

Julens diagnoser
Andestegen udfordrer

På job
Sygepleje bag tremmer

SYGGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING NR. 14 • 14. DECEMBER 2012 • 112. ÅRGANG

TEMA

Du har fået en patientklage ...



Videnskab & Sygepleje
At gennemgå operation
for kræft i æggestokkene

POR3T af Juleriget
**Tro, håb og
næstekærlighed**

SEEBRI® BREEZHALER® (GLYCOPYRRONIUMBROMID)

**MANGE PATIENTER FØLER, AT
KOL SUGER LUFTEN
UD AF DEM OM MORGENEN¹⁻³**



**ENESTE 1 X DAGLIG ANTIKOLINERGIKUM,
DER GIVER EFFEKT INDEN FOR 5 MIN⁴**

➤ Seebri Breezhaler er indiceret som bronkodilaterende vedligeholdelsesbehandling til symptomlindring hos voksne patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL).⁴

Se venligst det forkortede produktresumé på side 8

 **NOVARTIS**

Novartis Healthcare A/S, Lyngbyvej 172, 2100 København Ø, Tlf. 3916 8400, Fax 3916 8402, www.novartis.dk

seebri
breezhaler
(glycopyrroniumbromid)

2 i 1 Lactocare fiber og mælkesyrebakterier

Du har nu mulighed for at bestille en prøve på vores nye 2i1 Lactocare fiber og mælkesyreprodukt til dine patienter. Lactocare fiber indeholder en kombination af mælkesyrebakterier og et højt antal letopløselige fibre. Fås i breve med appelsinsmag, som smager dejligt og let opløses i vand.

Fordele:

- Højt antal fiber pr. brev 5,3 gram
- God smag af appelsin
- Konsistensen er flydende som vand – også ved henstand
- 2i1 – både mælkesyrebakterier og fiber i en pakning
- Diskret og praktisk brev, som let kan tages med i tasken

Bestilling af Lactocare fiber prøve

Du kan bestille en Lactocare fiber prøve (der er 14 breve i en pakning) hos Charlotte Nimb på: cnimb@actavis.dk

Lactocare fiber fås kun på apoteket



Indhold pr. brev:

Mælkesyrebakterier:

Lactobacillus acidophilus	2,4 milliarder
Bifidobacterium longum	0,6 milliarder
Bifidobacterium bifidum	0,6 milliarder
Bifidobacterium lactis	2,4 milliarder

Fiber:

Fructooligosaccharides	5.300 mg
------------------------	----------

Anbefalet daglig dosering: 1-2 breve daglig efter behov. Brevet kan opløses i et glas vand eller drysses over fx morgenmaden. Husk at supplere med et stort glas vand. Den anbefalede daglige dosis bør ikke overskrides.

Kosttilskud bør ikke træde i stedet for en varieret og afbalanceret kost. Bør kun efter aftale med læge eller sundhedsplejerske anvendes af gravide eller børn under 1 år.

KORT**6 Udvidet sygeplejepraksis styrker fagidentiteten**

Sygeplejersker oplever bl.a. større selvtillid, når de varetager konsultationer med patienterne.

10 Kulturjournalen: Vind biografbilletter til "Amour"

Flere nye film kredser om temaer som sygdom og sundhed.

TEMA OM PATIENTKLAGER**14 Du har fået en klage**

Det kan være tungt og ensomt at være i centrum for en patientklagesag. Sygeplejersken sætter fokus på, hvordan man kan få hjælp, og hvordan man som leder kan agere.

NYT FRA DSR – DIN ORGANISATION**24 OK13: Sygeplejerskerne leverer produktiviteten**

Sygeplejersker løber hurtigere end nogensinde, og det er en af forklaringerne på, at sundhedsvæsenet er uhyre produktivt, lyder det fra Dansk Sygeplejeråd.

28 Sygeplejersker fik millioner i efterbetaling

En vågen tillidsmand opdagede, at flere hundrede sygeplejersker på Odense Universitetshospital gennem flere år ikke havde fået den løn, de var berettiget til.

30 "Vi arbejder meget i nuet"

Sygeplejerskerne på landets største asylcenter, Center Sandholm, skal dække alle specialer inden for sygeplejen. Dansk Sygeplejeråds formand var i klinik i centret.

BAGGRUND**32 Når køkkenkniv og ventrikel kommer på overarbejde**

Rundringning til akutmodtagelser viser, at skæreskader, mave- og hjertesmerter og alkoholforgiftning i særlig grad hører julemåneden til.

35 Julekryds**36 Psykiatri på tværs**

Tre eksempler på det tværfaglige samarbejde i psykiatrien mellem kommuner og regioner viser, hvordan pleje og behandling kan forbedres.

42 På job: Sygepleje bag tremmer

I Kragsskovhede Statsfængsel står sygeplejerskerne for alt fra skadestuefunktioner, tandplejeassistance og til at tage en snak med dem, der har det svært.

46 Fire til ferien

Fire forslag til julelæsning, der fornøjer, forbløffer og fascinerer.

48 POR3T af Juleriget

I julen skrues der på Rigshospitalet op for arrangementer for både børn, voksne patienter og personalet, så sorgen og savnet over at være væk hjemmefra bliver lidt lettere at tackle.

14



FAGLIG INFORMATION

62 Sengecyklning på intensiv afdeling fremmer rehabilitering

Et forsøg med sengecyklning har vist sig at have positiv effekt, også for patienter med meget få kræfter.

64 Liv og glade dage i Ungecafé Nexus på Aarhus Universitetshospital

På Café Nexus på Aarhus Universitetshospital i Skejby mødes unge patienter, hygger sig og glemmer for en tid deres sygdom.

FAGLIGE ARTIKLER

65 Videnskab & Sygepleje: Ovariecancer

Undersøgelse af patienters perspektiver på at blive diagnosticeret og starte behandling for ovariecancer indikerer, at kvinderne kan have brug for støtte til at opretholde håb og livsvilje.

78 Kvalitetsudvikling af plejen til kvinder opereret for ovariecancer

Etablering af en tværfaglig klinisk database har vist, at både pleje og behandling af kvinder, som opereres for ovariecancer, kan styrkes.

82 Metode til optimering af patientforløb

En workshop-praksismetode har givet gunstige resultater for patienter, som har fået foretaget knæ- og hoftealloplastik.

I HVERT NUMMER

9 Studerende i praksis

11 Testen

13 Dilemma

44 5 faglige minutter

52 Parentes

55 Debat

59 Navne

60 Mindeord

87 Stillingsannoncer

88 Kurser/møder/meddelelser

90 Kontakt

FORSIDEILLUSTRATIONER: SØREN SVENDSEN

Borgerne er vigtigere end systemet

"Det er ikke borgeren, der skal flytte sig efter systemet, men systemet, der skal flytte sig efter borgeren." Sådan siger sygeplejerske Iben Tulstrup i en af artiklerne om "Psykiatri på Tværs" her i bladet. Jeg er fuldstændig enig. Formålet med "Psykiatri på Tværs", som vi for overenskomstmidler har gennemført sammen med en række andre organisationer, har netop været at få den kommunale og den regionale psykiatri til at smelte mere sammen.

De foreløbige resultater er imponerende. Færre dårligt planlagte udskrivelser, mere helhed i forløbene og bedre smertedækning. Derfor opfordrer jeg alle regioner og kommuner til at hente inspiration i projekterne og sætte endnu mere gang i samarbejdet. For sygeplejerskerne og deres kolleger brænder for at arbejde på tværs. Det gavner både de psykisk syge borgere og medarbejdernes arbejdsmiljø.

Men det er ikke kun psykiatrien, der kan lære af erfaringerne fra "Psykiatri på Tværs". I hele sundhedsvæsenet er et kæmpe potentiale i bedre samarbejde mellem regioner og kommuner. Det gælder ældre medicinske patienter, som oplever den ene opslidende indlæggelse efter den anden. Det gælder borgere med kroniske lidelser, som sendes rundt mellem ambulatorier, almen praksis og kommunale forebyggelsestilbud. Og det gælder familier med nyfødte, som kommer i klemme, fordi regioner og kommuner vogter på deres bastioner.

For sygeplejersker er det naturligt at sætte patienterne og borgerne i centrum. For det skal ikke gå ud over dem, at systemerne ikke taler sammen. Men på sigt kan vi skabe endnu

bedre resultater, hvis regioner og kommuner lader os spille sammen på tværs af sektorerne. Det synes jeg, vi sammen skal overbevise vores arbejdsgivere om.



Grete Christensen

Grete Christensen, formand

NÆSTE NUMMER UDKOMMER DEN 4. JANUAR
LÆS BL.A. OM:

- Mozambique: Usikker sex er landets største sundhedstrussel
- Smertepatienter i ingenmandsland
- Teori & Praksis: Læring gennem fokus på egen sundhed

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

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

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

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

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

Distribueret oplag
 1. januar - 30. juni 2012: 73.184 ekpl.
 Medlem af Dansk Fagpresse

Årsabonnement
 840,00 kr. + moms
 Løssalg:
 64,00 kr. + moms
 Kontakt Dansk Mediaforsyning på dsravn@dmfnet.dk

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

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

Tryk
ColorPrint

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

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

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

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

Chefredaktøren er ansvarlig for bladets indhold.

Udvidet sygeplejepraksis styrker fagidentiteten

TEKST: MILLE DREYER-KRAMSHØJ

Mere selvtillid, øget viden og stærkere faglig identitet. Det er, hvad sygeplejersker oplever, når de varetager konsultationer med patienterne, viser en ny dansk masterafhandling.

Opgaveflytning fra læger til sygeplejersker styrker sygeplejerskens faglige identitet og giver større jobtilfredshed og øget selvtillid. Det viser masterafhandlingen "The Impact of the Expanded Nursing Practice on Professional Identity In Denmark", der er publiceret i the Clinical Nurse Specialist i november.

"Sygeplejerskerne får tilført en ny dimension til deres arbejde ved selvstændigt at varetage konsultationer. Det betyder, at de aktivt begynder at opsøge ny viden, og at et selvstændigt arbejdsområde øger deres faglighed og styrker deres selvværd," fortæller sygeplejerske og ph.d.-studerende Karin Piil, som står bag undersøgelsen.

Karin Piil har i forbindelse med undersøgelsen interviewet og observeret fem hospitalssygeplejersker, som alle varetager konsultationer i deres arbejde.

"Sygeplejerskerne bruger en patientorienteret tilgang til patienterne og de pårørende. Den fysiske undersøgelse, der traditionelt har tilhørt lægerne, varetager de på en måde, hvor de bevarer sygeplejens grundlæggende værdier. De føler sig ikke som substitut for lægerne, men som erfarne sygeplejersker, der tilfører sygeple-

jen en ekstra dimension," siger hun og fortæller, at hun har været overrasket over, hvordan sygeplejerskerne skaber deres eget faglige indhold.

"Tidligere litteratur har advaret imod, at opgaveflytning sker på bekostning af sygeplejerskernes grundværdier. Vi kan nu se, at der ikke er grundlag for bekymring. Sygeplejerskerne beholder deres holistiske tilgang til patienterne, samtidig med at de styrker deres faglighed. De formår at udføre de fysiske undersøgelser og samtidig afdække og afhjælpe behov og bekymringer hos patienterne," forklarer hun.

Lovgivningen skal følge med

På baggrund af undersøgelsens resultater anbefaler Karin Piil, at sygeplejersker får flere områder, hvor de kan udvide deres praksis.

"Det er ikke hensigten, at sygeplejersker skal overtage lægernes job, for vi skal bibeholde fokus på de kompetencer, vi har. Men der er områder, hvor det giver mening, at sygeplejersker også kan varetage funktionerne, f.eks. i forhold til konsultationer," siger hun og understreger, at det er nødvendigt, at lovgivningen følger med:

"Vi skal ikke bare have udvidede arbejdsområder, der gives til sygeplejersker med et vist erfaringsniveau. Det er vigtigt, at der også følger uddannelse og løn med, og det skal sikres via lovgivningen."

Styr uden om trusler og vold

Sygeplejersker og andre ansatte i det danske sundhedsvæsen har alle dage haft risiko for at blive udsat for vold eller trusler fra patienter eller pårørende. Det kan ikke undgås, men meget kan gøres for at forebygge det, og det kommer Branchearbejds miljørådet Social & Sundhed med en række bud på i seks nye pjecer målrettet personale på hhv. hospitaler, i psykiatrien, døgntjenesten, privat praksis, ældreplejen og dagtilbud. Pjecerne kan hentes på www.etsundtarbejdsliv.dk/trusler_vold

(mdk)

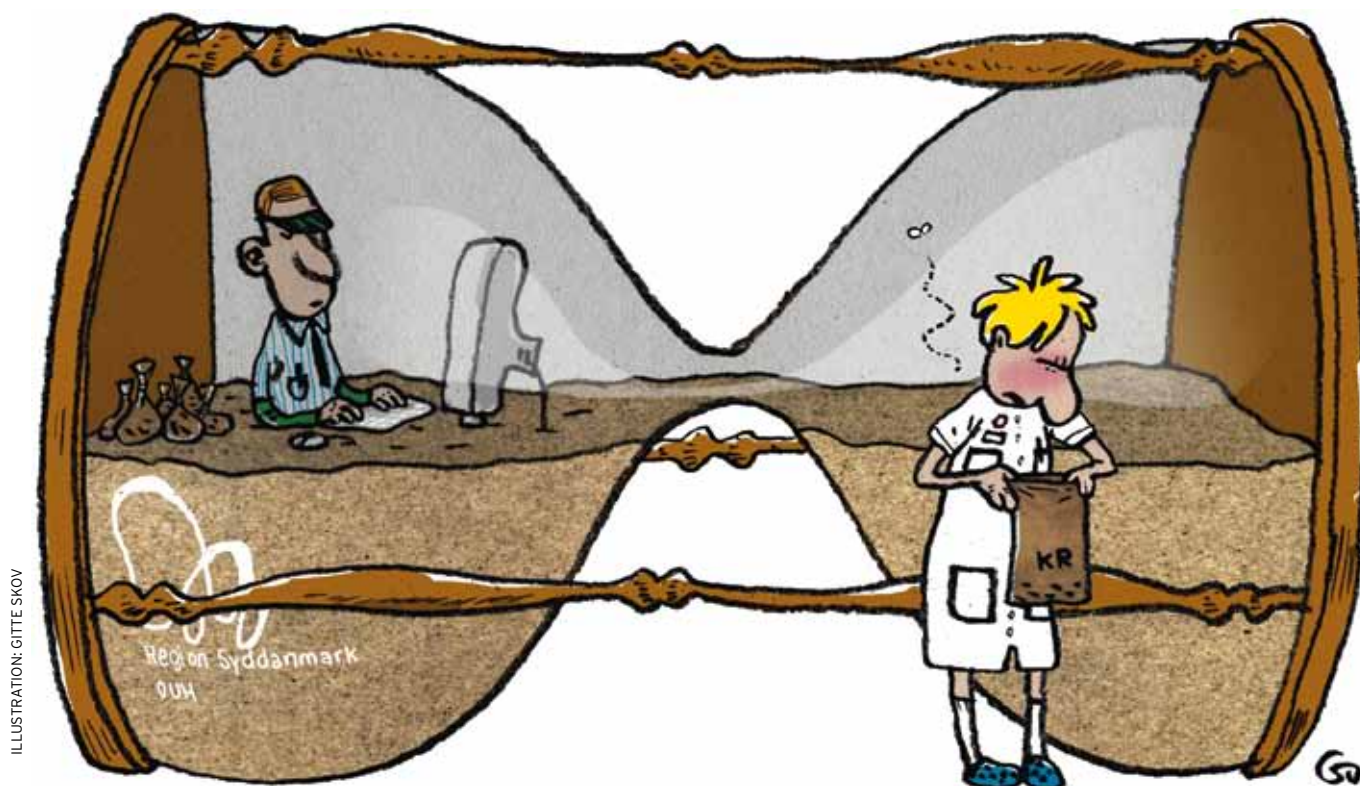


ILLUSTRATION: GITTE SKOV

Odense Universitetshospital fulgte igennem flere år en anden tidsregning, når sygeplejerskernes timetal skulle gøres op. Læs artiklen "Sygeplejersker fik millioner i efterbetaling" på side 28.

Sundhedspersonale har forhøjet risiko for psykiske lidelser

TEKST: MARIANNE TROELSEN SKOU

Sundhedspersonale, der er udsat for vold på arbejdspladsen og udsat for store følelsesmæssige krav i arbejdet, har større risiko for at få behov for behandling med antidepressiv medicin, viser en ny undersøgelse.

Det er vigtigt at passe på sig selv. Sygeplejersker og andet sundhedspersonale har nemlig af flere årsager større risiko end andre for at komme i behandling med antidepressiv medicin. Det viser en ny undersøgelse fra Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.

Forskerne har undersøgt brugen af antidepressiv medicin hos sundhedspersonale. Undersøgelsen viser, at hvis du er sygeplejerske, læge eller social- og sundhedsmedarbejder, har du 70 pct. øget risiko for at få antidepressiv medicin. Og årsagen til

lige præcis dette tal kan ikke entydigt forklares ved, at sundhedspersonalet bliver udsat for "høje følelsesmæssige krav", "krav om at skjule følelser" og "arbejdsrelateret vold".

"Dermed er det ikke sikkert, at det er arbejdet, der er årsag til den øgede brug af antidepressiv medicin. Vi kan ikke udelukke, at der er nogle bestemte karakteristika, der gør sig gældende for de personer, der arbejder indenfor disse fag. Vi ved heller ikke, om årsagen til den øgede brug af antidepressiv medicin er, at sundhedspersoner har en højere tendens til at søge læge end andre mennesker, eller om det er, fordi de har det værre end andre," siger cand.scient.san.publ., Ida E.H. Madsen, der står bag ph.d.-afhandlingen.

Sygeplejersker er en udsat gruppe. For høje følelsesmæssige krav i arbejdet har

også stor sammenhæng med risikoen for et øget brug af antidepressiv behandling. Det er i øvrigt også tilfældet hos medarbejdere, som vurderer, at de havde god ledelse på arbejdet.

Sygeplejersker i risikozonen

"Sygeplejersker er en gruppe, der er særligt udsat for høje følelsesmæssige krav i jobbet, så det er endnu en faktor, der øger risikoen for brug af antidepressiv medicin," siger Ida E.H. Madsen.

Forskningsprojektet viser også, at ansatte, der har været udsat for vold, har 38 pct. øget risiko for at få brug for antidepressiv medicin. Dermed har sygeplejersker, der har været udsat for vold, en endnu større risiko end andre for at få antidepressiv medicin.

Forkortet produktinformation for SEEBRI® BREEZHALER® (GLYCOPYRRONIUMBROMID) 44 mikrogram inhalationspulver i kapsler (indholdet i én kapsel svarer til 50 mikrogram glycopyrronium, hver leveret dosis svarer til 44 mikrogram glycopyrronium).

Indikation: Seebri Breezhaler er indiceret som bronkodilaterende vedligeholdelsesbehandling til symptomlindring hos voksne patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). **Dosering*:** Den anbefalede dosis er inhalation af indholdet i én kapsel én gang dagligt ved hjælp af Seebri Breezhaler-inhalatoren. For instruktioner om brug af lægemidlet for administration, se produktresumé. **Overdosering*:** Store doser af glycopyrronium kan medføre antikolinerge tegn og symptomer, hvor symptomatisk behandling kan være indiceret. **Kontraindikationer*:** Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Bivirkninger*:** Almindelige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): nasofaryngitis, søvnløshed, hovedpine, mundtørhed, gastroenteritis, urvejsinfektioner. Ikke almindelige ($\geq 1/1.000$ til $< 1/100$): rhinitis, cystitis, hyperglykæmi, hypæstesi, atrieflimren, palpitationer, tilstopning af bihuler, produktiv hoste, halsirritation, epistaksi, dyspepsi, dental karies, udslæt, smerter i ekstremiteter, muskuloskeletale brystsmerter, dysuri, urinretention, træthed, asteni. **Interaktioner*:** Samtidig behandling med Seebri Breezhaler og andre antikolinerge lægemidler er ikke undersøgt og anbefales derfor ikke. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen*:** Seebri Breezhaler er ikke indiceret til initialbehandling af akutte tilfælde af bronkospasmer, dvs som anfaldsbehandling. **Paradoks bronkospasme:** Paradoks bronkospasme er ikke observeret i kliniske studier med Seebri Breezhaler. Det er dog observeret ved anden inhalationsbehandling og kan være livstruende. Hvis det opstår, skal behandlingen straks seponeres og erstattes med alternativ behandling. **Antikolinerg virkning:** Skal bruges med forsigtighed til patienter med snærvinklet glaukom eller urinretention. Patienter skal informeres om tegn og symptomer på akut snærvinklet glaukom og skal informeres om øjeblikkelig seponering og lægekontakt, ved udvikling af nogle af disse tegn eller symptomer. **Svært nedsat nyrefunktion:** Må kun bruges, hvis den forventede fordel opvejer den potentielle risiko, hos patienter med svært nedsat nyrefunktion inkl. patienter med slutstadiet af nyresygdom, hvor dialyse er påkrævet. Nøje monitorering for potentielle bivirkninger påkrævet. **Kendt kardiovaskulær sygdom:** Patienter med ustabil iskæmisk hjertelidelse, venstreventrikulær dysfunktion, tidligere myokardie infarkt, arytmi, kendt langt QT-syndrom eller hvis QTc var forlænget, blev ekskluderet i de kliniske studier, hvorfor erfaringen hos disse er begrænset. Bør bruges med forsigtighed i disse patientgrupper. **Hjælpestoffer:** Bør ikke anvendes til patienter med arvelig galactoseintolerans, Lapp Lactase deficiency eller glucose/galactosemalabsorption. **Virkning på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner:** Glycopyrronium påvirker ikke eller kun i ubetydelig grad evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner. **Graviditet og amning*:** Må kun anvendes under graviditet og amning, hvis den forventede fordel for kvinden er større end den potentielle risiko for fosteret/spædbarnet. **Udleveringsgruppe:** B. **Generelt tilskud. Priser (AUP + eksp. gebyr) og pakninger pr. 26. november 2012:** Inhalationspulver i kapsler. 44 mikrogram: 30 stk., Vnr. 426318, kr. 380,00; 90 stk., Vnr. 453556, kr. 1.098,45. Dagsaktuel pris kan findes på www.medicinpriser.dk. De afsnit, som er markeret med *, er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det produktresumé, som Sundhedsstyrelsen/EMA har godkendt. Baseret på produktresumé dateret: 28. september 2012.

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

Sammenligningsskema

Præparat	Seebri® Breezhaler® Inhalationspulver (glycopyrronium) LAMA (langtidsvirkende, specifik muscarin- receptorantagonist)	Spiriva® RespiMat® og Handihaler® (tiotropium) LAMA (langtidsvirkende, specifik muscarin- receptorantagonist)	Eklira® Genuair inhal. pulver (aclidinium) LAMA (langtidsvirkende, specifik muscarin- receptorantagonist)
Indikationer	Bronkodilaterende vedligeholdelsesbehandling til symptomlindring hos voksne patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL).	Tiotropium er en symptomlindrende bronkodilator til vedligeholdelsesbehandling af kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL).	Eklira Genuair er indiceret som bronkodilaterende vedligeholdelsesbehandling til lindring af symptomer hos voksne patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL).
Kontraindikationer	Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne	Tiotropiumbromid inhalationspulver er kontraindiceret til patienter, der er overfølsomme over for tiotropiumbromid, atropin eller dets derivater, f.eks. ipratropium eller oxitropium eller hjælpestoffet lactosemonohydrat, der indeholder mælkeprotein.	Overfølsomhed over for acilidiniumbromid, atropin eller dets derivater, herunder ipratropium, oxitropium eller tiotropium, eller over for et eller flere af hjælpestofferne.
Bivirkninger almindelige ($\geq 1/100$ og $< 1/10$)	Nasofaryngitis (kun mere hyppigt for glycopyrronium end for placebo i 12 måneders databasen), søvnløshed, hovedpine (kun set mere hyppigt for glycopyrronium end for placebo hos ældre > 75 år), mundtørhed, gastroenteritis, urvejsinfektioner (kun set mere hyppigt for glycopyrronium end for placebo hos ældre > 75 år).	Almindelige: mundtørhed	Sinusitis, nasopharyngitis, hovedpine, hoste, diarré
Dosering, pris (AUP inklusiv recepturgebyr) og pakninger pr. 26. november 2012. (billigste parallel importeret pris ())	44 µg én gang dagligt, 30 stk., Vnr. 426318, kr. 380,00; 90 stk., Vnr. 453556, kr. 1.098,45 Dagsaktuel pris kan findes på www.medicinpriser.dk	5 µg (2 pust RespiMat®) eller 18 µg (Handihaler®) én gang daglig, 2,5 µg, 60 pust: kr. 473,75, 18 µg, 30 stk.: kr. 399,75, 18 µg, 30 stk. inkl Handihaler®: kr. 455,00, 18 µg, 90 stk.: kr. 1.197,00 (1.190,00) Dagsaktuel pris kan findes på www.medicinpriser.dk	322 µg to gange dagligt, 322 µg/dosis 60 doser: Kr. 401,65 322 µg/dosis 3x60 doser: Kr. 1.163,50 Dagsaktuel pris kan findes på www.medicinpriser.dk

Referencer: 1. Partridge MR et al. *Curr Med Res Opin.* 2009;25: 2043-2048. 2. Barnett M J et al. *Clin Nurs* 2005;14: 805-812. 3. Kessler R et al. *Eur Respir J.* 2011;37: 264-272. 4. Seebri produktresumé 28. september 2012.

Se annoncen på side 2.



sorbact®
green wound healing

Hvorfor Sorbact® ved svampeinfektion?

Sorbact-metoden er en effektiv og sikker metode som binder og eliminerer patogene mikroorganismer, såvel i sår som ved svampeinfektioner i hudfolder. Sorbact-metodens effekt bygger på princippet hydrofob interaktion.

- Sorbact eliminerer effektivt svamp i hudfolder! 1,2
- Sorbact giver ingen resistensudvikling!
- Sorbact er enkel at bruge!

Distribution:
Mediq Danmark A/S - Tlf. 36379200
Abena A/S - Tlf. 74311818
Danpleje OneMed A/S - Tlf. 861109109



ABIGO Pharma AS – www.abigo.dk – Tlf: +45 4649 8676

Ref 1: Journal of Wound Care, vol. 15, nummer 04, april 2006. Ref 2: Data on file, ABIGO Medical AB

Rettelse

Forkert navn på afdeling i omtale af Stop Tryksår-dag.

I *Sygeplejersken* nr. 13/2012 side 13 skrev vi om Patientsikkert Sygehus' kampagne "Stop Tryksår-dag" den 16. november. Vi bragte et foto fra Lungemedicinsk afdeling på Næstved Sygehus, men kom fejlagtigt til at skrive, at det var fra Urologisk afdeling, vi beklager fejlen.

Redaktionen.

” Vi øver simpelthen vanskelige samtalsituationer, hvor der er skuespillere, der f.eks. spiller nogle meget berørte pårørende. Og det skal personalet jo kunne håndtere på en professionel måde.

Vicedirektør på Hillerød Hospital, Leif Panduro, den 2. december til Radio24syv efter kritik fra patienter indlagt på hospitalets lunge- og infektionsmedicinske afdeling.

Den første døde patient

AF DENISE VINThER, SYGEPLEJESTUDERENDE PÅ MODUL 4, UCL VEJLE

En sygeplejestuderende har altid forbundet døden med noget voldsomt, men det første møde med en død patient er stille og roligt, faktisk smukt.

Jeg sidder med min vejleder Anette og er ved at udskrive en af vores patienter, da kalderen bipper.

Jeg ved, at det er en terminal patient, vi skal ned til. Jeg har kort hilst på hende og hendes datter om morgenen, men ellers ikke set meget til dem, da jeg havde undervisning hele formiddagen.

Da vi træder ind på stuen, sidder datteren ved sengekanten og holder moderens hånd, mens hun græder. Anette kigger spørgende på hende, og hun nikker. Patienten ligger stadig, som hun gjorde om morgenen, men der er ingen rallen som tidligere. Hun ligner en, der sover, bortset fra at øjne og mund er åbne, og brystkassen er stille. Huden er bleg og helt vok-sagtig, hun ligner en dukke, og det er mærkeligt, for hun var jo et menneske for kort tid siden.

Jeg holder mig i baggrunden og er egentlig lidt i chok, for her står jeg og kigger på en død person. Det er en rigtig mærkelig følelse, og jeg ved ikke helt, hvordan jeg skal reagere. Jeg har altid forbundet døden med noget voldsomt, men det her er stille og roligt. Når nogen dør, så græder man jo, og jeg har lyst til at græde, men gråden kommer aldrig.

Datteren forlader stuen for at ringe til familien, imens åbner Anette vinduet, så sjælen kan flyve ud. Jeg synes, at det er en fantastisk smuk tanke, og slapper lidt mere af.

Imens finder vi en kasse, som er klargjort med alt, hvad man skal bruge. På stuen bliver kateter og nefrostomisonde fjernet, patienten bliver vasket og får sit eget tøj på. Vi lægger rent sengetøj på og rydder op på stuen, lægger dug på sengebordet og sætter lys på. De blomster, der stod på sengebordet, tager jeg og pakker stilkene ind i stanniol, så de kan lægges på patientens bryst.

Den ellers kedelige hospitalsstue er blevet så smuk og yndig



ARKIVFOTO: SCANPIX

at se på, og det hele er så fredfyldt. Datteren kan nu komme ind og sige farvel. Da hun har taget afsked og fortæller, at der ikke kommer andre, trækker vi lagnet helt over den døde og fjerner lysene. Det er slet ikke så uhyggeligt at kigge på sengen med lagnet trukket over, som man ser det i film. Specielt fordi blomsterne stadig ligger der.

Nu har jeg set, at døden sagtens kan være rigtig smuk og fredfyldt.

*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*.*

Sygeplejersker, hold mund!

Den danske læge Carsten Rose, som er divisionschef på Skånes Universitetssjukhus, får nu kritik i svensk presse. Han beskyldes bl.a. for at true 12 sygeplejersker og læger i ledende stillinger med degradering, efter de i november skrev et kritisk debatindlæg om sygehusets økonomiske prioriteringer i avisen Sydsvenskan. Og det er ulovligt, mener flere eksperter.

"Hvis ansatte i det offentlige har synspunkter om den økonomiske forvaltning eller andet, skal arbejdsgiverne bare takke og tage imod. Det er et grundlæggende princip i grundloven," siger den svenske ytringsfrihedseksperter Nils Funcke til Sydsvenskan.

Sovepiller medfører fald

Der er god grund til at holde ekstra øje med patienter, som har fået udleveret sovemedicinen Zolpidem. Et nyt studie fra the Mayo Clinic i USA har nemlig vist, at risikoen for at falde er mere end fire gange så høj hos patienter, som får midlet, skriver nurse.com "Fald udgør et betydeligt patientsikkerhedsproblem på hospitalerne, og det har været svært at komme til livs. Opdagelsen af, at Zolpidem er en stor risikofaktor, giver os viden til at håndtere problemet," siger søvnforsker og patientsikkerhedseksperter på the Mayo Clinic, Timothy I. Morgenthaler.

Psykisk vold mellem kolleger

Negative bemærkninger og systematisk tildeling af dårlige vagter. Sådan er livet for unge sygeplejersker i Jamaica. De er udsat for psykisk vold fra deres erfarne kolleger, og det bliver betragtet som helt normal opførsel, fremgår det af en undersøgelse fra sygeplejerskolen på University of the West Indies. Ifølge forskeren bag undersøgelsen, Joyette Aiken, er der behov for flere undersøgelser af, hvilken effekt psykisk vold har på patienter, sygeplejersker og på organisationen som helhed, ligesom der er behov for at udvikle en multolerancetilgang til psykisk vold.

Kilde: www.arbejdsmiljoviden.dk

Hver 10. føler sig mobbet

TEKST: MARIANNE TROELSEN SKOU

Hver 10. medarbejder i sundhedssektoren har indenfor det seneste år været udsat for mobning på arbejdet. Det er primært kolleger og ledere, der mobber.

Ondskabsfulde kommentarer og himmelvendte øjne. Det er ikke altid sjovt at gå på arbejde. En ny undersøgelse fra hovedorganisationen for 450.000 offentligt og privatansatte, FTF, viser, at hver 10. medarbejder i sundhedssektoren har følt sig mobbet indenfor det seneste år. Det er primært kolleger og ledere, som mobber, og i mindre omfang patienterne.

Eva Gemzøe Mikkelsen, erhvervspsykolog og ph.d. fra konsulentvirksomheden Crecea har bl.a. forsket i forebyggelse af mobning og konflikter på sygehuse. Mobning relaterer sig ofte til konflikter, der ikke er blevet løst, mener hun.

"Hvis medarbejderne og lederne ikke har redskaberne til at håndtere konflikter, eller lederen f.eks. ikke prioriterer at få konflikterne løst, udvikler de sig ofte," si-

ger Eva Gemzøe Mikkelsen, som påpeger, at der er en forhøjet risiko for mobning indenfor sundhedssektoren, fordi f.eks. sygeplejefaget er et emotionelt arbejde.

"De ansatte er mere på rent personligt. Det betyder, at der også vil være flere personlige informationer om dig, som vil kunne blive brugt imod dig," siger Eva Gemzøe Mikkelsen.

Ifølge hende kan der også være enkelte kolleger, der er bærere af en fejlfinderkultur, som kan blive udbredt, hvis ikke den bliver stoppet. Der kan også være konflikter mellem afdelinger og tværfaglige konflikter, der øger risikoen for mobning.

"Samtidig har sygeplejerskerne et vældigt stressende job. På f.eks. skadestuer og operationsafdelinger, hvor det handler om liv og død, udvikler der sig nogle gange en grov humor, som kan kamme over, og som betyder, at nogle måske føler sig mobbet. Det er vigtigt, at der altid er plads til en undskyldning, og man udviser respekt, selvom man befinder sig i en pres-

KULTURJOURNALEN

Slagtilfælde og alkoholskader i vinterens biografmørke

Den franske film "Amour" behandler dilemmaet, hvad stiller man op, når den person, man elsker, langsomt sygner hen? Anne og George er et intellektuelt ægtepar i 80'erne, hvis verden bryder sammen, da Anne får et slagtilfælde. George vil med hjælp fra hjemmesygeplejerskerne selv tage sig af Anne, men det er lettere sagt end gjort, og han må kæmpe mellem at passe på Anne og med sine egne spørgsmål om værdighed, liv og død. Filmen "Barbara" giver et indblik i den østtyske hospitalsverden før murens fald. Her bliver en ung læge flyttet til et provinshospital, hvor hun skal arbejde som straf for, at hun har forsøgt at få visum til Vesten. I januar sættes der fokus på alkoholens psykiske skader i filmen "Smashed", hvor et alkoholiseret ægtepar mister deres fælles fundament, da konen beslutter sig for at gå i behandling.

(mdk)



Læs mere om filmene, spilledatoer og -steder og se andre film- og teaterarrangementer på: www.dsr.dk/sygeplejersken/kulturjournalen, hvor du også kan vinde billetter til filmen "Amour".

set situation," siger Eva Gemzøe Mikkelsen, der også mener, at den økonomiske krise kan forværre mobningen.

"Hvis der er færre hænder og mere pres, øger det risikoen for konflikter. Og hvis det er svært at finde et andet job, er der en tendens til, at man bliver i et job, hvor man bliver mobbet."

Mobbefri arbejdsplads

På Bispebjerg Hospital tog man allerede for næsten 10 år siden hånd om mobning. Tilbage i 2003 besluttede hospitalet at indføre projekt mobbefri arbejdsplads, fordi en trivselsmåling viste, at 12 pct. af de ansatte følte sig mobbet.

På Kardiologisk ambulatorium Y var der også situationer, der tangerede mobning. Afdelingssygeplejerske Henriette Pedersen sagde derfor ja til en særlig indsats mod mobning.

"Det gik ud på, at hver enkelt medarbejder åbent skulle fortælle, hvordan de oplevede hverdagen på afdelingen, mens de

Gode råd til at forebygge mobning:

- Lav regler og politikker til at håndtere og forebygge konflikter og mobning. Hvem skal man f.eks. henvende sig til, når man føler sig mobbet.
- Uddan lederne til at håndtere konflikter, så de bliver prioriteret og løst.
- Skab dialog om en ordentlig omgangstone.
- Grib ind, hvis du oplever en ubehagelig tone mellem f.eks. kolleger.
- Fokus på det psykiske arbejdsmiljø. F.eks. øger uklarheder om roller konflikter og mobning.
- Stressforebyggelse. Fokus på hinanden og ikke kun på patienterne.

Kilde: Eva Gemzøe Mikkelsen, erhvervspsykolog og ph.d. hos konsulentvirksomheden Crecea.

andre lyttede. Desuden var vi alle hos en erhvervspsykolog, der lærte os forskellige arbejdsredskaber - f.eks. at give hinanden feedback," fortæller Henriette Pedersen.

Italesættelsen af problemerne og de nye værktøjer skabte en ny måde at samarbejde på, og siden har der ikke været problemer med mobning på afdelingen.

Det er vigtigt at stoppe mobning. Undersøgelsen fra FTF viser nemlig også, at de, der har været udsat for mobning, ople-

ver højere arbejdsrelateret udbrændthed og lavere energi end andre. De har et klart højere sygefravær, oplever væsentligt mere stress end andre, og de oplever lavere psykisk velbefindende. De, der har været udsat for mobning, oplever også lavere selv vurderet helbred.

TESTEN

Kan du dit fagblad? Vær med i lodtrækningen om et gavekort til Magasin til en værdi af 250 kr. Vi trækker lod blandt de indsendere, som har svaret rigtigt på flest spørgsmål. Du finder alle svar i dette nummer af Sygeplejersken.

1. I over 10 år har Janne Kjærsgaard været en del af Rigshospitalets Børne-unge-program og skabt tiltrængte frirum og pauser for mange indlagte børn og pårørende. Hvad kalder hun sig?

- a. Den Blå Heks.
- b. Den Hvide Engel.
- c. Dukkemor.

2. Fire ud af 10 sygeplejersker slipper for påtænkt kritik fra Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, når de får rådgivning fra Dansk Sygeplejeråd. Hvor mange medlemmer henvender sig hvert år for at få støtte og rådgivning i en klagesag?

- a. 70.
- b. 50.
- c. 40.

3. Sygeplejersker udgør det faste, daglige sundhedspersonale i Kragsskovhede Statsfængsel, hvor mange indsatte har fængslet?

- a. Ca. 325 indsatte.
- b. Ca. 280 indsatte.
- c. Ca. 210 indsatte.

4. FOA - Fag og arbejde, Sundhedskartellet, Socialpædagogernes Landsforbund, KL og Danske Regioner gik i 2011 sammen om projektet Psykiatri på Tværs. Både medarbejdere og ledere kunne søge fra en pulje på 3,2 mio. kr. til fælles projekter. Hvor mange projekter blev udvalgt?

- a. 28.
- b. 34.
- c. 70.

