

Opfordring
Ansæt forskere i praksis

"Jeg havde for nem adgang til piller"

SYGGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING  NR. 14 • 5. DECEMBER 2014

Når sygeplejersker mobber



Julekryds
og ferielæsning



Mistro til patienten førte til etablering af smerteteam

Indikation: DuoResp® Spiromax® er indiceret til voksne fra og med 18 år. **Astma:** DuoResp® Spiromax® er indiceret til behandling af astma, hvor det er hensigtsmæssigt at anvende en kombination (inhaleret kortikosteroid og langtidsvirkende β_2 -agonist): hos patienter, der ikke er tilstrækkeligt velkontrolleret, med inhalerede kortikosteroider og inhalerede kortidsvirkende β_2 -agonister til anvendelse, ved behov. Eller hos patienter, der allerede er velkontrollerede på både inhalerede kortikosteroider og langtidsvirkende β_2 -agonister. **Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL):** Symptomatisk behandling af patienter med svær KOL (FEV1 < 50 % af forventet normalværdi) og tidligere gentagne eksacerbationer, som har betydelige symptomer på trods af behandling med langtidsvirkende bronkodilator. **Dosering*:** **Astma:** Når symptomerne er under kontrol, bør dosis titreres til den laveste dosis, der kan opretholde effektiv symptomkontrol. **160/4,5 mikrog.:** 2 mulige behandlingsmetoder: Vedligeholdelsesbehandling: Som regelmæssig behandling med en særskilt hurtigvirkende bronkodilator til anfallsbrug. Dosering: Voksne (fra 18 år): 1-2 inhalationer 2 gange dagligt, højst 4 inhalationer 2 gange dagligt. Vedligeholdelses- og behovsbehandling: Som regelmæssig behandling og efter behov ved symptomer. Dette bør overvejes til patienter med utilstrækkelig astmakontrol og med hyppig brug for en inhalator ved anfald eller tidligere astmaeksacerbationer, der krævede medicinsk intervention. Patienter skal informeres om altid at have DuoResp® Spiromax® tilgængelig til brug ved anfald. Dosering: Voksne (fra 18 år): Vedligeholdelsesbehandling: 2 inhalationer dagligt; i nogle tilfælde, 2 inhalationer 2 gange dagligt. Behovsbehandling: 1 ekstra inhalation ved symptomer, max. 6 inhalationer pr. gang og højst 12 inhalationer dagligt i et begrænset tidsrum. **KOL:** Voksne (fra 18 år): 2 inhalationer 2 gange dagligt. **320/9 mikrog.:** Astma: Må kun anvendes som vedligeholdelsesbehandling. Dosering: Voksne (fra 18 år): 1 inhalation 2 gange dagligt, højst 2 inhalationer 2 gange dagligt. Øget forbrug af en særskilt hurtigvirkende bronkodilator indikerer forværring af sygdom. **KOL:** Dosering: Voksne (fra 18 år): 1 inhalation 2 gange dagligt. **Anvendelse til børn*:** Anbefales ikke til brug hos børn og unge under 18 år. **Anvendelse til specielle patientgrupper*:** En øget eksponering forventes ved levercirrhose. **Kontraindikationer*:** Overfølsomhed over for de aktive stoffer eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Forsigtighedsregler*:** Gradvis reduktion af dosis ved behandlingsophør. Pludselig og tilfældig forværring af astma og KOL er potentielt livstruende. Patienterne skal informeres om altid at have deres anfallsmedicin på sig. Evaluering under nedtrækning er nødvendig. Behandling bør ikke initieres under en eksacerbation eller ved forværring af astma. Alvorlige astmarelaterede reaktioner kan forekomme. Systemiske påvirkninger kan opstå, især ved høje doser ordineret i længere perioder, f.eks. Cushings syndrom, og væksthæmning hos børn. Højden skal følges hos børn. Påvirkninger af knogletæthed bør overvejes, hos patienter, som får høje doser over længere perioder og har risiko for osteoporose. Ved risiko for svækket binyrebarkfunktion, skal forsigtighed udvises ved skift til behandling med budesonid/formoterolfumarat med fast dosis. Langtidsbehandling med høje doser af inhalerede kortikosteroider, kan resultere i binyrebarksuppression. Supplerende systemisk steroidbehandling bør derfor overvejes i perioder med stress. Skift fra oral behandling til behandling med en fastdosiskombination af budesonid/formoterolfumarat kan forårsage allergiske symptomer eller gigtssymptomer. Patienter bør skylle munden med vand efter inhalation for at mindske risikoen for Candida-infektion. Administreres med forsigtighed til patienter med tyreotoksikose, fæokromocytom, diabetes mellitus, ubehandlet hypokaliæmi, hypertrofisk obstruktiv kardiomyopati, idiopatisk subvalvulær aortastenose, svær hypertension, aneurisme eller andre alvorlige kardiovaskulære lidelser, og patienter med forlænget QTc-interval. Dosis bør revideres hos patienter med tuberkulose eller svampe- og virusinfektioner i luftvejene. Kontrol af blodglucose hos diabetespatienter bør overvejes. Høje doser af β_2 -agonister kan forårsage alvorlig hypokaliæmi. Behandling med β_2 -agonister kan medføre stigning af insulin, fedtsyrer, glycerol og ketonstoffer i blodet. Forsigtighed ved ustabil astma, akut svær astma og når sandsynligheden for hypokaliæmi er øget. Serumkalium bør monitoreres. Indeholder lactose. **Interaktioner*:** Samtidig brug af CYP3A4-inhibitorer bør undgås. Betablokkere kan svække eller hæmme effekten af formoterol, og DuoResp® Spiromax® bør ikke gives samtidigt, medmindre det er tvungende nødvendigt. Samtidig behandling med quinidin, disopyramid, procainamid, phenothiaziner, antihistaminer (terfenadin), MAO-hæmmere og tricykliske antidepressiva kan forlænge QTc-intervallet og øge risikoen for ventrikulære arytmier. LDopa, lityroxin, oxytocin og alkohol kan svække hjertets tolerance over for β_2 -adrenerge sympatomimetika. Samtidig behandling med MAO-hæmmere, inkl. midler med tilsvarende egenskaber, f.eks. furazolidon og procarbazin, kan udløse hypertensive reaktioner. Øget risiko for arytmier hos patienter, som samtidigt bliver bedøvet med halogenerede kulbrinter. Samtidig brug af andre beta-adrenerge lægemidler og antikolinergika kan have potentielt additiv bronkodilaterende effekt. Hypokaliæmi kan øge tilbøjeligheden til arytmier hos patienter, som behandles med digitalisglykosider. **Graviditet og amning*:** Bør kun anvendes, når fordelene opvejer de potentielle risici. **Bivirkninger*:** Almindelige: Candida-infektioner i orofarynx, hovedpine, tremor, palpitationer, let irritation i halsen, hoste, hæshed, ikke almindelige: Aggression, psykomotorisk hyperaktivitet, angst, søvnforstyrrelser. Svimmelhed. Takykardi. Kvalme, blå mærker, muskelkrampe. Sjældne: Umiddelbare og forsinkede overfølsomhedsreaktioner. **Overdosering*:** Typiske virkninger for β_2 -agonister: Tremor, hovedpine, palpitationer.

Indehaver af markedsføringstilladelsen: Teva Pharma B.V., Computerweg 10, 3542 DR Utrecht, Holland. **Udlevering:** B. **Priser og pakninger pr. 10. november 2014 (dagsaktuelle priser findes på www.medicinpriser.dk):** Varenr.: 048196 DuoResp® Spiromax®, 160 mikrogram/4,5 mikrogram, inhalationspulver, 120 doser, 444,65 kr. Varenr.: 186615 DuoResp® Spiromax® inhalationspulver 160 mikrogram/4,5 mikrogram, 3 x 120 doser, 1294 kr. Varenr.: 373239 DuoResp® Spiromax®, 320 mikrogram/9 mikrogram, inhalationspulver, 60 doser, 459,35 kr. Varenr.: 470202 DuoResp® Spiromax® inhalationspulver 320 mikrogram/9 mikrogram, 3 x 60 doser, 1337 kr. **De med * markerede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af EMA godkendte produktresumé. Det fulde produktresumé kan vedragsfrit rekvireres hos TEVA Danmark A/S, Parallevej 12, 2800 Kgs. Lyngby (tlf. 4498 5511/www.tevapharm.dk) eller findes på <http://www.ema.europa.eu/ema/> November 2014**

* Gældende for DuoResp® Spiromax® 160 µg/4,5 µg
1. DuoResp® Spiromax® Produktresumé, November 2014



DuoResp® Spiromax® (budesonid/formoterol)

– intuitivt, enkelt og brugervenligt design¹

- Indeholder den velkendte kombination af budesonid og formoterol
- Indiceret til behandling af både astma og KOL fra og med 18 år
- Godkendt til vedligeholdelses- og behovsbehandling af astma*

Åbn, inhalér og luk. Så enkelt er det.

 DuoResp®
Spiromax®
budesonid / formoterol

budesonid + formoterol + intuitivt design



Relvar® Ellipta® (fluticasonfuroat/vilanterol) er indiceret til symptomatisk behandling af voksne med KOL med FEV₁ < 70 % af forventet (post-bronkodilatator) med tilbagevendende eksacerbationer, hvor fast behandling med bronkodilatator ikke er tilstrækkelig.¹

FORDI DER IKKE ER PLADS TIL MERE KOL

For mange patienter med KOL fylder frygten for forværringer og yderligere begrænsninger allerede meget.² Væg Relvar Ellipta (fluticasonfuroat/vilanterol) til dine KOL-patienter med tilbagevendende eksacerbationer:¹

- Den første ICS/LABA-kombination der giver vedvarende 24-timers effekt^{1,3}
- Med dosering én gang daglig¹
- I en inhalator der er så enkel at anvende, at den foretrækkes af patienter frem for deres nuværende inhalator⁴



RELVAR® ELLIPTA®
(fluticasonfuroat/vilanterol)
24-timers effekt. Helt enkelt.

Relvar® Ellipta® (fluticasonfuroat/vilanterol) inhalationspulver, afdelt
Indikationer: **Astma:** Relvar Ellipta er indiceret til behandling af astma hos voksne og unge på 12 år og derover, hvor behandling med et kombinationsprodukt (langtidsvirkende beta₂-agonist og inhalationssteroid) er hensigtsmæssig: hos patienter, der ikke er velkontrolleret på inhalationssteroid og korttidsvirkende beta₂-agonist ved behov. **KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom) (kun styrken 92/22 mikrogram):** Relvar Ellipta er indiceret til symptomatisk behandling af voksne med KOL med FEV₁ < 70 % af forventet (post-bronkodilatator) med tilbagevendende eksacerbationer, hvor fast behandling med bronkodilatator ikke er tilstrækkelig. **Dosering astma*: Voksne og unge fra 12 år:** En inhalation af Relvar Ellipta 92/22 mikrogram en gang daglig eller en inhalation af Relvar Ellipta 184/22 mikrogram en gang daglig, hos patienter med behov for højere dosis. **Børn under 12 år:** Sikkerhed og effekt hos børn under 12 år med astma er endnu ikke klarlagt. **Dosering KOL*: Voksne:** En inhalation af Relvar Ellipta 92/22 mikrogram en gang daglig der skal administreres på samme tidspunkt hver dag. **Kontraindikationer*:** Overfølsomhed over for de aktive stoffer eller hjælpestofferne. **Forsigtighedsregler*:** Bør ikke anvendes til behandling af akutte astmasymptomer eller akut eksacerbation af KOL, hvor behandling med korttidsvirkende bronkodilatator er nødvendig. Astmarelaterede bivirkninger og eksacerbationer kan forekomme under behandling. Paradoks bronkospasme med akut øget hvæsen efter indtagelse kan forekomme og behandlingen bør omgående seponeres. Bør anvendes med forsigtighed hos patienter med svær kardiovaskulær sygdom, da kardiovaskulære effekter kan forekomme. Hos patienter med moderat til svær leverinsufficiens bør styrken 92/22 mikrogram anvendes, og de bør monitoreres for bivirkninger. Systemiske bivirkninger kan opstå efter inhalation af steroider, især ved højere doser i længere perioder, men det er langt mindre sandsynligt end ved

behandling med oral steroid. Bør anvendes med forsigtighed hos patienter med lungetuberkulose eller kronisk eller ubehandlede infektioner. Øget blodglucoseniveau er set hos diabetespatienter, hvilket skal overvejes ved brug af Relvar Ellipta til disse patienter. Øget forekomst af pneumoni hos KOL-patienter er set, og behandlingen bør revideres, hvis det opstår. Relvar Ellipta 184/22 mikrogram er ikke indiceret til KOL-patienter. Bør ikke anvendes til patienter med alvorlig galactoseintolerans, særlig form for arvede lactasemangel eller glucose-/galactosemalabsorption. **Interaktioner*:** β₂-blokkere kan svække eller antagonisere effekten af β₂-agonister. Både selektive og ikke-selektive β-blokkere bør så vidt muligt undgås. Forsigtighed bør udvises ved samtidig administration af potente CYP3A4-hæmmere, da dette kan øge systemisk eksponering af fluticasonfuroat og vilanterol. Samtidig administration af andre sympatomimetika kan forstærke bivirkningerne af fluticasonfuroat/vilanterol. Bør ikke anvendes i kombination med andre langtidsvirkende β₂-agonister. **Graviditet og amning*:** Ingen eller begrænset data ved gravide/ammende kvinder. Fordelen af behandlingen skal afvejes mod eventuel risiko. **Bivirkninger*:** Meget almindelig: Hovedpine, nasopharyngitis. **Almindelig:** Pneumoni, infektion i øvre luftveje, bronchitis, influenza, candidiasis i mund og svælg, orofaryngeal smerte, sinusitis, pharyngitis, rhinitis, hoste, dysfoni, abdominalsmerter, artralgi, rygsmerter, frakturer, pyreksi. **Ikke almindelig:** Ekstrasystoler. **Overdosering*:** En overdosis af fluticasonfuroat/vilanterol kan medføre tegn og symptomer, som følge af de enkelte indholdsstoffers virkningsmekanisme. Symptomer som ses ved overdosering er de samme som ses ved andre β₂-agonister, og som stemmer overens med de kendte klasseeffekter for inhalationssteroider. Ved overdosering skal patienten have understøttende behandling og monitoreres efter behov. **Udlevering:** B. Generelt tilskud

De med * mærkede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af EMA godkendte produktresumé. Fuldt produktresumé kan vederlagsfrit rekvireres hos GlaxoSmithKline Pharma A/S, Nykær 68, 2605 Brøndby.

Bivirkninger, både kendte og nyopdagede, bedes indberettet hurtigst muligt til Sundhedsstyrelsen (www.meldenbivirkning.dk) eller GlaxoSmithKline (dk-info@gsk.com).

Pakninger og priser (AUP) pr. november 2014 (dagsaktuelle priser findes på www.medicinpriser.dk)

Vnr 38 60 95	Inhalationspulver	92/22 mikg/dosis	30 doser	444,05 kr.
Vnr 12 53 17	Inhalationspulver	92/22 mikg/dosis	3x30 doser	1278,85 kr.
Vnr 41 32 25	Inhalationspulver	184/22 mikg/dosis	30 doser	560,20 kr.
Vnr 49 51 51	Inhalationspulver	184/22 mikg/dosis	3x30 doser	1620,40 kr.

Referencer:

- EMA's godkendte produktresumé for Relvar Ellipta, januar 2014.
- Jones P et al. Improving the process and outcome of care in COPD: development of a standardised assessment tool. Prim Care Respir J. 2009; 3:208-15.
- Boscia JA et al. Effect of Once-Daily Fluticasone Furoate/ Vilanterol on 24-Hour Pulmonary Function in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Randomized, Three-Way, Incomplete Block, Crossover Study. Clin Ther. 2012; 8:1655-66.
- Svedater H et al. Qualitative assessment of attributes and ease of use of the ELLIPTA™ dry powder inhaler for delivery of maintenance therapy for asthma and COPD. BMC Pulmonary Medicine 2013; 13: 72.

KORT

15 På vagt juleaften kan være den største julegave

Nogle vil gøre meget for at bytte vagt. Andre melder sig gerne frivilligt. Julevagten har gennem årene været et tilbagevendende tema i Sygeplejersken.

TEMA OM MOBNING BLANDT SYGEPLEJERSKER**20 Sygeplejersker bliver også mobbet**

Hvad gør man, hvis man oplever, at en kollega eller leder bliver mobbet på arbejdspladsen? Hver tredje sygeplejerske har været vidne til mobning, viser en ny undersøgelse. Og vidnerne har også et ansvar.

22 Vidner kan stoppe mobning

Ny kampagne sætter for første gang fokus på vidnernes rolle i mobning på arbejdspladsen. Nye tal fra Dansk Sygeplejeråd viser, at 11 pct. af sygeplejerskerne har været udsat for mobning indenfor det seneste år.

26 Mobbefrit hospital

Bispebjerg Hospital indførte sin egen mobbepolitik for otte år siden på baggrund af en dårlig trivselsundersøgelse. I dag har man helt faste procedurer i tilfælde af mobning.

BAGGRUND

32 Er det medicin, du er påvirket af?

Sygeplejersken Anne var misbruger af medicin i næsten 35 år, men der var aldrig nogen, der direkte konfronterede hende med misbruget. Læs hendes historie og eksperternes råd til, hvad du kan gøre som kollega til en potentiel misbruger.

JUL 2014

44 Fem til ferien

OK15

48 Læs om overenskomstforhandlingerne, som for alvor går i gang i midten af julemåneden.

NYT FRA DSR - DIN ORGANISATION

60 Sag om lændeskade skal gå om

Dansk Sygeplejeråd opdager en fejl i vurderingen af en erstatningssag om en lænderygssygdom. Sagen går nu om, og Dansk Sygeplejeråd frygter, at fejlen kan have haft betydning for udfaldet af flere sager de sidste 14 år. Arbejdsskadestyrelsen afviser, at det skulle være tilfældet.

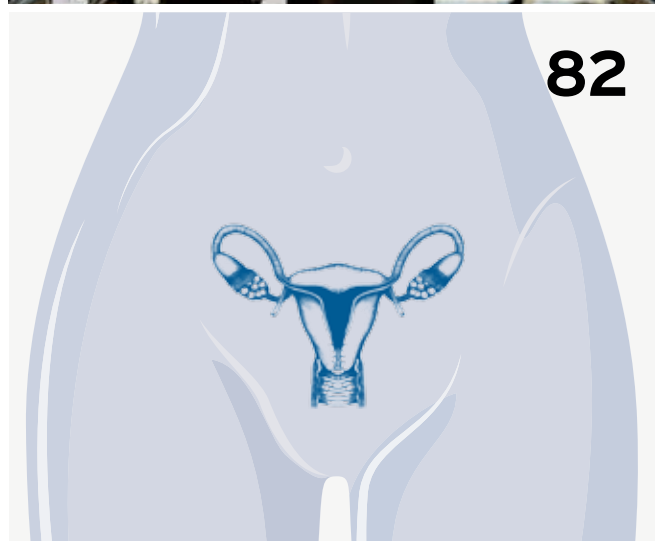
FAGLIG INFORMATION

68 Tværkulturel sygepleje hos udsatte kvinder**69 Kostregistrering nedprioriteres****70 Et godt og bredt videnskredsløb****70 ICN holder konference i Korea****72 Resuméer af international forskning****75 Julekryds 2014**

20



32



82

FAG

76 Smerteteam inddrager patienter med kroniske smerter i postoperativ smertebehandling

Smerteteam har optimeret smertebehandlingen præ-, per- og postoperativt ved at medinddrage patienten og øge sundhedspersonalets viden om smerter og smertebehandling.

82 Rehabiliteringskoncept sikrer støtte og omsorg til kræftpatienten

Et nationalt rehabiliteringskoncept angiver, hvordan kvinder opereret for kræft i livmoderen kan støttes gennem en sygeplejefaglig indsats.

88 Efterlysning: Dokumenterede sygeplejefaglige vurderinger

Artiklen handler om de sygeplejefaglige vurderinger, der går forud for planlægning, udførelse, evaluering og dokumentation af sygeplejen og de lovkrav, der forpligter sygeplejersker til at dokumentere sygeplejen.

94 Man kan bare ansætte en forsker, så keder man sig aldrig...

Seks oversygeplejersker vurderer, at ansættelsen af en forskningskyndig sygeplejerske med ph.d.-grad giver mange fordele.

I HVERT NUMMER

8 Studerende i praksis

10 Kulturjournalen

11 Dilemma

30 Parentes

38 Boganmeldelser

43 5 faglige minutter

62 Debat/Navne/Mindeord

66 Facebook

68 Fagtanker

71 Fra forsker til fag

99 Stillingsannoncer

104 Kurser/møder/meddelelser

107 Kontakt

Forsideillustration Mikkel Henssel

Sundhedsåret der gik

2014 kom i høj grad til at stå i sundhedsvæsenets tegn.

Under overskriften "En fagforening med ambitioner" fik vi på kongressen sat en retning for Dansk Sygeplejeråds arbejde de kommende år, og allerede kort efter oplevede vi, at vores høje ambitioner gør en forskel.

Først på sommeren indgik regeringen og oppositionen - efter flere års tilløb og stort pres fra vores side - en psykiertiaftale, der bl.a. sikrer flere specialuddannede sygeplejersker. Det vil øge kvaliteten i den psykiatriske indsats og reducere anvendelsen af bæltefiksering.

Og efter sommerferien præsenterede regeringen sit sundhedsudspil "Jo før - jo bedre", der bl.a. lagde op til, at de svageste kroniske patienter fremover skal have tilbud om støtte fra en særligt uddannet sygeplejerske. Et godt tiltag, som vi nu skal være med til at gøre til virkelighed - forhåbentligt i form af en helt ny specialstudiedannelse!

De mange gode initiativer er værd at glæde sig over, men står samtidig i skyggen af det massive pres, sundhedsvæsenet fortsat er underlagt.

For hverdagen på sygeplejerskernes arbejdspladser byder fortsat - alt for ofte - på manglende tid til kerneopgaven. Det gælder på hospitalerne, hvor der konstant bliver stillet nye produktivitetskrav. Det gælder lokalt, hvor stadigt flere sygeplejefaglige opgaver overgår til kommuner og almen praksis, uden at ressourcerne følger med.

Det høje arbejdspress på sygeplejerskernes arbejdspladser går ud over arbejdsmiljø og kvalitet og er ikke mindst med til at udfordre os på vores faglighed. Det duer ikke.

Derfor vil vi i det nye år - startende med OK15 - fortsætte med at sætte sundhed og sygeplejerskernes arbejdsvilkår øverst på den politiske dagsorden, så de mange gode intentioner forhåbentligt begynder at kunne mærkes.

Det er der nemlig brug for.

Jo før - jo bedre!

Grete Christensen

Grete Christensen, formand



NÆSTE NUMMER UDKOMMER 19. JANUAR

Læs bl.a.:

- Tema om børn som pårørende
- På job: Afsnit brød med specialegrænserne
- Fag: Fitnessdans i psykiatrien

Konst. chefredaktør, ansv. efter medieansvarsløven
Anne Granborg
 ang@dsr.dk
 Tlf. 4695 4004

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
 På barsel

Journalist
Christina Sommer
 cso@dsr.dk
 Tlf. 4695 4264

Journalist
Vinni Yang Søgaard
 vvs@dsr.dk
 Tlf.: 4695 4180

Journalist
Mikkel Søren Bødker Olesen
 mso@dsr.dk
 Tlf.: 4695 4119

Fagredaktør
Jette Bagh
 jbg@dsr.dk
 Tlf.: 4695 4187

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

Layouter
Anita Raun Brogaard
 anb@dsr.dk
 Tlf.: 4695 4283

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

Distribueret oplag

1. januar - 30. juni 2014: 74.822 ekspl.
 Medlem af Dansk Fagpresse

Årsabonnement (pr. januar 2015)

875,00 kr. + moms

Løssalg:

65,00 kr. + moms

Kontakt Dansk Mediaforsyning på dsr@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 tidsskriftet. Redaktionen påtager sig intet ansvar for materialer, der indsendes uopfordret.

Holdninger, der tilkendes i artikler og andre indlæg, udtrykker ikke nødvendigvis Dansk Sygeplejeråds synspunkter.

Chefredaktøren er ansvarlig for bladets indhold.

Sygeplejersker er vidner til mobning

Hver 10. sygeplejerske er blevet mobbet indenfor det seneste år, og hver tredje har bevidnet mobning. Mange arbejdspladser har ingen mobbepolitik.

Tekst **Annette Hagerup** • Illustration **Mikkel Henssel**

Hver tredje sygeplejerske har været vidne til mobning på arbejdspladsen inden for det seneste år. Hver 10. sygeplejerske har selv været ude for mobning.

Det viser en spørgeskemaundersøgelse fra oktober måned blandt medlemmerne af Dansk Sygeplejeråds medlemspanel. I alt deltog knap 2.400 basis- og specialsygeplejersker uden personaleansvar i undersøgelsen.

Ca. en tredjedel af de sygeplejersker, der har været vidne til mobning, fortæller videre, at de også selv er blevet mobbet. 27 pct. er blevet mobbet enkelte gange, mens 6 pct. er blevet mobbet mange gange. Det svarer totalt set til, at ca. hver 10. sygeplejerske har været ude for mobning i løbet af et år. To tredjedele er blevet mobbet af en kollega og en tredjedel af en leder.

Knap halvdelen (49 pct.) af basis- og specialsygeplejerskerne ved ikke, om deres arbejdsplads har en handleplan mod mobning. Ifølge besvarelsene er det mindre end en tredjedel af arbejdspladserne, der har udarbejdet en handleplan mod mobning. En femtedel af sygeplejerskerne svarer, at der ikke eksisterer en handleplan mod mobning på deres arbejdsplads.

Fire ud af fem af de sygeplejersker, der har været udsat for mobning, har overvejet at søge nyt arbejde.

Ledelsen skal anerkende omfanget

Næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Dorte Steenberg, opfordrer til, at der lokalt gøres en større indsats for at dæmme op for de mekanismer, der muliggør, at mobning trives i så stort et omfang, som tallene her viser.

"Der er behov for en ledelsesmæssig anerkendelse af, at problemet med mobning nok er større, end man umiddelbart antager.

Første skridt bør bestå i at få problemet synliggjort og få lavet en personalepolitik, der tager hånd om evt. konflikter og forebygger, at de udvikler sig til mobning," siger Dorte Steenberg.

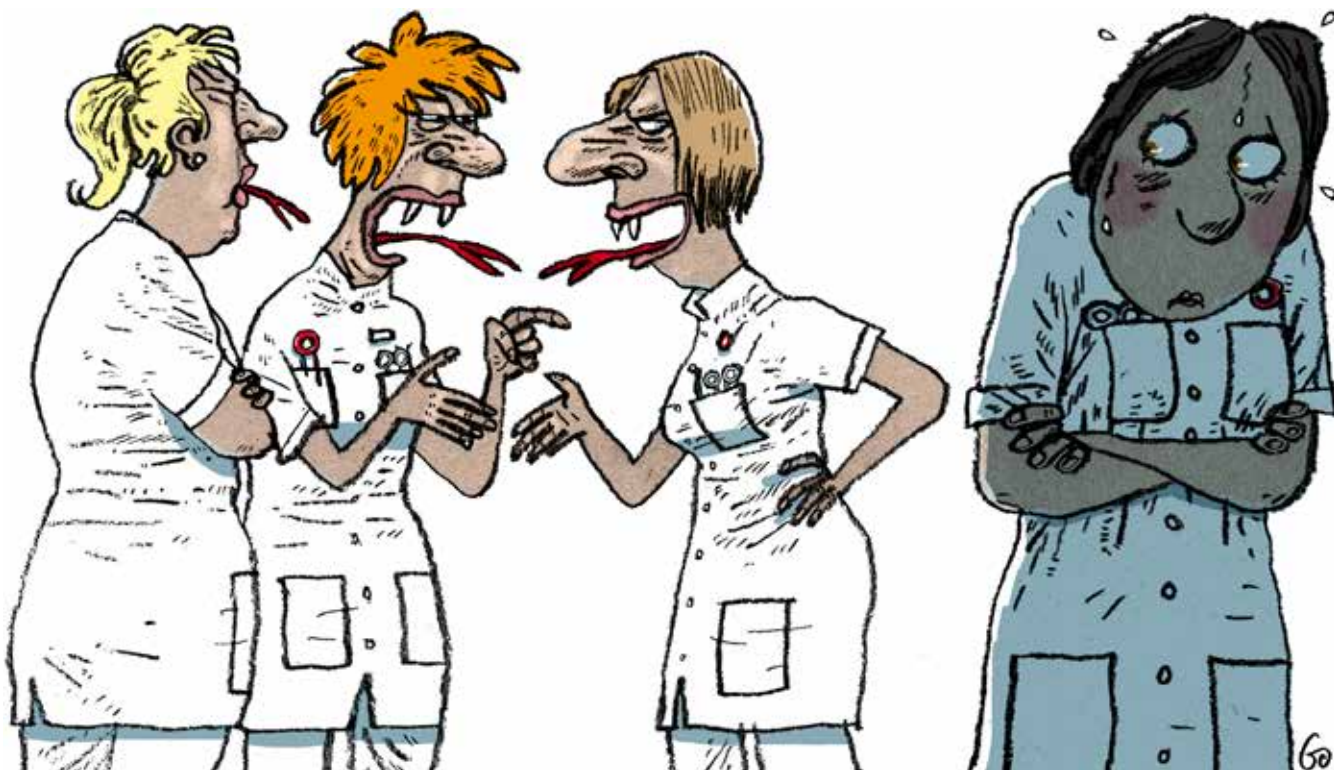
Formanden for Landsforeningen Voksenmobning Nej Tak!, Gitte Strandgaard, er rystet over, at sygeplejerskerne har så dårligt kendskab til deres arbejdspladser mobbepolitik.

"Det siger desværre noget om, at det psykiske arbejdsmiljø ikke bliver prioriteret særlig højt i sundhedssektoren. Mobning er slet ikke et issue, selvom det er veldokumenteret, at mobning er skyld i mange sygedage og langtidssygemeldinger med baggrund i stress," siger Gitte Strandgaard og tilføjer, at arbejdspladserne har pligt til at italesætte evt. samarbejdsproblemer:

"I henhold til Trivselsaftalen 2008 er alle arbejdspladser forpligtet til at have strategier mod vold, mobning og chikane." *Læs tema side 20-29.*



Illustration Gitte Skov



Mobning kan også handle om en hård og indforstået tone i personalegruppens omgangsform, som nye kolleger kan have svært ved at navigere i. Læs tema side 20.

Klinisk sygepleje udpeget som spydspids inden for forskning

Aalborg Universitetshospital har udpeget klinisk sygepleje som ét af de i alt syv områder, som er spydspids for forskning.

I slutningen af november blev klinisk sygepleje udpeget som spydspids for forskning på Aalborg Universitetshospital som ét ud af syv områder. Det vækker stolthed hos lederen af Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, lektor, ph.d., cand.cur., Erik Elgaard Sørensen.

"Vi er særligt stolte af at blive udpeget, fordi vi har formået at få klinisk sygepleje og forskning i klinisk sygepleje i en klasse, som traditionelt set retter sig mod de højt-specialiserede lægefaglige områder. Vi er stolte over at være med til at tegne Aalborg Universitetshospital også fremover," siger Erik Elgaard Sørensen i en presse-

meddelelse fra forskningsenheden på Aalborg Universitetshospital.

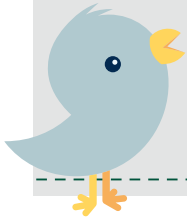
Med udpegningen er klinisk sygepleje blevet placeret i en gruppe, som også omfatter: Nanoknive, Robotkirurgi og Relapsbehandling, Atrieflimren, Center for tarmsvigt, Mobilt Hjerte-Lunge Team og Sexologi. De syv områder udgør Aalborg Universitetshospitals satsningsområder, som hospitalet ønsker at være særligt kendt for.

Læs mere på Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje i Aalborg www.foksy.dk

(sbk)

” Vi skal have en sundhedssektor, der styres af medicinsk-etiske afgørelser og ikke af New Public Management.

Sveriges socialdemokratiske statsminister Stefan Löfven, Ugebrevet A4 fredag den 21. november 2014.

SYGE
PLEJER
SKEN

Mød Sygeplejersken på Facebook og Twitter

På Facebook og Twitter kan du debattere faglige emner.

Vær med på [facebook.com/fagbladetsygeplejersken](https://www.facebook.com/fagbladetsygeplejersken) og [@_sygeplejersken](https://twitter.com/_sygeplejersken)

STUDERENDE I PRAKSIS

Borgeren ønskede ikke at blive genoplivet

Anja Jeberg Nielsen, sygeplejestuderende på modul 14, VIA College i Aarhus

En sygeplejestuderende læser forskellige etiske dilemmaer i sit fagblad, og de giver sammen med en situation fra praksis inspiration til bachelorprojektet.

Når man langt om længe nærmer sig afslutningen på sit studie, begynder tankerne at kredse om det afsluttende bachelorprojekt. Man står over for muligheden for at kunne sætte alle de ting, man har oplevet på skolen, blandt sine medstuderende og tiden i klinikken, i perspektiv.

Jeg har ofte fulgt med i spændende debatter i bladet *Sygeplejersken*, men nogle artikler fangede min interesse ekstra meget. Fra september 2013 og frem til foråret 2014 kunne der læses nogle dilemmaer om "En værdig død på plejehjem" samt "Undgå udsigtsløs behandling", som omhandler genoplivning. Jeg kunne hurtigt mærke, at dette område berørte et etisk dilemma, både for borgerne, sundhedspersonalet og lægerne.

På modul 11 var jeg i klinik i primær sundhedstjeneste på et akut- og rehabiliteringscenter, hvor jeg kom rigtig tæt på en borger, som var på "sit livs sidste rejse", som personen så smukt selv udtrykte det. Vi talte om problematikken omkring genoplivning, og denne borger samt familien havde gjort sig alle de fornødne ting klart vedrørende borgerens forestående død. Det eneste, de dog ikke var klar over, var netop vigtigheden af, at oplysningen omkring fravalg af genoplivning skulle fremgå af borgerens journal, og at dette skulle drøftes med egen læge. Borgeren blev udskrevet til den sidste tid i eget hjem og fik aftalt med egen læge, at denne ville møde op i hjemmet, så der kunne komme styr på dokumentationen, så det tydeligt fremgik, at denne borger ikke ønskede genoplivning.

Jeg fik en personlig tak af borgeren for netop at gøre det klart, at selv om man nogle gange tror, der er styr på alt, så kan selv de vigtigste ting fremstå uklare.

Der er i januar 2014 kommet en ny vejledning vedrørende genoplivning fra Sundhedsstyrelsen, som ledelsen i den enkelte kommunale hjemmesygepleje, på det enkelte plejecenter og



Arkivfoto Scapix

lignende samt i den præhospitale indsats skal sørge for at få implementeret. Det var så her, min spirende nysgerrighed begyndte at vokse til netop at få undersøgt, hvordan den ny instruks bliver fulgt op.

Så nu er det grobunden for mit bachelorprojekt, og jeg glæder mig til at komme i gang med det sidste forløb i et utrolig spændende studie.

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.

INVOKANA® CANAGLILOZIN IS THE **ONLY** SGLT2 INHIBITOR
WITH A **PROVEN SUPERIOR EFFICACY PROFILE**
VS SITAGLIPTIN^{1,2} IN DUAL AND TRIPLE THERAPY*

Invokana®
canagliflozin



**WHAT IF A
DIFFERENT
APPROACH
COULD
CHANGE
THINGS?**



GREATER

HbA1c reduction^{1,2}
(INVOKANA® CANAGLILOZIN
300 mg only[§])



GREATER

body weight reduction^{#1,2}



GREATER

blood pressure reduction^{#1,2}

REFERENCES

1. Lavalle-González FJ et al. Efficacy and safety of canagliflozin compared with placebo and sitagliptin in patients with type 2 diabetes on background metformin monotherapy: a randomised trial. *Diabetologia*. 2013;56(12):2582-92.

2. Schernthaner G, et al. Canagliflozin compared with sitagliptin for patients with type 2 diabetes who do not have adequate glycaemic control with metformin plus sulphonylurea. *Diabetes Care*. 2013;36(9):2508-15.

3. INVOKANA® (canagliflozin) Summary of Product Characteristics. Date: April 2014.

* As add-on to metformin and add-on to metformin and sulphonylurea.
§ The recommended starting dose of canagliflozin is 100 mg once daily³.
INVOKANA® CANAGLILOZIN is not indicated for weight loss.

+ INVOKANA® CANAGLILOZIN is not indicated for the treatment of hypertension.

+ Pre-specified secondary endpoint.

Janssen-Cilag A/S, Hammerbakken 19, DK-3460 Birkerød, Denmark, Tel +45 4594 8282, Fax +45 4594 8283, www.janssenpro.dk

PRODUKTRESUMÉ FINDES PÅ SIDE 13

Janssen-Cilag A/S



Film

11. december

Words and Pictures*Romantisk komediedrama*

Den dedikerede engelsklærer Jack Marcus står over for en række faglige og personlige udfordringer. Herunder bekymringen for sine teenage-elevers besættelse af sociale medier og jagten på de gode karakterer, snarere end kærligheden til det skrevne ord. En dag møder han en overraskende sjæleven i skikkelse af den ellers iskolde Dina Del-santo, en tidligere succesrig abstrakt kunstmaler, der efter at have fået led-degigt har stoppet sin karriere. Hun er skolens nye lærer i billedkunst. Lige fra starten støder de to sammen i provokationer og flirt til gensidig fornøjelse, men også konkurrence mellem deres respektive fagområder.

Vises i Sorø og København



Foto Jean-Michel Huctin, Camera Film

Inuk får et venskab med en lokal jæger, der videregiver sin lærdom til den unge mand.

14. december

Inuk*Eventyrfilm*

Den fransk-grønlandske "Inuk" er skrevet i samarbejde med den franske antropolog Jean-Michel Huctin og er den grønlandske film, der har vundet flest internationale priser nogensinde. Filmen handler om en ung mand, der vokser op i Nuuk hos sin alkoholiske mor og voldelige stedfar. Han drømmer om at danne et rockband, men sendes i stedet i familiepleje i Uummannaq i det vestlige Grønland. 460 kilometer nord for polarcirklen erstattes computerspil og høj musik med hundeslæder, sæl-jagt og storslåede naturscenerier.

Vises i Sorø, Kolding og København

Læs flere informationer og se andre arrangementer på www.dsr.dk/Sygeplejersken/Kulturjournalen. Kalenderen bringes i samarbejde med Kulturnaut.dk. Sygeplejersken tager forbehold for datoændringer, aflysninger mv.

Socialt udsatte vil gerne være sundere

Opsøgende indsats fra sygeplejersker og socialarbejdere betyder forbedret sundhedstilstand, egenomsorg og livskvalitet hos socialt udsatte borgere. Fire kommuner har deltaget i fireårigt sundhedsprojekt blandt hjemløse, misbrugere og psykisk syge.

Tekst **Annette Hagerup**

Udsatte borgere vil gerne være sundere, bare de får en hjælpende hånd.

"Manden på bænken" vil egentlig gerne til tandlægen, han skal bare følges derop.

Med 20 mio. kr. fra satspuljen i bagagen har de fire kommuner Brøndby, Holstebro, Hvidovre og Næstved de seneste fire år lavet en opsøgende indsats blandt hjemløse, misbrugere og psykisk syge borgere. Sygeplejersker og socialarbejdere har etableret særlige sygeklinikker i kommunerne, og de har opsøgt de udsatte borgere i deres eget miljø - såsom på gaden, på væresteder samt i drikkeskure.

Formålet var at undersøge, om en målrettet indsats kunne forbedre borgernes sundhed og livskvalitet.

Anerkend de små skridt

Det er kendt, at socialt udsatte borgere har meget dårligere helbred, markant ringere trivsel og langt kortere levetid end danskerne generelt. De kommer sjældent til lægen eller på hospitalet, og det betyder, at de ikke får gjort noget ved deres helbredsproblemer i tide.

"Man skal være indstillet på, at denne gruppe borgere har svært ved at indgå aftaler. Man er nødt til at træffe aftaler med lægen eller tandlægen på deres vegne og holde dem fast på aftalen. Man skal også huske at anerkende alle de små skridt, de tager i den rigtige retning. De her mennesker har masser af ressourcer, ellers havde de aldrig klaret de liv, de har levet. Det er hele indsatsen værd at se dem vokse, når de får ros," fortalte forebyggende sygeplejerske i Hvidovre Kommune, Mette Gølnitz, da

resultaterne blev præsenteret på et møde hos KORA (Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning).

Indsatsen i de fire kommuner omfattede i alt 710 socialt udsatte. 23 pct. af borgerne var ikke i kontakt med behandlingssystemet i forvejen.

En evaluering af de opsøgende sundhedsindsatser viser, at de samlet set haft en positiv og signifikant virkning på borgernes sundhedstilstand, målt på selvvurderet helbred. De udsatte borgers vurdering af eget helbred har således flyttet sig fra, at de opfatter deres helbred som dårligt, til, at de nærmer sig et nogenlunde helbred.

Evalueringen er gennemført af KORA for Socialstyrelsen i samarbejde med Statens Institut for Folkesundhed.



Foto Scampix

Nej tak til hjælp

Sundhedsvæsenet har fokus på forebyggelse, men kun så længe det enkelte menneskes ret til selvbestemmelse bliver respekteret. Sådan tænker faderen til en syg ung mand efter at have forsøgt at få hjælp igennem en længere periode.

Tekst: **Jette Bagh**

Benjamin er 23 år, og han har tilbragt det meste af et år i sit kælderværelse i familiens hus. Familien, der tæller fem mennesker, er rådvild og bange. Hvorfor vil Benjamin ingenting, er han syg? Hvorfor sidder han indimellem med en kniv i hånden? Er det alvor, når han siger, at det måske var bedre, hvis han var død?

Benjamins far har kontaktet egen læge, psykiatrisk skadestue, kommunen, en praktiserende psykiater, en psykolog. Alle svarer, at Benjamin naturligvis kan få hjælp, men først når han selv er parat, det vil sige, når han selv er motiveret til at opsøge hjælpen.

Benjamins far spørger, om der da ikke er nogen, der kan komme hjem og tale med Benjamin, men svaret er altid, at Benjamin selv skal ønske at blive hjulpet.

Benjamins far finder en artikel om forebyggelse af selvmord. Både symptomer og støttemuligheder er nævnt i artiklen. Symptomerne på selvmordsrisiko passer på Benjamin, og den nødvendige støtte, som en pårørende eller ven kan yde, er til at gå til.

Faderen ringer i desperation til psykiatrisk skadestue, fremlægger situationen og fortæller om artiklen. "Benjamin er velkommen herhenne," svarer en sygeplejerske og fortsætter. "Jeg kender ikke den pågældende artikel, men det er et område, vi prioriterer."

Benjamins far begynder at græde.

Hvad tænker I om Benjamins historie?

Hvad skal Benjamins far gøre?

Bør sundhedsvæsenet være i stand til at hjælpe Benjamin og hans familie, selv om Benjamin ikke synes, der er brug for det?

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

Svar 1. Når patienternes kompetente valg ikke harmonerer med det, vi som klinikere ved, er det fagligt bedste valg, får vi det dårligt. Vi er etisk opdraget, og i dette eksempel er den pårørende af samme opfattelse: at det myndige barns kompetente valg vil være til skade for personen selv. Princippet om "ikke at skade" er et anerkendt bioetisk princip, der kan anvendes som udgangspunkt for etisk refleksion. I dette eksempel vil princippet om ikke at skade udfordre det kompetente valg. Er Benjamin bevidst om, at han er i færd med at skade ikke kun sig selv, men også sin familie? Det kan virke, som om Benjamin er for skrøbelig til at blive overladt til sin egen beslutning. Autonomibegrebet er relationelt. Mennesker fungerer i verden i kraft af hinanden, og derfor er min anbefaling, at Benjamins far skal blive ved med at bede om hjælp. Hvis den indledende påstand om, at klinikere er uddannet etisk, er korrekt, vil der på et tidspunkt være en sundhedsfaglig person, der hører råbet om hjælp.

Af Dorte E.M. Holdgaard, RN, exam.art., SD, MPA, etik- og kvalitetskonsulent, formand for Lokal Klinisk Etisk Komité ved Aalborg Universitetshospital.

Svar 2. Denne problemstilling kan, hvis den fortsætter, få store konsekvenser for en ung mand og hans familie.

Familiens praktiserende læge, som er nøgleperson i vores sundhedsvæsen, skal vurdere og handle, så Benjamin kan få den hjælp, der er behov for. Selvom Benjamin pga. sin tilstand ikke selv formår at bede om hjælp, kunne et besøg af egen læge hos familien være første skridt på vejen til, at Benjamin får en kontakt til psykiatrisk skadestue og forhåbentlig frivillig behandling. Brugen af tvang udgør altid en krænkelse, derfor skal vi professionelle strække os så langt som muligt indenfor lovens rammer, for at behandling kan tilvejebringes uden tvang. Var jeg sygeplejerske i psykiatrisk skadestue, ville jeg bruge tid på at lytte til Benjamins far, give råd og støtte og evt. tage kontakt til den praktiserende læge for at opfordre til et hjemmebesøg.

Af Hanne Reinhold Juul, sygeplejerske, funktionsleder, Psykiatrisk Afdeling Esbjerg - Ribe, Lokalpsykiatri Esbjerg

Læs mere på www.nursing-standard.co.uk september 24: vol 29 no 4:2014. *Suicide: the preventable crisis.*



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.

Raskmeldt sygeplejerske kritiserer ebola-indsats

Sidst i august blev den britiske sygeplejerske William Pooley smittet med ebola under sit arbejde med syge i Sierra Leone. Han blev fløjet hjem til England, hvor han med succes blev behandlet med det eksperimentelle stof ZMapp, og to måneder senere tog han tilbage til Sierra Leone. Han er glad for at have genoptaget det værdifulde arbejde, men er samtidig frustreret over, hvor lidt der er sket, siden han tog af sted. Ebola har i samme tidsrum spredt sig til hovedstaden, og ifølge BBC News kritiserer William Pooley det internationale samfund for at have reageret alt for langsomt.

Seks sygeplejersker dræbt i Kina

Sidst i november gik en psykisk syg mand amok med en kniv i en sovesal på et hjem for veteraner i det nordlige Kina. Han dræbte syv mennesker, heriblandt seks sygeplejersker, skriver Reuters. Myndighedernes tal viser, at voldelige angreb mod sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle i form af tæsk, kidnapninger, verbale overgreb og mord nåede 17.243 sager i 2010. De kinesiske myndigheder har forsøgt at etablere et offentligt sundhedsvæsen med basale ydelser til alle. Men trods stigende udgifter er hospitalerne ofte overfyldte og lønnen dårlig, hvilket medfører korrupsion. Mange kinesere har stadig ikke adgang eller råd til basal pleje og medicin.

Tvangsfodring eller ej?

Må en sygeplejerske nægte at tvangs-fodre sultestrejkende fanger med en sonde gennem næsen, akkurat som en amerikansk sygeplejerske valgte at gøre, da han arbejdede i fangelejren Guantánamo? Nej, mener det amerikanske militær, som derfor vil retsforfølge ham, hvilket kan koste sygeplejersken hans job og pension. Ja, mener den amerikanske fagforening for sygeplejersker, American Nurses Association (ANA) med henvisning til det etiske kodeks for sygeplejersker. ANA opfordrer militæret til at droppe alle sigtelser, skriver The-guardian.com

Sygeplejersker visiterer psykisk syge

Omkring hver tredje patient til Region Hovedstadens Psykiatri visiteres i dag på baggrund af en vurderende samtale med en sygeplejerske. Seks specialtrænede sygeplejersker arbejder i dag i Central Visitationen i Region Hovedstadens Psykiatri.

Tekst **Annette Hagerup**

Når patienten møder op i Central Visitationen (CVI) i Region Hovedstadens Psykiatri, vil det ofte være en sygeplejerske, der gennemfører udredningssamtalen og visiterer patienten videre i behandlingssystemet.

Frem til januar i år var CVI alene en administrativ funktion, hvor speciallæger i psykiatri vurderede de patienter, der var henvist fra f.eks. egen læge eller andre psykiatere.

Men fra januar fik to psykiatriske sygeplejersker som led i et projekt til opgave at gennemføre kliniske visitationer.

Den kliniske funktion i CVI blev fra 1. september udvidet og gjort permanent. Teamet består i dag af seks sygeplejersker og to overlæger.

De seks sygeplejersker er garvede psykiatriske sygeplejersker med mange års klinisk erfaring og viden om psykopatologi og sygdomsklassifikation.

"Historisk set har det været et lægejob at visitere patienter med mistanke om psykisk lidelse. Det kræver en anden tænkning af sygeplejersken, end hun typisk har været vant til. Hun skal nu fokusere meget konkret på symptomer og på baggrund af disse finde frem til en konklusion. Det er en stor udfordring at finde frem til facit, sætte en "etiket" på patienten og sende vedkommende videre til den rette behandling," fortæller lederen af CVI i Region Hovedstadens Psykiatri, Allan Lohmann-Olsen, som selv er uddannet sygeplejerske.

CVI har dels til formål at sikre patienter lige adgang, uanset hvor i regionen de kommer fra, og dels at sikre optimal kapacitetsudnyttelse. Patienterne sendes til det center nærmest bopælen, hvor der er ledig plads indenfor behandlingsgarantiens rammer. Endelig skal CVI fungere som en samlet indgang til den elektive behandling.

