

Spørg om Fag
Skal der gå 3 min.
imellem øjendryp?

Hvornår stopper fyringerne?

SYGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING NR. 18 • 22. OKTOBER 2010 • 110. ÅRGANG



Sygeplejersker registrerer ikke overtid



Bakteriebombe

Bryd voldsspiralen i
psykiatrien



Har du også besluttet **ALDRIG AT BLIVE GAMMEL?**

Har du tænkt over, om du har råd...?



Bestil et tilbud på en supplerende opsparing på pka.dk/mer
eller ring til **39 45 45 40** og hør mere om dine muligheder.



State-of-the-iron

Vi introducerer MonoFer® – jernmangelkorrektion i ét klinikbesøg!

MonoFer® er et nyt jernpræparat til behandling af jernmangelanæmi udviklet og patenteret af Pharmacosmos i Danmark. MonoFer® har lav toksicitet og kan derfor gives i store doser. MonoFers® brede dosisspektrum gør det muligt at korrigere patienters jernmangelanæmi ved ét kortvarigt klinikbesøg*. MonoFer® muliggør derfor en enkel behandling af jernmangelanæmi for dig og dine patienter.

- Bredt dosisspektrum: 100, 200, 500, 1000, 1500, 2000 mg*
- Hurtig infusion i høje doser¹
- Mulighed for jernmangelkorrektion i ét kortvarigt klinikbesøg¹
- Ingen testdosis¹

* Op til 20 mg/kg kropsvægt. Konsulter produktinformation for detaljer vedrørende dosering.

| iMatrix™ | | |
|--|---|--|
| | | |
| Indholdssto er: | Formulering: | Frigivelse: |
| Jern (III) ¹ Isomaltosid 1000 med lav immunologisk aktivitet ^{2,3} | Stærkt bundet jern ¹ Lille risiko for frit jern ¹ US-patent | ► Bredt dosis spektrum ¹ ► Ingen test dosis ¹ ► Kontrolleret afgivelse af biotilgængeligt jern ¹ |

MonoFer® (jern isomaltosid 1000)

Note: Se venligst det komplette produktresumé inden receptudskrivelse. **Lægemiddelform:** Jern isomaltosid 1000 opløsning til injektion/infusion. 100 mg/ml tilgængelig som hætteglas af 100 mg/ml, 200 mg/2 ml, 500 mg/5 ml og 1000 mg/10 ml. **Indikationer:** MonoFer® anvendes til behandling af jernmangelanæmi hos patienter ≥18 år, når orale jernpræparater ikke kan anvendes, f.eks. enten ved manglende effekt eller ved klinisk behov for hurtig tilførsel af jern. Diagnosen bør basere sig på relevante laboratorieundersøgelser. **Administration:** Doseringen af MonoFer® angives som mg jern og indgives IV. Korrekt dosering af MonoFer® beregnes individuelt for hver patient. MonoFer® kan gives som en 100-200 mg bolusinjektion, under hæmodialyse som direkte injektion i blodslangen på vensesiden af dialyseapparatet, eller som infusion af op til 20 mg jern/kg kropsvægt. Når MonoFer® gives som infusion, må MonoFer® udelukkende opløses i 100-500 ml steril 0,9% natriumklorid. Individuelle doser på mere end 1000 mg bør kun anvendes på hospitaler. **Kontraindikationer:** Anæmi, der ikke skyldes jernmangel. For højt jernniveau eller dårlig udnyttelse af jern. Overfølsomhed overfor det aktive stof eller

andre indholdsstoffer. Patienter med astma, allergisk eksem eller anden atopisk allergi. Dekompenseret levercirrose og hepatitis. Rheumatoid arthritis med symptomer eller tegn på aktiv inflammation. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** Parenteral indgift af jern kan medføre alvorlige og potentielt dødelige overfølsomhedsreaktioner. MonoFer® må derfor kun gives, når anafylaksiberedskab, inklusiv 1:1000 adrenalinopløsning, er umiddelbart tilgængelig. Risikoen er øget for patienter med kendte (medicin-) allergier og for patienter med andre immunologiske eller inflammatoriske lidelser. Parenteralt jern bør bruges med forsigtighed til patienter med akut eller kronisk infektion. Hypotension kan opstå, hvis injektionen gives for hurtigt. **Graviditet:** MonoFer® bør ikke anvendes ved graviditet med mindre det er strengt nødvendigt. Behandling bør begrænses til andet og tredje trimester. **Bivirkninger:** Ingen meget almindelige (≥10%) eller almindelige (1%-10%) bivirkninger er angivet. Ikke almindelige (0,1%-1%): Synsforstyrrelser, følelsesløshed, dyspnø, dysfoni, kvalme, opkastninger, abdominale smerter, forstoppelse, rødme, kløe, hududslæt, krampes, anafylaktoide reaktioner, hedeure, feber, ømhed, inflammation ved injektionsstedet,

lokal phlebitis. Se venligst det komplette produktresumé for oplysninger om sjældne og meget sjældne bivirkninger. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Pharmacosmos A/S, Rørvangsvej 30, DK-4300 Holbæk. Udlieferingsgruppe B. Priser (AUP) og pakninger pr. maj 2010: 5x1 ml, Vnr. 089901 kr. 1.911,40; 5x5 ml, Vnr. 089913 kr. 9.473,45; 2x10 ml, Vnr. 089936 kr. 7.582,94. Dagsaktuel pris kan findes på www.medicinpriser.dk.

Produktresuméet er forkortet i forhold til det af Lægemiddelstyrelsen godkendte produktresumé. Det fulde produktresumé kan vederlagsfrit rekvireres fra Pharmacosmos A/S.

Referencer: 1. MonoFer produktresumé 2. Richter W., Int Arch Allergy 1971;41:826-44. 3. Lungström K.G., J Vasc Surg 2006; 43:1070-2

 **MonoFer®**
jern isomaltosid 1000

PHARMACOSMOS

PHARMACOSMOS udvikler og markedsfører medicin til behandling af jernmangel. Som et uafhængigt medicinalfirma med stærke traditioner inden for forskning og udvikling, er Pharmacosmos' målsætning kontinuerligt at forbedre behandlingsmulighederne for både patienter og behandlere.

www.monofer.com

KORT

6 Overvægtige kvinder dør oftere af brystkræft
Overvægtige kvinder har mindre chance for at overleve brystkræft end normalvægtige.

12 Hvornår stopper fyringerne?
"Vi havde ikke forventet, at prikkedagen ville føles så hård," siger sygeplejersker fra Hillerød Hospital.

TEMA

16 Sygeplejerske registrerer ikke overarbejde
To ud af fem sygeplejersker undlader at registrere deres overarbejde en eller flere gange om måneden. Helt uholdbart, mener Dansk Sygeplejeråd.

BAGGRUND

24 Hold fingrene fra sodavandsautomaten
Knapperne på den populære maskine udgør en sundhedsrisiko, fandt eleverne fra 10. klasse i Høje-Taastrup ud af, da de fik besøg af kommunens sundhedsplejersker.

30 Nyt patientklagesystem - Sygeplejersker og fejlbehandlede mødes til mægling
Fra nytår ændres patientklagesystemet, så fejlbehandlede patienter kan tilbydes et møde med de sygeplejersker og læger, som har behandlet dem.

32 På job: Observationsskemaer giver godt overblik
Nyindlagte patienter i Region Sjællands Sygehus Syd får målt vitale værdier mindst tre gange det første døgn. Det giver et rigtig godt overblik, synes sygeplejerskerne i Akut Modtageafsnit i Nykøbing Falster.

34 Udsyn: En lille bitte klinik i Rocky Mountains
Som Family Nurse Practitioner kan sygeplejerske Shawn Quick tage sig af lidt af det hele for patienterne. Hun har åbnet sin egen sygeplejeklinik i Colorados tyndtbefolkede Rocky Mountains.

NYT FRA DSR - DIN ORGANISATION

38 Leder: Sæt sundhed på dagsordenen
"Danmarks læger, sygeplejersker og sosu-assistenten har bragt os langt gennem fælles indsats. I gør det godt!" Sådan lød ordene i statsministerens åbningstale. Men selvom statsministeren smører godt med flødeskum på, er hans tale desværre ikke meget mere end ord.

39 Sygeplejersker går ikke til pressen
Ni ud af 10 sygeplejersker tier om uholdbare forhold på arbejdspladsen. Det viser en undersøgelse fra FTF.

45 Sundhedsfaglige kandidater kan selv vælge organisation
Dansk Sygeplejeråd og Dansk Magisterforening har nu afklaret, hvor cand.scient.san.er i regioner og kommuner skal være medlemmer. En stor gruppe kan vælge selv.

16



34

54



FAG

52 Faglig information

54 Håndtering af voldelige situationer i psykiatrien

Trusler og vold er en potentiel risiko for sygeplejersker i psykiatrien. Der er brug for en procedure for systematisk kommunikation om konfliktsituationer.

60 Grøppeforløb med kræftpatienter en succes

Et projekt fra Onkologisk Afdeling på Århus Sygehus antyder, at mange patientgrupper kunne have udbytte af en gruppeorganiseret sygepleje.

64 Patientuddannelse i Danmark anno 2010

Patientuddannelse er et af tidens mantraer, men virker det efter hensigten, når kronisk syge lærer at varetage dele af deres egen behandling og i givet fald hvorfor?

I HVERT NUMMER

22 Bøger

27 Spørg om Fag

28 Parentes

37 5 faglige minutter

46 Navne/Mig og mit job/Mindeord

48 Debat

67 Stillingsannoncer

70 Kurser/møder/meddelelser

72 Kontakt

Tik tak, tik tak, tik ... blikket fæstner sig på armbåndsuret for straks efter at vende tilbage til skærmen. Øv. Viserne på uret har for længst passeret den stilling på skiven, som jeg havde forventet at se, når jeg sad trygt i toget på vej hjem. Nu sidder jeg fortsat på min pind og er ikke lillige nået så langt, som jeg havde forventet. Med andre ord: Tiden er løbet fra mig, det har - endnu en gang - taget lidt længere tid at være på arbejde, end jeg havde regnet med.

Og hvorfor er det igen endt sådan?

Jeg tror ikke, der kun findes ét svar på, hvorfor tiden en gang imellem skrider, når man er på arbejde. At være på arbejde er en kompliceret affære med en blanding af fagligt betingede opgaver, der skal udføres i en kakofoni af rutinehandlinger ind imellem velkomne og mindre velkomne forstyrrelser, samtidig med at man skal forholde sig socialt og fagligt til kolleger og chefer, og hvem der nu ellers lige måtte bryde ind, personligt eller via telefonen. At ramme plet i tidsforbrug med det alt sammen på 7 timer og 26 minutter - eller hvad ens arbejdsdag nu engang er sat til - er noget af et kunststykke!

Hvordan det så ligger med betalingen, når kunststykket mislykkes, og tiden skrider - det handler vores tema om denne gang: Er det overarbejde, når man er på arbejde længere end forventet, og husker du at registrere det som sådant - hvis det altså er det?

At styre tiden på den lidt længere bane - for et år ad gangen - får du hjælp til i dette nummer af bladet, idet vi har vedlagt DSR's kalender for 2011.

Henrik Boesen,
redaktionschef
hbo@dsr.dk



www.sygeplejersken.dk

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



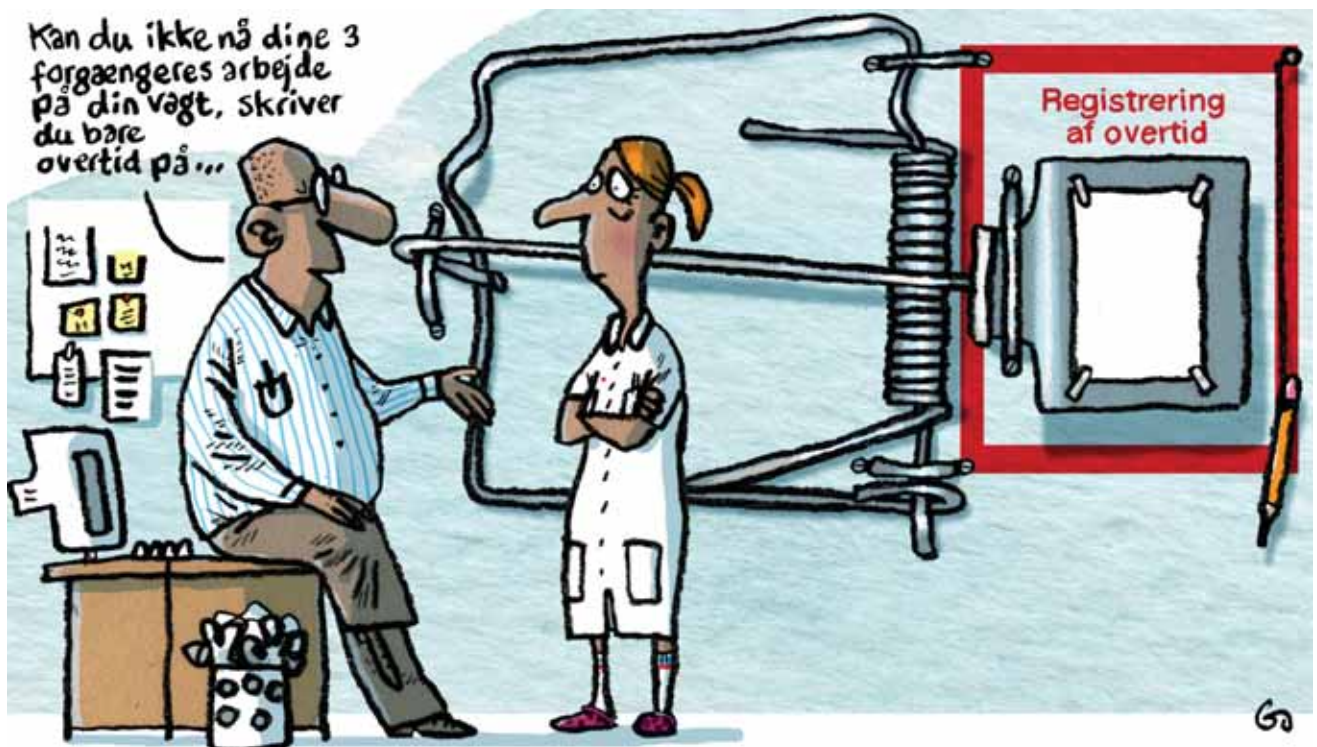


ILLUSTRATION: GITTE SKOV

Nobelpris til reagensglasmetodens opfinder

Årets nobelpris i medicin går til Robert G. Edwards, opfinderen af reagensglasmetoden.

Siden det første reagensglasbarn, Louise Brown, blev født i 1978, har ca. fire millioner babyer verden over nydt godt af in vitro-fertilisering, som reagensglasmetoden også kaldes. Det var den britiske forsker Robert G. Edwards og hans nu afdøde kollega Dr. Patrick Steptoe, der efter mange års forskning fandt ud af at tage æg ud af kvindens krop, befrugte dem med sæd for atter at indføre et til to befrugtede æg i livmoderen. Historien har vist, at børn undfanget med denne metode ikke er mere udsatte eller syge end børn undfanget på almindelig vis. Nu bliver den 85-årige Robert G. Edwards så hædret med årets nobelpris i medicin. Det skriver The New York Times.

I dag er in vitro-befrugtning bredt accepteret, men fødslen af Louise Brown i 1978 blev ifølge The New York Times dengang mødt med intens etisk og moralsk bekymring. Mange mente, at naturens orden blev undergravet af det unaturlige indgreb i menneskets måde at skabe børn på. Dr. Edwards selv var bevidst om de etiske spørgsmål i sin forskning og har haft en aktiv rolle i diskussionen.

Robert G. Edwards var grundet helbredsmæssige problemer ikke selv til stede ved prisoverrækkelsen på Karolinska Institutet i Sverige. Som en af talerne ifølge The New York Times udtalte under prisoverrækkelsen: "Dr. Edwards husker fortiden, men desværre ikke nutiden." (er)

Kilde: The New York Times den 4. oktober 2010.

Systematiske observationer giver overblik

Systematiske observationer af respirationsfrekvens, iltmætning, temperatur, blodtryk, puls, bevidsthed og vandladning, som bliver noteret i et overskueligt observationsskema, er en god hjælp i vurderingen og beskrivelsen af den kritisk syge patient. Det viser en spørgeskemaundersøgelse fra AMA, akutafdelingen i Nykøbing Falster, hvor Sygehus Syds basale observationsskema (BOS) har været i brug i godt et år. 89 pct. af afsnittets personale synes, at en fuld BOS-måling er en hjælp til at beskrive den kritisk syge patient. 84 pct. mener, at en fuld BOS-måling er en hjælp i vurderingen af patienten. 89 pct. synes, det er en hjælp at kende patientens BOS-score. (kb)

Læs også reportagen fra afsnittet side 32



FOTO: SØREN SVENDSEN

Overvægtige kvinder dør oftere af brystkræft

AF JULIE WINTHER BENGTON, JOURNALIST

Overvægtige kvinder har mindre chance for at overleve brystkræft end normalvægtige. Det viser en ny undersøgelse fra Statens Institut for Folkesundhed. I undersøgelsen har man fulgt 528 kvinder med brystkræft gennem sygdomsforløbet for at vurdere, hvordan forskellige faktorer påvirker risikoen for at dø af sygdommen.

Kvinder med et BMI over 30 har 61 pct. større risiko for at dø af brystkræft end kvinder med et BMI mellem 20 og 25.

Ifølge overlæge Iben Holten fra Kræftens Bekæmpelse er resultatet interessant i forhold til forebyggelsen af tilbagefald:

"Det er jo interessant fra en behandlingsvinkel, at de faktorer, som spiller ind på udviklingen af cancer, også ser ud til at have betydning for risikoen for tilbagefald," siger hun.

Dette uddyber hun med, at kvinder med meget fedtvæv danner mere østrogen, som fremmer væksten af kræftceller. Derfor har overvægtige kvinder også større risiko for at udvikle brystkræft i første omgang.

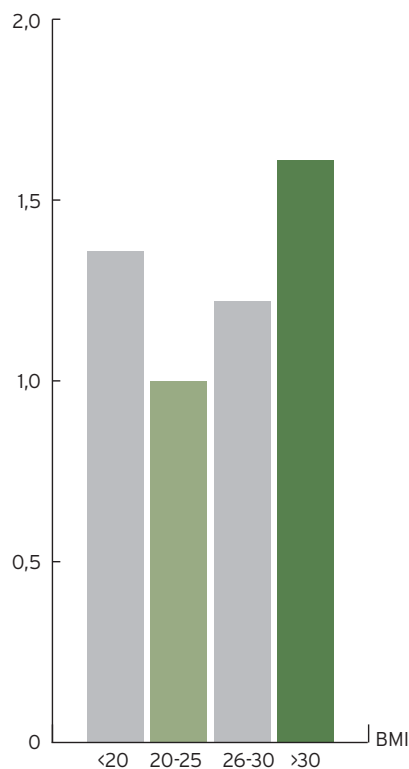
Resultaterne understreger ifølge Iben Holten det essentielle i at blive ved med at formidle budskabet om sund livsstil:

"Det er vigtigt at sige til kvinderne, at det stadig betyder noget at have en fornuftig livsstil, for det giver alt sammen en større chance for overlevelse," pointerer hun.

Kvinder med et BMI under 20 og mellem 26-30 havde i undersøgelsen også forøget dødelighed, men ifølge adjunkt

Lau Caspar Thygesen fra Statens Institut for Folkesundhed kan dette have været en tilfældighed, da der var relativt få kvinder, som kunne placeres i de BMI-grupper.

Relativ risiko for død efter brystkræftdiagnose



Kilde: Hellmann SS, Thygesen LC, Tolstrup JS, Grønbaek M. Modifiable risk factors and survival in women diagnosed with primary breast cancer: results from a prospective cohort study. Eur J Cancer Prev 2010;19(5):366-73.

Øl hitter blandt drengene

Øl er populært blandt drenge i 9. klasse, mens de såkaldte alkopops, som er en blanding af sodavand og alkohol, hitter blandt både piger og drenge. Hver femte dreng svarer, at han drikker øl i løbet af en uge. Blandt pigerne er det kun 7 pct., der drikker øl ugentligt. Det viser tal fra den endnu ikke offentliggjorte Skolebørnsundersøgelse 2010. Blandt samtlige elever i 9. klasse svarer 15 pct. af drengene og 14 pct. af pigerne, at de drikker alkopops hver uge. Og 14 pct. af drengene og 10 pct. af pigerne drikker spiritus hver uge. Til gengæld er vin ikke populært. Under 5 pct. af de unge i 9. klasse drikker vin i løbet af en uge.

Kilde: Statens Institut for Folkesundhed.

Sverigedemokrater er ikke velkomne

Aktive medlemmer af det indvandrerkritiske parti Sverigedemokraterne er ikke velkomne i den svenske sygeplejerskeorganisation, Vårdförbundet.

"Sverigedemokraterne skal ikke ekskluderes af forbundet. Men deres holdninger er ikke forenelige med vores fagetik og Vårdförbundets vedtægter," siger formand for det svenske Vårdförbundet, Anna-Karin Eklund, til de svenske sygeplejerskers blad Vårdfokus.

Indsatsen for verdens fattige børn virker

Børnedødeligheden er høj på verdensplan, men udviklingen går den rigtige vej. I år dør der 12.000 færre børn om dagen, end der gjorde i 1990. Det svarer til et fald på en tredjedel ifølge nye tal fra bl.a. UNICEF og WHO. Omkring halvdelen af dødsfaldene sker i fem lande: Indien, Nigeria, Congo, Pakistan og Kina.

Læs mere på www.unicef.dk > nyheder

Ortopædkirurgiske sygeplejersker finder sammen

International Collaboration of Orthopaedic Nursing, ICON, er en ny sammenslutning af ortopædkirurgiske sygeplejersker fra hele verden. Organisationen har afholdt sin første kongres i Dublin medio september, seks danske sygeplejersker deltog med et foredrag og to poster.

Læs mere på www.ortopaedicnursing.org/ og www.icon2010.com

Færre penge til kamp mod malaria

Den globale kamp mod malaria fattes penge. En ny rapport fra en gruppe britiske og afrikanske eksperter offentliggjort i The Lancet viser, at kun 21 af 93 malariaramte lande i verden har penge til at indføre en effektiv malariakontrol.

Dialogmøde med fejlbehandlede kan være forløsende

Efter nytår bliver loven om patientklager ændret, så patienter i nogle tilfælde får mulighed for en dialog samtale med personalet på den afdeling, hvor de er blevet fejlbehandlet. Hvad vil du sige til at deltage i et møde med den patient, der har klaget?

Af Britta Søndergaard, journalist



FOTO: SØREN SVENDSEN

Hanne Christensen, sygeplejerske, Infektionsmedicinsk Afdeling, Hvidovre Hospital



FOTO: ALEX TRAN

Hanne Svenningsen, sygeplejerske, Telemedicinsk Afdeling, Svendborg Sygehus



FOTO: KISSEN MØLLER HANSEN

Berit Ejsing, sygeplejerske, Lungemedicinsk Afdeling M2, Regionshospitalet Holstebro



FOTO: MICHAEL BO RASMUSSEN

Jette Nordberg, sygeplejerske, Kirurgisk Afsnit Sygehus Vendsyssel, Hjørring

"Jo, det tror jeg kan være en god idé i nogle tilfælde. Det kan give mulighed for at forklare de reelle omstændigheder omkring forløbet, og hvorfor der er sket en fejl, og det kan gøre situationen lettere for sygeplejersken. Men det kommer lidt an på årsagen til fejlen. Mange fejl sker på grund af tidspress, og i den situation er det ikke rimeligt, at den enkelte sygeplejerske skal stå til ansvar. Jeg forudser også, at det kan blive vanskeligt at få tid til dialogmøder med patienter i en presset hverdag."

"Det ville jeg ikke have noget imod. Jeg tror, det kan være forløsende for de patienter, der har oplevet noget grimt i sundhedsvæsenet. Jeg tror faktisk også, det kan hjælpe den sygeplejerske, der har været med i et forløb, der ikke er gået godt. Det er ikke altid, man kan blive enig om, hvad der er sket, for nogle gange oplever personalet og patienterne tingene vidt forskelligt. Der er nogle patienter, der i en sorg bliver rigtig vrede på systemet. Personalets største opgave er at lytte til patienten og lære af det, der er sket."

"Det kunne jeg godt forestille mig. Vi er i et fag, hvor vi hele tiden skal udvikle os og lære nyt. Hvis vi får en dialog med patienten om, hvad der er sket, så kan vi bedre lære af fejlen. Jeg tror også, det kan være en stor lettelse for sygeplejersken at møde den patient, der klager, og samtidig kan et dialogmøde være positivt for patienten. Jeg er da godt klar over, at man kan komme til at sidde med en følelse af at være under anklage, for sygeplejersker er mennesker ligesom alle andre. Men når vi laver en fejl, er vi nødt til at tage ansvar for det."

"Det ville jeg gerne. Det er en god mulighed for at få lov til at komme med sine egne synspunkter om forløbet. Samtidig kan vi som sygeplejersker lære af, hvordan patienten har oplevet situationen. Jeg tror, et dialogmøde vil være givtigt for begge parter. Det kan også hjælpe patienten at snakke med personalet om, hvordan de oplever, at tingene hænger sammen."

Læs også artiklen: "Sygeplejersker og fejlbehandlede mødes til mægling" side 30 i dette nummer af Sygeplejersken.

Sensorer holder øje med Gladsaxes ældre

50 ældre Gladsaxeborgere deltager i nær fremtid i et forsøg med et fransk udviklet tryghedssystem. Tryghedssystemet består af sensorer, der opstilles forskellige steder i borgerens hjem og sender en alarm til hjemmeplejen, hvis borgeren er faldet eller ikke er stået ud af sengen om morgenen. Forsøget i Gladsaxe kører i første omgang som en etårig forsøgsordning med støtte fra regeringens ABT-fond (Anvendt Borgernær Teknologi). (sp)

” Vi skal holde op med at forvente, at man er på vej ud af arbejdsmarkedet, bare fordi man fylder 60. Forventningen burde i stedet være, at man bliver ved, til man bliver 70 år.

Indenrigs- og sundhedsminister Bertel Haarder (V) B.T. den 13. oktober 2010.

TEST DIN VIDEN

Temaet er influenzavaccination, test dig selv eller en kollega.

Influenzasæsonen er over os, og vi skal igen tage stilling til vaccination.

1. Beskytter influenzavaccinen i år både mod den almindelige sæsoninfluenza og den nye influenza A (H1N1), der kom frem sidste år?

- Nej, det kræver en ekstra vaccination.
- Vaccinen beskytter i år mod tre forskellige influenzatyper - også den nye influenza A (H1N1).

2. Kan der være bivirkninger ved vaccinationen?

- Vaccinen kan i sig selv give influenza.
- Man kan blive øm dér, hvor man bliver stukket, få feber eller blive utilpas.

3. Influenzavaccination er gratis for personer, der er i særlig risiko for at blive alvorligt syge af influenza. Tilhører overvægt-

tige, gravide og personer, der bor sammen med patienter med meget svækket immunforsvar denne gruppe?

- Nej, de må selv til lommen.
- Ja, de tre grupper er nye i forhold til gratis vaccination.

4. Kan man få influenza, selv om man er vaccineret?

- Det er muligt, men ofte kun i mild grad.
- Nej, vaccinen beskytter 100 pct.

5. Hvor meget betaler bopælsregionen egentlig for den vaccination, de udvalgte gratisgrupper modtager?

- 130 kr. pr. vaccination.
- 300 kr. pr. vaccination.

(er)

Læs svarene side 46.

Kilder: www.beskytdigmodinfluenza.dk Bekendtgørelse om gratis influenzavaccination til visse persongrupper.



Skod din sidste smøg. Sådan lød budskabet på Rådhuspladsen den 7. oktober under Europa-Kommissionens kampagne "Hjælp til et liv uden tobak". Kampagnen retter sig specielt mod unge, og den handler både om hjælp til ikke at begynde at ryge og hjælp til at holde op. I Danmark er kampagnen støttet af Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse.

Læs mere på www.help-eu.com

(sbk)



Foto: Tine Harden

Vil du være mentor for SOSU-studerende?

KVINFOs mentornetværk søger kvinder og mænd, som gerne vil være mentor for SOSU-studerende fra Social- og Sundhedsskole på Frederiksberg.

Som mentor skal du mødes med den studerende og snakke om, hvordan det går på uddannelsen og hjælpe med studieopgaver. Formålet med møderne er at styrke og fastholde den studerende på uddannelsen. Det vigtigste er, at du har lyst og har tid til at mødes et par gange om måneden. De studerende har anden etnisk baggrund end dansk.

Tilmelding og spørgsmål:

kontakt projektansvarlig Gitte M. Rasmussen på tlf.: 3314 1156 eller mail: gitte.rasmussen@kvinfo.dk

Der er løbende tilmelding.

KVINFOs mentornetværk har i efteråret 2010 indgået et samarbejde med Tietgen Integrator og Diakonissestiftelsens Social- og Sundhedsskole på Frederiksberg. KVINFOs mentornetværk er en mentorordning, der matcher flygtninge- og indvandrerkvinder med kvinder og mænd, som er aktive på det danske arbejdsmarked.

K V I N F O

Badekåbe på cykel

AF JETTE BAGH, FAGREDAKTØR • ILLUSTRATION: PIA OLSEN

Kamma, 23 år, er sygeplejestuderende og netop begyndt på sit første praktikophold på en medicinsk afdeling. Praktikvejlederen Hanne er venligheden selv. Blid, forstående og en guldgrube af faglighed. Hun hører til de mest læsende på afdelingen og har altid lige en artikel, som Kamma skal se. Indimellem er den på norsk eller engelsk. Kamma er fuld af beundring, og når hun taler med de andre studerende, føler hun sig heldig, fordi Hanne er så engageret.

En dag er Kamma på vej hjem, da hun møder Hanne uden for hospitalet. Hanne har tabt en stor sort plastiksæk, og Kamma går hen for at hjælpe hende med at få den op på cyklen igen.

Hun kan ikke undgå at se, at der ligger en hvid badekåbe øverst i sækken. Hun tænker først nærmere over det, da hun kommer hjem. Hvorfor kører Hanne rundt med en patientbadekåbe i en sort sæk? Skal hun klæde sig ud? Er den gået i stykker? Er det overvægtige fru Andersens personlige badekåbe, som Hanne i luther godhed vil vaske derhjemme? Eller stjæler Hanne ganske enkelt? Kamma overvejer, om hun skal reagere og i givet fald hvordan.

Hvad synes du? Læs nedenfor, hvad vores panelmedlemmer mener og skriv dit personlige svar på www.sygeplejersken.dk under dilemma eller på www.facebook.com/sygeplejersker

Svar 1. Dette er et dilemma på den utilitaristiske arena. Dvs. at dilemmaet kan beskrives som overvejelser over, hvorvidt det kommer samfundet til gode, at nogen stjæler morgenkåber fra sygehuset. Med den vinkel kan handlingen ikke betragtes som korrekt.

Sætter vi dilemmaet i et kantiansk perspektiv, dvs. at en handling er etisk korrekt, når den kan ophæves til almen lov, ville det i dette tilfælde betyde, at det ville være korrekt, at alle ansatte i sygehusvæsenet tog morgenkåber med hjem. Denne vinkel gør blot handlingen mere uetisk.

Men nu er der kun tale om en morgenkåbe, og handlingen står i skærende kontrast til Hannes generelle handlemønster både fagligt og pædagogisk. Man kunne derfor vælge at se på hensigten bag handlingen, nogen vil kalde det et dydsetisk perspektiv, og dermed fravælge det konsekvensetiske. Set i lyset af Hannes generelle adfærd vil det ikke være urealistisk at antage, at Hanne må have haft til hensigt at låne morgenkåben til udklædning efter aftale med lederen. Risikoen ved en sådan accept er "The Slippery Slope", dvs. at accepten af en uetisk handling i det konsekvensetiske perspektiv vil føre til accepten af flere.

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



Svar 2. Kamma skal vælge mellem at reagere eller ikke reagere. Begge dele vil få konsekvenser for Hanne og Kamma. I den professionelle relation mellem dem er der et legitimt og bevidst magtforhold, som er funderet på værdier som tillid og gensidig respekt.

Hvis Kamma konfronterer Hanne med sine tanker om, hvorfor hun kører rundt med en hvid badekåbe, vil værdierne være truet, og hvis Kamma tager fejl, vil der opstå mistillid mellem de to. Den gensidige respekt forsvinder, og den professionelle relation vil have svært ved at fortsætte.

Hvis Kamma ikke reagerer, vil hun måske have skærpet opmærksomhed på, om der opstår situationer, hvor hun får eller afkræftet sin mistanke.

Da der er grundlæggende værdier i spil, vil værdierne få forrang for mistanken i min optik. Hvis Kamma på et senere tidspunkt får beviser for, at Hanne har stjålet, vil jeg anbefale, at hun fortæller det til afdelingssygeplejersken, så hun kan tage fat på problemet.

Af Randi Bligaard Madsen, udviklings- og kvalitetskoordinator, medlem af Sygeplejeetisk Råd.

Kernefamilien skærmer børn og unge

Børn og unge, der ikke lever i kernefamilier, er hyppigere marginaliseret, viser en ny rapport.

Det begynder godt for de allerfleste børn i Danmark. Helbredet er godt, de går glade til daginstitution og skole, de spiser sundt og har et aktivt liv. Men fra teenagealderen befinder en del børn sig i en risikozone for at blive marginaliserede. Det viser en ny rapport "Børn og unge i Danmark - Velfærd og trivsel 2010".

En høj andel af de unge piger udvikler følelsesmæssige problemer, der kan udarte sig gennem indadvendthed, depressive symptomer, selvmordsforsøg eller spiseforstyrrelser. Drengene ryger og drikker mere end jævnaldrende piger, de spiser mere usundt, har flere erfaringer med stoffer og har generelt en hyppigere adfærd på kant med loven. Som helhed er der tre gange så mange børn og unge af anden etnisk herkomst, som befinder sig i risikozonen for marginalisering som danske.

Undersøgelsen har også set på, hvad køn, alder, familieforhold mv. betyder for børns og unges levevilkår og for, hvordan de trives. Et opsigtsvækkende resultat er her, at børn og unge, der ikke lever i kernefamilier, er hyppigere marginaliseret. Kernefamilien ser således ud til at beskytte de unge mod de mønstre, som medvirker til en risikobetonet adfærd. (er)

Rapporten "Børn og unge i Danmark - Velfærd og trivsel 2010" kan downloades eller bestilles på www.sfi.dk

STUDERENDE I PRAKSIS

Rationel sygepleje

AF LINE BANG-OLSEN, DIAKONISSESTIFTELSENS SYGEPLEJESKOLE, 7. SEMESTER.

Patienten skal medinddrages, sådan lyder det alle vegne, men indimellem bliver det glemt.

I en dagvagt skal jeg passe en 69-årig dame, som er indlagt pga. et stort venstresidigt infarkt, der har medført svær apopleksi.

Da jeg kommer ind på stuen, medbringer jeg apparater til måling af vitale værdier. Infarktet har medført, at patienten har svære neurologiske udfald i form af global afasi, højresidig hemiparese og højresidig homonym hemianopsi (en synsdefekt).

På stuen ser jeg, at patienten er en lille og meget overvægtig dame, som ligger på ryggen i sengen og er vågen. Da hun får øje på mig, rækker hun sin raske hånd ud efter mig, som hun knuger hårdt, og hun græder.

