

Lær at håndtere
konflikter

På job
Sygepleje på gadeplan

SYGGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING  NR. 11 · 27. SEPTEMBER 2013 · 113. ÅRGANG

Mennesker med
ICD behøver
individuel
støtte



Implementering kræver
vedholdenhed

Sygeplejersker springer ud
som selvstændige

Arbeide på sykehus i Norge? Da velger du Dedicare :-)

Dedicare er den største leverandør av helsepersonell til sykehus i Norge og har avtale med alle norske sykehus innen alle fagområder. Vi er dermed landsdekkende og tilbyr jobb fra syd til nord.

Vi er av våre kunder anerkjent for at vi har de beste sykepleierne og den beste oppfølgingen. Vi mener det er fordi vi er sykepleiere selv og har variert erfaring fra helsesektoren.

Husk at vi tilbyr den beste lønn, overtid etter 35,5 timer, fri reise og bolig og den beste oppfølging. Du bestemmer hvilke perioder du vil jobbe og hvor i Norge.

Hva med å oppleve overgangen til mørketid ved Nordkapp, se nordlyset over fjellene rundt Tromsø eller være i høststormene i Lofoten. Vi har arbeide der!

Eller vil du kanskje oppleve førjulstiden i trivelige Stavanger, overgangen til vinter blant høye fjell og trange fjorder på vestlandet eller de første skiturene når snøen kommer til Sør-Norge. Vi har de oppdragene.

Kontakt oss på **www.dedicare.no** eller på mail **nurse@dedicare.no** du kan også ringe **+47 74 80 40 70**



www.dedicare.no

DEDICARE
Vi bemanner med glede

Kom til foredrag og hør om dine muligheder i Grønland!

Nu har du muligheden for at møde to topfigurer fra det grønlandske sundhedsvæsen. Cheflæge Anne-Marie Ulrik og Chefsygeplejerske Ella skifte vil være værter for en række aftensarrangementer i fire danske byer. Udover at høre om dine muligheder i Grønland kan du høre om det grønlandske sundhedsvæsen, dets visioner og de udfordringer sundhedsvæsenet står overfor.

Arrangementerne kommer til at foregå **klokken 19.00 – 21.00** i:

KØBENHAVN: mandag 21.10
ODENSE: tirsdag 22.10
ÅRHUS: onsdag 23.10
ÅLBORG: Torsdag 24.10

Arrangementerne er gratis men kræver tilmelding. Tilmeld dig og få flere oplysninger tid, sted og program på **www.gjob.dk** ved at trykke på banneret "Danmarks turné" eller skriv til **thlj@peqqik.gl**

Grønland er verdens største ø med en hel unik natur. Der er 56.000 indbyggere hvoraf de 16.000 bor i Nuuk og resten er fordelt i 18 byer og 60 bygder. Den moderne hovedstad Nuuk og kysternes utæmmede natur giver helt unikke personlige og faglige oplevelser. Det gør et ophold på Grønland til en oplevelse for livet.

► **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

6 Bløde hængemaver og store inderlår identificeres i ny bariatrisk score

Patienter på Sygehus Lillebælt skal vurderes efter vægt og kropsform i en ny bariatrisk score, der skal indikere, hvilke udfordringer en patient forventes at give personalet.

TEMA OM SYGEPLEJERSKER SOM IVÆRKSÆTTERE**18 Kostnørden, som sælger knivskarpt blodsukker**

Anne Seidelin har som konsultationssygeplejerske specialiseret sig i livsstilssamtaler og har taget en kostvejlederuddannelse. Men hvorfor ikke sælge varen selv?

20 Sønderjyllands første hjemmesygeplejerske

Susan Brink valgte tidligere i år at skifte den trygge hverdag med faste arbejdstider og gode kolleger ud med livet som privatsygeplejerske med eget firma.

22 Familie og erfaring skaber succesen

Netværk, nærmeste familie og en god portion erfaring fra branchen er ingredienserne, hvis man vil have succes som iværksætter.

BAGGRUND**24 Akutpersonale lærer at nedtrappe konflikter**

Region Hovedstaden sender sygeplejersker i regionens akutklinikker og -modtagelser på kursus i konflikthåndtering. Få gode råd til at forebygge konfrontationer.

28 PÅ JOB: Sygepleje uden manual

Sygeplejerskerne Randi Negendahl og Jette Berg har hjemløsemiljøet i København som arbejdsplads.

34 Udlængsel: I Grønland føler jeg mig mere uundværlig

56-årige June Humphrys arbejder som anæstesisygeplejerske på Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk. Her står hun ofte alene med store beslutninger.

44 Markante institutioner i dansk sygepleje jubilerer

Diakonissestiftelsen, Bispebjerg Hospital og Kommunehospitalet i København har alle tre jubilæum i år.

NYT FRA DSR - DIN ORGANISATION**36 Overdødelighed blandt psykisk syge skal ned**

En psykisk syg borger kan forvente at leve 20 år kortere end resten af befolkningen. Dansk Sygeplejeråd vil have screening for somatiske sygdomme og bedre indsats mod livsstilssygdomme hos psykisk syge.

39 Sygeplejersker finder mest mening i kerneopgaven

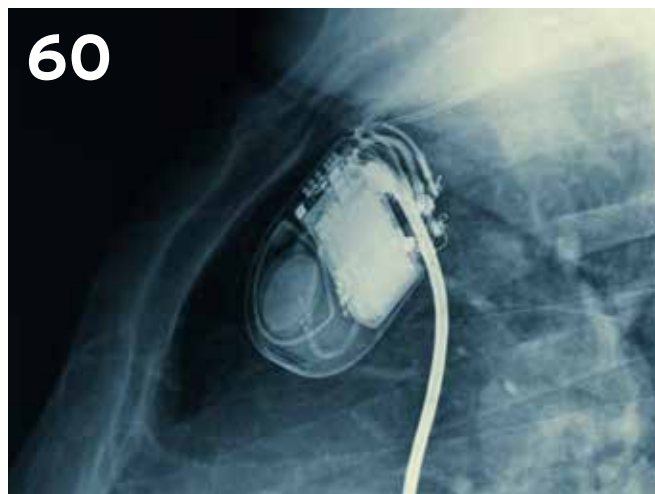
Ni ud af 10 sygeplejersker finder deres arbejde vigtigt og meningsfyldt, viser undersøgelse. Men ikke alt er lige godt.



16



28



60

FAGLIG INFORMATION

54 En ukendt paragraf

55 Fokus flyttes fra symptom til funktion

57 Egen læge går stuegang på plejecenter

59 Traditioner og praktisk organisering hindrer en god ernæringsindsats

FAG

60 Evaluering af rehabiliteringstilbud til patienter med ICD

Patienterne er overvejende tilfredse. Konsekvensen for sygeplejen bør bl.a. være forøget individuel intervention.

66 Implementering af en smerteskala til patienter med nedsat bevidsthed

Artiklen beskriver processen med at indføre en smerteskala til patienter med svær hjerneskade og oplister de redskaber, der blev anvendt i processen.

73 Resumé af international forskning

74 Tilfredshed med kommunal rehabilitering af borgere med kronisk sygdom

Trods manglen på målbar effekt var borgerne med kroniske sygdomme tilfredse med den kommunale rehabiliteringsafdeling.

I HVERT NUMMER

10 Studerende i praksis

12 Dilemma

15 Historisk

26 5 faglige minutter

30 Boganmeldelser

32 Parentes

48 Debat

50 Navne/mindeord

52 Facebook

54 Fagtanker

58 Fra forsker til fag

80 Stillingsannoncer

86 Kurser/møder/meddelelser

90 Kontakt

FORSIDEILLUSTRATIONER: ISTOCK OG SØREN SVENDSEN

Tillykke til sygeplejen

2013 er et rigtigt jubilæumsår for sygeplejen. I år er det nemlig 150 år siden, Diakonissestiftelsen på Frederiksberg og Kommunehospitalet i København åbnede, og det er 100 år siden, Bispebjerg Hospital blev indviet.

Hvorfor er de begivenheder særlige for sygeplejersker i Danmark? Det er de, fordi det var her, den professionelle sygepleje fik sit gennembrud. Diakonissestiftelsen og Kommunehospitalet blev fra start præget af faglærte sygeplejersker. Og Bispebjerg valgte fra starten at sætte en sygeplejerske i spidsen for sygeplejen. Dermed var grunden lagt for den professionelle sygepleje, som vi i dag bygger videre på.

Hvad kan vi lære af historien? For det første, at det var rigtigt at sætte sygeplejersker i spidsen for sygeplejen, og for det andet, at det var rigtigt at investere i uddannede sygeplejersker. Sygeplejen har som selvstændig profession – både i Danmark og i resten af verden – skabt resultater, som aftvinger respekt. Langt bedre folkesundhed. Langt bedre kvalitet og patientsikkerhed. Et langt bedre sundhedsvæsen. Som en konsekvens har danskerne igen i år peget på sygeplejerskerne som den faggruppe, de har størst tillid til.

Nu gælder det om at holde fast og udbygge sygeplejens placering. I en tid, hvor ressourcerne er små, er det fristende for politikerne at tage chancer og skære i videreuddannelserne, presse normeringerne og satse på et lavere uddannelsesniveau. Her må vi hejse advarselsflagene, for ikke bare historien, men også nutidig forskning viser os, at det giver et bæredygtigt sundhedsvæsen, når der investeres i kvalitet, uddannelse – og sygeplejersker. Det er en vigtig lære af sygeplejens historie.

Til de kommende sygeplejersker, som netop er startet på uddannelsen, vil jeg sige: Det er en vigtig fakkelt, I skal bære videre.

Men I står på et stærkt fundament, bygget af ildsjæle og generationer af dygtige sygeplejersker de sidste 150 år. Tillykke til jer – og tillykke til sygeplejen.



Grete Christensen, formand



NÆSTE NUMMER UDKOMMER 18. OKTOBER

Læs bl.a.:

- Tema om Jutlandia 60 år efter
- På job: Tværfagligt løft i rehabiliteringsenhed
- Fag: Patienter med KOL som overset gruppe

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 4264

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 ekpl.
Medlem af Dansk Fagpresse

Årsabonnement

840,00 kr. + moms

Løssalg:

64,00 kr. + moms

Kontakt Dansk Mediaforsyning på dsrabn@dmfnet.dk

Ændring af medlemsoplysninger:

Kontakt Medlemsregisteret

Tlf. 3315 1555

medlemsregisteret@dsr.dk

Udgiver

Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30

1250 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 tids-
skriftet.

Redaktionen påtager sig intet ansvar for materia-
ler, der indsendes uopfordret.

Holdninger, der tilkendes i artikler og andre
indlæg, udtrykker ikke nødvendigvis Dansk Syge-
plejeråds synspunkter.

Chefredaktøren er ansvarlig for bladets indhold.

Bløde hængemaver og store inderlår identificeres i ny bariatrisk score

Fremover bliver patienter på Sygehus Lillebælt vurderet efter vægt og kropsform i en ny bariatrisk score, der skal give personalet overblik over, hvilke udfordringer en patient forventes at give dem.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen**

Sygehus Lillebælt har udviklet en bariatrisk score, der identificerer de store patienter og forbereder personalet til at yde den rette behandling og pleje. Scoren handler både om højde og vægt, men også om kropsform, fordeling af vævsfedt, mobilitet inden indlæggelsen og evnen til selv at stå op. Jo tungere patienten er, jo flere hjælpemidler og des mere personale er der brug for, men kropsformen har også betydning. Patienter med stor hængemave, bagdel og inderlår er fysisk udfordrende for personalet, fordi vævsfedt på mave og lår skal flyttes, for at normale behandlings- og plejeopgaver kan udføres. Det kræver ekstra hænder til at holde og hjælpe ved forflytninger. Tunge patienter, som har brede hoffer eller hård rund mave, er mindre fysisk udfordrende.

Personalet er blevet udstyret med Bariatriscoren som lommekort, og der er lagt planer for, hvilke sygehuse der kan modtage patienter, som vejer op til 180 eller 250 kg alt efter deres bariatriscore.

"Vi er så klar, som man kan blive, til at modtage bariatriske patienter," siger projektleder, cand.scient. Ann Mathilde Furrer fra Sygehus Lillebælt.

Forberedt på store patienter

Der er uddannet ca. 120 forflytningsinstruktører på de fem sygehuse i Sygehus

Lillebælt, og tilsammen har de undervist 1.200 kolleger i bariatrisk patienthåndtering bl.a. ved hjælp af øvelser med figuranter.

"Når man har modtaget undervisning, betyder det, at man ikke behøver være bange for at skulle flytte en stor patient, for man har i undervisningen prøvet at flytte mennesker, der er mindst lige så store," fortæller Ann Mathilde Furrer.

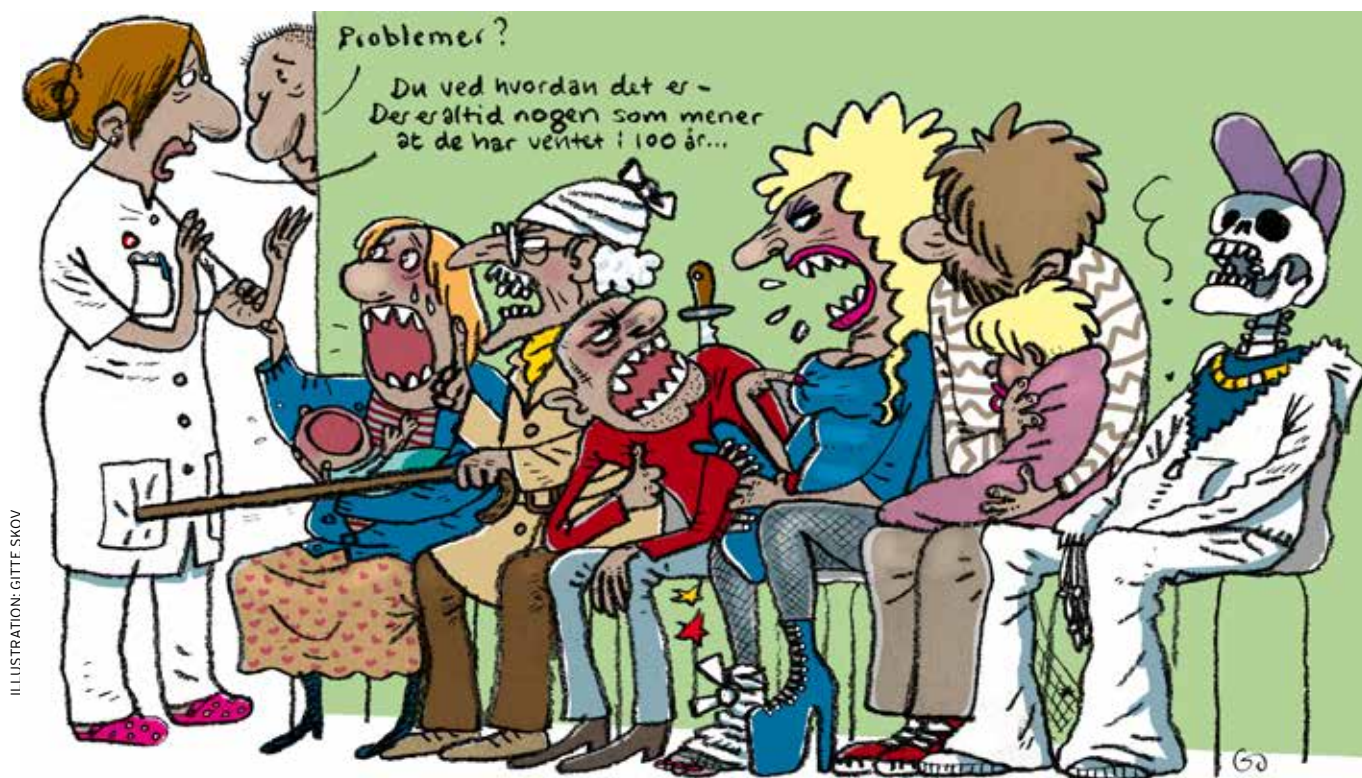
Det toårige projekt er nu afsluttet og evalueret. Men som sideeffekt er der igangsat en række nye udviklingsopgaver.

"I samarbejde med Syddansk Sundhedsinnovation er vi i gang med at udvikle nyt personale- og patienttøj, der tager bedre højde for kropsformen. Vi er også i gang med at udvikle et oppusteligt bækken og en vægt, der kan veje seng og patient. Og vi samarbejder med Falck om, hvordan vi bedst transporterer de bariatriske patienter, så vi er sikre på, at der er plads til både seng og behandlere i ambulancen," fortæller Ann Mathilde Furrer.

Læs mere: Bariatriscoren og lommekortet, som Sygehus Lillebælt har udviklet i samarbejde med Goldmann Consulting, kan fås ved henvendelse til e-mail: ann.mathilde.furrer@rsyd.dk

”Jeg har undersøgt de ti største medicinalfirmaer i verden og fundet ud af, at deres forretningsmodel opfylder kriterierne for organiseret kriminalitet.

Professor Peter Gøtzsche, Nordic Cochrane Center, til DR Nyheder 2. september



Region Hovedstaden holder kurser i konflikthåndtering, da mange ansatte på akutmodtagelser og -klinikker oplever, at deres arbejde i nogen eller høj grad er konfliktfyldt. Læs mere side 24.

Netværk med fokus på ph.d.-projekter

Går man som sygeplejerske rundt med en ph.d. i maven, men har svært ved at komme i gang, er der hjælp at hente i det midtjyske. Forskning kan være en jungle at begive sig ind i på egen hånd, når det drejer sig om ansøgninger, økonomi, metoder, artikelskrivning m.m. Men i Center for Sygeplejeforskning i Viborg har en gruppe sygeplejersker med interesse for ph.d.-studiet nu taget sagen i egen hånd og er fundet sammen i et netværk, hvor de hjælper hinanden på vej. Netværket består foreløbig af 10 sygeplejersker, som mødes i Viborg hver torsdag formiddag, hvor interesserede er velkomne til at kigge forbi. Se mere på www.viauc.dk/hoej-skoler/sfh/videncentre > Center for Sygeplejeforskning - Viborg

Palliativ døgnvagt i Midtjylland

Region Midtjylland har etableret Danmarks første palliative døgnvagt til alvorligt syge og døende. Det betyder, at alvorligt syge og døende kan få palliativ specialistbehandling, uanset om de opholder sig i eget hjem, på hospitalet eller på hospice. To læger fra regionens palliative team vil fremover være på vagt døgnnet rundt ugens syv dage, hvor de vil dække hhv. den østlige og den vestlige del af regionen. Her vil de være klar til at yde rådgivning efter behov til f.eks. sygeplejersker på hospice og i hjemmeplejen, til lægevagt og hospitalslæger. Etablering af en palliativ døgnvagt er et led i Kræftplan III, og formålet er at undgå genindlæggelser og opslidende transporter af alvorligt syge borgere.

” Det kan være svært for mænd at finde sig til rette på landets sygeplejerskeuddannelser. Hvis der ikke er et fællesskab, der holder én oppe i perioder, hvor studiet er svært, er det nemmere at falde fra, hvis det eneste alternativ er snak om tøj, makeup og nye sko.

Sygeplejestuderende Martin Loch Pedersen i Information d. 30. august.

Sygeplejestuderende skal lære at tænke innovativt

Hvert år får mange sygeplejersker idéer til hjælpemidler og metoder, der kan forbedre patientplejen. Men kun få bliver til virkelighed, og det forsøger bl.a. Sygeplejerskeuddannelsen i Horsens at ændre ved hjælp af et tværfagligt undervisningsforløb.

Tekst **Christina Sommer**

En badekabine er ikke bare en badekabine. Det kommer nemlig helt an på, hvem der anskuer den, fortæller adjunkt og studievejleder ved Sygeplejerskeuddannelsen på VIA University College i Horsens, Annette Worm Nielsen.

I forbindelse med et tværfagligt pilotprojekt på modul 5 i august 2012 fik de sygeplejestuderende sammen med en gruppe ingeniørstuderende netop til opgave at nærstudere Horsens Kommunes nyindkøbte badekabine - den første af sin slags i Danmark. Og de to hold studerende bemærkede vidt forskellige ting, fortæller Annette Worm Nielsen.

"Mens de sygeplejestuderende først og fremmest lagde mærke til, hvor personalet var - at man f.eks. stod bag patienten og skulle læne sig indover vedkommende for at kunne hjælpe, kiggede de ingeniørstuderende mere på maskinen, dens højde, og hvordan patienten lå. Og jeg er sikker på, at de studerende sagtens kunne have videreudviklet en endnu bedre baderobot i fællesskab, hvis der havde været tid til det," siger Annette Worm Nielsen.

Tænk innovativt

Pilotprojektet i 2012 var en forløber for det tre uger lange tværfaglige undervisningsforløb, som bliver skudt i gang på VIA University College i Horsens i uge 40. Over 500 studerende på tværs af 22 uddannelser skal deltage, deriblandt de 30 sygeplejestuderende fra Horsens som p.t. er i gang med modul 5. Forløbet skal styrke de studerendes evner til at tænke innovativt på deres fags vegne. Og at det skal foregå tværfagligt, er helt bevidst og essentielt for at styrke de kommende sygeplejerskers evne til i sidste ende måske at springe ud som

iværksættere med deres egen gode idé, fortæller Annette Worm Nielsen.

"Der er meget teknik i sygeplejen, og derudover arbejder vi ofte sammen med andre professioner, når vi udfører sygepleje, f.eks. lægen, der ordinerer, en fysioterapeut, der genoptræner, eller ingeniøren, der udvikler en robot. Så vi er nødt til at kunne samarbejde tværfagligt, og med kursusforløbet ønsker vi at give vores studerende en idé om, hvor og hvordan de kan få afprøvet en forretningsidé, og ikke mindst hvordan de kan få den ført ud i livet," fortæller Annette Worm Nielsen.

Bæredygtighed og sundhedsfremme

Sygeplejerskeuddannelsen i Horsens blev oprettet i 2011 og har bl.a. som formål at fokusere på sundhedsteknologi og innovation i både undervisning og klinikperioder. I det konkrete undervisningsforløb bliver de hundredvis af studerende inddelt i tværfaglige grupper med otte i hver. Hver gruppe skal så arbejde med en af mange udfordringer, som Horsens Kommune har formuleret under hatten "bæredygtighed og sundhedsfremme".

"Grupperne må selv bestemme, hvilke områder de vil arbejde med, og under forløbet vil de bl.a. blive introduceret til forskellige forretningsmodeller og socialt entreprenørskab, og vores studentervæksthus er selvfølgelig også inde over forløbet," fortæller Annette Worm Nielsen.

Da VIA University College Horsens har mange udenlandske studerende, foregår undervisningsforløbet både på dansk og engelsk, hvilket kan være en udfordring i sig selv.

"Men det er et grundvilkår, og når først de studerende er i gang, synes mange, at

det er sjovt at få prøvet deres sprog af og lære nogle fagtermer på engelsk," siger Annette Worm Nielsen.

Gavner patienter og personale

Undervisningsforløbet modtages positivt af Lars Stigel, som er formand for foreningen Forskerparker og Innovationsmiljøer i Danmark. Han er desuden direktør for Østjysk Innovation, der før sommerferien investerede penge i en idé, som en sygeplejerske på Aarhus Universitetshospital havde fået til at forsegle de kunstige huller i halsen, patienter, der er tilkoblet respirator igennem længere tid, ofte får.

"Jeg er enig i, at sygeplejersker skal klædes bedre på til at tænke innovativt, gerne tværfagligt: Hvad er det for nogle udfordringer, vi har, og hvordan kan vi løse dem? Målet er jo ikke, at alle sygeplejersker skal springe ud som iværksættere, men jeg er overbevist om, at de i kraft af deres arbejdsopgaver og daglige kontakt med patienter og borgere kan generere mange gode idéer til forbedringer og produkter, som kan gavne både patienter, personalet og sundhedsvæsenet generelt," siger Lars Stigel.

Læs mere om sygeplejersker og iværksætteri på side 16.

RISIKOSTRATIFICÉR DINE PATIENTER MED ATRIEFLIMMER FOR AT IDENTIFICERE DEM MED ØGET RISIKO FOR APOPLEKSI



22,7%

AF DANSKE PATIENTER MED ATRIEFLIMMER ER UNDERBEHANDLEDE IFØLGE DANSKE 2010 GUIDELINES ¹

5X

ØGET RISIKO FOR APOPLEKSI ²

EN NY UNDERSØGELSE VISER, AT 22,7% AF DANSKE PATIENTER MED ATRIEFLIMMER ER UNDERBEHANDLEDE ¹.

ATRIEFLIMMER MEDFØRER EN 5X ØGET RISIKO FOR APOPLEKSI ².

MED CHA₂DS₂-VASC SCOREN KAN DU ENKELT OG EFFEKTIVT RISIKOSTRATIFICERE DINE PATIENTER OG IDENTIFICERE DEM MED ØGET RISIKO FOR APOPLEKSI.

START NU PÅ [T2C.BI/UNDERBEHANDLING](https://t2c.bi/underbehandling)

1. BRANDES A, ET AL. CLIN CARDIOL 2013. DOI: 10.1002/CLC.22133

2. WOLF PA, ET AL. STROKE 1991; 22:983-988

Kræftsygepleje skræmmer ikke

Karin Leth, som var sygeplejestuderende på modul 13 VIA University College, Sygeplejerskeuddannelsen i Silkeborg, da hun skrev indlægget. Karin Leth er i dag sygeplejerske

I forbindelse med min praktik på onkologisk sengeafsnit oplevede jeg mange fordomsfulde og negative reaktioner. Når jeg fortalte, hvor jeg var i praktik, blev jeg stillet spørgsmål som: "Puha er det ikke en forfærdelig afdeling at være på" og "nej, hvordan kan du holde ud at være sådan et sted, er det ikke enormt trist".

Inden jeg startede på afdelingen, havde jeg mine betænkeligheder. Jeg vidste, at de patienter, som er tilknyttet afdelingen, er alvorligt syge, og at når de kommer der, så er de meget afkræftede og måske endda tæt på livets afslutning. I løbet af praktiken har jeg mødt mange forskellige reaktioner på at blive alvorligt syg. Det har overrasket mig, hvor afklaret nogle mennesker er omkring deres sygdom. De har talt om fremtiden, livsændringer osv.

På onkologisk afdeling oplevede jeg, at det tværprofessionelle samarbejde fungerede godt, og samarbejdet mellem fagpersoner, patient og pårørende var eminent. Jeg oplevede humanistisk sygepleje til patienten og følte, at her gjorde sygeplejerskerne en forskel. Når patienten blev indlagt, blev der ikke kun taget stilling til den primære indlæggelsesårsag. Der blev også taget hånd om patientens situation og hele forløbet, havde noget ændret sig? Og var der opstået noget uforudsigeligt?

Det var især i situationer, hvor patienten var blevet dårligere, at jeg oplevede pårørende, som syntes, det var hårdt at tage sig af deres kære. I disse situationer var personalet dygtige til at finde løsninger som ekstra hjemmehjælp, aflastningsplads, rehabilitering på hospice eller permanent plads på hospice. Jeg stod selv i en situation en fredag med en ældre dame, der blev indlagt med en smerteproblematik. Hendes datter havde søgt orlov, men syntes, moderen var blevet tiltagende dårlig og mente ikke selv, at hun magtede opgaven. Da vi nævnte hospice for de to døtre, var de åbne over for denne løsning. Jeg kontaktede hospice, og der var en ledig plads allerede om mandagen. Jeg fortalte døtrene om dette, og de var meget lettede. Deres mor syntes også, det var en god løsning, og jeg kunne mærke, at jeg havde afhjulpet en stor bekymring omkring moderens fremtid og forløb. Da jeg gik hjem den dag, følte jeg virkelig, at jeg havde hjulpet både patient og pårørende til at kunne slappe af i situationen og nyde den sidste tid. Jeg følte, at jeg havde gjort en forskel.

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



BRC 2013
360° around the bariatric patient

Bariatric Rehabilitation Congress 2013

2 dages boot camp 7.-8. november
Du kan stadig nå at tilmelde dig!

Den 7.-8. november 2013 afholder Bariatrirådet og XXL-Rehab en 2 dages boot camp kongres. Emnet er bariatrisk rehabilitering med et bredt videnskabeligt og et klinisk praktisk fokus – 360° rundt om den bariatriske patient.

BRC2013 er en opfølgning på BRC2011 og er også internationalt orienteret med talere fra Danmark og udlandet samt udstillere af produkter/tydelser relateret til den bariatriske patient.

BRC2013 er en kombination af foredrag og praktiske workshops – med fokus på hvordan teori udføres i praksis. Denne 2 dages boot camp henvender sig til personale, der ønsker praktisk viden om pleje, behandling og rehabilitering af bariatriske patienter: **Sygeplejersker · Forflytningspersonale · Ergoterapeuter · Fysioterapeuter · Plejepersonale · Yngre læger · Diætister · Portører**

Bekræftede talere på BRC2013

Michael Dionne, fysioterapeut, USA · Malene Alexandrowiz, ergoterapeut, Danmark · Nis Kásby, sygeplejerske, Danmark · Kate Adersen, ergoterapeut, Danmark · Anita Rush, sygeplejerske, England · Stine Albrechtsen, diætist, Danmark · Sten Madsbad, professor, MD, Danmark · Charlotte Greve Bødker, sundhedsfaglig konsulent, Danmark · Ann Mathilde Furrer, Cand scient., Danmark · Henrik Fenstoft, bariatrisk person, Danmark · Karin Jangaard, adjunkt, Danmark · Claus Lykke, konsulent, Danmark · Susanne Ross, diætist, Danmark · Pia Brøgger, fysioterapeut, Danmark · Thea Vibe Lund, fysioterapeut, Danmark · Vaughan Keeley, MD, Ireland · Sandra Latet, obesity coordinator, Belgien

BariatriRådet
regionmidtjylland
Apodan Nordic
Koncern HR,
Fysisk Arbejdsmiljø

XXL REHAB

INACARE
Yes, you can.

COBI
REHAB

VENDET
Master
Human Handling System

2 SPOR
DANSK &
ENGELSK

BEGRENSET
ANTAL
KUN 150 BILLETTER
80
TILBAGE

Læs meget mere på
www.brc2013.com

Teater

**Kvinde kend din krop**

Oplev den første dramatisering af tidernes indflydelsesrige bøger om kvinder og krop., bl.a. "Kvinde kend din krop" fra 1975. Forestillingen er en collage af udtræk fra bøgernes vejledninger, vævet sammen af erfaringer fra virkelighedens kvindeliv, tilsat humor og krop. Emnerne er bl.a. orgasme, overgangsalder og plastikkirurgi. *Hele landet frem til 2014*

Et år med magisk tænkning

Efter 40 års ægteskab falder John en dag om på stuegulvet og dør. Det følgende år forsøger hans kone at forstå sorgen over sin mand, samtidig med at hun hjælpeløst må se til, mens også datteren rammes af sygdom. Skuespilleren Lane Lind konfronterer i sin monolog det moderne menneskes frygt for døden og angsten for at miste. *Hele landet frem til 2014*

Udstilling

Gamle knogler, ny viden

Ubehandlet syfilis, krogede sammen voksede knoglebrud og spedalskes vansirede fødder er nogle af de alvorlige knogleforandringer, der er at se i udstillingen. Knoglerne i udstillingen stammer fra mennesker, der levede mellem 1172 og 1560. De afspejler en tid før den moderne medicin og penicillinens opdagelse og er unikke for forskningen og forståelsen af fortidens sygdomme og deres behandling. *Tir.-søn. 10-16, Øm Kloster Museum, Ry*

Dette er et udpluk af kulturelle tilbud i den kommende tid med relevans for sygeplejersker. Se www.dsr.dk/Sygeplejersken/Kulturjournalen for flere informationer og arrangementer. Sygeplejersken tager forbehold for datoændringer, programflytninger og lign.

Vi stoler mest på de varme hænder

For tredje år i træk er sygeplejerskerne blevet kåret som landets mest troværdige faggruppe. Analysebureauet Epinion har for Radius Kommunikation undersøgt holdningen til 20 forskellige faggrupper. Godt 1.000 adspurgte danskere har vurderet faggruppernes troværdighed på en skala fra 1-5. På førstepladsen ligger sygeplejerskerne med en score på 3,94.

"Vi stoler generelt meget på de mennesker, der varetager de nære opgaver i velfærdsstaten. Det gælder lige fra sygeplejersken og lægen, der tager sig af os på hospitalet, til politiet som dem, der passer på os og opretholder lov og orden. Derfor er toppen af de faggrupper, vi tillægger størst troværdighed, relativt stabil år efter år," siger seniorpartner fra Radius Kommunikation, Nicolaj Taudorf Andersen, i en pressemeddelelse.

Sygeplejerskernes troværdighed er faldet lidt. Den lå i 2011 på 4,0 og i 2012 på 4,03.

(mdk)

Top 5

Lige efter sygeplejerskerne på førstepladsen ligger læger, politibetjente, præster og skolelærere, når det gælder troværdighed.

Sygeplejersker	3,94
Læger	3,89
Politibetjente	3,82
Præster	3,69
Skolelærere	3,48

Sygeplejersker skal stå for hjerteflimmerklinikker

Sygeplejebemandede klinikker for atrieflimmer på vej i hele landet. Initiativet er kommet på baggrund af erfaringer for Holland, hvor sygeplejerskeklinikkerne har nedbragt antallet af genindlæggelser, risiko for blodpropper i hjernen og dødsfald som følge af hjertekarsygdomme. Sygeplejerskerne skal bl.a. undervise patienterne i, hvad de skal gøre, når de oplever symptomer.

Stressede britiske sygeplejersker overvejer at stoppe

Næsten to ud af tre britiske sygeplejersker har inden for det sidste år overvejet at stoppe med sygeplejearbejdet pga. stress. Det viser en ny undersøgelse fra sygeplejerskernes fagforening The Royal College of Nursing, RCN. Sygeplejersker i Storbritannien har siden 2010 oplevet personalenedskæringer og et toårigt lønstop samt et loft på 1 pct. for stigninger frem til 2016.

"Virkeligheden er, at sygeplejersker tager sig af flere patienter med færre personaler og mindre tid. Det kan simpelthen ikke fortsætte," siger generalsekretær for RCN, Dr. Peter Carter, til Daily Mirror.

Norske politikere vil have neutrale titler

Politikere fra flere norske partier har bedt sundhedsmyndighederne om at ændre titlerne for jordemødre og helsesøstre (sundhedsplejersker, red.) af ligestillingshensyn. "Man har længe været optaget af at skabe gode kvindelige forbilleder i mandejob, nu vil vi også gøre det modsatte," siger Julie Brodtkorb fra partiet Høyre ifølge www.sykepleien.no

I Norsk Sykepleierforbund er leder for helsesøstre Astrid Ersvik glad for interessen, men mener, at der er andre sager, der er vigtigere. "Når det gælder rekruttering, mener jeg, at titler kan være en årsag, men at løn og arbejdsforhold er langt vigtigere," siger Astrid Ersvik.

Kontrol af engelske sygeplejersker

I Storbritannien planlægger sundhedsmyndighederne at indføre et system, hvor sygeplejerskers og jordemødres kvalifikationer kontrolleres hvert tredje år. Ifølge NMC, Nursing and Midwifery Council sker det som led i arbejdet med at øge patientsikkerheden. I dag er det op til hver enkelt sygeplejerske og jordemoder at dokumentere sine færdigheder indenfor faget med regelmæssige mellemrum, men kontrollen sættes altså nu i system. De engelske læger blev sidste år underlagt en lignende kontrol, men kun hvert femte år.

10 øl på køkkenbordet

Jette Bagh, fagredaktør

Er det en opgave for den offentlige hjemmepleje at købe øl til en alkoholmisbrugende borger? Det spørgsmål rejser en timelønnet social- og sundhedshjælper under personalefrokosten.

Efter studentereksamen får Amanda arbejde i hjemmeplejen som timelønnet hjælper. Hun befinder sig godt med at besøge borgerne og er vellidt af sine kolleger, der er social- og sundhedshjælpere og assistenter. En dag har Amanda fået en ny borger, Jørgen, og her lyder opgaven, at hun skal smøre frokost til ham og sætte 10 øl parat på køkkenbordet. Det vil Jørgen gerne have, og det er stort set det eneste, han vil have. Jørgen er 63 år, ufaglært og plaget af moderat KOL. Hans eneste selskab er katten Pils. Jørgen bor i en beskyttet bolig, og han får besøg af en hjælper hver dag.

I pausen midt på dagen spiser personalet i hjemmeplejen frokost sammen, man tager en runde for at afdække eventuelle problemer og spørgsmål, og Amanda spørger ud i rummet, hvor for man dog påtager sig den opgave at indkøbe og sætte 10 øl på køkkenbordet til en mand, der åbenlyst ville have bedre af at undvære dem.

Hvordan mener du, personalet skal svare Amanda?

Hvad mener du selv?

Læs, hvad to sygeplejersker med særlig interesse for etik mener om spørgsmålet.

Svar 1. Som sundhedspersonale skal vi stimulere og motivere til sund levevis. Samtidig har borgeren, i dette tilfælde Jørgen, ret til selv at vælge sin livsstil og dermed også retten til at vælge usundt og decideret livsforkortende. Men vi skal ikke som sundhedspersonale hjælpe borgeren til en usund livsstil, som denne case kan ses som eksempel på. Den beskrevne hjælp virker ureflekteret og uprofessionel. Om de 10 øl kan være et led i en aftrappingsplan, er svært at forestille sig, men man kan ønske sig, at det er personalets svar. Alligevel synes det voldsomt at stille så mange øl frem. Nærhedsetikken kan synes at lide, da Jørgen forekommer ganske overladt til sig selv. Men forhåbentlig fortæller gruppen af hjemmehjælpere også om de overvejelser og bekymringer, de gennem tiden har haft for Jørgen. I bedste fald spørger de Amanda, om hun som ny kan komme med idéer til, hvordan man bedst hjælper Jørgen såvel med alkoholforbruget som med det isolerede liv.

Af Dorte Elise Møller Holdgaard,

RN, Etik- og Kvalitetskonsulent, exam.art., SD, MPA. Formand for den lokale kliniske etiske komité ved Aalborg Universitetshospital.

Svar 2. Mon ikke mange erfarne kender denne situation, hvor en ny kollega undrer sig over den eksisterende praksis og først efter et stykke tid ved, hvad man skulle have svaret?

I dette tilfælde er det en ny kollegas umiddelbare undren over, at sundhedsfagligt personale medvirker til et alkoholindtag, der for den pågældende synes uforståeligt, når nu alle ved, at alkohol er skadeligt - hvordan kan det give mening?

Meningen findes i dette tilfælde i respekten for den enkeltes selvbestemmelse, det faglige skøn i forhold til borgerens værdier og vaner. En hensigtsmæssig refleksion kunne være spørgsmålet om, hvilken konsekvens det ville få, hvis der ikke blev stillet øl frem til borgeren?

Amanda skal på en god måde have forklaret, hvilke værdier der er på spil i plejen af den pågældende borger, at han har sin selvbestemmelsesret, og at vores opgave er at sikre, at borgeren er informeret og har forstået den givne og tilpassede information. Herefter er udfordringen at støtte borgeren i de valg, han træffer ud fra sine værdier og livssituation.

Det kan være svært at forstå, og det er en stadig udfordring at have fokus på respekten for autonomi, når viden indikerer, at der burde gøres noget andet, men med hvilken ret kan vi påtage os at gøre andet end det beskrevne i denne situation?