Den kliniske visitation i CVI er dimensioneret til at tage hånd om en tredjedel af

henviste patienter i regionen. Pt. bliver 18-20 patienter dagligt vurderet klinisk i CVI, og planen er, at kapaciteten skal op på 30 om dagen. En visitationssamtale tager mellem 45 og 60 minutter.

Resten af patienterne visiteres fortsat administrativt. Der er årligt 18.000-20.000 henvisninger til Region Hovedstadens Psykiatri.

Allan Lohmann-Olsen fortæller, at udeblivelser generelt er et stort problem i psykiatrien. På landsplan udebliver godt 20 pct. af patienterne fra 1. samtale.

Den tendens søger CVI at afhjælpe ved at involvere patienterne, allerede inden de møder op. Alle patienter bliver således kontakket telefonisk og er selv med til at bestemme, hvornår de skal møde til den kliniske visitation. På den måde kan centrene være rimelig sikre på, at de patienter, der visiteres til dem, nu også dukker op.

"Fra et patientsynspunkt er vi fantastisk gode til at ramme rigtigt og visitere dem til den rette behandling. Ifølge den seneste opgørelse rammer vi rigtigt i absolut hovedparten af visitationerne, og dermed undgår patienterne at være kastebolde mellem de forskellige behandlingssteder," siger Allan Lohmann.

Ud af 100 returløb (fejlvisitationer) siden 1. september var kun seks blevet vurderet klinisk i CVI.

Garanti

Regeringen indførte pr. 1. september i år en udrednings- og behandlingsret i psykiatrien på to måneder. Udrednings- og behandlingsretten bliver i 2015 yderligere nedsat til én måned. I Region Hovedstaden har man allerede i praksis sikret, at patienterne er udredt inden for en måned.

▼ Dette lægemiddel er underlagt supplerende overvågning. Dermed kan nye sikkerhedsoplysninger hurtigt tilvejebringes. Læger og sundhedspersonale anmodes om at indberette alle formodede bivirkninger.

INVOKANA (CANAGLIFLOZIN)

Lægemiddelform: Filmovertrukket tablet. **Indikationer:** INVOKANA er indiceret til voksne fra 18 år og ældre med type 2-diabetes mellitus til forbedring af glykæmisk kontrol. Monoterapi til patienter, som ikke bør behandles med metformin pga. intolerans eller kontraindikationer, når der ikke opnås tilstrækkelig glykæmisk kontrol alene med kostomlægning og motion. Tillægsbehandling med andre glukosesænkende lægemidler inklusive insulin, når disse kombineret med diæt og motion ikke er i stand til at kontrollere blodsukkeret. **Dosering:** Anbefalet initialdosis er 100 mg en gang dagligt. Hos patienter, der tåler INVOKANA 100 mg og som har eGFR > 60 ml/min/1,73 m² eller CrCl > 60 ml/min og derfor har behov for skærpet glykæmisk kontrol, kan dosis øges til 300 mg en gang dagligt. Der bør udvises forsigtighed ved øgning af dosis hos patienter i alderen ≥ 75 år, patienter med kendt kardiovaskulær sygdom eller andre patienter, hos hvem den indledende canagliflozin-inducerede diurese udgør en risiko. INVOKANA bør ikke initieres hos patienter med eGFR < 60 ml/min/1,73 m² eller CrCl < 60 ml/min. Hos patienter, der tåler INVOKANA, men hos hvem eGFR falder vedholdende til under 60 ml/min/1,73 m² eller CrCl til under 60 ml/min, bør doseringen af INVOKANA justeres til eller opretholdes på 100 mg en gang dagligt. INVOKANA bør seponeres ved vedvarende eGFR under 45 ml/min/1,73 m² eller vedvarende CrCl under 45 ml/min. INVOKANA bør ikke anvendes til patienter med nyr sygdom i terminalstadiet, patienter i dialyse, patienter med svært nedsat leverfunktion eller hos børn under 18 år.

Kontraindikationer: Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** INVOKANA er ikke undersøgt hos patienter med type 1-diabetes og kan derfor ikke anbefales til denne patientgruppe. INVOKANA bør ikke anvendes til behandling af diabetisk ketoacidose, da det ikke ville opnå virkning under disse omstændigheder. INVOKANA's virkning afhænger af nyrefunktionen, og virkningen er reduceret hos patienter, som har moderat nedsat nyrefunktion, mens det formentlig ikke virker hos patienter med svært nedsat nyrefunktion. Pga. INVOKANA's virkningsmekanisme, som øger udskillelse af glucose i urin, inducerer INVOKANA osmotisk diurese, hvilket kan reducere det intravaskulære volumen og sænke blodtrykket. Forsigtighed tilrådes hos patienter, hos hvem et blodtryksfald udløst af INVOKANA kunne være risikabelt. Patienterne bør opfordres til at indberette symptomer på volumendeplettering. INVOKANA bør ikke anvendes til patienter i behandling med loop-diuretika, eller som er volumendepletterede fx pga. akut sygdom. Hos patienter, der får volumendeplettering underbehandling med INVOKANA, kan behandlingen mildtidsrettet afbrydes, indtil dette er korrigeret. Ved afbrydning af behandlingen bør hyppigere glucosekontrol overvejes. Forsigtighed tilrådes hos patienter med forhøjet hæmatokrit. Tabletter indeholder lactose, bør derfor ikke anvendes til patienter med anelig galactosintolerans, arveditært lactasemangel eller glucose/galactose malabsorption. **Interaktion med andre lægemidler og andre former for interaktion:** INVOKANA kan forstærke virkningen af diuretika samt øge risikoen for dehydrering og

hypotension. Insulin og β -cellestimulerende midler såsom sulfonylurinstoffer kan medføre hypoglykæmi. Det kan derfor være nødvendigt at give en lavere dosis af insulinet eller det β -cellestimulerende middel for at reducere risikoen for hypoglykæmi ved anvendelse i kombination med INVOKANA. Enzyminduktorer kan give anledning til nedsat eksponering for INVOKANA. Efter samtidig administration af INVOKANA og rifampicin blev der observeret fald i systemisk eksponering for INVOKANA, hvilket kan nedsætte lægemidlets virkning. Colestyramin kan muligvis reducere eksponeringen for INVOKANA. INVOKANA's farmakokinetik påvirkes ikke af metformin, hydrachlorthiazid, orale kontraktiva, ciclosporin eller probenecid. Patienter, der tager digoxin eller andre hjerteglykosider skal have passende monitorering. **Graviditet og amning:** INVOKANA bør ikke anvendes under graviditeten. Ved påvisning af graviditet bør INVOKANA seponeres. Det er ukendt om INVOKANA og/eller dets metabolitter udskilles i human mælk. En risiko for nyfødte/spædbørn kan ikke udelukkes. INVOKANA må ikke anvendes under amning. **Virkning på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner:** INVOKANA påvirker ikke eller kun i ubetydelig grad evnen til at føre motorkøretøj og betjene maskiner. **Bivirkninger:** Nedenstående sikkerhedsdata afspejler eksponeringen for INVOKANA i 9 forsøg med 10.285 patienter. Meget almindelig (≥1/10): Hypoglykæmi i kombination med insulin eller et sulfonylurinstof, vulvovaginal candidiasis. Almindelige bivirkninger (≥ 1/100 til < 1/10): Obstipation, tørst, kvalme, polyuri eller pollakiuri, urivejsinfektion, balanitis eller balanopostitis, dyslipidæmi, forhøjet hæmatokrit. Ikke almindelige bivirkninger (≥1/1000 til < 1/100): Dehydrering, postural svimmelhed, synkope, hypotension, ortostatisk hypotension, udslæt, urticaria, knoglebrud, forhøjet blodkreatinin, forhøjet urat i blodet, forhøjet kalium i blodet, forhøjet fosfat i blodet. **Overdosering:** Generelt var enkelt-doser på op til 1600 mg INVOKANA hos raske forsøgspersoner og INVOKANA 300 mg to gange dagligt i 12 uger hos patienter med type 2-diabetes veltolereret. I tilfælde af overdosering er det fornuftigt at anvende sædvanlig understøttende behandling og fx fjerne ikke absorberet materiale fra mave-tarm-kanalen, anvende klinisk monitorering og iværksætte kliniske foranstaltninger efter behov. Under 4 timers hæmodialyse blev INVOKANA kun fjernet i et ubetydeligt omfang. INVOKANA foranstaltninger ikke at kunne fjernes med peritonealdialyse. **Pakninger og priser (AUP 27.10.2014): INVOKANA tabletter 100 mg, 30 stk. (VNR 547129): kr. 539,85; tabletter 100 mg, 90 stk. (VNR 129010): kr. 1.426,55. INVOKANA tabletter 300 mg, 30 stk. (VNR 135362): kr. 709,70; Udleveringsgruppe B. Produktinformationen er forkortet i forhold til produktresumé godkendt af Det Europæiske Lægemiddelagentur (EMA) den 25. maj 2014. Produktresumet kan vederlagsfrit rekvireres fra Janssen-Cilag A/S, Hammerbakken 19, 3460 Birkerød, Tlf 45948282, Fax 45948283, www.janssen-cilag.dk. Yderligere information om dette lægemiddel er tilgængelig på EMA's hjemmeside <http://www.emea.europa.eu/>. Dagsaktuelle priser kan ses på www.medicinpriser.dk.**

Præparat	Januvia (Sitagliptin) filmovertrukne tabletter ATC-kode A10BH01	Metformin "Aurobindo" (metforminhydrochlorid) filmovertrukne tabletter ATC - kode A10BA02
Indikation	Til voksne patienter med type 2-diabetes mellitus. Januvia er indiceret til at forbedre den glykæmiske kontrol: • Som monoterapi hos patienter, der ikke er tilstrækkeligt kontrolleret ved diæt og motion, og når metformin ikke er hensigtsmæssig pga. kontraindikationer eller intolerance. • Som dual oral behandling sammen med metformin, sulfonylurinstof eller glitazon, når tilstrækkelig glykæmisk kontrol ikke har kunnet opnås med disse i monoterapi sammen med kostregulering, motion og vægttab. • Som tribel oral behandling sammen med metformin og sulfonylurinstof eller metformin og glitazon, når tilstrækkelig glykæmisk kontrol ikke har kunnet opnås med disse i kombinationsbehandling sammen med kostregulering, motion og vægttab. Januvia er også indiceret som tillægsbehandling til insulin (med eller uden metformin), når diæt og motion plus stabil dosering af insulin ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol.	Behandling af type 2-diabetes mellitus, især hos overvægtige patienter, når diætstyring og motion alene ikke resulterer i tilstrækkelig glykæmisk kontrol. Hos voksne kan Metformin "Aurobindo" anvendes som monoterapi eller i kombination med andre orale antidiabetiske midler eller med insulin. Hos børn fra 10 år og unge, kan metformin "Aurobindo" filmovertrukne tabletter anvendes som monoterapi eller i kombination med insulin. En reduktion i diabetiske komplikationer er blevet vist hos voksne overvægtige type 2-diabetiske patienter behandlet med metforminhydrochlorid som førstevælgende behandling efter diætsvigt.
Kontraindikation	Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne.	• Overfølsomhed overfor metforminhydrochlorid eller et eller flere af hjælpestofferne • Diabetisk ketoacidose, diabetisk prækoma • Nyrsvigt eller renal dysfunktion • Akutte tilstande, hvor nyrefunktionen kan påvirkes, såsom dehydrering – Svær infektion – shock • Akut eller kronisk lidelse, som kan medføre vævshypoxi, såsom – Hjerter- eller respirationsvigt – Nyligt myokardieinfarkt – Shock Leverinsufficiens, akut alkoholforgiftning, alkoholisme
Dosering	Dosis af Januvia er 100 mg en gang dagligt. Til patienter med moderat nyreinsufficiens er dosis 50 mg Januvia en gang dagligt. Til patienter med svær nyreinsufficiens er dosis 25 mg Januvia en gang dagligt. Dosisjustering ikke nødvendig til patienter med let til moderat leverinsufficiens samt på basis af alder.	VOKSNE: <i>Monoterapi og kombination med andre orale antidiabetiske midler:</i> Den sædvanlige startdosis er 500-850 mg metforminhydrochlorid 2-3 gange daglig under eller efter et måltid. Efter 10 til 15 dage bør dosis justeres på baggrund af blodsuktermålinger. En langsom øgning af dosis kan forbedre den gastrointestinale tolerance. <i>Kombination med insulin:</i> Metforminhydrochlorid og insulin kan anvendes som kombinationsbehandling for at opnå bedre kontrol med blodsukkeret. Metforminhydrochlorid gives i den sædvanlige startdosis på 500 mg-850 mg 2-3 gange daglig, mens insulinindoseringen justeres på baggrund af blodsuktermålinger. BØRN: <i>Monoterapi og kombination med insulin:</i> Metformin "Aurobindo" filmovertrukne tabletter kan bruges til børn fra 10 år og unge. Den normale startdosis er 500 mg eller 850 mg metforminhydrochlorid dagligt i forbindelse med eller efter et måltid. Efter 10 til 15 dage bør dosis justeres på baggrund af resultater fra blodsuktermålinger. En langsom øgning af dosis kan øge den gastrointestinale tolerance. Den maksimale anbefalede dosis metforminhydrochlorid er 2 gram dagligt fordelt på 2-3 doser.
Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:	Januvia bør ikke anvendes til patienter med type 1-diabetes eller til behandling af diabetisk ketoacidose.	• Laktacidose er en sjælden, men alvorlig metabolisk komplikation, der kan forekomme pga. ophobning af metforminhydrochlorid. Læger bør advare patienter om risikoen samt symptomer på laktacidose. Metforminhydrochlorid skal seponeres inden administration af jodholdigt kontrastmiddel ved radiologiske undersøgelser og 48 timer før elektive operationer med fuld- eller spinal eller peridural anæstesi.
Interaktioner med andre lægemidler og andre former for interaktion:	Kliniske data tyder på at risikoen er lav for interaktioner af klinisk betydning mellem lægemidler, der administreres samtidigt med Januvia. Sitagliptin havde en lille effekt på digoxinkoncentrationen i plasma. Der anbefales ingen dosisjustering af digoxin. Patienter, der har risiko for digoxinforgiftning, bør dog monitoreres for dette, når sitagliptin og digoxin administreres samtidigt.	Samtidig brug frarådes med alkohol pga. øget risiko for laktacidose ved akut alkoholforgiftning. Forsigtighed ved anvendelse sammen med lægemidler med hyperglykæmisk virkning, diuretika og ACE-hæmmere.
Bivirkninger:	Meget almindelig: Hypoglykæmi Almindelig: Influenzalignende symptomer, øvre luftvejsinfektion, nasopharyngitis, hovedpine, kvalme, flatulens, osteoarthritis, perifere ødemer, fald i blodglucose Ikke almindelig: døsigthed, svimmelhed, diarré, tør mund, obstipation, øvre abdominalsmerter Frekvens ikke kendt: overfølsomhedsreaktioner herunder anafylaktiske reaktioner, interstitiel lungesygdom, opkastning, akut pankreatitis, letal og ikke-letal hæmoragisk og nekrotiserende pankreatitis, angioedem, udslæt, urticaria, kutan vaskulitis, eksfoliative hudsygdomme herunder Stevens-Johnsons syndrom, ekstremitetssmerter, artralgi, myalgia, rygmsmerter, nedsat nyrefunktion, akut nyrsvigt	Meget almindelig: gastrointestinale lidelser såsom kvalme, opkastning, diarré, mavesmerter, appetitløshed Almindelig: smagsforstyrrelser Meget sjælden: laktacidose, isolerede tilfælde af unormale resultater i leverfunktionstests eller hepatitis, hudreaktioner som f.eks. erythem, pruritus og nældefeber
Hyp-pighederne er som følger:	Meget almindelig: (≥1/10); almindelig: (≥1/100 til <1/10); ikke almindelig: (≥1/1000 til <1/100); sjælden: (≥1/10.000 til <1/1000); meget sjælden (<1/10.000), ikke kendt (kan ikke estimeres ud fra forhåndsværende data).	
Pakninger og priser	Januvia 25 mg, 56 stk. filmovertrukne tabletter (blister): ESP 784,35 kr. Januvia 25 mg, 98 stk. filmovertrukne tabletter (blister): ESP 1426,75 kr. Januvia 50 mg, 56 stk. filmovertrukne tabletter (blister): ESP 784,35 kr. Januvia 50 mg, 98 stk. filmovertrukne tabletter (blister): ESP 1426,75 kr. Januvia 100 mg, 28 stk. filmovertrukne tabletter (blister): ESP 435,70 kr. Januvia 100 mg, 98 stk. filmovertrukne tabletter (blister): ESP 1426,75 kr. Udlevering B Tilskud: Generelt tilskud Produktinformationen er forkortet i forhold til produktresumé godkendt af Det Europæiske Lægemiddelagentur (EMA) den 23. juli 2014. Information om dette lægemiddel er tilgængelig på EMA's hjemmeside http://www.emea.europa.eu/ .	Metformin "Aurobindo" 500 mg, 100 stk. filmovertrukne tabletter (blister): ESP 30,80 kr. Metformin "Aurobindo" 850 mg, 100 stk. filmovertrukne tabletter (blister): ESP 37,30 kr. Metformin "AUrobindo" 1000 mg, 60 stk. filmovertrukne tabletter (blister): ESP 46,40 kr. Udlevering: B Tilskud: Generelt tilskud Produktinformationen er forkortet i forhold til produktresumé godkendt af Lægemiddelstyrelsen den 15. august 2014. Information om dette lægemiddel er tilgængelig på Lægemiddelstyrelsens hjemmeside http://www.produtkresume.dk/ .

PRODUKTRESUMÉ FOR ANNONCE SIDE 9

Janssen-Cilag A/S





Otte skrivelystne sygeplejersker er sprunget ud som bloggere

På Sygeplejersken.dk kan du lige nu læse otte meget forskellige blogs, hvor sygeplejersker skriver om alt fra refleksioner over praksis til oplevelser i fjerne egne. Her er et par udpluk.

"Læs! Læs så meget, du orker, og vælg dine tekster med omhu. Godt sprog og gode formuleringer giver afsmitning til dit eget sprog." Sådan lyder et af de skriveråd, som cand.cur., ph.d. og lektor Bente Martinsen giver på sin blog "Navnlig Sygepleje". Hendes blog handler om alt, som har relation til sygepleje, uddannelse og forskning.

"Livet er andet en 12-taller", skriver sygeplejestuderende Maya Lützhøft, som blogger om den sunde balance i kroppen. Her fortæller hun bl.a. om eksamensangst og perfektionisme, som ikke må tage overhånd. To andre sygeplejestuderende, Frederikke Marie Sørensen og Betina Spurr, blogger om hhv. at være i klinik i Kina og mere bredt om de tanker, man kan gøre sig som studerende.

Herudover har to sundhedsplejersker, Regina Kanta og Jeanette Vetterstein, hver deres blog, hvor de skriver om at arbejde og bo i London, mens sygeplejerske Lene Kjærhaug Christiansen skriver om hverdagslivet på et akut apopleksi-afsnit i Aalborg.

Følg med og læs, hvad Sygeplejerskens bloggere skriver på Sygeplejersken.dk > Blogs

” Vi har oplevet et stigende arbejdspress, vi har ikke kunnet rekruttere, og vi er blevet pålagt vagter både på fridage og som overarbejde. Samtidig har man de seneste måneder, når man er på vagt efter klokken 17 - som normalt er til for de akutte patienter - også opereret planlagte patienter, så de akutte bliver skudt til sent om aftenen. Og for det får jeg 25.000 kroner brutto i månedsløn - inklusive aften- og nattillæg. For syv et halvt års uddannelse.

Uffe W. Knudsen, sygeplejerske involveret i den afsluttede strejke på Roskilde og Køge Sygehuse til sn.dk den 25. november.

Tilmeld dig faglige nyheder

Få nyheder fra *Sygeplejersken* direkte i din indbakke. Du tilmelder dig ved at gå ind på sygeplejersken.dk og klik på "Abonnér på nyheder fra Sygeplejersken.dk" under nyhedsspalten.



På vagt juleaften kan være den største julegave

Nogle vil gøre meget for at bytte vagt. Andre melder sig gerne frivilligt. Julevagten har gennem årene været et tilbagevendende tema i Sygeplejersken.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen**



Arkivfoto Dansk Sygeplejehistorisk Museum

Billedet stammer fra et ukendt sygehus, hvor sygeplejerske og børn beundrer juletræet i ca. 1960.



Arkivfoto Søren Svendsen

Tanja Irlind fotograferet i 2012, hvor personalet til ære for fotografen viste lidt af deres julepynt frem, som ellers hænger på personaletoiellet.

Dengang

"At skabe en juleaften for mennesker, som måske har modvilje mod at skulle fejre jul på et hospital, er et stort ansvar at lægge på en sygeplejerskes spinkle skuldre." Sådan skriver fire elever fra Københavns Amts Centralsygeplejerskole, som i 1960 tilbragte deres første juleaften på hospitalet.

"Det kan være svært at få de trætte øjne til at smile, men når de sidste lys pustes ud om aftenen, puderne rettes til hvile for natten, og det sidste godnat så ledsages af et stille "tak", så føler man, at man trods alt har slået til. Og det at skulle være i vagt juleaften forekommer pludselig ikke så trist, som man troede, måske netop sådan en vagt er den største julegave." Sådan lyder den opløftende konklusion fra de fire elever i Tidsskrift for Sygeplejersker i 1960.

Et par numre senere slår en anden sygeplejeelev dog skår i juleglæden med denne kommentar til juleartiklen:

"Ude hos os finder vi juleartiklen forfærdelig. Det ser ud, som om eleverne virkelig har været lykkelige for at være på afdelingen juleaften, det er der ingen af mine kammerater, der ville bryde sig om. Vi kunne nok tænke os at være der om eftermiddagen, men er det ikke forståeligt, vi hellere vil hjem til vore egne den aften?"

Nu

Sygeplejerske Tanja Irlind har arbejdet ni år på Intensiv Terapiklinik på Rigshospitalet og har haft julevagten hvert år - bortset fra sidste år, hvor hun var på barsel. I år skal hun på vagt julenat.

"Jeg kan godt lide at have julevagten, og vi ansatte gør meget ud af at hygge os med hinanden og de pårørende, som vælger at være her juleaften. Vi spiser i to hold, så vi kan spise sammen, og vi har traditioner som f.eks. pakkeleg," fortæller Tanja Irlind.

Allerede i slutningen af november begynder markeringen af jul på Rigshospitalet. Fire juletræer bliver sat op på taget foruden et stort træ foran hovedindgangen. Forhallen bliver pyntet, og centralkøkkenet bager brunkager og klejner. I løbet af december er der arrangementer som korsang, julemusik og oplæsning.

På Intensiv Terapiklinik på Rigshospitalet står personalet for at pynte op til jul. Et sted bliver der gjort ekstra meget ud af dekorationen, nemlig på personaletoiellet, som en julenisse sørger for at overpynte, så det ifølge Tanja Irlind ligner Hr. og Fru Sands Stue fra De Nattergales tv-serie "The Julekalender".

Der er dog en ting, der fremover kan afholde Tanja Irlind fra at melde sig til julevagten fremover.

"Nu har jeg jo fået et barn, så næste år kan det godt være, at jeg vil synes, at det er hyggeligere at blive hjemme."



Leder du efter en artikel fra Sygeplejersken?

Gå ind på Sygeplejersken.dk og søg på en titel eller et emne. Over 7.000 artikler med fagligt indhold fra 1997 til i dag

er kategoriseret med årgang, bladnummer, sidetal, forfatternavne, artikeltype og emneord, så det er lettere at finde

det, man søger. Sygeplejersken.dk er sygeplejerskers videnbank til litteratur om sygepleje.



Hvad sker der med Det Fælles Medicinkort?

Det Fælles Medicinkort anvendes indtil videre på 56 pct. af landets sygehuse, men hvad er det egentlig, og hvilken betydning har det for dig som sygeplejerske?

Tekst **Vinni Yang Søgaard**

Selvom det hedder Det Fælles Medicinkort, er det ikke et kort. Det er en database med information om alle danskerses medicinbrug.

"Vi kunne også have kaldt det noget andet. Dengang vi fandt på det i 2008-9, virkede Det Fælles Medicinkort rigtigt, men det kunne lige så godt være endt med Den Fælles Medicinliste eller Den Fælles Medicinoversigt," fortæller Birgitte Drewes, der er ansvarlig for udviklingen af Det Fælles Medicinkort.

Idéen med Det Fælles Medicinkort er, at man kan se al den medicin, en patient får ordineret og udleveret i ét overblik.

Et hurtigt overblik

Det Fælles Medicinkort skal give dig, din patient og andet relevant sundhedspersonale adgang til at se, hvilken medicin patienten er i behandling med, herunder patientens recepter fra de seneste to år, og hvilken medicin der er blevet udleveret fra apoteket.

"Det giver et hurtigt overblik, sådan at alle har adgang

til den samme information," fortæller Birgitte Drewes.

Hver gang sundhedspersonale opdaterer en patients medicin-journal i Det Fælles Medicinkort, vil informationen blive opdateret centralt, så alt relevant personale kan se, hvad der for nylig er blevet ordineret.

"For at det skal virke optimalt, skal alle bruge det. Så kan hjemmesygeplejersken hurtigt se, hvad lægen har ordineret dagen før," fortæller Birgitte Drewes.

Desuden skal Det Fælles Medicinkort mindske risikoen for fejlmedicinering, da alt relevant sundhedspersonale her kan se, hvad patienten får af medicin.

Mangel på oplæring

Men selv om Det Fælles Medicinkort er sat i verden for at hjælpe og spare tid for sundhedspersonalet, har der været kritik, der peger på det modsatte.

Det Fælles Medicinkort har været igennem mediemøllen flere gange pga. opstartsproblemer. Senest har det fået kritik af Rigsrevisionen for, at sundhedspersonalet ikke i tilstrækkelig

grad har fået oplæring i anvendelsen af deres lokale systemer. Derfor tager det for lang tid for personalet at anvende Det Fælles Medicinkort. Til det svarer Birgitte Drewes:

"Introduktionen af det Fælles Medicinkort stiller store krav til den lokale implementering i f.eks. kommunerne. Der er med succes gennemført kommunale pilotprojekter, og vi ved, at der bliver gjort en meget stor indsats for at sikre brugervenlighed og uddannelse. Vi er i tæt dialog med kommunerne og kan se, at der bliver gjort en stor

indsats for at håndtere udfordringerne på en god måde."

De kan få adgang

På nuværende tidspunkt kan følgende faggrupper få adgang til Det Fælles Medicinkort:

- Læger og tandlæger
- Sygeplejersker, sundhedsplejersker, social- og sundhedsassistenter og jordemødre
- Medhjælp til ovenstående (registreres på www.fmk-online.dk)

Kilde: www.ssi.dk



Intensivt, Internat med mulighed for fordybelse og stresshåndtering

Mindfulness Baseret Kognitiv Terapi

Mindfulness træner (MBCT), trin 1 og 2 forår 2015
Eller har du bare lyst til, for din egen skyld, at lære mindfulness ?
(Trinene kan tages uafhængigt af hinanden)

Kognitiv Center Fyn udbyder for 12. år kurser i Mindfulness baseret kognitiv terapi / stressreduktion med psykologerne Lene Iversen og Peter Hørslev Rasmussen for psykologer, læger og tværfagligt sundhedspersonale.

Trin 1 At lære metoden og bruge den på sig selv.

Trin 2 At lære at træne/ lave kurser for andre – for deltagere, der har erfaring med Mindfulness Meditation svarende til Trin 1.

For yderligere oplysninger og tilmeldingsprocedure: se www.kognitivcenterfyn.dk eller kontakt sekr. Yvonne Wintcentsen, 5124 0450 onsdag og fredag kl. 9-13 eller yw@kognitivcenterfyn.dk

Hvordan får sundhedspersonale adgang til Det Fælles Medicinkort?

Som sundhedsfaglig får man adgang gennem eget it-system, som har integration til Det Fælles Medicinkort eller via www.fmk-online.dk, www.sundhed.dk eller www.medicin-it.dk

For at få adgang til Det Fælles Medicinkort skal man benytte sin digitale medarbejdersignatur. På den måde kan National Sundheds-it og borgeren selv sikre og kontrollere, hvem der har haft adgang til en bestemt borgers medicinkort.

Medarbejdersignaturen skal indeholde medarbejderens navn og cpr-nummer.

Kilde: www.ssi.dk & Birgitte Drewes.

I klemme i det digitale Danmark

Fra den 1. november er alle danskere overgået til at modtage digital post fra det offentlige, og det kan have store konsekvenser for nogle borgeres og patienters sundhed. På Indvandrermedicinsk klinik i Odense oplever sygeplejersker, at patienter og deres børn kommer i klemme.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen** • Illustration **iStock**

Indvandrermedicinsk Klinik på Odense Universitetshospital er et af de steder i sundhedsvæsenet, hvor man nu oplever nogle af konsekvenserne ved overgangen til det digitale Danmark.

"Forleden var der en mand herinde for at høre, om hans hustru havde fået en tid. De kunne ikke modtage digital post, og han var bange for, at de gik glip af noget. En anden patient kom for nylig og bad om hjælp for at blive fritaget for digital post," fortæller sygeplejerske på Indvandrermedicinsk klinik, Arndis Svabo, som har mange af den slags oplevelser.

Odense Kommune har siden den 1. april 2014 været forsøgskommune i indførelsen af obligatorisk digital post fra det offentlige, mens resten af landet først er blevet omfattet fra den 1. november. Indvandrermedicinsk klinik, som ligger i Odense, har derfor allerede mærket nogle af konsekvenserne af it-udfordringen.

"Man kan få udskudt fristen for at overgå til digital post i to år, men det kræver, at man går ned på Borgerser-

vice og skriver under. Mange af vores patienter er traumatiserede udlændinge, hvoraf nogle har sprogproblemer, nogle mangler it-færdigheder og udstyr, og nogle er analfabeter. Ofte er det deres børn, som må hjælpe dem med at finde ud af den digitale post, og det er et alt for stort ansvar at lægge over på børnene," siger Arndis Svabo, som sammen med sin kollega, sygeplejerske Ngoc Nguyen, har opfordret SYGEPLEJERSKEN til at bringe emnet op, fordi de savner fokus på problemet.

"Selv om man får de svage borgere over på digital post, er den hellige grav ikke vel forvaret, for hvad så når man har en dårlig økonomi, og computeren er gået i stykker, og telefonen er blevet væk," siger Arndis Svabo.

Hjælp til at få udskudt fristen

Indvandrermedicinsk Klinik har henvendt sig til Odense Kommune og fået tilladelse til, at de patienter, som ikke er parat til at modtage digital post, kan få

hjælp af personale på Indvandrermedicinsk Klinik til at få udskudt fristen for digital post.

"Vi har fået tilladelse til, at patienterne kan skrive under her og få udskudt fristen. Det er jo bare ikke nok, for vi ser kun en lille del af dem, som har behovet. Nogen er nødt til at sikre, at der bliver taget hånd om alle de skrøbelige mennesker, som ikke er i stand til det," siger Arndis Svabo.

Ofte kræver hospitalsafdelinger, at patienterne har et skema med i udfyldt stand, når de møder til undersøgelse.

"Mange af vores patienter har hverken computer eller printer, så det krav kan de ikke opfylde," siger Ngoc Nguyen. Sammen med Arndis Svabo opfordrer hun læger og sygeplejersker til at være opmærksomme på de svage borgere.

"Hvis patienten ikke møder op, så kan det skyldes, at de ikke har fået den digitale post. På hospitalsafdelinger skal man have fokus på, at man ikke afslutter patienter uden at kende årsagen til, at de ikke kom," siger Arndis Svabo.



Mobning foregår ikke kun i skolegården

Ved du nok om mobning på jobbet?



**Test din viden på
forebyggmobning.dk**

På forebyggmobning.dk kan du finde:

- 9 anbefalinger til en handlingsplan
- Gode eksempler og værktøjer
- Forskningsbaseret viden

Sygeplejersker bliver også mobbet

Hvad gør man, hvis man oplever, at en kollega eller leder bliver mobbet på arbejdspladsen? Hver tredje sygeplejerske har været vidne til mobning, viser en ny undersøgelse. Og vidnerne har et ansvar og kan være med til at afbøde mobningen, hedder det i ny kampagne rettet mod sundhedssektoren.

Tekst **Annette Hagerup**
Illustration **Mikkel Henssel**





Vidner kan stoppe mobning

Ny kampagne sætter for første gang fokus på vidnernes rolle i mobning på arbejdspladsen. Nye tal fra Dansk Sygeplejeråd viser, at 11 pct. af sygeplejerskerne har været udsat for mobning indenfor det seneste år.

Tekst **Annette Hagerup** • Illustration **Mikkel Henssel**

”Der er faktisk ikke nogen her på afdelingen, der kan lide dig ...”

Sådan, lige i ansigtet.

Man fryser lidt, når man oplever, hvordan den nye afdelingssygeplejerske bliver mobbet i filmen ”Vagtplanen”.

Det er svært at ryste ubehaget af sig.

Konflikten er klassisk: De gamle medarbejdere rotter sig sammen mod den nye.

Personalet skal aflevere ferieønsker, og alle kan ikke få deres ønsker om ferie i børnenes skoleferie opfyldt. Den nyansatte afdelingssygeplejerske Camilla har fået den utaknemmelige opgave at lægge sommerens vagtplan.

Enkelte af sygeplejerskerne har lyst til at gribe ind og forsvare Camilla. Men de tøver og holder sig tilbage. Det er åbenlyst, at de ikke tør komme hende til undsætning overfor den magtfulde klike anført af den ældre sygeplejerske, der blev forbigået, da afdelingen skulle have ny afdelingssygeplejerske.

Camillas kolleger er ikke de eneste vidner til mobning. Helt nye tal fra Dansk Sygeplejeråd viser, at hver tredje sygeplejerske har været vidne til mobning på arbejdspladsen indenfor det seneste år. 11 pct. har selv været udsat for mobning i den samme periode.

Ny indsats mod mobning

Filmene Vagtplanen er et led i BrancheArbejdsmiljørådet Social & Sundheds nyeste indsats mod mobning på arbejdspladsen. Indsatsen har fået titlen ”Grib ind – godt kollegaskab uden mobning”. Den fokuse-

rer for første gang på vidnernes rolle.

Lise Keller, arbejds- og organisationspsykolog hos BrancheArbejdsmiljørådet

fortæller, at man i tidligere kampagner/indsatser har koncentreret sig mest om mobberne og ”ofrene”, de mobbede. Det er

Det gode vidne

Som den eneste danske forsker har Charlotte Bloch, lektor på Sociologisk Institut ved Københavns Universitet, undersøgt vidners rolle, når kollegaer mobber hinanden. Hun mener, at vidnernes reaktioner er nøglen til at bremse de ødelæggende drillerier:

”Vidnerne er et vigtigt redskab til at undgå udvikling af mobning, fordi de er den tredjepart, der kan gå ind og løfte en konflikt ud af den personlige krig og arbejde med de modsætninger, der udløste konflikten,” fortæller hun i pjecen ”Fri for mobning – om mobning og forebyggelse på arbejdspladsen”.

Charlotte Bloch opdeler vidner til mobning i tre grupper, der reagerer forskelligt på den chikane, de ser.

- Den første gruppe føler medlidenhed med deres udstødte kollega. De reagerer ofte med indignation og handler på det, de ser, f.eks. ved at tale med offeret eller bryde ind i mobningen.
- Den anden gruppe betragter offeret som en afviger, der er dårlig til sit job, doven eller socialt ved siden af. De vælger at lægge afstand f.eks. ved at bagtale eller ignorere offeret.
- Den sidste gruppe, pendlerne, svinger mellem sympati for offeret og solidaritet med mobberen.

”Det giver sig selv, at de medfølede vidner ”kan være aktive kræfter i forhold til en mere konstruktiv håndtering,” siger Charlotte Bloch.

Svært at gribe ind

Charlotte Bloch fandt dog også, at flere forhold kan bremse vidner i at gribe ind.

”Jo flere vidner, der er, jo lavere er sandsynligheden for, at de griber ind, fordi de er bange for at handle forkert, når alle andre er passive,” forklarer hun med henvisning til den såkaldte bystander-effekt som én årsag til, at vidner tøver med at handle, når de ser et overgreb. Andre vidner oplever, at intervention rammer offeret som en boomerang: Den velmenende indgriben udstiller netop offeret som svagt og ude af stand til at skabe respekt om sin person. Endelig kan et offer simpelthen opbruge sin kvote for kollegaernes sympati:

”Det var klart i mit materiale, at vidnerne satte en grænse for, hvor meget medfølelse de ville give ud fra en etikette, der siger, at man skal være værdig til sympatien.”

Kilde: ”Fri for mobning” er titlen på et nyt inspirationshæfte fra BrancheArbejdsmiljørådet Social & Sundhed. Hæftet henvender sig til ledere, arbejdsmiljøgrupper og MED-udvalg, som gerne vil vide mere om mobning på arbejdspladsen og inspireres til, hvordan man kan forebygge mobning ved at skabe et godt arbejdsmiljø.



første gang, man sætter massivt fokus på vidnerne og deres ansvar for, om en situation udvikler sig til mobning:

”Selvom arbejdsgiverne har det åbenlyse ansvar for arbejdsmiljøet på en arbejdsplads som f.eks. en hospitalsafdeling, så har den menige medarbejder et medansvar og indflydelse på de situationer, der risikerer at ende i mobning. De fleste af os kender godt grænsen, hvis vi skal være helt ærlige. Det kan måske føles lidt frydefuldt at viderebringe uskyldig sladder. Men det kan hurtigt udvikle sig, så der opstår myter. F.eks. om ”dem” på den anden afdeling, og det kan være skadeligt både for den enkelte, for omgangstonen og for samarbejdet.”

Formålet med vores kampagne er at vise, at mobberne ikke nødvendigvis er onde mennesker. Vi kan alle ende som mobbere, medmobbere eller som den, der bliver mobbet.

”Det er situationen, der skaber mobningen. Og vidnerne kan skubbe på – bevidst eller ubevidst,” fortæller Lise Keller.

Det er typisk to situationer, der kan udvikle sig til mobning. Den ene er uløste konflikter, og den anden er, når nogen gør noget anderledes.

”Vi ved, at det gør stor forskel for mobbeofre, at de får støtte fra deres kolleger. Vi vil gerne appellere til, at man gør en ekstra indsats for at forebygge mobning og støtte op om ofrene, hvis situationen alligevel skulle opstå,” siger Lise Keller.

Hun peger på, at der er jobfunktioner, der er mere udsatte end andre. F.eks.

må ledere ofte træffe ubehagelige beslutninger, og det kan bringe dem i risikozonen.

”Vi har en høj lighedskultur i Danmark, og det er på mange måder positivt, men

det betyder også, at man helst ikke skal skille sig for meget ud. Og gør man det alligevel, kan man let blive et mobbeoffer,” fortæller Lise Keller.

De seks vidnetyper

Kampagnen Grib ind – godt kollegaskab uden mobning er blevet til i samarbejde med de to erhvervspsykologer Eva Gemzø Mikkelsen og Tine Ravn Holmegaard fra konsulentfirmaet CRECEA. Materialet bygger bl.a. på australske og engelske forskningsresultater om mobning og er tilpasset danske forhold.

I den danske version har man valgt at fokusere på seks typer af vidner.

De seks vidnetyper er:

- Kuglestøberen
- Sympatisøren
- Forsvareren
- Mægleren
- Den passive
- Assistenten.

De her seks typer er ikke karakteriseret ved nogen bestemte personlighedstyper. Afhængigt af situationen og kulturen på arbejdspladsen kan vi alle havne som vidner til mobning, fortæller Eva Gemzø Mikkelsen. Mobning er en social proces, der involverer både mobbere, mobbede og vidner. Nogle allierer sig med mobberen, mange er passive, og andre søger at mægle. Man er aldrig kun den ene eller den anden type vidne.

Ifølge Eva Gemzø Mikkelsen bunder meget mobning i konflikter. Måske fordi ▶

Reaktioner på mobning

Symptomer på længerevarende og systematisk mobning kan ligne de reaktioner, som mennesker, der har været ude for voldtægt, overfald og katastrofer, oplever. For mange får mobningen også indflydelse på privatlivet. De mister selvværdet og isolerer sig, fordi de tvivler på, at andre har lyst til at være sammen med dem.

Hyppige symptomer i forbindelse med mobning er:

- Angst
- Depression
- Nedsat selvværd
- Problemer med koncentration og hukommelse
- Øget forbrug af alkohol
- Kronisk træthed
- Søvnforstyrrelser
- Hovedpine
- Maveproblemer
- Forhøjet blodtryk
- Selvmordstanker

Kilde: stopmobning.dk

- en nyansat har overskredet afdelingens uskrevne regler. Måske har den nyansatte sygeplejerske bragt nogle rutiner med sig fra sin gamle arbejdsplads, som man ikke er vant til det nye sted. Men mange sager om mobning kunne undgås, hvis vidnerne var mere aktive i forsøget på at løse konflikterne f.eks. ved at snakke med parterne.

”Man kan jo spørge sig selv, hvad man selv gør, hvis man er vidne til negativ social adfærd? Hvis man f.eks. observerer nogle af sine kolleger have et skænderi? Griber man ind og spørger, hvad de har gang i? Eller står man på sidelinjen, krummer tæer og lader som ingenting? Én af de ting, der afholder folk fra at gribe ind, er frygten for repressalier. De er bange for, at de selv bliver den næste, der mobbes,” siger Eva Gemzøe Mikkelsen og fortsætter:

”Med redskabet vil vi gerne sætte fokus på vidnernes afgørende rolle i forebyggelsen af mobning. Hensigten er, at man på den enkelte afdeling taler risikosituationerne igennem, så hver medarbejder og leder bliver bevidste om deres egen adfærd og ansvar,” fortæller Eva Gemzøe Mikkelsen.

Hun anfører, at det klart er ledelsens ansvar at få prioriteret det psykiske arbejdsmiljø, at undgå rolleklarheder og sikre trivsel. Men at, når det er sagt, så er hele social- og sundhedsområdet et højrisikoområde for mobning. Det er et stressfyldt arbejdsfelt med høj intensitet og med høje følelsesmæssige krav. Per-

sonalet står dagligt i situationer, hvor de skal håndtere alvorligt syge, tilskadekomne og dødsfald.

”Har man så samtidig megatravlt, er der risiko for, at man ikke får taget risikosituationer i opløbet. Særlig slemt bliver det, hvis man ikke har en kultur, hvor man taler åbent sammen.”

Kampagnen er foreløbig afprøvet på ni arbejdspladser og evalueret. Bl.a. på intensivafdelingen på Hvidovre Hospital. Værktøjet er bygget op om to filmklip ”Vagtplanen” og ”Arbejdsmyren” og de seks vidnetyper, som man kan diskutere ud fra klippene. Materialet og et mødekit kan fås gratis på www.etsundtarbejdsliv.dk

Fem forslag til at forebygge mobning

1. Hav en synlig ledelse, som gør det klart, at mobning ikke tolereres på arbejdspladsen.
2. Formulér fælles og velkendte normer og værdier på arbejdspladsen.
3. Udarbejd en politik mod mobning, gerne som en del af personalepolitikken.
4. Hav en plan for, hvad der konkret skal gøres, hvis der opstår mobning på arbejdspladsen.
5. Sørg for grundig introduktion til nye medarbejdere.

Læs mere om metoder til at forebygge og håndtere mobning på www.stopmobning.dk

Sådan oplever offeret mobning

Ofrenes oplevelse er et centralt aspekt i mobning. Det er derfor uden betydning, om handlingerne er udtryk for ubetænksomhed eller et decideret ønske om at krænke offeret. Det betyder dog noget for ofrenes oplevelse af mobningen, om der er tale om ond vilje eller ej.

Kilde: Arbejdstilsynet.

DE 6 VIDNETYPER

Illustration **Mikkel Henssel**

Kilde: www.arbejdsmiljøweb.dk



KUGLESTØBEREN

Vidnet, der igangsætter

Starter mobbebehandlinger; igangsætter, skaber situationen.



FORSVAREREN

Vidnet, der forsvarer

Tager parti og forsvarer den mobbede.



SYMPATISØREN

Vidnet, der sympatiserer

Identificerer sig med den mobbede; tilbyder trøst og støtte i enerum.



MÆGLEREN

Vidnet, der griber ind

Går mellem parterne. Prøver aktivt at stoppe mobningen i situationen eller involverer sig efter situationen ved at snakke med parterne individuelt for at forhindre en ny optræning.



DEN PASSIVE

Vidnet, der fralægger sig ansvar

Går væk eller tillader ved sin tavshed mobberen at fortsætte. Gør ingenting, selvom han/hun har mulighed for at gribe ind.



ASSISTENTEN

Vidnet, der samarbejder

Deltager aktivt, hjælper mobberen.

Mobbefrit hospital

Bispebjerg Hospital indførte sin egen mobbepolitik for otte år siden på baggrund af en dårlig trivselsundersøgelse. I dag har man helt faste procedurer i tilfælde af mobning.

Tekst **Annette Hagerup** • Illustration **Mikkel Henssel**

Bispebjerg Hospital besluttede allerede tilbage i 2006 at tage livtag med mobningen og gøre Bispebjerg til et mobbefrit hospital.

Det skete på baggrund af en trivselsundersøgelse, som tre år tidligere havde afsløret en mere omfattende mobning blandt personalet, end man havde haft fantasi til at forestille sig. 12 pct. svarede, at de havde været udsat for mobning indenfor det seneste år.

"I 2003 var vi meget chokerede over, at sådan noget kunne foregå her hos os, hvor vi arbejdede med mennesker og måtte for-

Hvad er mobning?

Ifølge Arbejdstilsynet er der tale om mobning, når en person regelmæssigt og over længere tid - eller gentagne gange på grov vis - udsætter en anden person for krænkende handlinger, som vedkommende opfatter som sårende eller nedværdigende. Der er først tale om mobning, når den person, som det går ud over, ikke er i stand til at forsvare sig effektivt.

Arbejdstilsynet skelner mellem to former for mobning:

Rovmobning er, når ofrene ikke har gjort noget, som kan fremkalde "mobbernes" adfærd. Også seksuel chikane kan være et eksempel på rovmobning.

Konfliktmobning er resultatet af en uløst konflikt mellem to eller flere parter på arbejdspladsen, hvor en konflikt over tid mere og mere kommer til at handle om parterne som personer frem for om konfliktens oprindelige indhold.

Kilde: Arbejdstilsynet.

modes at have empati og forståelse for vores omgivelser," fortæller arbejdsmiljø- og organisationsudviklingschef på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Karin Kell Nielsen. Siden 2003 har Bispebjerg Hospital gennemført trivselsundersøgelser hvert tredje år.

"Tidligere havde arbejdsmiljø mest handlet om røg, støj og møg. Nu fik man et erklæret mål om at blive en attraktiv arbejdsplads. Man kan godt tale om lidt af et paradigmeskift med en øget interesse for medarbejdernes fysiske og psykiske helbred," fortæller psykolog Jytte Kruckow. Hun blev ansat som arbejdsmiljøkonsulent i Bispebjerg Hospitals nyetablerede arbejdsmiljøsekretariat i 2006 som led i den udvidede indsats mod mobning.

Ifølge Jytte Kruckow har den øgede bevidsthed på mobning generelt gjort det lettere for medarbejdere og ledere på Bispebjerg Hospital at tale om problemet:

"Vi har højest seks-syv henvendelser til arbejdsmiljøteamet på et år og det på en arbejdsplads med 4.500 ansatte, hvoraf mere end halvdelen er sygeplejersker."

Alle ansatte har mulighed for at henvende sig anonymt i Udviklingsafdelingen, hvis de ønsker at tale om en mobbeepisode eller -problematik.

Ledere bliver også mobbet

"Mennesker, der føler sig mobbede, skal opleve, at deres problemer bliver taget alvorligt, og at der bliver handlet på dem. Ellers trækker de sig og ender måske med at forlade arbejdspladsen, uden at nogen nogensinde får at vide hvorfor," siger ar-

bejdsmiljø- og organisationsudviklingschef Karin Kell Nielsen.

Det er hendes erfaring, at det ikke kun er de menige medarbejdere, der risikerer at blive udsat for mobning. Lederne bliver også mobbet. Medarbejderne kan udøve et hårdt pres opad og f.eks. nægte at påtage sig nye opgaver eller udføre arbejdet på en bestemt måde.

Det kan dog indimellem være svært at definere, hvem der er den krænkede, og hvem der er krænkeren.

Mobning kan ikke altid placeres på bestemte personer, fortæller Karin Kell Nielsen. Det handler ofte om en bestemt dynamik, der ligger i afdelingens kultur. Selvom man søger at identificere mobberen og måske i ekstreme tilfælde må skride til afskedigelser pga. samarbejdsvanskeligheder, så sker det ikke sjældent, at mobbekulturen består og lever videre.

"Mobning kan også handle om en bestemt omgangsform i personalegruppen. Måske har medarbejderne gradvist over flere år udviklet en uheldig måde at kommunikere på. Der kan f.eks. være en hård tone eller en bestemt jargon, som ikke alle bryder sig om. For nye kolleger kan det være svært at navigere i et miljø med et indforstået sprog, og de kan føle, de bliver holdt udenfor, selvom det måske ikke er tilsigtet."

Karin Kell Nielsen understreger, at det altid er ledelsens opgave at sætte grænser og signalere, at mobning er aldeles uacceptabelt.

"Her på hospitalet har vi ledelseskvalitet som indsatsområde. Der må ikke være



uklarhed om rollefordelingen. Medarbejderne skal have tillid til, at de kan komme til ledelsen, hvis de har problemer.”