Jeg kan se på patienten, at hun vil sige noget, men ikke kan. Med sin mimik forsøger hun ivrigt at udtrykke sig ved at se mig intenst i øjnene og knuge min hånd, som hun holder tæt ved sit bryst, samtidig med at tårerne triller ned ad hendes kind. Jeg er i tvivl om, hvordan jeg skal reagere. Jeg vil gerne fortælle hende, at det hele nok skal gå godt, og trøste hende, men hendes intense blik fortæller, at det ikke er, hvad hun behøver. Derfor sidder jeg lidt med hendes hånd i min, hun klemmer den let, og vi ser blot på hinanden. Jeg siger, at vi er her for hende, og at hun har lov til at være ked af det.

Kort efter kommer sygeplejersken ind, hun hilser hurtigt på patienten, hvorefter de vitale værdier måles. Dernæst får patienten hjælp til at blive vasket. Det er tydeligt, at patienten er præget af ubehag ved at ligge blottet i sengen. Hun forsøger hele tiden med den raske hånd at trække dynen over sig, samtidig med at hendes mimik indikerer frustration og afmagt. I den tid, det tager at soignere patienten, er det kun sygeplejersken og jeg, der taler sammen. Patientens medinddrages kun



ARKIVFOTO: ISTOCK

ved forflytninger. Da patienten er klædt på og lejret korrekt i sengen, går vi ud af stuen. Inden vi har forladt den, signalerer patienten, at vi skal rulle gardinet for, så hun skærmes for medpatienterne. Da jeg gør det, ser jeg, at patienten vender hovedet bort og ser ud ad vinduet med et udtryksløst ansigt og græder. Som dagen går, oplever jeg ikke, at det plejepersonale, som er tilknyttet stuen, sætter tid af til at tale med patienten om hendes situation. Jeg orienterer mig i sygeplejeturnalen, hvor jeg ser, at der intet er noteret om patientens psykiske tilstand. Det undrer mig, da patienten åbenlyst er præget af sin sygdom og giver fysisk udtryk for det. Jeg opretter derfor en plejeplan med fokus på patientens psykiske tilstand, så der bliver gjort opmærksom på problematikken.

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



Deltag i konkurrencen om et rejsegavekort på 10.000

INVITER VERDEN INDENFOR
– bliv værtsfamilie for en amerikansk studerende i fire måneder

BLIV DIS-VÆRTSFAMILIE

Bor I tæt på København, har I lyst til at få et internationalt netværk og blive bedre til engelsk? Så er det måske noget for jer at blive DIS værtsfamilie. Vi udvælger den helt rigtige studerende til jer og I modtager desuden 2400 kr. skattefrit om måneden.

Hvis I ikke har et ledigt værelse til rådighed, kan I blive **BESØGSFAMILIE** for en amerikansk studerende i stedet.

Kontakt os på familie@dis.dk eller ring til 33 11 01 44

Go to

www.dis.dk/familie
www.dis.dk/besoegsfamilie



kræftforeningen
Tidslerne

Kræftforeningen Tidslerne

- en uafhængig patientforening
- ledet og drevet af kræftpatienter

Kræftpatienter hjælper kræftpatienter

Tag ansvar for dit liv

Handling skaber forvandling

Der er altid en Tidsel at tale med

Tidsellinjen 7020 0515

www.tidslerne.dk

FYRINGER FYRINGER

"Hvornår stop

"Det er svært at bevare den positive ånd i arbejdet, når fremtiden er så usikker," siger sygeplejerske fra Hillerød Hospital på en prikkedag, hvor 28 sygeplejersker mistede deres arbejde.

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

"Hvor mange røg ud på jeres afdeling - og hvordan har I det?" Sms'er med seneste nyt om fyringsrunden er cirkuleret hele formiddagen. Det er prikkedag på Hillerød Hospital, tirsdag den 12. oktober. I modsætning til de fleste andre hospitaler i Region Hovedstaden har det nordsjællandske hospital hidtil været forskånet for større fyringsrunder. Det skyldes først og fremmest, at de ansatte via MED-udvalget har haft et tæt samarbejde med ledelsen om at finde andre former for besparelser.

Men en række strukturændringer og flytning af et optageområde for 50.000 borgere fra Hillerød til Herlev Hospital betyder, at det nordsjællandske sygehus skal fyre 130 medarbejdere, heraf 28 sygeplejersker, og nedlægge 282 fuldtidsstillinger. Hospitalet er i dagens anledning lukket for pressen, så personalet ikke bliver konfronteret med billeder af grædende sygeplejersker i medierne. Men inde i bygningen er der linet op med kriseberedskab til de fyrede. På operationssygeplejerske Hanne Linds afdeling er fyringen af en medarbejder blevet meldt ud fra morgenstunden. Stemningen på hendes afdeling er trykket, og nogle har grædt.

"Vi havde ikke forventet, at det ville blive så svært. For et par år siden havde vi nok sagt: Pyt, man kan jo altid finde et andet job, men sådan er situationen slet ikke i dag. Vi vil gøre alt for, at afskedigelserne ikke rammer patienterne. Men det er svært at bevare den positive ånd, når fremtiden er så usikker. Jeg kan da godt forestille mig, at der bliver flere afskedigelser, når flytningen af afdelinger er færdig i april 2011," siger Hanne Lind.

Slår benene væk

Sygeplejerske Lene Ohlsson arbejder på barselsgangen. Her er der ikke meldt fyringer ud, men fire stillinger er blevet omrokeret,

Dansk Sygeplejeråd hjælper de fyrede

De fyrede sygeplejersker på Rigshospitalet og Hillerød Hospital får hjælp af Dansk Sygeplejeråd Kreds Hovedstaden. En faglig konsulent fra Dansk Sygeplejeråd Kreds Hovedstaden bistår tillidsrepræsentanterne, så de kan hjælpe de fyrede på selve prikkedagen. Kredsen arrangerer opfølgende møder og netværksdannelse for de fyrede. Der eksisterer allerede et netværk for nyuddannede sygeplejersker, og der er planer om at lave netværk for arbejdsløse sygeplejersker med mange års erfaring. Kredsen har desuden arrangeret kurser for tillidsrepræsentanter, hvor de er blevet undervist i, hvordan de kan støtte fyrede medarbejdere på arbejdspladsen.

FYRINGER FYRINGER FYRINGER FYRINGER

per fyringerne?"



"Vi havde ikke forventet, at prikkedagen ville føles så hård," siger sygeplejerske Hanne Lind (th.) fra Hillerød Hospital. Hun ses her sammen med sygeplejerske Lene Ohlsson (tv.) og sygeplejerskernes fællestillidsrepræsentant Mette Sofie Haulrich (i midten).

og personalet løber hurtigere end før. Samtidig nager uvisheden om fremtiden.

"Man kan ikke lade være med at spørge sig selv: "Hvornår stopper fyringerne?" Vi får mere travlt, og det øger risikoen for fejl og forringer sygeplejen. Det er trist at tænke på," siger Lene Ohlsson.

Sygeplejerskernes fællestillidsrepræsentant Mette Sofie Haulrich oplever, at fyringerne slår benene væk under mange.

"Det er kompetente medarbejdere, der bliver opsagt, fordi der ikke er råd til at have dem ansat. Men for den enkelte er det svært at sige: "Jeg er blevet sagt op på grund af en besparelse." Arbejdet er afgørende for vores identitet som sygeplejersker. Det trækker tæppet væk under én at blive vraget," siger Mette Sofie Haulrich.

Verdensklasse-vision endt i politisk svigt

Hun finder det paradoksalt, at fyringerne er et resultat af Region Hovedstadens sundhedsplan for 2011, der ellers skulle realisere visionen om et sundhedsvæsen i verdensklasse.

"Grundlæggende er det et politisk svigt af dimensioner. I 2007 lancerede man hospitalsplanen som en stor politisk vision. Nu har planen udmøntet sig i fyringer," siger Mette Sofie Haulrich. Hun fortæller, at sygeplejerskerne i tidligere amtsborgmester Lars Løkke Rasmussens (V) gamle amt i forvejen har lagt ryg til adskillige rokader. De seneste syv år er strukturen blevet

Prikkedag i hovedstaden

Mandag den 11. oktober og tirsdag den 12. oktober var der prikkedag på to af hovedstadens hospitaler. På Rigshospitalet blev 90 medarbejdere afskediget, heriblandt 20 sygeplejersker. Hillerød Hospital fyrede 130 ansatte, heraf 28 sygeplejersker.

Næstformand i Dansk Sygeplejeråd Kreds Hovedstaden, Vibeke Schaltz, mener, at fyringerne er udtryk for dårlig ledelse:

"Det får betydning for patienterne, men der er også mange menneskeskæbner forbundet med fyringsrunderne, fordi det i øjeblikket er meget svært at få job i regionen. Vi mister så meget faglig viden, for det er virkelig kompetente medarbejdere, der fyres. I stedet burde man gøre noget for at fastholde de dygtige sygeplejersker, som vi ved, at hospitalerne kommer til at mangle om 2-3 år."

lavet om to gange, og nu er der igen store omrokeringer på vej. Eller som Mette Sofie Haulrich konstaterer:

"Personalet bliver udmattet af den slags omstruktureringer, for det koster ressourcer hver gang. Nogle gange kan man ikke lade være med at tænke: Hvor ville vi have mange ressourcer til pleje og omsorg, hvis vi bare var blevet stående og ikke havde lavet strukturændringer."

innohep[®] tinzaparin

Nu som sikkerhedssprøjte

Reducerer risikoen for stikskader
- for dig og for patienten¹

Tilskuds-
berettiget



innohep[®] et godt partnerskab i antikoagulationsbehandlingen

innohep[®]
tinzaparin



Forkortede produktresuméer, de fuldstændige produktresuméer (10.000 anti-Xa IE/ml 24. april 2007, engangssprøjt med sikkerhedsanordning den 14. juli 2010 og 20.000 anti-Xa IE/ml 25. januar 2010, engangssprøjt med sikkerhedsanordning den 13. august 2010) kan rekvireres hos LEO Pharma Nordic. innohep® tinzaparin, injektionsvæske. Indikationer: Forebyggelse af dyb trombose og tromboemboliske komplikationer. Forebyggelse af koagulation i venekanyler, slanger og apparatur til ekstrakorporal cirkulation og hæmodialyse. Behandling af venøs trombose og tromboembolisk sygdom incl. dyb venøs trombose og lungeemboli. Bemærk: innohep® er ikke indiceret til behandling af alvorlig lungeemboli, dvs. til patienter med høj risiko for hæmodynamisk instabilitet. Dosering: *Voksne:* innohep® 10.000 anti-Xa IE/ml: Tromboseprofylakse hos patienter med moderat risiko for trombose (almen kirurgi): På operationsdagen 3.500 anti-Xa IE s.c. 2 timer før operationen og derefter 3.500 anti-Xa IE én gang daglig i 7-10 dage. Tromboseprofylakse hos patienter med høj risiko for trombose (fx total hoftealloplastik): På operationsdagen 4.500 anti-Xa IE s.c. 12 timer før operationen og derefter 4.500 anti-Xa IE én gang daglig i 7-10 dage. Hæmodialyse (under 4 timers varighed): Bolusinjektion 2.000-2.500 anti-Xa IE ved dialysens start. Hæmodialyse (over 4 timers varighed): Bolusinjektion 2.500 anti-Xa IE ved dialysens start efterfulgt af 750 anti-Xa IE/time som kontinuierlig infusion. *Dosistilpasning:* Om nødvendig kan bolus øges eller mindses trinvis. *Kontrol af dosis:* Bestemmelse af plasma anti-Xa aktiviteten kan anvendes ved hæmodialyse. Plasma anti-Xa bør ligge omkring 0,5 anti-Xa 1 time efter indgift. De forskellige lavmolekylære hepariner er ikke nødvendigvis ens. Derfor skal de specifikke doseringer og instruktioner for hvert enkelt produkt følges. *Nedsat leverfunktion:* Ved udtalt nedsat leverfunktion bør en reduktion af dosis overvejes. innohep® 20.000 anti-Xa IE/ml: Behandling af venøs trombose og tromboembolisk sygdom incl. dyb venøs trombose og lungeemboli: 175 anti-Xa IE/kg legemsvægt s.c. én gang daglig. Peroral antikoagulation bør være påbegyndt på behandlingens 2. dag. 175 anti-Xa IE/kg legemsvægt 1 gang daglig i mindst 6 dage og indtil tilstrækkelig peroral antikoagulation er igangsat. De forskellige lavmolekylære hepariner er ikke nødvendigvis ens. Derfor skal de specifikke doseringer og instruktioner for hvert enkelt produkt følges. *Børn:* Ingen erfaring. *Ældre:* Nyrefunktion bør estimeres ved fx Cockcroft-Gault formelen for at bestemme kreatininclearance. Der er ikke behov for dosisjustering hos ældre patienter med normal nyrefunktion. *Nyreinsufficiens:* Der er ikke behov for dosisjustering hos patienter med kreatininclearance-niveau ned til 20 ml/min. Forsigtighed bør dog udvises ved behandling af patienter med svær nyreinsufficiens (kreatininclearance <30 ml/min). Kontraindikationer: innohep® 10.000 anti-Xa IE/ml og 20.000 anti-Xa IE/ml: Overfølsomhed over for tinzaparin, heparin eller andre innohep® indholdsstoffer. Aktual eller tidligere trombocytopeni (type II) i forbindelse med heparin. Blødningstendens. Ukontrolleret svær hypertension. Septisk endokarditis. Intrakraniell eller intraokulær blødning eller anden aktiv blødning. Hæmorrhagisk diatese, mangel på koagulationsfaktorer, alvorlig trombocytopeni. Svær nedsat funktion af lever eller bugspytkirtel. Aktiv gastroduodenal ulcussygdom. Hjerne-, rygmarvs- eller øjenkirurgi. Lumbalpunktur, spinal- eller epiduralanæstesi. Hæmorrhagisk apopleksi, cerebral aneurisme. Retinopati, blødning i glaslegemet. Truende abort. Uræmi med undtagelse af patienter i hæmodialyse. innohep® 10.000 anti-Xa IE/ml og 20.000 anti-Xa IE/ml i hættglas: Kontraindiceret til nyfødte, da de indeholder benzylalkohol. Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen: Bør gives med forsigtighed til patienter med lever- og nyreinsufficiens, ukontrolleret arteriel hypertension, gastrointestinal ulceration, mistanke om malign tumor med blødningstendens, tidligere tilfælde af gastroduodenalt ulcus, nyre- og/eller urinledersten, samtidig brug af lægemidler, der øger serumkalium-niveauet, perorale antikoagulantia, trombocytæmmere (fx ASA). Forsigtighed bør udvises ved behandling af patienter med svær nyreinsufficiens (kreatininclearance < 30 ml/min). Forsigtighed bør udvises ved behandling af ældre og af ældre patienter med nyreinsufficiens. Nyrefunktion bør måles, og hos patienter med svær nyreinsufficiens (kreatininclearance <30 ml/min), bør monitorering af anti-Xa overvejes. Trombocytal anbefales før indgift af tinzaparin, på behandlingens 1. dag og derefter regelmæssigt hver 3. eller 4. dag samt ved behandlingens afslutning. Må ikke gives som i.m. eller i.v. injektion. På grund af risiko for hæmatom under behandling med innohep® bør i.m. injektion af andre midler undgås. innohep® 20.000 anti-Xa IE/ml: Indeholder natriummetabisulfid, bør derfor ikke benyttes til patienter med astma eller med overfølsomhed over for sulfitter. Interaktioner: Samtidig indgift af lægemidler med virkning på hæmostasen. Interaktion mellem heparin og intravenøs nitroglycerin. Lægemidler, der øger serumkalium-koncentrationen, bør kun indtages samtidig under særlig omhyggelig lægelig overvågning. Graviditet og amning: Ingen erfaring med brug af LMW-heparin i første trimester. Epiduralanæstesi under fødslen er kontraindiceret. Der findes ingen data vedrørende amning. *Bivirkninger:* *Hypigt:* Blødningskomplikationer, øgning af aminosyreserferaser, gamma-GT, LDH og lipase. Hæmatom og smerter på injektionsstedet. Forhøjet serumkalium-koncentration. *Leflighedssvis:* Let forbigående trombocytopeni (type I). *Sjældent:* Hudnekrose. Antistof-fremkaldt alvorlig trombocytopeni (type II). Denne alvorlige type trombocytopeni kan ses sammen med arterielle og venøse trombose /tromboembolisme, trombocytforbrugende koagulopati, muligvis hudnekrose på injektionsstedet, petechier, purpura og melaena. Anafylaksilignende reaktioner, i sjældne tilfælde anafylaktisk shock, allergiske reaktioner med symptomer som fx kvalme, opkastning, feber, hovedpine, urticaria, pruritus, dyspnø, bronchospasme, hypotension. Heparintolerance. Ved heparintolerance og antistof-fremkaldt alvorlig trombocytopeni skal brugen af innohep® straks afbrydes. Patienten skal oplyses om, at han/hun også i fremtiden skal undgå at tage lægemidler, der indeholder heparin. Forbigående hårtab. Alvorlige bivirkninger i form af subdural eller epidural hæmatom, intrakraniell blødning, retroperitoneal blødning, metrorrhagia, angioødem, epidermal nekrose, Stevens-Johnsons syndrom og priapisme er rapporteret i sjældne tilfælde. *Meget sjældent:* Hypoaldosteronisme, forbundet med hyperkaliæmi og metabolisk acidose (især hos patienter med nyresvækkelse og diabetes mellitus). innohep® 20.000 anti-Xa IE/ml: NB: På grund af indholdet af natriummetabisulfid ses overfølsomhedsreaktioner i enkelte tilfælde, især hos patienter, der lider af bronkial astma. Disse reaktioner kan ytre sig ved opkastning, diaré, dyspnø, akut astmaanfald, bevidsthedsforstyrrelse eller shock. *Overdosering:* Blødning er det vigtigste tegn og symptom på overdosering og tinzaparin kan neutraliseres med protaminsulfat. Pakninger og priser: 10.000 anti-Xa IE/ml: 10 htgl. x 2 ml: 1.948,90 kr. Engangssprøjt: 10 x 0,25 ml: 246,30 kr.; 10 x 0,35 ml: 348,00 kr.; 10 x 0,45 ml: 526,20 kr.; Engangssprøjt m. sikkerhedsanordning: 10 x 0,25 ml: 280,00 kr.; 10 x 0,35 ml: 398,00 kr.; 10 x 0,45 ml: 590,50 kr. 20.000 anti-Xa IE/ml: 10 htgl. x 2 ml: 4.104,70 kr. Engangssprøjt: 6 x 0,5 ml: 667,70 kr.; 30 x 0,5 ml: 3.245,75 kr.; 6 x 0,7 ml: 935,15 kr.; 30 x 0,7 ml: 4.475,50 kr.; 6 x 0,9 ml: 1.202,60 kr.; 30 x 0,9 ml: 5.762,55 kr. Engangssprøjt m. sikkerhedsanordning: 6 x 0,5 ml: 753,40 kr.; 30 x 0,5 ml: 3.674,35 kr.; 6 x 0,7 ml: 1.055,15 kr.; 30 x 0,7 ml: 5.075,50 kr.; 6 x 0,9 ml: 1.356,90 kr.; 30 x 0,9 ml: 6.534,00 kr. Tilskudsberettiget - UdL. B. Dagsaktuelle priser: se www.medicinpriser.dk



LEO Pharma Nordic

Box 404 . SE-201 24 Malmö
Tel.: 70 22 49 11 . Fax: 70 22 49 15
info.dk@leo-pharma.com . www.leo-pharma.dk

To ud af fem sygeplejersker **registrerer**



ikke overarbejde

Knap 30 pct. af menige sygeplejersker undlader at registrere deres overarbejde en eller flere gange om måneden. Det viser en ny undersøgelse fra Dansk Sygeplejeråd. Helt uholdbart, mener formanden.

AF ASGER ROHDE MOW, JOURNALIST • FOTO: SIMON KLEIN-KNUDSEN

To ud af fem sygeplejersker har arbejdet over uden at registrere det indenfor det seneste år. Det viser en ny undersøgelse foretaget af Megafon for Dansk Sygeplejeråd. Flere fællestillidsrepræsentanter på landets større sygehuse bekræfter fænomenet over for fagbladet *Sygeplejersken*. De mener, det skyldes ønsket om at yde god omsorg for patienter, fløvhed over ikke at nå at blive færdig i tide, usikkerhed om regler og frygt for firing.

Den manglende registrering af overarbejde kalder formand for Dansk Sygeplejeråd Grete Christensen "helt uholdbart."

"Registrering af og betaling for overarbejde er jo en beskyttelse af sygeplejerskers fritid," siger hun.

Ifølge undersøgelsen er det især sygeplejersker i Region Hovedstaden og i Region Midtjylland, som ikke registrerer overarbejde. Det er oftere de yngre sygeplejersker, der laver uregistreret overarbejde, mens de ældre sygeplejersker til gengæld har større bidder af uregistreret overarbejde.

Ifølge professor på Center for Arbejdsmarkedsforskning (CARMA), Henning Jørgensen, kan den stigende mængde af uregistreret overarbejde være tydeligere nogle steder i landet pga. nedskæringerne i det offentlige sundhedsvæsen.

F.eks. er der i år vedtaget besparelser i alle regioner – fra Region Hovedstaden, som skal spare ca. ►

” Det er positivt at opleve, at vi ikke er præget af en minutkultur, men at vores medarbejdere føler et stort ansvar for vores opgaver.

Jens Stenbæk (V), Danske Regioner.

► 400 mio. kr. i 2011, til Region Midtjylland, som også skal spare et trecifret millionbeløb. Mange steder er der for længst nedlagt ubesatte stillinger, indført ansættelsesstop og som det mest drastiske skridt, afskediget personale på hospitalerne, heriblandt sygeplejersker.

Henning Jørgensen peger på, at man kan have den hypotese, at jo mere der er en trussel om afskedigelse hængende over hovedet på sygeplejerskerne, jo mere vil de være tilbøjelige til at føje deres arbejdsgivere og give den en ekstra skalle.

Bange for at blive fyret

Det kan være tilfældet på Køge Sygehus. Her fortæller fællestillidsrepræsentanten Susann Carlsen, at hun på et møde med tillidsrepræsentanter om sagen har fået at vide, at der findes sygeplejersker på næsten alle afdelinger, som ikke skriver deres overarbejde på timesedlen.

”De er bange for at blive uvenner med ledelsen og i sidste ende at blive fyret,” siger hun.

Ledelsen har ifølge Susann Carlsen fortalt sygeplejerskerne, at overarbejde skal undgås.

”Jeg føler, vi bliver presset til at vise, at vi laver mere, end vi er ansat til,” siger hun.

”For et år siden kunne man hurtigt få et

nyt job. Nu er der ingen andre ledige stillinger. Derfor tænker sygeplejerskerne: ”Hvis jeg mister mit job, så mister jeg mit eksistensgrundlag,” siger hun.

Genkender ikke tendens

Sygeplejefaglig chef på Køge Sygehus, Susanne Friis, kan ikke genkende, at der skulle være en udbredt tendens til uregistreret overarbejde.

”Set fra et ledelsessynspunkt er overarbejde noget, den lokale leder aftaler med medarbejderen, og som herefter naturligvis aflønnes ifølge overenskomsten,” siger Susanne Friis.

Hun kan godt forstå, at sygeplejersker har nedskæringerne i baghovedet og samtidig føler en stor arbejdsbyrde i de nuværende økonomisk trængte tider. Hvis sygeplejersker derfor står med en patient, når de skal have fri, er det vigtigt, at de skelner klart:

”Hvornår er det virkelig en akut opgave, hvor man fra ledelsens side skal pålægges overarbejde, og hvornår er det noget, man kan give videre til sin kollega,” siger Susanne Friis.

Unge kender ikke reglerne

På Herlev Hospital har fællestillidsrepræsentant Charlotte Høffding Larsen også holdt møde med tillidsrepræsentanterne om emnet. Mødet har givet nogle svar på,

hvorfor sygeplejerskerne ikke registrerer deres overarbejde.

Ifølge Charlotte Høffding Larsen ved en del af de unge sygeplejersker ikke, at de skal skrive overarbejde på. Derudover mener nogle af de unge, at de har fået at vide, at de ikke må skrive overarbejde på.

”Der er også nogle, der er flove over, at de ikke kan blive færdige i tide. Så hele paletten er her,” siger Charlotte Høffding Larsen.

Hun mener, der kan gøres en bedre indsats for at oplyse især unge sygeplejersker om reglerne. Og hun håber, at problemet ikke er stort.

”Vi forventer, at sygeplejerskerne kommer til os, hvis de føler, de har et problem.”

Herlev Hospitals kommunikationschef, Jens-Peter Wehlitz, mener, at ledelsen deler den forventning.

”Medarbejderne skal naturligvis have løn for udført arbejde. Men vi har ikke oplevet, at der skulle være et problem med uregistreret overarbejde. Vi stoler på, at sygeplejerskerne henvender sig til tillidsrepræsentanterne eller ledelsen, hvis de har problemer,” siger han.

Roligt uden for Region Hovedstaden

Andre steder end i Hovedstaden er det uregistrerede overarbejde ikke nær så udtalt, viser Dansk Sygeplejeråds undersøgelse.

Det viste undersøgelsen

- 13,5 pct. af sygeplejerskerne undlader at registrere overarbejde en eller flere gange om ugen.
- 15 pct. undlader at registrere overarbejde en eller flere gange om måneden.
- Tendensen er stærkest på Sjælland og i Region Midtjylland.
- Unge sygeplejersker har oftere uregistreret overarbejde end deres ældre kolleger. De ældre har dog typisk længere uregistreret overarbejde end de yngre.
- 1.640 sygeplejersker har svaret på undersøgelsen. 65,6 pct. ansat i regioner, 25 pct. i kommuner, 6 pct. i privat, 2,4 pct. i stat, 1 pct. andet.
- Sygeplejersker med lederstatus er ikke med i undersøgelsen.

Læs hele undersøgelsen på www.dsr.dk/analyse

F.eks. fortæller fællestillidsrepræsentanterne på Odense Universitetshospital og Aalborg Sygehus, at det ikke finder sted.

På Århus Sygehus vurderer fællestillidsrepræsentant Charlotte Thaarup, at det sker, at sygeplejersker ikke får registreret overarbejdet, men at det er på et niveau, som ikke er problematisk.

”Jeg er sikker på, at masser af sygeplejersker hver dag har lidt uregistreret overarbejde, men de gør det af egen fri vilje. Jeg tror, der er en kultur for at drage om-

sorg for patienterne. Det ligger i vores sygeplejerskegen,” siger Charlotte Thaarup.

Sygeplejersker strækker sig

I Danske Regioner ser man ikke det uregistrerede overarbejde som det store problem. Ifølge formand for regionernes Lønnings- og Takstnævn, Jens Stenbæk (V), er resultaterne af undersøgelsen et tegn på stor fleksibilitet blandt sygeplejerskerne.

”Jeg tror, det er et udtryk for, at vi har med nogle dynamiske arbejdspladser at

gøre, som er kendetegnet ved, at der bliver arbejdet hele døgnet ugen igennem. Det er positivt at opleve, at vi ikke er præget af en minutkultur, men at vores medarbejdere føler et stort ansvar for vores opgaver. Og en gang imellem kan man ikke slippe dem på klokkeslættet,” siger han.

Formand for Dansk Sygeplejeråd Grete Christensen er enig med Jens Stenbæk i, at sygeplejersker vil strække sig meget langt for at opretholde en høj standard i det danske sundhedsvæsen.

”Men alt har en grænse, og vi skal gøre ▶

”Jeg føler, vi bliver presset til at vise, at vi laver mere, end vi er ansat til.”

Susann Carlsen, fællestillidsrepræsentant, Køge Sygehus.



” Det er uholdbart, hvis sygeplejersker arbejder over uden at få løn eller afspadsring.

Formand for Dansk Sygeplejeråd Grete Christensen.

► det på det grundlag, vi har aftalt,” siger formanden og tilføjer:

”Det er uholdbart, hvis sygeplejersker arbejder over uden at få løn eller afspadsring.”

Skjuler behov for arbejdskraft

Arbejdsmarkedsforsker Henning Jørgensen mener, at uregistreret overarbejde skjuler det reelle behov for arbejdskraft.

”Og det er noget, som i sidste ende burde have normeringsmæssige konsekvenser,” siger han.

Den vurdering deler Danske Regioners Jens Stenbæk ikke.

”Der bliver registreret meget overarbejde, som bliver honoreret efter reglerne. Det står der ikke i undersøgelsen. Jeg har en forventning om, at sygeplejersker arbejder over en gang imellem, men samtidig bliver belønnet med at kunne gå tidligere andre gange,” siger han.

Det skal løses lokalt, hvis det skulle være tilfældet, at der på enkelte sygehuse er sygeplejersker, som føler sig presset til overarbejde, mener Jens Stenbæk.

Ingen skal føle sig presset

Grete Christensen opfordrer sygeplejersker, der måtte føle sig presset ud i at arbejde over gratis, til at kontakte deres til-

lidsrepræsentant, som så kan rejse sagen over for ledelsen. Hun siger:

”Vi må tale højt om det, også sammen med tillidsrepræsentanter, og gøre det klart, at vi går ud fra, at man følger det grundlag, som er aftalt. Og det må ikke ende med, at sygeplejersker ude på de enkelte afdelinger skal føle sig pressede til at tage overarbejde uden at registrere det.”

redaktionen@dssr.dk

Er uregistreret overarbejde et problem? Deltag i debatten på www.dssr.dk og www.facebook.com/sygeplejersker

” Jeg er sikker på, at masser af sygeplejersker hver dag har lidt uregistreret overarbejde, men de gør det af egen fri vilje.

Charlotte Thaarup, fællestillidsrepræsentant, Århus Sygehus.



Det er snart 60 år siden vi
lancerede vores første produkt



I 1949 blev det første Natusan® produkt lanceret: Natusan® Salve. Svanen symboliserer seriens oprindelse fra apoteket "Svanen", Strøget, København.



NATUSAN® INSTITUTION - hudpleje siden 1949

Alternativ behandling eller en tur til frisøren?

Audun Myskja er en norsk læge, der, ud over at have specialiseret sig i musikterapi, arbejder for generel integration af alternative metoder i det officielle sundhedssystem. Han har sammen med Reidun Myskja et center for livshjælp, som tilbyder udvalgte alternative behandlinger og kurser til selvudvikling.

Bogen giver et overblik over de mest udbredte alternative behandlingsmetoder, men må, beklager Myskja, nøjes med at se på 33 metoder for ikke at sprænge rammerne. Kulturrelativismen, som danner klangbunden i bogen, åbner principielt ukritisk op for alle behandlinger, for der er ingen kriterier, andet end at nogle tror på dem. De dømmes ikke på deres virkning, men på hvor mange der tror på dem.

De alternative behandlingsmetoder er, skriver Myskja, fælles om et fokus på balance, afgiftning og forebyggelse. Det er sjældent, behandlingerne helbreder, og han foreslår derfor, at de bruges komplementerende til sundhedssystemets behandlinger.

Som man læser sig igennem bogen, bliver det sværere og sværere at undertrykke en dyb undren. Hvorfor er det, at den ene behandling efter den anden, som ifølge Myskja ikke har nogen påvist effekt på den sygdom, folk søger hjælp for, skal gives plads i sundhedssystemet? Umiddelbart virker det mest som om, at det, der kunne være enkelt om end hårdt ved terminal sygdom, gøres komplekst og uigennemskueligt, når alternative terapier ind-

drages. Det (natur)videnskabelige ideal, som er at komme frem til den mindst komplicerede forklaring på givne fænomener, får ikke en chance.

Bogen er relativt systematisk i sin gennemgang af virkninger (eller mangel på samme), bivirkninger, udbredelse og anvendelse. Der er mange henvisninger til videnskabelige tidsskrifter, men det er irriterende, at der ved henvisning ikke kort refereres, hvad kilden dokumenterer, og der er også mange steder, hvor postulatet står uden kildehenvisning. Derudover henviser Myskja flere steder til egne artikler. F.eks. påstår han, at blåbær er bedre end andre bær/C-vitaminkilder med hen-

visning til egen litteratur. Blåbær er sikkert fine at spise, men det er ikke bevist, at de er helt særlige.

Man har det, som man tager det, og i den forstand kan det være godt at være aktiv og opsøgende, når sygdommen banker på. Men jeg har fortsat svært ved at se, at de beskrevne behandlinger skulle være bedre end en tur til frisøren, en skovtur eller en koncertoplevelse. Der er anvisninger på akupressur m.m. og et tillæg sidst i bogen, der beskriver alternative behandlinger i en dansk sammenhæng.

Af Karen Ellen Spannow, sygeplejerske og etnograf.



Audun Myskja
Komplementær og alternativ behandling - på vej mod en integreret medicin
 Munksgaard 2010
 304 sider - 348 kr.
 ISBN 9788762809574

Fortidig praksis i flot bog af 40 forfattere

Bogens første generelle del giver en god indføring i overordnede aspekter inden for organisering af ortopædkirurgi, patientforløb samt ortopædkirurgisk sygepleje. Kapitlerne er velskrevne, logisk opbyggede og tager læseren ved hånden gennem en overordnet præsentation af ortopædkirurgien. Dog er der steder, hvor forfatteren fristes til at blive mere specifik; f.eks. kan nævnes beskrivelsen af pinpleje, hvor den beskrevne praksis desværre må siges at være fortid i flere ortopædkirurgiske afdelinger i landet. Der findes praksisvariationer på området, og det kunne være en løsning at henvise til afde-

lingernes egne retningslinjer, som det også er tilfældet ved andre eksempler i bogen.

Overordnet er bogens første del en fryd for ortopædkirurgiske sygeplejersker og studerende, og jeg sidder ikke tilbage med en fornemmelse af at mangle noget.

De enkelte kapitler er nok overordnede og generelle, men giver et godt afsæt til yderligere fordybelse ved hjælp af referencelister. Få steder er der desuden angivet supplerende litteratur.

I takt med tidens tendenser bliver acce- lererede operations- og patientforløb, patientsikkerhed og ikke mindst kvalitets-

sikring et tilbagevendende tema, som berøres gentagne gange i løbet af bogens første del.

Bogens specielle del giver et rigtig godt indblik i ortopædkirurgiens subspecialer med særlig fokus på den lægefaglige del. Her gennemgås centrale karakteristika ved udvalgte diagnoser, hvilket giver indsigt i de enkelte diagnosers symptomer. De enkelte kapitler er rigt illustrerede med relevante billeder, røntgenbilleder og anatomiske illustrationer. Sprogbru- gen varierer kapitlerne imellem qua de 40 forfattere, og niveauet vil i nogle kapitler være udfordrende for den studerende.

Et kærligt dask til offentligt ansatte

Bogen handler om ledelse og styring i den offentlige sektor i Danmark. Der er en grundig beskrivelse af de forskellige styringsparadigmer eller tilgange til ledelse af store offentlige organisationer.

I indledningen bliver man lovet en pluralistisk tilgang, og forfatteren skriver, at han ikke vil promovere nogen tilgange og teorier mere end andre. Forfatteren finder grundlæggende alle de eksisterende styringsparadigmer nyttige, men ser også kritisk på dem, når de anvendes forkert.

Og det lykkes. Bogen indeholder ingen hellige køer. De er blevet slagtet.

Forfatteren lader sig ikke rive med af de mange stemmer, der gjalder op med nemme, entydige løsninger på alt.

Helt overordnet er bogen struktureret inden for seks styringsparadigmer: Det bureaukratiske, det professionelle, New Public Management (NPM) i både en markedsvariant og i en kontraktvariant, det humanistiske styringsparadigme og det relationelle. Budskabet er klart: Alle paradigmer har deres forcer, problemerne opstår, hvis de anvendes forkert. En klodset anvendelse i driften skyldes ikke nødvendigvis en teoretisk svaghed.

Det nye inden for denne strukturering er opdelingen af NPM i en markedsvariant og kontraktvariant. Ellers er det en kendt teoretisk opdeling.