5. Kræft i æggestokkene er den førende dødsårsag blandt kvinder med kræft i underlivet i den vestlige verden. Danske kvinder har rekordhøj hyppighed og dødelighed af sygdommen, hvor mange bliver hvert år diagnosticeret?

- a. 200.
- b. 300.
- c. 400.

(sbk)

Send dit svar til: testen@dsr.dk senest den 19. december. Kun medlemmer af Dansk Sygeplejeråd kan deltage i lodtrækningen. Vinder af Testen i Sygeplejersken nr. 13 blev Hildur Osk Bjarnadottir. De rigtige svar var: 1: b, 2: c, 3: a, 4: b, 5: a.

Enhed for Perioperativ Sygepleje lukker

Med årets udgang er det slut. Enhed for Perioperativ Sygepleje på Rigshospitalet lukker. Siden starten af 2004 har enheden levet af bevillinger først direkte fra Sundhedsministeriet og senest fra finansloven. Men i den seneste finanslov var der ikke længere penge til enheden.

De to daglige ledere, sygeplejerskerne Kirsten Rud og Dorthe Hjort Jakobsen, modtog i foråret i år Dansk Sygeplejeråds Firkløverpris for deres arbejde med udvikling af sygeplejen til de accelererede operationsforløb. I alt 17 anbefalinger blev det til.

"Arbejdet med kliniske vejledninger skal fremover laves på en anden måde, nu skal der sættes fokus på implementeringen af de vejledninger, vi hidtil har lavet. De vil leve videre, men ikke med os som tovholdere," oplyser Kirsten Rud, som regner med, at vejledningerne fortsat vil være tilgængelige på enhedens hjemmeside i hvert fald det næste års tid.

Næstformand i Dansk Sygeplejeråd Dorte Steenberg beklager, at Enheten for Perioperativ Sygepleje lukker:

"Det arbejde, der har været gjort der, har haft stor betydning for patientforløbene. Det er uforståeligt for os, at en velfungerende enhed lukker, vel at mærke uden at der er taget hånd om, hvordan arbejdet kan videreføres, og ikke mindst hvilke erfaringer der er gjort gennem årene," siger Dorte Steenberg.

(hbo)

Læs også artiklen "Metode til optimering af patientforløb" af Kirsten Rud og Dorthe Hjort Jakobsen på side 78.

Hvor god er du til at huske patienternes tænder?

Alt for mange sygeplejersker og patienter glemmer, hvor vigtig god mundhygiejne er i relation til at mindske risikoen for infektionssygdomme som f.eks. lungebetændelse. Det mener Dansk Sygeplejeråd Kreds Syddanmark, som derfor satte fokus på emnet i november.

TEKST: CHRISTINA SOMMER



FOTO: NILS LUND PEDERSEN

Nina Damgaard,
sygeplejerske,
Karkirurgisk afdeling,
Kolding Sygehus



FOTO: ALEX TRAN

Christel Møllegaard,
hjemmesygeplejerske,
Faaborg-Midtfyn
Kommune



FOTO: NILS LUND PEDERSEN

Lone Madsen,
sygeplejerske,
Karkirurgisk afdeling,
Kolding Sygehus

"Det er et område, jeg godt kan glemme i en travl hverdag. Og vi har faktisk netop besluttet, at vi skal have mere fokus på mundhygiejne, klart inspireret af Kreds Syddanmarks initiativ. Vi skal nok få børstet tænder på de patienter, der på ingen måde kan selv, f.eks. de terminale. Men hos andre patienter - f.eks. nyopererede, der måske godt kan, men ikke lige har overskuddet - her skal vi blive bedre til ikke at tage et nej for et nej og i stedet sige, at som nyopereret skal man altså også lige have børstet tænder."

"Jeg mener det på ingen måde negativt, men som udgangspunkt er det jo plejepersonalet, der hjælper med borgernes personlige pleje. Er vi med inde over terminale patienter, eller oplever vi f.eks. en borger med spiseproblemer, så kigger vi naturligvis også på, om der er problemer med tænderne. Det være sagt, er der ingen tvivl om, at vi hjemmesygeplejersker også kan blive bedre til at fokusere på mundhygiejnen og f.eks. spørge ind til den, ligesom vi gør til mange andre ting."

"Mundhygiejne er jo grundlæggende sygepleje, det er en kerneydelse. Men vi kan nok godt have tendens til at glemme den i hverdagen. Vi har for travlt og tænker, at patienten godt kan børste tænder selv. Men som nyopereret er det måske ikke lige det, man orker. Var vi lidt bedre til at spørge ind til de der tænder, tror jeg, at vi kunne forebygge mange ting, f.eks. infektioner, men også psykisk ville patienterne få det bedre. Tænk, hvis vi kunne nå at børste alles tænder før morgenmaden - så kunne det godt være, at flere fik mere appetit."

Sort skærm

AF MIGUEL GARCIA COLINA, SYGEPLEJESTUDERENDE

En sygeplejestuderende, som er i praktik på plejehjemmet, oplever, at en dement mand er understimuleret, og at personalet undgår ham.

I klinikken på et plejecenter, hvor jeg var som sygeplejestuderende, mødte jeg en meget høflig og veltalende mand med diagnosen demens forårsaget af alkoholmisbrug. Manden var 67 år, skilt og fysisk velfungerende. Ofte sad han og stirrede ind i fjernsynets sorte skærm, eller han gik rundt i centeret hele dagen. Min oplevelse var, at personalet kun kontaktede ham til medicingivning og til måltiderne. Han spiste i egen stue. Han havde været ædru i de sidste to år.

Jeg oplevede borgeren som understimuleret og ensom med et muligt behov for en særlig indsats i forhold til resten af beboerne på centret.

Mødet med manden satte mig i et etisk dilemma: Hvordan kan vi som sygeplejersker opdage og stimulere mandens interesser, når vi ikke er i kontakt med ham?

Læs nedenfor, hvad vores panelmedlemmer mener.

Svar 1. Umiddelbart fremtræder casen som en sygeplejefaglig problemstilling, der bør interveneres i forhold til. Den studerende kan tage vare på den svage, der i denne case er den demente beboer, ved at viderebringe sine observationer og overvejelser til den sygeplejefaglige leder.

Skal casen betragtes som et klinisk, etisk dilemma, er en oplagt vinkel at beskrive beboerens valg som ikke frie og ikke kompetente. Det vil sige, at rammerne for beboerens valg er for indskrænkede, og den demente beboer kan ikke overskue konsekvenserne. Beboeren har behov for rammer og omsorg, der sikrer optimal stimulering, tryghed og glæde.

En yderligere demensudredning samt en vurdering af kognitive deficit er nødvendig. Disse undersøgelser skal udføres af fagprofessionelle på området, hvorefter der kan udfærdiges en plejeplan med bl.a. en anbefalet døgnrytme og aktiviteter. Selv om beboeren er skilt, bør det undersøges, om der er familiemedlemmer eller venner, der kunne fortælle om beboerens tidligere livsstil, og hvad beboeren fandt glæde og tryghed ved.

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

Svar 2. Vi er ikke sikre på, at vi vil kalde denne situation et etisk dilemma. Den studerendes dilemma er, at han ser en person, som i hans optik virker ensom og understimuleret. Der er ingen oplysning i historien om, hvad den studerende evt. har foretaget sig for at finde ud af, om der virkelig er substans bag det, han oplever. Han oplyser, at det øvrige personale kun henvender sig til den demente herre, når der gives medicin. Hvad mon den studerende selv har gjort?

Man må formode, at et plejecenter, der modtager personer

med demens, har en vision, mission og et værdisæt for god sygepleje til alle centrets beboere inklusive beboere med demens.

Der må ligeledes være mål for plejen, samtaler med patienten og eventuelle pårørende om de enkelte beboeres behov og ønsker. Vi forventer også, at der er tilbud om aktiviteter på plejecentret, så beboerne oplever muligheden for aktiviteter.

Så alt i alt er der måske ikke tale om et etisk dilemma, men nærmere om en sygepleje, der kunne være mere bevidst og af en højere faglig kvalitet?

Af Edel Kirketerp Nørskov, MEVO (Master i Etik og Værdier i Organisationer), oversygeplejerske, medlem af Sygeplejeetisk Råd, og Grete Bækgaard Thomsen, sundhedschef, formand for Sygeplejeetisk Råd, www.dsr.dk/ser



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

"Du har fået

TEKST: KIRSTEN BJØRNSSON • FOTO: SØREN SVENDSEN

"Kan jeg risikere at miste min autorisation?" Sådan spørger mange sygeplejersker, når de ringer til Dansk Sygeplejeråd og er rystede over at have fået en klage. Patientombuddets behandling af en klagesag kan vare flere år, og er man i centrum for en sag, kan det være en meget tung og ensom oplevelse. I dette tema sætter Sygeplejersken fokus på klagesager, hvordan man kan få hjælp, hvis man selv er ramt, og hvordan man som leder kan agere.



en klage"

Rådgivning kan afværge

Fire ud af 10 sygeplejersker slipper for påtænkt kritik fra Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, når de får rådgivning fra Dansk Sygeplejeråd.

TEKST: KIRSTEN BJØRNSSON

Det er tabubelagt og smertefuldt for en sygeplejerske at få en klagesag. Det afspejler de medlemshenvendelser, Dansk Sygeplejeråd får.

”De er dybt chokerede, og mange spørger, om de kan risikere at miste deres autorisation. Så min første opgave er at fortælle dem, hvordan sagen vil forløbe, og berolige dem med, at konsekvenserne sjældent er så store, som de forestiller sig,” siger juridisk konsulent Katja Heberg.

Patientombuddets behandling af en klagesag varer i gennemsnit 15 måneder, men sagerne kan vare endnu længere, og det er en meget tung og ensom oplevelse for mange. Nogle arbejdspladser har et forbilledligt beredskab og støtter og hjælper de medarbejdere, der bliver involveret i en klagesag. Men andre steder er en langvarig klagesag en belastning, som sygeplejersken må bære helt alene.

Hjælp til at beskrive handlinger

Hvert år henvender ca. 50 medlemmer sig til Dansk Sygeplejeråds centrale sekretariat for at få støtte og rådgivning i en klagesag, som sygeplejersken er involveret i.

Rådgivningen består bl.a. i hjælp til at beskrive sygeplejerskens handlinger og overvejelser i det forløb, der er klaget over, og til at kommentere klagesystemets forslag til afgørelser.

”Umiddelbart kan mange af sygeplejerskerne ikke lige huske eller forklare, hvorfor de gjorde, som de gjorde. Men når man så spørger dem ud, viser det sig, at der næsten altid er gode faglige grunde til deres handlinger,” siger konsulent Susanne Richter, der står for den sygeplejefaglige rådgivning til medlemmerne.

Skyld og skam

I fire ud af 10 sager, hvor Patientombuddet

Sådan virker klagesystemet

Patienter og pårørende kan klage over pleje og behandling til Patientombuddet op til fem år efter det forløb, de ønsker at klage over. Patientombuddet har afløst det gamle Patientklagenævn.

Klageren vælger selv, om klagen skal gå på behandlingsstedet som sådan, eller om den skal rettes mod navngivne personer.

I begge tilfælde er det Patientombuddet, der sørger for at få undersøgt sagen og kommer med et forslag til afgørelse. Hvis der er klaget over navngivne personer, skal den endelige afgørelse træffes af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn.

Dokumentation og beskrivelse af forløbet bliver indhentet af embedslægen, og når omstændighederne er belyst, indhenter Patientombuddet en vurdering fra sagkyndige sundhedspersoner.

Behandlingsstedet og de fagpersoner, der er klaget over, får mulighed for at kommentere Patientombuddets forslag til afgørelse af sagen, før den endelige afgørelse falder. Det samme får klageren.

Hvis Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn beslutter, at der er grund til kritik, er den mildeste form en kritik til sundhedspersonen for ikke at have levet op til anerkendt faglig standard og dermed have overtrådt autorisationslovens krav om at udvise omhu og samvittighed i arbejdet.

De hårdeste sanktioner, politisag, tilsyn og fratagelse af autorisationen, er sjældne og kommer først på tale, hvis der er tale om meget grove eller gentagne forsømmelser.

oprindeligt har lagt op til kritik af sygeplejersken, bliver kritikken frafaldet, efter at Dansk Sygeplejeråd er gået ind.

”Der er stor skyld og skam forbundet med at få en klage, og den rækker somme tider helt ind i ledelsen. Men de steder, hvor man ser klagen i øjnene og håndterer den professionelt, ender alle på en måde med lidt oprejsning,” siger Susanne Richter.

”I afdelingen bør man simpelthen tage op, hvordan vi gerne vil have, at en klagesag skal forløbe hos os. I personalepolitikken skal også indgå, at man i god tid afklarer, hvordan den enkelte vil behandles i forbindelse med en klage, hvem man ønsker støtte og hjælp fra osv.”

Åbenhed og en politik for klagesager er ikke kun noget, en afdeling skal have af hensyn til medarbejderne, det er også nødvendigt, for at man kan lære af kla-

gerne. Patientklagesystemet er båret af et ønske om læring.

”Og læring får man ikke af, at en person går hjem eller bag en lukket dør og græder”, påpeger Katja Heberg.

Gule lapper duer ikke

Mange af de sager, hvor det ender med kritik af sygeplejersken, handler om dokumentation. Og man kan ikke sige det tydeligt nok, understreger Susanne Richter og Katja Heberg: Sygeplejersker skal dokumentere, uanset hvor travlt de har.

”Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser er ikke bare vejledende. Den gælder, og bordet fanger, hvis man ikke har dokumenteret. Forklaringer som ”Jeg havde ikke tid ... Min leder har sagt” ... Det tæller ikke, den dag man får en sag,” siger Susanne Richter.

kritik i klagesager

Flest klager over læger

Patientombuddet og Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn afgjorde i alt 3.300 klagesager i 2011. Tre fjerdedele af sagerne blev afgjort i disciplinærnævnet.

En mindre del af klagerne bliver afvist eller frafaldet efter dialog mellem klager og behandlingssted. Af de resterende endte tre ud af 10 sager med kritik. Resten frifandt behandlingsstedet og de indklagede sundhedspersoner.

Ni ud af 10 klager er rettet mod læger. Klager, der primært er rettet mod sygeplejersker, udgør kun 1 pct.

Hvis du får en patientklage

- Tag det roligt, men tag klagen alvorligt.
- Læs alle papirer godt igennem, og kontakt Dansk Sygeplejeråd.
- Husk, at klagen går på denne ene sag, ikke på din person eller faglighed som sådan.
- Forhold dig til det, der er klaget over, men undgå at kritisere dine egne eller andres handlinger.
- Underbyg din redegørelse for forløbet med dokumentation, og beskriv de faglige overvejelser bag.
- Snak med din leder og dine kolleger om sagen.

Derfor må sygeplejersker kræve gode, enstrengede dokumentationssystemer og retningslinjer for, hvad der er god sygepleje i forhold til patienter i forskellige situationer.

“Så kan man nøjes med at dokumentere afvigelser fra standarden og behøver ikke starte fra Adam og Eva hver gang,” siger Susanne Richter.

Katja Heberg efterlyser også en større respekt for, at dokumentation tager tid.

“Mange steder er det ikke længere accepteret, at man har overarbejde for at

dokumentere. Så sygeplejersken står alene med sin pligt til at journalisere og dokumentere. Det er hendes eget problem, hvis hun ikke når det inden for arbejdstiden.”

Besparelser giver klager

En hel del patientklager har også en baggrund i politiske beslutninger, oplever Susanne Richter og nævner som eksempel en skadestuesygeplejerske, der sagde op i protest over forholdene, men nåede at få en klage på sin sidste arbejdsdag.

Derfor skal sygeplejersker også huske,

at en klagesag ikke handler om, hvorvidt plejen var den bedst mulige, pointerer Katja Heberg.

“Det handler om, hvorvidt sygeplejersken burde have handlet anderledes under de givne omstændigheder. Og selv om klagen går på den navngivne person, så skal man huske, at den ikke handler om ens person eller ens faglighed som sådan. Den handler om denne ene situation. Om det, der skete den dag, også var, hvad der burde være sket,” siger Katja Heberg.

” Man skal huske, at klagen ikke handler om ens person eller ens faglighed som sådan. Den handler om denne ene situation.

Sygeplejersken Louise B. får en påtale for mangelfuld sygepleje ændret, så det i stedet bliver til en påtale for mangelfuld dokumentation. Det har været et langt og træls forløb, men afgørelsen kan hun leve med.

Jeg har skammet mig så meget

TEKST: KIRSTEN BJØRNSSON • FOTO: LENE ESTHAVE

Sommeren 2010 var en periode præget af besparelser i den medicinske afdeling, hvor Louise B. fik arbejde som nyuddannet sygeplejerske. I løbet af efteråret blev der ansat tre-fire sygeplejersker i vikarstillinger, men indtil da var det meget svært at få hverdagen til at hænge sammen.

“I juli måned havde vi 21 mors, det var helt uhørt. Det var en rigtig træls sommer. Personalet måtte tage ekstravagter, og vi fik at vide, at vi ikke måtte have overarbejde,” husker Louise.

Et par måneder efter kom der en klage over behandling og pleje af en ældre patient, der var kortvarigt indlagt.

Klagen omfattede flere punkter, bl.a. at der ikke var aftalt hjemmehjælp i forbindelse med udskrivelsen, og det var her, Louise kom ind i billedet. Den dag, hun fortalte patientens familie, at afdelingen ville kontakte kommunen om hjemmehjælp, nåede hun ikke selv at tage sig af det.

Patientens familie henvendte sig til hende om udskrivelsen, kort før dagvagten var slut, og hun var egentlig på vej rundt med kaffevognen. Så hun overdrog til aftenvagten at kontakte hjemmeplejen, og et eller andet sted i det videre forløb gik det galt, så patienten blev udskrevet dagen efter uden ekstra hjemmehjælp.

Efter to års sagsbehandling i Patientombuddet ender sagen for Louise B. ’s vedkommende med en påtale for manglende dokumentation af aftalen med familien. Oprindeligt var oplægget, at hun skulle

have en påtale for ikke at tage stilling til behovet for hjemmehjælp, og på det tidspunkt kontaktede hun Dansk Sygeplejeråd. I samråd med Dansk Sygeplejeråd fik hun uddybet sin beskrivelse af forløbet, og på den baggrund bliver påtalen ændret.

Den 28. september i år var sidste frist for kommentarer til den ændrede afgørelse,

” Men så kommer brevet fra Patientombuddet, og så står man med en kæmpeklump i maven.

men Louise B. besluttede, at hun ikke ville gøre mere. “De har jo ret,” siger hun. “Jeg havde ikke dokumenteret nogen steder, at jeg havde overdraget mundtligt til aftenvagten.”

I den uddybende kommentar henviste hun til ledelsens ønske om at undgå overarbejde og forklarede, at mundtlig overdragelse fra afdelingens side var en accepteret måde at dokumentere på.

“Nogle ting bliver også overdraget mundtligt i den afdeling, hvor jeg er nu. Der er endda afsat 15 minutter til det. Men juridisk holder det jo ikke.”

Kæmpe klump i maven

Der var flere sygeplejersker indblandet i klagesagen, men Louise B. har hverken diskuteret sagen med sine kolleger eller med afdelingssygeplejersken undervejs.

“Det kunne jeg måske godt have gjort, men jeg har skammet mig så meget over

det. Det var bare for flovt. I starten, da afdelingssygeplejersken bad mig skrive en kommentar til klagen, tænkte jeg, at der ikke var så meget i det. Men så kommer brevet fra Patientombuddet, og så står man med en kæmpeklump i maven.”

Louise B. gjorde, hvad hun kunne for at yde god sygepleje under vanskelige vilkår.

Og så oplever man det ikke som retfærdigt at få kritik, om det så også er den mildeste form for kritik. Men det gør en forskel for hende, at kritikken bliver ændret til at gå på hendes dokumentation og ikke på hendes sygepleje:

“At få en påtale for manglende dokumentation går ikke på min faglighed som sådan. Den kan jeg godt sluge. Jeg ved ikke, om det er, fordi forløbet har været så langt, at jeg har vænnet mig til det. Men denne gang har jeg slet ikke haft det ligesom de andre gange, jeg fik breve om sagen fra Patientombuddet.”

Louise B. har ikke noget mod at blive genkendt af kolleger, men hun ønsker ikke, at patienter skal kunne google hendes navn og se, at hun har haft en klagesag. Derfor bruger redaktionen ikke hendes efternavn i artiklen.



Lederen skal hjælpe med et sagligt svar på klagen

Sygeplejersker bliver altid meget, meget kede af at få en klage, og lederen skal både støtte medarbejderen og på den anden side beslutte, om sagen skal have konsekvenser på arbejdspladsen.

TEKST: KIRSTEN BJØRNSSON • FOTO: SØREN SVENDSEN

Formanden for Fagligt Selskab for ledende sygeplejersker, vicedirektør Birgitte Degenkolv, Gentofte Hospital, var i fem år en af de sagkyndige, patientklagesystemet bruger til den faglige vurdering af sygeplejen i klagesagerne. Hun søgte hvervet, mens hun var ledende oversygeplejerske, bl.a. for at få bedre indsigt i klagesystemet, så hun kunne blive bedre til at rådgive medarbejderne.

“De bliver nemlig rigtig, rigtig kede af at få en klage, det siger sig selv. Der er jo ingen, der går på arbejde for ikke at gøre det bedst muligt, og de syntes tit, der var mange andre forhold, der gjorde sig gældende,” siger Birgitte Degenkolv.

Den praksis, hun selv nåede frem til, var altid at starte med en personlig samtale med sygeplejersken. Hun sendte sagsmateriale til sygeplejersken, men vedlagde også et personligt brev, hvor hun bad sygeplejersken henvende sig, så snart hun havde fået brevet.

Hvorfor lige hende

Samtalen handlede bl.a. om sygeplejerskens andel i sagen, og hvorfor det lige var hende, der skulle svare på et bestemt punkt i klagen. Det er sjældent noget, der fremgår af klagen, det er ledelsen, der udpeger de personer, der skal svare.

“Og så må man prøve at hjælpe med et fagligt begrundet svar. Undgå føleri, men prøv at være specifik. Handler klagen om ernæring, kan man f.eks. foreslå sygeplejersken at se på, hvad der ligger af dokumentation, som hun kan henvise til,” siger Birgitte Degenkolv.

Man bør også tale med medarbejderen om, at en klagesag kan tage lang tid, og

fortælle, at man som leder er nødt til at tage stilling til, om der er sket noget, der bør få konsekvenser, mener hun.

“Det synes jeg ikke, afgørelsen fra Patientombuddet skal bestemme. Det er en ledelsesmæssig beslutning, og den skal medarbejderne ikke gå og vente flere år på.”

Birgitte Degenkolv har altid opfordret til, at man talte om klagesagen i det enkelte afsnit.

“Selvfølgelig på en ordentlig måde, ikke for at hænge nogen ud. Men det giver i virkeligheden altid anledning til gode drøftelser om, hvad man kunne have gjort anderledes, og hvordan vi kan gøre det bedre for den næste patient, hvis der er grund til det.”

Sortér i dokumentationen

En række afgørelser fra Patientombuddet vidner om, hvor vigtigt det er at dokumentere sygeplejen. Men samtidig hører Dansk Sygeplejeråd ofte fra medlemmer, at man

“Som fag må vi have en mere systematisk og selektiv tilgang til dokumentation. Der bliver dokumenteret rigtig meget, som er irrelevant, mens der nogle gange mangler lige netop den ene ting, der er relevant,” siger hun.

“Det skal vi blive bedre til, også at dokumentere på de kliniske parametre, for det er dem, der bliver klaget over: Min mor fik ikke mad. Min mor kunne ikke få vejret, og der var ikke nogen, der undersøgte, om hun trak vejret godt nok.

Man skal være meget mere opmærksom på, at hvis man f.eks. har en patient med astma, der hele tiden ligger med ilt, skal man måle saturationen. Det er selve behandlingen og plejen, man på den måde dokumenterer, og så må man sortere i noget af det, der er mindre vigtigt.”

Travlhed ingen undskyldning

Mange patientklagesager vidner også om arbejdspladser, der har en vanskelig hverdag pga. besparelser, omstruktureringer

” Som sygeplejerske har man selv et ansvar for at prioritere sine opgaver. Det lyder let, og det er det ikke. Men så må man jo gå til sin leder og sige: Hvad gør jeg her, jeg kan simpelthen ikke nå det hele på forsvarlig vis.

ikke kan nå det i vagten, og at overtid ikke længere er tilladt.

Som sagkyndig har Birgitte Degenkolv set mange sager og mange A4-sider dokumentation fra hele landet, og hendes vurdering er, at det ikke nødvendigvis er tiden, der er et problem.

osv. Men travlhed er og bliver ikke nogen undskyldning for dårlig sygepleje, siger Birgitte Degenkolv.

“Som sagkyndig i en klagesag er man nødt til at tage stilling til, om det, der er sket, er over eller under anerkendt faglig standard. Det har altid været mit udgangs-



Hvis din medarbejder får en patientklage

- Prioritér, at sygeplejersken får tid til at skrive sin redegørelse og adgang til den nødvendige dokumentation.
- Tilbyd din hjælp til redegørelsen og til at kommentere tilsendte udtalelser og forslag til afgørelser.
- Fortæl, at en klagesag kan tage lang tid, og tilbyd din støtte undervejs.

Før skaden sker:

- Skab et klima, hvor der kan tales åbent om fejl og kvalitet, og man kan lære af fejltagelser.
- Udform en politik for, hvordan klagesager håndteres i afdelingen, og hvordan man kan støtte den, der får en klagesag.

Læs mere om klagesystemet på www.patientombuddet.dk og på www.dsr.dk, hvor du også finder pjecen "Klagesag - hvad gør jeg". Søg på Patientklager. Medlemmer af DSR kan henvende sig om råd og vejledning på tlf. 3315 1555.

Det behøver ikke være den enkeltes skyld, når der kommer en klage. Det kan være lederens skyld eller hospitalet, der har disponeret forkert.

punkt, for vi taler om et minimumsniveau, ikke om sygeplejen er til udmærkelse eller ej. Det er bestået eller ikke bestået.

Så kan der være omstændigheder, der er nødvendige at tage i betragtning, f.eks. når en patient er blevet overflyttet fra intensiv afdeling til et almindeligt sengeafsnit, og patient eller pårørende har klaget, fordi de forventer den samme observation. Det kan man ikke sammenligne.

Men generelt kan man som sagkyndig ikke tage stilling til travlhed. Som sygeplejerske har man selv et ansvar for at prioritere sine opgaver. Det lyder let, og det er det ikke. Men så må man jo gå til sin leder og sige: Hvad gør jeg her, jeg kan simpelthen ikke nå det hele på forsvarlig vis.

Det forsømmer rigtig mange. De forsøger at nå for meget i hverdagen, og det har jeg selvfølgelig meget respekt for. Men det hører med til at være sygeplejerske, at man skal kunne stå inde for sine prioriteringer."

Når det er sagt, er Birgitte Degenkolv meget tilfreds med, at Patientombuddet har fået mulighed for at rette sin kritik mod en hel afdeling eller et helt sygehus i modsætning til det gamle Patientklagenævn, der kun kunne rette kritikken mod enkeltpersoner.

Men patienterne kan jo ønske, at klagen skal rettes mod enkeltpersoner, og så er der vel ingen vej udenom?

"Jo, nogle gange kan man faktisk godt sige, at dette kan man ikke lægge den enkelte til last. F.eks. fordi der ikke har været et system, man kunne dokumentere i, eller der har manglet relevante retningslinjer på centrale områder. Det har jeg da udtalt i nogle sager," siger Birgitte Degenkolv.

Hvem klagen rammer, afhænger tit af, hvem der lige var i vagt. Det er et lederansvar at støtte den sygeplejerske, der er involveret, og sikre, at alle lærer af sagen, siger 2.-næstformand Dorte Steenberg.

Dansk Sygeplejeråd

Ingen skal stå alene med en klage

TEKST: KIRSTEN BJØRNSSON • FOTO: SØREN SVENDSEN

Der kan være gode grunde, når patienter og pårørende klager over pleje og behandling. Men den enkelte sygeplejerske må ikke komme til at stå alene med klagesagen, og det er der flere grunde til, siger 2.-næstformand Dorte Steenberg, Dansk Sygeplejeråd.

“Det er svært at undgå, at en klagesag bliver en personlig belastning. Sygeplejersker og andre sundhedspersoner bliver utrolig hårdt ramt, når der sker en fejl, uanset om der kommer en klage eller ej.

Men vi må stille som mål, at belastningen bliver så lille som muligt, og det kræver en systematisk ledelsestilgang. Ledelsen må støtte og vejlede, af personlige grunde, men også for at sundhedsvæsenet

kan lære af de fejl, der bliver begået,” siger Dorte Steenberg, som er formand for en arbejdsgruppe under Dansk Selskab for Patientsikkerhed, der skal se på anbefalinger til, hvordan man tager hånd om personale i patientklagesager.

”Ledelsen må sikre, at der findes en politik for, hvordan arbejdspladsen arbejder med klagesager og sikrer, at alle lærer noget af de svære situationer, men ledelsen har også et ansvar for at forebygge klager.

Derfor er det også vigtigt at skabe en kultur, hvor sygeplejersker tør sige fra, når de oplever, at noget ikke fungerer,” siger Dorte Steenberg.

Dansk Sygeplejeråd vil gerne have udformet et sæt retningslinjer for, hvordan klagesager skal håndteres, og har hen-

vendt sig til Dansk Selskab for Patientsikkerhed om et fælles initiativ.

“I selskabet er alle parter i sundhedsvæsenet repræsenteret, og det er nødvendigt, at både arbejdsgivere og andre grupper af sundhedsprofessionelle når frem til fælles retningslinjer. Under alle omstændigheder vil vi gå videre med initiativet i andre sammenhænge,” siger Dorte Steenberg.

“Vi har også drøftelser med Patientombuddet og med lederne om, hvordan sygeplejen skal dokumenteres. Systemerne skal både støtte sygeplejen og sikre, at man bagefter kan aflæse, hvilken sygepleje der er udført. Det er ikke nok at dokumentere, hvad sygeplejersken har gjort, det skal også dokumenteres hvorfor,” siger Dorte Steenberg.





Scan koden og få
en oversigt over det
samlede, fremtidige
NovoPen® sortiment



Skiftedag i NovoPen® sortimentet



NovoPen Echo® er den nyeste pen i vores sortiment. Den er udviklet med hukommelsesfunktion og finjustering af dosis i halve enheder – specielt til børn.

NovoPen Echo® og **NovoPen® 5** erstatter **NovoPen® Junior** og **NovoPen® Demi**, der trækkes af markedet sammen med **PenMate®** og **NovoFine®** 12 mm nåle.

Ændringerne gælder ikke vores sortiment af forfyldte insulinpenne



novo nordisk®

Sygeplejerskerne leverer produktiviteten

TEKST: SIGURD NISSEN-PETERSEN

Flere nye undersøgelser viser, at sundhedsvæsenet er uhyre produktivt og allerede i dag leverer den nulvækst, som bl.a. Venstre efterlyser. En af forklaringerne er, at sygeplejersker løber hurtigere end nogensinde, mener Dansk Sygeplejeråd.

Sygeplejerskerne er hypereffektive, og de leverer høj værdi hver eneste dag. Det viser nye undersøgelser fra Danmarks Statistik, UE og OECD, som på forskellig vis har målt på produktivitet og vækst i den offentlige sektor. Det danske sundhedsvæsen har overhalet det private i produktivitet og har i løbet af de seneste tre år slået alle rekorder og forbedret produktiviteten med over 10 pct. siden 2009, skriver Mandag Morgen. Samtidig er nulvæksten allerede slået igennem på landets sygehuse. En undersøgelse fra OECD og EU viser, at udgiften til sundhed i Danmark faldt med 2,1 pct. Fra 2009 til 2010.

Undersøgelserne bekræfter det billede, som Dansk Sygeplejeråd længe har beskrevet. Sundhedsvæsenet har øget sin produktivitet markant, og i dag gør 74 sygeplejersker det arbejde, som 100 sygeplejersker gjorde for 10 år siden.

”Det er en myte, at det danske sundhedsvæsen ikke er effektivt. Sygeplejerskerne har på egen krop mærket de øgede krav om effektivitet og kvalitet, og vi har leveret ved kasse 1. Derfor kan det ikke nytte noget, at man bliver ved med at tale

Vigtigt at være medlem af DSR

OK13-forhandlingerne står for døren, og hvis vi får konflikt næste år, skal du være medlem for at få konfliktunderstøttelse af Dansk Sygeplejeråd.

Ikke-medlemmer skal melde sig ind senest den 1. januar 2013 for at have ret til understøttelse. Indmelding kan ske via dsr.dk

mere kvalitet og effektivitet i samme ånde- drag og samtidig ikke vil give sygeplejersker indflydelse, ansvar og mulighed for udvikling,” siger formand for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen.

Indflydelse bliver hjørnesten

Hun peger på, at netop medindflydelse, indflydelse på egen arbejdstid og mulighed for faglig udvikling bliver nogle af hjørnestenene for sygeplejerskerne ved de kommende overenskomstforhandlinger, som formelt begynder den 6. december 2012.

”Vi har været med til at skabe enorme produktivetsforbedringer og sætte væksten i stå. Det er de ansatte i sundhedsvæsenet, der tager de ekstra skridt og løser den ekstra opgave, som sikrer, at vi har et effektivt sundhedsvæsen. Og hvis vi skal videre ad den vej, skal der være løsninger, som sikrer, at det sker fagligt forsvarligt, for mange af mine medlemmer er presse- de og nogle udover, hvad der er rimeligt for

dem og for patienterne,” siger Grete Christensen, der har kritiseret Venstre for deres idé om et udgiftsstop i den offentlige sektor, som hun mener vil forringe sektoren og på længere sigt gøre den utidssvarende.

En stærk offentlig sektor er fundamentet for vækst i den private sektor. Man opnår ingen vækst med en utidssvarende offentlig sektor, lød det fra Grete Christensen.

Også sundhedsminister Astrid Krag (SF) stillede sig i Berlingske kritisk an overfor Venstres udspil:

”Personalet på vores sygehuse har øget produktiviteten med 20 pct. over de seneste år. Men der er en grænse for, hvor stærkt man kan løbe. Venstres nulvækst betyder, at der vil være langt færre sygeplejersker og læger, end regeringen lægger op til. Det vil ramme vores syge medborgere ekstremt hårdt.”

Hold dig opdateret om forhandlingerne på dsr.dk/ok13. Se bl.a. en video, hvor formand Grete Christensen fortæller om udfordringerne ved OK13.



Forhandlingerne om OK13 i gang

Økonomien er stram, vi skal have mere for pengene, og arbejdskraften skal udnyttes bedst muligt. Sådan lød det nogenlunde samstemmende fra regionernes og kommunernes hovedforhandlere, da Sundhedskartellet den 7. december mødte op hos regionerne og kommunerne for at forhandle OK13 for første gang.

Hos regionerne mødtes Sundhedskartellet med formand Grete Christensen i spidsen med regionernes hovedforhandler, Jens Stenbæk (V). Mens Sundhedskartellets krav samler sig under hovedtemaer om løn, faglig udvikling, medindflydelse og ligestilling, havde både regionerne og KL påfaldende enslydende krav med til forhandlingsbordet, og det er ikke alle krav, som Sundhedskartellet er enig i. Grete Christensen siger:

”Både regionerne og KL kommer med krav på bl.a. MED- og TR-området, som vi ikke kan se os selv ind i. Her kommer vi til at kæmpe, for vi mener ikke, at tiden er til mindre dia-



FOTO: SIMON KLEIN-KNUDSEN

log. Og i stedet for at lave en masse om så synes jeg ærlig talt, at man skulle udnytte de fine muligheder, man allerede har i dag for lokalt at lave gode fleksible aftaler om arbejdstid, Vi har et godt udgangspunkt, for vi repræsenterer en gruppe sundhedspro-

fessionelle, der skaber rigtig stor værdi og kvalitet hver eneste dag, og som er nøglespillere, hvis regionerne og kommunerne vil i mål med højere kvalitet og mere sundhed for pengene.”

(snp)

Vil du gerne arbejde som sygeplejerske i det smukke Norge?



I Norge er der mangel på sygeplejersker. Uanset om du er nyuddannet eller erfaren, så tilbyder Norge en fantastisk mulighed for at få en faglig, kulturel og naturmæssig oplevelse for livet.

Adecco Danmark samarbejder med Adecco Norge om at finde sygeplejersker til det norske hospitalsvæsen og til hjemmeplejen.

Adecco Norge er 1. leverandør til det norske sundhedsvæsen, så hos Adecco finder du langt det største udbud af langvarige vikariater og midlertidige stillinger.

Vi har brug for både nyuddannede og erfarne sygeplejersker. Det vigtigste er, at du har lyst til en faglig og menneskelig udfordring.

Ud over en oplevelse for livet og faglig erfaring du kan tage videre med i dit arbejdsliv, så kan vi tilbyde:

- Attraktiv løn efter norsk overenskomst
- Bolig under opholdet til meget favorabel husleje – også med mulighed for at veninder/venner kan bo sammen
- Vejledning om skatteforhold
- Praktisk hjælp gennem hele forløbet

Kontakt Adecco i København på 7777 2320 eller Adecco i Aarhus på 3838 7780, hvis du ønsker at vide mere eller har spørgsmål til jobmulighederne i Norge.

Kontakt os gerne hurtigst muligt – der er nemlig brug for dig!



better work, better life

Spørg løs og få svar om din behandling

Det er i alles interesse, at patienter og pårørende får stillet de spørgsmål, der er vigtige for dem i forbindelse med et behandlingsforløb. Derfor har Dansk Selskab for Patientsikkerhed i samarbejde med TrykFonden udviklet spørgeværktøjet "Spørg løs". Det skal være en hjælp til patienter og pårørende, når de skal forberede sig på de samtaler, de skal have i forbindelse med en behandling.

Find "Spørg løs" på hjemmesiden www.sikkerpatient.dk

Regioner vil have flere ansatte på fuld tid

TEKST: MADS KRØLL CHRISTENSEN

Landets regioner vil ansætte langt flere medarbejdere på fuld tid for at gøre op med deltidskulturen. "Fuldtid skal være en ret, ikke en pligt," lyder reaktionen fra Dansk Sygeplejeråd.

"Jeg oplever, at parterne er enige om, at den deltidskultur, der er på sygehusene, skal udfordres. Derfor ønsker regionerne fremover som udgangspunkt udelukkende at slå fuldtidsstillinger op," fortæller Jens Stenbæk (V), formand for Danske Regioners Løn- og Personalepolitiske udvalg.

Ifølge næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Dorte Steenberg, er det nødvendigt, at regionerne styrker arbejdsmiljøet på arbejdspladserne, hvis flere sygeplejersker skal arbejde på fuld tid.

"Konkret handler det bl.a. om fleksibilitet i vagtplanlægning," siger Dorte Steenberg.

Hun peger på, at deltid grundlæggende er problematisk, fordi det især er kvinder, som

arbejder på deltid. Og det betyder, at kvinders livsløn er lavere end mænds, ligesom pensionsopsparingen også bliver mærkbart lavere.