Klarhed om signalerne

Indsatsen mod mobning på Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler består i dag af faste seminarer for ledelse, AMIR og TR. Seminarerne a halvanden dags varighed afholdes en til to gange om året, og formålet er at klæde nøglepersoner på til at forebygge mobning, bl.a. ved at være opmærksom på signalerne.

”Hvis vi får melding om, at nogen mobbes, henvender vi os i første omgang til lederen i den/det pågældende afdeling/afsnit – selvfølgelig med medarbejderens accept. Herefter er det væsentligt at inddrage AMIR og TR i det videre arbejde.

Én vej frem kan være at indkalde hele afsnittet til et halvdagsseminar, hvor vi tager en generel snak om fænomenet og om årsagerne til, at mobning opstår. Som udgangspunkt er både den mobbede/krænkede og mobber/mobbere anonyme,” fortæller Jytte Kruchow.

”Alle er som regel klar over, at der er et problem i afdelingen, selvom det måske ikke tidligere er blevet italesat. For de fleste opleves det som en lettelse at få sat ord på deres følelser omkring de ting, der foregår blandt og mellem kollegerne. I løbet af sådan en seance bliver det altid krystalklart, at alle er enige om, at mobning ikke er i orden, samt at det kan være belastende at være vidne til.”

Efter seminaret får deltagerne udleveret et telefonnummer, hvis de har brug for at tale med en arbejdsmiljøkonsulent.

I tilfælde af en konflikt mellem en leder og en medarbejder tager arbejdsmiljøkonsulenterne altid kontakt til ledelsesleddet over. Det vil sige til lederens overordnede. Vedkommende får så til opgave at sætte parterne sammen og høre deres vurdering af sagen.

”Formålet er at få skabt en dialog mellem de involverede, så vi kan få trådene redt ud. Dét, som en medarbejder opfatter som mobning, var måske slet ikke tænkt sådan fra lederens side.

En nyansat, urutineret sekretær kan f.eks. blive krænket over røde streger i sit manuskript. Hun føler, afdelingssygeplejersken er efter hende og behandler hende som et skolebarn i femte klasse.

Når vi så taler med afdelingssygeplejersken, forklarer hun, at rettelserne alene var ment som en håndsrækning,” fortæller Jytte Kruckow.

Den seneste trivselsundersøgelse på Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler fra 2014 viser, at antallet af mobbeofre er faldet. Fra de 12 pct. i 2003 oplyser kun 9 pct. nu, at de er blevet mobbet.

”Vi ser det som et tegn på, at vores indsats har båret frugt, men vi skal fortsætte med at holde fast i vores forebyggende indsats. Vi har en ambition om at få et 100 pct. mobbefrit hospital, men mobning kan nok aldrig helt undgås. Vi skal hele tiden arbejde på at forebygge mobning, og vi har heldigvis fået en kultur, hvor man tør tale åbent om emnet,” siger arbejdsmiljø- og organisationsudviklingschef Karin Kell Nielsen.

10 gode råd til kollegerne

1. Vær særlig opmærksomme på mobning, når der etableres nye teams eller selvstyrede grupper på arbejdspladsen.
2. Sørg for tid og plads til oplæring og samarbejde. En ny gruppe får sommetider ”behov” for at finde sig en ”syndebuk”, hvis tingene ikke helt kører efter planen.
3. Det er vigtigt, at man oplever, at man hører til i en gruppe. Sørg for god introduktion til nye kollegaer.
4. Glem ikke hinanden, selv om der er travlt.
5. Tænk over, hvordan I kan bruge og hjælpe hinanden.
6. Giv hinanden feedback og anerkendelse. Ris og ros.
7. Lær hinandens ressourcer og stærke sider at kende.
8. Løft i flok. Uanset faglig baggrund er alle nødvendige for at kunne udføre arbejdsopgaverne.
9. Gensidig tillid er en nødvendighed. En god start er selv at vise den.
10. Husk, at det er menneskeligt at fejle. Det gælder også for dine kollegaer.

Kilde: www.arbejdsmiljoweb.dk

Livet er for kort til et giftigt arbejdsmiljø

Et halvt år. Det var alt, sygeplejerske Sara Olsen magtede på en afdeling fuld af bagtalelser, dårligt arbejdsklima og en konfliktsky ledelse. Hun føler, hun blev mobbet ud af sit job.

Tekst **Annette Hagerup** • Illustration **Mikkel Henssel**

”Man melder sig altså ikke syg, når man kun har været ansat i 14 dage,” siger afdelingssygeplejersken med et smæk med tungen. Samtidig ruller hun med øjnene og sender de andre et sigende blik.

Dagvagterne er mødt ind, og der bliver holdt morgenmøde med nattevagterne, som skal rapportere om nattens gang.

Midt på opslagstavlen hænger en seddel med rød skrift: XX er syg.

Sara Olsen, 30 år, starter 1. januar i år på en børneafdeling på et stort hospital i Region Hovedstaden. Hun er uddannet fra Professionshøjskolen Metropol i København i 2012 og vender fyldt af gåpåmod tilbage fra barselsorlov til sit nye job på børneafdelingen.

Hun har tidligere arbejdet på en obstetrisk afdeling og er blevet glad for det samspil mellem familiedannelse og pædiatri, som specialet omfatter. Hun ved, hun vil videre i pædiatrien.

Hun begynder på børneafdelingen sammen med en lidt ældre sygeplejerske, som har mange års erfaring fra den kommunale sygepleje. Det er denne kollega, som er så uheldig at redde sig en alvorlig infektion, få uger efter at de to er startet på afdelingen.

Sara Olsen finder hurtigt ud af, at det ikke er populært at lægge sig syg på sin nye arbejdsplads.

”Det var kendt, at man fik skældud, hvis man var så uheldig at få afdelings-sygeplejersken i røret, når man ringede og meldte sig syg om morgenen. Var man nu sikker på, at man var rigtig syg? Var der f.eks. temperaturforhøjelse? Man kunne jo lige ligge i sengen og tænke

over, hvilken belastning det var for ens kolleger, at man ikke mødte på arbejde,” fortæller hun.

Stort personaleflow

Allerede under ansættelsessamtalen undrer Sara sig over, at hele 10 af afdelingens sygeplejersker har sagt op indenfor de foregående tre måneder.



”Jeg får den forklaring, at det store personaleflow skyldes et sammentræk af omstændigheder. Bl.a. skal nogen flytte og andre videreuddanne sig. Det er ikke noget, der ellers kendetegner afdelingen,” fortæller Sara Olsen.

Selv holder hun kun til at være på afdelingen i lidt over et halvt år.

”Der er generelt meget negativ non-verbal kommunikation på afdelingen. Man kritiserer ikke hinanden åbenlyst, men tilkendegiver med sit kropssprog, at der er noget eller nogen, man er utilfreds med.”

Men det er især to faste nattevagter, der gør arbejdet surt for de nyansatte, fortæller Sara.

”Den ene er af den gammeldags skole, sådan lidt kæft, trit og retning. Man skal ikke stille så mange spørgsmål, bare fatte tingene første gang. Jeg har adskillige gange oplevet hende råbe kolleger lige ind i hovedet, hvis hun syntes, de var for langsomme i opfattelsen.”

”Til mig siger hun: ”Du må jo være dum, når du ikke kan se, at barnet har en virusinfektion,” fortæller Sara Olsen og tilføjer, at der på det tidspunkt ikke forelå nogen blodprøvesvar, og at barnet lå i afdelingen til almen observation.”

Ledelse reagerer ikke

Som person vil Sara Olsen beskrive sig selv som psykisk robust og ligefrem. Hun siger, hvad hun mener. Hun har også styr på sin viden og sin faglighed.

”Jeg er normalt ikke typen, der går grædende hjem fra jobbet. Men jeg kan godt blive paf, hvis et andet voksent menneske, kalder mig dum. Det er utroligt grænseoverskridende, når man oplever at blive råbt ad.

Hvis man ikke er i stand til at sige fra, men vender det indad, så risikerer man at blive syg af sådan en opførsel fra en kollegas side.”

Både Sara Olsen og flere af kollegerne konfronterer flere gange ledelsen med problemerne i nattevagten. Men ledelsen reagerer ikke.

”De siger en masse fine ord, men de bliver ikke fulgt op af handling.”

Sara Olsen føler sig også mobbet eller underløbet af en yngre, ansvarshavende nattevagt.

”Det er den ansvarshavende, vi skal gå til, hvis vi er i tvivl om noget. En nat står jeg alene med et mindre barn med akut astma. Forældrene er med på stuen. Drengen er dårlig, og jeg synes, jeg har behov for hjælp. Jeg er i tvivl om, hvilken slags ilttilskud, jeg skal give. Da nattevagten dukker op, spørger han: ”Hvad har du selv tænkt dig at gøre?” Jeg siger, at jeg har tænkt mig at starte med et nasalkate-ter og se, hvordan drengen responderer på det. Og den plan, siger han OK til.”

Pludselig bliver drengen dårligere, og der må tilkaldes en læge. Det hele ender med, at drengen får en iltmaske med 10 l ilt, og han bliver hurtigt bedre.

Da dagvagterne møder ind om morgenen, giver personalet rutinemæssigt rapport. Bagefter siger den ansvarshavende nattevagt til afdelingssygeplejersken, at han lige vil tale med Sara Olsen.

Det tænker hun ikke nærmere over, før hun efter sin hviledag bliver kaldt ind på afdelingssygeplejerskens kontor. Her bliver hun bedt om at redegøre for episoden med drengen og iltmasken.

”Det går op for mig, at den ansvarshavende nattevagt, jeg var i vagt med, har fortalt, at han fra starten har anbefalet, at drengen fik en iltmaske. Men at jeg havde nægtet at gøre det. Han har fortalt, at det var min skyld, at drengen var blevet dårlig og måtte have lægehjælp. Og det hele skyldtes, at jeg havde nægtet at lytte til ham. Ledelsen ville nu indberette episoden som en utilsigtet hændelse,” fortæller hun.

Hun er chokeret, men vil ikke finde sig i den behandling.

”Heldigvis er barnet stadig indlagt og forældrene stadig på stuen. Jeg beder min afdelingssygeplejerske gå med mig ind på stuen, og heldigvis bekræfter forældrene min forklaring.”

Sara Olsen får en undskyldning af sin leder, som lover at tage fat i nattevagten.

Men intet sker.

Hotline

Det danske ord mobning er afledt af det engelske ord ”mob”, der betegner en gruppe mennesker, som i fællesskab udøver hærværk eller går til angreb på et offer.

Arbejdstilsynet har etableret en hotline, man kan ringe til, hvis man er udsat for mobning eller vidne til det på arbejdspladsen.

Nummeret er **7012 1288**. Tast 3 for hotlinen. Telefonen er åben mandag til fredag kl. 8-15.

Et giftigt miljø

Det er også på en nattevagt, at Sara Olsen hører, hvordan kollegerne bliver bagtalt i medicinrummet. Den ansvarshavende nattevagt omtaler fem af hendes kolleger ved navn én efter én og påpeger, hvor dårlige sygeplejersker de er. De er dumme og til fare for børnene.

Sara Olsen banker på døren og spørger, hvornår turen mon kommer til hende?

”Dig kan vi godt lide, så du bliver ikke bagtalt,” lyder svaret.

Men bagtalelserne gør miljøet giftigt. Man ved ikke, hvem man kan stole på,

føler Sara Olsen. Hun er ansat i seks måneder, og i løbet af de seks måneder siger seks sygeplejersker op. Den ene af dem er hende selv.

”Min afdelingssygeplejerske bliver meget forbløffet. Hun ved, jeg er glad for specialialet. Jeg fortæller hende, at jeg bliver syg af at arbejde i så giftigt et miljø, hvor jeg aldrig ved, hvornår det er mig, der bliver bagtalt. Jeg får ondt i maven, hovedpine og kvalme. Jeg bliver en sur mor og en hæsleg kone. Og selvom jeg ved, at jeg er en dygtig sygeplejerske, er jeg på den korte tid, jeg har været i afdelingen, begyndt at tvivle på mine egne kompetencer.”

Sara Olsen vælger at sige op den sidste dag i juni. Hun bliver tilbudt en ekstra måned på afdelingen, inden hun skal starte på et nyt job på en børneafdeling på et andet hospital. Men hun vælger at gå en måned uden løn.

I tilbageblik synes Sara Olsen, at ledelsen har svigtet. Hun er flere gange gået til sine ledere. Men de har været berøringsangste og valgte hver gang at sidde klagerne overhørig.

”Holdningen var bare, at den slags måtte personalet selv håndtere indbyrdes,” siger hun og tilføjer:

”Der vil altid være nogle kolleger, man svinger bedre med end andre, men man skal da behandle dem med respekt alligevel. Jeg kommer aldrig til at forstå, hvad jeg gjorde galt, siden jeg skulle behandles på den måde. Jeg gjorde ikke andet end at være ny i afdelingen.”

Sara Olsen er et opdigtet navn. Hendes rigtige navn er redaktionen bekendt.





Mobil sygepleje under uroligheder i Kairo

Tekst og foto **Alfredo Durante**

Kvindernes situation i Egypten blev forværret under det Muslimske Broderskab og præsident Mursi, som sad på magten frem til begyndelsen af juli sidste år. Der var bl.a. flere alvorlige seksuelle overgreb mod kvindelige aktivister på Tahrir-pladsen i hovedstaden Kairo. Sygeplejerske Sayda el Saied (yderst til venstre) og hendes kolleger havde sat et telt op udstyret med det mest elementære for at tilbyde førstehjælp, hvis det skulle blive nødvendigt under demonstrationerne på Tahrir-pladsen. "Det er ikke første gang, jeg arbejder frivilligt som sygeplejerske på Tahrir-pladsen. På toårsmarkeringen for revolutionen den 25. januar var jeg her også, da 20 kvindelige aktivister blev voldtaget og seksuelt forulempet," fortæller Sayda el Saied. Ifølge internationale kilder bliver kvinder i Egypten og i særdeleshed Kairo stadig udsat for seksuelle krænkelser hver dag i offentligt rum.

Er det medicin, du er påvirket af?

Sygeplejersken Anne var misbruger af medicin i næsten 35 år, men der var aldrig nogen, der direkte konfronterede hende med misbruget. Læs hendes historie og eksperternes råd til, hvad du kan gøre som kollega til en potentiel misbruger.

Tekst **Vinni Yang Søgaard** • Foto **Nils Lund Pedersen**

Der var kollegaer, der spurgte hende: ”Er du okay? Jeg er bekymret for dig.”

De viste omsorg, og måske har nogen endda haft mistanke til misbruget. Men man skulle spørge Anne direkte, ellers ville svaret bare være: ”Jeg er træt og stresset.”

Den lyshårede sygeplejerske sidder på kontoret sammen med sin behandler. Hun er nervøs, for der er kun to mennesker i verden, der ved, at hun har et misbrug. Hendes bedste veninde, som hun ikke ser mere af samme grund, og hendes behandler, Ingela Vest fra Svendborg Behandlingscenter.

”Hun er den person, der har betydet mest for mig,” siger Anne og holder en lille pause, mens hun kigger over på Ingela Vest.

Sygeplejersken har mødt Anne på Ingela Vests kontor, hvor de normalt har samtaleterapi. Anne sidder med krydsede ben. Så skifter hun til at have begge ben på jorden. Så skifter hun tilbage igen.

”Jeg føler mig mest tryk, hvis jeg kan sidde i den stol,” siger hun og griner lidt af sig selv, da hun beder om at bytte plads med journalisten, så hun kan sidde på sin sædvanlige plads ved lommeværkstederne.

”Altså. Det er ikke sådan, at jeg tuder, hver gang jeg snakker med Ingela, men det sker da,” siger hun, mens hun finder sig til rette.

Spørg direkte

Anne har haft et medicinmisbrug hele sit voksenliv, og hun kunne hurtigt afvise eventuelle spørgsmål fra kollegaer, der kunne mærke, at hun opførte sig anderledes:

”Man bliver nødt til at spørge mig direkte, om jeg er påvirket. Ellers kan jeg være meget overbevisende,” fortæller hun.

Hendes behandler Ingela Vest overtager nikkende:

”Det er vigtigt at gøre op med tabuet. Man kan spørge uden at anklage: ”Er det medicin, du er påvirket af?”

”Det ville være meget grænseoverskridende for mig, hvis nogen spurgte mig om det,” siger Anne straks.

Men Ingela Vest forklarer, at det handler om at åbne én dør ad gangen. For det, hun oplever som misbrugsbehandler, er, at det

er det eneste spørgsmål, som faktisk aldrig bliver stillet.

”Man skal være vedholdende og blive ved med at spørge. Man kan sige noget i retning af: ”Vi ved, at der er mange, der har et misbrug. Hvad tænker du om det?” Eller ”Du har opført dig anderledes på det sidste. Hvad handler det om?” Der må meget gerne være fokus på adfærden i spørgsmålet.”

Fik lyserød pille som barn

Misbruget kommer ikke fra fremmede. Annes mor arbejdede indenfor sundhedsvæsenet, og hun gav hende en lyserød pille, når hun var ked af det, allerede fra hun var 13 år.

”Da min far døde, fik jeg også en pille. Min mor brød sig ikke om store følelser, og så troede hun, at hun hjalp mig,” fortæller Anne og forklarer, at hendes mor på samme måde havde givet piller til faren, indtil han døde af sygdom.

Igennem gymnasiet blev Anne forsynet med piller og startede et misbrug med især slankepiller.

”Det eneste tidspunkt i mit voksenliv, hvor jeg ikke har været afhængig af medicin, var, da jeg studerede til sygeplejerske,” fortæller den ambitiøse kvinde, der sluttede med et gennemsnit på 11,5 på den gamle 13-skala.

Svarende til en overdosis

Da pillemisbruget var på sit allerhøjeste, drak Anne Efedrin, spiste 8-10 sovepiller, 10 benzodiazapin og 5-6 Oxynorm.

”Man opbygger en tolerance med tiden, men hvis det var en person, der ikke var vant til al den medicin, kunne det godt

Tegn på misbrug

Nogle af tegnene på misbrug ligner almindelige stress-symptomer. Der findes ingen sikre metoder til at afgøre, om din kollega er misbruger, men du kan bruge disse punkter til at orientere dig om tegn på, at din kollega kan være misbruger.

- Hvis din kollega ikke laver sit arbejde ordentligt.
- Hvis det ikke virker, som om din kollega trives.
- Hvis din kollega møder ind på arbejde på fridage. Det kan være med undskyldninger som: ”Åh, jeg glemte lige min trøje.” Hvis det sker systematisk, kan det være for at hente mere medicin til eget misbrug.
- Hvis din kollega har meget sygefravær.
- Hvis din kollega fortæller fantastiske historier om fraværet. Er det f.eks. tredje gang, mormor døde?
- Hvis din kollega drikker særlig meget til fester.

Kilde: Marianne Gunst-Møller.

Anne og Ingela Vest har en gang imellem brug for frisk luft, når de snakker om svære emner.

Så bliver lommeørklæderne og kaffen taget med ud på altanen.

Hvis du mistænker din kollega for at være misbruger, så tag en snak

- Tal med vedkommende om, hvordan han eller hun trives.
- Luft din bekymring vedrørende misbruget.
- Vær skarp på, hvorfor du er bekymret, og vær opmærksom på, præcis hvilke sygedage der har været, eller hvilke fridage din kollega er dukket uanmeldt op på arbejde.
- Hvis du har hørt rygter fra en anden kollega, så tag den anden kollega med til samtalen, så det ikke er andenhånds- eller tredjehåndsførtællinger, du konfronterer personen med.

Kilde: Marianne Gunst-Møller.

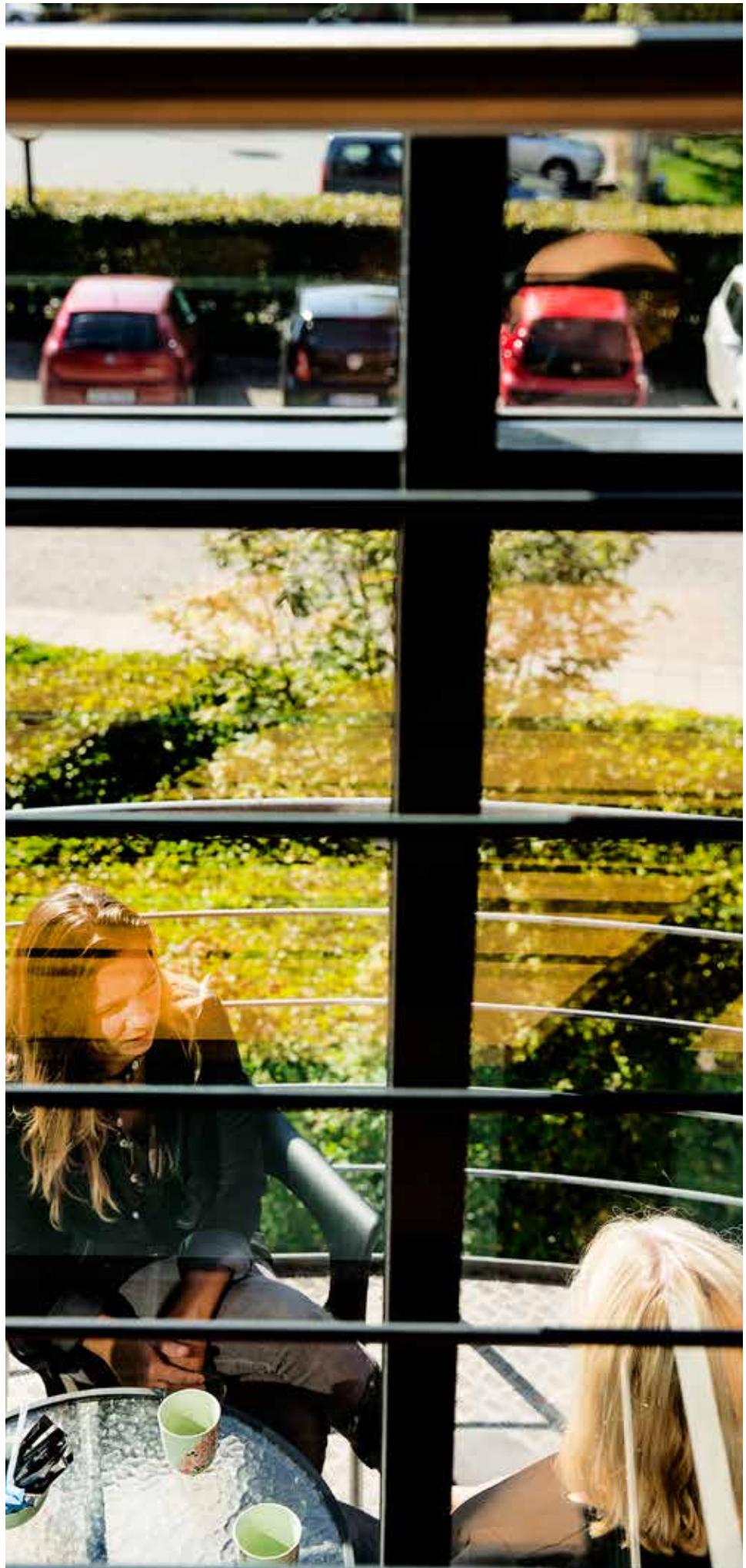
svare til en overdosis. Det ville være bevidsthedssvækkende og i værste tilfælde respirationssvækkende,” forklarer hun.

Bivirkningerne kom langsomt listende og gik ikke ubemærket hen på arbejdspladsen. Anne kunne falde i søvn under frokosten, glemme, hvor hun var, eller miste evnen til at finde de rigtige ord. Det blev så voldsomt, at hun blev nødt til at gå til lægen.

”Jeg fik diagnoser på flere seriøse sygdomme, og det var egentlig bare gaver til mig. Så kunne jeg bortforklare alt det, der skete, og få flere piller igennem egen læge,” fortæller hun.

Snor sig igennem kontrollen

I foråret 2010 var der en kollega, der syntes, Annes opførsel virkede mistænkelig, og meldte hende til embedslægen. Selv her blev ordet misbrug aldrig sagt højt. ►



- ”Jeg kunne sno mig igennem kontrollen hos embedslægen. Jeg skulle bare tage nogle andre piller end dem, jeg plejede, for de slog ikke ud på testen. De havde godt nok nogle alvorlige bivirkninger. Det var så slemt, at jeg nærmest ikke kunne stå op af sengen eller styre min krop, men jeg blev ikke opdaget. Lægen var nærmest undskyldende over for mig,” fortæller hun.

Da Anne ikke blev afsløret hos embedslægen, fortsatte hun med sit misbrug indtil en dag, hvor et tv-program gav anledning til den store åbenbaring.

For børnenes skyld

I det tidlige forår 2013 så Anne tilfældigt dokumentaren ”100 dage uden stoffer” i fjernsynet. I det øjeblik gik det op for

Det kan du sige

Marianne Gunst-Møller behandler som rådgiver og sygeplejerske i Københavns Kommune særligt sundhedspersonale. Her er hendes råd til konfrontationen med den kollega, man har mistænkt for at have et misbrug:

”Man kan sige noget i retning af: ”Jeg kunne have en fantasi om, at det her handler om misbrug, fordi det ligner noget, jeg tidligere har oplevet. Hvad tænker du om det?”

Nogle tænker: ”Puha, nu er der endelig nogen, der tør sige det.” Andre vil komme i forsvarsposition, men så kan man sige, at ligegyldig hvad, må vi gøre et eller andet, da den måde, du arbejder på, ikke er holdbar,” forklarer hun.

hende, at hun havde meget til fælles med misbrugerne i programmet.

”Det gik op for mig, at jeg var begyndt at opføre mig mindre socialt, at jeg altid sørgede for at have let adgang til medicinen på min arbejdsplads, og at jeg ikke kunne stoppe. Jeg troede hele tiden: ”Jeg kan stoppe i morgen,” men det skete ikke,” siger hun eftertænksomt.

Imens hun så programmet, stod det hele pludselig klart for hende:

”Jeg var blevet misbruger i stedet for forbruger.”

Derfor fandt hun efter megen søgen Misbrugscenter Svendborg, og hun har gået i behandling siden.

”Jeg blev nødt til at tage en masse piller for at tage mig sammen til at gå herved, men jeg blev nødt til at gøre det. For mine børns skyld. Jeg kunne risikere at miste mit arbejde og så vores bolig,” siger hun.

Behandlingsmuligheder

Der er mulighed for at komme gratis i behandling i alle landets kommuner. Desuden er der på Alkoholenheden i Københavns Kommune behandling målrettet sundhedspersonale. Her kan sygeplejersker også tage hen, selvom de har et medicinmisbrug og bor i den anden ende af landet. Hvis de passer behandlingen, vil Alkoholenheden ikke informere embedslægerne. Men hvis personalet oplever, at der kan være risiko for, at misbruget vil kunne skade patienterne, er de forpligtet til at informere embedslægerne.

Kilde: Marianne Gunst-Møller og Ingela Vest.

Anonymitet

Sygeplejerskens navn og visse detaljer er tilbageholdt for at beskytte hendes anonymitet, familie og arbejde. Redaktionen er bekendt med hendes identitet.

"Jeg havde uendelig adgang til piller"

Når Anne doserede medicin, lavede hun et ekstra glas til sig selv. Hun var afhængig og havde i arbejdet som sygeplejerske altid mulighed for at få det næste fix.

Tekst **Vinni Yang Søgaard** • Foto **Nils Lund Pedersen og Simon Klein-Knudsen**

1 ud af 40

Da sygeplejerske Anne efter mange års misbrug selv søgte behandling på et misbrugscenter, indberettede centret hende til embedslægen. Hun er dermed én af de i gennemsnit 40 sygeplejersker, der de sidste fire år er blevet indberettet pga. misbrug til Sundhedsstyrelsen.

Anne fylder snart 50 og har i sin karriere haft let adgang til piller og andre præparater, der holdt misbruget i live.

"Det letteste var, da jeg arbejdede som vikar. Der kunne jeg hver dag tage piller i lommen, da jeg var et nyt sted hele tiden. Når man er vikar, er der heller ikke nogen kollegaer, der holder øje med én," fortæller Anne, der nu har fast arbejde på et hospital.

I foråret 2013 stoppede hun med at tage medicin fra sit arbejde. Nu får hun substitutionsmedicin, samtalerapi og akupunktur på Behandlingscenter Svendborg, og på arbejdspladsen er der stadig ingen, der ved noget om det misbrug, hun har haft det meste af sit liv.

"Jeg har uendelig adgang til piller. Der er ikke nogen, som holder øje med, hvis der forsvinder en håndfuld," siger hun og fortæller, at hun på trods af det ikke har fået et eneste tilbagefald.

Fristende nem adgang

Afdelingsleder og oversygeplejerske i Københavns Kommunes Center for Alkoholrådgivning, Marianne Gunst-Møller, kan genkende Annes oplevelser:



Anne lavede før i tiden et ekstra pilleglas til sig selv, når hun doserede medicin til patienterne. Så var der ikke nogen, der så, at glassets indhold røg direkte i lommen.

"Det er et problem, at adgangen til medicinen er så nem. Så er det svært, når man er afhængig af medicin, at skulle stå i et medicinskab og sige til sig selv: "Nej, jeg tager ikke noget." Der skal ikke meget til i form af stress eller noget andet til at presse én, og så er pillerne lige dér, og det er bare så lækkert," fortæller hun.

Hvis en sygeplejerske er under tilsyn af embedslægen, kan lægen i nogle tilfælde stille krav om, at sygeplejerskerne ikke må have kontakt med medicin. Det kan yderligere komplicere arbejdslivet.

"Det er svært at finde en arbejdsplads for en sygeplejerske uden medicin. Så kan man måske få arbejde steder, hvor der ikke ►

- er så meget direkte patientkontakt såsom en akuttelefon,” siger Marianne Gunst-Møller.

Normalt at tage piller

Marianne Gunst-Møller hører fra de sygeplejersker, som hun behandler, at det på nogle afdelinger er almindeligt at tage specielt sovemedicin med hjem.

”På nogle afdelinger er det mere eller mindre normalt, at man tager medicin til eget behov. Det er en udtalt kutyme,” siger hun og uddyber:

”Der er et mørklagt område, men jeg tror, at problemet er temmelig stort. Man

må gerne tage nogle Panodiler eller en sovepille med hjem, uden at nogen blinker.”

Det er dog langt fra alle, der bliver misbrugere af den grund:

”Nogle kan gøre det uden problemer, men andres hjerner er meget mere sårbare overfor at tage medicin på den måde,” forklarer hun.

Det kan have alvorlige konsekvenser, hvis sygeplejersker bliver opdaget i at stjæle medicin.

”Det kan også være rigtig farligt at indrømme, at man har taget medicin fra arbejdspladsen. Jeg har eksempler på sygeplejersker, der bliver meldt til politiet og får en dom. Så får de frataget deres autorisation,” fortæller Marianne Gunst-Møller.

Det kan afhjælpe situationen

- Hospitalerne bør have en misbrugspolitik, der giver guidelines for, hvordan man håndterer misbrug.
- Disse guidelines bør inkludere, at en misbruger bliver meldt til embedslægen, som kan sørge for behandling.
- Sygeplejerskerne skal ikke kun indberettes. De skal også have tilbud om hjælp.
- Det bør være sådan, at man kun får frataget sin autorisation i ekstremt graverende tilfælde.

Kilde: Marianne Gunst-Møller.

Få mere information

På Dansk Sygeplejeråds hjemmeside kan du læse mere om, hvordan du som kollega eller leder kan hjælpe eller støtte en mulig misbruger. Du kan også læse mere om behandlingsmuligheder og rusmiddelpolitik.

Det hele finder du på www.dsr.dk/Arbejdsmiljø/Sider/Misbrug/Misbrug.aspx

Det er en udtalt kutyme at tage piller fra arbejdspladsen til eget forbrug, forklarer afdelingsleder og oversygeplejerske i Københavns Kommunes Center for Alkoholrådgivning Marianne Gunst-Møller.



Nye tal for misbrug fra Sundhedsstyrelsen

I 2013 blev 28 sygeplejersker indberettet til Sundhedsstyrelsen for misbrug, men det reelle antal er højere, mener DSA.

Tekst **Vinni Yang Søgaard** • Illustration **iStock**

For første gang har Sundhedsstyrelsen indsamlet tal, der viser præcis, hvor mange læger, tandlæger, sosu-assistenters og sygeplejersker der årligt bliver indberettet i Danmark.

Opgørelsen, der er givet til *Sygeplejersken*, viser, at antallet af sygeplejersker, der bliver indberettet til Sundhedsstyrelsen, har ligget stabilt siden 2010.

I 2013 er der sket et fald fra 41 året før til 28, men ifølge Sundhedsstyrelsen kan man først konkludere, om faldet er en tendens, når man også har det samlede antal for året efter.

Ifølge misbrugskonsulent i DSA, Lykke Østerlin Koch, er antallet af indberettede misbrugere overraskende lavt. Hun får årligt 100 henvendelser fra kolleger, tilidsrepræsentanter eller pårørende til en misbrugende sygeplejerske.

”Jeg så gerne, at det indberettede antal var højere, for jeg tror, de er derude, og vi kan hjælpe dem og få dem i behandling,” siger hun.

Afdelingsleder og oversygeplejerske i Københavns Kommunes Center for Alko-

Gennemsnit af nyoprettede sager vedrørende sundhedspersoners egnethed fra 2010-2013

Sygeplejersker 40
Læger 36
Susu-assistenters 18
Tandlæger 4

Kilde: Sundhedsstyrelsen.

holrådgivning, Marianne Gunst-Møller, mener også, at det reelle tal er højere:

”Man plejer at sige, at sygeplejersker hverken misbruger mere eller mindre end den normale befolkning, og det svarer ca. til 5 pct. Det er jo langt fra alle, der bliver indberettet til Sundhedsstyrelsen.”

Tallene dækker over nye indberetninger af sygeplejersker for enten psykisk sygdom, alkoholmisbrug eller medicinmisbrug til Sundhedsstyrelsen. Størstedelen af sagerne handler om pillemisbrug, resten er alkoholmisbrug, og en meget lille andel gælder psykisk sygdom.

Sager vedrørende sygeplejerskers egnethed

Sygeplejersker	2010	2011	2012	2013
NORD	15	17	15	7
SYD	9	8	10	4
ØST	25	17	16	17
Total	49	42	41	28

Kilde: Sundhedsstyrelsen.

Sæt patienten i centrum, del viden og arbejd sammen

Hvorfor skal en sygeplejerske give patienten lungefysioterapi om aftenen, når det er fysioterapeutens opgave?

Svaret på spørgsmål som dette er at finde i denne meget velskrevne bog. Det lykkes til fulde de meget kompetente forfattere at give læseren en indsigt i og en forståelse for kompleksiteten i det moderne danske sundhedsvæsen. Et sundhedsvæsen, som er underlagt politiske beslutninger, love og retningslinjer, hvilket medfører et massivt pres på de sundhedsprofessionelle om at effektivisere, gennemføre forandringer af arbejdsgange og dermed bløde op på faggrænser.

Forfatterne målretter denne bog til de sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser.

Jeg tænker, at alle ansatte i sundhedsvæsenet kan få en fornyet viden om og forståelse for, hvilken betydning det interprofessionelle samarbejde har, så det sammenhængende patientforløb kan lykkes.

Bogen belyser på fantastisk vis vigtigheden af, at professionerne forstår, at det interprofessionelle samarbejde handler om at sætte patienten i centrum, samarbejde, dele viden og kommunikere klart og tydeligt i stedet for at arbejde parallelt ved siden af hinanden.



Bettan Bagger, Marianne Lindahl & Lisbeth Villemoes Sørensen

Interprofessionelt samarbejde i sundhedsvæsenet - rammer, udfordringer og muligheder

Gads Forlag 2014

200 sider - 249,00 kr.

Professionernes samarbejde omkring et patientforløb kan f.eks. kompliceres af de respektive professioners forskellige teoretiske grundlag og kan føre til forskellige opfattelser og tilgange til centrale begreber som f.eks. sundhed. Formålet med bogen er derfor bl.a., at vi som sundhedsprofessionelle får en fælles forståelse, dvs. samme kendskab til opgavefordelingen i regioner og kommuner samt andre professioners

opgaver, arbejdsvilkår, kompetencer, faglige terminologier og begreber.

Alle kapitler i bogen indeholder cases og studiespørgsmål, hvilket giver rig mulighed for refleksion og stof til eftertanke.

Af Birgit Kirk-Thomsen Hessellund, udviklingssygeplejerske, SD, Gynækologisk-Obstetrisk afdeling, Aarhus Universitetshospital.

Interessant bog til et smalt publikum

Lad det være sagt med det samme: Dette er en bog for et smalt publikum. Men hvor er den dog godt skrevet, og hvor er den dog interessant. Som titlen lover, beskæftiger den sig gennem bidrag fra en række kapaciteter på området med de konflikter, der kan opstå under udarbejdelsen af et kvalitativt forskningsprojekt. Bogens hovedpointe er, at eftersom de repræsenterer et grundvilkår i menneskeligt samvær, bør konflikter ikke automatisk ses som noget, man må undgå eller overvinde, men snarere ses som rummende et produktivt erkendelsespotentialer.

Gennem grundig fremstilling af de metodologiske aspekter drøftes det, hvilken betydning konflikter kan få for dataindsamling og analyse i et kvalitativt forskningsprojekt. I bogen eksemplificeres, hvordan konflikter, der identificeres på mikroniveau, ofte afspejler større organisatoriske, samfundsmæssige brudflader. Disse pointer medfører, at bogen også kan tjene som inspiration i forhold til analyse af konflikter indenfor personaleledelse, i forbindelse med implementering eller ved organisatoriske forandringer.



Kathrine Vitus, Lene Tanggaard og Frederik Thuesen (red.)

Konflikt i kvalitative studier

Hans Reitzels Forlag 2014

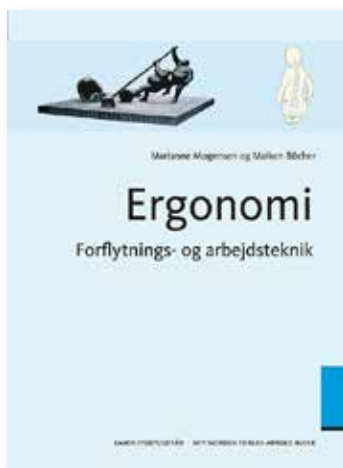
292 sider - 300,00 kr.

Sidst, men ikke mindst, beskæftiger bogen sig indgående med de etiske aspekter af at forholde sig undersøgende til konflikter og modstand. Det er yderst sympatisk, fordi bogen dermed ikke kun kaster nyt lys på det interessante og produktive ved konflikter, men også forholder sig til de destruktive og i yderste konsekvens livsødelæggende aspekter af fænomenet. Fra bogen udgår således en etisk fordring om at forholde sig refleksivt til hierarkiske magtstrukturer, og om ikke at gøre ondt værre. Jeg citerer: "Invitationen til at deltage i en ligeværdig dialog udgår typisk fra toppen i en hierarkisk relation" (Kvale).

Af Lene Seibæk, forskningssygeplejerske, lektor, ph.d., Gynækologisk-Obstetrisk afdeling, Aarhus Universitetshospital.

Med kroppen i fokus

Ergonomi, eller rettere videnskab om arbejdets udførelse, beskriver i et letlæst sprog, hvordan forflytningsteknikker anvendes, så patientens ressourcer bruges optimalt ved forflytning. Ved hjælp af mange gode eksempler, talrige illustrationer og en velovervejede kapitelopbygning vises den naturlige forbindelse mellem de nødvendige teoretiske begreber og de mere praksisorienterede principper for forflytningsteknikker. Specielt bogens første del omhandlende emnerne kræfter og biomekanik, der ofte opleves som abstrakte størrelser af de studerende, er vellykket, idet stoffet her er gjort nærværende og hermed giver det nødvendige afsæt til de efterfølgende dele af bogen. Forfatterne synes endvidere at have in mente, at ergonomi netop ikke er en central disciplin på sygeplejerskeuddannelsen, hvorfor fokus har været at give en lettilgængelig indføring i emnet, som giver basisviden og overblik. Læsere uden specialviden gives her således et godt grundlag for videre arbejde med de enkelte emner, og bogen er hermed et fint alternativ til



Marianne Mogensen & Maiken Böcher
Ergonomi - forflytnings- og arbejdsteknik
 2. udgave
 Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck 2014
 344 sider - 399,95 kr.

større lærebøger om samme emne. Målgruppen er som nævnt specielt sygeplejerskestuderende samt andre studerende på de sundhedsfaglige professionsuddannelser. Men sundhedsprofessionelle, som ønsker at skabe et hurtigt overblik over emnet, kan bestemt også have glæde af bogen bl.a. på grund af et betydeligt stikordsregister, der gør bogen brugbar som opslagsværk. Desuden indeholder bogen et nyttigt tillæg om arbejdsmiljøloven, om anmeldelse af arbejdsskader og sidst ergonomien i et kort historisk rids.

Af Sonni Thelmark, cand.scient., University College Lillebælt, Sygeplejerskeuddannelsen i Odense.

To opfattelser af den palliative sygeplejerske

Denne bog er relevant læsning for sygeplejersker i en tid, hvor der er sat ekstra fokus på pårørende i palliative forløb bl.a. i Forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. Læseren indføres i en ung enkes arbejde med og til tider kamp for at genopfinde et liv for sig selv efter sin mands død. Bogen er en fortælling om forløbet af Daves død med fokus på den pårørendes oplevelser, følelser, reaktioner og handlinger. Læseren inviteres helt tæt på, når Marian beskriver sin sorgproces og relationer til andre.

Vi føres ind i, hvordan det er for den unge kvinde i 30'erne at følge sin Dave i et palliativt forløb med diagnosen c. pancreas. Sygdomsforløbet beskrives fra 2002 til Daves død i 2003, og Marian fortæller om sit liv de efterfølgende 10 år. Tidsforløbet giver indblik i de mange sider af at miste og viser sorgens facetter.

Det fremgår, hvordan det for Marian er meget vigtigt at fastholde håb til det sidste. I bogen beskrives anvendelse af komplementær behandling på godt og ondt. Vi får bud på, hvordan det er vigtigt, at vi støtter patienters og pårørendes valg.



Marian Prestage
At sprede skyer
Om at miste sin elskede og finde livet igen
 Frydenlund 2014
 136 sider - 103,48 kr.

Fortællingen viser, hvordan patienter og pårørende kan have vidt forskellige behov i et palliativt forløb. Er vi mon dygtige nok til at italesætte dette? Det giver stof til eftertanke, når en pårørende skriver, at hun har lyst til at smide den palliative sygeplejerske ud, men at den palliative sygeplejerskes samtaler med patienten er vigtige.

Vi må som sygeplejersker huske, hvor sårbare efterladte kan være i flere år, men også at pårørendes bevidste arbejde med deres sorg kan bære frugt og hjælpe til at genvinde fodfæste og glæde ved livet. I bogen fortæller Marian om metoder, som hun har anvendt i sit bevidste sorgarbejde. Metoder, som vi må udvikle og understøtte i vores tilbud til efterladte.

Af Karna Vinther, sygeplejerske, MR, ansat som rehabiliteringskoordinator i Halsnæs Kommune.

KORT NYT OM BØGER

David Sparrevoth Mørck

Det uvelkomne bevis

Mellemgaard 2014

210 sider - 199,95 kr.

En krimi med en sygeplejerske i hovedrollen. Vil man gerne have småbidder af en genkendelig verden med i et plot, er bogen lige i øjet. Her optræder både en høj læge med et pænt navn, en afdelingssygeplejerske med en indretningsarkitekt i maven, stuegang, aktiv dødshjælp og taknemmelige patienter. Samt sygeplejersken, som lyder navnet Annette. Hun bliver rodet ud i en temmelig usandsynlig historie, der bl.a. indebærer, at H.C. Andersen har en fremtrædende plads i bogen. Et navn på en herre spiller en central rolle for hovedpersonen, så mon ikke hun er ved at finde vej til en ny tilværelse, der kan bringe hende bort fra det dødvande, livet synes at repræsentere efter en udramatisk skilsmisse.

Birgit Hvass og Birgitte Clausen (red.).

Sangen har vinger

Tekstbog 209 kr. Melodibog 440 kr.

Wilhelm Hansen Musikforlag 2014. Ældre Sagen

En sygeplejerske og en musikerapeut har samarbejdet om disse to bøger, der er specielt egnede til gamle mennesker med nedsat syn. Sangene er trykt på én side, skriften er større end i Højskolesangbogen, og tekstbogen klapper ikke sammen, men kan ligge opslået. Den har et fint komponist-, forfatter- og alfabetisk register, og sangene er delt op i temaer, bl.a. aftensange, jul, årstiderne og familie. Der er både kendte gamle sange og nyere værker, f.eks. "Lille Messias" med tekst af Johannes Møllehave og musik af Anne Linnet. Et tema med udenlandske sange er der også, så "What a Wonderful World" kan få stemme af andre end Louis Armstrong.

Bøgerne fås i sæt, der består af 10 sangbøger og en melodibog. Et sæt koster 1.500 kr.

Peder Worning

Der er flere bakterier i et gram lort end der er mennesker i hele verden

FADL's Forlag 2014

255 sider - 299,99 kr.

Budskabet i bogen med den meget direkte titel er, at bakterier er nyttige og afgørende for alt liv på jorden. Vi tænker måske først og fremmest på MRSA, Methicillin-resistente Staphylococcus aureus, når vi tænker på bakterier i denne tid, men bogen åbner for en bredere forståelse af bakterier og deres nyttevirkning. MRSA og landbrugets rolle og reaktioner på stafylokokken får dog en bredside af forfatteren, som mener, at der mangler beslutsomhed, når det gælder befolkningens sundhed – ikke når det gælder svinenes.

Bogen rummer mange eksempler og beskriver nogle af de mennesker, som har opdaget sammenhænge mellem bakterier og sygdom. Bogens titel skygger dog for dens seriøse ærinde.



Kognitiv Center Fyn udbyder i 2015

Grunduddannelse i kognitive behandlingsformer

Opstart Grund A: **14. januar 2015**

Opstart Grund B: **9. september 2015**

Videreuddannelse i kognitive behandlingsformer

Opstart: **26. januar 2015**

Kurserne er godkendt af de Praktiserende Lægers Efteruddannelsesfond.

Tilmelding og yderligere oplysninger af kursusindhold se:

www.kognitivcenterfyn.dk eller kontakt sekretær Yvonne på tlf. 5124 0450, onsdag og fredag kl. 9-13, mail: yw@kognitivcenterfyn.dk

DN PERSISKE ROSÉ
FORLAG OG FORMIDLING

Behandling af svært overvægtige børn ved JENS-CHRISTIAN HOLM

Vist i
Generation XL
på DR1 og
BBC World

Jens-Christian Holm udbyder kurser til behandling af svært overvægtige børn og unge. Kurserne er en introduktion til samt kompetenceudvikling af den pædagogiske metode som medfører vægttab hos 70-80 procent af de svært overvægtige børn og unge med en lav timeinvestering per år. Årsagen til den effektive behandling med et lavt timeforbrug er primært den direkte og effektive kommunikation som på een gang kommunikerer alvoren bag problemstillingerne, men som samtidig drager omsorg for de problemstillinger som ofte er vanskelige.