NPM opstod som et offensivt forsøg på at indføre markedsmekanismer i den offentlige sektor, og af denne trend udsprang kontraktstyring. Derfor er teorien



Leon Lerborg

Styringsparadigmer i den offentlige sektor

Jurist- og Økonomforbundets Forlag 2010

311 sider - 550 kr.

ISBN 978-87-574-1866-8

opdelt i to dele: markedsdelen og kontrakt delen.

Forfatterens argument for teoretisk at placere kontraktstyring sammen med NPM-paradigmet er ikke skarpt. Når de offentlige chefer ansættes på kontrakt, eller en specialafdeling på et hospital lover en anden region at levere et bestemt antal operationer til deres borgere, kan det vel også anskues som gammeldags topstyring. Topledelse med et klart hierarki, hvor der bureaukratisk holdes øje med produktionen. De aftalte ydelser skal leveres, så følger pengene. Er det ikke ledelse i det bureaukratiske paradigme? Hvor ligger markedsmekanismen i en kontrakt?

Mange teoretikere kommer på tryk i denne bog, og det betyder, at den er mere teoretisk (og svær), end der lægges op til. Bogen er tilsat mange filosofiske kilder, og der gemmer sig svære nuancer.

Forfatteren har en stor styrke ved at

kende den offentlige sektor rigtig godt. Kommunernes konstante pres, regionernes kompleksitet og livet på gangene i departementerne.

Hvorfor serveres der ikke flere erfaringer og eksempler? De få eksempler er levende og indimellem skrevet med et glimt i øjet, og de indeholder et kærligt dask til de mange kulturer, som de offentligt ansatte bærer rundt på.

Jurist- og Økonomforbundets Forlag kunne med fordel prøve et nyt design og layout. Forlagets udtryk kan vist placeres i det bureaukratiske paradigme. Det ville derimod være positivt, hvis en skrap og bureaukratisk redaktør have strammet sproget!

Af Gitte Lindermann, cand.scient.pol. og sygeplejerske, ansat som specialkonsulent i Region Hovedstadens Psykiatri.

I de fleste kapitler i den specielle del er der et afsnit om sygepleje i forbindelse med beskrivelse af det enkelte subspecialle. Dette er desværre ikke tilfældet i alle kapitler, hvilket ikke helt er i tråd med, at det er en bog rettet primært mod sygeplejersker og sygeplejestuderende.

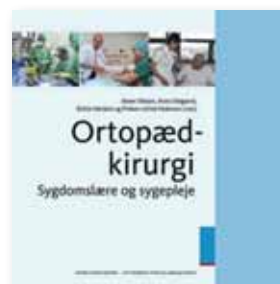
Bogen er velskrevet og let læselig. Det er oplagt, at bogen er naturvidenskabeligt og sundhedsvidenskabeligt funderet og specielt med den læser i tankerne, som for første gang stifter bekendtskab med ortopædkirurgi, vil en klinisk ordbog inden for rækkevidde være en fordel.

Bogen fungerer godt som opslagsværk,

og den giver indtryk af at være et flot stykke arbejde med et højt fagligt niveau. De mange forfattere udgøres af erfarne og aktive sygeplejersker og læger.

Opslagsværket har bestemt sin berettigelse både for studerende og færdiguddannede sundhedsprofessionelle inden for det ortopædkirurgiske speciale.

Af Janni Strøm, klinisk sygeplejespecialist, Regionshospitalet Viborg/Skive.



Ortopædkirurgi - Sygdomslære og sygepleje

Redigeret af Steen Olsen, Anne Dalgaard, Britta Hørdam, Preben Ulrich Pedersen

2. udgave 2010 Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck

341 sider - 449 kr.

ISBN 978-87-17-03974-2

Hold fingrene fra soda

Det er ikke kun indholdet i en sodavandsautomat, der er usundt. Også knapperne uden på den populære maskine udgør en sundhedsrisiko. Det fandt eleverne fra 10. klasse i Høje-Taastrup ud af, da de fik besøg af kommunens sundhedsplejersker, som satte hygiejne på skoleskemaet for en formiddag.

AF JULIE WINTHER BENGTSON, JOURNALIST • FOTO: SIMON KLEIN-KNUDSEN

”Adr, hvor er det ulækkert!” lyder det fra eleverne på Hold 4. De har lige målt sig frem til, at knapperne på skolens sodavandsautomat huser alt for mange bakterier. Faktisk lever der over 500 gange flere organismer, end hvad godt er.

10.-klasse-centret Linie 10 i Høje-Taastrup har besøg af kommunens sundhedsplejersker, som i anledning af Hygiejneugen vil gøre eleverne mere bevidste om snavs, der danner grobund for bakterier på ting, de rører ved i hverdagen. Klasserne får efter tur besøg af sundhedsplejerskerne, der både bruger en film til unge, en konkurrence og praktiske test i hygiejneundervisningen.

Det er eleverne selv, der har podet knapperne på sodavandsautomaten ved hjælp af udstyr, som sundhedsplejerskerne har delt ud til dem.

”Vi har tænkt over at vise de unge konkrete eksempler fra deres egen skole, der skal få dem til at tænke over deres hygiejnevener,” fortæller sundhedsplejerske Suzanne Johansen.

Også debat om hygiejne står på elevernes skoleskema i dag. Klasserne har inden dagens besøg set Sundhedsstyrelsens film ”Hvad er der på dine fingre?” om unge, som står i et dilemma omkring hygiejne. Filmen danner nu grundlag for en debat omkring hygiejne i klasserne. Ville eleverne sige til kæresten, at det er ulækkert at nyse i hænderne og derefter blande salat med dem?

”Svaret er ikke enkelt, for mange har svært ved at gøre andre opmærksom på dårlige hygiejnevener,” fortæller Suzanne Johansen.

Det vigtigste er aha-oplevelsen

Sundhedsplejerskerne har også lavet en konkurrence til 10.-klasserne. De har testet og fotograferet 10 forskellige steder

på og omkring deres eget kontor og udlover nu to biografbilletter til den, der kan gætte de tre mest beskidte af stederne.

”Jeg tror, at toiletskylleknappen er mest beskidt, for den rører man jo ved, inden man vasker hænder,” lyder det skråsikkert fra Sebastian Malm på Hold 5.

Svaret er oplagt, men ikke korrekt. Håndtaget på køleskabslågen var klart

det mest beskidte sted på sundhedsplejerskernes kontor, efterfulgt af et tastatur og dørhåndtaget ud fra toiletet.

Resultatet kommer som en overraskelse for både eleverne og sundhedsplejerskerne. Og det er netop sådan noget, der skal til, pointerer sundhedsplejerske Benthe Hansen:

”Det vigtigste er, at de unge får en aha-oplevelse, så vasker de måske hænder et par gange mere om dagen,” siger hun.

Det ekstra fokus på håndvask kan i det hele taget betale sig i et samfundsmæssigt perspektiv, mener Benthe Hansen:

”Jeg tror, der er en rigtig stor samfundsmæssig gevinst ved at oplyse om hygiejne, fordi færre bliver syge, hvis vi tænker mere over hygiejne i hverdagen,” siger hun og fortsætter: ”Vi kunne se effekten lidt under influenzaepidemien (H1N1, red.) sidste år, der ikke udviklede sig lige så meget som frygtet.” ▶

ATP-måleren

ATP-måleren er et apparat, der måler organisk materiale, hvor bakterier kan vokse ud fra en skala.

0-10: rent

11-30: tvivlsomt

Over 30: bør rengøres.

Kilde: Sundhedsplejen i Høje-Taastrup.



Sodavandsautomaten i kantinen er dagens største bakteriesynder. På knapperne lever over 500 gange flere organismer, end der burde.

vandsautomaten



Sundhedsplejerske Jane Koggersbøl og eleverne fra Hold 5 kigger spændt på ATP-måleren. Eleverne har sneget sig ind for at teste, hvor beskidt der er på sekretærens kontor, og måleren skal lige tygge lidt på resultatet.

Det vigtigste er, at de unge får en aha-oplevelse, så vasker de måske hænder et par gange mere om dagen."

Sundhedsplejerske Bente Hansen.

► Sprit og servietter til alle

Målingerne fortsætter i et andet klasseværelse, og de unge begynder at få øjnene op for, at der kan være snavs og bakterier på alle de ting, vi rører ved i hverdagen.

"Må jeg godt teste min mobil?" lyder det gennem lokalet.

Som de fleste andre mobiltelefoner er den ret snavs og en potentiel bakteriebombe, så da sundhedsplejerskerne hiver desinfektionsservietter frem som løsning

på problemet, tager eleverne taknemmeligt imod. Selvom sundhedsplejerskernes besøg tager et kvarters tid i hver klasse, byder lærerne dem gerne indenfor.

"Det er et fint projekt at gøre opmærksom på, hvad vi ikke er opmærksomme på til hverdag," pointerer Adil Erdem, som med glæde holder en lille pause i sin undervisning, da sundhedsplejerskerne banker på hos Hold 2.

Linie 10 deler kantine med kommu-

nens jobcenter, og her får kunderne også glæde af sundhedsplejerskernes besøg. Da Bente Hansen i frokostpausen har udnævnt vinderen af dagens konkurrence, cirkulerer hun rundt i kantinen med hænderne fulde af sprit og desinfektionsservietter og stiller alle det helt centrale spørgsmål:

"Hvornår har du sidst vasket hænder?"

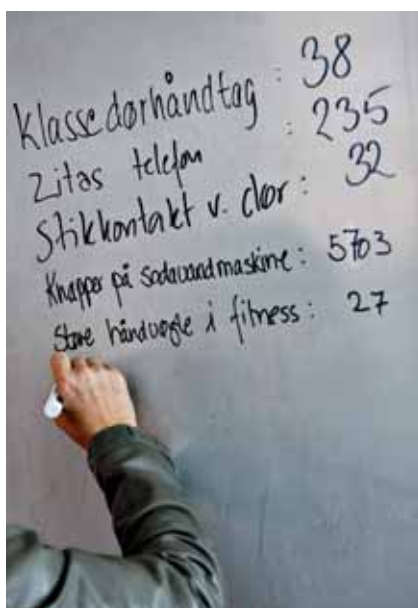
jwb@dsr.dk

Pas på knapperne

| | |
|----------------------------------|-------|
| Eksempler fra elevernes målinger | |
| Knapper på sodavandsautomat | 5.703 |
| Håndtag og lås på klassesdør | 842 |
| Ömers mobil | 333 |
| Skylleknop på toilet | 41 |



Tre elever fra Hold 4 tester en vægtstang i skolens motionsrum for bakterier. Den er ikke så beskidt, som de havde forventet. Den scorer kun 27 på ATP-målerens skala.



Sundhedsplejerske Suzanne Johansen skriver resultaterne af Hold 4's bakterietest op på tavlen.



Sundhedsplejerske Jane Koggersbøl deler desinfektionsservietter ud til eleverne, så de kan rense deres mobiltelefoner og computere.



Anita Haahr
Cand. cur., Ph.d.
Klinisk sygepleje-
specialist, Århus
Sygehus



Jens Peter Hansen
Cand.cur., Ph.d. stu-
derende, psykiatri-
en Region Syddan-
mark.



Hanne Ourø Jensen
Sundhedsplejerske,
MPH.
Leder af Roskilde
Kommunes
Sundhedscenter.



Karina Bæk
Cand. cur.
Kvalitetskoordinator,
Udviklingssygeplej-
erske, Københavns
kommune.



Kathrine Hvid Schwartz-
Nielsen, Sygeplejerske,
cand. scient. san.
Videnskabelig medarbejder,
Bispebjerg og
Frederiksberg Hospital

Psykiatriske patienter på somatiske afdelinger, findes der faglige redskaber?

En af de problematikker, vi ofte taler om på vores sygeplejekonferencer, er psykiatriske patienter, som får stillet en alvorlig somatisk diagnose. En konkret situation er den skizofrene patient, som nægter at indtage sin smertestillende og antibiotiske medicin efter et kirurgisk indgreb, fordi han er sikker på, at personalet er ude på at skade ham. En uholdbar situation for patienten, der kan have fatale konsekvenser.

Emner som tvangsmedicinering og bæltfiksering er ikke noget, hverken den somatiske sygeplejerske eller læge er vant til at arbejde med, og som somatisk sygeplejerske kan det være vanskeligt at håndtere sådanne situationer, specielt hvis man aldrig har arbejdet med psykiatriske patienter. Vi vil derfor gerne vide mere om, hvad litteraturen siger om arbejdet med psykiatriske patienter på somatisk afdeling, og findes der redskaber, man som sygeplejerske kan gøre brug af i arbejdet med denne patientgruppe.

Venlig hilsen Christoffer Thaysen,
Rigshospitalet.

Svar

Spørgsmålet rejser en alvorlig og desværre velkendt problematik. Patienter med psykisk sygdom lever gennemsnitligt kortere end normalbefolkningen med op til 25 års reduceret levetid. Årsagerne til de reducerede leveår er mange, hvor overvægt, rygning, nedsat fysisk aktivitet og selvmord er blandt de alvorligste. I Danmark modtager psykiatriske patienter med hjertesygdom endvidere mindre pleje og behandling for hjerte-problemer end normalbefolkningen, selvom de tilhører en risikogruppe.

I forhold til spørgsmålet vil det være optimalt at gøre brug af patientens sædvanlige psykiatriske/socialpsykiatriske

kontaktsygeplejerske, og hvor dette ikke er muligt, benytte sig af psykiatrisk tilsyn. I Region Hovedstaden findes også Liaisonpsykiatrisk Enhed under Bispebjerg Hospital, hvor man kunne undersøge muligheden for at etablere et samarbejde med enhedens liaisonpsykiatriske sygeplejersker.

Generelt kræver problematikken mere videndeling og nye samarbejdsformer mellem psykiatri og somatik, som jeg kun kan opfordre læserne og vores fagblad til at sætte fokus på.

Jens Peter Hansen.

Skal der gå tre minutter mellem øjendryp og øjensalve?

Jeg vil gerne vide, hvilken evidens der findes der på området.

Venlig hilsen Inge Jekes,
Udviklingssygeplejerske,
Den kommunale Sygepleje,
Kalundborg Kommune.

Svar

Der er evidens for, at der skal være fem minutters interval mellem anvendelsen af flere øjenpræparater, for at optagelsen af de enkelte præparater er optimal. Anbefalingen er givet af Chrai SS et al. i 1974, men artiklen er genoptrykt i 2006 og er stadig gældende. De danske dryppevejledninger, jeg har fundet i min søgning, bl.a. fra Randers Sygehus, er baseret på samme data. Øjenafdelingen i Vejle har i øvrigt udviklet diverse undervisningsmateriale til patienter vedrørende korrekt øjendrypning. Materialet er beskrevet i Sygeplejersken nr. 3/2010.

Kun en femtedel bliver optaget af hver dråbe, hvilket betyder, at selvom man kommer til at dryppe mere end én dråbe, vil optagelsen stadig kun være en femtedel af sidst værende dråbe.

Som hovedregel skal man altid dryppe med de tyndeste væsker først. Man kan teste tykkelsen af det enkelte præparat ved at dryppe en dråbe af præparatet på oversiden af hånden mellem tommelfin-

ger og pegefinger. De tynde væsker vil hurtigt prelle af, mens de tykkere væsker sidder lidt længere tid på hånden. Hvis man anvender øjensalven først, kan det efterfølgende præparat ikke trænge ind i øjet, da salven er en tyk væske og længere om at blive optaget. Det betyder, at øjensalve altid skal anvendes til sidst.

Karina Bæk.

Litteratur: se side 48.

Send et spørgsmål

Gennem Sygeplejerskens faglige brevkasse kan du få en kvalificeret vurdering af faglige spørgsmål fra én af panelets fem sygeplejersker. Spørgsmålene skal være klart formulerede og omhandle den kliniske sygepleje.

Spørgsmål og svar bringes i redigeret form i Sygeplejersken og på Dansk Sygeplejeråds elektroniske medier og Facebook: www.facebook.com/sygeplejersker Afhængigt af mængden af indsendte spørgsmål kan det blive nødvendigt at prioritere. Vi kan derfor ikke garantere, at alle får svar.

Spørgsmål afsluttes med navn, arbejdssted og medlemsnummer af Dansk Sygeplejeråd og sendes til fagredaktør Evy Ravn: er@dsr.dk



Skill lab

AF JULIE WINTHER BENGTON, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

På sygeplejeskolen i Næstved lærer de studerende sygepleje i praksis, inden de skal ud i klinik. Her har fire studerende fra modul 1 kortvarigt vendt ryggen til "patienten" under deres skill lab-undervisning.

I løbet af to dage lærer de praktiske discipliner som sengeredning, ergonomi, lunger og respiration samt spisesituation.

"Ud over at de bliver bedre forberedt til den praktiske sygepleje, gør skill lab også de studerende mere trygge, når de er ude på sygehusene i deres første klinik," siger uddannelseskonsulent ved Næstved Sygehus, Lisbeth Trebbien.

Skill lab kan oversættes med færdighedslaboratorium, og det er blevet en del af pensum på sygeplejeskolen i Næstved, efter den nye studieordning trådte i kraft i 2008.



Nyt patientklagesystem

Sygeplejersker og fejlbehan

Fra nytår ændres patientklagesystemet, så fejlbehandlede patienter kan tilbydes et møde med de sygeplejersker og læger, der har behandlet dem.

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST • ILLUSTRATION: BOB KATZENELSON

En ældre mand fik på grund af en fejl i sygeplejerskens medicindosering dobbelt så meget paracetamol, som lægen havde ordineret. Resultatet var, at han fik kvalme, opkastninger og gulsot, fordi hans lever var blevet påvirket. Til alt held blev fejlen opdaget, og patienten slap uden varige mén.

Denne virkelige historie er en af den slags sager, der typisk vil havne hos Patientklagenævnet. Men efter nytår træder en ændring af patientklagesystemet i kraft, som indebærer, at fejlbehandlede patienter som f.eks. den gamle mand kan få tilbudt en dialog med de læger og sygeplejersker, der har ansvar for fejlbehandlingen.

Loven betyder markante ændringer af

hele patientklagesystemet. Patientklagenævnet nedlægges, og fremover samles alle klager i Patientombuddet. Hidtil har patienterne skullet identificere en enkeltperson, som har begået en konkret fejl. Men efter nytår skal direkte klager over enkelte sundhedspersoner behandles af Disciplinærnævnet. Patientombuddet skal behandle sager, hvor patienters rettigheder ikke er blevet efterlevet, eller hvor der er tale om fejl på grund af kommunikationssvigt eller arbejdets organisering.

Lær af fejlen

Direktør for Dansk Sygeplejeråd, Kirsten Kenneth Larsen, ser det som en stor fordel, at den nye lov fokuserer mere på systemets ansvar.



Nyt klagesystem

Fra den 1. januar 2011 indføres et nyt patientklagesystem. Patientombuddet og Disciplinærnævnet er to af de vigtige aktører i det nye system:

PATIENTOMBUDDET:

Samlet indgang til klage- og erstatningssystemet

Patientombuddet bliver patienternes samlede og primære klageadgang til sundhedsvæsenet. Inden Patientombuddet behandler klagen, sendes klagen til regionen, der tager kontakt til patienten. Det kan f.eks. resultere i et dialogmøde mellem patienten og den afdeling, hvor behandlingen er foregået. Regionen kan også vælge at tage telefonisk kontakt til patienten. Patientklager i forbindelse med kommunale sundhedstilbud er ikke omfattet af tilbuddet om dialog.

PRAKSISUDVALG:

Rådgivende organ for Patientombuddet

Praksisudvalget får til opgave at følge Patientombuddets afgørelser og rådgive Patientombuddet om fremtidige afgørelser i sammenlignelige sager. Praksisudvalget vil få repræsentanter fra patientorganisationer, de faglige organisationer, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner.

SUNDHEDSVÆSENETS DISCIPLINÆRNÆVN:

Klager over sundhedspersoner

Disciplinærnævnet skal afgøre klager over navngivne sundhedspersoners faglige virksomhed.

”Idéen er, at fokus i langt højere grad end i dag flyttes fra straf af enkeltpersoner til, at både systemet og personalet kan lære af fejlene og forbedre arbejdsgangene. Vi ved f.eks., at mange fejl i sundhedsvæsenet sker i overgangene mellem afdelinger eller i overgangene mellem sygehuset og kommunen, og at kommunikationssvigt og uklare arbejdsgange er årsag til mange utilsigtede hændelser,” siger Kirsten Kenneth Larsen, der som repræsentant for Dansk Sygeplejeråd har deltaget i den referencegruppe, som har lavet forarbejdet til loven.

Gabestok består

Kirsten Kenneth Larsen fremhæver, at det kan være nyttigt for både den fejlbehand-

ledede mødes til mægling



lede patient og sundhedspersonalet, at de får mulighed for at mødes ansigt til ansigt.

”For både patienter og personale kan en dialog være med til at afmystificere klagesagen, og blandt personalet kan det skærpe læringen, at man får talt forløbet igennem med patienten,” siger hun.

Selvom intentionen i loven er at fokusere på systemfejl frem for personer, så fastholder det nye system den særlige ”gabestok”, der betyder, at sundhedspersoner offentliggøres med navns nævnelse, hvis de får kritik for en alvorlig forømmelse.

”Det er meget tyngende for sygeplejersker at blive nævnt på Patientklagenævnets hjemmeside, og Dansk Sygeplejeråd

mener ligesom Lægeforeningen, ikke, at der er nogen læring i den form for gabestok. Men for patientorganisationerne har det været vigtigt at fastholde ordningen,” siger Kirsten Kenneth Larsen.

Lettere at klage

Også paraplyorganisationen Danske Patienter er tilfredse med den nye lov.

”Det bliver en forenkling af det samlede patientklagesystem, og vi tror, det bliver nemmere for patienterne at få afleveret en klage. I dag er sagsbehandlingstiden ofte over et år. Vi håber, at det bliver muligt at nedbringe sagsbehandlingstiden til mellem tre og fire måneder,” siger formanden for Danske Patienter, Lars Engberg. Dog finder Danske Patienter det

ærgerligt, at der ikke er patienter med ved bordet, når sagerne behandles af Patientombuddet:

”Vi så også gerne, at den patient, der er kommet i klemme, får støtte til at udarbejde en klage. Men den opgave placerer man hos de private patientforeninger, og det har de små organisationer slet ikke ressourcer til. Det vil betyde, at nogle patienter kommer i klemme.”

bso@dsr.dk



Social- og sundhedsassistent Lene Jensen vurderer, at en patient måske har et spiserørsproblem: Er det ikke bedst at vente med morgenmaden, til lægen har set patienten?



For apopleksipatienter udfyldes et SIP-skema (Stroke In Progress). Det erstatter BOS-skemaet med de basale observationer, men er knap så overskueligt, fordi farvekoderne mangler.



Erna Larsen er kommet i tanke om, at hun har givet afdelingen et forkert telefonnummer.

Observationsskemaer giver

Nyindlagte patienter i Region Sjællands Sygehus Syd får målt vitale værdier mindst tre gange det første døgn. Det giver et rigtig godt overblik, synes sygeplejerskerne i Akut Modtageafsnit i Nykøbing Falster.

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

”Kan du huske, hvad du får af medicin, Henning?” spørger sygeplejerske Christina Ørsted den ældre mand, der sidder ved morgenmaden på stue 2 i den akutte modtageafdeling i Nykøbing Falster.

Han blev indlagt med respirationsbesvær dagen i forvejen, og mens hun snakker med ham om medicinen, som han har godt rede på, er hun meget opmærksom på hele hans fremtræden. Hans observationsskema, som hun kiggede på ved dagvagtens begyndelse, viser, at flere værdier lå uden for normalområdet, da de blev målt samme morgen.

Puls var lidt høj, iltmætningen under normal, i alt en risikoscore på 3, og så lyder retningslinjen for Region Sjællands Sygehus Syd, at plejepersonalet skal aftale videre monitorering med den vagthavende læge.

”Men han er kronisk KOL-patient, og han blev også indlagt med en score på 3,” forklarer Christina Ørsted.

Hans appetit fejler ikke noget. Hun konstaterer også, at hudfarven er normal, og han har hverken åndenød eller lyde på respirationen. Så da akutlæge Niels Lundén har set ham, og røntgen af thorax ikke har vist noget, bliver de hurtigt enige om, at han kan gå hjem, som han gerne vil.

Som alle sengeafdelinger i Region Sjællands Sygehus Syd måler den akutte modtageafdeling AMA i Nykøbing Falster patienternes værdier mindst tre gange i det første indlæggelsesdøgn.

Værdierne bliver noteret på et BOS-skema (basalt observationsskema), hvor farvekoder fortæller, når patienterne ligger uden for normalværdierne. Afvigelse bliver risikoscoret med 1, 2 eller 3 point, og der er retningslinjer for, hvordan personalet skal handle, når patienten scorer mere end 0.

I en akut modtageafdeling er observationsskemaerne et rigtig godt redskab, synes Christina Ørsted.

”Vi har lige lavet en spørgeskemaundersøgelse, og 89 pct. synes, at de giver et bedre overblik. De kan ikke stå alene, men de er et værdifuldt supplement til det kliniske blik.

Observationsskemaerne betyder også, at vi alle taler samme sprog. Det er let for en læge at forholde sig til det, når vi ringer og fortæller, at en patient er gået fra BOS 2 til BOS 6, og vi så redegør for, hvad vi har observeret og målt, og hvad vi ønsker.”

Der er den ulempe ved skemaerne, at det tager tid at måle respirationsfrekvens, iltmætning, temperatur, blodtryk, puls og bevidsthedsniveau tre gange i døgn. Hvis en patient er oppegående og selvhjulpne, er det måske ikke altid relevant. Men til gengæld betyder den systematiske observation, at man indimellem opdager et højt blodsukker eller et blodtryk, som man ellers ikke ville have fundet.

”Så gevinsterne opvejer fuldt ud de ulemper, der er,” siger Christina Ørsted Rasmussen.

kbj@dssr.dk

Hvad er din bedste oplevelse med en patient i den sidste uge?

”Vi sendte en døende patient hjem og skulle arrangere øget hjælp i hjemmet fra den ene dag til den anden. Det var i samarbejde med hjemmeplejen, med de pårørende, med egen læge, og alt lykkedes. Så man havde en god fornemmelse, da vi sendte patienten herfra.”

En gruppeleder i AMA har mange løse ender at få styr på. Sygeplejerske Christina Ørsted i kontakt med apoteket om epilepsimedicin.

godt overblik



Hver morgen kommer et hold fysio- og ergoterapeuter for at vurdere AMA's patienter.



Der er stor udskiftning i de 16 senge i AMA. Hver dag bliver over halvdelen af patienterne udskrevet og nye noteret på tavlen.



Bernt Ole Olsen synes ikke, han har nedsat kraft i hænderne. Christina Ørsted fortæller, at der snart vil komme en fysioterapeut for at se ham.

Sygeplejerske Shawn Quick kan som Family Nurse Practitioner tage sig af lidt af det hele for patienterne. Hun har åbnet sin egen sygeplejeklinik "Tiny Little Crestone Clinic" i Colorados tyndtbefolkede Rocky Mountains.

AF BIRGIT BRUNSTED, JOURNALIST • FOTO: MARK TALBOT

I et blå træhus i den lille by Crestone, der ligger 2.000 meter oppe i de mægtige Rocky Mountains i Colorado, USA, finder man "Tiny Little Crestone Clinic", TLC, som sygeplejerske Shawn Quick åbnede for seks år siden. Og som enhver amerikaner ved, står TLC i daglig tale for "Tender Loving Care", altså omsorgsfuld og kærlig pleje.

Shawn Quick er Family Nurse Practitioner, en specialuddannet sygeplejerske, der må levere sundhedsydelse på højt niveau, stort set som en læge. Ordningen blev indført i 1965 for at sikre, at landlige og tyndt befolkede områder i USA fik adgang til sundhedspleje.

En Family Nurse Practitioner må optage journal, foretage undersøgelser, bestille laboratorieprøver, bestemme be-

handlingen og udskrive medicin: "Jeg er uddannet til at diagnosticere og levere sundhedsydelser til personer i alle aldre – "from womb to tomb," siger Shawn Quick med et smil. Altså "fra livmoder til grav". Klinikken ligger i den ene side af Shawn Quicks hus. Om idéen til at oprette en sundhedsklinik i en lille by, hvor der bor 1.600 mennesker, og hvor folk selv skal betale, siger hun:

"Jeg var flyttet til Crestone og arbejdede for en sundhedsklinik ude i dalen. Men den lukkede, og så startede jeg en *bed and breakfast*. Men jeg blev efterhånden træt af at rede senge og skure lokummer, og alle gæsterne stillede mig medicinske spørgsmål. Og så fandt jeg ud af, at vi manglede sundhedstilbud i Crestone – før jeg startede, var her intet."

Shawn Quick havde arbejdet 13 år som sygeplejerske, heraf otte år på et indiansk reservat, Tohono O'odam, i det sydlige Arizona, før hun videreuddannede sig til Family Nurse Practitioner.

Kan lidt af alt

Bag den blå dør er der et hyggeligt indrettet venteværelse. Til den ene side ligger Shawn Quicks konsultationsværelse, hvor der står en stor, komfortabel stol af den slags, man synker meget dybt ned i. "Den er til patienterne, så fortæller de alt," siger hun og smiler.

Til den anden er der et undersøgelsesrum med mikroskop, iltapparat, blodtryksapparat og et leje, der hviler på et kraftigt bord med skuffer. Her tager Shawn Quick blodprøver, vaccinerer, syr



En lille bitte klinik i Rocky Mount



En konsultation koster 40 dollars og Shawn Quicks indkomst er ifølge hende selv i nærheden af fattingsgrænsen.



Tiny Little Crestone Clinic, TLC, som også er forkortelsen for Tender Loving Care.

sår og skifter bandager. Alle patienter får taget blodtryk.

Shawn Quick modtager alle slags patienter: Kvinder, der skal have taget en pap-smear, gravide, præmature tvillinger, folk med vejrtrækningsproblemer og de, der er kommet til skade. ”Jeg kan lidt af alt, og hvis folk har brug for mere, henviser jeg

til specialist eller hospital,” siger hun. I USA er det obligatorisk, at børn, som skal dyrke sport i skolen, får et helbredstjek for at undgå senere retssager.

”Jeg tjekker deres hjerte meget omhyggeligt. Da jeg arbejdede i Tuscon, faldt tre børn døde om, da de dyrkede sport, fordi de havde medfødte hjertelidelser. Dren-

gene bliver også undersøgt for brok, og de tror alle sammen, jeg husker præcis dem, fordi jeg har set dem uden bukser,” siger hun og griner.

Bange for forsikringselskaberne

Det banker på døren, og ind kommer Stephanie, der skal have forklaret nogle ►

ains



En Family Nurse Practitioner må optage journal, foretage undersøgelser, bestille laboratorieprøver, bestemme behandling og udskrive medicin.



Stephanie har ikke råd til at gå til læge. I stedet har hun besøgt et Health Fair, hvor hun har betalt 35 dollars for en blodprøve. Men prøvesvaret skal forklares, og derfor kommer hun i Shawn Quicks klinik.

► blodprøver. Men det er ikke Shawn, der har taget dem. Stephanie er en af de mange, der ikke har råd til at gå til læge. I stedet har hun besøgt et HealthFair, som tilbyder borgere forebyggende rådgivning og forskellige screeninger. Man kan også få taget blodprøver, og prisen er kun 35 dollars til det laboratorium, der behandler prøverne.

HealthFairs, som findes over hele USA, drives af en professionel organisation, og alle involverede arbejder frivilligt.

Men prøvesvarene skal jo forklares, og så kommer folk til Shawn: "Hvis patienterne får et unormalt resultat, spørger de mig, hvad de skal gøre. Det kan være højt kolesterol, urininfektioner, æggehvide i urinen hos gravide eller højt blodtryk. Folk er så bange for forsikringselskaberne og opgiver et andet navn på HealthFair, for så er der ingen journal eller andre papirspor. God idé," siger Shawn Quick, "for selv om de har en forsikring, kan de risikere, at selvriskoen og præmien bliver sat op."

Det vil ændre sig, når præsident Barack Obamas sundhedsreform slår igennem, men Shawn Quick er skuffet: "Man skulle have valgt den offentlige løsning, men forsikringselskaberne vandt, og vi tabte."

Til at betale

Stephanie roser Shawn Quick i høje toner: "Hos Shawn får jeg kvalitetstid. Hun har aldrig travlt, hendes omsorg er personlig, og så er hun til at betale."

I begyndelsen kostede en konsultation

40 dollars (221 kr.), men Shawn Quick måtte sætte den op til 75 (415 kr.), og det er stadig mindre end andre steder, forklarer hun. Børn under fire år betaler 25 dollars og teenagere 40 dollars. Der kommer ca. 10 patienter om ugen.

"Min indkomst er i nærheden af fattigdomsgrænsen, men det er o.k.," siger hun, der dog også underviser på sygeplejerskeuddannelsen på Alamosa College, en times bilkørsel fra Crestone.

Shawn Quick fører journal på patienterne, og hun er naturligvis omfattet af det lovbestemte fortrolighedskrav.

Stephanie har ikke råd til at gå til læge. I stedet har hun besøgt et Health Fair, hvor hun har betalt 35 dollars for en blodprøve. Men prøvesvaret skal forklares, og derfor kommer hun i Shawn Quicks klinik.

"Nogle gange tror folk, at vi bare lige kan ordne tingene, fordi det er så lille en klinik. Men det kan vi ikke, også fordi jeg samarbejder med hospitalerne," siger hun i en meget bestemt tone.

redaktionen@dsr.dk

Obamas sundhedsreform

Kampen for at få vedtaget den amerikanske sundhedsreform var lang, og præsident Barack Obama blev beskyldt for at ville indføre socialisme ad bagvejen, tage hævn for slaveriet og for at ville indføre Hitlers Endlösung. Baggrunden for ønsket om en reform var, at 44 mio. amerikanere hidtil har været uden sundhedsforsikring.

"The Affordable Care Act" blev vedtaget den 22. marts 2010 med 219 stemmer mod 212 og trådte i kraft den 23. september 2010. Det vil tage tre år at gennemføre den.

Hovedelementerne er:

- Der skal oprettes et forsikringsmarked, hvor enkeltpersoner og små erhvervsvirksomheder kan købe dækning til konkurrencedygtige priser
- Alle amerikanere skal have en sundforsikring, der også omfatter forebyggelse
- Børn er forsikrede under forældrenes ordning, til de er 26
- Folk selv kan vælge læge og kan bruge den nærmeste skadestue uden at betale.

Forsikringselskaberne kan ikke længere:

- afvise nogen under henvisning til eksisterende sygdom
- ophæve en forsikring
- annullere en livsvarig forsikring, hvis personen er alvorligt syg, f. eks. af kræft
- afvise et krav, uden at patienten har mulighed for at appellere.

Eva Hoffmann er 37 år og har været ansat på UC Syd, Sygeplejerskeuddannelsen, siden 2001. Hun blev lektor i 2008. Eva Hoffmann er uddannet som sygeplejerske fra den Sønderjyske Sygeplejerskole i 1996, herefter arbejdede hun i fem år på parenkymkirurgisk afdeling på Sønderborg Sygehus. Hun har diplomuddannelse i sygepleje fra 2001, blev master i klinisk sygepleje i 2006 og certificeret coach i 2008.



Pårørende på en knivsæg

"Det er vigtigt at holde sig gode venner med dem". Ordene kommer fra en ven, som i en længere periode var indlagt på hospitalet med sit barn. Bemærkningen refererer til de pårørendes forhold til sygeplejerskerne, men giver mig ubehagelige associationer til usunde relationer, hvor magtbalancen har fået slagside. Når nogen ønsker at holde sig gode venner med nogen, kan det handle om et forhold, hvor den ene er bange for den anden. Så er det mon det, de er, de pårørende? Lidt bange for sygeplejerskerne?