"Derfor er det nødvendigt, at medarbejderne får ret til fuld tid. Det er ikke nok bare at slå flere fuldtidsstillinger op. Det skal være en ret, men ikke en pligt, for sygeplejersker at komme på fuld tid," siger Dorte Steenberg, der pointerer, at flere fuldtidsstillinger kun er relevante, hvis ledigheden er lav.

Jens Stenbæk understreger, at regionerne ikke vil tvinge medarbejdere fra deltid på fuld tid.

"Men regionerne vil undgå, at fremtidige medarbejdere bliver en del af den deltidskultur, der findes på sygehusene i dag."

Ifølge Danske Regioner er næsten fire ud af 10 af de regionale medarbejdere ansat på deltid. Danske Regioners fælles politik forventes at træde i kraft 1. januar 2014.

DSR ØNSKER GLÆDELIG JUL

Dansk Sygeplejeråd sender de bedste juleønsker til medlemmer og samarbejdspartnere og ønsker alle et godt nytår.

2012 har været endnu et udfordrende år, som tydeligt har båret præg af, at sygeplejerskerne har bidraget positivt i de mange omstillinger, og dette ser ud til at fortsætte også i det nye år.

I stedet for et traditionelt julekort, sender vi denne julehilsen gennem Sygeplejersken og støtter samtidig UNICEF og Julemærkefonden gennem Dansk Sygeplejeråds Solidaritetsfond.

Vi ser frem til 2013 og håber på et godt år for alle.

Glædelig jul og godt nytår!

Grete Christensen, formand og Anne Granborg, adm. direktør



Kontingentsatser 2013

Så meget skal du betale for at være medlem af Dansk Sygeplejeråd i 2013

Studerende	
Under uddannelse til sygeplejerske	140,00 kr. pr. kvartal
Erhvervsaktive medlemmer	
Aktive sygeplejersker	1.374,00 kr. pr. kvartal
Dimittender	1. måned kontingentfri
Beskæftiget maks. 12 timer om ugen i gennemsnit	688,00 kr. pr. kvartal
Under videreuddannelse med SU	346,00 kr. pr. kvartal
På dagpenge (barsel(dagpengeperioden)/ledighed/sygdom o.l.)	346,00 kr. pr. kvartal
Seniormedlemmer	
Seniorer på efterløn eller alderspension	193,00 kr. pr. kvartal
Passive medlemmer	
Bosat i udlandet	660,00 kr. pr. år
Passiv (orlov uden løn, overgået til andet erhverv)	165,00 kr. pr. kvartal

Du kan få nedsat kontingent, hvis du

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

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

Nye og fornyede private overenskomster

- Dansk Sygeplejeråd har fornyet protokollatet for virksomhedsspecifikke særftaler for Privathospitalet Kollund A/S, Bredsdorffvej 10, 6340 Kruså, og for Herlev Privatklinik I/S, Smedeholm 10, st., 2730 Herlev, begge gældende for 2012-2014.
- Dansk Sygeplejeråd har indgået Basisoverenskomst for sygeplejersker med Dansk Industri/Servicebranchens Arbejdsgiverforening gældende for perioden 1. marts 2012 - 1. marts 2014.
- Dansk Sygeplejeråd har fornyet overenskomsten med Kræftens Bekæmpelse, Strandboulevarden 49, 2100 København Ø, gældende for perioden 2011-2013.
- Dansk Sygeplejeråd har lavet et protokollat til gældende overenskomst med Power-Care, Sønderhøjvej 16, 1., 8260 Viby, gældende pr. 1. november 2012.

Uddrag af Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensens kalender



14. december

- Møde med Glaxo Smith Kline Denmark, Brøndby

17. december

- FTF forretningsudvalgsmøde, København
- Møde med vicedirektør Torben Mogensen på Hvidovre Hospital, Hvidovre Hospital

18. december

- Økonomiudvalgsmøde, Kvæsthuset
- Hovedbestyrelsesmøde, Kvæsthuset

19. december

- Hovedbestyrelsesmøde, Kvæsthuset
- Møde med formand Jens Andersen og chef Heidi Forberg fra RSI (Regionernes Sundheds-it organisation), Kvæsthuset

20. december

- Møde med Özlem Cekic (SF), Christiansborg
- Interne møder, Kvæsthuset
- Møde i den tværgående politiske forhandlingsdelegation mellem Sundhedskartellet (SHK), Akademikernes Centralorganisation (AC), Fag og Arbejde (FOA) og Kommunale Tjenestemænd og Overenskomstansatte (KTO), København

Sygeplejersker fik millioner i efterbetaling

TEKST: SØREN OLUFSEN • FOTO: NILS LUND PEDERSEN

Hundredvis af sygeplejersker på Odense Universitetshospital har gennem flere år ikke fået den løn, de var berettiget til. En vågen tillidsmand opdagede fejlen, Dansk Sygeplejeråd gik ind i sagen, og nu har sygeplejerskerne fået et stort millionbeløb tilbage.

Omkring 850 sygeplejersker på Odense Universitetshospital (OUH) har ikke fået udbetalt løn for ca. 29.500 mer- og overarbejdstimer siden 2005. Fællestillidsrepræsentanten og tillidsrepræsentanter på hospitalet har i samarbejde med Dansk Sygeplejeråd arbejdet for at få styr på sygeplejerskernes manglende løn. Det har betydet, at sygeplejersker og radiografer nu har fået efterbetalt løn for rundt regnet 7,5 mio. kr.

“Det er dejligt, at vi endelig kan få vores løn for det overarbejde, vi har lavet, og jeg vil da samtidig holde øje med, om dét, der står på min lønseddel, stemmer overens med det faktiske. Det er ikke så rart, når der er usikkerhed om ens løn,” siger Pia Ringkvist, der er sygeplejerske på OUH.

Hun fik ikke den korrekte løn, fordi hospitalet systematisk har regnet mange sygeplejerskers timetal forkert ud. I alt manglede hun løn for 47 mer- og overarbejdstimer svarende til ca. 9.000 kr.

“Jeg er tilfreds med, at Dansk Sygeplejeråd har været vedholdende og træder til, når nogen bliver snydt. Så ved man, at man kan få hjælp en anden gang,” siger sygeplejerske Pia Ringkvist.

Det var tillidsrepræsentanterne og fællestillidsrepræsentanterne på OUH, der først opdagede, at lønsedlerne ikke stemte overens med de faktiske timer, som sygeplejerskerne havde arbejdet.

“Arbejdsgiver har taget alt for let på det her. Vi har gennem rigtig lang tid kæmpet for at få den her sag løst, men det har ikke virket, som om de ville rette op på fejlene, før de virkelig blev presset til det,” siger Helle Marie Mogensen, fællestillidsrepræsentant for sygeplejerskerne.

Aktindsigt og voldgiftssag

Dansk Sygeplejeråd har de seneste år haft flere møder med OUH, som bl.a. ikke har vil-



Fællestillidsrepræsentant for sygeplejersker og radiografer på OUH, Helle Marie Mogensen, var primus motor på at sikre, at ca. 850 af hendes medlemmer fik deres berettigede løn. I flere år gennemgik hun og de øvrige tillidsrepræsentanter utallige lønsedler for fejl.

let udlevere sygeplejerskernes timelister. Og først da sygeplejerådet fik aktindsigt og truede med en voldgiftssag, kom der gang i processen.

Jytte Kristensen, næstformand for Dansk Sygeplejeråd Kreds Syddanmark, glæder sig over, at sygeplejerskerne nu har fået efterbetalt lønnen.

“Det er en lettelse, at aftalen nu endelig er på plads og udmøntet, og vi vil fortsat have skarpt fokus på, at arbejdsgiverne overholder reglerne,” siger hun.

Også formanden for alle landets sygeplejersker, Grete Christensen, peger på, at lønsagen fra OUH har stor betydning på det danske arbejdsmarked.

“Det her viser, at vi som faglig organisation følger overenskomsterne til døds. Når vi har indgået aftale med arbejdsgiverne, så skal de overholde den. Og selvfølgelig skal medarbejdere have løn for overarbejde, og det burde arbejdsgiverne også i den her sag have taget mere ansvar for,” siger Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd, og fortsætter:

“OUH har nu sagt, at fejlen ikke vil ske igen, og det er positivt. Men vi er klar til at hjælpe vores medlemmer, hvis der skulle opstå problemer igen. Og sagen viser, at et tæt samarbejde mellem FTR'er, TR'er, kreds og DSR centralt sikrer sygeplejerskernes løn og ansættelsesvilkår.”

OUH beklager og ser fremad

Jens Lundgaard er HR-chef på Odense Universitetshospital. Han har været med til at indgå en aftale med Dansk Sygeplejeråd, så de 850 sygeplejersker kunne få den løn, de havde til gode.

“Det har været et langstrakt forløb, det må vi anerkende. Og der skulle have været ryddet op for længe siden. Men jeg er tilfreds med, at vi nu har fundet en løsning i dialog med Dansk Sygeplejeråd,” siger Jens Lundgaard.

HR-chefen har ikke været involveret i sagen fra starten, og derfor kan han ikke svare på, hvorfor OUH bl.a. ikke har villet udlevere sygeplejerskernes timelister.

Han fortæller, at OUH nu har et stort ledelsesmæssigt fokus på, at der skal være helt styr på de ansattes timer, så overenskomsten bliver overholdt:

“Der er mange paragraffer i det her, så det er kompliceret stof. Men vi har sat kræfter af til uddannelse og praktisk hjælp fra lønafdelingen, så der ikke opstår tvivl.”

Lønsagen på OUH

850 sygeplejersker og radiografer på OUH har siden 2005 ikke fået udbetalt løn for ca. 29.500 mer- og overarbejdstimer.

Fejlen opstod, fordi sygeplejersker og radiografer ikke fik udbetalt timer, de havde arbejdet over, når deres gennemsnitlige arbejdstid overskred 37 timer om ugen (eller det antal timer, de har været ansat til) over en normperiode på 14 uger, medmindre en anden periode er aftalt på den enkelte afdeling.

Der er ca. 3.500 sygeplejersker ansat på OUH og omkring 150 radiografer.

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

Skadelig sygehusordning

Det er ikke holdbart, at hospitalsafdelinger, der begår fejl, fremover selv skal betale erstatningen til patienten. Det kan nemlig betyde, at der bliver skåret andre steder. I et læserbrev i Aarhus Stiftstidende skriver Else Kayser, formand i Dansk Sygeplejeråd Kreds Midtjylland, og Dansk Sygeplejeråds næstformand, Dorte Steenberg: "I Dansk Sygeplejeråd synes vi mest af alt, at politikerne med ordningen løber fra deres ansvar. Fejl og utilsigtede hændelser bunder oftest i dårlige og mangelfulde rammer, såsom for lav normering, for stort arbejdspress, for højt arbejdstempo, uhensigtsmæssig indretning og så videre. Rammerne er politikernes ansvar, ikke personalets."

Alternativ behandling udbredes

Mere end halvdelen af befolkningen har prøvet alternativ behandling. Derfor må sygeplejerskerne også være mere åbne for emnet. "Sygeplejerskerne skal blive opmærksomme på, at det her kan være et vigtigt supplement til den etablerede behandling. Sygeplejersker kan og skal ikke være eksperter på dette store og brogede område. Men de skal have viden om, hvilke behandlinger der kan komme på tale, og hvad der får patienterne til at vælge, som de gør," siger Dansk Sygeplejeråds næstformand Dorte Steenberg.

Kortere tid på hospitalet

På fire år er antallet af dage, som færdigbehandlede patienter opholder sig på landets sygehuse, faldet med 44 pct. Til Ritzau siger Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen: "Der er kommet langt større opmærksomhed fra kommunernes side for at få borgerne hjem hurtigere, også for borgernes egen skyld, og der er i dag langt tættere dialog med sygehusene."

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



Ledende sygeplejerske Bettina Bratshaug (tv.), Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen, sygeplejerske Susanne vom Braucke og sundhedsplejerske Vivian Park Lauridsen (th.) i Center Sandholm,



Fra januar til oktober flyttede 3.834 asylansøgere ind i Center Sandholm. Det er en stigning på 58 pct. i forhold til året i før. Beboerne er fortrinsvis syriske kurdere, serbiske romaer og afrikanere. Blandt de uledsagede unge er de fleste afghanske og nordafrikanske unge.

“Vi arbejder meget i nuet”

TEKST: MADSRØLL CHRISTENSEN • FOTO: SIMON KLEIN KNUDSEN

Sygeplejerskerne på landets største asylcenter, Center Sandholm, skal dække alle specialer inden for sygeplejen. Dansk Sygeplejeråds formand var i klinik i centeret.

“Vi understreger overfor asylansøgerne, at vi har tavshedspligt, og at vi naturligvis ikke giver deres oplysninger videre til politiet. Det er utrolig vigtigt med den fortrolighed,” fortæller sygeplejerske Susanne vom Braucke.

Ledende sygeplejerske Bettina Bratshaug tilføjer:

“Vores kerneopgave er at screene alle nytilkomne asylansøgere for sygdomme og symptomer. Som sygeplejersker hører vi både triste, barske og livsbekræftende historier ved screeningerne. Derfor er vi også glade for, at Røde Kors tilbyder deres medarbejdere supervision i faggrupper, ligesom vi har let adgang til individuelle samtaler med psykolog.”

Vi er midt i Danmarks største asylcenter, Center Sandholm, lidt nord for Blovstrød i Nordsjælland. Sandholmlejren, som centeret kaldes i folkemunde, drives af Dansk

Røde Kors og har 13 sygeplejersker ansat, hvoraf tre er sundhedsplejersker.

Sundhedsplejerske og fællestillidsrepræsentant Vivian Park Lauridsen har inviteret Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen i klinik.

“Det er en rigtig god arbejdsplads. De fleste af os sygeplejersker har været her i flere år,” fortæller Vivian Park Lauridsen. Selv har hun været ansat i Røde Kors i 17 år.

Gider ikke det der “Tarzan-noget”

De fire sygeplejersker sidder rundt om et stort mødebord på sygeplejerskernes kombinerede frokoststue og møderum. I det ene hjørne af rummet står et brummende køleskab med en summende kaffemaskine ovenpå. På bordet er der sat wienerbrød, kaffe og vand frem. Også sygeplejerskernes walkie-talkier står på bordet. De skratter livligt. Sygeplejerskerne bliver derfor enige om at nøjes med at holde en enkelt tændt.

“Vi har altid walkie-talkierne med os. Selv om alle ansatte gennemgår et obligatorisk kursus i konflikthåndtering, kan der opstå situationer, hvor vi enten må kalde

på hjælp, eller hvor vi bliver kaldt. Vi føler os aldrig alene,” fortæller Susanne vom Braucke, der også er arbejdsmiljørepræsentant for kollegaerne.

Hun understreger:

“Vi har helt klare regler. Trusler skal indberettes, og vold skal politianmeldes. Vi gider ikke det der Tarzan-noget.”

NUS-princippet

Sandholmlejren fungerer både som modtage- og udrejsecenter. Derfor huser centeret både nyankomne asylansøgere og asylansøgere, som har fået endeligt afslag og skal rejse hjem. Der er ca. 650 asylansøgere i Sandholm. Omkring halvdelen af dem bor her fast.

“Rigtig mange af dem er her på såkaldt tålt ophold,” fortæller Vivian Park Lauridsen og fremhæver, at sygeplejerskerne arbejder efter det såkaldte NUS-princip, der står for Nødvendig, Uopsættelig og Smertelindrende behandling:

“På sundhedsområdet arbejder vi efter retningslinjer, som er udstukket af Udlændingestyrelsen,” forklarer Vivian Park Lauridsen.



Sundhedspersonalet betjener ca. 650 beboere. Kerneopgaven er screeningen med samtale om helbredet. Alle børnene får et udvidet tilbud med undersøgelse af sundhedsplejerske og læge, ligesom alle børn vaccineres op til den danske standard. På billedet ses sundhedsplejerske Vivian Park Lauridsen (th.) i samtale med Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen. Center Sandholm, der bl.a. rummer de asylansøgere, som er i Danmark på et "tålt ophold". Dvs. asylansøgere, som har fået afslag på deres asylansøgning, men som er i Danmark, da de risikerer f.eks. dødsstraf eller tortur i hjemlandet.



Sundhedsplejerske Vivian Park Lauridsen (tv.), ledende sygeplejerske Bettina Bratshaug og sygeplejerske Susanne vom Braucke (th.) viser Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen rundt i Center Sandholm. Sundhedspersonalet i Sandholm tæller en områdeleder, ni sygeplejersker, tre sundhedsplejersker, fire sekretærer plus en række læger. Ca. tre gange om måneden besøger en speciallæge i pædiatri centeret, mens en jordemor og en psykiater aflægger besøg ugentligt.

"Helt grundlæggende må vi kun behandle beboerne efter NUS-princippet, og vi skal søge kaution (tilladelse hos Udlændingestyrelsen, red.) til det meste. Vi arbejder meget i nuet," supplerer Susanne vom Braucke og fortæller som eksempel på, at det er vigtigt ikke at udsætte behandling og pleje, om en kvinde, hun for nylig havde i behandling:

"Hun havde rejst rundt med dysreguleret diabetes. Hendes fødder var fyldt af store sår. Hun kom i behandling her hos os, men så en dag var hun væk. Rejst videre. Det ser vi tit."

70 nationaliteter

Sygeplejerskerne driver to klinikker i Center Sandholm. Klinikkerne har åbent hver formiddag i hverdagene og fungerer ligesom en lægepraksis, hvor patienterne møder op med vidt forskellige symptomer.

"I skal virkelig kunne håndtere en bred mængde af opgaver og udfordringer," påpeger Grete Christensen.

Vivian Park Lauridsen nikker:

"Vi skal dække alle specialer inden for sy-

geplejen. Derfor skal man også mindst have fem års erfaring for at blive sygeplejerske her. Man skal altså kunne noget sygepleje."

Med op mod 70 forskellige nationaliteter i Sandholm kan kommunikationen i sig selv være en udfordring.

"Vi bruger ikke tolk i klinikken, fordi vi ikke ved, hvem der kommer. Ofte snakker vi en blanding af tysk, engelsk, fransk og spansk med patienterne," fortæller Susanne vom Braucke, der understreger, at tolke kan tilkaldes ved behov.

Vivian Park Lauridsen supplerer:

"Vi vil ikke have, at børn tolker. De skal ikke udsættes for uoverskuelige og uforståelige situationer. Tit er det nogle voldsomme oplevelser, som børn ikke kan rumme."

Samfund i samfundet

Sundhedstjenesten tæller også tre sundhedsplejersker til de ca. 1.000 børn, der årligt kommer igennem Center Sandholm.

"Vi har 20-25 fødsler om året," skønner Vivian Park Lauridsen og fortæller, at Sandholmjeren både huser en skole og en børnehave.

"Sandholm er et samfund i samfundet," tilføjer Bettina Bratshaug.

De tre sundhedsplejersker har delt beboerne op mellem sig efter verdensdel. Én tager sig hovedsageligt af tjjetjenere, albaniere og romaer, mens en anden hovedsageligt har beboere fra de arabiske lande og så videre.

"Udover screeningen ved ankomsten hos sundhedsplejerske og læge får alle børn et udvidet tilbud med sundhedssamtaler hos en sundhedsplejerske og helbredsundersøgelser hos en læge. Og alle børn vaccineres op til den danske standard," forklarer Vivian Park Lauridsen og forklarer:

"Der arbejdes meget tværfagligt i centeret, og omdrejningspunktet for handleplaner er det psykosociale team, der mødes en dag hver anden uge."

Grete Christensen tilføjer: "Det er på hjælpen til de svageste, at man skal kende et velfærdssamfund."

Skæreskader, mave- og hjertesmerter og alkoholforgiftning er bare nogle af de lidelser, der glimrer ved deres massive tilstedeværelse i julemåneden og endda specifikt på juleaften. Det viser en lille rundringning, som Sygeplejersken har foretaget til nogle af landets akutte modtageafdelinger.

Når køkkenkniv og ventrikel kommer på overarbejde

TEKST: CHRISTINA SOMMER

December giver ekstra travlhed på især landets akutmodtageafdelinger, der mange steder kan se et nogenlunde fast mønster i henvendelserne, specielt på selve juleaften.

På akutmodtagelsen på Bispebjerg Hospital er det f.eks. lige så sikkert som amen i kirken, at der i de sene eftermiddagstimer den 24. december kommer mange borgere, der har skåret sig på de skarpe køkkenknive under forberedelserne til julemiddagen. Det fortæller afdelingssygeplejerske Birgitte Taasby.

”I timerne op til, at danskerne sætter sig til bords juleaften, har vi meget travlt. Her kommer primært folk, der har skåret sig i forbindelse med at lave mad, f.eks. når de skal skære anden ud. Det er jo skarpe knive, folk bruger, og en del er måske fortravlede oveni,” siger Birgitte Taasby.

Julens diagnoser

- Brandskader
- Mavesmerter
- Brystsmerter
- Åndedrætsbesvær
- Alkoholforgiftning
- Faldtraumer

Mavepinernes højtid

Det samme oplever kollegerne i Jylland, fortæller Vicky Bredkjær Larsen, der er specialeansvarlig sygeplejerske på Fælles Akutafdeling, Aarhus Universitetshospital.

”Op til julemiddagen kommer der rigtig mange kvinder ind med skader på fingrene, og min egen lille fornemmelse er, at der er sket en stigning i forbindelse med, at de her skarpe Globalknive er blevet mere

og mere populære. De har måske våde eller fedtede fingre, det skal gå stærkt, og så smutter kniven for dem,” siger Vicky Bredkjær Larsen.

Julemaden stopper dog ikke sin hærgen her. Når andefedt eller sovs hældes fra pander og gryder, resulterer det nogle gange i brandsårsskader. Og også indenbords gør rødkål, flæskesteg og and mere skade end gavn hos mange. Efter et par timers stilhed får personalet på akutmodtagelserne nemlig travlt igen, når danskerne rejser sig fra det overdådige julebord. Hos nogle er det gamle mavesår, der spøger igen, mens andre får galdestensanfald. Julen er uden tvivl mavepinernes højtid.

”Der kommer rigtig mange med mavesmerter. Folk er nok ikke så vant til fed mad, som tidligere, og mange har smerter fra galdevejene,” siger Birgitte Taasby. ▶

Akuttelefonen har travlt i helligdagene

Akuttelefonen i Region Sjælland er åben døgnet rundt, og medmindre der er tale om en ulykke eller akut og alvorlig sygdom, skal alle borgere i princippet ringe til akuttelefonen, før de evt. tager på sygehuset. Telefonen er bemannet med sygeplejersker, som vurderer, om det rigtige behandlingstilbud er egen læge, vagtlægen, akutmodtagelsen eller en skadeklinik.

Akuttelefonen gik i luften oktober 2011 og har således kun én jul på bagen. Men her oplevede sygeplejerskerne, at borgerne især henvendte sig med spørgsmål, fordi de ikke kunne få fat i deres praktiserende læge. Andre borgere henvendte sig,

fordi de havde spørgsmål eller komplikationer i forbindelse med forskellige former for sygehusbehandling, som de ikke kunne få svar på, da de relevante sygehusambulatorier også havde ferielukket. Og desuden henvendte flere sig for at høre, hvordan de skulle forholde sig efter at have skåret eller brændt sig i forbindelse med julemadlavningen.

Kilde: Ledende oversygeplejerske Poul Mossin, Akutafdelingen, Køge Sygehus.



Psykisk syg jul

Julen er ikke depressionernes højtid, men er ferien for lang, kan det nemt ramle for de psykiatriske patienter, og det mærkes på de psykiatriske akutmodtagelser.

TEKST: CHRISTINA SOMMER

At julen skulle være depressionernes højtid, er for længst afvist. Faktisk rammes flest mennesker af en egentlig depression, når foråret varsler lysere og varmere tider. Og på landets psykiatriske modtageafdelinger ligner julen og juleaften på mange måder da også enhver anden aften på årets 365 dage, fortæller afdelingssygeplejerske Marianne Poulsen, Akutmodtagelsen, Psykiatrisk Afdeling, Esbjerg-Ribe.

”De patienter, der op søger os op til og på selve juleaften, er typisk folk med kroniske lidelser, som vi også ser resten af året. Vi har forsøgt at kortlægge, om der er et andet mønster i henvendelser omkring jul, påske eller andre højtider. Men svaret er faktisk nej. Nogle juleaftener har vi meget travlt, andre juleaftener det stik modsatte,” siger Marianne

Poulsen, der dog alligevel er faldet over en lille forskel.

”Nogle gange er selve juleaften måske en anelse mere stille end normalt. Min fornemmelse er, at der i hvert fald denne ene aften stadig eksisterer en vis form for familiesammenhold – der er nogle, der tager sig af hinanden på en måde, som man måske ikke gør resten af året,” siger Marianne Poulsen.

Julemiddag med patienterne

Heller ikke på Psykiatrisk akutmodtagelse i Vordingborg oplever personalet den store forskel på hverdag og fest.

”Det er ikke en speciel patientgruppe, der altid kommer i julen. Dem, vi får ind, kan måske overordnet beskrives, som om de er stressede over julen generelt. Og nogle gange sidder vi med én

patient, andre gange med syv. Det er en dag og aften som alle andre, lige bortset fra, at vi spiser julemiddag sammen med de indlagte patienter og har købt både mandel- og julegaver,” fortæller afdelingssygeplejerske Camilla Petersen.

Er juleferien, eller ferier generelt, meget lang, kan det dog mærkes på de psykiatriske akutmodtagelser, fortæller både Camilla Petersen og Marianne Poulsen.

”Er de faste kontakt- og støttepersoner væk i lang tid, f.eks. hen over påsken eller i sommerferien, kan nogle af de kronisk psykisk syge godt miste deres faste holdpunkter og føle, at deres hverdag falder fra hinanden. Og så får vi travlt,” siger Marianne Poulsen.

- ▶ Samme tendens gør sig gældende i Aarhus, fortæller Vicky Bredkjær Larsen, og både hun og Birgitte Taasby fortæller, at mange også henvender sig med hjertesmerter.

”For mange kan det være svært at mærke, om smerter kommer fra maveregionen eller fra hjertet, og mange henvender sig, fordi de tror, der er noget galt med hjertet, men hvor det simpelthen er ventriklen, der er på overarbejde. Hjerte og mavesæk er tæt forbundne, og ofte er hjertesmerter i virkeligheden mavesmerter,” fortæller Birgitte Taasby.

Forgiftninger og faldskader

Også på Fælles Akutmodtagelse på Odense Universitetshospital er juleaften lig med skæreskader og maveonder, og ifølge teamleder Sali Bækholm Cabrera er yderligere to patientkategorier overrepræsenteret på netop denne dag.

”En del astma- og KOL-patienter hen-

vender sig pga. åndedrætsbesvær, primært opstået fordi der er så varmt i de hyggelige julehjem, og astmatikerne kan desuden ikke tåle stearinlys,” siger Sali Bækholm Cabrera.

Endelig kan det også mærkes, at en del danskere indtager mere alkohol i december end i resten af året.

”Især i julefrokostweekenderne har vi ekstra travlt pga. alkoholforgiftninger hos folk i alle aldre. De unge kommer stort set hele året rundt, men i december ser vi også flere midaldrende. Den aldersgruppe er nok ikke så vant til at gå i byen, og så kommer de lettere til at drikke lidt for meget til julefrokosten,” siger Vicky Bredkjær Larsen og uddyber:

”Nogle er helt bevidstløse, og dem indlægger vi naturligvis til yderligere observation, men nogle få af de alkoholforgiftede har drukket pga., de er depressive. Lige omkring juleaften ser vi også et par vene-fister, der simpelthen har taget piller, fordi

de synes, det hele er for trist, men det er heldigvis få.”

En del af de berusede patienter kommer til akutmodtagelserne, fordi de er kommet til skade typisk efter vold og slåskampe eller fald fra cykel. Og skulle det være frost- eller snevejr eller f.eks. isslag, er der naturligvis masser af faldtraumer – alkohol eller ej.

”Her kommer der folk ind på stribet med brækkede håndled og ben. Vi oplever faktisk tit, at det er frostvejr i juledagene, og så stiger antallet af bl.a. trafikulykker. Det mærker vi, da vi også modtager traume-patienter,” slutter Vicky Bredkjær Larsen.



Gæt årets hurraord

I 1999 så den første faglige julekryds dagens lys, og Sygeplejer-sken fortsætter ufortrødent med jul på kryds og tværs, indtil den spidse pen en dag kan erstattes af en sygeplejefaglig wordfeud online.

Gæt ledesætningen markeret med gult, udfyld slippen her på siden og send løsningen, så vi har den senest mandag den 14. januar 2013 med morgenposten. Den skal sendes til:

Redaktionen, Sankt Annæ Plads 30, Postboks 1084, 1008 København K.

Mærk kuverten "Julekryds" i nederste venstre hjørne.

Det er også muligt at maile løsningen til redaktionen@dsr.dk

Husk navn, adresse og medlemsnummer. Vi skal have mailen senest mandag den 14. januar 2013 kl. 13.

Vi trækker tre vindere, hvis navne offentliggøres i Sygeplejer-sken nr. 2/2013, der udkommer fredag den 25. januar 2013. Vin-derne får tilsendt et gavekort og en bog.

(jb)

			MEDLYD	KEN-DELSE	KODE-ORD (2. DEL)	BEVÆGE-SIG DYR	MÅL	HJERTE-KLAP-FEJL	FOD-TØJET	ØNSKER PATIENTERNE	AN-BRAGT	LINDRENDE SYGEPLEJE	BIL-SKILT	NYT HURRA-ORD	
									FLOP			TITEL VISE-MAGER			
SMART			-? SHARIF SPILOP-MAGER				HEL-GEN-BILLEDE						HOT DANSK Ø		
							BRONZE								
PARTI-BOG-STAV			TALJE MASSE				KANT ILD			FEDT-PUDE LØVTRÆ					KJEMPE LAND-OMRÅDE
KODE-ORD (1. DEL)												STIVNE			
METAL-STYK-KER						INTIM	FANGST LAG		AFTEN-SKOLE-FAG	HEDE-LAG		TILLA-DELSE		VIRKE 2 ENS	
FRED SPORT			MOR-SKAB		LUK-KE					STI	HOV-MESTER				
							KØRE-TØJET SANG					NU-ANCE LINNED			
DRIK			BINDE-ORD INDBO				LOVLIG ANDRE				FUGL DAN-NELSE				
SPILLEKORT LEVN						ØKON. OVER-SIGT								NUMMER DREN-GENAVN	
LØBE						PAVE-NAVN RABAT			PRÆPA-RATET SPIDS				BÅD OP-DRÆT		
					KLUKKE					STONE		MODSAT NAT COM-PUTER			
							STAT					SALO-MONISK			KURS
MÅL		FROT-TERET						LEGE-MIDDEL			MATE-MATISK TEGN				

LEXI.DK



Navn _____

Adresse _____

Medlemsnummer _____

Løsning _____



PSYKIATRI

Patienter, pårørende og medarbejdere har nydt godt af det faglige projekt "Psykiatri på Tværs", der har sat fokus på samarbejde mellem social- og behandlingspsykiatrien og blev afsluttet med "Psykiatriens Dag" i november. Læs på de følgende sider om tre eksempler på det tværfaglige samarbejde i psykiatrien mellem kommuner og regioner.

Svært demente skal ikke lide i

Et optimeret blik på den demente borger kan afsløre, om borgeren har skjulte smerter. Kolding Kommune og Region Syddanmark har haft succes med at smertescreene svært demente.

TEKST: ANNETTE HAGERUP • FOTO: ISTOCK

En ældre dement herre kan nu få sin nattesøvn.

Tidligere vandrede han hvileløst rundt om natten, uden at nogen kunne finde ud af, hvorfor han ikke lå i sin seng og sov. Det var oplagt, at han ikke kunne finde hvile. Siden viste det sig, at manden havde svære smerter. I dag er han som et resultat af projekt "Vejen til bedre observation og smer-

tebehandling" i Kolding blevet udstyret med et smerteplaster og kan sove igennem hele natten uden at stå op.

"For en anden borger med svær demens har to Panodiler i døgnet betydet underværker," fortæller demensfaglig leder i Kolding Kommunes Demensteam, Kirsten Jørgensen.

Projektet bygger på et tæt samarbejde

mellem Gerontopsykiatrisk Team, tre af Kolding Kommunes plejecentre samt praktiserende læger i kommunen. Formålet har været at udvikle redskaber til at smertescreene de svært demente, så de kan få den relevante medicinske behandling.

Svært demente har ofte en udadreagerende adfærd og kan være vanskelige at rumme, både i eget hjem og på plejecen-

A hand is shown holding a large black gear. In the background, there are several other black gears of different sizes, some overlapping. The scene is set against a bright, white background, creating a high-contrast, silhouette-like effect.

PÅ TVÆRS

det skjulte

tre. Projektet har derfor også omfattet undervisning i demenssygdommen, observation af smerter hos svært demente og instruktion i screening af smerter. Målgruppen har været plejepersonalet på de tre plejecentre.

Som resultat af projektet har man i fællesskab mellem behandlingspsykiatrien og Kolding Kommunes socialpsykiatri videre-

udviklet en lille håndbog, der kan lære personalet, hvad de skal være opmærksomme på hos de demente.

De svært demente fortæller ikke selv, at de har smerter. Mange af dem har f.eks. ikke længere et talesprog og kan heller ikke selv på anden vis formidle kontakt til omverdenen. ▶

- ▶ 23 demenspatienter indgik i projektet, og de blev alle smertescreenet i eget hjem ved hjælp af et smertevurderingsskema (Mobilitet-Adfærd-Intensitet, MAI 10). Her undersøges 10 forskellige områder på kroppen. F.eks. blev borgerne bedt om at strække begge arme op over hovedet. Én ad gangen. Eller om at vende sig i sengen. Både til højre og til venstre.

Man har også benyttet sig af symboler i smertescreeningen. En "glad sol" er lig med ingen smerter, mens en "vred sol" er lig med mange smerter.

Konklusionen på projektet var, at smerter ofte overses hos de svært demente, fortæller Kirsten Jørgensen.

Kropssproget afslører

Kropssprog og mimik hos de demente kan fortælle omsorgspersonalet en hel del.

"Vi har vist, at et optimeret blik på borgeren med svær demens kan afsløre, om en borger har skjulte smerter. Det kan være helt små ting, der afslører, at de har ondt. Det kan f.eks. være ændringer i deres mimik og i deres kropssprog," fortæller

Temadage om demensstrategi

Sidst i projektperioden har været afholdt en temadag for Gerontopsykiatrisk Team i Kolding. I november holdes ligeledes en temadag, hvor målgruppen er kommunens sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter m.fl. Det er planen, at erfaringerne fra demensprojektet skal udbredes og danne grundlag for kommunens fremtidige demensstrategi for smertescreening til borgere med svær demens.

udviklingskoordinator Dorthe Lunding, Psykiatrisk afdeling Kolding-Vejle.

Screeningen viste, at 61 pct. svarende til 14 borgere, havde smerter. De blev enten sat i smertestillende behandling eller tilbudt anden form for pleje, f.eks. fysioterapi. Nogle skulle måske lejres anderledes, og der var generelt fokus på god søvnhygiejne.

"Det er vigtigt, at det plejepersonale, der

passer de svært demente i hverdagen, kan aflæse den dementes nonverbale sprog. Nogle griner højt, selvom de har svære smerter. Andre bliver meget motorisk urolige," fortæller Dorthe Lunding.

Ifølge Dorthe Lunding er der brug for en holdningsændring til de svært demente. "Tidligere gav man typisk de urolige demente noget beroligende eller antipsykotisk medicin, selvom de i virkeligheden var urolige pga. smerter. Derfor er det vigtigt, at man taler på tværs af faggrupper og vagthold. Det plejepersonale, der passer den demente til hverdag, skal være opmærksom på, hvad borgerens adfærd kan være udtryk for. Mange lider udover demens af én eller flere somatiske sygdomme, som kan give anledning til smerter. Og andet ubehag. Vi skal sørge for, at vore borgere med svær demens er fuldt smertedækkede, så de kan få så høj en livskvalitet som muligt," siger Dorthe Lunding.

Foreløbige resultater

Projekt "Vejen til bedre observation og behandling af smerter hos svært demente - demens og smerter" har fået 75.000 kr. i tilskud fra Psykiatri på Tværs. Formålet har været at udvikle et målrettet registreringsværktøj af smerter hos svært demente. Plejepersonalets observationer giver egen læge bedre mulighed for at iværksætte den rette medicinske behandling.

Foreløbige resultater:

- Omkring 120 medarbejdere - på tre plejecentre i Kolding - er blevet undervist i smertescreening af svært demente.
- Udvikling af lommeguide med instruktion i observation/vurdering af smerter.
- Positiv effekt på det tværfaglige samarbejde mellem region og kommune.
- De pårørende er glade for det øgede fokus på smerter hos deres demente familiedlemmer.
- Af de 23 screenede beboere fik 14 ordineret smertestillende medicin eller ændret i eksisterende ordination. Behandlingen bestod hovedsagelig af smerteplaster eller tabletter, f.eks. Norspan eller Pamol.
- Beboerne er blevet mere fysisk aktive og mere sociale.

Psykiatri på Tværs

FOA - Fag og arbejde, Sundhedskartellet, Socialpædagogernes Landsforbund, KL og Danske Regioner gik i 2011 sammen om at skabe bedre og mere attraktive arbejdspladser i behandlings- og socialpsykiatrien med projektet Psykiatri på Tværs.

Filosofien bag projektet er, at bedre samarbejde på tværs vil skabe arbejdspladser med større arbejdsglæde og højere tilfredshed blandt de mennesker, der hver dag får hjælp i psykiatrien. Der er afsat 3,2 mio. kr. til de udvalgte 34 projekter, der går på tværs af social- og behandlingspsykiatrien.

Slut med "dem" og "os"

I Akut Døgntilbud i Psykiatriens Hus i Silkeborg arbejder medarbejdere fra region og kommune side om side. Man har taget det bedste fra to verdener og skabt et nyt fælles sprog.

TEKST: ANNETTE HAGERUP

Det er ikke længere "dem" i kommunen og "os" i regionen.

I dag omtaler personalet i det akutte psykiatriske døgntilbud i Silkeborg hinanden med et "vi", selvom de har hver sin arbejdsgiver. Nemlig hhv. Silkeborg Kommune og Region Midtjylland.

Akut Døgntilbud blev etableret for tre år siden og er en del af Psykiatriens Hus i Silkeborg. Psykiatriens Hus er et epokegørende samarbejde, hvor Region Midtjyllands behandlingspsykiatri er integreret med dele af Silkeborg Kommunes tilbud på det socialpsykiatriske område. Samarbejdet opstod som en konsekvens af, at sengeafsnittet i Regionspsykiatrien i Silkeborg i 2009 skulle nedlægges.

Det overordnede formål har været at skabe et alternativ til traditionel indlæggelse.

Et andet mål har været at sikre sammenhæng mellem de to sektorer og forebygge, at patienterne falder ned mellem to stole.

Psykiatriens Hus rykkede i marts i år ind i et nybygget hus i Silkeborg og rummer foruden Akut Døgntilbud, bl.a. daghospital, lokalpsykiatri, klinik for OCD og angstlidelser, team for personlighedsforstyrrelser og team for selvmordsforebyggelse.