Kursus 1: Introduktionskursus. Vægtregulation, komplikationer til overvægt, behandlingsmetode, pædagogik.
10.-11. marts & 24.-25. marts & 19.-20. maj 2015

Kursus 2: Opfølgingskursus. Forventninger til behandlingsforløb, kropssammensætning, justering på behandling, relapse, drop out, normalisering, afslutninger.
27.-28. januar & 21.-22. april 2015

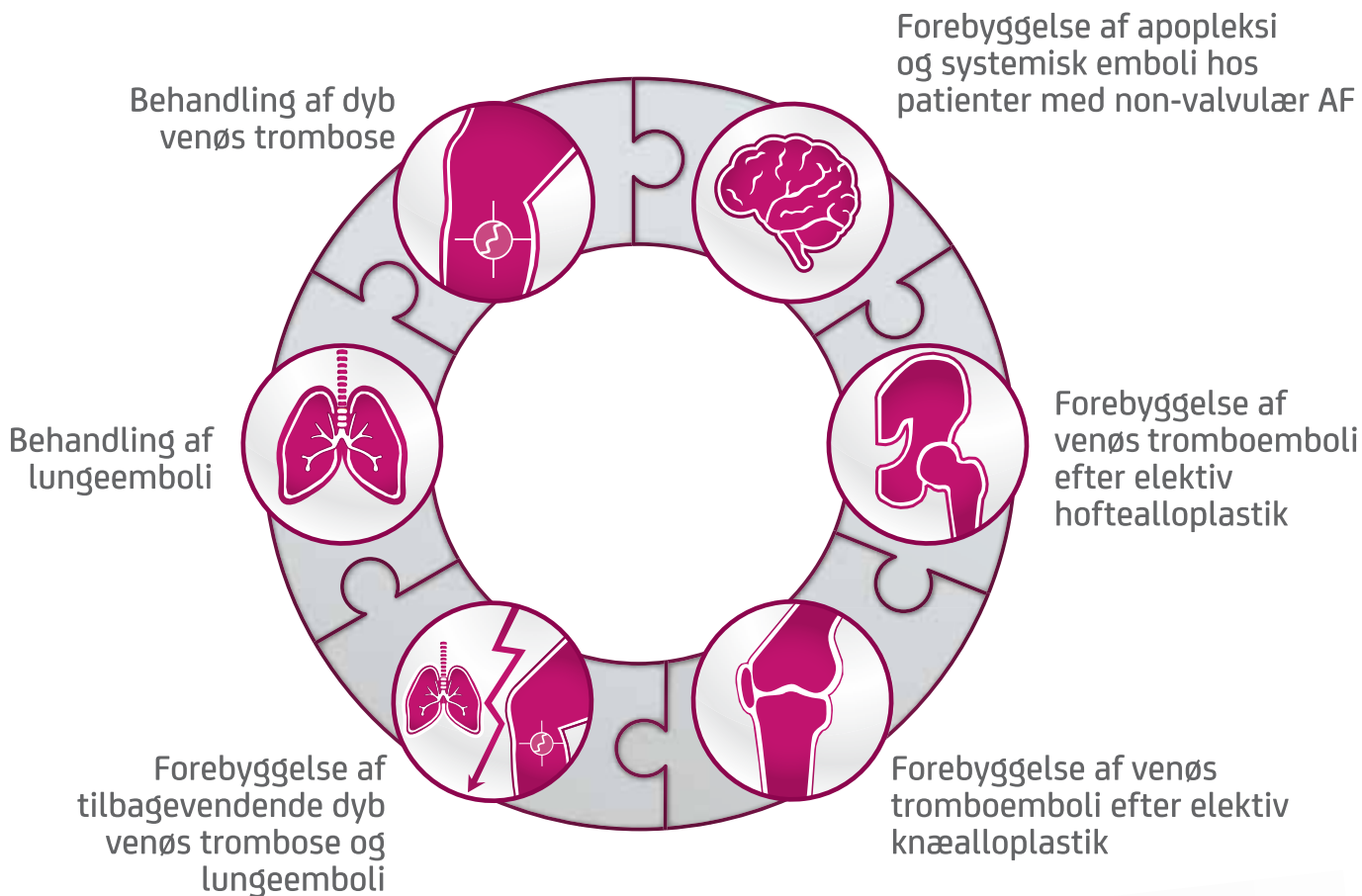
Sted: Ringsted Scandic Hotel

overvaegt.behandling@gmail.com

Se www.børneovervaegt.dk / www.denpersiskerose.dk

Nu kan endnu flere patienter få gavn af behandling med **Eliquis® Apixaban**

NU
GODKENDT
til behandling af DVT og LE
og forebyggelse af tilbagevendende
DVT og LE hos voksne.^{1*}



Eliquis® Apixaban har vist effekt og balanceret risikoprofil inden for et spektrum af indikationer^{1*}

AF = Atrieflimren DVT = Dyb venøs trombose LE = Lungeemboli

* Eliquis® Apixaban: En oral direkte faktor Xa-hæmmer, der er indiceret til:

- Forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos voksne patienter med non-valvulær atrieflimren (NVAf) med en eller flere risikofaktorer, såsom apopleksi eller transitorisk iskæmisk attack (TIA) i anamnesen, alder ≥ 75 år, hypertension, diabetes mellitus, symptomatisk hjertesvigt (NYHA-klasse \geq II).¹
- Behandling af dyb venøs trombose (DVT) og lungeemboli (LE) samt forebyggelse af tilbagevendende DVT og LE hos voksne (for begge styrker).¹
- Forebyggelse af venøs tromboemboli (VTE) hos voksne patienter efter elektiv hofte- eller knæalloplastik (kun for Eliquis® Apixaban 2,5 mg).¹

Reference: 1. Produktresumé for Eliquis® Apixaban.

Udarbejdet i: september 2014 Jobkode: EUAPI759 www.eliquis.dk

Forkortet produktinformation findes på næste side



Dette lægemiddel er underlagt supplerende overvågning. Læger og sundhedspersonale anmodes om at indberette alle mistænkte bivirkninger. **Produktinformation for ELIQUIS (APIXABAN) 2,5 mg og 5 mg filmovertrukne tabletter. De med * markerede afsnit er omskrevet/forkortet i forhold til det af Sundhedsstyrelsen godkendte produktresumé dateret den 28. juli 2014. Terapeutiske indikationer:** Forebyggelse af venøs tromboemboli (VTE) hos voksne patienter ved elektiv hofte- eller knæalloplastik (kun for ELIQUIS (APIXABAN) 2,5 mg). Forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos voksne patienter med non-valvulær atrieflimren (NVAf) med en eller flere risikofaktorer, såsom apopleksi eller transitorisk iskæmisk attack (TIA) i anamnesen, alder ≥ 75 år, hypertension, diabetes mellitus, symptomatisk hjertesvigt (NYHA-klasse \geq II). Behandling af dyb venetrombose (DVT) og lungeemboli (LE) samt forebyggelse af recidiverende DVT og LE hos voksne (for begge styrker). **Dosering og administration*:** Forebyggelse af VTE (VTEp): elektiv hofte- eller knæalloplastik; 2,5 mg oralt 2 gange dagligt initieret 12-24 timer efter indgrebet. Anbefalet behandlingsvarighed: 32-38 dage (efter hofteoperation) og 10-14 dage (efter knæoperation). Forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos patienter med non-valvulær atrieflimren (NVAf); 5 mg oralt 2 gange dagligt. **Dosisreduktion:** 2,5 mg oralt 2 gange dagligt hos patienter med NVAf og med mindst to af følgende karakteristika: alder ≥ 80 år, kropsvægt ≤ 60 kg eller serumkreatinin $\geq 1,5$ mg/dl (133 mikromol/l). Patienter, der udelukkende opfylder kriteriet for svært nedsat nyrefunktion (kreatininclearance 15-29 ml/min), bør også få den lave dosis af apixaban på 2,5 mg to gange dagligt. **Behandling af DVT, behandling af LE og forebyggelse af recidiverende DVT og LE (VTEt):** Akut DVT og LE: 10 mg oralt 2 gange dagligt i de første 7 dage efterfulgt af 5 mg oralt 2 gange dagligt. Kort behandlingsvarighed (mindst 3 måneder) bør baseres på forbigående risikofaktorer (f.eks. nyligt operativt indgreb, traume, immobilisering). Forebyggelse af recidiverende DVT og LE: 2,5 mg oralt 2 gange dagligt, initieret efter afsluttet 6 måneders behandling med Eliquis 5 mg 2 gange dagligt eller med andet antikoagulantium. Risiko for blødning skal overvejes. Ved skift fra Vitamin K antagonist (VKA) til apixaban skal VKA seponeres og apixaban initieres, når INR $< 2,0$. **Patienter med nedsat nyrefunktion:** Moderat/let nedsat: Ingen dosisjustering. Svært nedsat (kreatininclearance 15-29 ml/min): Apixaban bør anvendes med forsigtighed til forebyggelse af VTE ved VTEp og af recidiverende DVT og LE (VTEt), samt til behandling af DVT og LE. Til forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos patienter med NVAf bør dosis reduceres til 2,5 mg 2 gange dagligt. Bør ikke anvendes til patienter med kreatininclearance < 15 ml/min eller patienter som er i dialyse. **Patienter med nedsat leverfunktion:** Kontraindiceret hos patienter med leversygdom, der er forbundet med koagulopati og klinisk relevant blødningsrisiko. Anbefales ikke til patienter med svært nedsat leverfunktion og kan anvendes med forsigtighed til patienter med let til moderat nedsat leverfunktion, samt patienter med forhøjede leverenzym og forhøjet total bilirubin. Før indledning af behandling, bør der udføres leverfunktionstest. **Pædiatrisk population:** sikkerhed og virkning hos børn og unge under 18 år er ikke klarlagt. **Administration:** Oral anvendelse. Skal synkes med vand, med eller uden føde. **Kontraindikationer*:** Overfølsomhed over for det aktive stof eller et eller flere af hjælpestofferne, aktiv klinisk signifikant blødning. Leversygdom, som er forbundet med koagulopati og klinisk relevant blødningsrisiko. Læsioner eller tilstande, hvor det anses som en signifikant risikofaktor for større blødning, f.eks. aktiv eller nyligt gastrointestinal ulceration, tilstedeværelse af maligne tumorer med høj blødningsrisiko, nylig hjerne- eller rygske, nylig hjerne-, ryg- eller øjenkirurgi, nylig intrakraniell blødning, kendte eller mistænkte esofagale varicer, arteriovenøse misdannelser, vaskulære aneurismer eller svære intraspinale eller intracerebrale vaskulære abnormiteter. Samtidig behandling med andre antikoagulantia f.eks. ufraktioneret heparin (UFH), lavmolekulære hepariner (enoxaparin, dalteparin etc.), heparinderivat (fondaparinux etc.), orale antikoagulantia (warfarin, rivaroxaban, dabigatran etc.) undtagen i særlige tilfælde af skift af antikoagulationsbehandling eller, når UFH administreres i doser, der er nødvendige for at opretholde et åbent centralt vene- eller arteriekateter. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen*:** Patienter, der tager apixaban, skal kontrolleres omhyggeligt for tegn på blødning. Forsigtighed udvises hos patienter med generelt øget risiko for blødning. Apixabanskal seponeres, hvis der forekommer alvorlig blødning. **Patienter med mekaniske hjerteklapper:** Apixaban bør anvendes med forsigtighed og virkning ikke er blevet undersøgt hos denne patientgruppe. **Kirurgi og invasive indgreb med moderat eller høj blødningsrisiko:** apixaban seponeres mindst 48 timer før. **Kirurgi og invasive indgreb med lav blødningsrisiko:** apixaban seponeres mindst 24 timer før. Behandlingen med apixaban bør genstartes så hurtigt som muligt efter det invasive indgreb eller kirurgiske indgreb. **Midlertidig seponering:** Ændringer i behandlingen bør undgås. Ved midlertidig seponering, bør behandlingen genstartes hurtigst muligt. **Spinal-/epiduralanæstesi eller -punktur:** Et epiduralt eller intratekalt kateter skal fjernes mindst 5 timer inden den første dosis apixaban gives. Patienten skal overvåges hyppigt for tegn eller symptomer på neurologiske udfald. Der bør være et interval på mindst 20-30 timer fra den sidste apixaban-dosis til kateteret (intratekalt eller epiduralt) bliver fjernet, og mindst en dosis bør udelades, før kateteret bliver fjernet. Den næste apixabandosis kan gives mindst 5 timer efter kateteret er blevet fjernet. Apixaban bør anvendes med yderste forsigtighed ved brug af neuroaksial blokade. **Hæmodynamisk ustabile LE-patienter eller patienter med behov for trombolyse eller lungeembolektomi:** Apixaban bør ikke anvendes som alternativ til ufraktioneret heparin hos patienter med lungeemboli som er hæmodynamisk ustabile, eller som måske får behov for trombolyse eller lungeembolektomi. **Ældre patienter:** Samtidig administration af apixaban og acetylsalicylsyre bør foretages med forsigtighed pga. øget blødningsrisiko. **Legemsvægt:** Lav legemsvægt (< 60 kg) kan medføre øget blødningsrisiko. **Hoftefraktur-kirurgi:** Apixaban anbefales ikke til patienter, der har fået foretaget kirurgisk indgreb på grund af hoftefraktur. **Laboratorieparametre:** Koagulationsparametre (f.eks. PT, INR og aPTT) påvirkes af apixaban. De anbefales ikke til vurdering af apixabans farmakodynamiske effekt. **Lactose:** apixaban indeholder lactose og bør ikke anvendes til patienter med arvelig galactoseintolerans, en særlig form af arvelig lactasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glucose/galactosemalabsorption. **Interaktion med andre lægemidler og andre former for interaktion*:** Brugen af apixaban frarådes hos patienter, der samtidig får systemisk behandling med kraftige CYP3A4- og P-gp-hæmmere såsom azolantimykotika og HIV-proteasehæmmere. Dosisjustering er ikke nødvendig ved samtidig brug af apixaban og kraftige CYP3A4- og P-gp-induktorer såsom rifampicin, phenytoin, carbamazepin, phenobarbital eller perikon. Ved samtidig systemisk behandling med kraftige induktorer af både CYP3A4 og P-gp bør apixaban anvendes med forsigtighed til forebyggelse af VTE ved elektiv hofte- eller knæalloplastik, til forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos patienter med NVAf og til forebyggelse af recidiverende DVT og LE. Til behandling af DVT og behandling af LE bør apixaban ikke anvendes samtidig med systemisk behandling med kraftige induktorer af både CYP3A4 og P-gp, da virkningen kan være kompromitteret. Samtidig behandling med andre antikoagulantia er kontraindiceret. Apixaban bør anvendes med forsigtighed ved samtidig behandling med NSAID (herunder acetylsalicylsyre), trippelkombinationen apixaban, acetylsalicylsyre og clopidogrel. Lægemidler forbundet med alvorlig blødning anbefales ikke til samtidig brug med apixaban, herunder; trombolytika, GPIIb/IIIa-receptor antagonist, thienopyridiner (f.eks. clopidogrel), dipyridamol, dextran og sulfipyrazon. Administration af aktivt kul nedsætter apixaban-eksponering. **Fertilitet, graviditet og amning*:** Apixaban bør ikke anvendes under graviditet. Der bør træffes beslutning om ophør af amning eller at ophøre/fravælge apixaban-behandling. **Virkning på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner:** Apixaban påvirker ikke eller i ubetydelig grad evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner. **Bivirkninger*:** Sikkerheden ved apixaban er undersøgt i VTEp-studier¹, i NVAf-studier² og VTE-studier³. **Almindelig:** Anæmi¹. Blødning i øjet². Hæmatom^{1,2,3}. Epistaxis^{2,3}. Kvalme¹. Gastrointestinal blødning^{2,3}. Rektal blødning. Gingival blødning^{2,3}. Hæmaturi^{2,3}. Blødning i huden^{1,2,3}. **Ikke almindelig:** Trombocytopeni¹. Overfølsomhed, allergisk ødem og anafylaksi¹. Hjerneblødning³. Blødning i øjet³. Hypotension¹. Intra-abdominal blødning³. Epistaxis¹. Hæmoptyse^{2,3}. Gastrointestinal blødning¹. Blødning fra hæmorider, mundsår². Hæmatokesi^{1,2,3}. Stigning i leverværdier, abnorme leverfunktionsprøver, stigning i basisk fosfatase, forhøjet bilirubin i blodet¹. Hududslæt¹. Hæmaturi¹. Abnorm vaginal blødning, urogenital blødning^{2,3}. Blødning fra administrationsstedet². Okkult positiv blodprøve^{2,3}. Blødning efter operationen, sårsekretion, blødning fra operationsstedet, operativ blødning¹. Traumatisk blødning, blødning efter operationen, blødning i operationssår^{2,3}. **Sjælden:** Overfølsomhed, allergisk ødem og anafylaksi¹. Hjerneblødning³. Blødning i øjet¹. Hæmoptyse¹. Blødning fra respirationsveje^{2,3}. Rektal blødning, gingival blødning¹. Retroperitoneal blødning². Muskelblødning². **Overdosering*:** Der findes ingen antidot til apixaban. I tilfælde af hæmorrhagiske komplikationer skal behandlingen stoppes og kilden til blødningen findes. Påbegyndelse af passende behandling, f.eks. operativ hæmostase eller transfusion med frisk frosset plasma, bør overvejes. Administration af aktivt kul kan være hensigtsmæssig. Indgivelse af rekombinant faktor VIIa kan overvejes. **Pakninger og priser (ESP 24-11-2014):** Filmovertrukne tabletter 2,5 mg: 10 stk: 145,75 kr, 20 stk: 267,80 kr, 60 stk: 756,05 kr, 168 stk: 2074,30 kr. Filmovertrukne tabletter 5 mg: 14 stk: 194,60 kr, 100 stk: 1244,30 kr, 168 stk: 2074,30 kr. Se venligst dagsaktuel pris på <http://medicinpriser.dk>. **Tilskud:** Generelt tilskud **Udlevering:** B **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Bristol-Myers Squibb/Pfizer EEIG, Bristol-Myers Squibb House, Uxbridge Business Park, Sanderson Road, Uxbridge UD8 1DH, Storbritannien. **Produktresuméet kan vederlagsfrit rekvireres fra den danske repræsentant: Bristol-Myers Squibb, Hummeltoftevej 49, 2830 Virum.**

Produktresumé for annonce side 41

Eliquis®
Apixaban



Bristol-Myers Squibb



Af Jette Bagh, fagredaktør



Et uventet møde

Min ledsager og jeg går rundt med et bykort i hånden. Det viser sig at være helt unødvendigt, for den lille grønlandske by med omkring 450 indbyggere har kun ganske få kilometer vej. Oppe på fjeldet ligger kirken og ved vejen den lokale butik, som sælger de sædvanlige farverige plastikblomster i buketter, der bliver brugt ved begravelser. Her er også fiskeri- og jagtudstyr i begrænset mængde og ellers de samme varer, som står på hylden i et almindeligt dansk supermarked.

Vi går mod vest, og der ligger Sundhedshuset. Min ledsager undersøger huset nærmere og bliver kort tid efter lukket ind af den læge, som er ansat på stedet. Jeg går rundt og nyder udsigten og geviret, moskusoksekranier, et skind fra en ren, reminiscenser af natur, der hænger eller ligger alle vegne. Jeg tager billeder og opdager så, at ledsageren er forsvundet. Går ind i Sundhedshuset og får en underlig ordre af ledsager: "Gå ligeud, gå ligeud, gå ligeud." Jeg tjekker, om det brænder bag ved mig, det gør det ikke, så jeg går ned ad den linoleumsbelagte gang med diverse klinikudstyr i rummene på begge sider. Og der står hun. Kollegaen fra en fælles fortid på en hjerteafdeling i København, et venskab, som har overlevet, hvilket mange gode kollegiale forhold ikke gør, når man skifter arbejdsplads. Jeg vidste ikke, at hun var i Grønland netop nu. Hun har tabt sit hjerte til landet, det var jeg klar over, men at vi skal mødes i dette på alle måder barske, smukke land en dag i august, det er alligevel sælsomt.

Det faglige fællesskab træder øjeblikkeligt i karakter. En grundig rundvisning i huset, som tidligere var et hospital, som det første. "Her er kølerummet med plads til to. Der er lige en, som er blevet begravet i dag. Han tog sit liv," fortæller hun og afslører dermed et af mange problemer i Grønland. Selvmordsraten er, målt i forhold til indbyggertallet, verdens højeste.

I 2010 blev der begået 62 selvmord i Grønland, og det giver landet en selvmordsrate på 108 pr. 100.000 indbyggere. Det er næsten 10 gange så højt som i Danmark samme år. Et faktum, som Selvstyret forsøger at gøre noget ved, bl.a. gennem kampagner.

I husets garage står en firehjulstrækker til ambulancekørsel. Man skal have hjelm på, når man kører, de ligger parat på en hyld. "Men det er ikke alle, som gider bruge dem," siger hun.

Sundhedshuset kan ikke indlægge patienter længere, det er der ikke personale til, så det, der tidligere var et fuldt udstyret

hospital med eget anæsthesipersonale, er i dag et hus, hvor patienterne kommer ambulantly. Der er gratis kondomer på skranken ved indgangen.

En eller anden er for år tilbage kommet til at sætte et ekstra nul bag en bestilling, så der har været prævention til hele Grønland på hylden. Nu er udløbsdatoen nået, så restlageret er blevet returneret for at forebygge et pludseligt fødselsboom i byen.

Som mange andre steder i landet er der problemer med alkoholmisbrug og arbejdsløshed. Der er ikke noget at leve af i byen, så det er et fåtal, som har fast arbejde, og det ses i bybilledet.

Vi er gået udenfor, og sygeplejersken fortæller og peger. Nu skal vi se hendes bolig, et fint lille hus med et tørkloset, der bliver tømt tre gange om ugen. Træk og slip er sjældent en mulighed i et land med permafrost.

En stor hal overfor købmanden er et øllager, fortæller hun. Der kommer kun skib tre-fire gange om sommeren, så der bli-

” Vi er gået udenfor, og sygeplejersken fortæller og peger. Nu skal vi se hendes bolig, et fint lille hus med et tørkloset, der bliver tømt tre gange om ugen.

ver fyldt op. Vi sætter os i solen på en Europalle bag hallen og nyder en enkelt øl.

Det er berigende at møde fagfæller, og sygeplejersker kan uden tvivl udnytte hinanden mere ihærdigt. Invitér dem, der ved mere eller bedre på besøg på arbejdspladsen, brug andres viden som trædesten, bliv klogere gennem kolleger. Gratis inspiration fra dør til dør.

"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.

Fem til ferien

Nogle sygeplejersker har ferie i julen, andre har ikke. Det ved vi godt, men håber, I vil bære over med "Fem til ferien" og finde inspiration til læsning i kommende ferier og ikke tolke overskriften alt for bogstaveligt. Her er under alle omstændigheder fem forslag til gode gaver eller til læsning med og uden direkte forbindelse til sygeplejen.

Tekst **Jette Bagh**, cand.cur., fagredaktør, Sygeplejersken • Foto **Colourbox**



Elena Ferrante
Min geniale veninde
C&K Forlag 2014
384 sider - 250,74 kr.

Venskab. Vi har alle sammen erfaringer med fænomenet og grubler måske også over, hvad det er. Hvornår er man venner? Hvad ødelægger et venskab? I denne bog er vi i Napoli i 50'erne, og vi følger to unge kvinder, Elena og Lila, deres kammerater og deres familier i en fattig by med vold, kriminalitet og uuddannede forældre, der ikke kan forstå deres døtres lyst til og kamp for uddannelse.

Den ene af bogens hovedpersoner, Elena, bliver mønsterbryder, med alt hvad det indebærer af manglende forståelse, misundelse og fremmedgørelse, den anden, Lila, får ikke lov til at uddanne sig og må derfor finde sin helt egen strategi for at få et tåleligt liv. En lærerinde spiller en afgørende rolle for de to piger, hun vælger på et tidspunkt kun at støtte den ene, hvilket får konsekvenser for dem begge. Bogens fortæller er den nu midaldrende Elena, og bogen starter med en opringning fra Lilas søn, som fortæller, at hans mor er forsvundet og har slettet alle spor af sin eksistens, endda også klippet sig selv ud af alle familie billeder. Den oplysning kan man bære med sig i den videre læsning.



Elena Ferrante
Historien om et nyt navn
C&K Forlag 2014
560 sider - 207,95 kr.

Romanen begynder, hvor den første i serien om to veninder, Elena og Lila, sluttede. Lila har for at overleve sin families konstante pres for et giftermål i en alder af 16 år giftet sig med en rig ung mand – ikke den mand, hendes forældre ønskede – men allerede under bryllupsfestlighederne indtræffer en afgørende begivenhed, der får ægteskabet ud af kurs. Elena, bogens fortæller, og Lilas nære veninde kan mærke, at ægteskabet er forbi samme dag, som det blev indgået.

Elena uddanner sig og bevæger sig bort fra Napoli, hvor hun er vokset op, Lila befinder sig i en helt anden social situation, afhængig af en mand, hun ikke elsker, og som er hende utro. Hun får et barn og holder ved venskabet med Elena. De to er tæt forbundne trods deres meget forskellige tilværelse.

Der er yderligere to romaner i serien om to kvinders venskab og genvordigheder fra otteårsalderen, til de bliver gamle. Nummer tre udkommer i 2015.



Iben Mondrup

Godhavn

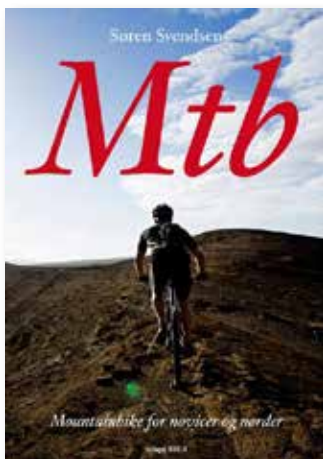
Gyldendal 2014

263 sider - 241,46 kr.

Hvis man er, har været eller overvejer at arbejde som sygeplejerske i Grønland, er bogen et godt og velskrevet supplement til fagbøgerne, men den kan absolut også bare læses for det, den er: En god bog.

En familie tager til Qeqertarsuaq eller Godhavn, som byen hed engang, for de voksne vil prøve at leve på en anden måde. Familiens tre børn, Bjørk, Knut og Hilde, er med, og scenen er sat for en fortælling om livet i Grønland, som det udspillede sig for en dansk familie i et fangersamfund engang i 70'erne. Qeqertarsuaq ligger på Diskøen ved Grønlands vestkyst. Jeg har været til kaffemik hos Abel og Lene der engang i sommer, og det var et rart besøg. Men denne families tre børn skal vænne sig til lidt af hvert, bl.a. tab af venner, når de danske rejser hjem igen og de grønlandske, når skolen adskiller danske og grønlandske børn i hver deres klasse.

Det er de tre børn, deres indbyrdes relationer og liv, der er i fokus i bogen. "Godhavn" indeholder fine beskrivelser af de mennesker, der rejser til Grønland for at slikke deres sår efter skilsmisse og anden ballade i Danmark, og af natur, liv og død. Slædehundene og deres gemyt er ofte nævnt, og det forstår jeg godt, for man kan høre dem overalt, når de af uransagelige årsager giver sig til at hyle eller gø.



Søren Svendsen

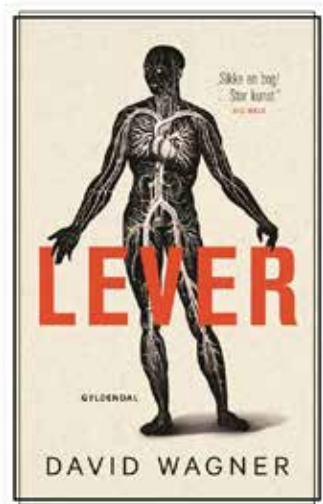
Mtb

Mountainbike for novicer og nørder

Forlaget Indblik 2014

166 sider - 249 kr.

Mange af *Sygeplejerskens* læsere ved, hvem Søren Svendsen er, for han har fotograferet for bladet i rigtig mange år. Da jeg først mødte ham, var det en BMW motorcykel, der var kæledyret, nu er det så en eller rettere flere mountainbikes. Jeg er ofte ved at blive kørt ned af sådan nogle, når jeg løber eller går tur ved den lokale sø, men det skal ikke komme bogen til skade. Bogen indeholder i øvrigt et kapitel med titlen "Emma Gad i skoven" om god opførsel på to hjul. Må det blive læst af mange. Bogen er en opslagsbog for både novicer og nørder, og den giver blod på tanden for en ikke-kører som mig. Jeg prøvede at cykle Mtb i alperne sidste sommer og syntes, det var sværere, end jeg havde regnet med. Men da havde jeg jo heller ikke en bog. Mtb er naturligvis fuld af dejlige billeder, taget af forfatteren, den er morsom og nyttig til mænd og kvinder, hvad enten de er novicer eller nørder.



David Wagner

Lever

Gyldendal 2014

264 sider - 299,95 kr.

En selvbiografisk roman om en ung mand, som behøver en ny lever. Han lider af en livstruende lever-sygdom, autoimmun hepatitis, og en transplantation er nødvendig, hvis han skal overleve.

Derfor hedder bogen lever, et organ, men også et verbum. Forfatteren har været syg siden barndommen, og bogen indeholder velskrevne erindringsglimt fra indlæggelser, sygehusophold, lægesamtaler og ikke mindst refleksioner over at modtage et andet menneskes lever, mens donors øvrige organer befinder sig i andre modtagere. Forfatteren er god til at registrere livet omkring sig og har humor nok til at samle på absurde avisudklip, som er gengivet i bogen. De er groteske, handler om voldsomme dødsfald, ofte mord. Som modtager af et organ fra en afdød bliver forfatteren opfordret til at skrive et takkebrev til familien. Anonymt. Absurditeten fortsætter.



På Regionshospitalet Hammel Neurocenter er tværfagligheden i højsædet. Bl.a. mødes faggrupperne og dokumenterer og planlægger patientforløb sammen.



Tværfaglighed sikrer unikt patientforløb

Tekst **Mads Krøll Christensen** • Foto **Jonna Fuglsang**

Sygeplejersker spiller en central rolle i den tværfaglige rehabiliteringsindsats på Regionshospitalet Hammel Neurocenter. Hospitalet, der er et af Nordens førende neurocentre, har flere end 200 sygeplejersker ansat. Dansk Sygeplejeråds formand besøgte stedet.

"Vi flytter dig over på stolen, så du kan sidde lidt op," siger sygeplejerske Rikke Borge Rosenkilde til patienten, mens hun klargør kørestolen. Sammen med kolleguen, social- og sundhedsassistent Lisbeth Kappelsgaard, og Dansk Sygeplejeråds formand, Grete Christensen, skal hun flytte en yngre hjerneskadet mand fra hans seng via en brik til hans kørestol.

Rikke Borge Rosenkilde og Lisbeth Kappelsgaard fortæller hele tiden patienten, hvad de gør, og hvad der sker. Først fra sengen over på den lidt lavere brik og dernæst i flere tempi videre ned i kørestolen. Sygeple-

jersken og social- og sundhedsassistenten virker meget sikre i deres bevægelser. Den yngre mand kommer gnidningsfrit og sikkert fra sengen til kørestolen.

Scenen er fra en helt almindelig fredag formiddag på Klinik for Tidlig Neurorehabilitering på Regionshospitalet Hammel Neurocenter. Det er et højt specialiseret neurorehabiliteringshospital, der behandler patienter med en erhvervet hjerneskade. Det kan eksempelvis være traumer, SAH, apopleksi, anoksiske skader, infektioner og tumorer.

Ekstra dimension til sygeplejen

Hospitalet er arbejdsplads for flere end 200 sygeplejersker, bl.a. Rikke Borge Rosenkilde.

Hendes kollega, sygeplejerske og tillidsrepræsentant Karen Pedersen, har inviteret Dansk Sygeplejeråds formand, Grete Christensen i klinik på hospitalet, som er Dan-

marks største terapeutiske arbejdsplads. Målt i fuldtidsstillinger er der f.eks. ansat 80 fysioterapeuter og 75 ergoterapeuter.

"Vi arbejder meget tværfagligt. Det kan være svært, men tværfaglighed er altafgørende for behandlingen," fortæller Karen Pedersen.

Netop fordi det tværfaglige aspekt er så vigtigt i rehabiliteringen, arbejder personalet i tværfaglige teams. Hvert team har typisk to patienter og kunne på en normal dag bestå af to sygeplejersker, en fysioterapeut og en ergoterapeut.

"Den kognitive og terapeutiske tilgang giver en ekstra dimension til sygeplejen," siger Karen Pedersen, som også fortæller, at de forskellige faggrupper mødes for at dokumentere og planlægge forløb sammen.

Hver patient er unik

Regionshospitalet ligger i den østjyske by Hammel, der har tæt på 7.000 indbyggere.



800 patienter behandles årligt på Regionshospitalet Hammel. Hospitalet dækker hele Vestdanmark og har et patientgrundlag på tre millioner borgere.



Der er fire faser i en hjerneskaderehabilitering. På Regionshospitalet Hammel Neurocenter lægger ledelse og medarbejdere stor vægt på, at der er sammenhæng i hvert enkelt patientforløb.

Sygeplejerskerne og det øvrige personale bruger i høj grad byens nærmiljø i rehabiliteringen af nogle patienter. Det sker eksempelvis ved at handle ind i den lokale dagligvarebutik eller gå på posthuset og betale regninger. For andre patienter er rehabiliteringsforløbet anderledes. Hver patient betragtes nemlig som unik.

"Vi udarbejder altid en forløbsbeskrivelse på hver enkelt patient. Beskrivelsen, som vi alle følger, kan være ret detaljeret. Den kan handle om, hvilket sprog vi bruger, eller fra hvilken side vi går til patienten," fortæller sygeplejerske Rikke Bælum Mortensen og understreger:

"Det handler meget om at læse patienten. Det er vigtigt at forstå patienten på patientens præmisser. Rehabiliteringen er ofte en lang proces."

Netop det faktum, at hver eneste patient betragtes som unik, kombineret med den høje grad af tværfaglighed, har bragt Regionsho-

spitalet op blandt de bedste på sit felt i Norden. Den dag Grete Christensen gæster hospitalet, er hele tre afdelingssygeplejersker fra Norge på besøg for at hente inspiration.

Sygeplejerske Sofie Utoft Carstensen supplerer Rikke Bælum Mortensen:

"Vi tilpasser plejen efter de små detaljer. Det er svært for patienterne pludselig ikke at kunne noget selv. Heller ikke de mest basale ting. Derfor er det utrolig vigtigt, at de føler medbestemmelse."

Daglige dilemmaer

Begge, der til daglig arbejder i Kognitiv Klinik, peger på, at de som sygeplejersker står over for mange dilemmaer i arbejdet med svært hjerneskadede patienter.

"Vi står ofte i et dilemma mellem at bruge magt eller være eftergivende. Og det kan godt være udfordrende," forklarer Rikke Bælum Mortensen og illustrerer dilemmaet med et eksempel:

"Er det i orden, at en patient ikke har fået børstet tænder i 14 dage, fordi det vil være et overgreb, eller er det ikke i orden?"

Grete Christensen nikker.

"Jeres arbejde giver grobund for mange dilemmaer. Men jeg vil bare sige, at den omsorgsfuldhed og det nærvær, I har på at udnytte selv det mindste hos den enkelte patient, betyder, at I reelt inddrager patienterne mere, end man gør mange andre steder," siger Grete Christensen og tilføjer:

"Det er en gave at være et sted som her, hvor man virkelig kan arbejde med sygeplejen i alle dens dimensioner."

“Vi bliver udfordret, men vi står sammen”

Ca. 50.000 sygeplejersker i regioner, stat og kommuner skal snart have nye overenskomster, som sætter rammerne for bl.a. løn, pension og arbejdstid de kommende år. På mange måder er opgaven den samme, men denne gang skal sygeplejerskerne forhandle overenskomster i et nyt fællesskab med godt en halv million andre offentligt ansatte.

Tekst **Sigurd Nissen-Petersen**

Forberedelserne af OK15 har stået på længe, og midt i december går de reelle forhandlinger med arbejdsgiverne om fornyelse af aftaler og overenskomster i gang. Her vil Dansk Sygeplejeråds formand, Grete Christensen, endnu en gang som forhandlingsleder træde ind i den gamle pakhusbygning på Dampfærgevej, hvor regionerne og sygeplejerskernes største arbejdsgiver holder til. Hun har taget trapperne til mødelokalerne hos regionerne mange gange før som formand for sygeplejerskerne og Sundhedskartellet – men det nye denne gang er, at hun som forhandlingsleder i december vil overgive krav til overenskomsten med over en halv million offentligt ansatte i ryggen.

Det sker, fordi Sundhedskartellet og KTO's organisationer efter måneders forberedelse i september officielt indviede "Forhandlingsfællesskabet", hvor KTO's knap 500.000 og Sundhedskartellet's ca. 100.000 medlemmer fik et nyt og større forhandlingsfællesskab, som fremover skal forhandle samlet med kommunerne og regionerne.

Grete Christensen, hvad er dine forventninger ved disse overenskomstforhandlinger?

"Jeg forventer, at vi trods sparekrav og omstruktureringer i kommuner og regioner kan lave et resultat, som medlemmerne kan se sig selv i. Et resultat, som balancerer medlemmernes helt oplagte behov for vilkår, der gør det muligt at arbejde et helt arbejdsliv, også selv om arbejdsgiverne løbende taler om mere sundhed for pengene og øget fleksibilitet. Det er helt afgørende, at vi finder gode, fornuftige løsninger, så offentligt ansatte får rammerne til, at de kan levere høj faglighed og kvalitet i det daglige arbejde til gavn for det danske samfund, borgere og patienter. Det

bliver ikke let, og vi vil alle blive udfordret – det kan vi roligt regne med."

Udfordret, hvad tænker du på?

"Hele den offentlige sektor og i særlig grad det offentlige sundhedsvæsen er under voldsomt pres. Der forandres og effektiviseres konstant for at få budgetterne til at række længere. Jeg synes, at det er et helt urimeligt pres, politikerne lægger ned over den offentlige sektor, og i hverdagen oplever bl.a. sygeplejerskerne, at de får flere og flere opgaver og patienter og skal løbe hurtigere og hurtigere. Den store udfordring bliver derfor at dagsordensætte arbejdsmiljøet og den faglige forsvarlighed, hvor vi skal finde bæredygtige løsninger."

Vi er med i Forhandlingsfællesskabet nu sammen med bl.a. BUPL, FOA og Danmarks Lærerforening – hvorfor gik Sundhedskartellet ind i det nye forhandlingsfællesskab?

"Det gjorde vi for at have en stærkere og endnu klarere stemme på vegne af de offentligt ansatte i regioner og kommuner. Sammenhold gør stærk, og det er min klare overbevisning, at vi alle får gavn af, at vi er flere sammen. Samtidig ser jeg det nye forhandlingsfællesskab som en enestående mulighed for at sikre såvel Dansk Sygeplejeråd som Sundhedskartellet større indflydelse på forhandlingsløsningerne ved de generelle forhandlinger. Senest har vi også set KL og Danske Regioner bebude, at de vil fusionere, så det er ikke kun os, der tænker i at samle kræfterne."

Hvad er de vigtigste temaer ved OK15?

"Jeg har allerede været inde på arbejdsmiljøet og den faglige forsvarlighed, og så vil løn og pension også være på listen over vigtige temaer. Det lykkedes ikke at sikre reallønnen ved den seneste overens-

komstforhandling i 2013, og da økonomien fortsat er stram, bliver det i sig selv en stor opgave at sikre reallønnen, så sygeplejersker efter OK15 mindst har de samme penge til rådighed."

OK13 var, som flere sikkert kan huske, domineret af lockout på undervisningsområdet, hvad forventer du denne gang?

"Det er rigtigt, at der var et helt urimeligt forløb og en uforståelig lockout fra arbejdsgiversiden i 2013, hvor også vores medlemmer på sosu-skolerne blev ramt. Både arbejdsgiverne og fagbevægelsen har en pligt til at finde fælles holdbare løsninger. Det er dét, den danske model handler om, og det lykkes kun, hvis vi gør det godt i fællesskab. Det vil være mit udgangspunkt, og så håber jeg ikke, vi skal se en gentagelse af forløbet ved OK13."

Hvad kommer Sundhedskartellet med af krav til OK15?

"Sundhedskartellet har særlig fokus på at sikre reallønnen, øget fokus på faglighed og kvalitet, arbejdsmiljø, tryghed i ansættelsen, kompetenceudvikling, TR's rolle, medindflydelse og ligestilling. Vi har lige afleveret vores krav på det generelle område til Forhandlingsfællesskabet, og frem til begyndelsen af december skal vi sammen med de andre organisationer arbejde med at nå frem til en række fælles krav, som vi kan præsentere for KL og Danske Regioner."

Hvordan tror du, det bliver at skulle forhandle på vegne af nogle helt nye grupper og samtidig repræsentere sygeplejerskerne?

"Det bliver en ny situation, men ikke helt fremmed for mig. Det, vi skal forhandle fælles, er det, som har betydning for os alle, uanset om det er sygeplejersker, jurister eller sosu-assistenten. De øvrige krav, hvor vi

har særligt fokus på lige præcis det, der gør en forskel for sygeplejerskerne og for de øvrige faggrupper i Sundhedskartellet, forhandler vi, helt som vi plejer, fælles med Sundhedskartellet. Vi kommer dermed til at forhandle både som Forhandlingsfællesskabet på det overordnede og som Sundhedskartel på en række specifikke områder på vegne af vores sundhedsprofessionelle medlemmer, så det faglige fokus slipper jeg ikke ved disse overenskomstforhandlinger. Det bliver spændende at skulle forhandle under nye rammer - det bliver hårdt arbejde, men jeg glæder mig til at komme i gang."

Forhandlingsfællesskabet, Sundhedskartellet, KL og Danske Regioner udveksler krav i midten af december. Tidsforløbet bliver nogenlunde det samme for de sygeplejersker, der er ansat i staten. Her forhandler Dansk Sygeplejeråd gennem CO10, der er forhandlingsorganisation for 34 faglige organisationer.

Efter planen skal forhandlingerne om OK15 afvikles i januar og februar. Når forhandlingerne er afsluttet, og der efter planen er indgået aftaler, skal de til urafstemning blandt de stemmeberettigede medlemmer i Dansk Sygeplejeråd.

Læs mere om OK15 og følg med i forhandlingerne på alle tre områder på www.dsr.dk/ok15



Grete Christensen ser det nye forhandlingsfællesskab som en enestående mulighed for at sikre Dansk Sygeplejeråd og Sundhedskartellet større indflydelse på forhandlingsløsningerne ved de generelle overenskomstforhandlinger.



Gevinster ved at sikre ordentlig tid til arbejdet

Både borgerne og arbejdspladsen vinder, når offentligt ansatte har tid til at gøre et ordentligt stykke arbejde. Det nedsætter antallet af arbejdsrelaterede stress-sygedage. Vejen frem er dialog på arbejdspladsen, viser en ny undersøgelse.

Følelsen af at have tid til at gøre sit arbejde hænger nøje sammen med antallet af sygedage pga. arbejdsrelateret stress. Det viser en ny undersøgelse, hvor 2.700 kommunalt og regionalt ansatte har deltaget. Undersøgelsen er lavet af de faglige organisationer i samarbejdet "Vores Aftaler Din Styrke".

Ifølge undersøgelsen oplever 51 pct. af de offentligt ansatte, at de har tid nok til at lave deres arbejde. Omvendt svarer 47 pct., at de ikke har tid nok til at lave deres arbejde.

Inden for den sidste gruppe er andelen af medarbejdere, der har haft sygefravær pga. arbejdsrelateret stress, over dobbelt så høj som i den første gruppe.

"Vi ved, at mange offentligt ansatte og også sygeplejersker er under stigende arbejdspress for at levere mere på kortere tid, bruge mere tid på dokumentation og være

færre medarbejdere til flere opgaver. Hvis det skal lykkes med respekt for arbejdsmiljøet, er dialog og medindflydelse helt afgørende, så medarbejdere og ledelse sammen kan sætte ordentlige rammer for arbejdet," siger Grete Christensen, formand for Sundhedskartellet og Dansk Sygeplejeråd, og tilføjer:

"Det bliver også et vigtigt tema for os ved de kommende overenskomstforhandlinger."

Dialog nedsætter sygefravær

Undersøgelsen viser, at inden for gruppen, der har tid nok, har 7 pct. været sygemeldt inden for det seneste år. Det tal er oppe på 16 pct. i gruppen af kommunalt og regionalt ansatte, der ikke har tid til deres arbejde.

"Hvis vores medlemmer oplever, at de har svært ved at nå deres opgaver i løbet af en arbejdsdag og dermed må gå på kompromis

med deres faglighed, ved vi, at det giver frustrationer og manglende arbejdsglæde. Undersøgelsen viser, at god dialog med medarbejderne om den udfordring er helt afgørende og nedsætter sygefraværet. Det er jo en klar opfordring til ledelser rundt omkring: Sygeplejersker er med til at levere løsninger gennem inddragelse, dialog og samarbejde," siger Grete Christensen.

59 pct. af de offentligt ansatte, der siger, at deres ledelse er i god dialog med medarbejderne, svarer også, at de har tid nok til deres arbejdsopgaver. Ser man på den gruppe, der ikke mener, at deres ledelse er i god dialog med medarbejderne, så siger kun 33 pct., at de har tid nok til deres arbejdsopgaver. Med andre ord er der sammenhæng mellem ledelsen, der er i god dialog med sine medarbejdere, og en hensigtsmæssig planlægning af opgaver, viser undersøgelsen.

Er dit medlemskab korrekt?

Vi skal til at forhandle nye overenskomster, og derfor er det vigtigt, at du er medlem af Dansk Sygeplejeråd, og at dit medlemskab er korrekt registreret hos os. Skulle overenskomstforhandlingerne mod forventning ende i en konflikt, er det nemlig udelukkende aktive medlemmer, der kan få økonomisk støtte af Dansk Sygeplejeråd (undtaget herfra er medlemmer med begrænsede rettigheder).

Dit medlemskab skal være på plads, og dine oplysninger skal være korrekt registreret senest 31. december 2014.

Der er dog visse undtagelser:

- Studerende, der bliver færdige efter den 1. januar 2015, kan melde sig ind senest måneden efter gennemført uddannelse.
- Sygeplejersker på barsel uden løn fra arbejdsgiver med nedsat kontingent kan melde sig fuldt aktive, når dagpengeperioden ophører.

- Sygeplejersker med passivt medlemskab kan melde sig aktive efter den 1. januar 2015 i forbindelse med, at de genoptager sygeplejefagligt arbejde.
- Sygeplejersker, der har været i udlandet (inkl. Grønland).
- Sygeplejersker, der har været beskæftiget uden for sygeplejen, og som påbegynder job i perioden efter den 1. januar 2015 og frem til en evt. konflikt, kan senest en måned efter tiltrædelsen melde sig ind igen og blive berettiget til understøttelse.

Er du i tvivl om, hvordan dit medlemskab er registreret hos Dansk Sygeplejeråd, kan du logge dig på hjemmesiden og foretage eventuelle rettelser under "Mit DSR". Du er også velkommen til at kontakte Medlemsservice på tlf. 3315 1555 - tast 1.

Nye medlemmer kan også kontakte Medlemsservice eller læse mere om medlemskab af Dansk Sygeplejeråd og melde sig ind på www.dsr.dk/blivmedlem

Få mere sul på pensionen...



I 2014 får du

7,6%

i rente

Se hvilken forskel en supplerende
pensionsopsparing kan gøre
www.pka.dk/mer

pka



Sammen giver
vi mere tilbage



Formand fik tjekket sin lungefunktion

Foto **Simon Klein-Knudsen**

I anledning af International Lungedag den 19. november 2014 besøgte formand for Dansk Sygeplejeråd Grete Christensen Forebyggelsescenter Nørrebro i København. Her stod flere sygeplejersker klar til at måle borgernes lungefunktion for at op-

spore tidlige tegn på syge lunger. Hver 10. dansker har problemer med lungerne, men mange ved det ikke selv. På billedet måler sygeplejerske Lisbeth Jul Olsen (th.) Grete Christensens lungefunktion.

DSR I MEDIERNE

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

Mænd kan godt blive sygeplejersker

... "Så nej, sygeplejefaget er ikke kun for kvinder. Det vil styrke både fag og profession, at sammensætningen af sygeplejersker afspejler samfundet, og det vil skabe dynamik på arbejdspladserne. Det vil i sidste ende komme patienter og borgere til gode," skriver formand for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, i en klumme i Jyllands-Posten.

Sygeplejersker: Hele systemet skal pilles ned

Sundhedsminister Nick Hækkerup (S) er klar til at fjerne unødvendige registreringer i psykiatrien. Det glæder næstformand for Dansk Sygeplejeråd Dorte Steenberg: "Man har skabt et meget sindrigt og besværligt system, som ingen forstår. Det kan ikke ju-

steres eller forbedres. Det skal bare pilles ned, så vi kan få en ramkestyring, hvor fagfolkene selv kan afgøre, hvad der skal til for at skabe resultater," siger hun til Berlingske Nyhedsbureau.

Psykiatraftale giver kompetenceløft

Den nye psykiatraftale til 2,2 mia. kr. får ros blandt læger og sygeplejersker. "Vi er specielt glade for, at aftalen betyder et generelt kompetenceløft af personalet i psykiatrien, bl.a. i form af flere specialuddannede sygeplejersker. Kompetenceløftet vil på sigt utvivlsomt reducere brugen af bæltefiksering og tvangsmedicinering. Det er en stor gevinst for både patienter og personale," siger Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd, til berlingske.dk.



Uddrag af Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensens kalender.

KONTINGENTSATSER FOR 2015

Studerende	
Under uddannelse til sygeplejerske	143,00 kr. pr. kvartal
Erhvervsaktive medlemmer	
Aktive sygeplejersker	1.399,00 kr. pr. kvartal
Dimittender	1. måned kontingentfri
Beskæftiget maks. 12 timer om ugen i gennemsnit	701,00 kr. pr. kvartal
Under videreuddannelse med SU	352,00 kr. pr. kvartal
På dagpenge (barsel (dagpengeperioden)/ledighed/ sygdom o.l.)	352,00 kr. pr. kvartal
Seniormedlemmer	
Seniorer på efterløn eller alderspension	196,00 kr. pr. kvartal
Passive medlemmer	
Bosat i udlandet	672,00 kr. pr. år
Passiv (orlov uden løn, overgået til andet erhverv)	168,00 kr. pr. kvartal

DU KAN FÅ NEDSAT KONTINGENT, HVIS DU:

- vil videreudanne dig, og du arbejder et begrænset antal timer som supplement til din SU. Så får du en kontingentnedsættelse til 25 pct.
- er nyuddannet. Du får den første måned efter uddannelsens afslutning kontingentfri.
- i gennemsnit arbejder og får løn for maks. 12 timer om ugen. Så kan du få kontingentet sat ned til 50 pct.
- er på dagpenge. Så kan du få kontingentet sat ned til 25 pct.
- går på pension eller efterløn og stopper med at arbejde som sygeplejerske. Du bevarer din ret til at stemme ved valg til organisatoriske poster, og du har taleret på kredsens generalforsamlinger, og du får et specielt seniorkontingent.
- er stoppet i dit job, skifter erhverv eller flytter til udlandet. Så kan du søge om passivt medlemskab. Du kan fortsat få adgang til en række medlemsfordele, selvom du er passivt medlem.

Ring til Dansk Sygeplejeråd, hvis du vil vide mere, på 3315 1555 #1

Fleksjob og kontingent

Hvis du har fået bevilget fleksjob efter den 1. januar 2013, skal du være opmærksom på, om du betaler det rette kontingent til Dansk Sygeplejeråd.

Vi anbefaler dig at kontakte DSR's Medlemsservice med henblik på at få fastsat det rette kontingent.

Ring på 3315 1555 # 1 eller send en mail til dsr@dsr.dk, hvis du vil høre om dine muligheder.

” Forudsætningen for vores medlemmer har været at få etableret en dialog. Der er ikke indgået nogen konkrete aftaler endnu, men det var til gengæld et krav fra regionen, at sygeplejerskerne skulle genoptage arbejdet, før dialogen kunne sættes i gang. Det er sygeplejerskerne i Roskilde og Køge gået med til.

