



Mobiltelefonen
styrer insulindosis

Nyudskrevne borgere
får besøg af
hjemmesygeplejersken

SYGGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING  NR. 19 • 4. NOVEMBER 2011 • 111. ÅRGANG

Videnskab & Sygepleje

Tre strategier for åbenhed om hiv



Tema
**Svært at forebygge
genindlæggelser**

Telefonvisitation
på skadestue er
truet af lukning



Safetac® teknologi minimerer smerte ved bandageskift

Smerte er ubehageligt, men unødvendig smerte er endnu værre. Safetac® teknologi er mindre smertefuld end bandager med traditionel klæb¹. Bandagerne med Safetac® stripper ikke huden ved bandageskift² og klæber ikke til sårbunden³. Safetac teknologien forsegler såret og forhindrer maceration, hvilket minimerer smerte og traume for patienten.

Læs mere om fordelene ved Safetac teknologi på www.molnlycke.dk



Mepitel One



Mepilex



Mepilex Lite



Mepilex Ag



Mepilex Border



Mepilex Border lite



Mepilex Border Ag



Mepilex Transfer



Mepiform



Mepitac

Safetac[®]
TECHNOLOGY

 **MÖLNLYCKE
HEALTH CARE**

Efter mange års rygning kan 12 uger med CHAMPIX® VARENICLIN hjælpe dine patienter til at blive røgfri¹

- Ved at opmuntre dine patienter til at stoppe med at ryge før 50-års-alderen, kan du forlænge deres forventede levetid med omtrent 6 år²
- CHAMPIX er en 12 ugers behandling, der øger chancen for et succesfuldt rygestop¹
- CHAMPIX reducerer rygetrang og abstinenssymptomer samt følelsen af belønning ved at ryge^{1,3,4}
- Mere end 15 millioner CHAMPIX behandlinger er initieret verden over⁵

CHAMPIX®
VARENICLIN
Styrken til at stoppe




Forkortet produktinformation for Champix® (vareniclinartartræt)

Filmovertrukne tabletter, 0,5 mg og 1 mg

Indikationer: Rygeophør hos voksne.

Dosering*: Behandlingen startes efter følgende skema:

Dag 1 – 3:	0,5 mg 1 gang dagligt
Dag 4 – 7:	0,5 mg 2 gange dagligt
Dag 8 – resten af behandlingen	1 mg 2 gange dagligt

Patienten bør fastsætte en dato for rygestop. Champix-behandlingen bør sædvanligvis begynde 1-2 uge før denne dato. Den samlede behandlingsperiode er 12 uger. Mild til moderat nedsat nyrefunktion: Dosisjustering ikke nødvendig. Svært nedsat nyrefunktion: 1 mg 1 gang dagligt efter 3 dages dosistitrering (0,5 mg 1 gang dagligt). Nedsat leverfunktion: Dosisjustering ikke nødvendig. Ældre: Dosisjustering ikke nødvendig. Børn: Anbefales ikke til børn og unge under 18 år.

Kontraindikationer: Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne.

Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedr. brugen*: Dosisjustering kan være nødvendig hos patienter, der samtidig anvender theophyllin, warfarin og insulin. Nedtrykthed kan være en følge af nikotinophør. Rygestop kan resultere i en exacerbation af underliggende psykiatrisk lidelse (f.eks. depression). Sådanne symptomer er også set hos patienter, der forsøgte at holde op med at ryge ved hjælp af Champix. Behandlere bør være opmærksomme på evt. udvikling af depressive symptomer hos patienter og behandling bør seponeres ved bekymrende agitation, nedtrykthed, eller ændringer i adfærd eller tankegang, og der bør ske opfølgning, indtil symptomerne ophører. Der bør udvises forsigtighed ved behandling af patienter med alvorlige psykiatriske lidelser. Der er ingen klinisk erfaring med behandling af patienter med epilepsi med Champix. Lægen bør altid informere patienten om, at man kan opleve irriterabilitet, rygetrang, depression og/eller søvnløshed efter endt behandling og lægen bør overveje nødvendigheden af aftrapning. Der er

set overfølsomhedsreaktioner herunder angioødem samt Stevens-Johnsons syndrom og erythema multiforme. Sikkerhed og effekt hos rygere med kardiovaskulær sygdom er tilsvarende den for rygere, der ikke har kardiovaskulær sygdom.

Der er ikke set lægemiddelinteraktioner af klinisk betydning.

Graviditet og amning*: Champix bør ikke anvendes under graviditet. Det vides ikke om vareniclin udskilles i modermælk hos mennesker. Beslutningen om hvorvidt amning skal fortsættes/standses eller hvorvidt behandling med Champix skal fortsættes/standses bør tage højde for fordele for barnet ved amning sammenlignet med rygeophør for moderen.

Trafikfarlighed*: Champix kan i mindre eller moderat grad påvirke evnen til at føre bil eller betjene maskiner, da der kan forekomme svimmelhed eller søvnighed under behandlingen.

Bivirkninger*: Rygeophør er, hvad enten det gennemføres med eller uden behandling, forbundet med forskellige symptomer, f.eks. dysfori og nedsat sindstilstand, søvnløshed, irriterabilitet, frustration, angst, koncentrationsbesvær, rastløshed, nedsat hjerterytme, øget appetit og vægtøgning. I de kliniske forsøg er der ikke skelnet mellem hvorvidt bivirkningerne var forbundet med nikotinophør eller den anvendte forsøgsmedicin. Kliniske forsøg omfattede omkring 4.000 patienter, der blev behandlet med Champix i op til 1 år. Bivirkningerne var milde til moderate og forekom typisk inden for den første uge af behandlingen. Meget almindelige bivirkninger (≥10%): Kvalme, hovedpine, drømmeforstyrrelser, søvnløshed. Almindelige bivirkninger (≥1% og ≤10%): Øget appetit, søvnighed, svimmelhed, smagsforstyrrelser, opkastning, forstoppelse, diarré, udspilet abdomen, maveubehag, dyspepsi, flatulens, mundtørhed, træthed. Ikke almindelige bivirkninger (≥0,1% og ≤1%): depression, angst, hallucinationer, atrieflimren og brystsmerte. Der er efter markedsføring rapporteret om myokardieinfarkt, hallucinationer, angioødem, Stevens-Johnsons syndrom, depression, selvmordstanker, psykose, hallucinationer, angst, aggressiv og irrationel adfærd (se Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedr. brugen) hos patienter, der anvendte vareniclin. For ikke almindelige og sjældne bivirkninger henvises til det fulde produktresumé afsnit 4.8.

Overdosering*: Understøttende behandling efter behov.

Priser og pakninger inkl. recepturgebyr (AUP) pr. 25. oktober 2011:

Vnr	Lægemiddel-form og styrke	Pakningsstørrelse	Pris
13 05 96	Filmovertrukne tabletter 0,5 mg og 1 mg	11+42 (blister) (Startpakke)	868,65 Kr.
05 80 14	Filmovertrukne tabletter 1 mg	112 stk. (blister) (Vedligeholdelses-pakning)	1.482,45 Kr.

Dagsaktuel pris findes på www.medicinpriser.dk

Udlevering: B

Tilskud: Nej

De med * mærkede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af EMEA godkendte produktresumé dateret den 17. juni 2011. Produktresuméet kan vederlagsfrit rekvireres hos Pfizer ApS, Lautrupvang 8, 2750 Ballerup, tlf. 44 20 11 00.

Referencer: 1. CHAMPIX Produktresumé. Dec 2010. 2. Doll R et al. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004; 328:1519-1528. 3. Jorenby D et al. Efficacy of varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ 2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation. A randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 296:56-63. 4. Coe JW et al. Varenicline: An $\alpha 4\beta 2$ nicotinic receptor partial agonist for smoking cessation. *J Med Chem* 2005; 48:3474-3477. 5. Data on file - IMS Midas Data: July 2006 - June 2010.



KORT

9 Protein i kroppen afslører kræft

Et forskningsprojekt fra Rigshospitalet skal afklare, om en test af et lille protein i kroppen i fremtiden vil kunne afsløre og følge udviklingen af kræft.

14 Filadelfia efterspørger skæbnebeslutning

Epilepsihospitalet Filadelfia kommer ikke på finansloven, og det er usikkert, om hospitalet overlever.

TEMA OM GENINDLÆGGELSER

16 Hver femte ældre patient indlægges igen

Trods et stort fokus er det endnu ikke lykkedes at nedbringe antallet af ældre, der havner på hospitalet igen kort efter udskrivelsen. Nu skal en ny økonomiaftale presse kommunerne til mere forebyggelse.

23 Seks måder at forebygge på

Mange initiativer over hele landet er med til at forebygge genindlæggelser. Sygeplejersken bringer et udpluk.

BAGGRUND

26 På job: Hjemmesygeplejersken besøger nyudskrevne borgere

Hjemmesygeplejerskerne i Gladsaxe besøger ældre borgere samme dag, som de kommer hjem fra sygehuset, og er der med med til at forhindre genindlæggelser.

NYT FRA DSR - DIN ORGANISATION

38 Leder: Sygeplejersker er nøglen til færre genindlæggelser

Samspillet mellem hospitaler og kommuner skal styrkes f.eks. ved, at kommunerne rykker deres visitationsenheder ind på hospitalerne, og ved at specialiserede sygeplejersker fra hospitalerne tager ud i kommunerne.

39 Succesfuld skadestueordning i fare

Region Midtjylland planlægger at nedlægge den velfungerende telefonvisitation på skadestuen på Århus Universitetshospital. Dansk Sygeplejeråd frygter længere ventetid for borgerne.

42 Grete Christensen i klinik som konsultationssygeplejerske

Antallet af konsultationssygeplejersker er fordoblet fra 2002 til 2010 på landsplan. Formand for Dansk Sygeplejeråd Grete Christensen tog en dag i klinik som sygeplejerske i et lægecenter i Hørning.

45 DSR Kreds Syddanmark

16



26



59

VELKOMMEN

FAG

48 Faglig information

50 Mobiltelefonen styrer insulindosis

En mobiltelefon kan benyttes til beregning af bolusinsulin til patienter i behandling med multiple insulininjektioner.

55 Selvvalgt forebyggelse giver mere mening

Sygeplejersker, der arbejder selvstændigt med patienter i trombolyselbehandling, kan medvirke til, at forebyggelse bliver meningsfuld.

59 Videnskab & Sygepleje: Mestring af sygdomsrelateret stress hos hiv-positive

Studie i hvordan danske hiv-positive lever med deres sygdom, viste, at de hiv-positive havde overvejelser om, hvor åbne de skulle være om deres hiv-status. Overvejelserne kunne deles op i tre strategier: åbenhed, begrænset åbenhed og ingen åbenhed.

For to måneder siden bragte vi i *Sygeplejersken* et par artikler, der satte fokus på mulighederne af at bruge mødregrupper aktivt i integrationsarbejdet. Vinklen på artiklerne var kritisk; mødregrupperne er ikke de institutioner i samfundet, man skal satse på i integrationsarbejdet.

Indholdet af sådan en historie udtrykker ikke nødvendigheden af sandheden, og artiklerne har da også fået mange sundhedsplejersker op på mærkerne. Vores hjemmeside har bragt mange kommentarer til artiklerne, og i en sjælden grad er der tilgået *Sygeplejersken* en række debatindlæg, hvor grupper af sundhedsplejersker rundt om i landet har givet deres mening til kende, ofte ledsaget af en beskrivelse af, hvordan man gør det netop hos dem. Også i dette nummer bringer vi indlæg, der tager udgangspunkt i de nævnte artikler.

Det er herligt at bruge kræfter på at lave et blad med artikler, som efterfølgende kaster så meget debat af sig. Vel at mærke debat, som i en ordentlig tone giver udtryk for, at afsenderen ikke nødvendigvis er enig med artiklernes indhold, for se - sådan gør vi hos os, sådan er vores erfaringer.

God læselyst. Og bidrag hjertens gerne til bladets debat-
spalte med dine holdninger og erfaringer med indholdet af
temaet i dette nummer, som handler om genindlæggelser.

Redaktionschef
Henrik Boesen



I HVERT NUMMER

- 8 Studerende i praksis
- 12 Statistikken
- 13 Dilemma
- 15 Test din viden
- 28 5 faglige minutter
- 30 Navne: Mig og mit job
- 34 Parentes
- 36 Anmeldelser
- 69 Stillingsannoncer
- 71 Kurser/møder/meddelelser
- 74 Kontakt

FORSIDEFOTO: SØREN SVENDSEN/SØREN HOLM

www.sygeplejersken.dk

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



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

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

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

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

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

Journalist
Katrine Raahauge Nygaard
 4695 4288
 krn@dsr.dk

Journalist
Eva Rose Waldorff
 4695 4287
 ewa@dsr.dk

Journalist
Signe Lene Christiansen
 4695 4108
 slc@dsr.dk

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

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

Tryk
ColorPrint

Annoncer
Dansk Mediaforsyning
 Klamsagervej 25, 1.
 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:
abs@bladkompagniet.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 tilkendegives i artikler og andre indlæg, udtrykker ikke nødvendigvis Dansk Sygeplejeråds synspunkter.

Chefredaktøren er ansvarlig for bladets indhold.

Fagredaktør
Bente Sivertsen
 bes@dsr.dk
 Tlf.: 4695 4016

Art Director
Tone Thoresen
 tth@dsr.dk
 Tlf.: 2512 2160

Layouter
Anita Brogaard
 anb@dsr.dk
 4695 4283

Sekretær
 Kurser, møder,
 meddelelser

Birgit Nielsen
 bn@dsr.dk
 Tlf.: 4695 4186

Distribueret oplag
 1. januar - 30. juni 2010:
 73.367 ekspl.
 Medlem af Dansk
 Fagpresse

Årsabonnement:
 1.100,00 kr. + moms
 Løssalg:
 50,00 kr. + moms
 Kontakt
 Dansk Mediaforsyning
 på dsrabn@dmfnet.dk

Ændring af medlemsoplysninger:
 Kontakt Medlemsregisteret • Tlf. 3315 1555
 medlemsregisteret@dsr.dk

Gravides brug af antidepressiv medicin kan skade børn

Det kan skade fostre og børn mere alvorligt, end myndighederne hidtil har vidst, hvis moderen tager antidepressiv medicin under graviditeten, skriver Ritzaus Bureau. På blot fire måneder har danske læger indberettet 21 formodede bivirkninger på fostre og børn til Lægemedelstyrelsen. Overlæge i Lægemedelstyrelsen Doris Stenver udtrykker især bekymring over, at lægerne har registreret fire børn med forsinket udvikling af sprog og motorik.

"Det er nyt, at vi nu også får indberetninger om udviklingsforstyrrelser hos børn på et par år. Lægerne har en mistanke om, at det skyldes, at de blev udsat for antidepressiv medicin under graviditeten," siger Doris Stenver. Antallet af gravide, der får antidepressiv medicin, er steget med 40 pct. de seneste tre år, og Doris Stenver stiller spørgsmål ved, om behovet virkelig er så stort, og om tærsklen for, hvornår gravide sættes i behandling, er blevet lavere.

(krn)

Økonomisk pres skal for

AF JULIE WINTHERR BENGTON, JOURNALIST • FOTO: SØREN HOLM

Kommunerne har de senere år fået flere og flere sundhedsopgaver. Forebyggelse af ældres genindlæggelser er en af dem. En ny finansieringsaftale lægger nu endnu mere økonomisk ansvar over på kommunerne, fordi de fra januar skal betale mere pr. indlæggelse.

Det bliver dyrere for landets kommuner, hvis borgerne ryger i pendulfart frem og tilbage mellem hjemmet og sygehusene. Kommunerne skal fra næste år betale højere takster til sygehusene, når en borger indlægges. Det skal sikre, at kommunerne i højere grad varetager forebyggelsen af genindlæggelser.

I øjeblikket betaler kommunerne et grundbeløb til sygehusene og en lav takst, hver gang en patient behandles. Fra januar 2012 skal de betale et beløb, der er mere end dobbelt så højt pr. indlæggelse, men derimod ingen grundtakst.

Nødvendigt med incitamenter

Ifølge professor i sundhedsøkonomi ved Syddansk Universitet, Kjeld Møller Pedersen, drejer det sig om en stigning fra ca.



Op mod hver femte ældre risikerer at blive genindlagt efter udskrivelse.

6.000 kr. til omkring 13.000 kr., hver gang en borger indlægges på sygehuset.

Hos Kommunernes Landsforening (KL) ser formand for social- og sundhedsudvalget, Anny Winther, ikke de højere takster som udtryk for en straf:

"Jeg synes nærmere, det er en natur-

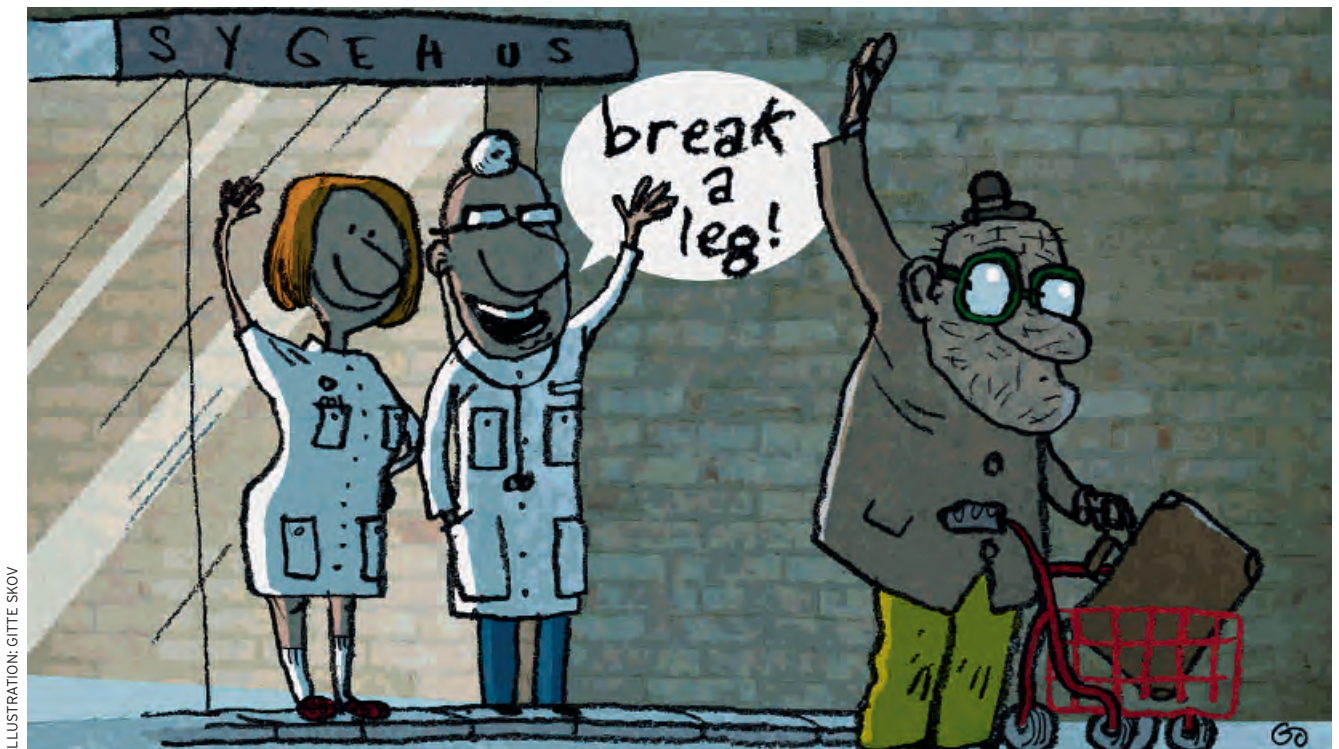


ILLUSTRATION: GITTE SKOV

Kommunerne landet over arbejder målrettet for at forebygge u hensigtsmæssige genindlæggelser. Læs tema om genindlæggelser på side 16.

hindre genindlæggelser

lig udvikling af sundhedsområdet og samarbejdet mellem regioner og kommuner. Og det var nødvendigt med et incitament. Den nye finansieringsordning har selvfølgelig en økonomisk virkning, men først og fremmest skulle det gerne have en virkning i forhold til de borgere, der undgår genindlæggelser," siger hun.

Dansk Sygeplejeråd har i mange år efterlyst incitamenter, der kan sætte mere fokus på forebyggelsesindsatsen i kommunerne, og derfor ser formand Grete Christensen de højere takster som en god løsning:

"Det er nødvendigt at ramme kommunerne på økonomien, hvis man skal ændre på deres indsatser. Den nye aftale betyder, at det kan betale sig for kommunerne at investere i forebyggende initiativer. Og man kan jo håbe på, at de også ser en mening i at forebygge indlæggelserne for borgernes skyld," siger hun.

Flere kompetencer, tak

Sundhedsøkonom Kjeld Møller Pedersen er dog ikke sikker på, at de højere takster for indlæggelserne i sig selv kan gøre for-

skellen: "Kommunerne har jo ikke uanede handlemuligheder. De kan måske gøre mere ved hjemmesygeplejen og øge antallet af aflastnings- og akutstuer på plejehjem. Men det er jo de praktiserende læger, der afgør, om en patient skal genindlægges. Og hvis det samarbejde ikke fungerer, og lægerne f.eks. ikke kender til kommunens interesser eller tilbud på området, så hjælper det ikke at lokke med økonomien," siger han og peger dermed på, at kommunernes samarbejde med de praktiserende læger er "alfa og omega".

"En anden del af løsningen er, at personalet har de nødvendige faglige forudsætninger i hjemmesygeplejen og på plejehjemmene og fokuserer på forebyggelse. Hvis man sikrer de ting, så kan økonomiske incitamenter nok drive værket i et vist omfang," lyder det fra Kjeld Møller Pedersen.

Behov for kompetenceløft

At der er et behov for et kompetenceløft, er Grete Christensen helt enig i, og det er ifølge hende her, kommunerne skal investere:

"Der er behov for flere sygeplejersker, som kan være med til at gøre udskrivelsesfasen bedre for patienterne. De kan gøre en forskel som koordinerende mellem hospital og hjemmepleje og ved at følge patienterne op efter udskrivelsen."

Også Anny Winther er enig i, at et kompetenceløft er en fordel i kommunernes forebyggelsesindsats. Hun håber, at det øgede økonomiske ansvar overordnet vil betyde, at kommunernes sundhedsindsats bliver prioriteret fra regeringens og Folketingets side:

"Hver gang vi siger "sundhedsvæsen", skal der ikke bare være tale om sygehuse og deres strukturer. Det handler også om, at de ældre patienter, de kronisk syge og de psykisk syge i højere grad får et bedre liv derhjemme, og at der er ressourcer til at støtte op om dem. Derfor ligger sundhedsvæsenet også i den enkelte borgers hjem."

Læs mere om genindlæggelser i temaet side 16 i dette nummer af Sygeplejersken.

Samme medicin går igen i flere utilsigtede hændelser

Det er stort set de samme grupper af lægemidler, som har været involveret i situationer, der har ført til såkaldte utilsigtede hændelser fra 1970'erne og frem til i dag. Det viser en rapport udarbejdet af en arbejdsgruppe i Lægemiddelstyrelsens netværk "Forebyggelse af medicineringsfejl". Det er brugen af lægemidlerne i bestemte trin af medicineringsprocessen, som kan udgøre en risiko for en util-

sigtet hændelse. F.eks. kan enheder som mg og ml blive forvekslet i forbindelse med dosering af lægemidler. Listerne over lægemidler kan primært bruges på sygehusniveau og regionalt niveau som risikostyring til at skærpe opmærksomheden om lægemidlerne og forbedre patientsikkerheden, vurderer klinisk sygeplejespecialist, postdoc og ph.d. Marianne Lisby, som har repræsenteret Dansk

Sygeplejeråd i Lægemiddelstyrelsens arbejdsgruppe.

(krrn)

Læs rapporten og se listen over risikolægemiddelstoffer på www.laegemiddelstyrelsen.dk > nyheder > Fokus på risikosituationer > Lægemidler kan forbedre patientsikkerheden

STUDERENDE I PRAKSIS

Psykiatrien er fantastisk, ikke frygtelig farlig

AF LINA LERNEVALL, SYGEPLEJESTUDERENDE PÅ MODUL 9, VIA UNIVERSITY COLLEGE, SYGEPLEJERSKEUDDANNELSEN I ÅRHUS

Et praktikophold fik afkræftet alle den sygeplejestuderendes fordomme om psykiatri og psykisk syge. Hun arbejder i dag som tilkaldevikar på afdelingen.

På modul 8 skulle jeg ligesom alle andre sygeplejestuderende i praktik i psykiatrien. Jeg kan ikke sige, at jeg glædede mig. Faktisk var jeg ret bange, havde ondt i maven og så frem til, praktikken var overstået. Jeg var helt sikker på, at det absolut ikke var noget for mig.

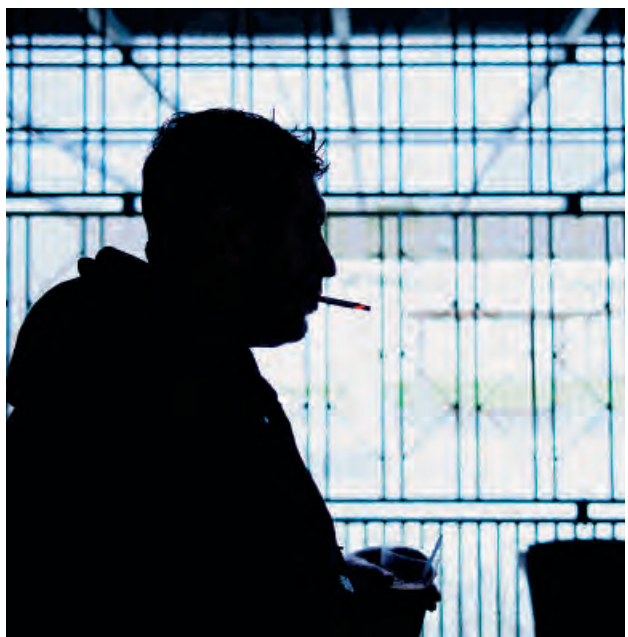
Det, jeg kendte til psykiatrien, var det, jeg hørte fra medierne, at de psykisk syge var farlige folk, som stak af og løb rundt i skoven tæt ved min lejlighed og truede dem, de mødte. Hvad kunne jeg gøre som studerende på en psykiatrisk afdeling? Jeg følte mig utrolig lille og ikke særlig myndig.

Efter to ugers undervisning på skolen skulle jeg otte uger i praktik i psykiatrien. Jeg startede på afdelingen med den indstilling, at jeg ville få det bedste ud af praktikken, uanset om jeg senere skulle arbejde der eller ej.

Jeg blev taget godt imod af min kliniske vejleder, som jeg fortalte om mine fordomme. Hun vejledte mig, var altid til at snakke med og fulgte op på min læring. Noget af det første, jeg specielt husker, hun sagde, var:

"Man lærer ikke noget af at gemme sig på kontoret, sæt jer ud i dagligstuen med patienterne, der lærer I noget." Og hun havde ret.

Jeg lærte så utroligt meget og voksede med opgaven. Pludselig følte jeg mig stor og myndig og havde det godt på afdelingen. Før jeg vidste af det, var de otte uger gået, og alle mine fordomme var blevet afkræftet. Psykiatrien var og er ikke et frygteligt farligt sted, men i stedet en fantastisk mulighed for læring og personlig udvikling. Jeg arbejder der nu som tilkaldevikar.



ARKIVFOTO: SØREN SVENDSEN

Så kære medstuderende, lad jer ikke skræmme af mediernes dårlige omtale af psykiatrien. Beslut, at I skal have så meget ud af jeres praktikophold som muligt og i stedet for at frygte det, så se det som en god mulighed for at blive klogere.

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.

Etisk Råd siger ja til tvangsbehandling

Lovgivningen skal kunne gøre det muligt, at sundhedspersonale kan tvangsbehandle patienter, der ikke har samtykket til behandlingen, eller som modsætter sig behandling. Det konkluderer Det Etske Råd i en ny udtalelse om sygdomsbehandling af inhabile demente.

Selvom tvang hovedsageligt bliver opfattet som noget negativt og et overgreb på patienterne, kan det i visse tilfælde

være et udtryk for omsorg, hvis formålet er til patientens bedste, vurderer rådet. Samtidig indeholder udtalelsen en række betingelser, der bør opfyldes, før tvangsbehandling iværksættes. Bl.a. skal der være samtykke fra pårørende eller en uvildig læge, der skal være særlig journalisering og særlige klagemuligheder for patienter og deres pårørende.

(mdk)

” Vi kender til eksempler på, at den manglende lovgivning har resulteret i, at demente ikke har fået tilstrækkelig behandling.

Direktør i Alzheimer Foreningen, Nis Peter Nissen, til Jyllands-Posten den 27. oktober 2011.

Protein i kroppen afslører kræft

AF MILLE DREYER-KRAMSHØJ, JOURNALIST

Måske vil en test af et lille protein i kroppen i fremtiden kunne afsløre både sygdomsforløb og effekt ved behandling af kræftpatienter. Det skal et forskningsprojekt fra Rigshospitalet afklare.

En forskningsgruppe fra Finsenlaboratoriet på Rigshospitalet skal i et tre-årigt projekt undersøge, om proteinet uPAR (Urokinase Plasminogen Activating Receptor) kan afsløre, hvor aggressiv kræftpatienters sygdomsforløb er, og hvorvidt behandlingen virker. uPAR-receptoren er et protein på celleoverflader, der bliver kløvet specielt under kræftsygdomme. Det er betydningen af dette uPAR kløvningsprodukt, som forskerne vil undersøge.

”Alle raske mennesker har uPAR på cellerne i kroppen i næsten ikke-målbare doser. Når man bliver kræftsyg, begynder de normale celler, som ligger rundt om kræftcellerne, at udtrykke uPAR i meget højt niveau. Det vil sige, at vi kan se uPAR der, hvor patienten har kræft i kroppen,” fortæller forsker og ph.d. Ida K. Lund.

Projektet vil ved hjælp af forsøg på

mus med brystkræft undersøge, om kræftpatienter i fremtiden med en blodprøve kan få svar på, om behandlingen virker. I blodprøven måles mængden af især det kløvede uPAR.

”Vi ved med sikkerhed i dag, at blodprøver fra kræftpatienter med f.eks. prostata- eller ikke-småcellet lungekræft viser, at patienter med højt uPAR-niveau har meget dårligere overlevelse end patienter med lavt niveau. Vi vil nu undersøge, hvordan vi også kan bruge det til at vise, hvordan behandlingen virker. Det vil i fremtiden betyde, at vi kan få stor viden omkring patienters sygdomsforløb og prognoser ved blot at tage en blodprøve i stedet for f.eks. at skulle tage flere og mere omfattende biopsier,” forklarer Ida K. Lund.

Projektet, der løber frem til 2014, er iværksat af ph.d.-studerende Tine Thurison Sørensen og støttet af Kræftens Bekæmpelse.

Syrisk sundhedspersonale deltag i tortur

Amnesty International dokumenterer i en ny rapport, at sundhedspersonale i Syrien deltager i mishandling af sårede oprørere. Hvis sundhedspersonalet behandler de sårede, risikerer de selv anholdelse og tortur. De svært tilskadekomne syrere, som lader sig indlægge, har ofte brug for blodtransfusioner, som kun kan fås igennem landets nationale blodbank, der kontrolleres af Syriens forsvarsministerium.

Læs mere om Amnestys research i Syrien i rapporten "Health Crisis: Syrian Government Targets the Wounded and Health Workers" på www.amnesty.dk

Optimisme og selvtillid ligger i generne

Optimisme og selvtillid er arvelige mentale ressourcer. Det skrev psykolog Shelley E. Taylor fra University of California for nylig i en artikel i tidsskriftet "Proceedings of the National Academy of Science", skriver www.videnskab.dk Sammen med kolleger har Shelley E. Taylor undersøgt 326 personer for at finde sammenhængen mellem gener, optimisme og selvtillid. Forskerne fandt, at deltagerne i undersøgelsen havde forskelligt niveau af optimisme og selvtillid afhængigt af, hvilken version af genet OXTR de havde. A-versionen viste væsentligt lavere niveauer af optimisme og selvtillid end hos deltagere med G-versionen.

Vaccinationer indstillet pga. kampe i Mogadishu

Efter at voldsomme kampe brød ud den 20. oktober i Daynile i udkanten af Somalias hovedstad Mogadishu, har Læger uden Grænser været tvunget til at indstille en vaccinationskampagne mod mæslinger i området. Kampagnen skulle have varet i tre uger og have omfattet 35.000 børn.

Læs mere på www.msf.dk

Smartphone skal fremme god håndhygiejne

Hvor længe skal man vaske sine hænder med sæbe? Og hvordan lukker man vandhanen uden at få bakterier på hænderne? Det kan man nu få svar på, mens man står ved håndvasken. En ny applikation til smartphones sætter med filmklip og børnerim fokus på god håndhygiejne. To sygeplejersker og en datalog har udviklet applikationen, som bidrager med viden om, hvordan man afbryder smitteveje og støtter Læger Uden Grænsers arbejde med at forebygge og behandle smitsomme sygdomme i verden.

Applikationen virker kun til smartphones og kan hentes gratis på www.market.android.com

Sms: Husk operationen

Langt færre patienter glemmer deres aftaler på sygehuset, når de får en sms med en påmindelse om tidspunktet for en forestående operation, behandling eller undersøgelse. En stikprøve fra et pilotprojekt i Region Midtjylland viser, at påmindelserne på sms har resulteret i 34 pct. færre udeblivelser. Hver måned sender Region Midtjylland 9.000 sms-beskeder til patienter, og antallet er jævnt stigende.

Ny brochure om natarbejde

Brug solbriller på vej hjem fra arbejde, sov med ørepropper og snup en powernap. Det er nogle af rådene i en ny brochure om natarbejde, der henvender sig til både sygeplejersker, polititbetjente og andre nat- og skifteholdsarbejdere. Ud over gode råd om søvn og kost indeholder brochuren også relevant viden om helbredsproblemer, ulykker og arbejdsskader.

Find brochuren på www.i-bar.dk

Når patienten stjæler kørestolen

Det sker indimellem, at dyner, termometre og andet udstyr fra hospitalerne forsvinder. Ifølge DR Nyheder anslår Glostrup Hospital, at der årligt forsvinder udstyr for 300.000 kr. Men hvem, hvornår, og hvordan det sker, er svært at dokumentere. Hvad ville du gøre, hvis du f.eks. så en patient stjæle fra din afdeling?

AF SIGNE LENE CHRISTIANSEN, JOURNALIST



FOTO: SØREN HOLM

Eva Munk,
sygeplejerske, kirurgisk gastroenterologisk afd. L3, Århus Sygehus.



FOTO: SØREN SVENDSEN

Julie Nyamadi,
sygeplejerske, infektionsmedicinsk afd., Hvidovre Hospital.



FOTO: SØREN SVENDSEN

Charlotte Nielsen,
klinisk sygeplejespecialist, Ortopædkirurgisk sengeafsnit 1114, Herlev Hospital.

"Vi har faktisk lige haft en situation, hvor en kollega opdagede, at en patient havde stjålet en kørestol. I sådan en situation ville jeg have konfronteret patienten med det ved at spørge, hvor patienten havde kørestolen fra, høre forklaringen og så præsentere mig. For mig er det soleklart, at man ikke må stjæle en kørestol, så jeg tror egentlig ikke, at jeg ville synes, at konfrontationen var svær. Tværtimod synes jeg, at det er mit ansvar."

"Jeg har aldrig selv set, at en patient stjæl, men hvis jeg gjorde, ville jeg helt klart konfrontere vedkommende. På min afdeling er vi vant til at have svære og ubehagelige konfrontationer, fordi vi bliver nødt til at kropsvisitere folk og endevende deres tasker for stoffer. Det er altid svært og ubehageligt at skulle beskyldes og mistænkeliggøre en patient, så efterfølgende ville jeg tage det op med mine kolleger for at høre, hvordan vi bedst kunne tackle patienten."

"Jeg ville nok bruge mine kolleger til sparring og så spørge min afdelingssygeplejerske til råds. Jeg har aldrig været ude for det, men der er et etisk element i det, for hvad gør man, hvis patienten skal forblive indlagt, efter at man har set vedkommende stjæle? Jeg ville synes, det var rigtig svært at konfrontere patienten, fordi det nok ville ændre vores tillidsforhold. Selvom jeg ville forsøge at være så professionel som muligt."

Stud.cur. - nu også i København

Fra september 2012 bliver det muligt at tage kandidatuddannelsen i sygepleje både i København og i Århus. Der er informationsmøder om kandidatuddannelsen og masteruddannelsen i klinisk sygepleje henholdsvis den 29. november og den 1. december. Se invitationen på www.folkesundhed.au.dksygeplejevid/enhed/praesent hvor man også kan melde sig til.

Depression skrumper hjernen

Hjerneområdet hipocampus skrumper gennemsnitligt 10 pct. hos depressionsramte. Det viser projekter gennemført af professor, dr.med. og speciallæge i psykiatri Poul Videbech fra Center for Psykiatrisk forskning, Århus Universitetshospital, Risskov, skriver www.videnskab.dk

Konklusionen er baseret på hjernescanninger af depressionsramte og en gennemgang af tidligere studier af området. Behandling med antidepressiv medicin og elektrochock ser imidlertid ud til at kunne sætte gang i dannelsen af nye nerveceller, så de skrumpede områder kan genopbygges. Poul Videbech forventer ifølge www.videnskab.dk at man i kommende studier kan dokumentere samme effekt med psykoterapi.

(krn)

125 sundhedsfejl om dagen i kommunerne

Der er rapporteret 22.500 utilsigtede hændelser inden for sundhedsområdet i kommunerne i den første halvdel af 2011. Det er resultatet af en opgørelse, Kommunernes Landsforening har foretaget med udgangspunkt i tal fra Dansk Patient Sikkerhedsdatabase, skriver www.kommunen.dk Tallet svarer til, at der i landets kommuner hver dag begås 125 utilsigtede hændelser inden for sundhedsområdet. De utilsigtede hændelser er bl.a. udlevering af forkert medicin og manglende viden om udskrevne patienter. Konsulent i Kommunernes Landsforening, Thilde Lydiksen, ser positivt på indrapporteringen.