I Akut Døgntilbud råder regionale og kommunale medarbejdere i dag over hver seks "værelser" til psykisk syge borgere, som har behov for et midlertidigt ophold. Her får sindslidende borgere mulighed for et par dages pusterum og undgår måske ad den vej en indlæggelse/genindlæggelse på psykiatriske afdeling.

I princippet skal regionens medarbejdere tage sig af de borgere, der har brug for specialiseret observation med det formål at forebygge indlæggelse. Kommunens medarbejdere skal tage sig af de borgere, der har brug for specialiseret omsorg og støtte. I praksis bor man dør om dør og arbejder tæt sammen. Patienterne kan ikke se forskel på, om personalet tilhører

Foreløbige resultater

Projekt kultursammenføring i akut døgntilbud har fået 100.000 kr. fra Psykiatri på Tværs. Projektet har bl.a. omfattet fire fælles temadage og et fremtidsværksted. Foreløbige resultater:

- Man har skabt et fælles sprog og et fælles ledelseslag.
- Man har skabt en følelse af en fælles kultur på tværs. Noget man kan kalde for en VI-følelse.
- Større arbejdsglæde.
- Patienterne oplever helhed og mærker ikke, om en medarbejder har rødder i den kommunale eller den regionale sektor.

behandlingspsykiatrien eller socialpsykiatrien, fortæller områdeleder i socialpsykiatriske Center, Silkeborg Kommune, sygeplejerske Iben Tulstrup.

"Det er ikke borgeren, der skal flytte sig efter systemet, men systemet, der skal flytte sig efter borgeren. Borgerne kommer ind ad den samme indgangsdør, og de er ligeglade med, hvor behandlingen kommer fra," siger Iben Tulstrup.

Hvis et sådant samarbejde skal blive en succes, er det imidlertid vigtigt, at personalet taler samme sprog – og tillægger de samme ord den samme betydning. På den baggrund opstod idéen til projekt "Kultursammenføring i Akut Døgntilbud". I projektet har man bl.a. arbejdet med, hvilken kultur der er grundlæggende for de to sektorer, samt hvilken fælles kultur det er muligt at skabe sammen. Man har specielt interesseret sig for sprogets betydning for samarbejdet mellem behandlingspsykiatri (region) og socialpsykiatri (kommune).

"Vi kommer fra to forskellige paradigmer, to forskellige ledelseslag og skal sammen skabe et tredje fælles lag. Hvis vi vil have en fælles forståelsesramme, må vi tage det bedste fra begge verdener og gøre det til "vores". Derfor er én plus én ikke

længere to her i huset. $1 + 1 = 3$, når vi gør noget sammen," fortæller Iben Tulstrup.

Man ville også løsrive sig fra den traditionelle sprogbrug.

"Vi ville gerne bruge sproget til at sende et signal om, at vi gør det anderledes i Akut Døgn. Her er man ikke indlagt, og man bor her heller ikke. Vi kunne altså hverken bruge ordene sengestue eller bolig. I stedet kalder vi det et værelse. Borgerne har ophold i et værelse."

Kreative aftenvagter

Ledende sygeplejerske på Akut Døgn, Bente Pedersen, er ansat i Region Midtjylland og har ansvaret for de seks regionale værelser: "Det er gennem vores diskussioner på de fælles temadage blevet tydeligt, at sproget både kan forene og adskille. F.eks. er det blevet klart for os, at ordet "visitation" betyder to vidt forskellige ting i henholdsvis region og kommune. I regionen betyder visitation, at psykiatere godkender henvisninger fra praktiserende læger og godkender, at patienten hører til behandlingspsykiatriens målgruppe. I kommunen betyder visitation derimod, at en sagsbehandler visiterer et tilbud til en borger, ud fra det borgeren vurderes at have ret til, f.eks. bostøtte fire timer om ugen eller ophold i Akut Døgntilbud i to uger," fortæller Bente Pedersen.

Hun opfordrer sine medarbejdere og kolleger til at bruge hinanden på kryds og tværs af sektorerne. "Det er vores erfaring, at kreativiteten blomstrer om aftenen. Der skabes flest utraditionelle løsninger på aftenvagterne, hvor der typisk er færre på vagt og man ikke kan isolere sig i "søjler". Og nok så vigtigt: Der er sjældent ledere til stede på det tidspunkt af døgnnet. Den form for kreativitet vil vi gerne have mere af. Derfor har vi i forbindelse med vores fælles deltagelse i "Psykiatri på Tværs" meldt ud til hele etagen, at vi gerne vil have "mere aften om dagen", fortæller Bente Pedersen.

Et intensiveret samarbejde mellem Psykiatrisk Center København og socialpsykiatriske bosteder på Nørrebro har resulteret i færre hovsaudskrivninger fra psykiatrisk afdeling fredag eftermiddag.

TEKST: ANNETTE HAGERUP • FOTO: ISTOCK

I det idéelle patientforløb ved alle, hvem der gør hvad, både når en borger skal indlægges, og når en borger skal udskrives til sit hjem/bosted.

I den idéelle verden bliver borgeren ikke indlagt uden sine "fornødenheder" i form af cigaretter, læsestof mv. Og borgeren bliver heller ikke hovsaudskrevet fredag eftermiddag uden medicin.

Sådan har det ikke altid været, og det var baggrunden for projekt "Den enkeltes bedste på Nørrebro". Formålet har været at styrke kommunikationen mellem den behandlende psykiatri på Psykiatrisk Center København og de socialpsykiatriske bosteder under Center Nørrebro.

Centerchef på Center Nørrebro, Britta Gerd Hansen, fortæller, at det har været et fælles ønske at forbedre overgangen mellem de to sektorer, så beboeren oplever et ubesværet og sammenhængende forløb.

Temadag gav positivt afkast

Ét af midlerne har været afholdelsen af en temadag i foråret for borgere, personale og pårørende. Her blev man bl.a. via rollespil introduceret til hverdagens udfordringer i samarbejdet mellem behandlings- og socialpsykiatri. Samtidig blev der nedsat arbejdsgrupper, der skal komme med forslag til ændrede procedurer, når patienter bevæger sig mellem hospitalspsykiatrien og de kommunale tilbud og mellem tilbuddene i ambulatorier, sengeafsnit og distriktspsykiatri.

Det foreløbige resultat af det intensive samarbejde viser, at antallet af dårlige udskrivningsforløb er faldet.

"Hos os har vi nok haft for lidt viden om, hvordan de arbejder på en lukket afdeling. Hvem udskriver og hvornår? Vi er selvfølgelig altid parate til at tage imod beboerne, når de kommer ud fra hospitalet, og vi kan lette deres overgang fra én sektor til en anden, hvis vi er informeret i tide. I dag oplever vi heldigvis, at færre beboere får en dårlig hjemkomst til deres bosted, fordi

personalet ikke var varskoet om deres udskrivelse," fortæller centerchefen.

Ukendskab til arbejdsforhold

Hvis udskrivelsen skal blive en succes, er det nødvendigt, at medarbejderne i de forskellige sektorer kender hinandens arbejdsforhold. Temadagen afslørede, at dette langtfra altid er tilfældet.

Britta Gerd Hansen medgiver, at ansvaret ligger hos ledelsen, og at det i en heftig hverdag på den psykiatriske afdeling kan være svært at sætte sig ind i, hvordan hverdagen fungerer på det bosted, patienten kommer fra. F.eks. køber borgere på de psykiatriske bosteder selv deres medicin. "Vi har ikke rådighed over en bred vifte af psykofarmaka. Vi har altså ikke mulighed for at supplere, hvis borgeren skal i gang

sted. Vi kan heller ikke blande os i, hvad borgeren foretager sig i sin bolig, eller hindre ham eller hende i at gå ud. Hjemmet er borgerens eget og ukrænkeligt."

Den intensiverede dialog, som forårets temadag affødte, har dog allerede betydet en tættere kontakt. F.eks. bliver repræsentanter for bostederne nu regelmæssigt inviteret med til udskrivningssamtalerne. I sidste ende skulle det forbedrende samarbejde gerne være med til at forebygge indlæggelser.

Beboerne fra de socialpsykiatriske bosteder Thorupgården og Fogedgården udgør 30-40 pct. af patienterne på det lukkede afsnit 52.3 på Psykiatrisk Center København.

Afdelingssygeplejerske på afsnit 52.3, Kamilla Kampmann, fortæller, at man som resultat af den fælles temadag har sat samarbejdet omkring den enkelte patient

Individet i centrum på

med en helt ny type medicin og kommer tilbage fra sygehuset uden en recept. Behandlingspsykiatrien opererer under sundhedsloven, mens vi i det sociale system arbejder under serviceloven. Det er to meget forskellige verdener," siger Britta Gerd Hansen og tilføjer: "Der er store forskelle på, hvad vi må og kan på de to lovområder. F.eks. må vi ikke bruge nogen som helst tvang på et socialpsykiatrisk bo-

i system. Allerede ved indlæggelsen bliver patienter fra de to bosteder tilbudt en netværkssamtale, hvor både patienten selv, deres pårørende og repræsentanter fra distriktspsykiatrien og bostedet deltager.

"Samtalen tager gerne udgangspunkt i den forebyggelsesplan, som er udarbejdet i samarbejde med den enkelte beboer," fortæller Kamilla Kampmann. Forebyggelsesplanen beskriver i detaljer, hvad pa-

Foreløbige resultater

Center Nørrebro, der omfatter en række psykiatriske bosteder, og behandlingspsykiatrien på Bispebjerg Hospital har haft succes med et tværfagligt samarbejde omkring den enkelte borger/patient. Hovedformålet er at forebygge indlæggelser. Projekt "Den enkeltes bedste på Nørrebro" har fået 100.000 kr. fra Psykiatri på Tværs.

Foreløbige resultater:

- Færre dårlige udskrivelser.
- Aftale om fælles ledelsesmøde mellem Center Nørrebro, Thorupgården, og Psykiatrisk Center København, Bispebjerg, hvert halve år.



Nørrebro

tienterne har brug for, hvis de pludselig oplever forværring i deres tilstand.

“Det kan være helt hverdagsagtige ting som en tur ud i den friske luft eller at lytte til en bestemt slags musik. Mens andre foretrækker, at der med det samme bliver tilkaldt en læge. De kan typisk ikke huske det, hvis de bliver akut psykotiske, og så er det en vældig hjælp for os at have deres ønsker nedskrevet på papir.”

I forbindelse med udskrivelsen tilbydes endnu en netværkssamtale. Udskrivelsen er nøje planlagt, fortæller Kamilla Kampmann:

“Tidligere kunne vi godt finde på at udskrive patienter lidt hurtigt, hvis vi pludselig fik ekstra mange indlæggelser og var i pladsnød. I dag udskrives vi ikke længere med få timers varsel, men finder andre løsninger. Som f.eks. at flytte patienten midlertidigt til en åben afdeling, mens vi forbereder udskrivelsen i samarbejde med bostedet.”

” Tidligere kunne vi godt finde på at udskrive patienter lidt hurtigt, hvis vi pludselig fik ekstra mange indlæggelser og var i pladsnød. I dag udskrives vi ikke længere med få timers varsel, men finder andre løsninger.

Kamilla Kampmann, afdelingssygeplejerske på det lukkede afsnit 52.3 på Psykiatrisk Center København.

I bunden af den lange gang, der fører fra sygehusafdelingen, er fængslets isolationsceller, hvor ophidsede indsatte, der er til fare for dem selv eller andre, kan blive anbragt i en kortere periode. Cellerne bruges også, når indsatte skal aflevere urinprøver.

Alt personale i Statsfængslet har en overfaldsalarmer. De er sjældent i brug. Seia Østervang har ikke haft brug for sin i de seks måneder, hun har været ansat.



I Kragsskovhede Statsfængsel i Nordjylland står sygeplejerskerne for alt fra skadestuefunktioner, tandplejeassistance og til at tage en snak med dem, der har det svært med at være frihedsberøvede.

Sygepleje bag tremmer

TEKST: MILLE DREYER-KRAMSHØJ • FOTO: LARS HORN

En mand midt i tyverne kommer humpende ind på sygehusafdelingen i Kragsskovhede Statsfængsels åbne afdeling.

"Av for helvede!" klager han, mens en ven får ham lempet ned på en stol. Fængsels-sygeplejerske Seia Østervang trykker lidt forsigtigt på hans venstre fod og spørger, om det gør ondt. Hun får et højt vræl og en forpint grimasse til svar.

"Det var, da vi spillede fodbold," siger han med lukkede øjne og en hånd på panden. Seia Østervang beslutter sig for, at han skal køres videre til røntgenfotogra-

fering på et hospital. Han bliver sendt ud ad døren med en sygemelding og et par krykker og sender et lettet og lidt forsagt "Tusind tak skal du have" retur.

Seia Østervang og hendes sygeplejerskekolleger er det faste, daglige sundhedspersonale i Kragsskovhede Statsfængsel. En gang om ugen kommer læge, psykiater og tandlæge, men i det daglige er det sygeplejerskerne, som har den sundhedsfaglige kontakt til fængslets ca. 210 indsatte.

"Vi laver mange forskellige ting. Meget

er praksissygepleje, og vi skal vide meget om alt inden for somatikken. Men vi er også lægesekretærer efter behov og klinikassistenter for tandlægen, så vi kommer vidt omkring," siger Seia Østervang, som denne formiddag har til opgave at udrede de indsatte.

I fængslet får alle tilbud om en samtale med en af sygeplejerskerne, når de kommer ind til strafafsoning. Mange er misbrugere af alkohol eller narkotika, og de fleste har en dårlig sundhedstilstand. Stort set alle takker ja til samtalen.



Kragsskovhede Statsfængsel har både en åben og en lukket afdeling. Alle indsatte har mulighed for at få en samtale med en sygeplejerske, når de ankommer til afsoning i fængslet.



Medicin i pilleform bliver pulveriseret i en lille plastikbeholder, før det bliver udleveret. Det skal forhindre misbrug og videresalg mellem fangerne.



Sygeplejerskerne arbejder tæt sammen med det øvrige fængselspersonale. Seia Østervang og fængselsbetjent Lis Ellgaard vurderer sammen, om en indsat skal forlænges på sygehusafdelingen.

Endnu en patient stikker hovedet ind til Seia Østervang. Han vil gerne have nogle halspastiller.

"Dem må du altså købe hos købmanden," siger hun.

Fyren træder lidt vande og fortæller om andre småskavanker. Generelt er han bare træt af at være i fængsel. "Det er godt, du er det. Jeg håber, du bliver rigtig træt af det, så du ikke gider komme igen," siger Seia Østervang bestemt til ham.

Hun har selv skullet vænne sig til de

Hvad er din bedste oplevelse med en indsat?

"Når vi får dem i arbejde. Når de først kommer her, gider de ingenting og er meget demotiverede. Det er en rigtig god følelse, når vi får snakket med dem, og de så får lyst til at gøre noget."

mange lukkede og låste døre og en institution, der ofte ser system før individer.

"Det er mennesker på kanten af samfundet, og det er en udfordring at være sammen med folk, som er frihedsberøvede. Derfor er en del af arbejdet også at

være støttende og motiverende. Vi får ofte en tæt tilgang til dem, fordi de ved, vi er her for at hjælpe og ikke er en del af strafudmålingen," siger hun.

Af Jette Bagh, cand.cur., fagredaktør



Alle har ret til dygtig sygepleje

Jeg tror ikke, nogen kan være uenig i overskriften på denne klumme. Men hvordan er man en dygtig sygeplejerske, og hvordan bliver man ved med at være det? Spørgsmålene opstod, efter at jeg talte med to sygeplejersker, som begge administrerede et uddannelsesbudget og havde fælles erfaringer med sygeplejerskers ønsker om at blive klogere. Den ene er oversygeplejerske på en stor afdeling i provinsen, den anden arbejder i hovedstadsområdet. Begge ønskede de af hjertet at sende sygeplejersker af sted på diplomuddannelser, når de havde en ormstikken grunduddannelse, som var mere end 10 år gammel. Pengene var der, men viljen hos de berørte sygeplejersker var der til gengæld ikke altid. Nogle sagde slet og ret nej tak, andre startede halvhjertet og sprang fra igen.

Nu ved jeg udmærket, at der måske er tale om en særegen promille, for jeg taler hver dag med ambitiøse, engagerede og kloge sygeplejersker, som gnasker lystigt af kundskabens træ, men hånden på hjertet: Der er altså også nogle, som ikke vedligger deres CV. Kan man forestille sig en sygeplejerske, som vil søge nyt job og sender følgende CV sammen med ansøgningen?

- 2013 Femårs bryllupsdag
- 2012 Ester bliver født
- 2011 Køber en campingvogn
- 2010 Elise bliver født
- 2009 Flytter fra København
- 2008 Gift med Svend
- 2007 Møder Svend på Ibiza.

Nej, det kan man ikke. I hvert fald giver det ikke noget særligt udfordrende arbejde. Men hvordan motiverer man de få umotiverede til at stille op på temadage, til kursusforløb, diplomuddannelse og masteruddannelse, hvis de slet ikke synes, det trækker? Det har jeg ikke noget enkelt svar på, men moderne patienter vil gerne have sikre professionelle, der ved, hvad de taler om, så det nytter ikke at komme til kort. Så hellere ærligt og redeligt sige: Det ved jeg ikke, men jeg vil gerne undersøge det, når patienten spørger om noget, man ikke har forstand på. Men det kan man ikke sige hver gang. Nogle forsøger at eks-temporere, men medmindre de sørger for, at ingen lytter med, så går det galt. Og det er måske en del af problemet: At man faktisk godt kan være en udygtig sygeplejerske, uden at det får følger, fordi man kan praktisere med sin ikke ajourførte viden i al hemmelighed.

For at bryde den tendens må motivations-styrkerne sættes

ind. Det er en naturlig ledelsesopgave at lægge uddannelsesfælder ud og samarbejde med den umotiverede om, hvad der skal ligge i fælden. Et projekt, en ny funktion, en anden rolle? Når der nu er afsat midler til efter- og videreuddannelse, skal de bruges, alt andet ville da være tåbeligt.

Vi kan vælge at tage klap for det ene øje og mene, at umotiverede, det er der ikke nogen sygeplejersker, der er, men det kommer der ikke positive forandringer ud af. Det er bedre at

” Det er en naturlig ledelsesopgave at lægge uddannelsesfælder ud og samarbejde med den umotiverede om, hvad der skal ligge i fælden.

vende hovedet mod musikken og handle, så overskriften bliver en selvopfyldende profeti. Naturligvis har alle ret til dygtig sygepleje, og den er der. Rigtig mange steder. Men alle sygeplejersker på en arbejdsplads skal løftes. Ellers sker der en polarisering, hvor en lille gruppe sygeplejersker sidder på bænken og end ikke når til opvarmningen, mens den store gruppe boltrer sig på den faglige grønsvær.

Når der derimod er frisk viden, endren og nypudsede briller i bagagen, bliver det til gengæld langt mere interessant at gå på arbejde, fordi rutiner kan brydes af fantasifulde ændringer, som gavner målgruppen: Patienter og borgere. Det vidner de talrige faglige artikler i *Sygeplejersken* da også om.

”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.

Kontrol og omsorg



- Betydelig reduktion af HbA_{1c}^{1,2,3}
- Hypoglykæmi på placeboniveau og vægtneutral⁴
- Samme dosis til alle patienter
- uanset nyrefunktion⁴

Trajenta® (linagliptin)
 Forkortet produktresumé

Indikationer: Trajenta er indiceret til at forbedre den glykæmiske kontrol hos voksne patienter med type 2-diabetes mellitus som monoterapi

- til patienter, der ikke er tilstrækkelig kontrolleret med diæt og motion alene, og når metformin ikke er hensigtsmæssig pga intolerans eller kontraindiceret pga nedsat nyrefunktion.
- som kombinationsterapi
- i kombination med metformin, når metformin sammen med diæt og motion, ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol.
- i kombination med et sulfonylurinstof og metformin, når disse præparater sammen med diæt og motion, ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol.
- i kombination med insulin, med eller uden metformin, når denne behandling sammen med diæt og motion ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol.

Dosering*: 5 mg én gang dagligt. Dosisjustering ikke nødvendig uanset nyrefunktion, leverfunktion eller alder. Når linagliptin gives i tillæg til metformin, bør dosis af metformin opretholdes, og linagliptin administreres samtidigt. Når linagliptin anvendes i kombination med et sulfonylurinstof eller med insulin, kan en lavere dosis af sulfonylurinstof eller insulin overvejes for at reducere risikoen for hypoglykæmi. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Bivirkninger*:** Bivirkninger pr. behandlingsregime: Linagliptin som monoterapi. Ikke almindelig (0,1-1 %): nasofaryngitis, hoste. Linagliptin + metformin. Ikke almindelig (0,1-1 %): nasofaryngitis, overfølsomhed, hoste. Linagliptin + metformin + sulfonylurinstof. Meget almindelig (≥ 10 %): hypoglykæmi. Linagliptin + insulin: Ikke almindelig (0,1-1 %): nasofaryngitis, hoste, pankreatitis, forstoppelse. Generelt: Sjældne bivirkninger og bivirkninger med ukendt frekvens, herunder angioødem, er anført i det fulde produktresumé. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen*:** Trajenta må ikke anvendes til patienter med type 1-diabetes eller til behandling af diabetisk ketoacidose. Linagliptin alene, og i kombination med metformin, har vist sig at have sammenlignelig incidens af hypoglykæmi som placebo. Når linagliptin blev givet i tillæg til et sulfonylurinstof (med metformin som tillægsbehandling), var incidensen af hypoglykæmi øget sammenlignet med den for placebo. Sulfonylurinstoffer og insulin er kendt for at forårsage hypoglykæmi. Derfor bør der udvises forsigtighed, når linagliptin anvendes i kombination med et sulfonylurinstof og/eller insulin. Begrænset erfaring hos patienter over 80 år. Patienterne bør informeres om de karakteristiske symptomer på akut pankreatitis. **Interaktioner*:** Linagliptin er en svag kompetitiv inhibitor og en svag til moderat mekanisme-baseret inhibitor af CYP-isozym CYP3A4. Linagliptin er et substrat for P-glykoprotein, og inhiberer P glykoproteinmedieret transport af digoxin med lav potens. **Graviditet og amning*:** Bør ikke anvendes. **Virkning på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner*:** Patienterne bør advares om risikoen for hypoglykæmi, især når Trajenta kombineres med sulfonylurinstof og/eller insulin. **Pædiatrisk population:** Anbefales ikke. **Indgivelsesmåde:** Trajenta kan tages med eller uden mad. **Lægemiddelform:** Tabletter, filmovertrukne. **Pakninger og priser (uge 44/2012):** Trajenta®, 30 tabletter á 5mg kr. 430,55; Trajenta®, 90 tabletter á 5mg kr. 1265,65. (Priserne er inkl. recepturgebyr). Dagsaktuel pris findes på www.medicinpriser.dk **Udlevering:** B. Tilskudsberettiget. **Registreringsindehaver:** Boehringer Ingelheim International GmbH. **Markedsføres i samarbejde med:** Eli Lilly Danmark A/S, Lyskær 3E, 2730 Herlev. De med * markerede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af Sundhedsstyrelsen godkendte produktresumé af 24.10.2012. Produktresuméet kan vederlagsfrit rekvireres fra Boehringer Ingelheim Danmark A/S, Strødamvej 52, 2100 København Ø, tlf.: 39 15 88 88, Medicinsk Information eller via info.cop@boehringer-ingelheim.com

Referencer: 1. Del Prato S et al. Diabetes Obes Metab 2011;13:258-67. 2. Taskinen M-R et al. Diabetes Obes Metab 2011;13:65-74. 3. Owens DR et al. Diabetic Med 2011;28: 1352-1361. 4. Trajenta SPC.

For information / møder / materialer: www.touchtoconnect.dk

AF JETTE BAGH, FAGREDAKTØR • FOTO: ISTOCK

Hvid jul, grå jul, grød jul? Uanset hvad man foretrækker, raser forventningerne til de tre juledage med stigende intensitet fra slut oktober, til det sidste lys er slukket anden juledag. En pause med kvalitetstid efter eget valg og interesse kan gøre godt for hervespidserne. Her er fire forslag til julelæsning, der fornøjer, forbløffer og fascinerer.

Fire til ferien



Gyrdir Eliasson
Mellem Træerne
 Noveller
 Torgard 2011
 219 sider - 249 kr.
 ISBN 978-87-92286-40-6

Hvis du læser højt for din partner, så tag denne bog med i seng og læs. 47 korte noveller, skrevet af den islandske forfatter, som fik Nordisk Råds litteraturpris i 2011. Den islandske natur væver sig ind og ud af novellerne, og landskaberne får efterhånden fodfæste i læseren. Nogle af novellerne er morsomme, nogle skøre og nogle mærkelige eller uhyggelige. Hvad sker der f.eks., når bedemanden i et lille landsbysamfund dør? Han kan jo ikke begrave sig selv, men de to sønner finder en plads til ham i kartoffelbedet, som må ryddes for kartofler. Bedemandens kone overvejer at læse lidt højt fra Biblen, men smider i stedet hele Biblen ned på kisten, herefter spiller sønnerne tre jazznumre på saxofon og guitar ved graven, og den dækkes til. "Det var så det, mor," sagde den yngste. Naboægteparrets kommentarer til bisættelsen kører som en slags rulletekst under ceremonien, og rulleteksten vidner om mange års forskellighed og mangel på forståelse serveret i små elegante bidder.



Heidi Linde
Nu, for helvede
 Rosinante 2012
 400 sider - 299,95 kr.
 ISBN 978-87-638-2062-2

Bag titlens "nu", som er fint broderet i korssting på forsiden, ligger et ønske om forandring og handling. Bogens hovedpersoner udgøres af en broget skare af meget forskellige mennesker, der er kørt fast i deres liv på den ene eller anden måde. Den undertrykte, vraltende og højgravide Terese med den velmenende, men dominerende lægemand, eksfodboldspilleren Kevin, som har rullet sig i kærestesorg over en bestemt pige i en evighed, Lydia som fantaserer om at have Dronning Sonja som bedste veninde, og Jessica, som flagrer rundt i sit liv med forskellige mænd som pejlemærker. Alle oplever de på et tidspunkt, deres "nu" i bogen, hvor de tager en ordentlig bid af livet, frem for bare at nippe. Det er der kommet en underholdende roman ud af. Trangen til forandring kender de fleste, men modet til at handle er ofte svært at mobilisere. Her er inspiration for den, som tøver.

Jens Moberg

Min Ceo Cookbook -
Opskrifter til bedre balance i en travl hverdag
 Gyldendal Business 2012
 176 sider - 299,95 kr.

Jens Moberg er en succesfuld leder i det private erhvervsliv. CEO betyder Chief Executive Officer eller administrerende direktør, og det er Mobergs titel. Han har stadigvæk en arbejdsuge på ca. 60 timer, fortalte han på BogForum, men han er blevet bedre til at passe på sig selv, motionere og spise ordentligt. Når man rejser meget og overnatter på hoteller rundt om i verden, er det let bare at spise det, der er i nærheden, og det har sin pris. For Moberg var det en blodprop i hjertet. Sygdommen lærte ham at prioritere sin familie og sine venner mere helhjertet, få tid til at cykle og overveje at dyrke yoga. Bogen skal ikke læses for opskrifterne, de er ret banale, men fortællingen om, hvordan en meget målrettet person vælger at skifte kurs, er interessant.



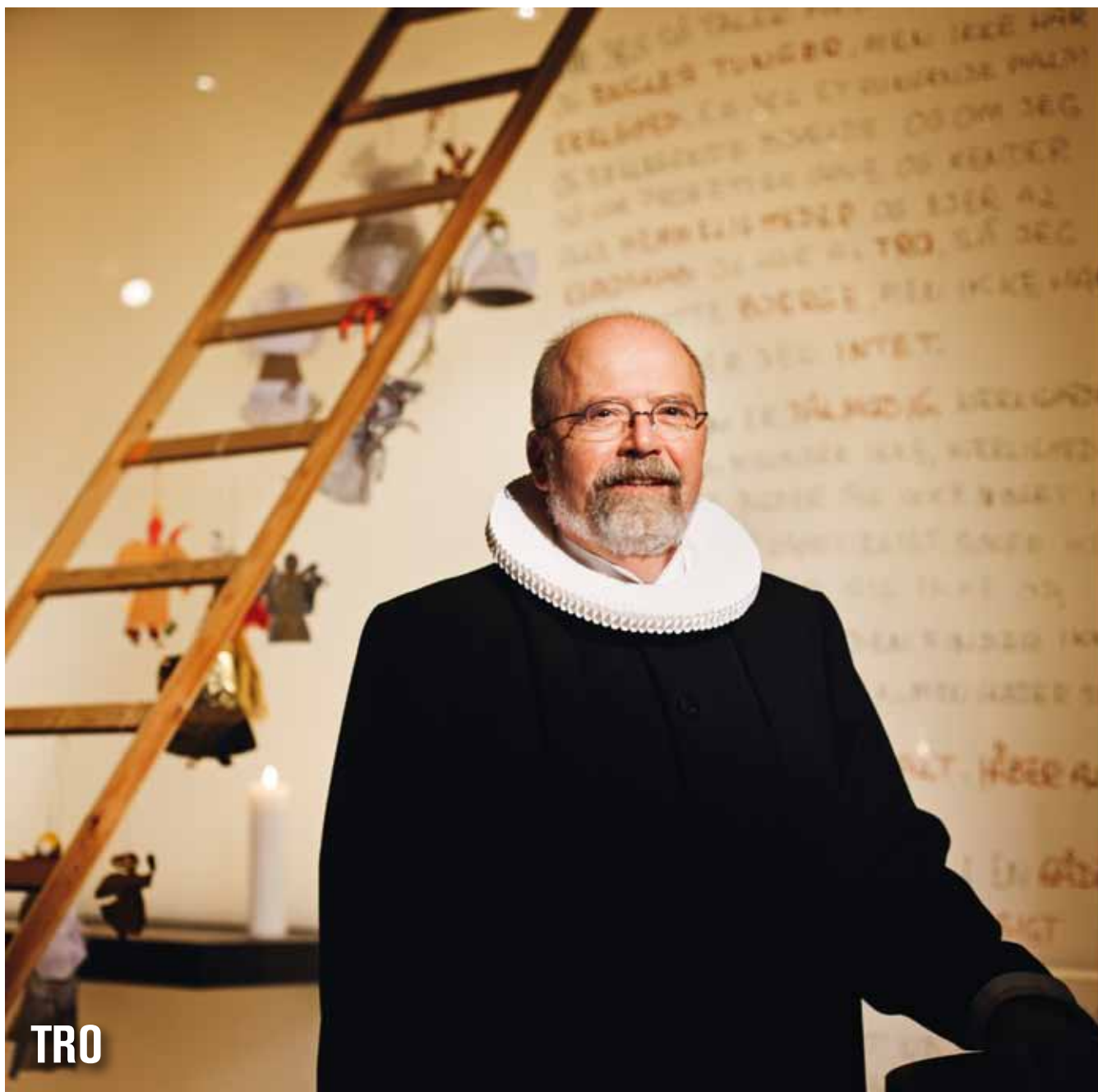
Henrik Juul Jensen
Støj og stilhed
En bedemands rejse
 Politikens Forlag 2012
 250 sider - 250 kr.
 ISBN: 978-87-567-9323-0

En kærlighedshistorie og en historie om krigen på Balkan og de grusomme hændelser, der skete der, det er i grove træk indholdet i bogen. Andreas er egentlig antropolog, men bliver bedemand, fordi han ikke kan få job, da han er færdig på universitetet. Han har haft mange kvinder, men er som 49-årig alene og har ingen børn, da han møder Nada på 33 til en korprøve i en kirke. Hun er kommet til Danmark som flygtning fra Sarajevo og er uddannet operasanger. Nada og Andreas bliver forelskede, de bliver gift og får et godt liv sammen. Nada arbejder som sanger på Det Kongelige Teater, og alt tegner lyst. Nadas lille dreng Kiko bliver adopteret af Andreas, og årene går. Men Nada har ting med i bagagen, som hun ikke fortæller om, og fortiden indhenter både hende og Andreas på dramatisk vis.

Musik spiller en stor rolle i romanen, og man fornemmer, at forfatteren spiller selv, for beskrivelserne af musikere og spillesteder er meget præcise og indfølelse.

Rigshospitalet huser dagligt 1.100 indlagte patienter, mens 2.000 kommer forbi til ambulans behandling. Her udføres 175 operationer og 19.250 laboratorieanalyser hver dag. Der er 8.000 medarbejdere og flere end 100 højt specialiserede afdelinger og funktioner. Både patienter og medarbejdere mærker på godt og ondt, når den gode gamle traditionsrige jul banker på døren. Der skrues op for hyggelige arrangementer for både børn, voksne patienter og også personalet, så sorgen og savnet over at være væk hjemmefra især juleaften bliver lidt lettere at tackle.

JULERIGET



TRO

Hospitalspræst Henning Nabe-Nielsen har været sjælesørger på Rigshospitalet i 16 år. Han er optaget af det teologiske arbejde med mennesker i svære livssituationer og det tværfaglige arbejde på hospitalet. For ham er julemåneden ikke mere travl end ellers, men det er en anderledes arbejds måned.

Hvordan kan du mærke, det er december? ”Det kan være hårdt ikke at holde jul, som man plejer. Derfor har vi mange anderledes tilbud i julemåneden til både patienter, pårørende og ansatte. En del afdelinger bestiller præsterne til julehygge, hvor vi kommer og synger salmer og læser historier for patienterne.”

Hvad laver du særligt juleaftensdag? ”Sammen med de to øvrige præster holder vi julegudstjenester på forskellige afdelinger. Sid-

ste år var der ca. 12 afdelinger, som bestilte en, så det går ofte i rask trav, når vi skal nå rundt på hele hospitalet. Det er det eneste tidspunkt på året, man kan møde os i præstekjole i elevatoren, for der kan vi ikke nå at skifte til civil.”

Hvad er dine bedste oplevelser i december? ”Når alle finder ro til at samles om et fælles julearrangement. Det er et travlt hus, så det er ikke altid, det kan lade sig gøre, men det er noget af det hyggeligste, når det lykkes. På afdelingen for kræftsyge børn er jeg tit med til daglig julehygge om formiddagen, hvor vi spiller musik, synger, læser, og børnene trækker en gave fra deres pakkekalender. Nogle gange optræder jeg med et Barbie og Ken-krybbespil. Det er ikke lige min spidskompetence, men børnene hjælper altid til, så vi sammen får det til at fungere.”



HÅB

I over 10 år har Den Blå Heks alias Janne Kjærsgaard været en del af Rigshospitalets Børne-unge-program og skabt tiltrængte frirum og pauser for mange indlagte børn og pårørende.

Hvem er Den Blå Heks? ”Som pædagoguddannet har jeg en lang karriere bag mig som socialarbejder, hvor jeg især arbejdede med udsatte og omsorgssvigtede børn. For 20 år siden begyndte jeg at lave børneteater, og jeg troede, at jeg ville lægge alt det sociale og pædagogiske bag mig, men nej. Som Den Blå Heks underholder jeg først og fremmest børnene, men på en måde så børnene også selv kommer til orde, afprøver noget nyt og samler kræfter.”

Hvad laver du på Rigshospitalet? ”Jeg fortæller eventyr og laver dukketeater og låner også bøger ud. Nogle børn ser jeg kun én

gang, mens jeg følger andre over lang tid. Jeg er med til at skabe en pause, hvor fokus er på det raske barn. Barnet slapper af og glemmer sin sygdom for en stund, og også forældrene bliver aflastet, bl.a. ved at opleve deres barn ”raskt” et øjeblik. Jeg kan ikke trylle børnene raske, men jeg kan trylle pauser, og dem har alle brug for.”

Hvordan mærker du, at det er december? ”Vi arrangerer både engle- og julegaveværksted i forhallen, og på afdelingerne hygger de nok mere end normalt. Og så oplever jeg, at mange børn og deres pårørende er fyldt med en stor sorg over ikke at komme hjem til jul. For flertallet er den jo ensbetydende med traditioner og glæde. Bor man i København, rykker familien bare herind, det er værre, jo længere væk man bor. Selve juledagene er meget stille, hvilket både er godt og skidt.”



NÆSTEKÆRLIGHED

Tanja Irlind har i syv år arbejdet som intensivsygeplejerske på Intensiv Terapiklinik på Rigshospitalet. Hun har hvert år haft vagt enten juleaften eller julenat og tager igen i år en vagt om aftenen. Selvom julevagterne ikke adskiller sig fra andre hverdage, hygger kollegerne lidt ekstra om hinanden og patienterne.

Hvordan er julemåneden i dit arbejde? ”Mange patienter er selvfølgelig triste over at tilbringe julen her og vil hellere være sammen med familien derhjemme. Derfor kommer nogle af de pårørende også på besøg lidt oftere end normalt, og vi hygger generelt mere på afdelingen med både patienter, pårørende og kolleger imellem i december. Fagligt er det ikke meget anderledes. Vi har en lidt højere andel af brandskader, fordi folk ikke altid kan styre deres juledekorationer.”

Hvad gør kollegerne for hinanden? ”En af mine kolleger sørger for at overpynte personaletoiellet hvert år, så det ligner Hr. og Fru Sands stue fra De Nattegales tv-serie ”The Julekalender”. Når der først er guirlander, grimme nisser, plastikjuletræer og en syngende elg hængt op derude, ved alle vi andre, at så er det blevet jul. Det glæder vi os til hvert år.”

Hvad gør I juleaften? ”Juleaften sørger vi altid for, at vi kan spise i hold. Det plejer vi ikke at gøre, men den aften deler vi afdelingen op, så der er tid til at få saucen, inden den bliver kold, og tage en omgang pakkeleg. Vi er også lidt flere på afdelingen, så alle får en god vagt. Holdene når også at slutte af med risalamande. Det er endnu ikke lykkedes mig at vinde mandelgaven.”

Et fristed fra sygdom

"Skal jeg give den gas?" spørger Johannes Rasmussen, inden han skyder frisparket i det nye brætspil Flickball. Modspillerne er Rasmus Bernthsen (th.) og Jonas Løssl, superligaspiller fra FC Midtjylland. Det er onsdag aften den 28. november i Ungdomscaféen Nexus på Aarhus Universitetshospital, hvor der er besøg af fire unge superligaspillere fra FC Midtjylland. "Cafeen er et fristed for unge patienter mellem 12 og 22 år. Her handler det ikke om sygdom, men om ungdom. Her er adgang forbudt for læger og sygeplejersker," fortæller forsknings-sygeplejerske Vibeke Bregndal, som er leder af caféen. Ungdommens Røde Kors stiller hver aften fra mandag til torsdag med tre frivillige hjælpere. De unge patienter har mulighed for at invitere deres venner med i caféen. Læs mere om Café Nexus på side 64.





Reck Motomed Letto 2

Aktiv- Passiv træning til sengeliggende patienter.