Af Grete Bækgaard Thomsen,

sundhedschef i Lemvig Kommune,

formand for Sygeplejeetisk Råd; www.dsr.dk/ser



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

UDNYT DINE TALENTER

UNIVERSITY COLLEGE
SYDDANMARK
UCSYD.DK

ESBJERG
KOLDING

Tag Diplom i Sundhed og bliv klar til nye udfordringer i dit arbejde. Uddannelsen styrker dine professionelle kompetencer og giver dig et nyt perspektiv på din praksis. **Vi udbyder modulerne**

Akut pleje og behandling - for sygeplejersker i kommuner

5. maj til 27. maj 2014

Behandleruddannelse for sygeplejersker - på skadestuer, lægehuse, akut beredskab

5. maj til 27. juni 2014

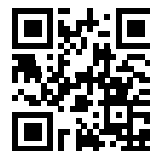
Psykiatri - teori og metode i arbejdet med den sindslidende

24. feb. til 22. april 2014

Sundhedskommunikation, vejledning og coaching

28. januar 15. maj 2014

Tjek ucsyd.dk/diplom og ring +45 7266 5203



Reck Motomed Letto 2

Aktiv- Passiv træning til sengeliggende patienter.



Forbedrer blodcirkulationen

Forbedrer peristaltikken

Forkorter indlæggelsestiden

Passiv træning = patienten trænes vha. motor

Aktiv træning = patienten træner selv

Kontakt vores kundeservice for yderligere information
Tel: 4344 4200 • pt@proterapi.dk • www.proterapi.dk

Vind Geos bog "Ikk' for sjov - om kemo og comedy"

"Før jeg skulle begå synd i en plastickop, skulle jeg tale med en læge og ultralydscannes. Jeg blev spurgt, om jeg ville donere min testikel til forskning, hvortil jeg for sjov svarede, at jeg nu havde håbet på at kunne få den med hjem i et syltetøjsglas. Til min store overraskelse kunne det faktisk godt lade sig gøre."

Komikeren Geo blev sidste år alvorligt syg af kræft. Humoren blev hans kamp mod sygdommen, og i foråret udgav han bogen "Ikk' for sjov" om sit behandlingsforløb og tanker om at blive ramt af en alvorlig sygdom. I bogen fortæller Geo tragikomisk og usentimentalt om pinlige sædprøver, om portører, som vil have jokes på operationsgangen, og om kun at ville have frosne ærter til morgen-, middags- og aftensmad.

Bogen følger Geos møde med hospitalsvæsenet, hvor han på trods af opslidende kemobehandlinger alligevel formår at holde fast i de positive ting som f.eks. udsigten over København fra 15. sal på Rigshospitalet og fraværet af "numsetermometre".

Sygeplejersken har fået et eksemplar af bogen med en hilsen fra Geo - du kan vinde bogen ved at svare på følgende spørgsmål:

Geo har sammen med en række andre kendte komikere deltaget i velgørenhedsshowet Comedy Aid, der sidste år havde 20-årsjubileum. Hvilken forening gik overskuddet fra showet til i 2009-2012?

Send dit svar senest den 10. oktober til mdk@dsr.dk og skriv GEO i emnefeltet. Vi trækker lod blandt alle rigtige besvarelser, og vinderen får direkte besked.



ONDT I RYGGEN?

De fleste får indimellem ondt i ryg, skulder eller nakke. Når det sker, har du bedst af at være aktiv og bevæge dine muskler og led – også selv om det gør ondt. Det viser forskningen.

Scan koden, og få fem gode råd, som kan hjælpe jer i gang.



Bevæg dig ind på jobogkrop.dk og se, hvad I kan gøre på arbejdspladsen.

Job&krop
- forebyg smerter i muskler og led

Hørlagener, håndsving og loftslifte løfter sygeplejen

Et hejseapparat bygget af jernrør var i 1912 en landvinding inden for sygeplejen. I dag kan lifte diskret monteres i loftet og trækkes derhen, hvor der er brug for dem.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen**

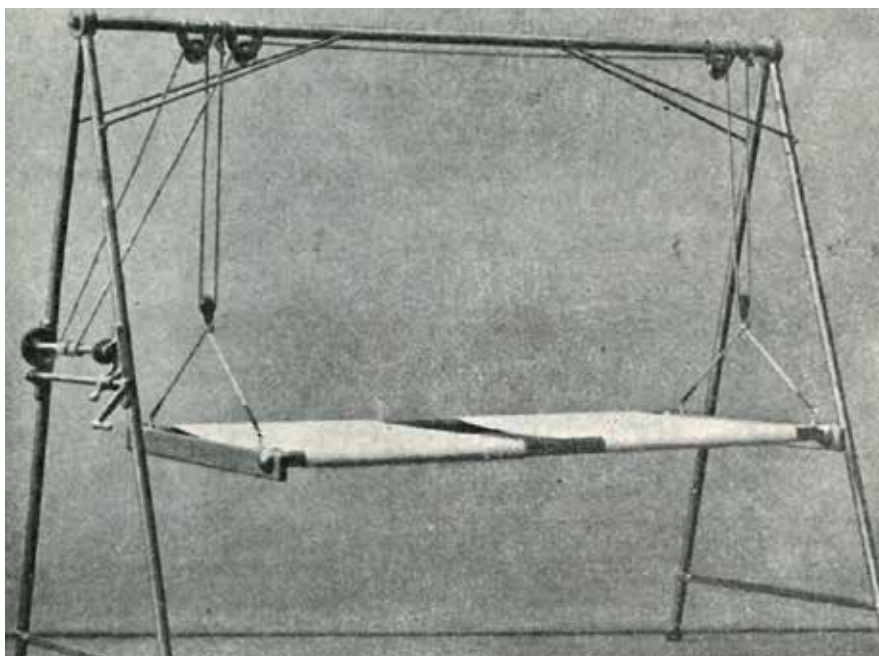


Foto: Dansk Sygeplejehistorisk Museum

I Tidsskrift for Sygepleje nr. 9/1912 er Dr. Borries Løfteplan forklaret sådan: Med kroge sættes løfteplanet let i forbindelse med de fra hejseapparatet nedhængende løse trisser. Opstilling og patientens anbringelse kan let udføres på ca. 15-20 minutter.

Dengang

En hjemmesygeplejerske beretter i Tidsskrift for Sygepleje nr. 9/1912, hvordan brugen af sygehuslæge Dr. Borries såkaldte "løfteplan" kan lette arbejdet med at få en immobil patient ud af sengen for f.eks. at komme over på bækken eller for at kunne skifte forbindelse ved decubitus.

Fremgangsmåden lyder: To stærke hørlærredslagener lægges én gang sammen på langs og lægges på tværs over sengen under patienten og hovedgærdet. Lagnerne afpasses, så de lader et rum på ca. 7 tommer (ca. 18 cm) frit på sengens midte. Rammen samles og lægges på madrassen uden om patienten, og lagnerne fungerer

som løfteplan, hvor patienten hviler under ophejsningen, som foregår ved hjælp af håndsving.

Når lagnerne skal skiftes, hejser man patienten, lægger nye lagner på sengen og dækker dem med voksdug. Så hejses patienten ned igen, og man trækker de brugte lagner ud ved hjælp af den glatte voksdug.

Løfteplanet var bygget af jernrør og bestod af tre dele, der kunne samles i løbet af få minutter. Dengang kunne man leje et løfteplan i C. Nyrops Etablissement. Prisen var 10 kr. månedligt, og med i prisen var inkluderet en mand, som kom og stillede apparatet op.



Foto: Charlotte Dahl

En gruppe medarbejdere bliver undervist i at bruge en loftslift til en bariatrisk patient. Foto stammer fra en øvelse på Sygehus Lillebælt.

Nu

Når liften er monteret i loftet, kan man trække den lige derhen, hvor man skal bruge den i et rum. Loftslifte optager ikke gulvplads, og i hverdagen gør de det nemmere for personalet på f.eks. en intensivstue at bevæge sig rundt. Liftene bliver ikke kun brugt til at forflytte patienter, men f.eks. også til at holde patienternes ben ved forbindelseskift og sengebåd. Den gammeldags voksdug er skiftet ud med glidestykker og spilerdug.

En moderne lift kører lydløst med glidestart og stop. Sikkerheden bliver overvåget under løfteprocessen, og liften kan f.eks. veje patienten. Nogle lifte kan løfte patienter, der vejer op til 350 kilo.



Fra
til iv

Lønmodtager ærksætter

De allerfleste sygeplejersker arbejder som lønmodtagere, men nogle få vover springet ud i ukendt land, fordi de har fået en idé, de tror på.

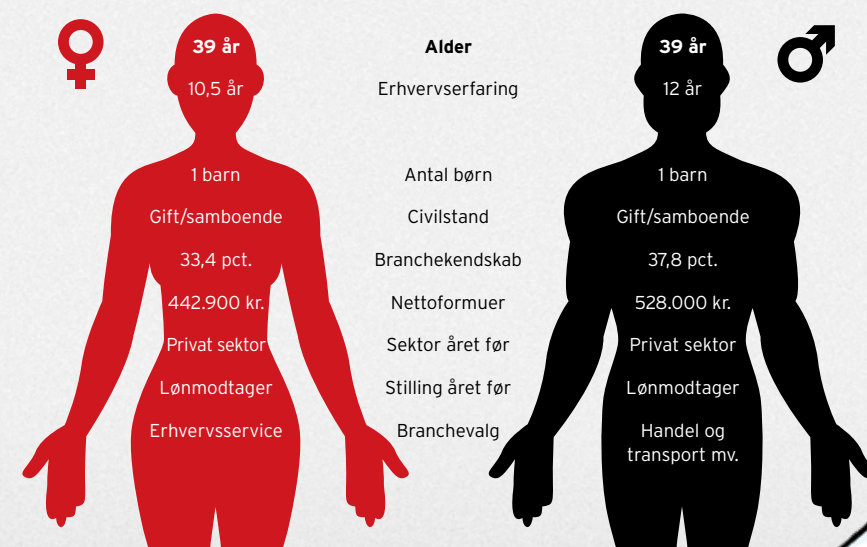
Mød to sygeplejersker, der er startet som selvstændige, og læs om, hvad man skal gøre, hvis man vil gøre en god idé til sin forretning.

Tekst **Mille Dreyer-Kramshøj** • Illustration **Bob Katzenelson**

Den typiske iværksætter, 2008

Den gennemsnitlige kvindelige og mandlige iværksætter kommer fra den private sektor, er 39 år, gift/samboende og har ét barn.

Kilde: Kvindelige iværksættere - et statistisk portræt, Erhvervs- og byggestyrelsen, 2011.



"Ud med sukker, cravings og overvægt - velkommen energi og overskud". Sådan lyder slaglinjen på sygeplejerske Anne Seidelins hjemmeside. Ved siden af sit arbejde som konsultationssygeplejerske bygger hun en virksomhed op som selvstændig kostvejleder.



Kostnørden, som sælger knivskarpt blodsukker

Anne Seidelin har som konsultationssygeplejerske specialiseret sig i livsstilssamtaler og har taget en kostvejlederuddannelse. Men hvorfor ikke sælge varen selv?

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen** • Foto **Søren Svendsen**

En kostnørd. Sådan betegner Anne Seidelin sig selv.

”Allerede som barn blev jeg grebet af budskabet ”et æble om dagen kan holde lægen væk”, og lige siden har jeg været enormt fascineret af kostens betydning,” siger hun.

For snart to år siden sprang sygeplejerske Anne Seidelin ud som selvstændig kostvejleder. Hun var konsultationssygeplejerske med speciale i livsstilssamtaler med patienter med kroniske sygdomme som f.eks. diabetes og forhøjet kolesterol. Hun havde udviklet en coachingbaseret tilgang, som virkede godt for patienterne i klinikken.

”Idéen til at blive selvstændig kom fra flere af mine patienter, som foreslog mig, at jeg lige så godt kunne tilbyde kostvejledning som selvstændig. Og mit eget netværk sagde det samme.

På et tidspunkt betød en ny overenskomst med regionerne, at ydelsen for forebyggende livsstilssamtaler forsvandt, og fremover måtte livsstilssamtalerne i klinikken kun være af 10 minutters varighed. Det var ikke tilfredsstillende, selv om jeg blev god til at effektivisere mine metoder. Det var med til at skubbe til tanken om at blive selvstændig,” fortæller Anne Seidelin.

Hun skræddersyr individuelle forløb til kunderne, og det giver hende stor faglig tilfredshed.

”Jeg har læst tonsvis af bøger og videnskabelige artikler om kostens betydning,

og min sygeplejebaggrund gør, at jeg kan omsætte den viden til praksis. Jeg ved, at mine metoder virker, fordi jeg har set så mange mennesker opnå gode resultater.”

Anne Seidelin har dog beholdt en livline til sit faste arbejde i lægeklinikken.

”Jeg må indrømme, at jeg er lidt af en pivskid. Jeg har beholdt 20 timer i klinikken for dog at have lidt økonomisk sikkerhed.”

En overvindelse at træde frem

For at gøre sig kendt har Anne Seidelin en hjemmeside og en Facebookside, hvor hun fremtræder selvsikkert på de professionelle fotos.

”Men det har faktisk været en overvindelse at træde frem,” forklarer Anne Seidelin.

”Det er virkelig svært for mig at finde den selvfyldte side frem. At skulle promovere mig selv som en ekspert og være stor i slaget. Turde sælge mit produkt og mig selv, det kan godt give mig en knude i maven.”

Anne Seidelin gjorde sig ikke de store strategiske forberedelser på forhånd.

”Der er en masse ting, jeg har skullet lære om skat, moms og markedsføring. Jeg har fået hjælp til at opbygge en hjemmeside, men jeg har selv skrevet teksterne, ligesom jeg skriver månedlige nyhedsbreve og blogindlæg med opskrifter, som jeg selv kreerer, fotograferer og uploader. Bloggen hjælper med at få hjemmesiden højere op

i søgeresultaterne på Google. Næste skridt bliver, at jeg vil skrive en bog – men det kræver virkelig mod og tid.”

I øjeblikket har Anne Seidelin sin praksis i sit private køkken-alrum, og hver anden lørdag låner hun et lokale. Hun drømmer om at kunne droppe sikkerhedsnettet i form af fast arbejde og leve af sin virksomhed.

”Det første år havde jeg mange udgifter og kun et beskedent overskud – jeg tør ikke regne min gennemsnitlige timeløn ud. Jeg vil gerne have råd til at leje et lokale ude i byen, men først skal jeg have gang i nogle flere virksomhedsaftaler,” siger Anne Seidelin.

Læs mere om Anne Seidelin på www.anneseidelin.dk

3 gode råd fra Anne Seidelin

1. Find en idé, som du oprigtigt ønsker at bruge al din fritid på de første to år.
 2. Hold din forretning på et så lavt omkostningsniveau som muligt, så du ikke får underskud.
 3. Sørg for at have de nødvendige kompetencer på forhånd, for du får ikke tid efterfølgende.
-

Først på med uniformen. Så ind i bilen og ud til borgerne. Susan Brink besøger sine klienter i deres egne hjem, når hun kører Sønderjylland rundt med sit nystartede firma.



Sønderjyllands første hjemmesygeplejerske

Susan Brink valgte tidligere i år at skifte den trygge hverdag med faste arbejdstider og gode kolleger ud med livet som privatsygeplejerske med eget firma.

Tekst **Pelle Lundberg Jørgensen** • Foto **Lene Esthave**

Idéen lå og boblede i maven i omkring et år, inden den endelige beslutning blev taget. Efter ni år som sygeplejerske på Sygehus Sønderjylland i Haderslev tog hun springet og startede egen virksomhed. Selvom det kan virke angstprovokerende at skulle starte noget op fra bunden, har hun indstillet sig på at give det den tid, det kommer til at tage.

”Jeg aftalte med min mand, at jeg skulle sige mit job op og committe mig 100 pct.,” siger hun.

Som første og eneste privatsygeplejerske i Sønderjylland er hun også bevidst om, at der måske kan gå lang tid før, at hendes forretning bliver en succes.

”Vi har aftalt at give det 18 måneder. Det er et sats, og viser det sig, at det ikke kan løbe rundt, så vil jeg ikke fortryde,” siger hun. Dog har hun ikke helt sluppet de gamle kolleger. Hun er blevet tilknyttet sin tidligere arbejdsgiver, hvor hun af og til har vikararbejde, når det passer ind i kalenderen. På den måde er der også mulighed for faglig sparring i det daglige, forklarer Susan Brink.

Det hele menneske

Forretningen går langsomt fremad, og Susan Brink fornemmer en efterspørgsel på hendes ydelser. Men der gik lidt tid, før at den sønderjyske befolkning fandt frem til hendes firma.

”De første to måneder var der ingen klienter. Og når jeg kigger tilbage, ved jeg heller ikke, hvad jeg havde forestillet mig,” griner hun. Men arbejde var der alligevel nok at se til. En masse administrativt arbejde. Der skulle f.eks. både styr på CVR-

nummer, forsikringer og hjemmeside. Noget som man ikke lærer på sygeplejeskolen. Derfor har Susan Brink brugt sin mand, der også har eget firma, som fast sparringspartner og hjælp i opstartsfasen. Udover det administrative har Susan Brink brugt og bruger meget tid på at gøre opmærksom på sig selv og sin forretning. Noget der ikke ligger hende helt naturligt.

”Det har været svært at gå fra at være lidt anonym, til nu at skulle sælge sig selv. Det har krævet lidt overvindelse,” fortæller hun. Der bliver stadig brugt flere timer dagligt på at ringe op til potentielle kunder og for at skabe et kendskab til Susan Brinks forretning. Det har indtil videre resulteret i private klienter, tilknytning til et hospice, tilknytning til et firma under kommunens fritvalgsordning som første privatsygeplejerske og hendes vikarjob i Haderslev. Og fremtiden ser da også lys ud, mener Susan Brink.

”Jeg tror, privat hjælp vil vinde frem. Der er mange, der ikke kan have en hverdag,

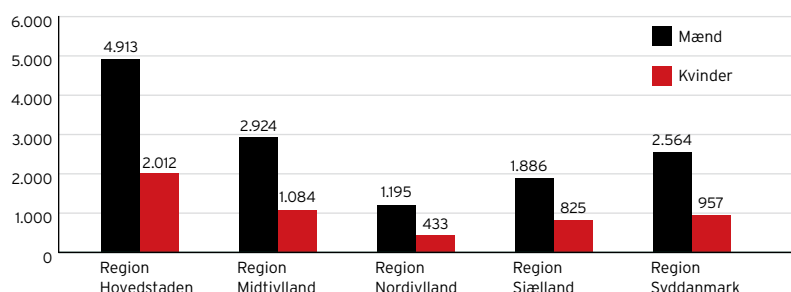
3 gode råd fra Susan Brink

1. Giv det noget tid. Sæt en tidshorisont og det fuldt ud. Resultaterne kommer ikke af sig selv.
2. Har du drømmen i maven, så gør det! Det er dumt at sidde om 10 år og fortryde noget, som du ikke gjorde. Tiden kommer ikke igen.
3. Allier dig med en, som kan hjælpe dig med det praktiske som f.eks. det administrative og en hjemmeside.

hvor kommunen kommer et sted mellem 10 og 12. Når de bestiller mig, så ved de præcis, hvornår jeg kommer. Og har de betalt for en time, så er jeg der en time. Også selvom de måske bare vil drikke kaffe,” fortæller Susan Brink og slutter af:

”Jeg vil gerne det hele menneske. Der skal være tid til omsorg, og det har jeg nu.”

Iværksættere efter region, 2008



Kilde: Kvindelige iværksættere - et statistisk portræt, Erhvervs- og Byggestyrelsen, 2011.

Familie og erfaring skaber succes

Netværk, nærmeste familie og en god portion erfaring fra branchen. Det er ingredienserne, hvis man vil have succes som iværksætter.

Tekst **Mille Dreyer-Kramshøj** • Illustration **Bob Katzenelson**



Vejen til at blive selvstændig er andre selvstændige. Netværk og videndeling med andre i samme situation har nemlig stor indflydelse på, om et nystartet firma bliver en succes.

”Det smarteste at gøre som ny, er at komme ind i et netværk med andre iværksættere. Når man har andre at dele erfaringer med, er der meget større sandsynlighed for, at man selv tager skridtet fuldt ud. Gennem netværket kan man få flere kontakter, og man kan fungere som moralsk opbakning for hinanden, hvis det i perioder er stressende,” siger adjunkt ved Det Samfundsvidenskabelige Fakultet på Aalborg Universitet, Kristian Nielsen.

Især i begyndelsen kan det være hårdt at starte virksomhed, og derfor er der også brug for familiens accept og opbakning.

”Den største udfordring er at få det til at hænge sammen. Der går meget tid med

3 råd til nystartede selvstændige

1. Hav opbakning fra ægtefælle og familie, så du kan gå 100 pct. ind i arbejdet.
2. Vær åben om, hvilken ydelse du vil stille til rådighed og få feedback fra dit netværk.
3. Vær åben for at ændre på idéen, for det gør det nemmere at ramme noget, der er efterspørgsel på.

Kilde: Adjunkt Kristian Nielsen, Institut for Økonomi og Ledelse, Det Samfundsvidenskabelige Fakultet, Aalborg Universitet.

Undgå faglig ensomhed

Hold fagligheden opdateret via sygeplejerskernes faglige selskaber. Her kan du indgå i netværk, der vedrører dine arbejdsområder. Der findes 35 selskaber, som tilbyder udvikling og refleksion med andre kolleger i hele landet. Du kan finde en liste over alle selskaber på Dansk Sygeplejeråds hjemmeside: www.dsr.dk/Sider/Faglige-Selskaber

På www.dsr.dk kan du også finde relevante kurser, foredrag og workshops på landsplan og lokalt i kredsene under menupunktet ”Kurser”.

praktiske ting som f.eks. at lave regnskaber, og derfor skal man have nogle personer tæt på, der støtter én i forløbet,” fortæller Kristian Nielsen.

Som iværksætter vil man opleve perioder, hvor man begraver sig i arbejde, for det kan være tidskrævende at være selvstændig, men det giver også arbejdsglæde.

”Forskning viser, at iværksættere arbejder rigtig meget, og ofte kunne de tjene mere på at være lønmodtagere. Til gengæld er de glattere for deres arbejde. Der er en særlig tilfredsstillelse forbundet med det at være sin egen chef, som overskygger den ringere løn,” siger han.

Sygeplejersker kan trække på deres erfaring

Kristian Nielsen har forsket i, hvordan man får succes som iværksætter, og udover net-

værk og opbakning fra baglandet er brancheerfaring også væsentligt for at klare sig godt.

”Vores egen forskning viser, at der er meget større sandsynlighed for at overleve og klare sig godt, hvis man har erfaring fra den branche, man starter op i,” siger Kristian Nielsen og fortsætter:

”Har man lang erfaring, har man typisk også et stort netværk at trække på. Man ved, hvem man skal gå til, hvis man vil have testet sin idé, og man ved, hvilke produkter og ydelser der er efterspørgsel efter. Det er sådan noget, der vil komme sygeplejersker til gode, hvis de starter inden for noget, der ligger tæt på det job, de har,” siger han.

Hjælp til opstart

Skal jeg momsregistreres? Hvordan laver jeg en forretningsplan? Er min idé god nok? Skal jeg beholde mit almindelige arbejde? Hvad med markedsføring?

Det kan være en stor omvæltning at starte ny virksomhed, uanset om det er som hoved- eller bibeskæftigelse. Der er mange juridiske, økonomiske og praktiske spørgsmål, der skal besvares, og det kan være svært at få det fulde overblik. På www.startvaekst.dk kan du finde svar på mange af spørgsmålene. Her kan du finde guider til, hvordan du kommer i gang, og også dit nærmeste væksthush, hvor du kan sparre gratis med en vækstkonsulent.

Få styr på reglerne først

Det kan være svært at gennemskue reglerne for, hvornår man er lønmodtager, hvornår man er selvstændig, og hvad man gør i forbindelse med f.eks. sygdom eller efterløn. I DSA sidder sagsbehandlere, der kan vejlede dig om selvstændig virksomhed.

Tekst **Mille Dreyer-Kramshøj** • Illustration **Bob Katzenelson**

Hobbykunstner, medhjælpende ægtefælle eller sygeplejerske med eget sygeplejefirma?

Det kan være kringlet at finde rundt i dagpengereglerne, når man har en hoved- eller bibeskæftigelse, der kan anses for at være en selvstændig virksomhed. Men det er vigtigt at have styr på juraen, fortæller sagsbehandler Lone Mortensen fra Danske Sundhedsorganisationers Arbejdsløshedskasse, DSA.

”I mange situationer vil man blive anset for at være selvstændig, hvis man er ansat hos sin ægtefælle. Det kommer bag på mange, fordi de betragter sig selv som lønmodtagere,” siger hun og fortæller, at de senere års kriser øgede ledighed har givet en større efterspørgsel efter vejledning fra a-kassen.

”Vi har haft mange ledige, som har gået med en drøm om at starte deres eget. I ledighedsperioden bliver det noget, de for alvor begynder at overveje,” siger Lone Mortensen.

Hun opfordrer til, at man danner sig et overblik over reglerne, før man starter som selvstændig.

”Det er vigtigt, at man er klar over, at man f.eks. selv skal tegne en forsikring, der dækker sygdom. Når man er lønmodtager, får man kompensation, men det gør

man ikke som selvstændig. Vi har oplevet et medlem, der havde brækket benet, som måtte gå på arbejde alligevel, fordi vedkommende ikke kunne få sygedagpenge. Det er en rigtig dårlig situation at ende i,” siger hun og fortæller, det også er vigtigt at huske at oplyse til a-kassen, hvis ens arbejds- eller livssituation ændrer sig.

”Det kan have stor betydning, hvis man er på efterløn og beslutter sig for at sælge de malerier, man laver, eller begynder en coachingvirksomhed. Selv om man ser det som en hobby, påvirker det retten til efterløn, og det skal man altid oplyse,” siger hun.

Kvindelige og mandlige iværksættere

- 19 pct. af de kvindelige iværksættere mod kun 4 pct. af mændene starter virksomhed inden for undervisning og sundhed.
- Kvinder har længere uddannelse og mindre erhvervs erfaring end mænd, når de starter virksomhed.
- Kvinder starter oftere end mænd virksomhed inden for en branche, de ikke har kendskab til.
- Hver 10. kvindelige iværksætter er enlig mor.
- Der er en højere andel af kvindelige end mandlige iværksættere, der er ledige eller uden for arbejdsstyrken, året inden de starter en virksomhed. Der er også en højere andel af de kvindelige iværksættere, der kommer fra den offentlige sektor. Men langt hovedparten af iværksætterne - uanset køn - kommer fra den private sektor.

Kilde: Kvindelige iværksættere - et statistisk portræt, Erhvervs- og Byggestyrelsen, 2011.

Vær opmærksom på

Skatteforhold

På Skats hjemmeside www.skat.dk/start-virksomhed kan du få mere information om tidsfrister, når man opretter virksomhed, og skatteregler for bi- og hovedbeskæftigelse. Her kan du også bestille tid til et vejledningsmøde.

Dagpenge

Driver du selvstændig virksomhed som hovedbeskæftigelse, kan du først få dagpenge, når du er ophørt i virksomheden. Når virksomheden er ophørt, kan du få dagpenge efter en tre ugers karenstid, hvis du opfylder de øvrige betingelser for dagpenge. Det vil bl.a. sige, at du skal stå til rådighed for almindeligt lønarbejde og skal opfylde et beskæftigelseskrav.

Sygdom

Ved sygdom har du mulighed for at få sygedagpenge fra din kommune efter to ugers sygdom. Du har mulighed for at tegne en frivillig forsikring, der giver ret til sygedagpenge fra første eller tredje sygedag.

Barsel

Som selvstændig har du mulighed for at få barseldagpenge fra Udbetaling Danmark. Barseldagpengene kan højst udgøre det maksimale dagpengebeløb. Pr. 1. januar 2014 træder en ny lov i kraft om en fælles barselsudligningsfond for selvstændige, der fra 1. september 2015 skal betale et bidrag på maks. 328 kr. årligt.

Kontakt DSA, hvis du er i tvivl

På DSA's hjemmeside dsa.dk kan du læse mere om reglerne under menupunktet Medlemsservice > Selvstændige. Du kan også kontakte DSA's selvstændig-gruppe, der vejleder om rettigheder og regler for selvstændige.

Akutpersonale lærer at nedtrappe konflikter

Region Hovedstaden sender i øjeblikket sygeplejersker og andet personale i regionens akutklinikker og -modtagelser på kursus i konflikthåndtering. Spild af tid, siger få kursister, mens langt hovedparten mener, at kurset giver dem nye redskaber og ikke mindst anledning til at reflektere over egne roller i en konflikt.

Tekst **Christina Sommer** · Foto **iStock**

Sådan skal du prioritere i en voldelig konflikt:

1. Dig selv
2. Dine kolleger
3. Patienterne

Kilde: Underviser på kursus i konflikthåndtering, juni 2013

Det seneste år har sygeplejersker og andet personale, som er fast tilknyttet Region Hovedstadens akutklinikker og -modtagelser, været på kursus i konflikthåndtering. Det tværfaglige kursus er bl.a. en konsekvens af den voldsomme episode, som udspillede sig på Odense Universitetshospital i august 2012, hvor flere end 60 unge stormede akutmodtagelsen.

Det fortæller Lene Funck Petersen, som er underviser og projektleder i Dansk Institut for Medicinsk Simulation (DIMS), der er en forsknings- og udviklingsenhed under Region Hovedstaden, og som står bag kurset.

"På baggrund af den hændelse lavede vi en analyse af omfanget af konflikter på regionens akutklinikker og -modtagelser. Og vi spurgte også ind til, i hvor høj grad personalet følte sig klædt på til at håndtere konflikter," siger Lene Funck Petersen.

At målgruppen lige præcis er akutklinikker og -modtagelser, er således ikke tilfældigt. Konflikter mellem mennesker opstår især i pressede eller uvante situationer, og analysen viste da også, at ca. halvdelen af svarpersonerne oplevede, at deres arbejde i nogen eller i høj grad er konfliktfyldt. Kun 65 pct. følte sig godt klædt på til at håndtere konflikter, mens endnu færre (57 pct.) følte sig i stand til at håndtere konflikter mellem andre parter.

"Analysen viste også, at det er de mindre hverdagskonflikter, der fylder. Episoden i Odense var og er heldigvis unik. Men vi kan gøre nok så meget for at forebygge hverdagskonflikter, f.eks. indføre mere information om ventetid, og alligevel aldrig undgå dem helt. I dag er det altså ikke kun bandemedlemmer, som laver ballade, der er mange helt almindelige patienter og pårørende, som mangler det filter, der gør, at man er høflig, tålmodig og har respekt over for personalet," fortæller Lene Funck Petersen.

Mere refleksion

Kurset foregår over to dage med ca. en måneds mellemrum. Undervisningen veksler mellem teoretiske oplæg om bl.a. konfliktens væsen, lovstof og kropssprogets betydning, men kursisterne kommer også selv på banen i en række workshops

Kropssprog

En uvidenskabelig undersøgelse viser, at der opstår flest konfliktfyldte episoder, når personalet fysisk kigger ned på patienten - eller omvendt.

Kilde: Underviser på kursus i konflikthåndtering, juni 2013

og simulationer, som tager udgangspunkt i konflikter fra deres egne arbejdspladser.

Og selvom det kan være grænseoverskridende at fortælle om konfliktfulde situationer fra sin egen hverdag, som man måske gerne ville have håndteret anderledes, og ikke mindst at "gennemleve" dem igen i en simulation, er Lene Funck Petersen imponeret over, i hvor høj grad kursisdeltagerne er villige til at åbne op og dele deres erfaringer.

"Mange af kursisterne er sygeplejersker, og det er tydeligt, at hovedparten virkelig vil gøre alt, hvad der står i deres magt for at give patienterne den bedste behandling, og derfor også undgå konflikter. De giver virkelig meget af sig selv både fagligt og personligt i simulationerne, selvom mange faktisk ikke er vilde med konceptet," siger Lene Funck Petersen.

Hun kan desuden fortælle, at tilbagemeldingerne fra de kursister, der indtil videre har gennemgået kurset, svinger lidt.

Hvordan kan du forebygge konflikter?

- Tænk en ekstra gang, før du reagerer
- Forsøg at sætte dine følelser ud af spil
- Forsøg at sætte dig i patientens sted
- Tal patienten ned ved at være afslappet, have øjenkontakt og stille åbne HV-spørgsmål
- Vær imødekommende
- Vær bevidst om formelle og uformelle spilleregler på arbejdspladsen

Kilde: Undervisere på kursus i konfliktåndtering, juni 2013

"Nogle siger, at de vidste det hele i forvejen: "Der er ikke noget, der virker, jeg tager hjem og gør, som jeg plejer." Hovedparten melder heldigvis tilbage, at de har fået nogle rigtig gode redskaber med hjem og er begyndt at reflektere mere over, hvordan de håndterer konflikter," siger Lene Funck Petersen.

Vi har været for flinke

Sygeplejerske Lotte Egeskov fra Akutklinikken på Frederiksberg Hospital deltog på kurset i juni. Hun har mange års erfaring som skadestuesygeplejerske og har derfor også været på en del lignende kurser. Alligevel er hun glad for at have været af sted sammen med sine kolleger.

"Jeg har egentlig ikke lært så meget nyt, men der er brug for sådan et kursus. Vi har nærmest dagligt episoder, der kan udvikle sig til større konflikter og voldelige episoder, og her er det godt at have de rigtige redskaber til, hvordan vi kan undgå eller nedtrappe konflikterne. Og det er en rigtig god idé, at alt personale deltager, det giver os det samme udgangspunkt at tale ud fra," siger Lotte Egeskov.

Frederiksberg Akutklinik har faktisk nedskrevne handleplaner for, hvem der gør hvad, hvis en konflikt udvikler sig voldsomt, men som Lotte Egeskov understreger, er det ikke alt, man kan nedfælde regler om.

"F.eks. er vores tolerancetærskler vidt forskellige fra person til person og også fra dag til dag. Den ene dag kan man måske godt acceptere at blive kaldt luder, men ikke den anden. Jeg kunne også forestille mig, at vi med udgangspunkt i kurset alle går hjem og diskuterer nogle etiske retningslinjer for, hvad vi vil finde os i fra patienter og pårørende. De har i de senere år fået meget lang snor i forhold til, hvad vi f.eks. vil finde os i at blive kaldt. Vi har været for flinke," siger Lotte Egeskov, som dog undrer sig over, hvorfor lægerne ikke deltager på kurset.

Til det svarer Lene Funck Petersen:

"Nogle af holdene er der faktisk læger på. Kurset er et tilbud til alt personale, der

Det vil kursisterne bl.a. arbejde videre med på arbejdspladserne:

- Blive mere bevidste om de uskrevne regler
- Vil skrive uformelle regler ned
- Informere løbende om ventetid
- Lave konkrete retningslinjer og handleplaner for, hvem der gør hvad, hvis konflikter spidser til
- Lave rollespil om konflikter, så alle bliver klar over, hvem, der skal gøre hvad

Kilde: Kursister på kursus i konfliktåndtering, juli 2013

er fast tilknyttet akutklinikker og -modtagelser, f.eks. lægesekretærer, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, portører og læger. Men det er op til de enkelte afdelingsledelser, om det skal være obligatorisk."

Kurset fortsætter hen over efteråret og også ind i det nye år, indtil alle medarbejdere har haft mulighed for at deltage.

Johanna Thielst er født i 1945 og uddannet på Sygeplejeskolen ved Rigshospitalet i 1970. Hun var på Sygeplejehøjskolen i Aarhus, pædagogisk linje, fra 1985 til 1986 og tog en uddannelse som kunstterapeut fra 1993-1996. Har arbejdet som basissygeplejerske og sygeplejelærer fra 1970 til 2010. Herefter har Johanna Thielst arbejdet med at skrive. Hun fik udgivet sin første skønlitterære bog i 2012 og skriver fortsat.



Den digitale omsorgsudøver

Hver gang Niels var indlagt, standsede han om og om igen uden for vagtstuen og afleverede sine udsagn om, at vi, personalet, ikke ville have nogen gang på jorden uden ham og de andre patienter. Vagtstuen bestod af armeret glas uden vinduer ud til det fri. Til gengæld kørte udsugningen konstant. Af og til, når man med ét lagde mærke til lyden, følte man sig hensat til et mægtigt skib. Når Niels en rum tid havde stået og betragtet os gennem glasvæggen, mens vi sad og arbejdede ved hver vores skærm, åbnede han døren på klem og kastede arrigt sine ord ind gennem dørsprækken. "Er I klar over, at hvis vi ikke var her, så ville I ikke have noget arbejde. I burde sådan set være taknemmelige." Og han fortsatte med at undre sig over, hvorfor vi sad der og skrev og skrev. Skulle vi ikke hellere tage os af patienterne i afdelingen? Var det i grunden ikke det, vi var uddannede til? Så smækkede han hårdt med døren og stod lidt og gestikulerede, inden han stoppede sin pibe og gik ud i den lukkede have og røg, selv om det sneede. Lidt senere kunne han komme forbi igen og gentage proceduren."I ligner dyr i et glasbur. Eller fisk i et akvarium. I tager helt fejl, når I tror, det er os, patienterne, der er lukket inde. Når det kommer til stykket, er det jo jer."

Et af de første tegn, der fik mig til at forstå, at mit 40-årige arbejdsliv var ved at nærme sig sin afslutning, var, at jeg greb mig i at tænke, at han havde ret. Det næste symptom var, at jeg mærkede, hvordan min arbejdsglæde umærkeligt skrumpede. Jeg syntes, at jeg var ved at blive en digital omsorgsudøver, der skulle dokumentere alt, hvad der blev udført, udfylde skemaer og give point på en skala fra 1 til 10. Så var der fænomenet personaletræning. Bare navnet fik mig til at føle mig som en hund eller "et dyr i et glasbur". Det kan meget vel være, at Thomas Kuhn vender sig i sin grav, når jeg vrider hans teorier, så de passer ind i mit kram; men når jeg gør det, forstår jeg bedre, hvad det hele har handlet om: Min sygeplejerskeidentitet var udsat for et paradigmeskifte, som jeg ikke kunne finde mig til rette i. Når der over tid sker en markant ændring af opfattelse og/eller praksis, kræver det (undskyld udtrykket) nosser at holde balancen og udvikle nye ressourcer. Og kan gamle hunde lære nye kunster? Gå fra orden til kaos. Fra stabilitet til forandring. Fra kontinuitet til fleksibili-

tet. Fra vedligeholdelse til innovation. Fra hvordan-spørgsmål til hvad-spørgsmål. Fra det lineære til det omskiftelige. Fra det statiske til det dynamiske etc.

Selvfølgelig kan gamle hunde lære nye kunster. Men det tager længere tid og kræver lyst og begejstring. Som den gamle hund jeg er, kan jeg ydermere ikke lade være med at tænke, hvor altafgørende det er ikke at kaste alt væk, ikke sluge alting rådt. Hvad sygepleje handler om, er i bund og grund at forholde sig empatisk til liv, lidelse og død. Uden at stagnere. Uden at brænde ud.

Sidste vinter mødte jeg Niels på gågaden. Han stod og kradsede sin pibe ud. Det sneede lidt, og han havde snefnug i håret. Da han fik øje på mig, hilste han overstrømmende, som var jeg en kær gammel ven. Han inviterede mig på en kop kaffe og fortalte, at han havde fået det rigtig godt efter sidste indlæggelse, og at han var meget taknemmelig for den omsorg, han havde modtaget. Han var fuld af respekt for tålmodigheden og venligheden, vi, plejepersonalet, havde mødt ham med. Det havde betydet meget for ham, sagde han.

” Hvad sygepleje handler om, er i bund og grund at forholde sig empatisk til liv, lidelse og død. Uden at stagnere. Uden at brænde ud.

Johanna Thielsts første bog "Dunhammerne spidder himlen" fra 2012 blev omtalt i Sygeplejersken nr. 8/2013 side 37.

"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.

Forebyg at opsparingen skrumper...

– og få mere sul på pensionen



Din pensionsopsparing bliver påvirket af ændringer i dit arbejdsliv.

På pka.dk/mer kan du se, hvilke situationer der øger dit behov for at spare mere op, og hvilken forskel en supplerende pensionsopsparing kan gøre.

www.pka.dk/mer

pka



Sammen giver
vi mere tilbage

Sygepleje uden manual

Randi Negendahl og Jette Berg har hjemløsemiljøet i København som arbejdsplads. Jobbet i Region Hovedstadens psykiatriske gadeplansteam er sker på de hjemløses præmisser.