"Jo mere der rapporteres, jo mere viden får man om, hvad der går galt. Og jo mere får man at handle på," siger Thilde Lydiksen til www.kommunen.dk Der blev indført pligt til at rapportere utilsigtede hændelser i primærsektoren i september 2010.

(krn)

SILENTIA SKÆRMSYSTEM

Optimal hygiejne & fleksibel funktion



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

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

EasyClean™
Let at rengøre

EasyReturn™
Let at folde sammen og trække ud

EasyClick™
Mobil eller fast monteret



SKÆRMER AF UDEN AT LUKKE INDE

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

I fremtiden forbindes alternativ og etableret behandling!



Lær Tankefeltterapi

- en let dialog kombineret en let banken på akupunktur punkter afhjælper både fysiske og psykiske smerter. Læs mere på www.tankefeltterapi.info

Lær Metamedicin

- hvordan fremmer man kroppens egen naturlige helbredelse? Metamedicin er ikke noget man spiser, men en biologisk forståelsesmodel af kroppens biologiske processer som vender op og ned på sundhed og sygdom. Læs mere på www.metamedicin.dk



Jeg er alkoholiker – men jeg drikker ikke mere

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



Behandlingscenter
TJELE
SJÆLLAND - JYLLAND

Ole "Bogart" Michelsen

Døgntelefon
70 20 40 80
www.tjele.com

KORT

STATISTIKKEN

Indflydelse på egen arbejdstid er positivt

AF KATRINE RAAHAUGE NYGAARD, JOURNALIST

Indflydelse på egen arbejdstid skaber større harmoni mellem arbejdsliv og privatliv, bedre kvalitet i arbejdet og bedre samarbejde. Det viser et nyt projekt baseret på erfaringer fra 1.000 medarbejdere på 28 arbejdspladser i primært hospitalssektoren og psykiatrien.

Er indflydelse på egen arbejdstid godt eller skidt for medarbejderne? Sådan lød et af spørgsmålene bag forskningsprojektet "Prioriteret arbejdstid - større indflydelse på egen arbejdstid i job med skiftearbejde". Nu er der et svar:

"Rigtig, rigtig mange er glade for det. De synes, det er positivt for deres privatliv og deres fritid i det hele taget. Flere af deltagerne i undersøgelsen var bekymrede over, om det ville have en negativ betydning for kvaliteten i arbejdet og kontakten til patienterne, men tilbagemeldingerne viser, at det ikke er tilfældet, ligesom de fleste rapporterer om forbedret eller uændret samarbejdsniveau," fortæller seniorforsker og projektleder Anne Helene Garde fra Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA).

Ønsker til arbejdstiden

Den positive udmelding omkring indflydelse på egen arbejdstid eller prioriteret arbejdstid er baseret på et såkaldt interventionsprojekt. Her har forskerne fulgt 600 medarbejdere på 14 arbejdspladser, der implementerede it-systemer, hvor

medarbejderne løbende kan angive ønsker til arbejdstider. Derefter sammen sætter en leder vagtplanen under hensyntagen til ønskerne. En gruppe på 400 medarbejdere fordelt på andre 14 arbejdspladser har fungeret som kontrolgruppe i projektet. De til sammen 1.000 medarbejdere arbejder primært i hospitalssektoren og psykiatrien og har skiftende og skæve arbejdstider.

"Når vi foretager et interventionsprojekt på den måde, kan vi i højere grad måle konsekvenserne af at ændre på en enkelt faktor. Vi følger to grupper med meget ens arbejdsforhold og ændrer så den ene gruppes indflydelse på arbejdstiden, men ikke på andre faktorer, som også kunne have indflydelse på målingerne," uddyber Anne Helene Garde.

Organisationsændringer deler vandene

Medarbejdernes vurdering af indflydelse på egen arbejdstid afhænger af, hvordan arbejdspladsen præsenterer tiltaget, viser projektet.

"It-systemerne på arbejdspladserne kan stort set det samme, men jo større en organisationsændring arbejdspladsen sælger prioriteret arbejdstid som, jo mere delte er medarbejderne i positive og negative vurderinger. Vi kan også se, at når arbejdspladsen bruger systemet til at tilgodese arbejdspladsens behov, skaber det størst utilfredshed," uddyber Anne Helene Garde.

Indflydelse på egen arbejdstid - hvad betyder det for:

Privatlivet?

Positiv betydning: 46 pct.
Negativ betydning: 10 pct.
Ingen forskel: 44 pct.

Kvaliteten af arbejdet og relationen til klienter/kunder?

Positiv betydning: 13 pct.
Negativ betydning: 3 pct.
Ingen forskel: 85 pct.

Samarbejdet på arbejdspladsen?

Positiv betydning: 15 pct.
Negativ betydning: 3 pct.
Ingen forskel: 82 pct.

Patienten som gidsel

ILLUSTRATION: PIA OLSEN

En lokalavis bringer et indlæg, der beskylder hjemmeplejen for ikke at overholde de aftaler, der er indgået med en borger. Borgerens søn står bag indlægget, som tegner et lidet flatterende billede af borgeren.

I den lokale avis ser hjemmesygeplejersken et indlæg om en af sine patienter. Indlægget er formet som en klage fra patientens søn over den hjemmepleje, faderen modtager, men det er skrevet af en af avisens journalister. Sønnen fortæller, at hjemmeplejen ikke overholder de aftaler, der er indgået mht. antallet af daglige besøg, og at rengøringen forsømmes. I indlægget beskrives faderen som totalt afhængig af hjælp.

Det beskrives detaljeret, at faderen er glemsom og griset. Der er en malende beskrivelse af, hvordan sønnen er kommet og har set afføring smurt på skabslåger og håndklæder i badeværelset. Hjemmesygeplejersken synes, at beskrivelsen af hendes patient er meget nedværdigende for ham, og at han bliver taget som gidsel i en strid mellem sønnen og hjemmeplejen. Hvad skal hjemmesygeplejersken gøre?

Læs nedenfor, hvad vores panelmedlemmer mener, og skriv evt. dit svar på www.sygeplejersken.dk under dilemma eller på facebook.com/sygeplejersker

Svar 1. Hvis faderen har godkendt det skrevne, kan man ikke konkludere, at det er uetisk at portrættere ham på denne måde. Det er meget forskelligt, hvilken tone folk er vant til at tale i, og hvilke ord de er vant til at anvende. Sønnen bliver på sin vis også udstillet ved at lade sin egen far præsentere på denne måde. Men det kan være, at han er desperat og ser det som den eneste udvej for at kunne få mere hjælp til faderen. Noget kunne tyde på, at faderen ikke bliver hjulpet optimalt, og det er sjældent, at pårørende vælger avisen første gang, de vil klage over en instans. Som faderens adfærd beskrives, er det nærliggende at antage, at han kan være dement, og sønnen kan derfor være nervøs for faderens ve og vel.

På den baggrund vil jeg få en aftale i stand med søn og fader samt de personer, som dagligt hjælper i hjemmet. Mødet skal afklare gensidige forventninger og munde ud i en samarbejdsaftale, som begge parter er tilfredse med, og som begge parter har mulighed for at indfri.

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

Svar 2. Når jeg oplever, at en borger, som jeg kender godt, bliver brugt som en sag for familien, tænker jeg, at der må være sket nogle slemme misforståelser mellem familien og hjemmeplejen. Sønnens forsøg på at varetage sin fars interesser mangler værdier som værdighed og respekt i det beskrevne. Det kan være udtryk for den pårørendes magtesløshed over for faderens situation og de ændrede roller/krav, der er opstået i familien.

Så længe jeg vurderer, at faderen er i stand til at tage vare på egne interesser, må jeg respektere, at sønnen har brug for at

reagere, og at jeg faktisk ikke har ret til at blande mig i deres indre familieanliggender. Derimod må jeg reflektere over måden, det sker på.

Har jeg den samme opfattelse af borgeren, hans situation og evne til at klare sig, som sønnen har? Hvordan er relationen mellem far og søn, og hvilke roller og værdier er i spil i familien?

Det vil være en idé at invitere alle parter til et dialogmøde i hjemmet, så både far og søn kan blive trygge ved hjemmeplejens indsats, og vi kunne bidrage og støtte med vores faglige vurdering af faderen og deres indbyrdes forhold.

Af Annette Hegelund, SD, Udviklingspsygeplejerske i Glostrup Kommune, medlem af Sygeplejeetisk Råd, www.dsr.ser



NYHED – 4 farver i én håndeving

Med Reporter 4 fra Tombow kan du skrive i både blåt, grønt, rødt og sort i én håndeving.

Stregtykkelsen er relativt tynd og kuglepenen klatter ikke. Dette gør TOMBOW Reporter 4 fremragende til alle former for registreringer.



Læs mere og bestil på creas.com/reporter4

Reporter 4 kan også leveres med eget tryk – kontakt os gerne for mere information.

creas

T 70 25 55 55
E info@creas.com
W creas.com



KORT

Filadelfia efterspørger skæbnebeslutning

AF KATRINE RAAHAUGE NYGAARD, JOURNALIST

Epilepsihospitalet Filadelfia kommer ikke på finansloven. Sådan lød udmeldingen fra sundhedsministeren, da repræsentanter for hospitalet havde foretræde for Folketingets Sundhedsudvalg. Næstformand for Filadelfias bestyrelse, Ole Glahn, kalder situationen "ekstremt alvorlig".

Det selvejende epilepsihospital Filadelfia får ikke tilført penge til den fremtidige drift fra Folketinget. Det understregede sundhedsminister Astrid Krag (SF), da repræsentanter for hospitalet havde foretræde for Folketingets Sundhedsudvalg tirsdag den 25. oktober.

"Situationen er ekstremt alvorlig for Filadelfia, og med det foreløbige budget er det spørgsmålet, om hospitalet overhovedet kan leve videre," siger næstformand i Filadelfias bestyrelse Ole Glahn.

Kampen om Filadelfias fremtidige overlevelse kan komme til at blive afgjort af en teknisk tolkning. Hidtil har såkaldte "højt specialiserede behandlinger" som f.eks. klargøring til epilepsikirurgi og rehabilitering ligget uden for fritvalgsrammen på 75 mio. kr. Fra 2012 vil regionerne have disse behandlinger placeret inden for fritvalgsrammen, og det vil fremover halvere Filadelfias budget. I 2012 har Filadelfia en aftale med Region Sjælland om merkøb af behandlinger, der giver 10

mio. kr. mere, men der er ingen garanti for, at regionen også vil købe flere behandlinger i de følgende år.

Den afgørende beslutning

Hvis sundhedsministeren vil pålægge regionerne, at behandlingerne fortsat skal ligge uden for fritvalgsrammen, vil det give Filadelfia 30-35 mio. kr. mere om året og dermed muligheden for at drive hospitalet videre.

"Vi skal bruge en afklaring inden slutningen af året, for uden flere penge må vi begynde at afvikle. Hvis vi står den 1. januar med 85 mio. kr., kan jeg ikke se anden udvej end en neddrøsting til helt andre tilbud - og så skal regionerne opbygge den ekspertise, vi har," siger Ole Glahn.

Filadelfia har for at spare penge allerede påbegyndt nedlukningen af to afdelinger. I den forbindelse har hospitalet fyret 73 medarbejdere, heraf 17 sygeplejersker. Derudover er 25 medarbejdere blevet sat ned i tid. Hvis de to afdelinger skal genåbnes, skal der bruges yderligere 48 mio. kr. i Filadelfias budget.

Læs mere om Filadelfias situation og konsekvenserne for patienterne, når de to afdelinger lukker, i *Sygeplejersken nr. 17* og i *Dansk Sygeplejeråds nyhedsbrev Synergi* på www.dsr.dk/synergi

Genfind din arbejdsglæde

Du inviteres til et kursus, som giver dig en større tilfredshed og glæde i det daglige arbejde.

Kurset gennemgår en række af de ord, der betegner den gode kontakt til brugeren, for eks. "omsorg", "interesse" og "samarbejde".

Evalueringen viser, at din arbejdsglæde vokser, når du har en mere tydelig forståelse af ordenes betydning.

Vi mødes et par timer sent om eftermiddagen hver anden uge i en lille tværfaglig gruppe med socialrådgivere, sygeplejersker og pædagoger.

Kursets varighed er 10. januar - 22. maj 2012. Stedet er Svane mølle Hallen i København. Prisen er 950 kr.

Kontakt Gerd Augsburg, telefon 3057 4192 eller e-mail gerd@augzburg.nu

Sygeplejersker og læger har størst troværdighed

Ifølge en helt ny troværdighedsundersøgelse af 17 forskellige faggrupper har danskerne stor tillid til landets sygeplejersker. Faktisk er tiltroen til sygeplejerskerne så stor blandt danskerne, at sygeplejerskerne ligger i den absolutte top på troværdighedsbarometeret. Sygeplejerskernes topplacering kommer ikke bag på Dansk Sygeplejeråds næstformand, Dorte Steenberg.

"Sygeplejersker er kendetegnet ved en utrolig høj grad af faglig professionalisme. Det i sig selv skaber troværdighed. Samtidig udgør sygeplejersker en central del af den forreste linje i sundhedsvæsenet. Og det er oftest sygeplejerskerne, som patienter og borgere betror sig til," siger Dorte Steenberg.

Politikere og journalister er ifølge undersøgelsen de mindst troværdige faggrupper.

Læs undersøgelsen på www.dsr.dk søg på "Troværdighedsundersøgelse".

TEST DIN VIDEN

Temaet er sundhedspolitik

Danmark fik en ny S-SF-R-regering den 3. oktober 2011. Test dig selv eller en kollega om den nye regering.

1. Det nye regeringsgrundlag indeholder flere sundhedspolitiske mærkesager som f.eks. en afskaffelse af skattefradraget for sundhedsforsikringer og bedre forhold for psykisk syge. Hvad er titlen på regeringsgrundlaget?

- a. Fælles fremtid.
- b. Et Danmark, der står sammen.
- c. Danmark skal videre.

2. Hvad er navnet på det nye ministerium for sundhed?

- a. Ministeriet for sundhed og forebyggelse.
- b. Sundhedsministeriet.
- c. Indenrigs- og sundhedsministeriet.

3. Den nye sundhedsminister hedder Astrid Krag, hvilket parti tilhører hun?

- a. Socialdemokratiet, S.
- b. Socialistisk Folkeparti, SF.
- c. Venstre, V.

4. Astrid Krag er 28 år og har bl.a. arbejdet korte perioder i hjemmeplejen på Amager og som studentermedhjælp ved en social- og sundhedsskole. Hvilken videregående uddannelse har hun?

- a. Sygeplejerskeuddannelsen.
- b. Bachelor i statskundskab.
- c. Cand.oecon.

5. Hvor mange medlemmer af det nye Folketing har en baggrund som sygeplejerske?

- a. 12.
- b. 2.
- c. 4.

(sbk)

De rigtige svar på testen findes på side 30.

Omstridt tolkegebyr skal fjernes

Den 1. juni 2011 indførte den daværende regering et nyt gebyr på tolkebistand, som rammer udenlandske patienter. Nu vil den nye sundhedsminister have gebyret afskaffet.

Sundhedsminister Astrid Krag er ifølge Danmarks Radio klar til at afskaffe gebyret for tolkebistand. Siden 1. juni 2011 har patienter med brug for tolk skullet opkræves et gebyr for tolkebistand, hvis de har boet over syv år i Danmark. Nu viser en opgørelse fra landets regioner og sygehuse, at ordningen kræver så meget administration, at næsten alle indtægterne fra ordningen går til administration.

"Alt tyder på, at den tolkelov, som den tidligere regering indførte, har nogle rigtig dårlige effekter. Sygehuse oplever en stor stigning i administrativt bøvvl, og der er desuden en fare for, at sygepatienter fravælger at gå til lægen, fordi de ikke har råd til at betale gebyret. Derfor ser jeg ikke nogen forhindringer i at afskaffe gebyret," siger sundhedsminister Astrid Krag til P3-nyhederne.

Formand for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, har tidligere i Sygeplejersken nr. 12/2011 advaret om konsekvenserne af gebyret, fordi hun mener, at gebyret bryder med princippet om lighed for loven.

"Vi kommer til at stå i nogle situationer, hvor vi vurderer, at der er behov for tolkning, og vi derfor bliver nødt til at pålægge nogle patienter en afgift, for det er os, der bestemmer, om tolkningen er nødvendig eller ej. Det er et stort problem, for det betyder, at forholdet mellem patienten og sygeplejersken nemt kan blive anspændt, for hvad nu, hvis de ikke har råd til at betale gebyret," siger Grete Christensen.

Regeringen vil ifølge Astrid Krag afskaffe loven ved den kommende finanslov.

(sbk)

” ”Det begynder at ligne Københavns Hovedbanegård med den trafik af departementschefer. Det betyder, at cheflaget under departementscheferne må stå for kontinuiteten i ministeriet.

Peter Mose, forfatter til bøgerne "Håndbog for statsministre" og "Javel Hr. Minister," om at der på fire år har siddet fire departementschefer i Sundhedsministeriet, til Altinget Sundhed den 25. oktober 2011.



Hver femte gamle pa



Mange ældre patienter flyttes hver uge frem og tilbage mellem hjemmet og hospitalet. Genindlæggelser af ældre patienter har været et velkendt problem i mange år, men alligevel er det ikke lykkedes at nedbringe antallet af ældre, der ryger på hospitalet igen kort efter udskrivelsen. En ny økonomiaftale lægger fra årsskiftet mere pres på kommunerne for at forebygge de unødvendige indlæggelser.

AF JULIE WINTHER BENGTSO, JOURNALIST • FOTO: SØREN HOLM

Når hr. Hansen på 86 år kommer på hospitalet for at blive behandlet for et hoftebrud, er der stor risiko for, at det ikke bliver et enkelt besøg. Ofte må han kort efter udskrivelsen tilbage til sygehuset pga. komplikationer som lungebetændelse eller forstoppelse som et resultat af, at han er sengeliggende, eller fordi der er stødt andre lidelser til, f.eks. infektion i såret.

Hr. Hansen er et tænkt eksempel på en patienttype, som fylder meget i sundhedsvæsenet i dag: Ældre patienter, der ryger ind og ud af hospitalerne. Genindlæggelser forbindes med uhensigtsmæssige forløb og kvalitetsproblemer på både sygehus og i hjemmeplejen. ▶

patient indlægges igen

- En ny økonomiaftale for 2012 lægger mere ansvar over til kommunerne i forebyggelsesarbejdet, da de skal betale mere, hver gang en patient indlægges på sygehuset. Men kommunerne har svært ved at forebygge, fordi de ved meget lidt om baggrunden for genindlæggelserne.

Danmarks Statistik har de sidste fire år offentliggjort frekvensen af genindlæggelser for alle kommuner og regioner. Opgørelsen er lavet over de diagnoser, som Sundhedsstyrelsen har vurderet er de 11 mest relevante at opgøre for ældre patienter over 67 år såsom gigt, KOL, brud, forstoppelse, væskemangel og lungebetændelse. Trods fokus på området er det ikke lykkedes at nedbringe frekvensen af ældre, der bliver genindlagt. Den ligger stabilt på omkring en femtedel for fjerde år i træk.

Flere lokale sundhedsopgaver

Problemet er komplekst og handler overordnet set om samarbejdet mellem sygehuse og kommunerne og om en befolkning, der bliver stadigt ældre. Ansvar

for forebyggelsen af genindlæggelser er de senere år blevet skubbet fra regionerne over i kommunerne. Da kommunalreformen blev gennemført i 2007, overtog kommunerne nemlig flere sundhedsopgaver fra de daværende amter inden for forebyggelse, pleje og genoptræning. De nye opgaver har medført større pres på sundhedspersonalet i primærsektoren, for samtidig med de flere opgaver skal kommunerne tage sig af patienter, der bliver udskrevet hurtigere fra hospitalerne end før i tiden.

Sidstnævnte tendens fremhæves af Tina Jørgensen, som er chefkonsulent i Kontoret for Social- og Sundhedspolitik i Kommunernes Landsforening (KL). Hun mener, at det kan være én af årsagerne til, at flere ældre må på hospitalet igen kort tid efter udskrivelsen. Tina Jørgensen følger i sit arbejde kommunernes sundhedsindsatser tæt, og hun peger desuden på mere specialiserede hospitalsforløb og generelt flere ældre borgere som årsager til de mange genindlæggelser. Faktorer, som kommunerne har svært ved at gøre noget ved.

Endnu et nyt tiltag i kommunalreformen var, at kommunerne skulle være med til at finansiere sundhedsområdet ved at betale et grundbeløb til sygehusene samt et beløb, hver gang en af kommunens borgere blev indlagt på sygehuset. Den medfinansiering blev taget op igen ved forårets økonomiforhandlinger. Her tog den tidligere regering initiativ til, at finansieringsordningen blev lavet om fra 2012, så kommunerne fremover skal af med et beløb, der er to til tre gange så stort, hver gang en borger indlægges. Til gengæld frafalder grundbeløbet. I praksis bliver det en udgift på omkring 13.000 kr. efter nytår mod ca. 6.000 kr. pr. borger i øjeblikket.

Økonomi er ikke eneste løsning

Bolden i forebyggelsesindsatsen ligger altså i høj grad på kommunernes banehalvdel. Men problemstillingen er mere kompleks end noget, der alene kan løses med økonomisk pres. Det mener professor i sundhedsøkonomi Kjeld Møller Pedersen:

Vi mangler data

Genindlæggelser, som kunne være forebygget, er en voksende byrde for både patient, organisation og sundhedsvæsenets økonomi. Men mange faktorer spiller ind, og man ved ikke tilstrækkeligt til at kunne forebygge problemet. Det fortæller Tina Jørgensen, som er chefkonsulent i Kontoret for Social- og Sundhedspolitik i Kommunernes Landsforening (KL).

Selv om opgørelserne over antallet af genindlæggelser i det store hele afslører en kedelig tendens, så giver de ikke i sig selv kommunerne mulighed for at handle ud fra dem, for man kan kun se samlede opgørelser over diagnoser, men ikke specifikke oplysninger om patienternes tidligere behandling i sundhedsvæsenet. Det er ellers oplysninger, som er nødvendige, hvis kommunerne skal forebygge mere målrettet, forklarer Tina Jørgensen:

”Det er problematisk, at kommunerne ikke har adgang til CPR-data. De ved godt, om de har mange genindlæggelser, men de kan f.eks. ikke se, om de allerede kender borgerne i hjemmeplejen, så de kan følge op på dem og arbejde målrettet med det,” uddyber hun.

Sundhedsloven blev for nylig revideret, og i den forbindelse åbnede man op for, at kommunerne som noget nyt kan få oplysninger om patienternes modtagelse af sundhedsydelse fra de offentlige registre. Det fremgår af lovforslaget, at hensigten netop var at give både regioner og kommuner mulighed for at planlægge deres indsatser på sundhedsområdet. Reelt har kommunerne dog stadig ikke adgang til oplysningerne og dermed bedre viden om patienterne, som bliver genindlagt, da det ikke på det tekniske plan er sat i værk endnu.

Hvornår er der tale om en genindlæggelse?

En genindlæggelse er en akut indlæggelse inden for 30 dage efter udskrivelsen fra en tidligere indlæggelse. Det gælder også, selv om der ikke er tale om samme diagnose som ved første indlæggelse, og selv om indlæggelsen finder sted på et andet sygehus.

Kilde: Danmarks Statistik.

Hver femte genindlægges

I 2010 blev 19 pct. af patienter over 67 år indlagt igen inden for 30 dage, efter de blev udskrevet fra sygehuset. Niveauet har ligget stabilt siden 2007, hvor Danmarks Statistik startede med at offentliggøre tallene.

Opgørelsen er lavet på diagnoserne slagtilfælde, væskemangel, forstoppelse, lungebetændelse, blærebetændelse, KOL, hjertesvigt, tarminfektion, knoglebrud, blodmangel og gigt.

Samme patient kan godt være talt med flere gange.

Patienter med andre diagnoser som f.eks. kræft er ikke talt med, fordi det for den diagnosegruppe er almindeligt med mange indlæggelser.

Kilde: Danmarks Statistik og Sundhedsstyrelsen.

”Kommunerne kan godt opruste på hjemmesygeplejen og oprette flere aflastnings- og akutstuer. Men det er jo de praktiserende læger, der afgør, om en patient skal indlægges,” siger han og påpeger dermed vigtigheden af kommunernes samarbejde med de praktiserende læger.

For en effektiv forebyggelsesindsats mener Kjeld Møller Pedersen desuden, at det er nødvendigt at højne kompetencerne blandt sundhedspersonalet i kommunerne. Når de ting fungerer, så kan økonomiske incitamenter formentlig gøre indsatsen mere effektiv, mener han.

Formand for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, er enig i, at et kompetenceløft blandt sundhedspersonalet kan være en god måde at forebygge genindlæggelser på. Det kan f.eks. være koordinerende og opfølgende funktioner eller sygeplejersker, som følger og udfører kontroller med de kroniske patienter og dermed opdager forværrede tilstande i tide. For at sætte gang i investeringerne mener hun, at det kan være nødvendigt med økonomiske incitamenter til kommunerne:

”Det skal kunne betale sig for dem at investere i f.eks. kompetenceløft. Det vil

gøre, at de kan spare mange penge på den lange bane,” siger hun.

Også KL peger på, at mere uddannet personale til hjemmeplejen og dermed et generelt kompetenceløft kan være med til at nedbringe antallet af genindlæggelser. I et ældrepolitisk udspil fra 2010 fremgår det, at KL ønsker at se flere social- og sundhedsassistenter og flere sygeplejersker i hjemmeplejen de kommende år.

Paradoksalt nok er antallet af sygeplejersker i kommunerne faldet det seneste årti trods flere sundhedsopgaver. Beregninger fra Dansk Sygeplejeråds analyseafdeling viser, at der var 3 pct. færre basis-sygeplejersker i primærsektoren i 2010 end i 2000. I øjeblikket ligger det samlede antal af sygeplejersker i den kommunale ældrepleje på 11 pct. 3 pct. er terapeuter, mens social- og sundhedshjælpere og -assistenter udgør 86 pct. af arbejdsstyrken.

Viden kommer før handling

Et kompetenceløft kan være en generel ting, som kommunerne investerer i over en længere periode. Men også konkrete projekter og nye måder at organisere sig på opstår i kommunerne i disse år for at

komme problemerne til livs. I nogle af de kommuner, som har flest problemer med mange genindlæggelser, er man i gang med at undersøge, hvad der forårsager problemerne, og hvad kommunerne kan gøre ved dem.

Halsnæs Kommune er blandt de kommuner, som på flere diagnoseområder ligger over landsgennemsnittet ifølge opgørelsen fra Danmarks Statistik i 2010. De relativt mange genindlæggelser kan hænge sammen med befolkningens helbreds-mæssige sammensætning, for svage borgere bliver oftere genindlagt. Det mener sundhedschef i Halsnæs Kommune, Birgit Gundorph-Malling:

”Kommunens sundhedsprofil er ikke i top, og at folk generelt er mere syge, kan være en del af forklaringen på antallet af genindlæggelser,” siger hun.

I samme sætning tilføjer hun dog, at der i kommunen er stort fokus på problemet:

”Vi er selv ved at lave en analyse af genindlæggelserne for at finde ud af, hvad problemet er, så vi kan handle på det. Det er planen, at vi i fremtiden opretter en ekstra sygeplejeklinik, skaber et endnu tættere samarbejde mellem hjemmesyge- ▶

” Kommunens sundhedsprofil er ikke i top, og at folk generelt er mere syge, kan være en del af forklaringen på antallet af genindlæggelser.

Birgit Gundorph-Malling, sundhedschef i Halsnæs Kommune.

”Jeg håber, at vi får hentet tal frem, som kan udgøre en valid baggrund for, at vi får tilført økonomiske midler. Når sygehusene sætter produktionen i vejret med kortere indlæggelser og mere ambulat behandling, så nytter det ikke noget, hvis vi ude i kommunerne ikke kan følge med og f.eks. sørge for genoptræning til patienterne.

Anny Winther, formand for KL's social- og sundhedsudvalg.

- plejen og almen praksis og sætter et projekt med telemedicin, der hedder ”Online Omsorg”, i drift.”

Forsøg med triagering

I Hillerød Kommune, som også ligger et stykke over landsgennemsnittet i forhold til genindlæggelser inden for mange diagnoser, er borgerne hverken lavere uddannede eller mere usunde end andre steder. Det oplyser sektionsleder for Fællessektionen for Ældre og Sundhed i kommunen, Michael Metzsch. Derfor er han også overrasket over, at Hillerød Kommune har forholdsvis mange genindlæggelser for nogle grupper af patienter.

”Årsagerne skal undersøges nærmere, og vi vil afklare, hvor kommunen kan gøre det bedre, også i forhold til samarbejdet med andre aktører,” siger han.

Han mener dog, at det kan skyldes kortere indlæggelsestid på sygehuset, at flere diagnosegrupper har en høj genindlæggelsesfrekvens i Hillerød:

”Noget af forklaringen kan muligvis findes i, hvor hurtigt patienterne bliver udskrevet fra hospitalet, og hvordan de bliver modtaget, når de kommer hjem. Men generelt mangler vi i kommunen viden om genindlæggelserne, og vi er i første omgang i gang med at undersøge, hvilke diagnoser det især er værd at fokusere på,” siger han.

Kommunen deltager i et projekt for at forebygge de unødvendige genindlæggelser i samarbejde med en række nabokommuner og Hillerød Hospital. Et af tiltagene er et forsøg med triagering af de ældre borgere udført af hjemmeplejen og et plejecenter i kommunen. Det giver hjemme-

sygeplejerskerne mulighed for at reagere, når en borgers tilstand forværres.

Samarbejdet er i gang

Det er ikke kun i de kommuner, som har relativt mange genindlæggelser, man arbejder målrettet for at forebygge genindlæggelser. Over hele landet har kommuner, hospitaler og praktiserende læger taget fat på tværfaglige projekter, der skal komme genindlæggelserne til livs. Nogle steder får de svage borgere besøg i hjemmet af en læge og en sygeplejerske efter udskrivelsen, andre steder har man lukket kommunale visitatorer og koordinatore ind på hospitalerne, og igen andre steder lader man hospitalets personale følge med hjem.

Chefkonsulent Tina Jørgensen har gennem sit arbejde i KL et godt overblik over

Vi skal styrke det nære sundhedsvæsen

Anny Winther, formand for social- og sundhedsudvalget i KL, mener, at hjemmesygeplejerskerne vil komme til at spille en central rolle i kommunernes forebyggelsesindsats.

Hvordan vil kommunerne fremover styrke indsatsen for at forebygge genindlæggelser?

”Vi skal opruste det nære sundhedsvæsen og sikre en bedre koordinering af plejeopgaverne i forhold til udskrivelse og hjemkomst. Det kan betale sig at følge fru Jensen hjem fra hospitalet, sætte genoptræning i gang og sørge for, at der er orden i hendes medicin.

Derudover vil hjemmesygeplejen være et af de områder, som i forebyggelsesindsatsen bliver optimeret og videreudviklet. Både i forhold til innovation med velfærdsteknologi som f.eks. mobile iltapparater i hjemmet hos kronisk syge lungepatienter og i forhold til tættere kontakt mellem borgeren og hjemmesygeplejersken. Det kan f.eks. gøre en forskel i forhold til trykgheden hos den syge ældre, hvis de har et akut telefonnummer til hjemmesygeplejersken, og måske kan det spare en indlæggelse.

En anden tendens, som vi allerede ser visse steder, og som vil udvikle sig mere fremover, er patienter, der er indlagt i eget hjem – eller udlagt, som sygehusene kalder det. Det kan være en god ting i forhold til infektionsrisiko ved sårbehandling, og at man desuden får sin egen mad og er i trygge omgivelser.

Med tiltag som disse vil vi kunne aflæse resultatet i, at kommunen sparer penge på de færre genindlæggelser. Men de ældre og syge vil også få mere livskvalitet, i og med at de undgår genindlæggelser.”

Sådan ser det ud i din kommune

Se tallene for genindlæggelser af patienter over 67 år inden for de 11 diagnosegrupper for din kommune på www.statistikbanken.dk/AED20

Derfor stiger presset på sundhedsvæsenet

Den danske befolkning bliver ældre og ældre, og antallet af nye patienter stiger hurtigere end befolkningsudviklingen. Mens der i 2009 var 0,8 mio. danskere over 64 år, vil det tal i 2040 være 1,4 mio. Især andelen af de ældste borgere over 80 år vil stige. Derfor vil der løbende blive flere og flere behandlingskrævende borgere, fordi ældre som regel har behov for flere og dyrere behandlinger på sygehuset.

Kilde: Danske Regioner 2010.

kommunernes initiativer, og meget er allerede i gang. Men hun savner den gyldne løsning:

”Uanset om vi snakker om følge op-, følge hjem- eller følge ud-ordninger, så virker det rigtig godt. Meget tyder på, at vi har brug for denne form for systematik. Men vi ved ikke, hvad der reelt gør forskellen. Det kan jo være, at kommunerne udfører initiativerne på de 40 pct. af patienterne, som alligevel aldrig var blevet genindlagt, og ikke fanger dem, der bliver genindlagt,” siger hun.

Det går for langsomt

Denne pessimisme afspejler sig i de sidste fire års opgørelser over genindlæggelser, der samlet set ikke viser fremgang på feltet.

”Tingene går langsomt, for det er nogle store organisatoriske omvæltninger, der er ved at blive gennemført, og det tager tid, før vi ser resultater. Men der er mange gode initiativer i gang rundt omkring, og de gode erfaringer skal nok sprede sig,” lyder det fra Tina Jørgensen.

KL er i forbindelse med dette års økonomiaftale indgået i en arbejdsgruppe sammen med Danske Regioner, Sundhedsministeriet og Finansministeriet. Den skal udpege potentialer, som kan give en mere effektiv forebyggelsesindsats i forhold til at få antallet af indlæggelser og genindlæggelser bragt ned. Formand for KL's social- og sundhedsudvalg Anny Winther håber, at udredningen kan give flere midler til forebyggelsen i kommunerne:

”Jeg håber, at vi får hentet tal frem, som kan udgøre en valid baggrund for, at vi får tilført økonomiske midler. Når sygehusene sætter produktionen i vejret med kortere indlæggelser og mere ambulante behandling, så nytter det ikke noget, hvis

vi ude i kommunerne ikke kan følge med og f.eks. sørge for genoptræning til patienterne.”

Udredningen er pga. regeringsskiftet lagt i bero, men arbejdet bliver genoptaget, så snart det er muligt, lyder det fra Sundhedsministeriet, som har formandskab for arbejdsgruppen.

redaktionen@dsr.dk

Læs også Lederen på side 38



Flere sygeplejersker kan gøre en forskel

Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen mener, det er nødvendigt for kommunerne at styrke forebyggelsesindsatsen for at nedbringe antallet af genindlæggelser.

Hvordan kan man styrke indsatsen for at forebygge genindlæggelser?

”Kommunerne skal have incitament til at sætte forebyggende tiltag i gang, og derfor er det godt, at de nu får mere økonomisk ansvar for at forebygge genindlæggelser. De forebyggende tiltag kunne f.eks. være at følge patienter med kroniske lidelser tæt. Man kan gøre noget ud af at kontrollere dem løbende for sukkersyge, lungelidelser forhøjet blodtryk og lignende lidelser, og sygeplejerskerne kunne varetage den funktion i kraft af deres faglighed. Derfor er der brug for sygeplejersker, som specialiserer sig i kroniske lidelser.

Selvfølgerlig ligger der også forebyggelsespotentialer i samarbejdet mellem regioner og kommuner, hvor man bl.a. i udskrivelsesfasen kan gøre meget for at undgå, at patienterne bliver indlagt igen. Jeg har selv oplevet gode eksempler rundt om i landet med kommunale visitatorer på sygehuse, som er med til at sikre, at patienterne får den rigtige udskrivelse og den rigtige hjælp, når de kommer hjem.

Også sygeplejersker, der besøger borgerne i hjemmet efter udskrivelsen sammen med en læge, kan gøre en forskel, fordi de kan indgå i en dialog med borgerne om, hvorfor de blev indlagt i første omgang. Det handler i høj grad om at tage sig tid til at finde ud af, hvordan vi undgår endnu en indlæggelse.”

” Uanset om vi snakker om følge op-, følge hjem- eller følge ud-ordninger, så virker det rigtig godt. Meget tyder på, at vi har brug for denne form for systematik.

Tina Jørgensen, chefkonsulent i KL.



Seks måder at forebygge på

Hverken kommuner eller regioner sidder på deres hænder og ser passivt til, mens problemet med genindlæggelser æder sig ind på deres økonomi. Adskillige initiativer har som direkte eller indirekte formål at forebygge fænomenet. Sygeplejersken bringer her et udpluk af mange interessante projekter og praksisser landet over. Nogle steder har man kunnet måle effekten, mens succesen andre steder blot kan aflæses i personalets og patienternes begejstring.

AF JULIE WINTHERR BENGTON, JOURNALIST • FOTO: SØREN HOLM

1. Det startede i Glostrup

En specifik indsats for at modvirke genindlæggelser blev lavet som et forsøg i Glostrup allerede i 2002. Forsøget gav patienterne mulighed for i alt tre opfølgende hjemmebesøg og/eller kontakter efter udskrivelsen fra sygehuset af den praktiserende læge og en hjemmesygeplejerske. Besøgene faldt omkring en uge efter udskrivelsen og i tredje og ottende uge efter, enten som konsultation eller et hjemmebesøg alt afhængigt af patientens funktionsevne.

Det viste sig, at opfølgende hjemmebesøg til nyligt udskrevne ældre over 78 år i forsøget kunne nedbringe genindlæggelsesprocenten med 23 pct.

Forsøget er siden blevet betegnet Glostrupmodellen og blev i 2009 udbredt til 11 kommuner, som har gjort sig forskellige erfaringer med de opfølgende hjemmebesøg. Kommunerne har implementeret modellen i samarbejde med Dansk Sundhedsinstitut (DSI), som også evaluerer erfaringerne. En foreløbig rapport viser, at kommunerne generelt er begejstret for ordningen.

2. Vestjyske kommuner sparer penge

Vestklyngen, som består af Hospitalsenheden Vest og de omkringliggende kommuner og praktiserende læger i Vestjylland, har i et par år givet patienter over 78 år, som blev udskrevet fra medicinske afdelinger, mulighed for at få besøg af en sygeplejerske i selskab med en læge umiddelbart efter udskrivelse. Dvs. en implementering af Glostrupmodellen, hvor sygehuset visiterer borgerne til opfølgende hjemmebesøg og sender pa-

tientoplysningerne videre til de praktiserende læger.

