

Valgtillæg 2013
Vend bladet



Sociale medier:
Styrk karrieren på LinkedIn

SYGGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING NR. 12 • 18. OKTOBER 2013 • 113. ÅRGANG



Mundhygiejne
forebygger
sygdom
og død

Døende med KOL har
lav status

Dansk sygepleje gav
håb i Korea





Dedicare – Norges største helsebemanningselskap

Vi setter nå opp lønningene for våre spesialsykepleiere innen anestesi, intensiv og operasjon. I tillegg til vår allerede høye lønn gir vi deg nemlig 30 kr ekstra per time*. I Dedicare vil du dermed kunne tjene fra ca 55.000 pr måned til ca 85.000 inkl feriepenger og bonus avhengig av ansiennitet. Husk at vi i tillegg ordner og betaler din reise og bolig.

Kontakt oss snarest mulig så finner vi det rette oppdraget til deg.

Registrere deg på www.dedicare.no eller ring oss på **+ 47 07480**

Du kan og maile oss på rekruttering@dedicare.no

Vi bryr oss mer!

DEDICARE

*Spesielle vilkår gjelder for ekstra lønn. Kontakt oss for nærmere informasjon.

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



22,7%

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

5X

ØGET RISIKO FOR APOPLEKSI ²

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

ATRIEFLIMMER MEDFØRER EN 5X ØGET RISIKO FOR APOPLEKSI ².

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

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

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

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

KORT

10 Sygeplejersker kan styrke karrieren på LinkedIn

Flere og flere sygeplejersker opretter profiler på det sociale medie LinkedIn. Det kan gavne karrieren.

13 To ud af tre forstyrres i fritiden

Det burde ikke være sådan, men det er et vilkår for nogle sygeplejersker at blive kaldt på arbejde, når de har fri, konkluderer to fællestillidsrepræsentanter.

TEMA OM JUTLANDIA - 60 ÅR EFTER**22 Vi mødte krigen i al dens gru**

Den 16. oktober i år var det 60 år siden, at hospitalsskibet Jutlandia kom hjem fra Korea. I de to år, skibet var udstationeret, behandlede danske læger og sygeplejersker mindst 10.000 sårede soldater, civile og børn. Det blev for mange en enestående, men også brutal oplevelse.

26 Inga glemmer aldrig børnene

Inga Bocher var med til at bekæmpe Korea-krigens konsekvenser som sygeplejerske ombord på det danske hospitalsskib Jutlandia.

BAGGRUND**30 Frivillige giver merværdi i Canada**

Frivillige giver et kvalitetsløft, mener canadiske sygeplejersker. Bekymringer om afgrænsning af arbejdsområder er så små, at fordelene opvejer ulemperne.

38 PÅ JOB: Adressen er et plejecenter, men indsatsen er akut

Borgere, der kommer tidligt hjem fra sygehuset eller bare er midlertidigt svækkede, får et tværfagligt løft i Kerteminde Kommunes rehabiliteringsenhed.

TEMA OM DET SAMMENHÆNGENDE SUNDHEDSVÆSEN**32 Sygeplejersker skaber sammenhæng**

Sygeplejerskerne bliver en nøglegruppe i det sammenhængende sundhedsvæsen og skal sætte deres kvalifikationer i spil på tværs af sektorgrenser.

NYT FRA DSR - DIN ORGANISATION**42 Skadestuerne kæmper med dårligt arbejdsmiljø**

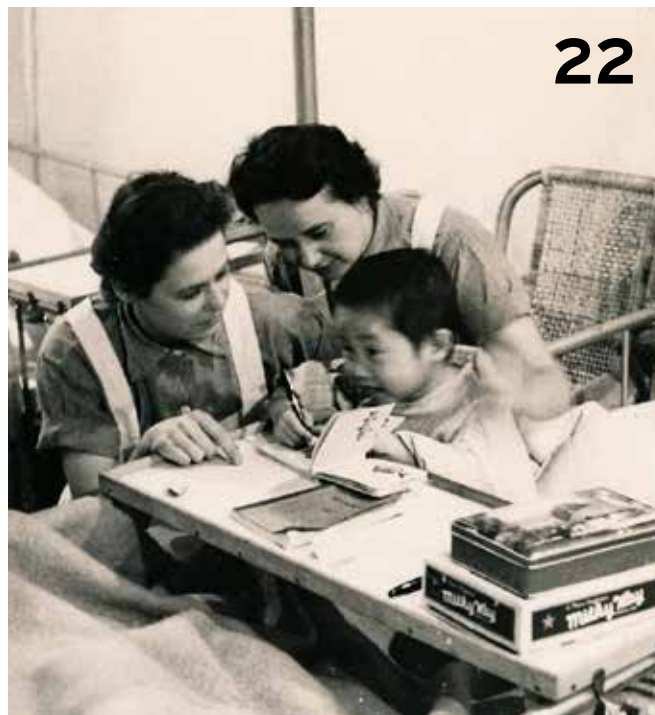
59,5 pct. af sygeplejerskerne på landets skadestuer har oplevet, at forsvarlig sygepleje kom under pres pga. arbejdsmiljøet.

46 Penge er stopklods for specialuddannelse

Regionerne ønsker, at flere sygeplejersker får en specialuddannelse i psykiatrisk sygepleje, men afdelingerne har ikke råd til at undvære mere personale.

48 Socialsygeplejerskeordningen er det gode eksempel

Socialsygeplejersker sikrer, at socialt udsatte gennemfører deres hospitalsbehandling. Dansk Sygeplejeråd vil have ordningen gjort landsdækkende. Formanden så den i funktion på Glostrup Hospital.



FAGLIG INFORMATION

- 58 Giv data tilbage til sygeplejerskerne
- 59 Patienter med sklerose er tilfredse med ambulante samtaler
- 60 U hensigtsmæssig studieadfærd kræver bedre vejledningsmetoder
- 61 Sygeplejefestival 2014

FAG

66 Patienter med KOL bliver overset i den palliative pleje

Den palliative indsats over for patienter med svær KOL trænger til udvikling og forskning, så patienterne kan sidestilles med andre svært syge patienter.

72 Husk lige tandbørsten

Patienter kan udvikle hjerte-kar-sygdomme, hvis de ikke får børstet tænder regelmæssigt.

76 Delestillinger styrker sygeplejestuderendes argumentation

Det har gavnlig effekt for den studerende, når underviseren dels arbejder på en professionshøjskole, dels vejleder sygeplejestuderende i klinisk praksis.

80 Forskning fremmer individuel behandling

Mennesker med diabetes type 2 skal i fremtiden i langt højere grad have tilbud om individuel behandling, der afhænger af deres metabolisme og genetik.

I HVERT NUMMER

- 10 Kulturjournalen
- 13 Statistikken
- 14 Dilemma
- 16 Studerende i praksis
- 19 Historisk
- 28 Parentes
- 50 5 faglige minutter
- 52 Boganmeldelser
- 56 Facebook
- 58 Fagtanker
- 62 Fra forsker til fag
- 84 Stillingsannoncer
- 87 Kurser/møder/meddelelser
- 91 Kontakt

Forsideillustrationer Mikkel Henssel | © Bruun Rasmussen Kunstauktioner

Hvor sund er finansloven?

I disse uger forhandler politikerne på Christiansborg om finansloven for 2014, og inden jul kan vi forvente, at statens budget for det kommende år er faldet på plads. Desværre fylder sundhedsområdet kun lidt i debatten. Statsminister Helle Thorning-Schmidt bebudede i sin åbningstale, at psykisk syge patienter skal have samme rettigheder som fysisk syge, så ingen, der har brug for hurtig behandling, skal vente længere end en måned. Samtidig fastslog hun, at der skal ske en reduktion i brugen af tvang mod psykiatriske patienter.

Det er glædeligt, at regeringen vil gøre en ekstra indsats for psykiatrien. Lighed i sundhed er et vigtigt fokusområde i Dansk Sygeplejeråd. Vi skal hjælpe de patienter, der har mest brug for det, og alle skal have lige mulighed for behandling. Men samtidig hæfter jeg mig desværre ved, at det var det eneste sundhedstema, statsministeren havde med i sin åbningstale.

Dansk Sygeplejeråds input til finanslovsforhandlinger har - udover ligestilling af psykiatrien - været en styrkelse af det kommunale sundhedsvæsen og flere sygeplejersker på plejecentrene. Under halvdelen af kommunerne har sygeplejersker ansat på alle plejecentre. Det er foruroligende, når vi samtidig ved, hvilken betydning det har, at der efter udskrivelse fra hospitalet følges op med den rette behandling for at undgå genindlæggelser. Der skal skabes bedre sammenhæng på tværs af hospitaler og kommuner, hvilket også er beskrevet i et tema i dette nummer af *Sygeplejersken*. Ingen må blive klemmt i overgangen mellem det regionale og kommunale sundhedsvæsen, og her er sygeplejerskerne en vigtig brobygger mellem sektorerne.