Tekst **Trine Kit Jensen** • Foto **Søren Svendsen**

De banker på, venter lidt – og banker igen. Men døren til værelse 303 på herberget i Hillerødgade forbliver lukket.

”Thomas. Det er Randi og Jette. Vi kommer lige ind,” lyder det så, mens døren bliver låst op med den nøgle, de på vej op har hentet i receptionen.

Værelset er tomt. Så Randi Negendahl lægger medicinen på sofabordet og skriver en lille hilsen. Sammen med Jette Berg tager hun derefter trappen ned for at give personalet et brev til en ung fyr. Han er bruger af herbergets natcafé, hvor hjemløse overnatter i et køjerum eller på madrasser på gulvet. Den unge mand har sagt ja til at møde gadeplansteamets psykiater, men har ingen mobiltelefon, så brevet giver besked om, hvornår lægen kommer forbi.

Det team, de to sygeplejersker er del af, har base på Psykiatrisk Center Hvidovre. Men de opererer på de hjemløses egen banehalvdel. I tæt samspil med hjemløsetilbuddene i Københavns Kommune opsøger og hjælper de psykisk syge, som ikke i forvejen har kontakt til det psykiatriske system eller er droppet ud. Målgruppen lever et liv, der er så kaotisk, at traditionelle tilbud ikke rækker. Derudover kan de hjemløse have dårlige erfaringer fra tvangsindlæggelser eller skræmmebilleder af psykiatrien, der gør dem svære at nå.

”Der kan gå lang tid, før de bare siger ”hej”. Men vi bliver ved med at vise os. På et tidspunkt har de måske brug for at få skiftet en forbindelse, og det kan så nogle gange bane vej,” fortæller Jette Berg.

Smadret gebis

Da Thomas pludselig dukker op, viser det sig, at han ikke har spist i flere dage. Dele af gebisset er smadret. Jette Berg spotter en pose tomme flasker og bliver enig med ham om, at flaskerne nok giver råd til noget yoghurt. Imens ringer Randi Negendahl til hans sagsbehandler i kommunen for at få

aftalt et tandlægebesøg, og Thomas får et klippekort, så turen ikke skal koste en bøde for at køre ”på røven”.

”Hvis man kan tale om helhedssygepleje, så er det her,” siger Randi, mens de to sætter kursen mod Morgencaféen, der er næste destination.

Her møder de en broget, gemytlig flok. Men miljøet kan være råt. Det er dog ikke eneste grund til, at de i alt seks menige sygeplejersker i teamet bevæger sig rundt parvis.

”I et job uden manual er det en vældig styrke, at vi undervejs kan bruge hinanden til faglig sparring. Det er også meget sårbare mennesker, vi har med at gøre, og de skal ikke overlades til fremmede ved ferie og sygdom,” fortæller Jette Berg.

Fra caféen går turen til Amager med medicin og en blomst til Kjeld, der netop har fået lejlighed. Han lider af skizofreni og var ved første kontakt så syg, at han måtte indlægges. Sygeplejerskerne aftalte med hospitalet, at han ikke blev udskrevet, før en bolig stod klar, og nu holder de kontakt, indtil et opsøgende psykoseteam kan tage over.

Jette Berg siger:

”Den historie er et eksempel på, at det rykker, når alle instanser løfter i flok, og så giver vores arbejde for alvor mening.”

Den bedste oplevelse med en bruger?

”En hjemløs på herberget i Hillerødgade var fra starten meget nysgerrig, men afvisende over for at tale med os. På et tidspunkt var der en lille pause i vores besøg. Da vi kom tilbage, spurgte han, hvor vi havde været. Han sagde også, at det var godt, vi var der, fordi der sikkert var rigtig mange, som havde brug for hjælp. Det var bare superfedt, og måske får han snart mod på selv at komme til os.”



Kirkens Korshærs herberg i Hillerødgade er et af de steder, der får besøg af det psykiatriske gadeplansteam. Her banker Jette Berg på hos Thomas på værelse 303.



Når sygeplejerskerne bevæger sig rundt to og to, er det bl.a. af sikkerhedshensyn. Men endnu har de ikke oplevet at føle sig truet. Ude i miljøet lægger de vægt på at opføre sig som gæster, og på egen banehalvdel. De hjemløse kan gå deres vej, hvis de ikke vil snakke.



Randi Negendahl kom til gadeplansteamet fra en akut hjertemedicinsk afdeling, mens Jette Berg bl.a. har arbejdet i Projekt Socialsygeplejerske. De to er glade for at have hinanden som faglige sparringspartnere i et job, hvor der ofte skal improviseres.



Udover at komme forbi med medicin hjælper sygeplejerskerne bl.a. Kjeld med at holde styr på aftaler. Her er det en tid til øjnlæge, der plottes ind i kalenderen.

Kjeld lider af paranoid skizofreni. I 11 år har han ikke haft egen bolig og har bl.a. sejlet rundt i en båd. Efter en lang indlæggelse på Bispebjerg Hospital er han nu flyttet i lejlighed på Amager, og indtil et opsøgende psykose-team kan tage over, sørger Randi Negendahl og Jette Berg for at holde tæt kontakt.



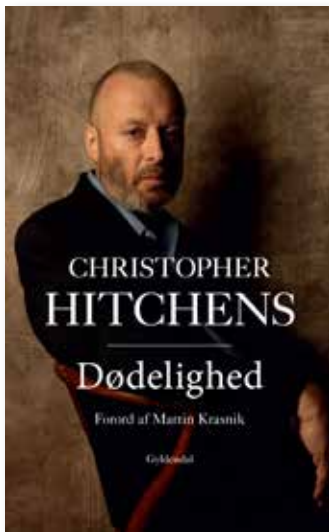
Det er ikke kun psykiske lidelser, gadeplansteamet tager hånd om. Hos Thomas på herberget i Hillerødgade er de kunstige tænder lagt på hylde efter et ødelæggende møde med badeværelsesgulvet. Så et tandlægebesøg haster.



Når kroppen slår over fra ven til fjende

En supersarkastisk bog om at dø skrevet af en mand, der er midt i processen. Christopher Hitchens var kendt som en skrap og kontroversiel journalist, der holdt foredrag her og der og alle vegne, indtil han uventet en junimorgen vågner op med en fornemmelse af at have cement i brystkassen. Det blev begyndelsen til enden, hvor kræftsygdom i spiserøret metastaserede sig og bl.a. berøvede Hitchens evnen til at tale. Den intellektuelle journalist skrev i stedet. I bogen får man hans betragtninger om omverdenens reaktion på hans tilstand, bl.a. skriver han, at han ofte får Leonard Cohen-cd'er forærende, fordi mange åbenbart anser det for at være en passende gave til en døende.

Når Hitchens får stillet spørgsmålet "Hvordan går det?", svarer han f.eks. "Det er lidt for tidligt at afgøre", eller "Jeg har vist kræft i dag". Han beskriver egne reaktioner på svær sygdom, bl.a. at familie, venner og professionelle gerne må være direkte og ærlige, men også at



Christopher Hitchens

Dødelighed

Gyldendal 2012

128 sider - 149,95 kr.

der er grænser. Selv om de rammer plet i deres vurderinger af Hitchens' situation, vil han gerne have lov til selv at dosere sandhederne og ikke mindst sige dem højt.

Bogen er spækket med henvisninger til litteratur og poesi, men giver også et godt indblik i behandling, håb og at leve døende, som Hitchens gjorde af al magt.

Af Jette Bagh,
fagredaktør, Sygeplejersken.

KORT NYT OM BØGER

Jeanne Dalgaard m.fl.

Laboratorium

Sprog for tro

Aros Underviser 2013

60 sider - 249 kr.

"Tro er ikke en privatsag, men noget vi kan tale om og udforske – og derved blive klogere på os selv og hinanden." Sådan hedder det i forlagets omtale af denne bog.

Inden for den palliative sygepleje taler man ofte om åndelig omsorg, så måske kan bogen være en hjælp til at tage hul på et emne, det falder mange sygeplejersker svært at tale om. I laboratoriet eksperimenteres der gennem den gode, meningsfulde samtale, og eksperimentet styres af en igangsætter/facilitator. Rammer, metode, spørgsmål og opgaver er grundigt beskrevet, så bogen er afgjort en brugsbog, der kan kvalificere f.eks. sygeplejersker til at blive mere bevidste om egen tro og tvivl og dermed tydeligere i deres kommunikation med patienter og borgere om emnet.

(jb)

Lone Hersted

Kenneth J. Gergen

Relationel ledelse

Dialogisk baseret samarbejde

Mindspace

214 sider - 208 kr.

Gennem dialoger illustreres, hvordan leder og medarbejdere kan komme på kant og genoprette balancen. Relationen mellem leder og medarbejder er væsentlig, og ordvalg og vinkel på et problem – eller en udfordring, som det hedder på nudansk – kan betyde en afgørende forskel på, hvordan dialogen slutter. Konflikter i en organisation eller i en virksomhed skal ikke opfattes som en trussel, men som en naturlig følge af at mennesker arbejder sammen. Lederen opfordres faktisk til at indbyde til uenighed ved at sige:

"Lad os undersøge alle de måder, vi kan betragte dette på ..." Hver enkelt medarbejder kan på den måde give sin mening til kende, uden at lederen nødvendigvis fortæller, hvad hun synes.

(jb)

Mette Reinhardt Jakobsen

Brugbar brugerinddragelse

Stil krav til den kvalitative metode

Frydenlund 2013

111 sider - 199 kr.

Opskriften på en gennemarbejdet og kvalitativ brugerundersøgelse kan fås i denne håndbog. Den er enkel og let at forstå, og målgruppen er virksomheder, foreninger og politiske organisationer, men også studerende på videregående uddannelser kan med fordel læse den. Mener forlaget. Og det er på sin vis rigtigt. Den kan læses som et supplement til tungere litteratur om metode eller som et resume, men virksomhedsvinklen er dominerende, så kunde og produkt skal oversættes til patient og pleje i det sundhedsfaglige hoved, hvis indholdet skal give mening.

(jb)

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

hstid

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 • www.silentia.dk



BackUp Helsepersonell

Et kompetanseorientert bemanningsbyrå
der arbeidsgiveransvaret har høyeste prioritet.
Vi forvalter arbeidstakers kompetanse og
rettigheter etter Best Practice-prinsippet.

Norge trenger deg!

- reis med BackUp Helse du også.

Vi søker:

- Sykepleiere
- Helsefagarbeidere
- Sykepleierstudenter
- Medisinstudenter
- Odontologisk personell

Vi tilbyr:

- Kostnadsfri bolig*
- Kostnadsfri reise*
- Kostnadsfritt medisinskurs*
- Kostnadsfri autorisasjon*
- God tariffharmonisert lønn*
- Sommerbonus fra 1. time*

Lønnsutbetaling hver 14. dag

BackUp Helse har i sommer inngått rammeavtale med 6 kommuner i Oslo-området, samt med UiO - Universitet i Oslo (klinikkjenester).
Meld din interesse i dag!

* Kontakt oss for mer info om betingelser!



Tlf. +47 22 17 22 17
post@backup-helse.no
24/7 Service

www.backup-helse.no

BackUp[®]
Helsepersonell

- ALLTID DER -

Aladdins hule

Tekst og foto Simon Klein Kludsen



Hanne Jönsson på 70 år er lidt modvilligt blevet hevet op af sin trygge kørestol og lige lukket ind i Aladdins hule og sammen med sygeplejerske Kaj Søe-Jensen (tv.) og fysioterapeut David Blazek. Hun bor på Betaniahjemmet på Frederiksberg, som denne dag er et sammensurium af farver, man kun kan blive glad af, søde dufte fra bazaren, glade toner fra lirekassemanden og kaffe/kage af muselmalede kopper. For en livslang trænet ryger af røde Prince burde lidt vandpibetobak ikke være den store udfordring, men Hanne Jönsson bliver alligevel en smule svimmel. "Er I sikre på, det ikke er fjolletobak det her?" griner hun. Hanne Jönsson har boet på hjemmet i seks måneder og er allerede meget glad for stedet, aktiviteterne og personalet.



I Grønland føler jeg mig uundværlig

56-årige June Humphrys arbejder i øjeblikket i Grønland for anden gang. Som anæstesi-sygeplejerske på Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk står hun ofte alene med store beslutninger, og på de såkaldte kystrejser og evakueringsture bliver hun udfordret til fagligt at tænke kreativt samtidig med, at hun nyder den fantastiske og vilde natur.

Tekst **Christina Sommer** • Foto **Privat**

I 2011 søgte den nu 56-årige June Humphrys orlov fra sit job som anæstesisygeplejerske på Abdominal Centret på Rigshospitalet for første gang. Hendes datter var fløjet fra reden, og da hun nogle år tidligere var blevet skilt, trængte hun til luftforandring, både professionelt og privat. At rejse ud som sygeplejerske var dog ikke nyt for June Humphrys, som flere gange har taget vikariater af nogle ugers varighed i Norge. Men denne gang søgte hun til Grønland, hvor hun fik job som anæstesisygeplejerske på landets største hospital, Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk. Efter 10 måneder vendte hun dog tilbage til Danmark og sit job på Rigshospitalet, bl.a. fordi hendes datter skulle giftes. Men hun var på ingen måde færdig med Grønland, og i begyndelsen af i år søgte hun orlov igen, endnu en gang for at arbejde som anæstesisygeplejerske på Dronning Ingrid's Hospital. June Humphrys er uddannet sygeplejerske fra Hvidovre Sygeplejeskole i 1980. Hun har tidligere arbejdet på bl.a. en skadestue og er uddannet intensiv- og anæstesisygeplejerske. Hun bor p.t. i en lejlighed i Nuuk, som hospitalet stiller til rådighed.

Hvorfor tog du til Grønland?

"Jeg har ofte tænkt, at det kunne være spændende at arbejde i Grønland. Men det har aldrig rigtig passer sammen med familieplanerne før i 2011. Allerede da jeg kom hjem efter

mit første ophold, kunne jeg dog mærke, at jeg ville af sted igen. Det var faktisk lidt svært at komme hjem, selvom det var skønt at se min familie, veninder og kolleger igen. Men der er et eller andet ved Grønland, der fascinerer mig. Landet har en utrolig spændende kultur, her er fantastisk smukt, vi har den reneste luft, og grønlænderne er et meget taknemligt og positivt folkefærd. Der er et andet nærvær, og jeg føler mig på en eller anden måde mere uundværlig som anæstesisygeplejerske her end på Rigshospitalet, hvor mange andre og meget dygtige kolleger "sagtens" kan erstatte mig. Men misforstå mig ikke, jeg er også meget glad for mit job og kolleger i Danmark."

Var det svært at få autorisation og job?

"Nej faktisk ikke. Som dansk uddannet sygeplejerske er det en formsag at få grønlandsk autorisation. Og jeg har begge gange fået det job, jeg søgte, men jeg er jo også gammel i gårde og har en del erfaring. Det kan måske være sværere at få job som helt ung og nyuddannet, der er mange ting, man selv skal beslutte, og det kræver en vis erfaring. Men jeg vil anbefale alle at tage herop og blive her længere end bare et par måneder, også selvom man har familie og små børn."

Hvad har været det sværeste?

"Det er svært at være væk fra mine gamle veninder og min familie - jeg er lykkelig for

Skype! Og så er jeg ked af, at jeg ikke kan sproget. Det er meget svært at lære, og der findes ikke deciderede sprogkurser. I Nuuk taler mange dansk, men det primære sprog er grønlandsk, og mange af de patienter, der flyves ind til Nuuk fra de små bygder, kan kun grønlandsk. Jeg kan godt sige velkommen til, har du kvalme etc., men ellers bruger vi tolke, og mine grønlandske kolleger hjælper også. Med årene er jeg blevet god til at aflæse, hvordan patienterne har det gennem kropssproget. Sidst jeg var heroppe, arbejdede jeg desuden i to måneder på et lille hospital i Qaroqtoq i Sydgrønland, som har ca. 2.500 indbyggere. Jeg var den eneste anæstesisygeplejerske, og selvom jeg kunne konferere telefonisk med anæstesilægen i Nuuk, stod jeg alene med rigtig mange opgaver og beslutninger. Jeg skulle også lave anden sygepleje, f.eks. på skadestuen, hvor en opgave kunne være at få en fiskekrog ud af en arm, og pludselig blev jeg også kaldt til en fødsel. Jeg fortryder det ikke, men det er det hårdeste job, jeg nogensinde har haft, og jeg må erkende, at jeg trives bedst på lidt større hospitaler."

Hvad har været det bedste?

"Som fastansat kommer jeg jævnligt af sted på såkaldte kystrejser, en slags specialrejser, til små bygder i hele landet. Her samler man typisk 18-20 patienter in-



Dansk Sygeplejeråd
Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
Danmark
Att: Sygeplejersken



den for samme speciale, f.eks. øre-næsehals eller gynækologi, og så kommer vi (to anæstesisygeplejersker eller en anæstesisygeplejerske og en læge) til dem, i stedet for at de skal transporteres til Nuuk. Det er både billigere og mere effektivt. Vi låner det lokale sygehus' faciliteter, men har selv udstyr med. Andre gange bliver jeg sendt af sted på evakueringsrejser, hvor jeg og typisk en læge henter patienter, der er luftvejs- eller helbredstruede. Transporten foregår oftest med et fly, hvor der er strøm og ilt om bord, men hver gang vi skal af sted, skal vi alligevel pakke en masse udstyr, f.eks. transportrespirator, monitor, ilt- og medicinpumper, men også varmetæpper og gaffatape. Flyveturene kan være ret turbulente, og så er det godt at tape tingene fast på patienten. Har vi glemt eller overset noget, må vi løse problemet på stedet, og det er en af de faglige udfordringer, jeg også kan lide. Rejserne er en unik måde at opleve landet og dets spændende kultur på. Jeg har flere gange stået og tænkt "tænk, at jeg får penge for at være her". Socialt trives jeg også. Vi er mange i samme båd og er derfor åbne over for at møde nye mennesker."

Kan du beskrive den største faglige forskel?
"Som anæstesisygeplejerske i Danmark er jeg vant til altid at have en anæstesi-

læge med mig. Sådan er det ikke her, vi kan altid ringe til en anæstesi-læge, men oftest klarer vi stort set alle anæstesier selv. Så fagligt har jeg meget mere ansvar, jeg får virkelig lov til at bruge mine kompetencer. Og så synes jeg, at grønlænderne har en anden mentalitet end danskerne. De er meget ærekære, taknemmelige og positive. De søger ikke så mange informationer selv, som f.eks. danske forældre kan gøre, når jeg skal bedøve børn. De har tit sat sig ind i det hele og kan faktisk være meget kritiske. Grønlænderne accepterer, hvad der skal ske, og stoler på os. Groft sagt piber de ikke så meget, mange af dem er vant til en hårdere omgangstone og et hårdere liv. Der kan næsten være for meget nursing og omsorg i Danmark nogle gange."

Skal du tilbage til Danmark igen?

"På et eller andet tidspunkt ja. Mine forældre er gamle, og jeg er også meget ærekær i forhold til mit fag forstået på den måde, at jeg bliver nødt til at komme tilbage i mit job på Rigshospitalet for at kunne følge 100 pct. med i mit speciale. Rigshospitalet er jo et meget forsknings-tungt sted. Da jeg kom tilbage fra Grønland første gang, kunne jeg godt mærke, at det tog lidt tid for mig at komme helt

op på beatet igen. Omvendt er jeg også 99,9 pct. sikker på, at jeg vil af sted igen og ikke nødvendigvis til Grønland. Men nu må vi se. Aldersmæssigt er jeg et sted, hvor jeg skal til at beslutte, hvad jeg vil med resten af min karriere - om jeg vil pensioneres, mens jeg arbejder i Danmark eller udlandet."

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 vikariater hos vores naboer mod nord trukket i mange, men der er også danske sygeplejersker i mange andre fjernere egne. Sygeplejersken har talt med nogle af dem om deres historie og erfaringer, dette er det sidste interview af indtil videre i alt tre. De to andre har været bragt i Sygeplejersken nr. 9 og 10, 2013. Har du selv udlængsel, kan Dansk Sygeplejeråd hjælpe med gode råd og vejledning. Klik ind på www.dsr.dk/jobudlandet

Overdødelighed blandt psykisk syge skal ned

En psykisk syg borger kan forvente at leve 20 år kortere end resten af befolkningen. Den forskel skal reduceres, mener Dansk Sygeplejeråd, der vil have screening for somatiske sygdomme og bedre indsats mod livsstilssygdomme hos psykisk syge.

Tekst **Andreas Rasmussen**

En psykisk sygdom koster i gennemsnit 20 år af patientens liv. Så stor er forskellen i gennemsnitslevealderen nemlig mellem psykisk syge og resten af befolkningen. Står det til Dansk Sygeplejeråd, skal det tal nedbringes hurtigst muligt.

“Det er forfærdeligt, at psykisk syge medborgere skal betale prisen for, at sundhedssystemet ikke er indrettet til at håndtere dem. Havde der været tale om en anden patientgruppe, hvor overdødeligheden var så markant, så havde vi for længst set resolut handling fra politikerne,” siger Dorte Steenberg, næstformand i Dansk Sygeplejeråd.

I et udspil fra Dansk Sygeplejeråd på psykiatriområdet er nedbringelse af overdødeligheden blandt psykisk syge et af de seks hovedtemaer.

“Årsagerne til overdødeligheden er underbelyst i forskningen. Derfor må vi have mere viden,” siger Dorte Steenberg og fortsætter:

“Det er vigtigt at se på, hvordan vi opdager somatiske sygdomme hos psykiatriske patienter og f.eks. har kommunale tilbud til psykisk syge, der gennemgår operationer, så de ikke skal klare sig alene i hjemmet. Og så skal vi have et skærpet samfundsblik på, at dét at være alvorligt psykisk syg også kan betyde ensomhed og isolation.”

Pårørende bakker op om DSR-forslag

Hun får opbakning fra SINDs formand, Knud Kristensen, der er “meget, meget positiv” overfor Dansk Sygeplejeråds forslag til nedbringelse af overdødeligheden blandt psykisk syge.

“Der sker i dag både en underdiagnosti-

cering og en underbehandling af de psykisk syge. Det første skyldes bl.a., at symptomer på fysiske sygdomme overses eller fejltolkes som værende udtryk for en psykisk lidelse,” fortæller han.

Han bakker også op om Dansk Sygeplejeråds forslag om øget forebyggelse:

“Det er oplagt at tage fat i livsstilssygdommene og indføre f.eks. obligatoriske tilbud om rygestopkurser til psykisk syge.”

Omkring 40 pct. af overdødeligheden skyldes selvmord. 60 pct. skyldes somatiske sygdomme.

Sådan skal overdødeligheden nedbringes

Dansk Sygeplejeråds psykiatriudspil indeholder bl.a. forslag om, at:

- der skal udarbejdes kliniske retningslinjer for tidlig opsporing af somatiske sygdomme hos psykisk syge
- psykisk syge med fysiske sygdomme skal have bedre adgang til behandling og pleje. Det kan f.eks. være i form af flere bo- og plejemuligheder
- der skal igangsættes en målrettet indsats for forebyggelse blandt psykisk syge for at øge middellevetiden. F.eks. skal der i alle Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker indgå forslag om, hvordan indsatsen kan målrettes psykisk syge
- det skal sikres, at børn af psykisk syge får den rådgivning og støtte, de har krav på i forbindelse med indlæggelse og behandling af deres forældre.

Jeg er alkoholiker – men jeg drikker ikke mere

Ole "Bogart" Michelsen

Minnesota-behandling har hjulpet tusinder 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

Artikelserie om psykiatrien

Henover efteråret bringer fagbladet Sygeplejersken en artikelserie om forholdene i psykiatrien.

Artikelserien vil bl.a. indeholde historier om 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”.

Læs hele psykiatriudspillet på
www.dsr.dk/psykiatriudspil

Danskerne: Psykisk syge får dårligst behandling

Psykiatrien ligger i bund, mens hjerte- og kræftpacienter får den bedste behandling, når danskerne bedømmer sundhedsvæsenet.

Tekst **Søren Olufsen** • Analyse **Morten Bue Rath**

Hvis man spørger danskerne, hvordan de vurderer pleje og behandling af psykisk syge, så svarer hver femte, at den er decideret dårlig, mens kun 13 pct. mener, at den er god. Det viser en ny undersøgelse foretaget af Megafon for Dansk Sygeplejeråd.

”Lange ventelister. Tidlig udskrivning af patienter uden den nødvendige opfølgning. Det har været virkeligheden mange steder i psykiatrien igennem flere år. Og det rammer både patienter og de engagerede medarbejdere, som kæmper med alt for få ressourcer,” siger Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd, og fortsætter:

”Nu har sundhedsministeren sat gang i en række positive initiativer, som skal medføre ligestilling mellem fysiske og psykiske lidelser. Men det er helt nødvendigt, at der sker vedholdende prioriteringer af området, og at der følger nye penge med, så psykiatrien for alvor styrkes.”

I undersøgelsen forholder danskerne sig til seks store sundhedsområder, og mens psykiatrien kommer ind på en klar sidstepads, får hjerte- og dernæst kræftbehandling den bedste vurdering.

57 pct. af danskerne mener, at hjertebehandling er god, og kun 2 pct. vurderer den til at være dårlig. 51 pct. mener, at kræftbehandling er god, mens 8 pct. betegner den som dårlig.

Psykiatrien skal moderniseres

Formand for Danske Regioner, Bent Hansen (S), erkender, at psykiatrien har et økonomisk efterslæb i forhold til de sundhedsområder, der ligger bedre placeret i undersøgelsen.

Han mener dog ikke dermed, at der skal tages ressourcer fra hverken hjerte- eller

kræftbehandling til fordel for psykiatrien:

”Vi bliver ældre og ældre, og det betyder også, at flere får kræft og hjertesygdomme, så der skal ikke skrues ned for det. Men vi skal løfte og modernisere psykiatrien yderligere, og det kræver flere penge. Der er mange af de psykiatriske hospitaler, som er over 100 år gamle, og de er slet ikke gearet til de patientudfordringer, vi har i dag,” siger han.

1.074 danskere har deltaget i undersøgelsen.

Seks sundhedsområder vurderet

Sådan bedømmer danskerne pleje og behandling for seks sundhedsområder.

- Hjerte: 57 pct. god. 18 pct. hverken god eller dårlig. 2 pct. dårlig. 23 pct. ved ikke.
- Kræft: 51 pct. god. 23 pct. hverken god eller dårlig. 8 pct. dårlig. 18 pct. ved ikke.
- Skadestue: 41 pct. god. 37 pct. hverken god eller dårlig. 15 pct. dårlig. 8 pct. ved ikke.
- Kroniske patienter: 40 pct. god. 30 pct. hverken god eller dårlig. 4 pct. dårlig. 26 pct. ved ikke.
- Ældre patienter: 32 pct. god. 40 pct. hverken god eller dårlig. 16 pct. dårlig. 13 pct. ved ikke.
- Psykiatrien: 13 pct. god. 37 pct. hverken god eller dårlig. 20 pct. dårlig. 30 pct. ved ikke.

Uddrag af Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensens kalender.



27. september

- European Federation of Nurses Associations (EFN) General Assembly, Makedonien

30. september

- FTF forretningsudvalgsmøde, FTF, København
- Møde i Udviklingspolitisk Forum, Odense

1. oktober

- Økonomiudvalgsmøde, Kvæsthuset, København
- Hovedbestyrelsesmøde, Kvæsthuset, København

2. oktober

- Hovedbestyrelsesmøde, Kvæsthuset, København
- Møde med kredsformænd og kredschefer, Kvæsthuset, København

4. oktober

- Bestyrelsesmøde i Sygeplejerskernes Fritidsboliger, PKA, København
- Bestyrelsesmøde i PKA A/S, PKA, København

7. oktober

- DSR-konference: ”Hvordan jagter du indflydelse på arbejdspladsen?”, Crown Plaza, København
- Møde i Akutudvalget, København

8. oktober

- Bestyrelsesmøde i Fonden for Dansk Sygeplejehistorisk Museum, Hotel Koldingfjord

9. oktober

- Møde i Kræftens Bekæmpelse, København
- Generalforsamling i Lederforeningen, Center for Ledelse, København

Hovedstaden vil af med patienter på gangene

Det er ikke i orden, at medicinske patienter bliver placeret på hospitalsgangene. Derfor har Region Hovedstaden afsat 40 mio. kr. til at modvirke overbelægning. Dansk Sygeplejeråd roser initiativet, men understreger, at det kræver et langt sejt træk at få skabt de nødvendige forbedringer.

Tekst **Søren Olufsen**

Et politisk flertal i Region Hovedstaden vil gøre op med patienter på gangene og overbelægning. I den indgåede budgetaftale for 2014 er afsat 40 mio. kr. specifikt til at modvirke overbelægning på akutte og medicinske afdelinger.

“Det er simpelthen ikke i orden, at patienter skal ligge på gangene og i skyllerum. De skal ligge på stuerne. Og det er gået galt gang på gang, så nu vil vi sende et klart politisk signal til ledelserne på hospitalet og samtidig give ekstra penge, så der kan blive sat handling bag ordene,” siger Leila Lindén (S), medlem af Sundhedsudvalget i Region Hovedstaden.

En analyse fra Dansk Sygeplejeråd viser, at 33 pct. af sygeplejerskerne i Hovedstaden

indenfor en uge har oplevet patienter på gangene. De nye penge skal bl.a. gå til bedre organisering og flere medarbejdere.

“Vi ved, at der er perioder, hvor afdelingerne er særligt belastede, og så skal det være muligt at få flere medarbejdere ind på arbejde og holde stuerne åbne i stedet for at lukke dem,” siger Leila Lindén.

Stigning i patienter

I Dansk Sygeplejeråd er der ros til politikerne i Region Hovedstaden. Sygeplejerskernes organisation har sammen med Lægeforeningen og Danske Patienter lavet en hjælpepakke mod overbelægning, hvor man netop foreslår at udnytte ledig kapacitet på hospitalerne.

“De her penge falder på et tørt sted. Og det vil bestemt gavne patienterne, at det bliver muligt at holde flere stuer åbne og ansætte flere sygeplejersker,” siger Vibeke Westh, kredsformand for Dansk Sygeplejeråd i Hovedstaden.

Hun understreger dog, at det kræver vedholdende prioriteringer at bekæmpe overbelægning og patienter på gangene:

“Antallet af patienter med kroniske sygdomme stiger, og det øger presset på hospitalerne. Så det kræver et stærkt politisk fokus at få vendt udviklingen med overbelægning. Og det kræver også, at kommunerne opgraderer deres sundhedsberedskab, så de kan være med til at forebygge indlæggelser.”

DSR I MEDIERNE

I september har Dansk Sygeplejeråd været i medierne med bl.a. disse emner:

Store konsekvenser for sundhedsområdet

Næstformand i Dansk Sygeplejeråd Midtjylland, Bente Alkærsg Rasmussen, kritiserer i et debatindlæg regeringens forslag om at reducere i efter- og videreuddannelsesmulighederne for bl.a. sygeplejersker og fysioterapeuter. “Meget få vil blive kompetenceudviklet, det skaber et ufleksibelt arbejdsmarked og et fald i effektiviteten, da kompetencerne ikke er til stede,” skriver hun i Dagbladet Struer.

Fagforeninger vil kæmpe imod løntilpasninger

Efter at Produktivitetskommissionen i starten af september anbefalede, at medarbejderne i det offentlige i højere grad får løn efter kompetencer, frem for at den på forhånd er besluttet centralt, har flere fagforeninger meldt ud, at de ikke vil lade kommunerne aflønne de ansatte efter individuelle

kompetencer, medmindre de kommer med ekstra penge. Formand Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, fastslår, at mulighederne for både individuel arbejdstid og løn allerede er til stede. “Man kan ikke bare indføre mål uden at tænke på kvaliteten af det, vi laver,” siger hun til Berlingske.

Farlig kurs i sundhedspolitikken

I et debatindlæg i Politiken råber Dorte Steenberg, næstformand i Dansk Sygeplejeråd, og Tove Lindhardt, formand for Dansk Sygeplejeselskabs Forskningsråd, vagt i gevær over for det ensidige fokus, som regeringens vækstplan for sundheds- og velfærdsydelse har: “Det står klart, at regeringen mener, at midler og opmærksomhed skal tages fra den øvrige forskning og gives til forskning med vækstpotentiale. Faren er indlysende.”



Sygeplejersker finder mest mening i kerneopgaven

Ni ud af 10 sygeplejersker finder deres arbejde meningsfyldt og synes, de udfører et vigtigt job. Sådan lyder konklusionen på en stor spørgeskemaundersøgelse, der afdækker sygeplejerskers psykiske arbejdsmiljø. Men ikke alt er lige godt.

Tekst **Pelle Lundberg Jørgensen**

Sygeplejersker er tilfredse og stolte. 90 pct. af de adspurgte sygeplejersker i en undersøgelse svarer, at de i høj grad kan se en mening og en vigtighed i deres arbejde.

Undersøgelsen, der er lavet for Dansk Sygeplejeråd, er en del af rapporten "Psykisk arbejdsmiljø blandt sygeplejersker", skrevet af sociolog og dr.med. Tage Søndergaard Kristensen. Han forklarer i rapporten, at man ikke skal se sygeplejersker som én homogen gruppe, når det gælder arbejdsmiljø. Arbejdsmiljøet afhænger i stedet af, hvor du er ansat. Sygeplejersker, der arbejder i almen praksis, socialpsykiatrien og sundhedsplejen hører til de fagområder, der giver udtryk for det bedste arbejdsmiljø, mens sygeplejersker på skadestuer, psykiatriske og medicinske afdelinger er nogle af de sygeplejersker, der oplever det dårligste arbejdsmiljø.

Asta Freund er sundhedsplejerske i Aabenraa. Hun ser stor mening i sit arbejde og er ikke i tvivl om, at der er brug for hende og hendes kolleger.

"Vi gør en forskel for familierne. Mange familier har ikke længere det stabile netværk, som de havde tidligere, og derfor får vores arbejde udover de almindelige kliniske observationer også en anden vigtig dimension, nemlig at forebygge isolation. Vi ved i dag, at isolation kan virke fremmede for udvikling af en evt. fødselsdepression," siger hun.

Meningsløse indgreb og forstyrrelser

Asta Freund fortæller også, at udfrakommende faktorer kan påvirke arbejdet og arbejdsmiljøet negativt.

"I dag ved vi, at 70 pct. af de børn, der visiteres til specialområdet, kommer fra normalområdet. Derfor er det demotiverende, at Sundhedsstyrelsen har anbefalet, at antallet af hjemmebesøg

skal reduceres fra syv til fem. Vores vigtigste funktion er jo netop at fremme sundheden," siger hun.

Tage Søndergaard Kristensen beskriver i sin rapport, hvordan sygeplejersker typisk deler Asta Friends følelse af stor faglig stolthed kombineret med en hverdag med meningsløse indgreb og forstyrrelser. Det kan være større krav til kontrol, evaluering, dokumentation og andet papirarbejde, der for den enkelte sygeplejerske kan virke meningsløst, når de i stedet kunne have konkret arbejde med borgere eller patienter.

Næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Dorte Steenberg, forstår godt den ambivalente følelse, som sygeplejersker kan have i deres job:

"Sygeplejersker har et arbejde, hvor de kan se, at deres praksis konkret forandrer noget. Derfor kan de større samfundsmæssige ændringer virke meningsløse. Specielt hvis de ikke forhøjer kvaliteten af arbejdet."

Denne artikel er den første i en serie om sygeplejerskers psykiske arbejdsmiljø.

Psykisk arbejdsmiljø blandt sygeplejersker

Tage Søndergaard Kristensens rapport er i sin fulde længde på 144 sider, men findes også i en kortere udgave. Begge kan frit hentes på www.dsr.dk/psykam02012



Mød kandidaterne

Valget til Dansk Sygeplejeråds lederforening og til de fem kredsbestyrelser finder sted fra den 25. oktober og frem til den 7. november. Fristen for at stille op som kandidat udløber mandag den 30. september. Mange medlemmer har allerede tilkendegivet, at de ønsker at være kandidater, og allerede nu kendes dato, tid og sted for flere valgmøder i Lederforeningen og i nogle af de fem kredse.

I næste nummer af *Sygeplejersken*, som bringer oversigten over alle kandidaterne, bringes også en opdateret liste over alle møder i forhold til valgene.

MØDER I LEDERFORENINGEN

- 9. oktober kl. 10-12.30 i Center for Ledelse, Folke Bernadottes allé 45, København Ø: Debatmøde i forbindelse med generalforsamlingen i Lederforeningen.

Temaaften om sygeplejefaglig ledelse med formands-, næstformands- og bestyrelseskandidater:

- 21. oktober kl. 16.30-20.00 i Odense Mødecenter
- 23. oktober kl. 16.30-20.00 i Aarhus-salen

Formands- og næstformandskandidaterne præsenterer politiske mærkesager:

- 28. oktober kl. 18.30-20.30: Kvæsthuset, København
- 29. oktober kl. 18.30-20.30: Ringsted
- 30. oktober kl. 18.30-20.30: Aalborg

www.dsr.dk/lederforeningen oplyser nærmere om hvert enkelt arrangement

MØDER I KREDS MIDTJYLLAND

- Fyraftensmøder med kandidaterne holdes
- 29. oktober, Centralværkstedet, Værkmestergade 9, Aarhus
 - 30. oktober, HK's lokaler, Fredericia-gade 27-29, Holstebro
 - 31. oktober, Viborg
 - 4. november, Den Blå Café, Regionshospitalet, Sundgade 30, Horsens

www.dsr.dk > Kreds Midtjylland oplyser nærmere om tidspunkter, evt. tilmeldingsfrist mv.

MØDER I KREDS SYDDANMARK

- 28. oktober kl. 17.00-19.00 på Kreds-kontoret, Vejlevej 121, Fredericia

www.dsr.dk > Kreds Syddanmark oplyser om tilmeldingsfrist mv.

Ovenstående liste er ikke endelig. Oplysninger om flere møder - også i andre kredse end de nævnte - bringes i næste nummer af *Sygeplejersken*.



Nye kalendersider til december

Du modtager kalendersiderne for 2014 sammen med *Sygeplejersken* nr. 14, som udkommer den 6. december.

Kalendersiderne for 2014, som skal indsættes i det tilsendte omslag. Det er senere på året end normalt - udsættelsen produktions tekniske årsager.

Hvis du får brug for at planlægge ind i det nye år, før du modtager de nye kalendersider, kan du bruge din 2013-kalender lidt endnu. Siderne går nemlig helt frem til og med februar 2014.

Har du spørgsmål til kalenderen, kan du skrive til kalender@dsr.dk eller ringe til Helle Refsgaard amstrup på tlf. 4695 4035.



Inddrag medarbejderne og drop bureaukratiet

Dansk Sygeplejeråd anslår, at op mod 2.200 sygeplejerskestillinger årligt bliver brugt på unødvendig dokumentation. Organisationen opfordrer politikere og ledelser til at inddrage medarbejderne, så de kan bruge mere tid på patientnære opgaver.

Tekst **Søren Olufsen**

Regeringens Produktivitetskommission er kommet med nye anbefalinger til, hvordan man kan gøre den offentlige sektor mere produktiv. Omdrejningspunktet i kommissionens rapport er øget fleksibilitet og færre regler. Dansk Sygeplejeråd er enig i, at produktiviteten kan øges, hvis man afskaffer det stigende bureaukrati i bl.a. sundhedsvæsenet. Formand Grete Christensen siger:

"I dag er der for meget kontroltyranni i form af dobbeltregistreringer, langsomme IT-systemer og unødvendige screeninger af patienter. Det skal vi have gjort op med, og det vil kunne frigive ressourcer og medarbejdere til at øge produktiviteten og de patientnære opgaver."