Som det hidtil eneste sted ud af de 11 forsøgskommuner har DSI her lavet en omkostningsanalyse på de opfølgende hjemmebesøg. Genindlæggelsesprocenten er ikke blevet nedbragt så markant som i forsøget i Glostrup, men kommunerne opnåede en besparelse på knap 12.700 kr. pr. borger.

”Godt nok har der samtidig været en lille merudgift til sygehuse, men vi fæstner os ved, at kommunerne sparer mange penge på den indsats, man lægger i kommunalt regi og i almen praksis,” siger chefsygeplejerske for Hospitalsenheden Vest, Ida Götke.

Hun beskriver stolt, hvordan samarbejdet mellem de forskellige aktører er gået glat, og at alle har kunnet se fordelene. Udfordringerne har for sygehuset især ligget på det tekniske plan med at få udskrivelsesnotaterne overført hurtigt nok til almen praksis, når patienten er visiteret til opfølgende hjemmebesøg. Det skyldes, at sygehuset er overgået til elektroniske patientjournaler og har haft en pukkel af registreringer, de skulle over.

Ida Götke ønsker at udvide ordningen: ”Vi vil gerne væk fra det med en bestemt alders- og patientgruppe. Det skal være patientens situation, som er afgørende.”

3. Fredericia satser på fleksibilitet

I Fredericia Kommune har man med projektet ”Længst muligt i eget liv” siden 2008 sigtet mod at give ældre mere livskvalitet og dermed spare på plejebudgettet. ”Træning i stedet for pleje, selvhjælp i stedet for hjemmehjælp” er mantraet

ifølge kommunens projektbeskrivelse. Som en del af projektet er også Fredericia én af de 11 forsøgskommuner, som har lavet opfølgende hjemmebesøg efter Glostrupmodellen. Her er DSI endnu ikke færdige med at evaluere resultaterne, men plejefaglig leder i kommunen, Marianne Hansen, mener, at det har nyttet noget:

”Pga. snævre tidsrammer har der været udfordringer i at få samarbejdet med de praktiserende læger til at fungere. Men min umiddelbare fornemmelse er, at når det er lykkedes at få gennemført besøgene, så har det været rigtig godt,” siger hun.

De opfølgende hjemmebesøg efter Glostrupmodellen er afsluttede nu, men det betyder ikke, at borgerne går glip af den mulighed. Kommunen vil fremover fortsætte de opfølgende hjemmebesøg i en lidt anden udformning i et samarbejde med Center for Kvalitet i Region Syddanmark.

”Fremover skal ikke bare den kommunale visitation, men også sygehuset give os besked, hvis de mener, en borger skal være med. Desuden vil vores hjemmesygeplejersker få en mere styrende rolle, for det bliver deres opgave at sige til, hvis de mener, en patient bør få et opfølgende hjemmebesøg sammen med en praktiserende læge,” forklarer Marianne Hansen.

I det hele taget har Fredericia planer om at gøre rammer for de opfølgende besøg bredere. F.eks. kan et besøg foregå flere uger efter udskrivelsen eller endda helt uafhængigt af en indlæggelse.

For mere information om projektet kontakt sygeplejefaglig leder Marianne Hansen: marianne.hansen@fredericia.dk

► **4. Randers Kommune sendt på hospitalet**

Siden 2008 har to kommunale udskrivelseskoordinatorer fra Randers Kommune haft deres daglige gang på Regionshospitalet Randers. De skal sikre en bedre sammenhæng og kvalitet i udskrivelsesforløbene og modvirke en tendens til, at færdigbehandlede patienter ligger på hospitalet.

Udskrivelseskoordinatorerne har via det kommunale omsorgssystem adgang til oplysninger om patienterne på hospitalets afdelinger, så de kan se, om de i forvejen er kendte i kommunen. De kan også snakke med de sygeplejersker eller terapeuter, der arbejder med patienten, og de kan arrangere møder med patienter og pårørende om praktisk hjælp i hjem-

met. Desuden har de mulighed for at visitere til korttidspladser og genoptræning.

Specialkonsulent Hanne Mark mener, at ordningen med kommunale koordinatore har været en succes:

”Det fungerer rigtig godt for både patienter og personale. Vi har ikke dokumenteret, at det virker i forhold til genindlæggelser, men der kommer bedre udskrivelser ud af, at udskrivelseskoordinatoren er med til at vurdere situationen og kender de hjemlige forhold. På den måde kan det godt være med til at mindske antallet af genindlæggelser,” siger hun.

I 2010 blev det dokumenteret i Patienttilfredshedsundersøgelsen, at patienterne på Regionshospitalet Randers generelt er godt tilfredse med udskrivelsesforløbet.



87 pct. har angivet, at de var trygge eller meget trygge i forløbet, mens 88 pct. har oplevet et godt eller meget godt samarbejde mellem hospital og kommune.

For mere information om ordningen med udskrivelseskoordinatorer kontakt specialkonsulent på Regionshospitalet Randers, Hanne Mark: hanne.mark@randers.rm.dk

5. Investering i Ishøj affødte halvering

Ishøj Kommune satte for et par år siden fokus på ældreområdet for at sikre en bedre sundhedsindsats for de ældste borgere. I 2008 blev hver tredje ældre borger i kommunen inden for visse diagnosegrupper indlagt igen inden for den første måned efter udskrivelsen, men i 2010 var det lykkedes at nedbringe det antal markant.

”Først og fremmest har vi udvidet antallet af døgnpladser, og vi er sikre på, at det har haft en effekt,” lyder det fra Per Tostenæs, som er centerchef for Sundhed og Ældre i Ishøj Kommune.

Kommunen har desuden ansat to koordinerende sygeplejersker i stedet for en enkelt, som begge er i dialog med hospitalerne om udskrivelsen. Ligesom i Randers er de med til at sikre, at de rigtige hjælpemidler og pleje er i hjemmet, når borgeren kommer hjem.

”De er også med til at sikre, at borgerne ikke bliver udskrevet, før de er klar til det, og at de derfor ikke bliver indlagt igen på den baggrund,” siger Per Tostenæs.

Han understreger, at kommunen ikke har dokumentation for, at det er netop disse tiltag, der har hjulpet på frekvensen af genindlæggelser. Men ser man på tallene, er der noget, der kunne tyde på det. Ishøj Kommune formåede fra 2008 til 2009 næsten at halvere genindlæggelsesfrekvensen fra 34 pct. til 18 pct. for de 11 mest relevante diagnoser inden for genindlæggelser af ældre.

6. Papskive i Roskilde forebygger

Roskilde Kommune har satset på en lavpraktisk løsning for at forebygge uhenigtsmæssige genindlæggelser, hvor fokus har ligget på at løfte medarbejdernes kompetencer i hjemmeplejen. Det fortæller Jeanne Schlenzig, som er sygeplejerske og ansat af Roskilde Kommune i geriatrisk team på Roskilde Sygehus.

Værktøjet til at forhindre indlæggelserne er en drejeskive af pap med seks fokuspunkter, som plejepersonalet i kommunen selv har været med til at pege på: hverdagsaktiviteter, medicinindtagelse, hjemmet, spise/drikke, fysiske klager og psykisk-socialt velbefindende. Under hvert punkt er nedskrevet ting, som hjemmehjælperen skal være opmærksom på. HJULET, som Roskilde Kommune selv kalder det, er designet, så det kan ligge i en kittellomme.

”HJULET giver hjemmehjælperen en mulighed for at lave en helhedsvurdering af den ældre, fordi man via opmærksom-

hedspunkterne kommer omkring alle aspekter af plejen. Hjælperen kan rapportere konkrete observationer videre til hjemmesygeplejersken og derfra videre til de praktiserende læger, som vi også har haft samarbejde med,” fortæller Jeanne Schlenzig.

Det har ikke været muligt for kommunen direkte at måle, om HJULET har ført til færre genindlæggelser, fordi det distrikt i hjemmeplejen, som det er blevet implementeret i, ikke kan måles for sig.

”Men jeg har hørt fra lederen af distriktet, at de har haft færre ambulancekørsler. Desuden viser evalueringen af det opstartende projekt, at medarbejderne er mere engagerede og taler mere sammen på tværs af grupper og vagter,” lyder det fra Jeanne Schlenzig.

For mere information om arbejdet med HJULET kontakt sygeplejerske Jeanne Schlenzig, geriatrisk team, på Roskilde Sygehus: jeannes@roskilde.dk

redaktionen@dsr.dk

Hvordan arbejder I med at forebygge genindlæggelser i din kommune eller på din afdeling? Beskriv jeres arbejde eller skriv en kommentar til artiklerne på www.dsr.dk/genindlaeggelser

” Godt nok har der samtidig været en lille merudgift til sygehusene, men kommunerne sparer mange penge på den indsats, man lægger i kommunalt regi og i almen praksis.

Chefsygeplejerske for Hospitalsenheden Vest, Ida Götke.





Hjemmesygeplejen kommer jævnligt hos Emil Wessel-Tolvig for at passe hans nefrostomikateter. I dag skal der også doseres.



Ellen Margrethe Nielsen har været igennem en voldsom roseninfektion. Men nu er både sår og stasekssem behandlet.

Hvad er din bedste oplevelse med en borger i den sidste uges tid?

”At jeg nu er klar til at afslutte Ellen Nielsen, som jeg er kommet hos siden juni for at behandle sår og stasekssem efter en roseninfektion. Det er altid skønt at nå målene.”

Hjemmesygeplejersken besøger

Mellem sårpleje, medicindosering og andre vante opgaver har hjemmesygeplejerskerne i Gladsaxe en særlig forebyggende funktion: De besøger ældre borgere samme dag, som de kommer hjem fra sygehuset.

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST FOTO: SØREN SVENDSEN

Det kræver lidt overtalelse, før Sonja Laursen tager imod hjemmesygeplejerske Dorthe Melchiorsens tilbud om medicindosering til de første 14 dage efter hjemkomsten. Sonja Laursen er 77 år og har klaret sig selv, indtil hun for 14 dage siden faldt og lå på gulvet i sin lejlighed i tre-fire døgn, som hun ikke husker ret meget fra. Nu er hun på benene igen.

Hun har ikke brækket noget, men hun har stadig ondt, og Dorthe Melchiorsen nævner, at hun vil få større bevægelsesfrihed, hvis hun tager de panodil, der står på medicinlisten fra Herlev Hospital. ”Så det er en god idé, du tager dem fast i starten. Om et par uger kan du altid trappe ud af dem igen.”

Sonja Laursen har aldrig brudt sig om at tage en masse piller, men Dorthe Melchiorsens argumenter afgør sagen. Sonja Laursen vil nemlig gerne selv købe ind og

lave mad, som hun plejer. Hun er lige kommet ind ad døren sammen med ergoterapeut Sanne Andersen fra Herlev Hospitals Følge-hjem Team. Som det første har hun lavet kaffe til sine gæster, mens ergoterapeuten har kigget sig omkring i køkken og badeværelse. Nu sidder de og snakker om madlavning, vaskekælder, indkøb, eventuelle hjælpemidler osv.

Når borgere i Gladsaxe kommer hjem fra hospitalet, har afdelingen allerede været i kontakt med kommunens visitation, og der er tildelt hjælp efter de behov, der umiddelbart er synlige.

Men det kan være svært for hospitalet at vurdere, hvad borgerne kan hjemme hos sig selv, og kommunen kender ikke altid hjemmet i forvejen. I værste fald ender det med en genindlæggelse, fordi hjælpen ikke har været den rigtige. Det er baggrunden for, at Gladsaxe Kommune for to år siden begyndte at aflægge ud-

skrivningsbesøg hos ældre medicinske patienter. Det er visitator, der vurderer, hvornår der er behov for et udskrivningsbesøg.

Sonja Laursen er kommet hjem så tidligt, at Dorthe Melchiorsen kan nå besøget i sin dagvagt. Ellers er det ofte aftensygeplejerskerne, der udfører udskrivningsbesøg, for erfaringen har vist, at det helst skal aflægges samme dag, som borgeren er kommet hjem.

”Når folk bliver genindlagt et par dage efter udskrivelsen, skyldes det jo ofte helt basale ting, væske, ernæring, medicin,” siger Dorthe Melchiorsen.

”Det er det helt grundlæggende, og det er steder, hvor vi kan gøre noget.”

Udskrivningsbesøgene er en del af en samlet kommunal indsats, der har reduceret antallet af genindlæggelser. På hospitalet er der i samme periode oprettet en Følge-hjem ordning, og Dorthe Mel-



Hjemmesygeplejerske Dorthe Melchiorson kan ikke selv visitere hjælp til Sonja Laursen, men hun kan melde tilbage til visitationen, om den planlagte hjælp svarer til behovene.

nyudskrevne borgere

Ergoterapeuten fra Herlev Hospitals Følge-hjem team ringer for at sige, at hun sidder i taxaen med den patient, Dorthe Melchiorson skal besøge. De er hjemme om et kvarter.

chiorson er meget tilfreds med, at hun kunne nå ud til Sonja Laursen, mens Sanne Andersen fra Følge-hjem Teamet stadig var der.

At mødes hos borgeren er noget, som Følge-hjem Teamet og hjemmesygeplejen

arbejder på at gøre til en fast del af samarbejdet.

”På den måde kan vi sikre en bedre overlevering af viden,” siger Dorthe Melchiorson.

redaktionen@dsr.dk



Ergoterapeuten har bedt Sonja Laursen lave kaffe til udskrivningsbesøget.



Mens Sonja Laursen og Dorthe Melchiorson snakker smertestillende, lytter sønnen, Bjarne Laursen, og ergoterapeut Sanne Andersen fra Herlev Hospital.

Kirsten Dalby Rasmussen er 55 år og blev uddannet sygeplejerske på Holbæk Sygeplejeskole i 1980. SD i uddannelse og undervisning i 1992, cand.pæd. fra DPU i 2001. Siden 1992 ansat som underviser i sygeplejerskeuddannelsen Professionshøjskolen Metropol.



Vask bilen, før du skal opereres

For år tilbage måtte min faster Else akut køre sin nabo på skadestuen efter en faldulykke med portvin indblandet. Faster havde gået i haven og gav sig ikke tid til at skifte tøj.

"Aldrig har jeg været udsat for en så nedladende behandling, og det var garanteret, fordi jeg kom i "havetøj", var fasters ræsonnement. Jeg belærte selvfølgelig faster om, at vores sundhedsvæsen behandler alle lige, uanset alder, køn, race, tro, alkoholisk præference og gamle træsko.

"Måske det var udenlandske vikarer uden kendskab til danske etiske standarder," forsøgte jeg.

"De var pæredanske," fastslog faster.

Derfor krævede kærestens forestående hofteoperation planlægning, hvilket er en af fasters spidskompetencer. Først tidsbestilling hos frisør, fodterapeut og service til bilen, dernæst blev garderoben tjekket, og kæresten måtte lægge en mindre formue hos Tøjeksperten. Også den sorte affaldsæk, rejsetasken, blev udskiftet med en af læder. Men da det kom til nye sko, nægtede han.

"I pjecen står, at der skal medbringes gode sko, og det er lige, hvad mine gamle mokkasiner er." Her skal lige indskydes, at kæresten på ingen måde er nærig, men han bruger nødtigt penge på sig selv. Så nye såler til skoene blev klippet af en rest gultæppe.

Et andet sted i velkomstmaterialet fra afdelingen stod, at al medicin skal medbringes. Det blev til anseelige mængder efter gennemgang af skabe og skuffer.

"Jamen, meget af det bruger jeg ikke mere," indvendte han. Men faster fastholdt, så piller, vitaminer, næsespray og en ældre fodvortecreme blev sirligt pakket ned i en efterhånden godt fyldt Netto-pose.

På operationsdagen ankom de i en nyvasket bil med spritny serviceattest. Faster nybobbet med rouge og i spadseredragt, desværre tillod vejret ikke persianeren. Kæresten svedte i sin nye habit og fortrødt bittert valget af uldtæppe til sine mokkasiner. Efter anstrengende og dyre forberedelser glædede han sig til at slappe lidt af.

Operationen gik fint. Men næppe havde bedøvelsen fortaget sig, før en ung, smuk sygeplejerske meddelte, at hun ville score ham. Faster nåede lige at få stram overlæbe, inden sygeplejersken fortsatte: "Hvor ondt har du på en skala fra et til 10?" Den scorereplik kom bag på kæresten, men han ville gerne fremstå lidt kæk og svarede: "Nul," hvilket viste sig at betyde ud af sengen uden smertestillende og uden mindste passion. Efterfølgende var det faste og højlydte svar: "10," ved ethvert nyt scoringsforsøg.

Faster Else besøgte flittigt kæresten under indlæggelsen. Hun var dybt imponeret og blev meget inspireret: Minutiøse dagsprogrammer, skemaer, retningslinjer for alt og ikke mindst ordet evidens. Lige gyldigt hvad hun spurgte om, så var svaret: "Fordi det er der evidens for."

Optimalt smertedækket og med hjælpemidler blev kæresten udskrevet på 5.-dagen. Det voldte besvær at få badestol, toiletforhøjer, krykker, gribetang, skråpuder samt kæresten pakket i en Fiat 500.

” Operationen gik fint. Men næppe havde bedøvelsen fortaget sig, før en ung, smuk sygeplejerske meddelte, at hun ville score ham. Faster nåede lige at få stram overlæbe, inden sygeplejersken fortsatte: "Hvor ondt har du på en skala fra et til 10?"

"Det må de have en retningslinje for," tænkte faster og sendte kæresten tilbage på afdelingen. Desværre havde de kun en for "Hjælpemidler i en Citroën C1", men den gav god inspiration.

Vel hjemme var faster og kæresten helt enige om, at de kun havde mødt venlighed.

Faster Else fastslog:

"Der kan du bare se, nu er der evidens for, at hvis man gør lidt ud af sig selv og sin bil, så får man en fin behandling."

"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.

**DET SMAGER IKKE
BEDRE END ANDRE.
OG DET ER SIKKERT
NOGET DYRERE.**

**MEN BECEL PRO.ACTIV
INDEHOLDER PLANTESTEROLER.
PLANTESTEROLER SÆNKER
KOLESTEROLINDHOLDET
I BLODET.**

**Udelukkende
til dig, som vil
sænke dit
kolesterol!**



www.becel.dk

Becel pro.activ er udelukkende for personer, der ønsker at sænke kolesterolindholdet i blodet og bør anvendes som led i en sund livsstil med en afbalanceret og varieret kost med frugt og grøntsager. Becel pro.activ er muligvis ikke egnet til gravide, ammende eller børn under 5 år. Personer, der indtager kolesterolsænkende medicin, bør kun bruge produktet under lægeligt tilsyn. Den gavnlige effekt opnås ved et dagligt indtag på 1,5 g - 2,4 g plantesteroler. Dagligt indtag af mere end 3 g giver ingen yderligere effekt, og bør undgås. 30 g (6 teskeer) Becel pro.activ smorbart plantefedtstof indeholder 2,25 g plantesteroler.

Navn: Anne-Marie Nørgaard Hill, 47 år, uddannet fra Viborg Sygeplejerskole i 1989. Anne Marie Nørgaard Hill modtog Regionshospitalet Viborg, Skives hæderspris - Sygeplejersken 2011 - for sit arbejde med at formalisere samtaler med pårørende til kræftsyge.

Stilling: De seneste ni år på Hæmatologisk dagafsnit på Regionshospitalet Viborg. Som nyuddannet arbejdede Anne-Marie Nørgaard Hill kortvarigt i Norge og England, senere i psykiatrien i Viborg og som hjemmesygeplejerske i Viborg Kommune. I september afsluttede hun en specialuddannelse i kræftsygepleje.



PRIVATFOTO

AF KATRINE RAAHAUGE NYGAARD, JOURNALIST

Hvad er det bedste ved dit job?

"At det er fagligt udfordrende, selvstændigt og uforudsigeligt. Følelsen af at gøre en forskel hos kræftpatienter og deres pårørende. Og det gode kollegiale miljø, der heldigvis er en del af mit arbejdsliv."

Hvad er det værste ved dit job?

"De store nedskæringer, der dagligt påvirker vores sygepleje og tvinger os til benhårde prioriteringer. Jeg kunne virkelig ønske mig en bedre normering."

Hvad ville du være, hvis du ikke var sygeplejerske?

"Jeg kan vist ikke forestille mig at beskæftige mig med andet end at være sygeplejerske."

Hvad var dit første job som sygeplejerske?

"Et sommervikariat på det norske genoptræningssygehus Sunnaas Sykehus. Det var også svært at få arbejde i 89, så vi var nogle stykker fra elevholdet, der besluttede at rejse ud efter arbejde. Det var en sjov oplevelse."

Hvad er det bedste job, du har haft?

"Mit nuværende job."

Hvad er det mest fagligt udfordrende i dit job?

"Den meget komplekse sygepleje i samspil med mennesker i en sårbar situation."

Med hvilke ord vil dine kolleger beskrive dig?

"Fagligt engageret, tålmodig og generelt en glad person."

Hvilke tre ting kan du ikke undvære i dit job?

"Arbejdsglæde, gode kolleger og faglige udfordringer."

Hvordan slapper du af?

"Allerbedst i selskab med familie og venner. Ved at lytte til musik eller være udenfor - gerne ved vandet."

Hvad betød det for dig at modtage Sygeplejersken 2011?

"Det var meget overvældende, at det gav så meget opmærksomhed. Jeg er selvfølgelig glad for sådan et skulderklap, som giver både lyst og mod til at arbejde med praksisnære temaer. Forhåbentlig er det medvirkende til, at vi fortsat er opmærksomme på at inddrage og støtte de pårørende, som ofte selv er i en svær situation."

Rettelse

I *Sygeplejersken* nr. 17/2011 kom vi ved en beklagelig fejl til at bringe et foto af Anne-Marie Nørgaard Hill med en forkert tekst. Derfor bringer vi i dette nummer det samme foto men denne gang med den rigtige tekst.

Birte Floridon

Det kom som et stort chok for sygeplejerskerne ved Forsvarets Sundhedstjeneste, da nyheden om Birtes alt for tidlige død søndag den 9. oktober ramte os. Birte var sammen med gode venner ude at løbe motionsløb, da hun faldt om og var væk. At Birte skulle forlade os på den måde, virker fuldstændig uforståeligt.

Birte blev sygeplejerske fra Sygeplejerskolen i Næstved i foråret 1976, og hun har primært arbejdet som operations- og skadestuesygeplejerske. I 1983 tegnede Birte kontrakt med forsvaret som rådgivningssygeplejerske ved 5. Feltlazaret. Under krigen på Balkan var hun udsendt som sygeplejerske til støtte for de danske soldater, hvorefter hun blev fastansat afdelingssygeplejerske på infirmeriet ved Garderhusarrigementet.

Birtes virke som sygeplejerske har altid været præget af en meget høj professionalisme og fokus på opgaven. Hendes faglige standard var sat meget højt, men der blev aldrig stillet krav, hun ikke selv kunne honorere.

Når man var sammen med Birte uden for tjenesten, var man ikke i tvivl om den store betydning, som familien, hundene og friluftslivet havde for Birte.

Vores tanker går til Birtes mand Peter og deres to drenge, Nikolaj og Michael. Vi håber, at de sammen vil finde den styrke, der skal til, for at komme videre efter sådan et tab.

Æret være mindet om Birte Floridon.

Sygeplejerskerne ved Forsvarets Sundhedstjeneste.

Svar på testen om S-SF-R-regeringen på side 15.

1. b.
2. a.
3. b.
4. b.
5. c. De fire sygeplejersker, som er valgt ind i Folketinget, er: Flemming Møller Mortensen, S, Birgitte Josefsen, V, Özlem Sara Cekic, SF, og Thyra Frank, Liberal Alliance.

Lukket fest eller målrettet undervisning?

AF KIRSTEN STORRINGGAARD, LEDENDE SUNDHEDSPLEJERSKE, OG JYTTE DALSGAARD RENDTORFF, SUNDHEDSPLEJERSKE

Sygeplejersken efterlyser en faglig diskussion af, hvorvidt sundhedsplejerskerne skal bruge deres sparsomme tid til mødregrupper.

I Furesø foregår grupperne som undervisning. Det er en effektivisering og en rationalisering at samle 5-6 kvinder på samme niveau.

Undervisningen foregår i kommunens lokaler, hvor der er undervisningsudstyr. Det er sundhedsplejersken, der sætter dagsordenen. Alle børnene bliver målt og vejret, og mødrene får en kort vejledning - derefter bliver der en fælles undervisning.

Alle borgerne i kommunen får dette tilbud, således at den svage kvinde ikke føler sig marginaliseret, hvis netop hun bliver trukket ud til et særligt tilbud.

Der er grupper, som består af kvinder med for tidlig fødte børn, unge sårbare mødre, tyrkiske mødre og danske mødre og multietniske mødre.

Efter at grupperne har været i et kortere eller længere forløb, og der er skabt tryk i grupperne, opfordres de til selv at fortsætte.

Formålet med disse sammensatte grupper er at give mødrene en oplevelse af, at aktuelle problemer kan være fælles problemer, og at lade mødrene selv indgå i løsningen. Desuden modtager mødrene råd, vejledning og undervisning omkring det nyfødte barn og den nybagte familie. Når vi vælger at sætte mødrene sammen på denne måde, er det også netværkskabende, og det er en besparelse at sætte 5-6 kvinder sammen til en undervisning i stedet for et hjemmebesøg.

Men overskrifter som "overklasser mødregrupper spænder ben for integration" må vi stærkt tage afstand fra, da netop disse mødre er dem, vi sætter sammen med de etniske mødre for at give deres input. Integration er det store tema i disse grupper, og her er skabt mange lang-

varige venskaber på tværs af kulturerne. Overskuds kvinderne har fået deres tre gange undervisning, men i kraft af deres overskud og interesse er de med til at skabe integration i Furesø.

Vi skal som sundhedsplejersker være meget opmærksomme på at fastholde, at vores hjemmebesøg er til alle, og mødregruppeundervisning er til "høj" som "lav". Derefter kan vi udtage dem, som derudover har brug for et særligt tilbud. Det er dette, som er så unikt netop for sundhedsplejerskerne, vi kan komme hos alle, uden naboen kikker over hækken, hvad foregår der her. Det differentierede tilbud er det, som vi mener at få mest ud af selv i disse sparetider.

*Kirsten Storringsgaard og
Jytte Dalsgaard Rendtorff arbejder i
Furesø Kommune.*

Respekt for mulige forskelligheder

AF HANNE BJØRN, SUNDHEDSPLEJERSKE

Kommentar til artiklen "Lige mødre leger bedst" i Sygeplejersken nr. 15/2011.

Ifølge artiklen er der rimeligt enslydende svar, der siger,

- at nydanske mødre i ringe grad er repræsenteret i de private mødregrupper
- at der i flere kommuner tilbydes særlige mødregrupper for f.eks. unge mødre og mødre til for tidligt fødte børn.

Dette deler vi vores oplevelse af, og vi kan kun beklage, at det ikke lykkes at få flere nydanske mødre med i mødregrupperne. Vi kan derimod ikke genkende, at "sundhedsplejersken sammensætter grupperne, så mødrene ligner hinanden med hensyn til uddannelse, familie og sociale lag."

I vores område sammensættes mødregrupperne ud fra følgende tre kriterier:

A "Rene" første- eller flergangsfødende, hvor dette er muligt, ellers blandet halvt af hver - eller en særlig gruppe for unge mødre op til 25 år.

B fødselstidspunktet for at tilgodese ønsket om at kunne følge og sammenligne eget barn med jævnaldrende børn, ligesom mødrene vil være nogenlunde det samme sted i "moderskabet"

C geografisk afstand, der så vidt muligt sikrer, at mødrene kan gå til hinandens hjem, hvor mødregrupperne holdes, uden brug af bil eller offentlig transport.

I et tæt befolket område som vores skabes hurtigt mulighed for at starte en gruppe på 5-6 mødre ud fra nævnte kriterier uden skelen til uddannelse, familie eller sociale lag. Det er ganske enkelt de førstkomende 5-6 første- eller flergangsfødende mødre, der starter en ny gruppe op.

Mødrene bekendtgøres disse sammensætningskriterier, og sundhedsplejersken er med ved første møde for netop at sætte gruppen godt i gang med respekt for hinandens mulige forskelligheder. Her

pointerer vi netop, at de kan lære meget af hinandens forskelligheder, blive tydeligere på sig selv som mor ved at se, hvordan andre mødre agerer i forhold til deres børn. De må altså gerne sammenligne sig selv med andre mødre, ligesom de meget gerne må sammenligne deres børn med andre børn. Det, de derimod ikke må, er at lave konkurrence på nævnte områder! At møde andre mødre med forskellig baggrund end ens egen kræver rummelighed.

Det er ligeledes sundhedsplejerskens medvirken som gruppeleder, der er med til at sikre tydelig kontekst for mødrenes videre afholdelse.

Vi har sammen med talrige mødregrupper evalueret på mødregruppeforløb og kan ikke genkende mødrenes vurdering af vigtigheden af, at de helst skal repræsentere nogle fra "egne rækker".

Indlægget er skrevet på vegne af kollegerne i Område 1, Århus Kommune.

Vi skal blande os i demensdebatten

AF METTE ABRAHAMSEN, LENA BAUNGÅRD OG
METTE LUNDE, SYGEPLEJERSKER

En dement dame bliver meget konfus. Lægen ordinerer antibiotika til behandling af en urinsvejsinfektion, men kvinden spytter pillerne ud og nægter at samarbejde. Vi må ikke behandle hende mod hendes vilje, det siger sundhedsloven. Lægen må først gribe ind imod hendes vilje, når hun er livstruende syg.

Men kvinden vil formodentlig udvikle et regulært delir - hvad gør vi?

Sundhedsloven er afgjort en god lov. Men der er tilfælde som dette, hvor retten til behandling bliver udfordret. Demente personer har en skade i hjernen, som medfører massive problemer med forståelse og dømmekraft. Derfor nægter kvinden.

Lovgivningen foreskriver, at vi skal forsøge at pleje en person, så man undgår omsorgssvigt. Men den siger også, at vi ikke må handle mod folks vilje.

Derfor skal vi blande os.

Vi sygeplejersker har et stort ansvar på demensområdet, da vi både deltager i udredning og behandling af demente mennesker på sygehus, lægehuse og i kommuner. Vi er vigtige sundhedspersoner, da vi kan observere og reagere på symptomer, som rejser mistanken om begyndende demens, og iværksætte udredning med specialister. Derfor skal vi blande os i demensdebatten!

Vi har i *Sygeplejersken* ikke set indlæg om denne problematik, som vi sygeplejersker står i sammen med lægerne. Vi ønsker, at lovgivningen ændres, så vi får mulighed for at behandle i livsvigtige situationer uden at ændre det grundlæggende princip: frihed til at sige fra.

Alzheimerforeningens formand Anne Arndal har sammen med medlemmer fra FOA og LEV sendt en forespørgsel om problemstillingen til Sundhedsministeriet, som har sendt det til høring i Etisk Råd. Vi håber, at den nye regering tager emnet op. Vi ønsker et regelsæt i sundhedsloven, som giver os adgang til nødvendig magtanvendelse i forbindelse med undersøgelse og behandling - ligesom regelsættet i serviceloven, der giver mulighed for magtanvendelse i forbindelse med personlig pleje.

*Mette Abrahamsen er demenskonsulent i Næstved Kommune,
Lena Baungård er demenskonsulent
i Herning Kommune,*

*Mette Lunde er centerchef på
OK-Centret Prinsesse Benedikte, Frederiksberg.*

*Alle tre er medlemmer af
Alzheimerforeningens bestyrelse.*



Munkeklostre, tibetansk kultur og bjergtinder i nordindiske Ladakh samt oplevelser i Indiens hovedstad, Delhi - med dansk rejseleder, 10 dage.

Kom med Albatros til den nordindiske region Ladakh, også kaldet "Lille Tibet". På denne rejse har vi lagt vægt på Lille Tibets største seværdigheder. Vi skal besøge den sydende millionby Delhi, og vi besøger et moderne hospital i storbyen Agra, og som kontrast til de ordnede forhold besøger vi i Leh et ganske almindeligt landhospital.



Dagsprogram

- Dag 1 Afrejse fra København.
- Dag 2 Ankomst til Delhi. Byrundtur.
- Dag 3 Med fly til Lille Tibet.
- Dag 4 Sankar-klostret og besøg hos en familie.
- Dag 5 Kloster-oplevelser i Tikse og Hemis.
- Dag 6 Hospitalsbesøg og udflugt til Alchi.
- Dag 7 Leh på egen hånd.
- Dag 8 Leh - Delhi - Agra. Hospitalsbesøg.
- Dag 9 Agra Fort, Taj Mahal - Delhi og afskedsmiddag.
- Dag 10 Delhi - København.

Afrejse 25. maj 2012 Pris pr. person kr. 10.990,- Tillæg for enkeltværelse, kr. 1.690

Prisen inkluderer Dansk rejseleder, fly København - Delhi t/r, helpension, udflugter jf. program. 3 nætters indkvartering på gode hoteller i delt dobbeltværelse (tillæg for enkeltværelse). 5 nætters indkvartering på 2-stjernet hotel i delt dobbeltværelse (tillæg for enkeltværelse). Skatter og afgifter. Mulighed for tilslutning fra Aarhus kr. 890,-

Information og tilmelding hos Albatros Travel

Læs mere på www.albatros-travel.dk/sygeplejersken og på www.dsr.dk >Læserrejser Tlf. 3698 9898, e-mail grupper@albatros-travel.dk Oplys venligst rejsekode LR-SYG

MER'

af det gode fra PKA



MER' I RENTE
4%

STYR PÅ DET?

eller skal der MER' ind på pensionsopsparingen ...

Når økonomien i dit liv ændrer sig, bør pensionen følge med. Hvis du i perioder har holdt orlov, arbejdet på deltid, er steget i løn eller har oplevet andre ændringer i dit arbejdsliv, kan du have behov for at spare mere op. Med en supplerende pensionsopsparing hos os kan du både sikre dig økonomisk og have dine pensioner samlet ét sted.

Gå ind på pka.dk/mer eller ring tel. **39 45 45 40** og få styr på dit behov og dine muligheder.

Din supplerende opsparing oprettes i selskabet PKA+, der ejes af PKA Pensionskasserne. Du betaler ingen gebyrer eller direkte administrationsomkostninger for din supplerende pension. Renten er på 4 % og kan til enhver tid ændres med virkning fra ændringstidspunktet.



PARENTES



A photograph of a woman in a dark blue top holding two children in a dark, festive setting. A large red balloon is visible in the upper right. The woman is looking to the left. The children are looking in the same direction. One child is holding a Spider-Man toy. A small white sign with a red heart and the text 'giv blod.dk' is visible in the bottom left. The background is dark with some light sources, possibly from other balloons or stage lighting.

Kældergys i Rigets gange

Frida og Sylvester har taget deres mor i hånden for at opleve Halloweenspøgelserne i Rigshospitalets underjordiske gange. Undervejs skal børnene bl.a. køre i et underjordisk tog, hvor de besøger Dr. Franksteins konsultation og bliver budt på heksebryg i centralkøkkenet. Arrangementet er en del af hospitalets årlige åbenthusarrangement og har siden starten i 1995 været et populært tilløbsstykke for københavnske børn og voksne.

(mdk)

Svær at læse, men forfriskende

Kvalitetsstyring og kvalitetssikring har været dominerende inden for ledelse i den offentlige sektor. Begreberne er afløst af krav om resultatstyring, dokumentation af effekt og evidensbaseret praksis. Store ord og til tider uigennemskuelige begreber.

Denne bog er primært en begrebsafklarende og en begrebsudviklende bog, der forholder sig til begreber, som forfatteren betegner som "hitord".

Forfatteren har været prorektor på Aalborg Universitet og været ansat ved Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning samme sted, og som forsker har hun stor indsigt i evalueringforskning. Det ståsted er udgangspunkt for bogens indhold.

Bogen forsøger at besvare spørgsmålet om, hvad evidensbegrebet rummer, herunder sammenhængen med evaluering, da der er stigende efterspørgsel efter evalueringer i og af praksis. Evaluering er et overbegreb for flere typer af evaluering med et væld af metoder. Forfatteren påpeger, at det ofte ikke er særlig transparent, hvad det indebærer at gennemføre en effektevaluering. Evaluering kædes ofte sammen med evidens, og man ønsker evidensbaserede politikker og evidensbaseret medicin, ledelse og sygepleje. Bogen diskuterer primært disse problemstillinger ud fra en metodologisk tilgang. Indholdet bygger mest på amerikansk evalueringslitteratur, fordi den danner inspiration for offentlige styringsredskaber. En svaghed kan være, at forfatteren kun i begrænset omfang fokuserer på udviklingen i Skandinavien. Der er dog



Hanne Kathrine Krogstrup

Kampen om evidens - Resultatmåling, effektevaluering og evidens

Hans Reitzels Forlag 2011. 170 sider - 198 kr.
ISBN 9788741255163

brugt skandinaviske eksempler for at illustrere, at de problemstillinger, der rejses, også gør sig gældende på vores breddegrader.

Jeg læste med stor interesse kapitel 8, "Kampen om evidens", der omhandler ud nævnelser af det randomiserede kontrollerede forsøg som "The Golden Standard" for evidens. Det har ført til en diskussion blandt tilhængere og modstandere af evidens om

det logiske i at tildele én metode forrang frem for andre. I kapitlet angives tre videnskabsteoretiske retningers ontologi, epistemologi og metodologi som præmis og argumentation for et givent evidensbegreb.

Bogen er svær at læse, men forfriskende, da der bringes andre begreber på banen end dem, man sædvanligvis møder i bøger om medicinsk evidens, og forfatteren demonstrerer stor indsigt i emnet.

Hvem kan have gavn af at læse bogen? Primært studerende på mindst kandidatniveau, som vil dykke ned i begrebet evidens.

Af Preben Ulrich Pedersen, lektor, ph.d., Center for Kliniske Retningslinjer, Danish Centre for Systematic Review in Nursing – an Affiliated Centre of Joanna Briggs Institute.