Grete Christensen

Grete Christensen, formand



NÆSTE NUMMER UDKOMMER 15. NOVEMBER

Læs bl.a.:

- Tema om forandringsprocesser og arbejdsmiljø
- Team på barselsang forebygger omsorgssvigt
- Fag: Baderoboter til ældre borgere

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

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

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

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

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

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

Journalist
Pelle Lundberg Jørgensen
 pej@dsr.dk
 Tlf.: 4695 4119

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

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

Sekretær
 Kurser, møder, meddelelser

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

Distribueret oplag

1. januar - 30. juni 2012: 73.184 eksp.
 Medlem af Dansk Fagpresse

Årsabonnement

840,00 kr. + moms

Løssalg:

64,00 kr. + moms

Kontakt Dansk Mediaforsyning på dsravn@dmfnet.dk

Ændring af medlemsoplysninger:

Kontakt Medlemsregisteret

Tlf. 3315 1555

medlemsregisteret@dsr.dk

Udgiver

Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30

1250 København K

Tlf. 3315 1555

redaktionen@dsr.dk

www.sygeplejersken.dk

ISSN 0106-8350

Tryk

ColorPrint

Annoncer

Dansk Mediaforsyning

Elkjærvej 19, st. - 8230 Åbyhøj

Tlf. 7022 4088

Fax 7022 4077

E-mail:

Stillingsannoncer:

dsrjob@dmfnet.dk

Forretningsannoncer:

dsrtekst@dmfnet.dk

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

Oplys medlemsnummer.

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

Redaktionen påtager sig intet ansvar for materialer, der indsendes uopfordret.

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

Redaktionen påtager sig intet ansvar for materialer, der indsendes uopfordret.

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

Redaktionen påtager sig intet ansvar for materialer, der indsendes uopfordret.

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

Redaktionen påtager sig intet ansvar for materialer, der indsendes uopfordret.

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

Redaktionen påtager sig intet ansvar for materialer, der indsendes uopfordret.

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

Redaktionen påtager sig intet ansvar for materialer, der indsendes uopfordret.

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

Redaktionen påtager sig intet ansvar for materialer, der indsendes uopfordret.

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

Redaktionen påtager sig intet ansvar for materialer, der indsendes uopfordret.

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

Redaktionen påtager sig intet ansvar for materialer, der indsendes uopfordret.

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

"Socialsygeplejersken er bedre end søster og mor"

Tekst **Mille Dreyer Kramshøj**

For knap to år siden blev den første socialsygeplejerske ansat på Herlev Hospital i en forsøgsordning. Projektet er nu evalueret, og det har vist sig at være en stor succes.

"Hun har været bedre end en søster og en mor tilsammen og en halv læge. Det er hende, der stiller de undrende spørgsmål til mig og kan se mangler i behandlingen."

Sådan siger en anonym patient om socialsygeplejerskens indsats på Herlev Hospital. Socialsygeplejerskens funktion startede for knap to år siden som en forsøgsordning, der i dag er gjort permanent. Nu er der kommet en evaluering af projektet, der viser, at det er en god idé med et bindeled mellem socialt udsatte patienter, kommuner og hospitalsvæsen. For især i rollen som "oversætter" mellem de forskellige parter har socialsygeplejersken gjort en forskel for dialogen mellem patienter og offentlige institutioner.

"De interviewede hospitalsansatte sygeplejersker fremhæver, at socialsygeplejersken er god til at bløde spændte situationer op. Ved at tage en uformel snak i andre omgivelser giver hun patienten ro og åbner op for, at patienten bedre kan forstå sin situation og indstille sig på behandlingsforløbet," skriver Enheden for Brugerundersøgelser, der har udarbejdet rapporten "Socialsygeplejerske for lighed i sundhed", i en pressemeddelelse.

Også de kommunalt ansatte, som er i kontakt med socialsygeplejersken, oplever en forbedret kommunikation. En af dem fortæller i rapporten: "Det betyder, at jeg trygt efterlader mine borgere på afdelingen. For når kontakten er skabt til socialsygeplejersken, så kan jeg roligt køre hjem."

Påmindelser minimerer aflysninger

For mange socialt udsatte er det svært at overholde aftaler, og det er ofte til stor frustration for de ansatte. I rapporten reagerer sygeplejersker forskelligt på de udsattes manglende evne til at dukke op til tiden, eller når de helt udebliver. Nogle sygeplejersker bliver irriterede over, at tiden går fra andre patienter, mens andre er be-

kymrede for, at eventuelle skader forværres og bliver sværere at behandle. Andre igen har udviklet egne systemer med små lapper, der skal minde dem om at ringe patienten op dagen før en aftale for at forøge chancerne for, at den bliver overholdt.

Med socialsygeplejersken kan de ofte rode de forløb få mere struktur, fordi hun systematisk arbejder for at minimere aflysningerne:

"Jeg ringer måske to dage forinden og spørger, hvordan det går, og så kan de sige 'jeg kan slet ikke overskue at komme på hospitalet!' Så kan vi nå at aflyse, så der er en anden patient, der kan nå at få den tid," fortæller socialsygeplejersken i undersøgelsen og forklarer, at nogle af patienterne har brug for daglige påmindelser et stykke tid før undersøgelsen, mens andre kan hjælpes på vej ved, at der f.eks. er bestilt transport til dem.

Sundhedsfagligt versus socialt aspekt

Selvom ansatte og patienter i rapporten er glade for ordningen, støder socialsygeplejersken også på forhindringer. Mange kolleger kender ikke ordningen, og hele hospitalet er for stort til, hvad en enkelt socialsygeplejerske kan dække ind. Kollegerne har desuden forskellig faglig tilgang, og der er derfor ikke nødvendigvis enighed om, om det er det sundhedsfaglige eller det sociale aspekt, der kommer først i mødet med patienten. Det er heller ikke alle af de adspurgte sygeplejersker, som har tålmodighed med misbrugende eller alkoholiserede patienter. Én af de interviewede sygeplejersker siger:

"Vi tænker, jamen så lad dog være med at drikke. Jeg tror godt, de kan gå hen og blive sådan et irritationsmoment, og man ved, at de bare går ud og tager det næste fix eller en vodkaflaske."

Rapporten "Socialsygeplejerske for lighed i sundhed" kan hentes på www.patientoplevelser.dk > søg på "socialsygeplejerske".

Læs mere om socialsygeplejerskernes arbejde i "Socialsygeplejerskeordningen er det gode eksempel" side 48.



illustration: Gitte skov

Med et gennemsnit på ca. 220 patienter om dagen kan en afdeling på et hospital i Canada ikke klare sig uden volontører. Læs artiklen "Frivillige giver merværdi i Canada" side 30.

Sygeplejersker skal sikre hygiejnen i Midtjylland

Tre sygeplejersker skal styrke indsatsen mod smittespredning og infektionssygdomme i Region Midtjylland. Sygeplejerskerne skal klæde regionens ansatte på for at sikre bedre hygiejne på f.eks. plejehjemmene. To af sygeplejerskerne skal udarbejde skriftlige vejledninger, undervise og tage ud og vejlede direkte i kommunens institutioner, mens den tredje skal have særligt fokus på multiresistente MRSA-bakterier, som er et stigende problem på sygehusene.

I Aarhus Kommune glæder sundhedschef Kirstine Markvorsen sig over projektet og forventer, det vil skabe resultater.

"Det vil borgerne kunne mærke ved, at vi med mere viden og forbindelse til en hygiejneekspert kan stoppe smitte-

spredningen i plejeboligerne og komme en lang række unødvendige sygdomsforløb i forkøbet," siger hun til Jyllands-Posten.

Politikerne i kommunen er dog ikke enige om behovet for det nye tiltag.

"Det er godt at skabe opmærksomhed om hygiejne, men alle fagfolk ved, hvordan de skal forholde sig til den, og det kan bare være, at de skal mindes om det," siger Kate Runge (V), medlem af udvalget for sundhed og omsorg.

Camilla Fabricius (S) mener modsat, at penge er godt givet ud.

"Vores plejepersonale er rigtig godt, men sygeplejerskerne skal kigge på rutiner, vi ikke har blik på i forvejen," siger hun.

(mdk)

Rettelse

I *Sygeplejersken* nr. 11 var der faldet et ord ud af en overskrift på side 21. Artiklen havde overskriften "Sønderjyllands første hjemmesygeplejerske", men den skulle retteligt have lydt: "Sønderjyllands første private hjemmesygeplejerske". Redaktionen beklager fejlen.

Sønderjyllands første hjemmesygeplejerske

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

3 gode råd fra Susan Brink

1. Giv dig selv tid. Sørg for at have tid til dig selv og til at være sammen med familien.
2. Vær opmærksom på dine egne grænser. Det er vigtigt at vide, hvornår du skal stoppe og hvile dig.
3. Sørg for at have et godt samarbejde med dine kolleger og din leder.

Det hele sammen

Det hele sammen giver et godt resultat, og Susan Brink forventer en succesfuld fremtid for sit firma.

Udviklingen efter regionen, 2008

Region	2008	2009	2010
Region Midtjylland	1000	1100	1200
Region Nordjylland	800	850	900
Region Sønderjylland	600	650	700
Region Syddanmark	400	450	500
Region Sjælland	200	250	300

Nyt system skal stoppe misbrug af patientinformation

Som den første region i landet har Region Sjælland indført et system, der skal forhindre ulovlig omgang med personfølsomme oplysninger. Med det nye system, der dækker alle centrale, kliniske systemer, etableres en overvågning, så medarbejderne kun ser oplysninger på de patienter, de har en behandlingsmæssig relation til. "Vi har udviklet monitoreringssystemet først og fremmest for at beskytte patienterne mod misbrug af deres personlige data, men der ligger jo også en indbygget beskyttelse af medarbejderne mod uberettigede mistanker mod dem," fremgår det af en pressemeddelelse fra regionen.

Inspiration til nye metoder på demensområdet

Www.socialstyrelsen.dk/demens er en ny hjemmeside, der samler forskning og best practice om socialfaglige metoder på demensområdet. Læs f.eks. om reminiscens, musik og dans som terapiformer. Temaerne er også tilrettet specielle målgrupper, f.eks. yngre eller udviklingshæmmede demente. Andre emner som Marte Meo, fysisk aktivitet og forebyggelse af udadreagerende adfærd er på vej. Praksis eksemplerne stammer fra en dansk eller skandinavisk kontekst og er udvalgt med hjælp fra eksperter indenfor hvert område.