Medarbejderne har løsninger

En analyse fra Dansk Sygeplejeråd viser, at en almindelig hospitalssygeplejerske i gennemsnit bruger ca. en time og 40 minutter om dagen på dokumentation. 26 minutter af den tid vurderes at gå til unødvendig dokumentation, svarende til omkring 2.200 fuldtidsstillinger om året.

"Det er helt afgørende, at politikere og ledelser lytter til medarbejderne, og man sammen finder ud af, hvor papir og kontrolarbejdet ikke giver mening. Der er ikke nogen snuptagsløsning på det her, men gennem et fokuseret samarbejde vil man kunne skære det unødvendige fra," siger Grete Christensen.

Hun henviser til et projekt for nogle år siden i Aarhus Kommune, der hed Kontrolfri Zone, hvor medarbejderne kom med forslag til afskaffelse af bureaukrati i deres hverdag, og det blev en stor succes:

"Over 50 forslag til forenklinger og bedre arbejds gange blev gennemført på baggrund af medarbejdernes oplevelser. Så det viser, at det kan lade sig gøre, hvis man gør en indsats og inddrager medarbejderne. Det er den vej, vi skal gå, hvis vi skal gøre os forhåbninger om at øge produktiviteten."

Læs mere på www.produktivitetskommissionen.dk/publikationer

MEMLESTILBUD

Gratis online-kurser

De fleste har huller i deres IT-kompetencer. Også selv om de har brugt computere i årevis på arbejde og hjemme. Medlemmer af Dansk Sygeplejeråd får nu mulighed for at deltage på FTF's online-skole. Også nye computerbrugere kan begynde her. Fra 1. oktober og et år frem kan medlemmer af Dansk Sygeplejeråd frit benytte online-undervisning i Microsoft Excel, Word, PowerPoint, Outlook, Windows 7 og Vista, Google Docs og sociale medier.

Læs mere på www.dsr.dk/onlineskole

Stiller du op til kommunal- og regionsvalg 2013?

Hvis du som sygeplejerske stiller op til kommunal- og regionsvalg 2013, har du en unik mulighed for at komme til orde på Dansk Sygeplejeråds hjemmeside.

Som medlem af Dansk Sygeplejeråd kan du nemlig oprette en profil på hjemmesiden med billede, beskrive dine mærkesager og desuden give dit bud på løsninger af aktuelle udfordringer på fire sundhedspolitiske områder:

- Det nære sundhedsvæsen og sammenhængen mellem hospitaler og kommuner
- Lighed i sundhed
- Psykiatri
- Faglighed og arbejdsmiljø

Læs mere på www.dsr.dk/krv13

Tjek dig selv

Opdatér dine medlemsoplysninger – og vind en brunch for to

Alle medlemmer af Dansk Sygeplejeråd, der er registreret som aktive medlemmer senest pr. 1. oktober 2013, er berettigede til at stemme ved valget til kredsbestyrelserne.

Alle aktive medlemmer, som senest den 1. oktober 2013 er registreret som ledere, er berettiget til at stemme ved valget til Lederforeningens bestyrelse.

- Hvis vi har din mailadresse registreret, vil du den 25. oktober modtage et elektronisk valgkort direkte i din mailboks med link til afstemningen. Det elektroniske valgkort gør det nemt og hurtigt at deltage i valghandlingen.
- For at vi kan sende dig et elektronisk valgkort, er det derfor meget vigtigt, at det er din aktuelle og korrekte mailadresse, vi har registreret.

Gå ind på dsr.dk/minprofil og tjek dine oplysninger inden mandag den 9. oktober. Så deltager du automatisk i konkurrencen om 10 gavekort til brunch for to personer.

Læs mere på dsr.dk/tjekdigselv



Sygeplejersker afskæres fra vigtig efteruddannelse

Regeringen vil spare 120 mio. kr. i støtte til bl.a. sygeplejerskers efteruddannelse, fremgår det af regeringens udspil til finansloven. En regulær katastrofe for vores sundhedsvæsen, der er dybt afhængigt af fagligt opdaterede medarbejdere, lyder det fra Dansk Sygeplejeråd, der opfordrer regeringen til at trække besparelsen tilbage.

Tekst **Sigurd Nissen-Petersen**

Forhandlingerne om en ny finanslov er i gang, og et af forslagene fra regeringen er at spare 120 mio. kr. på Statens Voksenuddannelsesstøtte (SVU). Hvis besparelsen bliver gennemført, vil det være en katastrofe for sundhedsvæsenet og de mange sygeplejersker, der hvert år tager en vigtig efteruddannelse for at holde sig ajour med den teknologiske og faglige udvikling, lyder det fra Dansk Sygeplejeråd.

Sygeplejerskerne forhandlingsorganisation, Sundhedskartellet, har sendt breve til relevante ordførere og regeringen med en klar opfordring til at trække besparelsen tilbage.

”Sundhedskartellet ser med dyb bekymring på dette forslag. Det vil efter vores vurdering have store negative konsekvenser for udviklingen i sundhedsvæsenet og

de videreuddannelser, der er af afgørende betydning for kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser,” lyder det bl.a. i brevet.

Hvert år tager flere hundrede sygeplejersker på efter- og videreuddannelse med støtte fra Statens Voksenuddannelsesstøtte. Efter- og videreuddannelse er for langt de fleste sygeplejersker en integreret del af et langt, fagligt udviklingsforløb i en sektor, hvor den teknologiske og faglige udvikling kræver løbende opkvalificering.

Alene blandt sygeplejerskerne har hver femte på et eller andet tidspunkt modtaget efter- og videreuddannelse på et eller flere niveauer fra en diplom- eller specialuddannelse til en master- eller kandidatuddannelse. Netop diplomuddannelserne, som ofte bliver taget med støtte fra SVU, er den hyppigst valgte efteruddannelse.

Her har 16.000 sygeplejersker indtil videre været forbi.

”Udviklingen i sundhedsvæsenet med øget kompleksitet viser tydeligt, at der er behov for høj grad af specialisering og løbende kompetenceudvikling, og afskaffelsen af SVU vil forringe den mulighed,” siger Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd og for Sundhedskartellet.

Forslaget møder også kritik fra rektorerne på professionshøjskolerne og på Christiansborg fra Enhedslisten, der mener, at regeringen får svært ved at leve op til egne politiske mål, hvis besparelsen gennemføres.

Finanslovsforhandlingerne forventes afsluttet i løbet af efteråret.

Følg med i udviklingen på www.dsr.dk

Rekordstor Rynkeby-donation til Børnecancerfonden

Team Rynkeby har overrakt den største enkeltdonation til Børnecancerfonden nogensinde på 15,2 mio. kr., knap 1 mio. kr. mere end forrige år. Dansk Sygeplejeråds formand, Grete Christensen, kørte med til Paris i 2013 og glæder sig over det flotte resultat.

Tekst **Sigurd Nissen-Petersen**

Velgørenhedscykelholdets 850 danske deltagere har brugt det meste af et år på at indsamle penge til Børnecancerfonden. Og for 12. gang er det lykkedes Team Rynkeby at overgå sig selv. 15,2 mio. kr. stod der på den check, som kirke- og ligestillingsminister Manu Sareen (Rad. V.) overrakte til Børnecancerfondens ambassadør, Bubber, den 14. september, fremgår det af en pressemeldelse.

Beløbet er dermed 900.000 kr. højere end den tidligere rekord fra sidste år og den største donation, som Børnecancerfonden nogensinde har modtaget. Pengene skal

hovedsageligt bruges til at støtte forskningen, som finder sted på landets børnekræftafdelinger.

Stolt formand cyklede med

Dansk Sygeplejeråd har støttet Team Rynkeby gennem flere år, og mange sygeplejersker har været deltagere på cykelholdene, som har kørt de godt tusind kilometer fra Danmark til Paris. Også i 2013 deltog flere sygeplejersker her i blandt Dansk Sygeplejeråds formand, Grete Christensen.

"Jeg er utrolig glad og stolt over at have været med til at markere denne vigtige sag,

Deltagelsen i cykelløbet og indsamlingen har været en kæmpe oplevelse og viser virkelig, hvor stor en forskel det gør, når man går mange sammen, tager ansvar og arbejder for en vigtig sag som børnecancer," siger Grete Christensen.

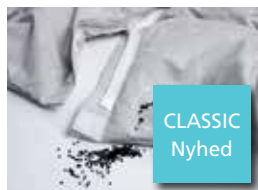
Børnecancerfonden bruger størstedelen af sine midler - ca. 70 pct. - på at støtte forskning.

I 2014 cykler 1.200 personer fra hhv. Danmark, Sverige, Finland, Norge, Færøerne og Australien til Paris for at samle penge ind til kampen mod børnekræft.

NYHEDER Protac Kugledynen™ - nu i tre serier

Protac Kugledynen™ Classic

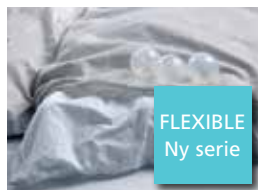
Vores velkendte kugledyne. Serien er udvidet med en ny dynemodel til demens- og smertepatienter.



CLASSIC
Nyhed

Protac Kugledynen™ Flexible

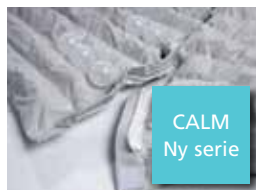
Sammensæt en individuel kugledyne. Er inddelt i lommer med udtagelige kugleposer.



FLEXIBLE
Ny serie

Protac Kugledynen™ Calm

Kuglerne ligger i lange rækker, hvilket gør dynen roligere og mindre bevægelig.



CALM
Ny serie

- Øger fleksibiliteten til gavn for brugeren
- Ny type plastikugler, der reducerer lyden til et minimum
- De nye kugledyner kan vaskes i almindelig vaskemaskine

Tilmeld dig
nyhedsbrev på
www.protac.dk
eller scan
QR-koden



NYE PRODUKTER til mennesker med demens

Protac Kugledynen™ Classic er udvidet med en ny dyne med granulat, som lægger sig tæt til kroppen. Anbefales især til demensområdet til at skabe ro og en bedre og dybere søvn.

Protac KneedMe® Et sansestimulerende knæetæppe, som giver ro og tryk til voksne og ældre med psykisk og motorisk uro.

Få gratis besøg og en uforpligtende afprøvning
- ring 8619 4103 og hør nærmere

PROTAC®
INTEGRATING SENSES



Protac KneedMe

Charlotte Munck (1876-1932), dansk sygeplejes første forstanderinde.

To hospitaler,

Tekst **Henrik Boesen**

I denne måned for hhv. 150 og 100 år siden åbnede Kommunehospitalet og Bispebjerg Hospital i København. Sygeplejerskerne på Kommunehospitalet stod bag tiltagene til dannelsen af Dansk Sygeplejeråd i 1899, mens en markant sygeplejerske dels blev den første danske forstanderinde på et hospital, dels stod bag en afgørende lærebog i sygepleje.

Hovedstadens boligforhold og de sanitære forhold var elendige. Husholdningsaffaldet hobede sig op i gaderne, og rotter og husdyr boltrede sig i det. Lugten var ubeskrivelig, og menneskene mistrivedes i København, der husede alle sine indbyggere bag de snærende volde. Alle forudsætninger for en epidemi var til stede, og katastrofen udeblev da heller ikke: I sommeren 1853 udbrød koleraen og krævede i de følgende knap fire måneder næsten 5.000 døde blandt byens knap 140.000 indbyggere.

Byens daværende hospitalskapacitet var helt utilstrækkelig til at afbøde virkningerne. Men frygten for, hvordan en evt. ny epidemi skulle tackles, frembragte tanker om et nyt og større hospital. Fremsynede politikere sørgede for, at København kunne fortsætte sin vækst på arealerne uden for voldene, og samtidig med at brokvartererne blev anlagt, blev det besluttet at bygge et nyt, stort og tidssvarende hospital på de militære arealer uden for voldene.

Nyt hospital, gammeldags pleje

For 150 år siden, og 10 år efter den københavnske koleraepidemi, blev porten den 19. september 1863 slået op til et hospital, der indretnings- og behandlingsmæssigt var helt i top med plads til 834 liggende patienter på adskilte afdelinger for mænd og kvinder. Plejen af de syge havde derimod ikke undergået nogen udvikling i forhold til det hidtil kendte: stue-, våge- og gangkoner havde fortsat ansvaret for patienternes pleje efter forhold, der blev regnet for uorganiserede og uhensigtsmæssige. Disse forhold

Markante institutioner i dansk sygepleje jubilerer

Tre fremtrædende institutioner inden for dansk sygepleje kan i år fejre runde jubilæer. I maj var det 150 år siden, Diakonissestiftelsen indviede sine første bygninger på Frederiksberg. I denne måned er det 150 år siden, Kommunehospitalet i København blev indviet, og 100 år siden Bispebjerg Hospital åbnede.

De tre institutioner har haft stor betydning for udviklingen af sygeplejen i Danmark. På Diakonissestiftelsen blev grunden lagt til den første faglærte sygepleje i Danmark – efter tysk forbillede hentet hos de protestantiske diakonisser i Kaiserswerth – læs *Sygeplejersken* nr. 7/2013.

Senere samme år blev Kommunehospitalet i København indviet, og det var sygeplejersker herfra, som lagde grunden til Dansk Sygeplejeråd i 1899.

Den første danske stilling som forstanderinde for sygeplejen blev oprettet på Bispebjerg Hospital. Stillingen blev besat af Charlotte Munck, som siden hen blev formand for Dansk Sygeplejeråd. Det var også herfra, kursen blev lagt for en national dansk sygeplejerskeuddannelse, først og fremmest gennem udgivelsen af "Lærebog og Haandbog i Sygepleje" i 1926, som Charlotte Munck redigerede.

der ændrede den danske sygepleje

prægede hospitalets sygepleje i næsten 12 år efter åbningen, før de tidligste tiltag til en organiseret og uddannet sygepleje blev taget. Men først i 1905 var ændringen gennemført på alle hospitalets afdelinger.

Voksende faglig bevidsthed

Med tiltagene til og gennemførelsen af en egentlig uddannelse af sygeplejersker voksede den faglige bevidsthed blandt kvinderne. I takt med samtidens øvrige organiseringer på arbejdsmarkedet opstod derfor tanken om en organisation for sygeplejersker, som ud over at anerkende deres faglige kunnen også skulle arbejde for ordentlige løn- og arbejdsforhold for medlemmerne. Sygeplejerskerne på Kommunehospitalet var ikke de eneste, som arbejdede for dette, også sygeplejersker fra andre af hovedstadens hospitaler stod bag ønsket om en faglig organisering. Men det konkrete initiativ til at påbegynde, hvad der sidenhen blev til Dansk Sygeplejeråd, udsprang i foråret 1899 fra Kommunehospitalet: En såkaldt adresse til medlem af Dansk Kvinderåd, Charlotte Norrie, med ønsket om, at hun på en forestående rejse til en kvindekongres i London ville undersøge, hvordan de engelske sygeplejersker havde organiseret sig. Adressen var underskrevet af 121 sygeplejersker, hovedsageligt fra Kommunehospitalet. I juli samme år blev Dansk Sygeplejeråd stiftet, og den første bestyrelse bestod af medlemmer fra hhv. Kommunehospitalet og fra Frederiks Hospital.

Nyt hospital nødvendigt

Den fremsynethed, der lå bag at lade Københavns befolkning flytte uden for de snærende volde, førte til, at byens indbyggertal på godt 40 år, fra 1860 til 1901, blev tredoblet til 411.000. Samtidig førte dels lægevidenskabens landvindinger, dels lovgivningens muligheder for gratis hospitalbehandling for alle til en voksende efterspørgsel på hospitalernes ydelser, og

det stod snart klart, at Kommunehospitalet ikke længere havde den fornødne kapacitet. Selv om flere mindre hospitaler blev taget i brug i slutningen af 1800-tallet, kunne det ikke fjerne behovet for et nyt stort hospital til hovedstadens befolkning. Omkring århundredskiftet blev arealerne på Bispebjerg, næsten tre gange større end Kommunehospitalets, indkøbt og reserveret til et nyt stort hospital, som stod færdigt for 100 år siden, i september 1913.

Fra hospitalets start blev der ansat en forstanderinde, den amerikansk uddannede sygeplejerske Charlotte Munck. Dette skete ikke uden sværds slag og endog kraftig modstand fra lægelig side. Dansk Sygeplejeråd havde forgæves tre år tidligere forsøgt at få hende ind i byggeledelsen på det nye Rigshospitalet (1910), men først med etableringen af hospitalet på Bispebjerg Bakke indså man nødvendigheden af at få en uddannet sygeplejerske til at organisere en professionel sygepleje samt uddannelsen af kommende sygeplejersker.

Professionel tilgang

Charlotte Muncks professionelle tilgang til sygeplejen udmøntede sig bl.a. i indførelsen af procedurebøger for sygeplejen på de enkelte afdelinger. Formelt set havde overlægerne det ledelsesmæssige ansvar, men hun formåede alligevel at indføre rutiner for patienternes pleje uden overlægernes aktive medvirken.

Samtidens stigende behov for veluddannede sygeplejersker førte til kravet om en professionel uddannelse, og denne blev lagt i hænderne på Charlotte Munck. Med erfaringerne fra USA, hvor hun havde gennemgået en statsautoriseret uddannelse, tilrettelagde hun uddannelsen på Bispebjerg Hospital.

Elevernes teoretiske ballast blev givet gennem lærebogen "Haandbog for Sygeplejersker" fra 1904. Bogen blev anvendt frem til 1926, hvorefter den hurtigt blev afløst af den nye "Lærebog og Haandbog i

Sygepleje". Medredaktør af denne nye bog var Charlotte Munck, som lod sig kraftigt inspirere af den amerikanske lærebog, hun selv var blevet undervist efter under sin uddannelse i USA. Den nye lærebog dannede det teoretiske grundlag for alle landets sygeplejerskoler helt frem til 1950'erne.

En ensartet statsautoriseret uddannelse for sygeplejersker blev et erklæret mål ikke bare for Charlotte Munck, men for hele Dansk Sygeplejeråd, hvis formand hun blev i 1927. Men planerne mødte kraftig modstand fra både politisk og lægefagligt hold. Først i 1933 blev den første statslige autorisation af uddannelsen indført, men det nåede Charlotte Munck ikke at opleve. Hun døde efter kort tids sygdom året før, i 1932, på det hospital, hun havde viet hele sit arbejdsliv, Bispebjerg Hospital.

I 1995 blev det besluttet at lukke Kommunehospitalet, hvilket trods massive protester blev effektueret i 1999. De fredede bygninger rummer i dag Center for Sundhed og Samfund, en afdeling af Det Samfundsvidenskabelige Fakultet på Københavns Universitet.

Bispebjerg Hospital, hvis bygninger også for en stor dels vedkommende er fredede, er derimod forberedt for store udbygninger i de kommende år, bl.a. med et helt nyt psykiatrisk hospital.

Dansk Sygeplejeråds hjemmeside www.dsr.dk > Fag og viden > Sygeplejens historie rummer en lang række artikler om dansk sygepleje 1863-2013, herunder beretningen om de tre jubilerende hospitaler samt ikke mindst om Charlotte Munck.

Kilder:

www.emu.dk, www.samf.ku.dk og www.dsr.dk

Esther Petersen: Fra opvarter til sygeplejerske. København 1988.

Nete Balslev Wingender: Firkløveret og Ildsjælene. København 1999.

Søren Høgh Hansen og Henrik Permin (red.): Bispebjerg Hospital 100 år. Mosaikker af et hospitals liv. København 2013.

Man skulle være en god udøver af sygeplejen

Tekst **Jette Bagh**, cand.cur., fagredaktør • Foto **Christoffer Regild**



Bispebjerg Hospital fylder 100 år i år. I den anledning har Sygeplejersken talt med Christine Wolff, som blev uddannet på stedet fra 1964-1968.

Der er moderne kunst på væggene og kaffe på kanden. 67-årige Christine Wolff tager imod og fortæller om sit meget lange parløb med et hospital med en tydelig faglig profil.

Christine Wolff blev sygeplejerske fra Bispebjerg Hospitals Sygeplejerskole i 1968 og arbejdede efterfølgende på hospitalet i ca. 20 år med afstikkere til andre arbejdspladser. Hun har været almindelig sygeplejerske, undervist og været afdelings- og oversygeplejerske. Sidst var hun arbejdsmiljøsygeplejerske på arbejdsmedicinsk klinik.

Hvad karakteriserede Bispebjerg Hospital og uddannelsen der?

Christine Wolff svarer efter en kort tænkepause: "Disciplin og orden." Og det hænger ved. Når hun i dag besøger bekendte på et hospital, starter hun med at nette seng og sengebord. Og hun savner en stol for fodenden af sengen til badekåbe m.m.

"Helhedsblikket mangler i dag, og ro omkring patienten. Man skal forlade en stue med orden og frisk luft."

Ro og orden gælder også sygeplejerskernes påklædning: "Tjek på egen på-

klædning afspejler tjek på behandling og pleje," siger Christine Wolff.

Hvilket værdisæt arbejdede I efter?

"På Bispebjerg Hospital skulle man være professionel og en god udøver af sygeplejen. Landsprøven, som alle sygeplejersker skulle igennem, var et konkurrenceparameter på sygeplejerskolen. Man skulle være fagligt dygtig. Charlotte Munck, som var forstander på sygeplejerskolen fra 1913 til 1932, havde fat i den lange ende med de krav, hun stillede, og hendes ånd findes i væggene den dag i dag.

Dengang tog man ikke alting på sig. Hvis en patient gav en elev et klap bagi, så sagde man "hov hov", og så var den historie ikke længere. Det skal man kunne tåle. I dag kan det være vanskeligt at komme i klinik på palliativ afdeling, hvis ens mormor er død for to år siden."

Wolff efterlyser kritisk sans i sygeplejen, for der er så meget, de unge sygeplejersker skal bekymre sig om, måske for meget, og det kan føre til udbrændthed. "Men man skal altså være tændt for at brænde ud, og det tror jeg ikke, alle er," siger Christine Wolff.

Det værste ved datidens sygepleje?

Det værste for Christine Wolff har gennem hele arbejdslivet været overbelægning. "Det var svært at skabe orden, når patienterne lå

og flød alle vegne, det er en utrolig stor belastning, og hvorfor skal det være sådan? Man må kunne regne på det og dimensionere afdelingerne bedre. Kommunerne har været for langmodige. Overbelægning er også noget psykologisk. "Vi skal af med patienterne," siger sygeplejerskerne, og det giver kontroverser afdelingerne imellem."

Et råd til nutidens sygeplejersker:

"Se professionelt på jeres arbejde, ikke så personligt og privat. I de otte timer, I er på arbejde, er det det, det gælder. Ikke børn og mand. Det giver overskud. Man skal koncentrere sig, dyrke faget, læse, gå på kurser og følge med i samfundsdebatten ved at læse aviser. Når børnene ringer dagen lang, mister man overblikket."

Et råd til nutidens patient:

"Se sygeplejersken som en person, som ved mange ting, hun gerne vil øse af. Kom hende i møde frem for at kræve vildt ind. Fordi man har en kræftsygdom, behøver man ikke være uhøflig, og jo, jeg ved godt, at man eventuelt er i krise, men alligevel."

En venlig hilsen til en sygeplejestuderende:

"Carpe diem. Der er så mange muligheder. Lær håndværket, få et godt håndslag. Man skal kunne lægge en sonde, så det ikke er ubehageligt, og stikke, så det ikke gør ondt. Hold orden på hospitalet, det giver ro for patienten - og orden på arbejdspladsen smitter af på ens eget hjem. Men hvis en ung studerende oplever, at plejen er for belastende, og hun får ondt i hjertet af at passe patienten, så skal hun holde op. Man skal have et godt helbred for at være sygeplejerske."

Læs Christine Wolffs beskrivelser af livet som sygeplejeelev i bogen "Bispebjerg Hospital 100 år. Mosaikker af et hospitals liv". Bogen koster 50 kr. og kan købes kontant ved på hverdage at møde op i Direktionssekretariatet, indgang 20D, stuen, mellem kl. 8.00 og kl. 15.00, fredag dog kun til kl. 14.00.

Farven var mere rød end blå

Tekst **Jette Bagh**, cand.cur., fagredaktør • Foto **Christoffer Regild**

I anledning af at Kommunehospitalet i København har 150-års jubilæum, har Sygeplejersken talt med tidligere sygeplejelærere Lene Junker, som arbejdede i uddannelsesafdelingen på hospitalet fra 1982-1988.

Lene Junker anråber *Sygeplejerskens* udsendte fra altanen. Der er flyttekasser, kunst på væggene og keramik i vindueskarmen i lejligheden, som Lene Junker og hendes mand flyttede ind i for en måned siden.

Lene Junker, 66 år, blev sygeplejerske i 1970 i Silkeborg og har siden arbejdet på Kommunehospitalet både i Aarhus og København, Herlev Hospital, Rigshospitalet og på Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg, næsten halvdelen af tiden indenfor det akutte område. Hun arbejdede i 24 år som hygiejnesygeplejerske, heraf de sidste 12 år på Rigshospitalet, hvor hun afsluttede sin karriere i sommeren 2012.

Kommunehospitalet i København betegner Lene Junker som et specielt sted, et moderne sted i gamle rammer med et specielt patientklientel.

Da hun blev ansat, var man bl.a. i gang med at afprøve forskellige former for plejetyngdemålinger. "Det var et redskab til at dokumentere det, vi lavede og brugte tid på, så andre ville høre på os, og vi kunne få de rigtige normeringer."

Hvad var det bedste ved datidens sygepleje?
"På Kommunehospitalet var de fremme i skoene. Sygeplejerskerne var aktive unge mennesker. Man skulle ikke bare sige noget ud i luften, man skulle argumentere for det, man mente og sagde, ellers var der konstant afregning med det samme. Farven var mere rød end blå, og man demonstrerede, hvis man var utilfreds med noget. Der var en god ånd i huset, sygeplejerskerne skulle være dygtige, og det var de også."

Lene Junker betegner sygeplejeledelsen som meget visionær – der var plads til det hele. Bl.a. fik Lene Junker mulighed for at rejse til Kina i tre uger og holde forelæsnin-



ger for kinesiske sygeplejersker og læger, det støttede sygeplejeledelsen hende i.

Hvad var det værste ved datidens sygepleje?

"Vi havde travlt, og vi var flasket op med ansvarlighed. Jeg tænkte meget på sygepleje, også i min fritid. Vi arbejdede begge i sundhedssektoren, og vi havde et ældre ægtepar, som hjalp os med at hente vores børn i børnehaven, ellers var det ikke gået."

Et godt råd til nutidens sygeplejersker?

"Ud over nærvær og indlevelse skal man være dygtig til basal sygepleje, observation, have overblik og et godt klinisk blik. Psykologen Erno Metzke, som ofte underviste os dengang, sagde om sygeplejersker, at de har et galop-image, og at de ikke altid løber til noget, men fra noget.

"Vi har så travlt, vi skal lige ..., jeg er tilbage om et øjeblik ..." osv. Det skal vi nok tænke lidt over."

Et godt råd til nutidens patient?

"Når vi selv bliver patienter, vil vi spørge lidt mere og bede om lidt mere. Der skal

være dialog om min situation, hvis jeg bliver indlagt, og jeg vil have lov til at være kritisk uden at frygte at blive ladt i stikken af den grund."

En venlig hilsen til en sygeplejestuderende fra dig?

"Man skal være sig selv, være empatisk og kunne sit fag. Så bliver man tryk og kan tage patienten i hånden."

Læs mere om Kommunehospitalet i Sygeplejersken nr. 49/86. "Cityhospital for stærkt belastede patienter i stort antal" og i Sygeplejersken nr. 29/87. "Kommunehospitalet: Ny faglig udvikling kræver flere sygeplejersker".

*Artiklerne kan læses på:
www.dsr.dk/150aar*

Læs om undervisning af kinesiske sygeplejersker og læger i Sygeplejersken nr. 10/1988: "Sådan underviste vi kineserne i intensiv behandling og pleje".

Farlig kurs i sundhedspolitikken

Dorte Steenberg, næstformand, og **Tove Lindhardt**, formand for DASYS' forskningsråd

Begrebet "konkurrencestaten" har for alvor vundet indpas i regeringens politik for sundhed. Senest har regeringen under overskriften "Danmark i arbejde" udgivet en såkaldt vækstplan for sundheds- og velfærdsløsninger.

Planen er at "styrke udviklingen af markeder, så en bredere vifte af danske sundheds- og velfærdsløsninger kan eksporteres". Det er aldrig skidt at have styr på sine prioriteter. Det har regeringen helt klart her.

Men er det rimeligt, at hensynet til vækstmuligheder skal styre prioriteringen i sundhedsvæsenet. Nej, det bør være borgernes behov for sundheds- og velfærdsydelser, som styrer prioriteringen.

Det fremgår klart mellem linjerne i regeringens plan, at forskere, som beskæftiger sig med forskning, der har et vækstpotentiale, skal have speciel forrang. Med andre ord skal målet for forskningen flytte sig fra at ville styrke kvaliteten omkring plejen og behandlingen - altså med patienter og borgere i centrum - til at styrke væksten, altså erhvervsvirksomhederne i centrum. Det er en meget snæversynet optik.

Problemet med det snævre fokus er, at det tager fokus og midler fra den store del af forskningen. Her tænker vi på den fri forskning, grundforskning og den del af den strategiske forskning, der ikke har såkaldt kommercielt potentiale, men som ofte bidrager til vækst.

Det står klart, at regeringen mener, at midler og opmærksomhed skal tages fra den øvrige forskning og gives til forskning med vækstpotentiale. Faren er indlysende. Forskere, institutioner og ledelser nedprioriterer forskning, der kommer borgerne og velfærdssamfundet til gavn, men som ikke har et kortsigtet kommercielt potentiale. Og det er en farlig kurs.

Læs hele indlægget på: www.dsr.dk/Nyheder/Sider/Debat-Farlig-kurs-i-sundhedspolitikken.aspx

Find vækstplanen på www.fm.dk > Søg under Publikationer.

Hvor blev den eksistentielle samtale af?

Kommentar til "Dilemma": "Når jeg ikke vil være mit fag bekendt" i Sygeplejersken nr. 10/2013

Annette Langdahl, sygeplejerske, master i etik og værdier i organisationer, sygeplejefaglig konsulent i Dansk Kristelig Sygeplejeforening
Grete Schärfe, pensioneret hospicesygeplejerske, afløser på KamillianerGaardens Hospice, Aalborg, samt underviser i åndelig omsorg, formand for Dansk Kristelig Sygeplejeforening.

En kollega fortæller om sin moster, som var 93 år og indlagt med lungebetændelse. "Hun var træt og ville gerne have fred og ro, orkede ikke livet mere," og ønskede kun "at ligge i sin seng og holde sine nærmeste i hånden." I stedet blev hun sat op i en stol, hvor hun sad og sov, mens hendes tænder var ved at falde ud.

Halvandet døgn før hun døde, bad hun om en sovepille. Hun havde erfaret, at en sovepille kunne forebygge nogle mareridt, hun havde haft om døden og det at skulle dø. Klokkeren var lidt over 20, da niecen på mosterens anmodning spurgte sygeplejersken om sovepillen. Svaret lød, at det var for tidligt, "for hvis hun nu vågnede midt på natten ... " Beretningen slutter med spørgsmålene: Burde moster have haft lov til at blive i sin seng? Skulle hun have haft en sovepille klokken 20? Skal man turde bryde reglerne indimellem?

I de to svar, der bliver givet, fokuseres på spørgsmålet om, hvorvidt reglen om hvornår sovepiller gives, skal brydes eller ej. I det ene svar skriver Dorthe Nielsen: "Det burde være muligt at afhjælpe mosterens søvnproblemer og mareridt på andre måder, end ved at omgåes reglerne for dokumentation og medicinsk ordination. Her bevæger vi os over i det juridiske felt ... "

Er det en forglemmelse, at det eksistentielle felt ikke berøres i nogen af svarene? Mosteren havde haft mareridt om døden og det at skulle dø. Hun stod overfor en totalt ukendt udfordring: at skulle forlade livet, en situation, som for de fleste er angstfremkaldende. Havde hun brug for en snak om, hvordan det var at være hende i den situation?

Måske ville en sådan snak i højere grad end en sovepille kunne bidrage til en værdig død. Og måske kunne en sådan snak oven i købet afhjælpe mareridtene bedre end sovepillen.

En eksistentiel samtale behøver naturligvis ikke at udelukke brug af sovepiller. Men at udelukke en eksistentiel samtale som en mulighed i den beskrevne situation, mener vi ville være mangelfuld sygepleje.

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

under "Manuskriptvejledning."

Debatindlæg sendes til:

Sygeplejersken

Sankt Annæ Plads 30

1250 København K,

eller redaktionen@dsr.dk

Medfølelse efterlyses

Kommentar til "Dilemma": "Når jeg ikke vil være mit fag bekendt" i Sygeplejersken nr. 10/2013

Lise Bjørn, pensioneret sygeplejerske

Da jeg i 1951 blev uddannet på Bispebjerg Hospital, lærte vi, at den første forstanderinde havde sagt "Lad ikke ånden i sygeplejen ofres på teknikkens alter."

Det er lige det, der efter min mening er blevet gjort, når jeg i *Sygeplejersken* nr. 10/2013 læser om en 93-årig døende patient, der ikke kan få lov til at blive i sin seng, og heller ikke kan få en sovepille, fordi klokken kun er 20!

Hvor er vi henne med alle vore fine sygeplejefaglige regler og retningslinjer, når det medmenneskelige og barmhjertige ikke mere kan tilgodeses?

Hvad er det vigtigste, at overholde reglerne eller at vise barmhjertighed?

Patienten var 93 år og døde halvandet døgn efter. Kunne man virkelig ikke have udvist større medfølelse?

Fodterapeuter forebygger fodsår

Kommentar til artiklen "Forebyggelse af diabetiske fodsår" i Sygeplejersken nr. 6/2013

Therese Jørgensen, statsautoriseret fodterapeut og sygeplejerske

Fodsår på diabetikerens fødder skal forebygges. Det ved du som sygeplejerske. Men ved du også, at diabetikere er blevet undersøgt og behandlet af fodterapeuter på en ny, systematisk måde siden 2011. Og at det er en væsentlig del af den store indsats, der sker for at forebygge fodsår og amputationer?

Ligesom diabetikere anbefales at få undersøgt øjnene en gang om året, anbefales de også at få undersøgt fødderne lige så ofte. Undersøgelsen hos statsautoriserede fodterapeuter kaldes en fodstatus og udføres ud fra en standard, der er aftalt med Danske Regioner. Alle diabetikere (uanset diabetestype) har ret til en årlig fodstatus, når de har fået en lægehenvielse til fodterapi.

Ved en fodstatus undersøger fodterapeuten patientens fødder grundigt for pulsforhold, neuropati, fejlstillinger, ledbevægelighed, hårdhudsansamlinger, negleforandringer og meget mere. Desuden vurderer fodterapeuten patientens fodtøj og undersøger, om patienten har behov for aflastninger eller indlæg i skoene.

Endvidere vejledes patienten grundigt i forhold til resultatet af fodstatus med henblik på en god egenomsorg som en del af en forebyggende indsats.

Resultatet af fodstatus danner grundlag for en behandlingsplan og for en risikostratificering, som placerer diabetikeren i en af fire risikogrupper afhængigt af føddernes tilstand. I de fire risikogrupper er der forskellige behandlingstilbud med tilskud. Rammerne for denne klassificering af diabetikerne står nedfældet i overenskomsten mellem fodterapeuter og Danske Regioner. Resultatet af fodstatus sendes til patientens læge, og der udleveres en kopi til patienten, som kan vise den til andre behandlere som f.eks. sygeplejersken.

Fodterapeuter er også uddannede til at beskære randkallositeter på diabetiske fodsår og har stor erfaring i det, hvilket er særdeles vigtigt for at fremme helingen af diabetiske fodsår. Både fodterapeuter på sår- og diabetesambulatorier og de privatpraktiserende fodterapeuter udfører denne opgave.



Master of Public Health

Nåede du ikke at tilmelde dig den uddannelse, som kan styrke dine karrieremuligheder i sundhedsvæsenet? Så har du chancen igen. Master of Public Health på Københavns Universitet optager nu deltidsstuderende med start i foråret 2014.

Ansøgningsfristen er den 1. november 2013 til grundmodulerne og 15. januar 2014 til specialmodulerne.

Master of Public Health (MPH) henvender sig til personer, der arbejder med folkesundhed, og som ønsker at have en videnskabeligt funderet viden om folkesundhed på universitetsniveau.

Uddannelsen har metodisk og teoretisk fokus og er opbygget af 4 grundmoduler:

- Kvantitative og kvalitative forskningsmetoder (efterår)
- Levekår og sundhed (efterår)
- Organisation, ledelse og økonomi i sundhedsvæsenet (forår)
- Forebyggelse og sundhedsfremme (forår)

og 5 specialmoduler, hvoraf du skal vælge 2:

- Sundhedsvæsenets organisation og ledelse
- Health economy
- Advanced health promotion and disease prevention
- Epidemiologi og biostatistik
- Kvalitative analysestrategier

Hertil kommer introduktionsmodul og intro til masterafhandling samt masterafhandling.

Uddannelsen er normeret til 90 ECTS (hvoraf masterafhandlingen udgør de 30 ECTS). De fleste kursusledere og undervisere på MPH-uddannelsen er fastansatte på Københavns Universitet og leverer forskningsbaseret undervisning.

Master of Public Health udbydes i moduler, og studiet kan påbegyndes både forår og efterår. **Bemærk at nogle af modulerne kræver særlige forudsætninger.**

For mere information se www.mph.ku.dk

Sygeplejerske ny direktør i Hillerød

Nuværende vicedirektør ved Nordsjællands Hospital i Hillerød, Bente Ourø Rørth, er tiltrådt som ny direktør samme sted.

Bente Ourø Rørth er uddannet sygeplejerske i 1978 og har en diplomuddannelse i ledelse samt en master i organisationspsykologi (MPO). Hun kom i 2000 til Nordsjælland som chefsygeplejerske ved Hillerød Sygehus, som det hed dengang,

hvorefter hun indtrådte i sundhedsvæsenets direktion i det daværende Frederiksborg Amt i 2003.

Med direktørstillingen følger ansvaret for Nordsjællands største arbejdsplads med 4.000 medarbejdere.

”Jeg har haft det privilegium at være en del af hospitalsdirektionen gennem de seneste 13 år, og jeg brænder for Nordsjællands Hospital. Nu glæder jeg

mig til at påtage mig ansvaret i den nye rolle som hospitalsdirektør og fortsætte den positive udvikling af hospitalet, som jeg sammen med den øvrige direktion og det yderst kompetente personale har gennemført de seneste år,” siger Bente Ourø Rørth i forbindelse med udnævnelsen.

(hbo)

Professor på nyt videncenter

Helle Timm, chef for Palliativt Videncenter, er udnævnt til professor for det nye nationale Videncenter for Rehabilitering og Palliation. Centeret er resultatet af en finanslovsbevilling, hvor det hidtidige Palliativt Videncenter (PAVI) og Rehabiliteringscenter Dallund er tænkt sammen i et nyt fælles center forankret ved Syddansk Universitet og Region Syddanmark.

Det nye nationale Videncenter for Rehabilitering og Palliation er resultatet af en finanslovsbevilling, hvor det hidtidige

Palliativt Videncenter (PAVI) og Rehabiliteringscenter Dallund er tænkt sammen i et nyt fælles center forankret ved Syddansk Universitet og Region Syddanmark.

I stillingen som professor skal Helle Timm have særligt fokus på den forskningsbaserede dokumentation af rehabilitering og palliation af mennesker ramt af livstruende sygdomme. Det vil sige forskningsbaseret dokumentation af indsatser, der ideelt set skal være både tværfaglige og helhedsorienterede og have patient og

pårørende som udgangspunkt. Sammenhæng i forløb, herunder ikke mindst imellem rehabilitering og palliation i teori og praksis er derfor også et fokusområde.

Helle Timm har en magistergrad i kultursociologi og en ph.d. i sundhedsvidenskab fra Københavns Universitet og har mange års erfaring med sektorforskning i relation til sundhedsvæsenet, særligt i det palliative felt.