Fortsæt det gode redaktørarbejde

Kvalitetsudvikling i praksis er en opdateret bog, der omhandler væsentlige og relevante områder inden for kvalitet og patientsikkerhed på sundhedsområdet. Kapitlerne er opbygget efter en fast skabelon med gennemgang af teori og metode og praktiske eksempler, som knytter an til både national og international viden og erfaring på områderne. Til sidst i hvert kapitel beskrives evidensen for den pågældende metode. Emnerne i bogen illustrerer, hvordan kvalitetsudvikling bliver en integreret del af praksis f.eks. gennem brugen af kliniske retningslinjer, indikatormonitorering samt kvalitetsledelse, og hvordan kvalitetsudvikling er gjort obligatorisk gennem indførelsen af Den Danske Kvalitetsmodel.

Nogle kapitler indeholder illustrative eksempler, f.eks. kliniske mikrosystemer,

brugerinvolvering og indikatormonitorering, hvorimod den praktiske dimension er mindre fremtrædende i andre. Det ville have højnet kapitlet om akkreditering, at der var nævnt et eksempel på en akkrediteringsrapport for et akkrediteret sygehus i Danmark og i forhold til gennemgangen af lean kunne et konkret lean-projekt med tavlemøder være beskrevet. Kapitlet om patientlogistik indeholder af gode grunde kun få konkrete eksempler, da patientlogistik er et felt med et stort uudnyttet kvalitetsudviklingspotentialer.

En særdeles udfordrende del af kvalitetsudvikling i praksis er implementering og forandring i den kliniske hverdag. I bogen beskrives gennembrudsmetoden som et bud. Som læser efterlyser jeg mere om implementering og forandring, da det er en stor udfordring i den kliniske hverdag.

Emnerne kan give grobund for mange gode diskussioner om kvalitet og udvikling eller mangel på samme. Bogen kan vise retning og inspirere sygeplejersker og deres samarbejdspartnere til at søge et spæstik dybere i de mange nationale og internationale litteraturhenvisninger og der hente viden til at initiere mere af det nødvendige kvalitetsarbejde i sundhedsvæsenet. Jeg håber, at bogens erfarne forfattere kvalitetsudvikler deres eget gode redaktørarbejde til en ny opdateret bog om kvalitetsudvikling i praksis og samtidig medtænker felter som Productive Ward, innovation og arkitektur.

Af Birgit Simonsen, kvalitetskoordinator, Juliane Marie Centret, Rigshospitalet.

Brug de medier, bogen har i fokus



Lone Withen Erdmann (red.)
Sundhedsinformatik i klinisk praksis
 Gads Forlag 2011
 176 sider - 279 kr.
 ISBN 978-87-12-04529-8

Det var med stor forventning, jeg gav mig til at læse denne bog, idet der savnes en god dansk grundbog i sundhedsinformatik for de sundhedsfaglige professionsuddannelser. Den bog savnes stadig.

Bogen er en antologi skrevet af kompetente forfattere. Kapitlerne er velskrevne og skaber overblik, men bogens tematiske disposition er også dens akil-

leshæl. Selv om redaktøren har forsøgt at skrive en sammenhæng ind mellem de valgte temaer, savnes en rød tråd gennem bogen. Det skyldes måske, at man har valgt at beskrive det sundhedsinformatiske felt ud fra en definition af sundhedsinformatisk forskning, hvilket er noget andet end den kliniske brug af sundhedsinformatikkens produkter.

Særligt to temaer stikker ud. Kapitlet om bioinformatik og kapitlet om informationskompetence. Disse temaer er ikke pr. definition sundhedsinformatiske. Kapitlet om informationskompetence ville være bedre placeret i en bog om studieteknik og opgaveskrivning og kapitlet om bioinformatik i lærebøger inden for det genetiske fagfelt.

Det er en styrke, at bogen giver et overblik over mange af de områder i klinisk praksis, hvor it i dag spiller en rolle for det kliniske arbejde. Det sker gennem de mange velvalgte eksempler på, hvordan sundhedsinformatik i dag praktiseres i det danske sundhedssystem.

Det velfærdsteknologiske felt er bevidst valgt fra, hvilket forekommer at være en fejltilfælde. Velfærdsteknologi skyller ind over det danske sundhedsvæsen i disse år og baserer sig i høj grad på et sundhedsinformatisk grundlag, og da uddannelser skal uddanne til nutiden og fremti-

den, forekommer det fravalg problematisk.

For at bogen kan opfylde intentionen om at være en dansk lærebog i sundhedsinformatik, savnes en introduktion til det sundhedsinformatiske videnskabsgrundlag, ligesom professionsperspektivet på anvendelsen af it i klinisk praksis også savnes.

Derfor fungerer bogen ikke som grundbog i faget sundhedsinformatik i de sundhedsfaglige professionsuddannelser.

En meget positiv egenskab ved bogen er brugen af illustrationer samt kapitlet om ordforklaringer og definitioner.

Bogen er ikke en ommer, men den vil sandsynligvis blive brugt stykkevist og delt i sundhedsinformatikundervisningen på de sundhedsfaglige professionsuddannelser og ikke som en samlende lærebog i faget.

Man kunne overveje at gøre en kommende udgave af bogen digital i et Wiki-format, hvor referencer, links og nye temaer løbende kunne tilføjes, justeres og opdateres. En udgivelse inden for det sundhedsinformatiske område burde selv bruge de medier og værktøjer eksemplarisk, som den har fokus på.

*Af Raymond Kolbæk, lektor, cand.cur.,
 Sygeplejerskeuddannelsen Viborg, Horsens
 – Sundhedsfaglig Højskole
 – Via University College.*



Kvalitetsudvikling i praksis
 Redaktion: Jan Mainz et al.
 Munksgaard Danmark 2011
 432 sider - 348 kr.
 ISBN 9788762807143

KORT NYT OM BØGER

Ernæring og diætetik

Lars Ovesen, Lene Allingstrup og
 Ingrid Poulsen
 Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck
 11. udgave 2011. 296 sider - 349,95 kr.
 ISBN 978-87-17-04181-3

Opdateret og revideret udgave af bogen, der lever op til aktuelle anbefalinger fra myndighederne og medtager ny forskning på området. Bogen består af to dele: første del omhandler ernæringslære, anden del omhandler klinisk ernæring. (jb)

Klinisk forskningsmetode

Red. Torben Jørgensen, Erik Christensen,
 Jens Peter Kampmann
 Munksgaard Danmark, 3. udgave 2011
 229 sider - 298,00 kr.
 ISBN 9788762810617

Bogen indeholder en opdatering af reglerne for god klinisk forsøgspraksis og redigerede kapitler om epidemiologi og litteratursøgning. Den beskriver desuden selve forskningsprocessen fra tilrettelæggelse af en undersøgelse til publicering af resultaterne. (jb)

Førstehjælp på vej til de studerende

Sygeplejestuderende er utrygge ved ikke at kunne yde førstehjælp. Derfor mener både Dansk Sygeplejeråd og Sygeplejestuderendes Lands sammenslutning (SLS), at førstehjælpskurset skal være en obligatorisk del af uddannelsen. Og nu tegner der sig et politisk flertal på Christiansborg for at give sygeplejestuderende førstehjælpskurset tilbage på skemaet.

”I slutningen af klinikforløbet i hjemmeplejen tager studerende selv hjem til nogle borgere, som de kender. Men hvis man står med en borger, der falder om, uden nogle konkrete handlekompetencer til at redde liv, så har vi et stort problem både for den enkelte borger og for den studerende. For hvad siger det om vores uddannelse, hvis man ikke kan redde liv?” spørger Niklas Kline Lange, formand for SLS. I Dansk Sygeplejeråd er næstformand Dorte Steenberg enig med de studerende:

”Både under deres uddannelse og når de er færdige som sygeplejersker, kan de studerende komme ud i situationer, hvor deres evner til at yde førstehjælp i sidste ende kan have betydning for, om folk overlever. Derfor er det vigtigt, at det bliver en integreret del af undervisningen.”

Støt sygeplejehistorisk Museum

Dansk Sygeplejehistorisk Museum er afhængigt af økonomiske bidrag udover sine entréindtægter. Man kan støtte museet via et medlemskab af Dansk Sygeplejehistorisk Selskab. Et enkeltmedlemskab koster 175 kr. pr. år. Et foreningsmedlemskab koster 550 om året. Indmeldelsesblanket findes på Dansk Sygeplejehistorisk Selskabs hjemmeside på www.dsr.dk/dshs



LEDER

Sygeplejersker er nøglen til færre genindlæggelser

Hver femte ældre patient bliver genindlagt inden for 30 dage. Det koster sundhedsvæsenet mange penge til behandling, undersøgelser og sygetransport. Det koster også på den menneskelige konto, for det er opslidende for ældre borgere at rejse ind og ud af hospitalsverdenen.

De mange genindlæggelser går også ud over sygeplejerskernes arbejdsmiljø. På hospitalerne skal sygeplejerskerne løbe ekstra hurtigt. Og sygeplejerskerne i kommunerne vil gerne have de nødvendige ressourcer til at holde borgerne hjemme i vante omgivelser.

Kort sagt er der al mulig grund til at forebygge, at de ældre skal genindlægges. Det er nødvendigt at styrke samspillet mellem hospitaler og kommuner. F.eks. ved at kommunerne rykker deres visitationsenheder helt ind på hospitalerne, og ved at specialiserede sygeplejersker fra hospitalerne tager ud i kommunerne og stiller deres ekspertise til rådighed.

Som artiklerne side 16-25 her i *Sygeplejersken* viser, er der allerede sat gang i mange initiativer for at undgå genindlæggelser, og jeg har besøgt sygeplejersker i både kommuner og på hospitaler, som arbejder hårdt for at løse problemerne. Men vi skal også have politikerne, kommunerne og regionerne med.

I den bedste af alle verdener prioriterer kommunerne de nære sundhedstilbud, uanset om det kan betale sig her og nu. Men sådan er virkeligheden desværre ikke. Derfor er det godt, at kommunerne nu får en gulerod, hvis de forebygger genindlæggelser, og et smæld med pisken, hvis de ikke prioriterer de nære sundhedstilbud.

Indtil nu har de økonomiske incitament er åbenbart været for svage. De sidste 10 år er antallet af sygeplejersker i kommunerne nemlig faldet på trods af, at kommunerne har fået flere opgaver. Konsekvensen er bl.a., at under halvdelen af kommunerne har sygeplejersker på alle plejecentre. Det er en helt forkert udvikling.

Jeg er ikke i tvivl om, at sygeplejersker er nøglespillere, når kommunerne skal forebygge genindlæggelser. For jeg kan godt forstå, at en vagtlæge vælger at indlægge en syg plejehjemsboer, hvis der ikke er uddannede medarbejdere på plejehjemmet, som kan tage ansvaret for at observere borgeren. Jeg er derfor heller ikke i tvivl om, at det kan betale sig økonomisk, når kommunerne slår ledige job op som sygeplejerskestillinger. For det er sygeplejersker, der er uddannet til at varetage den komplekse sygepleje og dermed tage ansvaret for plejen af syge borgere hjemme som alternativ til en dyr indlæggelse.

Nu er det på tide, at politikerne tager et ansvar. Sundhedsvæsenet skal ikke bruge ressourcer på indlæggelser, der kunne være forebygget. Og de svageste borgere skal ikke kastes rundt mellem hospitaler og kommuner.

Lige nu er der ledige sygeplejersker, som brænder for at gøre en forskel. Giv dem en chance i kommunerne. Både for økonomiens og de ældres skyld.

Grete Christensen

Grete Christensen, formand

Succesfuld skadestueordning i fare

AF SØREN OLUFSEN, JOURNALIST

Region Midtjylland planlægger at nedlægge den velfungerende telefonvisitation på skadestuen på Århus Universitetshospital. I stedet skal borgerne ringe til deres egen praktiserende læge, hvis de vil på skadestuen. Dansk Sygeplejeråd frygter længere ventetid for borgerne.

Mange steder i landet kæmper man med timelange ventetider for skadestuepatienter, men på skadestuen på Århus Universitetshospital er den gennemsnitlige ventetid på 35 minutter, og dét på trods af, at skadestuen har ca. 58.000 patienter om året og er Nordeuropas største.

Alligevel vil Region Midtjylland nu nedlægge telefonvisitationen med specialuddannede skadestuesygeplejersker. I stedet skal tilskadekomne borgere i Horsens, Århus, Randers, Silkeborg, Grenaa og Samsø ringe til deres praktiserende læge i dagtimerne og vagtlægerne i aften- og nattetimerne. Det fremgår af et aftaleudkast fra Region Midtjylland. Ændringen er planlagt til at træde i kraft 1. juni 2012, skriver Dansk Sygeplejeråds nyhedsbrev Synergi.

Lars Høst, som er specialuddannet sygeplejerske og arbejder i telefonvisitationen på skadestuen på Århus Universitetshospital, mener, det er vigtigt med et særligt team, som tager sig af opkaldene fra tilskadekomne borgere, for det kræver stor faglighed og overblik at styre de omkring 80.000 årlige opkald.

"En af vores store styrker er, at vi ofte kan begynde behandlingen af borgerne over telefonen. Hvis en person har fået et snitsår, så kan vi fortælle, hvad vedkommende skal gøre for at stoppe blødningen. Derudover har vi også et samlet overblik over, hvordan ventetiden ser ud på de forskellige skadestuer, og derfor kan vi give folk en meget præcis tid på, hvornår de kan regne med at komme til på skadestuen," fortæller Lars Høst og tilføjer, at kun få borgere derfor sidder på selve skadestuen og venter længe. De møder nemlig først op, når de skal til.

Patienttilfredshed og rollemodel

Lige nu er der 40 specialuddannede skadestuesygeplejersker i telefonvisitationen. Det er et krav, at de har minimum fem



FOTO: SCANPIX

Region Midtjylland har planer om at lukke den velfungerende telefonvisitation bemandet af specialuddannede skadestuesygeplejersker. Ventetiden for patienter til skadestuen på Århus Universitetshospital er ellers forbilledlig lav, nemlig 35 minutter i gennemsnit.

års skadestueerfaring og videreuddannelse i visitation. Hospitaler i Region Sjælland og Region Hovedstaden er i gang med at lave lignende ordninger.

"Telefonvisitationen med sygeplejersker er en ubetinget succes. Borgerne er tilfredse, der er god økonomi, og det er rollemodel for andre regioner," siger Else Kayser, kredsformand for Dansk Sygeplejeråd i Midtjylland.

Hun frygter, at patienterne kan se frem til længere ventetid, når de praktiserende læger fremover samlet skal kunne visitere omkring 100.000 patienter på årsplan:

"Det kan jo være rigtig svært at komme igennem til sin egen læge, og det kan også blive problematisk at fastholde overblikket."

Økonomisk fornuftigt

Skadestuechef og ledende overlæge på Århus Universitetshospital, Bent Erling Lindblad, peger på, at telefonvisitationen med specialuddannede skadestuesygeplejersker er en meget velfungerede ordning.

"Vi har stor patienttilfredshed, og det skyldes ikke mindst sygeplejerskernes store faglighed og forankring i skadestuen," siger Bent Erling Lindblad.

Telefonvisitationen har et årligt budget på omkring 5,5 mio. kr. Ifølge den ledende skadestueoverlæge er det en fornuftig

økonomisk løsning at have sygeplejersker til at besvare opkaldene.

"Det er klart billigere at have sygeplejersker til at styre telefonvisitationen end læger. Det siger sig selv. Men det vigtigste er, at specialsygeplejerskerne har stor erfaring med skadestuepatienter, og det kommer borgerne til gode," siger Bent Erling Lindblad.

Afgøres senest i december

Ifølge aftaleudkastet fra Region Midtjylland er den overvejende årsag til, at man vil skifte de specialuddannede skadestuesygeplejersker ud med praktiserende læger, at man kun vil have, at borgerne skal ringe på ét telefonnummer, uanset om man skal til lægen eller på skadestuen. Men den køber Dansk Sygeplejeråds kredsformand ikke.

"Vi har stor forståelse for, at borgere kun skal forholde sig til ét telefonnummer. Teknologisk ville man let via et trykknapsystem kunne sikre, at man ville kunne blive stillet om til enten lægen eller sygeplejersken på skadestuen," siger Else Kayser, kredsformand for Dansk Sygeplejeråd i Midtjylland.

Det forventes, at politikerne i Regionsrådet skal træffe den endelige beslutning om nedlæggelsen af telefonvisitationen med specialuddannede skadestuesygeplejersker senest i december.

Færre sygeplejersker til de ældre

AF SØREN OLUFSEN, JOURNALIST • ANALYSE: MORTEN BUE RATH

På trods af et stigende antal ældre, som har brug for pleje og behandling ude i kommunerne, er antallet af kommunalt ansatte sygeplejersker faldet de seneste 10 år. Dansk Sygeplejeråd mener, at kommunerne og Christiansborg skal tage ansvar for at sikre de ældre en høj faglig sygepleje.

Antallet af kommunalt ansatte basissygeplejersker er faldet over 10 år. I 2000 var der 8.054 basissygeplejersker. I 2010 var det tal faldet til 7.830. Det viser en analyse fra Dansk Sygeplejeråd, som bygger på tal fra det Fælleskommunale Løndatakontor.

”Det er tankevækkende og bekymrende, at i en tid, hvor der kommer langt flere ældre med pleje og behandlingskrævede sygdomme i kommunerne og på plejehjemmene, så er der færre sygeplejersker til at tage sig af dem, end for omkring 10 år siden,” siger Dorte Steenberg, næstformand i Dansk Sygeplejeråd.

Ifølge analysen var der i 2000 ansat ca. 39 sygeplejersker i kommunerne pr. 1.000 borgere på 80 år og derover. Til sammenligning var der i 2010 kun 34 sygeplejersker pr. 1.000 borgere på 80 år og derover.

”Kommunerne bliver nødt til at tage ansvar for at sikre, at alle ældre kan få den bedst mulige sygeplejefaglige hjælp. For det giver både mere livskvalitet for borgerne og sundere økonomi, fordi man f.eks. kan forebygge kostbare genindlæggelser,” siger Dorte Steenberg og tilføjer, at politikerne på Christiansborg skal være med til at give kommunerne en økonomisk ramme, så de kan lave optimale løsninger for de ældre borgere.

Ingen alvorlige fejl

For nylig kom Sundhedsstyrelsen med en landsrapport for 2010, som påpegede alvorlige fejl og mangler på syv ud af 10 af landets plejehjem. Men et af de steder,

hvor man er gået imod strømmen og har ansat sygeplejersker på samtlige plejehjem, er Thisted Kommune i Nordjylland. Og resultatet taler sit tydelige sprog. Embedslægerne har ikke fundet alvorlige fejl på plejehjemmene i flere år.

”Vi skal udnytte alle personalegrupperes ressourcer bedst muligt. Men vi skal altså også have repræsentation af dem, der har den højeste sundhedsfaglige uddannelse i kommunerne, og det er sygeplejerskerne. Og det giver tilsyneladende flotte resultater, når vi ser på embedslægerens tilsyn,” siger Jan Bendix Jensen, ældrechef i Thisted Kommune. Han fortsætter:

”Sygeplejerskerne står for sparring og oplæring af andet personale, og det er dem, der koordinerer i forhold til de mere komplicerede forløb med ældre borgere. Jeg har stor respekt for og tiltro til det resterende personale, men jeg tror, vi vil gå glip af meget, hvis vi ikke har sygeplejerskerne.”



HOUNISEN
-fordi det er enkelt!

**Lukket formalinsystem
Til arbejde uden for
stinkskaab**

Ny
FORBEDRET
udgave

Spånde
LEAK PROOF
med formalin

**Se mere på hounisen.com
eller ring på 86 21 08 00**

25.000 kr. til Støt Brysterne

Lørdag den 29. oktober markerede Kræftens Bekæmpelse afslutningen på årets Støt Brysterne-kampagne med et stort gala- og indsamlingsshow, Bryst-Galla. Dansk Sygeplejeråd bidrog via Solidaritetsfonden med 25.000 kr. til kampagnen.

FTF-undersøgelse om psykisk arbejdsmiljø

I uge 43 modtager 16.000 sygeplejersker, ergoterapeuter, fysioterapeuter og andre FTF-grupper invitation til at deltage i en spørgeskemaundersøgelse om psykisk arbejdsmiljø.

Det er fjerde gang, FTF gennemfører sådan en undersøgelse. Formålet med at gentage undersøgelsen er at sætte et fornyet fokus på og dokumentere de særlige udfordringer, som FTF-grupperne har i forhold til andre grupper.

Der har i de senere år været stor opmærksomhed på nødvendigheden af at kunne belyse konsekvenser af arbejdsmiljøet. Den tendens vil fortsætte. Derfor er det særdeles væsentligt for Dansk Sygeplejeråd og de andre FTF-organisationer at kunne påvise, at de indsatser, som de faglige organisationer peger på, har en gavnlige effekt.

Det er baggrunden for, at Dansk Sygeplejeråd bakker op om undersøgelsen og medvirker til, at FTF kan komme i kontakt med en repræsentativ gruppe sygeplejersker, som bliver inviteret til at deltage i undersøgelsen. Svarfrist ligger i uge 45.

Alle sygeplejersker, der medvirker, er 100 pct. anonyme, og alle data behandles i overensstemmelse med krav fra Datatilsynet.

Videoklip skal hjælpe nybagte fynske forældre

Nybagte familier udskrives stadigt hurtigere efter ukomplicerede fødsler, og det har fået sygeplejerskerne på fødeafdelingen på Svendborg Sygehus til at tænke i muligheder for at kommunikere digitalt via nettet med de nybagte forældre, som kan være usikre på den basale pleje af deres barn.

Afdelingen, der tegner sig for hver fjerde fynske fødsel årligt, vil producere en stribe korte film til hjemmesiden www.barselsvendborg.dk om bl.a. amning, hud mod hud-kontakt og tolkning af barnets signaler.

Sygeplejerske på afdelingen, Camilla Lund, der fungerer som afdelingens webredaktør, er tovholder på projektet sammen med cand.cur. og projektsyge-

plejerske på afdelingen, Dorthe Boe Danbjørg. De er meget bevidste om, at det kan have social slagside, når de kommunikerer via teknologien, idet alle ikke er lige stærke til it.

"Men anvendt rigtigt vil det her i virkeligheden frigive en del ressourcer til dem, der har brug for ekstra støtte, fordi de resourcestærke selv opsøger den information, de har brug for," siger Dorthe Boe Danbjørg og understreger, at videoerne på hjemmesiden udelukkende er et supplement.

Videoklippene vurderes at komme til at ligge på www.barselsvendborg.dk senest i december måned.

DSR I MEDIERNE

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

Tidlige besøg forebygger

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at nybagte forældre får besøg af sundhedsplejersken på 3.- og 5.-dagen. Men alt for mange kommuner følger i dag ikke anbefalingen. Et tidligt besøg af sundhedsplejersken kan sikre, at den nye familie får en god start og kan forebygge genindlæggelser samt ambulante besøg. Det skriver Grete Christensen i et debatindlæg, der er bragt i bl.a. Nordjyske Stiftstidende og JydskeVestkysten.

Ringere akuthjælp - igen

Region Sjællands nødbehandlerebiler, som blev indført 1. oktober, er bemanded med personale, der kun har et 24-timers førstehjælpkursus. Jeanette Hansen, kreds næstformand i Dansk Sygeplejeråd Kreds Sjælland, skriver i et debatindlæg i flere sjællandske medier: "Det er meget svært at forstå, hvorfor regionen vælger en løsning, der forringer borgerne chance for en højt kvalificeret behandling i akutbilen. En behandling, som er dokumenteret effektiv. Borgere i regionen må undre sig over, hvorfor Re-

gion Sjælland tilsidesætter al dokumenteret viden om effektiv behandling af svært syge borgere. Der eksperimenteres med borgernes helbred i stedet for at tage regeringens håndsrækning og styrke udkantsområderne."

Husk de nære sundhedstilbud

Det er positivt, at der er mere opmærksomhed på patienterne på de medicinske afdelinger, mener KL og Dansk Sygeplejeråd. Men hvis presset på sygehuses medicinske afdelinger skal lettes, skal det undgås, at så mange ældre overhovedet bliver indlagt, og hvis det skal lykkes, skal der udvikles nære sundhedstilbud. Det skriver Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd, og Jan Trøjborg, formand for KL, i et debatindlæg i Berlingske. De fortsætter: "Desværre er de nære sundhedstilbud ikke kommet med i det nye regeringsgrundlag. Det kunne vi godt have tænkt os. For uden de nære sundhedstilbud kan vi ikke for alvor løfte indsatsen for de ældre medicinske patienter."

KALENDERKLIP

Uddrag af Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensens kalender:



Mandag den 7. november

- Bestyrelsesrejse med Rehabiliterings- og Forskningscentret for Torturofre, Albanien

Tirsdag den 8. november

- Bestyrelsesrejse med Rehabiliterings- og Forskningscentret for Torturofre, Albanien

Onsdag den 9. november

- Bestyrelsesrejse med Rehabiliterings- og Forskningscentret for Torturofre, Albanien

Torsdag den 10. november

- Besøg i Halsnæs Kommune om arbejdet med sygeplejerskeprofiler, Halsnæs

Fredag den 11. november

- Interne møder, Kvæsthuset, København
- Bestyrelsesmøde i PKA A/S, København

Mandag den 14. november

- Interne møder, Kvæsthuset, København
- Oplæg ved jordemødrenes hovedbestyrelsesmøde, Kvæsthuset, København
- LægeDage 2011, Bella Centret, København

Tirsdag den 15. november

- Hovedbestyrelsesmøde i Dansk Sygeplejeråd, Kvæsthuset, København

Onsdag den 16. november

- Hovedbestyrelsesmøde i Dansk Sygeplejeråd, Kvæsthuset, København
- Politisk café på grunduddannelsen 2011, Vilvorde Kursuscenter, Charlottenlund

Torsdag den 17. november

- Repræsentantskabsmøde i CO10, Dansk Design Center, København

Fredag den 18. november

- Interne møder, Kvæsthuset, København



Anette Andreasen (tv.) renser sår på en patient og lægger efterfølgende en ny forbindelse. Hun er medlem af det Faglige Selskab for Konsultations- og Infirmersygeplejersker og holder sig jævnligt fagligt opdateret via kurser.

AF MADS KRØLL CHRISTENSEN, JOURNALIST
FOTO: SØREN HOLM

Diabeteskontroller, spirometri og sårpleje. Opgaverne er mangeartede under Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensens besøg hos konsultationssygeplejerske Anette Andreasen i Hørning. I løbet af 10 år er antallet af konsultationssygeplejersker fordoblet.

Centralt i Hørning ligger lægecentret, hvor sygeplejerske Anette Andreasen er ansat. Hun kalder arbejdspladsen en "landpraksis", selv om praksissen har over en tredjedel af byens ca. 7.000 borgere som patienter. Det er primært ældre borgere og børnefamilier, der konsulterer lægecentret.

"Mine primære opgaver er kronikerkontroller, blodprøvetagning, vaccinationer og spirometri," fortæller Anette Andreasen, som har været ansat i lægecentret siden 2007. Hun er dermed en af de mange konsultationssygeplejersker, der i stigende grad ansættes hos praktiserende læger. I alt er antallet mere end fordoblet fra 2002 til 2010, hvor knap 2.000 sygeplejersker var ansat i almen praksis. En udvikling, som formand for Dansk Sygeplejeråd Grete Christensen forudser vil udvikle sig de kommende år.

"Flere og flere sundhedsopgaver skal løses ude lokalt, samtidig med at borgerenes sundhedsbillede ændrer sig i disse år med flere ældre borgere og flere kronisk syge. Det er den udvikling, som de prakti-



Anette Andreasen i samtale med en patient i sin konsultation. Til venstre formand for Dansk Sygeplejeråd.

"Langt de fleste af mine

serende læger ruster sig til ved at ansætte sygeplejersker," siger Grete Christensen. Anette Andreasen er enig.

"Jeg tjener min egen løn ind mere end halvanden gang. I dag er jeg ansat 30 timer, men jeg kunne snildt være ansat på 37 timer. Kalenderen er helt fyldt op, og der er masser af faglige udfordringer," fortæller hun, mens hun spritter hænderne af med håndsprit fra en lille beholder, som står på hendes skrivebord.

Praksissen i Hørning ligger på 1. sal i en

nyere bygning. Et stort, lyst hjørnekontor udgør Anette Andreasens konsultation. I den ene ende står en briks, mens et skrivebord med computer fylder det meste af den anden ende. Væggene ved skrivebordet er prydet med børnetegninger, og både sollys og frisk luft strømmer ind ad vinduet, der står på klem.

"Langt de fleste af mine patienter er kronikere. Typisk KOL- og diabetespatienter, som jeg følger gennem et helt forløb. I praksis har jeg en rammeordination, som jeg or-



En af Anette Andreasens (tv.) kerneopgaver er kronikerkontroller. "I øjeblikket har vi et forstærket fokus på KOL-patienter. Vi har kun 37 KOL-patienter, men vi ved, at tallet er meget højere," fortæller Anette Andreasen.



Mange af patienterne er diabetespatienter, der kommer til fast kontrol. Borgerne kan bestille tid til konsultation direkte hos Anette Andreasen, der også har en åben sygeplejerskehotline hver tirsdag kl. 11-12.



Model som Anette Andreasen bruger til at vise patienterne, hvordan LDL-kolesterol aflejrer sig i blodårerne. Modellen viser fire stadier: den første er en ren åre, den næste har en anelse forkalkning, den tredje noget mere, og den sidste viser, hvordan en blodprop kan sætte sig fast.

dinerer inden for," fortsætter Anette Andreasen, der selv er opvokset i byen og derfor kender mange af patienterne.

Kost og motion

Eftermiddagens første patient er en kvinde i tresserne. Hun har for ganske nylig fået konstateret type 2-diabetes. Anette Andreasen har indkaldt hende til konsultation for at tale om kost, motion, diabetes og blodsukker.

"Hvis du en aften får lyst til en banan, så er det helt o.k. at tage én. Men snup en halv skive brød til," siger Anette Andreasen til patienten, som sidder i en stol over for sygeplejersken. Anette Andreasen fortsætter med et væld af kostråd og en deltaljeret gennemgang af, hvordan borgeren selv måler sit blodsukker.

gelmæssigt til kontrol. Denne gang har han selv bedt om tid. Han har nemlig fået det bedre og vil derfor gerne nedtrappe sin medicin. Anette Andreasen stiller ham en række spørgsmål. Bl.a. om højde og vægt. Svarene taster hun ind i computeren.

"Skal du tisse?" spørger Anette Andersen manden, mens hun sætter et nyt mundstykke på spirometeret. Det er et apparat, der registrerer hastigheden af den luftstrøm og den mængde luft, der blæses igennem mundstykket. Manden ryster på hovedet. Han skal ikke tisse.

"Man kan ikke puste fuldt ud med en fyldt blære," siger Anette Andreasen forklarende til Grete Christensen og tilføjer:

"Det er vigtigt, at du fylder lungerne helt op med luft, inden du blæser. Du skal

Fordobling af konsultationssygeplejersker

Flere og flere sygeplejersker bliver ligesom Anette Andreasen ansat hos alment praktiserende læger. Tal fra Dansk Sygeplejeråd viser, at antallet af konsultationssygeplejersker hos praktiserende læger er mere end fordoblet fra 2002 til 2010.

I 2002 var 906 sygeplejersker ansat hos alment praktiserende læger på landsplan. Det antal var i 2010 mere end fordoblet til 1.929 sygeplejersker.

Kilde: Danmarks Statistik og DSR Analyse.

patienter er kronisk syge"

"Det er rigtig mange informationer, du har fået i dag. Du kommer bare forbi konsultationen og spørger, hvis der er noget, du bliver i tvivl om," siger Anette Andreasen og understreger over for patienten, at hun kan holde sit medicinforbrug på et minimum ved at lave om på kost og motionsvaner.

KOL-patient i bedring

Senere på dagen møder en mand op til konsultation. Han er en af Anette Andreasens faste KOL-patienter, der kommer re-

blæse tre gange i alt." Patienten nikker. Det virker tydeligvis, som om han har været igennem øvelsen før.

Rensning af sår

Dagens sidste patient er en kvinde i fyrrerne. Hun har et større sår efter en byld nederst på ryggen. Anette Andreasen og patienten taler lidt frem og tilbage om såret, mens Anette Andreasen gør briksen klar og ifører sig latexhandsker.

"Jeg starter med at tage forbindingen af,"

ger Anette Andreasen til den kvindelige patient, der har taget plads på briksen og ligger med ryggen til.

"Det ser meget bedre ud end sidst. Jeg renser såret og lægger en ny forbindelse," fortsætter Anette Andreasen.

Inden længe er patienten på benene igen med ny forbindelse. Hun får en ny tid, for hun og hendes mand skal ud at rejse og skal derfor vaccineres. En opgave, som Anette Andreasen også varetager i lægehuset i Hørning.

WWW.DSR.DK

Brugerundersøgelse på dsr.dk

Kritik af hjemmesiden får nu konsekvenser for navigationen og søgefunktionen.

I seks uger af september og oktober gennemførte Dansk Sygeplejeråd en brugerundersøgelse af hjemmesiden. 758 svarede, og det er det største antal i forhold til tidligere undersøgelser. Deltagerne blev bedt om at vurdere navigation, overblik, tekster, ventetider og grafisk design samt om at forholde sig til, om siden var spændende/kedelig, overskuelig/rodet, moderne/gammeltdags, grim/pæn, og en samlet vurdering.

De fleste brugere syntes, at Dansk Sygeplejeråds hjemmeside giver indtryk af en professionel og troværdig organisation.

Svært at finde rundt

Men der var ikke kun rosende ord fra brugerne. Kritikken samlede sig om navigationen og søgefunktionen. Det er for svært at finde rundt på sitet og finde det, man søger, mente mange. Alt for mange brugere syntes også, at hjemmesiden er rodet og svær at navigere rundt på. Da mange brugere besøger siden tit, lykkes det alligevel tit for dem at finde det, de leder efter. Men der er stadig mange, der ikke gør det. Derfor bliver der nu arbejdet intenst med at forbedre søgningen og navigationen.

En stor del af brugerne vurderede også hjemmesiden som umoderne, grim og kedelig. 93 pct. af dem, der deltog i brugerundersøgelsen, var kvinder mellem 30-59 år. Det svarer fint til Dansk Sygeplejeråds medlems sammensætning.

Næsten halvdelen angav at komme ugentligt på portalen, hvilket er meget højt sammenlignet med andre fagforeningers sider.



Sygeplejens historie på nettet

Dansk Sygeplejeråd har lavet en temaside på www.dsr.dk om sygeplejens historie.

Som en del af Sygeplejens År har Dansk Sygeplejeråd lanceret en ny temaside på www.dsr.dk om sygeplejens historie. På temasiden kan man bl.a. læse om den danske sygeplejers historie, om Florence Nightingale og Sct. Vincent-søstrene. Besøg siden på www.dsr.dk/historie



FOTO: DANISK SYGEPLEJEHISTORISK MUSEUM

Gratis emblem for medlemmer

Vidste du, at emblemet udleveres vederlagsfrit til medlemmerne og skal returneres til Dansk Sygeplejeråd, når man ikke længere er medlem?

Ny overenskomst

Dansk Sygeplejeråd har indgået en ny privat overenskomst med DGV Vikar og Hjemmeservice, Hasselvej 44, 2830 Virum.

DEBAT PÅ FACEBOOK

Er der en sygeplejerske til stede?

Højgravid fødte på iskoldt fortovej i København

Vordende mor tog bus til fødegangen, men fødte sin baby på fortovet, lige efter hun var steget af bussen foran Rigshospitalet. Med hjælp fra snarrådig sygeplejerske på vej på arbejde.

"Utroligt hvad vi kvinder dog kan :-)... og hvad vi som sygeplejerske kan!!!"

"Flot klaret af både mor og sygeplejerske! Er det at kunne se at her er der brug for hjælp og faglighed uden at tænke på opgavens størrelse ikke en af de ting vi er gode til som sygeplejerske? Nogle ville måske have skyndt sig væk, men som sygeplejersker er vi vant til at gå ind i en opgave uden at tøve og uden at være bange for det uforudsete... Hurra for sygeplejerskernes mod og vilje!"

"Godt gået!"

"Dygtig mor, dygtig far og dygtig sygeplejerske + omsorgsfulde hjælpere. Baby får en historie med sig i livet som er sjælden."

FRAVÆR SKAL IKKE VÆRE EN SYGDOM

Kære syddanske sygeplejerske

Med disse sider i Sygeplejersken forsøger vi for anden gang at nå ud til endnu flere af vore medlemmer i Kreds Syddanmark. Første gang havde vi fokus på de mange faglige tilbud, kredsens gennemfører som led i Sygeplejens År, og denne gang ser vi nærmere på et meget nærværende emne, sygefravær.

Grundlæggende kæmper vi i Dansk Sygeplejeråd for, at retten til at være syg skal bevares, og at der skal være plads til ikke at være 100 procent i topform hver dag på jobbet. Vi ønsker at fastholde sygeplejersker i faget og bifalder, at offentlige arbejdsgivere har en aktiv sygefraværspolitik, især hvis den også rummer

mulighed for, at sygeplejersker kan vende tilbage i jobbet på nedsat kraft efter langvarig sygdom.

Som du vil kunne se i artiklerne, har arbejdet med at nedbringe sygefravær mange facetter. Udgangspunktet må være, at medarbejdere er mennesker og ikke maskiner.

God læselyst

*John Christiansen, kredsformand
Dansk Sygeplejeråd, Kreds Syddanmark.*

ARBEJDSMILJØET KAN GØRE ONDT PÅ SYGEFRAVÆRET

Der er penge i at nedbringe sygefraværet blandt medarbejdere – mange penge. Region Syddanmark og regionens største kommune, Odense, er blandt de offentlige arbejdsgivere, der med sygefraværspolitikker forsøger at få flere arbejdstimer ud af medarbejderne.

Næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Kreds Syddanmark, Jytte Kristensen, har arbejdsmiljø - herunder sygefravær - som et vigtigt arbejdsområde, og det fylder rigtig meget i kredsens arbejde. I tider præget af øget arbejdspress og fusioner i sundhedsvæsenet går det ofte ud over arbejdsmiljøet, og den faglige forsvarlighed i behandlingen af patienter og borgere kommer under pres.

- Et lavt sygefravær hænger uløseligt sammen med god ledelse og godt arbejdsmiljø. På den enkelte arbejdsplads bør man se på, om MED-strukturen fungerer, om der er åbenhed omkring følsomme emner som sygefravær, og om medarbejderne har indflydelse på deres arbejdsituation. Hvis medarbejderne ikke trives på deres arbejde, kan resultatet givetvis være et øget sygefravær. Derfor skal der investeres i arbejdsmiljøet, siger Jytte Kristensen.



