr.dk/hovedstaden  
E-mail: hovedstaden@dsr.dk

Hjemmesiden indeholder individuelle  
kontaktoplysninger på kredsens  
medarbejdere og formandskab

### Kontor

Frederiksborggade 15, 4.  
1360 København K

### Åbnings- og telefontider:

Man, tirs, tors, fre: 09.00 - 14.00  
Ons: 13.00 - 16.00

### Lokalkontor

Haslevvej 50  
3700 Rønne  
Tlf: 7021 1662  
Fax: 5695 3812

### Telefontid

Man, tirs og tors: 09.00 - 12.00

## Kreds Sjælland

### Konstitueret kredschef

Ann Dahy

Hovedtelefonnummer: 7021 1664  
Hovedfaxnummer: 7021 1665  
Hjemmeside: www.dsr.dk/sjaelland  
E-mail: sjælland@dsr.dk

### Kontor

RingstedCentret  
Nørregade 13  
4100 Ringsted

### Kontorets åbnings- og telefontider

#### Telefonåbent

Mandag	09.00 - 14.00
Tirsdag	13.00 - 16.00
Onsdag	09.00 - 14.00
Torsdag	13.00 - 16.00
Fredag	09.00 - 13.00

#### Fremmøde

Mandag	08.30 - 15.30
Tirsdag	08.30 - 15.30
Onsdag	08.30 - 15.30
Torsdag	12.00 - 16.00
Fredag	09.00 - 13.00

## Kreds Syddanmark

### Kredschef

Jan Villumsen

Hovedtelefonnummer: 7021 1668  
Hjemmeside: www.dsr.dk/syddanmark  
E-mail: syddanmark@dsr.dk

### Kontor

Vejlevej 121, 2.  
7000 Fredericia

### Telefontider

Kl. 08.30 - 13.00 - mandag, tirsdag,  
onsdag og fredag  
Kl. 13.00 - 16.00 - torsdag

## Kreds Midtjylland

### Kredschef

Ann Dahy

### Fælles postadresse

DSR, Kreds Midtjylland  
Marienlystvej 14  
8600 Silkeborg  
Du er altid velkommen i åbningstiden,  
men ring og aftal tid.

Hovedtelefonnummer: 4695 4600  
Hovedfaxnummer: 7021 1667  
Hjemmeside: www.dsr.dk/midtjylland  
E-mail: midtjylland@dsr.dk

### Lokale kontorer

Fredericiagade 27-29  
7500 Holstebro  
Åbent efter forudgående aftale.

Minddegade 10  
8000 Aarhus C

Åbent efter forudgående aftale.

### Telefontider

Mandag - tirsdag kl. 10.00 - 15.00  
Onsdag lukket  
Torsdag kl. 10.00 - 15.00  
Fredag kl. 10.00 - 13.00

## Kreds Nordjylland

### Kredschef

Iben Gravesen

Telefon: 4695 4850  
Telefax: 9634 1426  
Hjemmeside: www.dsr.dk/nordjylland  
E-mail: nordjylland@dsr.dk

### Kontor

Sofiendalsvej 3  
9200 Aalborg SV

### Kontorets åbningstider

Man - ons kl. 09.00 - 15.00  
Torsdag kl. 13.00 - 16.00  
Fredag kl. 09.00 - 12.00

# SLÅ DET OP!

## ORDBOG

for sygeplejestuderende

Munksgaard

4000 opslag om anatomi, fysiologi, sygdomslære, undersøgelser, lægemidler og behandlinger samt et billedatlas over kroppens organsystemer, en oversigt over de mest almindelige blodprøver og gængse forkortelser.

KR. 185,- (VEJL.) / 160 SIDER

## KLINISK ORDBOG

10. UDGAVE

MUNKSGAARD FORLAG

Med over 32.000 opslagsord er Klinisk ordbog den ubestridte autoritet inden for den sundhedsfaglige terminologi. Inkl. et års abonnement på online-udgaven.

KR. 995,- (VEJL.) / 1290 SIDER

## LÆGEMIDLER APP

Find alle relevante oplysninger om de forskellige præparaters lægemiddelformer, aktive lægemiddelformer, virkemåder, anvendelser og bivirkninger.

KR. 59,- / KØB DEN I APP STORE



## Sygepleje Leksikon

En uundværlig opslagsbog, der går i dybden med sygeplejefaglige værdier, begreber, fænomener, teorier og personer i 332 overskuelige opslag.

KR. 150,- (VEJL.) / 408 SIDER