Betinget fængsel for overfald

En sygeplejerske blev i foråret slået ned af en patient på Fredericia Sygehus. Nu har retten i Kolding idømt manden 40 dages betinget fængsel for overfaldet. Manden har fortalt politiet, at han ikke husker, hvorfor han slog sygeplejersken. Han mødte ikke op i retten for at afgive yderligere forklaring. Hændelsen skete om natten den 21. april på Nyremedicinsk og medicinsk sengeafsnit. Manden var gået ud i køkkenet, og sygeplejersken sagde, at han ikke måtte opholde sig der. Det provokerede åbenbart overfaldet. Dommen blev gjort betinget pga. mandens dårlige helbred, oplyser Sydøstjyllands Politi ifølge Fredericia Dagblad.



Foto: Christopher Rejgild

Sygeplejersker ruller ud til borgerne

Sygeplejerske Linda Wennecke med Heather Bruun, som er en af de første patienter i den nye mobile sygeplejeklinik. Heather Bruun plejer at komme i den stationære sygeplejeklinik i Vanløse for at få plejet sår, men fremover bliver det nemmere for hende at komme hen til den nye rullende sygeplejeklinik, der har stoppested tæt på, hvor hun bor i Brønshøj-Husum-området.

For at bruge sygeplejeklinikken skal man have en henvisning fra egen læge eller fra hospitalet.

"I stedet for at man skal sidde hjemme hele dagen og vente på en hjemmesygeplejerske, kan man bestille tid i klinikken. Og det vil altid være det samme personale, man møder fra gang til gang," fortæller Linda Wennecke.

Bussen blev præsenteret den 3. oktober, og den får fremover tre stoppesteder i nærheden af plejecentre. Ud over bussen er der 10 stationære sygeplejeklinikker i Københavns Kommune, og på et år har de ca. 25.000 besøg.

(sbk)

” Der er flere kvinder end mænd, der bliver sygeplejersker og pædagoger, og flere mænd end kvinder, der bliver produktionsteknikere. Og derfor er der åbenbart tale om et ligestillingsproblem. I virkeligheden har dette absolut intet med diskrimination at gøre.

Formand for Liberal Alliances Ungdom, Rasmus Brygger, i Politiken den 26. september

APOPLEKSI FOREBYGGELSE

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

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

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

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



Pradaxa® dabigatran
Transforming anticoagulation

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

* Ny oral antikoagulant

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

For yderligere information se det forkortede produktresumé på side 12-13.

Film

The Broken Circle Breakdown

Da det umage par Elise og Didier bliver forældre for første gang, synes lykken at være fuldendt. Men datteren Maybelle bliver i en alder af seks alvorligt syg af kræft, og forældrene må stå sammen og kæmpe trods forskelligheder. Filmen har vundet priser på bl.a. Berlinfestivalen og CPH:PIX.

Premiere den 31. oktober



Jakob Cedergren og Helle Fagralid i *Sorg og Glæde*

Foto: Martin Dam/Nordisk Film

Sorg og Glæde

Nyt drama fra Nils Malmros om filminstruktøren Johannes og hans kone Signe, som i en psykose dræber deres lille datter. Filmen, der bygger på Malmros' eget liv, skildres især gennem tilbageblik kædet sammen med samtaler mellem Johannes og en retspsykiater.

Premiere den 14. november

Teater

Den allersidste dans

En forestilling om menneskers drømme og overvejelser i forsøget på at sige verden ret farvel.

Scenen er sat på et plejehjem i Danmark. Her åbnes en fortælling af tanker, minder og associationer hos fem ældre beboere bundet sammen af Giro 413-slagere fra en svunden ungdom.

23. oktober - 9. november i Nordsjælland

Calendar Girls

Historien om en gruppe modne kvinder, der får lavet en nøgenkalender for at samle penge ind til det hospital, hvor én af kvindernes mand ligger syg af kræft.

13. november - 3. december, Nykøbing F.

Yderligere information, datoer, adresser samt flere arrangementer kan ses på www.dsr.dk/Sygeplejersken/Kulturjournalen. Kulturkalenderen bringes i samarbejde med Kultunaut.dk. Sygeplejersken tager forbehold for datoændringer, programflytninger, aflysninger og lign.

Sygeplejersker kan styrke karriere

Flere og flere sygeplejersker, jordemødre og andre offentligt ansatte opretter profiler på det sociale medie LinkedIn. Og det kan gavne karrieren.

Tekst **Christina Sommer**

Det sociale medie LinkedIn har i mange år været et populært jobsøgnings- og rekrutteringssted for private virksomheder og medarbejdere. Men i øjeblikket opretter flere og flere offentligt ansatte, deriblandt sygeplejersker, også profiler i det virtuelle netværk. Det fortæller Bodil Damkjær, der er privat karriererådgiver med fokus på sociale medier som LinkedIn.

"Mit indtryk er, at sygeplejersker, jordemødre, fysioterapeuter, radiografer og andre fra sundhedsvæsenet i stigende grad melder sig ind i LinkedIn og opretter en profil," siger Bodil Damkjær, der har fulgt udviklingen af LinkedIn siden 2004.

Ifølge Bodil Damkjær har sygeplejerskerne længe været aktive på Facebook, mens de først for nylig har kastet sig over LinkedIn, hvor en hurtig søgning på "sygeplejerske" i begyndelsen af oktober resulterede i over 7.600 resultater.

Og den udvikling er en helt naturlig konsekvens af den økonomiske krise, fortæller Bodil Damkjær.

"De seneste års smalkost har givet LinkedIn et løft generelt, men altså også resultatet i flere aktive profiler fra offentligt ansatte. Hvor Facebook primært er rettet mod det, man taler om i frokostpausen og beskæftiger sig med i fritiden, kredser LinkedIn kort sagt om det, man taler om fagligt, når man er på arbejde. Det er et meget mere karriere- og joborienteret medie," siger Bodil Damkjær.

Et inspirationsværktøj

Journalist og underviser Ole Wejse Svarrer har netop udgivet bogen "LinkedIn - en guide for begyndere, tvivlere og medløbere", hvor bl.a. Bodil Damkjær og formanden for Lederforeningen i Dansk Sygeplejeråd, Irene Hesselberg, medvirker. Hun mener, at flere sygeplejersker med fordel kunne blive mere aktive på sociale medier som LinkedIn.

"Vi havde f.eks. et arrangement om, hvordan man leder med følelse og empati, og oplægsholderen var en mand fra det private erhvervsliv. Det undrede med rette flere af de fremmødte - hvorfor havde man ikke fundet en inden for egne rækker? Her kunne LinkedIn have været et oplagt sted at finde en," siger Irene Hesselberg.

Nogle kritikere mener, at LinkedIn ikke er meget mere end en telefonbog, og det er til dels rigtigt, siger Ole Wejse Svarrer. Men det kan mere end bare skabe kontakt til en bestemt person, påpeger han.

"Det kan bruges som et slags research- og inspirationsværktøj, hvor du som sygeplejerske f.eks. kan finde andre sygeplejerskers cv og se, hvilke veje de er gået for at ende i den stilling, der måske er dit drømmejob. Og overvejer du at søge et job et givent sted, kan du finde frem til andre sygeplejersker og ringe direkte til dem og høre mere. Eller måske endnu bedre - finde frem til én, der tidligere har været ansat der, hvor du tænker at søge hen - hvorfor er hun der ikke mere?" siger Ole Wejse Svarrer.

Flere veje til drømmejobbet

De pointer er Bodil Damkjær helt enig i og tilføjer:

"Man har jo altid kunnet ringe til en afdeling, man gerne vil søge job på, men med LinkedIn kan vejen blive kortere og mere direkte. Og overvejer man f.eks. at rejse til udlandet eller at skifte karriere og komme ud og arbejde som konsulent i medicinalindustrien, er LinkedIn et oplagt sted at finde frem til sygeplejersker, der allerede har taget springet."

Selv har Bodil Damkjær f.eks. lige hjulpet to radiografer videre i deres karriere med hjælp fra LinkedIn. Den ene oprettede en profil, hvor det bl.a. stod, at hun søgte nyt job. 10 dage og ni kontakter senere stod den 62-årige kvinde med et jobtilbud, som

ren på LinkedIn

matchede hendes ønsker i forhold til arbejdstid, geografi og faglige udfordringer.

"LinkedIn giver flere muligheder i job-søgning og rekruttering. Man kan sige, at der i dag er mange rekrutteringsansvarlige, f.eks. afdelingschefen, HR-chefen, dine tidligere og nuværende kolleger, din gamle chef og venner. Alle er med til at rekruttere hinanden, og LinkedIn gør processen mere tilgængelig og gennemsigtig. Sandsynligheden for, at nogle f.eks. kan finde dit cv og vise det til lederen, er blevet meget større," siger Bodil Damkjær.

Det kan du bl.a. bruge LinkedIn til:

- Undersøge forholdene på en arbejdsplads, før du søger, ved at komme i kontakt med nuværende eller tidligere medarbejdere
- Få mere information om din kommende leder før en jobsamtale
- Forberede dig til jobsamtale ved at finde og tale med (tidligere) medarbejdere
- Få input til at styre din karriere - hvilke kurser/jobs har andre taget?
- Holde styr på og udvide dit netværk, f.eks. få kontakt til andre sygeplejersker og indlede små projekter
- Markedsføre dig selv, f.eks. hvis du ønsker at holde foredrag
- Udvikle dig fagligt ved at dele og få ny viden om det, du arbejder med, i nogle af de mange grupper, hvor der diskuteres faglige emner
- Søge job uden at være synligt jobsøgende - din LinkedIn-profil er dit cv
- Opdage jobs, som måske ville være usynlige, f.eks. fordi en af dine sygeplejerskekontakter gør opmærksom på, at hendes arbejdsplads har en ledig stilling

Kilde: Bogen "LinkedIn - en guide for begyndere, tvivlere og medløbere".