I en lærebog for sygeplejestuderende defineres en pårørende som "en betydningsfuld anden", som skal mødes med nænsomhed, indlevelse og ansvarlighed. Det sker heldigvis rigtig tit. Hver dag møder masser af sygeplejersker patienternes pårørende med empati, omsorg, ligeværdighed og høj faglighed, og hver dag oplever mange pårørende at være i øjenhøjde med det personale, der varetager plejen og behandlingen af deres kære. At møde en betydningsfuld anden stiller imidlertid rigtig store krav til sygeplejersken, som i en stresset og presset hverdag kan komme til at sidestille den pårørende med det kort i kabalen, der gør, at den ikke går op. Måske oplever sygeplejersken, at det ville være lettere at passe sit arbejde uden de mange forespørgsler i telefonen, uden at blive stoppet af en pårørende på gangen og uden nysgerrige blikke, når hun kommer ind på patientens stue for at udføre sit arbejde.

Jeg har selv oplevet at være pårørende og ikke altid føle mig som en betydningsfuld anden. Jeg har på egen krop mærket, hvordan jeg, i et forkrampet forsøg på at være en ressource, har balanceret på en knivsæg. Med masser af diplomatisk sans og lige så meget smalltalk og chokolade har jeg bevidst arbejdet på at udleve det gamle mundheld "den, der smører godt, kører godt". I en i forvejen kaotisk situation har det kostet mig mange kræfter at belægge mine ord, time mine spørgsmål og holde fast for ikke at falde ud af kategorien ressourcer og med et hult drøn ramme bunden i kategorien belastninger. Hvem ønsker at blive uvenner med sygeplejersken og se sig selv reduceret til den emsige datter til patienten på stue 14? Og hvem ønsker, at de mennesker, der skal tage sig af deres kære, når de ikke selv er der, pludselig ikke opleves som medspillere? Ikke mange, og pårørende kan derfor opleve, at de navigerer i konfliktfyldt farvand, når de er

utrygge eller udfordrer sygeplejerskens faglige autoritet med spørgsmål eller direkte kritik.

At være patient er svært, og at være pårørende er ofte lige så svært. I et forsøg på at udfylde rollen som patientens advokat og sikre den bedst mulige pleje og behandling kan stemmen hos den pårørende blive mere skinger, end den plejer, og

” I en i forvejen kaotisk situation har det kostet mig mange kræfter at belægge mine ord, time mine spørgsmål og holde fast for ikke at falde ud af kategorien ressourcer og med et hult drøn ramme bunden i kategorien belastninger.

spørgsmålet blive skarpere end planlagt. Det er i disse situationer, den hårdt prøvede pårørende har brug for sygeplejerskens forståelse, rummelighed og - kald det bare overbærenhed. Den pårørende kunne selvfølgelig lade være med at spørge eller komme med forslag og kritik. Den pårørende kunne læne sig tilbage, slippe tøjlerne og overgive styringen til eksperterne, som så kunne blive fri for irriterende forespørgsler i telefonen, nysgerrige blikke ved sengekanten eller kritik, når sygeplejen ikke blev udført professionelt. Men det scenario virker ikke flatterende, vi har alle brug for hinanden. Der er en grund til, at en pårørende defineres som en betydningsfuld anden for patienten - og i virkeligheden også for sygeplejersken.

Overvejer du efterløn?

Hvad betyder det i kroner og øre at gå på efterløn som 61-årig? Danske Sundhedsorganisationers Arbejdsløshedskasse, DSA, kan svare på spørgsmål om efterløn: tlf. 3315 1066, www.dsa.dk



Kender du dit autorisations-id?

Du kan finde dit autorisations-id på sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk

Konfliktkontingent - hvor længe?

Den 1. april 2011 er det slut med at betale konfliktkontingent på 200 kr. pr. måned.

Se din opkrævning under e-boks

Hvis du har problemer med at modtage din opkrævning fra Dansk Sygeplejeråd, kan det være en god idé at undersøge, om du har en e-boks, og se, om opkrævningen ligger dér.

Fradragsloft på 3.000 kr. for kontingent

Regeringens spareplan betyder, at du fra den 1. januar 2010 maksimalt kan trække 3.000 kr. fra i skat for fagforeningskontingent. Forringelsen i fradragsretten vil typisk koste et medlem af Dansk Sygeplejeråd 60 kr. ekstra om måneden. Reglerne gælder kun fradrag til fagforeninger og ikke til a-kasser. Dit kontingent bliver automatisk indberettet til Skat.



LEDER

Sæt sundhed på dagsordenen

“Danmarks læger, sygeplejersker og sosu-assistenters har bragt os langt gennem fælles indsats. I gør det godt!” Sådan lød ordene i statsministerens åbningstale.

Jeg er enig. Sygeplejerskerne har en stor del af æren for, at sygehusene behandler flere hundrede tusinde patienter flere end for få år siden. Sygeplejerskerne har en stor del af æren for, at kommunerne kan tage imod stadigt mere syge borgere. Og sygeplejerskerne har en stor del af æren for, at de fleste patienter er tilfredse.

Alt det har vi gjort på trods af konstante krav om effektivitet, sygehuslukninger og kommunesammenlægninger. Selv ikke de største omstillinger har skubbet os af sporet.

Men selvom statsministeren smører godt med flødeskum på, er hans tale desværre ikke meget mere end ord. For hvad er takken for den ekstraordinære indsats? Jeg synes, den er svær at se. Jeg savner visioner og sigtelinjer, der kan styrke vores profession, så vi også i fremtiden kan holde sundhedsvæsenet på sporet.

Jeg synes, statsministeren skulle have givet os et løfte om en holdbar finansiering af sundhedsvæsenet. Så regionerne ikke skal fyre sygeplejersker, året efter at de har ansat dem. Statsministeren skulle have givet os et løfte om, at han vil arbejde for ligeløn. Så vores lønseddel svarer til vores uddannelsesniveau. Og statsministeren skulle have givet os et løfte om, at vi skal have mere efter- og videreuddannelse. Så vi kan matche fremtidens behov.

Et par lyspunkter var der da i talen. Regeringen vil lave en kræftplan III, de vil se på den kommunale medfinansiering, og de vil gøre hverdagen mindre besværlig for de offentligt ansatte. Det sidste har vi hørt før - nu vil vi se handling.

Det lader ikke til, at statsministeren vil gøre sundhed til sin vindersag. Oppositionen lader heller ikke til at give sundhedsvæsenet topprioritet i den politiske debat. Det er paradoksalt, for et stærkt sundhedsvæsen har enorm betydning for borgerne og velfærdssamfundet - både nu og i fremtiden. Uden et stærkt sundhedsvæsen falder samfundet fra hinanden.

Vi har derfor en stor opgave foran os, når vi skal bringe sundhed tilbage på dagsordenen. Det er os, der skal tage diskussionerne med omverdenen - over hækken, i badmintonhallen og til familiefesten. Det er os, der skal fylde i medierne - i læserbrevspalterne, i lokalavisen og på Facebook. Det er os, der skal møde politikerne - i byrådet, regionsrådet og i Folketinget. På den måde kan vi arbejde for, at sundhed bliver et hovedtema i den næste åbningstale. Uanset hvem der holder den.

Grete Christensen

Grete Christensen, formand

Sygeplejersker går ikke til pressen

AF MADS KRØLL CHRISTENSEN, JOURNALIST

Ni ud af 10 adspurgte sygeplejersker, som oplever uholdbare forhold på deres arbejdsplads, undlader at rejse kritikken i offentligheden. Det viser en undersøgelse fra FTF. Sygeplejerske Stine Reunert gik til pressen med kritik af forholdene på medicinske afdelinger. Hun har ikke fortrudt.

Ifølge en undersøgelse som FTF – hovedorganisation for bl.a. sygeplejersker – har foretaget blandt 439 sygeplejersker, har 57 pct. af sygeplejerskerne oplevet uholdbare forhold på arbejdspladsen, som de mente, at offentligheden burde have kendskab til. Tallene viser dog også, at hele 91 pct. af dem ikke fortalte offentligheden om de uholdbare forhold.

”Det er en oplagt mulighed for sygeplejersker at gå til medierne med uholdbare forhold i sundhedsvæsenet, hvis ledelsen på arbejdspladsen ikke kan eller vil løse problemet. Desværre frygter mange sygeplejersker, at det vil skabe problemer for dem og måske få konsekvenser for deres ansættelsesforhold, hvis de udtaler sig kritisk i medierne,” siger Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd.

Kronik fik Løkke i samråd

En af de sygeplejersker, der har stået offentligt frem med kritik, er Stine Reunert. Tilbage i 2007 arbejdede hun som sygeplejerske på en medicinsk afdeling i Region Hovedstaden.

”Jeg valgte at skrive en kronik, fordi jeg var enormt frustreret over forholdene på den afdeling, hvor jeg var ansat. Det var dels arbejdsforholdene, men nok mest forholdene for patienterne, der var meget kritisable. Og da jeg havde arbejdet som vikar på andre medicinske afdelinger i regionen, vidste jeg, at forholdene mange andre steder var uholdbare,” fortæller Stine Reunert.



ARKIVFOTO: HEINE PEDERSEN

Stine Reunert (tv.) har ikke fortrudt, at hun offentligt kritiserede forholdene på hovedstadens medicinske afdelinger. I 2007 modtog hun sammen med sygeplejerske Bettina Kølle (th.) fagbladet Sygeplejerskens ytringsfrihedspris, Kirsten Stallknecht Prisen, der hvert andet år uddeles til sygeplejersker, som har markeret sig i den offentlige debat.

Hendes kronik i Dagbladet Politiken, ”Patienten har det ikke godt”, vakte en del røre både i medierne og på gangene på Christiansborg. Flere medier viderebragte historien, og den daværende sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen (V) blev kaldt i samråd om problemerne.

”Det var bestemt det værd. Jeg fik skabt ret stor opmærksomhed om forholdene på de medicinske afdelinger generelt. Jeg gjorde også det, at jeg sendte et link til min kronik til de sundhedspolitiske ordførere på Christiansborg,” fortæller Stine Reunert, der, inden hun gik i pressen, havde forsøgt at løse forholdene internt på arbejdspladsen. Direktionen på hospitalet fik også kronikken til orientering, inden den blev bragt.

Stine Reunert har ikke fortrudt: ”Men vælger man at gå i pressen, skal man være parat til at møde modstand.”

Dansk Sygeplejeråd gør meget for at klæde tillidsrepræsentanterne på til at gå i medierne.

”Det kan virke grænseoverskridende at stille sig op foran et kamera og rejse en problemstilling fra ens arbejdsplads. Derfor afholder vi kurser i pressehåndtering for vores tillidsrepræsentanter, ligesom de kan kontakte vores kommunikationsafdeling stort set døgnet rundt for råd og vejledning,” siger Grete Christensen og tilføjer:

”Tallene fra FTF bekræfter desværre vores fornemmelse. Derfor vil vi nu undersøge problemets omfang mere indgående.”

Læs FTF's undersøgelse ”Offentligt ansattes ytringsfrihed anno 2010” på www.ftf.dk - søg på ”ytringsfrihed 2010”.

” Der er tale om en succeshistorie: Mere end 300.000 danskere har til dato valgt den offentlige ventetid fra. En kæmpe succes for patienterne. Ventetiden styrteddykkede. Regeringen holdt sit løfte.

Indenrigs- og sundhedsminister Bertel Haarder (V), i Berlingske Tidende 5. oktober 2010, i forbindelse med den såkaldte mailsag om overpriser til privatsygehuse.

LÆRING LEDELSE COACHING

SÆT SKUB I
KARRIEREN MED EN MASTER-
UDDANNELSE FRA AALBORG
UNIVERSITET

- Master i Læreprocesser
- Master i Ledelses- og Organisationspsykologi
- Master i Organisatorisk Coaching

Undervisningsformen er it-baseret fjernundervisning i kombination med seminarer

Nye hold i februar 2011


AALBORG UNIVERSITET
Institut for Uddannelse, Læring og Filosofi

Tlf. 9940 9420 · evu@aau.dk
www.evu.aau.dk




-fordi det er enkelt!
**Lukket
formalin
system**



Undgå påbud fra arbejdstilsynet, brug Hounisens lukkede formalin-system til dine vævsprøver. Systemet leveres med 2 glasstørrelser på 9 og 25 ml. Kan bruges til stort set alle vævsprøver.

Ring og bestil demonstration eller prøver på 86 21 08 00

NYT FRA DSR – DIN ORGANISATION

Egen akutuddannelse på Kolding Sygehus

AF MADS KRØLL CHRISTENSEN, JOURNALIST • FOTO: NILS ROSENVOLD

Sygehus Lillebælt inviterede Dansk Sygeplejeråds formand på besøg. Hun så bl.a. Akut Modtage Afdeling på Kolding Sygehus, som har 42 sygeplejersker ansat.

Danmark mangler en national akutuddannelse for sygeplejersker, mener Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen. Og hun fik rig lejlighed til at drøfte emnet, da hun besøgte en akut modtageafdeling, AMA, på Kolding Sygehus.

Besøget på AMA, som fandt sted i slutningen af september, var en mindre del af et stramt program. Formanden besøgte i alt fire ud af de fem sygehuse, der hører under Sygehus Lillebælt. Herunder onkologisk ambulatorium på Vejle Sygehus, dialyseafdelingen på Fredericia Sygehus og endelig det nyindrettede rygcenter på Middelfart Sygehus.

Kolding Sygehus var tredje stop på rundturen. Sygehuset står foran store ud- og ombygninger. Kolding Sygehus skal nemlig være trekantsområdet akutsygehus med ansvar for behandlingen af 300.000 borgere. Akut Modtage Afdeling, AMA, yder sygepleje og behandling til medicinske, organkirurgiske, ortopædkirurgiske og karkirurgiske patienter.

"Når der er lagt en plan for den enkelte patient på afdelingen, bliver patienten

overflyttet til en specialafdeling. Det skal ske inden for 48 timer efter indlæggelse. Kan vi selv færdigbehandle patienten på AMA inden for de 48 timer, så vedkommende kan udskrives, så gør vi det. Det sker med ca. syv ud af 10 patienter," fortalte sygeplejerske Lise Sjøgren, der er tillidsrepræsentant på afdelingen.

AMA er en forholdsvis ny afdeling, der slog dørene op i august 2008. Der er ansat 42 sygeplejersker på afdelingen.

"Afdelingen er primært bemanded med sygeplejersker, og det skaber et helt unikt og dynamisk miljø, der er præget af et højt fagligt niveau, hvor vi sygeplejersker daglig sparrer med hinanden og med de mange faste læger. Afdelingen har også en god blanding af erfarne sygeplejersker og unge sygeplejersker. Og det øger bare dynamikken endnu mere," fortalte Lise Sjøgren.

Problem nævnt for ministeren

AMA har sygeplejerskevisitation døgnet rundt, og mange af sygeplejerskerne på afdelingen har tidligere arbejdet inden for forskellige specialer, men er nu alle beskæftiget med det akutte område.

"Desværre findes der ingen national akutuddannelse for sygeplejersker. Derfor har vi selv udviklet en uddannelse for sygeplejerskerne," fortalte Bente Jacob-

Nye overenskomster indgået

Dansk Sygeplejeråd har senest indgået overenskomst med følgende fire virksomheder:

Lægerne

Vibeke Nellemann og
Hans Chr. Schallert I/S
Viby Centret 20 A
8260 Viby J

Kildehaven

Boliger & Sundhedscenter
Hovedgaden 95
4520 Svinninge

Kirurgisk Klinik Prismet

v/Lars Sømod
Viborgvej 3
8000 Århus C

Læge

Harald Depcik
Kongensgade 11
9800 Hjørring

På www.dsr.dk > Overenskomst > Private kan du se, hvilke private virksomheder Dansk Sygeplejeråd har indgået overenskomst med.



Kolding Sygehus skal i fremtiden være Trekantsområdet akutsygehus. Derfor skal sygehuset frem mod år 2016 om- og udbygges for 900 mio. kr. Byggeriet omfatter bl.a. en ny fælles akutmodtagelse og en ny sengebygning i fem etager plus en ny hovedindgang. På billedet betragtes skitserne til det nye akutsygehus. Fra venstre mod højre: Anne Granborg, adm. direktør i Dansk Sygeplejeråd, formand Grete Christensen, fællestillidsrepræsentant Marianne Lissau (skråt bag Grete Christensen), sygeplejedirektør Helle Adolfsen, fællestillidsrepræsentant Lisbeth Hammer og fællestillidsrepræsentant Kirsten Hessellund. Dagen var arrangeret af de tre fællestillidsrepræsentanter.

sen, som er specialeansvarlig sygeplejerske på AMA.

"Jeg kender godt jeres uddannelse. Jeg har faktisk nævnt den for ministeren (in-

denrigs- og sundhedsminister Bertel Haarder (V), red.). Det er et meget stort problem, at der ikke er en national akutuddannelse for sygeplejersker. Akutområdet

bliver mere og mere centralt i vores sundhedsvæsen. Det har jeg gjort klart for ministeren," sagde Grete Christensen.

Nye tider, nye sider

Sidste efterår modtog du en ny DSR-kalender, som vi håber, du er glad for. Med dette nummer af Sygeplejersken får du de nye sider for 2011 (*), som er lige til at sætte ind i kalenderomslaget. Kalenderomslaget bliver først skiftet ud i 2013. Hvis du har mistet omslaget, kan du købe et nyt på www.dsr.dk/udgivelser. Her kan du også købe en komplet kalender.

I den nye kalender for 2011 finder du en mere overskuelig vagtplan, så du kan holde styr på både vagter og aftaler. Som noget nyt går kalenderen helt ind i 2012.

Personligt præg

Du kan sætte dit helt eget præg på kalenderen. Brug f.eks. den grønne snor, lav din egen snor eller sæt en nøglering i.

På www.dsr.dk/kalender har vi til inspiration lagt billeder ind af DSR-kalendere, som er blevet piftet op.

Hvis du har gjort noget særligt for at gøre din kalender lidt

mere personlig, kan du sende et billede ind til os på kalender@dsr.dk - så lægger vi det på hjemmesiden til inspiration for andre sygeplejersker.

Mailadressen kalender@dsr.dk kan også bruges til kommentarer vedrørende kalenderen.

Vi håber, at du bliver glad for din nye kalender.

(*) OBS - SLS-medlemmer modtager ikke DSR-kalenderen, men får SLS-kalenderen tilsendt.



Sygeplejersker med misbrug får hjemmeside

“Misbrug af f.eks. alkohol kan ramme sygeplejersker lige så vel som alle andre. Og det er tit en svær problemstilling for kolleger og ledere at løse, fordi der ofte er en berøringsangst ved at konfrontere misbrugeren med hans ellers hendes misbrug,” siger Dorte Steenberg, 2.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd.

I forbindelse med Sundhedsstyrelsens alkoholuge i uge 40, har Dansk Sygeplejeråd oprettet en ny temaside om misbrug. Her kan man bl.a. læse om myter og fakta om alkohol, og om hvordan misbrug behandles.

Hvert år får Danske Sundhedsorganisationers Arbejdsløshedskasse, DSA, ca. 100 henvendelser om misbrugsproblemer. De handler ofte om blandingsmisbrug og stammer typisk fra tillidsrepræsentanter, kolleger eller pårørende.

Job- og misbrugskonsulent i DSA Lykke Østerlin Kochs vigtigste råd er:

“Man skal handle med det samme, hvis

man har en kollega, der er kommet ud i et misbrug. Gør man ikke noget, kommer vedkommende bare længere og længere ud. Det svarer til, at man bare kigger på, mens skibet synker langsomt.”

Hun peger på, at der blandt sygeplejersker og læger er en overrepræsentation

af selvmord, og siger: “Jeg er ikke i tvivl om, at en del af dem skyldes misbrug.”

Læs mere på www.dsr.dk > Arbejdsvilkår > Arbejdsmiljø > Misbrug

Sådan forbereder du samtalen om misbrug

Skal du tale med en kollega om vedkommendes misbrug, anbefaler Lykke Østerlin Koch, at du forbereder samtalen ud fra nedenstående spørgsmål:

- Hvem skal deltage?
- Hvordan viser problemet sig?
- Hvilke konsekvenser har misbruget for dig, kollegerne og arbejdspladsen generelt?
- Hvordan har personens ressourcer ændret sig?
- Hvilken hjælp kan jeres arbejdsplads tilbyde?
- Hvilke konsekvenser skal det have, hvis problemet benægtes?
- Hvornår skal der være en opfølgende samtale?
- Hvem er tovholder?



SILENTIA
**Silver
Line**

Enkelt design

Silentia Silverline er vort svar på

de krav som stilles til afskærmning indenfor sygeplejen. Systemet er godt gennemtænkt og fleksibelt i monteringen og så kan det tilpasses enhver rumsituation. Som sygeplejer får man et godt overblik på stuen ligesom patienterne sikres mod uønskede indblik. Silentia Silverline er let at holde rent og lukker ikke lyset ude, men ikke mindst, har et flot design. Systemet er både udviklet og produceret i Sverige.



Gir godt overblik og slipper lyset ind



Mobil eller vægmonteret



Nemme at rengøre



SKÆRMER AF UDEN AT LUKKE INDE

SILENTIA SALGSKONTOR • POSTBOKS 63, 6330 PADBORG
TEL 736 720 11 FAX 736 720 12 • INFO@SILENTIA.SE
WWW.SILENTIA.DK

Stil uret tilbage

Søndag den 31. oktober kl. 03.00 skal uret stilles en time tilbage. Sommertiden slutter, og vintertiden starter.

Skiftet fra sommertid til vintertid kan have indflydelse på tilrettelæggelsen af arbejdet. For sygeplejersker, som den 31. oktober udfører normal-tjeneste i form af nattjeneste, vil den sidste times tjeneste kunne pålægges afviklet som overarbejde eller afspadsering inden for rammerne om afvikling af den gennemsnitlige ugentlige arbejdstidsnorm.

Søndag den 27. marts 2011 skifter vintertid igen til sommertid.



DEBAT PÅ FACEBOOK

Perspektivløs prikkerunde

Sundhedsvæsenet har brug for højt kvalificeret arbejdskraft, og det er fuldstændig perspektivløst at fyre hårdtarbejdende sygeplejersker på hovedstadens hospitaler, mener formand Grete Christensen.

Hillerød Hospital og Rigshospitalet fyrede tilsammen 220 ansatte, heraf 48 sygeplejersker.

"Skidt, rigtig skidt!"

"Det er indiskutabelt, at det er patienterne, det går værst ud over, men det går også ud over deres pårørende og det øvrige personale."

"Ja, det er hul i hovedet!"

Sommertid og fyringer

Søndag den 31. oktober kl. 03.00 slutter sommertiden, og vintertiden begynder. Uret skal derfor stilles en time tilbage. Kl. 03.00 bliver til kl. 02.00. Skiftet kan have indflydelse på tilrettelæggelsen af arbejdet.

"Pyt med det. Jeg er fyret!!!"

"... Det samme her!"

"Føler med jer. Jeg tror, der ret hurtigt bliver brug for jer igen, for disse fyringsrunder kommer til at give bagslag f.eks. i form af faldende aktivitet og flere udbrændte sygeplejersker. Håber, I begge finder en ønsket beskæftigelse indtil videre."

Hvis du selv har lyst til at følge med i debatterne på Dansk Sygeplejeråds Facebook-side og eventuelt giv dit eget besyv med, kan du blive fan af siden på www.facebook.com/sygeplejersker

WWW.DSR.DK

Forsinket premiere

Det nye www.dsr.dk der er undervejs, udskyder premieren til januar 2011. Vi har tidligere annonceret, at hjemmesiden var klar den 1. november 2010. Årsagen er, at Dansk Sygeplejeråd har besluttet at koble sig på det fælles log-in-system NemID, fordi man derved kan introducere NemID samtidig med a-kassens hjemmeside www.dsa.dk

Lige så snart der er nyt om de nye log-in-procedurer, vil det blive bragt i *Sygeplejersken* og på www.dsr.dk Du vil altid kunne læse det sidste nye om udviklingen på www.dsr.dk/ny



Opfinderprisen udskudt

Spændingen bliver trukket lidt længere, da konkurrencen "Opfinderprisen - nye veje til sygepleje" følges med den nye udgave af hjemmesiden og starter i januar 2011, og ikke som tidligere annonceret i november.

Konkurrencen sætter fokus på sygeplejerskers nytænkning og kreativitet, så de gode idéer kan blive udbredt og komme flere til gode. Alle medlemmer af Dansk Sygeplejeråd er inviteret til at deltage. Vinderen belønnes med 10.000 kr., og 2.- og 3.-pladsen belønnes med 5.000 kr. hver.

Sundhedsfaglige kandidater kan selv vælge organisatio

Dansk Sygeplejeråd og Dansk Magisterforening har nu afklaret, hvor cand.scient.san.er i regioner og kommuner skal være medlemmer. En stor gruppe kan vælge selv.

Når sygeplejersker videreuddanner sig til cand.scient.san., er der hidtil ofte opstået tvivl om, hvor de hører til organisatorisk. I en akademisk organisation eller hos Dansk Sygeplejeråd? Den tvivl er nu afklaret med en aftale, som Dansk Sygeplejeråd har indgået med Dansk Magisterforening.

”Det har været vigtigt for os, at sundhedsfaglige kandidater kan være medlemmer det sted, hvor de får den bedste rådgivning,” siger Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen om aftalen.

Dansk Magisterforening organiserer alle cand.scient.san.er, der overvejende arbejder med informations- og kommunikationsvirksomhed.

Dansk Sygeplejeråd organiserer de cand.scient.san.er, der er ansat i kliniske lederstillinger i sundhedsvæsenet eller i andre stillinger, hvor de overvejende arbejder med sygeplejefaglig evaluering, kvalitetssikring eller forskning.

Men som noget nyt giver aftalen valgfrihed for to grupper, nemlig cand.scient.san.er, der arbejder bredere med sundhedsfaglig evaluering, kvalitetssikring eller forskning, og cand.scient.san.er, ansat som ph.d. eller post-doc. Hvis de vælger Dansk Magisterforening, bliver de stående i Dansk Sygeplejeråd som passive medlemmer.

”På den måde kan de blive medlemmer i en akademisk organisation, samtidig med at de bevarer den faglige tilknytning til Dansk Sygeplejeråd,” siger Grete Christensen. (kb)

Er du cand.scient.san. og har spørgsmål til dette, kan du skrive til dsr@dsr.dk

MEDLEMSSERVICE

Super rente til sygeplejersker

Som medlem af Dansk Sygeplejeråd kan sygeplejersker få hele 5 pct. i rente på deres lønkonto hos Lån & Spar. Ifølge banken er det landets højeste rente.

Læs mere på hjemmesiden www.dsrbank.dk

Rettelse

I sidste nummer af *Sygeplejersken*, nr. 17/2010, var der desværre tre faktuelle fejl i artiklen ”Vi har landets dårligste patienter”:

- Susanne Sebens blev fejlagtigt benævnt som klinisk oversygeplejerske. Den korrekte titel er klinikoversygeplejerske.
- Af artiklen fremgik det, at seks ud af 10 af afsnittets sygeplejersker har specialuddannelsen i intensivsygepleje. Det korrekte antal er syv ud af 10.
- Formuleringen ”I takt med, at antallet af sygeplejersker med specialuddannelsen er steget, er antallet af dødsfald blandt patienterne faldet” var en fejl. Den korrekte formulering er: ”I takt med, at antallet af sygeplejersker med specialuddannelsen er steget, er bl.a. antallet af indlæggelsesdage på 4131 faldet fra 6,1 til 5,2.”

Redaktionen beklager fejlene.

DSR I MEDIERNE

Dansk Sygeplejeråd er siden 1. januar i år citeret 2.850 gange i medierne. Det er i gennemsnit ni gange om dagen. Blandt de sager, Dansk Sygeplejeråd har rejst i september måned, er:

En ordentlig svingom, tak

Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen har haft et større debatindlæg i Dagbladet Information. Hun skrev bl.a.: ”Min holdning er klar. Fair og bedre løn er medvirkende til, at vi fortsat sikrer, at der er højt kvalificeret arbejdskraft i den offentlige sektor til glæde for borgerne. Og det kan også være et stærkt incitament til, at både mænd og kvinder i fremtiden vil vælge at tage en velfærdsspecialuddannelse frem for at søge mod uddannelser, som er rettet mod den private sektor med højere lønninger.”

Chefer, tænk jer grundigt om

Mange sygeplejersker står over for at blive fyret. Det sker samtidig med, at sygehusenes chefer får høje lønstigninger. Dansk Sygeplejeråd kalder det et meget uheldigt signal. ”Jeg synes, at det er enormt vigtigt, at regionerne tænker sig grundigt om lige nu. Det er meget svært for medarbejderne på gulvet at forstå, at de skal løbe endnu stærkere og sige farvel til mange af deres kolleger, samtidig med at cheferne på sygehusene får store lønstigninger,” sagde Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd, til Ekstra Bladet.

Sygeplejersker giver overlæger ret i kritik

En stram politisk styring af sundhedsvæsenet har både ramt overlægernes og sygeplejerskernes arbejde. Dansk Sygeplejeråd efterlyser et sundhedsforlig: ”Et samlet sundhedsforlig skal kigge på helheder og sammenhænge i sundhedsvæsenet. Vi har set folkeskoleforlig, forsvarsforlig osv., så hvorfor ikke også et sundhedsforlig? Så kan vi få en ramme at arbejde inden for, nogle overordnede parametre,” sagde Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd, til Berlingske Tidende.



FOTO: SIMON KLEIN-KNUDSEN

Brug sygeplejersker mere

Fællestillidsrepræsentanter fra hele landet var samlet to dage i Hillerød på en dyster baggrund.

Forud for svære overenskomstforhandlinger i en krisetid og i skyggen af besparelser, stillingsnedlæggelser og fyringer i sundhedsvæsenet mødtes sygeplejersker fra hele landet til et todages seminar i Hillerød den 5. og 6. oktober.

”Sundhedsvæsenet er blevet vingeskudt det seneste års tid. Massive besparelser og mange fyringer har ramt både i regioner og kommuner. Og vi ser nu en eksplosion i antallet af arbejdsløse nyuddannede sygeplejersker. Det er en katastrofal kurs, fordi vi ved, at sundhedsvæsenet vil opleve en betydelig mangel på

sygeplejersker,” sagde Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd, på seminaret. Hun fortsatte:

”Men det kriseramte sundhedsvæsen er samtidig en oplagt mulighed for politikerne til at se på nye muligheder. F.eks. ligger det lige for at bruge sygeplejersker endnu mere og endnu flere steder i sundhedsvæsenet. Vi kan bl.a. spare dyre lægeudgifter og forebygge kostbare genindlæggelser. Det er langt mere konstruktivt og fremadrettet at nytænke sundhedsvæsenet, end det er blot at svinge den store sparekniv. Det er den vej, vi skal.”

I alt deltog ca. 100 fællestillidsrepræsentanter fra hele landet i mødet.

(mkc)

” De (Sundhedsministeriet, red.) har holdt en færdig rapport hemmelig, selv om vi (Rigsrevisionen, red.) spurgte præcist og detaljeret til den. Jeg synes ikke om det, man har gjort. Det er ganske alvorligt, og det husker jeg faktisk ikke andre eksempler på i historien. Det her skal man ikke finde sig i. Når jeg beder om oplysninger, er det jo på hele Folketingets vegne. Jeg kan jo slet ikke udføre mit arbejde og udfylde min rolle, hvis ministerier holder oplysninger hemmelige.

Rigsrevisor Henrik Otbo, i Ekstra Bladet 4. oktober 2010, om den såkaldte mailsag om overpriser til privatsygehuse.

Sygeplejerskens læsere vil her fremover få et indblik i formand Grete Christensens kalender. Af pladshensyn er der tale om uddrag.

Mandag den 25. oktober

- Møde i FTF's Forretningsudvalg, København
- Bestyrelsesmøde i Ulandssekretariatet, København

Tirsdag den 26. oktober

- Generalforsamling i DSR Kreds Midtjylland, Silkeborg

Onsdag den 27. oktober

- Møde EU Workforce for Health, Bruxelles

Torsdag og fredag

28.-29. oktober

- Halvårligt møde med de europæiske sygeplejerskeorganisationer i EFN, Bruxelles

Mandag den 1. november

- Møde i FTF-regi med LO's daglige ledelse, København
- Møde DSR Kreds Sjælland, Ringsted

Tirsdag den 2. november

- Repræsentantskabsmøde i CO 10, København

Onsdag den 3. november

- FTF-udvalgsmøde om arbejdsliv, København

Torsdag den 4. november

- Møde i DSR Kreds Midtjylland, Silkeborg
- Møde i DSR Kreds Syddanmark, Fredericia

Fredag den 5. november

- Ekstraordinært Forhandlingsudvalgsmøde i Sundhedskartellet, København
- Møde med DL, Foreningen for lægesekretærer, København

MI G OG MIT JOB

Navn: Peter Lynge Kjær, 39 år.

Stilling: Ledende oversygeplejerske. Uddannet i 1994 fra Bispebjerg Sygeplejeskole.

Arbejdsplads: Vikarkorpset på Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler.



ARKIVFOTO: SØREN SVENDESEN

AF SUSANNE BLOCH KJELDEN, JOURNALIST

Hvad er det bedste ved dit job?

"At jeg har et stort netværk. Og når jeg ser, at medarbejderne trives med de fælles mål, vi løfter."

Hvad er det værste ved dit job?

"Siden jeg startede 1. oktober sidste år, har jeg skullet fyre 32 medarbejdere, knap halvdelen af personalet. Det værste er at skulle afskedige personale, når der mangler hænder, og at skulle afskedige folk til ledighed."

Hvad ville du være, hvis du ikke var sygeplejerske?

"Arkæolog. Hvis jeg ikke var blevet sygeplejerske, var jeg dog nok blevet pædagog, fordi det handler om mennesker."

Hvad var dit første job som sygeplejerske?

"Akut Modtageafdeling på Bispebjerg Hospital."

Hvad er det bedste job, du har haft?

"Skadestuen på Bispebjerg, det job indfriede til fulde mine forventninger til et spændende arbejde, og så var det en meget velfungerende afdeling."

Hvad er det værste job, du har haft?

"Murerarbejdsmand i et murer/tømrerfirma."

Hvordan vil du beskrive dit job i én sætning?

"En spændende udfordring i en svær tid."

Hvad er det mest fagligt udfordrende, du nogensinde har oplevet på dit job?

"Tilrettelæggelse af den store afskedelsesproces, vi har været igennem."

Med hvilke tre ord, tror du, dine kolleger vil beskrive dig?

"Energisk, omsorgsfuld og idérig."

Hvilket ord bruger du oftest, når du er på job?

"God vagt."

Hvad er det mærkeligste, en patient nogensinde har bedt dig om?

"Det var en kvinde i skadestuen, som sagde: 'Jeg skal føde nu,' hvorefter hun fødte, før jordemoderen nåede at komme. Jeg følte, at jeg ingen kompetencer havde, men det havde jeg selvfølgelig."

Hvis du skulle nævne én ting, der kunne forbedre dit arbejdsliv, hvad ville det så være?

"Bedre økonomi i sundhedsvæsenet."

Hvilke tre ting kan du ikke undvære i dit job?

"Min computer, min kaffekop og kontakten til kolleger."

Hvordan slapper du af?

"Med firmafodbold en gang om ugen og ved at se sport i tv og live."

Hvornår mistede du sidst dit temperament og hvorfor?

"Da hunden begyndte at gø, netop som min datter på to måneder var faldet i søvn."