Forbedrer blodcirkulationen

Forbedrer peristaltikken

Forkorter indlæggelsestiden

Passiv træning = patienten trænes vha. motor

Aktiv træning = patienten træner selv

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



Vil du forøge din værdi på arbejdsmarkedet? Går du og tænker på at videreudanne dig? Eller ønsker du et godt kort på hånden, når du engang skal videre i din karriere? Så er

Lægemiddelkonsulentuddannelsen

- også et tilbud til dig som er sygeplejerske

Lægemiddelkonsulentuddannelsen er en diplomuddannelse, som du kan læse ved siden af dit job - på aftenkursus, korrespondancekursus (online) eller weekendkursus.

På uddannelsen får du bl.a. viden og forståelse gennem følgende moduler:

MODUL 1	MODUL 2	MODUL 3	MODUL 4
Anatomi og fysiologi	Sygdomslære	Lov, etik og aktører	Farmakologi

Lægemiddelkonsulentuddannelsen er branchens godkendte uddannelse, og den udbydes af Lif Uddannelse.

NYHEDER hos Lif Uddannelse!

Du kan - gratis - teste din viden i FreeLearn allerede nu.
Medilearn - Læring, hvor som helst når som helt - klar i 2013.

Yderligere information om tid, sted og pensum og priser findes på www.lif-uddannelse.dk
Du er også meget velkommen til at kontakte kursuskoordinator Kirsten Illum på 39 27 60 60



Uddannelse - fordi viden skaber udvikling

Kommentarer til "5 faglige minutter" -
Fra en klinisk vejleders dagbog" i *Sygeplejersken* nr. 13/2012.

Vi er kommet for at blive

AF MARIE NAGEL CHRISTENSEN, ANDERS GREGERS LUND, THEIS L. SMEDEGAARD, METTE KÅSTNER JACOBSEN OG TRINE HALD THØGERSEN, SYGEPLEJESTUDERENDE

I *Sygeplejersken* nr. 13/2012 skrev Anne Elisabeth Flensted i klummen "5 faglige minutter" om sine oplevelser som klinisk vejleder. En klumme, der har sat sindene i kog hos sygeplejestuderende. En del har følt sig stødt over tonen. Det kan vi sagtens forstå, og det vender vi tilbage til. Men lad os først se på substansen.

Sygeplejestuderende er modstandskæmpere. Ikke mod ukendt modstand og ydre faktorer. Vi kæmper for at få vores drømmeuddannelse. Anne Elisabeths holdninger er et godt billede på, hvordan der er opstået en form for faglig generationskløft i takt med, at sygeplejerskeuddannelsen har ændret sig.

Vi oplever ofte, at kliniske vejledere føler sig trådt over tæerne, når studerende kommer ud i klinikken og stiller kritiske spørgsmål. Omvendt føler de studerende sig misforstået og dårligt vejledt. Tiderne har ændret sig. Pointen er, at vi er studerende. Vi hører ikke med i normeringen. Vi er ikke længere elever, der er på arbejde. Vi er i klinik for at lære. Anne Elisabeth har fuldstændig ret. Vi skal ikke kun sige fra, men også sige til. Så når vi har givet kaffe eller har taget blodprøver nok gange til, at vi synes, vi har udfyldt læringsudbyttet, skal vi sige fra og kaste os over det næste læringsudbytte. Vi skal sige fra, hvis vi ikke føler os godt nok klædt på til opgaven og tror, at det vil gå ud over patientens sikkerhed. Den bagage giver skolen os heldigvis med.

Det kræver god og kyndig vejledning, så vi kan få udfyldt vores læringsudbytter. Så bær over med os studerende, hvis vi kan have brug for at få det at vide, når vi drikker for meget kaffe. Vi håber og tror også på, at Anne Elisabeth Flensted ikke nøjes med at tænke tingene, men har vejledt de studerende. Ellers er vi jo lige vidt.

Og nu tilbage til tonen. Vi tolker den som Anne Elisabeth Flensteds forsøg på at starte en debat. Debatten hilser vi velkommen. Men vi tror ikke, det kommer til at ske ved at fortvivle over en erhvervspraktikant i et fagblad for sygeplejersker. Det kommer ikke til at ske ved at gøre det til en konkurrence om, hvem der er mest træt. Er det sygeplejersken med mand, hus og landbrug eller den sygeplejestuderende, der har læringsudbytter, eksamen og klinikken? Det kommer helt sikkert ikke til at ske, hvis forståelsen for, hvilke udfordringer vi studerende har, mangler hos vejlederen.

Anne Elisabeth og alle andre. I kan lige så godt vænne jer til os. Vi er kommet for at blive. Vi er i klinikken for at lære af de bedste, så vi kan blive de bedste. Snak med os. Vejled os. Vi lover, at vi lytter.

Marie Nagel Christensen, Anders Gregers Lund, Theis L. Smedegaard, Mette Kästner Jacobsen og Trine Hald Thøgersen udgør forretningsudvalget i Sygeplejestuderendes Landssammenslutning, SLS.

For egen regning

Sygeplejerske Anne Elisabeth Flensted, der er ansat som klinisk vejleder på ortopædkirurgisk afdeling på Sydvestjysk Sygehus, havde en klumme i *Sygeplejersken* 13/2012. I den gør hun sig nogle betragtninger over sygeplejestuderendes indstilling til det at være på en arbejdsplads.

Klummen fremstiller de studerende bredt som nogle unge mennesker uden "ben i næsen", som er mere eller mindre ude af stand til at honorere de krav, der møder dem, når de kommer ud i virkeligheden, og som vælger at reagere med at klynke og klage.

Det er uheldigt, at det i klummen kan se ud, som om synspunkterne er dækkende for Sydvestjysk Sygehus' tilgang til studerende. Det er de på ingen måde. Klummen står fuldstændig for skribentens egen regning. På Sydvestjysk Sygehus har vi et kompetent korps af kliniske sygeplejelærere og kliniske vejledere, der hver dag gør en indsats for at skabe et læringsmiljø, hvor der kommunikeres ordentligt. Hvor man italesætter problemer på en konstruktiv måde, hvor man tænker i løsninger frem for kritik, og hvor der stilles krav til de studerende, der gør det muligt for dem at vokse med opgaverne. De medvirker til, at vi kan nå vores mål om at lægge en linje for vores vejledningsarbejde, der tager udgangspunkt i en positiv tilgang til de studerende, hvor vi lærer dem at tage ansvar, både for patienterne og for deres egen udvikling. Vi mener selv, at det i hverdagen lykkes ganske godt. F.eks. har Sygeplejerskestuderendes Landssammenslutning netop givet prisen for Årets Kliniksted 2012 til Børneambulatoriet på Sydvestjysk Sygehus. Det lod sig naturligvis ikke gøre at nå målet, hvis vi som sygehus mente, at det er i orden at møde de studerende med den holdning, som klummen er udtryk for.

Ikke dermed sagt, at arbejdet med de studerende altid er problemfrit. Det er der ingenting, der er. Men med et åbent og fordomsfrit læringsmiljø er vi godt rustet til at håndtere de problemer, der måtte opstå, så alle parter lærer noget af de konflikter, der er en del af ethvert uddannelsesforløb.

*Med venlig hilsen
Direktionen på Sydvestjysk Sygehus*

"Fem faglige minutter" i fagbladet *Sygeplejersken* er det, vi kalder en klumme - en personlig tekst - hvor de eksternt tilknyttede skribenter ofte anvender frisprog, subjektive betragtninger og egne fortællinger med henblik på bl.a. at skabe eftertanke og debat. Teksten er således ikke udtryk for redaktionens eller Dansk Sygeplejeråds holdninger, og den er heller ikke underlagt almindelige journalistiske krav om f.eks. dokumentation og væsentlighed. I denne sammenhæng synes jeg, det er vigtigt at huske på, at vi har ytringsfrihed - også for offentligt ansatte - og at debat og holdninger i det offentlige rum er en del af den demokratiske proces.

*Venlig hilsen
Sigurd Nissen-Petersen,
kommunikationschef i Dansk Sygeplejeråd.*

Tilbud om palliation handler også om ressourcer

AF ANETTE LINDGREN, SYGEPLEJERSKE, MHP, OG LONE TOFT, PALLIATIONSSYGEPLEJERSKE, MHP

Kommentar til artiklerne "Vi kan mildne de døendes angst" og "Vi skal turde spørge til patientens ønske om at dø" i Sygeplejersken nr. 12/2012.

To artikler i *Sygeplejersken* nr. 12/2012, hvor temaet skulle være palliation, er efter vores mening overfladiske og vidner om manglende indsigt og mangelfuld research.

Vi undrer os over, at man ikke har hørt sig hos Fagligt Selskab for Palliations-sygeplejersker, der har som målsætning at fremme uddannelse både på specialiseret niveau og basalt niveau. Ej heller har man spurgt sygeplejersker på basalt niveau om, hvordan de oplever at arbejde med de svære situationer og om mangel på tilbud om uddannelse inden for palliation. Dette til trods for, at problematikken om uddannelsesniveau i kommunerne faktisk nævnes, og hvad med sygehusene? – Her dør 55 pct. af danskerne!

En artikel fra Health Policy fra 2010 er inddraget i artiklen "Vi kan mildne de døendes angst". Dette medførte flere artikler i Politiken i 2010, hvor en god død blev sidestillet med, om der var adgang til hospice og palliative specialister. Det er jo en helt anden diskussion! Er en plads på hospice lig med en god død? Det kan vel diskuteres? Og har alle døende behov for kontakt med et palliativt team?

Artiklen viser, at der åbenbart stadig er en forforståelse omkring det palliative arbejde i Danmark, som er præget af bestemte idealer og indforståede forestillinger om en god død. Kontrol af den døende krop og psyke er omdrejningspunkt for idealet om den gode død. Et ideal, hvor den gode død bliver velordnet, smertefri, fri for følelsesudbrud og konflikter.

Palliation er mere end dette.

At kunne tilbyde palliation på det rette tidspunkt er ikke kun et spørgsmål om evner og vilje hos sygeplejersker, det hand-

ler også om ressourcer, og denne problematik bliver ikke berørt i artiklerne, knap nok nævnt, hvilket vi finder dybt beklageligt.

En øgning af kompetencer på basisniveau og en udbredelse af viden omkring palliation til alvorligt syge og døende vil give personalet redskaber til at håndtere de komplekse situationer, de møder hos den enkelte patient. De er på vej, da DM-CG-PAL er ved at lægge sidste hånd på et stort arbejde med anbefalinger til uddannelse på både basalt og specialiseret niveau. Denne information synes vi manglede i artiklerne.

*Anette Lindgren er ansat på
Organkirurgisk Afdeling D,
Kolding Sygehus, Sygehus Lillebælt, og
Lone Toft er ansat ved Det Palliative
Team, Sygehus Thy-Mors.*

Redaktionen svarer nederst på næste side.

Palliation er en politisk prioritering

AF LENE SØRENSEN OG KARINA WITTRUP, UDDANNELSESKONSULENTER

Kommentar til artiklen "Vi kan mildne de døendes angst" i Sygeplejersken nr. 12/2012.

I artiklen "Vi kan mildne de døendes angst" efterlyser formanden for Fagligt Selskab for Kræftsygeplejersker, Hanne Nafei, mere uddannelse inden for palliation. Men den relevante uddannelse er til stede. Problemet er snarere, at landets kommuner og hospitaler ikke prioriterer, at deres sygeplejersker får uddannelse inden for palliation, som i sidste ende gælder både patienten og de pårørende.

Når vi taler med de ledende sygeplejersker, fortæller de os, at en af de store udfordringer i forhold til at prioritere efter- og videreuddannelse til sygeplejerskerne er, at de ikke kan undvære deres medar-

bejdere på arbejdspladsen. Det afspejler sig i antallet af kursister på de palliative diplommoduler hos Metropol, hvor vi i perioden 2010-2012 årligt har haft ca. 40 studerende på et palliativt modul. Hos VIA, som er den anden udbyder af palliative diplommoduler i Danmark, er historien den samme. De 40 studerende er jo en dråbe i havet mod de ca. 10.000 sygeplejersker, der er ansat alene i Region Hovedstaden.

Der er heldigvis en gryende bevidsthed om betydningen af et systematisk og kompetencegivende uddannelsesløft. For eksempel ved vi, at både Svanevig Hospice på Lolland og Gentofte Kommune har lagt en plan for et systematisk løft af deres sygeplejersker inden for palliation.

For at imødekomme det omtalte ar-

bejdspres i praksis bestræber vi os i Metropol derfor på at tilbyde så fleksible uddannelser som muligt. Nu er det f.eks. muligt at følge et diplommodul inden for symptomlindring over tre uger fremfor over seks, og fra efteråret 2013 udbydes moduler både på deltid og fuldtid og med blended learning.

Det er vores håb, at det kan fremme prioriteringen af den efter- og videreuddannelse, der er så væsentlig for borgere og patienter med behov for palliation, så de kan leve et værdigt liv. Men det kræver en politisk prioritering af området.

Lene Sørensen og Karina Wittrup er ansat ved Institut for Sundhedsfaglig og Teknologisk efter- og videreuddannelse på Professionshøjskolen Metropol.

Ét login - men 327 klik til registrering

AF SARAH-LYNN MARLOW, SYGEPLEJERSKE

Kommentar til artiklen "Sundhedspersonalet kan nøjes med ét login" i Sygeplejersken nr. 13/2012 side 7.

Efter at have læst den lille notits i *Sygeplejersken* nr. 13/2012 "Sundhedspersonalet kan nøjes med ét login" er vi nogle stykker, der har måttet smile lidt af meldingen om, hvor let det hele går IT-wise i Region H ... ;-)

Jeg har valgt at registrere registreringen på min stue tirsdag den 13. november 2012.

For at få mine programmer op at køre (Topica, Orbit, EPM og Opus), som jo er minimum for, at jeg kan modtage min patient på stuen, tog det 17 minutter, før jeg havde adgang til programmerne. Det var uden, at en eneste funktion ventede på mig, dvs. jeg stod og holdt øje med, hver gang den havde lavet et skridt, så jeg kunne sætte den i gang med det næste, altså INGEN spildtid. Tilmed benyttede jeg ESA, som jo gør arbejdsgangen mere effektiv. (For retfærdighedens skyld bør nævnes, at jeg dagen efter gjorde det på 11 minutter).

Udover tiden, som jo reelt umuliggør, at jeg kan være klar til at tage imod patienten til tiden, så valgte jeg også at se på, hvor mange gange jeg klikkede.

Med tre knæpatienter på stuen klikkede jeg 327 gange, og det var uden klik for at åbne arbejdsmail og endda uden at tjekke en eneste blodprøve eller gamle journalnotater. 327 er kun registrering via ESA. Afgjort flest gik til EPM, selvom jeg ikke havde en af de patientgrupper, der kræver flest klik.

Jeg brugte alle de genvejstaster, der er mulighed for, og undgik derved rigtig mange klik - alligevel blev det til 327.

80'ernes store nye arbejdsskade var museskader. Nu er det 10'erne, og hvis vi ikke gør noget aktivt for at ændre det, kan det meget vel blive et problem igen, denne gang bare i nye faggrupper.

Jeg er så heldig at have orlov det næste stykke tid, men jeg vil drømme om at returnere til systemer, der kan:

- åbne ved at scanne mit medarbejderkort

- er indstillede til at registrere, at det er mig, der logger på
- der ikke beder mig dokumentere, hvad jeg IKKE gør
- er præindstillede til at regne ud, at hvis jeg bruger morfin, er det "for smerter" og ikke "tablet behandling" til den "ikkeinformerede" sovende patient.

Sarah-Lynn Marlow er ansat på Anæstesi- og operationsafdelingen, Gentofte Hospital.

Svar

Kære Anette Lindgren og Lone Toft.

Tak for jeres kommentar, som sætter flere nuancer på temaet i *Sygeplejersken* nr. 12/2012 om palliation/aktiv dødshjælp.

Jeg kan godt sætte mig ind i jeres undren over, at I ikke er blevet hørt som kilde i temaet. Da kræftpatienter spiller en vigtig rolle i temaet har vi bl.a. interviewet Fagligt Selskab for Kræftsygeplejersker.

Jeres anke om, at vi ikke har hørt sygeplejersker på basalt niveau, er der også en rimelighed i. Men som redaktion/journalist må man foretage nogle prioriteringer blandt aktørerne i artikler. Vi har valgt at lade de ledende, relevante kilder, der optræder i temaet, pege på, at der mangler uddannelse og kompetencer.

Mht. artiklen fra Health Policy og hvad god palliation er, samt hvor mange resourcer der er til god palliation, er jeg lidt usikker på, hvad I mener, problemet er. Hvis I mener, at palliation er mere end det,

vi skriver om i temaet, så har I fuldstændig ret. Palliation er et kæmpe emne. Igen skal man som redaktion/journalist foretage nogle vinklede valg - og heri ligger også fravalg.

I nævner også, at øgede kompetencer på basisniveau og udbredelse af viden omkring palliation til alvorligt syge og døende, som vil klæde personalet på til at håndtere komplekse situationer, er på vej, og at denne information mangler i artik-

lerne. Men det fremgår netop af artiklerne, at disse ønsker eksisterer, og at anbefalingerne er på vej.

*Med venlig hilsen
Sigurd Nissen-Petersen,
ansvarshavende redaktør.*

” Der er ingen tvivl om, at der er patienter på danske hospitaler, der dør pga. infektioner, de har fået, fordi personalet ikke har vasket hænder.

Speciallæge i klinisk biologi ved Center for Kvalitet i Region Syddanmark, Ulrik Gerdes til Ekstra Bladet den 2. december.

Øre-akupunkturkursus

Effektiv behandling af
PTSS, søvnløshed, depression,
angst, smerter

2-dages kursus

for sygeplejersker, SOSU og pædagoger

Kursusdagene finder sted

Torsdag d. 10 jan. og torsdag d. 17 jan.
2012. Begge dage fra 9.00 – 15.00

Afholdes Sønderlandsgade 19, Holstebro, kursusafdelingen.

Kurset koster 2.000,- kr. pr. person for begge dage og inkluderer undervisningsmateriale, bespisning og forfriskninger. Der lægges vægt på praktisk træning. Metoden kan anvendes med det samme.

Tilmelding via mail til klinik@ny-energi.dk eller 9740 3540

Underviser Anne Marie Vester, 24 års erfaring. Læs mere på www.ny-energi.dk



Sygeplejerske Kirsten Aalund, Esbjerg Sundhedsklinik, anbefaler Øreakupunktur ved Anne Marie Vester.

Jeg er alkoholiker – men jeg drikker ikke mere

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



4 centre – også ét tæt på dig

Døgntelefon
70 20 40 80

www.tjele.com

DEBAT

The Toyota Way

AF JONAS ØRTING, SYGEPLEJERSKE

Effektivisering kan sælges på mange måder. Lean og dets varianter, der overordnet set drejer sig om at undgå spild, introduceres ofte med fortællinger om Toyota. Lean er nemlig baseret på firmaets system "The Toyota Way".

Den typiske anekdote fortæller om imponerede amerikanske direktører på besøg hos den japanske bilproducent. Men hvis jeg skulle introducere "The Toyota Way", ville min fortælling starte nogenlunde sådan her:

- 22 millioner biler på lidt under tre år.
- Det er, hvad Toyota har produceret.
- Og det er, hvad Toyota har tilbagekaldt.

Ikke på grund af produktionsfejl – de var lavet efter bogen.

Heller ikke på grund af fejl i kvalitetskontrollen – de var godkendt efter bogen.

Der var ganske enkelt fejl i bogen.

Populært kunne man vel sige, at Toyota

har mestret kunsten at lave bras – effektivt og fejlfrit.

I takt med at sundhedsvæsenet presses økonomisk, vinder redskaber som lean frem. Når tempoet stiger, og budgetterne skrumper, så er tanken om at eliminere spild tillokkende, for tænk, om man med nogle kaizen-møder kunne trylle ekstra ressourcer frem.

Jeg håber, min fortælling giver stof til eftertanke – blandt dem, der uden at blinke omtaler sygepleje som "produktion", og blandt dem, der indfører samlebåndsmetoder i sundhedsvæsenet.

Vi er i Danmark gode – rigtig gode – til at lave operationer. Mange operationer. Men vi er faktisk ikke særlig gode til at lave sundhed.

Jonas Ørting er ansat på
Neurokirurgisk klinik,
Rigshospitalet.

Vi beder til deres hjælp

AF JN AGNES DEPREZ, SYGEPLEJERSKE

Kommentar til artiklen "Amerikansk sygeplejerske gjort til helgen af Paven" i Sygeplejersken nr. 12/2012

Jeg er sygeplejerske på Dronning Ingrid's Hospital, Nuuk, og katolik, og jeg blev glad over at læse den lille artikel "Amerikansk sygeplejerske gjort til helgen af Paven".

Men i artiklen står der "... efter at de har tilbudt den pågældende ..." og "... god-

kendt to indtrufne mirakler, hvor mennesker har tilbudt Moder Marianne."

Vi kristne katolikker tilbeder ingen end den Treenige Gud. Ikke engang Jomfru Maria tilbeder vi, men vi beder til deres hjælp.

JN Agnes Deprez er nonne og arbejder på
Dronning Ingrid's Hospital,
afdeling K1, i Nuuk.

SKRIV KORT

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

Et debatindlæg må maksimalt være på 1.800 tegn uden mellemrum. Længere indlæg forkortes af redaktionen. Der henvises generelt til regler for debat i Sygeplejersken på www.sygeplejersken.dk under "Manuskriptvejledning."

Debatindlæg sendes til:

Sygeplejersken, Sankt Annæ Plads 30 • Postboks 1084, 1008 København K,
eller redaktionen@dsr.dk

Anni Pilgaard i AK-Samvirkes bestyrelse

Formand for Danske Sundhedsorganisationers Arbejdsløsheds-kasse, DSA, og næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Anni Pilgaard, er blevet indvalgt i bestyrelsen for AK-Samvirke, der er a-kasser-nes brancheorganisation. Den repræsenterer 26 statsanerkendte a-kasser med lidt over 2,1 mio. medlemmer.

Anni Pilgaard tager flere mærkesager med sig ind i bestyrelsen: Effektiv jobformidling, tværgående samarbejde i a-kasserne og fokus på supplerende dagpenge og nyuddannede.

Om de sidste to mærkesager siger hun:

"I AK-Samvirke repræsenterer jeg hele FTF-gruppen, der bl.a. også består af lærere og pædagoger. Vi har flere beslægtede fokusområder og alle en høj dimittendledighed. Jeg vil arbejde for, at vores nyuddannede bliver prioriteret og får bedre vilkår. For medlemmerne af DSA vil jeg synliggøre vilkårene på vores arbejdsmarked. Her er mange vikariater og vagter, og mange er således løst tilknyttet arbejdsmarkedet. Derfor er supplerende dagpenge vigtige for os at fastholde."

Om den høje arbejdsløshed blandt dimittender siger hun:

"Vi er en gruppe med høj mobilitet. De sidste to år har flere vist



initiativ og taget arbejde i Norge og Sverige. Her kan det så forbyde mig, at arbejde i udlandet ikke giver nyuddannede ret til en højere sats, som det tilsvarende ville gøre, hvis arbejdet lå i Danmark. Reglerne matcher ikke det globale arbejdsmarked, og de jobmuligheder, som vores medlemmer har grebet. Lovgivningen er mangelfuld, når gruppen på bedste vis gør alt for at komme i job - helt i tråd med det, som politikere drømmer om. Det vil jeg arbejde for at få ændret. Et globalt arbejdsmarked skal matche dansk lovgivning."

Brænder for patienternes sikkerhed



Sygeplejerske Anne Marie Kodal, Hillerød Sygehus, har modtaget Sygeplejerskeprisen 2012 for sit arbejde med implementeringen af Mobilt Akut Team (MAT) på Hillerød Hospital og for sit engagement i Patientsikkert Sygehus.

I projekt Patientsikkert Sygehus, hvis formål er at reducere dødeligheden med 15 pct. og antal skader med 30 pct. hos indlagte patienter, varetager Anne Marie Kodal systematisk gennemgangen af journaler efter en internationalt anerkendt metode, Global Trigger Tool.

Resultaterne af det omfattende arbejde med journalgennemgang medvirker til at udvikle nye metoder til systematisk forebyggelse af skader ved at reducere bl.a. uventede hjertestop, forstoppelse og tryksår.

Prisen uddeles en gang om året til en sygeplejerske fra Hillerød, Frederikssund eller Helsingør hospitaler. Prisen gives for en særlig sygeplejefaglig indsats inden for udvikling af den kliniske sygepleje og er på 10.000 kr. I år er det 10. gang, sygeplejerskeprisen uddeles.



Intensivt internat med mulighed for fordybelse

Mindfulness Baseret Kognitiv Terapi / Stressreduktion – Kreta – Danmark

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

Kognitiv Center Fyn udbyder på 9. år kurser i Mindfulness-baseret kognitiv terapi / stressreduktion med psykologerne Lene Iversen og Peter Hørslev Rasmussen og speciallæge i psykiatri Bodil Andersen.

Læs mere om Mindfulness på www.kognitivcenterfyn.dk

Målgruppe: Læger, psykologer og tværfagligt personale.

Kreta:

Trin 1 A: 02.05–09.05.2013 **Trin 1 B:** 03.10.-10.10.2013.
Formål: At lære metoden og bruge den på sig selv.

Trin 2: 01.05.-08.05.2014; Formål: At lære at træne/ lave kurser for andre – for deltagere, der har erfaring med Mindfulness Meditation svarende til Trin 1.

Kerteminde:

Trin 1 A (4 dage): 29.-30.04 2013 + 04.-05.06 2013
Trin 1 B: 19.-20.11.2013+18.-19.12.2013

Trin 2 A (5 dage): 11.-12.03 2013 + 08.-10.04 2013.
Trin 2 B (5 dage): 17.-18.09 2013 + 26.-28.11 2013.

TRIN 3 – Helnæs, Fyn:

Trin 3 (4 dage): 07.-10.04 2014.

For yderligere oplysninger og tilmeldingsprocedure:
www.kognitivcenterfyn.dk

Børneambulatoriet i Esbjerg er årets praktiksted



Stor glæde, da Børneambulatoriet modtog prisen som Årets Kliniksted.

Sygeplejestuderendes Landssammenslutning (SLS) har besluttet sig: Børneambulatoriet i Esbjerg tog prisen som Årets Kliniksted 2012. Det er første gang, at prisen bliver uddelt.

”Vi er selvfølgelig glade og vildt stolte over at have vundet. Det betyder meget for os,” siger Anna Maria Back Hansen, klinisk vejleder på ambulatoriet.

Hun ser det som et stort skulderklap til afdelingen for at fokusere på at anerkende de studerende og inkludere dem fra

dag et. ”Vi har forsøgt at lære dem, at frygten for at lave fejltagelser er værre end fejltagelserne selv,” siger hun.

SLS lagde netop vægt på denne del, da de valgte vinderen, fortæller formand Marie Nagel Christensen.

”Vi var specielt imponerede over læringsmiljøet. Det var tydeligt, at hele personalet og ikke kun vejlederen tog hånd om de studerendes uddannelse,” siger hun.

Prestigefyldt pris

Sygeplejerske, RN, MSN, ph.d., FESC, Selina Kikkenborg Berg, Rigshospitalets Hjertecenter, har som den kun anden europæer nogensinde modtaget The Martha N. Hill New Investigator Award, som uddeles af American Heart Association. Prisen gives for ”forskerens enestående bidrag til forståelse, forebyggelse og behandling af kardiovaskulær sygdom”.

Selina Kikkenborg Berg vinder prisen for sit ICD-forskningsprojekt (ICD: Implantérbar Cardioverter Defibrillator), og hun modtog den prestigefyldte pris på American Heart Association-kongressen i Los Angeles i november. Prismodtagelsen er således en blåstempling af COPE-ICD-projektet og Hjertecentrets forskningsstrategi.

Meldingerne fra kongressen var, at COPE-ICD-projektet er et meget flot og relevant studie af ICD-patienters behov og gavn af rehabilitering.

Prisen har eksisteret i mere end 10 år og gives i Martha N. Hills navn. Martha N. Hill var den første ikke-læge og sygeplejerske, som blev formand for American Heart Association i 1997.

Prisen blev første gang modtaget af en europæer i 2004 af den belgiske professor i sygeplejeforskning, Philip Moons, som er en del af CopenHeart ekspertgruppen.

Jeanette Jul Hansen

Det er med stor sorg, at vi søndag den 4. november erfarer, at vores kære kollega Jeanette pludselig er død i en alder af 28 år.

Jeanette begyndte sin karriere som børnesygeplejerske den 1. juli 2007 på H.C. Andersen Børnehospital, afsnit H 1, Odense Universitetshospital.

Jeanette var indbegrebet af en god børnesygeplejerske. Hun kørte gerne de mange kilometer fra Vejle hver dag for at kunne arbejde med det, hun holdt aller mest af, nemlig plejen af de svært syge nyfødte. Jeanettes helt store børnehjerte bankede især for de handicappede børn. Hun evnede som få at få dem til ro, når andre måtte give op.

Jeanette forstod at møde familierne på en professionel og omsorgsfuld måde. Jeanette var også en pige, der med sit engagement, gode humør og umiddelbare tilgang til livet var med til at skabe en god stemning både blandt kolleger og hos de indlagte familier.

Jeanette var ikke bange for udfordringer og var god til at have mange bolde i luften. Hun var en god klinisk vejleder for de sygeplejestuderende og var i gang med en diplomuddannelse.

Samtidig med at Jeanette var meget engageret i sit virke som børnesygeplejerske, stiftede hun sammen med Morten sin egen familie og fik to børn, Valdemar og Villum.

Jeanette var på barselsorlov med Villum, da hun uventet døde.

Vore tanker og medfølelse er hos Morten, Valdemar og Villum.

Jeanette vil blive savnet meget i H 1. Æret være hendes minde.

*På vegne af Jeanettes kolleger,
Margit Asmussen,
afdelingsygeplejerske.*



PRIVATFOTO

Redaktion Jette Bagh, cand.cur., fagredaktør

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

Skriv til Fag. Læs Sygeplejerskens manuskriptvejledning på www.dsr.dk > Sygeplejersken og ring eller send en mail med din idé, nummeret er 4695 4187 og mailadressen jb@dsr.dk



FAG

- FRA SYGEPLEJERSKE TIL SYGEPLEJERSKE

Kræft i æggestokkene i forskelligt lys

Sygeplejersken "Fag" præsenterer denne gang tre artikler om sygepleje til kvinder med kræft i æggestokkene. I artiklen "At håbe det bedste, men forberede sig på det værste. Kvinders levede erfaringer med at gennemgå operation for kræft i æggestokkene" under Videnskab & Sygepleje side 65 bliver 10 kvinder interviewet om perioden fra diagnosticering til otte uger senere, hvor de har påbegyndt kemoterapi eller har afsluttet deres sygdomsforløb.

Kvinderne oplevede forløbet som skelsættende, og de fortæller både om håb og livsvilje og om at opleve sig som livsfarligt syge. En kvinde taler om sygdomsfri zoner som et udtryk for, at man ikke kan være i sygdommen hele tiden, men har brug for f.eks. at gå i biografen og glemme, at man er syg.

Undersøgelsen viser, at præoperative forberedelsesprogrammer med tilpasset information, psykosocial støtte og fokus på den fysiske tilstand kan styrke kvindernes generelle helbredstilstand og deres evne til mestring med henblik på tidlig rehabilitering.

I artiklen "Metode til optimering af patientforløb" side 78 beskrives workshoppraksismetoden, som den har været praktiseret på Enhed for Perioperativ Sygepleje, se www.periopsygepleje.dk

Metoden har gødet et samarbejde på tværs af organisationer og faggrænser og ført til beskrivelse af 17 patientforløb med tilhørende kliniske vejledninger. De accelererede forløb er f.eks. gynækologi og bl.a. operation for kræft i æggestokkene.

Enheden har efterfølgende vurderet anvendelse og effekt af kliniske vejledninger. Det viste sig, at operationsforløb for ovariekræft havde behov for forbedringer, og der var enighed om at etablere en kirurgisk sygeplejedatabase med ovariecancerpatienter.

Databasen beskrives i artiklen "Kvalitetsudvikling af plejen til kvinder opereret for ovariecancer" side 82. Den gør det muligt at sammenholde kirurgiske, patologiske, onkologiske og sygeplejedata fra den perioperative periode og dermed optimere pleje og behandling af patienterne.



Sygeplejerske,
cand.cur., fagredaktør.



Sengecykling på intensiv af

AF MALENE BURGSØ MOUTAFI, SYGEPLEJERSKE

Et ophold på intensiv afdeling har ofte konsekvenser for patientens fysiske formåen i årene fremover. Et forsøg med sengecykling har vist sig at have positiv effekt, også for patienter med meget få kræfter.

Indlæggelse på et sygehus, herunder også indlæggelse på et intensivafsnit, kan helbrede sygdomme og redde liv, men en indlæggelse kan pga. immobilisation få store konsekvenser i form af betydeligt tab af muskelmasse (op til 3 pct. pr. dag) (1), nedsat fysisk funktionsniveau – ofte i årevis – nedsat livskvalitet og øget behov for hjemmepleje (2,3,4).

Passiv mobilisering til stol vha. lift kan forbedre lunge- og hjertestatus og forebygge kontrakturer, men bidrager ikke nævneværdigt til at bevare muskelmasse og funktionsniveau; dette kræver aktiv mobilisering (5).

Ud over langtidseffekten kan aktiv mobilisering give patienten naturlig træthed, psykisk velvære efterfølgende og en følelse af selv at kunne arbejde med og derigennem tro på fremtiden (6).

En særlig sårbar gruppe er de kronisk dårlige patienter, som allerede inden deres indlæggelse har et meget lavt funktionsniveau, især de respiratorisk dårlige patienter som f.eks. patienter med KOL. I intensivt regi kan udtrapping af respirator for disse patienter være ganske besværligt og langsommeligt, og efter mange dage i en respirator er patienterne så medtagne, både motorisk og lungefunktionsmæssigt, at rehabilitering virker umulig. Alle dagene på intensiv afdeling kan derfor synes spildte for både patienten og samfundet.

På baggrund af frustrationer over disse forløb opstod min interesse for at se udfordringer frem for begrænsninger. I forbindelse med min opgave på specialuddannelsen for intensivsygeplejersker satte jeg fokus på aktiv

Sådan vurderes artiklerne til FAG

Teori & Praksis har været gennem fagfællebedømmelse

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

Faglige artikler er godkendt efter sygeplejefaglig vurdering og vejledning

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

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

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

deling fremmer rehabilitering

mobilisering, specifikt vha. en sengecykel, og afdelingen indkøbte efterfølgende en sådan.

Der findes forskellige modeller af sengecykler. Vi har valgt en model, hvor fødder og ben hviler i skinner og fodstøtteskåle, og som kan anvendes til både aktive og passive øvelser. Hvis kræfterne slipper op, vil sengecyklen automatisk tage over.

Cyklen er blevet taget godt imod af personalet, og ved en række patientforløb har sengecyklen været en væsentlig del af en succesfuld rehabilitering. Her følger tre eksempler:

1. En 80-årig kvinde med KOL blev indlagt pga. respirationsstop. Under indlæggelsen blev hun opgivende, konfus og pillende. Trods umiddelbare protester blev hun sat til at cykle. Dette medførte en markant forbedring af a-punkturen, patienten faldt til ro og fik hostet sekret løs. Der blev cyklet hver dag, og patienten tilbagelagde 31 km under sit ophold. Hun var klar og orienteret ved udskrivelsen, ønskede at leve, kunne stå og gå på benene og havde igen det gode humør, som hendes familie kendte.
2. En midaldrende alkoholmisbruger, som den sidste tid havde drukket tæt, blev indlagt med sepsis. Patienten var opgivende og ønskede hverken at komme op at sidde eller at spise. Sengecyklen blev

fundet frem, og patienten endte med aktivt at cykle fire kilometer allerede i første omgang. Bagefter var patienten rigtig stolt af sin egen præstation og efterfølgende som forandret.

3. En ældre mand, som klarer sig selv i eget hjem. Indlægges med forværring af KOL. Kommer i respirator og har et forløb på intensiv afdeling på to uger. Tidligt i forløbet startes med sengecykling, som blev fulgt op med daglig cykeltræning og til sidst også gangtræning. Det bevirkede, at den ældre mand ved udskrivelsen kunne gå 30 til 40 meter, og at han har bevaret gangfunktionen og mulighed for rehabilitering.

Vi har således haft mange positive oplevelser med sengecyklen. Vi har fået udarbejdet retningslinjer både for aktiv mobilisering generelt og specifikt i forhold til sengecyklen, og vi arbejder på et udviklingsprojekt om brug og effekt af sengecykling på intensiv afdeling.

Malene Burgsø Moutafi er sygeplejerske på intensiv afdeling på Vejle Sygehus; malene.burgsoe.moutafis@slb.regionsyddanmark.dk

Litteratur

1. Poulsen JB, Møller K, Jensen CV, Weisdorf S, Kehlet H, Perner A. Effect of transcutaneous electrical muscle stimulation on muscle volume in patients with septic shock. *Crit Care Med* 2011 Mar;39(3):456-61.
2. Herridge MS, Tansey CM, Matte A, Tomlinson G, Diaz-Granados N, Cooper A et al. Functional disability 5 years after acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med* 2011 Apr 7;364(14):1293-304.
3. Desai SV, Law TJ, Needham DM. Long-term complications of critical care. *Crit Care Med* 2011 Feb;39(2):371-9.
4. Poulsen JB, Møller K, Perner A. Rekonvalescens og funktionstab efter intensiv terapi. *Ugesk Læger* 2009;171(40):2916-9.
5. Bourdin G, Barbier J, Burle JF, Durante G, Pasant S, Vincent B, et al. The feasibility of early physical activity in intensive care unit patients: a prospective observational one-center study. *Respir Care* 2010 Apr;55(4):400-7.
6. Needham DM. Mobilizing patients in the intensive care unit: improving neuromuscular weakness and physical function. *JAMA* 2008 Oct 8; 300(14):1685-90.

Hvem skal have Florence Nightingale-medaljen?

I lighed med tidligere år har Dansk Sygeplejeråd gennem Dansk Røde Kors fået en opfordring fra den internationale Røde Kors komité i Genève om at indsende forslag til kandidater til Florence Nightingale-medaljen.

Medaljen er indstiftet i 1912 og uddelt første gang i 1920. En række danske sygeplejersker – i alt 32 – har indtil nu modtaget den hæderfulde medalje.

Sygeplejersken, som kan modtage medaljen, skal have udvist exceptionelt

mod og opofrelse i konflikt- og katastrofeområder eller have udført pionerarbejde inden for offentlig sundhed.

Ved den seneste medaljeoverrækkelse i 2011 fik tre danske sygeplejersker tildelt medaljen for deres arbejde i verdens brændpunkter og blandt samfundets udsatte og sårbare.

Dansk Sygeplejeråd skal indsende forslag til Røde Kors senest 1. marts 2013 og modtager meget gerne forslag fra dig til sygeplejersker, som har gjort sig for-

tjent til at modtage medaljen.

Deadline for indsendelse: 1. februar 2013.

Kontakt Dansk Sygeplejeråd: Nete Munk Villebro; nmv@dsr.dk

Læs på www.dsr.dk/medalje om danske medaljemodtagere gennem tiderne.