Helle Dirksen, formand for Dansk Sygeplejeråd i kreds Sjælland, til Berlingske Nyhedsbureau den 26. november om en strejke blandt anæstesisygeplejerskerne på Roskilde og Køge Sygehuse, som oplever, at lønnen ikke modsvarer arbejdsbetingelserne.

5. december

- Møde om projekt "Borgernes sundhedsvæsen – vores sundhedsvæsen", Danske Regioner, København

9. december

- Bestyrelsesmøde i Dansk Sygeplejehistorisk Museum, Kolding

11. december

- Dialogmøde med Sundhedsministeriet vedr. regeringens sundhedsstrategi, København

12. december

- Bestyrelsesmøde i Sygeplejerskernes Fritidsboliger, Kvæsthuset, København

15. december

- FTF forretningsudvalgsmøde, FTF, København
- Repræsentantskabsmøde i Forhandlingsfællesskabet, Arbejdermuseet

16. december

- Forhandlingsudvalgsmøde i Sundhedskartellet, Kvæsthuset, København
- Møde med formanden for Foreningen af Kliniske Diætister, København

17. december

- Arbejdspladsbesøg på Kirurgisk Ambulatorium Sygehus Himmerland, Farsø

18. december

- Sundhedskartellets præsentation af krav i Danske Regioner og KL

6. januar

- Møde med FOA og Ældre Sagen om værdighed i ældreplejen, København

12.-13. januar

- Seminar for ledende sygeplejersker i kommunerne, Hotel Koldingfjord

Vores fornemste opgave er at varetage sygeplejerskernes interesser

Tekst **Mads Krøll Christensen** • Foto **Simon Klein Knudsen**

I starten af november blev næstformandsvalget i Dansk Sygeplejeråd afgjort. Med valgresultatet ligger sammensætningen af Dansk Sygeplejeråds formandskab fast for den kommende periode. Sygeplejersken har spurgt de tre sygeplejersker, som udgør formandskabet, om de kommende udfordringer.

Grete Christensen, som formand for Dansk Sygeplejeråd, hvilken overordnet linje ser du for arbejdet i organisationen for de kommende år?

GRETE CHRISTENSEN: "Vi skal fortsætte arbejdet med at bringe Dansk Sygeplejeråd tættere på medlemmerne. For mig er det utrolig vigtigt, at organisationen hænger sammen. Det vil bl.a. sige, at sygeplejerskerne får den støtte og opbakning, som de har brug for. Det gælder både på arbejdspladsen, i kredsen og fra centralt hold. Arbejdet med at sikre sammenhæng i organisationen bliver vi aldrig færdige med. Det er en løbende proces, som vi skal vedligeholde. Derudover er det vores fornemste opgave at opnå resultater for medlemmerne, såvel i forhandlingerne om løn og ansættelse som ved at påvirke den sundhedspolitiske udvikling med åbenlyse muligheder for sygeplejerskers faglige uddannelse og udvikling som omdrejningspunkt."

Dansk Sygeplejeråd har de seneste år arbejdet på at styrke medlemsfordelene, både de kontante og de faglige. Vil det arbejde fortsætte?

ANNI PILGAARD: "Det korte svar er ja. Dansk Sygeplejeråd er medlemmernes organisation. Netop derfor skal vi i højere grad differentiere vores tiltag og henvende os direkte til forskellige medlemsgrupper. Alle medlemmer skal opleve, at vi repræsenterer deres gren af faget. Vi skal være lydhøre. Og vi skal turde tænke nyt og

agere på nye måder. På den organisatoriske bane skal vi også styrke båndene til de faglige selskaber. Det er en helt utrolig mængde viden og ekspertise, de har på deres respektive felter. Jeg ser et stort potentiale i et styrket og udbygget samarbejde med selskaberne. I et tæt samspil skal vi finde ud af, hvordan vi bedst muligt kan understøtte hinanden."

Uddannelsespolitik er traditionelt et område, som har fyldt meget i Dansk Sygeplejeråd, og uddannelses- og forskningsministeriet har netop bebudet en revision af sygeplejerskeuddannelsen. Kommer udformningen af den nye sygeplejerskeuddannelse til at præge de kommende års arbejde?

DORTE STEENBERG: "Ja, i høj grad. Revisionen af uddannelsen åbner jo op for, at en lang række af aktører vil forsøge at påvirke udformningen af fremtidens sygeplejerskeuddannelse. Derfor er vi allerede gået meget aktivt og engageret ind i arbejdet. Min holdning er klar. Vores uddannelse har en lang historie og er forankret i høj faglighed og på et tydeligt værdigrundlag. Det skal vi holde fast i. Og vi skal holde fast i, at det er sygeplejen og sygeplejerskerne selv, der er grundstammen i at udvikle og kvalificere den viden og kunnen, som sygeplejefprofessionen hviler på."

Via bl.a. undersøgelser og artikler har Dansk Sygeplejeråd i de seneste år sat mere og mere fokus på sygeplejerskers arbejdsmiljø. Er det en udvikling, der vil fortsætte?

DORTE STEENBERG: "Ja, afgjort. Vi skal fortsætte indsatsen for et forbedret arbejdsmiljø. Vi har i dag meget konkret viden om sygeplejerskers arbejdsmiljøbelastninger. Nogle af udfordringerne kan løses lokalt på arbejdspladsen. Og bliver det. Men det er helt afgørende, at det poli-

tiske Danmark bliver mere opmærksomme på og ansvarlige for de arbejdsmiljømæssige konsekvenser, som deres beslutninger i nogle tilfælde har."

ANNI PILGAARD: "Når sygeplejersker oplever et forringet arbejdsmiljø, ser vi ofte, at borger- og patientsikkerheden forringes tilsvarende. Det betyder, at sygeplejersker oplever konsekvenserne af politikernes beslutninger på nærmeste hold. Borgerne og patienterne oplever det på egen krop. Derfor skal vi udbygge alliancen med borgerne, for det er en stærk alliance til gavn for alle parter og et budskab, der vil blive lyttet til."

Er der andre udfordringer, I vil pege på?

DORTE STEENBERG: "Ja, der er flere. Eksempelvis skal vi intensivere arbejdet med at sikre ledernes handlerum og muligheder. Det skal vi også, når det gælder vores tillidsvalgte. Mange af de tillidsvalgte oplever, at deres muligheder for indflydelse bliver svækket. Og det er en uklog udvikling. Hvis man vil noget nyt, må man gå nye veje. Desværre er de svar, politikere og de øverste ledere hidtil er kommet med, fyringer, sparerunder, produktivitetsspres og mere i samme boldgade. I virkeligheden er det medarbejdernes viden, der skaber de bedste løsninger. Det er i den retning, vi skal prøve at præge beslutningstagerne."

GRETE CHRISTENSEN: "Det, jeg oplever på mine mange arbejdsplads- og klinikbesøg, og som jeg hører fra de tillidsvalgte, er, at sygeplejersker presses mere og mere på fagligheden. Det er os selv, der skal værne om vores egen faglighed og profession. Det er der ingen, som gør for os. Dansk Sygeplejeråds fornemste opgave er at varetage sygeplejerskernes interesser. Det er det, vi er sat i verden for. Og det arbejde skal og vil vi fortsætte."

Dansk Sygeplejeråds to næstformænd Anni Pilgaard (i midten) og Dorte Steenberg (th.) blev begge genvalgt ved næstformandsvalget i november, og de er nu sammen med formanden Grete Christensen klar til at møde de kommende års udfordringer for Dansk Sygeplejeråd.



Vær aktiv i Seniorsammenslutningen

Dansk Sygeplejeråds Seniorsammenslutning tilbyder en lang række aktiviteter rettet mod pensionerede sygeplejersker over hele landet.

For at fremme samarbejdet mellem Dansk Sygeplejeråd, kredsene og Seniorsammenslutningens medlemmer er der nedsat et kontaktudvalg i hver valgkreds, og her har du mulighed for at gøre din indflydelse gældende.

Dora Pawlowski er formand for Seniorsammenslutningens Kontaktud-

valg i Hovedstaden og tidligere oversygeplejerske og afdelingssygeplejerske på Rigshospitalet.

Hun fortæller:

"Dét at være medlem af et kontaktudvalg for mig er gavnligt, givende og godt på mange fronter. Jeg har næsten fået en ny familie, med både jævnaldrende, yngre og ældre kolleger. Det holder mig i gang både fysisk og psykisk, og det gør, at jeg ikke føler mig sat hen i en krog. Der er stadig brug for det, jeg kan bidrage med."



Dora Pawlowski, formand for Seniorsammenslutningens Kontaktudvalg i Hovedstaden.

Seniorerne tager på højskole i 2015

Seniorsygeplejerskerne afholder højskoleuge/landsmøde og generalforsamling fra den 2. august til den 8. august 2015 på Højskolen Marielyst, Bøtøvej 2, 4873 Væggerløse.

Ugens emner er:

- Vi tager Falster rundt
- Der er udflugt til Sydstenen, Maribosøerne, Nysted og Fuglsang Kunstmuseum
- Vi hører forskellige foredrag
- Kurset indeholder også fælles aktiviteter på højskolen, hvor der kan vælges mellem flere aktiviteter.

Se det fulde program for højskoleugen på Seniorsammenslutningens hjemmeside www.dsr.dk/seniorer.

Tilmelding direkte til højskolen Marielyst på telefon 5413 6361. Det anbefales at tilmelde sig inden den 30. december 2014.

Sygeplejefaglig dag

I forbindelse med højskoleopholdet inviterer Seniorsammenslutningen til sygeplejefaglig dag **onsdag den 5. august 2015**.

Programmet for dagen er:

kl. 10.00-12.15

Foredrag ved formand for Dansk Sygeplejeråd Grete Christensen "Udvikling i sygeplejen - skal sundhedsvæsenet privatiseres?"

kl. 13.30-14.30

Generalforsamling i Seniorsammenslutningen i Dansk Sygeplejeråd

kl. 14.30

Kaffe

kl. 15.00-17.00

Foredrag ved Susse Wold "Fremkaldt"

For den sygeplejefaglige dag inklusive formiddagskaffe, middagsmad og eftermiddagskaffe koster det 100 kr.

For den sygeplejefaglige dag inklusive formiddagskaffe, middagsmad, eftermiddagskaffe og aftensmad koster det 200 kr.

Tilmelding direkte til højskolen Marielyst på telefon 5413 6361.

Du kan læse mere om Seniorsammenslutningen på www.dsr.dk/seniorer

**SENIOR
SAMMENSLUTNINGEN**
Dansk Sygeplejeråd



GLÆDELIG JUL!

Vi ønsker alle medlemmer af Dansk Sygeplejeråd og alle vores samarbejdspartnere en rigtig glædelig jul og et godt nytår. DSR er en fagforening med ambitioner, det viste vi på vores kongres i 2014, og vi oplevede tydeligt fællesskabet og den stærke faglighed blandt sygeplejersker, da 1.600 sygeplejersker i september var samlet på Sygeplejefestivalen.

Tak for et godt og begivenhedsrigt år, hvor mange af jer har bidraget til vores aktiviteter og resultater.

I juletiden, er det tid til at holde fri sammen med sine nærmeste, og selv om der også er patienter at passe i juledagene, og sygeplejersker på den måde plejer patienter og yder omsorg på alle årets dage, så er det vigtigt at sygeplejerskerne også passer på hinanden og på deres nærmeste. Sygeplejerskerne er der for patienterne årets 365 dage og hele døgnet rundt, og det er ganske givet en del af forklaringen på, at sygeplejerskerne igen i år havde den højeste tillid i befolkningen.

Også i år støtter vi her ved juletid UNICEF og julemærkefonden gennem Dansk Sygeplejeråds Solidaritetsfond.

Grete Christensen
Formand

Anne Granborg
Adm. direktør

Dansk Sygeplejeråd



Ændret uddeling af fagbladet Sygeplejersken

Fra januar 2015 uddeles SYGEPLEJERSKEN alene af bude fra Bladkompagniet. Udgivelsesdagen skifter derfor fra fredag til mandag.

Sygeplejersken bliver fra januar 2015 distribueret udelukkende af bude fra Bladkompagniet. Hidtil har uddelingen af Sygeplejersken været delt mellem bude fra PostDanmark og Bladkompagniet.

Den delte distribution har betydet, at bladet indtil nu er blevet uddelt over mange dage, fra torsdag til tirsdag inklusive lørdag/søndag. Ændringen til kun én distributør betyder, at Sygeplejersken fremover uddeles på færre dage, nemlig lørdag/søndag og mandag. Den officielle udgivelsesdag skifter fra fredag til mandag.

Hvis bladet udebliver

På trods af, at distributøren og de enkelte bude gør sig store anstrengelser

for at aflevere Sygeplejersken på rette sted i enten postkassen eller gennem brevsprækken, hænder det, at et medlem ikke modtager bladet – eller måske finder det foran hoveddøren. Det er ikke den korrekte måde at aflevere bladet på, og i alle de tilfælde, hvor redaktionen hører om det, bliver der taget affære for at rette fejlen.

Men for at Sygeplejerskens redaktion kan forbedre forholdene, så kræver det, at redaktionen får besked om problemet. Det sker ved, at medlemmet skriver sin klage til mailadressen udeblevetblad@dsr.dk

Husk altid at anføre både navn, adresse og medlemsnummer i henvendelsen.

Aflåste opgange

Redaktionen er opmærksom på, at flere medlemmer ikke har modtaget Sygeplejersken, fordi døren til opgangen, hvor de bor, er aflåst, og at budet ikke har en nøgle til

opgangsdøren. Dette er en fejl. Budet fra Bladkompagniet skal have udleveret en nøgle til opgangen, og det er en opgave, som Bladkompagniet tager sig af. Besked til redaktionen om problemer med låste opgange gives også på mailadressen udeblevetblad@dsr.dk

Næste nummer

Også i 2015 udkommer Sygeplejersken med 14 numre fordelt over året. Produktionen af bladet er tilrettelagt, så der udkommer otte numre før sommerferien og seks numre efter. Det er ikke muligt at udkomme med lige store tidsintervaller mellem hvert nummer. I indholdsfortegnelsen i Sygeplejersken står der, hvornår næste nummer udsendes. Og på sygeplejersken.dk > Om sygeplejersken > Udgivelsesplan findes en oversigt med oplysning om udgivelsestidspunkter for hele året.

Kandidatstuderende drøftede fremtiden

Tekst **Karen Lund**

Hvordan kan kommende kandidatstuderende være med til at løfte udviklingen i sundhedsvæsenet? Det blev drøftet på Dansk Sygeplejeråds dialogmøde i november, hvor de 35 fremmødte kandidatstuderende også fik gode råd om løn og ansættelsesvilkår.

Der var en god dialog mellem kandidatstuderende sygeplejersker og Dansk Sygeplejeråd, da DSR holdt dialogmøde mandag den 17. november på Aarhus Universitet - Campus Emdrup. Her mødte over 35 kandidatstuderende op for at drøfte deres fremtidsmuligheder.

På dialogmødet blev uddannelses- og karrieremuligheder drøftet, samt hvordan de kommende kandidater kan være med til at løfte udviklingen i sundhedsvæsenet. Dansk Sygeplejeråd gav også gode råd til, hvordan kandidaterne håndterer løn og ansættelsesvilkår.

Kandidatstuderende vil løfte fagligheden

De studerende var på dialogmødet i Emdrup meget engagerede omkring, hvordan de kan være med til at bruge deres uddannelse til at løfte fagligheden. Kandidatstuderende Tina Thunø deltog i dialogmødet, og det er vigtigt for hende at tage en kandidatuddannelse for at være med til at løfte fagligheden.

"Jeg blev inspireret til at læse videre, da jeg var en del af forskningsprojektet RE-SPECT på Rigshospitalet, der skaber rehabilitering af kræftsyge børn. Der blev jeg inspireret af andres viden, og det gav mig lyst og mod på at læse videre på kandidatuddannelsen, så jeg kan være med til at løfte fagligheden og synliggøre sygeplejen," siger Tina Thunø og tilføjer:

"Som sygeplejerske er der gode uddannelsesmuligheder. Der er en mulighed for fordybelse i et fag, som jeg finder mig rigtig godt til rette i. Jeg har mange års praktisk erfaring, og hvis jeg skal udbygge det, så er cand.cur.-uddannelsen en rigtig god mulighed for mig. Derfor sætter jeg pris på, at Dansk Sygeplejeråd

arrangerer det her dialogmøde og kommer mig i møde. Det betyder meget at få den opbakning."

Særlig indsats for kandidatstuderende

Som sygeplejerske med en kandidatuddannelse er der mange muligheder og spændende udfordringer i vente. Dansk Sygeplejeråd ønsker sammen med kandidaterne at påvirke udviklingen i fremtidens sundhedsvæsen og sygeplejefprofessionen. Dansk Sygeplejeråd laver derfor en særlig indsats for at rådgive kandidatstuderende og styrke deres muligheder i sundhedsvæsenet.

"For Dansk Sygeplejeråd er det vigtigt at være en god rådgiver og sparringspartner for kandidatstuderende, så vi får høj faglig rådgivning om uddannelses- og karrieremuligheder og ansættelsesvilkår. Vi arbejder hele tiden på, hvordan kandidater kan blive nøglepersoner i udviklingen af sundhedsvæsenet," siger næstformand Dorte Steenberg.

Dansk Sygeplejeråd har holdt fire dialogmøder for kandidatstuderende dette efterår på hhv. Københavns Universitet - Panum Institutet, Aarhus Universitet - Campus Emdrup, Syddansk Universitet - Campus Odense, og Aarhus Universitet. Møderne vil fremover blive afholdt to gange årligt hvert sted, dels i starten af studieåret og frem ved slutningen af 2. studieår.

Gode råd til kandidatstuderende

Husk at du kan få nedsat dit kontingent, mens du videreuddanner dig på SU.

Fortæl os på www.dsr.dk hvilken videregående uddannelse du er i gang med - eller har gennemført - så vi bedre kan målrette vores tilbud til dig.

Kandidatstuderende anbefales altid at kontakte kredsen for rådgivning i god tid i ansættelsesforløb for at sikre de bedste vilkår i kontrakten.

LoFric® Sense™ og LoFric® Origo™
- god hygiejne og diskret design

STOP URINVEJS-INFJEKTIONER

Bestil gratis vareprøver på LoFric.dk eller ring 4362 4332

wellspect HEALTHCARE

© 2014 Wellspect HealthCare, a DENTSPLY International Company. All rights reserved. 76009-DK1410. LoFric® is the registered trademark of Wellspect HealthCare

Ny sygeplejerskeuddannelse på vej

Tekst **Sigurd Nissen-Petersen**

Uddannelsen til sygeplejerske skal ses efter i sømmene, så den i endnu højere grad matcher fremtidens behov. Det har regeringen besluttet og sætter derfor gang i et arbejde, der skal revidere uddannelsen. Dansk Sygeplejeråd har i den forbindelse allerede fremlagt sit eget uddannelsesudspil.

Uddannelses- og Forskningsministeriet sætter nu gang i et udviklingsarbejde, der skal fokusere på, hvordan rammer og indhold på de sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser – herunder sygeplejerskeuddannelsen – kan justeres, så de studerende bliver endnu bedre rustet til arbejdet i fremtidens sundhedsvæsen.

Samtidig har ministeriet offentliggjort en kortlægning af fremtidens kompetencebehov, det såkaldte uddannelsesfremsyn. Rapporten viser, at fremtidens sundhedspersonale bl.a. skal kunne samarbejde tværfagligt, forstå hver patients sygdom i en helhed og kunne tilpasse kommunikation og sundhedstilbud til hver enkelt patient. Kortlægningen bliver afsætt for ud-

viklingsarbejdet sammen med udspil fra KL, Danske Regioner og de faglige organisationer, lyder det.

Dansk Sygeplejeråd ser frem til samarbejdet:

”Der er flere gode grunde til at revidere sygeplejerskeuddannelsen, det er vi enige i, og vi mener, at sygeplejerskeuddannelsen sådan set hele tiden er til diskussion. Vores uddannelse har en lang historie og tradition og er dybt forankret i høj faglighed og et tydeligt værdigrundlag, som har dannet en unik ramme om uddannelsens udvikling gennem de seneste 80 år. Det skal vi holde fast i,” siger Dorte Steenberg, næstformand i Dansk Sygeplejeråd.

I regi af Sundhedskartellet har Dansk Sygeplejeråd fået udarbejdet rapporten ”Kompleks fremtid og reflekseive sundhedsprofessionelle”, som er 11 sundhedsorganisationers bud på fremtidens udfordringer for deres uddannelser på sundhedsområdet.

”Med rapporterne har vi nu et solidt grundlag, som vi kan bidrage med, og vi ser frem til et godt samarbejde, hvor vi

skal sørge for at inddrage relevante sundhedsfaglige personer med viden fra både hverdagens udfordringer og kompleksitet såvel som fra forskning inden for både sundhed og læring,” siger Dorte Steenberg.

En vigtig pointe i Sundhedskartellets rapport er, at sundhedsprofessionelt arbejde er komplekst og involverer modsatrettede interesser og kundskabsformer, og at reflekseive sundhedsprofessionelle er forudsætningen for et effektivt sundhedsvæsen. Et andet centralt fokusområde er at sikre en øget kvalitet i de kliniske uddannelsesforløb og behovet for øget fokus på patientens perspektiv og patientsikkerhed.




Rapporten understreger også vigtigheden af tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, fokus på videnskabsteori og metode, sundhedsfremme og forebyggelse, teknologi og it samt på sundhedssystemets organisering og virkemåde.

Hele Sundhedskartellets rapport om fremtidens uddannelser kan læses på www.dsr.dk > søg på ”uddannelsesprojekt”



Pakningsstørrelse
8 tabletter

Probiotiske Mælkesyrebakterier som naturlig beskyttelse af vagina

-  Til forebyggelse og behandling af bakteriel vaginose
-  Efter antibiotisk behandling af vaginitis
-  Behandlingen er nem, sikker og pålidelig.

Gynolact opløses hurtigt og kan bruges af kvinder i alle aldre. Mælkesyrebakterierne beskytter skeden og hjælper med at opbygge den naturlige balance i løbet af bakteriel vaginose. 1 tablet dagligt indeholder 2 x 10 mælkesyrebakterier: L.acidophilus, L.casei, L.rhamnosus.

Fås på apoteket, i Matas og i helsebutikker.

Vitalans ApS
www.vitalans.dk
Storegade 5, 2. sal, 7330 Brande / Tlf. 28 77 73 30

NYHED!
**GYNO-
LACT**
FORSTÅR KVINDER



Sag om lændeskade skal gå om

Tekst **Rikke Brams**

Dansk Sygeplejeråd opdager i forbindelse med en erstatningssag om en lænderygsygdom, at der er fejl i den vejledning, som Arbejdsskadestyrelsen sender med til speciallægen, når de indhenter en erklæring til vurdering af en rygskaade. Den konkrete sag går nu om, og Dansk Sygeplejeråd frygter, at fejlen kan have haft betydning for udfaldet af flere sager de sidste 14 år. Arbejdsskadestyrelsen afviser den generelle kritik.

En 60-årig sygeplejerske anmelder i samarbejde med Dansk Sygeplejeråd sine rygproblemer til Arbejdsskadestyrelsen som en arbejdsrelateret sygdom. Den pågældende sygeplejerske gik på førtidspension pga. ryggen i 1994 efter 20 år som sygeplejerske. Sagen går i gang, og Arbejdsskadestyrelsen bestiller herefter en arbejdsmedicinsk speciallægeerklæring, præcis som det er kutyme i disse sager.

Da speciallægeerklæringen ligger klar, viser der sig at være stor forskel på omfanget af rygbelastninger, som lægen har rapporteret, sammenlignet med den beskrivelse, som Dansk Sygeplejeråd har lavet sammen med medlemmet.

Af den officielle vejledning fra år 2000 fremgår følgende: "Fælles for de personløft/-håndteringer/-forflytninger, der kan tælles med, gælder, at de skal have indebåret et element af løft, hvor medarbejderen helt eller delvist har løftet patient/beboerens vægt."

Der skal være tale om minimum 20 rygbelastninger om dagen i 8-10 år, før det kan anerkendes som en arbejdsskade.

Uofficiel "skuffevejledning" dukker op

Men sagsbehandleren i Dansk Sygeplejeråd finder ud af, at Arbejdsskadestyrelsen fremsender en uofficiel vejledning til den undersøgende arbejdsmedicinske speciallæge, hvoraf det fremgår, at lægen kun skal beskrive antallet af "egentlige løft" og ikke - som det fremgår af den officielle vejledning - antallet af personløft, personhåndteringer og personforflytninger med et element af løft.

Antallet af egentlige løft er naturligvis ikke lige så højt, som hvis man tæller antal-

let af håndteringer, løft og forflytninger, som indeholder elementer af løft, med. Metoden til at opgøre antallet af løft kan derfor være afgørende for, om der har foregået et minimum på 20 om dagen, som der officielt skal være, for at det kan anerkendes som en arbejdsrelateret sygdom.

Sag vurderes på ny

Tilbage til sagen fører erklæringen fra speciallægen til, at styrelsen ikke anerkender den 60-årige sygeplejerskes lænderygsygdom med henvisning til, at de fornødne krav for løft ikke er opfyldt. Dansk Sygeplejeråd anker sagen og gør samtidig Arbejdsskadestyrelsen opmærksom på, at der er forskel på den officielle vejledning til anerkendelse af lænderygsygdomme, som blev vedtaget i år 2000, og den manual, som styrelsen sender direkte til speciallægen, når de bestiller en speciallægeerklæring.

Det har nu ført til, at Arbejdsskadestyrelsen har indhentet en ny speciallægeerklæring og p.t. er ved at vurdere sagen på ny. Arbejdsskadestyrelsen har desuden tilrettet den pågældende vejledning, så formuleringen nu stemmer overens med den officielle vejledning på området.

Alle afviste sager gennemgås

En optælling i Dansk Sygeplejeråds arkiver viser, at der har været 180 sager om lænderygsygdomme, siden sygdommen blev anerkendt som en officiel arbejdsskade for plejepersonale i år 2000. Af de 132 sager, man kender udfaldet på, er 83 blevet anerkendt, mens 49 er blevet afvist. Dansk Sygeplejeråd er nu i gang med at gennemgå de 49 sager for at se, om den uofficielle vejledning sendt direkte til speciallægen har spillet en rolle. Og foreløbig er en sag altså genoptaget.

Arbejdsskadestyrelsen mener dog ikke, at der er sket fejl i sagsbehandlingen pga. de to divergerende vejledninger. I en skriftlig kommentar til Berlingske Nyhedsbureau oplyser styrelsen, at den ikke vurderer, "at den tidligere formulering af spørgsmålene til Arbejdsmedicinsk Klinik har været årsag til afvisning af skader, som burde være anerkendt."

Dansk Sygeplejeråd har nu skrevet til beskæftigelsesminister Henrik Dam Kristensen (S) og anmodet ham om som ansvarlig minister for området at foranledige, at Arbejdsskadestyrelsen får vurderet, om de afviste lænderygsager kan være afvist på et forkert grundlag.

Dansk Sygeplejeråd vil desuden informere de øvrige faglige organisationer i FTF og LO, der har medlemmer, som arbejder med plejeopgaver.



Dansk Sygeplejeråd opfordrer nu medlemmer, som har fået afslag på anerkendelse af en lænderygsygdom, til at kontakte arbejdsskadeteamet i Dansk Sygeplejeråd, så det kan blive afklaret, om der i den enkelte sag er grundlag for at søge om at få sagen genoptaget.

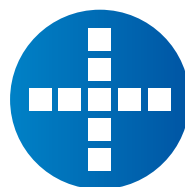
Arbejdsskadeteamet kan kontaktes via Dansk Sygeplejeråds hovednummer 3315 1555 eller på mail til arbejdsskadeteam@dsr.dk

”Jeg er så glad for at undvære det personlig opkald fra afdelingen ved sygemeldinger, fordi en SMS gør det muligt for mig at vende mit merarbejde med familien inden jeg selv byder på vagten”

Citatet er fra en brugerundersøgelse blandt sygeplejersker på Slagelse sygehus.

Sygemeldinger med kort varsel har i generationer været en særligt ressourcekrævende opgave for ledere, vagtplanlæggere og varme hænder på sygehuse og plejecentre. Men nu er det muligt på afdelingsniveau at sætte tilkald i system i en tilkaldeportal, frigøre tid til andre opgaver, og samtidigt gøre noget godt for arbejdsmiljøet. Plug & play via internet – ingen installationer.

Læs mere i online bruchuren på www.tilkaldeportal.dk



net-nurse
hele danmarks tilkaldeportal

www.net-nurse.dk

Tag os under jeres vinger

Martin Locht Pedersen, sygeplejestuderende i Aarhus

Kære tillidsrepræsentant

I Sygeplejestuderendes Landssammenslutning (SLS) har vi til dato det højeste medlemsantal nogen sinde, hvilket betyder, at vi pr. 1. november 2014 er 7.871 sygeplejestuderende, som er gået sammen i et fællesskab, hvor vi kæmper for de studerendes rettigheder og vores fag. Et fællesskab, som vores aktive ude i lokalbestyrelserne hver dag kæmper for at gøre endnu større og stærkere igennem aktiviteter, arrangementer og fagpolitiske opråb, der kan give de studerende verdens bedste uddannelse. Vi vil rigtig gerne levere dette antal medlemmer videre til Dansk Sygeplejeråd, når de studerende afslutter deres uddannelse.

Desværre oplever vi, at der sker for mange udmeldelser blandt de nyuddannede sygeplejersker, inden de har været medlemmer af Dansk Sygeplejeråd i to år. Det synes vi er ærgerligt, og spørgsmålet er - hvorfor?

En af de ting, vi hører blandt vores medstuderende, er, at de på mange områder ikke ved, hvad en fagforening laver, og nogle tror fejlagtigt, at en TR er en repræsentant fra hospitalsledelsen.

Når de er studerende, kan de forholde sig til, at SLS kan hjælpe dem igennem deres uddannelse, hvis de skulle få problemer, og de ser os synlige på deres uddannelsessted. Men når de går over og bliver sygeplejersker, kan frygten måske være, at de kun ser prisen på deres kontoudtog

og aldrig opdager alt det vigtige arbejde, Dansk Sygeplejeråd gør.

Der skal derfor lyde en opfordring til TR'erne og jer andre, der på fornem vis repræsenterer Dansk Sygeplejeråd ude på arbejdspladserne. Tag os under jeres vinger, mens vi stadig er studerende. Opsøg os, når vi er i klinik, og fortæl os om det arbejde, I gør. Ligesom at der er introforløb på arbejdspladserne, skal der også være introforløb til fagforeningen, så vi sikrer os, at fællesskabets styrke og vigtighed står krystalklart så tidligt som muligt.

På vegne af hele Forretningsudvalget i SLS.

Martin Locht Pedersen er medlem af forretningsudvalget i Sygeplejestuderendes Landssammenslutning.

Specialuddannelse til kræftsygeplejerske - din vej til nye udfordringer

Specialuddannelsen udvider dine faglige kompetencer så du kan varetage funktionsområdet for en *specialsygeplejerske i kræftsygepleje*.

Uddannelsen strækker sig over 1½ år, hvoraf 23 uger er teoretisk undervisning og de resterende 55 uger er klinisk uddannelse, som udgangspunkt på eget ansættelsessted med kortere praktik i andre afdelinger.

Du kan læse mere om uddannelsen på hjemmesiden, herunder hvad der forudsættes af dig, for at du kan optages på uddannelsen og hvornår der er ansøgningsfrist.

Specialuddannelsen i kræftsygepleje udbydes to steder i Danmark. I Aarhus starter uddannelsen **mandag d. 11. maj 2015** og i København på Metropol **mandag d. 9. november 2015**.

På Metropol kan du følge uddannelsen enten som traditionel uddannelse med fremmødeundervisning eller som fleksibel e-læringsuddannelse med kun 3 ugers fremmødeundervisning.

Læs mere på
rm.plan2learn.dk
søg på "kræftsygepleje"
phmetropol.dk/kraeft

midt
regionmidtjylland

PROFESSIONSHØJSKOLEN
METROPOL

Anni Pilgaard fortsat i ledelsen af AK-Samvirke

Dansk Sygeplejeråds næstformand Anni Pilgaard er uden modkandidater blevet genvalgt som næstformand i AK-Samvirke, brancheorganisation for 25 statsanerkendte arbejdsløshedskasser i Danmark.

"Det er en stor tillids erklæring, som jeg er meget glad for. Og det er et ansvar, som jeg er meget ydmyg overfor, og som jeg vil løfte gennem et bredt samarbejde," siger Anni Pilgaard.

Hun fremhæver problematikken om dagpengereformen og de forestående resultater fra Dagpengekommisionen som opgaver, der kommer til at fylde i den kommende periode. Anni Pilgaard peger også på mere nære problemstillinger som væsentlige for hendes arbejde.

"Eksempelvis er det ikke længe siden, at nyuddannede sygeplejersker havde mere end svært ved at få fodfæste på arbejds-

markedet. En af mine vigtigste opgaver er at medvirke til at skabe konkrete og holdbare løsninger på konkrete problemer. Det er et arbejde, jeg glæder mig meget til at fortsætte," siger Anni Pilgaard.

AK-Samvirke repræsenterer over 2,1 mio. medlemmer.

Førstepremie til to sygeplejersker

Sygeplejerskerne Jeanette Agregaard Jensen og Iben Asmussen Lisbjerg fra Medicinsk Gastroenterologisk Afdeling, Holbæk Sygehus, har vundet førstepremien ved den europæiske gastroenterologiske UEGV-kongres i Wien for sygeplejersker og læger. Det engelske fagblad Gastrointestinal Nursing vil senere bringe en artikel om sygeplejerskernes projekt.

Sygeplejerskernes projekt gik ud på at undersøge, om der kunne være en sam-

menhæng mellem mundsvamp og lavt zinkindhold i blodet hos deres patienter.

Sygeplejerskerne blev ansøret, da det er op mod 50 pct. af de gastroenterologiske patienter med nedsat kostindtag, der har lavt zinkindhold i blodet på Gastroenterologisk Afdeling. Og en del af patienterne har samtidig mundsvamp, så de to sygeplejersker anede en spændende sammenhæng.

Nytænkning og engagement udløser årets sygeplejerskepris

Kirsten Torp, Helsingør, har modtaget årets sygeplejerskepris på Nordsjællands Hospital. Hun får prisen for sin mangeårige ildhu for sit fag og for sine patienter på Gynækologisk-Obstetriske Afdeling.

Sygeplejerskeprisen uddeles til en sygeplejerske, der har leveret en markant, nyskabende og professionel indsats inden for sygeplejefaget i det seneste år.

Et konkret projekt, som Kirsten Torp har et særligt engagement i, er introduktio-

nen af unge aftenhjelperne på Gynækologisk-Obstetriske Afdeling. En ordning, der har frigjort sygeplejerskernes tid fra praktiske, ikke plejerelaterede opgaver over til mere patientnært arbejde.

Derudover får Kirsten Torp prisen for sit engagement inden for ambulante "minioperationer", hvor hun har sin spidskompetence, samt for sit samarbejde med eksterne virksomheder og andre hospitaler for at sikre patientsikkerheden.



Jeg er alkoholiker – men jeg drikker ikke mere

Ole "Bogart" Michelsen

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

Behandlingscenter TJELE

4 centre – også ét tæt på dig

Døgntelefon 70 20 40 80

www.tjele.com

Trine Helle Rasmussen

Sygeplejerske Trine Helle Rasmussen tabte sin kamp den 10. oktober. Hun blev kun 43 år og kæmpede stædigt for livet i næsten fire år mod sin brystkræftsygdom.

Trine uddannede sig til sygeplejerske i Randers i 2001 og var som et led i sin uddannelse studerende på børneafdelingen. Da Trine var uddannet, blev hun til vores held ansat på børneafdelingen. Trine arbejdede i fast aftenvag, da det fungerede bedst derhjemme, og hun elskede arbejdet i afdelingen om aftenen. Trine var sygeplejerske med stort S. Hun kunne sit kram, både når der var akut dårlige børn, der skulle hjælpes nu og her, og samtidig havde Trine også sit overblik hos de andre familier. Trine var hos os

frem til sommeren 2013, hvor hun måtte overgive sig og koncentrere sig om sit liv og sin sygdom.

Trine var en fantastisk kollega. Der var sjov og fest i arbejdet, men samtidig klare meldinger, hvis noget ikke passede i Trines verden. Vi vidste, hvad hun mente om en sag, og det er altid befriende for et godt kollegaskab.

Trine ville ikke være syg, og ville ikke styres af sin sygdom. Hun fortsatte med at løbe og nyde naturen. Hun ønskede at køre på motorcykel og tog kørekort dertil, samtidig med hun modtog sin skrappe behandling. Det var et skønt syn at se hende i lædertøj på sin store maskine.

Trines liv var først og fremmest hendes familie - Peter som hendes livs mand

og pigerne Lærke og Freja på 12 og 15 år, som hendes livs lys. Trine var mor med stort M og deltog altid aktivt i sine pigers hverdag.

Trine knyttede tætte bånd til sine nærmeste kollegaer, og de fulgtes tæt sammen i arbejdet, i livet og i Trines sygdom. Hun gav klar besked på, hvad hun ønskede og ikke ønskede. Klar tale og ingen tårer - tak. Der er en stor personlighed bag en sådan vilje.

Trine, vi savner dig, og alle vore tanker går til din Peter og dine piger Lærke og Freja.

Æret være Trines minde.

*Personalet på Børneafdelingen,
Randers.*

Gør en forskel
VIA Videreuddannelse



Savner du ny viden og kliniske færdigheder til arbejdet med **den ustabile borger i eget hjem?**

- så er "Borgere med ustabil kronisk sygdom" noget for dig - et diplommodul, der afvikles som en række tematiserede kursus-dage.

Læs mere på
via.dk/sundhed

 AARHUS
UNIVERSITET

Tag en brugbar videreuddannelse

I 2015 udbyder vi følgende uddannelser:

- **Kandidatuddannelsen i Sygepleje**
(både i Aarhus og København)
- **Masteruddannelsen i Klinisk Sygepleje**
(kun i Aarhus)

Vi inviterer til informationsmøder:

Onsdag 28. januar kl. 15-17 i Aarhus

(Auditoriet, Bygning 3410, Dalgas Avenue 4, 8000 Aarhus C)

Torsdag 29. januar kl. 15-17 i København

(Campus Emdrup, C001, Tuborgvej 164, 2400 København NV)

Læs mere om uddannelserne på
www.kandidat.au.dk/sygepleje og
www.au.dk/evu

Sektion for Sygepleje, Institut for Folkesundhed
Tlf 8716 8267; hn@ph.au.dk

HOSPITALS- HYGIEJNE 2015^(FYI)

KONFERENCE DEN 4. – 5. februar 2015 - KØBENHAVN – FIRST HOTEL COPENHAGEN

Hør talere fra:

Rigshospitalet
Odense Universitetshospital
Hvidovre Hospital
Aarhus Universitetshospital
Glostrup Hospital
ALECTIA
Statens Serum Institut
Sygehus Thy-Mors

Hør hvordan en målrettet indsats har øget rengøringskvaliteten

Hvad kan et tværfagligt samarbejde omkring hygiejne betyde for hospitalet?

Hospitalslogistik og hygiejne – hænger det overhovedet sammen?

DEBAT: Hvordan skal vi prioritere ressourcerne?

Patientsikkert sygehus – hvordan er det gået og hvad har vi lært?

TILMELD DIG PÅ
www.fyi.dk/hyg

Partner:

ALECTIA



FYI Events Christiansborggade 2 | 1558 København V | www.fyi.dk | +45 7027 1737



Mindfulness Baseret Kognitiv Terapi

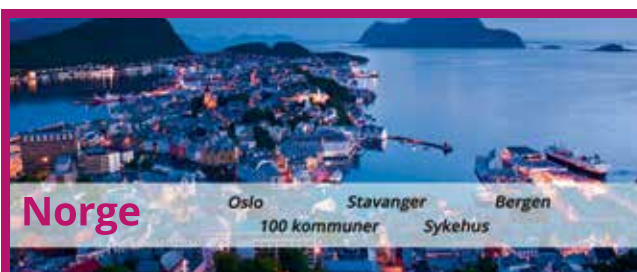
Kreta 2015

**Mindfulness-træner
eller har du bare lyst til, for din egen skyld,
at lære metoden**

Det er **12. år** psykologerne Lene Iversen, Peter Hørslev Rasmussen og psykiater Bodil Andersen udbyder kurserne for psykologer, læger og sundhedspersonale.

Forår 7/5 – 14/5 2015
Efterår 1/10 – 8/10 2015

For yderligere oplysninger se
www.kognitivcenterfyn.dk



Norge

Oslo Stavanger Bergen
100 kommuner Sykehus

Er DU siste brikke i puslespillet?



Vacant har puslet ferdig
god lønn,
ledig arbeid,
gratis reise,
gratis bolig

Siste brikke mangler
SYKEPLEIERE

Vacant
MER ENN DU FORVENTER

+ 47 23055555 / www.vacant.no / cv@vacant.no / facebook.com/vacanthelse

Før du søker arbeid i utlandet, oppfordrer vi dig til at søge oplysninger på dsr.dk/jobbiudlandet

Flere selvstændige opgaver til konsultationssygeplejersker

Konsultationssygeplejerskens opgavefelt udvides løbende i disse år. Det øger behovet for efteruddannelse af konsultationssygeplejersker.

der er behov for flere ressourcer til mennesker med kronisk sygdom og især anerkendelse af, at et samarbejde mellem sygeplejerske og læge er nødvendigt.

ikke kan blive enige! Og strejke tror jeg heller ikke, vi får noget ud af :-/

Håber virkelig en specialistuddannelse bliver til virkelighed. Efter nylig afsluttet praktik i hjemmeplejen er det tydeligt, at

Jeg finder det SÅ frustrerende, at vi i snart 1 år ikke har haft nogen overenskomst! Synes det er utroligt, at parterne

Fra www.facebook.com/fagbladetsygeplejersken

Glædeligt at ministeren vil afskaffe de mange registreringer

Efter længere tids pres fra bl.a. Dansk Sygeplejeråd vil sundhedsministeren nu afskaffe formålsløse registreringer i psykiatrien.

Jeg vil se loven vedtaget, før jeg tror på det.

Det ville være fantastisk, så vi kan fokusere på vores arbejde 😊

Det lyder godt! Så er der også en chance for at jeg bliver i faget 👍

Fra www.facebook.com/sygeplejersker

SYGE
PLEJER
SKEN^{DK}

Sygeplejersken
@_Sygeplejersken



Syn og #krop svækkes, når man bliver #gammel - old age #simulation på @PHMetropol i København



SYGEPLEJERSKEN PÅ TWITTER

At være gammel!? Studerende har prøvet det til old age simulation. Se billedreportage.

twitter.com/_Sygeplejersken

Følg Sygeplejersken på www.facebook.com/fagbladetsygeplejersken, Twitter @_Sygeplejersken og Dansk Sygeplejeråd på www.facebook.com/sygeplejersker

Redaktion Jette Bagh, cand.cur., fagredaktør

I sektionen "Fag" bringer vi ca. 45 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.sygeplejersken.dk > Manuskriptvejledning og ring eller send en mail med din idé, nummeret er 4695 4187 og mailadressen jb@dsr.dk



FAG

- FRA SYGEPLEJERSKE TIL SYGEPLEJERSKE

Fra dårligt nyt til godt nyt

Gennemgang af 68 patientjournaler viste, at mennesker med kroniske smerter ikke får en sufficient postoperativ smertebehandling. Årsagen er mangel på viden om smertebehandling, men også mistro til patienterne, viser en undersøgelse. En trist historie og alligevel ikke. For den ny viden førte til etablering af et smerteteam, der gennem samarbejde med og inddragelse af patienterne har fået styr på postoperative smerter hos mennesker med kroniske smerter. Scenen er Silkeborg, og artiklen kan læses på side 76.

Dokumentation. Mange sygeplejersker sukker tungt ved tanken, men bekendtgørelsen om sygeplejerskers notatpligt er ikke til at komme udenom, så hvorfor ikke sørge for, at dokumentationen er stringent og systematisk? Forfatterne til artiklen "Efterlysning: Dokumenterede sygeplejefaglige vurderinger" side 88 gør et forsøg og beskriver, hvordan de bygger videre på Sundhedsstyrelsens vejledning og prioriterer samtale med patienten som grundlag for den primære vurdering.

Dokumentation er også væsentlig, når en beboer på et plejehjem ikke ønsker genoplivning, det peger en sygeplejestuderende på i "Studerende i praksis". Det er langtfra nok at fortælle sin familie, at livet ikke skal forlænges, når det holder op.

Artiklen "Rehabiliteringskoncept sikrer støtte og omsorg til kræftpatienten" side 82 handler om rehabilitering hos kvinder, som har fået fjernet livmoderen, og bl.a. om, hvilke gener de mod forventning har i efterforløbet.

Der findes omkring 150 sygeplejersker med en ph.d.-grad i Danmark. De skal i højere grad ansættes i klinisk praksis, hvis det står til DASYSS Forskningsråd, for der kan de forske, sparre med oversygeplejersken og inspirere sygeplejerskerne. En fokusgruppeundersøgelse viser, at de forskere, der er ansat i klinikken, har været en gevinst for deres respektive afdelinger. Læs artiklen "Man kan bare ansætte en forsker, så keder man sig aldrig ..." side 94.

God læselyst. *Sygeplejersken* nr. 1/2015 udkommer mandag den 19. januar.

Jessie Børge
Sygeplejerske,
cand.cur., fagredaktør.



Tværkulturel sygepleje hos udsatte kvinder

Maja Øllegaard Nielsen, sygeplejerske, koordinator i Tirsdagsklinikken, Reden International; maja.o.nielsen@gmail.com

Frivillige sygeplejersker og læger arbejder med prostituerede kvinder i en sundhedsklinik på Vesterbro i København. Formålet er at nedbringe risikoen for kønssygdomme gennem rådgivning og vejledning og at give kvinderne et frirum.

Reden International er en dansk NGO tilknyttet KFUK's sociale arbejde. Mødestedet, som ligger på Vesterbro i København, blev startet i 2002 i samarbejde med Center mod Menneskehandel. Siden mødestedets start har der været etableret kontakt til flere hundrede udenlandske kvinder i prostitution. Det er for kvinderne et pusterum fra arbejdet på gaden, hvor fagfolk og frivillige yder omsorg i forbindelse med sundhedsklinikker og en natcafé (1). Tirsdagsklinikken blev startet i juni 2010 som et samarbejde mellem Reden International og fonden Safe and Alive. Klinikken har åbent hver tirsdag mellem kl. 18 og 20 og fungerer med to koordinatører og 12 frivillige læger og sygeplejersker, som skiftevis tager vagter.

Sproglige og kulturelle barrierer

Størstedelen af kvinderne, som opsøger Tirsdagsklinikken, er fra Nigeria og Rumænien. Selv om mange taler eller forstår en smule engelsk, kan der nemt opstå sprogbarrierer, da kvindernes uddannelsesforudsætninger er meget forskellige. De afrikanske kvinder har måske gået

Sådan vurderes artiklerne til FAG

Teori & Praksis har været gennem fagfællebedømmelse
Videnskab & Sygepleje har været gennem dobbelt blind bedømmelse i Sygeplejerskens videnskabelige panel
Faglige artikler er godkendt efter sygeplejefaglig vurdering og vejledning

Redaktionen forbeholder sig ret til lagring og elektronisk udgivelse af alle artikler.
Artiklerne i "Fag" er indekseret i databaserne CINAHL, SweMed+ og bibliotek.dk

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

i folkeskole, men meget få kender til kroppens anatomi og fysiologi. Vi taler ofte med kvinder, som ikke ved, hvordan man bliver gravid, eller hvilke seksuelt overførte sygdomme der findes, og nogle mener endda slet ikke, de eksisterer. Derudover har mange en ustruktureret hverdag i et hårdt arbejdsmiljø, der kan gøre det svært at huske f.eks. at tage p-piller på et bestemt tidspunkt hver dag. Disse barrierer gør, at man ikke kan være sikker på deres kompliansniveau.

Tværkulturel kommunikation og sygepleje

For at afhjælpe de sproglige og kulturelle barrierer benytter vi os af tværkulturel kommunikation, hvor der tages højde for den kulturspecifikke baggrund samt kvindernes sproglige og samfundsmæssige viden og udvikling (3). Dette indebærer bl.a., at den givne information tilpasses den enkelte kvinde, og at vi tilegner os kvindernes egen terminologi, symboler og metaforer, hvilket mindsker misforståelser; f.eks. kan "my blood is rushing me" betyde menstruation og "I have a snake in my stomach" mavesmerter.

Når vi rådgiver i prævention og kønssygdomme, benytter vi os i høj grad af visuelle hjælpemidler. Det kan være plancher med billeder af underlivet ved forklaring af spiralopsættelse og tegninger i en kalender, når vi forklarer, hvornår man skal tage sine p-piller

eller skifte p-plaster. Desuden benyttes en bog med billeder af kønssygdomme, så kvinderne får en idé om, hvilke symptomer der findes, og hvornår de skal være ekstra forsigtige hos kunden. Der gøres ligeledes brug af nonverbal kommunikation. Kvinderne kan være meget blufærdige og utrygge, når der f.eks. skal foretages en gynækologisk undersøgelse, og det kan hjælpe, at vi holder i hånd og minder dem om at trække vejret og forsøge at slappe af.