VERDEN RUNDT

For let at blive norsk sygeplejerske

Over halvdelen af de sygeplejestuderende dumpede, og 33 svarede så forkert, at de potentielt kunne have slået en patient ihjel. Det viser en frivillig videnstest, som 550 norske afgangsstuderende tog i foråret, skriver Sygepleien.no. Testen vil ikke få konsekvenser for dem, der bl.a. svarede, at de ville give insulin til en patient med lavt blod-sukker. "Men selv om det er for få, som har taget testen, til at vi kan sige, at den er repræsentativ for alle afgangsstuderende foråret 2013, så viser den noget meget bekymrende: Sygeplejersker, som nu kan være ude i job, mangler helt basale kundskaber. Det var det, vi frygtede," siger formand for de norske sygeplejestuderende, Stian Aasoldsen.

Svenskere er dårlige til tryksår

En undersøgelse blandt svenske sygeplejersker og studerende har vist, at svenskerne har meget lidt viden om behandling af tryksår. I undersøgelsen skulle sygeplejerskerne svare på spørgsmål om tryksårforebyggelse, og resultatet blev, at kun 58,9 pct. af svarene var korrekte. "Desværre prioriterer svenske sygeplejersker ikke tryksår eller forebyggelse af tryksår. Andre kvalitative studier i Sverige viser, at de ikke har tid til f.eks. at lægge en bedre madras i patientens seng. Der er så meget andet, de skal lave," siger sygeplejerske og professor Lena Gunningberg, som står bag undersøgelsen.

Mænd optræder kvindagtigt på tv

Mandlige sygeplejersker udstilles som svage, homoseksuelle og kvindagtige i tv-serier. Det viser en ny undersøgelse fra The University of Western Sydney i Australien. Forskerne har bl.a. kigget på Grey's Anatomy og Nurse Jackie, og advarer imod, hvad det betyder for faget. "Folk vælger ikke uddannelse udelukkende pga. tv, men studerende har fortalt os, at populære tv-serier kan hjælpe dem med at vælge karriere, og at serierne stadfæster negative stereotyper om sygepleje, som de skal forholde sig til i praksis," siger ledende forsker Dr. Roslyn Weaver til msn.com

Undersøgelsen "Men in nursing on television" er publiceret i september i Journal of Advanced Nursing.



Sygeplejersker søges til Norge og Sverige – til en attraktiv løn

Kirurgiske sygeplejersker
Medicinske sygeplejersker
Anæstesisygeplejersker
Dialysesygeplejersker
Intensivsygeplejersker
Neonatalsygeplejersker
Onkologisygeplejersker
Operationsygeplejersker

Vi sørger for alt - lige fra rejse og logi til vagtplan - vi er din partner!

Telefon: (+45) 45 540 540
Mail: rekruttering@powercare.dk

Ansøgningsskema kan udfyldes på vores hjemmeside:
www.powercare.dk



MEDIC STAFF BY
POWERCARE®

POWERCARE A/S
Sønderhøj 16
DK-8260 Viby J
Tlf.: (+45) 45 540 540

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

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

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

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

To ud af tre forstyrres i fritiden

Tekst **Henrik Boesen**

Det burde ikke være sådan, men det er åbenbart et vilkår for sygeplejersker at blive kaldt på arbejde, når de har fri, konkluderer to fællestillidsrepræsentanter.

"Hej, du bliver altså nødt til at komme ind, selv om jeg godt ved, det er din fridag." Pludselige huller i vagtplanen kan have mange årsager og opstår dagligt, og ofte er der ikke andre end afdelingens egne medarbejdere til at lukke hullerne.

Situationen er velkendt blandt Dansk Sygeplejeråds medlemmer. To ud af tre sygeplejersker oplyser i en undersøgelse, at de inden for den seneste måned har oplevet at

blive kaldt på arbejde en eller to gange, selv om de havde fri. En ud af fire sygeplejersker tilkendegiver i samme undersøgelse, at de har oplevet henvendelsen 3-4 gange inden for den seneste måned.

Svarene fra undersøgelsen, der er foretaget i Dansk Sygeplejeråds medlemspanel i foråret i år, viser, at der er sygeplejersker, som helt op til 10 eller flere gange inden for den seneste måned er blevet kontaktet på en fridag med ønske fra arbejdsgiveren om, at de møder ind.

"Det bør ikke være sådan, men det er åbenbart et vilkår, når man er sygeplejerske," er både Charlotte Thaaning og Charlotte Vallis

Kistrup enige om. De er fællestillsidsrepræsentanter for sygeplejerskerne på hhv. Aarhus Universitetshospital og Rigshospitalet.

Charlotte Thaaning fortæller, at forholdet har været oppe at vende mange gange i forbindelse med overenskomstforhandlingerne. Hun finder det uheldigt, at der ikke bliver værn mere om sygeplejerskers fritid, når de er så pressede i dagligdagen:

"Det burde være sådan, at det skulle koste ekstra, så man tænkte sig om, før man indkaldte en sygeplejerske i hendes fritid, men det er slet ikke så let," finder hun.

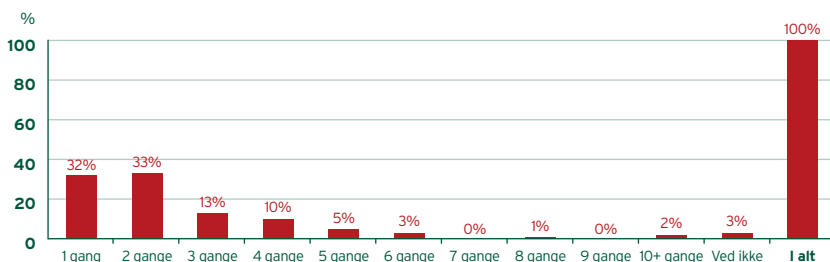
Charlotte Vallis Kistrup oplever, at det i perioder kan forekomme ofte på en afdeling, at medarbejderne bliver kaldt på arbejde i deres fritid:

"Hvis det sker for tit, så forsøger vi at gøre noget ved det, og her er det en god idé at bruge sin tillidsrepræsentant," opfordrer hun.

Charlotte Vallis Kistrup mener, at overenskomsten giver mulighed for en anden aflønning, hvis man bliver kaldt på arbejde i sin fritid. Hun siger dog:

"Men det kan være meget kompliceret at afgøre, om man er blevet kaldt ind, mens man er på arbejde, eller mens man har fri. Også her må man gøre brug af sin tillidsrepræsentant."

Hvor mange gange er du i den seneste måned blevet kontaktet i din fritid af din arbejdsgiver vedrørende ekstravagter pga. "huller" i vagtplanen?



PRODUKTINFORMATION FOR ANNONCE SIDE 9

Pradaxa® (dabigatranetexilat)

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

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

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

De med * markerede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af Sundhedsstyrelsens godkendte produktresumé af 15. juli 2013. Information om øvrige indikationer kan findes i produktresumet, som vederlagsfrit kan rekvireres fra den danske repræsentant Boehringer Ingelheim Danmark A/S, Strødamvej 52, 2100 København Ø, tlf.: 39 15 88 88, Medicinsk Information eller via info.cop@boehringer-ingelheim.com



Voldelige beboere giver sygemeldinger

Anette Hegelund, afdelingsleder, Gildhøjehjemmet, Brøndby Kommune, medlem af Sygeplejeetisk Råd

På et fagligt velfungerende ældrecenter opstår pludselig voldelige episoder. Det skræmmer personalet, og sygefraværet stiger. Årsagen kan måske være øget brug af vikarer i plejen.

Pia er afdelingsleder på et ældrecenter i en skærmet demensenhed. Til et ledermøde orienterer hun om, at der er tiltagende voldsepisoder i afdelingen. Et par beboere er begyndt at slå, og de rammer ofte personalet eller pådrager sig fysiske skader. De sidste par uger er der dagligt indberettet arbejdsskader. De øvrige beboere er også udsat for slag eller reaktioner fra de voldelige beboere.

Pia er bekymret for både personalet og for beboerne.

Hun ved, at der i tæt samarbejde med gero-team er iværksat medicinsk behandling samt støtte til pleje. Der er udarbejdet socialpædagogiske handleplaner, der er fokus på at undgå magt anvendelse, og personalet er gode til at udføre plejen med både omhu, tålmodighed og ro. Der er en demenssygeplejerske i afdelingen, der er en høj faglighed og et godt arbejdsmiljø.

De voldelige episoder kommer som lyn fra en klar himmel, nogle af personalemedlemmerne er nu begyndt at blive bange, og der har været en del sygemeldinger.

En årsag er måske, at der i sommerferien har været en del vikarer, men det faste personale skal have ferie, så vikarerne er kommet for at blive.

I ledergruppen drøftes mulighederne, og man er enig om, at det er uacceptabelt, at medarbejderne udsættes for voldelige episoder, og at sygefraværet stiger.

Et forslag er at medicinere de voldelige beboere mere, så de ikke er så udadreagerende.

Hvad tænker du, at Pia som afdelingsleder kan gøre?