MINDEORD

Dorte Koops

Dorte Koops døde den 12. september, omgivet af sine kære. Dorte drog herfra på en smuk efterårsdag og på den måde, som hun gerne ville, blot alt for tidligt, kun 55 år gammel. For to et halvt år siden fik Dorte konstateret brystkræft, og hun fandt hurtigt ud af, at det ville blive en kamp, som hun ville få svært ved at vinde, men naturligvis prøvede hun, som hun hele sit liv kreativt tog udfordringer op.

Dorte afsluttede sin sygeplejerskeuddannelse ved Holstebro Sygeplejeskole i 1979. Herefter blev hun bl.a. hjemmesygeplejerske i Viborg. I 1988 uddannede hun sig til sundhedsplejerske og fik ansættelse i Fjends Kommune for siden at blive ledende sundhedsplejerske i Skive. I den periode uddannede hun sig desuden til Marte Meo-terapeut. I 2000 flyttede Dorte til Århus, hvor hun fik ansættelse som konsulent for sundhedsplejen i Århus Kommune, her var hun bl.a. supervisor for Marte Meo-uddannelsen.

Dorte Koops var et stort menneske og en meget dygtig sygeplejerske. Til begravelsen formulerede Anette, Dortes søster, det meget rammende således:

"Dorte var altid parat med et livgivende svar - om det var ammeproblemer, røde babynumser, besværlige teenagere, arbejdsproblemer, problemer med vandhænen, bilen, sygdom, kærlighed og bekymringer. Hun var der for os alle."

Vi kommer til at savne Dorte utrolig meget iblandt os.

Vores dybeste medfølelse går til Dortes familie og specielt til hendes elskede Ejler og børnene Kasper, Jesper og Andrea.

Kirsten Spanget Bjerre, John Bjerre,
Vibeke Koops Grønborg,
Jørgen Kratmann, Mette Egelund
Pedersen og Vibeke Lorentzen.

Svar på TESTEN side 9

1:b.

2:b.

3:b. Svær overvægt; vejledende BMI>40, gravide kun i 2. og 3. trimester.

4:a.

5:a. Dog 285 kr., hvis vaccination af helbreds-mæssige årsager gives i den vaccineredes eget hjem (bortset fra plejehjem, beskyttede boliger, ældreboliger og plejeboliger).

Lizzie Bræstrup

Sundhedsplejerske Lizzie Bræstrup er død, 90 år gammel.

Hun fortalte engang om et barn, der sagde til hende, at en sundhedsplejerske er en dame, der går rundt og vækker de små børn.

Lizzie inkarnerede - om nogen - indholdet i det udsagn.

Hun var en dame, defineret som en kvinde med statur og format. Hun var dedikeret og velformuleret, hun ville noget med at tage ordet, f.eks. på Nyborg Strand eller i *Sygeplejersken*, sidst med klummen 5 faglige minutter "Østrogenchokket" i sommer.

Hun gjorde det for at præcisere og flytte grænserne for faget. Hun gjorde op med den pænhed, der lammede og lammer faget. Hun gjorde det på en smuk måde.

Det var skolebørn, der fik glæde af Lizzies mange talenter for at kommunikere og undervise om sundhed, kost, trafik og miljø. De nød godt af hendes store engagement og evner for at trøste, for at forbinde sår eller for at tage del i deres smerter i maven eller ondt i livet.

Men Lizzie rakte ud over børnene. Hun var bl.a. initiativtager til et kursus for kolleger om miljø, hvorunder den første demonstration tilrettelagt af sundhedsplejersker fandt sted. Det var foran Byretten i København, hvor der var en retssag mod en økologisk landmand, som var under anklage for at påpege den udbredte misbrug af pesticider i det konventionelle landbrug. På vores transparenter stod der bl.a.: "Sundhedsplejersker er også imod gift i maden".

Lizzie var en aktiv og engageret diskussionspartner, til hun døde fredeligt en dag i september.

Tak, fordi vi har fået lov til at have dig som kollega i sundhedsplejerskearbejdet, Lizzie.

*Inga Axelsen og Rita Friis,
sundhedsplejersker.*

Toini Nousiainen

Med Toini Nousiainens død har Nordens sygeplejersker mistet en meget stor skikkelse.

Allerede som ung sekretær for de finsksprogede sygeplejersker kom Toini ind i det nordiske samarbejde, og hun blev en aktiv deltager i arbejdet med at beskrive de nordiske sygeplejerskers løn og ansættelsesforhold.

I dette arbejde kom hun til at samarbejde med danske Margrethe Kruse, og da Margrethe drog til ILO for at udarbejde forarbejder til den senere konvention om sygeplejepersonalets leve- og arbejdsvilkår, tog Toini med, og dermed var grunden lagt til et livslangt samarbejde mellem hende og de danske sygeplejersker.

Toini var en brobygger, og det lykkedes hende som formand for de finsksprogede sygeplejersker i perioden 1963 til 1982 at forene de finsk- og de svensksprogede finske sygeplejersker og at etablere en stærk forhandlingsorganisation, TEHY, som gav inspiration til de øvrige nordiske sygeplejerskeorganisationer.

I sin periode som formand for Nordens sygeplejersker 1974 til 1983 lykkedes det hende at bane vejen, så et samarbejdsbånd kunne knyttes mellem de nordiske sygeplejersker og sygeplejerskerne i Baltikum og Øst- og Centraleuropa, således at det var muligt hurtigt at træde til og støtte sygeplejerskerne i disse lande, da muren faldt.

Også internationalt lagde Toini et stort arbejde for løn- og arbejdsvilkårene, og hun var således i en periode medlem af ICN's social- og økonomiske udvalg, og en stærk støtte for Dansk Sygeplejeråd blev hun i Europa i den periode, hvor Danmark var det eneste af de nordiske lande, der var medlem af EF. Det var netop i den periode, hvor uddannelsesdirektiverne blev forhandlet, og hvor der var stærke politiske kræfter for meget lave indgangskrav til og svage teoretiske krav for sygeplejerskeuddannelsen.

Toini gik også foran i bestræbelserne på at knytte sygeplejerskerne ved WHO's Europakontor i København tættere til de nordiske sygeplejersker, således at kræfterne til at styrke den faglige udvikling og forskningen i sygeplejen kunne samles til fordel for alle sygeplejersker i Europa.

Efter pensioneringen blev hun flere gange ramt af sygdom, men hun fulgte levende

med i såvel de finske som de nordiske sygeplejerskers udvikling. Sidste gang, hun deltog i et SSN-arrangement, var ved 75-års-jubilæet i København, hvor hun med stor glæde konstaterede de resultater, Nordens sygeplejersker havde opnået over de mange år.

Toini vil blive savnet af alle os, der kendte hende, og hun vil blive erindret med stor glæde og vemod.

Æret være Toini Nousiainens minde.

Kirsten Stallknecht.

NAVNE

Finsk æresmedlem død

Tidligere formand for de finske sygeplejersker og æresmedlem af Dansk Sygeplejeråd, Toini Nousiainen, er død, 84 år gammel. Toini Nousiainen blev udnævnt som æresmedlem af Dansk Sygeplejeråd i 1986. Det skete som anerkendelse af hendes store betydning "som en stærk og samlende figur for sygeplejen og sygeplejerskerne", bl.a. som formand for sygeplejerskernes nordiske samarbejde i SSN i årene 1974-1983.

Toini Nousiainen engagerede sig tidligt i nationalt og internationalt arbejde for at forbedre sygeplejerskers vilkår. Hun blev formand for Finlands Sjuksköterskeförbund (FSF) i 1963 og formand for den store fællesorganisation for en lang række sundheds-faggrupper, TEHY, i 1982. En post, hun beklædte de følgende tre år. Hun bidrog til fornyelse af arbejdsmarkedspolitikken i Finland og arbejdede i hele sit liv for at fremme ligeløn og højere værdisætning af kvindedominerede faggrupper arbejde. TEHY har opkaldt en finsk hæderspris efter hende.

Sygeplejersken bragte i 1986 (nr. 9) et stort interview med Toini Nousiainen. På det tidspunkt diskuterede sygeplejerskerne ivrigt deres faglige identitet, og Toini Nousiainen gav diskussionen disse ord med på vejen: "Når man er stærk inde i sig selv - enten som person eller gruppe - er man også stærk udadtil."

(sp)

Undlad at diskvalificere sygepleje som selvstændig profession

AF SELINA KIKKENBORG BERG, SYGEPLEJERSKE

Kommentar til artiklen "Nye muligheder i en krisetid" i Sygeplejersken nr. 16/2010.

Grete Christensen skriver, at Sundhedsministeriet har inviteret DSR ind i en arbejdsgruppe, som skal komme med et forslag til en videreuddannelse som ekspertsygeplejerske. Et forslag, som DSR har arbejdet for i mange år. En ekspertsygeplejerske skal overtage opgaver fra lægerne med større tryghed for patienterne til følge.

Spørgsmålet er bare, om der her er tale om høj kvalitet sygepleje eller lav kvalitet medicin? Hvordan kan en sygeplejerske blive en ekspertsygeplejerske ved at lave en anden faggruppes arbejde? Hvis vi træner sygeplejersker til at passe børn for pædagogerne, bliver de så også til ekspertsygeplejersker?

Præmissen for dén betegnelse er, at medicin er overordnet sygepleje, og det er en opgradering at lære noget af deres arbejde. Det svarer til, når min far siger (for sjov!): "Sikke meget, du læser" (jeg er ph.d.-studerende) "bliver du ikke snart læge?"

DSR vælger formentlig betegnelsen ekspertsygeplejerske for at signalere faglig kompetence og dygtighed. Men desværre opnår vi det modsatte, nemlig en underminering af egen profession. Vores dygtighed ligger inden for sygepleje og ikke i et andet fag. Det er paradoksalt, at i en tid, hvor sygeplejerskerne i klinikken endelig tør lade lægen gå stuegang alene, fordi de selv har sygeplejeopgaver at løse, så går DSR ud og indikerer, at man bliver ekspertsygeplejerske ved at lære lægens arbejde?

Hvordan kan der i øvrigt være tale om en videreuddannelse, når det handler om at lære et andet fag? Der må være tale om efteruddannelse? For ca. 10 år siden havde vi denne diskussion i *Sygeplejersken* sidst. Dengang skrev jeg mit første debatindlæg (dette er nr. to). Jeg har ændret mening om én ting. Jeg synes nu, det kan være en udmærket idé at lave en opgaveglidning, da vi nu har arbejdsløse sygeplejersker. Jeg anerkender, at det kan give kvalitet for patienterne, at der er nogen, som følger dem tæt medicinsk i en stabil fase. Det er oplagt at uddanne sygeplejersker til at varetage opgaver, hvor vi

har stor viden i forvejen. Men lad nu være med at diskvalificere sygepleje som selvstændig profession. Find et andet navn. Hvad skal man kalde den funktion og den kompetence, medicinerassistent? Det er vel egentlig det, der er tale om.

Selina Kikkenborg Berg er ph.d.-studerende.

Svar

AF GRETE CHRISTENSEN, FORMAND

Kære Selina Kikkenborg Berg!

Der er ikke vandtætte skotter mellem faggruppernes funktioner. Vores profession flytter sig hele tiden, og det samme gør de andre faggrupper. Et godt eksempel er anlæggelse af iv-drop. For et par årtier siden var det lægearbejde. Nu er det helt naturligt, at det er en sygeplejerske, som tager ansvar for det - netop fordi vi dengang var åbne over for, at faggruppernes funktioner flytter sig.

På samme måde varetager f.eks. anæstesisygeplejerskerne opgaver, som engang var lægearbejde, og sundhedsplejersker og behandlersygeplejersker har overtaget flere af lægernes opgaver. På samme måde arbejder rigtig mange andre sygeplejersker allerede i dag med et udvidet funktionsområde. Sådant en karrierevej er attraktiv for nogle sygeplejersker, men ikke for alle. Vi varetager alle sygeplejerskers interesser, og derfor arbejder vi inden for hele paletten.

Når det er sagt, er jeg helt enig i, at sygeplejersker ikke skal være læger. Vi skal ikke lære et andet fag, men tage udgangspunkt i den stærke faglighed og erfaring, sygeplejersker allerede har. Der er behov for, at nogle sygeplejersker får mulighed for at tage en videreuddannelse, hvor de kan gøre karriere tæt på patienterne og tage ansvar for en større del af f.eks. kronisk syges patientforløb.

R rigtig mange lande har indført "advanced nurse practitioners" - det, som vi foreløbigt kalder kliniske ekspertsygeplejersker. Erfaringerne viser, at det er godt for patienterne, at den samme sundhedsprofessionelle har kompetencerne til at varetage den patientrettede forebyggelse, patientundervisning, kontrol, gennemførelse af forløbsprogrammer og justering af sy-

gepleje og behandling. Nogle af de opgaver bliver i dag varetaget af læger, mens mange slet ikke bliver løftet.

Jeg synes ikke, medicinerassistent er nogen god betegnelse, for udgangspunktet for ekspertsygeplejerskernes arbejde er avanceret sygepleje og de funktioner, der ligger i naturlig forlængelse heraf. Undersøgelser viser, at advanced nurse practitioners arbejder ud fra en sygeplejerske-baseret model med fokus på dialog, egenomsorg og inddragelse af patienternes omgivelser. Men vi skal selvfølgelig finde et navn, som flest mulige kan bakke op om, og derfor er vi naturligvis meget åbne over for gode forslag til den endelige betegnelse.

Det er langt fra alle sygeplejersker, der skal have denne videreuddannelse, og der skal fortsat være mange andre efter- og videreuddannelses tilbud til sygeplejerskerne. Men vi ved fra de udenlandske erfaringer, at uddannelsen til ekspertsygeplejerske er godt for både patienterne og sygeplejerskernes kliniske karrieremuligheder. Derfor skal vi fortsat arbejde for, at danske patienter og sygeplejersker får de samme muligheder.

Litteraturliste til SPØRG OM FAG:

Psykiatriske patienter på somatisk afdeling

- Colton CW, Manderscheid RW. Congruencies in Increased Mortality Rates, Years of Potential Life Lost, and Causes of Death Among Public Mental Health Clients in Eight States. *Prev Chronic Dis* 2006;3(A 42).
- Druss BG. Improving Medical Care for Persons With Serious Mental Illness: Challenges and Solutions. *J Clin Psychiatry* 2007;68(Suppl. 4):40-4.
- Laursen TM, Munk-Olsen T, Agerbo E, Gasse C, Mortensen PB. Somatic Hospital Contacts, Invasive Cardiac Procedures, and Mortality From Heart Disease in Patients With Severe Mental Disorder. *Archives of General Psychiatry* 2009 Jul 1;66(7):713-20.

Øjendrypning

- Chrai SS et al. Drop size and initial dosing frequency problems of topically applied ophthalmic drugs. *Journal of Pharmaceutical Sciences (J Pharm Sci)* 1974, 63:333-8. Kan læses på <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jps.2600630304/abstract>
- www.regionshospitalet-randers.dk skriv "øjendrypning" i søgefeltet.
- Scruggs J, Wallace T, Hanna C. Route of absorption of drug and ointment after application to the eye. *Ann Ophthalmol* 1978;10(3):267-71. Kan læses på www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/655537

Når Foucault og praktisk sygepleje spiller sammen

AF TUE VINTHERR-JØRGENSEN, OMRÅDECHEF, OG INGE ENROTH, SPECIALKONSULENT, DANMARKS EVALUERINGSINSTITUT (EVA)

Kommentar til artiklen "Klinik og teori skal spille bedre sammen" i *Sygeplejersken* nr. 14/2010.

Med titlen "Klinik og teori skal spille bedre sammen" tager *Sygeplejersken* i nr. 14 fat i en fortløbende debat om professionsbacheloruddannelsens byggesten: Samspillet mellem praksis og teori. I artiklen er det interessant at læse, hvordan en nuværende sygeplejerske og tidligere studerende selv savnede, at den teoretiske viden om f.eks. etik og sygdomslære blev brugt i praktikken til at sætte hverdagens arbejdsopgaver i perspektiv. Dvs. hun efterspørger en tæt kobling mellem klinik og teori, der kan løfte den mere praksisnære læring og modvirke frafald.

Denne tætte kobling er der et godt grundlag for, sådan som den danske sygeplejerskeuddannelse i dag er skruet sammen. Vores nylige vurdering af sygeplejer-

skeuddannelserne tegner netop et klart billede af, at uddannelsen er god til løbende at have kontakt med bl.a. sygehuse om fagligt indhold i både den kliniske og den teoretiske undervisning. Vurderingen fejer også kritikken om, at den danske sygeplejerskeuddannelse er for teoretisk og for langt væk fra de praktiske sygeplejeopgaver, af banen.

Under studiet møder de sygeplejesterende direkte den virkelighed, der venter dem: 43 pct. af uddannelsen består af praktikforløb. Og både undervisere og ledere får løbende indblik i, hvordan hverdagen fungerer på sygeplejerskers arbejdspladser. F.eks. planlægger underviserne i fællesskab med de kliniske vejledere de forløb, som de studerende skal igennem.

Kontakten betyder, at der er god mulighed for løbende at justere indholdet i uddannelsen, så den giver den erfaringsbaserede viden, som sygeplejersker skal ha-

ve, og så de teoretiske og praktiske dele i uddannelsen kobles, f.eks. ved at praktisk erfaring med god patientkontakt sammentænkes med de studerendes teoretiske undervisning i psykologi og kommunikation.

EVA's rapport "Tværnsnit af sygeplejerskeuddannelsen" findes på

<http://www.eva.dk/projekter/akkreditering-af-eksisterende-uddannelser/tvaersnit/tvaersnit-af-sygeplejerskeuddannelsen>

Produktresumé for annonce side 50

Victoza® (liraglutid) 6mg/ml Forkortet Produktresumé. Lægemiddelform: Klar, farveløs, isotonisk injektionsvæske, opløsning, i en fyldt pen. **Indikation:** Victoza® er indiceret til behandling af voksne med type 2-diabetes mellitus med det formål at opnå glykæmisk kontrol i kombination med orale antidiabetika. **Dosering og indgivelsesmåde:** Victoza® er en GLP-1-analog (glucagon-lignende peptid 1), der anvendes i kombination med orale antidiabetika for at opnå glykæmisk kontrol. For at forbedre den gastrointestinale tolerance er startdosis 0,6 mg liraglutid dagligt. Efter mindst 4 uger skal dosis øges til 1,2 mg. Det forventes, at nogle patienter kan have gavn af en dosisøgning fra 1,2 mg til 1,8 mg, og baseret på det kliniske respons kan dosis efter mindst 4 uger øges til 1,8 mg for yderligere at forbedre den glykæmiske kontrol. Daglige doser på over 1,8 mg anbefales ikke. Victoza® kan anvendes som supplement til en eksisterende metforminbehandling eller til en kombineret metformin- og thiazolidinedionbehandling. Dosis af metformin og thiazolidinedion kan fortsætte uændret. Victoza® kan anvendes som supplement til en eksisterende sulfonylurinstofbehandling eller til en kombineret metformin- og sulfonylurinstofbehandling. Når Victoza® anvendes som supplement til sulfonylurinstofbehandling, skal det overvejes at reducere dosis af sulfonylurinstof for at mindske risikoen for hypoglykæmi. Selvmonitorering af glucose i blodet er ikke nødvendig for at justere patientens dosis af Victoza®. Dog kan selvmonitorering af glucose i blodet ved behandlingsstart med Victoza® i kombination med sulfonylurinstof være nødvendig for at justere sulfonylurinstofdosis. **Ældre (> 65 år):** Dosisjustering, baseret på alder, er ikke nødvendig. Erfaring med behandling af patienter > 75 år er begrænset. **Nedsat nyrefunktion:** Dosisjustering er ikke nødvendig hos patienter med let nedsat nyrefunktion (kreatininclearance ≤ 60 ml/min). Der er meget begrænset terapeutisk erfaring hos patienter med moderat nedsat nyrefunktion (kreatininclearance 30-59 ml/min), og ingen terapeutisk erfaring hos patienter med svært nedsat nyrefunktion (kreatininclearance under 30 ml/min). Victoza® kan i øjeblikket ikke anbefales til patienter med moderat og svært nedsat nyrefunktion, inklusive patienter med terminal nyreinsufficiens. **Nedsat leverfunktion:** Den terapeutiske erfaring fra patienter med alle grader af nedsat leverfunktion, er i øjeblikket for begrænset til at kunne anbefales til brug af patienter med let, moderat eller svært nedsat leverfunktion. **Pædiatrisk patientgruppe:** Victoza® anbefales ikke til børn under 18 år på grund af manglende data omkring sikkerhed og virkningsevne. **Administrationsmåde:** Victoza® må ikke administreres intravenøst eller intramuskulært. Victoza® administreres 1 gang dagligt på et vilkårligt tidspunkt, der er uafhængigt af måltider, og kan injiceres subkutan i abdomen, i låret eller i overarmen. Injektionssted og tidspunkt kan ændres uden dosisjustering. Det er dog at foretrække, at Victoza® injiceres på omtrent samme tidspunkt hver dag, når det bedst egnede tidspunkt er valgt. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler:** Victoza® må ikke anvendes til patienter med type 1-diabetes mellitus eller til behandling af diabetisk ketoacidose. Der er begrænset erfaring med behandling af patienter med kongestiv hjerteinsufficiens i NY II A (New York Heart Association)-klasse I-II. Der er ingen erfaring med behandling af patienter med kongestiv hjerteinsufficiens i NY II A-klasse III-IV. Der er begrænset erfaring med behandling af patienter med inflammatorisk tarmsygdom og diabetisk gastroparæse, og Victoza® anbefales derfor ikke til disse patienter. Brug af Victoza® er forbundet med forbigående gastrointestinale bivirkninger, herunder kvalme, opkastning og diarré. Brug af andre GLP-1-analoger er blevet associeret med risikoen for pankreatitis. Der er rapporteret om få tilfælde af akut pankreatitis. Patienterne skal informeres om de karakteristiske symptomer på akut pankreatitis: vedvarende, kraftige abdominalsmerter. I visse er mistanke om pankreatitis, skal Victoza® og andre potentielt mistænkte lægemidler seponeres. Thyroidea-relaterede bivirkninger, herunder øget blodcalcitonin, struma og thyroidea adenom er blevet rapporteret i kliniske studier, særligt hos patienter med allerede eksisterende thyroidea sygdom. Patienter, der får Victoza® i kombination med sulfonylurinstof, kan have øget risiko for hypoglykæmi. Risikoen for hypoglykæmi kan mindskes ved at reducere patientens dosis af sulfonylurinstof. **Interaktioner:** *In vitro* har liraglutid udvist meget lavt potentiale for involvering i farmakokinetisk interaktion med andre aktive stoffer relateret til cytochrom P450 og plasmaproteinbinding. Den mindre forsikelse af ventrikeltonningen, liraglutid forårsager, kan påvirke absorptionen af samtidig oralt indgivne lægemidler. Interaktionsundersøgelser har ikke påvist nogen klinisk relevant forsikelse af absorptionen. **Paracetamol** Dosisjustering ved samtidig brug af paracetamol er ikke nødvendig. **Atorvastatin** Justering af atorvastatindosis er ikke nødvendig ved administration sammen med liraglutid. **Griseofulvin** Dosisjustering for griseofulvin og andre forbindelser med lav opløselighed og høj permeabilitet er ikke nødvendig. **Lisinopril og digoxin** Dosisjustering for lisinopril eller digoxin er ikke nødvendig. **Oral kontraception** Der var ingen klinisk relevant virkning på den overordnede eksponering for hverken ethinyløstradiol eller levonorgestrel. Det forventes derfor ikke, at kontraceptionsmidlernes virkning påvirkes ved samtidig administration med liraglutid. **Warfarin** Der er ikke udført interaktionsundersøgelser. En klinisk relevant interaktion med aktive stoffer med lav opløselighed eller snævert terapeutisk indeks, f.eks. warfarin, kan ikke udelukkes. I ed initiering af behandling med liraglutid hos patienter i behandling med warfarin anbefales mere hyppig overvågning af INR (International Normalised Ratio). **Insulin** Kombination af liraglutid og insulin er ikke blevet vurderet og anbefales derfor ikke. **Graviditet og amning:** **Graviditet:** Data for anvendelse af Victoza® til gravide er utilstrækkelige. Dyreforsøg har påvist reproduktions toksicitet. Den potentielle risiko for mennesker er ukendt. Victoza® må ikke anvendes under graviditet, og det anbefales at anvende insulin i stedet. I visse en patient ønsker at blive gravid, eller der konstateres graviditet, bør Victoza® seponeres. **Amning:** Det vides ikke, om liraglutid udskilles i modermælken. Dyreforsøg har påvist, at liraglutid og metabolitter, der er nært strukturelt beslægtede, kun i ringe omfang udskilles i modermælken. Ikke-kliniske undersøgelser har påvist en behandlingsrelateret reduktion af neonatal vækst hos diende rotteunger. På grund af den manglende erfaring må Victoza® ikke anvendes under amning. **Virkning på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner:** Der er ikke foretaget undersøgelser af virkningen på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner. Patienterne bør rådes til at udvise forsigtighed for at undgå hypoglykæmi, mens de fører motorkøretøj eller betjener maskiner, særligt hvis Victoza® anvendes i kombination med sulfonylurinstof. **Bivirkninger:** **Infektioner og parasitære sygdomme:** Nasofaryngitis, bronkitis. **Metabolisme og ernæring:** Hypoglykæmi. Der blev ikke observeret episoder af svær hypoglykæmi i studiet med Victoza® som monoterapi. Svær hypoglykæmi er ikke almindelig og er primært observeret, når Victoza® kombineres med sulfonylurinstof. Der blev observeret meget få med administration af Victoza® i kombination med andre orale antidiabetika end sulfonylurinstoffer. **Thyroidea-relaterede bivirkninger:** (I os patienter behandlet med liraglutid er thyroidea adenom, øget calcitonin i blodet og struma de mest hyppige thyroidea-relaterede bivirkninger), anoreksi, nedsat appetit. **Nervesystemet:** I hovedpine, svimmelhed. **Mave-tarm-kanalen:** Kvalme, diarré, opkastning, dyspepsi, smerter i øvre abdomen, konstipation, gastrit, flatulens, abdominal distension, gastroesophageal refluxsygdom, abdominalt ubehag, tandsmerter, viral gastroenteritis. **Pankreatitis:** Der er rapporteret om få (< 0,2 %) tilfælde af akut pankreatitis under de langvarige kliniske studier med Victoza®. En kausal sammenhæng mellem Victoza® og pankreatitis kan hverken dokumenteres eller udelukkes. **Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet:** Der er rapporteret om reaktioner på injektionsstedet. Reaktionerne var i reglen milde og førte ikke til seponering af Victoza®. **Træthed, pyreksi (feber). Immunogenicitet:** Patienterne kan udvikle antilraglutid-antistoffer efter behandling med Victoza®, hvilket er konsistent med de potentielt immunogene egenskaber ved lægemidler indeholdende proteiner eller peptider. Dannelse af antistoffer er ikke blevet forbundet med nedsat virkning af Victoza®. Der er rapporteret få tilfælde af angioedem. **Overdosering:** I et klinisk studie af Victoza® i en patient med type 2-diabetes en enkelt overdosis på 17,4 mg subkutan (10 gange den maksimale anbefalede dosis på 1,8 mg). Virkningerne af denne overdosis inkluderede svær kvalme og opkastning, men ikke hypoglykæmi. Patienten restituerede uden komplikationer. I tilfælde af overdosis bør der initieres passende understøttende behandling baseret på patientens kliniske tegn og symptomer. **Opbevaring og holdbarhed:** Opbevares i 30 måneder i køleskab (2°C - 8°C), ikke for tæt på køleelementerne. Må ikke fryses. Efter ibrugtagning: Opbevares under 30°C eller opbevares i køleskab (2°C - 8°C) i maksimum 1 måned. Opbevar pennen med penhætten påsat for at beskytte mod lys, når den ikke er i brug. **Udlevering:** Receptpligtigt lægemiddel. Lægemidlet er generelt tilskudsberettiget. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Novo Nordisk A/S. **Pakninger og priser (inkl. moms):** I ver pen indeholder 3 ml injektionsvæske, opløsning, der giver 30 doser på 0,6 mg, 15 doser på 1,2 mg eller 10 doser på 1,8 mg. Victoza® 2 x 3 ml Pris 990,15 kr. Dato september 2010. Aktuelle priser findes på www.medicinpriser.dk **Læs altid indlægssedlen omhyggeligt inden produktet tages i brug. Den fuldstændige produktinformation kan vederlagsfrit fås ved henvendelse til Novo Nordisk Scandinavia, telefon +45 80 200 240. Besøg også www.novonordisk.dk**

Til type 2-diabetes

Gør mere end blot at sænke blodsukker

Tag diabetes ved roden!

Victoza® (liraglutid) én gang dagligt i kombination med tabletbehandling giver:

- Signi kant reduktion i HbA1c¹
- Signi kant reduktion i vægt¹
- Fald i systolisk blodtryk¹
- Forbedring af betacellefunktion¹

**VICTOZA®
(LIRAGLUTID)**

PRODUKTRESUMÉ FINDES PÅ SIDE 49

Reference 1. EMEA godkendt produktresumé på Victoza® (liraglutid).

Redaktion: Jette Bag og Evy Ravn, sygeplejersker, fagredaktører

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

De er godkendt efter sygeplejefaglig vurdering og vejledning

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

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

Se panelet på: www.sygeplejersken.dk

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

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



- FRA FAGPERSON TIL FAGPERSON

INDHOLD

52 Faglig information

52 Fagtanker

54 Håndtering af voldelige situationer i psykiatrien

60 Gruppeforløb med kræftpatienter en succes

64 Patientuddannelse i Danmark anno 2010

FAGLIG INFORMATION

Kvalitativ undersøgelse af sygefravær

AF BO SMITH, SYGEPLEJERSKE, CAND.SCIENT.SAN.

Artiklen beskriver et speciale om fænomenet sygefravær. Specialet viser, at der trækkes på fire repertoarer om sygefravær, og at disse måder genfindes både blandt sygeplejersker og bankrådgivere. Forfatteren har en hypotese om, at mestring kan anvendes til at håndtere arbejdsliv og sygefravær, men anbefaler yderligere forskning.

Sygefravær er en væsentlig udgift i den danske nationaløkonomi. 37 mia. kr. skønnes udgiften i 2006. Vi ved rigtig meget om forskellige faktorer, som har betydning for sygefravær, men vi ved ikke ret meget om sygefravær som et fænomen. Det har jeg undersøgt i et speciale ved Den Sundhedsfaglige Kandidatuddannelse, SDU. Jeg stiller spørgsmålet: "Hvordan skabes betydninger af sygefravær i diskursiv praksis?" Det undersøger jeg med kritisk diskurspsykologisk analy-

se, hvor repertoarer og dilemmaer er centrale elementer. Repertoarer er det leksikon af udtryk, vi trækker på, når vi fortæller om et givent fænomen, og nogle af disse vil være i modstrid med hinanden, dvs. at der opstår nogle dilemmaer.

Analysen viser, at betydninger af sygefravær i diskursiv praksis skabes af fire repertoarer: Mestring, velbegrunderet sygefravær, presenteeism og misbrug. Det overraskende er, at sygeplejersker på en sygehusafdeling og rådgiverne på "Danmarks bedste arbejdsplads," Middelfart Sparekasse, trækker på de samme repertoarer og slås med de samme dilemmaer. Denne konklusion fører til en hypotese om, at repertoarerne også vil genfindes på andre arbejdspladser, og at der er tale om helt generelle repertoarer, som er gældende i hele samfundet.

En væsentlig pointe er tilstedeværelsen af et meget stærkt misbrugsrepertoire, som har en meget dominerende position. Rigtig meget af det, vi siger og gør i for-

bindelse med sygefravær, handler om, at vi kunne blive mistænkt for at misbruge sygefravær, eller at vi mistænker kollegerne for at misbruge sygefravær. Misbrugsrepertoiret, og måden det er til stede på, skaber et pres på den enkelte, som nogen løser med presenteeism (det at man går på arbejde uden at være rask).

Litteraturen viser, at presenteeism er et udbredt fænomen, og at det kan være sundhedsskadeligt for den enkelte. Meststringsrepertoiret indeholder hensyn både til virksomheden og til medarbejderne. Denne konklusion fører frem til en hypotese om, at mestring, både som repertoire og som fænomen, kan bidrage til at håndtere arbejdslivet mere generelt og situationer med sygdom mere konkret. Forskningen har ikke bidraget til løsning af de dilemmaer, medarbejderne står med, og der er i høj grad brug for, at nye forskningsprojekter er multidisciplinære.

Sygefraværet som overskrift for udvikling på arbejdspladser er en farefyldt vej.

Patienter ønsker tæt tilknytning til deres

AF LINE HOLM JENSEN, CAND.SOC., OG ANNETTE HALLUM KNUDSEN, SYGEPLEJERSKE, CAND.SCIENT.SAN.

Personalekontinuitet giver patienterne en oplevelse af sammenhæng og tryghed, men patienterne har ikke nødvendigvis behov for at være knyttet til kun én bestemt person. Det viser undersøgelsen "I trygge hænder?" Den peger på, at kontaktteam i nogle sammenhænge kan være en løsning på de eksisterende udfordringer med at få kontaktpersonordningen til at fungere.

"Min kontaktperson er en, som jeg ved har fulgt mig helt fra starten. En, der ved, hvad der er foregået. Altså vores kemi, det spillede fantastisk godt. Og jeg har fået svar på alt, hvad jeg har spurgt om. Også de lidt mere triste spørgsmål." (Citat brystkirurgisk patient).

Enheden for Brugerundersøgelser, Region Hovedstaden, har i foråret 2010 gennemført en kvalitativ undersøgelse af, hvad patienterne forstår ved at have en kontaktperson, samt hvad patienterne for-

binder med sammenhæng og tryghed i deres indlæggelsesforløb.

Der deltog 18 patienter fra fire forskellige hospitalsafdelinger i undersøgelsen, og der blev gennemført semistrukturerede interview og ét fokusgruppeinterview.

Bogstavelig opfattelse

Undersøgelsen viser, at ordet "kontaktperson" tages ret bogstaveligt af patienterne – idet de forstår kontaktperson som en person, de har tæt kontakt med. Derudover forstår patienterne kontaktpersonen som én:

- der følger dem fra starten, og som har ansvar for deres forløb
- som de kan føle sig trygge ved
- der læser deres journal og ved, hvad der foregår med dem under indlæggelsen
- som de kan kontakte med spørgsmål
- de kan knytte sig til, så de ikke føler sig alene i sygdoms- og behandlingsforløbet
- de kan tage kontakt til efter udskrivelsen.

Kontaktlægens rolle uklart

Det er generelt sygeplejerskerne, patienterne har størst kontakt med under indlæggelsen eller ved deres ambulante besøg. Derfor er det også mest klart for patienterne, hvad kontaktsygeplejersken kan hjælpe med, idet sygeplejerskerne i forvejen tager sig af det praktiske og hverdagstingene. Derimod er det for nogle mere uklart, hvad kontaktlægens rolle er. Flere af patienterne efterlyser en præcis beskrivelse af, hvad de kan forvente af deres kontaktpersoner.

Kontaktteam en mulig løsning

Flertallet af de interviewede patienter oplever deres kontaktpersoner som reelle kontaktpersoner og giver udtryk for, at de er tilfredse med disse. De få af patienterne, der ikke oplever deres kontaktpersoner som reelle kontaktpersoner, men blot som et navn på et stykke papir, er derimod langt fra positive over for det at have kontaktper-

Se voldelige episoder med nye øjne

To måneder som sygeplejeelev på en lukket psykiatrisk afdeling lærte mig, at der er stor forskel på sygeplejerskers evner til at håndtere opkørte situationer og potentielt voldelige patienter.