Liv og glade dage i Ungecafé Nexus på Aarhus Universitetshospital

Café Nexus er for unge patienter på Aarhus Universitetshospital i Skejby. Her mødes unge patienter, hygger sig og glemmer for en tid deres sygdom. Caféen drives i et samarbejde mellem børneafdeling og frivillige fra Ungdommens Røde Kors.

AF VIBEKE BREGNBALLE, SYGEPLEJERSKE, MHH, PH.D.

På børneafdelingen på Aarhus Universitetshospital i Skejby har der siden april 2012 været en café for unge patienter mellem 12 og 22 år tilknyttet Børneafdelingen. I oktober 2012 åbnede Café Nexus dørene for unge patienter tilknyttet hele Aarhus Universitetshospital i Skejby.

Café Nexus er et sted, hvor unge patienter kan hygge sig sammen med andre unge. Mange unge patienter føler sig ensomme og isolerede, når de er indlagt på hospital, da de må undvære det sociale netværk, som er så vigtigt netop i ungdomsårene. Under indlæggelsen er de unge spredt på mange forskellige afdelinger, som enten er børneafdelingen, hvor de fleste medpatienter er mindre børn, eller på voksenafdelinger, hvor medpatienterne oftest er på alder med deres forældre eller bedsteforældre. I caféen kommer hverken forældre, læger eller sygeplejersker, for i caféen handler det om ungdom og ikke om sygdom.

Børneafdelingen har indgået et samarbejde med Ungdommens Røde Kors, så det er ca. 25 unge frivillige mellem 23 og 35 år fra Ungdommens Røde Kors, der står for aktiviteterne i Café Nexus. Der er tre frivillige i caféen ad gangen, og de har alle gennemgået et uddannelsesforløb, hvor de bl.a. har lært om syges særlige problemer og behov. Der afholdes personalemøder for de frivillige, hvor de bl.a. får faglig sparring med henblik på at sikre, at de kan klare de udfordringer, som de kan

møde i caféen. Tre unge, frivillige projektledere fra Ungdommens Røde Kors har været med til at etablere caféen, og de står for den daglige drift samt hvervning og uddannelse af nye frivillige i samarbejde med børneafdelingen.

I dagtimerne fungerer Café Nexus som dagligstue i et dagambulatorium. To frivillige arkitekter har indrettet Café Nexus, så den er en hyggelig café for unge om aftenen og en dagligstue for ambulante børn, unge og deres forældre om dagen. Ved hjælp af fonde og donationer har det været muligt at købe moderne møbler og inventar samt et stort TV, soundbar og diverse spillekonsoller.

Nexus betyder sammenhold

I Café Nexus foregår de aktiviteter, som unge sætter pris på. Der er de nyeste spil, der er iPads, så de unge kan komme på Facebook, og der er masser af god musik. Der er bordfodbold, brætspil, smykkeværksted og meget mere. Der bliver bagt kager, lavet smoothies, spillet, grinet og pjattet, men de frivillige er også parate til mere alvorlige samtaler, hvis de unge patienter har brug for det.

Café Nexus er åben mandag til torsdag fra kl. 18.30 til 21.00. Der vil blive afholdt forskellige events som f.eks. filmaftener og bordfodboldturneringer, og forskellige kunstnere som f.eks. standupkomikere vil blive inviteret til at underholde. De unges venner og pårørende mellem 12 og 22 år

er også velkomne i caféen. Café Nexus kan desuden lånes til specielle arrangementer for særlige grupper af unge syge, f.eks. et specielt arrangement for unge med gig, og her stiller de frivillige sig også til rådighed.

Café Nexus har fået sit navn ved en navnekonkurrence blandt patienter, søskende, forældre og personale på Børneafdelingen. En 16-årig ung patient foreslog navnet Café Nexus og vandt en iPod Nano. Ordet Nexus stammer fra latin og betyder forbindelsesled og sammenhold, men er også en fiktiv ædelsten fra computerspillet World of Warcraft, der kan trylle genstande i spillet bedre. Det er alle begreber, som passer godt med caféens formål.

Idéen til caféen er kommet efter inspiration fra Ungdomsmedicinsk Videnscenter på Rigshospitalet, som etablerede caféen Hr. Berg for nogle år siden og har stillet deres erfaringer til rådighed.

Café Nexus er en del af en større indsats indenfor ungdomsmedicin på Børneafdelingen, Aarhus Universitetshospital.

Se også omtale af Cafe Nexus på side 52 i dette nummer af Sygeplejersken.

Vibeke Bregnballe er
forskningssygeplejerske og
leder af Ungdomsmedicinsk Gruppe på
Børneafdelingen,
Aarhus Universitetshospital;
vibebreg@rm.dk

VIDENSKAB SYGEPLEJE

Seibaek L, Petersen LK, Blaakaer J, Hounsgaard L.

Hoping for the best, preparing for the worst: the lived experiences of women undergoing ovarian cancer surgery. *European Journal of Cancer Care* 2012; (21):360-71.

Lene Seibæk, Lone Kjeld Petersen, Jan Blaakær, Lise Hounsgaard.

At håbe det bedste, men forberede sig på det værste. Kvinders levede erfaringer med at gennemgå operation for kræft i æggestokkene.

Artiklen har været publiceret på engelsk i *European Journal of Cancer Care* 2012;(21):360-71 og bliver publiceret på dansk i *Sygeplejersken* med tilladelse fra John Wiley & Sons, Inc. © 2011 Blackwell Publishing Ltd.

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

At håbe det bedste, men

Kvindes levede erfaringer med at gennemgå operation for kræft i æggestokkene

Danske kvinder har rekordhøj hyppighed og dødelighed af kræft i æggestokkene, og behandlingen består i de fleste tilfælde af større kirurgisk indgreb efterfulgt af kemoterapi. Men tiden før operationen har ikke tidligere været genstand for udforskning. Denne artikel beskriver en undersøgelse af ti kvinders levede erfaringer med at blive diagnosticeret, opereret samt påbegynde kemoterapi for kræft i æggestokkene. Konsekvensen for sygeplejen er, at målrettet styrkelse af alment helbred samt psykosocial støtte før behandlingsstart kan medvirke til at opretholde håb og fremme tidlig rehabilitering.

AF LENE SEIBÆK, SYGEPLEJERSKE, MHH, PH.D., LONE KJELD PETERSEN, OVERLÆGE, DR.MED., JAN BLAAKÆR, PROFESSOR, DR.MED. OG LISE HOUNSGAARD, LEKTOR, PH.D.

Introduktion

Kræft i æggestokkene er den førende dødsårsag blandt kvinder med kræft i underlivet i den vestlige verden (1,2), og mere end 200.000 kvinder diagnosticeres årligt (3).

Danske kvinder har rekordhøj hyppighed og dødelighed af sygdommen (4). Der gøres derfor en fokuseret indsats for at forbedre overlevelsen, bl.a. ved hjælp af såkaldte "kræftpakkeforløb" (5,6). Formålet med et kræftpakkeforløb er at tilbyde optimal udredning og behandling. Kvinder med kræft i æggestokkene har en maksimal ventetid på to uger fra henvisning til operationen, som er specialiseret, centraliseret og standardiseret i et accelereret patientforløb (7, 8, 9,10).

De accelererede patientforløb blev udviklet til forebyggelse af komplikationer samt tidlig restitution efter operation for godartede tilstande (11). Forløbene indeholdt derfor ikke i udgangspunktet den psykosociale støtte og omsorg, som påkræves ved behandling af kræftsygdomme. Ej heller adresserede forløbene det forhold, at kvinder med kræft i æggestokkene oftest skal behandles med operation og kemoterapi (12,13,14). Undersøgelser viser, at disse kvinder oplever omfattende psykosociale og helbredsrelaterede problemer, også på grund af behandlingen (15,16). Således er den postoperative periode det tidsrum i behandlingsforløbet, hvor kvinderne oplever det dårligste helbred (14). Lockwood-Rayermann (17) og Costanzo med kolleger (18) fandt, at psykosocial støtte forbedrede kvindernes postoperative livskvalitet og deres almene helbred. Hopkins og Lamkin (19,20) fandt tillige, at gode mestringsevner havde positiv indflydelse på livskvalitet og overlevelse.

De tidlige FIGO stadier (International Federation of Gynecology and Obstetrics) (I-II) af kræft i æggestokkene har en god prognose med en femårs overlevelse på 80-90 pct. Imidlertid falder overlevelsen til 25 pct. i avancerede stadier. Det er derfor afgørende, at behandlingen påbegyndes tidligt. Imidlertid bliver 66 pct. af de danske kvinder diagnosticeret i de avancerede stadier III-IV (21,22). Derfor er behandlingen i de fleste tilfælde langvarig, kompleks og belastende. Den består af ekstensiv kirurgi efterfulgt af kemoterapi, uden at der kan opnås sikkerhed for helbredelse.

Operation for kræft i æggestokkene er oftest planlagt. Dette

Resumé

Seibæk L, Petersen LK, Blaaekær J, Hounsgaard L. At håbe det bedste, men forberede sig på det værste. Kvinders levede erfaringer med at gennemgå operation for kræft i æggestokkene. *Sygeplejersken* 2012;(14):65-77.

I denne artikel præsenteres en undersøgelse af kvinders levede erfaringer med at blive opereret på mistanke om kræft i æggestokkene. Formålet har været at fremkomme med patientperspektiver på at blive diagnosticeret og starte behandling for kræft i æggestokkene. Undersøgelsesperioden varede fra det første besøg i ambulatoriet til otte uger senere, hvor kvinderne enten var påbegyndt kemoterapi eller havde afsluttet deres sygemelding.

10 kvinder deltog i to kvalitative forskningsinterview hver, før og efter deres operation. Ved at benytte en fænomenologisk-hermeneutisk tekstfortolkningsmetodologi blev interviewfundene systematisk identificeret, struktureret, fortolket samt kritisk diskuteret. Denne proces konstituerede et hovedtema omhandlende "At håbe det bedste og forberede sig på det værste."

Endelig diagnostik og behandlingsstart viste sig at repræsentere skelsættende livsbegivenheder, under hvilke kvinderne dels oplevede sig livsfarligt syge, dels oplevede håb og livsvilje. Kvinderne forberedte sig intuitivt på diagnose og behandling. Deres muligheder for at forberede sig adækvat viste sig imidlertid at afhænge af deres personlige livsstil, levevilkår, mestringsstrategier samt oplevelse af håb. Disse kunne styrkes ved hjælp af afpasset information, psykosocial støtte samt fysisk optimering igennem den perioperative periode.

Målrettet styrkelse ved behandlingsstart af kvindernes almene helbred og velbefindende samt psykosocial støtte kunne således medvirke til at opretholde håb og livsvilje samt initiere tidlig rehabilitering.

åbner mulighed for at transformere den præoperative periode fra ventetid til forberedelsestid. Præoperativ fysisk optimering sænker den postoperative komplikationsrate (23), og psykosocial støtte og rehabilitering understøtter den oplevede kvalitet. Begge elementer bør derfor være tilgængelige, også under diagnostik og behandlingsstart (6,24).

forberede sig på det værste

Denne artikel formidler resultater fra en undersøgelse af kvinders levede erfaringer med at blive opereret og påbegynde kemoterapi for kræft i æggestokkene. Undersøgelsen varer, fra beslutningen om operation blev truffet til otte uger efter operationen, den perioperative periode. Artiklen fremkommer med patientperspektiver på at være nydiagnosticeret med en alvorlig kræftsygdom og starte behandling. Viden, der kan danne grundlag for en tidlig, sundhedsfremmende indsats.

Design, materiale og metode

Videnskabelig ramme

Undersøgelsens fokus var kvinders levede erfaringer med diagnose, operation og kemoterapi for kræft i æggestokkene. Den blev gennemført i en kvalitativ, fænomenologisk-hermeneutisk tilgang. Teorier om understøttende kræftsyegepleje og rehabilitering samt metoder fra den humanistiske sundhedsforskning fungerede som videnskabelig referenceramme. Understøttende kræftsyegepleje omhandler forebyggelse, behandling og lindring af sideeffekter og bivirkninger til kræftsygdommen og dens behandling med det formål at styrke velvære og livskvalitet. Sundhedsfremme og rehabilitering er kerneområder i denne indsats. Humanistisk sundhedsforskning beskæftiger sig med levet liv og menneskelig erfaring i relation til sundhed, helbred og sygdom. I humanistisk sundhedsforskning søges efter mening og betydning med det formål at beskrive og forstå fænomener og mennesker i relation til deres livsverden (25,26).

Etiske overvejelser

Kvalitative forskningsinterview blev gennemført med kvinder, der skulle opereres for en potentielt dødelig sygdom. Derfor blev deltagere først inviteret til undersøgelsen, når en personlig behandlingsplan forelå. Dette betød, at kvinderne skulle beslutte, om de ville deltage indenfor et begrænset tidsrum. I henhold til Helsinki Deklarationens regelsæt vedrørende frivillighed og anonymitet modtog kvinderne mundtlig og skriftlig information om undersøgelsen forud for afgivelse af skriftligt samtykke (27). Undersøgelsen var godkendt af Datatilsynet (Fil nr. 2007-41-1640), og datamateriale blev opbevaret efter eksisterende regler. Ifølge

Den Videnskabetiske Komite for Region Midtjylland krævede undersøgelsen ikke yderligere tilladelser.

Fysisk ramme

Et regionalt center for kvinder med kræft i underlivet udgjorde den fysiske ramme om undersøgelsen. Denne gynækologiske afdeling bestod af et ambulatorium, placeret i forlængelse af sengeafsnittet. Patientforløb var tilrettelagt, så personalet kunne følge kvinderne fra ambulatoriet til sengeafsnittet. Kvinder, som skulle have kemoterapi, blev efterfølgende henvist til onkologisk afdeling.

Deltagere

10 kvinder, som i 2008-2009 blev opereret for forskellige stadier af kræft og borderlinetilstande i æggestokkene, deltog i to kvalitative forskningsinterview hver. Kvinderne blev strategisk og konsekutivt inkluderet til at repræsentere karakteristiske variationer i populationen, hvad angår foreløbig diagnose og levevilkår, se tabel 1 side 68. Alle adspurgte kvinder indvilgede i at deltage. Inklusionen ophørte, da deltagerne skønnedes at være kvalitativt repræsentative i deres oplevelser og erfaringer, og materialet rent omfangsmæssigt stadig kunne analyseres som et samlet hele (28,29). Der blev gennemført 10 præoperative og ni postoperative interview, idet en deltager døde kort efter operationen.

Dataindsamling

Det kvalitative forskningsinterview blev valgt som undersøgelsesmetode. Igennem dette udvikles gensidig indsigt og ny handlemuligheder i en refleksiv proces, som finder sted både før og efter interviewene, hos både interviewer og den interviewede (30).

Interviewene blev udført af artiklens førsteforfatter, som er tidligere specialeansvarlig sygeplejerske, men ikke varetog patientpleje i undersøgelsesperioden. Hver deltager blev interviewet aftenen før operationen og otte uger senere. For at opnå en balanceret interviewsituation foregik det første interview i enrum på sengeafdelingen, det andet i informantens hjem. På det tidspunkt havde informant nr. 2, 4 og 5 afsluttet deres sygeorlov; informant nr. 1, 3, 6, 7, 9 og 10 havde modtaget første dosis kemoterapi, se ►

Tabel 1. Karakteristika for interviewpersoner

Person nr.	Alder (år)	Diagnose	Stadium	Civilstand	Socioøkonomisk status
1	51	Ovariecancer	III C	Enlig	Lønmodtager
2	29	Ovariecancer	I A	Samlevende	Studerende
3	62	Ovariecancer	IV	Gift	Efterlønsmodtager
4	79	Ovarie cancer	I A	Enke	Pensionist
5	57	Borderline	-	Enlig	Pensionist
6	66	Ovarie cancer	III C	Gift	Pensionist
7	61	Ovariecancer	III C	Gift	Embedsmand
8	72	Ovariecancer	III C	Enke	Pensionist
9	60	Ovariecancer	I C	Gift	Lønmodtager
10	51	Ovariecancer	IV	Gift	Lønmodtager

► tabel 1. Interviewene fulgte en semistruktureret guide, se tabel 2 herunder. Supplerende spørgsmål byggede på interviewpersonernes refleksioner og erfaringer. Interviewene varede fra 19 til 111 minutter, gennemsnitligt 43 minutter. Datamaterialet blev optaget digitalt og efterfølgende ordret transskriberet. Det kvalitative softwareprogram NVivo8 blev benyttet til at systematisere fundene samt gøre teksten parat til analyse.

Dataanalyse

Da den verden, der kom til syne igennem kvindernes fortællinger, var en fortolket verden, blev en narrativ tilgang til undersøgelsens genstandsfelt benyttet. Undersøgelsen blev gennemført indenfor en hermeneutisk forståelsesramme, hvor fortolkning af menneskelig refleksion og menneskelig erfaring er central (31). Interviewene blev analyseret ud fra Paul Ricoeurs fænomenologisk-her-

meneutiske tilgang til tekstfortolkning (26,32). Gennem denne tekstfortolknings metodologi, som er videreudviklet af en række skandinaviske sygeplejeforskere (33,34,35), blev interviewfund systematisk identificeret, struktureret i meningsenheder, fortolket og kritisk diskuteret.

Tekstfortolkningen fandt sted på tre analytiske niveauer: naiv forståelse, strukturanalyse samt kritisk analyse og diskussion, se figur 1 side 69. Hensigten med naiv læsning er at nå frem til en begyndende forståelse af tekstens mening. Gennem en ikke-vurderende læsning og genlæsning af materialet skabtes der begyndende overblik samt helhedsforståelse af tekstens indhold. Dette efterfulgtes af strukturanalysen med videre operationalisering af fundene. Strukturanalysen har til hensigt at åbne teksten for dybere fortolkning (36). Påkrævet analytisk distance til deltagerens unikke hensigter og erfaringer skabes via trans-

Tabel 2. Semistruktureret interviewguide

Præoperativt interview	Postoperativt interview
<p><i>Følelser</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · Hvordan har du det lige nu? · Hvordan har du haft det, siden du var til forundersøgelse? · Føler du dig parat til operationen i morgen? <p><i>Tanker</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · Hvilke tanker har du gjort dig om det at skulle opereres? · Hvilke forestillinger gør du dig om de næste dage? <p><i>Handlinger</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · Hvad har du foretaget dig i dagene frem til nu? · Har du lagt nogen planer for de næste dage? 	<p><i>Erfaringer med sygdom og behandling</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · Hvordan har du haft det, siden du blev opereret? · Hvordan har du det lige nu? <p><i>Sygdom og behandlings indflydelse på hverdagslivet</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · Har du følt dig ordentlig forberedt på udskrivelsen/efterbehandlingen? (Den sidste del af dette spørgsmål stilles kun til kvinder, som modtager efterbehandling) · Hvordan ser dine dage så ud i øjeblikket? · Kan du gøre det, du gerne vil? <p><i>Sygdommen og behandlingens indflydelse på fremtiden</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · Hvad tænker du om det, der er sket med dig? · Er der sket andre vigtige ting i dit liv i denne periode? · Hvilke tanker gør du dig om fremtiden?

Børn (n)	Bolig
0	Byhus
0	Lejlighed
2	Lejlighed
1	Lejlighed
1	Sommerhus
2	Villa
3	Embedsbolig
2	Lejlighed
2	Villa
3	Villa

skription af lydfiler, meningskondensering samt strukturering af det empiriske materiale i mønstre og undertemaer indenfor undersøgelsens hovedtema. Denne proces fandt sted i en dialektisk bevægelse mellem del og helhed, mellem citater (“hvad teksten sagde”) og meningskondensering (“hvad teksten talte om”). Ved efterfølgende at bevæge sig frem og tilbage mellem et empirisk og et analytisk niveau, mellem forklaring og forståelse af tekstens sag blev resultaterne fortolket og kritisk diskuteret. I denne proces fandt dybdefortolkning sted: ny aspekter af livet som kvinde, der får konstateret og behandles for kræft i æggestokkene, blev identificeret og undersøgelsens fund derved almengjort.

Resultater

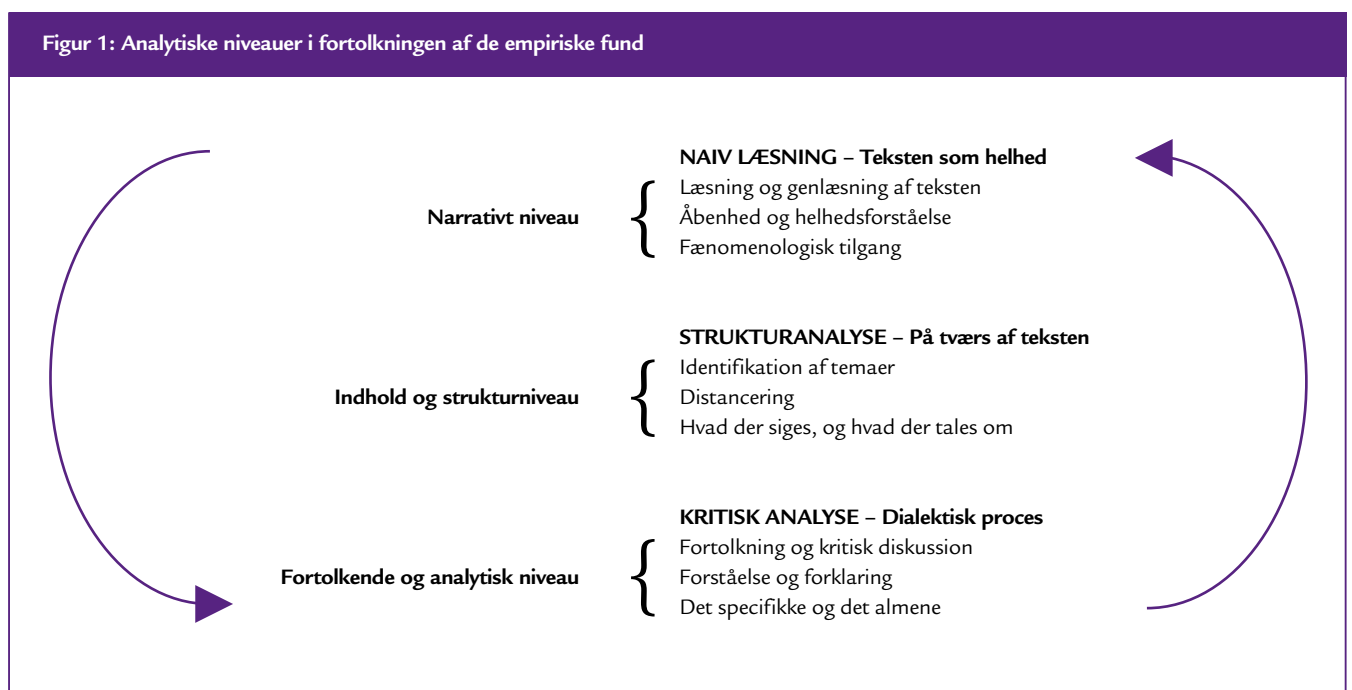
Det rige og mættede interviewmateriale udgjorde grundlag for at etablere hovedtemaet “at håbe det bedste, men forberede sig

på det værste”. Temaet knyttede an til det overordnede fund, at diagnose og behandlingsstart repræsenterede afgørende livsbegivenheder, hvor kvinderne oplevede deres eksistens truet, skønt håb og livsvilje var til stede. Derved tilvejebragtes ny indsigt i de mangeartede udfordringer og den personlige udvikling over tid, som kvinderne gennemgik i den perioperative periode. Af hensyn til klarhed i fremstillingen præsenteres undertemaer separat som analytiske kategorier, se tabel 3 side 70. I analysen viste undertemaer og mønstre sig imidlertid at være tæt relaterede og at påvirke hinanden gensidigt, hvorfor udvalgte resultater vil blive diskuteret på tværs af disse strukturer.

Naiv forståelse

Den naive læsning åbnede for en grundlæggende forståelse af, at kvinderne intuitivt forberedte sig på behandlingen, selv om de var ►

Figur 1: Analytiske niveauer i fortolkningen af de empiriske fund



Tabel 3: Oversigt over strukturanalysen

Hovedtema: At håbe det bedste, men forberede sig på det værste		
Undertemaer	Mønstre	Empiriske fund
Forberedelser	Praktiske forberedelser	<p>“Jeg havde en uge, hvor jeg lavede mad til fryseren og vaskede gardiner.”</p> <p>“Tja, det bliver jo ikke det samme, som når jeg gør det [husarbejdet] – vores voksne børn må hjælpe ham [ægtefælle].”</p> <p>“Jeg har ligget i min seng hele tiden. Jeg har ikke kunnet tage mig sammen til noget som helst.”</p>
	Fysiske forberedelser	<p>“På ét tidspunkt var jeg af sted til undersøgelser fire dage om ugen.”</p> <p>“Jeg ryger for mange cigaretter, og jeg har også haft brug for at tage et ekstra glas rødvin om aftenen for at kunne falde i søvn.”</p> <p>“Jeg spiser sundt med masser af protein og har udskiftet teen med kærnemælk.”</p> <p>“Jeg har brugt en masse tid på at købe grøntsager og ordne grøntsager og lave grøntsagsjuice – og i det hele taget prøvet på at huske alting.”</p>
	Sygdomsfri zoner	<p>“Så kan jeg for en stund lege, at jeg ikke er syg. Jeg kan tage til byen eller gå i biografen.”</p> <p>”Vi er begyndt på at se et afsnit af Matador hver aften, sådan at alting ikke handler om sygdommen.”</p>
	Hverdagsliv	<p>“Jeg prøver på at opretholde vores hverdag – sådan som den altid har været.”</p> <p>“Den dag jeg fik at vide, at jeg havde en virkelig alvorlig kræftsygdom – det var en absolut milepæl.”</p>

► usikre på, hvad den bestod i. Mange bekymringer omhandlede risikoen for at udvikle komplikationer eller dø under operationen, potentielle bivirkninger til kemoterapien samt det forhold, at kvinderne ikke kunne modtage kemoterapi på den gynækologiske afdeling. Disse bekymringer var imidlertid aftaget ved det postoperative interview, hvor kvinderne havde fået ny erfaringer, og kontakter var blevet etableret i forbindelse med kemoterapien. Skønt kvinderne på det tidspunkt langt fra var helbredte, udtrykte de stor taknemmelighed over at have overlevet operationen og opleve forbedringer i almentilstanden. Analysen viste desuden, at ingen af kvinderne satte spørgsmålstegn ved nødvendigheden af at skulle opereres. Kvinderne var opmærksomme på, at det kirurgiske indgreb kunne være afgørende, og flere scenarier blev overvejet: at dø af sygdommen, at dø af operationen, at modtage kemoterapi, helbredelse, frygten for tilbagefald samt komplikationer og bivirkninger. Kvinderne udtrykte stor tillid til de sundhedsprofessionelles faglige kunnen og situationelle dømmekraft. På trods af en standardiseringsindsats med pakkeforløb havde kvinderne individuelle udrednings- og behandlingsforløb; disse er fremstillet som beskrevet i interviewene, se tabel 4 side 72.

Strukturanalyse

Strukturanalysen konstituerede artiklens hovedtema “At håbe det bedste, men forberede sig på det værste”. Efterfølgende analyse

og operationalisering dannede følgende undertemaer: “Forberedelser,” “Samarbejde og relationer” samt “Overvejelser og erfaringer.” Disse undertemaer blev identificeret gennem empiriske mønstre indlejret i teksten bestående af informanternes beskrivelser af handlinger, refleksioner og erfaringer samt livsvilkår, se tabel 3.

Undertema 1: Forberedelser

Dette undertema, se tabel 3, beskæftigede sig med kvindernes personlige forberedelser forud for behandlingen, samt hvorledes kvinderne intuitivt forberedte sig praktisk og fysisk; hvordan de gennem denne proces dannede sygdomsfri zoner, og hvordan de helt bevidst opretholdt deres hverdagsliv.

Praktiske forberedelser beskæftigede sig med kvindernes praktiske gøremål forud for behandlingsstart. I dette tidsrum bestod en væsentlig aktivitet i huslige forberedelser, så mad og hjem var klar til rekonvalescensen. Dette optog imidlertid ikke i lige så høj grad samlevende kvinder, idet de forventede hjælp fra deres familier. Kvinder i belastede livsvilkår så ud til hverken at kunne forberede husholdningen selv eller regne med hjælp udefra.

Fysiske forberedelser: Nogle kvinder medvirkede i yderligere diagnostiske procedurer (billeddiagnostik og biopsier), hvilket optog tid og energi. Ekstra undersøgelser kunne føre til en følelse af at blive passet godt på, men også afføde utryghed omkring ►

Samarbejde og relationer	Information til netværk	<p>“Det er også en måde at blive klar til det, der skal ske – at du hele tiden gentager, at det skal ske.”</p> <p>“Jeg har bare talt med så mange mennesker – jeg har været fuldstændig udmattet.”</p> <p>“Vi bad dem venligst ikke distribuere nyheden om min kræftsygdom over Facebook eller via sms.”</p>
	Samarbejde med sundhedsprofessionelle	<p>“... det er lægevidenskaben i dialog med mig. Fordi det er altså min krop.”</p> <p>“Jeg har heller ikke spurgt sygeplejersken om det i dag – jeg har ikke spurgt hende om nogen som helst ting.”</p> <p>“Dem, der kan tale for sig selv, de får ofte en bedre behandling.”</p> <p>“Du bliver fuldstændigt overvældet af en uregelmæssig strøm af informationsbreve og pjecer om dit og dat. Hvad jeg virkelig havde brug for, var et eneste stykke papir med en plan skrevet på.”</p> <p>“Hvis du er ked af det nogen gange, så kommer de [sygeplejerskerne] og sidder ved dig og taler med dig. Og de går ikke, før de har fundet ud af, hvad der er galt.”</p> <p>“Jeg var helt grå og mager, da jeg ankom [til afdelingen], men i løbet af 24 timer var jeg altså kommet til hæfterne.”</p>
	Familie	<p>“Jeg har en mand, der drikker, jeg kan ikke regne med ham, ikke en skid!”</p> <p>“Min mand kan ikke klare sig selv længere. Jeg skal være hos ham 24 timer i døgnnet.”</p> <p>“Min mand sagde hele tiden til mig: det er en fælles ting det her, også selv om det er dig, der er syg.”</p> <p>“Der er masser af bekymringer, som jeg desværre ikke kan tage fra dem [mand og børn], selv om der ikke er noget, jeg hellere ville.”</p>
	Selvopfattelse	<p>“Jeg vil ikke have andres medlidenhed. Jeg kan ikke lide, når folk kommer for tæt på.”</p> <p>“Så tænker jeg: kan jeg være sikker på, at det er sandt – at det virkelig er mig?”</p> <p>“Jeg føler, at jeg er en forholdsvis stærk person, men jeg kan også være svag, ikke? Jeg mener, man er jo lige så sammensat som et kludetæppe.”</p> <p>“Hvis du er optimist – det har altså meget at sige.”</p>
Overvejelser og erfaringer	Liv og død	<p>“Når du får sådan en sygdom, så er der pludselig ligesom en matteret dør på din tidslinje. Pludselig så kan du ikke se så forfærdeligt langt.”</p> <p>“Hvis ikke det virker, så stopper vi. Jeg har set folk, som blev hjulpet i den situation – til at sige farvel i forholdsvis god stand – det har jeg altså.”</p> <p>“Jeg synes, det er helt forkert, når man er i halvtredserne, at man skal herfra, det er da helt sikkert – men jeg ville ikke være bange for det. Og der er en forskel i det.”</p> <p>“Jeg vil ikke karakterisere religiøs tro som et ubetinget gode, men det giver én en følelse af at have været her, som menneske med en bestemt skæbne og med visse erfaringer – så det på en eller anden måde giver mening det hele, ikke?”</p>
	Livet med behandling	<p>“Hvis du ikke engang har lov til at tro på de positive signaler, du mærker fra din krop. Hvis der nærmest er nogen, der ligefrem fortæller dig, at det er forkert at tro på dem – dét er altså ikke ret godt. For det er jo der, håbet skal komme fra – og optimismen også, ikke?”</p> <p>“Og man ved jo godt, at det er alvorligt, ikke? Jeg ved jo godt, at i mange tilfælde kan de bare holde det nede for en tid, indtil det kommer tilbage. Det ved jeg udmærket godt.”</p> <p>“Kemoterapien går altså forbavsende godt – med de småtterier der nu følger med. Efter en uge er jeg sådan helt tiptop, og så har jeg 14 rigtig gode dage.”</p> <p>“Selvfølgelig, så gnaver det jo videre inden i én i mellemtiden – men jeg synes nu alligevel, at tiden [for operationen] var godt givet ud.”</p> <p>“Og så tænker du: åh, hvorfor kan de da ikke bare operere mig med det samme?”</p>

Tabel 4. Oversigt over informanternes pleje- og behandlingsforløb i forbindelse med diagnosticering og behandlingsstart

	Pleje- og behandlingsforløb	Hospitaller (n)	Kirurgiske indgreb (n)	Kemoterapi
1	Praktiserende læge > Regionssygehus > Kræftcenter > Kemoterapi	3	1	Ja
2	Gynækolog > Kræftcenter > Ambulant kontrol	1	3	Nej
3	Praktiserende læge > Lokalsygehus > Kræftcenter > Regionssygehus > Kemoterapi > Hjemmesygepleje	3	1	Ja
4	Praktiserende læge > Kræftcenter > Hjemmesygepleje	1	1	Nej
5	Universitetshospital > Kræftcenter > Universitetshospital	1	3	Nej
6	Praktiserende læge > Regionssygehus > Kræftcenter > Kemoterapi	3	2	Ja
7	Praktiserende læge > Regionssygehus > Kræftcenter > Kemoterapi	3	1	Ja
8	Praktiserende læge > Regionssygehus > Kræftcenter > Død	2	1	Nej
9	Praktiserende læge > Gentest > Gynækolog > Regionssygehus > Kræftcenter > Regionssygehus > Regionssygehus > Kemoterapi	5	3	Ja
10	Praktiserende læge > Kræftcenter > Kemoterapi	2	1	Ja

- diagnose og behandling. Mønsteret indeholdt flertydige beskrivelser af kvindernes fysiske forberedelser: fra brugen af nikotin og alkohol som beroligelse til relevant egenomsorg med motion og næringsrig kost.

Sygdomsfri zoner beskrev, hvorledes kvinderne bevidst beskæftigede sig med aktiviteter, der intet havde at gøre med sygdom og behandling. Derigennem skabtes kortvarige frirum fra rollen som kræftpatient. Tilsvarende fokuserede kvinderne bevidst på de raskede dele af kroppen.

Opretholdelse af hverdagsliv omhandlede strategier til opretholdelse af normalitet og hverdagsliv i en periode med megen usikkerhed. Strategien var bevidst; den blev initieret af kvindernes personlige behov og hensynet til familien.

Undertema 2: Samarbejde og relationer

Andet undertema, se tabel 3, omhandlede, hvorledes kvinderne tilstræbte at samarbejde både med familier og venner og med de sundhedsprofessionelle. Intuitivt forberedte de sig gennem at forberede andre. Følgende variationer var karakteristiske:

Information til netværket. Ved gentagne gange at fortælle om deres sygdom og behandling kom kvinderne til at erkende deres situation på et dybere plan. Denne strategi kunne imidlertid også udgøre en belastning, idet den tog tid og kræfter. Formidlingen var påvirket af moderne teknologi, hvilket kunne intensivere en følelse af manglende kontrol. På den anden side faciliterede e-mails og mobiltelefoner den indbyrdes kontakt.

Samarbejde med sundhedsprofessionelle beskrev, hvorledes samarbejdet med de sundhedsprofessionelle påvirkede kvindernes egen forberedelse. Der var store variationer i forståelsen af samarbejde og kommunikation. For nogle var det vigtigt at få indflydelse på forløb og beslutninger, andre overlod de fleste beslutninger til de sundhedsprofessionelle. Sidstnævnte var for nogle en bevidst strategi til aflastning, andre forventede simpelthen ikke at kunne opnå indflydelse. At modtage basal pleje og omsorg blev tillagt meget stor betydning, idet kvinderne på egen krop havde erfaret en gunstig effekt heraf.

Familie omhandlede såvel positive som negative aspekter af kvindernes familiære relationer. Navnlig partnere kunne bidrage

positivt ved at understøtte adækvate handlemønstre. Modsat kunne belastede familieforhold påvirke kvindernes egenomsorgskapacitet negativt. Mange var desuden belastede af at afstedkomme familien sorger og bekymringer.

Undertema 3: Overvejelser og erfaringer

Dette undertema, se tabel 3, omhandlede kvindernes personlige refleksioner og erfaringer med at være en person med kræft. Det indeholdt beskrivelser af måden, hvorpå kvinderne så på sig selv, deres refleksioner over liv og død, og deres liv med behandlingen.

Selvopfattelse indeholdt kvindernes personlige overvejelser over deres liv her og nu. Nogle kvinder udviklede skærpet opmærksomhed overfor deres følelser. Andre opretholdt en normalitet på overfladen og lagde bevidst afstand til problemerne. Det var et gennemgående fund, at kvinderne opfattede sig selv på samme tid stærke og sårbare. Nogle havde en oplevelse af ikke længere at kende sig selv; de kæmpede med en generaliseret følelse af usikkerhed og uvirkelighed. Andre oplevede ændringer i de personlige værdier. At have et positivt livssyn blev i alle tilfælde vurderet som afgørende for livskvaliteten.

Liv og død refererede til kvindernes eksistentielle overvejelser udløst af sygdom og behandling. Sygdommen repræsenterede en alvorlig trussel mod livet, hvilket afstedkom behov for at tale om døden. Samtidig havde kvinderne fokus på at forblive i live, hvilket muligvis var grunden til, at de kun i begrænset omfang udtrykte angst for døden. Kvindernes eksistentielle refleksioner var i flere tilfælde koblet til religiøsitet, hvilket udtryktes via troen på en beskyttende kraft, en spirituel tilgang til livet samt følelse af meningsfuldhed og fylde, også i den aktuelle situation.

Livet under behandling omfattede forestillinger og erfaringer med fysisk ubehag og lidelse, og med pleje og lindring. Kropsligt forankrede oplevelser af energi og alment velvære vakte håb og optimisme. Denne optimisme eller fysisk forankrede oplevelse af håb var sat under pres, idet kvinderne var bevidste om de dårlige behandlingsudsigter. Håb repræsenterede altså et personligt svar på en svær livssituation, og håbet udfordredes, når kvinderne mødte sundhedsprofessionelle med en pessimistisk attitude eller oplevede kropsligt ubehag. Kvinderne beskrev sig selv som væren-

de velinformerede. Alligevel havde de, navnlig ved det præoperative interview, svært ved at forestille sig deres nærmeste fremtid. Tilstanden havde ændret sig ved det postoperative interview, hvor kvinderne atter var i stand til at gøre sig forestillinger og lægge planer. Nogle kvinder anså det for betydningsfuldt at have tid til at forberede sig selv og deres nærmeste på behandlingen. Andre foretrak den kortest mulige ventetid. Et fællestræk for sidstnævnte var, at de kun i begrænset omfang havde forberedt sig, og muligvis derfor oplevede perioden som menings- og indholdsløs.