FOTO: ISTOCK

Hun anbefaler offentlige arbejdsgivere at fokusere på de steder, hvor der er meget korttidssygefravær, idet det kan være tegn på, at en afdeling har ondt i arbejdsmiljøet.

Den syddanske kreds har to repræsentanter i Hovedudvalget i Region Syddanmark, og de er blevet fagligt klædt på, så de har kunnet påvirke regionens bestræbelser på at nedbringe sygefraværet i en mere kvalificeret retning. Regionen ønsker med

en række initiativer at nedbringe sygefraværet med et procentpoint til 4,1 procent inden 2015. Det svarer til at reducere sygefraværet med ca. 20 procent.

DSR, Kreds Syddanmark, har desuden i samarbejde med to professionshøjskoler sikret, at der fra 2012 udbydes diplomuddannelser i Syddanmark til arbejdsmiljørepræsentanter (AMiR), der spiller en vigtig rolle i MED-udvalg på arbejdspladserne.

ODENSES RASKE BUDGETØVELSE

De ca. 15.000 medarbejdere i Odense Kommune har et gennemsnitligt sygefravær på 18 dage om året. Det er højt, og nu sætter kommunen massivt ind for at begrænse sygefraværet. En stortilet sundhedsordning til 47 mio. kr. over de næste fire år skal fremme trivsel og give færre sygedage.

Politikerne er så sikre i deres sag, at de allerede fra 2012 indregner et nedsat sygefravær som en besparelse i budgettet. Over fire år skal sygefraværet reduceres med 2,5 dage pr. medarbejder, hvilket vil udløse en besparelse på 175 mio. kr. De første 25 mio. kr. er indregnet i budgettet for 2012. Talgymnastikken møder kritik fra to fællestillidsrepræsentanter (FTR) for sygeplejerskerne i kommunen.

- Man indregner en besparelse på forhånd uden at vide, om succesraten bliver opfyldt. Det er fint nok at indføre en sundhedsordning med en bred vifte af tilbud til medarbejderne, men der skal også være fokus på arbejdsmiljøet, hvis målene skal nås, siger FTR for 48 sundhedsplejersker i Børne- og Familieafdelingen Lissi Skodborg Jørgensen.

De mest raske straffes

Lissi Jørgensen mener, at byrådspolitikerne ved at smøre besparelserne bredt ud over alle vil ramme forkert og straffe afdelinger, der bevidst har arbejdet med at nedbringe sygefraværet. I Børne- og Familieafdelingen var sygefraværet ved udgangen af august 8,8 dage pr. medarbejder. Hvis det niveau holder hele året, vil afdelingen allerede nu opfylde det overordnede mål.

- Vi bruger for eksempel ikke vikarpenge ved korttidssygefravær, idet sundhedsplejerskerne i stedet laver nye aftaler med familier, når de er tilbage fra sygdom. Kommunen bruger en salamimetode, der ikke godskrives den indsats, vi har ydet for at nedbringe sygefraværet. I realiteten er konsekvensen, at hvis jeg er mere rask og på arbejde, så må jeg sige farvel til kolleger, siger Lissi Jørgensen.

Hun har gjort opmærksom på de utilsigtede virkninger af planerne i MED-systemet og over for politikere, men føler ikke, der har været megen lydhørhed. I stedet for salamimetoden mener Lissi Jørgensen, at kommunen burde sætte ind med flere ressourcer i de afdelinger, hvor sygefraværet er størst.



FOTO: ARKIVFOTO

Rummelighed under pres

Synspunkterne deles af Lillian Drejer Thorenfeldt, FTR for knap 200 sygeplejersker i basisstillinger og andre stillinger i Odense Kommune. Hun mener, kommunens mange gode initiativer for at hjælpe medarbejdere tidligt tilbage i jobbet efter sygdom risikerer at drukne i ivrige politikeres budgetøvelser.

- Det hele fik en uheldig drejning, da økonomiudvalget og siden byrådet begyndte at trække pengene ud af budgettet allerede fra næste år. Ledere i kommunen gør nu en stor indsats for at få medarbejdere gradvis tilbage i jobbet efter sygdom, og jeg frygter, at de i fremtiden bliver så presset på rummeligheden, at vi tvinges ud i løsninger, vi ikke bryder os om. Det vil svække især langtidssyges muligheder for at vende tilbage, siger Lillian Thorenfeldt.

Hun tilføjer, at hendes egen afdeling, Ældre- og Handicapforvaltningen, i et par år har haft den sundhedsordning, der pr. 1. september er gennemført for alle kommunens medarbejdere, og det har været en succes. Sundhedsordningen har øget fokus på især hjemmehjælperes sygefravær og på arbejdspladsens indretning, ligesom tilbudtet om coaching er blevet populært.



Kredssiderne fra Kreds Syddanmark på siderne 45 og 46 er en del af et pilotprojekt, hvor redaktionen ser på muligheden for at få kredssider i *Sygeplejersken*. Der blev også bragt

kredssider i *Sygeplejersken* nr. 15/2011. Pilotprojektet er nu afsluttet og indgår i en samlet vurdering af muligheden for at bringe informationer fra kredsene i *Sygeplejersken*.

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

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

De er godkendt efter sygeplejefaglig vurdering og vejledning

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

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

Se panelet på www.sygeplejersken.dk

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

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



- FRA FAGPERSON TIL FAGPERSON

INDHOLD

- 49** Faglig information
- 50** Mobiltelefonen styrer insulindosis
- 55** Selvvalgt forebyggelse giver mere mening
- 59** Videnskab & Sygepleje: Overvejelser om åbenhed om hiv-status: Mestring af sygdomsrelateret stress hos hiv-positive

Unik, charmerende og nyrenoveret lejlighed sælges på delebasis

Vi er to venner, der har købt et særdeles attraktivt hus med 5 lejligheder i Midtfrankrig. Lejlighederne er totalt nyrenoverede. Vi ønsker, at sælge 3 af lejlighederne. Den ene af lejlighederne - som sættes til salg her - er særlig velegnet til flere ejere og sælges på delebasis.

Huset ligger i den gamle del af den helt særegne og charmerende landsby Casseneuve i departementet Lot-et-Garonne (efter floderne Lot og Garonne). Den gamle del af byen er nænsomt renoveret og ligger omgivet af en lille biflod på 3 sider, hvilket giver en helt egen stemning.

Landsbyen ligger i et smukt landskab med dejligt klima, floder, masser af kulturtilbud og mulighed for aktiviteter. Området er kendt som Frankrigs spisekammer med vin, blomster, honning, fois gras, ænder og selvfølgelig vin.

Huset er et smukt, flere hundrede år gammelt pittoresk bindingsværkshus. Foran huset ligger en lille grøn park umiddelbart ned til floden - næsten som husets egen have.

Lejligheden er 125 m² og har helt en særlig og spændende indretning i to plan med i alt 5 værelser: Entre, 3 værelser, separat bad og toilet, køkken og stor stue med udgang til altan med en flot udsigt til bl.a. en lille grøn park og floden. I forskudt plan opad er yderligere to værelser. Lejligheden er lys og har loft til kip. Indretningen er velegnet, hvis man har børn eller gæster. Alt nyt og flot renoveret.

Huset sælges i 4 anparter. Der er udarbejdet samejeoverenskomst, som kan rekvireres. Prisen er pr. anpart 350.000 DKK. I alt 1,4 mill. DKK.

Vil du vide mere kan du kontakte Peter på tlf. 2498 7023 eller se <http://skysite.dk/pkordt/>

Jobbe i Norge :-)

Vi trenger sykepleiere og spesialsykepleiere til oppdrag i Norge og vil ha deg om du er ny eller erfaren!

- Vi tilbyr deg god lønn
- Vi dekker reise og bolig
- Du får mye lavere skatt! (33%-36%)
- Høy UB og overtid

Ta kontakt med **Birgitte Simonsen** på mail: nurse@dedicare.no eller ring **+47 21 68 02 93**
Se også vår hjemmeside www.dedicare.no for mer informasjon.

Dedicare er et autorisert vikarbyrå med avtale med alle sykehus og mange kommuner. Vi er den største leverandør av spesialsykepleiere til norske sykehus.

DEDICARE
Vi bemanner med glede

KØBENHAVNS UNIVERSITET



Bliv bedre til smertebehandling

Københavns Universitet tilbyder et omfattende kursus på masterniveau i smertebehandling til sundhedsprofessionelle med minimum en bacheloruddannelse og 2 års relevant erhvervs erfaring. Undervisningen er forskningsbaseret og kurset tager udgangspunkt i, at smertetilstande opleves individuelt og ofte er komplekse, så optimal smertebehandling er ofte en tværfaglig opgave.

Kursusindhold: Definition og klassifikation af smerter, smertediagnostik, -måling og -vurdering, non-medikamentel behandling, analgetika og medikamentel behandling, smertepsykologi, tværfaglige behandlingsprincipper.

Kursusdage: 9.-11.maj, 13.-15. juni, 12.-14. september, 26.-28. september, 7.-9. november, 28.-30. november 2012.

Tilmeldingsfrist: 1. december 2011

Læs mere og tilmeld dig på farma.ku.dk/smerte

En af os

AF JETTE BAGH, FAGREDAKTØR

Væk med tavshed, tvivl og tabu om psykisk sygdom. Sådan lyder sloganet i en landsdækkende kampagne, der skal løbe over fem år. Målet er afstigmatisering af psykisk sygdom.

Det er lettere at have et brækket ben end at melde ud, at man er eller har været psykisk syg. Sådan siger vi, og sådan bekræfter vi hinanden i, at det ikke kan være anderledes. 85 pct. af danskerne mener da også, at fysisk sygdom er mere acceptabelt end psykisk sygdom.

Psykisk sygdom er og bliver et privat anliggende. Men vi bestemmer selv, om det skal blive ved med at være sådan.

Hver femte dansker vil før eller siden få brug for hjælp pga. psykiske problemer, og for den kollega eller det familiemedlem, der bliver ramt, vil det være en lettelse ikke at skulle brygge historier sammen, der skal hindre omgivelserne i at gennemskue, at årsagen til sygefravær eller anderledes opførsel er psykisk nedsmeltning. 86 pct. af danskerne vil da også sætte pris på, at nære kolleger fortæller, hvis de har en psykisk sygdom, men arbejdsmarkedet skal samtidig blive bedre til at rumme mennesker med psykisk sygdom.

Heldigvis har kendte danskere gjort en indsats for at ændre på fordomme og stigmatisering. Skuespilleren Henning Jensen fortalte på en konference om læring i psykiatrien afholdt i september 2011 meget gribende om den første depression, han havde. Hans udgangspunkt er, at vi lever det liv, vi gør, som en konsekvens af det sind, vi har. Han oplevede selv, at omverdenen havde en middelalderlig reaktion på psykisk sygdom, og som en konsekvens sidder han i dag som medlem af Psykiatrifondens præsidium.

”Vi stigmatiserer os bort fra enhver samhörighed med disse mennesker,” mener han.

Men personalet på den psykiatriske afdeling, han havnede på til sidst, leverede en for ham ”livsafgørende humanistisk indsats”.

Henning Jensen er ikke hvem som helst, og han undgår formentlig bl.a. pga. sin åbenhed stigmatisering. Han har valgt modigt at bane vejen for, at det samme kan ske for andre psykisk syge, og dem vil der blive flere af. Verdenssundhedsorganisationen WHO's prognoser forudsiger, at depression i 2020 vil være den næststørste sygdom i verden. Over 400.000 danskere er i dag i behandling med antidepressiv medicin, og det skønnes, at op imod en halv million personer lider af en eller anden form for psykisk sygdom. Kampagnen ”En af os” består af landsdækkende aktiviteter, konferencer og senere et tv-program med arbejdstitlen ”Gal eller normal?” Hvis man har lyst og tid til at give kampagnen et skub, er det muligt at blive ambassadør eller frivillig i kampagnen. På kampagnens hjemmeside kan man finde oplysninger eller videoer om pårørende, psykisk syge, unge, fagpersoner og kolleger og få gode råd til at bryde tavsheden. Desuden er det muligt at finde diverse foreninger, der varetager psykisk syge menneskers interesser.

Kampagnen er sat i værk af Det Sociale Netværk af 2009, PsykiatriFonden, TrykFonden, regionerne, Danske Regioner, KL, Socialministeriet og Sundhedsstyrelsen.

Læs mere på www.en-af-os.dk/

Uagtsom afsløring af hiv frygtes

Hiv-positive mennesker lever et liv, hvor overvejelser om åbenhed, begrænset åbenhed eller ingen åbenhed om diagnosen fylder meget. De mange overvejelser giver grobund for stress og hos nogle også depression. Det viser en undersøgelse, som er beskrevet under Videnskab & Sygepleje i artiklen ”Mestring af sygdomsrelateret stress hos hiv-patienter” side 59.

Artiklen er oplagt læsning for sygeplejersker på infektionsmedicinske afdelinger, men har også bud til sygeplejersker, som arbejder med kronisk syge mennesker.

Under ”Diskussion” kommer det frem, at synet på kronisk syge trænger til modernisering. Det er ikke som tidligere antaget sådan, at erkendelse og accept af kronisk sygdom foregår i nøje afmålte stadier, som afløser hinanden og ender med afklaring. Ifølge perspektivmodellen, der er udarbejdet af Paterson, er der derimod tale om, at patienten bevæger sig frem og tilbage mellem forskellige stadier, dvs. at livet med en kronisk sygdom er karakteriseret af vedvarende skift mellem at føle sig syg og føle velvære. For sygeplejersken betyder det, at han ikke kan nøjes med at tage diagnosen op og herefter mene, at nu er det emne behandlet én gang for alle. Patientens eget perspektiv skal vedvarende efterspørges, for kronisk sygdom skal ses som en omskiftelig proces.



Sygeplejerske,
cand. cur
fagredaktør



Mobiltelefonen sty

AF ULLA LINDING JØRGENSEN, SYGEPLEJERSKE, CHARLOTTE CHROIS MØLLER, SYGEPLEJERSKE, OG INGE GRAM, DIÆTIST

En mobiltelefon kan benyttes til beregning af bolusinsulin til patienter i behandling med multiple insulininjektioner. Artiklen beskriver 10 patienters tilfredshed med metoden og giver desuden læseren viden om metoden.

Udviklingen inden for mobiltelefoni har været rivende, og en mobiltelefon er i dag langt fra kun en telefon, men en avanceret computer med internetadgang, mailadgang, musikafspiller og mange andre funktioner. Specielt yngre mennesker er behændige med betjening af mobiltelefonen, som efterhånden må anses for en nødvendig livsledsager for at kunne fungere i en kompliceret verden.

Idéen til programmet kom, da en niece til en af producenterne fik diabetes som 10-årig. Han kunne på sidelinjen se, at det gav anledning til problemer og konflikter, når der skulle beregnes kulhydrater og måles blodsukker. Dertil kom, at både variationslisten og skemaerne skulle huskes – også på en udflugt. Det var ikke altid lige nemt.

Da det nu er helt normalt at have sin telefon med overalt, ville det være et godt værktøj til at afhjælpe forglemmelser og beregningsvanskeligheder.

Som en sidegevinst viste der sig muligheden for, at forældre kunne kigge med på målingerne via nettet. Det fjernede nogle af de bekymringer og konflikter, der opstår, når forældre vil kontrollere en teenager.

Nøjagtig beregning af bolusinsulin

Patienter med type 1-diabetes behandles ofte med hurtigtvirkende insulin før måltider og langsomtvirkende insulin til natten. Insulindosis før måltidet, såkaldt bolusinsulin, kan med fordel varieres afhængigt af kulhydratmængden og det samtidige blodglukoseniveau før måltidet (1-4). Måltidsinsulin er den dosis insulin, der skal modsvare kulhydratindholdet i kosten, og korrektionsinsulin er den mængde insulin, der skal lægges til eller trækkes fra,

” Idéen til programmet kom, da en niece til en af producenterne fik diabetes som 10-årig. Han kunne på sidelinjen se, at det gav anledning til problemer og konflikter, når der skulle beregnes kulhydrater og måles blodsukker.

hvis blodglukosekoncentrationen er henholdsvis højere eller lavere end det fastsatte mål for blodglukose-niveauet. Fordelene ved at anvende måltidsinsulin og korrektionsinsulin er,

- at bolusinsulin kan beregnes ret nøjagtigt,
- at det bliver muligt at spise mere fleksibelt og varieret,
- at det bliver muligt i højere grad at forebygge hypo- og hyperglykæmi, og
- at det generelt giver bedre diabetesregulering (1-4).

Der foreligger nu et program til mobiltelefon til anvendelse af beregning af bolusinsulin til patienter i behandling med multiple insulininjektioner. Systemet benævnes DiabCalc.

Formålet med denne undersøgelse har været at vurdere kvaliteten af behandlingen vurderet på patienttilfredshed og på metabolisk kontrol, vægt og alvorlig hypoglykæmi ved anvendelse af systemet DiabCalc til mobiltelefon til beregning af bolusinsulin.

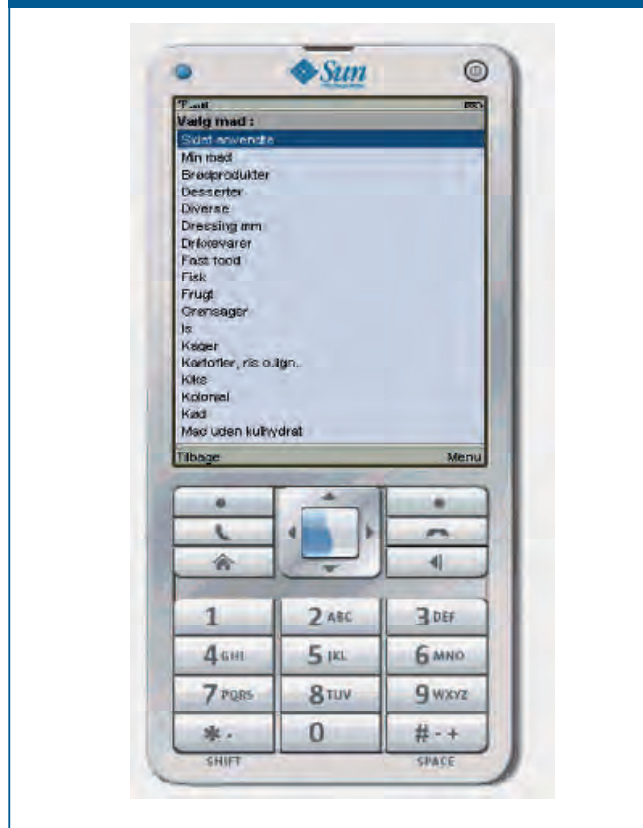
Materiale og metode

10 patienter med type 1-diabetes blev udvalgt fra ambulatoriet til at indgå i undersøgelsen. Ved patientudvælgelsen blev det forinden vurderet, om patienten kunne indlære og anvende programmet DiabCalc.

I mobiltelefonen er der af producenten indtastet kulhydratliste, så telefonen blot skal oplyses om sammensætningen af måltidet, hvorefter telefonen selv udregner den samlede kulhydratmængde. Se figur 1 her på siden.

Inden udregningerne af bolusinsulin kan foretages, indtastes patientens kulhydrat/insulin-ratio og patientens insulinsensitivitetsfaktor, se figur 2 side 51. Patientens kulhydrat/insulinratio (den mængde kulhydrat i gram, som omsættes af 1 enhed insulin) og patientens insulin-sensitivitetsfaktor (det fald i blodsuk-

Figur 1. Mobiltelefon med indtastet kulhydratliste



rer insulin-dosis

keret målt i mmol/l, som forventes ved injektion af 1 enhed ekstra hurtigtvirkende insulin) beregnes ud fra 500-reglen og 100-reglen (2).

Når måltidets sammensætning og blodsukkeret er indtastet, kan mobiltelefonen udregne dosis af bolusinsulin.

Når data er indtastet, gemmes data på mobiltelefonen med automatisk registrering af tidspunkt. Disse data kan med passende intervaller sendes til den personlige insulin-dagbog på internettet og dermed bringes frem på computer.

Blodsukkerregistreringerne kan på denne måde også gøres tilgængelige for andre, f.eks. behandlerne på sygehuset.

En fordel ved dette nye system kunne derfor være, at patienten ikke længere behøver at huske variationslister og diabetesdagbog. Mobiltelefonen er altid ved hånden, og med DiabCalc kan et godt forslag til insulinbolus straks rekvireres via mobiltelefonen.

Ved indgang i undersøgelsen og efter tre måneder blev patienterne vejjet, der blev taget HbA1C, og patienterne blev spurgt om antal tilfælde med alvorlig hypoglykæmi de sidste tre måneder. Alvorlig hypoglykæmi angives, hvis patienten har haft lavt blodglukoseniveau, hvor der har været behov for hjælp fra andre.

Figur 2. Mobiltelefon med indtastede basisdata



Tilfredshed måles via spørgeskema

Patienttilfredsheden blev vurderet ved hjælp af det validerede spørgeskema Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire (DT-SQ) change i dansk udgave (5,6). Tilfredshedsskemaet blev udfyldt efter tre måneders anvendelse af DiabCalc. Skemaet indeholder otte spørgsmål, der omhandler patientens tilfredshed med diabetesbehandlingen i forhold til en given behandlingsindsats, her mobilprogrammet. Man kan maksimalt opnå 3 point ved meget højere tilfredshed og minimalt -3 point ved meget mindre tilfredshed og 0 point, hvis indsatsen ikke giver ændring i tilfredsheden. I spørgsmål 1 angives, om man er meget mere/meget mindre tilfreds med behandlingen nu, i spørgsmål 4 angives, om behandlingen er meget mere/meget mindre bekvem/praktisk, i spørgsmål 5, om behandlingen er meget mere/meget mindre fleksibel, i spørgsmål 6, om man er meget mere/meget mindre tilfreds med sin forståelse af sin diabetes, i spørgsmål 7, om det er meget mere/meget mindre sandsynligt, at man vil anbefale behandlingen til andre, og spørgsmål 8, om man vil eller ikke vil fortsætte den nuværende behandling. Stigende patienttilfredshed giver stigende pointscore for disse spørgsmål, og der udregnes en samlet tilfredshedsscore ved at addere den enkelte score ved spørgsmål 1, 4, 5, 6, 7 og 8. Den samlede score kan maksimalt blive 18 ved meget høj tilfredshed og -18 ved meget lav tilfredshed.

I spørgsmål 2 anføres, om blodsukkeret har været uacceptabelt højt meget mere/meget mindre af tiden, og i spørgsmål 3 angives, om blodsukkeret har været uacceptabelt lavt meget mere/meget mindre af tiden nu. Stigende score vil for spørgsmål 2 og 3 være udtryk for vigende tilfredshed.

Der er udregnet median og interval for udvalgte data. Wilcoxon's non-parametriske test er anvendt ved sammenligning af parrede data.

Resultat

Tabel 1 her på siden angiver HbA1C, vægt og antal tilfælde med alvorlig hypoglykæmi (lavt plasmaglukose med behov for hjælp fra andre) før og efter tre måneders anvendelse af DiabCalc. Der er ingen forskel i de forskellige variabler før og efter anvendelse af DiabCalc.

Tabel 1. Variabler

	Før	Efter
Vægt (kg)	78,6 (60,6-124,7)	80,6 (62,3-119,5)
Antal tilfælde med alvorlig hypoglykæmi	0	0

Diverse variabler før og efter tre måneders anvendelse af DiabCalc (median og spændvidde).

► Tabel 2 her på siden viser patienttilfredshedsscoren vurderet ved DTSQc. For hvert enkelt spørgsmål og for den samlede patienttilfredshedsscore undtagen for fleksibilitet af behandlingen var der statistisk signifikant større tilfredshed efter kulhydrattælling med DiabCalc. Patienterne følte sig mindre generet af både hyper- og hypoglykæmi. Alle patienter ville anbefale DiabCalc til andre diabetikere.

Diskussion

Mobiltelefonen kan i dag nærmest anses for en integreret del af personligheden, især hos yngre mennesker. Vi præsenterer resultatet af en kvalitetsvurdering med fokus på patienttilfredsheden af et system til mobiltelefon DiabCalc, som anvendes til udregning af bolusinsulin til patienter med type 1-diabetes i behandling med multiinjektionsprogram.

Patienterne udtrykte stor tilfredshed med programmet på alle kvalitetsindikatorer, bortset fra at systemet ikke blev opfattet som mere bekvemt eller praktisk. Dog opfattede patienterne sy-

” Systemet synes at være et velegnet pædagogisk værktøj til indlæring af kulhydrattælling

stemet som mere fleksibelt, og patienterne ønskede at fortsætte på DiabCalc og anbefalede programmet til andre patienter med type 1-diabetes.

Der var ingen forskel i HbA1C eller vægt før og efter anvendelse af mobilprogrammet. Der var ingen tilfælde med alvorlig hypoglykæmi hverken tre måneder før eller i de tre måneder, hvor systemet blev kvalitetsvurderet. Dog angav patienterne færre gener betinget af hypoglykæmi, og også færre gener betinget af hyperglykæmi med mobilsystemet.

Undersøgelsen har vurderet den samlede indsats af indlæring og anvendelse af kulhydrattælling ved brug af programmet DiabCalc til mobiltelefon. Det er denne samlede indsats, som giver et løft i den patientoplevede kvalitet.

Systemet synes at være et velegnet pædagogisk værktøj til indlæring af kulhydrattælling. Patienterne er fri for at føre diabetes-

dagbog og kostregistreringsskema på papir, mobiltelefonen er lige ved hånden.

Målgruppen for fremtidig anvendelse af systemet vil være både yngre og ældre – men der forudsættes flair for teknik – som ved anvendelse af mobiltelefon.

Konklusion

Anvendelse af DiabCalc på mobiltelefon giver øget patienttilfredshed med øget fleksibilitet ved indlæring og anvendelse af kulhydrattælling. Der opleves færre gener i form af hypo- og hyperglykæmi, og patienterne anbefaler systemet til andre patienter med type 1-diabetes.

Som behandlere til patienter med type 1-diabetes har vi ofte mødt barrierer fra patienten i forhold til at foretage selve udregningen af sammenhængen mellem kulhydratmængde og insulinbehov – udregning af bolusinsulinosis. Mobilprogrammet har gjort det nemmere for patienten at få udregnet insulinbehovet. Ligeledes har det vist sig gavnligt, at variationslisterne altid er med patienten.

Yderligere har vi som behandlere oplevet, at vi kan være bedre forberedt til dialog med patienten, fordi blodglukose, kulhydratmængde og insulinforbrug er tilgængeligt, så snart patienten har sendt data fra sin mobiltelefon til den webbaserede logbog. Vi henter data fra det webbaserede mobilprogram, inden patienten møder i ambulatoriet.

Ulla Linding Jørgensen er specialeansvarlig diabetessygeplejerske, Charlotte Chrois Møller er diabetessygeplejerske, Inge Gram er klinisk diætist, alle Diabetes Ambulatoriet, Fredericia Sygehus. E-mail: ulla.linding.joergensen@slb.regionsyddanmark.dk

Overlæge, dr.med. Hans Gjessing har bidraget med statistisk bearbejdelse af materialet og kommentarer til manuskriptet.

Yderligere information herunder installation, pris m.m. om mobilprogrammet kan hentes på www.diabcalc.dk

Tabel 2. Patienttilfredshed			
Tilfredhedsspørgsmål		Tilfredhedsscore	
		Median	Interval
Sp 1.	Mere/mindre tilfreds med nuværende behandling	2 **	1-3
Sp 2.	Mere/mindre hyppigt med uacceptabelt højt blodsukker	-2 *	-3-2
Sp 3.	Mere/mindre hyppigt med uacceptabelt lavt blodsukker	-2,5 **	-3-1
Sp. 4.	Behandling mere/mindre bekvem/praktisk	1 ns	-3-3
Sp. 5.	Behandling mere/mindre fleksibel	2,5 **	1-3
Sp. 6.	Mere/mindre tilfreds med egen forståelse af diabetes	2 **	0-3
Sp. 7.	Mere/mindre sandsynligt, at jeg vil anbefale behandlingen	3 **	0-3
Sp. 8.	Mere/mindre tilfreds med at fortsætte nuværende behandling	2,5 **	1-3
Samlet tilfredshedsscore (Sp.1+Sp.4+Sp.5+Sp.6+Sp.7+Sp.8)		11,5 **	3-18
* p<0,05, **p<0,01, ns. ikke signifikant.			
Patienttilfredshed vurderet ved Diabetes Treatment Satisfaction Score change (DTSQc) efter tre måneders anvendelse af mobilprogram til kulhydrattælling. Maksimal score er 3, minimal -3. Scoren 0 opnås ved ligeværdighed. Samlet tilfredshedsscore opnås ved at addere scoren for spørgsmål 1, 4, 5, 6, 7 og 8.			

Litteratur

1. Nutrition recommendations and interventions for diabetes. A position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2008; 31 suppl.1: 61-78.
2. Schelde B. "Carbohydrate counting" – en ny tendens i diabetesbehandlingen. *Diætisten* 2004;68:9-11.
3. DAFNE Study Group. Training in flexible, intensive insulin management to enable dietary freedom in people with type 1 diabetes: dose adjustment for normal eating (DAFNE) randomised controlled trial. *BMJ* 2002;325:746-52.
4. K. Nørgaard, Rossing P, Andersen HU, Poulsen PL, Hansen KW, Pedersen-Bjergaard U, Jensen BS, Ehlers G, Rasmussen A, Nicolaisen A, Drivsholm T, Bagger M. Kliniske retningslinier for behandling af voksne med Type 1 diabetes. www.endocrinology.dk > links > kliniske retningslinjer for Type 1 DM 2010
5. Bradley C. The Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire: DTSQ. In Bradley C (Ed.) *Handbook of Psychology and Diabetes: A guide to psychological measurement in diabetes research and practice*. Chur: Harwood Academic Publisher;1994.
6. Bradley C. The diabetes treatment satisfaction questionnaire (DTSQ): change version for use alongside status version provides appropriate solution where ceiling effects occur. *Diabetes Care* 1999;22:530-2.
7. Nørgaard K Fokus ved behandling af type 1-diabetes. *Lægemagasinet-7-2010* s.4-7.

English abstract

Jørgensen UL, Møller CC, Gram I. Mobile phone calculates insulin dose. *Sygeplejersken* 2011;(19):50-53.

Background: Carbohydrate counts are used to optimize treatment in patients with Type 1 diabetes. Now there is a mobile phone app, DaibCalc, to teach patients how to use carbohydrate counting.

Purpose and objective: To assess patient satisfaction and metabolic control using DaibCalc for learning how to use carbohydrate counting in patients with Type I diabetes.

Design and methods: Patient satisfaction was measured using the validated Danish version of the Diabetes Treatment Satisfaction Score Change questionnaire. Patient satisfaction and metabolic data were compared at baseline and three months after introducing DiabCalc.

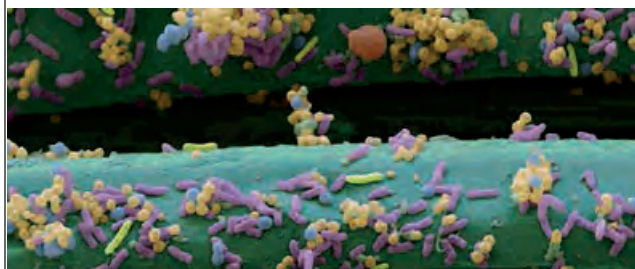
Results: Patient satisfaction increased significantly three months after the introduction of DiabCalc. The patients experienced an increased flexibility in treatment, and recommended the app to others. The patient suffered fewer and milder hypo- and hyperglycemia symptoms. There was no difference in metabolic control or weight.

Conclusion: the DiabCalc phone app was found to be very suitable for learning about and using carbohydrate counting. The program was found to be suitable for use in clinical practice for persons with an aptitude for using mobile telephones.

Key words: Type I diabetes, patient satisfaction, mobile phones.

Sorbact®

Grøn sårbehandling



Elektronmikroskopisk billede af Sorbact's overflade med *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* og *Candida albicans* bundet til den unikke overflade.

- ✓ Ingen påvist resistensudvikling
- ✓ Ingen miljøpåvirkning
- ✓ Til alle typer sår
- ✓ Effektivt og økonomisk
- ✓ Veldokumenteret

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

Fordele er, at man får en effektiv behandling uden risiko for resistensudvikling og negative miljøkonsekvenser.

Sorbact-serien består af kompres, meche, absorptionsforbinding, gazevisker og kirurgisk forbinding med sårpude - alle i flere forskellige størrelser.

- Binder ved væskende, koloniserede og inficerede sår
- Behandler svampeinfektion i hudfolder
- Beskytter og reducerer risikoen for infektion i "rene" sår



Kontakt os for yderligere information eller vejledning.



Distribution:

Mediq Danmark A/S - Tlf. 36379200
Abena A/S - Tlf. 74311818
Danpleje One Med A/S - Tlf. 86109109

ABIGO Pharma A/S . Kundeservice: tlf. +45 4649 8676 . www.abigo.dk

Kør bil med BAUTA



Har du styr på din bilforsikring?

Du kan her se priseksempel på en bilforsikring i BAUTA, hvis du er elitebilist og bor i postnumrene 6040, 7900, 8300 og 9240. Prisen dækker over en helårlig betaling med en selvrisiko på 5.420 kr. i 2011:

Skoda Fabia 1,4
årlig pris = 3.356 kr.

Kia Cee'd 1,6 diesel
årlig pris = 3.609 kr.

Toyota Aygo 1,0
årlig pris = 3.119 kr.

Mazda 2 1,2
årlig pris = 3.356 kr.

En bilforsikring hos BAUTA giver dig klare fordele:

- Forsikringen stiger ikke i pris efter skader
- Du bliver allerede elitebilist efter fem års skadefri kørsel
- Tilvalg: Billig vejhjælp og friskadedækning
- Aldersrabat: Kaskoprisen reduceres med 6, 15 og 20% når din bil er fyldt 5, 10 og 15 år.

Du skal tegne LB's attraktive Indboforsikring, for at kunne tegne den billige bilforsikring. Læs mere på www.bauta.dk



BAUTA FORSIKRING A/S

www.bauta.dk · Tlf.: 3315 1545

Selvvalgt forebyggelse giver mere mening

AF BIRGITTE MORTENSEN, SYGEPLEJERSKE, MVO

Projektet viser, hvordan sygeplejersker, der arbejder selvstændigt med patienter i ambulansetrombolysebehandling, kan medvirke til, at forebyggelse bliver meningsfuld, når patienten under vejledning i ambulatoriet selv vælger sit indsatsområde for forebyggelse.

Døren til stuen går op, en bære med en ældre herre bliver kørt ind af en portør. På stuen står en bioanalytiker, en læge og en sygeplejerske klar til øjeblikkeligt at begynde hver deres gøremål, for at patienten om muligt i løbet af ca. 35 minutter kan påbegynde behandling med trombolysemedicin. Denne artikel beskriver, hvordan vi i Roskilde arbejder med forebyggelse af ny apopleksi.

Vi er en gruppe af sygeplejersker, inklusive den kliniske udviklingssygeplejerske, der har speciel interesse for patienter, som indlægges til trombolysebehandling, og i særdeleshed for, hvordan en ny apopleksi hos patienten kan forebygges.

Forebyggelse og sundhedsfremme

I 2008 nedsatte regeringen Forebyggelseskommissionen, der skulle komme med forslag til en styrket indsats på forebyggelsesområdet og dermed en reduktion af omkostningerne ved livsstilssygdomme. Hvad man i forvejen vidste, var, at 40 pct. af alle

” Når patienten kommer til kontrol i ambulatoriet, fylder den akutte oplevelse stadig en del, og han er meget motiveret for at deltage i planlægningen af egne indsatsområder for at undgå genindlæggelse.

sygdomme og tidlige dødsfald skyldes forkert kost, rygning, alkohol og for lidt motion. Målet var derfor at øge danskernes midlelvetid med tre år (1). I Den Danske Kvalitetsmodels standarder, der blev overdraget til sygehusene i august 2009, er der standarder omhandlende forebyggelse og sundhedsfremme (2). I standard 2.16.1 fremgår det, at der skal forefindes politikker for forebyggelse og sundhedsfremme, og i 2.16.2, at den sundhedsmæssige risiko skal identificeres med netop det formål at iværksætte relevante aktiviteter sammen med patienten, som kan medvirke til at fremme patientens sundhedstilstand. I lægejournalen er det en selvfølge at dokumentere, om patienten er ryger og har et alkoholforbrug, og nu er det blevet en standard for god kvalitet i sundhedsvæsenet, at den sundhedsfaglige person forholder sig til disse oplysninger, og derfor noget, den enkelte afdeling i et samarbejde med patienten er nødt til at fokusere på.

Trombolysebehandling i Danmark

Til trods for at rigtig mange danskere kender til forkert livsstilsindflydelse på hjerte- og karsygdomme, så rammer apopleksi ca. 13.000 danskere om året, hvoraf omkring 750 bor i Region Sjælland. Førstegangsinlæggelser forbruger 200.000 sengedage om året på sygehusene (3). Risikoen for en blodprop, når man har fået en advarsel i form af en forbigående forstyrrelse af blodtilførslen til hjernen, et transient ischaemic attack (TIA), er 10-12 pct. årligt (4). Siden 2004 har det i Danmark været muligt at give trombolysebehandling, der medvirker til reducere af patientens symptomer og er den første egentlige behandling rettet direkte mod blodproppen. Trombolysebehandlingen bygger på resultaterne af randomiserede kliniske studier (5,6,7). Denne behandling blev indført som en fast procedure pr. 1. september 2008 i Roskilde. I begyndelsen skulle behandlingen iværksættes senest tre timer efter symptomdebut, men siden 1. januar 2010 er behandlingsvinduet øget til fire og en halv time.