(hbo)

Elsebeth Kjærsgaard

Det er med stor sorg, at vi har skullet tage afsked med vores dejlige kollega Elsebeth Kjærsgaard, som afgik pludseligt ved døden efter kort tids sygdom. Hun blev 50 år.

Elsebeth blev uddannet i 1989 ved Sygeplejerskolen i Odense. Hun arbejdede i mange år som hjemmesygeplejerske i Odense Kommune. De sidste ni år arbejdede hun i Strålebehandlingen på OUH.

Elsebeth var meget vellidt blandt såvel kolleger og samarbejdspartnere som studerende og ikke mindst patienter.

Som sygeplejerske var det vigtigt for Elsebeth, at både patient og pårørende var i fokus, og at plejen blev så individuel som muligt. Dette formåede hun at gøre på en rigtig god måde.

Elsebeth havde vejlederuddannelsen, og hun gik aktivt ind i oplæring af studerende i afdelingen. Det har mange studerende nydt godt af.

Vi har i Elsebeth mistet en kompetent sygeplejerske med mange dejlige kvaliteter. Hun var meget omsorgsfuld, åben og

positiv. Vi vil savne hendes humor, smil og latter.

Elsebeth efterlader to børn, Anders og Louise, på hhv. 19 og 22 år. Vore tanker går til dem og hendes øvrige familie.

Æret være Elsebeths minde.

*Kollegerne i Strålebehandlingen,
Odense Universitetshospital.*

APOPLEKSI FOREBYGGELSE

FOREBYGGELSE AF APOPLEKSI OG SYSTEMISK EMBOLI HOS VOKSNE PATIENTER MED NONVALVULÆR ATRIEFLIMREN MED EN ELLER FLERE RISIKOFAKTORER**

PRADAXA® (DABIGATRAN)
ENESTE NOAK* MED LANGTIDSDATA
PÅ MERE END 4 ÅR¹

Risiko for iskæmisk apopleksi reduceres
med **25%** i forhold til warfarin²

Risiko for apopleksi og systemisk emboli reduceres
med **35%** i forhold til warfarin²



Pradaxa® dabigatran
Transforming anticoagulation

Reference: 1. Connolly SJ et al. The Long Term Multi-Center Observational Study of Dabigatran Treatment in Patients with Atrial Fibrillation: (RELY-ABLE) Study. *Circulation* 2013;128(3):237-43 2. Connolly SJ, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2009;361:1139-51. & Connolly SJ, et al. Newly identified events in the RE-LY trial. *N Engl J Med* 2010;363:1875-6.

* Ny oral antikoagulant

** Tidligere apopleksi, transitorisk cerebral iskæmi eller systemisk emboli; Venstre ventrikel uddrivningsfraktion < 40 %; Symptomatisk hjertesvigt, ≥ New York Heart Association (NYHA) klasse 2; Alder ≥ 75 år; Alder ≥ 65 år samt med en af følgende: diabetes mellitus, koronararteriesygdom eller hypertension. Anbefalet dosis er Pradaxa® 150 mg, 2 gange dagligt. Pradaxa® 110 mg, 2 gange dagligt anbefales til patienter > 80 år og patienter i samtidig verapamil behandling.

For yderligere information se det forkortede produktresumé på side 56-57.

Nej tak til mere papir

Sygeplejersker drukner i papirarbejde. Derfor vil Dansk Sygeplejeråd have politikerne til at rydde op i bureaukratiet, så medarbejderne i sundhedsvæsenet kan få mere tid til patienterne.

"Hørt!!!"

"Rørende enig. På min afd. hvor vi arbejder med 3 kontrolsystemer har jeg regnet ud, at der går ca. 80 pct. til kontrol. At patienten kun kan opnå de resterende 20 pct. af sygeplejen, er efter min mening skræmmende!"

"Og hvor er der MASSER af unødvendig dokumentation og ikke mindst papirarbejde!! Så gør meget gerne noget ved det, så tiden og kræfterne kan ligge hos patienterne!"

"Status = "Det glade vanvid"... - Vi dokumenterer i hoved & "dyt" - MEN systemerne kan ikke "tale" sammen - patienterne oplever ikke sammenhæng i deres forløb - så til gavn for hvem sætter vi "kryds" her, "vinger af" der og "gem" dit & dat ...?"

"Agreed!!!!!! 😊"

"Blot en tanke: Den dag noget går galt og dokumentationen mangler, hvem er det så lige, det går ud over? Det er bl.a. sygeplejersken, som ikke kan bevise/dokumentere sin handling [...]"

"Som hjemmesygeplejerske bruger jeg mindst en time hver dag og for det meste mere. Et hurtigere og mere overskueligt system ville afhjælpe dette en del!!!!"

"Enig - men DSR glemmer, at meget af den dokumentation, vi kæmper med, er noget sygeplejerskerne selv har udviklet!!!"

Arbejdstider og familieliv støder sammen

Flere sygeplejersker og et stærkere samarbejde mellem almen praksis og sygehuse. Det er opskriften, hvis regeringens udredningsgaranti på maks. fire uger skal være en succes. Det er mange sygeplejersker enige om, men det gav også anledning til en debat om arbejdstider og familieliv.

"Bedre arbejdstider, der passer ind i en familie! Synes virkelig 7-15 er en lang dag med transport for børn at være i institution! Og hvis man vælger deltid får man bare flere fridage. Når det mere er kortere dage familier har brug for! Hvorfor findes der ikke fleks indenfor det offentlige???"

"Kender flere sygeplejersker, der har valgt at være hjemmegående. Bare fordi tiderne ikke passer ind i en familie. Med alle aftenvagter og weekendvagter

også. Hvis I vil tiltrække sygeplejersker, hvis stillingerne bliver frigivet, så må I også sørge for bedre arbejdsforhold på sygehuse!!"

"Nogen gange bliver jeg træt! Sygeplejersker og arbejdstider ... Det vidste man længe inden man startede på studiet! Det svarer til at en præst vil have sin arbejdstid flyttet fra søndage! Som offentligt ansat sygeplejerske har man mange privilegier som private sygeplejersker ikke har; barnets sygedag og omsorgsdage f.eks. Stop klynkeriet og kom i gang - patienterne venter!"

"Nu er det jo altså heller ikke særlig mange år vi skal tilbage, hvor langt de fleste kvinder gik hjemme ... Er lidt træt af den der med børn er et tilvalg. For mig er børn en del af livet!!! Meningen med livet!!!"

Psykiatrien stinker!

Psykiatrien er det sundhedsområde, hvor man får den dårligste behandling, mener danskerne. Dansk Sygeplejeråd vil have afsat flere ressourcer til et område, der trænger til en modernisering.

"Så sandt, så sandt - psykiatrien burde på Finansloven, lige som somatien, og ikke være afhængig af satspuljerne. Finansloven er endnu ikke forhandlet på plads, så en massiv tilkendegivelse omkring dette kan stadig nå at påvirke lovgivningen."

"Jeg er helt enig, vi svinger de psykisk syge."

"Det ville klæde politikerne at gøre noget ... Vi halter håbløst bagefter ... Sådan har det været i mange år ... Så HANDLING TAK."

"Psykiatrien stinker, patienter og pårørende svinges i den grad. Problemet har eksisteret længe, men der er åbenbart ingen der gør noget - det er sørgeligt."

Hvis du selv har lyst til at deltage i debatterne på Dansk Sygeplejeråds Facebook-side, kan du gøre det på www.facebook.com/sygeplejersker

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 > Sygeplejersken og ring eller send en mail med din idé, nummeret er 4695 4187 og mailadressen jb@dsr.dk



FAG

- FRA SYGEPLEJERSKE TIL SYGEPLEJERSKE

Inddragelse er i praksis en vanskelig affære

Sygeplejersker på Aarhus Universitetshospital har gennem en periode på syv år ringet til patienter, som har fået indopereret en CD-enhed – en slags pacemaker, der kan give patienten stød ved hjerterytmeforstyrrelser (se forsiden på dette blad). Nu har sygeplejerskerne evalueret rehabiliteringstilbuddet, og patienterne er overvejende tilfredse. Dog er konklusionen på evalueringen, at man med fordel kan gøre rehabiliteringstilbuddet mere individuelt og differentiere indsatsen, så patienter med øget behov får særlige tilbud. Det kan man læse mere om på side 60.

Og så er der implementeringsspøgelset. Det er svært at holde spøgelset på afstand, selv når det blot er indførelsen af et nyt skema, det gælder, og ofte nævnes implementeringsprocessen kun i en bisætning. Hvordan man kan arbejde med implementering og sætte klørerne i spøgelset, kan læses på side 66.

Den sidste artikel under "Fag" beskriver endnu et rehabiliteringstilbud i kommunalt regi, denne gang til mennesker med kroniske sygdomme. Her viser evalueringen udbredt tilfredshed, men der er ikke målbare resultater af indsatsen. Det rejser en række mere generelle spørgsmål om tilgangen til de mennesker, som har brug for rehabilitering. Skal pædagogikken være baseret på empowerment-tankegangen, induktiv eller deduktiv metode, den salutogenetiske idé eller hvad? Næste skridt kan være konkret at spørge borgerne om den side af sagen. Få en uddybning på side 74.

Fælles for alle artiklerne er, at de handler om at inddrage, hvad enten det er borgere, patienter eller sygeplejersker, det handler om. Det dur ikke at presse noget ned over hovedet på nogen (heller ikke på dig, vel)?

"Fra forsker til fag" tager fat på den digitale indfødte, som for sygeplejestuderendes vedkommende ikke er slet så indfødte, som man kunne forvente. Og hvorfor så ikke det? Se side 58.

Jesper Bayh
Sygeplejerske,
cand.cur., fagredaktør.



En ukendt paragraf

Tine Christensen, socialrådgiver, ansat i Finsencentret på Rigshospitalet; Tinech76@hotmail.com

Stinne Glasdam, universitetslektor, ansat på Medicinska Fakulteten, Lund Universitet

En paragraf i serviceloven giver pårørende mulighed for at få pasningsorlov, når deres nærtstående familiemedlem er indlagt. Men paragraffen er ikke kendt af så mange.

Denne artikel sætter fokus på de muligheder der ligger i servicelovens § 118 (1), pasning af nærtstående med handicap eller alvorlig sygdom.

Allogen knoglemarvstransplantation med fremmed donor er en højt specialiseret og barsk behandling, som kun foregår på Rigshospitalet. Behandlingen er forbundet med et intensivt sygeleje, hvor mange pleje- og omsorgsopgaver naturligt bliver varetaget af sygeplejerskerne, andre af pårørende. Der er en række ekstraordinære krav til sygepleje, og mange har brug for hjælp til de fleste plejeopgaver. I en svært fysisk og psykisk belastende sygdomssituation er det oftest vigtigt for patienten at have en pårørende hos sig. Det er med livet som indsats, at en sådan behandling modtages. De patienter, som overlever, vil i lange perioder lide af svære følger, og der er ofte flere hospitalsindlæggelser undervejs. De kan kort sagt ikke klare sig alene.

Vi ønsker med dette indlæg at argumentere for, at lovgivningen rent faktisk åbner for muligheden af "pasning af nærtstående" også under sygehusophold, når der foreligger helt særlige omstændigheder, og at det stadig kan sandsynliggøres, at der er et pleje- og omsorgsbehov svarende til fuldtidsarbejde, på trods af indlæggelsen. Der er på et år ansøgt om pasningsorlov til 23 patienter i forskellige kommuner i hele landet, hvoraf der er givet afslag fra tre kommuner.

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 vur-

dering 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

Fokus flyttes fra symptom til funktion

Suzanne Ortmann, sygeplejerske og mentor i Sherpa; suzanne@team-sherpa.dk
Jette Rose, sygeplejerske og koordinator i Sherpa

En person med tilknytning til arbejdsmarkedet kan efter servicelovens § 118 blive ansat af kommunen til at passe en plejekrævende nærtstående. Servicelovens § 118 er en rammebestemmelse, der skal kunne tilgodese en bred vifte af behov, herunder situationer, hvor den nærtstående i kortere eller længere perioder er indlagt på sygehus. Loven må derfor tolkes fleksibelt, da den skal understøtte opfyldelsen af de meget forskelligartede og skiftende behov for pleje og omsorg, der ofte kendetegner alvorlige sygdomsforløb og handicap.

I vejledningen (2) fremgår det tydeligt, at der efter en konkret vurdering kan etableres eller opretholdes et pasningsforhold i forbindelse med hospitalsophold, når der foreligger særlige omstændigheder, ligesom der kan tages hensyn til, om behandlingen finder sted i en anden landsdel end bopælen. I bemærkningerne til lovforslaget (3) er anført, at formålet med orloven er at sikre, at lønmodtagere bevarer tilknytningen til arbejdsmarkedet, hvis de varetager pasnings- og omsorgsopgaver over for deres nærtstående. Den sikkerhed, de pågældende har i pasningsorloven, er, at de ikke kan blive opsagt under orloven, ligesom de er sikret at kunne vende tilbage til deres arbejde; modsat en langvarig sygemelding, som den enkelte pårørende kan føle sig tvunget ud i.

Lovgivningen giver altså mulighed for, at der bevilges pasning af nærtstående under hospitalsophold. Så hjælp de pårørende med at bruge denne mulighed, når der er behov for det.

Litteratur

1. LBK nr. 810 af 19/07/2012 Gældende
2. VEJ nr. 13 af 15/02/2011 (kapitel 42 pkt. 181 samt kapitel 44 pkt. 186)
3. Lovforslag nr. L 124 2001/02

En sherpa er en bjergguide, der viser vej, og det er også filosofien bag den måde, en privat virksomhed arbejder med mennesker med psykisk sygdom på. Fokus skal flyttes fra begrænsninger til muligheder for den, som er ramt af sindslidelse.

I 2030 vil psykisk sundhed og i særdeleshed depression være det største helbreds-mæssige problem i verden og dermed langt overstige tallene for hjerte-kar-sygdomme og cancer, forudser Verdenssundhedsorganisationen WHO.

Hvis WHO's prognose holder stik, vil vi i fremtiden opleve, at en langt større andel af befolkningen vil have en psykisk sygdom, som man skal leve med. Det stiller store krav og giver nye udfordringer til sundhedssektoren generelt, men også specifikt til sygeplejerske. Nogle af de største udfordringer bliver, hvordan vi forebygger psykisk sygdom, men også hvordan vi hjælper den enkelte til at leve med at have en psykisk sygdom. Det vigtige bliver at flytte fokus fra de begrænsninger, der er, når man er syg, til, hvad der er af muligheder. At få lagt vægt på alt det, som man stadig kan, på trods af sygdommen.

I Sherpa hjælper vi mennesker, der har fået en psykisk sygdom for første gang, og som har brug for enten støtte til at komme i arbejde eller uddannelse eller til at fastholde tilknytningen til arbejdsmarkedet, se boks 1. Det hele foregår på brugerens præmisser. Brugeren får tilbudt et forløb med en fast mentor, der kan hjælpe med alt fra at sætte struktur på hverdagen til gældssanering og eventuelle møder med offentlige myndigheder. Det er brugerens individuelle behov, der sætter rammen. Når brugeren vurderer, at tiden er moden, og hvis det ønskes, arbejder Sherpas karriererådgivere og brugeren sammen om en fælles, realistisk plan mod job eller uddannelse. Sygdommen fylder naturligvis i udgangspunktet meget hos de brugere, der kommer for at få hjælp, men

vores opgave er at få flyttet fokus og lagt vægt på, hvad de kan. At se på funktioner frem for symptomer.

I vores møde med brugeren bliver opgaven at få stillet spørgsmålet:

”Ja, du er syg, men hvad laver du ellers? Hvad har tidligere fyldt dig med energi, og kunne du have lyst til at gribe fat i det igen?”

Resultaterne er fantastisk positive. Det gør noget ved mennesker, når man bruger deres egne ressourcer og tager udgangspunkt i, hvad de tidligere har haft det godt med eller haft succes med.

Vi ser i Sherpa mange gode eksempler på, hvordan mennesker, som har været syge i mange år, blomstrer op, fordi de er blevet matchet med den rette virksomhed og den korrekte arbejdsbelastning. Og de har mulighed for at fastholde hjælpen, også efter de er kommet i job eller uddannelse, da der er mulighed for at henvende sig til Sherpa, hvis der opstår svære situationer eller der sker ting, de ikke forstår.

Fakta om Sherpa

Sherpa er en privat virksomhed, som understøtter vejen tilbage til arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet for mennesker, som er eller har været i kontakt med det psykiatriske behandlingssystem for første gang. Læs mere om Sherpa på <http://team-sherpa.dk/>

Sammenligningsskema for Pradaxa®, Xarelto®, Marevan® og Eliquis® udelukkende for indikationen apopleksiforebyggelse ved atrieflimren

	Pradaxa® (dabigatran)	Marevan® (warfarin)	Xarelto® (rivaroxaban)	Eliquis® (apixaban)
Terapeutisk indikation	Forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos voksne patienter med nonvalvulær atrieflimren samt en eller flere af følgende risikofaktorer: Tidligere apopleksi, transitorisk cerebral iskæmi eller systemisk emboli, Venstre ventrikel udrykningsfraktion < 40 %, Symptomatisk hjertesvigt, ≥ New York Heart Association (NYHA) klasse 2, Alder ≥ 75 år, Alder ≥ 65 år samt med én af følgende: diabetes mellitus, koronararteriesygdom eller hypertension.	Forebyggelse og behandling af dyb tromboflebit og tromboemboliske komplikationer.	Forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos voksne patienter med ikke-valvulær atrieflimren samt én eller flere risikofaktorer som f.eks. hjerteinsufficiens, hypertension, alder ≥ 75 år, diabetes mellitus, forudgående apopleksi eller forbigående iskæmisk anfald.	Forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos voksne patienter med non-valvulær atrieflimren (NVAf) med en eller flere risikofaktorer, såsom tidligere apopleksi eller transitorisk iskæmisk attack (TIA), alder ≥ 75 år, hypertension, diabetes mellitus, symptomatisk hjertesvigt (NYHA-klasse ≥ II).
Doseringshyppighed	2 gange dagligt	1 gang dagligt (1-3 tabletter dagligt)	1 gang dagligt	2 gange dagligt
Dosering	<ul style="list-style-type: none"> 150 mg, 2 gange dagligt 110 mg, 2 gange dagligt til patienter ≥ 80 år eller patienter i samtidig verapamil behandling 	Opstart: 5 mg i 4 dage. På dag 5 måles INR og herefter individuel dosering.	<ul style="list-style-type: none"> 20 mg, én gang dagligt 15 mg, én gang dagligt til patienter med moderat nedsat nyrefunktion (CrCl 30-49 ml/min) eller svært nedsat nyrefunktion (CrCl 15-29 ml/min) 	<ul style="list-style-type: none"> 5 mg, 2 gange dagligt 2,5 mg, 2 gange dagligt hos patienter med NVAf samt mindst to af følgende karakteristika: alder ≥ 80 år, kropsvægt ≤ 60 kg eller serumkreatinin ≥ 133 mikromol/l
Kontraindikation	<ul style="list-style-type: none"> Overfølsomhed over for det aktive stof Patienter med svært nedsat nyrefunktion (CrCl < 30 ml/min) Samtidig behandling med systemisk ketoconazol, ciclosporin, itraconazol og tacrolimus og dronedaron Læsion eller tilstand, der medfører en signifikant risiko for en større blødning Samtidig behandling med en anden antikoagulantia Nedsat leverfunktion eller leversygdom, som forventes at påvirke woverlevelsen Aktiv Klinisk signifikant blødning 	<ul style="list-style-type: none"> Overfølsomhed overfor warfarin eller hjælpestoffer Svær leverinsufficiens Kvinder i første trimester eller sidste 4 uger af graviditet Patienter med for høj blødningsrisiko 	<ul style="list-style-type: none"> Overfølsomhed over for det aktive stof Leversygdom forbundet med koagulationsdefekt og klinisk relevant blødningsrisiko, herunder cirrosepatienter med Child Pugh B og C Aktiv klinisk signifikant blødning Graviditet og amning 	<ul style="list-style-type: none"> Overfølsomhed over for det aktive stof Leversygdom, som er forbundet med koagulopati og klinisk relevant blødningsrisiko Samtidig behandling med andre antikoagulantia Læsioner eller tilstande med signifikant risiko for større blødning Klinisk signifikant aktiv blødning Child Pugh B og C Aktiv klinisk signifikant blødning Graviditet og amning
Særlige advarsler og forsigtighedsregler	Alder mellem 75 og 80 år, ved moderat nedsat nyrefunktion (CrCl 30-49 ml/min), hos patienter med gastritis, øsofagitis eller gastroøsofageal reflux. Patienter med nedsat leverfunktion. Dabigatrans sikkerhed og virkning er ikke blevet undersøgt hos patienter med kunstige hjerteklapper. Dabigatran kan derfor ikke anbefales til disse patienter. Farmakologisk eller spontan nedsat hæmostase. I fase III-studiet RE-LY var risikoen for myokardieinfarkt (MI) overordnet 0,82, 0,81 og 0,64 % pr. år for dabigatran 110 mg to gange dagligt, for dabigatran 150 mg to gange dagligt og for warfarin, henholdsvis en numerisk stigning i relativ risiko for dabigatran på 29 % og 27 % i forhold til warfarin.	Efter at have vurderet fordelene ved tromboembolisk profylakse mod risikoen for hæmoragi, er det vigtigt at tage stilling til patientens evne til at følge behandlingen nøje. Patienter med demens eller misbrug som alkoholisme kan have svært ved at følge warfarinbehandlingen. Læger og patienter bør være opmærksom på den forhøjede blødningsrisiko, især fra mave-tarmkanalen, ved samtidig behandling med NSAID'er og acetylsalicylsyre. Den antikoagulerende effekt af warfarin kan påvirkes af faktorer som akut sygdom, hyper-/hypothyreoidisme, opkastning, diarre og hjerteinsufficiens med leverstase.	Anvendes med forsigtighed hos patienter med øget blødningsrisiko. Rivaroxaban bør ikke anvendes til patienter med en CrCl på < 15 ml/min. Anvendes med forsigtighed hos patienter med svært nedsat nyrefunktion (CrCl < 15ml/min), som samtidig behandles med andre lægemidler, der øger plasmakoncentrationen af rivaroxaban. Sikkerheden og virkningen af rivaroxaban er ikke undersøgt hos patienter med kunstige hjerteklapper, hvorfor det frarådes.	Øget blødningsrisiko, nedsat nyrefunktion (CrCl < 15 ml/min) og patienter som er i dialyse. Hos patienter med let til moderat nedsat leverfunktion (Child Pugh A eller B) bør apixaban anvendes med forsigtighed. Apixaban anbefales ikke til patienter med svært nedsat leverfunktion.
Interaktion med andre lægemidler og andre former for interaktion	P-gp inhibitorer: Amiodaron, quinidin, verapamil, clarithromycin, ketoconazol, itraconazol, tacrolimus, ciclosporin og verapamil. P-gp-induktorer: Carbamazepin, prikbladet perikon (eller Hypericum perforatum), phenytoin og rifampicin. Samtidig behandling med anden antikoagulantia samt trombocytfunctiohæmmere.	<u>Lægemidler, der nedsætter effekten af warfarin (nedsætter INR):</u> Aprepitant, azathioprin, bosentan, carbamazepin, cholestyramin, griseofulvin, nevirapin, aminoglutethimid, dioxacillin, phenobarbital, prikbladet perikon, rifampicin, ritonavir, Ginseng, Coenzym Q10, avocado og vitamin K holdig mad. <u>Lægemidler, der øger effekten af warfarin (øger INR):</u> abciximab, acetylsalicylsyre, amiodaron, amitriptylin, azithromycin, capcitabin, chloramphenicol, cimetidin, ciprofloxacin, clopidogrel, clarithromycin, cloxacillin, danazol, disulfiram, eptifibatid, erythromycin, ethracrynsyre, fluconazol, fluorouracil, fluoxetin, fluvastatin, fluvoxamin, fosphenytoin, gemfibrozil, heparin, ifosfamid, imatinib, itraconazol, ketoconazol, leflunomid, metronidazol, miconazol, norfloxacin, NSAID'er, paracetamol, paroxatin, phenytoin, phenylbutazon, propafenon, quinidin, rosuvastatin, sertralin, simvastatin, sulfamethoxazol, tramadol, tamoxifen, testosterone, tirofiban, thyroideahormoner, tranexbær og vitamin A, E. <u>Midler, der kan øge eller nedsætte INR:</u> Alkohol.	CYP3A4- og P-gp-hæmmere: ketoconazol, itraconazol, voriconazol og posaconazol eller hiv-proteasehæmmere, clarithromycin, dronedaron, erythromycin, fluconazol, naproxen, ritonavir. CYP3A4-induktorer: carbamazepin, phenobarbital, prikbladet perikon, phenytoin og rifampicin. Samtidig behandling med anden antikoagulantia samt trombocytfunctiohæmmere.	CYP3A4- og P-gp-hæmmere: azolantimykotika (f.eks. ketokonazol, itraconazol, voriconazol og posaconazol) og HIV-proteasehæmmere (f.eks. ritonavir). CYP3A4-induktorer: carbamazepin, phenobarbital, perikon (Hypericum perforatum), phenytoin og rifampicin. Samtidig behandling med anden antikoagulantia samt trombocytfunctiohæmmere.
Overdosering	Der er ingen specifik antidot mod dabigatran. I tilfælde af blødningskomplikationer skal behandlingen seponeres, og kilden til blødningen undersøges. Da dabigatran udskilles hovedsageligt via nyrerne skal tilstrækkelig diurese opretholdes. Passende understøttende behandling, såsom kirurgisk hæmostase og erstatning af blodtab bør foretages på ordinerende læges skøn.	Behandling af overdosering er symptomatisk og understøttende. Antidoten phytomenadion (vitamin K1) administreres primært og hvis nødvendigt gives intravenøs infusion af koncentrat indeholdende koagulationsfaktorer, frisk frosset plasma samt blodtransfusioner. På grund af halveringstiden af warfarin (20-60 timer), bør patienten observeres over en længere periode.	Der findes ikke en specifik antidot, der antagoniserer rivaroxabans virkning. Hensigtsmæssig symptomatisk behandling kan benyttes efter behov som f.eks. mekanisk kompression (f.eks. ved svær epistaxis), kirurgisk hæmostase med væskesubstitution, hæmodynamisk understøttelse og blodprodukter.	Der findes ingen antidot til apixaban. Overdosering af apixaban kan resultere i øget blødningsrisiko. I tilfælde af hæmoragiske komplikationer skal behandlingen stoppes og kilden til blødningen findes. Opstart af passende behandling, f.eks. operativ hæmostase eller transfusion med frisk frosset plasma, bør overvejes.
Bivirkninger Almindelige (1-10%)	Anæmi, næseblod, dyspepsi, mavesmerter, diarré, GI-blødning, unormal leverfunktion, urogenital blødning.	Næseblod, hæmoptyse, hæmaturi, tendens til blåk mærker, vaginal blødning, blødning i øjets bindehinde, GI-blødning, forlænget eller omfattende blødning efter operationsindgreb eller traume.	Anæmi, svimmelhed, hovedpine, besvimelse, blødning i øjet, takykardi, hypotension, næseblødning, mavesmerter, dyspepsi, GI-blødning, blødning fra urinveje, forøgelse af aminotransferaser.	Blødning i øjet (herunder konjunktival blødning), anden blødning (hæmatom), epistaxis, GI-blødning, hæmaturi.
Pakninger og priser pr. 15. august 2013	110 mg: 10 kapsler, 142,60 kr.; 60 kapsler, 751,80 kr. 150 mg: 60 kapsler, 751,80 kr.; 180 kapsler, 2.213,90 kr.	2,5 mg: 100 stk.; 130,25 kr.	15 mg: 28 stk., 637,90 kr.; 42 stk., 946,45 kr.; 98 stk., 2.144,75 kr.; 100 stk., 2.188,05 kr. 20 mg: 28 stk., 637,90 kr.; 98 stk., 2.144,75 kr.; 100 stk., 2.188,05 kr.	2,5 mg: 10 stk., 142,60 kr.; 20 stk., 264,45 kr.; 60 stk., 751,80 kr.; 168 stk., 2067,65 kr. 5 mg: 14 stk., 191,35 kr.; 100 stk., 1239,350 kr.; 168 stk., 2067,65 kr.

Egen læge går stuegang på plejecenter

Betina Schmidt Jørgensen, kvalitets- og udviklingssygeplejerske, SD i ledelse; bsjo@sonderborg.dk

Egen læge går stuegang, og center-sygeplejersken tager blodprøver. Sådan lyder konceptet for en mere smidig hverdag for demente beboere på et plejecenter i Sønderjylland.

Guderup Plejecenter i Sønderborg Kommune har et tæt samarbejde med de praktiserende læger i området. I februar 2012 henvendte en læge fra Guderup Lægehus sig for at spørge til et samarbejde, der skulle fungere som en slags stuegang. Guderup Plejecenter har plads til 53 beboere. Tre afdelinger med plads til i alt 24 beboere er specielt indrettet som demensplejecenter. Lægerne oplever, at det kan være svært at tilse en meget dement beboer i egen praksis, og de håber, at de med stuegang på plejecenteret kan minimere beboernes besøg i praksis.

I marts 2012 var vi klar til at afprøve konceptet. De beboere der var tilknyttet Guderup Lægehus, kunne nu komme med i stuegangsordningen. I praksis fungerer det sådan, at hvis der er et problem, en sygdom eller et blodprøvesvar, der skal drøftes, så gør man det. Der indhentes samtykke hos beboeren, og personalet sidder så sammen med lægen og drøfter den pågældendes situation. Derefter går man sammen med

centersygeplejersken ud i boligen, hvor lægen tilser beboeren.

Under stuegang sidder social- og sundhedsassistenter fra hele plejecenteret og venter på at tale med lægen. Vi oplever et stort læringspotentiale og et kompetenceløft for social- og sundhedsassistenterne.

Et godt eksempel er smertebehandling af en dement borger. Sygeplejersken, social- og sundhedsassistenten og lægen har en faglig diskussion om analgetika. Hvilke fordele og ulemper kan der være i forhold til beboerens sygdom og symptomer, og hvordan opleves beboeren i praksis. Disse diskussioner resulterer i en høj grad af videndeling og plads til refleksion i praksis.

For de beboere, der bor på demensplejecenter, er det især en fordel, at de ikke behøver at konsultere lægen i dennes praksis. Lægen ser beboerne i deres vante og trygge rammer, hvilket oftest giver et mere nøjagtigt billede af, hvordan den enkelte har det.

Sygeplejersken tager blodprøver

Blodprøvetagning kan af og til være en udfordring for egen læge. Beboerne nægter nogle gange at samarbejde. Det er ikke en nem situation, for når lægen er til stede, og blodprøven skal tages, så er der ikke tid til at vente flere timer på, at en beboer ombestemmer sig.

Fra januar 2013 har Guderup Plejecenter ansat en tidligere praksissygeplejerske. Nu er det ikke mere et spørgsmål om, hvornår lægen kan komme og tage blodprøver, for dem tager centersygeplejersken selv. Lægen ordinerer og sender de relevante papirer, og blodprøveglassene forsyner lægerne os også med. Uanset hvilken læge i området der har ordineret en blodprøve, så afleveres blodprøven til Guderup Lægehus, der sender den videre til laboratoriet på Sønderborg Sygehus.

At centersygeplejersken kan tage blodprøver, betyder i praksis, at flere beboere får taget de blodprøver, lægen ordinerer, til tiden. Vi oplever, at beboerne er trygge i situationen og bedre kan forholde sig til en blodprøvetagning, når det er et kendt ansigt, der udfører opgaven. Fordelen er også, at hvis det ikke lige passer ind, når sygeplejersken kommer forbi, så kommer hun bare igen lidt senere.

Samfundsøkonomisk bør der også være betydelige summer at hente. Den praktiserende læge behøver ikke køre til plejecenteret, og omvendt behøver plejecenteret ikke at rekvirere en bil og sende en medarbejder med en beboer ud af huset.

Konklusion: Vi bliver alle på vores egen arbejdsplads eller i eget hjem, og blodprøven er taget til tiden.

PRODUKTINFORMATION FOR ANNONCE SIDE 51

Pradaxa® (dabigatranetexilat)

Forkortet produktresumé Dette produktresumé omhandler udelukkende indikationen forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos patienter med atriefibrillation.

Indikation: Forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos voksne patienter med nonvalvulær atriefibrillation med en eller flere af følgende risikofaktorer: Tidligere apopleksi, transitorisk cerebral iskæmi eller systemisk emboli; Venstre ventrikel udvdrivningsfraktion < 40 %; Symptomatisk hjertesvigt, ≥ New York Heart Association (NYHA) klasse 2; Alder ≥ 75 år; Alder ≥ 65 år samt med en af følgende: diabetes mellitus, koronararteriesygdom, eller hypertension. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for aktivt stof eller et hjælpestof. Svært nedsat nyrefunktion (CrCL < 30 ml/min). Læsion eller tilstand med betydelig risiko for større blødning. Samtidig behandling med anden antikoagulanter (UFH, LMWH, warfarin, rivaroxaban, apixaban osv.). Nedsat leverfunktion eller leversygdom, som forventes at påvirke overlevelsen. Samtidig behandling med systemisk ketoconazol, cyclosporin, itraconazol, tacrolimus og dronedarone. Patienter med kunstige hjerteklapper, der kræver antikoagulant behandling. **Bivirkninger:** *Meget almindelige (over 10%):* Mindre blødninger fra forskellige foci. *Almindelige (1-10%):* Gastrointestinal blødning, mavesmerter, diarré, dyspepsi og kvalme, unormale leverfunktionstest. *Ikke almindelige (0,1-1%):* Trombocytopeni, lægemiddeloverfølsomhed, udslæt, pruritus, intrakraniell blødning, mavesår, gastrooesofagitis, gastrooesofageal refluks, opkastning, dystagi. *Sjældne (mindre end 0,1%):* bivirkninger samt bivirkninger med ukendt hyppighed er anført i det fulde produktresumé.

Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen: Forsigtighed udvises ved alder mellem 75 og 80 år, ved moderat nedsat nyrefunktion, hos patienter med gastritis, oesofagitis eller gastrooesofageal refluks og hos patienter med generelt øget risiko for blødning. *Kirurgi og indgreb:* Pradaxa skal evt. pauseres for operation eller invasiv procedure grundet en øget risiko for blødning – se produktresumet. Fibrinolytiskbehandling kan overvejes ved akut iskæmisk apopleksi, hvis patientens dTT, Ecarin clotting tid (ECT) eller aPTT ikke overstiger den øvre værdi af normalområdet. **Interaktioner:** Grundet øget risiko for blødning bør der udvises forsigtighed ved samtidig anvendelse af NSAID (T½ > 12 timer), ASA, clopidogrel, ticagrelor samt P-glycoprotein (P-gp) induktorer og -inhibitorer. **Graviditet og amning:** Pradaxa bør ikke anvendes. **Dosering:** 150 mg to gange dagligt. Patienter ≥ 80 år samt ptt i verapamil-behandling (indgives samtidigt) anbefales 110 mg to gange dagligt. For opstart bør nyrefunktionen vurderes ved beregning af kreatinin clearance (CrCL) for eksklusion af ptt med svært nedsat nyrefunktion (CrCL < 30 ml/min). Under behandling bør nyrefunktionen vurderes i kliniske situationer ved mistanke om et fald i nyrefunktionen (f.eks. hypovolæmi, dehydrering og samtidig behandling med visse typer anden medicin). Hos ptt > 75 år og hos ptt. med nedsat nyrefunktion bør nyrefunktionen vurderes mindst én gang om året. Patienter kan behandles med Pradaxa i forbindelse med kardioverføring. Kapslerne skal altid indtages uåbnede. Ved skift fra VKA til Pradaxa skal VKA seponeres, og Pradaxa initieres når INR < 2,0. **Overdosering:** Aktiveret protrombin-kompleks eller faktor VIII kan overvejes. **Pakninger og priser (uge 33/2013):** 110 mg: 10 kapsler, kr. 142,60; 60 kapsler, kr. 751,80; 150 mg: 60 kapsler, kr. 751,80; 3*60 kapsler, kr. 2213,90. (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 Sundhedsstyrelsens godkendte produktresumé af 15. juli 2013. Information om øvrige indikationer kan findes i produktresumet, som vederlagsfrit kan 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



Myten om de digitale indfødte

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.



Raymond Kolbæk er 57 år, bor i Viborg og er gift, har to børn. Han blev sygeplejerske i 1982, tog sygeplejefaglig diplomeksamen i 1989, blev kandidat i sygeplejevidenskab

i 1995 og ph.d. i 2013.

Hvad fik dig til at forske?

”Siden elevtiden har jeg haft en interesse i fagets udvikling med it. Da jeg blev sygeplejelærer, var det oplagt, at jeg skulle arbejde med udvikling af pædagogik, profession og it.”

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

”Mit fokus er nystartede sygeplejestuderendes holdninger til brugen af it i teoretisk uddannelse og klinisk sygepleje. Deres modstand mod faget ”Sygepleje- og Sundhedsinformatik” undrede mig. Jeg ville gerne finde ud af hvorfor, når nu myten sagde, at de studerende var it-kompetente. Studiet viser, at dette var en myte i 2002 og stadig er en myte i 2012. For at finde forklaringer måtte jeg undersøge, hvordan it blev indført i folkeskolen, gymnasiet og på sygeplejskolerne i perioden 1970-2001. Med spørgeskemaundersøgelser og fokusgruppinterview som empirisk baggrund afdækker jeg de studerendes it-habitus og it-kapital. Jeg viser, at it-kravene til studerende med sproglig studenter- og hf-eksamen ikke var så høje som for matematiske studenter. Da hovedparten af de optagne studerende har en sproglig/hf-baggrund, kan det være med til at forklare de studerendes lave it-habitus. De færreste studerende ser sig selv som it-kompetente og kyndige brugere. Tværtimod oplever de fleste sig som teknisk ukyndige. Dog har de studerende en stigende it-brugsrate og it-kapital. Fire typer sygeplejestuderende og de-

res it-kapital og it-habitus konstrueres: ”Fortaleren”, ”Skeptikeren”, ”Modstanderen” og ”Kritikeren”. Deres it-habitus spænder fra Fortalerens optimistiske tro på, at it skaber større lighed, gør det sjovere at lære og kan fungere som patienternes støtte-teknologi til Modstanderens opfattelse af it som tidsrøvende og useriøs kommunikation. Både Skeptikeren og Kritikeren viser medierende holdninger, men finder, at sygeplejskolerne underudnytter it i undervisnings-sammenhæng.

En medvirkende forklaring er, at skoleejerne ikke mente, at sygeplejersker havde brug for at lære om og med it.”

Hvor tog du din forskeruddannelse henne?

”Jeg var indskrevet på Institut for Medier, Erkendelse og Formidling, Humanistisk Fakultet, Københavns Universitet, og min vejleder var prof. emeritus Staf Callewaert.”

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

”Jeg har haft gode økonomiske rammer under det meste af mit ph.d.-forløb. Projektet har overlevet fire fusioner fra sygeplejskole over to CVU-fusioner til den nuværende professionshøjskole. De seneste år har jeg selv bidraget ved at gå ned i tid i en periode og tage ni måneders orlov uden løn for at sætte turbo på færdiggørelsen.”

Hvor kan man læse om dine forskningsresultater?

”Afhandlingen er en monografi i to bind og kan læses/downloades fra en fransksproget hjemmeside <http://korturl.dk/iqb> > skriv følgende i søgefeltet: ”Holdninger til brugen af it i teoretisk og klinisk praksis hos nystartede sygeplejestuderende”, ligesom den sælges fra Københavns Universitets webshop. En artikel om afhandlingens resultater er på vej.”

Hvordan har din forskning betydning for praksis?