Ud over de sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende tiltag er vores vigtigste opgave at være til stede og lytte. Mange af kvinderne er kommet til landet alene og uden noget socialt netværk, og de har undervejs oplevet at blive udnyttet, misbrugt og svigtet. Mødestedet er et frirum for kvinderne, og der er, udover de sundhedsfaglige tilbud, altid plads til en venskabelig samtale, der ikke handler om deres liv på gaden; f.eks. er emner som mode og slankekur ofte populære.

Litteratur

1. www.redeninternational.dk
2. www.safe-and-alive.dk
3. Roland, A. (2002) Kulturmøder i sundhedsvæsenet – tværkulturel kommunikation. Tidsskrift for sygeplejeforskning 18(2).

Kostregistrering nedprioriteres

Sanne Holm Lund Welling, sygeplejerske på onkologisk sengeafsnit, Vejle Sygehus; sanne_welling@hotmail.com

Kostregistrering bliver nedprioriteret hos kræftpatienter pga. manglende viden, handlen og prioritering, viser en lille interviewundersøgelse. Artiklen er baseret på et bachelorprojekt.

Undersøgelser viser, at 20-30 pct. af kræftpatienter dør af konsekvenserne af underernæring fremfor af deres sygdom (1). Sygeplejerskerne har flere redskaber til rådighed for at afhjælpe dette problem, bl.a. kostregistrering. I mit bachelorprojekt undersøgte jeg problemstillingen: "Hvordan kan man forstå den tilsyneladende nedprioritering af kostregistreringen hos den indlagte patient med fremskreden kræft set fra sygeplejerskens perspektiv?" (2).

Jeg oplevede i min sidste praktik på en onkologisk afdeling, at kostregistreringen ikke blev dokumenteret af sygeplejerskerne. Derfor ønskede jeg at belyse, om den rent faktisk blev nedprioriteret og hvorfor.

Empirien er indsamlet vha. kvalitative semi-strukturerede interview med tre sygeplejersker på et onkologisk sengeafsnit. Fundene, der fremkom på baggrund af de

semi-strukturerede interview, pegede på en nedprioritering af kostregistreringen hos den indlagte patient med fremskreden kræft. En sygeplejerske siger: "Jeg tror, at hvis man har 10 opgaver og kan klare de ni, så er ernæringsdelen den ene ting, der bliver nedprioriteret."

I analyseprocessen fremkom følgende hovedtemaer: "manglende viden", "prioritering" og "handling". De tre temaer belyser årsagerne til nedprioriteringen.

Manglende viden

"Vi kan ikke have bred viden om det hele og samtidig viden om den enkelte patient, så det bliver mere overordnet," sagde en sygeplejerske.

Alle informanter gav paradoksalt nok udtryk for vigtigheden af kostregistreringen hos de indlagte patienter med fremskreden kræft, samtidig med at de gav udtryk for manglende viden. Det er imidlertid svært at forstå vigtigheden af registreringen, hvis der mangler viden, og det kan ligeledes være vanskeligt at opfylde patienternes behov.

Prioritering og handling

"Det har noget at gøre med, hvor meget patienterne kan rumme i deres hoved (...)

det kan nærmest føles som et overgreb, når du står der og siger, jamen du skal spise bla, bla, bla, bla," mener en sygeplejerske.

Sygeplejerskernes prioriteringer bærer i høj grad præg af deres intuition og et humanistisk menneskesyn, hvor patientens psykologiske behov vægtes højere end de fysiologiske.

Når sygeplejersken føler, at hendes handlinger ikke gør en forskel, kan afmagten tage over. En af de interviewede udtalte, at hun synes, der burde være sat ind på et tidligere tidspunkt med ernæringsterapi til patienten. Når patienterne kommer på afdelingen, "så er løbet næsten kørt." Det er "lidt som at slå i en dyne, og så er der ikke nogen idé i det," hvis der ikke bliver handlet på kostregistreringen. Sygeplejerskerne giver udtryk for afmagt, som afspejles i handlingerne.

Selv om materialet er sparsomt, er resultaterne sammenlignelige med en undersøgelse fra 2013 (3), hvor omdrejningspunktet også var manglende viden. Resultaterne kan derfor være vejledende for den rolle, kostregistreringen spiller på andre onkologiske afdelinger og sengeafsnit generelt.

Litteratur

1. McCreery E & Costello, J. Providing nutritional support for patients with cancer cachexia. *International Journal of Palliative Nursing* 2013, Vol 19, No 1.
2. Se www.ucviden.dk > studenterprojekter > nedprioritering af kostregistreringen?
3. Millar C, Reid J & Porter S. Healthcare Professionals' Response to Cachexia in Advanced Cancer: A Qualitative Study. I: *Oncology Nursing Forum (ONCOL NURS FORUM)*, 2013 Nov; 40 (6).

ICN holder konference i Korea

Sygeplejersker fra hele verden indbydes til at fremsende abstracts

Den internationale sygeplejerskeorganisation ICN inviterer sygeplejersker fra hele verden til konference i Seoul, Sydkorea, fra den 19.-23. juni 2015. Og i den forbindelse indbydes alle sygeplejersker til at indsende abstracts til præsentation på konferencen. Arrangørerne har oplyst 11 temaer, som abstracts skal holde sig indenfor.

Oplysninger om konferencen og om temaerne for abstracts kan findes på www.dsr.dk/icn2015

Chefkonsulent Birgitte Grube, Dansk Sygeplejeråd, svarer gerne på spørgsmål om konferencen via email til birgittegrube@dsr.dk

Rettelse

Artiklen "Velfærdsteknologi, der passer til borgernes behov" i *Sygeplejersken* nr. 13/2014 side 64-65 var blevet forsynet med forkerte forfatteroplysninger. Artiklen var ikke skrevet af de tre forfattere, som var angivet, men af lektor, cand.cur. Mette Geil Kollerup og lektor og projektleder ved LabX, Jette Bangshaab, begge UCN Sygeplejerskeuddannelsen.

Et godt og bredt videnskredsløb

Linda Schumann Scheel, ph.d., MBA, MA, RN, prodekan på Det Sundhedsfaglige og Teknologiske Fakultet, Professionshøjskolen Metropol; liss@phmetropol.dk

Artiklen beskriver forskning og udvikling på Professionshøjskolen Metropol, herunder de forsknings- og undervisningsmiljøer, der er etableret. Målet er, at forskningen skal være praksisnær og foregå i samspil med samarbejdspartnere fra praksis.

Onsdag den 24. september 2014 afholdt Det Sundhedsfaglige og Teknologiske Fakultet på Professionshøjskolen Metropol sin årlige forskningsdag. Her præsenterede og videndelte medarbejdere og studerende fra de sundhedsfaglige og teknologiske uddannelser på Metropol deres igangværende forskningsprojekter (1). Flere end 300 undervisere, studerende og eksterne samarbejdspartnere deltog på dagen, og gennem forelæsninger, workshops og posterpræsentationer fik de rig mulighed for at høre nærmere om den praksisnære forskning, der foregår på fakultetet (2).

I 2013 kom øremærkede forskningsmidler til professionshøjskoler og erhvervsakademier på finansloven, og de modtager årligt 355 mio. kr. i perioden 2013-2016 for at sikre udvikling og evidensbaseret uddannelser inden for den officielle definition af "forskning og udvikling" i OECD's Frascati-manual (3). Disse forskningsmidler er en medvirkende årsag til, at Metropol de seneste år har haft et stærkt øget fokus på forskning og udvikling gennem opbygning af en række praksisnære forsknings- og udviklingsmiljøer på uddannelserne. At forskningen på Metropol er praksisnær, indebærer, at alle forskningsprojekter har fokus på at løse eksisterende udfordringer i samfundet med henblik på at forbedre tilværelsen for borgere og patienter, ældre såvel som børn og syge såvel som raske. Et andet kendetegn for Metropols forskningsprojekter er, at de udføres i et tæt samarbejde med praksispartnere, f.eks. hospitaler, kommuner, skoler, virksomheder og NGO'er.

Et gennemgående træk ved forskningen i Det Sundhedsfaglige og Teknologiske Fa-

kultet er, at den viden, der produceres, integreres direkte i undervisningen. Det foregår ved, at de undervisere, der er involveret i forsknings- og udviklingsprojekter, aktivt benytter og formidler deres forskningsresultater i undervisningen af de studerende. Samtidig arbejder Metropol målrettet på at inddrage de studerende aktivt i forskningsprojekterne gennem f.eks. indsamling og bearbejdning af afgrænsede datamængder. På Forskningsdagen holdt to studerende fra ergoterapeutuddannelsen oplæg om deres første erfaringer med forskning i uddannelsen, og de kom med en række anbefalinger, som fakultetet vil inddrage i bestræbelserne på fremadrettet at involvere endnu flere studerende i forsknings- og udviklingsarbejde allerede under deres studie.

Med sine 11 forsknings- og udviklingsmiljøer har Det Sundhedsfaglige og Teknologiske Fakultet på Metropol allerede etableret et godt fundament for at udøve en kvalificeret og øget mængde forsknings- og udviklingsarbejde i fremtiden. I dag er der mere end 40 større igangværende forskningsprojekter, som udføres af bl.a. jordemødre, sygeplejersker, fysioterapeuter, radiografer og laboranter. Derudover har fakultetet p.t. 19 ph.d.-forløb og fire undervisere i postdoc-lignende forløb samt mange undervisere, der deltager i forskningsprojekter og -samarbejder. Hertil kommer, at der på fakultetet er et stigende fokus på, at forskning og udviklingsmiljøerne indgår i nationale og internationale samarbejder for at sikre et godt og bredt videnskredsløb. Internationalt sker det bl.a. i tilknytning til WHO, DANIDA og EU's rammeprogram for forskning og innovation (2014-2020), Horizon2020.

Litteratur

1. Forskningsdagen på Metropol www.phmetropol.dk > Forskningsdag > Masser af videndeling om sundhed og teknologi på Metropols Forskningsdag
2. Abstracts fra Forskningsdagen. Samme søgesti som ovenstående
3. OECDs Frascati-manual www.oecd.org > Frascati manual oecd > Frascati Manual: Proposed Standard Practice for Surveys

At leve med en kronisk sygdom – osteoporose

I Danmark findes ca. 150 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.



Carrinna Hansen, sygeplejerske, MPH og ph.d., er 46 år og bor i Hvidovre. Hun har en søn på 15 og en datter på ni år.

Carrinna Hansen er ansat som forskningssygeplejerske i anæstesiologisk afdeling Y på Glostrup Hospital.

Hvad fik dig til at forske?

”Jeg er grundlæggende et nysgerrigt menneske med stor interesse for at forstå, hvordan livet, sundhed og sygdom påvirker hinanden og giver mening. Inden jeg påbegyndte min uddannelse til sygeplejerske i 1995, arbejdede jeg som sygeplejerske (sygehjælper) på et privat pleje- og rehabiliteringshjem i Stockholm. Da jeg tog afsked med Stockholms Sjukhem for at starte på Herlev Sygepleje- og Radiografiskole, var der en pårørende, som spurgte, hvad jeg drømte om at bruge min sygeplejerskeuddannelse til, og mit prompte svar var forskning.

Jeg gik på Suppleringsuddannelsen i 2002 og tog efterfølgende en Master i Public Health. Videreuddannelsen tændte igen forskerilden i mig, den ulmede i de fire år, hvor jeg arbejdede som klinisk udviklingssygeplejerske. Da jeg læste rammeprogrammet for Sygeplejeforskning, ”Patientmedinddragelse” 2008, et program for forskning og forskeruddannelse på Gentofte Hospital, blev jeg meget optaget af de linjer, der pegede på forskningspotentialer i sygeplejen, særligt: ”Osteoporose-patienters compliance og non-compliance i forhold til den forebyggende behandling – Årsager til behandlingsophør”. I disse få linjer så jeg en mulighed for at fordybe mig i den enkeltes oplevelse af at skulle leve med en kronisk tilstand som osteoporose.

At det kom så vidt, at jeg tog en ph.d.-grad og ikke mindst fik et job som forsker, er helt fantastisk.”

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

”At leve med kronisk sygdom, osteoporose, som blev undersøgt på befolkningsniveau ved hjælp af de nationale registre og på individniveau ved individuelle interview gennem det første år efter diagnosen. Afhandlingen består af en retrospektiv kohorteundersøgelse og et prospektivt longitudinelt kvalitativt studie.”

Hvor tog du din forskeruddannelse henne?

”Jeg var indskrevet på Syddansk Universitet (SDU), Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Klinisk Institut – Enheden for Sygeplejeforskning.”

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

”Jeg fik et års stipendium og studieafgift fra SDU. Jeg søgte løbende fondsmidler, hvor jeg opnåede støtte fra Region Hovedstadens Forskningsfond til Sundhedsforskning, Aase og Ejnar Danielsen Fond, Osteoporoseforeningen, samt Snedkermester Sophus Jacobsens og hustru Astrid Jacobsens Fond. Derudover havde jeg en løn aftale med fra Gentofte Hospital til dækning af de resterende lønudgifter.”

Hvor kan man læse om dine forskningsresultater?

”I min afhandling ”Life with osteoporosis – a cohort and qualitative study”, derudover har jeg publiceret to artikler (1,2), og en er under bedømmelse ved tidsskriftet (3). Desuden har Osteoporosepatientforeningen bragt flere artikler omhandlende min forskning.”

Hvordan har din forskning betydning for praksis?

”Min forskning tilhører kategorien ”Grundforskning”. I registerstudiet var det muligt at identificere risikogrupper på baggrund af receptindløst anti-osteoporotisk medicin, compliance og vedholdenhed i behandlingen. Interviewstudiet ledte til beskrivelse af centrale temaer for nydiagnosticerede

kvinder før osteoporotiske brud, og når medicinsk forebyggende behandling var ordineret. Resultaterne tyder på, at livet med osteoporose det første år efter diagnosen er påvirket af en mangesidet proces, hvor refleksioner, stillingtagen og beslutninger er nødvendige for at vænne sig til at leve med osteoporose, en proces, der er stærkt påvirket af den medicinske behandling. Forskningen peger som helhed på behovet for individualiseret støtte til patienterne vedrørende sygdommen, behandlingen, fordele og risici, scanningsresultater, livsstil og følelsesmæssige reaktioner. Resultaterne kan guide klinisk praksis, men bør tilpasses og afprøves i interventionsstudier i et perspektiv af fælles beslutningstagning (shared decision making).

Studiet har ledt til internationale kontakter og forespørgsler, fordi vi i Danmark er i en unik position i forhold til at gennemføre registerbaseret forskning. Studiet har også medført flere invitationer til forelæsnings- og medvirken ved afholdelse af sygeplejesymposier og workshops i Danmark og i Sverige.”

Hvad forsker du i aktuelt?

”I øjeblikket er jeg ved at forberede et studie om at leve med kroniske non-maligne smerter.”

Litteratur

1. Hansen C, Pedersen BD, Konradsen H, Abrahamson B. Anti-osteoporotic therapy in Denmark: predictors and demographics of poor refill compliance and poor persistence. *Osteoporos Int* 2013 Jul;24(7):2079-97. doi:10.1007/s00198-012-2221-5.
2. Hansen C, Konradsen H, Abrahamson B, Pedersen BD. Women's experiences of their osteoporosis diagnosis at the time of diagnosis and six months later: A phenomenological hermeneutic study. *Int J Qualitative Stud Health Well-being* 2014;9:22438. DOI: 10.3402/qhw.v9.22438.
3. Hansen C, Abrahamson B, Konradsen H, Pedersen BD. Women's Lived Experiences of Learning to Live with Osteoporosis – A Longitudinal Qualitative Study. *Osteoporos Int* submitted Oct. 2014.

Faldscreening eller klinisk skøn, hvad er mest præcist?

Meyer G, Köpke S, Haaster B, Mülhauser I. Comparison of a fall risk assessment tool with nurses' judgement alone: a cluster-randomised controlled trial. *Age and Aging* 2008;(38):417-23.

Formål: At undersøge, hvad der er mest præcist til at forudsige fald blandt plejehjemsbeboere – sygeplejerskers faglige skøn eller et risikoscoringsredskab.

Metode: I dette tyske studie indgik der 1.125 beboere fra plejehjem. Plejehjemmene blev randomiseret til enten at gennemføre intervention eller fungere som kontrolplejehjem. På alle plejehjem blev der givet undervisning om faldforebyggelse. På interventionsplejehjemmene foretog personalet screening af beboerne hver måned, og på baggrund af screeningsresultaterne blev interventioner iværksat. På plejehjemmene i kontrolgruppen skønnede personalet, hvilke beboere der havde behov for faldforebyggelse, og interventioner blev foretaget. Data er opgjort statistisk.

Resultat: Der var ingen forskel mellem plejehjemmene i antal af beboere, der faldt, pådrag sig skader og havde behov for indlæggelse og yderligere behandling.

Kommentar: Formålet med screening er at dele en population i to grupper, dem, der har behov for intervention, og dem, der ikke har behov. Det forudsætter instrumenter, der præcist kan udpege borgere, der vil falde i fremtiden. Det er ikke nok at se på, hvor præcist et instrument skal differentiere mellem grupper, men også at teste, om det gør en forskel i klinisk praksis. Denne undersøgelse viser, at det er uden betydning at bruge tid på faldscreening, da personalets vurdering er præcis lige så godt et udgangspunkt. Det er jo en overvejelse værd, når man nu skal screene alle patienter på danske sygehuse – i Tyskland har undersøgelser resulteret i, at der ikke længere foretages systematisk faldscreening ved indlæggelse på sygehuse.

Preben Ulrich Pedersen, sygeplejerske ph.d., professor MSO, Center for Kliniske Retningslinjer, Institut for Medicin og Sundhedsteknologi, Aalborg Universitet; pup@kliniskeretningslinjer.dk

Undersøgelse af, om to forskellige sygeplejersker vurderer mundhulens status hos akutte patienter ens

Konradsen H, Trosborg I, Christensen L, Pedersen PU. Evaluation of interrater reliability assessing oral health in acute care settings. *International Journal of Nursing Practice*. 2014; (20):258-64.

Formål: Center for Kliniske Retningslinjer har godkendt en retningslinje for identifikation af patienters behov for mundpleje, hvori det anbefales at anvende ROAG (Revised Oral Assessment Guide) til rutinemæssig vurdering af mundpleje. ROAG omfatter otte kategorier: stemme, læber, slimhinder, tunge, gummer, tænder, spytt og synkning.

Da ROAG-vurderingen danner grundlag for beslutninger, er det vigtigt at vide, om sygeplejersker vurderer mundens tilstand ens.

Metode: Forfatterne har undersøgt 148 patienter, som blev indlagt akut med diagnoser som KOL, lungekræft, dehydrering, kronisk hjertesygdom og gastroenteritis i en medicinsk afdeling på et dansk universitetshospital i en femugers periode i 2011. Patienterne havde en gennemsnitsalder på 75 år.

Patienternes mundhule blev med hjælp fra en billedguide af de otte forskellige kategorier i ROAG vurderet af to sygeplejersker uafhængigt af hinanden. Den første vurdering blev foretaget ved patientens seng, den anden vurdering blev foretaget så hurtigt som muligt efter den første. Sygeplejersken, som foretog den anden vurdering, havde ikke mulighed for at se den første vurdering, ligesom patienten blev instrueret i ikke at afsløre fund fra den første vurdering.

Resultater: Det overordnede resultat er, at der er lav sammenhæng mellem forskellige sygeplejerskers vurdering af mundhulens tilstand, når ROAG anvendes. Der var størst overensstemmelse mellem de to sygeplejersker i kategorien gummer og lavest i kategorien slimhinder.

Kommentar: Undersøgelsens resultater stiller spørgsmål ved at anvende ROAG til screening for patientens behov for mundpleje, hvilket anbefales i den kliniske retningslinje. Dette er problematisk, når der på hospitalerne anvendes ressourcer på implementering af retningslinjen.

Mette Trads, udviklingsygeplejerske, ph.d.-studerende, MKS, Ortopædkirurgisk afdeling, Regionshospitalet Randers.

Effekt af massage versus rolig tilstedeværelse på agiterede mennesker med demens.

Moyle W, Cooke ML, Beattie E, Shum DHK, O'Dwyer ST, Barrett S. Foot Massage versus quiet presence on agitation and mood in people with dementia: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 2014;(51):856-64.

Formål: At undersøge, om fodmassage i højere grad end at være til stede i rummet uden at kommunikere nedsætter agitation og forbedrer humøret hos mennesker med demens.

Metode: 53 demente fra plejehjem i Australien blev inddelt i to grupper, som fik henholdsvis fodmassage og "rolig tilstedeværelse" (en person sad i patientens stue uden at kommunikere med ham/hende). Fodmassage og "rolig tilstedeværelse" blev foretaget af uddannede massører og forskningsassistenter.

Graden af agitation og humør blev vurderet vha. validerede instrumenter (CMAI og OERS).

Resultater: Niveauet af agitation steg i begge grupper med den største stigning i gruppen, der ikke fik fodmassage.

Der var en tendens til, at patienternes rastløshed faldt i gruppen, der fik fodmassage, og steg i gruppen, der ikke fik det.

Der er således ikke stærk evidens for, at fodmassage nedsætter dementes agitationsniveau.

Kommentar: Det er vigtigt at undersøge alternativer til medicinsk behandling af agitation hos demente. Undersøgelsen anvender dog projektsygeplejersker, der er ukendte for den demente, hvilket oftest øger agitationen i sig selv. Derved er undersøgelsens resultater muligvis ikke entydige.

Mette Trads, udviklingsygeplejerske, ph.d.-studerende, MKS, Ortopædkirurgisk afdeling, Regionshospitalet Randers; mettrad@rm.dk

DET FØRENDE ALTERNATIV FOR optimal hygiejne & patient-integritet



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

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

EasyClean™
Let at rengøre

EasyReturn™
Let at folde sammen og trække ud

EasyClick™
Mobil eller fast monteret



THE FUTURE IN PRIVACY & HYGIENE SOLUTIONS

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



Er du klar til et karriereskift?

Danish Pharmaceutical Academy

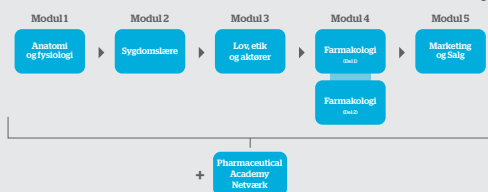
DPA er Lif Uddannelses farmakologiske uddannelse, tidligere kendt under navnet Lægemedelkonsulent-uddannelsen.

DPA sikrer dig den farmakologiske viden og begrebsforståelse, der er afgørende for, at du kan begå dig i lægemiddelindustrien som rådgiver.

I sin helhed er DPA en diplomuddannelse, bestående af i alt fem moduler. Du kan vælge at tage modulerne som individuelle kurser, og der er ikke noget uddannelsesmæssigt optagelseskrav.

Læs mere på dpa.lif-uddannelse.dk

DPA - Danish Pharmaceutical Academy



Lif Uddannelse, Lersø Parkallé 101, 2100 København Ø, Tlf. 39 27 60 60, www.lif-uddannelse.dk



Bliv frivillig net- og chatrådgiver på Livslinien

En stor del af mit professionelle liv har jeg brugt på at hjælpe andre mennesker og deres pårørende. Som net- og chatrådgiver på Livslinien får jeg mulighed for at videreudvikle mine kompetencer i forhold til dialogen med kriseramte mennesker, samtidig med at jeg får mulighed for at bruge min tid på noget meningsfuldt og givende. På Livslinien får jeg professionel træning i at have en selvmordsforebyggende samtale, og jeg er en del af et åbent og engageret fællesskab med god sparring.

Merete, pensioneret sygeplejerske og net- og chatrådgiver på Livslinien

Ansøg online på www.livslinien.dk frem til 6. januar 2015
Ved spørgsmål, kontakt Livsliniens sekretariat alle hverdage mellem kl. 10-16 på tlf.: 3332 1119

LIVSLINIEN
forebygger selvmord

Master i Smertevidenskab og Tværfaglig Smertebehandling

En toårig deltidsuddannelse på Aalborg Universitet

Aalborg Universitet udbyder Danmarks første akkrediterede og forskningsbaserede masteruddannelse, der fokuserer på tværfaglig efteruddannelse af fagpersoner, der arbejder med smertelindring.

På uddannelsen lærer du at vurdere de problemstillinger, som måtte opstå i forbindelse med smertebehandling og at kunne anvende videnskabelige metoder og redskaber til at opstille relevante behandlingsstrategier.

Fokus på bl.a:

- Udredning af smerte
- Smertevidenskab
- Tværfaglig behandling
- Behandlerpraksis
- Smertepsykologi
- Formidling

Studiestart
September 2015

Ansøgningsfrist: 1. juni
www.evu.aau.dk



AALBORG UNIVERSITET



Nap en pebernød og gæt

Ingen tegn på hvid jul, men derimod på tåget, småfugtig jul. Jul bliver det.

SYGEPLEJERSKEN har leveret en julekryds til sine læsere siden 1999 og bliver ved, så længe det giver mening. Hvordan vi afgang det, vides ikke på nuværende tidspunkt.

Men find en klejne i kagekassen, nap en kop mokka og find kodeordene del 1, 2 og 3 i julekrydsen. Send den sætning, de danner, til: **Redaktionen, Sankt Annæ Plads 30, 1250 København K.** Mærk kuverten "Julekryds" i nederste venstre hjørne.

Vi skal have dit svar senest onsdag den 7. januar 2015 kl. 12.00.

Det er også muligt at maile til **julekryds@dsr.dk** med samme deadline som ovenfor. Husk navn, adresse og medlemsnummer og en løsning, hvis dit svar kommer på mail.

Vi trækker lod om tre gange bog og gavekort blandt de rigtige svar. De tre vindere får direkte besked og bliver nævnt i SYGEPLEJERSKEN nr. 1/2015. God fornøjelse og jul. (jb)

		BIORD	KODE-ORD (1. DEL)	KODE-ORD (2. DEL)	FØRES	21. BOG-STAV		FÅ TIL AT SMELTE	TYND PLADE	KIRKE-DELEN	BUS-HALLER	TRY-NERNE	FØR U	KODE-ORD (3. DEL)		SMER-TEFULD LIDELSE
								MODER-KAGE TANKEN							MO-DERNE VINDERE	
						LIVS-NØD-VENDIG					GEDE-LYD		FORE-STIL-LING			
EFTER M	THOR					TILDELT UBRUG-TE					MON-TERER					
	METAL															
DAG-BLAD			DRIVE					FINDES HAVE-ANLÆG			SPEJDE HYGGE		COMPU-TERORD REMME			TAL
KARNE-VALSBY				UDBRUD												
NYT					PIGE-NAVN USTYR-LIG				RUND-REJSER APPARAT							DANSK Ø
EFTER F	ELSKER		SVAR			BE-SKEDEN		2 ENS LAG		HALV-TREDS		11 FOR-SNÆV-RING				
										KORT BIOR					TAL ROVDYR	
UD-SPEKJ-LERET				ANGÅ-ENDE HVIRV-LET		SYD LITER		IDET FLAGET			SUPPE-BOWLE STEDORD					FRYG-TET SYGDOM
GIV			SIDE-MAND					TILTALE					IRR-I-TATION			
						VINOM-RADE LAG				DRON-NINGE-NAVN MØDES						FOR-STUM-MEDE
									VRIDER I NY OG -?							
RING	AN-MODER							FOR-LADT			RYK				SMÅ-STEN	
UD-LÆN-DINGEN						BEDØ-VELSE										

Navn _____

Adresse _____

Medlemsnummer _____

Løsning _____

Smerteteam inddrager patienter med kroniske smerter i postoperativ smertebehandling

Utilstrækkelig postoperativ smertebehandling hos patienter med kroniske smerter førte til oprettelse af et kirurgisk smerteteam. Teamet ønskede at optimere smertebehandlingen præ-, per- og postoperativt ved at medinddrage patienten og øge sundhedspersonalets viden om smerter og smertebehandling.

Stine Duelund, opvågnings- og sygeplejerske, Center for Planlagt Kirurgi, Regionshospitalet Silkeborg, Hospitalsenhed Midt; stinduel@rm.dk
Mette From, SD, MHH, klinisk udviklings- og sygeplejerske, opvågnings- og intensivt afsnit, Forskningsenheden, Center for Planlagt Kirurgi, Regionshospitalet Silkeborg, Hospitalsenhed Midt.
Lene Bastrup, sygeplejerske, MScN, ph.d., adjunkt, Aarhus Universitet, leder af forskningsenheden, Center for Planlagt Kirurgi, Regionshospitalet Silkeborg, Hospitalsenhed Midt

Insufficient smerteanamnese og behandlingsplan i forbindelse med operation var desværre et vilkår for mange kronisk smerteplagede patienter i Center for Planlagt Kirurgi. Dette kvalitetsbrist og spørgsmålet ”Hvordan kan vi optimere smertebehandlingen til kronisk smerteplagede patienter?” resulterede i oprettelsen af et kirurgisk smerteteam. Denne artikel beskriver smerteteamets indsats, dets teoretiske fundament, samt hvordan patienter inddrages i udarbejdelsen af egen smerteplan og behandling. Patientinddragelse i en proaktiv smerteplan og -behandling er central i smerteteamets indsats.

På Regionshospitalet Silkeborg blev der i forbindelse med Region Midtjyllands omstillingsplan 2011-2012 oprettet Center for Planlagt Kirurgi (CPK). Center for Planlagt Kirurgi har et unikt organisatorisk set-up bestående af både ortopædkirurgi og anæstesiologi. Der arbejdes tværfagligt med de kirurgiske forløb, der som oftest er accelererede og dermed af kort varighed. Indlæggelsestiden i CPK er da også for bl.a. hofteoperationer på få år reduceret fra 10 dage til et døgn (1).

Smertebehandling er et af kerneområderne i det accelererede operationsforløb, da utilstrækkelig postoperativ smertebehandling kan medføre nedsat immobilitet og dermed længere indlæggelsestid og rehabilitering (2). Alligevel er utilstrækkelig postoperativ smertebehandling en dokumenteret virkelighed, både nationalt

” Smertebehandling er et af kerneområderne i det accelererede operationsforløb, da utilstrækkelig postoperativ smertebehandling kan medføre nedsat immobilitet og dermed længere indlæggelsestid og rehabilitering.

og internationalt (3). En dansk undersøgelse fra 2012 beskriver, hvordan utilstrækkelig postoperativ smertebehandling går særligt ud over patienter med kroniske smerter. Hovedårsagerne til den postoperative underbehandling af smerter kan findes i sundhedspersonalets mangel på viden om smertebehandling og mistro til patienten. Undersøgelsen konkluderer, at der blandt sundhedspro-

fessionelle er et stort behov for opkvalificering af viden om denne patientgruppe og gruppens specielle behov for smertebehandling. Det beskrives desuden, hvordan patienterne oplever, at deres viden og erfaringer om deres egen smertebehandling negligeres i stedet for at blive inddraget i behandlingen (3).

Der er altså en stor udfordring i, at sundhedspersonalet særligt i accelererede forløb skærper blikket for nuancerne i den enkelte patients behov, så der kan skabes gode forløb også for de patienter, som for at kunne klare det høje tempo i et accelereret forløb har individuelle behov.

Undersøgelser peger på, at en specialiseret smerteenhed kan mindske den postoperative smerteintensitet og samtidig øge patienternes tilfredshed med smertebehandlingen (5).

På denne baggrund blev der i 2010 oprettet et Kirurgisk Smerteteam bestående af en anæstesisygeplejerske og en opvågnings- og sygeplejerske, som på tværs af deres afdelinger var blevet opmærksomme på den utilstrækkelige postoperative smertebehandling hos patienter med kroniske smerter.

Patienten med kroniske smerter

Der findes mange definitioner på, hvad smerte er, men den definition, som i dag danner grundlag for størstedelen af smerteforskning, er ”En ubehagelig sensorisk og emotionel oplevelse, der er forbundet med aktuel eller truende vævsbeskadigelse, eller som beskrives i vendinger svarende til en sådan beskadigelse” (6).

Psykolog og smerteforsker Ronald Melzack har en mere holistisk definition på smerter, da han mener, at den enkeltes forhistorie og sindsstemning har indflydelse på oplevelsen af smerter. Han beskriver det således:

”En perceptuel proces, hvis kvalitet og intensitet er stærkt influeret af den særlige forhistorie, det enkelte individ har, af den mening, han lægger i den smerteproducerende situation og af den sindsstemning, han befinder sig i” (7).

Begge forståelser af smerte rummer fysiologiske, kognitive, affektive og psykosociale dimensioner og er fundamentet for smerteteamets arbejde med kronisk smerteplagede patienter, hvor smerte er, hvad patienten siger, det er.

Kroniske smerter er defineret som smerter af over seks måneders varighed eller længere end forventet (3,8). Da ca. 20 pct. af den

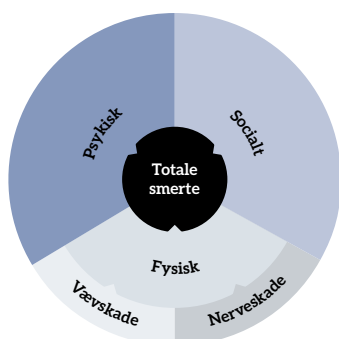
enter med kroniske tebehandling

danske befolkning lider af kroniske smerter (9), vil sygeplejersker møde denne gruppe af patienter i det accelererede operationsforløb. Ofte er disse patienter af flere årsager svære at smertebehandle postoperativt. Mange af patienterne er bl.a. opioidtolerante grundet et længerevarende opioidforbrug og vil derfor per- og postoperativt have brug for større doser opioider end en ikke kronisk smerteplaget patient (4). De kroniske smerter har ofte haft en invaliderende effekt på disse patienters liv, både fysisk, psykisk og socialt (8). Dette, og patienternes tidligere erfaringer med smertebehandling og ofte manglende psykiske overskud, danner grundlaget for, hvordan de mestrer postoperative smerter (3,4). Der er altså behov for en mere individualiseret smertebehandling i det accelererede operationsforløb, hvilket øger kravene til de sundhedsprofessionelles viden om og kompetencer i forhold til smertebehandling af patienter med både kroniske og postoperative smerter.

Kroniske smerter er komplekse

Den bio-psyko-sociale smertemodell visualiserer smerte som et multidimensionelt fænomen og sidestiller de biologiske, psykiske

Figur 1. Den bio-psyko-sociale smertemodell



Når det gør ondt i muskler og led, er der sjældent en enkel forklaring. Oplevelse af smerte afhænger af flere forhold: Biologiske (helbred og fysisk styrke), psykologiske (følelser og holdninger) og sociale (normer og kultur) (10).

og sociale faktorer (10). Denne forståelse er grundlæggende i smerteteamets arbejde, hvor alle tre faktorer flettes ind i en individuel smerteplan, se figur 1.

Den biologiske faktor

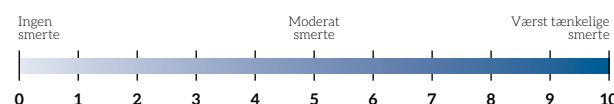
Smerteteamet indhenter oplysninger om patientens smerter – hvornår, hvordan og under hvilke omstændigheder smerterne startede, og hvordan de har udviklet sig. Der spørges desuden ind til patientens erfaringer med farmakologisk smertebehandling, ligesom der ved hjælp af Numerisk Rangskala (NRS) spørges ind til en beskrivelse af smerten og smerteintensiteten, se boks 1.

Patientens daglige dosis af opioider afdækkes, og på den baggrund udregnes og planlægges patientens individuelle farmakologiske smertebehandlingsplan, således at præ-, per- og postoperative doser er tilpasset patienten.

Den psykiske og den sociale faktor

Smerteteamet afdækker patientens erfaringer med tidligere smertebehandling. Mange patienter har negative erfaringer, f.eks. insufficient smertebehandling på grund af sundhedspersonalets mistro til og mangel på respekt for patienten (3). Desuden oplever mange patienter med kroniske smerter, at de aldrig har været smertedækket (3,4), og de kan på denne baggrund være ekstra nervøse for en kommende operation. Denne for forståelse vil spille en rolle i en kommende postoperativ smertebehandling, idet patientens forhistorie og sindsstemning både ifølge Melzack

Boks 1. Smertescoring 0-10 Numerisk Rangskala (NRS)



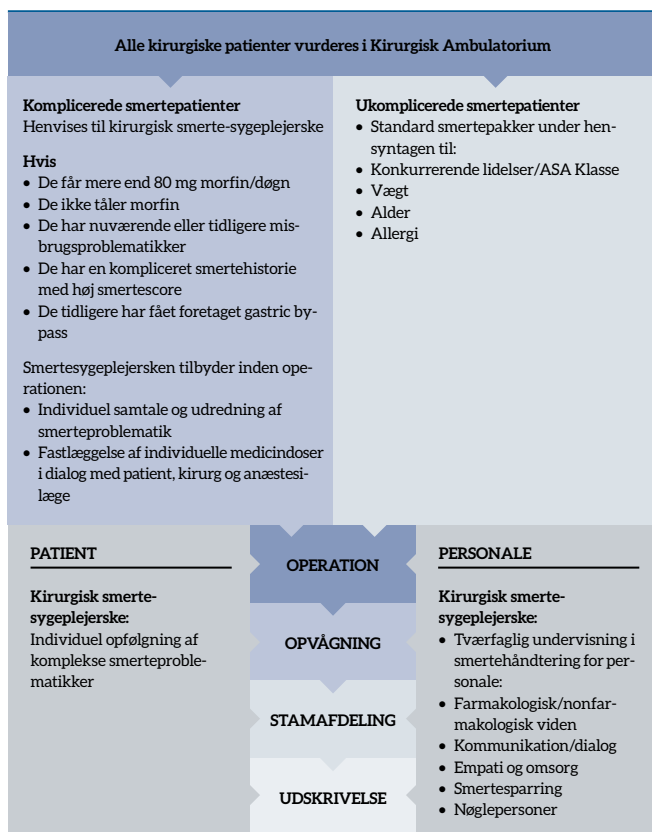
Et studie fra 2011, som sammenligner Numerisk Rangskala (NRS) med Verbal Rangskala og Visuel Analog Skala, konkluderer, at der i 15 ud af 19 studier er bedre kompliance ved brugen af NRS frem for de to andre metoder (11).

- ▶ og den bio-psyko-sociale model vil have indflydelse på patientens oplevelse og mestring af smerter. Smerterne kan ligeledes påvirke patienternes psykiske overskud og tankegang omkring smertebehandling (8,3). Der er altså en konstant vekselvirkning mellem de biologiske, psykiske og sociale faktorer.

Smerteteamets indsats

Insufficient smertebehandling af kronisk smerteplagede patienter i elektive kirurgiske forløb skabte grundlaget for at oprette kirurgisk

Figur 2. Nøglen til den gode smertebehandling på Center for Planlagt Kirurgi



” Hovedårsagerne til den postoperative underbehandling af smerter kan findes i sundhedspersonalets mangel på viden om smertebehandling og mistro til patienten.

smerteteam. Den ineffektive smertebehandling var identificeret på baggrund af en deskriptiv undersøgelse af 68 patientjournaler.

I dag varetager de to sygeplejersker en tværfaglig og interdisciplinær smertefunktion på Center for Planlagt Kirurgi, hvor nøglen til den gode smertebehandling ifølge dem selv er patientinddragelse og en forebyggende indsats. Smertesygplejerskerne tilstræber gennem en god relation til patienterne at fungere som en slags bindeled, som skaber kontinuitet i smertebehandlingen i det accelererede operationsforløb.

Smertesygplejerskerne har et tæt samarbejde med anæstesi-lægerne, som i sidste ende godkender den farmakologiske del af de individuelle smertebehandlingsplaner. Derudover arbejdes der interdisciplinært på tværs af afdelingerne i Center for Planlagt Kirurgi. Både de kirurgiske læger, anæstesi-læger, fysioterapeuter, ergoterapeuter og sygeplejersker på opvågningen, intensiv og de kirurgiske afdelinger samarbejder med smerteteamet.

Arbejdsgange

Kirurgisk smerteteam udgør en interdisciplinær specialistfunktion, som arbejder på konstant at optimere smertebehandlingen for alle patienter i Center for Planlagt Kirurgi. Med udgangspunkt i at nogle patienter ikke kan rummes i det accelererede operationsforløb, arbejder smertesygplejerskerne for at standardisere brugen af en individuel vurdering med inddragelse af patienten, for at han kan have et operationsforløb af samme kvalitet som de patienter, der rummes i det standardiserede forløb. Helt konkret arbejdes der i tre niveauer:

Boks 2. Brugerinddragelse

Brugerinddragelse er blevet en del af den politiske dagsorden. Inddragelse af patienterne blev i 2013 en del af Den danske kvalitetsmodel (DDKM)s standarder for hospitaler under både de organisatoriske ram-mestandarder og de generelle patientforløbsstandarder. Inddragelse af patienterne er desuden et nyligt udtalt fokus for landets regioner, som ønsker at inddrage patienten i beslutning om behandling ved at lytte og gå i dialog med patienterne om deres oplevelse af sygdom, livskvalitet og behandlingsforløb og på denne måde styrke kvalitet og patient-sikkerhed (www.regioner.dk).

1. udarbejdelse af smertepakker
2. medinddragende og individuel smertebehandling
3. undervisning, sparring og udvikling af smertebehandlingen i Center for Planlagt Kirurgi, se figur 2.

1. Smertepakker

Smertesygplejerskerne har udarbejdet præ-, per- og postoperative guidelines til grundbehandling i de standardiserede forløb i Center for Planlagt Kirurgi. På baggrund af disse guidelines ordinerer kirurgerne den smertebehandling, der passer til den enkelte patient. På denne måde er der lagt en smerteplan for hver enkelt patient, som indeholder smertebehandling både præoperativt og postoperativt.

2. Smertebehandling

Smertesygplejerskerne varetager individuel smertebehandling til patienter med kroniske smerter, som af forskellige årsager ikke rummes i den standardiserede smertebehandling. Disse patienter henvises fra kirurgisk ambulatorium, hvor de præoperativt bliver inkluderet via særlige kriterier, se figur 2.

Den individuelle smertebehandling består af en profylaktisk smertesamtale, som tager udgangspunkt i den bio-psyko-sociale smertemodell, hvor patienternes historie, ønsker og behov medinddrages, se boks 2.

Den profylaktiske smertesamtale foregår ved, at disse patienter forud for operationen bliver ringet op af en smertesygplejerske. Smertesygplejersken spørger i samtalen ind til biologiske, psykiske og sociale faktorer. Mange patienter har en kompleks smerteanamnese med store smerter og konsekvenser for deres dagligdag.

Smertesygplejersken afdækker, hvilke former og mængder analgetika patienten får vanligt, både fast og p.n. samt andre forhold, der kan have indvirkning på det videre forløb.

På denne baggrund udarbejder smertesygplejerskerne i tæt samarbejde med patient, kirurg og anæstesiolog en individuel plan for patientens smertebehandling. Planen inkluderer præ- og postoperativ analgetika udregnet ud fra patientens vanlige døgndosis. P.n.-doser er ligeledes udregnet ud fra vanlig døgndosis. Disse udregninger ordineres af vagthavende anæstesiolog og lægges ind i det elektroniske medicinmodul. Smertesygplejerskerne udarbejder et notat om deres samtale med patienten og dokumenterer det ligeledes i den

” Insufficient smertebehandling af kronisk smertelidende patienter i elektive kirurgiske forløb skabte grundlaget for at oprette kirurgisk smerteteam. Den ineffektive smertebehandling var identificeret på baggrund af en deskriptiv undersøgelse af 68 patientjournaler.

Elektroniske Patient Journal (EPJ), så alle samarbejdspartnere kan følge planen. Smertesygplejerskerne har i nogle tilfælde telefoniske opfølgingsforløb på deres patienter. Det kan f.eks. være patienter, som har behov for hjælp til udtrækning af høje doser analgetika. På denne måde ønsker man at sikre en god overgang til egen læge.

3. Undervisning

Som et led i at sikre patienten sufficient smertebehandling gennem hele forløbet underviser og sparrer smertesygplejerskerne løbende med alle involverede afdelinger. Denne undervisning og sparring er desuden en del af implementeringsstrategien for smerteteamets arbejde med henblik på at øge den enkelte afdelings kompetencer til selv at varetage den komplicerede smertebehandling. F.eks. bliver alle afdelinger opdateret i nyeste præparater til smertebehandling, nye tiltag i forhold til specielle patientforløb kan drøftes, og afdelingerne kan få sparring på vanskelige situationer i forhold til smertebehandling. På den måde sikres det, at alle samarbejdspartnere kender og har kompetencer til at følge den enkelte patients individuelle plan. I 2010 foretog smertesygplejerskerne en undersøgelse blandt plejepersonalet på stamafsnittene, som havde modtaget undervisning og sparring fra smerteteamet for at finde ud af, om de på den måde følte sig bedre rustet til at behandle patienter med komplekse smerteproblematikker. Resultatet var en positiv tilbagemelding, hvilket bl.a. ses ud fra spørgsmålet ”Føler du dig bedre rustet til at smertebehandle de kroniske rygpatienter nu end før projektets periode?” hvortil hele 85 pct. svarede ja.

Smertesygplejerskerne varetager desuden en akutfunktion, hvor de forskellige afdelinger kan ringe tre dage om ugen og sparre om smertebehandling eller få smertesygplejerskerne til at vurdere komplicerede smerteproblematikker.

Smertesygplejerskerne har desuden et tæt samarbejde med forskningssenheden i Center for Planlagt Kirurgi, som arbejder interdisciplinært og bl.a. har forskningsfokus på medinddragelse som et led i optimering af patientforløb, herunder også sufficient smertebehandling.

Patientens erfaring er unik

Med baggrund i at smerter er et komplekst fænomen, som involverer alle dimensioner i livet, må smertebehandling til netop denne ▶

- ▶ patientgruppe kræve, at patienten involveres. Patientens livssituation og erfaring med smerter og smertebehandling er unik og udgør et væsentligt bidrag til postoperativ smertebehandling.

Med udgangspunkt i at hovedårsagerne til den postoperative underbehandling af smerter skal findes i sundhedspersonalets mistro til patienten, mangel på respekt for patienten og mangel på viden om smertebehandling, har Kirurgisk Smerteteam udviklet et koncept, hvor netop viden om kroniske smerter, smertebehandling og en forebyggende indsats, hvor medinddragelse af patienterne er i fokus.

Perspektivet er fremadrettet at få iværksat en kvalitativ undersøgelse af patienternes perspektiv på den indsats, kirurgisk smerteteam leverer.

Litteratur

- Hospitalsenhed Midt. Center for Planlagt Kirurgi – regionshospitalet Silkeborg. Lokaliseret 23/6/14 <http://www.hospitalsenhedmidt.dk/afdelinger/center+for+planlagt+kirurgi>
- Kehlet H, Søballe K. Fast-track hip and knee replacement – what are the issues? *Acta Orthop* 2010;81(3):271-2.
- Tei RMH, Dreyer P, Nikolajsen L. Inadequate postoperative pain relief in chronic pain patients. *Nordisk sygeplejeforskning* 2012;2(1):3-14.
- Tei RMH. Postoperativ smertebehandling til patienter med kroniske smerter. *Sygeplejersken*, 2007;107(18):50-8.
- Werner MU, Søholm L, Rotbøll-Nielsen P et al. Does an Acute Pain Service Improve postoperative Outcome? *Anesthesia and Analgesia* 2002;95(5):1361-72.
- IASP (International Association for the Study of Pain) Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage. Classification of Chronic Pain, Second Edition, IASP Task Force on Taxonomy, edited by H. Merskey and N. Bogduk, ISAP Press, Seattle, 1994;p.209-14. 23/06/14 <http://www.iasp-pain.org>.
- Christophersen B, Gammeltoft M, Pedersen I. Den smertepåvirkede patient. København: Munksgaard; 1998;14.
- Breivik H, Collett B, Ventafridda V et al. Survey of chronic pain in Europe : Prevalence, impact on daily life and treatment. *Eur J Pain* 2006;(10):287-333.
- Harker J, Reid KJ, Bekkering GE et al. Review article. Epidemiology of Chronic Pain in Denmark and Sweden. *Pain Res Treat* 2012. 30 pages.
- Jensen NH, Sjøgren P. Praktisk klinisk smertebehandling. København: Munksgaard; 2009.
- Hjermstad MJ, Fayers PM, Haugen DF et al. Studies comparing numerical rating scales, verbal rating scales, and visual analogue scales for assessment of pain intensity in adults: a systemic literature review. *J Pain Symptom Manage* 2011;41(6):1073-93.

English abstract

Duelund S, From M, Bastrup L. Pain Team Involves Patients with Chronic Pain in Postoperative Treatment of Pain. *Sygeplejersken* 2014;(14):76-80.

Insufficient pain anamnesis and treatment in connection with accelerated elective surgery occurred frequently in patients with chronic pain. Literature showed that patients did not feel they were being involved and that health personnel's knowledge of pain treatment was lacking. To address that challenge, a pain team was formed, consisting of an anaesthesia and recovery nurse.

The article describes the pain team's clinical work with a bio-psycho-social approach, used specifically in a pre-operative pain interview focusing on patient's individual needs. It also describes the pain team's work to increase the involved professional groups' knowledge about pain and pain treatment.

Keywords: Pain treatment, prevention, chronic pain, pain nurses.

En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatteren.

Intelligente produkter til smertelindring

Asklé lejringspuder



Semi-Fowler stilling

Carital Optima

Fås i flere størrelser -
L: 200 / 220 / 230 cm
B: 80 / 85 / 90 / 120 cm

Kan også leveres i skræddersyet størrelse.

30-160 KG

Kelvin kørestol

125 KG

Kelvin kugle/skummadras



Klinisk dokumenteret
Af Dr. med. Thomas Hofmann, Christian Fehr
og Carsten Hampel-Kalthoff

30-150 KG

Læs hele undersøgelsen på cobidk

Asklé lejringspuder til særlige lejringsbehov

Cobis populære serie af Asklé lejringspuder fremmer og sikrer den optimale lejrning i sengen på en simpel og effektiv måde. Materialets fleksible sammensætning tilgodeser alle typer af underlag uden at øge risikoen for tryk og shear af huden.