Sygeplejeledet ambulansetrombolysebehandling

Når den ældre herre på båret har fået sin trombolysebehandling og forhåbentlig i løbet af få dage kan udskrives uden nævneværdige symptomer, har han under indlæggelse fået udleveret en folder med skriftlig information om livsstilsændring og forebyggelse. Ved udskrivelsen får han desuden en tid til at komme i trombolyseambulatoriet tre måneder senere, hvor han vil møde en sygeplejerske. Når patienten kommer til kontrol i ambulatoriet, fylder den akutte oplevelse stadig en del, og han er meget motiveret for at deltage i planlægningen af egne indsatsområder for at undgå genindlæggelse. Som en del af ambulatoriebesøget registrerer sygeplejersken data til den internationale database Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke (SITS) om, hvordan patientens funktionsniveau er (figur 1). Formålet med registrering er at belyse, om der i Danmark opnås samme sikre behandlingsresultat og bivirkningsforekomst som dem, der er opnået i hidtidige undersøgelser. I Roskilde har det vist sig at være hensigtsmæssigt, at det er en sygeplejerske, der ser patienten til tremånederskontrollen, så der bliver mulighed for at vejlede om forebyggelse og sundhedsfremme. Seks trombolyse-sygeplejersker er oplært til at varetage opgaven. De er alle oplært af den samme sygeplejerske for at sikre så stor overensstemmelse som muligt i den mundtlige information og vejledning, patienterne får.

Systematisk litteratursøgning

Samtidig med at trombolyse-sygeplejerskerne begyndte at få ansvar for patienter i ambulatoriet, undersøgte den kliniske udviklingssygeplejerske ved en systematisk litteratursøgning, om apopleksi-patienter andre steder bliver informeret om sekundær ►

► forebyggelse, og om de er i stand til at efterleve anbefalingerne efter udskrivelsen. Det meste af den fundne litteratur handlede om risikofaktorer og medicinsk forebyggelse. Det var meget sparsomt med litteratur, der handlede om information til patienten under indlæggelsen samt vurdering af effekten af den givne information. I en engelsk undersøgelse havde man udarbejdet en forebyggelsesplan, som bl.a. sigtede mod at give patienten viden om forebyggelse, så han blev i stand til selv at tage kvalificerede beslutninger (8). En dansk undersøgelse af godt 300 københavnere fra 2004 til 2008 viste, at patienter med få symptomer efter en apopleksi er i stand til med vejledning fra en sygeplejerske at ændre livsstil (9).

Interviewguide skal forebygge og prioritere

På baggrund af litteratursøgningen samt interviews med de første 45 patienter i perioden december 2008 til september 2009 udarbejdede vi en egentlig interviewguide til hjælp for sygeplejerskerne, der varetager tremånederskontrollen. Guiden har til formål at målrette spørgsmålene til patienterne, så deres viden om forebyggelse af apopleksi og motivation for livsstilsændringer afdækkes. Den første del af spørgsmålene belyser, om patienten har modtaget afdelingens skriftlige information om forebyggelse, samt om patienten kender forebyggelsesrådene om bl.a. kost, rygning, alkohol og motion (figur 2). Kontrollen omhandler bl.a. blodtryk, vægt, livvidde, rygning og alkohol- og motionsvaner. Den sidste del af spørgsmålene hjælper patienten med at prioritere, hvilke eller hvilket forebyggelsestiltag der vil give mening for patienten at fokusere fremadrettet på (figur 3). Der kan godt være flere områder, hvor patienten ifølge retningslinjerne har behov for livsstilsændringer, men det pointeres af trombolysesygeplejerskerne, at det er vigtigt at være realistisk mht. udvælgelsen, af antallet af ændringsområder, så patienten har kræfter til det og kan holde motivationen oppe til at arbejde med de prioriterede områder.

Personalet kan blive bedre til at informere

Vi har interviewet 191 patienter mellem december 2008 og 1. september 2011, der har været til kontrol i ambulatoriet og er blevet vejledt af sygeplejerskerne vha. interviewguiden. Af dem kan 66 pct. af de adspurgte patienter ikke huske, at de under indlæggelsen har modtaget folderen om forebyggelse (figur 4). Af de patienter, der angav at havde modtaget den skriftlige information, havde 71 pct. læst informationen (figur 5). På baggrund af disse to observationer kan vi konkludere, at personalet kan

blive bedre til at informere om og udlevere den skriftlige patientinformation om livsstilsændringer under indlæggelsen. Det er ligeledes relevant at gentage informationen om forebyggelsesrådene ved tremånederskontrollen i ambulatoriet, da patienten på det tidspunkt er ude af den akutte fase og derfor må formodes bedre at kunne modtage informationen. Interviewguiden ved tremånederskontrollen bruges fortsat til at sikre, at sygeplejersken kommer igennem forebyggelsesrådene, og patienten får målrettet sin egen indsats.

Opfølgende telefonopkald

Sygeplejerskens subjektive indtryk er, at det giver mening for patienten under vejledning fra sygeplejersken at vælge egne indsatsområder for livsstilsændringer. Det er baseret på, at mange af patienterne ved fremmødet i ambulatoriet udtrykker lettelse over at være kommet igennem sygdomsforløbet, samt at de gerne sammen med sygeplejersken vil være med til at vælge egne

» Sygeplejersken guider patienten til kun at vælge det, der virker overskueligt for patienten i den nuværende livssituation og ud fra patientens ressourcer.

indsatsområder for livsstilsændringer. Sygeplejersken guider patienten til kun at vælge det, der virker overskueligt for patienten i den nuværende livssituation og ud fra patientens ressourcer.

Mange af patienterne vælger uden videre medicinændring som et indsatsområde for forhøjet blodtryk, hvorimod en ændring af taljemål ikke altid er det først valgte indsatsområde. Det kunne godt indikere, at nogle ændringer er nemmere at tackle end andre, da ikke alle ændringer kræver den samme personlige indsats.

Fra september 2009 til juni 2010 blev 50 patienter, der allerede havde været til tremånederskontrol i trombolyseambulatoriet, også ringet op efter seks måneder. Hensigten var at undersø-

Figur 1. Nedenstående funktionsbeskrivelse registreres ved tremånederskontrollen af patienten i trombolysebehandling

Score	Beskrivelse	Sæt kryds
0	No symptoms at all	
1	No significant disabling symptoms	
2	Slight disability	
3	Moderate disability	
4	Moderate severe disability	
5	Severe disability	
6	Dead	
7	Alive, Ranking unknown	
8	Unavailable	

Figur 2. Udpluk fra interviewguide om forebyggelse. Gennemgang af forebyggelsesrådene:

11. Er du klar over, at rygestop nedsætter risikoen for en apopleksi? Ja Nej

*FAKTA til sygeplejersken:
Risikoen for en apopleksi er for rygere 2-4 gange højere end for ikke-rygere.*

12. Kender du sundhedsstyrelsens anbefalinger med hensyn til indtagelse af alkohol? Ja Nej

*FAKTA til sygeplejersken:
Ikke over 14 genstande om ugen som mand og ikke over 7 genstande om ugen som kvinde. Et højt alkoholindtag giver en øget risiko for en ny apopleksi.*

13. Er du klar over, at fysisk aktivitet nedsætter risikoen for en apopleksi? Ja Nej

*FAKTA til sygeplejersken:
Fysisk aktivitet, der øger din hvilepuls til det dobbelte et par gange om dagen, nedsætter risiko for blodpropsygdøm og reducerer blodtryk og kolesterol.*

Figur 3. Udpluk fra interviewguide om forebyggelse. Mål for ændring af livsstil:

2. Blodtryk (Mål f.eks. at arbejde mod et blodtryk på maks. 140/90, gå til kontrol hos egen læge)

Relevant at arbejde med

Ikke relevant at arbejde med

Status:

Patienten motiveret for ændringer

Patienten ikke motiveret for ændringer nu

Mål:

Hvordan opnås målet?:

3. Rygning (Mål f.eks. at nedsætte forbruget til maks. 5 cigaretter dagligt eller stoppe helt)

Relevant at arbejde med

Ikke relevant at arbejde med

Status:

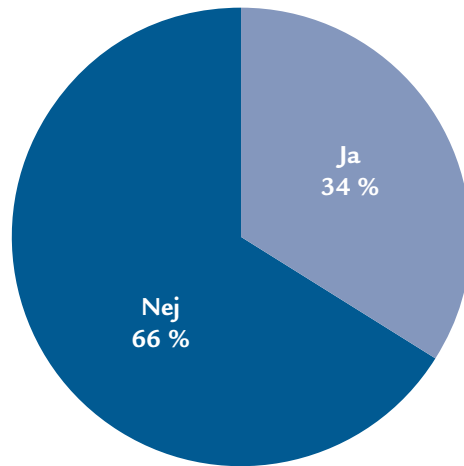
Patienten motiveret for ændringer

Patienten ikke motiveret for ændringer nu

Mål:

Hvordan opnås målet?:

Figur 4. Svar på spørgsmålet: Fik du udleveret en folder om forebyggelse ved udskrivelsen/overflytningen?



ge, om patienterne stadig fokuserede på livsstilsændringer efter seks måneder. Patienten blev af sygeplejerskerne stillet spørgsmål efter det samme spørgeskema som ved tremånederskontrollen om bl.a. blodtryk, vægt, livvidde, rygning og alkohol- og motionsvaner. Da patienterne sad parate ved telefonen og havde alle data vedrørende livsstilsændringer eller manglende ændringer klar, var det sygeplejerskens opfattelse, at en stor del af disse patienter var glade for at blive ringet op, og at det var med til at fastholde fokus på livsstilsændringer. Patienterne brugte den telefoniske kontakt til at stille sygeplejersken spørgsmål om, hvordan de kunne arbejde videre med ændringerne eller komme i gang med nye.

Nyt projekt om blodtryksbehandling

I den danske undersøgelse (9) fremgår det, at en nedsættelse af blodtrykket kunne reducere antallet af indlæggelser på baggrund af apopleksi med 40 pct. Imidlertid skete der ingen reduktion i blodtrykket, hovedsagelig fordi patienten skulle have blodtrykket

” Patienterne brugte den telefoniske kontakt til at stille sygeplejersken spørgsmål om, hvordan de kunne arbejde videre med ændringerne eller komme i gang med nye.

reguleret hos egen læge, og det krævede, at patienten tog kontakt til lægen. Godt 50 pct. af de patienter, der indtil nu er set i trombo-lyseambulatoriet, har forhøjet blodtryk ved besøget, hvilket vil sige, at blodtrykket er over 140/90. I et fremtidigt projekt vil vi gøre det muligt for sygeplejersken i ambulatoriet at kombinere infor-

mation om forebyggelse af apopleksi og livsstilsændringer med at sætte patienten i sufficient blodtryksregulerende behandling. På den måde håber vi på længere sigt at kunne mindske andelen af trombolyserede patienter med forhøjet blodtryk.

Birgitte Mortensen er ansat som klinisk udviklings- og sygeplejerske, på Neurologisk Afdeling i Roskilde; bmt@regionsjaelland.dk

Litteratur

1. Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats, Vi kan leve længere og sundere, april 2009, Sekretariatet for forebyggelse, Slotsholmsgade 10-12, 1216 København K.
2. DDKM, akkrediteringsstandarder for Sygehuse, Version 1, august 2009, Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, s. 175-181.
3. Evaluering af apopleksibehandling i Danmark 1990-2000. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2002. (www.cemtv.dk/publikationer/docs/apopleksi/apopleksi.pdf)
4. Boysen G, Nyboe J, Appleyard M et al. Stroke incidence and risk factors for stroke in Copenhagen, Denmark. *Stroke* 1988;19:1345-53.
5. The National Institute of Neurological Disorders and stroke, rt-PA stroke Study Group. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. *N Engl J Med* 1995;333:1581.
6. Hacke W, Kaste M, Fieschi C. Intravenous thrombolysis with recombinant tissue plasminogen activator for acute hemispheric stroke. The European Cooperative Acute Stroke Study (ECASS), *JAMA* 1995;274:1047-25.
7. Hacke W, Kaste M, Fieschi C, et al. Randomised double-blind placebo-controlled trial of thrombolytic therapy with intravenous alteplase in acute ischaemic stroke (ECASS II) *Lancet* 1998;352:1245-51.



AARHUS
UNIVERSITET

INSTITUT FOR FOLKESUNDHED

Informationsmøder om Kandidatuddannelsen i Sygepleje & Masteruddannelsen i Klinisk Sygepleje

Tirsdag, den 29. november 2011, kl. 14-17
Campus Emdrup, AU
Bygning A, lokale 200
Tuborgvej 164, 2400 København NV

Torsdag, den 1. december 2011, kl. 14-17
Afdeling for Sygeplejevidenskab,
Aarhus Universitet
Auditoriet
Høegh-Guldbergs Gade 6, 8000 Aarhus C

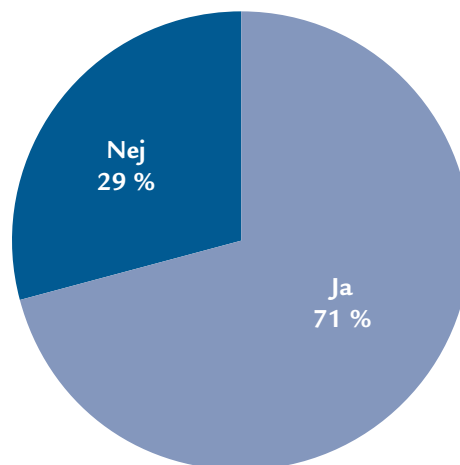
Studieleder Kirsten Frederiksen, adjunkt Bente Martinsen og AC-fuldmægtig, cand. cur. Randi Olsen informerer om Kandidatuddannelsen i Sygepleje og Masteruddannelsen i Klinisk Sygepleje. Herefter fortæller dimittender, hvad uddannelserne kan bruges til. Afdeling for Sygeplejevidenskab byder på kaffe og kage, og der vil være mulighed for at stille spørgsmål om uddannelserne.

Bemærk venligst at Kandidatuddannelsen i Sygepleje fra september 2012 både udbydes i Aarhus og København.

Med venlig hilsen
Afdeling for Sygeplejevidenskab
Aarhus Universitet

Tilmelding senest mandag den 21. november til sekretær Helle Nielsen
hn@sygeplejevid.au.dk
med oplysning om sted for deltagelse.

Figur 5. Svar på spørgsmålet: Har du læst udskrivelsesfolderen om forebyggelse?



8. Redfern J, Rudd A, Wolfe C et al. Stop Stroke: Development of an innovative intervention to improve risk factor management after stroke. Patient education and counselling 72, 2008.201-9.
9. Hornes N. Risk factors after stroke how to improve secondary prevention, Faculty of Health Sciences, University of Copenhagen, 2010;1-64.

English abstract

Mortensen B. How we work with prevention. Sygeplejersken 2011;(19):55-8.

The article describes a project where nurses are responsible for preventative and health promotive aspects of outpatient controls for stroke patients in thrombolysis therapy. The project has shown that most patients in thrombolysis therapy at the Department of Neurology, Roskilde Hospital, who receive information during admission, know about preventative dietary, alcohol and exercise advice. Following acute admission, it is meaningful for the patient to be able to choose the areas on which to concentrate. The project shows that staff could be better at providing written information concerning prevention while the patient is admitted. Nurses working with thrombolysis therapy are planning a new study to address a need for increased preventative efforts concerning hypertension.

Key words: Prevention, prophylaxis, stroke, lifestyle changes, nursing.

VIDENSKAB SYGEPLEJE

Rodkjaer L, Sodemann M, Ostergaard L, Lomborg K.

Disclosure decisions: HIV-positive persons coping with disease-related stressors.

Qualitative Health Research, 21(9), 1249-1259. Copyright© (2011) by Sage Publications, Inc.

Reprinted by permission of SAGE Publications, Inc.

Overvejelser om åbenhed om hiv-status: Mestring af sygdomsrelateret stress hos hiv-positive

AF LOTTE ØRNEBORG RODKJÆR, SYGEPLEJERSKE, MPH, PH.D., MORTEN SODEMANN, LÆGE, PH.D., LARS ØSTERGAARD, LÆGE, DR.MED., PH.D. OG KIRSTEN LOMBORG, SYGEPLEJERSKE, PH.D.

Artiklen ”Overvejelser om åbenhed om hiv-status: Mestring af sygdomsrelateret stress hos hiv-positive” af Lotte Rodkjær, Morten Sodemann, Lars Østergaard og Kirsten Lomborg har tidligere været publiceret i *Qualitative Health Research* 2011; 21(9), 1249-1259. Artiklen publiceres på dansk i *Sygeplejersken med tilladelse fra SAGE Publications, Inc. Copyright© (2011) by Sage Publications, Inc.* Artiklen har været gennem dobbeltblindt review inden publicering i *Qualitative Health Research*.

Dødeligheden for personer med human immunodeficiency virus (hiv) er faldet betydeligt i de seneste år som resultat af forbedret medicinsk behandling (1,2,3,4). Selvom antiretroviral behandling (HAART) har ændret hiv fra en dødelig til en kronisk sygdom (5), har dette ikke ændret offentlighedens syn på sygdommen (6). Det faktum, at hiv stadig er en særdeles stigmatiseret sygdom verden over (7), er også gældende i Danmark. Selvom stigma og tabuer er aftaget i de sidste årtier, er næsten hver fjerde dansker stadig angst over for direkte kontakt med en hiv-positiv person. Hver femte hiv-positiv har fortalt nogle få – to eller færre – at de er smittede, og hver tredje hiv-positiv er bekymret for, om deres omgangskreds bliver bekendt med deres hiv-status (8,9).

Det er veldokumenteret, at det er en psykisk belastning at få diagnosen hiv. Det er hos de fleste personer altid en traumatisk omvæltning i livet (10). Problemer i forbindelse med diskrimination og stigmatisering komplicerer tilpasningsprocessen, hvor den enkelte skal vænne sig til at leve med hiv. Det er blevet påpeget, at der er behov for at implementere holistiske behandlinger, der tilgodeser de psykologiske, spirituelle og fysiske dimensioner af at leve med sygdommen hiv (11).

Oplevelsen af stigma og diskrimination kan bidrage til stress og tilpasningsvanskeligheder blandt dem, der lever med hiv (12,13,14). Det er veldokumenteret, at hiv-positiv oplever flere stressende begivenheder i livet. At leve med sygdommen giver adskillige udfordringer, og det er for mange en overvældende belastning, som den enkelte ikke nødvendigvis har ressourcerne til at mestre. Dette kan hæmme den psykologiske tilpasning til at leve med sygdommen som en integreret del af livet (15,16). Da hiv-positiv måske reagerer på stigma ved at skjule deres sygdom for andre, kan bekymringer omkring konsekvenser af uagtsom afsløring af sygdommen desuden direkte påvirke evnen til at drage omsorg for sig selv. Flere studier gør opmærksom på vigtigheden af, at stigma påvirker den enkeltes tilpasning til at leve med hiv (17,18). Psykologiske faktorer kan også have en indvirkning på udvikling af hiv, og stressende episoders påvirkning af immunfor-

Resumé

Ørneborg Rodkjær L, Sodemann M, Østergaard L, Lomborg K. Overvejelser om åbenhed om hiv-status: Mestring af sygdomsrelateret stress hos hiv-positive. *Sygeplejersken* 2011;(19):x-x.

Formålet med dette studie var at undersøge, hvordan danske hiv-positiv lever med deres sygdom med fokus på hiv-relaterede stressfaktorer. Ved hjælp af klassisk grounded theory analyserede vi data fra dybdegående interview med 16 hiv-positiv personer. Undersøgelsen viste, at personerne vedvarende havde overvejelser om, hvem de skulle fortælle om deres hiv-status og om konsekvenserne af både åbenhed og hemmeligholdelse. Disse overvejelser gav anledning til bekymring og var en afgørende faktor for udvikling af stress. Via analysen nåede vi frem til, at overvejelserne om åbenhed kunne deles op i tre forskellige strategier: (a) åbenhed; (b) begrænset åbenhed; og (c) ingen åbenhed. Graden af åbenhed udgjorde et kontinuum, og ingen af de tre strategier kunne i sig selv lette hiv-relateret stress. Teorien beskriver de bestemmende faktorer og konsekvenser af hver enkelt strategi og viser, at dét at leve med hiv lige så vel er et psykosocialt problem som et fysisk og medicinsk problem. Overvejelser om åbenhed om hiv-status er en vedvarende udfordring og potentiel stressfaktor. Undersøgelsen peger på, at hiv-positiv vil kunne have glæde af løbende at drøfte overvejelser om åbenhed om hiv-status, fordi det vil kunne hjælpe til at reducere hiv-relateret stress og dermed forebygge depression.

Vores undersøgelse påviser vigtigheden af gentagne, individuelle overvejelser om åbenhed og tilbyder et teoretisk grundlag for en sundhedsprofessionel intervention beregnet til at hjælpe personer, der lever med hiv til at træffe de bedst mulige personlige valg med hensyn til åbenhed og derved reduktion af hiv-relateret stress.

Nøgleord: Depression, åbenhed, grounded theory, hiv, aids, kvalitativ forskning, stress, bekymring

svaret, såsom CD4- tal, er rapporteret (10). Sammenhængen mellem hiv og depression tillægges flere forklaringer, deriblandt ringere kognitiv og fysisk funktion pga. hiv, bivirkninger til hiv-behandlingen, (19,20,21), helbredsrelateret angst og stress, hiv-relateret stigma og social isolation/ensomhed (22,23).

Danske forskere har fundet frem til, at selvrapporterede, følelsesmæssige belastninger såsom skyld, skam, stress, ensomhed, et dobbeltliv med hemmeligholdelse af hiv og stigma følelsesmæssigt påvirker hiv-positiv personers hverdag og i betydelig grad er forbundet med depressive symptomer (22). Disse følel-

ser er svære at definere. F.eks. kan stress indebære mange tilstande: Det kan dreje sig om selve belastningen, de fysiske og mentale forandringer, der sker i kroppen, og den enkeltes følelse af utilstrækkelighed. Stress kan føre til depression, og depression er dokumenteret som den mest almindelige psykiske lidelse, hiv-positive personer oplever (24,25,26,27).

For at undersøge perspektivet fra den hiv-positives synsvinkel og dermed belyse helheden i denne problemstilling (28) var formålet med dette studie at undersøge, hvordan hiv-positive i Danmark lever med sygdommen med fokus på stressfaktorer med relation til hiv.

Metode

Vi anvendte et klassisk grounded theory design (29,30,31). Metodologiens teoretiske grundlag var symbolsk interaktionisme, og formålet var at udvikle en teori om det undersøgte fænomen ud fra de indsamlede empiriske data.

Deltagere

Deltagere blev rekrutteret fra et infektionsmedicinsk ambulatorium i Danmark. Ambulatoriet behandler 11 pct. af det totale antal af hiv-positive i Danmark. Alle deltagerne havde deltaget i et spørgeskemabaseret tværnsnitsstudie om hiv og depression i 2008 på samme ambulatorium. Der var 16 hiv-positive personer, som deltog i undersøgelsen, og de havde forskellige karakteristika. Deltagerne omfattede kvinder og mænd, heteroseksuelle og homoseksuelle, unge og ældre, nogle med depression og nogle uden samt personer, som blev diagnosticeret med hiv før og efter 1996, hvor antiretroviral behandling blev introduceret.

Indsamling af data

Data blev indsamlet gennem dybdegående, semistrukturerede, individuelle interview. Alle interview blev udført af førstnævnte forfatter i perioden fra marts til august 2009 og varede omkring 1½ time hver. Interviewene startede med et par åbne spørgsmål, som tillod personerne at fortælle med egne ord, hvordan det var at leve med hiv. Derefter styrede nogle forudbestemte temaer interviewet, idet vi fokuserede på (a) lettelser/hindringer i livet med hiv; (b) strategier til at klare livet med hiv; og (c) stress og depression. Interviewguiden var fleksibel og blev udviklet sideløbende gennem processen med dataindsamling og analyse. Umiddelbart efter hvert interview opsummerede interviewer en generel forståelse af deltagerens udsagn, og deltageren blev bedt om at uddybe og/eller rette potentielle misforståelser.

Analyse

Digitale lydoptagelser af interviewene blev transskriberet ordret og lagt ind i computerprogrammet NVivo 8 (32). Den systematiske datastyring og søgefunktion i dette program hjalp os til at strukturere og behandle vores data (33). Analyseprocessen indbefattede åben, selektiv og teoretisk kodning. I den åbne kodningsproces blev det transskriberede induktivt analyseret linje for linje, og adskillige koder blev udviklet. Dernæst blev de åbne koder samlet i kategorier. Efter en analyse af de seks første interview viste kernekategorien "at tage individuelle beslutninger omkring åbenhed" sig at have overordnet betydning og at være pålideligt funderet i deltagerens udsagn. Da først kernekategorien var fundet, blev analysen selektiv i henhold til denne kategori. Underkategorier og disses egenskaber blev udviklet vha. yderligere dataindsamling og løbende sammenligning af data som helhed. I den teoretiske fase af analysen blev forholdet mel-

lem kernekategorien og dens underkategorier fastlagt og beskrevet. Processen fortsatte, indtil der ikke fremkom nye egenskaber, og teoretisk mætning var nået. I overensstemmelse med grounded theory (29) blev der skrevet noter og refleksioner (memos) under hele den analytiske proces for at dokumentere opståede idéer omkring kategorier og antagelser om disses forhold. Først- og sidstnævnte forfatter arbejdede sammen og diskuterede den analytiske proces vha. data og noter under hele analysen.

Etiske overvejelser

Undersøgelsen blev godkendt af Videnskabsetisk Komite og Datatilsynet. Før interviewet blev deltagerne præsenteret for undersøgelsen og informeret om, at alle oplysninger ville være fortrolige, samt at det på ingen måde ville påvirke deres adgang til behandling, hvis de ikke ønskede at deltage. Derudover blev de bekendt med deres ret til at trække sig fra interviewet når som helst. Deltagerne underskrev en samtykkeerklæring, der beskrev studiets formål og understregede fortrolighed, samt at interviewet ville blive optaget digitalt og transskriberet.

Fund

En analyse af, hvordan hiv-positive tilpasser sygdommen til deres liv, afslørede detaljerede oplysninger om sygdomsrelaterede stressfaktorer. Deltagerens største problem var at "foretage individuelle beslutninger omkring åbenhed" med det formål at skabe balance i deres nuværende situation. De tre forskellige strategier for åbenhed gav anledning til forskellige dilemmaer og mulige stressfaktorer. De tre strategier var: (a) åbenhed (åben); (b) begrænset åbenhed (delvis åben); (c) ingen åbenhed (lukket). Ingen af strategierne lettede automatisk hiv-relateret stress, idet overvejelser om åbenhed om hiv-status var en vedvarende udfordring og potentiel stressfaktor.

Beslutningsprocessen omkring åbenhed blev påvirket af individuelle faktorer og faktorer i det sociale miljø. At involvere andre i deres hiv-status kunne frembringe ængstelse og føles som en trussel mod deltagerens personlige trivsel, da hiv stadig forbindes med stigma og fordomme. En kvindelig deltager sagde:

"Folk har så mange fordomme, fordi det drejer sig om ens seksualitet, og fordi de tror, man har været promiskuøs. Jeg tror, der vil gå år, før den holdning ændres. Måske når der udvikles en vaccine, så man ikke kan overføre det til andre ... Hvis det drejer sig om diabetes eller cancer, har folk ondt af dig, men det er ikke nødvendigvis tilfældet, hvis du fortæller, at du har hiv."

Det tog megen tid og energi at finde og opretholde den følelsesmæssige balance i livet og acceptere dét at være hiv-positiv. I et samfund, der stigmatiserer sygdommen, var det nødvendigt at indarbejde en ny personlig identitet som "én der lever med hiv". Hvad enten den hiv-positive ønskede det eller ej, skulle vedkommende finde en slags balance, "knække sin personlige kode", eller "finde fred med sig selv" i forhold til overvejelserne om åbenhed om sin hiv-status. En deltager fortalte:

"Som tiden går, lærer du at knække koden, før det bliver værre, og du lærer at takle hiv ... få fred med det på en måde ... Det er vigtigt for mig, så jeg kan fortsætte mit liv."

De hiv-positive var ikke kun fysisk inficerede med et virus, men også "psykologisk inficerede" pga. problemet om åbenhed. En af deltagerne beskrev det med denne metafor: ▶

► ”Jeg var blevet ramt af en kraftig kugle. Denne kugle bliver hele tiden aktiveret og inaktiveret, og det har at gøre med min ensomhed og hemmeligholdelse omkring hiv.”

De hiv-positive taklede problemet meget forskelligt alt efter deres valg af strategi om åbenhed og også inden for den enkelte strategi afhængigt af personlige ressourcer og den enkeltes måde at klare udfordringer i livet på generelt. Det lod til, at personligt engagement i livet og en fornemmelse af kontrol samt evnen til at se forhindringer som udfordringer påvirkede deres valg af strategi.

At foretage et bevidst valg ved at overveje fordele og ulemper af konsekvenserne omkring åbenhed syntes at være af stor betydning. Selvom åbenhed var ønsket, overvejede den hiv-positive alligevel mulige reaktioner og følger. Den individuelle beslutning omkring åbenhed påvirkede de hiv-positives oplevelse af hemmeligholdelse, kontrol, social støtte og beskyttelse mod stigma og fordomme og var derfor en afgørende faktor i sygdomsrelateret stress. En oversigt over de tre strategier og konsekvenserne af den enkelte strategi er præsenteret i tabel 1 (se andet sted her på siden).

Beslutning om åbenhed var ikke et forbigående fænomen, men en tilbagevendende udfordring. Når diagnosen var stillet, var åbenhed om hiv-status en af de første overvejelser. Beslutningen kendetegnedes ofte ved blandede følelser, og overvejelser om, hvem der skal involveres, hvornår, og hvad de skal vide. De fleste af deltagerne indikerede, at de havde tillagt sig ingen eller begrænset åbenhed i den tidlige fase, efter de havde fået diagnosen. Denne strategi gav den enkelte mulighed for at komme overens med sin hiv-status, før vedkommende skulle konfronteres med andres reaktioner.

Overvejelser om åbenhed var ikke kun aktuelle på diagnose-tidspunktet, men en fortsat proces livet igennem. I årenes løb forekom vendepunkter, og nogle ændrede deres strategi. Som vist i figur 1 (se andet sted her på siden) kunne ændringen gå enten fra (a) ingen åbenhed til begrænset åbenhed og nogle gange endda til åbenhed (b), fra begrænset åbenhed til åbenhed, eller (c) fra åbenhed til begrænset åbenhed, f.eks. når den hiv-positive fik nyt job og/eller flyttede til en anden by.

Deltagernes strategi ændredes for nogle med tiden og havde med deres personlige udvikling at gøre. Nogle blev mere åbne med deres hiv-status med alderen, og det medførte færre bekymringer. Positive oplevelser med åbenhed motiverede nogle til at være mere åbne, hvorimod negative oplevelser havde den modsatte effekt. En mandlig deltager sagde:

”Jeg blev interviewet til avisen, og det overvældede mig, fordi jeg ikke var forberedt på konsekvenserne. Journalisten holdt ikke sit løfte med hensyn til, hvad der måtte skrives, og han skrev ting, vi ikke

havde aftalt ... Det tog mig et godt stykke tid at komme over det og at håndtere både den negative og positive respons fra folk ... jeg vil aldrig igen give interview eller udtale mig offentligt om min hiv-status.”

Nogle forklarede, at de havde brug for en frisk start og ændrede strategi, da de flyttede til en anden by eller fik nyt arbejde. En kvindelig deltager udtalte:

”Jeg er i behandling for hiv, og sygdommen påvirker ikke mit arbejde, så jeg kan ikke se meningen i at fortælle det til min chef, nu hvor jeg skifter arbejdsplads ... jeg ser ikke mig selv som en, der er syg, og jeg ønsker, at fokus skal være på det sunde i mig. Hiv er ikke et problem for mig længere, og det påvirker ikke min dagligdag ... jeg ønsker at påbegynde et nyt liv, hvor hiv ikke er hovedfokus, men blot noget, jeg lever med. Hvis folk spørger, vil jeg være ærlig, men det er ikke det første, jeg fortæller.”

Åbenhed (åben)

At være åben over for alle i ens netværk syntes at være en enkel strategi. Det betød ikke, at denne strategi var let eller problemfri. Faktisk resulterede den i mange tanker om, hvordan og hvornår andre skulle informeres. Beslutningen blev typisk taget kort tid efter, at diagnosen var stillet, og de hiv-positives holdning var, at andre var nødt til at acceptere dem, som de var, hvis de stadig ønskede at være en del af hans eller hendes liv. Denne strategi lettede de hiv-positive for byrden af hemmeligholdelse og stress forbundet med bekymringer som ”hvem har jeg fortalt hvad?”, ”hvad hvis de finder ud af det?” og ”hvilken version skal jeg fortælle?” Ikke alle i de hiv-positives netværk accepterede deres status, og nogle forbindelser gled derfor ud, efter de havde fortalt om deres hiv-status. En mandlig deltager udtrykte det således:

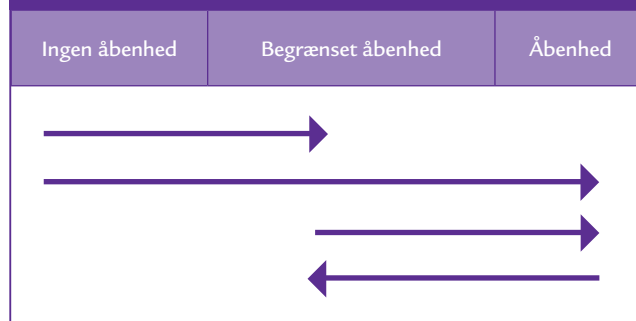
”Hvis ikke mine venner kunne acceptere det, kunne vi ikke være nære venner ... De syntes, jeg var for hård ved dem, men som jeg sagde: Jeg vil ikke leve et liv med venner, som er bange for mig, som ikke vil drikke fra samme kop som mig eller er bange for, at jeg smitter deres børn, når jeg giver dem et knus. De blev nødt til at tage en beslutning, og flere droppede mig ... det var meget svært, men jeg ved, at jeg traf den rigtige beslutning.”

Den åbne strategi betød ikke åbenhed over for alle og enhver, men hvis adspurgte var den hiv-positive åben om sin status. Valg af strategi blev foretaget på baggrund af frygten for utilsigtet afsløring af hiv-status og bekymring for, at andre tilfældigt ville høre om det. De, som valgte den åbne strategi, foretrak, at andre lærte dem lidt at kende, før de fortalte om deres hiv-status, især hvis de havde eller håbede på et tæt forhold. Denne tilgang blev brugt i håb om at blive set som den person, de var, uden indfly-

Tabel 1. Konsekvenser af de tre strategier ved overvejelser om åbenhed om hiv-status

Åbenhed	Begrænset åbenhed	Ingen åbenhed
Færre hemmeligheder	Hemmeligheder	Hemmeligheder
Ingen kontrol	Kontrol	Kontrol
Social støtte	Social støtte	Social isolation
Ingen beskyttelse mod stigma og fordomme	Beskyttelse mod stigma og fordomme	Beskyttelse mod stigma og fordomme

Figur 1. Vendepunkter mellem tre strategier ved overvejelser om åbenhed om hiv-status



delse af andres mening eller fordomme om hiv. Når andre først havde sympati for dem, ville hiv ikke spille en stor rolle i forholdet. En kvindelig deltager sagde:

"Jeg foretrækker, at folk lærer mig en smule at kende, før jeg siger noget, især dem, der er tæt på. Så har de en mening om mig uden at vide, at jeg er hiv, og jeg tror, det gør en forskel. Forhåbentlig tænker de på mig som en rar person og på hiv som en biting."

At være åben hjalp den hiv-positive i processen med at acceptere sin nye identitet, idet der blev en balance mellem integritet og det at være hiv-positiv. Den hiv-positive måtte være forberedt på at møde fordomme og stigma og at støtte dem, som de havde været åbne over for. Nogle havde ofte mange spørgsmål og ønskede megen information, og det kunne være krævende både at fortælle om sin hiv-status og formidle viden om hiv. De hiv-positive forberedte sig på ubehagelige konfrontationer for på forhånd at beskytte sig mod andres negative reaktioner, som dog ofte viste sig at være positive. En mandlig deltager sagde:

"Min kærestes reaktion var positiv, da jeg fortalte hende det. Jeg aner ikke, hvordan jeg ville have klaret det uden hendes støtte."

Andre var enige i vigtigheden af social støtte:

"Ingen i min familie har været fordømmende overhovedet. De følte det som en tillids erklæring, at jeg fortalte dem om hiv ..., og de støtter mig på en god måde. Det er svært at forestille sig, at de ikke ville være der for mig ... Det er rart at vide, at nogen bekymrer sig om én."

Den åbne strategi bevirkede tab af kontrol over, hvem der kendte til deres hiv-status, hvad andre ville tænke, og hvem vedkommende, som havde fået besked, fortalte det videre til. De, som valgte denne strategi, følte, at åbenhed var vejen ud af stigma og fordomme. For nogle var denne strategi en slags terapi, som gjorde, at de med tiden kom mere i balance med sig selv og levede med hiv som en integreret del af deres liv.

Begrænset åbenhed (delvis åben)

Begrænset åbenhed var en blanding af de to andre strategier. Det var det mest almindelige valg og også den mest komplekse strategi. Nogle af de hiv-positive kunne styre denne kompleksitet og leve et velbalanceret liv, hvorimod andre led under det følelsesmæssige pres og udtrykte stress. Hos nogle udviklede det sig til en depression. Denne strategi blev valgt for at beskytte sig selv mod potentiel stigmatisering og afvisning. Strategien krævede konstante overvejelser og beslutninger om, hvad man fortalte til hvem, og der var ikke nogen enkel måde at træffe disse valg på. De fleste deltagere var umådeligt tilbageholdende med at fortælle om deres hiv-status til andre end nogle få udvalgte – ofte partnere, nærmeste familie og nære venner. Graden af åbenhed afhang af flere faktorer, deriblandt typen af forholdet, et ønske om ikke at bebyrde ens kære, især mindre børn og gamle forældre, at undgå medlidenhed, spørgsmål eller velmente råd eller at undgå ubehagelige situationer. En kvindelig deltager sagde følgende:

"Jeg har ikke fortalt det til mine børn, som er 13 og 15 år gamle. Jeg synes ikke, de skal bekymre sig om mig, for jeg har det fint ... at holde på en hemmelighed vil også bebyrde dem, og det tror jeg ikke er godt for dem."