”Afhandlingen indeholder en omfattende

historisk fremstilling af, hvordan it er blevet implementeret i den danske sygeplejerskeuddannelse fra 1970’erne til 2012, og hvilken rolle forskellige aktører, herunder Dansk Sygeplejeråd, spillede i indførelsen. Den viden kan anvendes som et historisk grundlag for ikke at gentage fortidens fejltagelser, når samfundet nu i stigende grad tyr til sundheds- og velfærdsteknologiske løsninger på en række af de problemer, vi står over for i sundhedsvæsenet.

Den anden del af afhandlingen fokuserer på sygeplejestuderendes holdninger til it, og her må jeg sige, at der ikke er sket så store fremskridt, som myten om de digitale indfødte lyder. Nutidens sygeplejestuderende er ikke de digitale indfødte, som myten vil gøre dem til, og som mange undervisere og kliniske sygeplejersker tror, de er, fordi de er gode til at surfe på nettet og anvende Facebook. Afhandlingens fund kan her være med til at forventningsafstemme de pædagogiske tiltag, vi i sygeplejerskeuddannelsen bliver nødt til at matche de studerendes it-kompetencer med.”

Hvad forsker du i aktuelt?

”Jeg er netop tiltrådt en delt stilling mellem Sygeplejerskeuddannelsen i Viborg og Hospitalsenhed Midt som forskningslektor ved Center for Sygeplejeforskning. Her skal jeg forske i patienters brug af it og sociale medier i håndtering af deres sygdom samt personalets brug af it i plejen. Jeg underviser og vejleder fortsat studerende og arbejder med forskning og udvikling i Sundhedsfaglig Højskole.”

Traditioner og praktisk organisering hindrer en god ernæringsindsats

Det er ikke fokus og viden, der mangler på ernæringsområdet. Derimod er det måden, arbejdet er organiseret på, der hindrer gode måltider på hospitalet. Det viser en kortlægning af, hvordan måltider serveres for patienter på tre medicinske afsnit på Glostrup Hospital.

Kirsten Kornval, ledende oversygeplejerske, formand for projektets styregruppe, Glostrup Hospital; Kirsten.kornval@regionh.dk

Sarah Johansen, cand.scient.san.publ., projektleder, Glostrup Hospital

Mads Østerby, cand.polit., konsulent, Ernst & Young

Mangler der viden om ernæringens betydning for rehabilitering, indlæggelsestid, antallet af komplikationer mv.? Det mener Anne W. Ravn m.fl. i en meget rammende artikel i *Sygeplejersken* nr. 6/13 om manglende fokus på ernæring i sundhedssektoren. Vi er meget enige i, at ernæring er væsentligt, men vi tror ikke, problemerne skyldes mangel på viden.

På Glostrup Hospital har vi netop kortlagt, hvordan svage medicinske patienter på tre medicinske sengeafsnit helt konkret får serveret deres måltider. Vores resultater viser, at personalet gennemgående har viden om ernæring og ønsker at have fokus på området. Men de gode hensigter bliver bremsede af den måde, hverdagen er organiseret på i et sengeafsnit. F.eks. bliver patienterne ofte tilbudt fem måltider indenfor otte dagtimer, hvor der er mange ansatte på vagt. Vi kan også se, at det ofte ikke er én person, som får ansvar for at tilbyde mellemmåltider i en patientgruppe. Der er heller ikke en fast aftale om, at patienterne skal have madro under spisningen og ikke må forstyrres af f.eks. blodprøvetagning, selv om vi ved, at patienterne spiser mere, når der er gode rammer for måltidet.

Kortlægningen er sket som en del af måltids- og ernæringsprojektet "Mere mad i munden" på Glostrup Hospital, som Region Hovedstaden har bevilget 1 mio. kr. til. Projektets formål er at forbedre svage medicinske patienters måltidsoplevelse, at udvikle den kliniske praksis i relation til ernæring samt at øge personalets opmærksomhed på ernæringsarbejdet.

I de kommende måneder sætter vi fokus på at arbejde med en bedre organisering af, hvornår og hvordan den enkelte patient får tilbudt mad. F.eks. ved at sikre, at der er en bedre fordeling af de tilbud om måltider, patienterne får i løbet af dagen, og at ansvaret både for hovedmåltider og mellemmåltider er klart fordelt. Derudover vil vi sætte fokus på prioritering og ledelsesmæssig opmærksomhed. "Mere mad i munden" forventes afsluttet med en evaluering samt en udrulningsplan til de øvrige afdelinger på Glostrup Hospital og i Region Hovedstaden.

Vi tror, at det er praksisnære initiativer, der gør en forskel for patienternes ernæring i en kompleks hverdag frem for mere viden og uddannelse.



Sygeplejersker søges til Norge og Sverige – 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

Ansøgningsskema 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

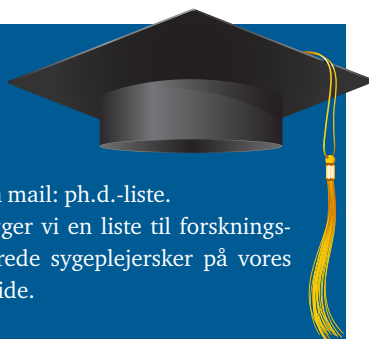
POWERCARE A/S agerer i store dele af verden - med primært fokus på det skandinaviske marked samt Mellemøsten og Australien.

Efterlysning Kom på listen

Er du sygeplejerske og ph.d. eller Dr. PH, kan du komme med på *Sygeplejerskens* ph.d.-liste.

Send en mail med dit navn, titel på din afhandling, årstal og navn på det universitet, du var tilknyttet, til jb@dssr.dk

Mærk din mail: ph.d.-liste.
Så opbygger vi en liste til forskningsinteresserede sygeplejersker på vores hjemmeside.



(jb)

Før du søger arbejde i udlandet, opfordrer vi dig til at søge oplysninger på dssr.dk/jobudlandet

Evaluering af rehabiliterings

I gennem syv år har man på en medicinsk afdeling på Aarhus Universitetshospital kontaktet patienter, som har fået indopereret en implanterbar cardioverter defibrillator (ICD). Den telefoniske kontakt er nu evalueret via et spørgeskema, som blev besvaret af 47 patienter. Evalueringen viser, at patienterne overvejende er tilfredse med rehabiliteringstilbuddet, men at konsekvensen for sygeplejen bør være forøget individuel intervention evt. suppleret med kognitiv adfærdsterapi.

Millie Marie Schmidt, specialeansvarlig sygeplejerske, hjertemedicinsk afdeling B2, Aarhus Universitetshospital; millschm@rm.dk
Jette Rolf Svanholm, forskningssygeplejerske, cand.scient.soc., ph.d.,
Anne Birgitte Vogelsang, sygeplejerske, MHP

I dag er der ca. 3.000 hjertesygere danskere, som har indopereret en implanterbar cardioverter defibrillator, en ICD (1). ICD'en reducerer risikoen for at dø af et hjertestop, men det lille apparat og et liv med kronisk hjertesygdom resulterer ofte i, at patienterne oplever en forringelse af livskvaliteten (2,3).

ICD-behandling er i dag det anvendte og effektive behandlingstilbud, når det drejer sig om forebyggelse og behandling af hjertestop/livstruende arytmier (4).

Evidensbaserede studier viser, at 25-30 pct. af disse patienter har psykiske reaktioner, som bl.a. omfatter frygt, angst, vrede, undgåelsesadfærd og depression (2,3,5).

Fra klinisk praksis genkendes disse følelsesmæssige reaktioner, hvor ICD'en kan have negativ påvirkning af en række fysiske, psykiske og sociale faktorer såsom indflydelse på partnere og familielivet, ændrede arbejdsvilkår og kørselsforbud (6).

Andre bekymringer kan være frygt for smerter i forbindelse med et stød, og om ICD'en virker, som den skal.

På Hjertemedicinsk afdeling B, Aarhus Universitetshospital (AUH), er indlæggelsestiden for ICD-patienter ifølge Patientregistreringssystemet på AUH reduceret drastisk gennem det seneste årti. I 2001 var den gennemsnitlige liggetid 9,5 dage, hvor den i 2011 blot er 4,0 dage i gennemsnit. Denne reduktion af indlæggelsestiden intensiverer kravet om at kunne yde en professionel og målrettet pleje og behandling både før, under og efter indlæggelsen.

På baggrund heraf blev der i 2003 etableret et rehabiliteringstilbud til disse patienter i Hjertemedicinsk afdeling B, AUH. Som afslutning på indlæggelsesforløbet tilbydes patienten en telefonisk opringning, som finder sted 4-6 uger efter udskrivelsen. Det er denne del af rehabiliteringsforløbet, som vi ønskede at evaluere.

En undersøgelse peger på betydningen af, at sygeplejersken påtager sig en væsentlig rolle i at støtte patienten og pårørende

” En undersøgelse peger på betydningen af, at sygeplejersken påtager sig en væsentlig rolle i at støtte patienten og pårørende ikke mindst efter implantationen.

ikke mindst efter implantationen. Det drejer sig om patienternes mulighed for at dele deres bekymringer, revurdere deres liv og blive partnere i de beslutningsprocesser, der vedrører deres liv med en ICD (7).

Rehabiliteringstilbuddet

Opkaldet varetages af en sygeplejerske med en mangeårig erfaring inden for den kardiologiske sygepleje. Den telefoniske kontakt begrænses til at omfatte gruppen af patienter, som har overlevet et hjertestop eller har haft tilfælde med livstruende hjerterytmeforstyrrelser.

Samtalen fokuserer på de fysiske, psykiske og sociale aspekter ved at leve med en ICD, der kan have indflydelse på hverdagslivet for patienten. Hensigten med samtalen er at støtte og opmuntre patienten til at kunne håndtere de udfordringer og forandringer, som en implantation af en ICD kan medføre, samt et ønske om at reducere nervøsitet, angst og bekymring, der ofte præger tiden efter implantation af en ICD (6).

Gennemsnitligt varer samtalen 30 minutter. Enkelte samtaler kan dog tage op til 1½ time, alt afhængigt af hvordan patienten har det, og hvor mange spørgsmål der måtte være.

Efter godt syv års indsats med denne form for rehabilitering blev der i efteråret 2010 foretaget en spørgeskemaundersøgelse blandt patientgruppen med henblik på at evaluere indsatsens værdi for patienten.

Formål

Formålet med spørgeskemaundersøgelsen var at få afdækket, om og i hvilken grad patienternes behov for information og støtte blev dækket gennem telefonsamtalen samt klarlægge, hvilke områder patienten måtte ønske forbedret.

Metode

Til evalueringen blev anvendt et spørgeskema blandt patienter, som for første gang havde fået implanteret en ICD, hvor enten hjertestop eller livstruende hjerterytmeforstyrrelser var indikation for implantation.

Spørgeskemaet blev postmodelt til alle patienter, som i perioden 1. marts 2009 til 1. marts 2010 havde fået implanteret en

tilbud til patienter med ICD

” Resultatet af spørgeskemaundersøgelsen viste, at størstedelen af patienterne følte sig hjulpet og rådgivet af telefonisk intervention.

ICD. Skemaet skulle udfyldes og returneres i en frankeret svarkuvert. En påmindelse blev sendt ud tre uger efter med et nyt spørgeskema og en svarkuvert. Der var 63 muligt deltagende patienter. Svar blev modtaget fra 54. Forud for undersøgelsen blev patienter, som opfyldte inklusionskriterierne, orienteret pr. brev om undersøgelsen. Deltagelse foregik frivilligt, og samtykkeerklæring blev returneret i underskrevet stand med sikring af anonymitet.

Spørgeskemaet indeholdt følgende evalueringsparametre:

- Hvorvidt behovet for information blev dækket gennem telefonsamtalen.
Ved information menes oplysninger af teknisk art som f.eks. ICD'ens funktion, praktiske forholdsregler efter implantationen, hvad man kan og må rent fysisk, hvordan medicinen virker mv.
- Hvorvidt telefonsamtalen var fyldestgørende i forhold til personlig støtte.
Ved personlig støtte menes den medmenneskelige hjælp og forståelse, der er nødvendig for at komme videre i livet.

Definitionerne blev operationaliseret og anskueliggjort i konkrete spørgsmål (variable), se tabel 1 og 2.

Ud fra hvert spørgsmål kunne patienterne vurdere, i hvilken grad de var tilfredse. En skalagraduering gik fra 1-4, hvor 4 var bedst. Graderne var inddelt: i meget høj grad, i høj grad, i nogen grad, slet ikke og ved ikke.

Analysevariablerne er blevet dikotomiseret, det vil sige, at kategorierne ”i meget høj grad” og ”i høj grad” er lagt sammen og udgør gruppen af tilfredse patienter. Kategorierne ”i nogen grad” eller ”slet ikke” er lagt sammen og udgør gruppen af ikke tilfredse.

Derudover blev patienterne bedt om at svare på følgende spørgsmål:

- Om patienten havde fået stød og hvor mange gange?
- ICD-specifikke bekymringer
- Om telefonsamtalen var overflødig?
- Om der var andre områder, samtalen burde dække?
- Om der skulle være tilbud om mere end én samtale?
- På hvilket tidspunkt efter udskrivelsen det er bedst at blive ringet op?

Analyse af data

Kontinuerte variable blev ved normalfordeling analyseret ved Students t-test, og hvis ikke normalfordeling blev testen udført på logaritmisk skala. Dikotomiserede eksponeringsvariable blev analyseret ved Fishers exact-test.

Alle estimer præsenteres som proportioner med procentvis fordeling. De bivariate analyser er udført som ujusterede relative risiko-estimer (RR) med 95 pct. sikkerhedsintervaller (95 pct. CI) og to-sidede P-værdier ($p < 0,05$). De statistiske analyser blev udført i Stata 11.

Resultater

I denne undersøgelse var kønsfordelingen 11 kvinder (20 pct.) og 43 mænd (80 pct.). Gennemsnitsalderen var på 63 (59;66) ▶

Tabel 1. Niveau for information

Antallet af patienter, der var tilfredse med telefonsamtalens informationsniveau, n = 47	
Var telefonsamtalen med til at afklare tvivlsspørgsmål i forhold til, hvordan din ICD-enhed virker?	36 patienter (77 pct.)
Var telefonsamtalen med til at afklare tvivlsspørgsmål vedrørende forholdsregler efter ICD-implantation?	35 patienter (74 pct.)
Var telefonsamtalen med til at afklare, hvad du kan og må rent fysisk?	33 patienter (70 pct.)
Var telefonsamtalen med til at afklare, hvorfor og hvornår en ICD giver stød?	30 patienter (64 pct.)

- år. Patienterne blev i gennemsnit telefonisk kontaktet 4 (4;5) uger efter udskrivelsen. Tallene i parentes angiver aldersspændvidden for begge køn under et. Der er ikke differentieret mellem kønnene, da hovedparten af deltagerne i vores spørgeundersøgelse udgøres af mænd.

Syv af de patienter, som sendte svar tilbage, havde valgt at vedlægge en beskrivelse i stedet for at besvare selve spørgeskemaet.

Resultaterne af undersøgelsen er baseret på 47 patienters besvarelser (75 pct.). 10 af de patienter (23 pct.), der besvarede spørgeskemaet, havde mere end én telefonsamtale.

Tabel 1 og 2 viser procentsatsen af, hvor mange patienter der mener at have fået dækket behovet for information og personlig støtte gennem telefonsamtalen: de tilfredse patienter.

Tabellerne viser, at 35 af de adspurgte patienter (75 pct.) udtrykker overordnet tilfredshed med telefonsamtalen, de angiver at have den fornødne viden om deres sygdom og føler, at de får tilstrækkelig personlig støtte. Dog evaluerede lidt mere end 11 patienter (25 pct.), at de ikke følte, at telefonsamtalen dækkede deres behov for information og støtte.

15 af patienterne (32 pct.) udtrykte bekymring for, om de fik stød. 13 af patienterne (28 pct.) var i nogen til høj grad bekymret for at udøve fysisk aktivitet, og 12 af patienterne (26 pct.) udtrykte bekymring for, om ICD-enheden virkede, som den skulle.

Af undersøgelsen fremgik det desuden, at 11 af patienterne havde oplevet at få stød, og tre havde fået stød mere end fem gange.

Størstedelen af patienterne evaluerede, at første samtale burde ligge 4-5 uger efter udskrivelsen, dog mente 17 patienter (38 pct.), at den burde ligge allerede 1-2 uger efter udskrivelsen. 20 af patienterne (44 pct.) udtrykte behov for mere end én samtale, og ingen vurderede, at samtalen var overflødig.

” Især har interventioner, hvor der har været komponenter af kognitiv adfærdsterapi, undervisning samt fysisk træning, umiddelbart dokumenteret den bedste effekt.

Hvis man ser på sammenhæng mellem udtrykt behov for mere end en samtale og undersøgte eksponeringsfaktorer, fandt vi ingen sammenhæng i forhold til

- a) at have fået stød ($p > 0,42$)
- b) at have haft mere end en samtale ($p > 0,1$)
- c) alder ($p > 0,46$).

Dog synes der at være en tendens til, at det er de yngre, der har det største behov for telefonisk opfølgning.

I undersøgelsen fandt vi signifikante sammenhænge mellem ønsket om mere end én samtale og bekymring for fysisk aktivitet ($p < 0,007$), bekymring for, om ICD-enheden virker ($p < 0,03$), og bekymring for stød ($p < 0,03$). Bekymring for at få stød havde ingen sammenhæng med det at have oplevet stød ($p > 0,46$).

Af de syv patienter, som ikke besvarede spørgeskemaet, forklarede enkelte, at de havde befundet sig i så stor en krise på det tidspunkt, hvor opringningen havde fundet sted, at de ikke kunne erindre opkaldet. Andre skrev, at samtalen havde fundet

Tabel 2. Grad af personlig støtte

Andelen af patienter (i pct.), der var tilfredse med telefonsamtalens grad af personlig støtte, n = 47	
Oplevede du telefonsamtalen som støttende og vejledende i forhold til, hvilken indflydelse ICD-behandling nogle gange kan have på familielivet?	36 patienter (76 pct.)
Oplevede du samtalen som støttende og vejledende i forhold til, hvordan familien bedst støtter hinanden i denne situation?	32 patienter (68 pct.)
Var telefonsamtalen medvirkende til, at du følte dig mere afklaret i forhold til at komme videre i livet og bedre kan håndtere det faktum, at du har fået en ICD-enhed?	35 patienter (74 pct.)
Oplevede du telefonsamtalen som støttende og vejledende i forhold til at få afklaret nogle generelle spørgsmål vedrørende din ICD-behandling?	36 patienter (77 pct.)

sted for sent i forhold til udfyldelse af spørgeskemaet, og at de ikke kunne huske helt nøjagtigt, hvad samtalen havde indeholdt. Endelig blev det kommenteret, at det kunne være svært at skelne mellem den information, der blev givet gennem telefonsamtalen, og den information, der blev givet i forbindelse med den ambulante kontrol.

Diskussion

- Resultatet af spørgeskemaundersøgelsen viste, at størstedelen af patienterne følte sig hjulpet og rådgivet af telefonisk intervention. Andre studier har vist, at opfølgende telefonisk kontakt foretaget af sygeplejersker til hjertepatienter med en ny implanteret ICD, er en hensigtsmæssig og effektiv metode at støtte patienter i efterforløbet (8). Det er væsentligt at hæfte sig ved, at 11 af de adspurgte patienter (25 pct.) i vores undersøgelse ikke var tilfredse, og at 21 patienter (44 pct.) ytrede ønske om mere end en samtale. Denne lille undersøgelse peger i retning af, at de faktorer, der kan betinge behov for øget telefonisk kontakt, er:
- bekymring for udøvelse af fysisk aktivitet
- bekymring for at få støtte og om ICD-enheden virker, som den skal
- virkning og bivirkning af medicin

Siden 1989 har forskellige typer af rehabiliterende interventioner til patienter med en ICD været afprøvet for at imødekomme patienternes psykosociale problematikker i livet med en ICD. Især har interventioner, hvor der har været komponenter af kognitiv adfærdsterapi, undervisning samt fysisk træning umiddelbart dokumenteret den bedste effekt (9). Elementer af kognitiv adfærdsterapi samt af undervisning indgår i den evaluerede telefoniske kontakt. Men en mere målrettet og bevidst anvendelse af kognitiv adfærdsterapi vil forventes at kunne styrke interventionen og også mere systematisk afdekke, hvorvidt patienten har brug for flere samtaler eller har brug for andre tiltag.

Ønsket om mere end én samtale var 2,1 gange højere for kvinder end for mænd. Dette kan forstås i lyset af et andet studie, der viser, at kvinder har tendens til at rapportere lavere social

funktion ($p > 0,03$) og ringere psykisk velbefindende ($p = 0,006$) end mænd (10). Et kvalitativt studie viser, at selv om kvinder og mænd deler de samme følelser af angst og usikkerhed omkring ICD'en, og hvornår den giver støtte, er kvinder mere opmærksomme på deres krop og fremtoning og tillader ikke at restituere sig efter indgrebet på samme måde som mænd. De påtager sig straks deres vante roller og ansvar i familien (11). Vores undersøgelse giver derfor anledning til at skærpe opmærksomheden mod kvinders behov.

Spørgeskemaundersøgelsen omfattede blot en lille del af de mange patienter, som i dag tilbydes behandling med en ICD-enhed, og kan derfor kun pege på tendenser. Man kunne med fordel gentage undersøgelsen med inddragelse af flere patienter for at få et mere præcist billede af, hvordan patientgruppen har gavn af denne form for rehabiliteringstilbud.

Konklusion

Evalueringen af spørgeskemaundersøgelsen har vist, at telefonisk opfølgning blandt førstegangsmottagere af en ICD-enhed havde den ønskede effekt blandt 35 af de adspurgte.

Samtidig vurderede ingen, at den opfølgende samtale var overflødig. Derfor konkluderes det, at samtalen har haft en positiv indflydelse på patientens evne til fysisk såvel som psykisk at leve med de udfordringer og forandringer, der kan forekomme i efterforløbet.

Til trods for, at en relativt stor del af deltagerne udtrykker tilfredshed med rehabiliteringstilbuddet, er der fortsat 11 (25 pct.) af de adspurgte, som har brug for mere støtte. Dertil skal lægges de 11 patienter, som allerede modtog mere end én samtale.

Resultatet peger i retning af behov for øget individuel intervention. En forbedring af interventionsindsatsen kan være at blive i stand til at differentiere patienterne, så patienter med et øget behov kan identificeres tidligt i forløbet og få tilbud om en særlig målrettet indsats. ►

► **Litteratur**

1. Danish Pacemaker and ICD register 2009:7.
2. Dunbar SB, Langberg JJ, Reilly CM, Viswanathan B, McCarty F, Culler SD, O'Brien MC, Weintraub W. Effect of a psychoeducational intervention on depression, anxiety and health resource use in implantable cardioverter defibrillator Patients: PACE 2009;32:1259-71.
3. Sears SF, Lewis TS, Kuhl EA, Conti JB. Predictors of quality of life in patients with implantable cardioverter defibrillators. Psychosomatics. 2005;46:451-7.
4. Al-Khatib SM, Sanders GD, Carlson M, Cicic A, Curtis A, Fonarow GC, Groeneveld PW, Hayes D, Heidenreich P, Mark D, Peterson E, Prystowsky EN, Sager P, Salive ME, Thomas K, Yancy CW, Zarebe W, Zipes D. Preventing tomorrow's sudden cardiac death today: dissemination of effective therapies for sudden cardiac death prevention. Am Heart J. 2008;156:613-22.
5. Lemon J, Edelman S, Kirkness A. Avoidance behaviors in patients with implantable cardioverter defibrillators. Heart Lung. 2004;33:176-82.
6. Palacios-Cena, Losa-Iglesias ME, Alvarez-Lopez C, Reyes AR, Salvadores-Fuentes-de-las Penas C. Patients, intimate partners and family experiences of implantable cardioverter defibrillators: qualitative systematic review. Journal of Advanced Nursing 2011; Dec;67(12):2537-50.
7. Flanagan JM, Caroll DL, Hamilton GA. The long-term lived experience of patients with implantable cardioverter defibrillators. MEDSURG Nursing. 2010. 19(2):113-19.
8. Dougherty CM, Lewis FM, Thomsen EZ, Baer JD, Wooksoo K. Short-term efficacy of a telephone intervention by expert nurses after implantable cardioverter defibrillator. PACE, Vol. 27: 1594-1601.
9. Haase K. Rehabiliterende interventioner til patienter med Implanterbar Cardioverter Defibrillator (ICD) – et review. Sektion for Sygepleje, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, nr. 247/2012.
10. Spindler H, Johansen JB, Andersen K, Mortensen P, Pedersen SS. Gender differences in anxiety and concerns about the cardioverter defibrillators. Pacing Clin Electrophysiol. 2009;32:614-21.
11. Tagney J, James JE, Albarran JW. Exploring the patient's experience of learning to live with an implantable cardioverter defibrillator (ICD) from one UK centre: a qualitative study. 2003 European Journal of Cardiovascular Nursing. 2(3), 195-203.

English abstract

Schmidt MM, Svanholm JR, Vogelsang AB. Evaluation of rehabilitation program for patients with ICD. Sygeplejersken 2013;(11):60-8.

Background: The article describes an evaluation of nurse intervention concerning telephone follow-up of first-time recipients of an ICD at Cardiology Department B, Aarhus University Hospital. The participants had the ICD implanted after surviving heart failure or an incidence of a life-threatening cardiac arrhythmia. The telephone call is made by a cardiology nurse and takes place 4-6 weeks after discharge.

Objective: The objective of the survey study was to find out to what extent the patient group receives the information and support they need through the telephone conversation and to establish how the work can be developed and improved.

Method: Questionnaire sent out in May 2010 to 63 heart patients who were first-time recipients of an ICD.

Conclusion: The study shows that 35 of a total of 47 participating patients in the study (75 pct.) were satisfied with the rehabilitation program. One improvement in the program could be to differentiate more between patients, so that patients with a greater need for rehabilitation can be identified early on and individual interventions can be planned. This could be in the form of targeted cognitive therapy.

Keywords: Information, heart arrhythmia, survey study, rehabilitation.

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
- 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.



Implementering af en smerte med nedsat bevidsthed

Implementering nævnes ofte henkastet og uden detaljer, men i virkeligheden er det en vanskelig sag at indføre noget nyt. Artiklen beskriver processen med at indføre en smerteskala til patienter med svær hjerneskade og oplister de redskaber, der blev anvendt i processen.

Kirsten Lavi Givard, klinisk oversygeplejerske, master i sundhedspædagogik. Ansat på afdeling for Højt Specialiseret Neurorehabilitering/Traumatisk Hjerneskade, Glostrup Hospital, med udefunktion på Hvidovre Hospital; kirsten.lavi.givard@regionh.dk
Ingrid Poulsen, sygeplejerske, dr.med.scient. og leder af Forskningsenheden for Højt Specialiseret Neurorehabilitering/Traumatisk Hjerneskade, Glostrup Hospital med udefunktion på Hvidovre Hospital.

Patienter i den subakutte rehabiliteringsperiode efter svær erhvervet hjerneskade er præget af nedsat bevidsthed og kan derfor ikke altid give udtryk for, om de har smerter. Selvom patienten i nogle tilfælde scorer højt på Glasgow Coma Scale (GCS), oplever vi, at patienten har problemer med at selvrapportere smerter og/eller non-verbalt med sikkerhed vise, hvor og i hvilken grad de har ondt. Der findes smertevurderingsredskaber til andre typer patienter, der ikke kan selvrapportere smerter (f.eks. nyfødte og patienter med demens), men ingen er valideret eller fundet egnet til patienter med hjerneskade med svær bevidsthedspåvirkning (1).

De vanskelige forhold i smerteobservation og -vurdering til denne patientgruppe ændrer ikke det faglige, etiske og kvalitetsmæssige krav om at vurdere patienterne systematisk for smerter og afhjælpe disse, hvis de konstateres. Derfor udviklede vi Pain Assessment Scale (PAS), som efter pilotafprøvning blev indført i afdelingen januar 2010 (2,3), se figur 1.

Projektgruppen bag udviklingen af PAS bestod af afdelingens forskningssygeplejerske, en overlæge og tre sygeplejersker. Formålet var at udvikle et redskab til "en systematisk registrering og vurdering af smerter hos den bevidsthedssvækkede patient med GCS < 9 samt systematisk at registrere og vurdere smerter hos den mere bevidste patient med kognitive og/eller kommunikative vanskeligheder, hvor VAS (Visual Analog Skala) ikke kan benyttes" (3).

Det konkrete forløb for udvikling og indføring af PAS-skema er illustreret skematisk i fig. 2.

Sideløbende med det videnskabelige arbejde med at validere PAS har vi fokuseret på kvalitetsmål for anvendelsen af PAS.

Siden 2010 har vi foretaget interne audit for at registrere anvendelsen af PAS relateret til akkrediteringskravene fra henholdsvis

” Det lykkedes at skabe succes og drivkraft i opstarten af PAS, idet ønsket om og stoltheden over at udvikle noget, der var tilrettet vores patienter og tilfredsstillelsen i at få struktur på de observationer og tegn, som før var tilfældigt rapporteret, blev fremhævet af personalet.

Figur 1. PAS-skema

PAS (Pain Assessment Scale) smertevurderingsskema til patienter ≥ 15 år med nedsat bevidsthed.

Symptomer på smerte	Forklaring/definition	Dato og klokkeslæt
Fysiologiske/autonome tegn		
Takykardi	Puls	→
Blodtrykstigning	Blodtryk	→
Takypnø	Respirationsfrekvens	→
Pupildilatation		→
Tåreflåd		→
Hud	Kold ¹ , bleg ² , klamtsvedende ³ , svedperler ⁴ , gåsehud ⁵	→
Kropssprog		
Ansigtstudtryk	Grimassen ¹ , bryning ² (rynker panden), kniber øjnene sammen ³ , bider tænderne/læberne sammen ⁴ , spærre øjnene op ⁵	→
"Spænder"	Øget tonus ¹ , sitren ²	→
Verbal kommunikation		
Uartikulerede lyde	Sukken ¹ , jamren ² , klagen ³ , gråd ⁴	→
Adfærd		
Ændret adfærd	Græder ¹ , irriteret ² , forvirret ³ , motorisk uro ⁴ , rastløshed ⁵ , tager sig til det smertende område ⁶	→

De små tal under forklaring/definition dokumenteres under rubrikken "Dato og klokkeslæt"

Beskriv intervention og virkning				
Dato og klokkeslæt	Dato og klokkeslæt	Dato og klokkeslæt	Dato og klokkeslæt	Dato og klokkeslæt
				→

© Afdeling for Højt specialiseret Neurorehabilitering/Traumatisk Hjerneskade, Glostrup Hospital, med udefunktion på Hvidovre Hospital. 12.5.2010

skala til patienter

Boks 1. Kvalitetsmål

Følgende kvalitetsmål for registrering og vurdering af smerter danner grundlag for implementeringsindsatsen:

1. Alle patienter er smertevurderet indenfor 24 timer efter indlæggelse (100 pct.s opfyldelse)
2. Hvor der konstateres smerter, anvendes PAS eller VAS i smertevurderingen (100 pct.s opfyldelse)
3. Alle patienter smertevurderes med PAS x 1 i hver vagt de første 72 timer af indlæggelsen (80 pct.s opfyldelse pr. patient).

Joint Commission (JCI, standard BE 6) og Den Danske Kvalitets Model (DDKM standard nr. 2.7.5) samt afdelingens interne målsætninger, se boks 1.

Metode

Metoden til implementering er inspireret af "The Breakthroughseries collaborative Method", "Gennembrudsmetoden" på dansk (4,5,6). Gennembrudsmetoden er introduceret i Danmark bl.a. gennem Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland (6). Metoden er fundet særligt egnet, da den er fleksibel og tillader gradvis indførelse af nye tiltag og/eller ny evidensbaseret viden samt lægger vægt på at etablere forbindelse mellem faglige eksperter, klinikere og lokale forhold. Gennembrudsmetoden er baseret på PDSA-tests (Plan – Do – Study – Act), der jævnlige kan gentages (ibid.), se figur 3.

PDSA-cirklerne er anvendt som gennemgående analyse- og planlægningsmetode sammen med interne audit fokuseret på kvalitetsmålene. Vi har desuden anvendt Rogers' teori om "Diffusion of innovation" (7) i analyse og evaluering af implementeringsprocessen.

Resultater

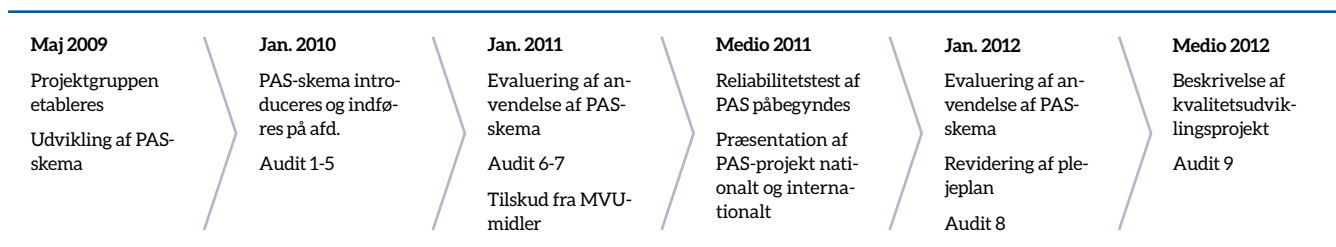
Nedenfor er angivet resultater for de gennemførte interne audit i perioden 2010-2012, se figur 4.

Auditresultaterne sammenholdes i det følgende med de aktiviteter og implementeringsindsatser, der er illustreret i udfyldte PDSA-cirkler, se figur 5.

Startfasen bestod af udvikling af og introduktion til PAS. Projektgruppen afholdt tre timers undervisning for personalet. Her blev baggrund, skema og hjælpemidler (en fortrykt plejeplan, algoritme og vejledning til brug af PAS) præsenteret og gennemgået (2,3). Projektgruppen fremlagde desuden, hvordan den ville yde vejledning og støtte i brug af skemaet. 37 personer fra plejepersonalet svarende til 75 pct. og afdelingens fem overlæger svarende til 100 pct. af lægerne deltog i undervisningen, der blev afholdt som fyraftensundervisning med middag.

Denne fase kan sammenlignes med det, Rogers kalder "knowledge- og persuasions-fase" (7). Her skal det nye skabes under optimale forudsætninger med støtte fra ledelse og med engagement fra ressourcepersoner, der kan sælge varen og formidle det nye med slagkraft. Rogers peger på vigtige overvejelser vedrørende sammensætning og udvælgelse af ressourcepersoner. Disse bør repræsentere både fortalere og skeptikere, så sunde, kritiske spørgsmål til projektet vendes allerede i startfasen. Det var ikke en

Figur 2. Tidslinje for PAS-projektet



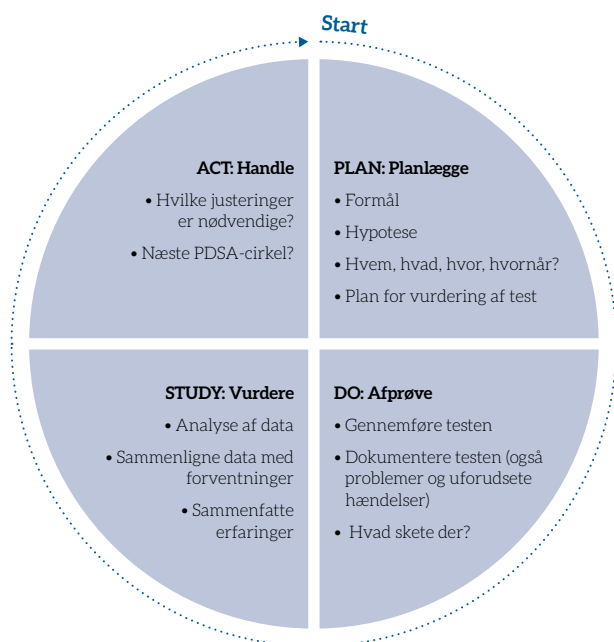
- ▶ overvejelse i etableringen af projektgruppen, som blev dannet ud fra interesse for området. Til gengæld deltog både forskningssygeplejerske, en overlæge, en klinisk sygeplejespecialist samt to sygeplejersker som repræsentanter for frontpersonalet. En bredde, Rogers betegner som optimal i forhold til at kunne implementere forskningsarbejde i praksis (7). Helt afgørende i startfasen peger Rogers på vigtigheden af at skabe mening med det nye for dem, der skal bruge det, dvs. at skabe overensstemmelse mellem projektets fokus og brugernes behov.

Det lykkedes at skabe succes og drivkraft i opstarten af PAS, idet ønsket om og stoltheden over at udvikle noget, der var tilrettet vores patienter og tilfredsstillelsen i at få struktur på de observationer og

tegn, som før var tilfældigt rapporteret, blev fremhævet af personalet. Generelt var modtagelsen af skemaet positiv og interessen stor, også fra eksterne afdelinger, f.eks. intensivafdelinger og fonde, hvor der undervejs er søgt og tildelt penge. Det gav desuden dynamik og bredt ejerskab i startfasen, at projektgruppen var tværfaglig, se figur 6.

Implementeringens midterfase kan virke langvarig og stillestående. Det er her, ressourcepersoner risikerer resignation og udmattelse over, at tingene er omstændelige at indføre. Ledere kan frustreres over, at der fortsat mangler noget trods allerede brugte ressourcer og tid.

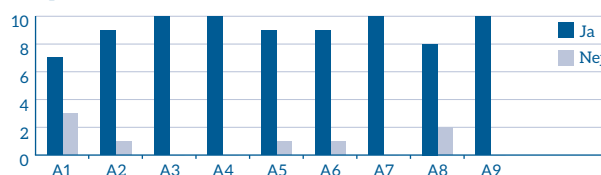
Figur 3. PDSA-cirklen



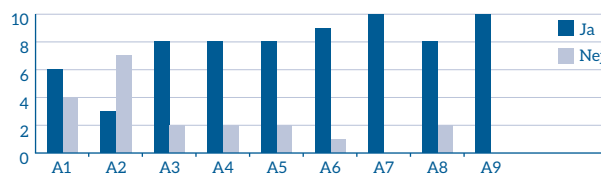
PDSA-cirklen kan skabe overblik og samle de gennemførte indsatser samt lette vurdering af, hvad der virker.

Figur 4. Auditresultater

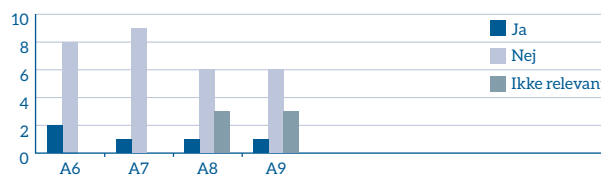
1. Er patienten smertevurderet inden for 24 timer?



2. Er der anvendt PAS eller VAS i vurderingen?



3. Er patienten smertevurderet ved PAS x 1 i hver vagt de første 72 timer?

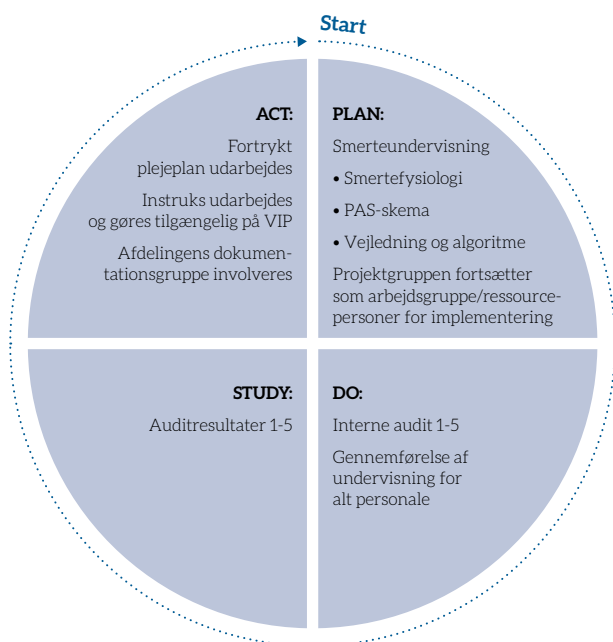


A= Audit. Der er gennemført audit på 10 patientcases (indlagte og afsluttede patienter). Audit 1-5 bestod af spørgsmål 1 og 2 på indlagte og afsluttede patienter. Audit 6-7 er suppleret med spørgsmål 3 og gennemført på indlagte patienter. Spørgsmål 3 er i auditvurderingen 8-9 udvidet til at omfatte de patienter, det var muligt at vurdere ved VAS-skala, og er her angivet som "ikke relevant". Samlet har audit vist behov for at præcisere kvalitetsmålene for anvendelsen af PAS undervejs. Vi mangler endnu fuld opnåelse af mål 3.