- Til særlige lejringsbehov
- Kurver sig omkring knoglefremspring og fordeler trykket
- Perfekt til lejrning i Semi-Fowler position
- Gør det muligt og nemt at lejre side-liggende
- Antibakterielt forseglede
- Aftageligt vaskbart betræk som tilbehør

TRYKAFLASTNING LEJRING - SMERTE

Kan med fordel anvendes til...

Pareser. Neurologiske patienter.
Sclerose. Smertepatienter.
Hjerneskadede. Terminale patienter.

Carital Optima

Fuldautomatisk statisk helmadras, til forebyggelse og behandling af tryksår stadie 0-4, samt forebyggelse af tryksår og til smertepatienter.

- Til smertepatienter hvor vekseltryk er kontraindiceret
- Til brugere med høj risiko for at udvikle tryksår
- Statisk reaktiv madras - indstiller sig selv til brugeren
- Reagerer selv på ændringer i lejrning
- Helmadras - lægges direkte på sengefladen
- Strækbart og åndbart inkontinensbetræk

TRYKAFLASTNING HØJE MENNESKER SMERTE

Kan med fordel anvendes til...

Brugere med mange smerter såsom:
ALS, Cancer, HC, Rygmarvsskadede, Demente.

Brugere med rum-retningsforstyrrelser.
Brugere, der har brug for specifik lejrning.
Brugere, der er meget lydfølsomme.
Hjerte/lungepatienter, da pumpen kan indstilles til at bruger kan sidde op i sengen.

Kelvin kugle/skummadras

En stabil, tonusdæmpende og tryksårforebyggende helmadras.

- Specielt velegnet til smertepatienter
- Tryksårsforebyggende
- Let at installere
- Stabilitet og funktionalitet bibeholdes
- Let at genanvende
- Ingen kontraindikationer
- Vedligeholdelsesfri - ingen pumpe, der skal indstilles
- Max brugervægt: 30-150 kg

TRYKAFLASTNING SMERTE

Kan med fordel anvendes til...

Sen hjerneskadede. Alzheimer patienter.
Smertepatienter. Til brugere med frakturer.

Brugere, der har brug for trykafastning, og som samtidig har brug for et fast underlag.
Børn og unge med sansemotoriske problemer.
Til nyopererede, som har brug for en stabil liggestilling.

TRYKAFLASTNING SMERTE

Kan med fordel anvendes til...

HS.	Alzheimers.	Hjemmet.
Parkinsons.	Sclerose.	Hjemmeplejen.
Smertepatienter.	ALS.	Institutioner.
Demens.	Neurologiske patienter.	Hospicer. Hospitaler.

Er du interesseret i ny viden om smerter?

Tilmeld dig vores nyhedsbrev på www.cobi.dk og bliv holdt orienteret om bl.a. produkter og mini-seminarer relateret til smerter.

Rehabiliteringskoncept sik omsorg til kræftpatienten

Et nationalt rehabiliteringskoncept angiver, hvordan kvinder opereret for kræft i livmoderen kan støttes gennem en sygeplejefaglig indsats. Artiklen beskriver, hvordan konceptet er implementeret og efterfølgende evalueret.

Hedvig Møller Larsen, klinisk udviklingssygeplejerske SD, SA, Gynækologisk/Obstetrisk Afdeling, Roskilde Sygehus; hml@regionsjaelland.dk

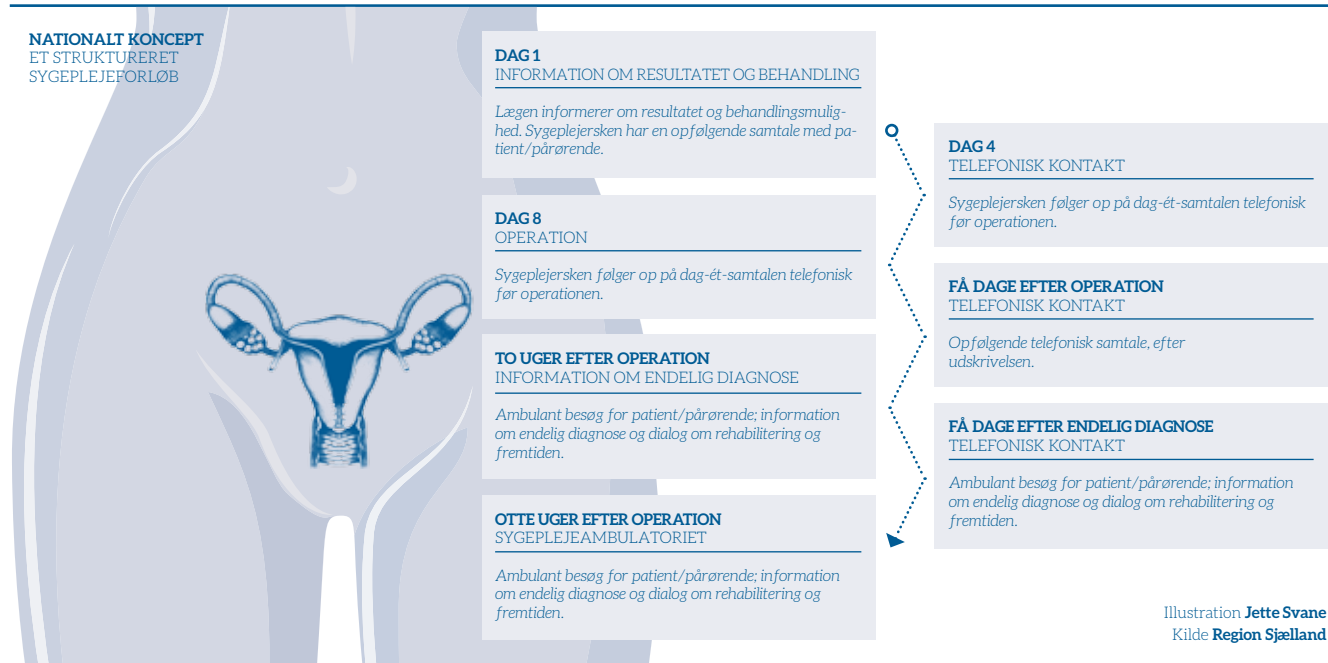
Gennem mit arbejde med Kræftplan III om gynækologiske kræftformer blev det tydeligt for mig, at der er specifikke rehabiliteringsbehov hos disse kvinder, der ikke tilgodeses (1). Vurderingen understøttes bl.a. af brugerundersøgelser foretaget af Kræftens Bekæmpelse (2,3) og sidst i "Kræftpatientens oplevelser med sundhedsvæsenet gennem udredning og behandling" (4).

Tiltagene i Kræftplan III havde specifikt fokus på patientinvolvering, rehabilitering og koordinering. Derfor ønskede jeg at fokusere på kvinder med livmoderkræft og muligheder for rehabilitering. Der blev foretaget en litteratursøgning. I modsætning til litteratur om kvinder med kræft i æggestokkene og kræft i livmoderhalsen har det stort set ikke været muligt at identificere publicerede forsknings- eller udviklingsprojekter, der specifikt beskrev rehabiliteringsbehov/-problemer i efterforløbet hos kvinder med livmoderkræft (5,6).

Takket være økonomisk støtte fra Regionernes og Sundhedskartellets "Udviklings- og forskningspulje" er projektet: "Kvinder med livmoderkræft kan sikres støtte i rehabiliteringsforløbet" blevet realiseret. Projektet er gennemført ved Gynækologisk/Obstetrisk Afdeling, Roskilde Sygehus, hvor der blev sat fokus på rehabiliteringsbehov hos kvinder med livmoderkræft. Alle kvinder fra Region Sjælland henvises, udredes og behandles for livmoderkræft stadium I på denne afdeling. Formålet med projektet var

- at implementere og evaluere det strukturerede sygeplejefaglige rehabiliteringskoncept, der er individuelt tilrettelagt, målrettet og koordineret jf. Kræftplan III
- at undersøge, om der er særlige forhold som alder, komorbiditet og glandelfjernelse, der påvirker omfang og behov for rehabilitering som følge af livmoderkræft

Figur 1. Kræftplan III for gynækologiske forløb — Patientinvolvering



rer støtte og

- at bidrage til det nationale, sygeplejefaglige udviklingsarbejde vedr. gynækologisk cancer, med henblik på at klarlægge de sygeplejefaglige kompetencer, der er nødvendige for at varetage rehabilitering af kvinder med gynækologisk cancer.

Metode

Der er to centrale områder i projektet: dels implementering af det sygeplejefaglige rehabiliteringskoncept, dels afdækning af den enkelte kvindes oplevelse af sin situation.

Det sygeplejefaglige rehabiliteringsforløb er udviklet med henblik på kontinuitet, jævnfør kræftplan III. Forløbet består af seks fortløbende dele, se figur 1.

Den enkelte kvindes oplevelse søges belyst ved hjælp af:

- Samtaler i ambulatoriet og telefonisk ud fra formaliserede spørgsmål
- Brug af EORTC QLQ-INFO25 spørgeskema, der er valgt, fordi det er rettet specifikt mod kræftpatientens oplevelse af given information.
- Livskvalitetsskalaen EORTC QLQ-C30, dette skema er valgt for at belyse den enkelte kræftpatients egen vurdering af livskvalitet ud fra fysiske og emotionelle data og de konkrete symptomer, der er karakteristiske hos kræftpatienter før operation og otte uger efter operation.

I denne artikel beskrives to af områderne fra det sygeplejefaglige rehabiliteringskoncept:

Telefonsamtale få dage efter udskrivelsen

Sygeplejeambulatorium otte uger efter udskrivelsen

Telefonsamtale efter udskrivelse

52 kvinder blev telefonisk kontaktede inden for en uge efter udskrivelsen. Samtalen tog udgangspunkt i kliniske data vedr.: Vaginalt, dvs. udflåd/blødning, tarmfunktion, blærefunktion, sårpleje, smerter og psykosociale problemstillinger. Kvinden havde fået en skriftlig oversigt over de kliniske områder, som indgik i samtalen, se figur 2.

Fund

Vaginalt: Der var behov for at få afklaret, om udflåd /blødning var normal, dette til trods for at kvinderne var informeret om det ved udskrivelsen både mundtligt og skriftligt.

Tarmfunktion: 34 kvinder havde afføringsproblemer med tendens til obstipation. To blev genindlagt til observation for ilius.

Blærefunktion: 15 kvinder havde forskelligartede vandladningsgener efter operationen. To af disse blev henvist til kontinenssygeplejersken.

Sårpleje: Alle 14 kvinder fik vejledning om hygiejne og sårpleje. To af kvinderne blev observeret for infektion i såret.

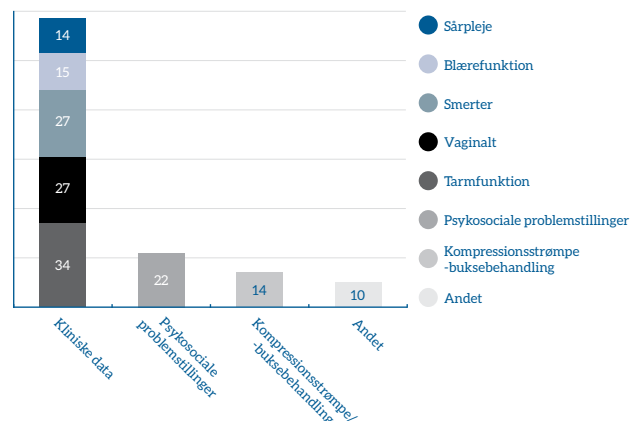
Smerter: 27 kvinder udtrykte usikkerhed om, hvorvidt smerter ved indstiksstederne var normale.

Psykosociale problemstillinger: Træthed og atter træthed. Fire af kvinderne havde en syg ægtefælle og oplevede at være belastet både psykisk og socialt. Alle kvinderne så med bekymring på den forstående information om diagnosen. Sygeplejerskerne erfarede, at der var behov for større viden om emnet for at være kvalificeret til at give kompetent råd og vejledning jf. national klinisk vejledning for kvinder med gynækologisk cancer (5).

Sygeplejeambulatoriet otte uger efter

Kvinderne fik otte uger efter operationen en invitation til en opfølgende samtale i sygeplejeambulatoriet. Sammen med invitationen ▶

Figur 2. Emner, kvinderne havde behov for at drøfte efter udskrivelsen.



- fremsendes EORTC QLQ-30 og EORTC QLQ – INFO 25. Samtalen tog udgangspunkt i formaliserede emner.

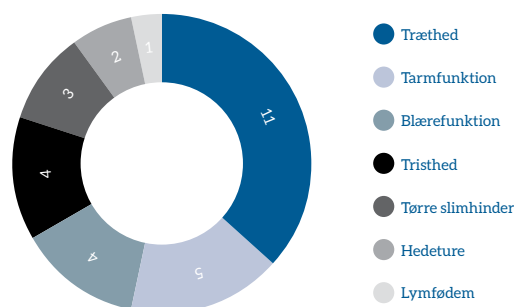
I databehandlingen har kvinderne været opdelt i tre grupper. Fra 45-65 år og fra 66-75 år og 76-87 år. Der var fælles problemstillinger i de tre grupper. Som eksempel præsenteres resultaterne fra den yngste gruppe.

I gruppen af kvinder fra 45-65 år var der i alt 22 kvinder, de 13 af kvinderne kom i ambulatoriet, og de øvrige ni kvinder ønskede samtalen telefonisk. I denne gruppe var der 16 kvinder, der var på arbejdsmarkedet før kræftoperationen. De 16 kvinder vendte alle tilbage til arbejdsmarkedet, se figur 3.

Fund

Trætheden forårsagede, at der ikke var meget overskud til andet end at passe jobbet. Ved udskrivelsen og i det udleverede informationsmateriale fra afdelingen var der lagt op til, at kvinderne som en følge af den laparoskopiske operation kunne genoptage arbejdet efter to uger. Alle kvinder havde haft mulighed for at starte på nedsat tid, men var hurtigt oppe på fuld tid. Trætheden var udmærkende og opslidende for hele familien. Kvinderne havde svært ved at overskue deltagelse i det sociale liv og få den anbefalede og ønskede motion. For nogle af kvinderne var tristhed og irritabilitet blevet en følgesvend til trætheden, se boks 1.

Figur 3. Emner 8 uger efter operation hos 16 kvinder på arbejdsmarkedet



De kvinder, som fortsat led af en træthed, der udmærkede det sociale liv, blev testet ud fra testskemaet om træthed (8). Bl.a. anbefalede vi kvinder i arbejde at tale med arbejdsgiveren om at ændre på arbejdstiden samt at få talt med den nære familie om årsagen til trætheden. Disse anbefalinger skete med udgangspunkt i at styrke kvindernes forståelse for deres træthed og for, hvordan de kunne komme tilbage til deres hverdag.

Tarmfunktion: Indtil næsten otte uger efter operationen havde fem kvinder haft en del problemer med tarmfunktionen, primært obstipation.

Blærefunktion: Fire kvinder oplevede blæreproblemer i form af blæretømning, eller de havde svært ved at holde på vandet i bestemte situationer. Tre af kvinderne blev henvist til kontinenssygeplejersken i afdelingen. En af kvinderne mente, at ”Robotoperationen” var skyld i hendes blæreproblem.

Tørre vaginale slimhinder: Fire af de 16 kvinder havde tørre slimhinder, og det var meget generende for genoptagelsen af sexlivet. Ingen ønskede nogen former for hormoner. Vi anbefalede en glidcreme uden hormoner. Tre af kvinderne havde endnu ikke haft lyst til at genoptage samleje, og den udleverede pjeces om seksualitet havde de ikke haft lyst til at læse.

Hedeture: To af kvinderne havde hedeture, den ene meget udalt. Kvinden fik en samtale med den læge, som havde opereret hende, og der blev aftalt en lavdosis hormonbehandling over en kort periode.

Lymfødeme: Fem af kvinderne havde fået fjernet lymfeglandler. En 62-årig kvinde var ved samtalen i sygeplejeambulatoriet meget generet af trykkende, snurrende ubehag og let hævelse i lysken og op under umbilicus. Generne er begyndt ca. tre uger efter operationen. Generne blev vurderet til at være begyndende lymfødeme. Kvinden henvistes til opstart med lymfedrænage og efterfølgende mål til kompressionsbukseshorts og følges nu i sygeplejeambulatoriet. En anden kvinde på 48 år havde uro og hævelse af begge ben i løbet af dagen svindende over natten, hun blev vurderet til at have begyndende lymfødeme i begge ben og fik udleveret kompressionsstrømper.

Spørgeskemaundersøgelsen

Livskvalitetsskalaen EORTC QLQ-30, som kvinderne besvarede seks uger efter operationen, blev besvaret af 37 ud af 52 kvinder.

Forklaringen på de få besvarelser var, at kvinderne vurderede, at hovedparten af spørgsmålene ikke var relevante for deres aktuelle situation.

Spørgeskema EORTC QLQ – INFO25: 46 kvinder ud af 52 havde oplevet megen information. På spørgsmål om behandlingens indvirkning på deres seksuelle liv, muligheder for psykologrådgivning og ting, de selv kunne gøre for at få det bedre, oplevede ca. halvdelen af kvinderne, at de var blevet informeret meget lidt eller slet ikke.

Diskussion og konklusion

Resultatet af telefonsamtalen ca. en uge efter operationen afspejler mangeartede behov for støtte og omsorg. Der er behov, som kunne være dækket gennem en konkret plan før udskrivelsen bl.a. problemer med tarmfunktion, vaginalt udflåd eller blødning, smerter, blærefunktion, psykosociale problemer og lymfødeme.

Operationsmetoden laparoskopi eller robotoperation løser ikke ovennævnte problemer. Forhåbentlig minimeres nogle af blæreproblemerne og evt. lymfødeme generne ved robotoperationen. En ikke uvæsentlig andel af kvinderne, 24, havde fået fjernet lymfeglandlerne i forbindelse med operationen. Opfattelsen har tidligere været, at få færre lymfødeme gener. I en artikel (8) peges der på, at op mod 25 pct. får lymfødeme gener i modsætning til tidligere opfattelser af, at 10 pct. fik gener.

Nationalt har der ikke været en entydig anbefaling om tidlig opsporing og forebyggelse af lymfødeme gener. I foråret 2013 vurderede vi, at der var behov for større viden for at sikre bedst mulig opsporing og forebyggelse af lymfødeme gener. Gennem et berigende samarbejde med ”Videnscenteret for lymfødeme” på Bispebjerg Hospital er det nu muligt at give kvinderne en viden, de kan handle på. Kompetenceudviklingen hos sygeplejerskerne har bevirket, at der kan iværksættes en handleplan allerede ved begyndende tegn på lymfødeme (9).

De fleste ønskede samtalen

Uanset alder, uddannelse, komorbiditet eller operationstype ønskede hovedparten, 48 kvinder, en opfølgende samtale otte uger efter operationen. I alle aldersgrupper fylder trætheden meget. Anvendelsen af ”Trætheds-testen” gav kvinden og pårørende en

pejling af, hvad trætheden fylder i hverdagen. Testen er et godt redskab for sygeplejersken til at udarbejde en handleplan ud fra kvindens hverdagsliv. Hos de 16 kvinder, som er i arbejde, er trætheden et stort problem. Fremover er det vigtigt ikke at lægge op til, at arbejdet kan genoptages efter to uger, men sammen med kvinden at udarbejde en realistisk rehabiliteringsplan, der kan få kvinden tilbage til arbejdslivet i harmoni med familielivet. Emnet træthed er et område, der skal søges mere viden om for at sikre større kompetence hos sygeplejerskerne.

Kvinder i alle aldre med forskelligartet hverdag og baggrund forventer, at vi kan støtte op om deres behov og afhjælpe deres problemer. Derfor møder de op, når vi inviterer dem ind til en opfølgende samtale.

Ca. halvdelen af de kvinder, som mødte op i ambulatoriet til sygeplejesamtalen, havde ægtefællen eller anden pårørende med. I nogle situationer vurderede vi, at de pårørendes tilstedeværelse var af stor betydning for det videre forløb. Nogle af kvinderne havde behov for at tale med sygeplejersken om deres behov alene. I få situationer tilbød sygeplejersken, at patienten kunne tage ægtefællen med ved en ny samtale for at komme videre i situationen.

Vedrørende seksualitet, som en del kvinder havde behov for at få råd og vejledning om, skete rådgivningen med afsæt i den kliniske vejledning (6). Her har kompetenceudvikling været nødven-

Boks 1. Udsagn om tristhed

Pårørendes udsagn:

”Inden du selv er klar over, at nu skal du tage et hvil, bliver du meget irriteret.” – En ægtefælles afmagt over for hustruens træthed.

Kvindernes udsagn:

”Jeg orker ikke det sociale liv mere, jeg er bare så træt, når jeg kommer hjem.”

”Jeg er jo rask, så jeg vil ikke bede om, at der skal tages hensyn på mit arbejde.”

”Jeg ville jo gerne leve op til det, der står i det udleverede informationsmateriale om at være ”klar” efter to uger til at genoptage arbejdet.”

- dig ud fra de behov, der blev nævnt af kvinderne. Sygeplejersker fra Rigshospitalet har i denne forbindelse været udviklende for teamet. Desuden har der været kontakt med ”Props and Pearls”, som er en sundhedsportal for kvinder med vægten lagt på bryst- og underlivskræft, tørre slimhinder, graviditet og bækkenbundsproblemer.

Resultaterne afspejler kvindernes egne vurderede behov i de forskellige faser i forløbet. Behovene forudsætter støtte, omsorg og konkret professionel kompetence. Det er overraskende, at en væsentlig andel af kvinderne indtil otte uger efter operationen har behov for støtte og omsorg i forhold til genoptagelse af arbejdet, træthed og seksualitet samt brug for kompetent vurdering og indsats ved begyndende lymfødeme gener.

Udviklingsprojektet belyser, hvilken betydning et nationalt sygeplejekoncept har for at skabe et individuelt forløb for kvinder med livmoderkræft fra udredningsforløbet til otte uger efter udskrivelsen. Projektet afdækker samtidig, hvilke kompetencer der sygeplejefagligt skal være til rådighed for at sikre kompetent støtte og omsorg for kvinder med livmoderkræft og deres pårørende.

Sygeplejefaglige kompetencer

Sygeplejerskerne skal besidde specialviden om gynækologisk cancer, så kvinderne kan modtage råd og vejledning i forbindelse med:

- psykosociale forhold og reaktioner, jf. Klinisk vejledning (5)
- træthed ud fra testskalaen, udarbejde en handleplan jf. anbefalinger i litteraturen (7,10)
- symptomer på begyndende depression, vurderes jf. Klinisk retningslinje (11)
- seksualitet jf. klinisk vejledning (6), herunder vejledning om mulig behandling mod tørre slimhinder
- hedeture, vejledning sker i samarbejde med lægegruppen
- ægtefælles reaktion på kræftsyg hustru vurderes, og ægtefælles sikres støtte og omsorg

Organisatorisk struktur

Den daglige ledelse skal medvirke til at sikre en kompetent individuel omsorg og støtte til kvinder med kræft i livmoderen ud fra det nationale sygeplejekoncept bl.a. ved

- at der etableres et planlagt undervisningsprogram for sygeplejerskerne og en refleksionsgruppe mhp. kompetenceudvikling
- at vurdere mulighederne for, at kvinderne oplever størst mulig kontinuitet fra udredning til otte uger efter operationen ved at møde færrest mulige sygeplejersker og læger
- at dokumentation kan indgå i videreudvikling af indholdet i det nationale sygeplejekoncept, se figur 1.

Rapporten kan rekvireres hos forfatteren via e-mail: hmlr@regionsjaelland.dk

Tak til

- Sygeplejerskerne i cancerteamet. Marianne Pørksen, Linda Bille, Rie Roesgaard, Karin Refskov, Linda Seitzberg, Eva Dam Hansen og Marlene Westergaard, som har været afgørende for, at implementeringen og evalueringen har kunnet realiseres.
- Overlægerne Birthe Andersen og Pernille Lassen samt lægesekretærene Lisbeth Larsen, Sussie Svendsen og Hanne Binderup, som har været en forudsætning for, at kræftpatienter oplever, at kræftplaner giver mening.
- Mona Hansen, cand.cur., for faglig sparring.

Litteratur

1. Sundhedsstyrelsen. Pakkeforløb for kræft i livmoderen, version 2., februar 2012. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
2. Kræftens Bekæmpelse. Kræftpatientens verden. En undersøgelse af, hvad kræftpatienter har brug for – resultater, vurderinger og forslag. København: Kræftens Bekæmpelse; 2006.
3. Kræftens Bekæmpelse. Kontrolforløb i kræftpatientens perspektiv. København: Kræftens Bekæmpelse; 2009.
4. Kræftens Bekæmpelse. Kræftpatientens oplevelser med Sundhedsvæsenet, gennem udredning og behandling, Barometerundersøgelse 2011. København: Kræftens Bekæmpelse; 2011.
5. Jakobsen DH, Lytken V, Lange T et al. Klinisk Vejledning. Psykosocialt for kvinder med gynækologisk cancer. 2013 no.01. København: Enhed for Perioperativ Sygepleje; 1.1. 2013.

6. Jakobsen DH, Larsen HM, Vestergaard M et al. Klinisk Vejledning. Seksualitet for kvinder med gynækologisk cancer. 2013 no.01. København: Enhed for Perioperativ Sygepleje; 1.1. 2013.
7. Koktved DP, Pedersen B. Cancerrelateret fatigue – en udfordring for sygeplejen. Klinisk Sygepleje 2012 no. 3, p. 39-49. København: Munksgaard; 2012.
8. Beesley V, Janda M et al. Lymphedema after gynecological cancer treatment. American Cancer Society 2007 no. 05. p. 2607-2614. Published online 1 May 2007 in Wiley Inter Science. 2007.
9. Moffatt C, Dotherty D. Best Practice for the management of lymphoedema. International consensus, London: MEP Ltd, 2006.
10. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft – del af et samlet forløbsprogram for kræft. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
11. Petersen L, Birket-Smith M. Klinisk Retningslinje. Depression hos kræftpatienter. 2007-11. Palliativ medicinsk afdeling, Bispebjerg Hospital, København; 2007.

English abstract

Larsen HM. Rehabilitation Concept Ensures Support and Care for the Cancer Patient. Sygeplejersken 2014;(14):82-7.

A national nursing concept can ensure individual support and care in a cancer patient's care, from the time the diagnosis is made, to eight weeks after the operation for uterine cancer. This is the conclusion of a recently completed development project.

The project also reveals what nursing skills need to be present, to ensure competent support and care for the patients and their families.

Keywords: Rehabilitation, uterine cancer.

Efterlysning Dokumenterede sygepleje

Artiklen handler om de sygeplejefaglige vurderinger, der går forud for planlægning, udførelse, evaluering og dokumentation af sygeplejen og de lovkrav, der forpligter sygeplejersker til at dokumentere sygeplejen. Instrukser, der letter den primære vurdering af patienten, bliver beskrevet. Baggrunden er interne audit på sygeplejefaglig dokumentation.

Lene Sigaard, udviklingssygeplejerske; lene.sigaard@rsyd.dk
Anna-Grethe Andreassen, kvalitetskoordinator
Merete Bech Poulsen, oversygeplejerske.
 Alle ansat på Onkologisk afdeling, Odense Universitetshospital

Den har været her i godt et år, men der har været ualmindeligt stille om den – bekendtgørelsen om sygeplejerskers notatpligt (1). I en medfølgende vejledning oplistedes, hvilke 12 problemområder sygeplejersken skal tage stilling til (2).

Vi glæder os over, at sygeplejerskers dokumentation nu er en ydelse, der kræves og efterspørges og ikke som tidligere er en handling, der udelukkende var baseret på pligten til at vise omhu og samvittighedsfuldhed (3).

Dokumentation af sygepleje har været genstand for mange drøftelser igennem årene. Vi har oplevet de gamle grønne karded, dialogark, åbne karded, åbne og lukkede dagbøger samt fortrykte plejeplaner. Vi har også oplevet, at afsnit i samme afdeling kunne have hvert sit dokumentationssystem.

Med akkrediterings indmarch har vi set en tiltagende ensretning og kvalitet i den ydre sygeplejefjournal. Der bliver stillet overordnede krav til indholdet, journalomslag blev pænere, og EPJ er nu en realitet mange steder. Vi er af den overbevisning, at den indre journal, altså kvaliteten af selve den nedfældede, skriftlige dokumentation, først for alvor blev løftet med indførelse af VIPs-modellen (Velvære, Integritet, Profylakse og Sikkerhed), på svensk Vålbefinnande, Integritet, Prevention og Säkerhet (4,5), eller en lignende opbygning efter V. Hendersons problemområder (6). Med den tilgang til sygepleje blev det mere tydeligt for alle, hvad det egentlig var for områder i sygeplejen, der skulle dokumenteres, så dokumentationen ikke blev en gentagelse af det, lægen havde sagt eller skrevet. Men på trods af dette og nu i forlængelse af den nye bekendtgørelse er der god grund til endnu en gang at se på den sygeplejefaglige dokumentation eller rettere den sygeplejefaglige vurdering, der danner grundlag for dokumentationen.

Dokumentationen er ikke stringent

I de sidste tre år har vi i vores afdeling foretaget interne audit på den sygeplejefaglige dokumentation. Konklusionen er, at dokumentationen ikke er stringent og systematisk. Dokumentation af vurdering af de enkelte problemområder er mangelfuld, og alt for ofte findes den slet ikke. Den indledende sygeplejefaglige vurdering eller indlæggelsessamtale, som den kaldes i sengeafsnit, giver således ikke et solidt og brugbart grundlag at planlægge og handle ud fra samt efterfølgende evaluere på.

Da disse auditresultater blev præsenteret for afdelingens sygeplejersker, blev vi i større stil klar over, at der i afdelingen ikke var tilstrækkelig viden og konsensus om, hvad en vurdering konkret bygger på. I forbindelse med et projekt blev det yderligere klart for os, at sygeplejerskerne i sengeafsnitene syntes, at indlæggelsessamtalen er vigtig, at den bliver prioriteret, at de ved, hvad den skal indeholde, og at kvaliteten er høj (7). I samme projekt vurderede de adspurgte sygeplejersker, at deres kommunikative evner lå højt, og at de ikke anvender alle nøgleord i en indlæggelsessamtale. Årsagen til dette er prioritering af tid, kompetencer og fagligt skøn (7). Der er således en diskrepans imellem, hvad vi konkret ser via audit, og hvad sygeplejerskerne selv oplever. Dette skal også ses i lyset af, at sygeplejersker i flere undersøgelser giver udtryk for, at de bruger for lang tid på at dokumentere. Tilsammen skærper dette betydningen af, at det så skal være det rigtige, der bliver dokumenteret.

Politiske krav fylder

Kvalitet og ledelse er to ord, der går igen i det danske sundhedsvæsen og i mange ordsammenstillinger. I disse år bombarderes sundhedsvæsenet med politiske krav samt patienters oplevelser og evalueringer af deres hospitalsbesøg. Det er sikkert fint og rigtigt og giver en pejling på, i hvilken retning udviklingen skal ske. Som følge af denne udvikling, hvor alt nu går efter parolen accelererede forløb, er det blevet endnu mere påkrævet, at problemer og behov skal afdækkes hurtigt og effektivt, men også leve op til et kvalitetskrav. Formålet med at indføre akkreditering på baggrund af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) er at fremme og synliggøre kvaliteten i patientforløb (8). Vurdering og andre beslægtede begreber bruges flere gange i DDKM f.eks.:

- patientens behov for rehabilitering identificeres
- patienter i ernæringsmæssig risiko identificeres på baggrund af en ernæringscreening
- patientens smerter vurderes ved hjælp af fastlagte metoder

Som det fremgår af ovenstående eksempler, så skal der identificeres, screenes og vurderes. Om forfatterne til DDKM sonder imellem de nævnte begreber, er tvivlsomt. Ifølge Den Danske Ordbog betyder at vurdere, at man foretager en skønsmæssig (faglig) bedømmelse af et forhold, en tilstand, en begivenhed, en udvikling eller lignende (9). I denne sammenhæng er ordet "faglig" vigtig.

faglige vurderinger

Det er sund logik, at en grundig faglig vurdering vil spare patienter for unødvendigt besvær og nedsætte antallet af indlæggelsesdage. De svenske ophavskvinder til VIPS-modellen har i deres omfattende forskning også vist, at der er evidens bag den sunde logik (10).

Sygeplejeprocessens fire elementer

Sygeplejeprocessen blev som begreb nævnt første gang i 50'erne. Mange har sidenhen brugt og beskrevet, hvad processen indeholder og har som mål. Sygeplejeprocessen indeholder alt i alt fire vigtige elementer:

1. Vurdering
2. Planlægning
3. Udførelse
4. Evaluering

Vurdering af problemer og behov er således første skridt og essentiel i al sygepleje (11,12,13). Før denne er på plads, er det vanskeligt at beskrive og prioritere de til problemet knyttede handlinger og i forlængelse heraf umuligt at dokumentere dem.

Sygeplejeprocessen har været kritiseret for at være problemfokuseret frem for personorienteret. Denne kritik kan have forkludret billedet og være del af forklaringen på, at sygeplejersker fortsat slås med at omsætte sygeplejeprocessen i arbejdet og i sidste ende i god dokumentation heraf. Vi ser sygeplejeprocessen som selve opgaven og måden, den udføres på, som den personorienterede tilgang. Kommunikation er helt centralt i omgang og omsætning af proces og mellemmenneskelig tilgang.

Den gode lægegerning

Et godt gammelt kendt ord indenfor praktisk lægegerning er "anamnese". Anamnese er den del af en sygehistorie, der bygger på oplysninger fra patienten selv (14). Lægerne Baslund og Feldt-Rasmussen skriver i første kapitel til lærebogen "Medicin", at vejen mod at stille den rigtige diagnose i lægegerningen er inddelt i

1. anamnese
2. objektiv undersøgelse
3. parakliniske undersøgelser.

Det anslås, at 90 pct. af alle diagnoser stilles på baggrund af patientens sygehistorie. Den objektive undersøgelse står for 9 pct. og parakliniske undersøgelser for 1 pct. Så for at kunne stille den rigtige diagnose skal lægen kunne beherske samtalen og kunne lytte til patientens fortælling. De påpeger dog, at optagelse af en god anamnese kræver træning og atter træning (15).

Grunden til, at dette lægelige perspektiv medtages, er, at vi oplever, at lægegerningen har en indbygget systematik i tilgangen til at vurdere en patient og til efterfølgende at dokumentere udredningen. Det mener vi, sygeplejen i stor stil kunne og burde lade sig inspirere af.

Grundigt kendskab til patienten

Sygeplejeprocessen skal naturligvis ses i sammenhæng, og i praksis kan ingen af elementerne stå alene. Men i en teoretisk tilgang er en opsplitning af elementerne mulig. Anamnese, vurdering, dataindsamling, udredning, screening, ligegyldigt hvilket begreb der anvendes, er hensigten at opnå et grundigt kendskab til patienten, hvorefter der kan planlægges og tilbydes en intervention. Hvis disse indledende vigtige, faglige tiltag ikke er fyldestgørende og ikke hviler på et kvalificeret grundlag, bliver behandlingen, plejen og rehabiliteringen tilsvarende tilfældig og mangelfuld.

Sygeplejefaglige vurderinger kan på lige fod med lægegerning baseres på kliniske observationer og/eller på baggrund af en samtale med patienten. Vurdering af patientens problemer og behov skal bære præg af samtale og ikke af overhøring. En systematik i denne vurdering står ikke i modsætning til at tænke i helheder og have en god relation til patienten.

Et dyk i "vurdering"

Ovenstående bevirkede, at vi besluttede os for at dykke ned i hvert trin af sygeplejeprocessen og i første omgang starte med begyndelsen "vurderingen". Vi ville

- sikre, at patienter med særlige problemer og behov identificeres
- ensrette den indledende sygeplejefaglige vurdering

Vi besluttede os for at udarbejde instrukser, der indenfor hvert af sygeplejens problemområder udførligt beskrev, hvordan man i klinikken kan afdække og vurdere, om patienten har et problem. ▶

- Der findes endnu ikke anbefalede og validerede udredningsprogrammer for samtlige problemområder. Som med al anden udredning kan graden af et problem ofte beskrives ved hjælp af tal, f.eks. en numerisk rangskala (NRS) eller en visuel analog skala (VAS) skala fra 0-10, eller en inddeling i grader fra 0-5. Derudover kan en udredning gribes mere kvalitativt an, hvor man opfordrer patienten til med egne ord at beskrive, om der er et problem, og hvis, hvad problemet betyder for ham og det daglige liv.

Vi valgte i første omgang den kvalitative tilgang til et problemområde, fordi vi mener, at det særlige ved sygepleje er samtale, og derigennem kan sygeplejersken indhente patientens subjektive vurdering og oplevelse. Men vi forestiller os, at vi med tiden vil anvende både en kvantitativ og kvalitativ afdækning, da disse formentlig vil kunne supplere hinanden.

” Dokumentation af sygepleje har været genstand for mange drøftelser igennem årene. Vi har oplevet de gamle grønne kardex, dialogark, åbne kardex, åbne og lukkede dagbøger samt fortrykte plejeplaner.

Definition af instruks

En instruks er defineret ved at være en konkret opskrift på, hvad der skal gøres (8). Vi valgte netop for systematikken og genkendelighedens skyld at opbygge alle instrukser efter den samme skabelon. Den indeholdt følgende fire punkter:

- Formål
- Vurdering: skal afdække
- Vurdering: kan yderligere afdække
- Dokumentation, se boks 1.

Nedenfor følger et eksempel på, hvordan en instruks er bygget op over emnet ”Slimhinde – vurdering og dokumentation” (16).

Formål

- Sikre, at patienter med slimhindeproblemer identificeres
- Sikre en ensartet vurdering af patienter med slimhindeproblemer

- Sikre en ensartet og systematisk dokumentation af slimhindeproblemer

Anvendelsesområde

Instruksen henvender sig til plejepersonale og omfatter både indlagte og ambulante patienter.

Definitioner

Slimhinder (latin: mucosa) beklæder menneskers indre overflader i fordøjelseskanaal, luftveje, urinveje, kønskanaler, lungehule, hjertesæk, bughule, mellemøre og rummet mellem øjenlåg og øje. Slimhindens væsentligste funktion er at beskytte det underliggende væv mod fremmedpartikler f.eks. mikroorganismer. Andre slimhinder har som væsentligste funktion at nedsætte gnidningsmodstanden (friktionen) mellem organer og væv, f.eks. i hjertesæk samt lunge- og bughinde.

Kemoterapi, anti-hormonel behandling og andre lægemidler samt strålebehandling kan forårsage skade på slimhinder. Sidstnævnte dog kun på de bestrålede områder.

Fremgangsmåde

Screening for slimhindeproblemer ved den indledende vurdering:

- Alle patienter skal ved den indledende vurdering udspørges om de har problemer relateret til slimhinder
- Hvis patienten bekræfter at have slimhindeproblemer, skal der foretages en systematisk vurdering heraf.

Patienter, der af forskellige årsager ikke sprogligt kan redegøre for problemstillingen, skal vurderes ved hjælp fra tolk, pårørende eller kontaktperson i primærsektor. Vurdering af slimhindeproblemer skal afdække:

- Debut (hvornår og/eller hvordan opstod problemet?)
- Symptomer fra øvre slimhindelokaliserings (tørhed, hoste, hæshed, blødning, smerter, irritation, betændelse?)
- Symptomer fra nedre slimhindelokaliserings (tørhed, blødning, smerter, betændelse, diarré, udflåd, irritation?)

Vurdering af slimhindeproblemer kan yderligere afdække: Påvirkning af dagligdagen (hvordan påvirker problemet dagligdagen – f.eks. spisning, toiletbesøg, samliv?)

”Instrukserne er udarbejdet indenfor en onkologisk praksis, men langt de fleste er generelle og kan med små justeringer tilrettes alle specialer.

Sygeplejersken vurderer på baggrund af ovenstående udredning, om problemet skal forelægges læge og yderligere undersøgelser skal effektueres.

Dokumentation

Det dokumenteres i EPJ under nøgleordet ”Hud og slimhinder”, om patienten har slimhindeproblemer.

Instrukserne er udarbejdet indenfor en onkologisk praksis, men langt de fleste er generelle og kan med små justeringer tilrettes alle specialer. Desuden er instrukserne levende dokumenter, de skal som alt andet revideres jævnligt, når ny viden og validerede spørgeteknikker dukker op.

Holismens velsignede forbandelse

Sygeplejersker har fra deres skoletid en indbygget tilgang til sygepleje, der tager afsæt i en holistisk opfattelse. At definere sygepleje ud fra en lang række nøgleord er et eksempel på denne helhedstankegang. Sygeplejersker har således en grundlæggende forståelse for, at alle elementer spiller ind i det gode liv. Sygeplejersker er handlingsorienterede, siger man ofte. Vi er tilbøjelige til at være enige. I forbindelse med dette arbejde har vi hørt mange af afdelingens sygeplejersker sige, at det er meget godt med al den udredning, men hvad skal de gøre ved problemet? Vi vil gerne slå fast, at selvom der kan foretages en vurdering af alle problemområder, betyder det ikke, at den enkelte ►

Boks 1

Nøgleord	Navn på instrukser
Kommunikation	Kommunikation - vurdering og dokumentation
Respiration og cirkulation	Respiration - vurdering og dokumentation Cirkulation - vurdering og dokumentation Hoste - vurdering og dokumentation
Udskillelse	Udskillelse af urin - vurdering og dokumentation Udskillelse af afføring - vurdering og dokumentation
Ernæring	Ernæring - vurdering og dokumentation Ernæring; screening, plan og opfølgning (standard 2.14.1 og 2.14.2) Kvalme og opkast - vurdering og dokumentation
Hud og slimhinder	Slimhinder - vurdering og dokumentation Hud - vurdering og dokumentation
Funktionsevne	Funktionsevne - vurdering og dokumentation af patientens fysiske funktionsevne (standard 2.15.1)
Smerte og sanseindtryk	Smerter - vurdering og dokumentation (standard 2.7.5)
Søvn og hvile	Søvn, hvile og træthed - vurdering og dokumentation
Psykosociale forhold	Psykologiske reaktioner - vurdering og dokumentation Socioøkonomiske forhold - vurdering og dokumentation Børn som pårørende - vurdering og dokumentation
Seksualitet	Seksualitet - vurdering og dokumentation
Viden og udvikling	Viden og udvikling - vurdering og dokumentation

- ▶ sygeplejerske skal kunne handle på dem alle! Når det er sagt, er det også væsentligt at medtænke, at ligesom der kan opstå onde cirkler hos patienten, hvor det ene problem kan trække det andet med sig, kan afhjælpning af et problem også virke lindrende på andre problemområder. F.eks. kan afhjælpning af smerter have positiv effekt på bl.a. søvn, aktivitet, appetit, sociale forhold og seksuelle problemer.

Lovkrav og auditresultater taler for sig selv

Arbejdet med at udforme ovenstående instrukser har givet gode faglige diskussioner i afdelingen. Det har også et langt stykke hen ad vejen skabt en fælles faglig platform for det videre arbejde med næste trin i sygeplejeprocesen, som er at beskrive de interventioner, der er knyttet til et givent problemområde.

Vi har hørt argumenter som ”nej, vi kan ikke implementere mere lige nu”. Men lovkrav og auditresultater taler for sig selv. Der skal strammes op om den sygeplejefaglige vurdering. Vi tror, at det på den lange bane vil give mere mening for både patient, samarbejdspartnere og sygeplejerskers egen faglige selvforståelse. Lad os i hvert fald på dette område glæde os over, at vores vurderinger er efterspurgt.

Litteratur

1. Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.) BEK nr. 3 af 02/01/2013. Journalføringsbekendtgørelsen. Offentliggørelsesdato: 10-01-2013 Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Sundhedsstyrelsen, j.nr. 3-3010-29/1 den 2. januar 2013.
2. Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser. VEJ nr. 9019 af 15/01/2013. Offentliggørelsesdato: 16-01-2013. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Sundhedsstyrelsen.
3. Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser. Sundhedsstyrelsen. 29. april 2005.
4. Ehnfors M, Ehrenberg A, Thorell-Ekstrand. VIPS-boken. Om en forskningsbaseret model för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen. Vårdförbundet – forskning og utveckling, 1998.
5. Björvell C. Sygeplejerskers dokumentation – en praktisk håndbog. Studentlitteratur, 2001.
6. Henderson V. ICN – Sygeplejens grundlæggende principper. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 2012.
7. Abildgaard O, Therkildsen DN, Foldager M, Sigaard L. Tre centrale temaer i indlæggelsessamtalen. Sygeplejersken 2014;(8).
8. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, IKAS (2009). Den Danske Kvalitetsmodel for sygehuse.
9. <http://ordnet.dk/ddo> > vurdere
10. Björvell C, Thorell-Ekstrand I et al. Long-term increase in quality of nursing documentation: effects of a comprehensive intervention. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2002; 16:34-42.
11. Vesterdal A. Sundheds- og sygepleje I. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 1986;248-92.
12. Rasmussen LV. Sygepleje til en voksen kvinde. In: (Janne Lyngaa ed.) Sygeplejefag – refleksion og handling. København: Munksgaard; 1998;221-9.
13. Bjerregaard L. Sygeplejeprocesen. In: Hundborg S; Lynggaard B (ed.) Sygeplejens Fundament. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2013.
14. Nørgaard JR. Medicinske fagudtryk – en klinisk ordbog med kommentarer. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2001.
15. Baslund B, Feldt-Rasmussen U. Patient-læge-forholdet. In: Baslund B et al. (ed). Medicin. København: FADL's Forlag; 2012.
16. Sigaard L og Andreasen AG. Instruks. Slimhinde, vurdering og dokumentation. 2013 <http://ekstern.infonet.regionsyddanmark.dk/> > Håndbøger fra OUH & Svendborg Sygehus > Onkologi, OD > Sengeafsnit > Behandling/Pleje > Sygeplejevurdering > Slimhinde

English abstract

Sigaard L, Andreasen A-G, Poulsen M. Wanted: Documented Nursing Assessments. *Sygeplejersken* 2014;(14):88-93.

Audit results show that nursing documentation is not stringent and systematic and is often incomplete or inexistent. In several studies, nurses report that they spend a considerable amount of time on documentation. Viewed together, this underscores the importance of documenting and reporting the right things.

With new Danish legislation on nursing documentation as its starting point, this article describes the nursing assessments made prior to documentation.

The aim is to provide instructions within all the areas of need that Virginia Henderson defined. The instructions are to:

1. ensure that patients with special problems and needs are identified, and
2. standardise the preliminary nursing assessment.

An instruction is defined as a specific formulation of what needs to be done. It was decided that it should contain the following items:

- Objective
- Assessment: what needs to be clarified?
- Assessment: what more can be clarified?
- Documentation.

Keywords: Nursing assessment, areas of need, instruction, documentation.

Man kan bare ansætte en så keder man sig aldrig...

Seks oversygeplejersker vurderer, at ansættelsen af en forskningskyndig sygeplejerske med ph.d.-grad giver mange fordele. Bl.a. får oversygeplejersken en sparringspartner, sygeplejerskerne får inspiration, og deres ønsker om efter- og videreuddannelse øges. Artiklen er baseret på en fokus-gruppeundersøgelse.

DASYS' Forskningsråd

I artiklen giver DASYS' Forskningsråd, se boks 1, sygeplejefaglige ledere inspiration til at involvere sygeplejeforskere i klinisk praksis. Artiklen præsenterer resultatet af en pragmatisk interviewundersøgelse med oversygeplejersker, der har erfaring med dette, og den besvarer en række spørgsmål, det er naturligt at stille, inden man tager sådan et initiativ.

Antallet af forskningskyndige sygeplejersker er støt stigende, og der er i dag ca. 150 danske sygeplejersker, som har erhvervet sig en ph.d.-grad. Der publiceres i stigende grad danske forskningsresultater, som bidrager til udviklingen af sygeplejefaget og er med til at danne grundlag for en evidensbaseret praksis. Selvom sygeplejeforskningen er nærværende på en del sygehuse, og krav om forskning er en del af de dialogbaserede aftaler, som indgås mellem direktioner og afdelingsledelser, er det et fåtal af landets sygehusafdelinger, der har forskeruddannede sygeplejersker ansat. Efterspørgslen i sundhedsvæsenet på evidensbaseret praksis forudsætter imidlertid dels forskning, der kan levere evidensen, dels at forskningsresultaterne implementeres i praksis. Dermed er der behov for at skabe stillingsstrukturer og karriereveje for sygeplejersker, som har kompetencerne til at medvirke til dette. Det er en ny vej, der skal anlægges, og der er brug for rollemodeller, som kan inspirere andre ledere. Denne artikel præsenterer erfaringer fra nogle af pionererne på området.

Fokusgruppeinterview

Der blev afholdt to fokusgruppeinterview af ca. en times varighed, og i alt deltog seks ledende oversygeplejersker fra fem regioner. Forskningsrådets medlemmer havde udarbejdet en interviewguide og foretog interviewene. Interviewguiden blev sendt til oversygeplejerskerne på forhånd. Guidens omdrejningspunkt var, "hvad kan jeg få ud af det her?" som oversygeplejerske og omfattede følgende områder:

1. Overvejelser bag beslutningen om at ansætte en sygeplejerske med ph.d.-grad tæt på det kliniske felt
2. Hvad har I opnået ved det?
3. Udfordringer
4. Strategisk anvendelse af funktionen fagligt/politisk
5. Hvordan udvælges og prioriteres forskningsområderne?
6. Hvordan finansierede I ansættelsen?