Der var bekymring for at blive stemplet, afvist og diskrimineret pga. manglende kendskab til hiv. Denne bekymring opvejedes af

et behov for at delagtiggøre andre i ens situation. Der var flere grunde til at vælge denne strategi, og disse havde adskillige konsekvenser. Grunde til lukkethed om hiv-status inkluderede frygt for bagtalelse og udstødelse. Lukkethed gjorde det også nemmere at fjerne fokus fra hiv, og at fortælle så få som muligt om diagnosen betød færre situationer, hvor den hiv-positive var nødt til at anerkende diagnosen og diskutere den. Den hiv-positive havde ikke lyst til at være "personen med hiv" på arbejdet, men ønskede at blive set som "læreren", "sygeplejersken" osv. Efter at have fortalt om sin status til enkeltpersoner i familien eller vennekredsen beskrev nogle det som et dilemma, især når alle var samlet, og risikoen for utilsigtet afsløring var til stede. De hiv-positive følte, at de løj og var uærlige, og det var svært at lyve over for deres kære, når de normalt fortalte dem om vigtige ting i deres liv og snakkede med dem om, hvad der påvirkede dem. Ikke at være åben om hiv, ikke at være i stand til at være et helt menneske var en evig stressfaktor, og nogle følte sig "uden for det almindelige liv".

De hiv-positive var psykisk forberedt på uventede møder og på, at andre konfronterede dem med spørgsmål, som kunne afsløre, at de var hiv-positive. De fandt deres individuelle forklaringer/historier eller måder at fortælle folk det på uden at nævne hiv. Deres forklaring/historie var nødt til at være så tæt på sandheden som muligt, så de ubesværet kunne fortælle den, og den skulle heller ikke være for underlig, for så stillede folk for mange spørgsmål. En kvindelig deltager fortalte følgende:

"Jeg opfandt denne her historie om, at jeg havde en infektion i blodet, som lægerne diagnosticerede, da jeg var indlagt efter at have boet i udlandet i relation til mit arbejde ... og jeg kan ikke huske det latinske navn, men at lægerne holder kontrol med det for forskningens skyld ... Jeg har faktisk sagt det så mange gange nu, at jeg selv tror på det."

Der var den fornemmelse, at hvis de delagtiggjorde andre i deres hemmelighed, blev disse ufrivilligt tvunget til hemmeligholdelse, og det var en grund til kun at være åben over for nogle få. Nogle tillod den, de var åben over for, at fortælle det til en anden, så de havde nogen at diskutere det med og dermed ikke blev sat i en tilsvarende situation med at skulle holde på en hemmelighed alene. De kunne have brug for at diskutere deres tanker og bekymringer med én, som ikke var følelsesmæssigt knyttet til personen.

Denne strategi var belastende, da den gav problemer med at holde styr på egne løgne og leve med hemmeligheder. Nogle beskrev det som "at være en hemmelig agent, altid bange for at blive afsløret" eller "at leve et dobbeltliv". For nogle blev dette "dobbeltliv" mindre dominerende efter at have levet med sygdommen i nogle år, fordi de tilpassede strategien og deres hemmeligheder som en "normal" del af livet.

De fleste hiv-positive bekymrede sig om, hvorvidt andre opdagede deres hiv-status ved et tilfælde, og fandt det belastende ikke at have kontrol over, hvem der kendte til det, og hvem der ikke gjorde. En mandlig deltager udtrykte dette dilemma:

"Nogle af mine venner ved det, og nogle gør ikke, og jeg har en søn og en datter, og det er kun min datter, som ved det. Det er f.eks. et problem til fødselsdage, når nogle, der ikke ved det, spørger omsorgsfuldt til mig ... jeg ved ikke altid, hvad jeg skal sige, og jeg ved ikke, om de andre har fortalt dem, at jeg er hiv-positiv."

Det var almindeligt at tage en fridag/feriedag, når man skulle på sygehuset og f.eks. sige, at man skulle til tandlægen eller på en ►

► tur. Denne strategi havde implikationer for, om de oplevede social støtte. De fik støtte fra det netværk, som vidste besked, og beskrev, at det at have nogen at tale med ud over sygehuspersonalet øgede deres evne til at få balance i livet med hiv og mindskede deres bekymringer og angst.

De, der anvendte begrænset åbenhed, gjorde det for at have en slags kontrol over deres situation ved kun at informere de nærmeste på et tidspunkt, hvor de følte, at de var klar til at takle deres reaktion. Ønsket om kontrol er måske forklaringen på konklusionen, at mange kun fortalte relativt få om deres hiv-status, lige så vel som frygten for, hvordan de ville reagere på oplysningen. Når man fortalte det til én, betød det, at man spekulerede på, om vedkommende fortalte det videre til sin partner, børn, venner og bekendte, og pludselig havde man mistet kontrollen over, hvem og hvor mange der kendte til ens hiv-status, hvilket igen gav tvivl om andres evne til at takle oplysningen.

Ingen åbenhed (lukket)

De, som valgte at holde deres hemmelighed for sig selv, havde en temmelig enkel strategi, meget lig den, som de, der var åbne over for alle, havde. Denne strategi var bare modsat: aldrig at fortælle om deres hiv-status. Mange beskrev hiv som noget adskilt, de holdt fuldstændigt isoleret fra deres daglige bevidsthed og de fleste aspekter i livet. En mandlig deltager sagde:

"Jeg taler aldrig om mit privatliv på arbejde, som mine kolleger gør, og jeg tror, de synes, jeg er lidt underlig, fordi jeg ikke fortæller noget ... hvis jeg begyndte på det, er jeg bange for, at de ville finde ud af, at jeg er bøsse og hiv-positiv."

Hovedårsagen til at hemmeligholde diagnosen lignede de overvejelser, som dem der valgte strategien begrænset åbenhed: at beskytte sig selv mod mulig stigmatisering og afvisning. Stressfaktorer i forbindelse med selvbeskyttelsen som f.eks. andres frygt, udstødelse og nedværdigelse, skyld og usikkerhed påvirkede personen.

Behovet for ikke at blive konfronteret med hiv kunne betyde ensomhed. Nogle undgik nære relationer, så de undgik den byrde at skulle åbne sig for en partner, og beskyttede dermed sig selv mod afvisning og ængstelsen for at smitte andre. Ved slet ikke at være åbne kunne de ikke bruge deres sociale netværk i relation til at leve et liv med hiv, men måtte opretholde deres egne mestringsstrategier. Nogle mente, at det var umuligt at bevare meningsfulde forhold, og havde ikke den sociale støtte som andre, ej heller optimisme omkring fremtiden. En mandlig deltager sagde:

"Jeg var meget social, før jeg fik hiv. Nu har jeg bygget et forsvar op. Jeg bor for mig selv. Jeg arbejder hjemmefra, og ingen ved, jeg har hiv, ikke engang min 20-årige søn ... jeg tror ikke, det er godt for mig, men jeg tror, det er svært at ændre nu ... jeg ville gerne kunne tale med min søn om det, nu hvor han ikke længere er et barn, men jeg tror, det er meget svært, og jeg har lært at takle min ensomhed."

Dét at kunne kontrollere, hvem der kendte til ens hiv-status, var meget vigtigt. Nogle følte, at de ved at være tavse om emnet bakkede op om den mistæneliggørelse eller afvisning af hiv-positive, som samfundet stod for, men manglede modet til at stå frem. Det var bedre at leve hemmeligt med hiv, selvom det dræned energi at hemmeligholde det, og det påvirkede deres dagligdag i negativ retning. Ikke at åbne sig for nogen var nøglen til normalitet, nøglen, der sørgede for, at livet fortsatte, som om intet var forandret. Paradoksalt nok var de påvirkede af de følger, de fak-

tisk ønskede at undgå, idet de isolerede sig socialt. Denne strategi modvirkede positive virkninger som øget social støtte og mindsket stress. Hiv-positive, som valgte denne strategi, fandt, at deres sociale liv led under det, da det påvirkede deres evne til at socialisere sig med andre mennesker.

En mandlig deltager udtrykte det således: *"Mit sociale liv lider under det. Jeg har mistet evnen til at kommunikere med andre."*

Diskussion

Fundene viser, at det at leve med hiv lige så vel er et psykosocialt problem, som et fysisk og medicinsk problem. Overvejelser om åbenhed om hiv-status er en vedvarende udfordring og potentiel stressfaktor. Hele tiden at skulle tage personlige beslutninger for at finde den bedst mulige måde at fortælle om deres diagnose til andre optog de hiv-positive meget. Overvejelser om åbenhed om hiv-status var komplekse, en vedvarende udfordring og potentiel stressfaktor. Det var en dynamisk og vedvarende social og psykologisk proces.

Undersøgelsen har sine begrænsninger. Der kunne være en begrænsning i forhold til valg af de deltagere, som ville lade sig interviewe, altså at f.eks. hiv-positive, som valgte at være lukkede, heller ikke mødte op til kontrol og derfor ikke blev tilbudt at være med i undersøgelsen. I Danmark har vi Den Danske Hiv Kohorte (DHK), og denne database dækker alle hiv-positive, som følges på de danske hospitaler (34). Det totale skøn er, at de fleste hiv-positive i Danmark kommer til kontrol på hospitalerne. Vi hævder ikke, at vores resultater afspejler hele registret af holdninger, erfaringer og adfærd blandt hiv-positive i Danmark. Der kan være køns- og kulturforskelle, forskelle i forbindelse med, hvordan man er smittet med hiv (homoseksuel, heteroseksuel, biseksuel, stofmisbruger eller født med hiv), samt forskel mellem børn, unge og voksne, som vi ikke har med i vores undersøgelse.

Vi tror dog, at vores teori om hiv-positives måde at takle sygdomsrelaterede stressfaktorer på, svarer godt overens med den generelle virkelighed for hiv-positive i Danmark. Vores fund er relevante for hiv-positive og for sundhedsprofessionelle, som behandler hiv-positive. Teorien bidrager med en forklaring af de psykologiske belastninger i et liv med hiv, men vil formentlig kræve tilpasning, efterhånden som holdningen til hiv ændrer sig i retning af mindre stigma og tabu. I henhold til Taylor (35) viser vores resultat, at den stemping, der er forbundet med hiv, blev oplevet forskelligt af hver enkelt og ændrede sig dynamisk for dem, som fortalte om deres status under sygdomsforløbet.

Overvejelser om åbenhed om hiv-status er et komplekst emne, der har fået øget opmærksomhed (36,37,38), og er forbundet med psykosociale problemer og manglende social støtte for den hiv-positive. Vildledende oplysninger og frygt bidrager også til fastholdelse af hiv-relateret stigma, og denne stemping kan bringe den enkeltes mentale helbred i fare (39).

Selvom studier fremhæver de mulige omkostninger ved åbenhed, er der en tendens til at formode, at åbenhed har terapeutisk virkning i en sund retning og skal tilskyndes. Vores resultater antyder, at det at afsløre sin hiv-status ikke bør være et mål i sig selv. Beslutningen om, hvilken strategi personen skal vælge, beror på en fortløbende individuel drøftelse med den enkelte person. Vi har vist, at de, som valgte at være lukkede omkring deres status, led under manglende social støtte og havde svært ved at opretholde nære personlige forhold pga. stress i relation til hemmeligholdelsen af deres sygdom. Social tilbageholdenhed eller afvisning kan hæmme den enkeltes psykiske og fysiske helbred (40). De, som var åbne over for alle, risikerede andres stemping og fordomme. Denne strategi, som samlet set ikke var den mest almin-

Ingen parfume. Ingen farve. Ingen smag. **Ingen konserveringsmidler.** Ingen tørre læber.



► delige, lod til at være hyppigst forekommende hos personer med et højt selvværd. Begrænset åbenhed var en blanding af de to andre strategier, og pga. dens kompleksitet var det en udfordring at finde en god balance. Vores resultater viser, at åbenhed ikke er et statisk fænomen, men en livslang proces. Baumgartner (41) kom også frem til, at åbenhed var en dynamisk proces, og fandt tre typer af åbenhed: (a) at fortælle det til sin partner, (b) offentlig åbenhed og (c) situationsbestemt åbenhed. Forfatteren argumenterede for, at hiv-positive valgte en strategi, der hang sammen med oplevelsen af deres hiv-identitet, hvordan de forholdt sig til diagnosen og integrerede den i deres liv i øvrigt (38).

Vores resultater understreger betydningen af "The shifting perspective model of chronic disease" af Paterson (42). Perspektivmodellen viser, at livet med en kronisk sygdom er kendetegnet ved vedvarende skift mellem at føle sig syg og føle velvære. Modellen viser et liv med mange paradokser og er dermed i opposition til de traditionelle medicinske opfattelser af at være kronisk syg. Ifølge Perspektivmodellen er livet med en kronisk sygdom ikke et forløb, der er forudsigeligt og fremadskridende mod stadig større afklaring. Modellen problematiserer også den gængse opfattelse af accept eller manglende accept af at være syg, idet den viser, at evnen til at holde sygdommen i baggrunden ikke er en fornægtelse, men i stedet giver personen en mulighed for, at velvære kan fylde livet. Sygdommen kræver altså opmærksomhed for ikke at tage for megen opmærksomhed. Den smittede er nødt til at acceptere sygdommen som et faktum, mens vedkommende samtidig afviser dens begrænsninger og betydelighed. Modellen antyder, at forskere og klinikere bør øge deres fokus på kronisk sygdom fra, hvordan den påvirker patientens sundhed, til en forestilling om patientens eget sygdomsperspektiv i en større socio-kulturel og psykisk sammenhæng. I relation til hiv og åbenhed er det derfor en fortsat udfordring for de sundhedsprofessionelle at støtte den hiv-positive evne til at balancere åbenhed, og ikke bare et emne, der diskuteres på diagnosetidspunktet. Baumgartner et al. (43) argumenterer for, at det tager tid fra den første følelsesmæssige reaktion ved diagnosetidspunktet, til hiv bliver en integreret del af personens identitet. I vores undersøgelse fandt vi, at vendepunktet oprandt for dem, som fortalte om deres status og de ændrede mestringsstrategier, når disse viste sig at være vellykkede. Når de tog udfordringen op og tog kontrol og ansvar for deres liv, fremkom de med en ny bevidsthed. Positive oplevelser med åbenhed motiverede til yderligere åbenhed.

I studiet af Arnold et al. (44) fandt man frem til næsten tilsvarende strategier om åbenhed. De konkluderede, at i stedet for at undersøge, hvorvidt man fortalte om sin hiv-status i sammenhæng med forhold (partner, familie, venner, arbejdsgivere, plejepersonale og andre), er det muligt at forstå overvejelserne om åbenhed som en del af den personlige identitet. Fundene i vores undersøgelse understøtter denne forståelse og viser, at (a) åbenhed er et personligt anliggende, der har at gøre med personlige ressourcer, og med hvilken tilgang udfordringer i livet imødegås, og (b) åbenhed har at gøre med de vilkår, personen lever under, dvs. konteksten. Hiv-positive med højere grad af hårdførhed (hardiness), hvilket er et aspekt af begrebet resilience (=overlevelsesevne/robusthed) medfører positive psykiske og fysiske helbredsresultater (45). I overensstemmelse med tidligere forskning (46) viser vores fund, at det at fortælle om sin hiv-status både er en akut og vedvarende udfordring og en potentiel stressfaktor. Overvejelserne om graden af åbenhed har en dobbelt betydning, idet det både er en stressor og en faktor, som den enkelte bruger til at takle sit liv med hiv i en positiv retning.

Vi fandt, at strategien om åbenhed oftest først blev endeligt besluttet efter grundige overvejelser om udbyttet af de positive sociale, fysiske, psykiske og følelsesmæssige aspekter opvejet mod de negative følger af åbenhed. Dette er ligeledes fundet i et studie af Serovich (47). Vi fandt en sammenhæng mellem stigmatisering og åbenhed, og det stemte overens med andre studier, som belyste dette dilemma (48). Hvis man valgte åbenhed om sin hiv-status, så var man ikke længere nødt til at skjule sin hemmelighed, men man blev sårbar over for fordomsfulde reaktioner og stempling.

I vores undersøgelse fandt vi, at man ved at afsløre sin hiv-status over for andre tilsyneladende åbnede for social støtte, hvilket er i tråd med andre undersøgelser (38,47,50). Man risikerede dog også stempling, følelsen af skam og oplevelsen af afvisning, hvilket andre studier også har vist (40). Konklusionen på en metaanalyse var, at åbenhed hænger positivt sammen med social støtte, og stempling hænger negativt sammen med både rapporteret åbenhed og social støtte (49). Fundene i vores undersøgelse viste, at hemmeligholdelse var associeret med personlig stress og ensomhed, hvilket stemmer overens med eksisterende litteratur (51), og at det at forvente og frygte afvisning pga. stempling blev associeret med mere begrænsede sociale netværk. Sociale netværk antages for at være særdeles vigtige i opnåelse af vellykket tilpasning til at leve med hiv i balance (52). Det at holde på en hemmelighed anses generelt for at kunne være en belastning for kroppen (53), og derfor kunne åbenhed måske resultere i bedre mentalt og fysisk helbred for nogle (54).

At bekæmpe stigmatiseringen af hiv, hvilket er den største forhindring i forbindelse med åbenhed om hiv-status, lader til at være et tveægget sværd. Bør forandringen komme fra de hiv-positive eller fra deres omgivelser? I en metaanalyse foreslår forfatterne, at ved at reducere den eksisterende stempling omkring hiv og finde en anden måde at tale om det på uden at fremkalde stempling, kunne man på længere sigt have indflydelse på, hvor ofte de, som lever med hiv, afslører deres status over for andre, og derved give dem muligheden for at opnå støtte (49). Vores fund bakker op om dette forslag. På det individuelle niveau bør sundhedsprofessionelle således tilbyde en intervention, der skal hjælpe dem, som lever med hiv, med at reducere stress i forbindelse med overvejelser om åbenhed, støtte den enkelte til at træffe virkningsfulde beslutninger om åbenhed og opøve gode kommunikationsevner i relation til åbenhed. Overvejelser om åbenhed er uløseligt forbundet med tilpasningsprocessen i et liv med hiv, og fremskridt inden for hiv-behandling har øget interessen for livskvalitet hos hiv-positive personer.

Ud fra vores undersøgelse lader det til, at de, som lever med hiv, kæmper med spørgsmålet om åbenhed som en livslang stressfaktor, og at kun nogle fandt en vedvarende strategi, der kunne forebygge stress og depression. For at tage fat på åbenhed på et interpersonelt niveau bør interventionen være individuelt skræddersyet, og sundhedsprofessionelles rolle bliver at støtte hiv-positive i deres evne til at identificere og forstå deres situation omkring deres liv med hiv, at vejlede, når personen giver udtryk for et ønske om at ændre strategi, når der forekommer vendepunkter, at gribe ind tidligere samt at opmuntre til en mere positiv tilpasning. Tidligere undersøgelser konkluderer, at interventioner vedrørende stresshåndtering generelt forbedrer den mentale sundhed og livskvalitet betydeligt (55). Interventioner med fokus på at ændre en negativ selvpfattelse eller ændre oplevelsen af stigma vil kunne styrke den enkeltes ressourcer i livet med hiv og øge den enkeltes selvværd (56,57,58). Os bekendt er der ikke

publiceret nogen undersøgelser, der tager de forskellige strategier beskrevet i denne undersøgelse med i overvejelserne, når de udvikler interventioner til håndtering af åbenhed som en vedvarende udfordring livet igennem som beskrevet af Paterson (42).

Ud fra ovennævnte diskussion af vores fund foreslår vi, at forskere og klinikere bør udvide deres fokus på kronisk sygdom til at se det som en vedvarende og omskiftelig proces. Patienten kunne drage fordel af en systematisk og fortsat drøftelse af alle de spørgsmål, der er forbundet med åbenhed om hiv-status og derved reducere stress og depressive symptomer. Vi foreslår, at der fokuseres på, hvad der bringer den enkelte ud af balance i stedet for at tænke på risikofaktorer. Dette vil kunne bidrage til en sundere strategi for åbenhed og bedre balance i den enkeltes liv. Vi foreslår også, at fremtidig forskning skal udvikle interventioner, der fokuserer på kommunikationsstrategier, der kan støtte den hiv-positive til et velbalanceret liv. Undersøgelsen peger på, at hiv-positive vil have glæde af løbende at drøfte overvejelser om åbenhed om hiv-status. Det vil kunne hjælpe til at reducere hiv-relateret stress og dermed forebygge depression.

Lotte Rodkjær er forskningssygeplejerske på infektionsmedicinsk afdeling Q, Aarhus Universitetshospital; Lottrodk@rm.dk

Morten Sodemann er professor, overlæge, Center for global sundhed, klinisk institut Syddansk Universitet og Indvandrermedicinsk Klinik, Odense Universitetshospital

Lars Østergaard er professor, ledende overlæge, infektionsmedicinsk afdeling Q, Aarhus Universitetshospital, Skejby

Kirsten Lomborg er lektor, leder af Afdeling for Sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet.

Tak

Forfatterne ønsker at takke deltagerne i undersøgelsen. Uden deres medvirken kunne undersøgelsen ikke være gennemført.

Interessekonflikter: Ingen.

Finansiering: Projektet har modtaget økonomisk støtte fra Århus Universitetshospitals Forskningsfond Skejby, Sygekassernes Helsefond, Lundbeckfonden og Region Midtjyllands Forskningsfond.

Litteratur

- Keiser O, Taffe P, Zwahlen M et al. All cause mortality in the Swiss HIV Cohort Study from 1990 to 2001 in comparison with the Swiss population. *AIDS*. 2004;18:1835-43.
- Jensen-Fangel S, Pedersen L, Pedersen C et al. Low mortality in HIV-infected patients starting highly active antiretroviral therapy: a comparison with the general population. *AIDS*. 2004;18:89-97.
- Mocroft A, Ledergerber B, Katlama C et al. Decline in the AIDS and death rates in the EuroSIDA study: an observational study. *Lancet*. 2003;362:22-9.
- Van Sighem A, Danner S, Ghani AC et al. Mortality in patients with successful initial response to highly active antiretroviral therapy is still higher than in non-HIV-infected individuals. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2005;40:212-8.
- Lohse N, Hansen AB, Pedersen G et al. Survival of persons with and without HIV infection in Denmark, 1995-2005. *Ann Intern Med*. 2007 Jan 16;146(2):87-95.
- UNAIDS. Reducing HIV-stigma and discrimination: a critical part of the national AIDS programme. A resource for the national stakeholders in the HIV response. Joint United Nation Programme on HIV/AIDS 2007.
- Herek GM, Capitano JP, Widaman KF. HIV-related stigma and knowledge in the United States: prevalence and trends, 1991-1999. *Am J Public Health*. 2002;92(3):371-7.
- Carstensen M, Dahl A. Patient Association. HIV-Denmark. HIV and living conditions – a survey of living conditions and quality of life of people living with hiv in Denmark. 2008.
- The Danish AIDS Foundation. Danskernes viden, holdninger og adfærd i forhold til hiv og hiv-smittede. 2009
- Leserman J, Petitto JM, Gu H et al. Progression to AIDS, a clinical AIDS condition and mortality: psychosocial and physiological predictors. *Psychol Med*. 2002;32(6):1059-73.
- Barroso J, Powell-Cope GM. Metasynthesis of qualitative research on living with HIV infection. *Qual Health Res*. 2000;10(3):340-53.
- Clark HJ, Lindner G, Armistead L et al. Stigma, disclosure, and psychological functioning among HIV-infected and non-infected African-American women. *Women Health*. 2003;38(4):57-71.
- Heckman TG, Anderson ES, Sikkema KJ et al. Emotional distress in nonmetropolitan persons living with HIV disease enrolled in a telephone-delivered, coping improvement group intervention. *Health Psychol*. 2004;23(1):94-100.
- Lee RS, Arlene Kochman, Kathleen J. Sikkema Internalized Stigma Among People Living with HIV-AIDS. *AIDS and Behavior*. 2002;6 (4):309-19.
- Bouhnik AD, Préau M, Vincent E et al.; MANIF 2000 Study Group. Depression and clinical progression in HIV-infected drug users treated with highly active antiretroviral therapy. *Antivir Ther*. 2005;10(1):53-61.
- Ironson G, O'Cleirigh C, Fletcher MA et al. Psychosocial factors predict CD4 and viral load change in men and women with human immunodeficiency virus in the era of highly active antiretroviral treatment. *Psychosom Med*. 2005;67(6):1013-21.
- Heckman TG. The chronic illness quality of life (CIQOL) model: explaining life satisfaction in people living with HIV disease. *Health Psychol*. 2003;22(2):140-7.
- Schmitz MF, Crystal S. Social Relations, Coping, and Psychological Distress Among Persons With HIV/AIDS. *Journal of applied Social Psychology* 2000;30:665-83.
- Clifford DB. HIV-associated neurocognitive disease continues in the antiretroviral era. *Top HIV Med*. 2008 1;16(2):94-8.
- Hult B, Chana G, Masliah E et al. Neurobiology of HIV. *Int Rev Psychiatry*. 2008;20(1):3-13.
- Vance DE, Farr KF, Struzick T. Assessing the clinical value of cognitive appraisal in adults aging with HIV. *J Gerontol Nurs*. 2008 Jan;34(1):36-41.
- Rodkjaer L, Laursen T, Balle N et al. Depression in patients with HIV is under-diagnosed: a cross-sectional study in Denmark. *HIV Med*. 2010;11(1):46-53.
- Vanable PA, Carey MP, Blair DC et al. Impact of HIV-related stigma on health behaviors and psychological adjustment among HIV-positive men and women. *AIDS Behav*. 2006;10(5):473-82.
- Bing EG, Burnam MA, Longshore Det al. Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(8):721-8.
- Ciesla JA, Roberts JE. Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *Am J Psychiatry*. 2001;158(5):725-30.
- Leserman J. Role of depression, stress, and trauma in HIV disease progression. *Psychosom Med*. 2008;70(5):539-45. ▶

- 27. Rabkin JG. HIV and depression: review and update. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2008;5(4):163-71.
28. Barroso J, Sandelowski M. In the field with the Beck depression inventory. *Qual Health Res.* 2001 ;11(4):491-504.
29. Glaser BG. & Strauss AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. *Strategies for qualitative research.* Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter 1967.
30. Glaser, BG. *Advances in the methodology of grounded theory: Theoretical sensitivity.* Mill Valley, CA: Sociology Press 1978.
31. Lomborg K, Kirkevold M. Truth and validity in grounded theory – a reconsidered realist interpretation of the criteria: fit, work, relevance and modifiability. *Nurs Philos.* 2003 Oct;4(3):189-200.
32. QSR International. NVivo 8 (Computer software). Mel-bourne, Australia. 2008.
33. Richards T, Richards L. The way ahead in qualitative computing. *J Modern Applied Statistical Methods* 2003;2(1),16-26.
34. Obel N, Engsig FN, Rasmussen LD et al. Cohort profile: the Danish HIV cohort study. *Int J Epidemiol.* 2009 Oct;38(5):1202-6.
35. Taylor B. HIV, stigma and health: integration of theoretical concepts and the lived experiences of individuals. *J Adv Nurs.* 2001;35(5):792-8.
36. Ciccarone DH, Kanouse DE, Collins RL et al. Sex without disclosure of positive HIV serostatus in a US probability sample of persons receiving medical care for HIV infection. *Am J Public Health.* 2003;93(6):949-54.
37. Crepaz N, Marks G. Serostatus disclosure, sexual communication and safer sex in HIV-positive men. *AIDS Care.* 2003;15(3):379-87.
38. Kalichman SC, DiMarco M, Austin J et al. Stress, social support, and HIV-status disclosure to family and friends among HIV-positive men and women. *J Behav Med.* 2003;26(4):315-32.
39. Major B, O'Brien LT. The social psychology of stigma. *Annu Rev Psychol.* 2005;56:393-421.
40. Brashers DE, Neidig JL, Goldsmith DJ. Social support and the management of uncertainty for people living with HIV or AIDS. *Health Commun.* 2004;16(3):305-31.
41. Baumgartner LM. The incorporation of the HIV/AIDS identity into the self over time. *Qual Health Res.* 2007;17(7):919-31.
42. Paterson BL. The shifting perspectives model of chronic illness. *J Nurs Scholarsh.* 2001;33(1):21-6.
43. Baumgartner LM, David KN. Accepting being poz: the incorporation of the HIV identity into the self. *Qual Health Res.* 2009;19(12):1730-43.
44. Arnold E, Rice E, Flannery D, Rotheram-Borus MJ. HIV disclosure among adults living with HIV. *AIDS Care.* 2008;20(1):80-92.
45. Farber EW, Schwartz JA, Schaper PE et al. Resilience factors associated with adaptation to HIV disease. *Psychosomatics.* 2000;41(2):140-6.
46. Holt R, Court P, Vedhara K, Nott KH, Holmes J, Snow MH. The role of disclosure in coping with HIV infection. *AIDS Care.* 1998;10(1):49-60.
47. Serovich JM. A test of two HIV disclosure theories. *AIDS Educ Prev.* 2001;13(4):355-64
48. Chesney MA, Smith AW. Critical delays in HIV testing and care: The potential role of stigma. *American Behavioral Scientist,* 199;42,1162-74.
49. Smith R, Rossetto K, Peterson BL. A meta-analysis of disclosure of one's HIV-positive status, stigma and social support. *AIDS Care.* 2008;20(10):1266-75.
50. Emler CA. A comparison of HIV stigma and disclosure patterns between older and younger adults living with HIV/AIDS. *AIDS Patient Care STDS.* 2006;20(5):350-8.
51. Wiener LS, Battles HB, Heilman N. Public disclosure of a child's HIV infection: impact on children and families. *AIDS Patient Care STDS.* 2000;14(9):485-97.
52. Mavandadi S, Zanjani F, Ten Have TR, Oslin DW. Psychological well-being among individuals aging with HIV: the value of social relationships. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2009;51(1):91-8.
53. Pennebaker JW, Hughes CF, O'Heeron RC. The psychophysiology of confession: linking inhibitory and psychosomatic processes. *J Pers Soc Psychol.* 1987;52(4):781-93.
54. Pennebaker JW, Colder M, Sharp LK. Accelerating the coping process. *J Pers Soc Psychol.* 1990;58(3):528-37.
55. Scott-Sheldon LA, Kalichman SC, Carey MP, Fielder RL. Stress management interventions for HIV+ adults: a meta-analysis of randomized controlled trials, 1989 to 2006. *Health Psychol.* 2008;27(2):129-39.
56. Galvan FH, Davis EM, Banks D, Bing EG. HIV stigma and social support among African Americans. *AIDS Patient Care STDS.* 2008;22(5):423-36.
57. Emler CA. Experiences of stigma in older adults living with HIV/AIDS: a mixed-methods analysis. *AIDS Patient Care STDS.* 2007;21(10):740-52.
58. Heijnders M, Van Der Meij S. The fight against stigma: an overview of stigma-reduction strategies and interventions. *Psychol Health Med.* 2006;11(3):353-63.

English abstract

Rodkjaer L, Sodemann M, Ostergaard L, Lomborg K. Disclosure Decisions: HIV-positive persons coping with disease-related stressors. *Qualitative Health Research*, 21 (9), 1249-1259. Copyright © (2011) by SAGE Publications, Inc. Reprinted by permission of SAGE Publications, Inc.

Rodkjaer L, Sodemann M, Ostergaard L, Lomborg K. Disclosure Decisions: HIV-positive persons coping with disease-related stressors. *Sygeplejersken* 2011;(19):59-68.

Corresponding Author: Lotte Rodkjaer, Department of Infectious Diseases, Aarhus University Hospital, DK-8200 Aarhus N, Denmark. E-mail: Lottrodk@rm.dk

The purpose of this grounded theory study was to investigate how Danish hiv-positive persons live with their disease, focusing on hiv-related stressors. Using the Glaserian method, we analyzed textual data from in-depth interviews with 16 hiv-positive persons. Decisions about disclosure appeared to be a major concern and a determining factor for hiv-related stress. Consequently, we developed a substantive theory about disclosure decisions into which three different strategies could be identified: (a) disclosing to everyone (being open); (b) restricting disclosure (being partly open); and (c) disclosing to no one (being closed). Disclosure was a continuum; none of the three strategies automatically relieved hiv-related stress. The theory describes the main determinants and consequences of each strategy. Our study demonstrates the importance of recurrent individual considerations about disclosure choices and plans, and offers a theoretical basis for interventions designed to assist persons living with hiv to make the best possible individual decisions regarding disclosure and, thereby, reducing hiv-related stress.

Key-words: Constant comparison; depression; disclosure; grounded theory; hiv/aids; qualitative; stress/distress.

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. 20 - 2011

4. november 2011

Nr. 21 - 2011

25. november 2011

Nr. 1 - 2012

20. december 2011

Nr. 2 - 2012

27. januar 2012

Vejledning ved indtastning af kurser/møder/meddelelser, kontakt redaktionen, Birgit Nielsen, på tlf. 4695 4186.

Rådgivning og vejledning vedr. opsætning af annoncer

Dansk Mediaforsyning ApS • Klamsagervej 25, 1. • 8230 Åbyhøj
Tlf. 7022 4088 • Fax 7022 4077 • e-mail: dsrjob@dmfnet.dk • Internet: www.dmfnet.dk
Her kan du også rekvirere medieinformation.

Indleveringsfrister for STILLINGSANNONCER til de kommende numre

Nr. 20 - 2011

9. november 2011

Nr. 21 - 2011

30. november 2011

Nr. 1 - 2012

4. januar 2012

Nr. 2 - 2012

1. februar 2012

Sidste frist for indlevering af materiale er kl. 10 hos Dansk Mediaforsyning ApS

Udgivelsesdatoer

Nr. 20 - 2011

18. november 2011

Nr. 21 - 2011

9. december 2011

Nr. 1 - 2012

13. januar 2012

Nr. 2 - 2012

10. februar 2012



Før du søger **nyt job**

Nyt job - brug alle muligheder

Når du indgår en ny ansættelseskontrakt er en lang række vilkår på forhånd defineret af lovgivning, overenskomster og andre aftaler. Men yderligere vilkår kan aftales mellem dig og din arbejdsgiver ved ansættelsen. Det kan f.eks. være om:

- løn
- tillæg
- uddannelse
- kompetenceudvikling

Det er vigtigt, at du ikke siger op, før du har fået en ansættelseskontrakt udleveret. Er der tale om en nyoprettet stilling eller en ny funktion, er det ekstra vigtigt, at du sikrer dig, at der er indgået en aftale med Dansk Sygeplejeråd om den løn, du skal have, før du accepterer og tiltræder stillingen.

Ved ansættelse i regioner og kommuner

Du vil blive ansat efter de gældende overenskomster samt eventuelle lokale aftaler. Du kan læse mere i "Løn - og ansættelsesvejledning for det regionale/kommunale område" på www.dsr.dk/Arbejdsvilkår/Løn.

Det er tillidsrepræsentanten eller den lokale kreds, som dækker arbejdspladsen, der forhandler vilkårene for dig, og vi anbefaler dig at tage kontakt, inden du går til ansættelsessamtale.

Ansættelse i staten

Du vil blive ansat efter gældende organisationsaftaler samt eventuelle lokale aftaler. Du kan læse mere i "Løn - og ansættelsesvejledning for staten" på www.dsr.dk/Arbejdsvilkår/Løn. Det er tillidsrepræsentanten eller Dansk Sygeplejeråd centralt, der forhandler vilkårene for dig, og vi anbefaler dig at tage kontakt, inden du går til ansættelsessamtale.

Privat ansættelse

Dansk Sygeplejeråd har indgået overenskomst med en lang række private arbejdsgivere - vikarbureauer, lægekonsultationer, special-lægeklinikker, hospitaler, firmaer, mv. Men det er ikke alle, der er dækket af en overenskomst.

På www.dsr.dk/Arbejdsvilkår/Overenskomster/Private kan du se alle de overenskomster, Dansk Sygeplejeråd har indgået med private arbejdsgivere. Kontakt den lokale kreds som dækker arbejdspladsen, hvis du har brug for gode råd og vejledning inden du går til samtale.

Hvis Dansk Sygeplejeråd ikke har indgået overenskomst med den private arbejdsgiver, skal alle vilkår være aftalt i kontrakten, herunder:

- løn
- pension
- feriefri dage
- løn under barsel, omsorgsdage, barns sygedage, mv.

Hvis du vil have gode råd og vejledning om stillingen, er du velkommen til at kontakte Dansk Sygeplejeråd centralt.

Pas på

Dansk Sygeplejeråd har forsøgt at indgå overenskomst med en række virksomheder, uden at det er lykkedes. Nogle af virksomhederne har ikke ønsket at indgå overenskomst med Dansk Sygeplejeråd. Andre virksomheder har oplyst, at de ikke har sygeplejersker ansat i virksomheden. Vær derfor opmærksom på, at i henhold til De Kollegiale vedtægter § 3, stk. 2 fraråder Dansk Sygeplejeråd vores medlemmer at tage ansættelse på disse virksomheder. Tag i stedet kontakt til Dansk Sygeplejeråd centralt på telefon 4695 4064 eller 4695 4069 for yderligere vejledning.

Se liste over virksomheder, hvor Dansk Sygeplejeråd fraråder at tage ansættelse på www.dsr.dk

Skriv "fraråder ansættelse" i søgefeltet.

Ansættelse i udlandet

Der er mange muligheder for at få ansættelse som sygeplejerske i udlandet, og her er der flere forhold, du skal være opmærksom på. I pjecen "Job i udlandet" finder du praktiske oplysninger i forbindelse med en ansættelse i udlandet. Du kan downloade pjecen på [www.dsr.dk/Udgivelser/Pjecer/Job i udlandet](http://www.dsr.dk/Udgivelser/Pjecer/Job_i_udlandet).

Desuden er det en god idé, inden du rejser ud at kontakte Danske Sundhedsorganisationers Arbejdsløshedskasse (DSA), tlf. 3315 1066, og Pensionskassernes Administration (PKA), tlf. 3945 4540, for at få nærmere informationer om forsikring og pension i forbindelse med ansættelse i udlandet.

Dansk Sygeplejeråd



Konsultations- sygeplejerske

Konsultationssygeplejerske søges til 3 mands kompagniskabspraksis i Solrød med tiltrædelse 1.3.2012.

Ugentlig arbejdstid vil være ca. 30 timer.

Du skal indgå i samarbejde med de øvrige medarbejdere i vores praksis. Vi er 3 læger, 1 sekretær og 1 læge under uddannelse.

Du har erfaring, eksempelvis fra almen praksis, ambulatorie/akut afd. funktioner eller lignende, hvor du er vant til og trives med hyppige tempo- og emneskift.