” Det er velkendt, at nye tiltag, ny viden omsat til en forbedret sundhedsrelateret praksis kan være længe undervejs.

Denne fase kan relateres til Rogers’ ”decision stage”. Her skal det nye adopteres af den enkelte og anses som værdifuldt at anvende. Det er sjældent problemfrit, idet adoptionen foregår på et individuelt plan og derved forskelligt fra person til person. Nogle vil være imødekommende, andre vil være skeptiske og overvejende. Andre igen vil have direkte modstand og vælge ikke at ændre adfærd. Ifølge Rogers kan et nyt tiltag tidligst siges at være slået igennem, når der er et flertal, der har taget interventionen til sig, svarende til den fase, han kalder ”Implementation-stage”.

Figur 5. PDSA-cirkel 1



I denne fase skal den enkelte have mulighed for at indarbejde den nye intervention. For at kunne ramme rigtigt i implementeringsindsatsen er kendskab til målgruppens vilkår, værdier og holdninger samt pædagogisk kompetence vigtige betingelser (7).

Auditresultaterne viste, at vi opnåede de to første kvalitetsmål. Det tredje, som samtidig var det mest ressourcekrævende, blev ikke opfyldt tilstrækkeligt. Ved ressourcepersonernes detektivarbejde samt forespørgsel på personalemøder blev fokus indkredset til den del af PAS, som handlede om at score efter en intervention for at vurdere, om denne har virket, se figur 1.

F.eks. gav det ikke mening for personalet at skulle forstyrre patienten efter en intervention og score, hvis patienten var faldet i søvn. Desuden var nogle af efterscoringerne ikke blevet gennemført, når patienten var agiteret og oprørt over at skulle have målt blodtryk, puls og temperatur. Hvis personalet fik mulighed for at angive disse situationer, mente de, det kunne forbedre resultatet. For at imødekomme det ønske blev den fortrykte plejeplan justeret.

Projektgruppen involverede afdelingens sygeplejefaglige dokumentationsgruppe, der igangsatte ekstra fællesaudit ved personalemøder samt involverede afdelingens sygeplejestuderende, som kunne bidrage med fokus på PAS samtidig med, at de fik opfyldt mål relateret til kvalitetsudvikling, se figur 7.

Rogers’ teori gav os hjælp til at analysere prospektivt i forhold til at vedligeholde og fortsætte kvalitetsarbejdet via den fase, han kalder ”Confirmation stage” (7).

Her har det nye været implementeret over tid og er en del af daglig praksis. Der er skabt en forståelse for anvendelse i praksis, og der kan identificeres en fælles bevidsthed hos brugerne af tiltaget. Udfordringen i denne fase er særligt at hindre en ”re-intervenering” og en afvigende ændring af det indførte til den enkelte brugers praksis, der går imod det tiltænkte (7). Dette vil fortsat kræve fokus fra ressourcepersonerne, som skal kunne opfange sådanne tilpasninger og justere dem ind i henhold til kvalitetsmålet.

Vedligeholdelsesfasen kan ses som en bekræftelse af, at implementering har et nødvendigt langtidsperspektiv og skal gentages overfor nye ansatte og faggrupper, der relevant kan inddrages. Så længe området udgør et aktuelt kvalitetsmål, indebærer det et fokus herpå og ressourcetildeling, hvis implementeringsindsatsen

” Dette projekt har vist, at implementeringsstrategi og ressourcetildeling skal tænkes med ved indførelse af selv tilsyneladende simple nye tiltag som f.eks. at indføre et nyt skema.

- ▶ skal belønnes og kvaliteten vedligeholdes (7). Spørgsmålene til de to sidste dele af fremtids-PDSA-cirklen, ”Study” og ”Act” vil der fortsat skulle arbejdes med.

Diskussion

Det er velkendt, at nye tiltag, ny viden omsat til en forbedret sundhedsrelateret praksis, kan være længe undervejs. Bro et al. henviser

til fænomenet ”the knowing-doing gap”, der angiver afstanden mellem det, vi ved, og det, vi gør (4). Paradoksalt nok finder man ofte implementering omtalt henkastet uden detaljer om, hvordan, hvornår og af hvem udfordringen skal løses (4,5,7). Undervisning og introduktion er et godt og nødvendigt kickoff for et nyt tiltag, men kan ikke stå alene (8). Ifølge Øretveit er den virkelige udfordring i implementering ikke at sætte ting i gang, men at fortsætte det nye, når nyhedens interesse har lagt sig (9).

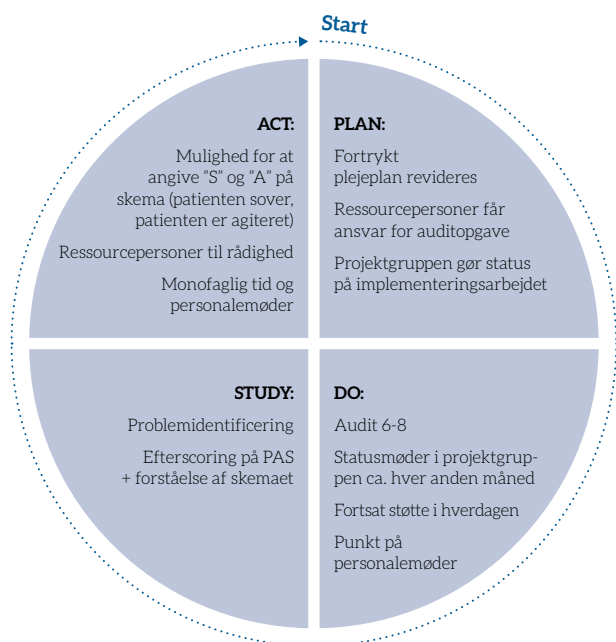
Ifølge Gennembrudsmetoden er det afgørende at nedbringe afstanden mellem udvikling/forskningsleddet og frontpersonalet i implementering af nye tiltag (4,5,6). Er afstanden for stor mellem udvikler og bruger, risikerer det nye tiltag at strandes på grund af gensidig mangel på forståelse. Det kan forklare, at op imod 70 pct. af alle forsøg på at skabe forandringer ikke kan fastholdes over tid (5).

I løbet af en implementeringsproces opstår forskellige behov for den enkelte medarbejder i indarbejdning af det nye, hvilket gør det nødvendigt at bevæge sig på et individuelt plan i vejledning og støtte. At vejlede individuelt er ressourcekrævende og kan være svært at honorere i en travl hverdag. Måske derfor foregår meget followup og undervisning på gruppeniveau. Gennemførelsen af side-oplæring og identificering af individuelle problemstillinger kan dog være nødvendig ifølge implementeringsteoriene (8).

I forhold til implementering på et individuelt niveau peger vores erfaringer på vigtigheden af at give medarbejderen mulighed for feedback på flere måder, f.eks. gennem logbog, som et punkt på personalemøder eller vægavis med mulighed for at kommentere. Det er uundgåeligt, at der foregår en vis grad af kulisserarbejde i udvikling af nyt, men netop den kontinuerlige udveksling af viden og erfaring mellem udviklingsleddet og brugerne tjener til at vedligeholde meningen med projektet (5). Det betyder f.eks., at offentliggørelse af auditresultater og PDSA-cirkler med mulighed for kommentarer er vigtige elementer. Audit har desuden vist sig som en god metode til at bevæge sig på et individuelt plan; den enkelte ser pludselig mening med en fyldestgørende dokumentation, når den ikke kan findes.

Ressourcepersoner må have kontakt med og have kendskab til brugerniveauet. Det betyder, at de skal kunne fungere som bin-

Figur 6. PDSA-cirkel 2



deled mellem det, vi ved skal forbedres, og hvordan vi gør, når forbedringen skal omsættes. Det fordrer dels kompetencer hertil, dels handlerum og opbakning fra ledelsen. Relevante spørgsmål er her, hvilke konkrete kompetencer der skal til, og hvad en konkret ledelsesopbakning består af. En leder må f.eks. afveje, om en ressourceperson kan friholdes fra vagter og almindelig klinisk funktion i en periode op imod en forventet kvalitetsforbedring og en fast forankret implementering.

Til forskel fra andre gennembrudsprojekter, som sætter fokus for implementering i et større perspektiv, såsom nye organisationsændringer og tiltag på nationalt plan (5,6), har vi arbejdet på et mikroniveau. Den primære inspiration til metoden har været PDSA-cirklerne. PDSA-cirklerne findes i andre metoder, f.eks. beskrevet i arbejdet med kliniske mikrosystemer (10). Kliniske mikrosystemer er måske i endnu højere grad sammenlignelige med projekter som PAS-projektet på afdelingsniveau end Gennembrudsmetoden, som har været anvendt på meso- og makroniveau (mesoniveau = virksomhed eller organisationsniveau).

Kliniske mikrosystemer vil tjene som vigtig inspiration i fremtiden i forhold til at overføre erfaringerne fra PAS-projektet til andet nyt, der skal implementeres.

Konklusion

Dette projekt har vist, at implementeringsstrategi og ressourcetildeling skal tænkes med ved indførelse af selv tilsyneladende simple nye tiltag som f.eks. at indføre et nyt skema. Erfaringerne peger entydigt på, at det er nødvendigt med gentagelser, re-introduktioner, kontinuerlige informationer og indsatser på flere fronter for succesfuldt at implementere nyt. Desuden er det helt afgørende at se implementering, ikke blot som en lineær, kronologisk, men også som en cirkulær og dynamisk proces, hvilket Gennembrudsmetoden med PDSA-cirkler kan bidrage til. Ifølge Gennembrudsmetoden er organisering af det netværk, der skal støtte den samlede implementering, afgørende. Derfor fortsætter forskningsleddet og implementeringsleddet deres tætte samarbejde i forhold til PAS-projektet. Perspektiverne for videreudvikling af PAS er, at det sammen med andre smertevurderingsredskaber danner baggrund for et større internationalt forskningsprojekt i samarbejde med MOSS Rehabilitation Re-

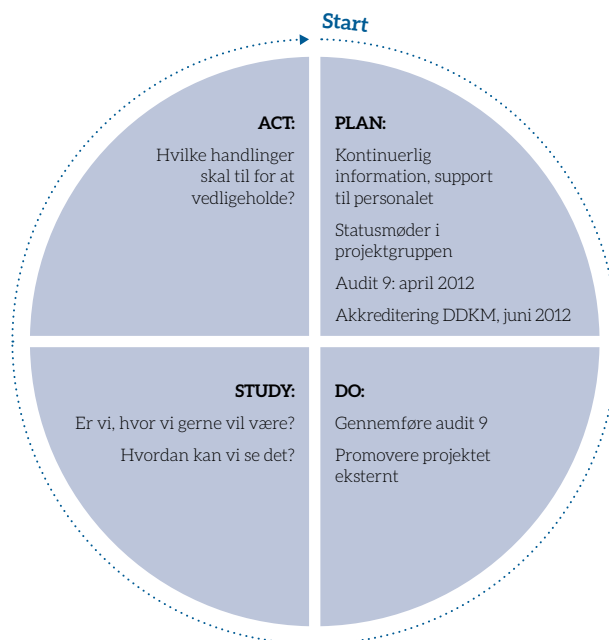
search Center v. MD, Ph.d. John Whyte, USA. Intensiv- og andre afdelinger med bevidsthedssvækkede patienter har desuden vist interesse.

I afdelingen fortsætter implementeringen af PAS ved hjælp af nye cirkler og interne audit.

Tak

Tak til projektgruppens medlemmer: Rikke Guldager, Klinisk sygeplejespecialist, Pia Brix, sygeplejerske, Sylvia Andersen, sygeplejerske, og Lars Westergaard, overlæge, alle ansat i Afdeling for Højt Specialiseret Neurorehabilitering/Traumatisk Hjerneskade, Glostrup Hospital med udefunktion på Hvidovre Hospital.

Figur 7. PDSA-cirkel 3



► **Litteratur**

1. Regional vejledning for smertevurdering og smertedokumentation. Instruks i VIP dokumentstyringssystem, Region Hovedstaden. www.vip.regionh.dk > Smertevurdering.
2. Guldager R, Poulsen I. Projektbeskrivelse for udvikling af PAS-skema, internt dokument, fås ved henvendelse hos forfatterne.
3. Interne dokumenter: Vejledning, algoritme, PAS skema, fortrykt plejeplan – kan ses i VIP dokumentstyringssystem, Region Hovedstaden, www.vip.regionh.dk, Afdeling for Højt Specialiseret Neurorehabilitering/Traumatisk Hjerneskade, Glostrup Hospital > Smertevurdering. Fås ved henvendelse hos forfatterne.
4. Bro F, Ravn B, Vedsted P. Gennembrudsmodellen er en metode til at skabe forandringer, Ugeskrift for læger 172/10, marts 2010,794-7.
5. Ravn B, Rohde P & Bek T. Implementering, spredning og fastholdelse – en introduktion til gennembrudsmodellen i Mainz J et al. (red). Kvalitetsudvikling i praksis. København: Munksgaard; 2011.
6. Høgh H et al. Statusrapporter – Pårørende i psykiatrien. Center for Kvalitetsudvikling, 2009, Region Midtjylland. www.cfk.rm.dk > Gennembrudsmetode. Besøgt d.10.maj 2013.
7. Rogers EM. Diffusion of Innovation. New York: Free Press; 2003.
8. Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM& Wallace F. Implementation Research: A Synthesis of the Literature. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, 2005, The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231).
9. Ørtveit J. Making temporary quality improvement continuous: A review of the research relevant to the sustainability of quality improvement in healthcare. Stockholm: Swedish Association of County Councils, 2003.
10. Dansk Sundhedsinstitut, Center for Kvalitet og Danske Regioner. Introduktion til Kliniske Mikrosystemer. Danske Regioner. 2010. www.regioner.dk>publikationer. Besøgt d. 9.maj 2013.

English abstract

Givard KL, Poulsen I. Implementation of a pain scale for patients with reduced consciousness. *Sygeplejersken* 2013;(11):66-72.

Implementation of scientific research and development work is a complex process that requires time, resources and commitment. The article describes the specific process for implementing a schedule and procedure for use of a Pain Assessment Scale (PAS) developed for systematic registration and assessment of pain in patients with reduced consciousness. The methods used in the implementation process are a combination of PDSA circles from the Breakthrough Series' Collaborative method supplemented with implementation theory and internal audits as a method of quality surveillance. The article analyses and discusses problems and aspects of implementation of PAS over a two-year period. The article contributes to the analysis and resolution of challenges regarding implementation, quality development and rooting of nursing development and research in clinical practice.

Keywords: Implementation, quality, pain, impaired consciousness.

sorbact®
green wound healing

SÅR & SVAMP
- binder og fjerner
patogene bakterier

- ✓ 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. 74311818
One Med A/S - Tlf. 86109109

abigo Kontakt os for yderligere information eller vejledning.
ABIGO Pharma A/S . Kundeservice: tlf. +45 4649 8676 . www.abigo.dk

Livet efter operation for fedme

Natvik E, Gjengedal E, Råheim M. *Totally changed, yet still the same: Patients lived experiences five years beyond bariatric surgery*. *Qualitative Health Research*. DOI:10.1177/1049732318888qhr.sagepub.com1.

Formål: At undersøge, hvilken betydning patienterne tillægger fedmeoperation og vægttab mindst fem år efter operation. I dette studie var der fokus på krop, ændring af vaner, social interaktion, og hvilken betydning patienterne tillagde disse forhold i et langsigtet perspektiv.

Metode: I dette norske studie indgik otte patienter, som fem til syv år tidligere havde gennemgået en operation for fedme. Der deltog fire mænd og fire kvinder i alderen 43-53 år. Fire patienter havde haft et vægttab på 95-110 kg, to havde tabt 60-80 kg, en havde tabt 40 kg. For én var vægttabet ikke oplyst. Interviewguiden omfattede fire temaer: opfattelse af sundhed, den enkeltes krop, sundhedsrelaterede vaner og deltagelse i sociale sammenhænge. Interviewene blev optaget, transskriberet og analyseret med en fænomenologisk tilgang.

Resultater: Livet efter en operation for fedme blev beskrevet som fyldt med indre spænding, ambivalens og en forstærket opmærksomhed på kroppen. Patienterne udtrykte et konstant krav om kontrol over sundhedsrelaterede vaner og om ikke at miste kontrol over kroppen igen. Begyndende vægtøgning blev forbundet med følelsesmæssigt stress og skam.

Bemærkninger: Vedvarende livsstilsændringer er en forudsætning for, at bariatriske patienter får udbytte af deres operation. Operationen løser ikke problemet alene. Studiet giver indsigt i, at livsstilsændringer er svære at fastholde, og hvilke kampe patienterne dagligt udkæmper.

Af Preben Ulrich Pedersen, sygeplejerske, ph.d., Center for Kliniske Retningslinjer, Institut for Medicin og Sundhedsteknologi, Aalborg Universitet. E-mail: pup@kliniskeretningslinjer.dk

Sundhedsydelse efter en fedmeoperation

Weiner P, Goodwin SM, Chang HY, Bolen SD, Richards TM, Johns RA, Momin SR, Clark JM. *Impact of bariatric surgery on health care cost of obese persons: A 6-year follow-up of surgical and comparison cohorts using health plan data*. *JAMA*; 2013;148(6):555-62.

Formål: At udarbejde en analyse af de samlede sundhedsomkostninger efter fedmeoperation hos en gruppe patienter op til seks år efter operation.

Metode: I dette amerikanske kohortestudie indgik der 29.820 patienter, der havde gennemgået en operation for fedme i årene 2002-2008. Sundhedsudgifter for denne gruppe blev sammenholdt med sundhedsudgifter for 29.820 personer, som ikke havde gennemgået operation, men havde diagnoser associeret med fedme. Der er benyttet registerdata fra en amerikansk sygeforsikring.

Konklusion: Operation for fedme reducerer ikke de samlede sundhedsudgifter over en seksårig periode. Der er forskelle i de ydelser, opererede og ikke opererede patienter trækker på fra sundhedsvæsenet.

Bemærkninger: Vurdering af effekten af operation for fedme skal ikke udelukkende vurderes i forhold til reduktion af sundhedsudgifter, men snarere vurderes i forhold til, hvilket udbytte den enkelte patient angiver om sit helbred og velvære.

Af Preben Ulrich Pedersen, sygeplejerske, ph.d., Center for Kliniske Retningslinjer, Institut for Medicin og Sundhedsteknologi, Aalborg Universitet. E-mail: pup@kliniskeretningslinjer.dk

Læs også: Esmann LB, Nyland AH, Wagner L: *Forventninger til livet efter en fedmeoperation*. *Sygeplejersken* 2013;(8):70-6.

Patienters forventninger til operation for fedme

Wee CC, Hamel MB, Apovian CM, Blackburn GL, Bolcic-Jankovic D, Colten ME, Hess DT, Huskey KW, Marcantonio ER, Scheider BE, Jones DB. *Expectations for weight loss and willingness to accept risk among patients seeking weight loss surgery*. *JAMA*; 2013;148(3):264-71.

Formål: At undersøge patienternes forventning til og motivation for at gennemgå fedmeoperation, og hvor høj risiko for død i forbindelse med operationen patienterne er villige til at acceptere. Derudover var formålet at undersøge sammenhænge mellem demografiske karakteristika, kliniske forhold og patienternes forventninger til vægttab.

Metode: I dette amerikanske studie indgik 654 patienter, som skulle gennemgå en operation for fedme. Før operationen besvarede patienterne en række spørgsmål om forventninger til operationsresultat, risiko for død, livskvalitet. Alle data er opgjort kvantitativt og analyseret statistisk.

Resultater: Patienterne forventede et vægttab på 38 pct. og udtrykte skuffelse, hvis vægttabet var under 26 pct. Kun 57 pct. ville gennemgå en operation, hvis det forventede vægttab ville være under 20 pct. Patienterne var i gennemsnit villige til at acceptere en 6 pct.s risiko for død i forbindelse med operationen, men op til næsten 20 pct. af patienterne var villige til at acceptere en risiko for død ved operationen på over 10 pct. Lave livskvalitetsscorer var associeret med højere grad af urealistiske forventninger til vægttab og større villighed til at acceptere høj risiko for død i forbindelse med operationen.

Bemærkninger: Undersøgelsen peger på, at en del patienter har urealistiske forventninger til operationens betydning for et efterfølgende vægttab. Forfatterne påpeger vigtigheden af at justere patienternes forventninger i retning af realistiske kliniske resultater.

Af Preben Ulrich Pedersen, sygeplejerske, ph.d., Center for Kliniske Retningslinjer, Institut for Medicin og Sundhedsteknologi, Aalborg Universitet. E-mail: pup@kliniskeretningslinjer.dk

Tilfredshed med kommunal med kronisk sygdom

I en jysk kommune har man evalueret rehabiliteringsindsatsen overfor borgere med kroniske sygdomme. Trods manglen på målbar effekt var borgerne tilfredse med den kommunale rehabiliteringsafdeling.

Charlotte Handberg, sygeplejerske, MPH, projektleder; charlotte.handberg@stab.rm.dk
Claus Vinther Nielsen, professor, MD, ph.d. og forskningsleder, specialist i klinisk social medicin og rehabilitering

Siden 2006 har Rehabiliteringsafdelingen i Brønderslev Kommune tilbudt borgere med kronisk sygdom en 10-ugers rehabiliteringsindsats baseret på principper, som karakteriserer de senere forløbsprogrammer. Formålet med denne artikel er at formidle resultater af den evaluering, der blev foretaget i 2012 (1).

Baggrund

Middellevetiden stiger, og flere mennesker må leve med kronisk sygdom. Der er et øget behov for rehabiliterende indsatser baseret på systematisk anvendelse af kliniske standarder og retningslinjer, systematisk dokumentation og effektevaluering, så borgerne modtager den optimale rehabilitering i deres nærmiljø og hurtigst muligt kan vende tilbage til deres hverdagsliv (1). Kommunerne skal varetage en betydelig del af denne opgave (2). Der er i dag viden om og evidens for effekter af rehabiliteringsindsatser rettet mod borgere med kronisk obstruktiv lungelidelse, diabetes type 2 og hjerte-kar-sygdom (3).

Rehabilitering kan være en helt afgørende faktor for, at mennesker med kronisk sygdom kan genvinde eller opretholde funktionsevnen og dermed et selvstændigt og meningsfuldt hverdagsliv. Rehabiliteringsdefinitionen og International Klassifikation af Funktionsevne (ICF) udgør det faglige grundlag for kvalificeret rehabi-

” Rehabilitering kan være helt afgørende for, at mennesker med kronisk sygdom kan genvinde eller opretholde funktionsevnen og dermed et selvstændigt og meningsfuldt hverdagsliv.

litering (4,5,6). Rehabilitering retter sig primært mod de afledte konsekvenser af sygdom og symptomer for funktionsevnen på krop, aktivitet og deltagelse set i sammenhæng med begrænsende og fremmede personlige og omgivelsesmæssige faktorer (5).

MarselisborgCentret har i samarbejde med Rehabiliteringsforum Danmark udgivet Hvidbog om Rehabiliteringsbegrebet (4) og definerer rehabilitering således:

”Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation, og beslutninger består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats” (4).

Formålet med rehabilitering er således, at mennesker med helbredsbetaget nedsat funktionsevne får et meningsfuldt og selvstændigt liv (7). Rehabilitering har dermed et andet mål end behandling, hvis mål er at fjerne symptomer og undgå død.

Brønderslev Kommune påtog sig i 2006 – allerede før Strukturreformen – dennes krav til kommunerne om at styrke den sammenhængende indsats overfor svage og udsatte borgere (8). Kommunen iværksatte således Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forløbsprogrammerne (9) om at sikre mulighederne for forebyggelse og rehabilitering.

Rehabiliteringsafdelingen startede som et projekt i 2006 (10) i et samarbejde mellem Brønderslev Kommune og MarselisborgCentret – Forskning og Udvikling, CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland. Nu er Rehabiliterings-

Figur 1. Rehabiliteringsforløb i Brønderslev Kommune



rehabilitering af borgere

afdelingen etableret som et fast tilbud til kommunens borgere med kronisk obstruktiv lungelidelse, diabetes type 2 og hjerte-kar-sygdom. Med støtte fra Trygfonden og Helsefonden blev der i 2011-12 udført en kvantitativ og kvalitativ evaluering af rehabiliteringsindsatsen (1). Formålet var:

1. At dokumentere, hvordan og i hvilken udstrækning Brønderslev Kommunes rehabiliteringsindsats påvirkede hverdagslivet og dagligdagen for borgere med kronisk sygdom
2. At klarlægge, i hvilken grad organiseringen af Rehabiliteringsafdelingen var kvalificeret i forhold til borgere med kronisk sygdom
3. At kortlægge, hvilke forhold (fysiske, psykiske og sociale) der blev styrket i Rehabiliteringsafdelingen, og vurdere, om disse kan overføres til andre målgrupper eller kan forankres i eget hjem i takt med, at den enkelte borgers kroniske sygdom udvikler sig.

Metode og materialer

Indsatsen i Rehabiliteringsafdelingen består af 10 ugers diagnosespecifik undervisning, der tilbydes borgere med kronisk obstruktiv lungelidelse, diabetes type 2 og hjerte-kar-sygdom (11). Undervisningen varetages af sygeplejerske, diætist og fysioterapeut og omfatter afhængigt af diagnosen emner som sygdomslære, medicin, bivirkninger, kost, seksualitet, angst, hverdagsliv, vejtrækning og afspænding. Desuden varetager fysioterapeuterne undervisningen i forbindelse med den fysiske træning, der foregår to gange om ugen i træningssal. Der udføres undervejs i rehabiliteringsforløbet test og målinger, typisk i forbindelse med start og slutstatus, se figur 1.

Datagrundlag og analyse

Kvantitative data blev uddraget fra 281 journaler på samtlige borgere indskrevet til rehabilitering i perioden 1. juli 2010 til 30. juni 2011. Journalerne indeholdt oplysninger om cpr-nr., køn, socialstatus (samboende, alene, børn i hjemmet etc.), erhverv, højde, vægt, taljemål, blodsukker, diagnose, rygerstatus, motionsstatus ved start og slut, stratificering af sygdom (niveaudeling af sygdommens sværhedsgrad og kompleksitet) og influenzavaccination. Derudover var der i journalerne oplysninger om udførte tests, bl.a. MRC-dyspnø-test (før og efter indsats), 6 minutters gangtest (før og efter indsats), Borg-15 test (før og efter indsats), antal

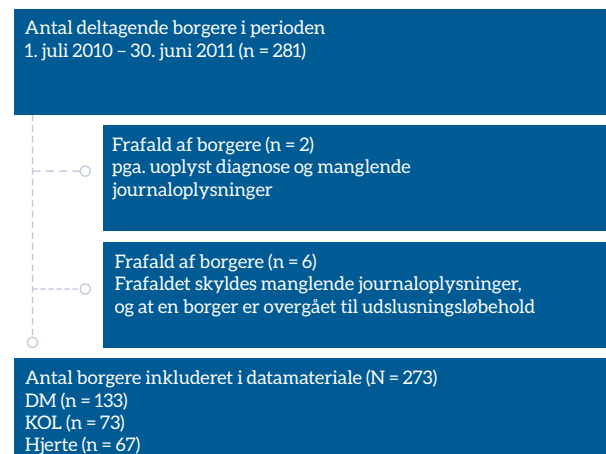
gennemførte gange, borgernes individuelle mål med forløbet og EQ15D om nuværende helbredstilstand (før og efter indsats).

Data blev tastet i EPI-data og analyseret i statistikprogrammet STATA (1), se figur 2.

Kvalitative data blev genereret i Rehabiliteringsafdelingens to lokalisationer i henholdsvis Dronninglund og Brønderslev i perioden 1. marts 2012 til 30. april 2012 og bestod af deltagerobservationer, ni individuelle interview med borgere, der deltog i rehabiliteringstilbuddet, et fokusgruppeinterview med personalegruppen og to individuelle og tre fokusgruppeinterview med afdelingens samarbejdspartnere, herunder hjemmeplejen, almen praksis og sygehus.

De kvalitative data blev analyseret ud fra analytisk induktiv tilgang inspireret af Interpretive Description bestående af en grundig analyse i fire trin med henblik på at eksplorere og kondensere indholdet (12). Først blev alle interview optaget på bånd og efterfølgende transskriberet og anonymiseret. Dernæst blev alle interview læst grundigt igennem og en foreløbig kodning foretaget. Efterfølgende blev der foretaget en indledende kategorisering samt en dybere vurdering. Til sidst blev der foretaget en endelig

Figur 2. Flowdiagram over inkluderede borgere og frafald



” Indsatsen i Rehabiliteringsafdelingen består af 10 ugers diagnosespecifik undervisning, der tilbydes borgere med kronisk obstruktiv lungelidelse, diabetes type 2 og hjerte-kar-sygdom.

- kondensering for hvert interview, og de centrale temaer fra interviewene med relevante hovedbudskaber i forhold til denne evaluering blev identificeret i henhold til formålene.

Deltagerobservationerne blev udført i forbindelse med feltarbejdet i de to lokale afdelinger, hvor der løbende er taget feltnoter i forbindelse med undervisning, deltagerens samtaler, træningshold, og personalets drøftelser. Feltnoterne blev transskriberet og analyseret på samme vis som interviewdata.

Resultater

De kvantitative analyser viste, at:

- Sværhedsgraden af sygdommen tilsyneladende ikke havde nogen betydning for graden af deltagelse i rehabilitering.
- De fleste borgere blev henvist via almen praksis, samt at det hyppigst var borgere med diagnosen diabetes type 2.
- Ca. en fjerdedel af borgerne ikke havde en nedskreven rehabiliteringsplan ved afslutning af forløbet.
- Ca. 40 pct. af deltagerne deltog 16 eller flere gange i et forløb med gennemsnitligt 20 mødegange.
- Det hyppigst var borgere med diabetes, der fravalgte indsatser undervejs i rehabiliteringsforløbet.
- Der ingen sikre resultater var i forhold til ændring i rygestatus, vægt, taljemål og BMI.
- Der var en tendens til, at borgerne dyrker mere motion efter deltagelse i rehabiliteringsforløbet.
- Borgene udviste forbedringer på 6 minutters gangtest og Borg 15 – cykeltest.
- Der var forbedringer på fem ud af seks selvrapporterede parametre fra borgerne, der deltog.
- Der generelt var et stort antal ”uoplyste” i datamaterialet grundet manglende registrering og dokumentation i borgerjournalen, se tabel 1.

De kvalitative analyser viste, at der var stor tilfredshed med Rehabiliteringsafdelingen i forhold til formål 1 og 3 ”Påvirkning af hverdagsliv og faktorer, der styrkes” på flere forhold i Rehabiliteringsafdelingen (1).

Borgerne berettede således om en oplevelse af øget psykisk mestring i forhold til erkendelse af sygdom, bedre håndtering af angst, et større psykisk overskud, bedre humør og øget tilfredshed i hverdagslivet.

Socialt oplevede borgerne ligeledes en øget mestring, som bl.a. kom til udtryk ved oplevelsen af et større socialt overskud. Borgerne fortalte også positivt om det sociale sammenhold på holdet og om oplevelsen af at være en del af et hold.

Borgerne rapporterede om en øget fysisk mestring af sygdommen ved større fysisk formåen, et større overskud og forøget energi. Den fælles træning i trygge rammer samt måling og registrering af fremskridt virkede motiverende. Borgerne oplevede deres hverdagsliv som forbedret.

Viden om kost og hjælp til ændringer i vaner var motiverende for borgerne.

Borgerne fortalte, at personalets måde at være på var af stor betydning for effekten af indsatsen og den positive oplevelse af at deltage på holdet. Bl.a. fortalte borgere om et personale, der fremstod som fagligt kompetente, imødekommende, engagerede og motiverende i den daglige undervisning, træning og samtaler, hvilket medvirkede til borgernes øgede mestring.

I det hele taget var motivation et gennemgående tema i analyserne af de kvalitative data, se figur 3.

Med hensyn til formål 2 vedrørende at klarlægge, i hvilken grad organiseringen af Rehabiliteringsafdelingen var kvalificeret i forhold til borgere med kronisk sygdom, viste analyserne, at:

- Samarbejdsparterne var enige om, at rehabiliteringstilbuddet er meget relevant, men efterlyser et øget samarbejde og mere synlighed fra afdelingens side.
- Man ønskede øget fokus på mulighed for opfølgning på rehabiliteringsindsatsen bl.a. via øget kendskab til indhold i forløbet og et øget samarbejde omkring afslutningen af forløbet.
- Samarbejdspartnerne efterlyste synlighed i lokalsamfundet, men alle lagde vægt på vigtigheden af den lokale forankring i to afdelinger i kommunen. ►

Tabel 1. Oversigt over evalueringens kvantitative resultater

Indsats	Forandring (+/-)	Antal observationer	Uoplyste
Individuel diætrådgivning	?	53	?
Demografi og karakteristik af målgrupperne i Rehabiliteringsafdelingen	*	273	0
Stratificering af borgerens sygdom ved opstart af forløb	*	260	13
Henvisende instans og diagnose	*	252	21
Periode fra henvendelse til start samtale	*	229	44
Indsatsens varighed	*	242	31
Afdeling for rehabiliteringsydelse	*	258	15
Rehabiliteringsplan ved afslutning	*	215	58
Deltagelse - antal gange	*	231	42
Fravalg af indsats fordelt på køn og diagnose	*	243	30
Gennemsnit af vægt fordelt på diagnose ved start og slut	(-) (dog lille ændring ved DM, men usikker)	176	97
Gennemsnit af taljemål fordelt på diagnose ved start og slut	(-) (dog lille ændring ved DM, men usikker)	130	143
Gennemsnit af BMI fordelt på diagnose ved start og slut	(-) (dog lille ændring ved DM, men usikker)	170	103
Motion ved start og slut af rehabiliteringsforløb	(+)	241	32
Rygerstatus ved start og slut af rehabiliteringsforløb	(-)	164	109
6 minutters gangtest - antal meter gået ved start til slut	(+)	145	128
Gennemsnitlig ændring af ganglængde ved 6 minutters gangtest	(+)	145	128
Selvrapporterede ændringer ved afslutning af rehabiliteringsforløb:			
Blodsukker mere stabilt	(+)	99	174
Mere fysisk aktiv	(+)	172	101
Bedre informeret om sygdom	(+)	172	101
Ændringer i medicin	(-)	171	102
Ændringer i kost	(+)	172	101
Bedre håndtering af sygdom i hverdagen	(+)	171	102
Borg 15 cykeltest for borgere med DM	(+) (usikkert pga. få observationer og måleusikkerhed)	33	34
Borg 15 cykeltest for borgere med hjertesygdom	(+) (usikkert pga. få observationer og måleusikkerhed)	71	62
MRC-dyspnøskalaen	(usikkert pga. få observationer og måleusikkerhed)	56	17
15D spørgeskema vedrørende livskvalitet	(usikkert pga. få observationer og måleusikkerhed)	69	204

* Ikke relevant, da disse tabeller ikke repræsenterer før- og eftermålinger

- Der blev udtrykt behov for at arbejde målrettet med systematisk dokumentation, registrering og målsætning.

Der blev i evalueringen identificeret fem fokusområder, hvor der med fordel kan udvikles med henblik på at øge kvaliteten i Rehabiliteringsafdelingen yderligere. Fokusområder, som man ligeledes bør være opmærksom på, hvis rehabiliteringsaktiviteterne udvides til andre sygdomsgrupper.

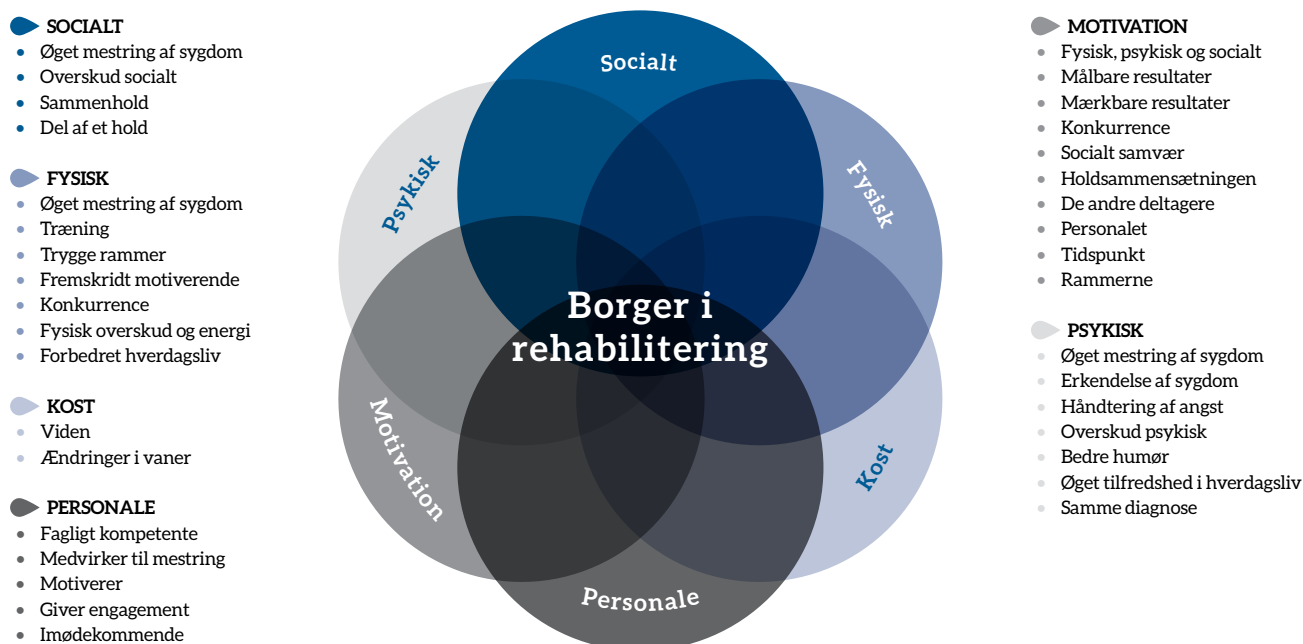
1. Skriftlige evidensbaserede indsatser og rehabiliteringsplaner.
2. Dokumentation, registrering og målsætning gennemgås, auditeres og vurderes løbende. Der bør opstilles indikatorer og standarder. Dermed er der mulighed for kvalitetssikring, benchmarking og effektmåling.

3. Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde med henblik på bl.a. kommunikation.
4. Synlighed og lokal forankring med fokus på øget synlighed og tydeliggørelse af bl.a. henvisningsprocedurer.
5. Opfølgning på rehabiliteringsindsatsen ved bl.a. at sikre overgang til almen praksis og hjemmepleje.