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

Svar 1. Sygeplejefaglig ledelse kan i det moralske perspektiv betegnes som "Balanceret Etik". Det vil sige, at der er et etisk perspektiv såvel i relationen til patient som til borger, og at der er et etisk perspektiv i forhold til personalet. Begge relationer skal i princippet kunne tåle at undergå en etisk analyse, så individet ikke lider overlast. Det være sig, om individet er beboer, medarbejder eller leder. I denne case kan man tolke dette således, at beboerne ikke må medicineres til ro, hvis der er andre løsninger på deres uro. På den anden side må beboerne ikke have et plejebæhov, der løses ved at krænke personalet. Vold og frygt for vold er krænkelser af individet, hvorfor der skal søges en fagligt korrekt løsning på denne adfærd. Sådan som casen er beskrevet, vil medicinering være den sidste udvej, man vælger i det pågældende afsnit og med nøje overvågning af medicinens effekt og dermed også eventuelle bivirkninger. Medicinering mod uro og vold behøver således ikke være uetisk.

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

Svar 2. Tanken om at medicinere voldelige beboere, så de ikke er udadreagerende, er en tanke, der kan opstå, når lederen befinder sig i en følelse af afmagt, og hvor det er svært at se alternative løsninger.

At anvende medicinsk fiksering, som det er i yderste konsekvens, bør ikke finde sted, hvis det på nogen måde kan undgås, og her er der desværre opstået en situation, hvor der skal ændres på kulturen for at genoprette den fornødne ro for de mennesker, der bor det pågældende sted.

Lederen må under hensyntagen til respekt for beboerne se på alternative muligheder. Det anføres, at vikarer måske er en medvirkende årsag til forandringen, og dermed kan man spørge sig selv, om vikarerne i fornødent omfang er forberedte til at kunne løse opgaven. Desuden kunne en analyse af fremtidsprofilen give et hint om sammenhæng mellem årsag og virkning, et forslag, som ledelsen givetvis selv har overvejet på det meget instrumentelle plan.

I et overordnet perspektiv bør lederen vedkende sig det faglige ansvar for sine vurderinger og handlinger på baggrund af viden og fagligt skøn, og det kan medføre et merforbrug af personale i en periode, og så kommer der ferieperioder, hvor den indhøstede erfaring kan anvendes.

Af Grete Bækgaard Thomsen, formand for Sygeplejeetisk Råd og sundhedschef i Lemvig Kommune.



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

Forebyg at opsparingen skrumper...

– og få mere sul på pensionen



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

pka.dk/mer

Stiller du op til kommunal- og regionsvalg 2013?

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

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

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

Læs mere på www.dsr.dk/krv13

Psykologien hjem i stuen

Jacob Cleve Jessen, sygeplejestuderende på modul 4, Professionshøjskolen Metropol, København

En sygeplejestuderende har været i klinik i psykiatrien på modul 1. Det har givet anledning til undren over, hvad der er normalt, og hvad der er patologisk.

At være borger i samfundet er for de fleste langt fra sammenligneligt med at være patient. På trods af, at alle mennesker kan komme i en situation, hvor psykiatrien kan komme meget tæt på, er psykiatrien for mange et tabu. At blive patient kan derfor blive en ambivalent konflikt mellem

- at føle, man kan klare sig uden hjælp, selv om behovet findes
- at blive hjulpet og derved føle sig stigmatiseret

Dette faktum forestiller jeg mig vil afholde mange fra at søge hjælp i tide. Mulige negative psykologiske processer kan derfor blomstre præcis som en bambus. Men netop bambus kan være meget besværlig at fjerne, hvis rodnettet har fået godt fat i underlaget/identiteten.

For 100 år siden var begrebet "landsbytosse" nærmest et synonym for afvigelse fra flertallets adfærd. Nutidens realitykultur tvinger adfærden ind i nye dimensioner.

Paradise Hotel, Big Brother, Divaer i junglen og De unge mødre. Det er ofte programmer, hvor personer med en meget speciel og afvigende adfærd forvandles til nutidens stjerner, hvorimod normale mennesker ofte opfattes som kedelige og uinteressante.

Falske relationer, sex på skærmen, løgn, egoisme, bagtale, mobning og alliancer med både venner og fjender er omdrejningspunkter i Paradise Hotel. Begreberne anses i programmet for at være vitale kompetencer. Kompetencer, som gør hotellets gæster tiltrækkende og interessante for seerne. Kompetencer, som bringer hotellets gæster tættere på umiddelbar succes.

Der er med andre ord løsnest på, hvad der er en acceptabel psyke og acceptabel adfærd.



Arkivfoto: Scampix

Det forventes, at man har en personlig mening om nutidens stjerner, da disse ofte er interessante samtaleemner. Man diskuterer både, hvad det er acceptabelt at sige, og hvad det er acceptabelt at gøre.

Psykologien er med andre ord kommet mere ind i medierne, ud på gaden og hjem i stuen. Den er overalt. Man reflekterer over den, og den udvikles.

Kulturen er uden fundament, den forandres, før den kan beskrives. Paradoksalt er psykiatrien ofte et tabu, men uhensigtsmæssig adfærd bliver hyldet.

Spørgsmålet kan lyde: "Er det in at være landsbytosse?"

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



Stopper vi nogensinde med
at arbejde for et bedre liv?

I mere end tre årtier har Biogen Idec været førende i kampen mod multipel sklerose.

Vi står bag nogle af de største fremskridt inden for bioteknologiske behandlinger, der gør en positiv forskel for personer med MS.

Hos Biogen Idec arbejder vi hele tiden på at omsætte vores videnskabelige opdagelser til nye behandlinger.

Vi er fast besluttet på at medvirke til at vinde kampen mod MS

Determined to succeed in MS

biogen idec

Fagligt udbytte af praktik i udlandet

På Sygeplejerskeuddannelsen i Odense vælger 25 pct. af de studerende et praktikophold i udlandet som en del af deres uddannelse. Sygeplejersken har spurgt tre studerende om deres erfaringer fra udlandsopholdet.

Tekst **Torben Svane Christensen** • Foto **Nils Lund Pedersen**



Ninna N. Jæger
Gjøvik, Norge, modul 8II

"Jeg var på en lukket psykiatrisk afdeling, og det var lidt skræmmende at tænke på, inden jeg begyndte. Men jeg blev rigtig glad for personalet og patienterne. Jeg havde ikke troet, jeg ville få så store sprogvanskeligheder. Jeg kan jo godt læse norsk, men de taler mange forskellige dialekter, og det var lidt frustrerende, men det kom efterhånden. Jeg havde også gjort mig mange overvejelser om dét at være alene. Men bagefter er det faktisk en stor succes, at jeg har klaret det her selv. Jeg fik også et stort socialt udbytte, for der var flere udenlandske studerende."

Har du et godt råd til andre, der skal af sted?

"Det er en god idé at sætte sig ind i de forskellige diagnoser inden. Det kan man f.eks. gøre ved at tage til foredrag. Øv dig i det norske sprog. Hør radio og se norsk tv. God idé at læse på pensum inden."



Johanne Ribeiro
Porto, Portugal, modul 6II

"Jeg var på en lungeafdeling, hvor 90 pct. af patienterne havde terminal cancer. Jeg fik et stort fagligt og mentalt udbytte. Der var meget sort humor, ellers kunne man ikke holde det ud. Der var patienter, der døde hele tiden, men der blev ikke talt så meget om det. Jeg tog et billede af mig selv en dag, hvor jeg var meget overvældet af det hele, så jeg kunne huske den følelse og arbejde den senere. Der var vagter på 14 timer, og det var hårdt, men jeg fik lov til at prøve rigtig mange ting, og selv om jeg kender landet, fordi jeg er halvt portugiser, så fik jeg et andet indblik i sundhedsvæsenet i Portugal. De mangler meget personale, og jeg skulle tage rigtig meget ansvar."

Har du et godt råd til andre, der skal af sted?

"Det er vigtigt at reflektere over potentielle udfordringer, både personligt, fagligt og kulturelt, så man er klar til at handle på dem, hvis de bliver aktuelle. Der er 100 pct. ansvar for egen læring. Det er op til én selv at sørge for, om man får det rette udbytte ved f.eks. at tale læringsmål med den kliniske vejleder på afdelingen."



Michelle Oche
London, England, modul 6II

"Vi var to fra uddannelsen, der var af sted, men vi var på forskellige afdelinger. Vores praktik blev opdelt i to, hvilket var en fordel, da vi så kunne sammenligne afdelinger. Først var jeg på et hospital på en hjertemedicinsk afdeling, og det var et stort kulturchok. Der var mange nationaliteter, både blandt de ansatte, men også patienterne. Jeg taler engelsk, men jeg havde problemer med alle de forskellige dialekter. Det andet sted var et hospital, hvor de kun lavede øjenoperationer, og der kom patienter flyvende ind fra Saudi-Arabien, fordi der var så dygtige kirurger. Jeg prøvede også selv at være patient, fordi jeg fik noget med mine tårekanaler. Jeg boede hos familie, så der sparede jeg udgifter til mad og husleje. Til gengæld havde jeg lang transporttid og store udgifter til transport."

Har du et godt råd til andre, der skal af sted?

"Det er en god idé at blive medlem af Dansk Sygeplejeråd. Jeg fik en bevilling på 1.500 kr. fra dem."

Bakteriefri kattetarme til sutur var en specialiseret sygeplejeopgave

Rensning af kattetarme var engang en sygeplejerskeopgave. Tarmene skulle bruges til sutur. I Tidsskrift for Sygepleje nr. 3, 1901 skrev kirurgisk sygeplejerske Elisif Fiedler en nøjagtig anvisning på fremstilling af karbolalkohol-katgut.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen**



I denne æske ligger tre slags sutur, catgut og silk-braided black og silkworm-gut.