Du er imødekommende og i godt humør. Du kan skabe overblik - også i en travl hverdag. Vi tilbyder mulighed for indflydelse og udvikling.

Referencer indhentes - efter aftale. Løn efter overenskomst DSR/PLA.

Din ansøgning mailes, som word-dokument til e-mail: soldoktor@gmail.com senest 12.12.2011.

Vi forventer at afholde samtaler i uge 2 og 3 i 2012.

Lægerne Hansen, Worning & Trier, Solrød Center 70, 2680 Solrød Strand

Konsultations- sygeplejerske

Søges til almen praksis i Broby, Fyn 20 -25 timer ugentlig. Praksis er i beliggende i nybygget klinik.

Vi er 2 læger, 1 deltidssygeplejerske og 1 sekretær.

Vi søger en engageret, fleksibel og selvstændig sygeplejerske med godt humør.

Dit arbejde vil hovedsageligt bestå i selvstændige praksis relevante sygeplejeopgaver og sekretær arbejde.

Vi forventer, at du har bred faglig erfaring gerne fra almen praksis eller fra ambulatorie arbejde, men er ingen betingelse.

Tiltrædelse 1.1. 2012

Skriftlig ansøgning senest mandag d. 14/11 2011 til nedenstående adresse, hvor der kan indhentes yderligere oplysninger.

Ansættelsessamtale i uge 47

Løn i henhold til overenskomst mellem PLA og DSR.

Brobylægerne

Carsten O. Henriksen, coh@dadlnet.dk
mobil: 2190 1663
Ulrik Bo Hansen, ubh@dadlnet.dk
mobil: 2323 7010
Krogsgårdsvej 12
5672 Broby



Ledige stillinger som Afdelingsledere i Sundheds-ældreområdet i Hjørring Kommune

Hjørring Kommune er på knap 70.000 indbyggere og ældreområdet er inddelt i 4 distrikter. I hver distrikt er der ansat 7 afdelingsledere under 1 distriktsleder.

Sundheds-ældreområdet står overfor et nyt projekt med rehabilitering af borgere i eget hjem. Dette foranlediger en omorganisering på området og en udvidelse af afd. ledere.

Vi søger nye afd. ledere til vores distrikter.

Ansøgningsfristen er den 17. nov. 2011

På hjemmesiden **www.hjoerring.dk** findes mere fyldestgørende stillingsopslag.

Eller kontakt
Distrikt Øst
Inge Merete Holm
tlf. 7233 5301


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**
35091 Gentofte Hjemmepleje
Ansvarshavende natsygeplejerske til Hjemmeplejens Vagtcentral.
 Ansøgningsfrist: 18. november 2011

Quicknr. **Hovedstaden**  **HJERTEFORENINGEN**
35072 Hjerteforeningen
Hjerteforeningen søger hjertesygplejerske til København - vikariat
 Ansøgningsfrist: 9. november 2011

Quicknr. **Hovedstaden** 
35076 Bornholms Regionskommune
Leder af nyt plejehjem
 Ansøgningsfrist: 28. november 2011

Quicknr. **Hovedstaden**
35095 Gentofte Kommune
Sygeplejerske til Modtagelsen i Pleje og Sundhed
 Ansøgningsfrist: 9. november 2011

Quicknr. **Hovedstaden**
35092 Gentofte Hjemmepleje
Primærsygeplejerske til 1 års vikariat søges
 Ansøgningsfrist: 18. november 2011

DSR Meddelelse

Valg til bestyrelsen af FS for Sundhedsfaglige Supervisorer

Opstilling til valg af bestyrelsen for Faglige Selskab for Sundhedsfaglige Supervisorer. Ønsker du at stille op til valget, så send dit navn, adr., tlf.nr., mailadr. og medlemsnr. af DSR til: Annemette Olesen, mail: annemette.olesen07@gmail.com - senest den 4. december 2011. På valg er: Karin Rybjer, Birgitte Breiner, Mette Stevns og Annemette Olesen. Alle fire genopstiller. Venlig hilsen Annemette Olesen
 Formand for FSSuS

DSR Kursus

Landskursus 2012 i FS for Sundhedsfaglige Supervisorer

"Grib øjeblikket" - skal opfordre os som faglige supervisorer og vejledere til at bruge de muligheder og kompetencer vi har. Se www.dsr.dk/faglige_selskaber/sundhedsfaglige_supervisorer

Tid og sted:

1. februar 2012 kl. 09:00 -
 2. februar 2012 kl. 16:00
 Quality Hotel Park Middelfart

Arrangør:

FS 30 Sundhedsfaglige Supervisorer

Pris:

Kr. 4.200 inkl. overnatning

Yderligere info:

Conny Larsen: tlf. 7228 2864 eller cola@phmetropol.dk

Landskursus for FS Øjne den 26. januar 2012

Der afholdes landskursus for øjensygeplejersker på Vingstedcentret.

Tid og sted:

26. januar 2012 kl. 18:00 -
 28. januar 2012 kl. 12:00
 Vingstedcentret, Vingsted Skovvej 2, 7182 Bredsten

Arrangør:

FS Øjne

Tilmelding:

kursusadm@dsr.dk

Pris:

Kr. 3.500 for medlemmer,
 kr. 4.500 for ikke-medlemmer

DSR Kredsmøde

Hovedstaden

Julemiddag for seniorsygeplejersker, Kreds Hovedstaden Vest

Kontaktudvalget inviterer til julemiddag med vin og vand ad libitum samt kaffe og småkager.

Tilmelding senest 21.11.2011.

Tid og sted:

1. dec. 2011 kl. 16:00 - 19:00
 Holmegårdsparken, Ordrupvej 30, Charlottenlund (Ordrup St. - bus 185)

Arrangør:

Kontaktudvalget,
 Kreds Hovedstaden Vest

Tilmelding:

Lisbeth Vendelboe,
 tlf. 3675 6483 eller
 Carolina Falk-Sørensen,
 mail: carolinafs@mail.dk

Pris:

Kr. 175 og medbring derudover en lille gave til ca. 25 kr.

Seniorsygeplejerskernes i Kreds Hovedstaden Bornholm

I år vil vi prøve noget nyt. Derfor inviterer vi til julehygge med smørrebrød, et glas vin og overraskelser. Du bedes medbringe en pakke til min. 25 kr.

Tid og sted:

8. dec. 2011 kl. 13:00 - 16:00
 Haslevej 50, 3700 Rønne

Arrangør:

Kontaktudvalget i Kreds Hovedstaden Bornholm

Tilmelding:

På tlf. til Inge-Lise Hansen
 5695 2910, DSR 4695 4917
 eller på: hovedstaden@dsr.dk

Pris:

Kr. 100

Sjælland**Videns Cafe Slagelse**

Sygepleje til social udsatte i fremtidens sundheds- og socialsektor. Oplæg ved Yvonne Nielsen og Stine Riegels, som begge er sygeplejersker og ansat ved Center for Socialt Udsatte i Næstved kommune.

Tid og sted:

22. nov. 2011 kl. 16:00 - 18:30
Slagelse Sygehus indgang 50
(Kantinen ved Vandet),
Ingemannsvej 18

Arrangør:

Kreds Sjælland

Yderligere info:

www.dsr.dk/sjaelland

Seniorerne i Roskilde inviterer til julefrokost

Der afholdes julefrokost på restaurant Bryggergården. Der serveres en juleplatte og øl/vand samt kaffe i selskabslokalet. Tilmelding senest d. 18. nov. kl. 13.00.

Tid og sted:

24. nov. 2011 kl. 12:30 - 15:30
Restaurant Bryggergården,
Algade 15, Roskilde

Arrangør:

Kontaktudvalget for seniorer i Roskilde

Tilmelding:

sjaelland@dsr.dk eller på
tlf. 7021 1664

Pris:

Kr. 200

Yderligere info:

sjaelland@dsr.dk

Kontaktudvalget indbyder til julefrokost

Der vil være julehygge - frokost og underholdning med Bente Kure.

Der afholdes lotteri med mulighed for at vinde spændende gevinster.

Mød op til en hyggelig eftermiddag.

Tid og sted:

7. dec. 2011 kl. 12:30 - 17:00
Cafe tre konger, Østergade 3,
4180 Sorø

Arrangør:

Kontaktudvalget i Vestsjælland

Tilmelding:

Tlf. 5943 5303 el. 5554 8300

Pris:

Der betales for egne drikkevarer.

Julefrokost for seniorer fra tidligere "Storstrøms Amt"

I Charlotte Krøyer`s Spise-stuer vil vi igen i år nyde vores julefrokost og opleve alle de spændende retter.

Dertil en genstand eller to!
Tilmelding senest den 18.11.
Bemærk at tilmelding er bindende!

Tid og sted:

29. nov. 2011 kl. 12:00 - 17:00
Kirkevej 50, Sdr. Ørslev,
4872 Idestrup

Arrangør:

Seniorsammenslutningen, tidl. "Storstrøms Amt"

Tilmelding:

Rie på tlf. 2481 8012 eller
Gulle tlf. 5482 5684

Pris:

Nisserne sætter prisen i år
kr. 100 ? - kr. 200 ?

Syddanmark**Seniorsammenslutningen Trekanten**

Der inviteres til julefrokost og musikalsk underholdning. Tilmelding senest den 21. november. Vel mødt!

Tid og sted:

1. dec. 2011 kl. 12:00 - 16:00
DSR Kreds Syddanmark,
Vejlevej 121, 7000 Fredericia

Arrangør:

Kontaktudvalget

Tilmelding:

Elly på tlf. 7583 2886,
e-mail: ellyziegler@hotmail.dk
Kirsten tlf. 7583 2681,
e-mail: kirlyn@ofir.dk

Pris:

Kr. 100 eks. drikkevarer, som I selv medbringer.

Julefrokost med seniorsammenslutningen på Fyn

Vi glæder os til at se jer til julebuffet på Plaza, Odense. Medbring venligst en lille gave til ca. 25 kr. Tilmelding senest d. 25.11. kl. 12.

Tid og sted:

1. dec. 2011 kl. 12:00 - 16:00
Hotel Plaza,
Østre Stationsvej 24,
5000 Odense C

Arrangør:

Seniorsammenslutningen Fyn

Tilmelding:

Elna, tlf. 6594 1716

Pris:

Kr. 150 for buffet, kaffe/the ekskl. drikkevarer

Julemøde

Seniorsammenslutningen Esbjerg inviterer til julemøde, julefrokost og julehygge. Tilmelding senest d. 15. november.

Tid og sted:

22. nov. 2011 kl. 13:00 - 17:00
Sognehuset, Vor Frelser Kirke,
Kirkegade 24, 6700 Esbjerg

Arrangør:

Seniorsammenslutningen Esbjerg

Tilmelding:

elna@esenet.dk
Elna på tlf. 7511 6686 eller
Nina tlf. 7513 2246

Pris:

Kr. 75

Valg til kontaktudvalget i seniorsammenslutningen

Tilmelding til valget er senest den 17.02.2012 på mail eller pr. tlf.

Tid og sted:

23. feb. 2012 kl. 13:30 - 15:30
HK, Lumbyvej 11,
5000 Odense C

Arrangør:

Seniorsammenslutningen Fyn

Tilmelding:

aa5260@hotmail.com, eller
pr. tlf. til Elna 6594 1716 eller
Anni 6615 2007

Midtjylland**Seniorsammenslutningen Kreds Midtjylland, Århus**

Højskolelærer Lilian Hjort-West kommer og holder et foredrag om Sigfred Pedersen. Bemærk sted: BUPL's lokaler, Mindegade 12, 8000 Århus C.

Tilmelding men navn og personnummer senest den 8.11.2011.

Tid og sted:

22. nov. 2011 kl. 14:00 - 16:00
BUPL's lokaler, Mindegade 12,
8000 Århus C

Arrangør:

Kontaktudvalget, Seniorsammenslutningen i Århus

Tilmelding:

Tlf. 8625 6499 el. 8619 1708

Nordjylland**Julehygge i Kreds Nordjylland**

Medlemmer og deres familier inviteres til julehygge i kredsens julepyntede lokaler. Vi byder på gløgg, sodavand, æbleskiver og godter. Der vil også være aktiviteter for børnene, og julemanden kommer på besøg.

Tid og sted:

7. dec. 2011 kl. 15:00 - 18:00
Kredskontoret,
Sofiendalsvej 3,
9200 Aalborg SV

Arrangør:

Kreds Nordjylland

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/nordjylland



HOS OS KAN DU FORSIKRE DIN KARRIERE

DSA er din samarbejdspartner og støtte gennem hele arbejdslivet. Også hvis du på et tidspunkt står uden job. Vi sørger for, at du får dagpenge under ledigheden, og tilmelder du dig efterlønsordningen, har du mulighed for at gå på efterløn fem år før, du når pensionsalderen.

Som medlem af DSA har du flere muligheder og større valgfrihed. Udover økonomisk hjælp får du også personlig støtte og professionel rådgivning, så du hurtigt finder en ny udfordring i karrieren.

Du kan læse mere om vores arbejdsløshedsforsikring, dine muligheder og den service, vi tilbyder på www.dsa.dk

DANSKE SUNDHEDSORGANISATIONERS
ARBEJDSLØSHEDSKASSE

TELEFON 33 15 10 66
dsa@dsa.dk



DIN SIKKERHED ALTID

FERIE PÅ MAL-LORCA - SE HER

Skøn penthouselejlighed udlejes. 4-6 prs. 1500 m til centrum og dejlige strande. Privat poolområde. Fri internet-adgang. Opvaske- og vaske-maskine. Mikroovn. Grill på tagterrasse. Tjek www.mallorca-dam.dk for plantegning og andre detaljer.

Kontakt 2337 5393

2-3 vær. lejlighed Århus C/N

søges snarest til min søn Jonas (21) og kæreste Søs (20), som begge har gang i videregående uddannelser o.a. Har du/eller kender du nogen, der ønsker at udleje, da kontakt venligst

Berith Buskbjerg Sharpe,
Storkebakken 14,
9500 Hobro,
Tlf. 9852 1842 /
2639 0642

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. Swimming-pool. Direkte fly til Alicante. Kr./uge fra 2.405,-

Rekvirer brochure:
tlf. 4457 0787 eller 2023 7577
www.playaprincipe.dk
booking@playaprincipe.dk

Avoriaz - Skilejligheder

2 skilejligheder til 4 hhv. 6 personer udlejes. Lejlighederne er nyrenoverede inkl. Internet og ligger i centrum. Du løber på ski fra lejlighederne direkte til skilifterne.

Kontakt mobil 2617 7748
/ 2020 0244
www.avoriaz401.dk



Uni-Care
Vikarbureau for sygeplejersker og jordemødre

Vi har brug for netop **DIN** hjælp til vikaropgaver i ind- og udland

Vi tilbyder:

- Høj løn
- Fleksibilitet
- Udfordringer
- Oplevelser

Kontakt:
Elsebeth og Anne
kontakt@uni-care.dk
www.uni-care.dk

Tlf. 8678 7898

ODSHERRED/ Sejerøbugten

(nær Dragsholm Slot)
Bjælkehus, 8 personer. Stor naturgrund. 300 meter til strand. 100 meter til skov. Gode fiskepladser og golfbane i nærheden. Huset er udstyret med brændeovn, vaskemaskine, opvaske-maskine, microbølgeovn og grill. TDC home trio. Internet-tilslutning. 2 badeværelser.

Se www.naeskrogen3.dk
Tlf. 5962 1115/4032 4929

4-vær. lejlighed søges i København

pr 1.1.12 til mine 2 døtre og en veninde (studerende og arbejdende), leje/fremleje (ikke under 1 år), husleje max 9000,-. Pigerne er ansvarsbevidste, ordentlige og reelle.

Kontakt tlf. 7526 1062 /
4036 7122 eller
mail: BKS1412@mail.dk

ITALIEN HOS HANNE

På hyggeligt familiehotel i Rimini ved Adriaterhavets skønne sandstrand fra kr. 200/pers. Nu også med 2 ferielejligheder.

Eller nær TOSCANA, 2 natur-skønne landhuse med pejsestue, køkken, 3 værelser, 2 wc og lille have. Udlejes hele året Fra kr. 3.900/uge.

Hanne Astrup Pietroni
Tlf. +39 335 8239863
www.hotel-dalia.it
hanne@hotel-dalia.it

Priser for ferieannoncer

Alle annoncer skal indtastes via DSRs hjemmeside - login rekvireres hos Dansk Mediaforsyning, dsrrubrik@dmfnet.dk
Annoncerne må maksimalt indeholde 40 ord. Priserne er for medlemmer er kr. 650,- / ikke medlemmer kr. 995,- ekskl. moms.

Faktura fremsendes når bladet er udkommet.

Skiferie Val Morel

Charmerende 120 kvm stenhuse i Doucy 3 km fra liftsystemet Grand Domaine udlejes. Plads til 10 personer i 2 store soverum med eget bad. Køkken/alrum og stue/terrasse med panoramaudsigt. 2 brændeovne. 3.500,- - 8.000,- pr uge.

Ring 2262 5700,
Per Kessel

Poolsummerhus Vesterhavet

Få en stor familieoplevelse. stort hus, 5 soveværelser. 12-14 pers. med alt i udstyr. bl.a. Wii spil. Tæt på Vesterhavet.

Udlejes for kr. 2.500,00 i weekend / kr. 3.500,00 pr. uge plus forbrug.

Tlf. 2876 1259

Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse



Grete Christensen
Formand



Anni Pilgaard
1-næstformand



Dorte Steenberg
2-næstformand



Irene Hesselberg
Formand for
Lederforeningen



**Niklas Kline
Lange**
Formand for SLS

Kredsformænd



Vibeke Westh
Kreds Hovedstaden



Helle Dirksen
Kreds Sjælland



John Christiansen
Kreds Syddanmark



Else Kayser
Kreds Midtjylland



Jytte Wester
Kreds Nordjylland

1.-kreds næstformænd



Vibeke Schaltz
Kreds
Hovedstaden



Nils Håkansson
Kreds Sjælland



Linda Rise
Kreds Syddanmark



Anja Laursen
Kreds Midtjylland



**Helle Kjærager
Kanstrup**
Kreds Nordjylland

Dansk Sygeplejeråd centralt

Administrerende direktør

Anne Granborg

Sankt Annæ Plads 30, Postboks 1084,
1008 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
Postboks 1084
1008 København K
Tlf. 46 95 39 00
E-mail: lederforeningen@dsr.dk
www.dsr.dk/lederforeningen

Sygeplejestuderendes Landssammenslutning

Sankt Annæ Plads 30,
Postboks 1084
1008 København K.
Tlf. 33 15 15 55, lokal 3991
E-mail: sls@dsr.dk • www.dsr.dk/sls

Sygepleetisk Råd

Formand: Grete Bækgaard Thomsen,
Sundhedschef
Sankt Annæ Plads 30,
Postboks 1005,
1008 København K
www.sygeplejeetiskraad.dk

Kreds Hovedstaden

Kredschef

Anne Tovborg

Hovedtelefonnummer: 7021 1662
Hovedfaxnummer: 7021 1663
Hjemmeside:
www.dsr.dk/hovedstaden
E-mail: hovedstaden@dsr.dk

Hjemmesiden indeholder individuelle
kontaktoplysninger på kredsens
medarbejdere og formandskab

Kontor

Frederiksborggade 15, 4.
1360 København K

Åbnings- og telefontider:

Man, tirs, tors, fre: 09.00 - 14.00
Ons: 13.00 - 16.00

Lokalkontor

Haslevvej 50
3700 Rønne
Tlf: 7021 1662
Fax: 5695 3812
Telefontid
Man, tirs og tors: 09.00 - 12.00

Kreds Sjælland

Kredschef

Thorkild David Hay

Hovedtelefonnummer: 7021 1664
Hovedfaxnummer: 7021 1665
Hjemmeside: www.dsr.dk/sjaelland
E-mail: sjælland@dsr.dk

Kontor

RingstedCentret
Nørregade 13
4100 Ringsted

Kontorets åbnings- og telefontider

Telefonåbent
Mandag 09.00 - 14.00
Tirsdag 13.00 - 16.00
Onsdag 09.00 - 14.00
Torsdag 13.00 - 16.00
Fredag 09.00 - 13.00

Fremmøde

Mandag 08.30 - 15.30
Tirsdag 08.30 - 15.30
Onsdag 08.30 - 15.30
Torsdag 12.00 - 16.00
Fredag 09.00 - 13.00

Kreds Syddanmark

Kredschef

Jan Villumsen

Hovedtelefonnummer: 7021 1668
Hjemmeside: www.dsr.dk/syddanmark
E-mail: syddanmark@dsr.dk

Kontor

Vejlevej 121, 2.
7000 Fredericia

Telefontider

Kl. 08.30 - 13.00 - mandag, tirsdag,
onsdag og fredag
Kl. 11.00 - 16.00 - torsdag

Kreds Midtjylland

Kredschef

Ann Dahy

Fælles postadresse
DSR, Kreds Midtjylland
Marienlystvej 14
8600 Silkeborg

Hovedtelefonnummer: 4695 4600
Hovedfaxnummer: 7021 1667
Hjemmeside: www.dsr.dk/midtjylland
E-mail: midtjylland@dsr.dk

Lokale kontorer

Fredericiagade 27-29
7500 Holstebro
Åbent efter forudgående aftale.

Mindegade 10
8000 Århus 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

JANUVIA®, (SITAGLIPTIN, MSD)

(▼) **INDIKATIONER:** Til 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 alene, og når metformin ikke er hensigtsmæssig pga. kontraindikationer eller intolerance. Som **dual oral behandling** sammen med metformin i de tilfælde, hvor diæt og motion plus metformin alene ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol; sammen med et sulfonylurinostof, når diæt og motion plus maksimal tolereret dosis af et sulfonylurinostof alene ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol, og når metformin ikke er hensigtsmæssig pga. af kontraindikationer eller intolerance; sammen med en PPAR γ -agonist (dvs. et glitazon), når anvendelse af en PPAR γ -agonist er hensigtsmæssig, og når diæt og motion plus PPAR γ -agonisten alene ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol. Som **tripel oral behandling** sammen med et sulfonylurinostof og metformin, når diæt og motion plus dual behandling med disse lægemidler ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol; sammen med en PPAR γ -agonist og metformin, når anvendelse af en PPAR γ -agonist ikke er hensigtsmæssig, og når diæt og motion plus dual behandling med disse lægemidler ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol.

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.

(▼) **LÆGEMIDDELFORM OG DOSERING:** Filmovertrukne tabletter 100 mg. Dosis er 100 mg én gang dagligt. Når JANUVIA anvendes sammen med metformin og/eller en PPAR γ -agonist, bør dosis af metformin og/eller PPAR γ -agonisten opretholdes. Når JANUVIA anvendes i kombination med et sulfonylurinostof eller sammen med insulin, kan en lavere dosis af sulfonylurinostof eller insulin overvejes for at reducere risikoen for hypoglykæmi. Kan tages med eller uden mad.

KONTRAINDIKATIONER: Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne.

(▼) **INTERAKTION:** Patienter med risiko for digoxinforgiftning bør monitoreres.

(▼) **GRAVIDITET OG AMNING:** Bør ikke anvendes.

(▼) **BIVIRKNINGER OG RISICI:** **Kombinationsbehandling med metformin alene:** Almindelig ($\geq 1/100$, $< 1/10$): Kvalme. Ikke almindelig ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$): Døsighed, diarré, øvre abdominalsmerter, nedsat blodglucose. **Kombinationsbehandling med et sulfonylurinostof:** Almindelig ($\geq 1/100$, $< 1/10$): Hypoglykæmi. **Kombinationsbehandling med metformin og et sulfonylurinostof:** Meget almindelig ($\geq 1/10$): Hypoglykæmi. Almindelig ($\geq 1/100$, $< 1/10$): Obstipation. **Kombinationsbehandling med en PPAR γ -agonist (pioglitazon):** Almindelig ($\geq 1/100$, $< 1/10$): Hypoglykæmi, flatulens, perifert ødem. **Kombinationsbehandling med metformin og en PPAR γ -agonist (rosiglitazon):** Almindelig ($\geq 1/100$, $< 1/10$): Hovedpine, hoste, diarré, opkastning, hypoglykæmi, perifert ødem. Ikke almindelig ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$): Svampeinfektion i huden. **Kombinationsbehandling med insulin og metformin:** Almindelig ($\geq 1/100$, $< 1/10$): Hovedpine, hypoglykæmi, influenza. Ikke almindelig ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$): Tør mund, obstipation. **JANUVIA monoterapi:** Almindelig ($\geq 1/100$, $< 1/10$): Øvre luftvejsinfektion, nasfaryngitis, hypoglykæmi, hovedpine, osteoarthritis, ekstremt letssmerter. Ikke almindelig ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$): Svimmelhed, obstipation. **Efter markedsføring:** **Hypyphed ukendt:** Overfølsomhedsreaktioner inklusive anafylaksi, angioødem, udslet, urticaria, kutan vaskulitis og eksfoliative hudreaktioner, herunder Stevens-Johnsons syndrom, artralgi, myalgi, akut pankreatitis omfattende letal og ikke-letal hæmorrhagisk og nekrotiserende pankreatitis; nedsat nyrefunktion, akut nyresvigt, opkastning. **Risici:** JANUVIA bør ikke anvendes til patienter med moderat eller svær nyreinsufficiens.

PAKNINGER OG PRISER: (AUP, oktober 2011, inkl. recepturgebyr). Vnr. 076024, 100 mg 28 stk. kr. 451,65; Vnr. 076033, 100 mg 98 stk. kr. 1.445,75. Der henvises til dagsaktuelle priser på www.medicinpriser.dk.

UDLEVERING: B

TILSKUD: Generelt tilskud.

JANUMET®, (SITAGLIPTIN OG METFORMIN, MSD)

(▼) **INDIKATIONER:** Til patienter med type 2-diabetes mellitus. JANUMET er indiceret som supplement til diæt og motion til forbedring af den glykæmiske kontrol hos patienter, der ikke er tilstrækkeligt kontrolleret på den max. tolererede dosis metformin alene eller hos de patienter, som allerede er i behandling med kombinationen af sitagliptin og metformin. JANUMET er indiceret som supplement til diæt og motion i kombination med et sulfonylurinostof (dvs. tripel kombinationsbehandling) hos patienter, der ikke er tilstrækkeligt kontrolleret på den max. tolererede dosis metformin og sulfonylurinostof. JANUMET er indiceret som tripel kombinationsbehandling sammen med en PPAR γ -agonist (dvs. et glitazon) som supplement til diæt og motion hos patienter, der ikke er tilstrækkeligt kontrolleret på den max. tolererede dosis metformin og PPAR γ -agonist. JANUMET er også indiceret som tillægsbehandling til insulin (dvs. tripel kombinationsbehandling) som supplement til diæt og motion til forbedring af den glykæmiske kontrol hos patienter, når stabil dosering af insulin og metformin alene ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol.

(▼) **LÆGEMIDDELFORM OG DOSERING:** Filmovertrukne tabletter. Doseringen er individuel. *Til patienter, der ikke er tilstrækkeligt kontrolleret på max. tolereret dosis af metformin-monoterapi, bør den normale startdosis for JANUMET doseres som 50 mg sitagliptin to gange dagligt plus den dosis metformin, som allerede tages. Til patienter, der skifter fra samtidig administration af sitagliptin og metformin, bør JANUMET initieres med den dosis af sitagliptin og metformin, som allerede tages. Til patienter, der ikke er tilstrækkeligt kontrolleret på dual kombinationsbehandling med den max. tolererede dosis af metformin og et sulfonylurinostof, bør JANUMET doseres som sitagliptin 50 mg to gange dagligt, og metformin bør gives i en dosis svarende til den, som allerede tages. Når JANUMET anvendes sammen med sulfonylurinostoffer er der risiko for hypoglykæmi. Til patienter, der ikke er tilstrækkeligt kontrolleret på dual kombinationsbehandling med den max. tolererede dosis af metformin og en PPAR γ -agonist, bør JANUMET doseres som sitagliptin 50 mg to gange dagligt, og metformin bør gives i en dosis svarende til den, som allerede tages. Til patienter, der ikke er tilstrækkeligt kontrolleret på dual kombinationsbehandling med insulin og den max. tolererede dosis af metformin, bør Janumet doseres som sitagliptin 50 mg to gange dagligt, og metformin bør gives i en dosis svarende til den, som allerede tages. Når JANUMET anvendes sammen med insulin er der risiko for hypoglykæmi. Bør tages sammen med et måltid.*

(▼) **KONTRAINDIKATIONER:** Overfølsomhed over for de aktive stoffer eller over for et eller flere af hjælpestofferne; diabetisk ketoacidose; diabetisk prækoma; moderat eller svær nyreinsufficiens (kreatininclearance < 60 ml/min); akutte tilstande med risiko for ændring af den renale funktion; akut eller kronisk sygdom, som kan medføre vævshypoxi; leverinsufficiens; akut alkoholforgiftning; alkoholisme.

(▼) **INTERAKTION:** I.v. administration af jodholdige kontraststoffer kan føre til nyresvigt. JANUMET bør seponeres før testen og tidligst genoptages 48 timer efter, og kun efter at nyrefunktionen er blevet vurderet og fundet normal. Patienter, med risiko for digoxinforgiftning, bør monitoreres.

(▼) **GRAVIDITET OG AMNING:** Bør ikke anvendes.

(▼) **BIVIRKNINGER:** **Sitagliptin og metformin kombinationsbehandling:** Almindelig ($\geq 1/100$, $< 1/10$): Kvalme. Ikke almindelig ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$): Fald i blodglucose, døsighed, diarré, øvre abdominalsmerter. **Kombinationsbehandling med metformin og et sulfonylurinostof:** Meget almindelig ($\geq 1/10$): Hypoglykæmi. Almindelig ($\geq 1/100$, $< 1/10$): Obstipation. **Kombinationsbehandling med metformin og en PPAR γ -agonist (rosiglitazon):** Almindelig ($\geq 1/100$, $< 1/10$): Hovedpine, hoste, diarré, opkastning, hypoglykæmi, perifert ødem. Ikke almindelig ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$): Svampeinfektion i huden. **Kombinationsbehandling med metformin og insulin:** Meget almindelig ($\geq 1/10$): Hypoglykæmi. Ikke almindelig ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$): Hovedpine, tør mund. **Sitagliptin:** Hovedpine, hypoglykæmi, infektion i øvre luftveje, nasopharyngitis, osteoarthritis, smerter i ekstremiteterne, obstipation, svimmelhed. **Metformin:** Meget almindelig ($\geq 1/10$): Symptomer fra mave-tarmkanalen. Almindelig ($\geq 1/100$, $< 1/10$): Metallisk smag i munden. Meget sjældent ($< 1/10.000$): Urticaria, erythema, pruritus, laktacidose, B12-vitaminmangel, leverinsufficiens, hepatitis. **Efter markedsføring:** **Hypyphed ukendt:** Overfølsomhedsreaktioner, inklusive anafylaksi, angioødem, udslet, urticaria, kutan vaskulitis, eksfoliative hudreaktioner, herunder Stevens-Johnsons syndrom; artralgi, myalgi, akut pankreatitis omfattende letal og ikke-letal hæmorrhagisk og nekrotiserende pankreatitis; nedsat nyrefunktion, akut nyresvigt (som kan kræve dialyse), opkastning.

PAKNINGER OG PRISER: (AUP, oktober 2011, inkl. recepturgebyr). Vnr. 143609, 50 mg/850 mg, 56 stk. kr. 558,05. Vnr. 028110, 50 mg/850 mg, 196 stk. kr. 1.909,15. Vnr. 143631, 50 mg/1.000 mg, 56 stk. kr. 425,85. Vnr. 028121, 50 mg/1.000 mg, 196 stk. kr. 1.445,75. Der henvises til dagsaktuelle priser på www.medicinpriser.dk.

UDLEVERING: B. **TILSKUD:** Generelt tilskud.

INDEHAVER AF MARKEDSFØRINGSTILLADELSEN: Merck Sharp & Dohme. Repræsentant: MSD Danmark ApS, dskmail@merck.com **Baseret på produktresumé dateret:** 24.08.2011

REFERENCER: 1. EMA godkendte produktresumé for JANUVIA (sitagliptin, MSD) 2. EMA godkendte produktresumé for JANUMET (sitagliptin/metformin, MSD) 3. Nauck MA, Meininger G, Sheng D, et al; for Sitagliptin Study Group 024. Efficacy and safety of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor, sitagliptin, compared to the sulfonylurea, glipizide, in patients with type 2 diabetes inadequately controlled on metformin alone: a randomized, double-blind, non-inferiority trial. Diabetes Obes Metab. 2007;9:194–205.

Præparat	Lægemiddel-gruppe	Pris pr. DDD	Indikation	Doser	Særlige informationer
glipizid	Sulfonylurinostof	Fra 2,09 kr.	Glipizid er indiceret til behandling af stabil type 2-diabetes mellitus.	Individuel dosering. Initial dosis er 5 mg glipizid daglig og titrering op til ønskede niveau. Den maksimale anbefalede daglige dosis er 40 mg.	Glipizid har interaktion med en lang række af lægemidler. Almindelige bivirkninger: Hypoglykæmi, diarré, kvalme, abdominal smerter og gastralgi.
metformin	Biguanid	Fra 0,65 kr.	Metformin er indiceret til behandling af type 2-diabetes mellitus, især hos overvægtige patienter, når diæt-kontrol og motion ikke resulterer i tilstrækkelig glykæmisk kontrol. Kan anvendes som monoterapi eller i kombination med andre orale antidiabetiske midler eller insulin.	Den sædvanlige startdosis er 500-850 mg metformin 2-3 gange dagligt, herefter individuel titrering. Den maksimale anbefalede dosis er 3 g dagligt fordelt på 3 doser.	Metformin kan forårsage laktatacidose. Almindelige bivirkninger: Kvalme, opkast, diarré, abdominalsmerter og appetitløshed.
sitagliptin	DPP-4-hæmmer	Fra 14,75 kr.	Sitagliptin er indiceret til behandling af type 2-diabetes mellitus: Som monoterapi hvor metformin ikke er velegnet pga. kontraindikationer eller intolerance. Som kombinationsbehandling sammen med metformin, sulfonylurinostof eller glitazon. Som tripel kombinationsbehandling sammen med metformin og sulfonylurinostof eller med metformin og glitazon. 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.	Dosis er 100 mg sitagliptin én gang dagligt.	I undersøgelser af sitagliptin henholdsvis som monoterapi og som del af kombinationsbehandling med metformin, var frekvensen af hypoglykæmi, rapporteret for sitagliptin , den samme som ved placebo. I undersøgelser af sitagliptin alene er der set følgende formodede bivirkninger: Hovedpine, obstipation og svimmelhed. Sitagliptin anbefales ikke til patienter med moderat til svær nyreinsufficiens.

Der henvises til dagsaktuelle priser på www.medicinpriser.dk.
Baseret på Lægemiddelstyrelsens godkendte produktresumé for de nævnte produkter.

(▼) Afsnit omskrevne og/eller forkortede i forhold til EMAs godkendte produktresumé, som vederlagsfrit kan rekvireres fra MSD.



Januvia® (sitagliptin, MSD)

Enhancing incretins.
Enhancing physiologic control.

I kombination med andre hyppigt ordinerede midler

JANUVIA giver mulighed for substantiel glukosereduktion hos patienter med type 2-diabetes¹

JANUVIA har i kliniske studier¹

- vist substantielle HbA_{1c}-reduktioner ved en fysiologisk virkningsmekanisme¹
- vist at være generelt vægtneutralt og med lav risiko for hypoglykæmi¹
- vist at være generelt veltolereret¹
- altid doseret 1 gang dagligt¹

Se venligst EMAs godkendte produktresumé inden receptudskrivelse.

Til 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 alene, og når metformin ikke er hensigtsmæssig pga. kontraindikationer eller intolerance. Som dual oral behandling sammen med metformin i de tilfælde, hvor diæt og motion plus metformin alene ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol; sammen med et sulfonylurin-stof, når diæt og motion plus maksimal tolereret dosis af et sulfonylurin-stof alene ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol, og når diæt og motion plus PPAR γ -agonisten alene ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol. Som tripel oral behandling sammen med et sulfonylurin-stof og metformin, når diæt og motion plus dual behandling med disse lægemidler ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol; sammen med en PPAR γ -agonist og metformin, når anvendelse af en PPAR γ -agonist ikke er hensigtsmæssig, og når diæt og motion plus dual behandling med disse lægemidler ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol.

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.

Janumet® (sitagliptin/metformin, MSD)

Changing the course to glucose control.

Til patienter, der ikke er velkontrollerede med metformin²

JANUMET giver mulighed for markante HbA_{1c}-reduktioner²

JANUMET har i kliniske studier²

- vist markante HbA_{1c}-reduktioner²
- vist vægttab og færre tilfælde af hypoglykæmi (med sitagliptin 100 mg + metformin) vs glipezid, SU + metformin³
- demonstreret omfattende virkning rettet mod 3 primære defekter ved type 2-diabetes²

Se venligst EMAs godkendte produktresumé inden receptudskrivelse.

Til patienter med type 2-diabetes mellitus. JANUMET er indiceret som supplement til diæt og motion til forbedring af den glykæmiske kontrol hos patienter, der ikke er tilstrækkeligt kontrolleret på den max. tolererede dosis metformin alene eller hos de patienter, som allerede er i behandling med kombinationen af sitagliptin og metformin. JANUMET er indiceret som supplement til diæt og motion i kombination med et sulfonylurin-stof (dvs. tripel kombinationsbehandling) hos patienter, der ikke er tilstrækkeligt kontrolleret på den max. tolererede dosis metformin og sulfonylurin-stof. JANUMET er indiceret som tripel kombinationsbehandling sammen med en PPAR γ -agonist (dvs. et glitazon) som supplement til diæt og motion hos patienter, der ikke er tilstrækkeligt kontrolleret på den max. tolererede dosis metformin og PPAR γ -agonist. JANUMET er også indiceret som tillægsbehandling til insulin (dvs. tripel kombinationsbehandling) som supplement til diæt og motion til forbedring af den glykæmiske kontrol hos patienter, når stabil dosering af insulin og metformin alene ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol.

Se venligst EMAs godkendte produktresumé inden receptudskrivelse.

© MSD

www.januvia.dk www.univadis.dk

Illustrationen er en kunstnerisk gengivelse og repræsenterer ikke nødvendigvis den kliniske effekt.

 MSD DIABETES