Konklusion

Rehabiliteringsafdelingen i Brønderslev Kommune har succes med rehabiliteringsindsatsen. Der blev påvist stor borgertilfredshed med Rehabiliteringsafdelingen. Borgerne berettede om et positivt udbytte af rehabiliteringen og om at have opnået

Figur 3. Centrale temaer vedrørende: Påvirkning af hverdagsliv og faktorer, der styrkes



Litteratur

1. Handberg C, Nielsen CV. Evaluering af rehabiliteringsindsatsen overfor borgere med kronisk sygdom i Brønderslev Kommune 2012. Region Midtjylland CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, MarselisborgCentret, Forskning og Udvikling. 2012. Se <http://marselisborgcentret.dk> Besøgt den 21.08.2013.
2. Klarlund Pedersen B og Andersen LB. Fysisk Aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling. Sundhedsstyrelsen; 2004.
3. Johansen JS et al. Rehabilitering i Danmark. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Aarhus: MarselisborgCentret, 2004.
4. Hjortbak BR et al. Udfordringer til rehabilitering i Danmark. 1 ed. Aarhus: Rehabiliteringsforum Danmark, 2011.
5. Schiøler G og Dahl T. ICF. International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsnedsættelse og Helbredstilstand. Munksgaard, Danmark: Sundhedsstyrelsen, 2003.
6. Møller Pedersen K. Kommunal Medfinansiering af Sundhedsvæsenet – en idé på sandgrund? Syddansk Universitetsforlag, 2005.
7. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Generisk model og Forløbsprogram for diabetes. Sundhedsstyrelsen; 2008.
8. Kommunernes Landsforening. Det nære sundhedsvæsen. Kommunernes Landsforening; 2012.
9. Hyldgaard S. Det gode sammenhængende rehabiliteringsforløb – for borgere med KOL og type 2-diabetes i Brønderslev Kommune. MarselisborgCentret; 2007.
10. Vinther-Nielsen C et al. Rehabilitering for sundhedsprofessionelle. København: Gad, 2008.
11. Brønderslev Kommune. Rehabiliteringstilbud. Brønderslev Kommune. Tilgængelig på: <http://www.bronderslev.dk> Besøgt den 21.08.2013.
12. Thorne, S. Interpretive Description. Walnut Creek, California, USA. Left Coast Press, Inc. 2008.

En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatteren.

forbedret funktionsevne både fysisk, psykisk og socialt på trods af en begrænset målbar effekt (1)

Evalueringen tilvejebringer ny viden, der kan inspirere, ikke bare i Brønderslev Kommune, men også andre lokale og nationale beslutningstagere, forskere og fagprofessionelle i arbejdet med udviklingen af rehabiliteringsbegrebet og rehabilitering, der tager sigte på borgerens liv og hverdag med kronisk sygdom.

Diskussion

Rehabiliteringsindsatsen bør baseres og tilrettelægges på baggrund af evidensbaserede retningslinjer og standarder med nøjagtigt beskrevne handlingsanvisninger.

Ifølge rapporten fra Kommunernes Landsforening ”Det nære sundhedsvæsen” (2) beskrives det som centralt, at al dokumentation og registrering i kommunerne netop foretages systematisk. Ved systematisk dokumentation og registrering bliver monitorering i forhold til opnåelse af målsætning og effektfulde indsatser mulig, og der kan på den baggrund fokuseres på de sundhedsindsatser, der har den største effekt. Systematisk opsamling af viden vil medvirke til at sikre kommunerne adgang til den bedst tilgængelige viden om kvalitet og virkningsfulde indsatser med henblik på tilpasning af indsatser (2). Når der skal måles på indsatser ud over borgertilfredsheden, er det nødvendigt at opstille mål og succeskriterier samt monitorere via f.eks. miniaudit og benchmarking.

Perspektivering

Projektet har tilvejebragt ny viden, der kan inspirere lokale og nationale beslutningstagere, forskere og fagprofessionelle i arbejdet med udvikling af rehabiliteringsbegrebet og rehabiliteringsforløb.

På baggrund af rapporten må det konkluderes, at Rehabiliteringsafdelingen i Brønderslev Kommune er godt på vej.

Tak

Tak til borgere, personale, ledelse, samarbejdspartnere og kolleger, som har deltaget og bidraget med viden, interesse, engagement og faglig sparring.

English abstract

Handberg C, Nielsen CV. Satisfaction with municipal rehabilitation of citizens with chronic illness. *Sygeplejersken* 2013;(11):74-9.

The article discusses the results of an evaluation done at the Rehabilitation Unit in Brønderslev Municipality in 2012. The Unit offers citizens with chronic obstructive pulmonary disease, type 2 diabetes and cardiovascular disease a 10-week rehabilitation programme. .

The objective of the evaluation was:

1. To document how and to what extent Brønderslev Municipality's rehabilitation programme affected the everyday lives of citizens with a chronic illness
2. To determine the extent to which the organisation of the Rehabilitation Unit was qualified in relation to citizens with a chronic illness
3. To establish what conditions (physical, mental and social) were strengthened and to assess whether these can be applied to other target groups or rooted in the patient's home as the individual's chronic illness develops.

The evaluation was performed on the basis of quantitative and qualitative data, and it concluded that the Unit has been successful with its rehabilitation work, in spite of a limited measurable effect. The evaluation provides new knowledge that can serve to inspire decision-makers, researchers and professionals in their work with the development of rehabilitation.

Keywords: Evaluation, municipality, chronic illness, rehabilitation.

JOB



SE ALLE STILLINGER: WWW.DSR.DK/JOB

Praktiske oplysninger til annoncører

Deadline kl. 9 for indtastning af KURSER/MØDER/MEDDELELSER på www.dsr.dk under Information til annoncører

Nr. 12 - 2013

1. oktober 2013

Nr. 13 - 2013

29. oktober 2013

Nr. 14 - 2013

11. november 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

Internet: www.dmfnet.dk

Her kan du også rekvirere medieinformation.

Indleveringsfrister for STILLINGSANNONCER til de kommende numre

Nr. 12 - 2013

4. oktober 2013

Nr. 13 - 2013

1. november 2013

Nr. 14 - 2013

20. november 2013

Sidste frist for indlevering af materiale er kl. 10 hos Dansk Mediaforsyning ApS

Udgivelsesdatoer

Nr. 12 - 2013

18. oktober 2013

Nr. 13 - 2013

15. november 2013

Nr. 14 - 2013

6. december 2013

CENTER FOR
NEUROREHABILITERING
FILADELFIA

Sygeplejerske

til aftenvagt søges til Kurhus, Filadelfia

Center for Neurorehabilitering – Kurhus, Filadelfia søger en sygeplejerske til aftenvagt pr. 1. december 2013 eller snarest derefter.

Læs det fulde stillingsopslag og mere om Center for Neurorehabilitering – Kurhus på www.kurhus.dk eller www.filadelfia.dk

Yderligere oplysninger om stillingen eller et evt. besøg i afdelingen ved henvendelse til ledende sygeplejerske Lis Petersen tlf. 58 27 12 64.

Ansøgningsfrist er senest den 11. oktober 2013. Ansættelsessamtaler vil finde sted den i uge 43/44.

www.filadelfia.dk

Filadelfia: Epilepsihospitalet, Forskning, Neurorehabilitering, Neurofysiologi, Søvnklinik, Laboratoriet, Skoler, Botilbud, Værkstedscener, Conferencecenter, Specialrådgivning og Diakoni



Sygeplejersker til børne- og ungdomspsykiatrien i Roskilde

Afdeling for Børne- og Ungdomspsykiatri,

Region Sjælland søger sygeplejersker

- Sygeplejerske (blandede vagter) ved Ungdomspsykiatrisk Afsnit U1 (døgnafsnit) – Roskilde
- Sygeplejerske (blandede vagter) ved Børnepsykiatrisk Afsnit U3 (døgnafsnit) – Roskilde

- Sygeplejerske ved Børne- og Ungdomspsykiatrisk Klinik – Holbæk. Stillingen er primært knyttet til ungdomspsykiatrien
- Sygeplejerske (blandede vagter) i barselsvikariat fra 01.11.13 til 31.10.14 ved Center for Spiseforstyrrelser U2 - Roskilde

Vi søger erfarne sygeplejersker, gerne med specialuddannelse i psykiatrisk sygepleje.

Se de fulde stillingsopslag på www.regionsjælland.dk, Job og Karriere quicknr. 13020, 13021, 13022, 13023

WWW.REGIONSJÆLLAND.DK

Region Sjælland er med over 15.000 medarbejdere regionens største arbejdsplads med et budget på 17 mia kr. Regionen varetager opgaver inden for sundhed, regional udvikling og drift af en række sociale institutioner for i alt 800.000 borgere.

REGION SJÆLLAND
PSYKIATRIEN



- vi er til for dig



Gribskov
Kommune



CENTERCHEF FOR SUNDHED OG CENTERCHEF FOR PROJEKTER

GRIBSKOV KOMMUNE SÆTTER NYE STANDARDER PÅ SOCIAL- OG SUNDHEDSOMRÅDET

Gribskov Kommune er kendt for at sætte nye standarder. På Social- og Sundhedsområdet gælder det

- udvikling af en helhedsorienteret og rehabiliterende tilgang til borgeren
- fokusering af forebyggelse, der prioriteres som et tværgående indsatsområde
- udvikling af samspillene til lokalsamfund, og ikke mindst
- fortsat udvikling af offentligt privat samarbejde, hvor Gribskov står som en stærk foregangskommune. Netop nu konkurrenceudsættes næsten alle udførelsesopgaver på ældre- og sundhedsområdet – med direkte betydning for ca. 2000 visiterede borgere

Bliver du optaget af den fortælling? Får du lyst til at indgå som en af vores centerchefer i en dialogorien-

teret og integrerende ledelse og styring af det store nye Social- og Sundhedscenter? Er du kommunikativt og strategisk stærk?

Måske er du vores Centerchef for Sundhed – med stor indsigt i udviklingen i de kommunale sundhedsopgaver, f.eks. med afsæt i en sundhedsfaglig eller samfundsvidenskabelig ballast, der matcher et akademisk niveau og kan styre et stort kontraktbudget.

Måske er du vores Centerchef for Projekter – du er generalist, formentlig med en samfundsvidenskabelig baggrund, og kan lede og drive store tunge projekter og programmer og samtidig håndtere en driftssikker politisk betjening.

Job- og personprofil findes på:

www.lundgaard-konsulenterne.dk og på www.gribskov.dk

▪ Yderligere oplysninger

hos chefkonsulent for Lundgaard Konsulenterne Malene Hansen på 2339 3317 eller konst. direktør Mette Bierbaum, Gribskov Kommune på 7249 7415.

▪ Ansøgning

sendes via stillingsmodulet på www.lundgaard-konsulenterne.dk senest den 31. oktober 2013 kl. 9.00.



Har du en bred sygeplejefaglig baggrund? Kan du guide hovedstadsregionens borgere til den rette behandling?

- Bliv sygeplejerske ved Akuttelefonen 1813

Nu har du muligheden for at blive en del af et stort team, der skal give sundhedsfaglig rådgivning og visitere til det akutte sundhedsvæsen. Du vil blive en del af et sundhedsfagligt miljø i udvikling, hvor faglig kvalitet er et nøgleord.

KERNEOPGAVER FOR AKUTTELEFONEN 1813

Som sundhedsfaglig visitator på Akuttelefonen får du telefonkontakt med borgere, der ringer 1813 pga. akut sygdom eller tilskadekomst. Du skal udrede og vurdere, hvilken ydelse, borgeren skal tilbydes.

- Døgndækket telefonisk rådgivning om egenomsorg
- Henvisning til akutmodtagelse/akutklinik afhængig af behandlingsbehov og ventetider
- Visitation til akutte lægebesøg i eget hjem
- Henvisning til egen læge, tandlægevagt og psykiatrisk akutberedskab
- Rekvirering af ambulance og evt. akutlægebil i akutte livstruende situationer

Dine kolleger er et hold af erfarne sundhedspersonale, primært sygeplejersker. Tværfaglighed vægtes højt, og du vil indgå i et tæt samarbejde med det øvrige operationelle sundhedsberedskab som AMK-vagtcentralen og det kørende personale.

Du bliver ansat af Region Hovedstaden og afdelingen er placeret i nye lokaler i Ballerup.

Læs mere om stillingerne og ansøg her: www.sygeplejerskejob.dk

job nr.: 123402 eller søg på 1813



Ledelseskonsulenter til Lederforeningens Sekretariat i Dansk Sygeplejeråd

Vi søger to ledelseskonsulenter, der vil være med til at varetage de ledende sygeplejerskers interesse.

Den ene stilling er i forhold til det kommunale område i Region Midt og Nord.

Den anden stilling er knyttet til de regionale sygehuse i Region Midt - herunder det psykiatriske område.

Du kan læse mere om stillingerne og se det fulde opslag på www.dsr.dk/jobidsr

Yderligere oplysninger om stillingerne kan fås ved henvendelse til Chef for Lederforeningen Bo Christensen på 5117 3814.

ANSØGNINGSFRIST LØRDAG D. 12. OKTOBER 2013.

Lederforeningen i Dansk Sygeplejeråd organiserer de ledende sygeplejersker på alle niveauer i Danmark. Er du leder og medlem af DSR bliver du automatisk medlem af Lederforeningen.

Dansk Sygeplejeråd flytter grænser i organisation, fag og samfund. Vi er en partipolitisk uafhængig organisation, der varetager 73.000 sygeplejerskers interesse. Vi arbejder for at sygeplejersker aflønnes i forhold til professionens høje værdi for samfundet, for en professionel sygepleje af faglig høj kvalitet og deltager aktivt i den sundhedspolitiske debat. Læs mere om Dansk Sygeplejeråd på www.dsr.dk.

Dansk Sygeplejeråd



Sygeplejersker

til Neurologisk Afdeling, Roskilde Sygehus

Vær med til et markant neurologisk udviklingsprojekt

Overlæger, afdelingslæger, sygeplejersker, lægesekretærer og neuropsykolog søges til vores udvidede neurologiske afdeling med start 01.11.13 eller efter aftale.

Neurologisk Afdeling i Roskilde bliver en af landets største neurologiske afdelinger, når vi i 2014 samler hele den akutte neurologi (inkl. patienter i fase 1 efter apopleksi) fra den nordlige del af Region Sjælland.

Vi etablerer to nye sengeafsnit, hvor der blandt andet integreres en akut overvågningsstue med mulighed for video-eeg og kardio-respiratorisk overvågning, ultralydsundersøgelsesrum til vaskulære undersøgelser, samt en TCI-klinik.

Der bliver således tale om en stærkt udvidet neurologisk afdeling med specialfunktioner inden for alle grene af neurologien.

Vi står desuden foran en række spændende opgaver med implementering og videreudvikling af vores regionsfunktioner og ikke mindst udviklingstiltag inden for klinisk forskning og uddannelse.

Vi er et imødekommende, motiverende og velkvalificeret personale. Vi er både erfarne og nyansatte kolleger. Fælles er, at vi har evne og vilje til at gavne patienterne ved et godt og konstruktivt samarbejde på tværs af faggrupper og til at se organisationen som en helhed.

Vi værner om vores gode arbejdsmiljø, som er præget af en gensidig accepterende, men uformel omgangsform.

Hvis du også vil være med på et af de dygtigste og mest kompetente hold, se vores stillingsopslag på www.regionsjaelland.dk, Job og karriere, quick nr. 13001.

WWW.REGIONSJÆLLAND.DK

REGION SJÆLLAND
ROSKILDE SYGEHUS



- vi er til for dig



Sygeplejerske inkontinens



Abena A/S søger

dygtig og dynamisk sygeplejerske til at servicere vore kunder i Sønderjylland og på Fyn.

Jobbet indebærer

undervisning og vejledning i inkontinens samt konceptpræsentation af bleer og urologiprodukter på plejehjem og i hjemmeplejen. Vejledning i vore systemløsninger og koncepter omkring inkontinens, hygiejne med mere.

Aktiv deltagelse i udviklingen af vore produkter ved hjælp af din faglige viden.

Ansøger forventes

at have bopæl centralt i distriktet.

Læs mere på www.abena.dk

Abena A/S . Egelund 35 . 6200 Aabenraa . Tlf. 74 31 18 18

Sygeplejerske i lægepraksis

Vi søger en sygeplejerske til deltidsansættelse i vores lægepraksis pr. 1/11 eller snarest derefter. Vi er 3 faste læger, 1 sygeplejerske og 3 sekretærer. Som regel har vi også en læge ansat i uddannelsesstilling.

Ugentlig arbejdstid ca. 26 timer.

Ansøgningsfrist onsdag, den 25. september 2013.

Vi planlægger at afholde samtaler i uge 40.

Ved behov for yderligere oplysninger kan læge Else Sahlholdt kontaktes på tlf. 7452 2220.

Helle Ibsen, Else Sahlholdt, Trine Tørslev
Bispebroen 2B, 2. sal,
6100 Haderslev

Sygeplejerske søges til lægepraksis i Hedehusene

Til solopraksis i Hedehusene søges rutineret og selvstændig sygeplejerske.

Klinikken er 1 1/2 år gammel med aktuelle læge og er solopraksis i en samarbejdspraksis med i alt 4 læger. Vi ligger centralt i Hedehusene, 2 minutters gang fra stationen og med gode parkeringsforhold.

Arbejdet vil fortrinsvis bestå i telefonvisitation, forskellige sygeplejeopgaver med selvstændige konsultationer, samt varetagelse af receptionsopgaver.

Arbejdstiden vil være ca. 25 timer om ugen eller efter aftale.

Erfaring fra praksis en fordel. Løn efter overenskomst mellem DSR og PLA.

Tiltrædelse 1. december eller efter aftale.

Ansøgninger vurderes løbende, ansøgningsfrist 11. oktober 2013.

Ansøgning bedes sendt til
Læge Elena Jakobsen
Hovedgaden 429, 1.
2640 Hedehusene

Net annoncer

Gå ind på www.dsr.dk/jobsogning

Indtast Quick-nummeret, så kommer du direkte ind til netannoncen, hvor du kan læse meget mere om stillingen.

Netannoncer kan indtastes hele døgnet.

Quicknr.

36716

Hovestaden

Diakonissestiftelsen

Rektor til UC Diakonissestiftelsen

Ansøgningsfrist: 30. september 2013



Quicknr.

36706

Hovestaden

Vesterbro Lægehus

Konsultationssygeplejerske

Ansøgningsfrist: 29. september 2013

Quicknr.

36701

Hovestaden

Lægerne i Lundtofte

Konsultationssygeplejerske

Ansøgningsfrist: 16. oktober 2013

Quicknr.

36707

Udland

Institut for Sygepleje- og Sundhedsvidenskab, Nuuk

Studieadjunkt/studielektor

Ansøgningsfrist: 15. november 2013

Seniorsammenslutningens arrangementer

Seniorsammenslutningen Kreds Nordjylland Efterår 2013

Efterårsprogram 2013: Torsdag den 14. november kl. 14.00 - 16.00, demenssygeplejerske Tinna Klingberg kommer og fortæller om demens m.m. Tirsdag den 3. december kl. 11.00 - 15.00, julefrokost i Papegøjehaven. Annonceres særskilt med sidste frist for tilmelding. Yderligere info, kontakt Birgit Hansen, tlf. 6084 6854

Hovedstaden

Seniorsygeplejerskerne i Kreds Hovedstaden Nord

Demenskoordinator Therese Sommer fortæller om Marte Meo metoden og samarbejde med pårørende.

Tid og sted:

3. okt. 2013 kl. 14:00 - 16:00
Rådhusstrædet 29,
3400 Hillerød

Tilmelding:

Tilmelding på mail:
tvingsvej2@gmail.com eller
tlf. 2345 8507 inden den
1.10.2013

Pris:

Kr. 30 for kaffe

Kreds Hovedstaden og FN's internationale Ældredag

Møde i DSR's lokaler efter fyraften til FN's internationale ældredag. Foredrag ved Arne Rolighed, "Sundhedsvæsnets værdier - under pres".

Der er smørrebrød, kaffe og kage.

Tid og sted:

1. oktober 2013 kl. 17:00 - 20:00
Frederiksborggade 15,
København

Tilmelding:

På tlf.: 4050 3579 eller
vi2@uppsalahu.dk

Pris:

Kr. 70

Møde for seniorsygeplejersker i Kreds Hovedstaden Vest

Anne Mette Nieburg fra Dansk Flygtningehjælp fortæller om Hjælpearbejdet i Syrien set inde- og udefra.

Tid og sted:

31. okt. 2013 kl. 14:00 - 16:00
DSR Kreds Hovedstaden,
Frederiksborggade 15, 4. sal
1360 København K

Tilmelding:

Til Lisbeth Vendelbo
tlf. 3675 6483 /
mail: karenkjettrup@msn.com
eller tlf. 4717 7930 senest den
29.10.2013

Seniorsygeplejersker i Kreds Hovedstaden Central

Glæd jer, vi skal høre om Grønlands syge- og sundhedspleje ved sygeplejerske Hansine Fleischer, som gennem 40 år har arbejdet både i Grønland og Danmark.

Tid og sted:

24. okt. 2013 kl. 11:00 - 13:00
Garnison Kirkens Menigheds-
hus, Skt. Annæ Plads 4,
København K

Tilmelding:

E-mail: vi2@uppsalahu.dk eller
tlf. 4050 3579 før den 21.10.2013

Pris:

Kr. 25

Seniormøde på Bornholm

Erik Høst fortæller om sit arbejde fra hospitalslaborant til dr.med.

Afhandlingens titel: Perspectives of DNA strand breaks in human art.

Tid og sted:

10. okt. 2013 kl. 14:00 - 16:00
Kreds Hovedstaden, Bornholm,
Haslevej 50, 3700 Rønne

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

DSR tlf. 4695 4617 eller Inge-
Lise Hansen, tlf. 5695 2910,
senest 9.10.2013

Pris:

Kr. 25 for kaffe med brød

Sjælland

Seniorsammenslutningen i Roskilde, Kreds Sjælland

Kontaktudvalget i Roskilde inviterer på besøg hos centerleder Britta Monrad som vil fortælle om plejecentret.

Der er fin P-plads og tog til Trekroner.

Bus 201 A kører dertil.

Tid og sted:

7. oktober 2013 kl. 13:00 - 14:30
Plejecenter Trekroner, Trekro-
ner Centervej 41, Himmelev,
4000 Roskilde

Arrangør:

Kontaktudvalget

Tilmelding:

sjaelland@dsr.dk eller
tlf. 7021 1664
senest den 2. oktober

Pris:

Kr. 30 for kaffe, ledsagere kr.
40

Seniorsygeplejerskerne Vestsjælland

Kom til frokostmøde i Holbæk. Efter let smørrebrød vil Hans Peter Tams fortælle om oplevelser under krigen og flugten gennem Tyskland til Danmark.

Tid og sted:

28. okt. 2013 kl. 11:30 - 14:45
FOA's mødelokaler,
Stenhusvej 35, 4300 Holbæk

Arrangør:

Kontaktudvalget, Vestsjælland.

Tilmelding:

Senest den 17. oktober 2013 til
Grethe på tlf. 2048 2350 eller
Karen tlf. 2073 5006

Pris:

Kr. 25 for medlemmer, 40 kr.
for ledsagere

Syddanmark

Seniorsammenslutningen Fyn

Kom og hør øjensygeplejerske Susanne Andersen fortælle, om de almindelige øjensygdomme, samt hjælpemidler når synet svigter.

Tid og sted:

10. okt. 2013 kl. 13:30 - 15:30
Bemærk! HK's lokaler,
Lumbyvej 11, 5000 Odense C

Tilmelding:

Senest den 4.10.2013 kl. 12.00
til Anni, tlf. 6615 2007 eller
Elna tlf. 6594 1716

Pris:

Kaffe m. brød 15 kr.

Yderligere info:

www.dsr.dk/syddanmark

Medlemsmøde i Seniorsam- menslutningen Esbjerg

Fra Montenegro til Mols. Mød Mila Pajovic, pensioneret jordemoder, flyttede som ung fra Montenegro til Danmark - heraf titlen på foredraget. Hør hende fortælle om hendes liv i Montenegro og om det at skifte hjemland.

Tid og sted:

8. okt. 2013 kl. 14:00 - 16:00
Sognehuset, Vor Frelser Kirke,
Kirkegade 24, 6700 Esbjerg

Tilmelding:

Elna Schousboe, tlf. 7511 6686
/ 2334 0526, elna@esenet.dk
eller Nina Jacobsen,
tlf. 7513 2246 / 3032 4337

Pris:

Kr. 20 for kaffe

Yderligere info:

www.dsr.dk

Midtjylland**Seniorsammenslutningen, Kreds Midtjylland, Holstebro/Herning**

Julearrangement.
Kontaktudvalget inviterer til hyggeligt samvær med god mad, sang, musik og julehistorier.

Tid og sted:

3. dec. 2013 kl. 12:00 - 16:00
Vores Café, Fønnesbechsgade 18, Herning

Tilmelding:

Kontaktudvalget: Hanne Lerager, tlf. 4071 7304 eller Kirsten Sanggård, tlf. 9741 4345 senest den 26.11.2013

Pris:

Kr. 150

Yderligere info:

www.dsr.dk/midtjylland

Seniorsammenslutningen Kreds Midtjylland, Viborg/Skive

Kom og hør Sygeplejerske Solveig Nielsen og hendes mand, fortælle om deres arbejde blandt de allerfattigste i Burundi.

Tid og sted:

30. okt. 2013 kl. 14:00 - 16:00
Café Brændpunktet, Ll. Sct. Hansgade 7-9, Viborg

Tilmelding:

Tlf. 9752 9080, Annelise Møller eller tlf. 2015 2055, Esther Helmer senest den 23. oktober 2013

Pris:

Kr. 30 incl. kaffe og brød

Yderligere info:

www.dsr.dk/midtjylland

Nordjylland**Seniorsammenslutningen i Kreds Nordjylland**

Foredrag ved øjensygeplejerske Bente Ditmann Pedersen. Hvad ved du om AMD? Kom og hør et spændende foredrag om øjensygdomme.

Tid og sted:

9. okt. 2013 kl. 14:00 - 16:00
Kredskontoret, Sofiendalsvej 3, 9200 Aalborg SV

Arrangør:

Kontaktudvalget / Seniorsammenslutningen

Tilmelding:

Til Birgit Hansen tlf. 6084 6854 / AnnaLise Bonde tlf. 2283 4628 senest den 4. oktober 2013

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/nordjylland

DSR Meddelelse**Generalforsamling FS Sygeplejersker i stomiplejen**

Der afholdes generalforsamling i FS for sygeplejersker i stomiplejen, torsdag d. 06.11.13 kl. 17.30 på Hotel Faaborg Fjord, Svenborgvej 175, 5600 Faaborg. Forslag skal være for manden i hænde senest d. 6.10.13 på Birgitte.Dissing.Andersen@regionh.dk Dagsorden lægges på FS's hjemmeside.

Generalforsamling 2013 Dansk Sygeplejeråd Kreds Midtjylland

Kredsens ordinære generalforsamling afholdes torsdag den 24. oktober 2013 i Silkeborg Sportscenter, Århusvej 45, Silkeborg. Dagsorden i henhold til DSR's love §18, stk. 3. Der er mad fra kl. 16.45, generalforsamlingen starter kl. 18.00. Læs dagsorden, beretning og kredsbestyrelsens debatoplæg Sygeplejerskernes fremtid i et sammenhængende sundhedsvæsen på kredsens hjemmeside www.dsr.dk/Midtjylland - her kan du også tilmelde dig.

Generalforsamling 2013 i Kreds Sjælland

Kreds Sjællands generalforsamling bliver afholdt onsdag den 23. oktober 2013 på Sørup Herregaard, Sørupvej 26, 4100 Ringsted. Se dagsorden og program på www.dsr.dk/sjaelland To workshops kl. 17.00, workshop 1: "Arbejdsglæde er det muligt og hvordan", v/ Dorte Steenberg, 2. næstformand i DSR. Workshop 2: "Det nære sundhedsvæsen, Styrk sundheden - tæt på borgerne," v/ Inge Jekes udviklingssygeplejerske i Kalundborg kommune.

20 års jubilæum ÅKH Hold 90 II

Vi holder fest den 26. oktober kl. 13, hos Margit Svantemann, Toftesvinget 12, 8250 Egå. Håber meget at se jer alle igen. Tilmelding senest 1. oktober 2013 til:

Mariane Rasmussen, mariane.lindvig@gmail.com
Maja Skau-Olsen, majaskau@gmail.com
Winni Frost, winnifrost@gmail.com
Irene Henriksen, kruse@inbox.com eller
Thea Hjørnholm, thjornholm@hotmail.com

Foredrag med feltsygeplejerske Christian Kummerfeldt

Christian Kummerfeldt giver en nærværende og personlige beretning om, at arbejde som sygeplejerske på felthospitaler i Afghanistan. Tid og sted: Den 2. oktober kl. 16.00-18.00, på Professionshøjskolen Metropol, Sigurdsgade 26, 2200 København N. Tilmelding: slskbh@gmail.com Arrangementet er gratis. Arrangør: SLS og Kreds Hovedstadens Netværk for nyuddannede. www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

DSR Fonde og legater**Fællesfonden til ferie- og rekreationsophold**

Legatet uddeles til ferie- og/ eller rekreationsophold for sygeplejersker. Ansøgninger skal være DSR i hænde senest den 18.10.2013. Kun de medlemmer, som modtager bevilling, vil få svar. Svaret gives inden for ca. 3 uger efter ansøgningsfristen. Ansøgningsskema findes på www.dsr.dk/legater eller telefonisk på 3315 1555.

Fællesfonden for værdigt trængende sygeplejersker

Legatet uddeles til værdigt trængende sygeplejersker, der er medlemmer af Dansk Sygeplejeråd. Ansøgninger skal være Dansk Sygeplejeråd i hænde senest den 18.10.2013. Kun medlemmer, som modtager bevilling, vil få svar på ansøgningen. Svaret gives inden for ca. 3 uger efter ansøgningsfristen. Ansøgningsskema og yderligere oplysninger om legatet findes på www.dsr.dk/legater eller telefonisk 3315 1555.

Karin Paludan Perssons & Inger Nordetsgaard's fond

Fondens formål er fortrinsvis at yde tilskud til videreuddannelse eller rekreation til skolesundhedsplejersker helst ansat i Frederiksberg Kommune. Midlerne kan også anvendes til andre formål, f.eks. til socialt arbejde for børn i sådanne hjem, som skolesundhedsplejerskerne måtte have kontakt med. Ansøgninger skal være DSR i hænde senest den 18.10.2013. Kun medlemmer, som modtager bevilling, vil få svar på ansøgningen.

Karin Paludan Perssons og Inger Nordetsgaard's fond

Fondens formål er fortrinsvis at yde tilskud til videreuddannelse eller rekreation til sundhedsplejersker. Midlerne kan også anvendes til andre formål, f.eks. til socialt arbejde for børn i sådanne hjem, som sundhedsplejerskerne måtte have kontakt med. Ansøgninger skal være DSR i hænde senest den 18.10.13. Svaret gives ca. 3 uger efter ansøgningsfristen. Ansøgningsskema findes på www.dsr.dk/fonde og legater eller på tlf. 3315 1555

Legatmeddelelse Fællesfonden til huslejhjælp

Legatportioner uddeles til at yde huslejhjælp til sygeplejersker, herunder pensionerede sygeplejersker, der er medlemmer af DSR. Ansøgningsskema skal DSR have senest den 18.10.2013. Medlemmer der ikke bevilges legatportion, modtager ikke svar. Bevilligede medlemmer får svar ca. 3 uger efter. Ansøgningsskema findes på www.dsr.dk/Fonde og legater eller telefonisk 3315 1555.

DSR Kursus**Det nære sundhedsvæsen**

Hvilke kompetencer skal sygeplejerskerne besidde i kommunerne?

Sygeplejerskens rolle i det nære sundhedsvæsen. Akut sygepleje, triage og følge-hjem- og op-ordninger. Hvad er faglig forsvarlighed?

Tid og sted:

11. nov. 2013 kl. 09:30 - 15:30
Hotel Kolding fjord, Fjordvej, 6000 Kolding

Arrangør:

FS for Sygeplejersker i Kommunen

Pris:

Kr. 750 for medlemmer af FSSK, øvrige kr. 950

Yderligere info:

www.dsr.dk/fs/fs6

DSR Kredsmøde**Hovedstaden****Sygeplejersker på plejecentre**

Kom og drøft med andre sygeplejersker fra plejecentre, hvordan man kan understøtte og styrke sygeplejerskernes rolle. Der vil være oplæg fra to plejecentre, hvor man har arbejdet med aftenens tema.

Tid og sted:

23. okt. 2013 kl. 16:00 - 20:00
Kreds Hovedstaden,
Frederiksborggade 15, 4. sal

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Privatansat - find dine styrker

Lønforhandling, kompetenceudvikling og det juridiske ansvar er blot nogle af de temaer, du som privatansat sygeplejersker kan høre om på dette fyraftensmøde.

Tid og sted:

7. okt. 2013 kl. 16:30 - 21:00
Kreds Hovedstaden,
Frederiksborggade 15, 4. sal

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Sårbehandling

Få en opdatering af din viden om sårbehandling. En dags kursus på grundlæggende niveau.

Tid og sted:

1. nov. 2013 kl. 09:00 - 15:30
Kreds Hovedstaden,
Frederiksborggade 15, 4. sal

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer



DSA ER DIN DIGITALE A-KASSE 24/7

DSA er med dig. Du kan bruge os døgnet rundt. A-kasse, jobformidling og socialrådgivning – samme sted.

Book selv dine møder, få onlinesparring på dine ansøgninger og find dit næste job med DSAjobsøger. Du kan også hente inspiration til dit arbejdsliv i nyhedsbrevet – Job & Arbejdsliv og holde styr på nye love med nyhedsbrevet DSA-Nyt. Ansøg om dagpenge, ferie-dagpenge og efterløn, når det passer ind i din hverdag.

DSA er Danmarks billigste a-kasse. Læs mere om den service, vi tilbyder på dsa.dk. Du kan også være aktiv i debatten på [facebook.com/dehvidesko](https://www.facebook.com/dehvidesko)

DSA - for sundhedsprofessionelle

DANSKE
SUNDHEDSORGANISATIONERS
ARBEJDSLØSHEDSKASSE



Trænger du til ...ferie?



Skovfogedgården i Klegod

DSR har i alt 41 fritidsboliger, beliggende 5 steder ved de danske kyster.

Du kan vælge mellem Gl. Skagen (4 huse og 2 lejligheder), Skærby Strand ved Nykøbing Sj (9 huse) og Dueodde på Bornholm (6 huse) alle med plads til max. 6 personer samt Løkken (11 lejligheder) og Strandfogedgården i Klegod på Holmsland Klit (9 lejligheder) med plads til max. 2, 4 eller 6 personer.

Du kan leje både weekend-, hvedags- og ugeperioder.

Ring til PKA's Boliganvisning på telefon 39 45 42 87.

Du kan se ledige lejeperioder og flere oplysninger på www.dsr-fritidsboliger.dk

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
hanne@hotel-dalia.it

Luxus lejlighed på over 100 m²

Beliggende direkte på stranden mellem Middelhavet og Mar Menor. Stor spise/dagligstue med DVD og fladskærm. To soveværelser, to toiletter med bad, køkken samt terrasse med super havudsigt. Swimmingpool. Direkte fly til Alicante. Kr./uge fra 2.405,-

Rekvirer brochure: tlf. 4457 0787 eller 2023 7577
www.playaprincipe.dk
booking@playaprincipe.dk

Priser for ferieannoncer

Alle annoncer skal indtastes via DSRs hjemmeside - login rekvireres hos Dansk Mediaforsyning, 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

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

Weekendophold 24 pers.

Kastanjegaarden ved Assens på Vestfyn. 4 ferielejl. Velegnet til weekendophold. I den største lejlighed er der plads til at sidde sammen og spise. Opvaske-maskine og service. Have med havemøbler, boldspil og grill. Kr. 5400.

Tlf. 6471 5516
Se www.kastanjegaarden.dk

Trænger du til ...ferie?



Løkken Feriecenter (Klitly)

DSR har i alt 41 fritidsboliger, beliggende 5 steder ved de danske kyster.

Du kan vælge mellem Gl. Skagen (4 huse og 2 lejligheder), Skærby Strand ved Nykøbing Sj (9 huse) og Dueodde på Bornholm (6 huse) alle med plads til max. 6 personer samt Løkken (11 lejligheder) og Strandfogedgården i Klegod på Holmsland Klit (9 lejligheder) med plads til max. 2, 4 eller 6 personer.

Du kan leje både weekend-, hvedags- og ugeperioder.

Ring til PKA's Boliganvisning på telefon 39 45 42 87.

Du kan se ledige lejeperioder og flere oplysninger på www.dsr-fritidsboliger.dk

Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse



Grete Christensen
Formand



Anni Pilgaard
1.-næstformand



Dorte Steenberg
2.-næstformand



Irene Hesselberg
Formand for
Lederforeningen



**Mette Kästner
Jacobsen**
Formand for SLS

Kredsformænd



Vibeke Westh
Kreds Hovedstaden



Helle Dirksen
Kreds Sjælland



John Christensen
Kreds Syddanmark



Else Kayser
Kreds Midtjylland



Jytte Wester
Kreds Nordjylland

1.-kreds næstformænd



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

Sygepleetisk 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 telefonider:

Man, tirs, tors, fre: 09.00 - 14.00
Ons: 13.00 - 16.00

Lokalkontor

Haslevej 50
3700 Rønne
Tlf: 7021 1662
Fax: 5695 3812

Telefontid

Man, tirs og tors: 09.00 - 12.00

Kreds Sjælland

Kredschef

Mads Hyltdgaard

Hovedtelefonnummer: 7021 1664
Hovedfaxnummer: 7021 1665
Hjemmeside: www.dsr.dk/sjaelland
E-mail: sjaelland@dsr.dk

Kontor

RingstedCentret
Nørregade 13
4100 Ringsted

Kontorets åbnings- og telefonider

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.

Mindegade 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

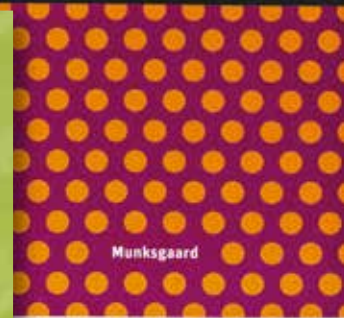
Man - ons kl. 09.00 - 15.00
Torsdag kl. 13.00 - 16.00
Fredag kl. 09.00 - 12.00

Velkomstilbud fra Sundhedsprof.dk

spas 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
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

praxis®

... gør din dag behagelig

Kanonpriser

- på populære modeller til arbejde og fritid!



Azur

Lilla

Lime

Sort

Rød

- Når du er med på moden

Vatteret dynejakke til damer i blød nylonkvalitet med kanalsyet fyld. Denne model er designet i et mode-rigtigt look og sidder perfekt.

- Fåes også til herrer.

Model 98891

Dame jakke med taljering
Str. S - 3XL

**Super
god
pasform**

Frit valg
kr. 399,-
2 stk. kun
kr. 700,-



Praxis Stretch Sport Fantastisk fritidsbuks til sport og fritid.



Model 96306

Model 96302

**2-vejs
strækkvalitet!**

Frit valg
kr. 399,-/349,-
2 par kun
kr. 700,-

Sporty buks

Med stræk i begge retninger og mange detaljer. Meget funktionel til brug i træningslokalet, plejesektoren eller på klinikken. Begge modeller fåes i sort og hvid.
Str. XXS/34 - 4XL/50

Model 25180 Monaco
Sandaler til damer og herrer med velcrolukning. Kvalitet: Imiteret skind med indersål af ruskind. Farve: Sort - Hvid
Størrelse: 36 - 46
Normalpris 329,-

Frit valg
2 par kun
kr. 500,-



Praxis top model - med ekstra bløde såler

Model 25090 - Paris
Damesandal med mulighed for indstilling af bagrem og over vristen. Kvalitet: Skind med indersål af ægte ruskind
Farve: Blå - Hvid - Sort
Størrelse: 36 - 42
Normalpris 449,-



Frit valg
2 par kun
kr. 700,-

"Da denne model er lille i størrelsen, anbefaler vi, at du tager ét nummer større, end du normalt bruger"

Miks som du vil! - Du kan frit vælge mellem alle varerne på siden og får selvfølgelig rabat på alt - bare du bestiller minimum 2 dele i alt. Tilbudet gælder til 31.10.13 og du har fuld retur- og bytteret i 30 dage.

Bestil på 97 12 82 82 eller www.praxiswear.dk

Praxis
Hammershusvej 16 i
DK-7400 Herning