Diskussion

Selv om kvinderne betragtede operationen som farlig, satte ingen af dem spørgsmålstegn ved, om den var nødvendig. Kvinderne vurderede, at de ikke havde noget reelt valg, idet sygdommen og dens symptomer oplevedes som umulige at leve med, et fund, der adskiller sig fra benign kirurgi, hvor præoperativ ambivalens kan være betydelig (37). Den information, der findes på internettet om kræft i æggestokkene, kan især virke skræmmende i den diagnostiske periode, hvilket muligvis kan fremkalde følelsen af ikke at have noget valg i forhold til operationen (38). Kvinderne oplevede den diagnostiske proces som langstrakt og udmattende. Tabel 4 viser, at effektive diagnostiske forløb bestemt ikke var en selvfølge. Tilsvarende fandt Barret og kolleger (39), at kun et fåtal fulgte et forventeligt udredningsforløb med hurtig henvisning til specialist. Ikke desto mindre udtrykte deltagerne stor tillid til de sundhedsprofessionelle; dette er imidlertid et velkendt fænomen i dansk sammenhæng.

En række samfundsvidenskabelige studier har påvist signifikant sammenhæng mellem levevilkår og kræftoverlevelse (40,41,42). Kvinder i belastede sociale kår opsøger ikke (special)læge så hyppigt som andre, ligesom de ikke altid har de nødvendige ressourcer til at gennemføre behandlingen. Omstændigheder, der kan forringe kvaliteten og resultatet af behandlingen (43,44). Resultaterne førte til dybere indsigt og forståelse af de menneskelige konsekvenser af at være alvorligt syg og leve under belastede forhold. Disse viste sig ved manglende færdigheder og muligheder, snarere end ved konkrete problemer, der kunne handles på. Kvinderne var bekymrede for, hvordan de skulle klare sig uden ►

- hverken praktisk hjælp eller støtte. Muligvis derfor indtog de en afventende position, også i interaktionen med læger og plejepersonale. Dette kan være medvirkende årsag til, at kvinderne følte sig ensomme og usikre.

Den eksisterende forskning indenfor kræft og mestring er uhyre omfangsrig. Undersøgelsen bidrager med en dybere forståelse af kvindernes handlinger og refleksioner som nydiagnosticerede og i tiden omkring behandlingsstart (45,46). Her var en karakteristisk mestringsstrategi "at skabe sygdomsfri zoner." Udtrykket, som stammer fra håndtering af epidemier, anvendes til at beskrive, hvordan kvinderne søgte at hindre sygdom og behandling i at invadere de dele af deres kroppe og liv, som endnu ikke var berørt. Strategien var ikke altid hensigtsmæssig: en deltager afviste at få ernæringssonde, fordi hun ikke kunne udholde, at hendes ansigt, via sonden i næsen, blev involveret i behandlingen. Strategien viste sig at være tæt forbundet med opretholdelse af hverdagsliv, det Ekman og kolleger (44) kalder "opretholdelse af normalitet og støtte." I deres undersøgelse udtrykte kvinderne behov for at mestre uro og angst i forbindelse med kemoterapi. Tilsvarende behov er formentlig til stede også i forbindelse med operationen.

At finde et passende niveau i den mundtlige information er en opgave, der kræver veludviklet timing, empati og fleksibilitet (47). Kvinderne selv sloges med lignende udfordringer, idet de skulle informere familie og netværk; en vanskelig opgave, som tog både tid og kræfter. Ingen af dem havde modtaget eller opsøgt bistand i forhold dertil. Imidlertid havde det også en vis positiv effekt at fortælle om sygdommen, idet det hjalp dem til at forstå deres egen situation på et dybere plan. Undersøgelser af Browall og Power (38,48) viste, at de vigtigste informationsbehov omhandler sandsynligheden for helbredelse, stadium og spredning af sygdommen samt behandlingsmuligheder. I denne undersøgelse angav kvinderne ikke at have spurgt til prognosen, men at de egentlig gerne ville have været informerede. Dette mønster "gerne at ville vide, men ikke spørge" illustrerer muligvis udvikling over tid, idet der var stigende behov for gentaget og detaljeret information. Geller og kolleger (49) undersøgte videoinformation versus skriftlig information med personlig støtte hos nydiagnosticerede kvinder. De

kvinder, der udelukkende havde fået videoinformation, var meget velinformerede, men oplevede tiltagende angst. Information om sygdom og behandling kan således kun standardiseres eller digitaliseres til en vis grad; den må tilpasses hvert enkelt menneske hvad angår indhold og timing.

Eksisterende forskning lægger vægt på at inddrage familien og familiens behov i plejen – med god grund (47,50). Også i denne undersøgelse repræsenterede velfungerende familiære relationer en unik ressource. Imidlertid ser det ud til, at følgerne af at gennemgå diagnostik og behandling med mindre støttende eller måske ligefrem belastende familie relationer ikke er tilbunds gående undersøgt og muligvis undervurderes (51).

Diagnose og behandling påvirkede kvindernes hele liv og livsverden, ikke bare deres kroppe. Kvinderne lagde stor vægt på at have en positiv, eller i det mindste ikke en negativ, tankegang. Det blev betragtet som betydningsfuldt at fastholde og styrke håb sideløbende med en bevidsthed om en mulig fatal udgang. Undersøgelsen indikerer, at håb blev fremkaldt og styrket gennem fysisk velvære. Hidtil er håb undersøgt og beskrevet i spirituel-eksistentiel sammenhæng, ikke som et fænomen med en fysisk komponent (52,53). Der er behov for yderligere udforskning af dette område.

Metodiske overvejelser

Undersøgelsens design, med to semistrukturerede kvalitative forskningsinterview per deltager, viste sig fyldestgørende til indsamling af rige og mættede interviewdata af passende omfang. Alle deltagerne var etniske danskere. De store variationer i sygdoms- og behandlingsforløb kan opfattes som en begrænsning, se tabel 4. På den anden side viser informantkarakteristika overlappning i forhold til diagnose og socioøkonomisk status, se tabel 1. Tre af forfatterne var ansat på afdelingen, mens undersøgelsen fandt sted; de var således potentielt påvirkede af allerede eksisterende forståelser og positioner. Modsat hjalp interviewerens færdigheder som erfaren kræftsygeplejerske samt hendes baggrundsviden om deltagerens sygehistorie hende under dataindsamlingen. Bevidsthed om egen forforståelse kan medvirke til at skabe den nødvendige distance i analyse og fortolkning (36,54)

Konklusion

Diagnose og behandlingsstart repræsenterede afgørende livsbegivenheder, hvor kvinderne oplevede deres personlige eksistens truet, skønt håb om overlevelse og livsvilje var til stede. Der blev ikke sat spørgsmålstegn ved nødvendigheden af at operere, men operationen affødte et behov for at tale om døden. Selvom den diagnostiske proces var langstrakt og udmattende, bibeholdt kvinderne tilliden til sundhedsvæsenet. I løbet af den perioperative periode udgjorde skabelse af sygdomsfri zoner samt opretholdelse af et hverdagsliv væsentlige mestringsstrategier. Der var behov for supplerende og detaljeret information gennem forløbet. At formidle nyheden om sygdommen til familie og netværk tog både tid og kræfter. Gode familierelationer repræsenterede en unik ressource; tilsvarende hæmmede mindre gode relationer kvinderne i at forberede sig på diagnose og behandling. Kvinder med kun få sociale ressourcer var i mindre grad i stand til at tage vare på husholdningen, bede om tilpasset information, opretholde en adækvat livsstil samt efterspørge og modtage følelsesmæssig støtte. Når kvinderne oplevede fysisk velvære, vakttes håb og livsvilje.

Implikationer for praksis

Præoperative forberedelsesprogrammer kan tilvejebringe tilpasset information, psykosocial støtte og fysisk optimering i den perioperative periode. Ved at tage hånd om kvindernes almene helbred og befindende allerede før behandlingen starter, kan alment helbred og mestring understøttes, og tidlig rehabilitering således initieres.

*Lene Seibæk er forskningssygeplejerske på
Gynækologisk-Obstetrisk afdeling Y,
Aarhus Universitetshospital; leneseib@rm.dk
Lone Kjeld Petersen er overlæge, og
Jan Blaakær er professor samme sted.
Lise Hounsgaard er lektor ved Enhed for
Sygeplejeforskning, Klinisk Institut,
Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet,
Syddansk Universitet.*

Tak

Som en del af et større studie er undersøgelsen finansieret af bidrag fra:

- *Kræftens Bekæmpelse, Komite for Psykosocial Kræftforskning*
- *Dansk Sygeplejeråd*
- *Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet*
- *Region Midtjyllands Sundhedsvidenskabelige Forskningsfond*
- *Hede Nielsens Fond*
- *Forskningspuljen, Aarhus Universitetshospital, Skejby*
- *Gynækologisk-Obstetrisk afdeling, Aarhus Universitetshospital*

Litteratur

1. Coleman MP, Forman D, Bryant H, Butler J, Rachet B, Maringe C et al. Cancer survival in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden, and the UK, 1995-2007 (the international cancer benchmarking partnership): An analysis of population-based cancer registry data. *Lancet* 2011;377:127-38.
2. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer* 2010; 12:2893-917.
3. Tingulstad S, Skjeldestad FE, Halvorsen TB, Hagen B. Survival and prognostic factors in patients with ovarian cancer. *Obstet Gynecol* 2003;101:885-91.
4. Hannibal CG, Cortes R, Engholm G, Kjaer SK. Survival of ovarian cancer patients in Denmark: Excess mortality risk analysis of five-year relative survival in the period 1978-2002. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008;87:1353-60.
5. The Danish Ministry of Welfare. The Danish health act. 2006:[In Danish] Sections 88 and 89.
6. Cancer Pathways. National Cancer Plan II. <http://www.sst.dk/English/cancer%20pathways.aspx>. July 31st 2012.
7. Marx C, Rasmussen T, Jakobsen DH, Ottosen C, Lundvall L, Ottesen B et al. The effect of accelerated rehabilitation on recovery after surgery for ovarian malignancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85:488-92.
8. Fago-Olsen CL, Hogdall C, Kehlet H, Christensen IJ, Ottesen B. Centralized treatment of advanced stages of ovarian cancer improves survival: A nationwide Danish survey. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010;11:273-9.
9. Tetsche MS, Dethlefsen C, Pedersen L, Sorensen HT, Norgaard M. The impact of comorbidity and stage on ovarian cancer mortality: A nationwide Danish cohort study. *BMC Cancer* 2008;8:31.

- 10. Tetsche MS, Norgaard M, Jacobsen J, Wogelius P, Sorensen HT. Comorbidity and ovarian cancer survival in Denmark, 1995-2005: A population-based cohort study. *Int J Gynecol Cancer* 2008;18:421-7.
11. Kehlet H and Wilmore DW. Multimodal strategies to improve surgical outcome. *Am J Surg* 2002;183:630-41.
12. Mitchell M. Patient anxiety and modern elective surgery: A literature review. *J Clin Nurs* 2003;12:806-15.
13. Norlyk A and Harder I. After colonic surgery: The lived experience of participating in a fast-track programme. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2009;4:170-80.
14. Schulman-Green D, Ercolano E, Dowd M, Schwartz P, McCorkle R. Quality of life among women after surgery for ovarian cancer. *Palliat Support Care* 2008;6:239-47.
15. von Gruenigen VE, Frasure HE, Jenison EL, Hopkins MP, Gil KM. Longitudinal assessment of quality of life and lifestyle in newly diagnosed ovarian cancer patients: The roles of surgery and chemotherapy. *Gynecol Oncol* 2006;103:120-6.
16. Sun CC, Ramirez PT, Bodurka DC. Quality of life for patients with epithelial ovarian cancer. *Nat Clin Pract Oncol* 2007;4:18-29.
17. Lockwood-Rayermann S. Survivorship issues in ovarian cancer: A review. *Oncol Nurs Forum* 2006;33:553-62.
18. Costanzo ES, Lutgendorf SK, Sood AK, Anderson B, Sorosky J, Lubaroff DM. Psychosocial factors and interleukin-6 among women with advanced ovarian cancer. *Cancer* 2005;104:305-13.
19. Hopkins ML, McDowell I, Le T, Fung MF. Coping with ovarian cancer: Do coping styles affect outcomes? *Obstet Gynecol Surv* 2005;60:321-5.
20. Lamkin DM, Lutgendorf SK, McGinn S, Dao M, Maiseri H, DeGeest K et al. Positive psychosocial factors and NKT cells in ovarian cancer patients. *Brain, Behavior, and Immunity*, 2008;22:65-73.
21. Hogdall CK, Nielsen NLS, Taaning L. The Danish gynaecological cancer database. annual report. 2008.
22. Seibaek L, Petersen LK, Blaakaer J, Hounsgaard L. Symptom interpretation and health care seeking in ovarian cancer. *BMC Womens Health* 2011;11:31.
23. Seibaek L, Kjeld Petersen L, Blaakaer J, Hounsgaard L. Præoperativ optimering ved elektiv cancer kirurgi – fra ventetid til forberedelse. *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning* 2010;9:753-9.
24. <http://www.who.int>. International Classification of Functioning, Disability and Health. <http://www.who.int.ez./classifications/icf/en/>. july 31th 2012.
25. Malterud K. Qualitative research: Standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 2001;358:483-8.
26. Ricoeur P. *Interpretation Theory: Discourse and the Surplus of Meaning*. Texas: Texas Christian University Press; 1976.
27. *Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. <http://www.cirp.org/library/ethics/helsinki/>. july 31th 2012.
28. Morse J. Drowning in data. *Qualitative Health Research* 1993;3:267-9.
29. Sandelowski M. Focus on qualitative methods: Sample size in qualitative research. *Res Nurs Health* 1995;18:479-82.
30. Kvale S, Brinkmann S. *InterViews. Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. London: SAGE Publications, Inc.; 2009.
31. Gadamer HG. Elements of a Theory of Hermeneutic Experience. In: Anonymous editors. *Truth and Method* New York, NY, USA: Continuum.; 2003 2nd rev. ed. p. 265-375.
32. Ricoeur P. The model of the text: Meaningful action considered as a text. *New Literary History* 1973a; 5:91-117.
33. Lindseth A and Norberg A. A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scand J Caring Sci* 2004;18:145-53.
34. Hounsgaard L, Petersen LK, Pedersen BD. Facing possible illness detected through screening – experiences of healthy women with pathological cervical smears. *Eur J Oncol Nurs* 2007;11:417-23.
35. Dreyer PS and Pedersen BD. Distanciation in Ricoeur's theory of interpretation: Narrations in a study of life experiences of living with chronic illness and home mechanical ventilation. *Nurs Inq* 2009;16:64-73.
36. Ricoeur P. The hermeneutical function of distanciation. *Philosophy Today* 1973;17(2):129-41.
37. Gustafsson BA, Ekman SL, Ponzer S, Heikkilä K. The hip and knee replacement operation: An extensive life event. *Scand J Caring Sci* 2010; 24:663-70.
38. Power J, Brown L, Ritvo P. A qualitative study examining psychosocial distress, coping, and social support across the stages and phases of epithelial ovarian cancer. *Health Care Women Int* 2008;29:366-83.
39. Barrett J, Sharp DJ, Stapley S, Stabb C, Hamilton W. Pathways to the diagnosis of ovarian cancer in the UK: A cohort study in primary care. *BJOG* 2010;117:610-4.
40. Dalton SO, Schuz J, Engholm G, Johansen C, Kjaer SK, Steding-Jessen M et al. Social inequality in incidence of and survival from cancer in a population-based study in Denmark, 1994-2003: Summary of findings. *Eur J Cancer* 2008;44:2074-85.

41. Dalton SO, Steding-Jessen M, Gislum M, Frederiksen K, Engholm G, Schuz J. Social inequality and incidence of and survival from cancer in a population-based study in Denmark, 1994-2003: Background, aims, material and methods. *Eur J Cancer* 2008;44:1938-49.
42. Menvielle G and Kunst A. Social inequalities in cancer incidence and cancer survival: Lessons from Danish studies. *Eur J Cancer* 2008;44:1933-7.
43. Wray N, Markovic M, Manderson L. Discourses of normality and difference: Responses to diagnosis and treatment of gynaecological cancer of Australian women. *Soc Sci Med* 2007;64:2260-71.
44. Ekman I, Bergbom I, Ekman T, Berthold H, Mahsneh SM. Maintaining normality and support are central issues when receiving chemotherapy for ovarian cancer. *Cancer Nurs* 2004;27:177-82.
45. Lazarus RS FS. *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Compagny, Inc.; 1984.
46. Lazarus RS. *Stress and Emotion – a New Synthesis*. London:Free Association Books; 1999.
47. Koldjeski D, Kirkpatrick MK, Everett L, Brown S, Swanson M. The ovarian cancer journey of families the first postdiagnostic year. *Cancer Nurs* 2007;30:232-42.
48. Browall M, Carlsson M, Horvath GG. Information needs of women with recently diagnosed ovarian cancer – a longitudinal study. *Eur J Oncol Nurs* 2004; 8:200,7; discussion 208-10.
49. Geller MA, Downs LS, Judson PL, Ghebre R, Argenta PA, Carson LF et al. Learning about ovarian cancer at the time of diagnosis: Video versus usual care. *Gynecol Oncol* 2010;119:370-5.
50. Ferrell B, Ervin K, Smith S, Marek T, Melancon C. Family perspectives of ovarian cancer. *Cancer Pract* 2002;10:269-76.
51. Norton TR, Manne SL, Rubin S, Hernandez E, Carlson J, Bergman C et al. Ovarian cancer patients' psychological distress: The role of physical impairment, perceived unsupportive family and friend behaviours, perceived control, and self-esteem. *Health Psychol* 2005;24:143-52.
52. Hammer K, Mogensen O, Hall EO. The meaning of hope in nursing research: A meta-synthesis. *Scand J Caring Sci* 2009.
53. Hammer K, Mogensen O, Hall EO. Hope as experienced in women newly diagnosed with gynaecological cancer. *Eur J Oncol Nurs* 2009;13:274-9.
54. Allen D. Ethnomethodological insights into insider-outsider relationships in nursing ethnographies of healthcare settings. *Nurs Inq* 2004;11:14-24.

English abstract

Seibaek L, Petersen LK, Blaakaer J, Hounsgaard L. Hoping for the best, preparing for the worst: the lived experience of women undergoing ovarian cancer surgery. *European Journal of Cancer Care* 2012; (21):360-371. The article is printed in Danish with permission from John Wiley & Sons, Inc. © 2011 Blackwell Publishing Ltd. *Sygeplejersken* 2012; (14):65-77.

In this study, the lived experiences of women undergoing ovarian cancer surgery were explored, aiming to provide a patient perspective on being newly diagnosed and starting treatment for ovarian cancer. The study period ran from the first visit in the out-patient clinic, till eight weeks later, when the women had either begun chemotherapy or completed their recovery. Ten women participated in two qualitative research interviews each, before and after surgery. By applying a phenomenological-hermeneutic text interpretation methodology, the findings were systematically identified, put into meaning-structures, interpreted and discussed. This process constituted the theme: "Hoping for the best, preparing for the worst". Final diagnostics and treatment start were extensive life-events, where life itself was threatened, although hope and will were present. The women intuitively prepared themselves for the diagnosis and treatment. However, the ability to prepare was influenced by personal lifestyle, social conditions, coping strategies, and experiences of hope. The ability to prepare could be strengthened by providing adjusted information, psychosocial support and physical optimisation during the perioperative period. By offering targeted family counselling and taking good care of the women's general health and wellbeing, hope could be sustained and early cancer rehabilitation initiated.

Keywords: Cancer, Interview, Lived experiences, Nursing, Phenomenological hermeneutics, Supportive care

Metode til optimering af patientforløb

AF KIRSTEN RUD, SYGEPLEJERSKE, DLS, METTE JAKOBSEN, SYGEPLEJERSKE, DORTHE HJORT JAKOBSEN, SYGEPLEJERSKE, MKS, OG INGRID EGERØD, CAND.CUR., PH.D.

Artiklen beskriver workshop-praksismetoden, som er en tværfaglig platform for videndeling i kirurgiske patientforløb. Metoden har givet gunstige resultater for patienter, som har fået foretaget knæ- og hoftealloplastik, mens den har påvist problemer hos patienter opereret for ovariekræft. Metoden vil f. eks. også kunne anvendes i forbindelse med pleje og behandling af den ældre medicinske patient.

Enhed for Perioperativ Sygepleje (EPS) har udviklet ”workshop-praksismetoden” i forbindelse med implementering af principperne for det accelererede patientforløb (1). Herved er skabt en faglig platform for videndeling i forhold til kerneydelsen i kirurgiske patientforløb. Der gennemføres tværfaglige workshops, hvor praksiserfaring og forskningsresultater sammenholdes og giver anledning til diskussioner af gældende arbejds gange og potentiale for forbedringer i overensstemmelse med evidensbaseret praksis. Anbefalinger inden for kerneområderne for behandling og pleje beskrives herefter i nationale kliniske vejledninger.

Videndeling fra workshop-praksismetoden har resulteret i øget

” Patienten motiveres og assisteres til at følge anbefalingerne for det postoperative forløb, hvor plejen tilrettelægges i overensstemmelse med afdelingens ressourcer og den enkelte patients muligheder og præferencer. Det er en balance mellem nærvær og effektivitet.

tværfagligt samarbejde samt etablering af et nationalt netværk af sygeplejersker, der fungerer som implementeringsagenter med repræsentation inden for og på tværs af de kirurgiske specialer. Det tværfaglige netværk har bidraget med faglig ekspertise til udvikling af procedurespecifikke kliniske vejledninger inden for hvert speciale. Implementeringsagenterne arbejder lokalt på at indføre og optimere de kliniske vejledninger. Det innovative samarbejde øger sygeplejerskers viden og kompetencer, samtidig med at patienterne får den optimale behandling, uanset hvilket hospital de er indlagt på.

Formålet med denne artikel er at præsentere workshop-praksismetoden samt at gøre status over resultater i relation til implementering og kvalitetsudvikling af kliniske vejledninger.

Workshop-praksismetoden

Workshop-praksismetoden er en systematisk fremgangsmåde bestående af fire trin:

1. Forberedelse og konsensus
2. Implementering
3. Kvalitetsudvikling
4. Justering.

Metoden stemmer overens med de fire trin i Den Danske Kvalitetsmodel og systematikken i evidensbaseret praksis.

Forskning er grundlaget

Forberedelse og konsensus danner baggrund for udarbejdelse af evidensbaserede kliniske vejledninger ved at tage udgangspunkt i publiceret forskning om pleje og behandling i forhold til det valgte patientforløb. En tværfaglig gruppe afgrænser problemområderne og formulerer kliniske spørgsmål, som litteratursøgningen søger at besvare. Relevante kvalitative og kvantitative forskningsartikler om pleje og behandling udvælges. Hvis der ikke eksisterer evidens indenfor et specifikt område, anvendes transfer-evidence, hvilket vil sige, at man overfører evidens fra lignende problemstillinger i andre forløb og erfaringsbaserede konsensusbeslutninger ud fra den bedste kliniske praksis.

En tværfaglig gruppe inviteres til en workshop, som er det faglige forum, hvor kerneområderne diskuteres på baggrund af korte oplæg. Workshoppen giver mulighed for erfaringsudveksling om lokale traditioner og praktiske rutiner. Efter workshoppen formuleres et udkast til en klinisk vejledning, som sendes ud til høring blandt deltagere fra workshoppen to gange, inden en endelig udgave af vejledningen udfærdiges. Når konsensus er opnået, lægges det samlede patientforløb med anbefalinger for kerneområderne på enhedens hjemmeside www.periopsygepleje.dk Opdatering sker hvert tredje år.

Implementeringen begynder lokalt, når ledelsen beslutter, at de faglige kerneydelse skal bygge på evidens og tværfaglige ekspertbeslutninger. Implementeringen af et patientforløb forudsætter enighed blandt faggrupperne om det, der skal implementeres. Den enkelte afdeling kan tage afsæt i de nationale kliniske vejledninger og fortsætte diskussionen lokalt, så videndelingen breder sig som ringe i vandet og danner grundlag for udarbejdelse af lokale vejledninger.

Forudsætningen for forbedringer i praksis er et velfungerende tværfagligt samarbejde, understøttet af skriftlige kliniske vejledninger. Erfaringen har vist, at implementeringsprocessen tager omkring et år. I den forbindelse har ledelsen en afgørende rolle i

Boks 1. Implementeringsagenter

”Man er nødt til både at være viljefast og stædig, når man efter morgendagens gennemgang af de indlagte patienter ser, at hr. Hansen, der var klar til udskrivelse dagen før, fortsat er indlagt. Her skal ledelsen være synlig, nysgerrig og stille de provokerende spørgsmål: hvorfor? Medarbejderne skal altid vide, at de kan få hjælp til på forskellig vis at agere i det spændingsfelt, der er mellem nærhed og effektivitet, med afsæt i anerkendelse og på baggrund af evidensbaseret praksis.”

Citat fra implementeringsagenter.

samarbejde med en klinisk tovholder, der styrer processen. Implementeringen bygger på et tværfagligt fundament og skriftlige mål for pleje og behandling.

Data er forudsætning for kvalitetsudvikling

Kvalitetsudvikling tager afsæt i data fra kvalitetsmonitorering, der ofte gennemføres som journalaudit. Denne foretages tidligst et år efter implementeringen af de nationale kliniske vejledninger. Ved journalaudit deltager implementeringsagenterne fra hele landet i både dataindsamling og vurdering af resultater, som danner grundlag for nye refleksioner og faglige diskussioner ved opfølgende workshops (2,3), se boks 1 herover.

Patienterne opfattes som aktive medspillere i processen. Derfor er afstemning af gensidige forventninger og viden om forløbet forud for en operation en forudsætning for patientens aktive deltagelse. En kvalitativ undersøgelse af henholdsvis konventionelle og accelererede kolonkirurgiske behandlingsforløb har illustreret betydningen af at inddrage patientperspektivet (4).

Justering af anbefalingerne bygger på kvalitetsmålinger eller ændringer i behandlingen, som medfører justering af plejetiltagene. Kvalitetsdata præsenteres ved en workshop for den tværfaglige gruppe, og data sammenholdes med den nyeste evidens. Der er igen mulighed for at identificere problemstillinger og deltage i faglige diskussioner af den opnåede kvalitet. Herefter tages der stilling til justering af anbefalinger i de kliniske vejledninger.

Implementering i praksis

Komplekse forandringsprocesser er ledelseskrevende og forudsætter samarbejde med kliniske ildsjæle, der vil og tør gå forrest for at sikre den bedst mulige patientbehandling. De optimerede patientforløb fordrer et vedholdende fokus på struktur og kulturforandring.

En synlig ledelse er afgørende. Ledelsen har ansvar for at skabe et miljø, hvor alle faggrupper bidrager i planlægning af optimering af patientforløb fra forberedelse til implementering i daglig drift. Dette gælder både internt i afdelingen og blandt samarbejdspartnere på tværs af fag og afdelinger, hvor bl.a. fysioterapi, anæstesi og opvågningen er vigtige samarbejdspartnere.

Implementeringsagenterne har erfaret nødvendigheden af at være til stede blandt patienter og personale, herunder sygeplejersker, læger og andre medspillere. Det er ledelsens ansvar at uddanne personalet og opfordre til øget selvstændighed. Succes opnås, når alle implicerede parter arbejder med en fælles mission.

En ny tilgang til plejen er nødvendig for at leve op til principperne for evidensbaseret praksis. Som koncept bryder det optimerede patientforløb med sygeplejerskens paternalistiske rolle som omsorgsgiver i en relation med en passiv patient. Patienten tildeles en aktiv rolle, og i denne konstellation skal den bedste evidens afbalanceres med sygeplejerskens erfaring og patientens præferencer. Patienten motiveres og assisteres til at følge anbefalingerne for det postoperative forløb, hvor plejen tilrettelægges i overensstemmelse med afdelingens ressourcer og den enkelte patients muligheder og præferencer. Det er en balance mellem nærvær og effektivitet.

Kulturændring nødvendig

Evidensbaseret praksis medfører en kulturændring i sygeplejen. At indføre optimerede patientforløb bidrager til at styrke vi-følelsen og højne kompetencerne blandt personalet, der tager medansvar i tilrettelæggelsen af plejen. Som eksempel har en sygeplejerske udtalt:

”I praksis har det haft stor betydning som implementeringsagent at kunne gennemføre komplekse forandringer med hjælp og støtte fra Enhed for Perioperative Sygepleje.”

Resultater

Enhed for perioperativ Sygepleje blev etableret i 2004 og startede med at afdække forekomst og indhold af eksisterende kliniske vejledninger for knæ- og hoftealloplastik, ovariekræft, kolonkirurgi, nefrektomi og lobektomi i Danmark. Undersøgelsen viste, at kun 59-88 pct. af afdelingerne havde skriftlige, kliniske vejledninger og påpegede særlige mangler i forhold til præoperativ information, objektiv smertevurdering, udskrivelseskriterier og brug af skriftlig information ved udskrivelsen (5). Siden er der beskrevet i alt 16 patientforløb med tilhørende kliniske vejledninger, de findes på enhedens hjemmeside www.periopsygepleje.dk

I forbindelse med knæ- og hoftealloplastikker havde 74 pct. af ▶

afdelingerne kliniske vejledninger, heraf havde kun 29 pct. af afdelingerne skriftlige mål for de væsentligste plejeområder. Efter udarbejdelsen af nationale kliniske vejledninger anvendte 29 ud af 30 (97 pct.) af afdelingerne kliniske vejledninger (6), og i takt med implementeringen af vejledningerne blev den gennemsnitlige indlæggelsestid på landsplan reduceret fra 10 til fire dage fra 2000-2009 (7). Dette resultat afspejler vellykket implementering af accelererede operationsforløb for knæ- og hoftealloplastik.

Problemer hos patienter opereret for ovariekræft

Ved operationsforløb for ovariekræft fandt vi, at syv ud af ni (78 pct.) afdelinger anvendte kliniske vejledninger, og at kun 11 pct. af disse havde mål for alle de anførte kvalitetsområder. I 2006 blev den første kliniske vejledning for ovariekræft udviklet og implementeret (8). En national audit udført i 2009 med fokus på operation for ovariekræft i stadium III C viste stigende grad af ekstensive operationer, og i relation til implementering af kerneområderne så billedet således ud:

- *Smerter:* Patienterne havde unacceptable smerter i det postoperative forløb, idet 39 pct. på 1. postoperative dag og 45 pct. på 2. postoperative dag havde smerteproblemer.
- *Ernæring og kvalme:* Der var problemer med at få dækket patienternes protein- og energibehov, idet kun 51 pct. indtog normal kost på 1. postoperative dag og 67 pct. på 2. postoperative dag. Den primære årsag var kvalme, som 65 pct. af patienterne oplevede på operationsdagen og 47 pct. på 1. postoperative dag.
- *Mobilisering:* I løbet af operationsdagen var 54 pct. af patienterne kortvarigt ude af sengen, og på 1. postoperative dag var kun 22 pct. ude af sengen mere end to timer. Manglende mobilisering blev begrundet med smerter og kvalme.

Ved en opfølgende workshop i 2009 blev ovenstående kvalitetsdata præsenteret, og som det fremgår, var det ikke alle områder, der var optimalt implementeret. Dette medførte faglige diskussioner af kerneområderne og beslutning om at udarbejde nye anbefalinger for de ekstensivt opererede patienter, da den ændrede operationsteknik medførte ændringer i plejen (9). Enhed for perioperativ sygepleje stod for udarbejdelsen af nye anbefalinger til denne gruppe i forhold til multimodal smertebehandling, væskebehandling og kvalmeforebyggende behandling. Ved workshoppen var der enighed om at oprette den første danske kirurgiske sygeplejedatabase med ovariecancerpatienter i samarbejde med DGCD (Dansk Gynækologisk Cancer Database). Dataudtræk planlægges til to gange om året og indgår i kvalitetsudviklingen af pleje og behandling i den perioperative periode.

Boks 2. Den ældre medicinske patient

Workshop-praksismetoden kan bl.a. anvendes til at optimere pleje og behandling af den ældre medicinske patient med fokus på videndeling og koordinering mellem primær og sekundær sektor. Et nationalt netværk kan arbejde mod konsensus om bedste praksis ud fra forskning og klinisk erfaring med mulighed for fælles udvikling af kliniske vejledninger og etablering af kriterier for hjemmebehandling og indlæggelse på specialafdeling.

De to eksempler illustrerer forskelligheden i kompleksitet mellem forløb for knæ- og hoftealloplastik og ovariekræft. Implementering af kliniske vejledninger nedbragte hurtigt indlæggelsestiden for knæ- og hoftealloplastik, hvorimod det krævede yderligere justeringer efter ændring af operationsteknikker at påvirke forløbet for ovariekræft. Operationsforløbene ved kolonkirurgi, nefrektomi og lobektomi er alle områder, som gennem de seneste år overvejende bliver foretaget med minimal invasiv kirurgi. Dette betyder, at patienterne oplever færre smerter, hurtigere restitution og kortere indlæggelse, hvilket naturligvis også er afspejlet i anbefalingerne for pleje og behandling.

Diskussion

Workshop-praksismetoden er et opgør med konventionelle arbejdsgange i sundhedssektoren, idet metoden har befordret tværfagligt samarbejde på tværs af organisationer og faggrænser, og har dermed udviklet en innovativ, tværfaglig arbejdsproces, der kobler de nyeste forskningsresultater til klinisk praksis. I det samarbejde har Enhed for Perioperativ Sygepleje en central rolle ved at være sparringspartner for de forskellige specialegrupper og implementeringsagenter i hele landet.

Workshop-praksismetoden gør det muligt at følge op og tage hurtig action på data i det tidlige postoperative forløb som beskrevet i forløbet med ovariecancer. I modsætning hertil har kliniske cancerdatabaser ofte haft fokus på problematikker med rækkevidde langt ud i fremtiden. Klinikere efterlyser et fagligt forum som workshop-praksismetoden, der kan bygge bro mellem forskning, kvalitetsudvikling og praksis.

Et eksempel på anvendelse af workshop-praksismetoden i andre sammenhænge end korte kirurgiske regimer er udvikling af en national klinisk vejledning for patientdagbøger på intensivafdeling (10). I marts 2007 deltog 80 sygeplejersker fra 34 danske intensivafdelinger fordelt på 27 hospitaler i en workshop med oplæg om etiske, juridiske og praktiske aspekter af dagbøger. Herefter blev der oprettet fem

Implementering af kliniske vejledninger nedbragte hurtigt indlæggelsestiden for knæ- og hoftealloplastik, hvorimod det krævede yderligere justeringer efter ændring af operationsteknikker at påvirke forløbet for ovariekræft.

regionale grupper, der gik videre med processen. Første og andet udkast af vejledningen var til høring blandt sygeplejerskerne, hvorefter vejledningen blev diskuteret med jurister fra Sundhedsstyrelsen og lagt ud på hjemmesiden for Forskningsnetværk for Intensivsygeplejersker www.fsaio.net I fremtiden kan metoden afprøves i forbindelse med medicinske forløb, se boks 2 side 80.

Forandringer kan have trange kår

Målsætningen om, at sundhedsvæsenets anbefalinger skal bygge på den bedste eksisterende evidens, opfyldes af workshop-praksismetoden, men selv om læger og sygeplejersker udviser et stort engagement, har forandringer og nye tiltag trange kår i en hverdag med øgede krav om høj produktivitet. Workshop-praksismetoden kan anvendes i forskellige sammenhænge, hvor der eksisterer et ønske om bredere tværfagligt samarbejde og fælles mål for organisatorisk, faglig og patientoplevet kvalitet. I forbindelse med det forestående kvalitetsarbejde i Den Danske kvalitetsmodel og det Nationale Indikator Projekt vil det være oplagt at anvende metoden som en effektiv og økonomisk arbejdsmetode.

*Kirsten Rud er projektleder, Enhed for Perioperativ Sygepleje;
kirsten.rud@rh.regionh.dk*

*Mette Jakobsen er projektleder, implementeringsagent,
Viborg Regionshospitalet.*

*Dorthe Hjort Jakobsen er klinisk oversygeplejerske,
Enhed for Perioperativ Sygepleje.*

*Ingrid Egerod var tidligere seniorforsker på
UCSF, men er nu professor i en delt stilling mellem
Københavns Universitet og Traumecentret, Rigshospitalet.*

Enhed for Perioperativ Sygepleje lukker med udgangen af 2012 grundet manglende finansiering. Læs mere side 12.

Litteratur

- Kehlet H. Fast-track surgery – an update on physiological care principles to enhance recovery. *Langenbecks Arch Surg* 2011;396:585-90.
- Jakobsen DH, Haas LS. Bedre patientforløb efter operation for aortaaneurisme. *Sygeplejersken* 2008;9:64-9.
- Egerod I, Rud K, Specht K, Jensen PS, Trangbæk A, Rønfelt I, Kristensen B, Kehlet H. Room for improvement in the treatment of hip fractures in Denmark. *Dan Med Bul* 2010;57:A4199.
- Vilstrup DL, Mortensen CW, Rud K, Egerod I. Patienternes oplevelse af henholdsvis konventionelle og accelererede kolonkirurgiske behandlingsforløb – en kvalitativ undersøgelse på baggrund af fokusgruppeinterviews. *Klinisk Sygepleje* 2009;4:56-67.
- Rud K, Jakobsen DH, Egerod I, Kehlet H. Forekomst af kirurgiske procedure-specifikke kliniske vejledninger. *Ugeskr Læger* 2008;18:1559-63.
- Rud K, Hjort Jakobsen D, Kehlet H. Kliniske vejledninger ved knæalloplastik. *Sygeplejersken* 2008;15-16:42-3.
- Husted H, Hansen HC, Holm G, Bach-Dal C, Rud K, Andersen KL, Kehlet H. What determines length of stay after total hip and knee arthroplasty? A nationwide study in Denmark. *Archives of orthop trauma surg* 2012a;130:263-8.
- Rasmussen T, Marx C, Strømberg C, Hjort Jakobsen D. Accelererede operationsforløb til kvinder med ovariecarcinom. *Sygeplejersken* 2006;15:44-8.
- Hjort Jakobsen D, Høgdall C, Kehlet H. Perioperativ behandling af ovariecarcinom stadium III C. *Ugeskr Læger* 2010;172:2688-91.
- Egerod I. Klinisk vejledning for patientdagbøger på intensivafdelingen. UCSF, 2008.

English abstract

Rud K, Jakobsen M, Jakobsen DH, Egerod I. Methods for optimising patient trajectories. *Sygeplejersken* 2012;(14):78-81.

The Unit for Perioperative Nursing (EPS) has developed a “workshop-clinical practice method” in connection with implementing principles for accelerated patient trajectories.

The “workshop-clinical practice method” is a systematic procedure consisting of four steps

1. Preparations and consensus
2. Implementation
3. Quality assurance
4. Fine tuning.

The method complies with the four steps in the Danish Quality Model and systematic evidence-based practices. This is described using a total of 16 patient trajectories with accompanying clinical guidelines found at the unit’s website www.periopsygepleje.dk.