Sygeplejersker skal være dygtige til at vurdere, om patienten kører op. Her kan kendskab til voldsspiralen være en hjælp. Forløbet er her, at patienten udviser fysisk agitation, irritabilitet, skuler, protesterer og sparker til inventaret. Dette kan ende ud i fysisk vold efterfulgt af udmattelse. Dermed ikke sagt, at vold altid følger dette mønster, vold kan optræde helt uden varsel og gør det i ca. halvdelen af alle tilfælde.

I en artikel fra 2002 beskriver Duxbury, hvordan der i næsten hver anden opkørte situation anvendes kontrol i form af medicinering, fastholdelse og isolation i modsætning til de-escalerende metoder som kommunikation og afledning. Personalet kan være præget af angst, afmagt, vrede eller had mod patienten, reaktioner, som kaldes modoverføringsreaktioner. De kan påvirke en hel personalegruppe og betyde, at patienten stemples som farlig. Resultatet kan blive, at personalet trækker sig fra patienten, som derfor ikke føler sig mødt og respekteret. I artiklen "Håndtering af voldelige situationer i psykiatrien" side 54 har personalet gjort en aktiv indsats for at bryde den onde cirkel. Her tales voldelige situationer igennem efter tre instrukser. Det kan synes omstændeligt, men den måde at dele erfaringer på gør det muligt at se den voldelige situation med nye øjne og udvikle alternative måder at forebygge voldelig adfærd på.

Jette Bagh
Jette Bagh, fagredaktør



Jeg anbefaler, at interventioner i forhold til sygefravær bør overvejes med hensyn til, hvordan disse bidrager til de fire perspektiver.

Sygefravær belyses først i en litteraturgennemgang, som viser, at forskningen kan opstilles i fem kategorier: faktorer, der er associeret med sygefravær, misbrug af sygefravær, sygenærvær eller presenteeism, sygefravær som mestringsstrategi og artikler om forskning i sygefravær. Dernæst undersøges sygefravær gennem en række kvalitative interview. Empirien til undersøgelsen består af seks interview med kvinder, der er sygeplejersker på en afdeling på Odense Universitetshospital, eller rådgivere i en række filialer af Middelfart Sparekasse.

Metoden, der bruges, er kritisk diskurspsykologisk analyse, og den forskningsmæssige position er socialkonstruktivistisk. Denne position har jeg valgt, fordi et fænomen som sygefravær er en menneskelig social handling, som bedst undersøges ud fra en sådan videnskabsteoretisk position.

Bo Smith er udviklingskonsulent hos Byskov&Smith ApS; bo@byskovsmith.dk

Specialet kan downloades på www.bo-smith.dk En papirudgave af specialet kan rekvireres hos forfatteren og koster 75 kr. plus forsendelse.

kontaktpersoner

soner. Det er væsentligt, at kontaktpersonerne er nogle, patienterne har tilbagevendende kontakt med, og som følger dem i deres forløb. Patienterne er enige om, det er vigtigt, at det er det samme personale, de møder igennem deres forløb, da personalekontinuitet giver en oplevelse af sammenhæng og tryghed. Det er dog ikke ensbetydende med, at patienterne har behov for at være knyttet til kun én bestemt person blandt personalet – det kan også være en mindre gruppe af personale, der genkender patienterne og deres forløb og dermed er med til at skabe sammenhæng og tryghed. Sidstnævnte åbner mulighed for, at kontaktteam kunne være løsningen på de besværligheder, mange hospitalsafdelinger oplever med at få kontaktpersonordningen til at fungere i dagligdagen. Det vil dog afhænge meget af, hvilken type forløb der er tale om, og om patienterne er indlagt i kort eller længere tid eller evt. har flere ambulante kontakter.

Læs hele rapporten "I trygge hænder?" på www.patientoplevelser.dk

Line Holm Jensen og Annette Hallum Knudsen er ansat som evalueringskonsulenter i Enheden for Brugerundersøgelser, Region Hovedstaden; Line.holm.jensen@regionh.dk

Håndtering af voldelige situa- – En model for kollegial støtte

Artiklen henvender sig til sygeplejersker og andet sundhedsfagligt personale, der møder voldelige og truende patienter i hverdagen. Artiklen beskriver anvendelsen af tre systematiske kommunikationsmetoder ved truende og voldelige situationer. Der er tale om kollegial samtale, eftermøde og defusing.

AF LENE LAUGE BERRING, CAND.CUR., OG JUNO CALMER, SYGEPLEJERSKE, CAND.PSYCH.

Trusler og vold er en potentiel risiko for sygeplejersker i psykiatrien. En opkørt situation kan forekomme på alle tider af døgnet og alle ugens dage, og episoderne er vanskelige at forudsige. For at skærpe sygeplejerskens opmærksomhed skal hun ud over at have en grundlæggende viden om, hvordan opkørte situationer eskaleres, også kontinuerligt lære af egne og kollegaers erfaringer. Vi mener, at denne læring kan understøttes, hvis man har en procedure om at kommunikere systematisk om konfliktsituationer. Indledningsvis beskrives to eksempler på en truende patient.

Morgenmedicin

Eksempel 1

Klokken er fem om morgenen, natsygeplejersken er ved at runde vagten af, da Peter kommer farende ind på kontoret og råber: ”Jeg vil have min morgenmedicin nu!” Sygeplejersken svarer venligt, men bestemt: ”Nej, det kan ikke lade sig gøre, du må vente, til dagpersonalet kommer.”

Peter accepterer afslaget og venter i dagligstuen. Da den første sygeplejerske møder, siger Peter igen: ”Jeg vil gerne have min medicin.”

Sygeplejersken, som lige er mødt, svarer: ”Du skal lige vente, til jeg har fået rapport.”

Efter rapporten hælder sygeplejersken medicin op. Patienten står i døren og beder om sin medicin. Sygeplejersken siger: ”Hov, der er ikke mere af din medicin, jeg skal lige ...”

Patienten slår ud mod hende, råber skældsord, vælter en stol og smækker med døren. Det øvrige personale kommer ilende til. Patienten skærmes på sin stue, medicinen skaffes hurtigt til veje, og først da falder patienten til ro. Sygeplejersken, som ikke er informeret om de forudgående afvisninger af patienten, er overrumplet og spekulerer på, hvorfor han reagerer, som han gør, og om hun kunne have sagt tingene anderledes. Hun bebrejder sig selv, at han overhovedet kom ind i medicinrummet, og at hun ikke kunne læse ham bedre. Hun gør episoden til et personligt problem. ▶

” Ved udelukkende at have fokus på, om patienten er farlig, risikerer man at trække sig fra patienten, hvilket kan medføre, at man ikke involverer sig, og patienten kan opleve, at han ikke behandles imødekomende.

Boks 1: Triggerfaktorer

De mest almindelige trigger-faktorer er:

- afslag, f.eks. et nej til ønsket medicin, et nej til udskrivning (tvangstilbageholdelse), et nej til en cigaret, udgang eller andet
- krav til patienten om aktivitet, f.eks. at rydde op på sin stue, at bede patienten gøre noget, han ikke har lyst til, f.eks. med det formål at vedligeholde et funktionsniveau eller en færdighed
- oplevelsen af fysisk påtrængende personale, f.eks. når personalet bevæger sig ind på patientens enemærker (7).

ARKIVFOTO: SØREN SVENDSEN

tioner i psykiatrien

Boks 2. Skema til kollegastyret samtale og registrering af voldelig episode på psykiatrisk afdeling

KOLLEGA STYRET SAMTALE

Dato: _____ Tidspunkt: _____ Afsnit: _____

Skadevolder: _____

Navn og titel: _____

Telefonnummer(privat): _____

Andre involverede/vidner: _____

Patienter: _____

Personale: _____

Hvem har du kollegastyret samtale med? _____

Navn og titel: _____

BESKRIV EPISODEN:

Før – under og efter

2. I HVILKEN SITUATION SKETE EPISODEN? (afkryds)

- Krav og grænsesætning
- Hjælp til daglige gøremål
- Konfliktløsning mellem indlagte
- Hjælp til personlig hygiejne
- Medicingivning
- Andet:

3. VOLDENS KARAKTER (afkryds)

- Verbale trusler
- Trusler med krop eller genstande
- Fysisk vold med krop (nap, bid, spark, slag, spyt)
- Fysisk vold med genstand (kop, inventar, andet)

4. DIN REAKTION? (afkryds)

Upåvirket _____ Stærkt chokeret _____

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Beskriv dine følelser – (angst, vrede, oprevet, magtesløs)

5. OPFØLGNING (sæt kryds)

- Skadeanmeldelse
- Lægehjælp
- Samtale med nærmeste leder
- Samtale med kollega
- Debriefing ved psykolog
- Andet



► Indlagt med politiets hjælp

Eksempel 2

Jens har været indlagt mange gange, og han indlægges nu af politiet på lukket afsnit, fordi han har kastet potteplanter ud ad sit vindue. Da politiet henter ham, er han meget voldsom, og der skal fem betjente til at fastholde ham. Han indlægges på røde papirer, modtages i afsnittet og sætter sig i en stol og råber: ”Jeg vil lukkes ud.”

En sygeplejerske siger: ”Det kan vi ikke gøre, når du kommer ind med politiet.” Herefter slår patienten ud efter hende og rammer hendes skulder. Der sker ikke mere i situationen, Jens falder til ro, men sygeplejersken er rystet og spekulerer efterfølgende på, om Jens vil slå hende igen, og på, om hun var for konfronterende. Hun trækker sig fra ham og fortæller ikke sine kolleger om sine overvejelser. Oplevelsen gøres selvforskyldt og individuel.

Sygeplejersken trækker sig

Ovenstående eksempler viser to forskellige måder at håndtere en trussel på. I forbindelse med morgenmedicinen vil sygeplejersken ikke bryde morgenrutinen. Selvom patienten berettiget bliver vred, er det en opkørt situation, det tililende plejepersonale møder. I situationen handler personalet ud fra et ønske om at etablere et sikkert miljø, og den anvendte sygeplejeintervention er at skjærme patienten på stuen. Patienten bærer ansvaret for situationen og afskæres fra kontakt til personalet.

I eksemplet, hvor patienten indlægges på røde papirer, påtager sygeplejersken sig alene ansvaret for patientens reaktion. Hun frygter, at episoden kan gentage sig, hun kategoriserer patienten som farlig og trækker sig fra patienten og sine kollegaer.

I begge tilfælde distancerer sygeplejersken sig fra patienten.

I eksemplerne er der mere fokus på at etablere et sikkert arbejdsmiljø for personalet end på at skabe et udviklende miljø for patienterne. Det får den konsekvens, at både patient og sygeplejerske lades i stikken.

Bryd den onde cirkel gennem refleksion

Der er god grund til at skærpe opmærksomheden på at forebygge vold og trusler, fordi man i værste fald kan få følger som angst, søvnbesvær og stress, måske ligefrem udvikle PTSD efter voldelige episoder (1). Ved udelukkende at have fokus på, om patienten er farlig, risikerer man at trække sig fra patienten, hvilket kan medføre, at man ikke involverer sig, og patienten kan opleve, at han ikke behandles imødekommende. En ond cirkel startes. Det er vanskeligt at opbygge en god relation, og voldelig adfærd kan blive en følge.

Den onde cirkel kan brydes, hvis man gennem en systematisk og styret refleksionsproces (2) deler oplevelserne med hinanden i personalegruppen, når man udsættes for den type situationer. Vi mener, det bidrager til et fælles ansvar, samtidig med at man får et mere nuanceret billede af hændelsen, som kan komme både patient og personale til gode. Ved på denne måde at få en fælles beskrivelse af situationen forebygges også mytedannelse.

I eksemplet med morgenmedicinen ville personalegruppen med en anden tilgang til situationen have fået et samlet billede af, at patienten havde udsat sine behov i tre timer, og at reaktionen set i det lys var forståelig.

Når vi mener, det er vigtigt at indarbejde metoder i dagligdagen, hvor man taler systematisk om voldelige episoder, har det to formål:

1. Personale, som oplever trusler eller vold, taler oplevelserne igennem, mytedannelse forebygges, og arbejdsmiljøet bedres

2. Personalet øger deres kompetencer, så man derved har mulighed for at forebygge fremtidig vold.

Sygepleje der de-eskalerer

Vold og trusler på arbejdspladser skal forebygges både af hensyn til personalet og patienterne. Hvis man skal arbejde forebyggende, er det nødvendigt at kortlægge og beskrive disse episoder med fokus på før, under og efter episoden.

Der findes flere måder at gøre det på, både relateret til patienter og til personale. Erfaring med mennesker, som indlægges på psykiatriske afdelinger, viser, at volden ikke dominerer i dagligdagen. Sygeplejersker er rutinerede i at håndtere opkørte situationer (3), kun få patienter er voldelige, og de er det måske kun under bestemte betingelser. Alligevel kan en dagligdag på et lukket psykiatrisk afsnit domineres af sygeplejehandlinger, der understøtter regler, rutiner og et højt sikkerhedsniveau, frem for handlinger, der er bevidst de-eskalerende. I første omgang er det

” Hvis man på arbejdspladsen har en aftale om systematisk at reflektere over og evaluere konfliktfyldte situationer, får personalet mulighed for at se episoden fra andre vinkler.

vigtigt at forebygge ved at vurdere, hvornår risikoen er til stede (3,5,6), og i så fald hvordan man skal handle. Som minimum skal personalet vide, hvordan patienter ”trigges” (se boks 1 side 54). Ved at være opmærksom på, om patienten er i risikogruppe, og ved at spørge ind til, hvad der frustrerer den enkelte patient, har sygeplejersken et bedre udgangspunkt, når hun skal forebygge vold og trusler (7).

Sådan gør vi her

Det har betydning, hvordan en personalegruppe tolker patientens adfærd. Oplevelser kan tolkes individuelt og forskelligt i en personalegruppe, og det er det enkelte personalemedlem, som vurderer truslen i den konkrete situation.

Hvis der er uenighed i en personalegruppe, viser undersøgelser (8), at truslen vurderes på baggrund af en konsensusbeslutning, og beslutningen præges af konventioner som ”sådan gør vi her” (9). Begge de indledende eksempler kan relateres til denne konvention. Sygeplejehandlinger kan her afhænge af personlige værdier, arbejdsklima og kultur i afsnittet i stedet for af viden.

Se tingene med nye øjne

De indledende eksempler illustrerer, at hændelsen ikke ansues i en større sammenhæng. Hvis man på arbejdspladsen har en aftale om systematisk at reflektere over og evaluere konfliktfyldte situationer, får personalet mulighed for at se episoden fra andre vinkler. Dermed får personalet en mere nuanceret beskrivelse af konflikterne, der åbnes for nye perspektiver, og patientens handlinger kan tolkes på andre måder. F.eks. vil man i eksempel 1 blive bevidst om, at personalet har et ansvar for, at situationen optrappes, og patientens reaktion bliver således forståelig. I eksempel 2, hvor patienten indlægges akut, havde han måske haft behov for selv at forstå situationen. Måske skulle man have undladt at korrigere i den situation. Hvis man kommer frem til den forståelse i en personalegruppe, er det langt mere betydningsfuldt, end at en udefrakommende underviser eller supervisor påpeger, hvordan man kan kommunikere i en lig-

nende situation. I stedet for at fortolke situationen ud fra det enkelte personalemedlems fortælling er det vigtigt at få en nogenlunde detaljeret beskrivelse af situationen før, under og efter episoden.

Sproget påvirker

Når man ikke har en reflekteret forståelse af et hændelsesforløb, kan man i personalegruppen f.eks. præsentere patienter som "latent aggressive". Det kræver energi at gå på arbejde og vide, at man skal have med den "latent aggressive" patient at gøre. For at understøtte et dynamisk miljø er det vigtigt at videregive iagttagelser neutralt, og de myter, der kan opstå om patienter, skal undgås, fordi myter om patienter og deres uhensigtsmæssige, negative adfærd skaber unødigt usikkerhed i en personalegruppe. Det kan betyde, at der fokuseres på at opretholde sikkerhed med den følgevirkning, at regler og rutiner bliver rigide (10).

Øvelse gør mester

Hvis sygeplejersker skal bryde den onde cirkel og understøtte etablering af en god relation til patienten, er det nødvendigt at kommunikere systematisk og formaliseret om konfliktfyldte situationer.

I det følgende beskrives tre kommunikationsmetoder, der kan anvendes efter en konfliktfyldt situation:

- en kollegastyret samtale
- et eftermøde
- en defusing.

Der er forskellig kompleksitet i metoderne, men fælles for dem er, at de er beskrevet i instrukser, som gør det muligt for alle at anvende dem.

Kollegastyret samtale

Den kollegastyrede samtale anvendes, når en kollega har været udsat for trusler eller vold som f.eks. i eksempel 2, hvor sygeplejersken bliver slået af en nyindlagt patient. Samtalen er formuleret i en instruks og et skema (se boks 2 side 55). Samtalen gennemføres, inden kollegaen går hjem fra arbejde. Formålet er at drage omsorg med fokus på kollegaens egen oplevelse af belastningen, herunder at:

- klarlægge voldsepisodens karakter
- give en følelsesmæssig her og nu-aflastning
- dokumentere episoden med henblik på senere opfølgning.

Samtalen dokumenteres i et skema, der kan anvendes som et ledelsesredskab. Skemaet sikrer, at nærmeste leder har kendskab til omfanget af personalets belastning og kan følge op på denne. Udfyldte skemaer kan desuden danne baggrund for en generel drøftelse af voldsomme episoder i afsnittet.

Eftermøde

Dette møde afholdes umiddelbart efter situationen. Ved eftermødet stopper man op og spørger: "Gjorde vi det, vi skulle?" Involveret personale, uanset faggruppe, deltager. Mødet varer ca. 5-10 minutter og styres af en mødeleder. Formålet er at give feedback til kolleger, beskrive eventuelle frustrationer og oplevelser og sikre et fælles grundlag for eventuel videre bearbejdning af hændelsen. Hvis det viser sig, at der har været flere forskellige opfattelser af episoden, og man ikke mener, man gjorde, som man skulle, indkaldes til defusing inden vagtens udgang.

Defusing

Dette er en interkollegial aflastningssamtale, som gennemføres samme dag, personalet har været udsat for en voldsom hændelse.

Formålet er, at alle, der har været involveret i episoden, formulerer en sammenhængende beskrivelse af den. Alle får mulighed for at fortælle om deres reaktioner. Hermed opnås både forståelse for situationens helhed og indblik i egne reaktioner. På den måde mener vi, der opnås psykisk lettelse, fordi man ikke oplever sig alene. Vi håber, at den systematiske refleksion, der foregår, er med til at mindske følelsen af magtesløshed og skabe mulighed for, at situationen normaliseres.

Den ansvarshavende sygeplejerske leder defusingen. Instruk- ▶



ARKIVFOTO: SØREN SVENDSEN

► sen skal følges. Mødet varer 30-40 minutter og indledes med en runde, hvor der er fokus på den del af episoden, hvor der opstod tumult. Hvem observerede hvad? Hvad skete der lige inden?

Herefter foretages evaluering af egen indsats, og der gives konstruktiv kritik i forhold til samarbejdet. Det anbefales, at den enkelte har mulighed for at kommentere flere gange under mødet, og at alle får taletid.

Instrukser er nødvendige

I forsøget på at ruste personalet til at håndtere disse oplevelser er det nødvendigt med standardiserede arbejdsredskaber. Ved at tale struktureret om voldsomme episoder skaber man en fælles forståelse af situationen. Instruksen støtter personalet i at holde fokus og sikrer kvaliteten af mødet. Vores opfattelse er, at det er tidsbesparende, for det tager længere tid at snakke uformelt om trusler og vold, og det kan blive et samtaleemne hele dagen, hvis man ikke griber en episode struktureret an.

Rutiner kan ændres

Samtaleskema, eftermøde og defusing er dialogredskaber. Personalet stopper op, lytter til hinanden og skaber mulighed for at lægge en fælles strategi, som hjælper både patient og personale.

Der er fokus på læring, Schön og Agyros kalder dette ”double-loop læring”. Man reflekterer over situationen, man undersøger og udforsker de grundlæggende omstændigheder, man udvider sin viden, og man søger feedback fra sine kollegaer. På denne måde kan man rette sine handlinger ved at ændre på sine rutiner, og kompetenceudvikling indbygges i de daglige opgaver (2).

Når personalet samler og deler erfaringer, udvikles nye idéer og værktøjer, som kan anvendes, når lignende situationer skal håndteres.

Ledelsen skal understøtte disse procedurer aktivt ved at efterspørge dem, når konfliktfyldte situationer opstår.

Overordnet handler det om at sikre et dynamisk og samtidig et sikkert miljø for både personale og patienter.

Værktøjerne hjælper

Vores erfaring med de beskrevne kommunikationsstrategier er, at refleksionsprocessen understøttes. Dermed udvikles nye kompetencer, man lærer af egne og andres erfaringer, både de gode og de mindre gode. Vi mener, dette er mere værdifuldt og effektivt end at deltage i kurser med fremmede kollegaer.

Der er i de omtalte instrukser udelukkende fokus på, at kommunikationen bliver konkret og målrettet den enkelte episode, ligesom det bliver tydeligt, hvorfor det er vigtigt at lære at kommunikere formaliseret.

*Lene Lauge Berring er udviklingschef på
Psykiatrisk Center Sct. Hans Retspsykiatrisk afdeling;
lene.berring@regionh.dk
Juno Calmer er chefspsykolog på
Psykiatrisk Center Gentofte;
juno.calmer@regionh.dk*

Litteratur

1. Temamagasin. Psykisk vold og trusler. Socialt udviklingscenter. SUS. 2007.
2. Agyris C og Schön D. Organizational Learning: a theory in action perspective. New York: Addison-Wesley. 1978.
3. Berring LL. Sygeplejestrategier i mødet med voldelige og truende psykiatriske patienter. Tidsskriftet Klinisk Sygepleje 2006;(3).

” For at understøtte et dynamisk miljø er det vigtigt at videregive iagttagelser neutralt, og de myter, der kan opstå om patienter, skal undgås, fordi myter om patienter og deres uhensigtsmæssige, negative adfærd skaber unødigt usikkerhed i en personalegruppe.

4. Björkdahl A, Olsson D, Palmstierna T. Nurses' short-term prediction of violence in acute psychiatric intensive care. *Acta Psychiatr Scand.* 2006;113:224-9.
5. Woods P, Almvik R. The Brøset Violence Checklist (BVC). *Acta Psychiatr Scand.* 2002;106 (Suppl. 412):103-05.
6. Linaker OM, Busch-Iversen H. Predictors of imminent violence in psychiatric inpatients. *Acta Psychiatr Scand* 1995;92:250-4.
7. Berring LL. Sygeplejefaglige interventioner i opkørte situationer. In *Psykiatrisk Sygepleje*, Ed N. Buus. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2009.
8. Morrison EF. 1993a: A comparison of perception of aggression and violence by psychiatric nurses. *International Journal of Nursing & Health* (30)3:261-8.
9. Morrison EF. The Tradition of Toughness: A study of Nonprofessional Nursing Care in Psychiatric Settings. *Journal of Nursing Scholarship.* 1990 (22) 1:32-8.
10. Crafoord C. Udviklende fortrolighed. København: Hans Reitzels Forlag; 1994.

English Abstract

Lauge Berring L, Calmer J. Management of violent situations in psychiatry - A model for peer support. *Sygeplejersken* 2010; (18):54-8.

Management of violent and threatening situations on psychiatric wards is a daily experience for nurses. The article is aimed at nurses exposed to such situations in their day-to-day clinical practice. The article describes examples of such situations, and strategies for how staff can manage them in their everyday practice. The training consists of structured communication of the nurses' experience in relation to the conflict situation. The communication strategies are a form of collegial support and are described in three sets of guidelines: peer-guided discussion, debriefing and defusing. When violent and threatening experiences are reviewed with colleagues, nurses do not feel isolated, but share experiences and—with colleagues—develop new methods of preventing violent behaviour.

Key words: Defusing, peer-guided discussion, threats, violence.



Så behagelig, at du glemmer, at du har den på

KiruSense. Ren komfort - uden kompromis.

Vores hightech KiruSense operationskitler er åndbare og giver samtidig maksimal komfort og hygiejne. Velkommen til en ny hverdag, hvor du ikke længere mærker dit arbejdstøj!

KiruSense operationskitler lever op til EN 13795 og håndteres ved validerede processer, der er godkendt til fremstilling af medicinsk udstyr, jf. ISO 13485. Som de eneste i Danmark leverer vi CE-mærkede operationskitler til flergangsbrug.

Ring til din konsulent på **22 49 17 17** for mere information eller for afprøvning af KiruSense operationskitler.



DE FORENEDE DAMPVASKERIER AS

www.dfd.dk



Lægemiddelkonsulentuddannelsen

- Branchegodkendt efteruddannelse

Er du sygeplejerske og overvejer at skifte til medicinalindustrien? Eller ønsker du et godt kort på hånden, når du en dag skal videre i din karriere? Så er Lægemiddelkonsulentuddannelsen den rigtige løsning.

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

| MODUL 1 | MODUL 2 | MODUL 3 | MODUL 4 |
|-------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Anatomi, fysiologi og biokemi | Sygdomslære | Lovkundskab | Farmakologi |

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

Der tilbydes flere forskellige undervisningsmuligheder, fx: weekendkurser, korrespondancekurser og aftenkurser. De er alle rettet mod eksamen.

Yderligere information om tid, sted og priser findes på www.lif-uddannelse.dk.

Du er også meget velkommen til at kontakte kursuskordinator Kirsten Illum på **39 27 60 60**



Lif Uddannelse
Lersø Parkallé 101, 2100 København Ø



Uddannelse - fordi viden skaber udvikling

Gruppeforløb med kræftpati

Gruppeundervisning blandt 14 patienter med hoved- og halskræft, imens patienterne modtager kemoterapi, opleves meningsfyldt af patienterne. Passiv ventetid (behandling) forvandles til aktiv tid, og gruppeforløbene skaber spirer til private netværk. Et projekt fra Onkologisk Afdeling på Århus Sygehus antyder, at mange patientgrupper kunne have udbytte af en gruppeorganiseret sygepleje.

AF ANNE-METTE IVERSEN, SYGEPLEJERSKE

En patient med hoved- og halskræft fortæller, at han ville have opgivet behandlingen, hvis ikke han havde haft gruppen. En anden har næsten glædet sig til behandlingen, for her mødte han de andre. Flere af deltagerne har planlagt at mødes igen, når behandlingen er afsluttet.

På Onkologisk Afdeling D4, Århus Sygehus, Århus Universitetshospital, har vi undersøgt, hvordan patienter med hoved- og halskræft oplever at få information, undervisning og behandling i en gruppe sammen med andre patienter med samme sygdom. Resultaterne er gode; deltagerne oplever et stort udbytte gennem viden, erfaringsudveksling, samvær og mulighed for netværk. Kvaliteten af sygeplejen, især formidling af viden, er øget væsentligt til patientgruppen, uden at sygeplejerskens ressourceforbrug er øget. Projektsygeplejerskerne vurderer, at gruppeforløb med fordel kan indføres for patienter og plejepersonale hos mange andre patientgrupper landet over.

Behandling og undervisning på samme tid

Afdelingen havde allerede et tilbud til patienter om undervisning og erfaringsudveksling, og en spørgeskemaundersøgelse viste, at patienterne havde stort udbytte af dette tilbud. Undersøgelsen viste også, at det var et tilbud, der blev vægtet af patienterne, hvis det den konkrete dag passede med tiden og ikke forsinkede behandlingen. Der var ligeledes en del patienter, der ikke fik tilbuddet, da de ikke var på afdelingen den pågældende dag (1). Tilbuddet om undervisning og erfaringsudveksling opfyldte således ikke nødvendigvis kræftpatienters behov for at mødes med patienter, der har samme diagnose og er i samme situation, sådan som undersøgelsen "Kræftpatientens verden" dokumenterer, at patienterne har behov for (2). Vi ønskede derfor at strukturere sygeplejen således, at det ikke blev en tilfældighed, om patienterne fik mulighed for undervisning og erfaringsudveksling med patienter med samme diagnose og i samme behandling. Dette ville vi gøre ved automatisk at samle patienter med samme diagnose i gruppeforløb, imens patienterne fik deres behandling.

Gruppe med 14 mænd

Projektets formål var at give den enkelte patient mulighed for at få en rolle i – og en tilknytning til – en gruppe, hvor de kunne udveksle erfaringer med andre patienter med samme diagnose og i samme behandling. Målet var ligeledes, at patienten fik relevant information og opnåede viden og handlekompetencer inden for relevante emner. Overordnet ønskede vi at styrke deltagerens mulighed for egenomsorg ved aktivt at indgå i en rehabiliteringsproces fra behandlingsstart.

Deltagerne i projektet var patienter med hoved- og halskræft, som var i det samme behandlingsforløb. Behandlingen var med helbredende sigte.

I alt indgik 14 patienter i projektet. Deltagerne var alle mænd.

13 patienter gennemførte det opfølgende telefoninterview, idet én patient måtte udgå på grund af hukommelsesvanskeligheder. De 13 patienter havde deltaget i grupper mellem én og seks gange. Fire patienter havde deltaget seks gange. Fem patienter deltog fem gange. To patienter deltog tre gange. Én patient har deltaget to gange, og én patient har kun deltaget én gang.

Projektforløb og evaluering

Projektperioden forløb over fem måneder. Patienterne kom i onkologisk afdeling én gang om ugen, hvor de over fem timer blev behandlet med kemoterapi og/eller et antistof. De fik i alt 5-6 behandlinger. En gruppe bestod af det antal patienter, som var til behandling på dagen, hvilket var mellem to og seks personer. Gruppens medlemmer blev udskiftet jævnlige, da ikke alle patienter begyndte deres behandling på samme tid. Det vil sige, at en gruppe kunne bestå af patienter, der kom til første behandling, og patienter, der var til sidste behandling.

Når patienterne mødte til deres første behandling, indgik de automatisk i en gruppe med andre patienter med samme sygdom og behandling. Sygeplejerskerne havde først en kort individuel samtale med den enkelte patient, og den kemoterapeutiske behandling blev herefter sat i gang. De pårørende var velkomne til at være med under hele gruppebehandlingen.

Gruppen var uformelt struktureret, hvilket vil sige, at der ikke var forventninger til den enkelte patients bidrag i gruppen. Patienten kunne være aktivt deltagende i f.eks. diskussioner, erfaringsudveksling eller småsnak, men kunne også være lyttende eller passiv.

Mens kemoterapibehandlingerne var i gang, gav sygeplejersken et kort fagligt oplæg. Emnet var fastlagt, og sygeplejersken havde forberedt sig ved hjælp af en udarbejdet skabelon/drejebog. Sygeplejersken opfordrede løbende til diskussion og erfaringsudveksling under og efter oplægget. Undervisningsemnerne var målrettet patientgruppens behandling og diagnose for at være relevant for alle deltagerne. Emnerne var f.eks. træthed og motion, ernæring og sonde, sygdommens anatomi og fysiologi med fokus på smerter, hverdagen som kræftpatient og rehabiliteringstilbud (internt materiale).

Sygeplejersken havde under de enkelte gruppeforløb løbende en skærpet opmærksomhed på, om den enkelte patient trivedes og havde overskud til at fortsætte i gruppen. Hvis patienten ikke trivedes eller ikke havde overskud til at få sin behandling i gruppen, tilrettelagde sygeplejersken en individuel pleje ud fra dette. To patienter udgik af gruppeforløbet i slutningen af deres behandling, da de følte sig for dårlige til at sidde i en stol og derfor havde behov for en seng under behandlingen.

Telefoninterviews

Ca. tre uger efter patienterne havde afsluttet deres behandling, blev data indsamlet ved telefoninterviews ved hjælp af en inter-

enter en succes

viewguide (3). Denne metode blev valgt af flere årsager. Det var bl.a. tvivlsomt, om patienterne havde overskud til at evaluere projektet ved sidste behandling pga. smerter og træthed. Ligeledes var det afdelingens erfaring, at mange af patienterne boede i betragtelig afstand fra hospitalet. Det kunne derfor være belastende og vanskeligt for dem at komme til hospitalet til en særlig evalueringssamtale. Telefoninterviews blev også valgt for at opnå en høj svarprocent.

Etiske overvejelser

Når patienter indlægges på sygehus, påtvinges de et fællesskab, som de ellers ikke ville have valgt. Dette påtvungne fællesskab besluttede vi os for at organisere, så patienterne kunne få størst mulig udbytte af behandlingstiden. Vi overvejede grundigt, om vi kunne tillade os at placere patienterne i grupper uden at give dem et valg. Da det allerede var dokumenteret, at patienter har stor gavn af erfaringsudveksling og undervisning i grupper (1), valgte vi at organisere sygeplejen således, at patienterne blev placeret på samme stue og derved automatisk indgik i gruppen. Dette gjorde vi med afsæt i det etiske velgøringsprincip, som er defineret ved altid at handle sådan, at det er til patientens bedste. Det etiske velgøringsprincip kan stå i modsætning til autonomiprincippet, hvor den enkelte patients selvbestemmelsesret og selv værd skal respekteres (4). Det var derfor vigtigt, at sygeplejersken tog individuelle hensyn og respekterede, at patienterne til enhver tid aktivt kunne stoppe med gruppebehandlingen.

Der var blandt sygeplejerskerne også overvejelser om, at der i gruppeforløbene kunne være risiko for at overtræde patienternes individuelle grænser. Det var derfor vigtigt, at alle patienter blev informeret om, at det var frivilligt, om de ville være aktive eller passive i gruppen. Der kan dog i en organiseret gruppe ligge en uudtalt forventning om, at alle kan og bør være aktive deltagere. Projektsygeplejerskerne havde derfor en skærpet opmærksomhed på, om den enkelte patient trivedes i gruppen og kunne gribe ind. Dette skulle i princippet give optimal mulighed for erfaringsudveksling.

Blandingen af nye og gamle patienter i gruppen affødte overvejelser hos projektsygeplejerskerne om, hvorvidt det ville være for belastende for nye patienter at skulle se og være sammen med patienter, der var længere i forløbet og derfor havde mange bivirkninger. Vi valgte, at det skulle afdækkes ved de efterfølgende telefoninterviews med patienterne.

Alenefølelsen mindskes

Det fremgår klart af patienternes svar, at de oplevede mange fordele ved gruppeforløbene. Patienterne værdsætter særligt, at der på forhånd er skabt en ramme, og at forløbet er organiseret.

Det fremgår ligeledes klart af undersøgelsen, at gruppeforløbene bidrager med samvær, som reducerer følelsen af dels at være alene og dels at være alene med sine problemer. Patienterne værdsætter at kunne genkende hinanden, når de mødes til behandling, og når de mødes andre steder på hospitalet. De spørger til hinanden og opsøger hinandens selskab i f.eks. cafeteriet og venteværelser, så oplevelsen af at være alene reduceres. Det fremhæves også som betydningsfuldt, at samværet giver energi

til at udholde og overkomme belastninger. Samværet er af flere karakteriseret som åbent og omsorgsfuldt. Én patient har ligefrem haft det sådan, at han så frem til behandlingsdagene. Han siger: "Det var ligefrem sådan, at jeg glædede mig og så frem til de 4-5 timer med de andre. Man kunne godt tænke, at man skulle rykke sig i hårene for at skulle af sted, men det oplevede jeg ikke."

Én anden patient fortæller, at han ville have opgivet behandlingen, hvis ikke de andre i gruppen havde været der. Han vurderer, at han ellers ville have fået psykiske problemer. "Så tror jeg, at jeg var gået ned psykisk. Om mandagen har jeg ofte sagt, "nu vil jeg ikke mere", og havde jeg været alene, havde jeg sagt stop for behandlingen."

Flere af deltagerne har planlagt at mødes igen, når behandlingen er afsluttet, og patienterne nævner særligt, at erfaringsudvekslingen har været meget positiv og anvendelig. Patienterne oplever, at der er tid til og skabt en ramme for at tale med andre patienter, der gider lytte, og som forstår, hvad de går igennem. Erfaringer, tips og idéer deles med andre, der selv oplever behandlingsforløbet. Patienterne beskriver, at dette har en anden værdi end den viden, sygeplejersken kan bidrage med.