Foto: Dansk Sygeplejehistorisk Museum

Foto: iStock

Kattetarmene og andre suturer fremstillet af animalske produkter er i dag erstattet af plastik og nylon.

Dengang

Som kirurgisk sygeplejerske blev Elisif Fiedler ofte opfordret af læger og andre sygeplejersker til at give en anvisning på karbol-katgut, en metode som i begyndelsen af 1900-tallet havde vundet indpas på de fleste større hospitaler og klinikker i Danmark. En professor havde indført metoden i maj 1888 på Frederiksberg Hospital, og hér havde Elisif Fiedler lært teknikken af afdelingens plejemoder.

De rå kattetarme skulle først udblødes og udvaskes i grøn sæbevand, afskylles i sterilt vand, opvindes på prismen af glasstænger og henstilles i 5 pct. karbolvand i 48 timer, hvorpå de skulle omvindes på små glasrammer og overhældes med 5

pct. karbolalkohol. Herefter var trådene helt hvide, opsvulmede og bløde, og nu skulle de blot hærde i cylinderglas med tætsluttende låg og tilbindes med gaze. Efter et døgn var katguten - eller catgut, som det hedder i dag, klar til brug.

Ifølge Elisif Fiedler, som var Tidsskrift for Sygeplejes første redaktør i 1901, havde en sygeplejerske pligt til at sørge for, at tråden kom så velbeholden og ren i operatørens hænder, som den lå i glasset.

Anvendelsen af tråd som sutur inden for kirurgien er beskrevet helt tilbage fra ca. 1500 f.kr. I årenes løb er mange forskellige materialer blevet anvendt som f.eks. tørrede tarme, tørrede sener, hudstrimler, hår og tekstilfibre.

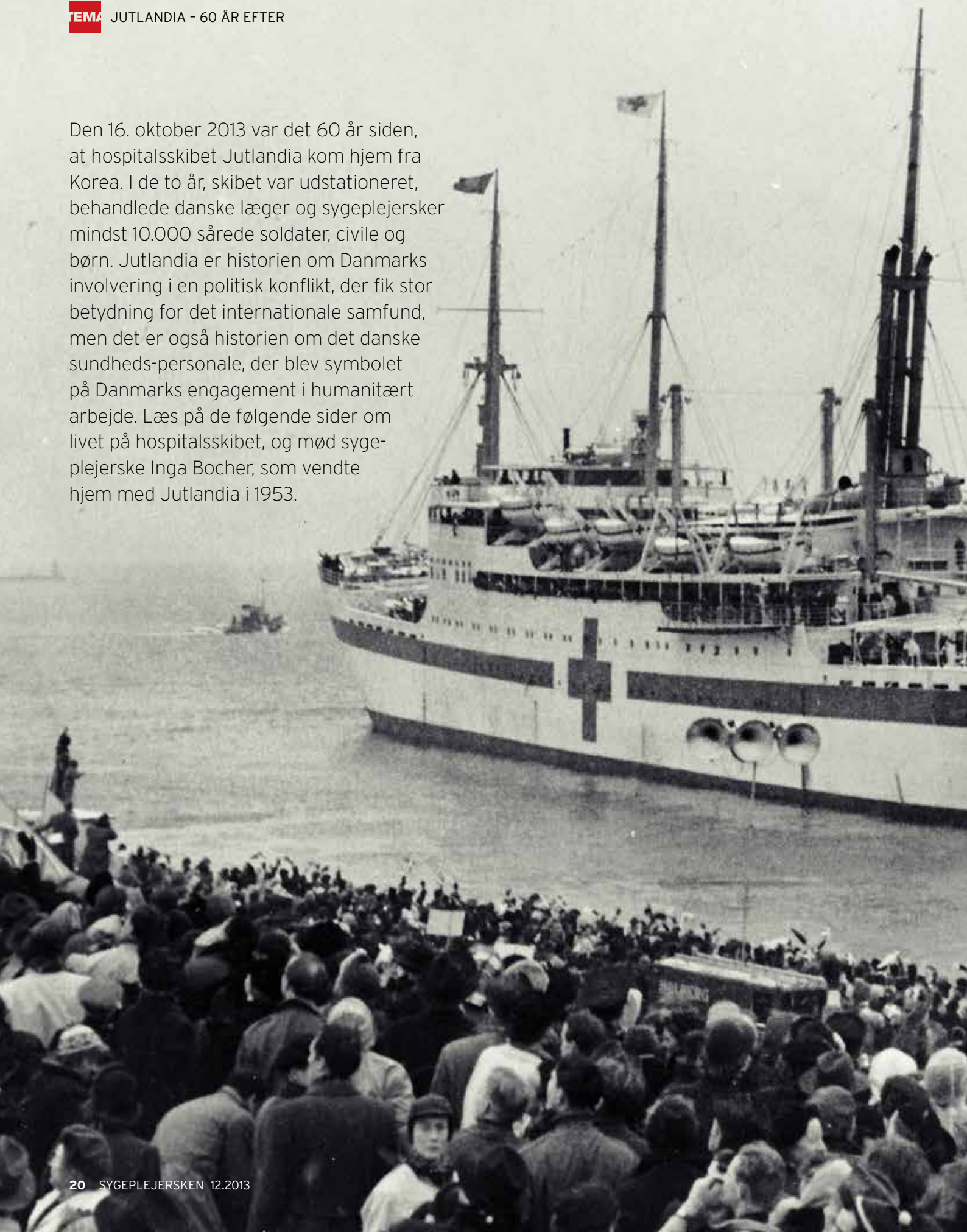
Nu

Nu om dage anvendes der overvejende syntetiske suturer og kun sjældent metal, silke eller hørsuturer. Nogle tråde er fremstillet af plastikmateriale og er resorberbare i vævet som polyglykolsyre eller polyglaktin, mens nylontråde ikke nedbrydes.

Katgut eller catgut fremstillet af dyretarme er stadig på markedet, men i 2001 opfordrede Sundhedsstyrelsen læger og sygeplejersker til ikke længere at bruge sutur fremstillet af animalske produkter. Det skete efter, at en række europæiske lande havde forbudt brug af bl.a. catgut-sutur. Det var angsten for kogalskab og mund- og klovsyge, der havde fået sundhedsmyndigheder i mange lande til at reagere.

Kilde: Tidsskrift for Sygepleje nr. 3/1901, Sundhedsstyrelsen.

Den 16. oktober 2013 var det 60 år siden, at hospitalsskibet Jutlandia kom hjem fra Korea. I de to år, skibet var udstationeret, behandlede danske læger og sygeplejersker mindst 10.000 sårede soldater, civile og børn. Jutlandia er historien om Danmarks involvering i en politisk konflikt, der fik stor betydning for det internationale samfund, men det er også historien om det danske sundheds-personale, der blev symbolet på Danmarks engagement i humanitært arbejde. Læs på de følgende sider om livet på hospitalsskibet, og mød sygeplejerske Inga Bocher, som vendte hjem med Jutlandia i 1953.



Jutlandia Som kaldet på slaget

Tekst **Mille Dreyer-Kramshøj**
Foto **Dansk Sygeplejehistorisk Museum**



Vi mødte krigen i al dens gru

I årene 1951-1953 sejlede danske sygeplejersker under Koreakrigen med hospitalsskibet Jutlandia. Det blev for mange en enestående, men også brutal oplevelse, for det var ikke kun soldaterne, der skulle plejes, men også de mange koreanske børn, der blev såret i krigens grusomheder. Sygeplejerskerne måtte bruge al deres faglige ekspertise og trodse sprogbarrierer, politiske konflikter og ukendte forhold på land og til vands.

Tekst **Mille Dreyer-Kramshøj** • Foto **Dansk Sygeplejehistorisk Museum**

Sneen lå som en dyne over Langelinie. På kajen stod københavnernes tæt pakket og viftede med hundredvis af små, hvide lommetørklæder og rød-hvide dannebrogssflag. Mange meter over dem kunne sygeplejerskerne vinke tilbage, mens København blev en stadigt mindre plet i horisonten. De var på vej til Korea for at deltage i Danmarks første bidrag til en væbnet konflikt.

Beslutningen om at sende det danske hospitalsskib Jutlandia afsted havde ikke været nem. Et halvt år tidligere i sommeren 1950 havde FN bedt danskerne om et bidrag til Korea-konflikten. Anden Verdenskrig spøjte stadig, og spændingerne

mellem Sovjetunionen i øst og Nato i vest satte den danske regering i et beslutningsvakuum. På den ene side var de danske politikere glade for, at der blev gjort tiltag mod Nordkoreas invasion af Sydkorea. På den anden side var de bange for, hvilke konsekvenser en indblanding ville have i forholdet til Sovjetunionen. Som miniputstat, der geografisk var placeret mellem to stormagter, havde man mange politiske overvejelser, men knap to måneder efter FN's henvendelse besluttede det danske Folketing, at Danmark ikke skulle yde militær, men i stedet humanitær hjælp. På daværende tidspunkt havde de næppe forudset, hvor stor en betydning Jutlandia ville få for det koreanske folk og for danskernes egen historieforståelse. Det vidste sygeplejerskerne heller ikke, da de den 23. januar 1951 vinkede farvel til Danmark og sejlede mod Korea for Dansk Røde Kors.