The “workshop-clinical practice method” represents a break with conventional working procedures in the health sector, because the method promotes interdisciplinary collaboration across organisations and professions, and thereby an innovative interdisciplinary working process that links cutting edge research results to clinical practice has been developed. The method can be used in various contexts where there is a desire for broader interdisciplinary collaboration and common objectives concerning organisational, professional, and patient-experienced quality.

Keywords: Patient trajectory, clinical guidelines, nursing, interdisciplinary collaboration, evidence-based practice.

Kvalitetsudvikling af plejen til kvinder opereret for ovariecancer

Etablering af en tværfaglig klinisk database har vist, at både pleje og behandling af kvinder, som opereres for ovariecancer, kan styrkes.

AF DORTHE HJORT JAKOBSEN, SYGEPLEJERSKE, MKS, VIBEKE LYTKEN, SYGEPLEJERSKE, TINA LANGE, SYGEPLEJERSKE, INGER RUDBECK JUHL, SYGEPLEJERSKE, DIPLOMUDDANNELSE I KLINISK SYGEPLEJE, ALICE HARRESTRUP, SYGEPLEJERSKE MPQM, PIA STOKKEDAL, SYGEPLEJERSKE, HEDVIG MØLLER LARSEN, SYGEPLEJERSKE, MARIE LOUISE SHEE NIELSEN, CAND.SCIENT.SAN.PUBL.

For første gang er der i Danmark oprettet en tværfaglig, klinisk database, som rummer både kirurgiske, patologiske, onkologiske data og sygeplejedata fra den perioperative periode. Behovet opstod i forbindelse med en større kvalitetsudviklingsproces. Målgruppen er kvinder opereret for ovariecancer, en patientgruppe, som har haft ringere chance for at overleve sygdommen i Danmark end i andre lande (1). På baggrund af dette anbefalede Sundhedsstyrelsen derfor i 2001, at behandling af ovariecancer skulle reduceres fra 32 behandlende afdelinger til kun fem gynækologisk-onkologiske specialcentre i Danmark med henblik på at øge kvaliteten af både kirurgien og den perioperative behandling (2). Status i dag er, at flere end 90 pct. af patienterne med ovariecancer i Danmark behandles på ét af de fem centre: Aalborg Sygehus, Skejby Sygehus, Odense Universitetshospital, Herlev Sygehus og

” Målgruppen er kvinder opereret for ovariecancer, en patientgruppe, som har haft ringere chance for at overleve sygdommen i Danmark end i andre lande.

Rigshospitalet (3,4), og centraliseringen har været medvirkende til at forbedre overlevelsen væsentligt (3,5,6).

Kirurgisk indgreb er en væsentlig faktor for overlevelsen efter ovariecancer. Ekstensiv kirurgi og intervalkirurgi efter primær kemoterapi anvendes i stigende grad ved ovariecancer i stadium III-IV med henblik på at fjerne alt synligt tumorvæv. En anden afgørende faktor er den perioperative pleje og behandling, som har vist sig at være essentiel i forhold til at sikre den bedst mulige postoperative restitution (7,8).

Evidensbaserede kliniske vejledninger til pleje og behandling er med til at ensrette og højne kvaliteten af sygeplejen med deraf følgende færre bivirkninger og hurtigere restitution af operationspatienten (9,10). I 2005 udarbejdede Enhed for Perioperativ Sygepleje (EPS) i tæt samarbejde med erfarne læger og sygeplejersker evidensbaserede kliniske vejledninger for patienter opere-

ret for ovariecancer. Disse er tilgængelige på hjemmesiden www.periopsygepleje.dk Anbefalingerne i vejledningerne er nu delvist implementeret på de fem gynækologisk-onkologiske specialcentre i Danmark. Implementeringen er tilpasset den lokale kontekst, og det kræver vedholdende arbejde at få pleje og behandling standardiseret på landsplan, da traditioner og rutiner er en stadig tværfaglig udfordring.

Utilstrækkelige kliniske vejledninger

Dansk Gynækologisk Cancer Database (DGCD) har eksisteret siden 2005 med registrering af kirurgiske, patologiske og onkologiske patientdata. Der publiceres årsrapport, og databasen bruges til kontinuerlig kvalitetsmåling og udvikling samt forskning. Sideløbende har EPS haft fokus på kvalitetsmonitorering (audit) af kerneydelsen, altså de plejemæssige problemstillinger efter ovariecancerkirurgi. Data fra sygeplejefaglige audit er blevet præsenteret på tværfaglige workshops og sammenholdt med den nyeste evidens på området.

En national audit udført af EPS i 2008 viste, at flere af afdelingerne på daværende tidspunkt havde udført ekstensiv kirurgi på patienter med ovariecancer i stadium III-IV med henblik på at fjerne alt synligt tumorvæv. Det betød, at de eksisterende kliniske vejledninger ikke var tilstrækkelige inden for smertebehandling, ernæring og væskebehandling i forhold til ny, ekstensiv kirurgi. Det blev derfor besluttet at udarbejde procedurespecifikke kliniske vejledninger specielt for ekstensivt opererede patienter, ligesom det blev besluttet at udarbejde en sygeplejedatabase, der kunne kobles sammen med DGCD.

Der blev nedsat fire arbejdsgrupper med repræsentanter fra alle fem centre. De tre første grupper fik til opgave at udarbejde nye kliniske vejledninger indenfor smertebehandling, væsketerapi og ernæring til henholdsvis ekstensivt opererede patienter og ikke-ekstensivt opererede patienter. Udkastet blev fremlagt på en ny tværfaglig workshop afholdt i efteråret 2009. Efter flere høringer blev der opnået konsensus, og de nye tværfaglige kliniske vejledninger blev lagt på hjemmesiden: www.periopsygepleje.dk primo 2010.

Lærerig arbejdsproces

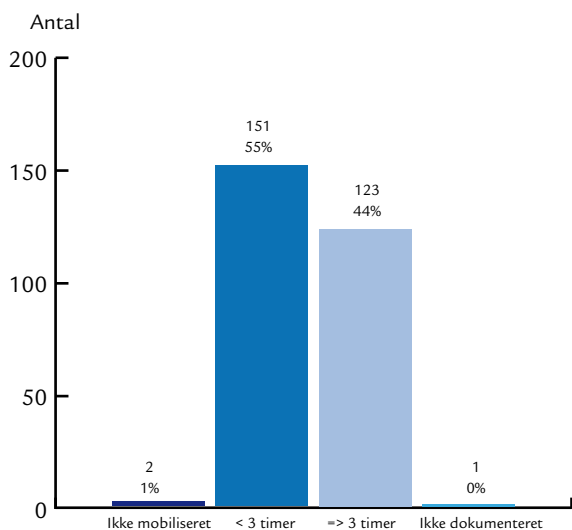
Den fjerde gruppe bestod af repræsentanter fra de fem centre samt Roskilde Sygehus. Gruppens opgave var at finde de variabler, der kan vise, om anbefalingerne i de kliniske vejledninger følges.

Gruppen fik hjælp af DGCD's sekretariat, som har været en uvurderlig støtte i forløbet med henblik på at få de udvalgte variabler gjort målbare og lagt ind i databasen samt ydet support ved problemstillinger med indtastning i databasen. Databehandlingen bliver ligeledes udført af DGCD og opbevares således sam-

men med de lægefaglige data. Arbejdsprocessen har været lærerig med afsæt i erfaringsudveksling og konkrete faglige drøftelser ved møderne. Litteratur, procedurer og rutiner blev gennemgået og diskuteret grundigt for at opnå konsensus om, hvilke variabler der skulle indgå i databasen.

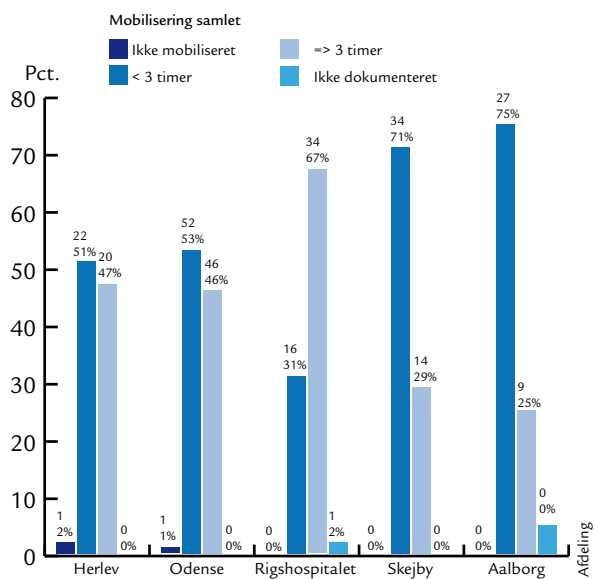
Gruppen oplevede, at psykosociale data var svære at genfinde i sygeplejerskernes dokumentation, og at det var vanskeligt at beskrive variabler for den psykosociale del af sygeplejen. Det blev derfor besluttet, at anbefalinger for den psykosociale pleje måtte ►

Figur 1. Mobilisering af ovariecancerpatienter første postoperative dag på landsplan



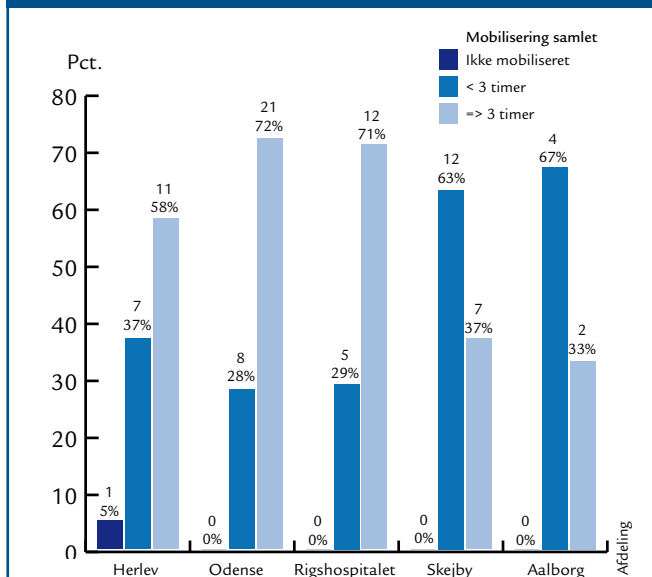
Figuren viser, hvor mange patienter der er mobiliseret over eller under tre timer. Ifølge de kliniske retningslinjer skal patienterne første postoperative dag være mobiliseret mindst tre timer.

Figur 2. Mobilisering første postoperative dag fordelt på afdelinger



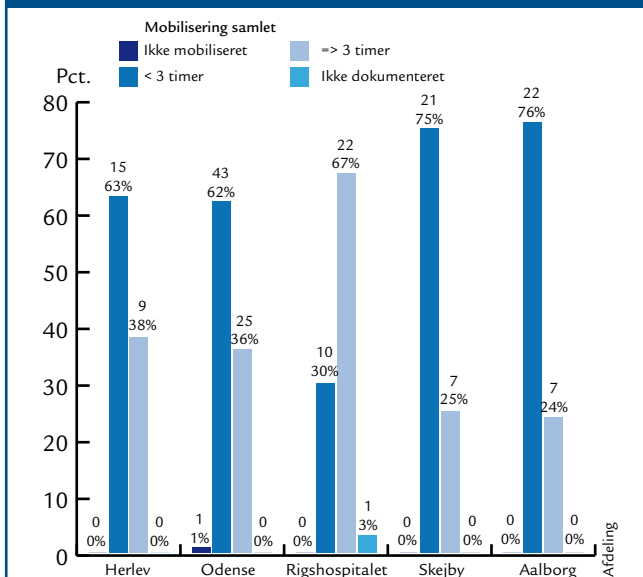
Figuren viser, hvor stor en andel af patienterne der har været mobiliseret over eller under tre timer på første postoperative dag fordelt på de enkelte centre.

Figur 3. Mobilisering første postoperative dag ift. stadie 1 og 2



Figuren viser andelen af patienter, der bliver mobiliseret over og under tre timer på de enkelte centre i forhold til stadie 1 og 2 af c. ovarii. Det ses, at der kun er én patient, der ikke kommer ud af sengen på dag 1. Mobilisering er dokumenteret for alle patienter i denne gruppe.

Figur 4. Mobilisering postoperativ dag 1 ift. stadie 3 og 4



Figuren viser andelen af patienter, der bliver mobiliseret over eller under tre timer på de enkelte centre i stadie 3 og 4 af c. ovarii. Det ses, at kun en enkelt patient ikke kommer ud af sengen dag 1, ligesom der kun er en enkelt patient, hvor oplysning om mobilisering ikke er dokumenteret.

► beskrives grundigt, før det var muligt at finde variabler indenfor området. I tæt samarbejde med EPS blev arbejdet indledt i 2011 med litteratursøgning, litteraturgennemgang, patientinterview, medinddragelse af egne erfaringer og videndeling. Arbejdet forventes færdigt ultimo 2012.

Stort engagement i arbejdet

Det har været en udfordring at tilpasse indtastningen i databasen både til afdelinger med EPJ og til afdelinger med papirdokumentation. I begge udformninger giver det umiddelbart bedst mening, at indtastningen foretages af den sygeplejerske, der passer patienten. På sigt vil det være nærliggende, at sygeplejedatabasen bliver en integreret del af sygeplejenotatmodulet i den elektroniske patientjournal for at undgå dobbeltregistrering. Det har naturligvis krævet sygeplejersressourcer at få oplært personalet og skabt nye rutiner for at sikre indtastningen af data, men der har været et stort engagement og overraskende lidt modstand. Det kan skyldes, at arbejdet er meningsfuldt for personalet, da data er umiddelbart tilgængelige i afdelingen og giver et godt overblik over, hvordan det går patienterne i den perioperative periode. Således er databasen et redskab til at dokumentere sygeplejens nytte og vil være med til at understøtte arbejdet med udviklingen af sygeplejen.

Indtastningen i databasen blev implementeret i februar 2011, og der er aktuelt indtastet og færdigregistreret 404 patientforløb. DGCD's sekretariat leverer dataudtræk to gange årligt, som kan bruges dels lokalt og dels nationalt til kvalitetsovervågning og kvalitetsudvikling af pleje og behandling.

Der blev i juni 2012 afholdt en landsdækkende sygeplejekonference med titlen: Sygepleje til patienter med ovariecancer – hvordan bliver vi bedre? Her blev data fra databasen præsenteret og diskuteret med 100 sygeplejersker, som arbejder med patienter med ovariecancer.

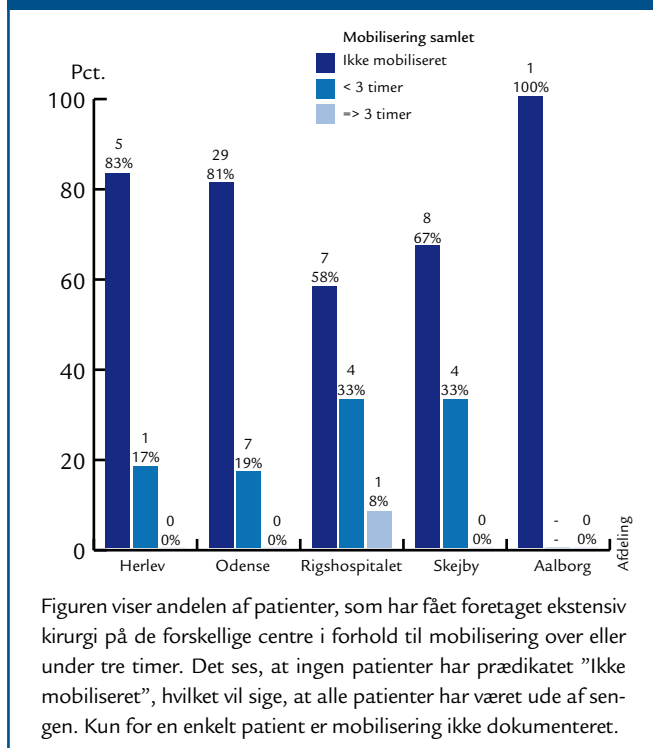
Data vedrørende opfyldelse af mål for mobilisering er et godt eksempel på de muligheder, en kombineret sygepleje-, patologi-, onkologisk- og kirurgisk database giver. Det anbefalede mål for mobilisering på første postoperative dag er, at patienten skal være ude af sengen i tre timer. Data viser, at kun 44 pct. af patienterne

» Arbejdet med databasen har ført til ændringer lokalt. Her har vidensdelingen i den nationale arbejdsgruppe haft stor betydning i forhold til organisering, arbejdsgange og dokumentationsløsninger.

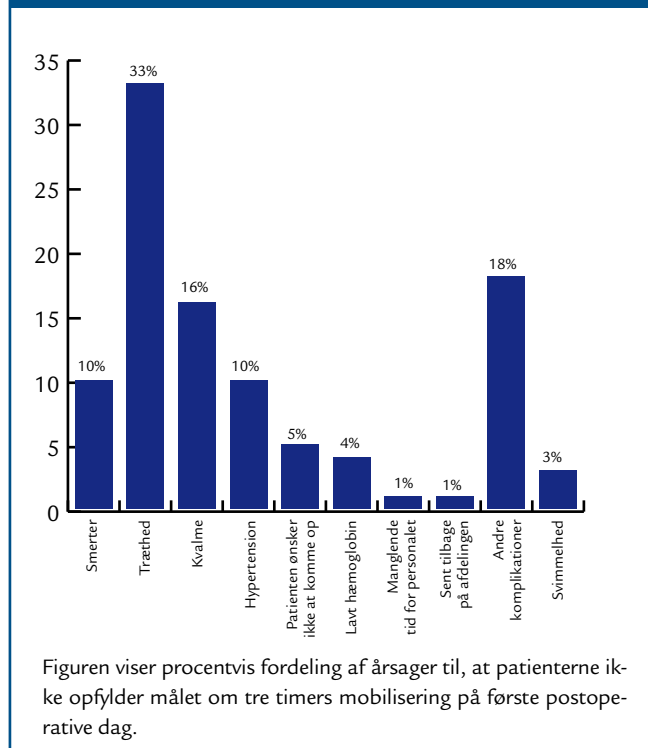
på landsplan opfylder dette mål, se figur 1 side 83. Ved samme opgørelse fordelt på afdelingerne ses variation i målopfyldelsen fra 25-67 pct., se figur 2 side 83. Dette er en grov opgørelse over samtlige patienter med ovariecancer registreret i sygeplejedelen.

Ved at sammenholde data på tværs af specialerne i DGCD er det muligt at uddybe yderligere, f.eks. ved at se på sammensætningen af cancerstadiet i forhold til mobilisering, se figur 3 og 4 herover, eller endnu mere relevant, at skelne mellem patienter, der er ekstensivt opereret eller ej, se figur 5 side 85. Som det ses

Figur 5. Mobilisering første postoperative dag for ekstensivt opererede



Figur 6. Årsager til ikke at opfylde mål for mobilisering



af figur 5, bliver standarden for mobilisering første postoperative dag opfyldt i endnu ringere grad for ekstensivt opererede end for landsgennemsnittet på 44 pct. På sygeplejekonferencen i juni blev det derfor drøftet, om der burde være særskilte retningslinjer for mobilisering af de ekstensivt opererede, hvilket ikke er tilfældet i dag.

I databasen registreres ligeledes årsagen til den manglende mobilisering, se figur 6 herover. Især træthed som årsag til manglende mobilisering blev diskuteret både i den sygeplejefaglige gruppe og på konferencen i juni. Der er foreslået en tværgående journalaudit for at uddybe begrebet træthed som årsag til manglende mobilisering. Fremadrettet er det relevant at se på mobilisering i forhold til andre faktorer såsom smertelindring, kvalme og komorbiditet, alt sammen noget, databasen giver mulighed for, da den indeholder disse data.

Diskussion og konklusion

Et væsentligt incitament til at gennemføre audit er, at der kan opnås en forbedring af klinisk praksis, ligesom personalet kan opleve et fagligt løft i form af tværfaglige diskussioner og opdateret viden. Vi fandt behov for en kontinuerlig monitorering i form af en sygeplejedatabase til patienter opereret for ovariecancer, som alt efter operationens omfang kan medføre komplicerede operationsforløb.

Arbejdet med databasen har ført til ændringer lokalt. Her har videndelingen i den nationale arbejdsgruppe haft stor betydning i forhold til organisering, arbejdsgange og dokumentationsløsninger. Det har bl.a. været nødvendigt med et mere detaljeret doku-

mentationsredskab for at sikre, at alle data til databasen fremgår af sygeplejerskernes dokumentation. Andre eksempler er øget fokus og arbejde med ernæringscreening, vejning og smertescoring.

Sygeplejedatabasen skal være med til at frembringe let tilgængelige data, der bidrager til evidens og kan føre til en optimering af pleje og behandling lokalt og nationalt. En landsdækkende sygeplejedatabase skaber en god og valid dokumentation, der understøtter det kontinuerlige arbejde med kvalitetsudvikling og udvikling af patientsikkerhed. Specialistafdelingerne har nu samme mål for, hvilke indikatorer der skal sikre den gode kvalitet i plejen.

Der vil altid være et dilemma mellem det ekstra tidsforbrug, en ny registrering medfører, og effekten på outcome. Skal det føles meningsfuldt og relevant, er det essentielt med en fælles handleplan for, hvordan data skal bruges. At medinddrage kliniske eksperter fra hele landet har ført til aktiv networking med et stort engagement og følelse af ejerskab for produktet, et engagement, der er altafgørende for den videre kvalitetsudvikling. Databasen er en vidensbank, som giver uanede muligheder for at optimere pleje og behandling af ovariecancer patienter samt styrke sygeplejeforskningen i Danmark, så vi fremadrettet kan sammenligne os internationalt.

Dorthe Hjort Jakobsen er klinisk oversygeplejerske på Enhed for Perioperativ Sygepleje; dorthe.hjort@rh.dk

Vibeke Lytken er patientkoordinator på gynækologisk klinik, Rigshospitalet.

Tina Lange er ansat på gynækologisk afdeling, ▶

*Aarhus Universitetshospital.
 Inger Rudbeck Juhl er klinisk sygeplejespecialist på
 gynækologisk afdeling, Odense Universitetshospital.
 Alice Harrestrup er klinisk oversygeplejerske på
 gynækologisk afdeling, Herlev Hospital.
 Pia Stokkedal er specialeansvarlig sygeplejerske på
 gynækologisk afdeling, Aalborg Sygehus.
 Hedvig Møller Larsen er klinisk udviklings-
 sygeplejerske på gynækologisk afdeling på
 Roskilde Sygehus.
 Marie Louise Shee Nielsen er sekretariatsleder i
 Dansk Gynækologisk Cancer Database.*

Tak til følgende personer, som har udvist stort engagement i udviklingen af databasen:

*Lissen Ingvarsen, projektsygeplejerske fra
 Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet.
 Yvonne Zdrenka, sygeplejerske,
 Gynækologisk Afdeling, OUH.
 Birgit Kirk-Thomsen Hesselund, sygeplejerske,
 Gynækologisk Afdeling, Aarhus Universitetssygehus.
 Stine Bjørn og Jane Rughave, sygeplejersker,
 Gynækologisk Afdeling, Aalborg Sygehus.*

Litteratur

1. Kjarbye-Thygesen A, Huusom LD, Frederiksen K, Kjær SK. Trends in the incidence and mortality of ovarian cancer in Denmark 1978-2002. Comparison with other Nordic countries. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2005;84: 1006-12.
2. Marx C. Ovariekræft i Danmark. *Ugeskr Læger* 2006;168:1537-40.
3. Høgdall CK, Nielsen MLS, Taaning L, Dansk Gynækologisk Cancer Database – Årsrapport 2009-10, Lægeforeningen, København 2012.
4. Ottesen B, Iversen MG, Kehlet H. Operation for ovariecancer i Danmark 2004-2007. *Ugeskr Læger* 2009;171:217-20.
5. Fagø-Olsen C, Høgdall C, Kehlet H, Christensen IJ, Ottesen B. Centralized treatment of advanced stages of ovarian cancer improves survival: a nationwide Danish survey, *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011;90 273-9.
6. Rasmussen L. Da førstekirurgen blev andenoperatør. *Ugeskr Læger* 2012;174:764-6.
7. Kehlet H, Wilmore DW. Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. *Ann Surg* 2008;248:189-98.

8. Hjort Jakobsen D, Høgdall C, Kehlet H. Perioperativ behandling af stadium IIIC. *Ugeskr Læger* 2010;172:2688-91.
9. Marx C, Rasmussen T, Hjort Jakobsen D, Ottosen C et al. (2006). Accelereret forløb efter operation for ovariecancer. *Ugeskr Læger*;168:1533-6.
10. Mainz J, Hammershøj EM, Worming AM, Juul S. Kvalitetsvurdering, kvalitetssikring og kvalitetsforbedring i sundhedsvæsenet. *Ugeskr Læger* 154:1151-6.
11. Hjort Jakobsen D, Høgdall C, Kehlet H. Perioperativ behandling af ovariecancer i stadium IIIC. *Ugeskr Læger* 2010.

English abstract

Jakobsen DH, Lytken V, Lange T et al. Improving the quality of care for women having undergone ovarian cancer surgery. *Sygeplejersken* 2012;(14):82-6.

For the first time ever in Denmark, an interdisciplinary, clinical database has been established containing surgery, pathology, oncology and nursing data from the perioperative period for women having undergone ovarian cancer surgery.

The care-provision database was developed by a working group consisting of representatives from the five gynaecology-oncology specialist centres in Denmark, Roskilde Hospital, the Unit for Perioperative Nursing (EPS) and the office of the Danish Gynaecological Cancer Database (DGCD). The working group defined relevant variables concerning core nursing areas based on recommended targets in the EPS guidelines. Perioperative care-provision data have been entered into the database since February 2011. It is now possible to compare surgery, pathology, oncology and nursing data for the perioperative period for the first time in Denmark. The DGCD office provides data extracts twice annually, which can be used locally and nationally for quality monitoring and development of care provision and treatment. The database is a knowledge bank providing unlimited opportunities to optimize nursing and treatment of ovarian-cancer patients as well as to strengthen nursing research in Denmark, in order for us to be able to compare ourselves internationally in the future.

Keywords: Documentation, evidence-based nursing, quality assurance development, research, care-provision database.

JOB



SE ALLE STILLINGER: WWW.DSR.DK/JOB

Praktiske oplysninger til annoncører

Deadline kl. 9 for indtastning af KURSER/MØDER/MEDDELELSER på www.dsr.dk under Information til annoncører

Nr. 1 - 2013 **Nr. 2 - 2013** **Nr. 3 - 2013**
10. december 2012 8. januar 2013 29. januar 2013

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

Rådgivning og vejledning vedr. opsætning af annoncer

Dansk Mediaforsyning ApS • Elkjærvej 19 st. • 8230 Åbyhøj
Tlf. 7022 4088 • e-mail: dsrjob@dmfnet.dk
Internet: www.dmfnet.dk
Her kan du også rekvirere medieinformation.

Indleveringsfrister for STILLINGSANNONCER til de kommende numre

Nr. 1 - 2013 **Nr. 2 - 2013** **Nr. 3 - 2013**
13. december 2012 11. januar 2013 1. februar 2013

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

Udgivelsesdatoer

Nr. 1 - 2013 **Nr. 2 - 2013** **Nr. 3 - 2013**
4. januar 2013 25. januar 2013 15. februar 2013

Net annoncer

Gå ind på www.dsr.dk/jobsoegning

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**
36016 Frederiksberg kommune
Teamleder
Ansøgningsfrist: 7. januar 2013

Quicknr. **Sjælland**
36012 Den Kommunale sundhedstjeneste
i Ringsted
Sundhedsplejerske vikariat
Ansøgningsfrist: 18. december 2012



TAL MED OS, HVIS DU FÅR ONDT I ARBEJDSLIVET

DSA er din samarbejdspartner og støtte gennem hele karrieren. Vi har vores egen socialrådgivning, der er klar til at hjælpe, hvis du for eksempel bliver syg, har problemer med sociale myndigheder eller har spørgsmål om barsel.

Akavede stillinger, tunge løft og et opskruet arbejdstempo fører ofte til skader, og risikoen er særlig høj inden for det sundhedsfaglige område. DSAs rådgivere hjælper dig med at finde ud af, hvad der skal til for at komme videre. Det kan være et jobskifte, nyt fagområde eller måske en revalidering.

Du kan læse mere om rådgivningen og hvad, vi kan hjælpe dig med, på www.dsa.dk. Her kan du også læse mere om vores mange andre tilbud.

DANSKE SUNDHEDSORGANISATIONERS
ARBEJDSLØSHEDSKASSE

TELEFON 33 15 10 66
dsa@dsa.dk



DIN SIKKERHED ALTID

DSR Meddelelse

Seniorsygeplejersker i Kreds Hovedstaden forår 2013

D. 17. januar: Torsten Lenstrup: "Pas godt på hinanden, også juridisk, formue, gaver, arv og testamente". Den 21. februar: Laila Silke har haft sclerose i 15 år, mød hende og hør hende berette om kampen for at rejse sig fra kørestolen. Den 21. marts: Erik Kühnau om "Mennesker, jeg har mødt, og kunstnere, jeg har kendt". Den 18. april: Hansine Fleischer: Sygeplejeuddannelse i ældre og i nyere tid i Grønland, og hendes virke gennem 42 år.

Generalforsamling i FS for lunge- og allergisygeplejersker

Indkaldelse til generalforsamling for medlemmer i FSLA. Der er valg til bestyrelsen og kandidatur til bestyrelsen skal være formanden i hænde 6 uger før. Generalforsamlingen afholdes på Hotel Svendborg d. 8. marts kl. 16.15-18.00 ifm. landskursus. Dagsorden iflg. vedtægter. Forslag til behandling sendes til formanden. Birthe Hellquist Dahl, via mail: birthe.dahl@stab.rm.dk

DSR Fonde og legater**Uddeling af legatportion fra Charlotte Muncks Fond**

Legatet kan søges af sygeplejersker, som er udgået fra Bispebjerg Sygeplejeskole/Professionshøjskolen Metropol og er ansat ved Bispebjerg Hospital, til videreuddannelse og videreudvikling inden for deres fag. Ansøgning stiles til formanden for fondens bestyrelse, hospitalsdirektør Janne Elsborg, Bispebjerg Hospital og sendes inden 4.1.2013 på e-mail til pia.parbst.haagen-sen@regionh.dk

Ansøgningsfrister Stipendiefonden

Ophold med start i marts 2013: Ansøgningsfrist 2.1., bevillingsmøde 6.2.

Ophold med start i april 2013: Ansøgningsfrist 1.2., bevillingsmøde 6.3.

Ophold med start i maj 2013: Ansøgningsfrist 1.3., bevillingsmøde 10.4.

Ophold med start i juni 2013: Ansøgningsfrist 2.4., bevillingsmøde 8.5.

Uddelingerne fra Stipendiefonden går til studieophold, kongresser m.v. i udlandet.

DSR Kursus**Dansk/Norsk Forårskonference, kerneværdier i nye rammer**

Konferencen tager afsæt i de ændringer, der sker i vores velfærdssamfund. Oplæg af Katrin Hjort, Mari Holen, Inger Margrethe Holte, Bente Hoeck, Karin Anna Petersen

Tid og sted:

11. marts 2013 kl. 10:00 -

12. marts 2013 kl. 16:00

Odense

Arrangør:

FSUS

Tilmelding:

tallene@mail.dk

Pris:

Kr. 3.900 for medlemmer -

kr. 4.400 for ikke-medlemmer

Yderligere info:

www.fsus.dk eller

e-mail: bisl@phmetropol.dk

Landskursus FS for lunge- og allergisygeplejersker

På landskurset 2013 vil der være faglige spændende emner og engagerede foredragsholdere både for børne- og voksensygeplejersker. Program og tilmelding vil snarest være at finde på selskabets hjemmeside.

Tid og sted:

7. marts 2013 kl. 11:00 -

9. marts 2013 kl. 13:00

Hotel Svendborg, Centrumpladsen 1, 5700 Svendborg

Arrangør:

FS Lunge - og Allergisygeplejersker

Pris:

Kr. 3.500 for medlemmer ved

dobb. værelse, kr. 4.000 for enkelt værelse. Ikke-medlemmer kr. 4.000 for dobb. værelse, kr. 4.500 for enkelt værelse.

Yderligere info: Formand Birthe Hellquist Dahl, mobil 2463 5490 eller birthe.dahl@stab.rm.dk

Andre Meddelelser

Her medtages meddelelser som ikke er i DSR regi og som ikke har kommerciel karakter. Annoncen må max. indeholde 40 ord. Pris pr. annonce kr. 975 ex. moms.

Venligst kontakt

Dansk Mediaforsyning

tlf. 7022 4088 eller

dsrrubrik@dmfnet.dk

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.

Avoriaz - Skilejligheder

I den gamle bilfri del af Avoriaz udlejes 2 velindrettede skilejligheder med balkon og internet til 4 og 6 personer. Fra lejlighederne løber du direkte til skilifterne. PS. Avoriaz har også vandland.

Se mere på www.avoriaz401.dk
Kontakt: Eva 2617 7748/
Kim 2020 0244
E-mail: peneva@post.tele.dk

ITALIEN HOS HANNE

På hyggeligt familiehotel i Rimini ved Adriaterhavets skønne sandstrand fra kr. 200/pers. Nu også med 2 ferielejligheder.

Eller nær TOSCANA, 2 naturskønne landhuse med pejsestue, køkken, 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

Ferie i Provence

Hyggeligt veludstyret landsbyhus ved foden af Mont Ventoux. Vin og kirsebærområde. Max 8 personer. Dejlig stor terrasse og lille have. Mange udflugtsmuligheder på cykel, i bil og til fods. Udlejning hele året.

www.flassan.dk
Tlf. 86673434

Familieweekend/ferie Assens. Fyn

4 ferielejligheder med op til 24 sovepladser. Den ene lejlighed er så stor, at 24 pers. kan sidde sammen og spise. Udstyr til 24 pers. samt opvaskemaskine. Have med grill, legeplads og boldspil.

www.kastanjegaarden.dk
Tlf. 6471 5516

Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse



Grete Christensen
Formand



Anni Pilgaard
1.-næstformand



Dorte Steenberg
2.-næstformand



Irene Hesselberg
Formand for
Lederforeningen



**Marie Nagel
Christensen**
Formand for SLS

Kredsformænd



Vibeke Westh
Kreds Hovedstaden



Helle Dirksen
Kreds Sjælland



John Christensen
Kreds Syddanmark



Else Kayser
Kreds Midtjylland



Jytte Wester
Kreds Nordjylland

1.-kreds næstformænd



Vibeke Schaltz
Kreds Hoved-
staden



Nils Håkansson
Kreds Sjælland



**Line Gessø
Storm Hansen**
Kreds Syddanmark



Anja Laursen
Kreds Midtjylland



**Helle Kjærager
Kanstrup**
Kreds Nordjylland

Dansk Sygeplejeråd centralt

Administrerende direktør

Anne Granborg

Sankt Annæ Plads 30, 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. 4695 4234
E-mail: sls@dsr.dk • www.dsr.dk/sls

Sygepleietisk 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 telefonider:

Man, tirs, tors, fre: 09.00 - 14.00
Ons: 13.00 - 16.00

Lokalkontor

Haslevej 50
3700 Rønne
Tlf: 7021 1662
Fax: 5695 3812

Telefontid

Man, tirs og tors: 09.00 - 12.00

Kreds Sjælland

Kredschef

Thorkild David Hay

Hovedtelefonnummer: 7021 1664
Hovedfaxnummer: 7021 1665
Hjemmeside: www.dsr.dk/sjaelland
E-mail: sjaelland@dsr.dk

Kontor

RingstedCentret
Nørregade 13
4100 Ringsted

Kontorets åbnings- og telefonider

Telefonåbent

Mandag	09.00 - 14.00
Tirsdag	13.00 - 16.00
Onsdag	09.00 - 14.00
Torsdag	13.00 - 16.00
Fredag	09.00 - 13.00

Fremmøde

Mandag	08.30 - 15.30
Tirsdag	08.30 - 15.30
Onsdag	08.30 - 15.30
Torsdag	12.00 - 16.00
Fredag	09.00 - 13.00

Kreds Syddanmark

Kredschef

Jan Villumsen

Hovedtelefonnummer: 7021 1668
Hjemmeside: www.dsr.dk/syddanmark
E-mail: syddanmark@dsr.dk

Kontor

Vejlevej 121, 2.
7000 Fredericia

Telefontider

Kl. 08.30 - 13.00 - mandag, tirsdag,
onsdag og fredag
Kl. 13.00 - 16.00 - torsdag

Kreds Midtjylland

Kredschef

Ann Dahy

Fælles postadresse

DSR, Kreds Midtjylland
Marienlystvej 14
8600 Silkeborg
Du er altid velkommen i åbningstiden,
men ring og aftal tid.

Hovedtelefonnummer: 4695 4600
Hovedfaxnummer: 7021 1667
Hjemmeside: www.dsr.dk/midtjylland
E-mail: midtjylland@dsr.dk

Lokale kontorer

Fredericiagade 27-29
7500 Holstebro
Åbent efter forudgående aftale.

Mindegade 10
8000 Aarhus C
Åbent efter forudgående aftale.

Telefontider

Mandag - tirsdag kl. 10.00 - 15.00
Onsdag lukket
Torsdag kl. 10.00 - 15.00
Fredag kl. 10.00 - 13.00

Kreds Nordjylland

Kredschef

Iben Gravesen

Telefon: 4695 4850
Telefax: 9634 1426
Hjemmeside: www.dsr.dk/nordjylland
E-mail: nordjylland@dsr.dk

Kontor

Sofiendalsvej 3
9200 Aalborg SV

Kontorets åbningstider

Man - ons kl. 09.00 - 15.00
Torsdag kl. 13.00 - 16.00
Fredag kl. 09.00 - 12.00



Verdier gjennom mennesker

NORGES LEDENDE HELSEVIKARBYRÅ

- **Helsenor** er Norges ledende helsevikarbyrå. Vi leverer til de fleste sykehus, samt en rekke kommuner i hele Norge.
- **Helsenor** foretrekkes av vikarer og kunder grunnet vår servicegrad og tilgjengelighet.
- **Helsenor** vet å verdsette din kompetanse. Vi gir deg de beste totalbetingelser i form av personlig oppfølging, god lønn samt fri reise og bolig.

Du har kompetansen – vi har oppdragene.

post@helsenor.no • Tlf: +47 04111 - fra Sverige: 08 503 16 444

Jobbe i Norge :-)

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

Lønn sykepleiere fra 350 000 til 420 000 pr år + gode UB- og ovetidstillegg. Lønn spesialsykepleier fra 380 000 til 450 000 pr år + gode UB- og ovetidstillegg. Vi dekker reise og bolig.

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

Uansett om du feirer jul hjemme eller skal jobbe så ønsker vi Dedicare deg en riktig God jul og Godt nyttår. Ta gjerne kontakt med oss om du ønsker jobb.

Kontakt oss enten via **www.dedicare.no**
eller kontakt oss via mail **rekruttering@dedicare.no**
eller ring **+47 74 80 40 70**



www.dedicare.no

DEDICARE
Vi bemanner med glede