Patienterne har også oplevet det fordelagtigt, at nogle af de andre deltagere er forskellige steder i behandlingsforløbet. Flere patienter giver udtryk for, at det er positivt at se, hvordan forløbet kan udvikle sig, og hvordan andre håndterer udfordringerne i behandlingsforløbet. Patienterne siger, at det giver dem en sikkerhed og en tryghed at vide, hvilke udfordringer de kan møde.

” Vi ønskede at strukturere sygeplejen således, at det ikke blev en tilfældighed, om patienterne fik mulighed for undervisning og erfaringsudveksling med patienter med samme diagnose og i samme behandling.

Sygeplejerskernes bekymring for, hvorvidt det ville være belastende for nye patienter at skulle se og være sammen med patienter, der var længere i forløbet, viste sig således ubegrundet.

Det har karakteriseret gruppeforløbene, at sygeplejerskerne har planlagt undervisningstiden, og måden, et emne blev taget op på, opleves som meget positiv af deltagerne. Flere patienter fortæller, at der til tider sker en gentagelse af information, der er givet tidligere, men giver samtidig udtryk for, at gentagelse bidrager med nyt, fordi der er mere tid, ro og uddybning i gruppen til at forstå informationen. Dette opleves altså positivt og modsat af, hvad en patient beskriver som et bombardement af informationer ved behandlingsstart. En patient siger om gruppeforløbet: "Man lytter mere efter på grund af god tid, når man alligevel er på afdelingen. Normalt under information fra f.eks. en læge ville jeg bare ud, hjem så hurtigt som muligt og lyttede nok ikke så godt efter."

Gentagelse beskrives altså af patienterne som gavnlige og positiv. Verbalisering viser sig at løse op og skabe åbenhed. Deltagerne hjælper hinanden med at turde stille spørgsmål og hjælper endda hinanden med at huske at stille dem. En patient nævner, ►

- at informationen sidder bedre fast efter en fælles drøftelse, end da han fik envejsinformation. Den samme mand beskriver, hvordan han oplevede, at gruppen pressede ham til at spise, og at han faktisk oplevede presset som positivt, da han fik lyst til at spise mere. Ingen af de adspurgte patienter ville efterfølgende have foretrukket at få deres behandling uden for gruppen.

Få ulemper

De ulemper, patienterne nævner, er få. To nævner, at der med gruppeforløb kan være en teoretisk risiko for at blive glemt eller overset af personalet. Ingen af disse to patienter havde dog oplevet dette. Ligeledes nævnes det, at det kan være en ulempe, hvis der er for få medlemmer i gruppen, eller at gruppens medlemmer er for forskellige. Men ingen patienter ville have fravalgt at mødes om det, som er fælles, nemlig sygdommen og behandlingen.

Automatisk gruppeorganisering hjælper på vej

Projektgruppens sygeplejersker havde før projektet erfaret, at patienter med hoved- og halskræft oftest ikke var interesserede i at deltage i afdelingens generelle erfaringsudveksling og undervisning i grupper, når de fik tilbuddet. Det er derfor interessant, at hovedparten af patienterne i gruppeforløbet oplever et meget stort udbytte af erfaringsudveksling, undervisning og information i grupper, når det automatisk organiseres for dem. En mulighed, de formentlig havde fravalgt, hvis den ikke automatisk var organiseret. Patienterne blev i interviewet spurgt, om de på tidspunkter i behandlingsforløbet havde foretrukket at få deres behandling uden for gruppen. Ingen af de adspurgte patienter ville have foretrukket dette. To patienter fravalgte dog gruppen i slutningen af deres behandling, da de havde behov for en seng og derfor ikke fysisk kunne være i gruppe-lokalet.

At gruppens medlemmer kun mødtes i den formelle ramme fem timer hver uge, kan have haft betydning for de overvejende positive tilbagemeldinger fra patienterne. Der var tid og rum til også at være alene.

Det kunne have været interessant også at have undersøgt, hvad gruppeforløb betyder for de pårørende. En patient fremhæver, at det var betydningsfuldt, at hustruen deltog, og han foreslog, at der kunne tænkes emner med særligt fokus på pårørende ind i forløbet.

Flere stordriftsfordele

Inden projektets start overvejede vi, hvor mange sygeplejerskeres ressourcer gruppeforløbene ville kræve. Sygeplejerskernes erfaring efter projektet var, at deres tid blev anvendt anderledes end ved individuelle forløb. I gruppeforløb krævede det mere tid indledningsvis, når nye patienter skulle inkluderes, og ligeledes når det faglige oplæg med efterfølgende erfaringsudveksling skulle gennemføres. Det viste sig dog, at der også er stordriftsfordele, da tiden genvindes i det samlede forløb, bl.a. fordi alle patienterne fysisk er samlet på det samme sted, de hjælper hinanden, erfaringsudveksler, og undervisning og information gives samlet. Sygeplejerskerne vurderer samlet set, at gruppeforløb ikke kræver flere ressourcer end de individuelle forløb.

Erfaringer kan bruges til andre patientgrupper

Gruppeforløb opleves meningsfyldt af patienterne og som en transformation af passiv ventetid til dyrebar tid. Tid bliver mere end blot tid, der skal gå og overstås. Tiden i gruppen bliver aktiv, målrettet og rehabiliterende, og gruppeforløbene har skabt spi-

rer til et netværk, der kan række ud over de planlagte møder med kemoterapeutisk behandling.

Tiltaget fungerer nu som en fast del af sygeplejestrukturen på Onkologisk afdeling D4 i Århus, hvor sygeplejerskerne fortsat får meget positive tilbagemeldinger på gruppeforløbene. Grupperne fungerer med både mænd og kvinder og med op til 10 patienter ad gangen. Projektsygeplejerskerne vurderer på baggrund af erfaringerne, at mange andre patientgrupper og afdelinger i landet kunne have et tilsvarende stort udbytte af at organisere sygepleje i gruppeforløb.

Anne-Mette Iversen er ansat på onkologisk afdeling D4, Århus Sygehus og er projektansvarlig for gruppeforløbene; annivers@rm.dk

Forfatteren ønsker at takke projektsygeplejerskerne Anne Marie Bay Nielsen og Mette Mortensen samt afdelingsygeplejerske Morten Keller.

Litteratur

1. Svendsen M. Artikel: Undervisning og erfaringsudveksling i et rehabiliteringsperspektiv, Fokus på kræft og sygepleje 2008; (2),p.38-40.
2. Grønvold M, Pedersen C, Jensen CR et al. Kræftpatientens verden. Resultater, vurderinger og forslag. Bispebjerg Hospital 2006;p.12.
3. Salling Larsen AL, Vejleskov H. Videnskab og forskning. 1. udgave. København: Gads forlag 2002;p.76-8.
4. Fjelland R, Gjengedal E. Videnskab på egne præmisser. 1. udgave. København: Munksgaard 1996;p.160-2.

English Abstract

Iversen A-M. Group approach with cancer patients a success. Sygeplejersken 2010;(18):60-2.

14 male patients undergoing treatment for head and neck cancer participated in the Group treatment approach on oncology ward D4, Århus Hospital. The group sessions were led by oncology nurses and consisted of education, information, exchange of experience and forming of networks, whilst the patients received chemotherapy. The patients were automatically put into a group at the start of the treatment. The project was evaluated by telephone interview.

Patient experience was that a group approach transforms passive waiting periods into valuable and active time. The group sessions provide a sense of group membership, which reduces feelings of isolation and enables group members to act as mutual resources. Group membership gives an experience of normalisation of side effects and symptoms, and prepares them for pending treatment phases. The combination of the nurses' expert knowledge, and patients' mutual exchange of experience, provides an optimal outcome. All the patients preferred receiving their treatment as part of a group.

The group approach enables nurses to give focused nursing care, to communicate expert knowledge to groups, and to gain synergy benefits in terms of communication, exposure and contact nursing.

The intervention is now a permanent facet of the nursing framework on Oncology ward D4 in Århus.

Key words: Group approach, nursing, cancer rehabilitation, exchange of experience.

BEAUTÉ PACIFIQUE AMBULATORIET

HUDDIAGNOSTIK & KOSMETISK BEHANDLING

- her reparerer vi huden



- ✓ *Scanning & hudanalyse*
- ✓ *Hudplejevejledning*
- ✓ *Rejuvenering*
- ✓ *Fjernelse af tatoveringer*
- ✓ *Behandling af karsprængninger*
- ✓ *Fjernelse af uønsket hårvækst*
- ✓ *Behandling af pigmentpletter*
- ✓ *Peel behandling med infusion*
- ✓ *Ansigtsløftning ved elektrostimulation*
- ✓ *Restylane*
- ✓ *Ansigtsbehandlinger*
- ✓ *»Botox«*
- ✓ *Kropsbehandlinger*

BEAUTÉ PACIFIQUE

Patientuddannelse i Danmark

Patientuddannelse er et aftidens mantraer, men virker det efter hensigten, når kronisk syge lærer at varetage dele af deres egen behandling og i givet fald hvorfor? Artiklen søger svar på disse spørgsmål på baggrund af en medicinsk teknologivurdering af patientuddannelse.

AF IDA MARIE SKOU STORM, SYGEPLEJERSKE, BA I PSYKOLOGI OG SOCIOLOGI

Omkring 1,7 mio. danskere har én eller flere længerevarende sygdomme. Det svarer til en tredjedel af den danske befolkning. En opgørelse fra 2007 viser, at de kronisk syge koster det danske samfund 70-80 pct. af sygehusressourcerne (1). Gennemsnitslevealderen stiger og – i takt med dette – også antallet af kronisk syge, hvilket er med til at skærpe politikernes interesse for at udnytte ressourcerne mere effektivt. Patientuddannelse er ét af midlerne, og ifølge den amerikanske sygeplejerske og bioetiker med speciale i patientuddannelse, Barbara K. Redman, er uddannelse af patienter et centralt element i sygeplejens filosofi og gerning (2). Studier viser da også, at sygeplejersker som følge af opgaveglidningen mellem faggrupperne ofte fungerer som selvstændige tovholdere i patientuddannelsesforløb (2).

Spørgsmålet er, hvad der virker, og hvad der ikke virker og hvorfor, når det handler om patientuddannelse. Denne artikel søger at besvare disse spørgsmål med udgangspunkt i en medicinsk teknologivurdering (MTV) af patientuddannelse, udarbejdet af Sundhedsstyrelsen i 2009 (3). MTV'en er valgt, fordi den afklarer evidens og kvalitet og indeholder relevante budskaber til landets sundhedspersonale – i særdeleshed til danske sygeplejersker.

Begrebsafklaring og fakta

I Danmark opstod de første patientskoler i starten af 1990'erne. Deltagerne havde astma, gigt eller nyresygdomme. I dag tilby-

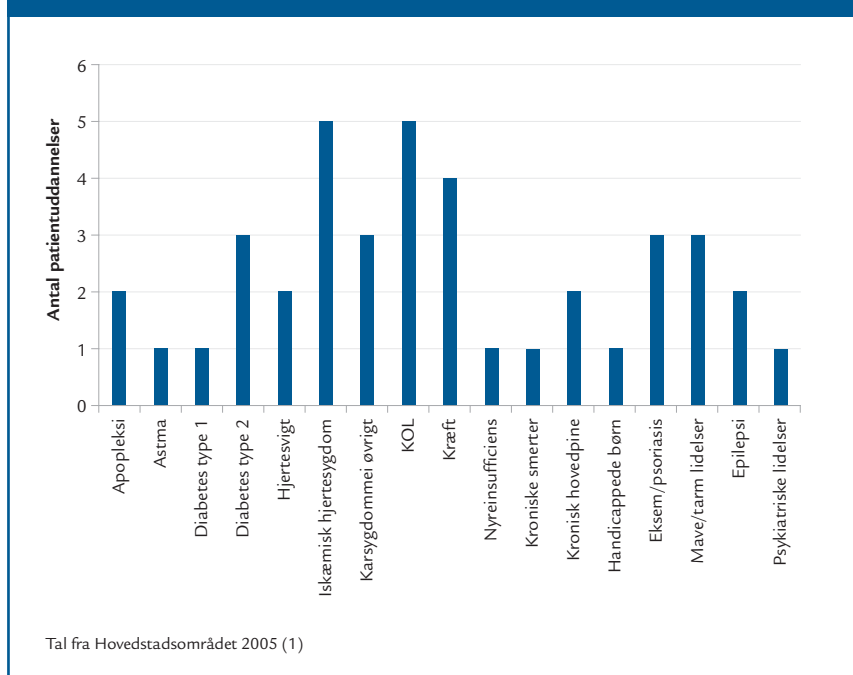
der afdelinger, patientforeninger og kommuner patientuddannelse til et langt bredere udvalg af kronisk syge. I 2005 deltog 3.000 danske patienter alene i hovedstadsområdet i patientuddannelsesforløb (1) (se figur 1 herunder).

Sundhedsstyrelsen definerer patientuddannelse som ”Undervisning af patienter med en nydiagnosticeret sygdom i en struktureret undervisning, individuel eller rettet til grupper af patienter og eventuelt pårørende. Undervisningen kan være sygdomsspecifik og rettet til patienter med en given sygdom eller generel rettet til patienter med forskellige sygdomme. Patientuddannelse indgår i den patientrettede forebyggelse” (2).

” Undervisningen kan være sygdomsspecifik og rettet til patienter med en given sygdom eller generel rettet til patienter med forskellige sygdomme.

Der findes således to typer patientuddannelse i Danmark – den sygdomsspecifikke, som betoner selvmonitorering og selvmedicinering i forhold til den konkrete lidelse, og den generelle, som på tværs af diagnoser skal støtte patienter i at håndtere deres ændrede levevilkår. Desuden foregår patientuddannelser både individuelt og i hold.

Figur 1. Fordeling af patientuddannelser (n=37) på sygdomsområder



anno 2010

Med sundhedsloven fra 2006 blev den patientrettede forebyggelse en delt opgave mellem kommuner og regioner, og det skaber mulighed for, at patientuddannelse både kan foregå i primær og sekundær sektor, og det er ikke kun i det danske samfund, at patientskolerne vinder indpas. Også i USA og de europæiske lande er lignende tiltag i fuld gang. Barbara K. Redman påpeger, at patientskolekonceptet skubbes fremad både af de eksisterende økonomiske vilkår og af stadigt større behov for at have kontrol over sit eget liv, som i hendes øjne er en tidstypisk tendens (4).

Ingen lovpligtige krav til patientuddannelse

Ud fra Sundhedsstyrelsens definition indgår patientuddannelse som et element i en rehabiliteringsindsats, som World Health Organization definerer på følgende måde: "Rehabilitering af mennesker med handicap er en proces målrettet mod at gøre dem i stand til at opnå og opretholde deres optimale fysiske, følelsesmæssige, intellektuelle, psykologiske og sociale funktionsniveau. Rehabilitering udstyrer handicappede mennesker med de redskaber, de skal bruge for at opnå uafhængighed og selvbestemmelse" (min oversættelse) (3).

Disse overordnede mål gælder også for patientuddannelse og får konkret form i ambitionen om at give patienten indsigt i sin sygdom, at styrke hans eller hendes ressourcer og mestring, at støtte livsstilsændringer og at oplære patienten til selvbehandling, herunder selvmonitorering og selvmedicinering (1,3). Selvom patientuddannelse fremstår som et indlysende nødvendigt tilbud under rehabiliteringsindsatsen, figurerer patientuddannelse dog endnu ikke i den danske sundhedslovgivning. Derfor er der i Danmark ingen overordnet autoritativ definition på begrebet, ligesom der heller ikke findes lovpligtige krav til, hvordan et uddannelsesforløb skal se ud.

Lav evidens i Danmark

Det grundlæggende problem med de danske patientuddannelsesforløb er, at det har været svært at generere viden om, hvad det er, der virker i indsatsen. For i Danmark har der ikke været tradition for at beskrive formål, teoretisk og pædagogisk grundlag samt konkret indhold i patientuddannelser. Allerede i en kortlægning af patientuddannelser i hovedstadsområdet fra 2005 påpegede sundhedsforvaltningen, at kun en meget lille del af uddannelserne var evidensbaserede uddannelseskoncepter (1).

Ved en gennemlæsning af Sundhedsstyrelsens litteraturgenmængning fra 2009 er det tankevækkende, at ikke et eneste studie af danske forhold kan præsentere moderat eller høj evidens. Der findes bl.a. amerikanske, engelske og hollandske studier, som kan give inspiration, men det er vanskeligt at sige, om disse resultater kan overføres til danske forhold (3).

CDSMP – en patientuddannelse der virker

I 2004 købte Sundhedsstyrelsen licens til den amerikanske model ved navn CDSMP (Chronic Disease Self-management Program), på dansk bedre kendt som "Lær at leve med kronisk sygdom". CDSMP blev udviklet på Stanford Patient Education Research Center på Stanford University, USA, og hører til blandt de

generelle patientuddannelsesforløb. Sundhedsstyrelsen skriver om modellen: "CDSMP er den eneste generelle patientuddannelse med påviste effekter, der også har et velbeskrevet teoretisk grundlag og en velbeskrevet pædagogisk praksis" (3).

En opgørelse fra 2008 viste, at 1.435 danskere med kroniske sygdomme deltog i CDSMP (5). Projektkoordinator hos Komitéen for Sundhedsoplysning i Danmark, Nicolaj Holm Faber, påpeger, at udbredelsen af CDSMP muliggør de effektmålinger af generel patientuddannelse, som har manglet på dansk jord. Han ser det som en oplagt mulighed, at også sundhedsansatte, der arbejder med sygdomsspecifikke patientuddannelser, lader sig inspirere af teorien og den pædagogiske metode bag CDSMP. Bl.a. ansatte fra sklerosecentrene i Haslev og Silkeborg har taget CDSMP-instruktøruddannelsen og har opbygget deres egne sygdomsspecifikke uddannelsesforløb med inspiration fra denne model.

I Danmark fungerer Komitéen for Sundhedsoplysning som rådgiver vedrørende CDSMP, når det gælder implementering, uddannelse af instruktører og masterinstruktører, kvalitetssikring, oversættelse og udgivelse af kursus og informationsmateriale (6). Det centrale teoretiske fundament for CDSMP bygger på begrebet "self-efficacy". Dette begreb har siden slutningen af

” I løbet af de 15 timer fordelt på seks kursusgange, som CDSMP-forløbet varer, arbejder deltagerne med handleplaner, konkret problemløsning og refortolkning af symptomer i fællesskab med hinanden og instruktøren.

1970'erne udgjort en slags kerne i den canadisk-amerikanske psykolog Albert Banduras social-kognitive teori.

Self-efficacy som fundament

Oversat til dansk betyder self-efficacy "selv-effekt" og betegner en persons forventninger til egen ydeevne. Patientuddannelsens formål er at støtte patientens tro på, at han eller hun har dét, der skal til for at ændre adfærd, og at det batter noget at foretage en livsstilsændring – at det kan lykkes at forebygge følgesygdomme eller opnå social eller psykisk velvære. Det element, der har størst betydning for udvikling af self-efficacy, er personlige erfaringer. Succesoplevelser skaber positive forventninger til kommende handlingers mulige resultater.

CDSMP har til formål at skabe rammen for en positiv erfaringsdannelse, hvor den fornødne opbakning og faglige information er til stede. Et af målene er at mindske stress og usikkerhed hos deltagerne, når sygdommen fordrer nye, krævende forandringer. Observationer af andres erfaringer påvirker også self-efficacy, fordi det får observatøren til at vurdere, om han kan gennemføre en tilsvarende handling. Derfor foregår CDSMP i grupper, og underviseren er selv en kronisk syg patient, der har uddannet sig til instruktør ud fra retningslinjer fra Stanford University. På den måde bliver underviseren en slags rollemodel, og teorien er, at det motiverer deltagerne at observere en anden kronisk syg, som ►

” Med CDSMP får vi i 2011 adgang til danske data, som kan belyse, om modellen er effektiv på dansk grund.

- ▶ kender til de problemer, sygdommen medfører i hverdagen, og som har fundet nogle måder at håndtere sin situation på. I CDSMP-modellen er alle disse formål omsat til konkrete pædagogiske øvelser, som deltagerne gennemgår gruppevis i løbet af uddannelsen. Self-efficacy-teorien er grundigt beskrevet i artiklen ”Patientundervisning skal forankres teoretisk” (7).

Styrket self-efficacy gennem CDSMP

Da gruppedynamikken spiller en central rolle, foregår undervisningen i hold. Underviseren arbejder frivilligt. Han eller hun har deltaget i et fire dages instruktørkursus certificeret af Stanford University. De masterinstruktører, der uddanner instruktørerne, har selv fulgt et masterinstruktørkursus på fem dage.

I løbet af de 15 timer fordelt på seks kursusgange, som CDSMP-forløbet varer, arbejder deltagerne med handleplaner, konkret problemløsning og refortolkning af symptomer i fællesskab med hinanden og instruktøren. De reflekterer over egne erfaringer og nuværende self-efficacy og vurderer de andre deltagers erfaringer, tanker og handlinger. Via et nænsomt pres motiverer de hinanden til adfærsændringer, som resulterer i konkret formulerede handlingsplaner. CDSMP er testet i udlandet, og på kort sigt forbedrer uddannelsen deltageres self-efficacy signifikant (3,5). Ingen studier af tilstrækkelig kvalitet har endnu belyst effekten af CDSMP på længere sigt, men alt tyder på, at den aftager over tid. Derfor forventer Sundhedsstyrelsen, at det er nødvendigt med opfølgende uddannelse.

Usikker økonomisk effekt

MTV'en fra 2009 anslår, at de sygdomsspecifikke uddannelser i gennemsnit koster omkring 6-12.000 kr. pr. deltager. CDSMP koster 3-6.000 kr. pr. deltager. Disse tal inkluderer ikke eventuelle opfølgninger på uddannelsesforløbene. Konklusionen i MTV'en fra 2009 er, at der endnu ikke foreligger tilstrækkelig videnskabelig dokumentation til at fastslå, om patientuddannelserne med sikkerhed reducerer f.eks. antal hospitalsindlæggelser eller besøg hos egen læge. I MTV'ens gennemgang af diabetesspecifik patientuddannelse er der fundet signifikant effekt for sænkning af langtidsblodsukkeret, som må resultere i færre senvirkninger af sygdommen. Der mangler dog stadig forskning på området, når det gælder den økonomiske effekt af patientuddannelserne.

Danske effektdata i 2011

Sundhedsstyrelsen købte licens til CDSMP i 2004 med udløb i 2012. Licensen bliver dog forlænget, og i første omgang indleder Komitéen for Sundhedsoplysning i 2011 et uddannelsesforløb med fokus på smertehåndtering. Desuden søsætter komitéen også projektet ”Lær at arbejde med kronisk sygdom” sammen med tre danske kommuner. Projektet bygger på CDSMP-principperne og skal tilbyde nye redskaber til kronisk syge arbejdsløse eller borgere i risikozonen, som skal styrke deres tilknytning til arbejdsmarkedet. I 2011 afventer komitéen også en effektivvurdering af CDSMP i dansk regi fra Dansk Sundhedsinstitut. Det gælder samtlige patientuddannelsesindsatser, at vi mangler til-

strækkelig viden om deres konsekvenser for samfundsøkonomien og om effekten for den enkelte kroniker på længere sigt. Men med CDSMP får vi i 2011 adgang til danske data, som kan belyse, om modellen er effektiv på dansk grund og derfor må betragtes som en valid inspirationskilde, også i planlægningen af sygdomsspecifikke patientuddannelser.

Ida Marie Skou Storm er aktuelt studerende ved Roskilde Universitet (Pædagogik og Sundhedsfremme/Sundhedsstrategier); idamsstorm@yahoo.dk

Dette er den første af i alt to artikler om patientuddannelser. Anden og sidste artikel, ”Etik i patientuddannelser”, bringes i næste nummer af Sygeplejersken, nr. 19/2010.

Litteratur

1. Københavns Amt. Sundhedsforvaltningen 2006. Kortlægning af uddannelser rettet mod patienter med kronisk sygdom – en spørgeskemaundersøgelse. Københavns Amt.
2. Redman BK. The Ethics of Self-management Preparation for Chronic Illness. *Nursing Ethics* 2005;12: 360-8.
3. Sundhedsstyrelsen 2009. Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering.
4. Redman BK. *Advances in Patient Education*. Springer Publishing Company. New York 2004.
5. Komitéen for Sundhedsoplysning 2007. Evidens for Chronic Disease Management Program – dokumentation af effekt og omkostninger.
6. www.patientuddannelse.info
7. Villadsen B, Faurschou P. Patientundervisning skal forankres teoretisk. *Sygeplejersken* 2007;5.

English Abstract

Storm IMS. Patient education in Denmark, 2010. *Sygeplejersken* 2010;(18);64-6.

The article investigates the patient education phenomenon in Denmark in 2010. How great a need is there for patient education, and what types are available? Which chronic diseases have been tied in with patient education, and how effective are Danish measures? What is required in order for patient education to function as intended, and are there savings to society when the chronically sick learn to manage facets of their own treatment? The article presents the patient-management programme, CDSMP, in Danish: learn to live with chronic disease, as an evidence-based and effective method which results in significant participant satisfaction.

Key words: Patient education, chronic disease, self-efficacy, CDSMP.

Før du søger nyt job

Nyt job - brug alle muligheder

Når du søger og får ny stilling, indgår du som ansat en aftale med en arbejdsgiver om vilkårene for din kommende ansættelse. En lang række vilkår er på forhånd defineret af lovgivningen, overenskomster og aftaler, mens andre vilkår kan aftales mellem dig og arbejdsgiveren ved ansættelsen. Det kan f.eks. være løn, tillæg, uddannelse og kompetenceudvikling.

Det er vigtigt, at du ikke siger op, før du har fået en ansættelseskontrakt eller som minimum en skriftlig bekræftelse på, at du er ansat og har modtaget de aftalte vilkår fra din nye arbejdsgiver.

Er der tale om en nyoprettet stilling eller en ny funktion, er det ekstra vigtigt at du sikrer dig, at der er indgået en aftale med Dansk Sygeplejeråd om stillingens aflønning, før du accepterer og tiltræder stillingen.

Ved ansættelse i regioner og kommuner

Du vil blive ansat efter de gældende overenskomster samt eventuelle lokale aftaler. Du kan læse mere i "Løn- og ansættelsesvejledning for det regionale/kommunale område" på www.dsr.dk/Arbejdsvilkår/Løn.

For råd og vejledning om stillingen, er du velkommen til at kontakte tillidsrepræsentanten eller den lokale kreds, der dækker arbejdspladsen. Det er tillidsrepræsentanten eller den lokale kreds, der forhandler for dig og vi anbefaler dig at tage kontakt inden du går til samtale.

Ansættelse i staten

Du vil blive ansat efter gældende organisationsaftaler samt eventuelle lokale aftaler. Du kan læse mere i "Løn- og ansættelsesvejledning for staten" på www.dsr.dk/Arbejdsvilkår/Løn.

For råd og vejledning om stillingen, er du velkommen til at kontakte tillidsrepræsentanten eller Dansk Sygeplejeråd centralt. Det er tillidsrepræsentanten eller Dansk Sygeplejeråd centralt, der forhandler for dig og vi anbefaler dig at tage kontakt inden du går til samtale.

Privat ansættelse

Dansk Sygeplejeråd har indgået overenskomst med en lang række private arbejdsgivere - vikarbureauer, lægekonsultationer, speciallægeklinikker, hospitaler og firmaer osv. - men det er ikke alle, der er dækket af en overenskomst. På www.dsr.dk/Overenskomster/Private kan du se alle de overenskomster, Dansk Sygeplejeråd har indgået med private arbejdsgivere. Vi gør opmærksom på at du ikke ved aftale med arbejdsgiveren kan frasige dig ydelser i henhold til overenskomstens bestemmelser, f.eks. kørselsgodtgørelse.

Hvis der ikke er indgået overenskomst, skal alle vilkår være aftalt i kontrakten, f.eks. løn, pension, 6. ferieuge, fuld løn under barsel osv. For råd og vejledning om stillingen, er du velkommen til at kontakte Dansk Sygeplejeråd centralt.

Pas på

Der findes en række virksomheder, som Dansk Sygeplejeråd forgæves har forsøgt at indgå overenskomst med. Nogle, fordi de ikke ønsker det, andre oplyser, at de ikke har sygeplejersker ansat. I henhold til De kollegiale vedtægters § 3, stk. 2 fraråder Dansk Sygeplejeråd vores medlemmer at tage ansættelse på disse virksomheder uden først at kontakte os og søge vejledning på tlf. 4695 4063.

Se liste over virksomheder, hvor Dansk Sygeplejeråd fraråder at tage ansættelse, på www.dsr.dk > Arbejdsvilkår > Overenskomst/aftaler > Private



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. 19 - 2010

22. oktober 2010

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

Nr. 20 - 2010

5. november 2010

Nr. 21 - 2010

26. november 2010

Nr. 1 - 2011

28. december 2010

Rådgivning og vejledning vedr. opsætning af annoncer

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

Indleveringsfrister for STILLINGSANNONCER til de kommende numre

Nr. 19 - 2010

27. oktober 2010

Nr. 20 - 2010

10. november 2010

Nr. 21 - 2010

1. december 2010

Nr. 1 - 2010

5. januar 2011

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

Udgivelsesdatoer

Nr. 19 - 2010

5. november 2010

Nr. 20 - 2010

19. november 2010

Nr. 21 - 2010

10. december 2010

Nr. 1 - 2010

14. januar 2011



Region Hovedstaden Vagtcentralen i Herlev

Sundhedsfaglige medarbejder til 112 opkald

Til Region Hovedstadens døgnbemandede vagtcentral i Herlev søges ca. 35 nye sundhedsfaglige medarbejdere med forventet ansættelse pr. 1. januar, 1. februar eller 1. marts 2011.

Fra 1. april overtager regionens vagtcentral den sundhedsfaglige visitation og hastegrads vurdering af henvendelser fra borgere via 1-1-2 alarmcentralen.

Ved ansættelse på vagtcentralen vil dine opgaver være:

- Telefonkontakt med borgere, der har ringet 1-1-2 pga. sygdom eller tilskadekomst med henblik på:
 - Hastegradsvurdering, af opgaven
 - Vejledning af borgerne i førstehjælp o.l.

- Kontakt med bestillere i sundhedsvæsenet præhospitalt, hospitalsafdelinger, praktiserende læger, vagtlæger og andre sundhedsprofessionelle angående hastegradsvurdering af akutte og planlagte ambulancekørsler og liggende sygetransporter. De sundhedsfaglige vurderinger træffes med udgangspunkt i Dansk Indeks for akut hjælp.

Vi lægger vægt på, at du har bred sygeplejefaglig baggrund, gerne erfaring fra arbejde på skadestuer, akut modtagelser, eventuelt intensiv og anæstesi. Du kan også være uddannet paramediciner.

Du skal være god til at samarbejde. Du skal kunne lytte og bevare overblikket samt træffe beslutninger i pressede situationer. Du skal have lyst til, og talent for at tale med mennesker, der er syge eller tilskadekomne, og kunne vurdere hvilken hjælp de har brug for.

Du skal have mod på at gå ind i en nystartet funktion, hvor opgaverne fortsat er under udvikling.

Som medarbejder på vagtcentralen kommer du til at præge den fortløbende udvikling af vagtcentralens funktion.

Vi arbejder tæt i tværfaglige teams med tekniske dispositioner. Ligeledes er vi i tæt kontakt med ambulancepersonale, akutlæger og paramedicinere. Vi er alle meget engagerede i at få vagtcentralen til at fungere med høj faglighed og kvalitet.

Der vil være introduktionsprogram på ca. 6 uger.

Vi afholder informationsmøder for interesserede ansøgere den 9. november 2010, kl. 15 og 17

Tilmelding til informationsmødet kan ske via Anni Kanstrup på tlf. 3869 8895, eller mail: anni.kanstrup@regionh.dk

Yderligere informationer om stillingerne hos sundhedsfaglig leder Mette Ørtoft på tlf. 5164 9714 eller mail: meor@live.dk

Samtaler afholdes uge 46 og uge 47.

Ansøgningsfrist d. 12. november kl. 12.00.

Ansøgning sendes til: anni.kanstrup@regionh.dk

Løn i henhold til gældende overenskomst.

GLOSTRUP KOMMUNE

Sundhedsplejerske vikar 26 timer/uge Glostrup Kommune

Vi er 7 sundhedsplejersker, 1 leder, 1 børne-ungelæge og vi søger en ny kollega til vikariat 26 timer foreløbig indtil 1.4. 2010 – med mulighed for forlængelse og forøgelse af timetal. Du kommer udelukkende til at arbejde med spæd- og småbørn, i mødregrupper og i Åbent hus og du skal have lyst til at deltage i nuværende og kommende udviklingsprojekter. Stillingsindholdet uddybes på vores hjemmeside – så klik ind på www.glostrupkommune.dk /aktuelt/ledige job. Vi glæder os til at høre fra dig.

Ansøgning sendes eller mailles til: konstitueret leder af Sundhedsplejen Maria Bjørking, Glostrup Rådhus, Rådhusparken 1, 2600 Glostrup senest mandag 5/11 2010 kl.12.00. E-mail: maria.bjorking@glostrup.dk Der afholdes ansættelsessamtaler i uge 46.

Social og sundhedsskolen i Nykøbing F søger ny direktør

Social- og Sundhedsskolen i Nykøbing F søger ny direktør med tiltrædelse i januar eller februar 2011. Skolen har 350 årselever på social- og sundhedsuddannelserne og på kursusvirksomhed. Antallet af medarbejdere er godt 60 og omsætningen ca. 40 mio. kr.

Vi søger en direktør med en relevant teoretisk uddannelse og med kendskab til området eller lignende område samt ledelses- og organisationserfaring.

Løn- og ansættelsesvilkår i henhold til Finansministeriets aftaler. Ansøgningsfrist: 20. november 2010 inden kl. 09.00.

Mere om stillingen på skolens hjemmeside www.sosunyk.dk



Helle Nørtved Frandsen, afdelingssygeplejerske - OUH

Agere eller Reagere? - du ved bedst!

"Jeg ønskede større indflydelse på sygeplejen og ville have en finger med i udviklingen. Derfor gik jeg efter at blive leder. Muligheden er der, hvis du vil. Men du skal selv tage den, for ingenting kommer af sig selv."

job.regionsyddanmark.dk
... fuld af muligheder

Altid mere end 200 job • Opret en jobagent - få besked via sms • Stil spørgsmål til dine kommende kolleger - og hør, hvordan de oplever deres arbejdsplads.



Region Syddanmark

Capgemini Danmark A/S søger

2 sundhedsfaglige konsulenter til vores afdeling i Århus

Vores opgaver

Hovedopgaven består i implementering af IT-løsninger på sygehusafdelinger - aktuelt indførelse af Capgeminis planlægnings- og bookingsystem BookPlan, som også er kendt som bookingdelen af Midt-EPJ. Opgaven løses i tæt samarbejde med de involverede IT- og sygehusafdelinger og indebærer bl.a.:

- Afholde planlægningsmøder
- Planlægge og koordinere projektføløb med nøglepersoner hos IT- og sygehusafdelingerne
- Støtte sygehusafdelingerne i opsætning af Capgeminis løsning til deres specifikke behov ift. planlægning for derved at optimere afdelingernes ressourceudnyttelse og overblik
- Planlægge og afholde kurser for forskellige målgrupper på sygehusene
- Gennemføre workshops
- Rådgive og uddanne kunderne til selv at varetage opgaver inden for implementering og uddannelse

Herudover løser vi også opgaver som:

- Deltagelse i konferencer, præsentation og demonstration af Capgeminis løsninger
- Analyse og specifikation af ny funktionalitet til IT-løsninger til sygehusene
- Test af nyudviklet og ændret funktionalitet i vores løsninger

Vi tilbyder

Du kommer til at arbejde i et succesfuldt tværfagligt team bestående af sundhedsfaglige konsulenter og systemudviklere. Vi arbejder i et uformelt miljø med en flad organisationsstruktur, hvor du har gode muligheder for at påvirke udviklingen af vores løsninger til sygehusene. Stillingen indebærer en del kørsel til sygehusafdelinger i Region Midt og Region Syddanmark. Køretid udover sædvanlig daglig transport er arbejdstid. Som ny kollega vil du blive knyttet til en af de andre sundhedsfaglige konsulenter, som vil tilrettelægge et introduktionsforløb afhængigt af dine kvalifikationer.