Forundring over danske sygeplejersker

På Jutlandia var der tænkt på alt. Skibet var indrettet med det mest moderne udstyr og havde bl.a. en neurokirurgisk operationsstue, røntgenafdeling, laboratorium, tandlægeklinik, og alle sengene var hængt op i loftet, så de kunne rulle med bølgerne, hvis der var høj sø. Patienterne var en blanded skare. Børn, soldater, amerikanere og koreanere. Besætningen insisterede på, at skibet var civilt og derfor også skulle behandle civile patienter. Størstedelen var kirurgiske patienter. Hver fjerde havde hovedlæsioner pga. skud. Der var alt for mange børn, og soldaterne var alt for unge.

”Af de patienter, vi modtog, var nogle kun forsynede med nødforbinding og kom på operationsstuen med det samme. Vidste man ikke først en lille smule om, hvad krig var, da man så disse drenge uden andet på end ”hundetegnet” i kæde om halsen, indpakket i en sovepose eller tæppe, der var gennemvædet af blod, snavsede, chokerede, mange endnu med camouflagemalingen i ansigtet fra nattens patruljetjeneste, ville det nu være gået op for en i al sin gru,” fortalte afdelingssygeplejerske Alfrida Spandet i en artikel om opholdet på Jutlandia i Tidsskrift for Sygepleje i 1953.

Sammen med sine sygeplejerskekolleger plejede hun patienterne på Jutlandia, som oftest var overraskede over danskernes behandling af dem. De var hverken vant til de forhold, Jutlandia kunne tilbyde, eller til, at kvinderne, de mødte, havde så stor indflydelse, som de oplevede. Den danske journalist Anders Georg, der var udstationeret på Jutlandia, rapporterede, at mødet mellem soldater og hospitalsskib overraskede de unge mænd.

”Den første Forundring gjaldt Sengene med de rene, hvide Lagener – det havde de fleste ikke set i Måneder. Den næste var Sygeplejerskerne, ligeledes en glædelig Overraskelse, da de var vant til, at der var mandlige Plejere på Militærhospitalerne.”

Også Alfrida Spandet oplevede soldaternes overraskelse over sygeplejerskernes arbejde på skibet:

”Hverken amerikanere eller koreanere er vant til at se sygeplejersker arbejde så meget med i alt, sådan som vi danske gør

Politisk uenighed om patienterne

Under første togt måtte Jutlandia udelukkende behandle FN-soldater, men sygeplejersker og læger fra skibet gik i land for også at behandle koreanske patienter.

”De civile læger og sygeplejersker, som var ombord, ville gerne gøre en forskel. Det var det, de var taget ud for. Og når de ikke kunne gøre en forskel i FN-sammenhæng, så ville de gerne gøre en forskel i forhold til den nød og elendighed, som de så i det helt almindelige Korea,” siger historieprofessor Kristine Midtgaard i en kommende dokumentarfilm om skibet.

I november 1951 fik skibet tilladelse til at åbne Jutlandia for hhv. 100 koreanske civile og 100 koreanske soldater i stille perioder. Det blev især civile og børn, der fik glæde af ordningen.

Se ny dokumentar om Jutlandia

I anledning af 60-året for Jutlandias hjemkomst har Chroma Film og DR produceret en dokumentarfilm om tiden på skibet med interviews med bl.a. Jutlandia-veteraner, soldater og tidligere patienter.

”Jutlandia - Lastet med håb” bliver vist på DR K den 13. november kl. 20.00.

det. Mange generede det ganske afgjort at have en kvinde til at hjælpe sig med f.eks. urinkolbe og bækken, selv om de ellers nød, at vi sludrede med dem og puslede om dem,” fortæller hun.

Human cigaret

Jutlandia blev for mange et symbol på danskernes velvilje til at yde humanitær hjælp. I 1986 udgav sangeren Kim Larsen ”Jutlandia”, hvor han bl.a. synger om sygeplejersker på 16 år, der tilser soldaternes sår. Men hverdagen på Jutlandia blev ikke håndteret af purunge, uerfarne sygeplejersker. Man skulle være fyldt 25 år for at være på skibet, og gennemsnitsalderen var omkring 40. De krigsskader, sygeplejerskerne skulle behandle, krævede stor faglig viden og modenhed.

”Ved indlæggelsen, når patienten var kommet til køjs, blev der som herhjemme taget temperatur og puls, og han blev vasket og fik rent tøj. Patienterne brugte pyjamas, sådan som de amerikanske hospitaler benyttede det. Der skulle sommetider flere gange vask til, før en frontsoldat var så ren, som vi



Medlemmer af det kvindelige mandskab på hospitalsskibet.

ønskede det, og ofte var det mere humanitært at lade ham få en smertestillende injektion og den cigaret, han næsten altid bad om, og derefter lade ham sove chokket, smerterne og angsten ud,” fortæller Alfrida Spandet om det første møde med soldaterne.

Høflighed og livslange venskaber

Jutlandia fik ifølge journalist Anders Georg de alvorligste hovedskud og rygradslæsioner samt et stort antal skudsår og brud. Det vides ikke præcis, hvor mange patienter

skibet behandlede, men det vurderes, at tallet var mindst 10.000. Alligevel døde kun 29 ombord, og de tragiske omstændigheder gav indblik i de fremmede kulturer, det danske sundhedspersonale mødte.

”Det var den første operation, jeg var med til. Det var en såret koreansk officer, der var blevet ramt af et skud i højre skulder. Han blødte afsindigt, og jeg brugte nok 30 flasker blod. Han døde imidlertid på operationsbordet. Alligevel stod fem højtstående koreanske militærfolk og tak- ▶

► kede for indsatsen. Fin operation, roste de høfligt, selv om det gik ad helvede til,” har overlæge Claus Jessen senere fortalt historikeren Peter Frederiksen.

Men måske var det ikke kun høflighed, for danskernes indsats gjorde indtryk på det koreanske folk og de patienter, de behandlede. Sekretær på Jutlandia, Bent Boisen, husker f.eks. en 12-årig koreansk dreng, der blev indlagt efter at være blevet såret i begge ben og have mistet meget blod.

”Vi var på det tidspunkt løbet tør for blod på skibet, og derfor gav en af vores sygepassere ham sit eget blod. 40 år senere, da sygepasseren lå for døden på Rigshospita-

let i København, kom den nu voksne koreaner, som blev reddet dengang, og vågede over hans dødsleje i tre døgn,” fortalte han til Kristeligt Dagblad, da Jutlandia-veteranerne for 10 år siden mindedes 50-året for skibets hjemkomst.

Tiden på Jutlandia gjorde stort indtryk på både patienter og personale, og Alfrida Spandet kom hjem fra krigen berørt af de oplevelser, hun og hendes kolleger havde haft, men også beriget af de mennesker, hun mødte.

”At være på Jutlandia i en travl periode, hvor vi alle på skibet følte os som et samlet hele, hvor vi alle hjalp hinanden i et dejligt kammeratskab fra toppen til bunden, det

var en god oplevelse. Jeg tror, at alle vi sygeplejersker vil mindes vore patienter med glæde. Hvad vi gjorde for dem, fik vi mangefold igen i deres rørende taknemmelighed. Alle vi sygeplejersker ombord har modtaget taknemmelige breve fra forhenværende patienter, ja endog fra forældre til patienter. Personligt er jeg særlig glad for breve, der bærer overskriften: ”Dear little mom” eller ”My Danish mama”.”

Kilder: Tidsskrift for Sygepleje nr. 22, 1953, Politikens filmjournal nr. 75, 1951/DR's Digitale Medie Bibliotek, Alpha-film, Peter Frederiksen, ”Korea i konflikt og forandring”, Kristeligt Dagblad 17. okt. 2003, Kristine Midtgaard, ”Hospitalskibet ”Jutlandia” - historien bag symbolet på dansk humanitær bistand”, Maskinmesteren/Navalhistory.dk



Sygeplejerske på Jutlandia med to sårede koreanske børn.

I medgang og modgang

Jutlandia knyttede bånd mellem Danmark og Korea, som stadig kan ses bl.a. på Langelinie i København, hvor en mindesten er givet af koreanske veteraner. Men også personligt blev der skabt livslange venskaber og partnerskaber blandt skibets besætning. Det anslås, at der blev indgået 16 ægteskaber mellem officerer og sygeplejersker. Maskinmester Sven Jagd blev efter Jutlandia gift med sygeplejersken Tove, som han havde mødt under rejsen.

”Vi så hinandens stærke og svage sider. Vi oplevede modgang og blev bestemt ikke forkælet under denne særprægede udmønstring. Men vi blev stærkere af at se de hæslige sider af livet, som krigen afslører,” har han tidligere fortalt til Fagmagasinet Maskinmesteren.



Medicinsk afdeling indrettet til at klare mange patienter også i høj sø.

Inga glemmer aldrig bør

I år er det 60 år siden, at Koreakrigen brød ud. En krig, hvis konsekvenser Inga Bocher var med til at bekæmpe som sygeplejerske ombord på det danske hospitalsskib Jutlandia.

Tekst **Kirstine Thy Skovhøj**

Interviewet med sygeplejerske Inga Bocher blev bragt i Kristeligt Dagblad den 16. september 2010. Inga Bocher døde i 2012.

”Det, jeg tænker mest tilbage på, er alle de dejlige børn. Jeg ville gerne have haft et par stykker med hjem,” siger 92-årige Inga Bocher og lader sin hånd glide over et fotografi af en lille koreansk pige. Fra en kommode i den sirligt indrettede stue i Tisvildeleje i det nordlige Sjælland finder hun en lup frem.

”Lille Lise ville jeg gerne have haft med hjem. Er hun ikke kær?” spørger hun og lader sit blik og luppen glide hen over et 58 år gammelt fotografi, hvor ”Lille Lise” sidder grinende på den dengang 34-årige Inga Bochers skød.