Interviewene blev efterfølgende transskriberet, og teksten analyseret vha. en pragmatisk tematisk indholdsanalyse med udgangspunkt i områderne i interviewguiden. Alle forskningsrådets medlem-mer deltog i analyseprocessen, som først gennemførtes individuelt, hvorefter man mødtes og drøftede fundene, indtil der blev opnået konsensus om temaerne. Fra starten har det været forskningsrådets hensigt at få del i nyttig viden fra erfarne pionerer – ikke at producere videnskab. Men den samlede ekspertise i forskningsrådet har naturligvis været bragt i spil mhp. at sikre en vis systematik.

Timing er afgørende

Selvom baggrunden for at ansætte en sygeplejerske med ph.d.-grad var forskellig, syntes timing at være afgørende for, at de ledende oversygeplejersker har kunnet skabe mulighed for at ansætte en forskende sygeplejerske. Det kan dreje sig om timing ift. at gribe en mulighed, der pludselig viser sig, eller som er i risiko for at gå tabt, og timing ift. at afdelingen eller lederen selv er moden til at tage skridtet til at føre sygeplejen til et nyt niveau.

"Det er altså (...) et eller andet med et behov for at bevæge sig fra en statisk verden ved at få øje på noget, der sker rundt omkring én ... og mærke ... at vi simpelthen stod stille."

"... og så begynder man at interessere sig for, hvad der ligger der på det niveau, som man ikke rigtigt har fået fingre i som oversygeplejerske."

For én kom muligheden for ansættelsen, da sygehuset havde besluttet at ansætte en forskningsleder for sygeplejen, som skulle være forankret i en klinisk afdeling 50 pct. af tiden. Det gav oversygeplejersken mulighed for at slå til og etablere en stilling, hvor 50 pct. allerede var finansieret fra direktionens side. En anden havde et tæt samspil med den ledende overlæge og fik af den grund gennemslagskraft i direktionen. De præsenterede planen sammen, hvilket gav lydørhed i direktionen, og planen kunne realiseres. En tredje blev nødt til at oprette stillingen for at kunne fastholde en sygeplejerske, som havde gennemført sit ph.d.-forløb under sin ansættelse i afdelingen og nu stod med et tilbud om ansættelse fra et andet sted. Derudover havde én konverteret en udviklings-

forsker,

sygeplejerskestilling for at kunne finansiere fastansættelse af en forskningssygeplejerske. En anden indgik en musketered med sine afdelingssygeplejersker og fandt pengene i budgettet, hvilket kræver enighed, så der ikke opstår mukken i krogene.

Tilfældighederne indikerer, at det er den enkelte oversygeplejerskes fornemmelse for timing, men også mod og modenhed, der afgør, om hun som leder benytter sig af muligheden, når den byder sig, og ansætter en sygeplejeforsker.

Alle er enige om, at ansættelsen af en forskningskyndig sygeplejerske har indfriet forventningerne og mere til. Ligesom måden, muligheden opstod på, var forskellig, var også måden, forskerne arbejdede på, forskellig. Nogle var seniorforskere, mens andre var mere eller mindre nyudklækkede ph.d.er. Nogle havde et enkelt område som forskningsfokus, mens andre havde opbygget og skaffet finansiering til et helt forskningsprogram. Under alle omstændigheder var ansættelsen en klar faglig gevinst for både sygeplejen, organisationen og lederen. Alle beskriver desuden den betydning, det har haft for dem som ledere at få en sparringspartner og rådgiver på det faglige område, hvilket de ikke har oplevet før. Der er således en fælles oplevelse af både faglig og ledelsesmæssig effekt.

Sygeplejefagligheden

Forventningen om, at en forskningssygeplejerske vil bidrage med et akademisk indspark til det kliniske felt, synes at veje tungt i de overvejelser, oversygeplejerskerne havde gjort sig inden ansættelsen. Fælles var forventningen om, at forskningen kunne bidrage til at løfte praksis og medvirke til at etablere en evidensbaseret tilgang til sygeplejen. Dertil kom en forventning om, at den forskningskyndige sygeplejerske ville stimulere til og igangsætte forskningsprojekter og på den måde bidrage til at profilere sygeplejen både indad i organisationen og udadtil.

Forventningen synes indfriet for denne gruppe oversygeplejersker. Der er en oplevelse af, at forskerens tilstedeværelse i klinikken har givet en tydelig faglig profil på det kliniske felt. Det havde givet ny energi i sygeplejerskegruppen, og det, at sygeplejerskerne nu havde fået et sted at gå hen med faglige, kritiske og undersøgende spørgsmål, gav dem mod til at tage initiativer og søge svar og løsninger på kliniske problemstillinger. En lang række konkrete initiativer

” Fælles var forventningen om, at forskningen kunne bidrage til at løfte praksis og medvirke til at etablere en evidensbaseret tilgang til sygeplejen.

var sat i gang, som kunne mærkes direkte i praksis: specifikke specialrelevante interventioner, et evidensbaseret screeningsredskab for en patientgruppe, et sammenhængende program for indførelse af evidensbaseret praksis, vækstfora, deltagelse i nationale og internationale projekter, en lang række mindre projekter, innovative samarbejder med virksomheder om sygeplejeinterventioner m.fl. De fleste steder var der etableret journal clubs, hvor der søges svar på de spørgsmål, der opstår i klinikken, mens sygeplejerskerne trænes i at vurdere forskningsartiklernes kvalitet og evidens.

Der er en oplevelse af, at sygeplejerskerne og afdelingssygeplejerskerne har fået fornyet faglig stolthed og et skærpet fokus på sygepleje samt ny inspiration og redskaber til konkrete sygeplejeinterventioner.

”Den sygeplejefaglige stolthed blomstrer ... Fra at være en medicinsk afdeling, hvor man bare var ansat og havde mægtig travlt med at passe patienterne, taler vi nu fag.”

At have en aktiv forsker i sin afdeling har haft en afsmittende effekt og inspirerer sygeplejerskerne på flere områder. F.eks. til at gå i gang med mindre projekter, hvilket profilerer afdelingen og løfter refleksionsniveauet blandt sygeplejerskerne.

”Altså, der er sådan en synergieffekt i det her, at der er en forsker, der arbejder med sin egen forskning, som er relateret til afdelingens kliniske sygepleje, og så samtidig sætter nogle små spirer.”

Boks 1. DASYS' Forskningsråd

DASYS' Forskningsråd, som har forfattet denne artikel i fællesskab, består af:

- Ole Toftdahl Sørensen, MPP, ledende oversygeplejerske
- Elizabeth Rosted, ph.d., forsker i klinisk sygepleje
- Lena Aadal, ph.d., forskningsansvarlig sygeplejerske
- Marianne Eg, MscN, klinisk sygeplejespecialist, ph.d.-studerende
- Leanne Langhorn, ph.d., klinisk sygeplejespecialist
- Trine Lassen, ph.d. h.d., lektor
- Mette Trads, MKS, udviklingssygeplejerske ph.d.-studerende
- Tove Lindhardt, ph.d., seniorforsker

- ▶ På samme måde er forskningssygeplejersken med sin daglige tilstedeværelse inspiration og rolle-model for sygeplejerskerne i forhold til deres karriereudvikling. Forskeren angiver en ny, mulig karrierevej, og det giver sygeplejerskerne nye overvejelser og ønsker i forbindelse med videreud-dannelse, hvilket selvfølgelig skaber udfordringer for lederen.

”De har nu den fulde karrierevej i min afdeling. Altså, de kan se den nyuddannede sygeplejerske, som overvejer cand. scient.san.-uddannelsen. De kan se ph.d.en. De kan se seniorforskeren. De kan se hele vejen. Og det betyder jo faktisk noget ... og de synes, det er megasejt at være et sted, hvor man har hele pakken.”

Ledelsesperspektivet

Betydningen for lederen trådte stærkt frem. Med forskeren var der kommet en ny sparringspartner og rådgiver ind, som flere af deltagerne aldrig tidligere havde haft, og som faktisk dækkede et ikke erkendt behov. Der var enighed om, at forskeren med sin faglighed ser organisationen og klinikken i en anden optik og med nye kritiske øjne. Forskeren ser og hører andre ting, end oversygeplejersken gør, og stiller spørgsmål, som giver oversygeplejersken mulighed for en ny og anden indsigt i egen organisation. Den faglige optik og indsigt blev oplevet som en helt ny mulighed for at inddrage fagligheden i ledelsesbeslutninger.

”Det har jo givet mig en sparringspartner på et niveau, jeg aldrig har haft før, som jeg i den grad, i bakspejlet, kan se, jeg har savnet.”

” ... det er meget mere berigende at være ledende oversygeplejerske i dag, end det var for nogle år siden.”

Der var en oplevelse af, at afdelingens profil udadtil styrkes ved at anvende forskeren som repræsentant for afdelingen, hvilket kan være både strategisk og personligt vigtigt for en leder. Flere af oversygeplejerskerne var bevidste om at anvende forskeren strategisk ved at sørge for at få hende placeret i fora, som kunne sikre afdelingen indflydelse og indsigt. Det kunne f.eks. dreje sig om vigtig adgang til indflydelse på specialerellevante faglige og politiske beslutninger, men også om at modtage impulser og indsigt fra

de nationale og internationale organer og fora, seniorforskerne selv havde positioneret sig i. Forskeren kunne endda opfattes som et trofæ, som kunne profilere afdelingen og lederen.

”Det gælder jo om at få forskeren placeret strategisk i nogle fora, hvor hun taler sygeplejeforskningens sag og vores afdelings sag.”

”Jeg har jo fået én ind ad døren, som er engageret alle de steder ... jeg høster lidt af det, der drypper af, og bruger det til at promovere afdelingen.”

Udfordringer

Mange af de nævnte fordele ved at ansætte en forskningskyndig sygeplejerske indebærer udfordringer for lederen. Al den dynamik, der kommer ind i afdelingen, afstedkommer ønsker om mere. Mere tid, flere penge, mere forskning, mere uddannelse. Det kan opleves lidt som at have åbnet Pandoras æske, og filmen kan ikke spoles tilbage. Flere taler om, at når man har sagt A, må man også sige B.

Når driften banker på med sine problemer med mandskab og økonomi, kræver det en stærk overbevisning hos lederen.

”Udfordringerne ... Det er jo, at der skal ... det der med, at når man har sagt A, må man også sige B. Og der sidder nogle afdelingssygeplejersker nogle gange og tænker: Hvad skal vi det for? Altså, hvorfor skal hun nu ... kunne hun da ikke lige tage den nattevagt eller aftenvagt (...) Hvor man også er nødt til som leder og oversygeplejerske: Jamen det er nødvendigt, at vi gør det her. Fordi det løfter afdelingen. Altså også motivere afdelingssygeplejerskerne til at byde ind med nogle ting og ikke være en kæp i hjulet hele tiden. Men det koster tid og penge, det gør det.”

”De behov, der opstår, og ønsker om uddannelse og uddannelse ... Jeg kan godt se, at ønskerne måske er det firedobbelte af, hvad jeg måske i virkeligheden er i stand til at stable på benene, og det er en udfordring. Men der tænker jeg, at vi er ude i det der D. A, B, C, D, når vi begynder at få vores egne (videre)uddannede tilbage og skal finde plads til dem i organisationen.”

Den nye og skærpede faglige optik, forskeren bringer med sig, stiller andre krav til ledelsen, end man har erfaring med. Det er ikke kun nye krav i den direkte kontakt mellem leder og forsker, men har også en af-

” Med forskeren var der kommet en ny sparringspartner og rådgiver ind, som flere af deltagerne aldrig tidligere havde haft, og som faktisk dækkede et ikke erkendt behov.

smittende effekt i sygeplejegruppen. Den nye type medarbejder udfordrer klinikken på nye måder. Som en af oversygeplejerskerne siger, så kan man bare ansætte en forsker, så keder man sig ikke. Det stiller krav til lederen om at kunne planlægge og prioritere forskningsområderne og de relaterede projekter, og det er en udfordring, at der ikke er så megen præcedens, når oversygeplejersken skal beslutte, hvor forskeren skal placeres i organisationen, og hvilken rolle og hvilket revir hun skal have. Dertil er det en udfordring at holde hånd i hank med, hvordan samspillet mellem forskeren og sygeplejerskerne foregår samt at kunne håndtere at have ansat en, som ved mere om faget end en selv.

”Der er meget af det, der skulle forhandles, ikke? Hvad er der plads til her, og hvad er det, vi prioriterer her. Og hvilken plads kan du få i organisationen, hvordan får jeg puttet dig ned et sted i organisationen, hvor du kan få din egen plads.”

”Altså, det er jo en speciel oplevelse at begynde at ansætte mennesker, som er klogere end en selv. Altså at skulle bevæge sig rundt og stadigvæk være leder og finde sine egne ben i det, og det må jeg indrømme, det tog mig lidt tid.”

En pointe, som fremhæves, er, at de økonomirelaterede og organisatoriske udfordringer er symptom på det unge felt, og den manglende udbredelse af fænomenet.

”Det er en udfordring (at skaffe finansiering), så længe det er de få, der har udfordringen. Fordi den dag vi er rigtig mange oversygeplejersker, der sidder med denne her problematik, så vil der også være en helt anden diskussion af midler til ... forskningsmidler og prioritering af midler.”

Konklusion

Ansættelsen af ph.d.-uddannede sygeplejersker i klinikken byggede i mange tilfælde på en pludselig opstået mulighed og oversygeplejerskens timing i forhold til at gribe den. Dermed, og på grund af manglende erfaringer fra tidligere, spændte deltageres forventninger lige fra næsten ingen, til helt konkrete, som f.eks. at ville evidensbasere klinisk praksis, initiere forskning lokalt, give klinikken indspark fra det akademiske felt og til at promovere afdelingen. Interviewene tydeliggjorde, at de forventninger, der måtte være, indfries i meget høj grad, samt at ansættelse af en ph.d.-uddannet sygeplejerske er

en klar gevinst for både sygeplejerskerne, organisationen og lederen. Sygeplejerskerne i klinikken får fornyet faglig stolthed, inspiration og energi, og afdelingen får en tydeligere faglig profil. Derudover er forskeren en uvurderlig sparringspartner for oversygeplejersken, som tillige anvender forskeren strategisk, både internt og eksternt.

Beslutningen om at ansætte forskningskyndige sygeplejersker i klinisk praksis ligger hos oversygeplejerskerne og er derfor afhængig af hendes indstilling til forskning i sygepleje, men også indstillingen blandt mellemlederne og hos den ledende overlæge har betydning. Der må desuden tænkes kreativt for at finansiere ansættelsen.

Selv om det kunne virke som en umiddelbar trussel at ansætte en sygeplejerske med kompetencer, der overstiger ens egne, anbefaler alle de deltagende oversygeplejersker deres kolleger i andre afdelinger at ansætte forskningskyndige sygeplejersker i klinisk praksis.

English abstract

DASYS [Danish Nursing Society] Research Council. Just Hire a Nursing Researcher and You Will Never Be Bored ... *Sygeplejersken* 2014;(14):94-7.

Today, there are approximately 150 Danish nurses who have obtained a Ph.D. Increasingly, Danish research results are being published, contributing to the development of the nursing profession and laying the foundation for an evidence-based practice. Despite this, only a small number of the country's hospital departments employs nurses who are trained in research. This article presents the experiences, collected through focus group interviews, of some of the first nursing officers to hire research-trained nurses in clinical practice. Their expectations have most definitely been met, in that the hiring of nurses with research training has helped renew professional pride, inspiration and energy among the nurses in the clinic, and the department has gained a clearer professional profile, as the nursing officers have gained a highly qualified professional sparring partner. The nursing officers conclude that the hiring of nurses trained in research clearly benefits the nurses, the organisation and the leader.

Keywords: Nursing researcher, clinical practice, professional management.

Med en annonce i **SYGEPLEJERSKEN** når du ud til 123.000 læsere



Sygeplejersken udkommer 14 gange årligt i et oplag på 73.884 og har ifølge Gallup 123.000 læsere.

Bladet sendes til alle medlemmer på deres privatadresse, hvilket sikrer den store læseropmærksomhed.

Når de skal orientere sig om nye produkter, spiller deres fagblad en central rolle.

Sygeplejerskerne er en spændende og interessant målgruppe, der har stor indflydelse på indkøb og behandlingsplaner både i hospitalsregi og i den primære sektor. Derudover er sygeplejerskerne købestærke personer, der sætter økologi, sund levevis og kultur højt.

Sygeplejersken har ret til at medtage annoncer for receptpligtig medicin.

Sygeplejersken indeholder i hvert nummer:

- Aktuelt tema
- "Fag" som er faglig information med beskrivelser af projekter, udviklingsarbejde, ph.d.-forsvar og nyheder om forskning.
- "Teori & praksis" der indeholder artikler som primært er forskningsbaseret.

Stillingsannoncering i Sygeplejersken = Effektiv rekruttering

Den opmærksomhed, du opnår med din annonce i Sygeplejersken, er den mest optimale, der er, når der skal rekrutteres nye medarbejdere. Det er mediet, hvor du rammer den samlede målgruppe, og hele 65% af medlemmerne ser stillingsannoncerne igennem hver gang.

DM

Få flere oplysninger

Kontakt Dansk Mediaforsyning og få en snak om annoncering i Sygeplejersken.

Tlf. 7022 4088 eller via mail
dsrtekst@dmfnet.dk / dsrjob@dmfnet.dk

Se evt. også www.dmfnet.dk

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. 1 - 2015 16. december 2014	Nr. 2 - 2015 21. januar 2015	Nr. 3 - 2015 11. februar 2015
--	--	---

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. 1 - 2015 5. januar 2015	Nr. 2 - 2015 26. januar 2015	Nr. 3 - 2015 16. februar 2015
---------------------------------------	--	---

Sidste frist for indlevering af materiale er kl. 10 hos Dansk Mediaforsyning ApS

Udgivelsesdatoer

Nr. 1 - 2015 19. januar 2015	Nr. 2 - 2015 9. februar 2015	Nr. 3 - 2015 2. marts 2015
--	--	--------------------------------------

Sygeplejersker til Akuttelefonen 1813

Kom til Åbent Hus

Er du sygeplejerske med erfaring fra akutklinik, medicinsk/kirurgisk afd., børneafd. eller anæstesi/intensiv og vil du arbejde i den akutte del af sundhedsvæsenet på en helt ny måde? Kan du se dig selv visitere og rådgive regionens borgere via telefonen?

Den Præhospitale Virksomhed søger sygeplejersker til fastansættelse, 20-37 timer om ugen samt timelønnede. Synes du, at ovenstående lyder spændende og er du interesseret i at komme og besøge os, tale med dygtige sygeplejersker, se vagtcentralen og vores arbejdsplads?

Vi holder Åbent Hus for sygeplejersker og læger hver onsdag kl. 16:30-17:30

Så tag en kollega under armen og kom forbi. Vi glæder os til at se dig.

Find os her: Telegrafvej 5, opgang 2, 3. sal, 2750 Ballerup eller læs mere: www.regionh.dk/akut



Patientombuddet

Patientombuddet søger sagkyndige i sygepleje

Flere stillinger som sagkyndige i sygepleje er ledige til besættelse per 1. januar 2015.

Dine arbejdsopgaver

Du skal primært komme med en faglig vurdering i klagesager. Det drejer sig enten om klager over navngivne sundhedspersoner (disciplinærsager) eller klager over behandlingsforløb (patientombudssager). Du vil derved være med til at fastlægge normen for almindelig anerkendt faglig standard inden for dit fag.

I mere komplekse sager skal du hjælpe os med at opstille hændelsesforløb og specificere faglige problemstillinger. Herudover kan du blive bedt om at give generel rådgivning til Patientombuddet. Du skal være med til at sikre ensartet vurdering af sagerne.

Herudover kan du blive bedt om at komme med input til læringsenhedens udmeldinger.

Dine kvalifikationer

Du skal være sygeplejerske og du skal have et godt kendskab til hovedfunktionerne inden for dit fag.

Vi søger sagkyndige til:

- Akutsygepleje
- Anæstesi- og intensiv sygepleje
- Børnesygepleje
- Dermatologiske sygepleje
- Diabetes sygepleje
- Gastro-enterologiske sygepleje
- Gynækologiske og Obstetriske Sygepleje
- Kardiovaskulære og Thoraxkirurgiske Sygepleje
- Lunge- og allergisygepleje
- Nefrologiske sygepleje
- Neurosygepleje
- Ortopædkirurgiske sygepleje
- Palliations- og hospicesygepleje
- Sygeplejersker inden for psykiatri
- Sundhedpleje
- Sygepleje i kommuner
- Sygepleje ved modtageafdelinger og operationsgange

Løn- og ansættelsesvilkår

Du bliver aflønnet med det antal timer som du bruger til at komme med udtalelser. Mange af Patientombuddets sagkyndige er ansat med en arbejdstid på mellem 4 til 12 timer om måneden.

Ansættelse og aflønning sker i henhold til de af Finansministeriet fastsatte løn og ansættelsesvilkår for sagkyndige konsulenter i Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Ansættelsesperioden er 5 år. Stillingerne ønskes besat 1. januar 2015 eller snarest derefter.

Ansættelsessted

Sagsbehandlingen i Patientombuddet er elektronisk. Derfor sender vi sagerne til dig på mail. Kort efter din ansættelse vil du blive introduceret til vores elektroniske sagsbehandlings-system og arbejdet som sagkyndig ved Patientombuddet.

Yderligere oplysninger

Du er velkommen til at høre mere om jobbet ved at ringe til kontorchef, overlæge Torben Hærsløv på telefon: 7228 6660 eller skriv på mail: torh@patientombuddet.dk

Ansøgning og ansøgningsfrist

Vi skal modtage din online ansøgning senest fredag den 21. december 2014.

Du ansøger via vores hjemmeside www.patientombuddet.dk Under fanen "om os" - finder du ledige stillinger - det er her du skal sende din ansøgning.

Sygeplejerske til Hospice



Sankt Lukas Hospice søger sygeplejerske 32 timer/uge i blandede vagter eller fast nattevagt. Tiltrædelse 1. marts eller efter aftale.

Sankt Lukas Hospice er en del af RegionHs specialiserede palliative tilbud. Vi yder pleje, omsorg og lindrende behandling til yngre og ældre uhelbredeligt syge og døende. Arbejdet omfatter både den fysiske, psykiske, sociale og åndelige dimension. Indsatsen bygger på en helhedsorienteret tilgang, med vægt også på støtte og omsorg til de pårørende (voksne, unge og børn). Vi modtager hovedsageligt cancer-patienter, fra mange forskellige specialer.

Sankt Lukas Hospice er en arbejdsplads:

- Med en engageret og åben plejegruppe
- Med stor sammenhæng og kontinuitet i det faglige arbejde
- Med god introduktion, og regelmæssig supervision
- Hvor alle medarbejdere indgår og er aktive i videreudviklingen af det palliative felt
- Hvor der er et godt socialt sammenhold og et velfungerende tværfagligt samarbejde

Erfaring fra fx medicin, kirurgi, onkologi, anæstesi, intensiv og hjemmeplejen vil være relevant.

Løn og ansættelsesforhold er i overensstemmelse med overenskomst med Dansk Sygeplejeråd.

Yderligere oplysninger: Afdelingssygeplejerske Kirsten Enevoldsen eller stedfortræder Kirsten Homann, tlf. 3945 5103, e-mail: kien@sanktlukas.dk

Ansøgning sendes til: Afdelingssygeplejerske Kirsten Enevoldsen, Sankt Lukas Hospice, Bemstorffsvej 20, 2900 Hellerup. Ansøgningsfristen er 5/1 2015, kl. 12.00. Samtaler afholdes i uge 3 og 4. Læs mere på www.sanktlukas.dk



Hvis du er en selvstændig sygeplejerske med kroniker erfaring kunne denne stilling måske være noget for dig

Vi søger en sygeplejerske til en større og velfungerende almen lægepraksis i Horsens, der ønsker at sætte endnu mere fokus på varetagelse af kronikerområdet.

I den forbindelse ønsker de at ansætte en sygeplejerske med god erfaring med kronikerområdet enten fra et ambulatorium eller fra almen praksis.

I denne praksis og i særdeleshed i denne funktion er der fokus på selvstændighed, lyst og evne til at tage ansvar, effektivitet, samarbejde og service.

Hvis stillingen har din interesse kan du se det fulde stillingsopslag på www.DSR.dk

PanoramaConsult varetager rekrutteringen. Stillingen ønskes besat hurtigst muligt og vi tager løbende ansøgere til samtale.



Sådan læser du din lønseddel ...

www.dsr.dk

Dansk Sygeplejeråd



job.rn.dk

JOB I REGION NORDJYLLAND

Afsnitsledende sygeplejerske

Klinik Børn og Unge

Aalborg Universitetshospital - Psykiatrien

Dag- og Sengeafsnit BU1 søger pr. 1/3-2015 eller snarest derefter en afsnitsledende sygeplejerske.

Du indgår i et tværfagligt team med 30 medarbejdere, der spænder over sygeplejersker, pædagoger, social- og sundhedsassistenter. Vi arbejder ud fra miljøterapeutiske principper, hvor vores primære opgave er at udrede og behandle børn og unge med svære psykiatriske vanskeligheder, der ikke kan håndteres i ambulans regi. Din hverdag vil primært være knyttet til ledelsesopgaver i form af at tilrettelægge arbejdet i afsnittet, have økonomisk overblik, foruden at være igangsætter og inspirationskilde for dine medarbejdere. Du vil have en central rolle i kompetenceudviklingen af medarbejderne. I samarbejde med arbejdsmiljørepræsentant er der fokus på at udvikle og vedligeholde et godt arbejdsmiljø.

Du vil som daglig leder være en del af ledelsesgruppen i klinikken. Ledelsesgruppens fokus er på overordnede strategiske drøftelser, hverdagens ledelse og drift. Gruppen har stor opmærksomhed på tværfaglig sparring i forhold til de udfordringer, der kan være som leder.

Klinik Børn og Unge består udover Dag- og Sengeafsnit BU1 af fire diagnoseopdelte ambulatorier. I samarbejde med voksenpsykiatrisk klinik varetages en visiteret psykiatrisk skadestue/modtagelse for 0-17-årige børn og unge, ligesom en Friklinik for børn og unge med opmærksomhedsforstyrrelser og lidelser indenfor autismespektret hører under klinikens organisering.

Yderligere oplysninger

Klinikchef Marianne Kryger, tlf. 9764 3365, e-mail: m.kryger@rn.dk

Funktionsbeskrivelse kan rekvireres ved kontakt til sekretær Berit Hougaard, tlf. 9764 3366, e-mail: becoh@rn.dk

Ansøgningsfrist: 5/1-2015

Ansættelsessamtaler: Uge 3 2015



REGION NORDJYLLAND

Niels Bohrs Vej 30 9220 Aalborg Ø www.job.rn.dk

Østgrønland

Stationspsygeplejerske i Kuummiut



HAR DU LYST TIL AT PRØVE NOGET NYT?

Spændende og udfordrende job som stationspsygeplejerske i Kuummiut er ledigt fra den 15. februar 2015 eller efter nærmere aftale. Der er mulighed for et vikariat af min. 6 måneders varighed.

Arbejdet på sygeplejestationen er alsidigt og udfordrende, da vi yder service til alle aldersgrupper inden for akut, opfølgende og forebyggende sygepleje. Akutte og opfølgende opgaver er f.eks. vurdering og igangsætning af behandling, som foregår i samarbejde med lægerne ved sundhedscenteret i Tasiilaq, som der er et godt og tæt samarbejde med.

Vi søger en sygeplejerske med bred klinisk erfaring og en solid faglig forankring. Du får selvfølgelig støtte og vejledning fra sundhedscenteret i Tasiilaq, men jobbet fordrer en høj grad af selvstændighed og ansvarsfølelse.

Sygeplejestationen er ny og veludstyret, ligesom sygeplejeboligen er nyrenoveret med alle faciliteter.

I din fritid har du mulighed for at vandre, sejle på fangst eller fiskeri, stå på ski og køre hundeslæde.

Eller du kan blot sidde i din stue og læse en god bog, mens du nyder udsigten udover fjorden og fjeldene. Hvis du gør en indsats, vil du hurtigt blive en del af det lille samfund.

Kuummiut

Bygden er en del af det oprindelige Ammassalik Sundhedsdistrikt. Sundhedscenteret er beliggende i Tasiilaq. Området er nu en del af Sundhedsregion Sermersooq.

Kuummiut har ca. 350 indbyggere, hvoraf der er en stor del børn og unge. Bygden ernærer sig hovedsagelig gennem fangst og fiskeri, og har også en lille fiskefabrik.

Kuummiut ligger smukt med udsigt over dyblå fjorde med drivende isfjelde og majestætiske alpine fjelde i baggrunden. Bygden er præget af den oprindelige østgrønlandske fangstkultur, så du vil opleve en virkelighed, der er meget anderledes end den danske.

Folk lever i nuet, i nærhed, i kærlighed, og selvom man lever i små kår, er der plads til smil og glæde. Livet er også hårdt og præget af fattigdom og i nogen grad af sociale problemer. Der er flere oplysninger om området på www.eastgreenland.com

Du kan læse mere om sundhedsvæsenet på www.gjob.dk hvor du også kan møde nogle af dine kommende kolleger og læse om deres oplevelser i Grønland.

LØN OG ANSÆTTelsesFORHOLD

Stillingen aflønnes i henhold til overenskomst mellem Naalakkersuisut og Peqqissaasut Kattufiat for radiografer og sygeplejersker i Grønland.

Find din overenskomst her:

www.peqqik.gl/Footerpages/Til-fagpersoner/Overenskomster

REJSE OG BOLIGFORHOLD

Ved fastansættelse ydes fri tiltrædelsesrejse og bohavflytning for den ansatte og dennes ægtefælle eller dermed ligestillede samt børn under 18 år fra bopælen i norden til bopælen i Grønland, og efter tre års ansættelse fri fratrædelsesrejse og bohavflytning retur.

Arbejdsgiver indbetaler hver måned til en feriefond, fra hvilken fastansatte efter to års ansættelse kan søge støtte til ferierejse for sig selv og familien.

Der vil ved fastansættelse ydes et fastholdelsestillæg som vil afhænge af din anciennitet.

Ved vikariater ydes den ansatte til- og fratrædelsesrejse.

Der vil til stillingen kunne anvises bolig, som der betales for efter gældende regler. Spørgsmål vedrørende boligen bedes stilet til arbejdsstedet.

KONTAKT

Nærmere oplysninger om stillingerne kan fås ved henvendelse til Ruth Holm Pedersen på tlf.: +299 98 43 40 samt e-mail: rhpe@peqqik.gl eller til afdelingspsygeplejerske John Christensen på tlf.: +299 98 98 34 30 samt e-mail: jhr@peqqik.gl

Generelle oplysninger om løn og ansættelsesforhold kan desuden fås ved henvendelse til personalekonsulent Nina Møller tlf. +299 34 46 86 eller på e-mail: nmol@peqqik.gl

Oplysninger om Grønlands Sundhedsvæsen samt links til de sygehuse, der har hjemmesider, kan findes på Sundhedsvæsenets hjemmeside: www.peqqik.gl

For at arbejde i Grønland, skal du have en grønlandsk autorisation.

Ansøgningsskema og vejledning hentes på: <http://naalakkersuisut.gl/da/Naalakkersuisut/Departementer/Landslaegeembedet/Groenlandsk-autorisation-af-sygeplejersker> og ansøgning om dette skal sendes til nun@nanoq.gl

Ansøgning mærket: jobtitel og arbejdssted, bedes vedlagt. Boligreference og oplysningsskema samt MRSA erklæring. Skemaerne kan hentes direkte fra http://peqqik.gl/Footerpages/Uddannelse/Ansættelse_i_sundhedsvaesenet

Ansøgning bilagt kopi af autorisation og relevante bilag sendes til personale@peqqik.gl

(har du ikke nået at modtage autorisation, skriv da blot at der er ansøgt om den)


Ansøgningsfrist: 18. december 2014


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. **Hovedstaden**
Høje Taastrup Kommune  **Høje-Taastrup Kommune**
Natsygeplejerske til Høje Taastrup Kommune
Ansøgningsfrist: 10. december 2014


Quicknr. **Hovedstaden**
Københavns Kommune  **KØBENHAVNS KOMMUNE**
Teamledere til Rehabiliteringscenter Indre By/Østerbro
Ansøgningsfrist: 8. december 2014

Quicknr. **Hovedstaden**
Københavns Kommune  **KØBENHAVNS KOMMUNE**
Sygeplejerske til rehabiliteringscenter i København
Ansøgningsfrist: 8. december 2014

Quicknr. **Hovedstaden**
Københavns Kommune  **KØBENHAVNS KOMMUNE**
Kliniske koordinators til sygeplejen i Vanløse-Brønshøj-Husum
Ansøgningsfrist: 9. december 2014


Quicknr. **Hovedstaden**
Allerød Kommune
Sygeplejerske
Ansøgningsfrist: 15. december 2014

Quicknr. **Hovedstaden**
Glostrup Kommune  **KABS.DK**
En virksomhed i Glostrup Kommune
Sygeplejerske søges til KABS Hvidovre, Heroinklinikken
Ansøgningsfrist: 12. december 2014

Quicknr. **Hovedstaden**
Gladsaxe Kommune  **GLADSAXE**
Sygeplejerske til Seniorcenter Rosenlund
Ansøgningsfrist: 15. december 2014

Quicknr. **Hovedstaden**
Greve Kommune
Uddannelseskonsulent i Greve Kommune
Ansøgningsfrist: 12. december 2014


Quicknr. **Hovedstaden**
Genoptræningscenteret Skovbrynet
Sygeplejerske til Genoptræningscenteret Skovbrynet i Holte
Ansøgningsfrist: 16. december 2014

Quicknr. **Hovedstaden**
Glostrup Kommune  **KABS.DK**
En virksomhed i Glostrup Kommune
KABS Gentofte søger medarbejder
Ansøgningsfrist: 12. december 2014

Quicknr. **Sjælland**
Køge Kommune
Sygeplejerske til Ølby Ældrecenter Lynghøj
Ansøgningsfrist: 12. december 2014

Quicknr. **Sjælland**
Viking Medical Scandinavia 
Sælger/distriktschef
Ansøgningsfrist: 20. januar 2015

Quicknr. **Syddanmark**
Samarbejdspraksis Mellemgade, Fåborg
Praksissygeplejerske
Ansøgningsfrist: 7. december 2014

Quicknr. **Midtjylland**
Arla Foods 
Er du sygeplejerske, diætist eller lignende og elsker fødevarer?
Ansøgningsfrist: 12. december 2014

Seniorsammenslutningens arrangementer

Medlemmer, der er fyldt 55 år, er velkomne til Seniorsammenslutningens arrangementer

Hovedstaden

Seniorsammenslutningens Landsmøde 2015

Seniorsammenslutningen i DSR afholder højskoleuge, landsmøde og generalforsamling 2.-8. august 2015, på Højskolen Marielyst, Bøtøvej 2, 4873 Væggerløse. Yderligere oplysninger tlf. 5413 6361 eller www.hojoster.dk Tilmelding direkte til højskolen. Sidste frist for tilmelding er den 30. december 2014. Husk at opgive medlemsnummer ved tilmelding. Pris på dobbelt - eller enkeltværelse - se program for højskolen.

Sjælland

Overlæge Finn Warburg "Krig og katastrofe"

Overlæge ved traumecenterets ortopædkir. afdeling RH, Finn Warburg, fortæller om sit liv, under emnet som han kalder "Krig og katastrofe".

Tid og sted:

8. januar 2015 kl. 11:00 - 13:00
Garnisonskirkens menigheds-
hus, Skt. Annæ Plads 4,
København K

Arrangør:

Seniorsygeplejerskerne
Kreds Hovedstaden Central

Tilmelding:

Senest 05.01.2015 til
dora.pawlowski@outlook.dk
eller tlf. 4050 3579

Pris:

Kr. 30

Yderligere info:

Se hjemmesiden

Vågeknetjenesten To sygeplejersker fra Holbæk fortæller

Så tager vi fat på et nyt år, og starter med et foredrag om vores gode "håndværk", at våge over de syge.

Vi flytter vores møder til sygehuset i Nykøbing F. i den gamle elevbolig, nu geriatrisk afd.

Vi ses.

Tid og sted:

27. januar 2015 kl. 13:00 - 15:30
Mødelokalet Solsikken, v/ Geriatrisk afd. Fjordvej 15.
4800 Nykøbing F.

Arrangør:

Kontaktudvalget for seniorsygeplejersker tidligere "Storstrøms Amt"

Tilmelding:

Tilmelding til Gulle, tlf.: 5482 5684 eller Inger, tlf.: 2042 5472, senest den 19.01.2015

Pris:

Kr. 50 for medlemmer

Seniorsammenslutningen Vestsjælland

Sygeplejerske og Ph.d studerende Ditte Høgsgård, fortæller om sit projekt, "Kommunikation mellem de sundhedsprofessionelle", når ældre medicinske patienter udskrives til fortsat pleje, behandl. og træning i eget hjem

Tid og sted:

26. januar 2015 kl. 15:30 - 18:00
Holbæk Sygehus, Smedelundsgade 60, 4300 Holbæk, indgang L1 og L2

Arrangør:

Seniorsammenslutningen
Vestsjælland

Tilmelding:

Senest 16.01 2015 på tlf.: 5943 5303 eller 2238 0249.

Pris:

Kr. 20 for kaffe og kage

DSR Kursus

Landskursus FS for Lunge- og allergisygeplejersker

Landskursus 2015 byder bl.a. på følgende: Bio markører ift. KOL og børneastma, immundefekt hos lungesyge, patienten som partner vedr. brugerinddragelse. Program og tilmelding lægges snarest på vores hjemmeside.

Tid og sted:

26. februar 2015 kl. 10:30 - 28. februar 2015 kl. 12:00
Hotel Svendborg, Centrumpladsen 1, 5700 Svendborg

Arrangør:

Faglig Selskab for Lunge- og allergisygeplejersker

Pris:

Medlemmer kr. 3.500 for dobb. værelse eller kr. 4.000 for enkeltværelse.

Ikke-medlemmer, kr. 4.000 for dobb. værelse eller kr. 4.500 for enkelt værelse.

Yderligere info:

Formand Birthe Hellquist Dahl, mobil 2463 5490 eller e-mail: birthe.hellquist.dahl@rsyd.dk

DSR Fonde og legater

ZONTA Studiefond for yngre kvinder, uddeler igen Fondsmidler

Ansøgning indsendes i perioden 1.11. 2014 til 31.1.2015.

Fondsmidler kan søges af kvinder, som har gennemført mellem- og uddannelser (3-4 år) inden for sundhedsvæsenet.

Ansøgningen skrives på særligt ansøgningsskema. Læs mere i ansøgningsvejledning. Begge dele findes på www.zonta.dk Legatuddeling finder sted i april måned i forbindelse med generalforsamlingen for Københavns Zontaklub II. Zonta Danmark

DSR Meddelelse

Generalforsamling i FS for ØNH-kirurgiske Sygeplejersker

Fredag d. 6. marts 2015 afholdes FS 25 ordinær generalforsamling. Denne afholdes i sammenhæng med det nationale ØNH-symposium på Scandic Kolding. Dagsorden, bilag, stemmeblanketter mv. til GF vil blive slået op på selskabets hjemmeside: www.entnurse.dk Forslag skal være formanden i hænde, senest den 01.02.15 og kandidatur til bestyrelsen, senest den 06.12.14.
P.b.v Pernille Langkilde
Formand

FSUS afholder temadag for kliniske undervisere

Temadag på Hotel Nyborg Strand torsdag d. 29. januar 2015. Temaet er vejledning i klinisk praksis. Der vil være oplæg af professor dr.pæd. Mads Hermansen om den professionelle kliniske vejleder og oplæg af professor dr. polit. Ida Torunn Bjørk fra Norge om Model for praktisk færdighedsudøvelse. Temadagen koster 975 kr. for medlemmer af FSUS. Se mere på www.fsus.dk Tilmelding senest d. 5. januar 2015.

Jubilarer inviteres til brunch i Kreds Syddanmark

Det er vigtigt at markere særlige tidspunkter i sit liv, for eksempel jubilæer. Der afholdes i Kreds Syddanmark to jubilæumsarrangementer per år. Har du jubilæum i perioden oktober 2014 til og med marts 2015, bliver du inviteret til jubilæumsbrunch på Koldingfjord den 7. juni 2015. Har du jubilæum fra april og til og med september 2015, inviteres du til brunch den 8. november 2015. Du vil modtage en skriftlig invitation.

Generalforsamling FS Lunge- og allergisygeplejersker

Indkaldelse til generalforsamling for medlemmer i FSLA. Generalforsamlingen afholdes på Hotel Svendborg den 27. februar 2015 kl. 17-18 ifm. landskursus. Dagsorden ifølge vedtægter. Forslag til behandling sendes skriftligt 6 uger før. Der er valg til bestyrelsen og kandidater anmeldes til formanden 6 uger før. Formand Birthe Hellquist Dahl mail: birthe.hellquist.dahl@rsyd.dk

Møder i foråret 2015 i Kreds Hovedstaden Central

Datoerne i foråret er nu lagt fast 8. januar: overlæge Finn Warburg fortæller om sit liv, er annonceret særskilt i dette nummer. 5. februar: Visens venner. 5. marts: Formand for Sind, Jesper Steen Andersen. 9. april: Emnet er ikke helt lagt fast endnu. Nærmere beskrivelser vil blive vist i bladet løbende.

50 års jubilæum Hold A62 Aarhus Amtssygehus

Jubilæum fra Aarhus Amtssygehus Tage Hansensgade 2. Den 28.2.2015 er det 50 år siden vi afsluttede sygeplejuddannelsen. Skal vi mødes i Aarhus onsdag den 11.3.2015 til frokost for at fejre det? Kontakt Kirsten Obling på tlf.: 2014 0016, e-mail: kirsten.obling@mail.dk eller Agnes Jensen tlf.: 8626 2383, e-mail: jajens@stofanet.dk senest den 28.1.2015.

DSR Kredsmøde

Hovedstaden

Sårbehandling

Få en opdatering på din viden om grundlæggende sårbehandling.

Tid og sted:

1. dec. 2014 kl. 08:30 - 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

Grundlæggende palliation

Opdatér din viden om grundlæggende palliation. To kursusdage.

Tid og sted:

29. januar 2015 kl. 08:30 -
30. januar 2015 kl. 15:30
Kreds Hovedstaden,
Frederiksborggade 15, 4.

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

www.dsr.dk/hovestaden/arrangementer

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Fremsyn på uddannelsen

For kliniske vejledere. Kom og drøft både regeringens og DSR's undersøgelser og bud på uddannelsen i fremtiden.

Tid og sted:

19. januar 2015 kl. 13:00 - 16:00
Bethesda, Rømersgade 17,
København K

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer



ØKONOMISK TRYGHED GENNEM HELE ARBEJDSLIVET

DSA er med dig. Også hvis du pludselig står uden job. Vi sørger for, at du får dagpenge, mens du er arbejdsløs, og tilmelder du dig efterlønsordningen, kan du gå på efterløn. Det giver mulighed for en fleksibel tilbagetrækning.

Som medlem af DSA har du flere muligheder og større valgfrihed. Ud over økonomisk hjælp får du professionel vejledning af sundhedsfagligt uddannede jobkonsulenter, så du hurtigt finder nye udfordringer i arbejdslivet. Bliver du syg, kan du få hjælp af DSAs socialrådgivere, der kender dine rettigheder og muligheder.

DSA er Danmarks billigste a-kasse. Læs mere om den service, vi tilbyder på dsa.dk. Du kan også være aktiv i debatten på [facebook.com/dehvidesko](https://www.facebook.com/dehvidesko)

DSA - for sundhedsprofessionelle

DANSKE
SUNDHESORGANISATIONERS
ARBEJDSLØSHEDSKASSE



Trænger du til ...ferie?



Strandfogedgården 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-, hverdags- og ugeperioder.

Ring til PKA's Boliganvisning på telefon 39 45 42 87.

Du kan se ledige lejeperioder og flere oplysninger på www.dsr-fritidsboliger.dk

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

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 naturskønne 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

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 for medlemmer er kr. 650,- ekskl. moms, ikke medlemmer kr. 995,- ekskl. moms.

Faktura fremsendes når bladet er udkommet.

Lejlighed i København

Min. 2 vær lejl. søges pr 1/2-2015 eller tidligere til min datter og svigersøn, der begge er studerende på KBH Universitet.

Kontakt Lene Henriksen
Mobil 2728 0900 eller
e-mail:
fam-henriksen@hotmail.com

Avoriaz Skilejligheder

2 nyrenoverede lejligheder med balkon til 4 hhv. 6 personer beliggende på Place Centrale udlejes. Avoriaz er bilfri og ligger i 1.850 m højde med 650 km skipister i Frankrig og Schweiz. Avoriaz har badeland.

www.avoriaz401.dk
Mobil 4013 0774 / 2617 7748



Lad jobbet finde dig...

- læg dit CV på Sygeplejeportalen

www.dsr.dk/løn

Dansk Sygeplejeråd



Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse



Grete Christensen
Formand



Anni Pilgaard
1.-næstformand



Dorte Steenberg
2.-næstformand



Irene Hesselberg
Formand for
Lederforeningen



**Sanne Fuglsang
Nyquist**
Formand for LLS

Kredsformænd



Vibeke Westh
Kreds Hovedstaden



Helle Dirksen
Kreds Sjælland



John Christiansen
Kreds Syddanmark



Anja Laursen
Kreds Midtjylland



Jytte Wester
Kreds Nordjylland

1.-kreds næstformænd



Vibeke Schaltz
Kreds Hoved-
staden



Nils Håkansson
Kreds Sjælland



**Line Gessø
Storm Hansen**
Kreds Syddanmark



**Bente Alkærsig
Rasmussen**
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

Sygeplejeetisk Råd

Formand: Grete Bækgaard Thomsen,
Sundhedschef
Sankt Annæ Plads 30,
1250 København K
www.sygeplejeetiskraad.dk

Kreds Hovedstaden

Kredschef

Anne Tovborg

Hovedtelefonnummer: 7021 1662
Hovedfaxnummer: 7021 1663
Hjemmeside:
www.dsr.dk/hovedstaden
E-mail: hovedstaden@dsr.dk

Hjemmesiden indeholder individuelle
kontaktoplysninger på kredsens
medarbejdere og formandskab

Kontor

Frederiksborggade 15, 4.
1360 København K

Åbnings- og telefontider:

Man, tirs, tors, fre: 09.00 - 14.00
Ons: 13.00 - 16.00

Lokalkontor

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: sjælland@dsr.dk

Kontor

Møllevej 15
4140 Borup

Kontorets åbnings- og telefontider

Telefonåbent

Mandag	09.00 - 14.00
Tirsdag	13.00 - 16.00
Onsdag	09.00 - 14.00
Torsdag	13.00 - 16.00
Fredag	09.00 - 13.00

Fremmøde

Mandag	08.30 - 15.30
Tirsdag	08.30 - 15.30
Onsdag	08.30 - 15.30
Torsdag	12.00 - 16.00
Fredag	09.00 - 13.00

Kreds Syddanmark

Kredschef

Jan Villumsen

Hovedtelefonnummer: 7021 1668
Hjemmeside: www.dsr.dk/syddanmark
E-mail: syddanmark@dsr.dk

Kontor

Vejlevej 121, 2.
7000 Fredericia

Telefontider

Kl. 08.30 - 13.00 - mandag, tirsdag,
onsdag og fredag
Kl. 13.00 - 16.00 - torsdag

Kreds Midtjylland

Kredschef

Ann Dahy

Fælles postadresse

DSR, Kreds Midtjylland
Marienlystvej 14
8600 Silkeborg
Du er altid velkommen i åbningstiden,
men ring og aftal tid.

Hovedtelefonnummer: 4695 4600
Hovedfaxnummer: 7021 1667
Hjemmeside: www.dsr.dk/midtjylland
E-mail: midtjylland@dsr.dk

Lokale kontorer

Stationsvej 8a
7500 Holstebro
Åbent efter forudgående aftale.

Minddegade 10
8000 Aarhus C

Åbent efter forudgående aftale.

Telefontider

Mandag - tirsdag kl. 10.00 - 15.00
Onsdag lukket
Torsdag kl. 10.00 - 15.00
Fredag kl. 10.00 - 13.00

Kreds Nordjylland

Kredschef

Iben Gravesen

Telefon: 4695 4850
Telefax: 9634 1426
Hjemmeside: www.dsr.dk/nordjylland
E-mail: nordjylland@dsr.dk

Kontor

Sofiendalsvej 3
9200 Aalborg SV

Kontorets åbningstider

Man - ons kl. 09.00 - 15.00
Torsdag kl. 13.00 - 16.00
Fredag kl. 09.00 - 12.00



Takk alle sykepleiere for et flott år!

Ta nye steg i karrieren og bestemme din egen arbeidstid 2015

Hos Dedicare bestemmer du når, hvor og hvordan du jobber. Vi tilbyr gode lønnsbetingelser og du kan jobbe korte eller lange perioder. Vi har avtaler i hele Norge.

Du bestemmer!

Vi kan veilede deg med å søke norsk autorisasjon, og du får din egen personlige bemanningskonsulent i Dedicare. Vi betaler selvfølgelig reise og bolig!

Kontakt oss!

Mail oss på rekruttering@dedicare.no eller ring oss på **+47 074 80**

Kontaktperson Anne Marit Valstad, **+47 74 80 40 73**

Du kan og registrere deg via www.dedicare.no/nurse

Vi bryr oss mer!

DEDICARE

Nurse