Herudover tilbyder vi:

- Felksible arbejdstider
- Stor indflydelse på eget arbejde og arbejdsopgaver
- Løn efter kvalifikationer
- Gode efter- og videreuddannelsesmuligheder
- Ansættelse i et af verdens største og mest innovative konsulenthuse. Dermed har du mulighed for at blive tilknyttet andre projekter, hvis du senere skulle ønske nye udfordringer.

Dine kvalifikationer

- Sundhedsfaglig baggrund
- Kendskab til organisationsstrukturer og arbejdsgange på et sygehus
- Undervisningserfaring
- Skal kunne arbejde analytisk, struktureret og selvstændigt
- God til at samarbejde, dels med vores kunder og dels med dine kolleger i Capgeminis team
- God til at kommunikere i tale og skrift
- Gerne erfaring med indførelse af IT i sundhedssektoren - herunder såvel de organisatoriske som IT-mæssige aspekter
- Evt. allerede specifik erfaring med implementering og anvendelse af BookPlan fra arbejde på en sygehusafdeling
- Gerne erfaring med forandrings- og projektledelse

Tiltrædelsestidspunkt

Så hurtigt som muligt, dog senest 1. januar 2011.

Vil du vide mere

Du kan få yderligere oplysninger om stillingen hos Unit Manager, Ejner Kabel på tlf. 5218 9089 eller Projektleder for implementeringsteamet, Jacob Knudsen på tlf. 5218 9052.

Søg jobbet via Capgemini's hjemmeside

www.dk.capgemini.com/job under punktet "Se alle ledige jobs"

Sygeplejerske til praksis i Odense centrum

Til større lægepraksis i Odense bymidte søges sygeplejerske til 28-30 timers arbejde om ugen med tiltrædelse 1. dec. 2010. I praksis arbejder 2 læger, 2 sygeplejersker, 2 lægesekretærer samt 1 bioanalytiker.

Arbejdet vil dels bestå af sygeplejearbejde i forbindelse med assistance for lægerne dels indeholde mere selvstændige funktioner med rådgivning af patienter samt kontrol af bl.a. diabetes og hypertensionspatienter. Derudover sætter vi pris på, at alle personalegrupper kan afløse og supplere hinanden. Der kan evt. indlægges en ugentlig fridag.

Ansøgning sendes senest d. 24/10 til
Lægerne
Christen Villberg og
Jens Blaaber
Vestergade 71, 2.
5000 Odense C



Gode råd før ansættelse i udlandet

På Dansk Sygeplejeråds hjemmeside www.dsr.dk, Udgivelser, Pjecer, findes pjecen "Job i udlandet". Den indeholder praktiske oplysninger i forbindelse med ansættelse i udlandet. Hvis du har yderligere spørgsmål, kan du kontakte os på email dsr@dsr.dk.

Desuden er det en god idé at kontakte Danske Sundhedsorganisationers Arbejdsløshedskasse, tlf. 33151066 og Pensionskassernes Administration, tlf. 39454545 for at få nærmere informationer om forsikring og pension i forbindelse med ansættelse i udlandet.

Dansk Sygeplejeråd
Sankt Annæ Plads 30
Postboks 1084
1008 København K
Tlf. 33 15 15 55
Email dsr@dsr.dk
www.dsr.dk



DSR Meddelelse

Seniorsammenslutningens landsmøde 2011

Seniorsammenslutningen i DSR afholder højskoleuge, landsmøde og generalforsamling den 30. juli - 5. august 2011 på Ryslinge Højskole, Højskolen 1, 5856 Ryslinge. Tilmelding direkte til højskolen. Sidste frist for tilmelding 1. januar 2011. Husk at opgive medlemsnummer ved tilmelding.

Pris på dobbeltværelse: 3.375 kr.

Pris på enkeltværelse: 3.555 kr.

Seniorsammenslutningen i DSR

Generalforsamling og valg i FS for Øjensygeplejersker

FS for Øjensygeplejersker afholder generalforsamling og valg til bestyrelsen torsdag den 27. januar 2011 kl. 20.00 i VingstedCentret. Dagsorden ifølge vedtægterne.

Se dagsorden på vores hjemmeside www.dsr.dk/fsoejne Forslag til drøftelse på generalforsamlingen skal være formanden i hænde senest 2. januar 2011.

Symposium på Gentofte Hospital

3. nov. 2010 kl. 8.00 - 15.15. Tema: Skaber akkreditering udvikling i sygepleje? Tilmelding skal ske pr. e-mail senest den 28. oktober 2010 til: HR_udvikling@geh.regionh.dk hvorefter program tilsendes. Symposiumet er gratis. Få information om arrangementet under sygeplejefagligt råd på GENI.

Internationale anbefalinger for genoplivning anno 2010

De nye retningslinjer for genoplivning bliver præsenteret, med deltagelse af internationale undervisere. Se program og bliv tilmeldt på www.genoplivning.dk Sted: Auditorium A, Århus Universitetshospital, Skejby. Der er plads til 300 deltagere. Mødet er gratis. Arrangører FSAIO og Dansk Råd for Genoplivning og Center for Akutforskning

Sygeplejerskeudd. Rigshospitalet 100 års jubilæum

Jubilæet fejres den 25. november 2010 i hospitalets auditorium 1 kl. 12.30 - 16.00, med en række festlige foredrag om Spl.uddannelsens fortid, nutid og fremtid. Alle tilknyttede til sygeplejerskolen er selvskrevne deltagerne. Gratis, dog nødvendig tilmelding af hensyn til Forplejning på: sygeplejerskolen100@rh.regionh.dk - tlf. 35455589

DSR Kursus

Landskursus for øjensygeplejersker 2011

Årets tema er skelen og øjenpatienter i primær praksis. Program og praktiske oplysninger findes på hjemmesiden.

Tid og sted:

28. januar 2011 kl. 08:00 - 29. januar 2011 kl. 12:30
Vingstedcentret, Vingsted Skovvej 2, 7182 Bredsten

Arrangør:

Fagligt Selskab for Øjensygeplejersker

Tilmelding:

fsoejne2011@live.dk

Pris:

Kr. 4.200 for medlemmer og kr. 5.100 for ikke-medlemmer

Yderligere info:

www.dsr.dk/fsoejne

DSR Kredsmøde

Kreds Hovedstaden

Seniorsygeplejerskerne Kreds Hovedstaden - Nord

Annelise Vendelbo Petersen fortæller om sit arbejde som delegeret Røde Kors sygeplejerske.

Tilmelding inden den 27.10.2010 på tlf.: 7021 1662 eller mail: primaerhovedstaden@dsr.dk

Tid og sted:

2. nov. 2010 kl. 14:00 - 16:00
Rådhusstrædet 29, 3400 Hillerød

Arrangør:

Seniorsygeplejerskerne i Kreds Hovedstaden, nord

Pris:

Kr. 30 for kaffe

HELSE FØRDE HAR LEDIG FØLGJANDE STILLINGAR:

Kirurgisk klinikk, Avdeling for akuttmedisin/ AAM

Lærdal sjukehus, Norge

søker

Operasjonssjukepleiar

100 % fast stilling frå 01.12.2010
80 % fast stilling frå 01.12.2010
Ref. nr. 785120841

Anestesisjukepleiar

2 faste stillingar i 100% frå 01.12.2010
1 fast stilling i 50% frå 01.12.2010 v/oppvakning
Ved evt. internt opprykk kan det bli ledig vikariat.
Ref. nr 786233375

Anestesisjukepleiar og operasjonssjukepleiar deltar i turnus med heimevakt på kveld, natt og på helg. Oppvakning har for tida 2 delt turnus i veka, men er stengt på helg og natt. Lærdal sjukehus ligg innerst i Sognefjorden og har mykje flott natur. Det er ferjefritt samband til både Oslo og Bergen med reisetid på 4,5 hhv 3 timar.

Kontaktpersonar:

Avdelingssjef Olav Hesjedal, tlf. 57839074, mobil 41530650
Oversjukepleiar Tom Nordstrand, tlf 57840132/57839072

Søknadsfrist: 26.10.2010

For å lese meir og for å søke på stillingane: www.helse-forde.no



Helse Førde

**Det gode sengebåd -
gør du det rigtigt?**

Ledende oversygeplejerske Lis Nøddeskou holder oplæg om den nyeste evidensbase-rede viden om sengebådet efterfulgt af debat i plenum.

Tid og sted:

17. nov. 2010 kl. 16:00 - 19:00
DSR Kreds Hovedstaden,
Frederiksborggade 15, 4.,
1360 København K

Arrangør:

DSR Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

hovedstaden@dsr.dk

Pris:

Gratis

Yderligere info:

Alle kredsens medlemmer er velkomne. Se program på www.dsr.dk/hovedstaden

Kreds Midtjylland**Seniorsammenslutningen
Kreds Midtjylland - Århus**

Hvordan påvirker Fjendebil-
leder os?

Et foredrag af cand. mag.
Esben Harding Sørensen.

Tid og sted:

2. nov. 2010 kl. 14:00 - 16:00
Kælderen, Mindegade 10,
8000 Århus C

Arrangør:

Seniorsammenslutningen,
Kontaktudvalget i Århus

Pris:

Kr. 20

Yderligere info:

Tilmelding senest den 29. ok-
tober 2010 med navn og med-
lemsnummer på telefon
8625 6499 eller 8619 1708

Kreds Sjælland**Julefrokost for seniorsyge-
plejersker**

i det tidligere Storstrøms Amt.
Igen i år besøger vi Charlotte
Krøyer's Spisestuer og vil
nyde hendes dejlige mad.
Husk en pakke til ca. 25 kr.
Tilmelding til Rie på
tlf. 5482 9415 senest den
12.11.2010.

Tid og sted:

1. dec. 2010 kl. 12:00 - 17:00
Kirkevej 50, Sdr. Ørslev,
4872 Idestrup.

Arrangør:

Kontaktudvalget, seniorsyge-
plejersker tidligere "Stor-
strøms Amt"

Pris:

Kr. 200 for mad, en genstand,
kaffe og kage

Yderligere info:

ea@turbopost.dk

Kreds Nordjylland**Seniorsammenslutningen i
Kreds Nordjylland**

Foredrag om "Selma Lagerlöf,
fra Mårbacka til Jerusalem"
v/Lisbeth Weitemyer.

Tilmelding til: Espersen
tlf. 9814 5218, Rasmussen
tlf. 9814 1055.

Frist den 7. november 2010.
OBS på start tidspunkt
kl. 13.30.

Tid og sted:

9. nov. 2010 kl. 13:30 - 16:00
Kredskontoret,
Sofiendalsvej 3, Aalborg SV

Arrangør:

Kontaktudvalget / Seniorsam-
menslutningen

Pris:

Kr. 40 for kaffe

**Vikarer til hele
sundhedssektoren**

ActivCare®
Vi har brug for dig!

København ☎70 20 30 00

Roskilde ☎46 31 01 20

Århus ☎86 13 24 44

Aalborg ☎96 31 80 71

Odense ☎63 12 80 00

Kolding ☎75 10 12 80

www.activcare.dk

S

120 kvm stenhus til 2 fami-
lier med storslået udsigt
til Val Morel skiområdet.
5 min kørsel fra liftsyste-
metet. 2 store soverum
med hver 5 sengepladser,
2 badeværelser, køkken/
alrum og stue med
brændeovne. Udlejes
hele året fra 3.500,- kr. til
8.500,- kr. pr. uge.

Per Kessel, tlf. 2262 5700
eller 8611 9330

**Smukt
Gl. Skagenshus**

Efterår i Gl. Skagenshus,
med dejlige terrasser,
klassisk, attraktivt og
oprindeligt miljø, 75 m.
fra hav, hede og havn,
udlejes af privat.

www.kaptajnens-hus.dk
Tlf. 8643 6839.

**Skilejligheder
i Avoriaz**

2 lejligheder til 4 person-
er hhv. 6 personer med
balcon udlejes i Avoriaz.
Lejlighederne er nyreno-
verede og velindrettede
og ligger ud til Place
Centrale i den gamle del
af byen. Bilfri by. Direkte
adgang til pisterne til/fra
hoveddøren.

Henvendelse
tlf. 2020 0244 /
4013 0774 / 2617 7748.

Rubrik og ferieannoncer
må maksimalt indeholde
40 ord. Fast pris for med-
lemmer 500,- inkl moms
- for ikke-medlemmer
850,- inkl. moms.
Annoncen indtastes via
Sygeplejerskens hjem-
meside. Login rekvireres
hos Dansk Mediaforsyning:
dsrrubrik@dmfnet.dk
Faktura tilsendes efterføl-
gende.

**ITALIEN HOS
HANNE**

På hyggeligt familiehotel,
hvor jeg selv er værtinde i
Rimini ved Adriaterhavets
skønne sandstrand fra kr.
186/pers. eller nær TOSCA-
NA. 2 naturskønne landhu-
se med pejsestue, køkken,
3 værelser, 2 badeværelser
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

**København K,
Indre By**

3 værelses lejlighed (2 so-
veværelser) i Sankt
Peders Stræde udlejes
på ugebasis eller efter
aftale. Pris pr. uge: kr.
3.000-3.500. Lejlighe-
den ligger få meter fra
Strøget og Rådhusplad-
sen. Gåafstand fra Hoved-
banen eller Metro.
Booking og informa-
tioner:
[www.copenhagen-apart-
ment.com](http://www.copenhagen-apart-
ment.com)

København

Min dejlige datter er rejst
til København for at læse
på farmaceutstudiet.
Hun savner et stort
værelse/lejlighed at bo
i med bad og køkkenfa-
ciliteter.
Max 3.700 kr. inkl. for-
brug. Hun er 21 år, stille
og ordentlig.

Kontakt mig på
tlf. 3028 7202.
Lene Lange.

DANSK SYGEPLEJERÅDS HOVEDBESTYRELSE »»»



Grete Christensen
Formand



Anni Pilgaard
1-næstformand



Dorte Steenberg
2-næstformand



**Julie Asp
Vonsild**
Formand for SLS



Irene Hesselberg
Formand for
Lederforeningen

Kredsformænd



Vibeke Westh
Kreds Hovedstaden



Helle Dirksen
Kreds Sjælland



John Christiansen
Kreds Syddanmark



Else Kayser
Kreds Midtjylland



Jytte Wester
Kreds Nordjylland

1.-kreds næstformænd



Vibeke Schaltz
Kreds
Hovedstaden



Nils Håkansson
Kreds Sjælland



Linda Rise
Kreds Syddanmark



Gert Petersen
Barselsvikar for
Anja Laursen
Kreds Midtjylland



Helle Kjærager
Kanstrup
Kreds Nordjylland

SYGEPLEJERSKEN

Sankt Annæ Plads 30 • Postboks 1084 • 1008 København K • Tlf. 3315 1555 • redaktionen@dsr.dk • www.sygeplejersken.dk • Tryk: ColorPrint

Redaktion

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

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

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

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

Journalist
Kirsten Bjørnsson
kbj@dsr.dk
Tlf.: 4695 4188

Journalist
Maria Jørvad
mjo@dsr.dk
Tlf.: 4695 4286
(På barsel)

Journalist
Julie Winther Bengtson
jwb@dsr.dk
Tlf.: 4695 4119

Journalist
Søren Palsbo
sp@dsr.dk
Tlf.: 4695 4185

Journalist
Kristian Fristed Eskildsen
kfe@dsr.dk
Tlf.: 4695 4043

Journalist
Britta Søndergaard
bso@dsr.dk
Tlf.: 4695 4261

Journalist
Sara Holt Fischer
shf@dsr.dk
Tlf.: 4695 4042

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

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

Fagredaktør
Evy Ravn
er@dsr.dk
Tlf.: 4695 4256

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

Layout
Anita Raun Brogaard
arb@dsr.dk
Tlf.: 4695 4283
(På barsel)

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

Annoncer

Kontakt
Dansk Mediaforsyning
Tlf.: 7022 4088



Formand
Grete Christensen
Dansk Sygeplejeråds
sekretariat



1.-næstformand
Anni Pilgaard
Dansk Sygeplejeråds
sekretariat



2.-næstformand
Dorte Steenberg
Dansk Sygeplejeråds
sekretariat



**Sygeplejestuderendes
Landssammenslutning**
Formand: Julie Asp Vonsild,
Sankt Annæ Plads 30,
Postboks 1084
1008 København K.
Tlf. 33 15 15 55, lokal 3991
E-mail: sls@dsr.dk • www.dsr.dk/sls



**Lederforeningen
i Dansk Sygeplejeråd**
Formand: Irene Hesselberg
Sankt Annæ Plads 30
Postboks 1005
1008 København K.
Tlf. 46 95 42 92.
E-mail: lfformand@dsr.dk

Dansk Sygeplejeråds sekretariat

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. 10 - 16 • Fredag kl. 10 - 15. Giro 8 001 030



Anne Granborg
Adm. direktør



Kirsten Kenneth Larsen
Direktør

Sygeplejeetisk Råd



Formand:
Grete Bækgaard Thomsen,
Sundhedschef
Sankt Annæ Plads 30,
Postboks 1005,
1008 København K
www.sygeplejeetiskraad.dk

Kreds Hovedstaden



Kredsformand
Vibeke Westh

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

Lokalkontor:
Haslevej 50
3700 Rønne
Tlf.: 7021 1662
Fax: 5695 3812
Telefontid:
Man, tirs og tors: 09.00 - 12.00

Kontor
Frederiksborggade 15, 4.
1360 København K

Kredschef
Anne Tovborg

Åbnings- og telefontider:
Man, tirs, tors, fre: 09.00-14.00
Ons: 13.00-16.00

Kreds Sjælland



Kredsformand
Helle Dirksen

Hovedtelefonnummer: 7021 1664
Hovedfaxnummer: 7021 1665
Hjemmeside: www.dsr.dk/sjaelland
E-mail: sjælland@dsr.dk

Kontor
RingstedCentret
Nørregade 13
4100 Ringsted

Kredschef
Thorkild David Hay

Kontorets åbnings- og telefontider

| Telefonåbent: | Fremmøde: |
|-----------------------|-----------------------|
| Mandag 09.00 - 14.00 | Mandag 08.30 - 15.30 |
| Tirsdag 13.00 - 16.00 | Tirsdag 08.30 - 15.30 |
| Onsdag 09.00 - 14.00 | Onsdag 08.30 - 15.30 |
| Torsdag 13.00 - 16.00 | Torsdag 12.00 - 16.00 |
| Fredag 09.00 - 13.00 | Fredag 09.00 - 13.00 |

Kreds Syddanmark



Kredsformand
John Christiansen

Hovedtelefonnummer: 7021 1668
Hjemmeside: www.dsr.dk/syddanmark
E-mail: syddanmark@dsr.dk

Kontor
Vejlevej 121, 2.
7000 Fredericia

Kredschef
Jan Villumsen

Telefontider
Kl. 08.30 - 13.00 - mandag, tirsdag,
onsdag og fredag
Kl. 11.00 - 16.00 - torsdag

Kreds Midtjylland



Kredsformand
Else Kayser

Fælles postadresse
DSR, Kreds Midtjylland
Marienlystvej 14
8600 Silkeborg

Hovedtelefonnummer: 4695 4600
Hovedfaxnummer: 7021 1667
Hjemmeside: www.dsr.dk/midtjylland
E-mail: midtjylland@dsr.dk

Lokale kontorer

Fredericiagade 27-29
7500 Holstebro
Åbent efter forudgående aftale.

Mindegade 10
8000 Århus C
Åbent efter forudgående aftale.

Telefontider

Mandag-tirsdag 10.00 - 15.00
Onsdag lukket
Torsdag-fredag 10.00 - 15.00

Kreds Nordjylland



Kredsformand
Jytte Wester

Telefon: 4695 4850
Telefax: 9634 1426
Hjemmeside: www.dsr.dk/nordjylland
E-mail: nordjylland@dsr.dk

Kontor
Sofieldalsvej 3
9200 Aalborg SV

Kredschef
Iben Gravesen

Kontorets åbningstider
Man - ons kl. 09.00 - 15.00
Torsdag kl. 13.00 - 16.00
Fredag kl. 09.00 - 12.00

Distribueret oplag 1. januar - 30. juni 2010: 73.367 • ISSN 0106-8350 • Medlem af Dansk Fagpresse • **Årsabonnement** 1.150,00 kr. + moms • **Løssalg** 50,00 kr. + moms. Kontakt Dansk Mediaforsyning på dsrabn@dmfnet.dk • **Annonsalg** Dansk Mediaforsyning • Klamsagervej 25, 1. • 8230 Åbyhøj • Tlf. 7022 4088 • Fax 7022 4077 • **Stillingsannoncer** dsrjob@dmfnet.dk • **Forretningsannoncer** dsrtekst@dmfnet.dk • **Ændring af medlemsoplysninger** Kontakt Medlemsregisteret • Tlf. 3315 1555 • medlemsregisteret@dsr.dk • **Udgiver** Dansk Sygeplejeråd • Sankt Annæ Plads 30 • 1250 København K • **Redaktionen** forbeholder sig ret til elektronisk lagring og udgivelse af de faglige artikler i tidsskriftet. **Redaktionen** påtager sig intet ansvar for materialer, der indsendes uopfordret. **Holdninger** der tilkendegives i artikler og andre indlæg udtrykker ikke nødvendigvis Dansk Sygeplejeråds synspunkter. **Sygeplejersken** redigeres efter journalistiske væsentlighedskriterier. Chefredaktøren er ansvarlig for bladets indhold.

Som medlem af Dansk Sygeplejeråd kan du deltage i lodtrækningen om lejeperioder fra 3. januar 2011 til 25. juni 2011 (forår) og 13. august 2011 til 3. januar 2012 (efterår)

Ansøgningsfristen er 1. november 2010. Lodtrækningen foretages i uge 45.

Senest 11. november 2010 udsendes bekræftelse og faktura på tildelt lejeperiode til udtrukne ansøgere.

Fra 29. november 2010 udlejes resterende ledige lejeperioder ved telefonisk henvendelse til PKA's Boliganvisning på telefon 39 45 45 60, mandag-torsdag kl. 9.00 - 16.00 og fredag kl. 9.00 - 16.00. De ledige perioder kan ses på nettet fra 26. november 2010.

Lodtrækningsregler

Du optjener ét point for hvert år, du deltager i lodtrækningen. Dine point nulstilles ved tildeling af en fritidsbolig - *også hvis du afbestiller den tildelte periode*. Der er særskilt pointtæller for de to årlige lodtrækninger for hhv. forår/efterår og sommer. Du kan samlet ønske tre specifikke lejeperioder/områder - bemærk, at du godt kan variere hvert ønske mht. antal personer, område, periode og husdyr. Tildelingen af fritidsboligerne foregår ved én samlet lodtrækning for forår/efterår, hvor der kun tildeles én lejeperiode i enten foråret eller efteråret.

Lodtrækning for sommeren 2011 (25. juni - 13. august 2011) annonceres i "Sygeplejersken" nr. 1/2011.

Prisstigninger fra 2011 i vinterhalvåret (ugerne 1-5/6 og 43-52). Grundet stigende driftsudgifter (herunder opvarmning) er priserne forhøjet med 150 kr. i weekender/hverdage og 300 kr. i hele uger.



Gl. Skagen (Nordjylland)

I naturskønne og rolige omgivelser kun 500 meter fra Skagerrak ligger Lynghuset, der indeholder 2 fritidslejligheder. På nabogrundene ligger 4 fritidshuse. Både lejlighederne og huse-
ne er på 72 m² og har 6 sovepladser, fordelt i 3 soverum. Fritidsboligerne ligger i et sommer-
husområde, 1 km fra Gl. Skagen og 6 km fra Skagen. Der er 1 km til nærmeste indkøbsmulig-
hed. **Udlejes hele året, bortset fra hverdagsperioder i uge 1-6, 9-13, og 43-50.**



Feriecenter Løkken (Nordjylland)

Ligger i den første klittrække med udsigt til den brede sandstrand og havet. Meget roligt område i den nordlige ende af byen. Der er i alt 11 fritidslejligheder fordelt på 2 etager med enten 2, 4 eller 6 sovepladser. Der er en fælles terrasse, opholdsstue og vaskekælder med vaskemaskine og tørretumbler. Indenfor kort gåafstand er der mange gode indkøbsmuligheder og spisesteder. **Udlejes hele året.**



Strandfogedgården i Klegod, Holmsland Klit (Vestkysten)

Firlænget Vesterhavsgård fra 1861, som indeholder 9 fritidslejligheder fordelt på 2 etager med enten 2, 4 eller 6 sovepladser. Der er et fællesrum med vaskemaskine og tørretumbler. Grunden går helt ned til Ringkøbing Fjord. Der er ca. 30 min. gang gennem klitterne til Vesterhavet. Offentlig badestrand med P-pladser i nærheden. Der er 6 km til Hvide Sande og 13 km til Ringkøbing. Der er 1 km til nærmeste indkøbsmulighed. **Udlejes fra uge 6-53.**



Skærby Strand, Nykøbing Sj. (Odsherred)

Midt i et naturskønt plantageområde ligger 9 fritidshuse, der er på enten 74 eller 79 m², alle med 6 sovepladser, fordelt i 3 soverum. Der er 500-900 meters gang gennem fyrreskovsbe-
plantning til klitterne og den brede sandstrand ved Kattegat. Badestrand med P-pladser i nærheden. Der 2 km til Nykøbing Sj. centrum, 6 km til Rørvig og ca. 20 km til Odden fær-
gehavn. **Udlejes hele året, bortset fra hverdagsperioder i uge 1-6, 9-13 og 43-50.**



Dueodde (Bornholm)

Fritidshusene er opført i årene 1973-74 og har alle sovepladser til 6 personer, fordelt i 3 soverum. Roligt og børnevenligt plantageområde uden gennemgående trafik. Der er 1 km gang til et stort klitområde og den pragtfulde sandstrand. Der kan køres til en offentlig badestrand med P-pladser i nærheden. Fra husene er der 5 km til Snogebæk og 15 km til Nexø. Nærmeste indkøbsmulighed er i Snogebæk. **Udlejes fra uge 14-42 og kun som hele uger.**



www.dsr-fritidsboliger.dk

Dansk Sygeplejeråd
Sygeplejerskernes Fritidsboliger A/S



Boliganvisningen
Tuborg Boulevard 3,
2900 Hellerup
Telefon 39 45 45 60
Telefax 39 45 46 32
boliganvisningen@pka.dk

Priser og lejeperioder

forår og efterår 2011

| Sted | Feriecenter Løkken | | | Strandfogedgården i Klegod | | |
|-----------------------------|--------------------|-----------|-----------|----------------------------|-----------|-----------|
| Hele uger (lørdag – lørdag) | 2 sovepl. | 4 sovepl. | 6 sovepl. | 2 sovepl. | 4 sovepl. | 6 sovepl. |
| Uge 1-6, | 1.530 kr. | 1.940 kr. | 2.150 kr. | Lukket | Lukket | Lukket |
| Uge 7-13, 40-41 | 1.740 kr. | 2.250 kr. | 2.460 kr. | 1.740 kr. | 2.250 kr. | 2.460 kr. |
| Uge 14-25, 33-39 | 1.440 kr. | 1.950 kr. | 2.160 kr. | 1.440 kr. | 1.950 kr. | 2.160 kr. |
| Uge 42 | 2.670 kr. | 2.980 kr. | 3.190 kr. | 2.670 kr. | 2.980 kr. | 3.190 kr. |
| Uge 43-52 | 1.530 kr. | 1.940 kr. | 2.150 kr. | 1.530 kr. | 1.940 kr. | 2.150 kr. |
| Hverdage (mandag – fredag) | 2 sovepl. | 4 sovepl. | 6 sovepl. | 2 sovepl. | 4 sovepl. | 6 sovepl. |
| Uge 1-6, | 765 kr. | 970 kr. | 1.075 kr. | Lukket | Lukket | Lukket |
| Uge 7-13, 40-41 | 870 kr. | 1.125 kr. | 1.230 kr. | 870 kr. | 1.125 kr. | 1.230 kr. |
| Uge 14-25, 33-39 | 720 kr. | 975 kr. | 1.080 kr. | 720 kr. | 975 kr. | 1.080 kr. |
| Uge 42 | 1.335 kr. | 1.490 kr. | 1.595 kr. | 1.335 kr. | 1.490 kr. | 1.595 kr. |
| Uge 43-50 | 765 kr. | 970 kr. | 1.075 kr. | 765 kr. | 970 kr. | 1.075 kr. |
| Weekend (fredag - mandag) | 2 sovepl. | 4 sovepl. | 6 sovepl. | 2 sovepl. | 4 sovepl. | 6 sovepl. |
| Uge 1-5, | 765 kr. | 970 kr. | 1.075 kr. | Lukket | Lukket | Lukket |
| Uge 6-12, 39-40 | 870 kr. | 1.125 kr. | 1.230 kr. | 870 kr. | 1.125 kr. | 1.230 kr. |
| Uge 13-24, 33-38 | 720 kr. | 975 kr. | 1.080 kr. | 720 kr. | 975 kr. | 1.080 kr. |
| Uge 41-42 | 1.335 kr. | 1.490 kr. | 1.595 kr. | 1.335 kr. | 1.490 kr. | 1.595 kr. |
| Uge 43-50 | 765 kr. | 970 kr. | 1.075 kr. | 765 kr. | 970 kr. | 1.075 kr. |

| Sted | Gl. Skagen | Skærbj Strand | Dueodde |
|------------------------------|------------|---------------|----------------------------|
| Hele uger (lørdag - lørdag) | 6 sovepl. | 6 sovepl. | 6 sovepl. |
| Uge 7-8, 51-52 | 2.550 kr. | 2.550 kr. | Lukket |
| Uge 14-25, 33-39 | 2.250 kr. | 2.250 kr. | 2.250 kr. |
| Uge 40-41 | 2550 kr. | 2.550 kr. | 2.550 kr. |
| Uge 42 | 4.000 kr. | 3.700 kr. | 3.700 kr. |
| Hverdage (mandag - fredag) | 6 sovepl. | 6 sovepl. | 6 sovepl. |
| Uge 7-8, 40-41 | 1.275 kr. | 1.275 kr. | Ingen hverdagsudlejning |
| Uge 14-25, 33-39 | 1.125 kr. | 1.125 kr. | |
| Uge 42 | 2.000 kr. | 1.850 kr. | |
| Weekend (fredag - mandag) | 6 sovepl. | 6 sovepl. | 6 sovepl. |
| Uge 1-12, 39-40, 43-50 | 1.275 kr. | 1.275kr. | Ingen weekendudlejning |
| Uge 13-24, 33-38 | 1.125 kr. | 1.125 kr. | |
| Uge 41-42 | 2.000 kr. | 1.850 kr. | |

NB! Lejeperiode jul (tirsdag-tirsdag) 20.12.2011-27.12.2011 og nytår (tirsdag-tirsdag) 27.12.2011-03.01.2012

 Alle fritidsboliger er røgfri.

 Det er tilladt at medbringe **ét husdyr** i enkelte af fritidsboligerne. Husk at sætte X i **ja** eller **nej**.
Ønsker du en fritidsbolig, der kun udlejes til lejere uden husdyr, skal du sætte X **husdyrfri**.

På hjemmesiden www.dsr-fritidsboliger.dk kan du finde udlejningskalender med priser og lejeperioder for hvert feriested.

Ansøgningsskema

Skal være modtaget i PKA senest 1. november 2010

Hvert ønske skal være specifikt, dvs. at der kun kan noteres ét feriested og én lejeperiode for hvert ønske.

| Navn | Fødselsdato | | | | | | DSR-nr. | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|---------|-----------|-----------------------------|---------|-----------|-----------------------------|---------|-----------|
| Adresse | | | | | | | Tlf. privat | | |
| Postnr./By | | | | | | | Tlf. arbejde | | |
| | 1. ønske | | | 2. ønske | | | 3. ønske | | |
| Feriested | | | | | | | | | |
| Skriv ugenummer i rubrik | Hel uge | Weekend | Hverdage | Hel uge | Weekend | Hverdage | Hel uge | Weekend | Hverdage |
| Dato for ankomst/afrejse | Fra ___ / ___ Til ___ / ___ | | | Fra ___ / ___ Til ___ / ___ | | | Fra ___ / ___ Til ___ / ___ | | |
| Antal personer (inkl. børn fra 0 år) | (Max. 6 pers.) | | | (Max. 6 pers.) | | | (Max. 6 pers.) | | |
| Medbringes husdyr (sæt X i rubrik) | Ja | Nej | Husdyrfri | Ja | Nej | Husdyrfri | Ja | Nej | Husdyrfri |

Spar op til 33% - på populære modeller til arbejde og fritid!

praxis

... gør din dag behagelig

Softshell-jakker

Super smarte jakker med mange detaljer. Bl.a fleecefor, vandtætte lynlåse og aftagelig hætte i en funktionel og slidstærk strækkvalitet. Jakken er åndbar, vind- og vandafvisende og kan bruges hele året.
- Et virkelig kvalitetsprodukt, som lige nu sælges til en pris langt under hvad en tilsvarende jakke i denne kvalitet koster.

2 stk.
softshell jakker
Kun kr. 800,-



Model 21224

|| nisex softshell-jakke
Farve/størrelser:
Sort + Marine - str. XS - 4 XL
Rød - str. XS - XXL

kr. 499,-

Model 21224

Dame softshell-jakke
Figursyet for perfekt pasform
Farve/størrelser
Sort + Rød - str. XS - 4 XL
Marine - str. XS - XXL

kr. 499,-



Sætpris
Jakke + buks kun
kr. 799,-

3-I-1 sæt - Til alt slags vejr

Et 3-delt sæt til arbejde og fritid i meget høj kvalitet og udført i et praktisk design med mange detaljer. Yderjakken er helforet og inderjakke er i varme-/kuldeisolerende fleece, som kan tages af yderjakken og bruges som en selvstændig jakke. Kort og godt tre kvalitetsprodukter i et og samme sæt, som klæder dig på fra top til tå, når du skal ud i regn, blæst eller kulde. Fåes i dame og herre model.



Model 21221

|| erre 3-i-1 jakke
Farve: Sort
Str. XS - 4 XL

Nu kun kr. 699,-
Normalpris kr. 849,-

Model 21222

Dame 3-i-1 jakke
Farve: Sort - rød
Str. XS - 4 XL

Nu kun kr. 699,-
Normalpris kr. 849,-

Model 21223

|| nisex overtræksbuks
Farve: Sort
Str. XS - 4 XL

Nu kun kr. 249,-
Normalpris kr. 349,-

Miks som du vil! - Du kan frit vælge mellem alle varerne på siden og får selvfølgelig rabat på alt - bare du bestiller minimum 2 dele i alt. Tilbudet gælder til 30.11.10 og du har fuld retur- og bytteret i 30 dage.

Bestil på 97 12 82 82 eller ww.praxiswear.dk

- hvor du kan se hele kollektionen med beklædning og fodtøj - til arbejde og fritid!

Praxis A/S
Hammershusvej 16 i
DK-7400 Herning