I år er det 60 år siden, at nordkoreanske tropper gik til angreb på Sydkorea. Og det er

59 år siden, at hospitalsskibet Jutlandia første gang sejlede mod Korea. På skibets sidste togt, der løb fra september 1952 til oktober 1953, var sygeplejerske Inga Bocher ombord.

”Kære du, tænkte jeg, det togt skal du med på,” siger hun og fortæller om den søndag morgen i juli 1952, hvor hun fra sit kontor på Montebello Hospital i Helsingør fik øje på Jutlandia, der rundede pynten ved Kronborg.

”Jeg fik pludselig en stor lyst til at være med ombord, og kort efter så jeg en stillingsannonce i sygeplejerskernes fagblad, hvor man søgte sygeplejersker til Jutlandia,” siger hun.

Inga Bocher blev ansat på Jutlandias medicinske afdeling og sejlede den 20. september 1952 fra Langelinie i København. Skibet var ladet med otte hospitalsafdelinger, en besætning på 97 mand og et hospitalspersonale på 91 læger, specialister og sygeplejersker.

I dag er hun ikke meget for at fortælle om tiden på Jutlandia.

”Jeg er jo ikke interessant,” slår hun flere gange fast både før og under interviewet.

Alligevel sidder vi nu i Inga Bochers stue. Hun har stillet en båndoptager frem på spisebordet og rammer playknappen præcist med en slank pegefinger. I 20 minutter flyder Inga Bochers insisterende stemme ud i rummet. I 1988 valgte hun at nedfælde sine oplevelser fra tiden på Jutlandia og indtale dem på bånd.

”Alt det ville jeg jo ikke kunne huske, hvis jeg ikke havde det på bånd,” siger hun, da båndet slutter, og skubber båndoptageren lidt til side.

På båndet fortæller hun, hvordan personalet på Jutlandias andet og tredje togt havde lov til at behandle civile koreanere, når de i perioder ikke havde FN-soldater at behandle. Og lige på det punkt fejler Inga Bochers hukommelse ikke noget. Hun kan stadig se de koreanske børn for sig, når de kom ombord på skibet, og huske, hvordan hun skurede og skrubbede de afmagrede børn og behandlede dem mod orm. De fattige og forældreløse børn havde skibets læger fundet ude i rismarkerne, når de var i land.

”Nogle af dem var så svage, at de knap kunne stå eller gå. De var utrolig søde og kære og høflige på trods af deres situation. De spiste alt og hurtigt. I starten, fordi de var så underernærede, måtte de kun få lidt at spise ad gangen, og det kunne de ikke forstå, de skreg af sult. Efter nogle dage fik de, hvad de kunne spise. Senere kunne vi finde noget af maden i deres pyjamaslommer, og tolken fortalte os hvorfor: Børnene ville have et lille forråd til dårligere tider,” fortæller hun.

Sygeplejerskerne talte enten dansk eller engelsk til børnene. Kun sjældent var der en tolk til rådighed.



Foto fra Inga Bochers eget album

På dækket var der plads til leg med de koreanske børn. De forældreløse børn fandt Jutlandias læger, når de rejste ind i landet, og tog dem med ombord, hvor de blev passet og plejet af de danske sygeplejersker. Inga Bocher sidder yderst til venstre med ”Lille Lise”.

nene

”De knyttede sig til os, også selvom de ikke forstod, hvad vi sagde. Når en voksen tager sig kærligt af et barn, der har mistet sine forældre, så knytter det sig tæt,” siger Inga Bocher og fortæller om en dreng på omkring 11 år og kun 11 kilo, der fik tarmslyng.

”På det tidspunkt vrimlede det ind med sårede soldater, så det var ikke tilladt at tage ham på operationsbordet. En professor sagde: ”Vi kan ikke lade en soldat vente, hvis liv vi kan redde. Drengen dør, hvad enten han bliver opereret eller ej.” En lille pige sad og gned ham på maven, det gav ham lidt ro. Flere gange håbede vi på lidt stilstand på operationsstuen, men først efter halvandet døgn blev der mulighed for at operere ham, og heldigvis gik det godt, og han blev frisk.”

Sygeplejerskerne gav de børn, der kom ombord, danske navne. Særlig ét barn rumsterer stadig i hendes hukommelse: ”Lille Lise”.

”Det var rædselsfuldt at skulle sige farvel, både vi og børnene græd,” forklarer hun. Børnene måtte afleveres på et koreansk børnehjem, når Jutlandia hver sjette uge skulle sejle til Japan for at proviantere og aflevere de patienter, der krævede længerevarende behandling.

”Vi fulgte med børnene ind på børnehjemmet og efterlod dem der. Tre i én seng med ét tæppe, vær så god,” siger hun med foragt i stemmen. Flere af børnene vendte tilbage til Jutlandia, men ikke ”Lille Lise”.

”Jeg kan ikke lade være med at spekulere på, hvad der er blevet af hende.”

Når Inga Bocher havde nattevagt, var der tid til at skrive hjem og fortælle om oplevelserne. I brevene fortalte hun også om nogle af de barske og hektiske perioder på Jutlandia.



Foto Leif Tuxen

”Det, der nok har gjort mest indtryk på mig, var de 10 døgn, hvor der blev opereret uafbrudt, og hvor patienterne kom i stimer,” fortalte Inga Bocher i 2010 til Kristeligt Dagblad. Hun var sygeplejerske på hospitalsskibet Jutlandia under Koreakrigen i starten af 1950’erne.

”Det, der nok har gjort mest indtryk på mig, var de 10 døgn, hvor der blev opereret uafbrudt, og hvor patienterne kom i stimer. Jeg prøvede at hjælpe, hvor jeg kunne, på de andre afdelinger og tog mig af patienterne, når de havde været på operationsstuen.”

På Jutlandias første to togter var det stationeret i Pusan Havn i det sydlige Sydkorea, langt fra krigsfronten. Men på det tredje togt lå skibet i Inchon-bugten tæt på fronten. En placering, der gjorde, at Inga Bocher og hendes kolleger kunne modtage soldater, kort tid efter at de var blevet såret i kamp. Inden Jutlandias tredje togt var det blevet udstyret med et helikopterdek, så patienterne nu kunne flyves ind.

”Vi fik patienter ind fra fronten, 17 minutter efter at de var blevet såret og med blodet rendende. Sådan noget oplever du ikke andre steder, og det er meget svært at

forklare udenforstående, hvordan det var,” siger hun med fast stemme.

Hun forlod Jutlandia i begyndelsen af juli 1953. Hun havde fået en stilling på Holbæk Kurbad, hvor hun skulle behandle poliopatienter. Hun havde forsøgt at få sin tiltrædelse udsat, men da hun ingen tilbagemelding modtog fra sin nye chef, mente ekspeditionschef Hammerich, at hun hellere måtte tage hjem. Kort tid efter at hun forlod Jutlandia og Koreakrigen, blev en våbenhvileaftale underskrevet den 27. juli 1953 af FN og kommunisterne i Nordkorea.

Inga Bocher kigger af og til i albummet med de mange billeder fra sin tid på hospitalsskibet. Og selvom hun føler, at hukommelsen ikke længere er, hvad den har været, finder hun minderne alligevel, når hun lader blikket glide hen over de mange billeder af de koreanske børn.

Farver og fisk beroliger patienterne

Tekst **Mille Dreyer-Kramshøj** • Foto **Søren Svendsen**

Farvet lys og små film beroliger voksne og børn, som bliver undersøgt i MR-skanneren på Radiologisk afdeling X på Herlev Hospital. "Nogle patienter er så bange, at de ikke registrerer lyset, men rigtig mange synes, det er fantastisk. Det er rart for både patienter og personale at komme ind i et rum, hvor man ikke bliver mødt af hvidt, sterilt lys," fortæller radiograf Ingrid Pedersen (th.). Farverne i rummet kan skifte mellem blå, grønne og røde nuancer, og en projektor viser små film med akvarie-, skov- eller børnetemaer. Samtidig er alle rummets hjørner på nær et enkelt runde, og loftet er ovalt for at give blødere linjer. I forberedelsesrummet vælger patienterne selv, hvilket tema de vil have under skanningen. Erfaringer fra bl.a. Sverige har vist, at konceptet reducerer antallet af bedøvelser og giver bedre billeder, fordi patienterne ligger mere stille.



Frivillige giver merværdi i

I Canada giver frivillige først og fremmest et kvalitetsløft, mener sygeplejerskerne. Hvis der er bekymringer om afgrænsning af arbejdsområder, er de så små, at fordelene opvejer ulemperne.

Tekst **Birgitte Therkelsen** • Foto **The Ottawa Hospital**

Fakta

- The Ottawa Hospital har omkring 1.000 frivillige og knap 12.000 ansatte.
- Alle frivillige skal aflevere en ren straffeattest, to referencer, undersøges for tuberkulose og underskrive samme tavshedspligt og 'standards of behaviour' som hospitalets øvrige ansatte.

En kvinde på en briks får et tæppe, og en gammel dame, der er lilla i ansigtet efter et fald, får et kram og et par trøstende ord med på vejen.

Joanne Guy har et øje på hver finger på sin runde i skadestuen. Den lille ekstra opmærksomhed og almenmenneskelige omsorg har været hendes speciale gennem de seneste 14 år, hvor hun som frivillig har tilbragt fire timer hver torsdag i skadestuen på det største hospital i Canadas hovedstad, The Ottawa Hospital.

” Vi svarer på de mest almindelige spørgsmål og snakker med folk. Ikke om hvad de fejler, men om løst og fast - uden at have travlt. Det beroliger dem og hjælper på den måde personalet.

Joanne Guy, frivillig.

Joanne Guy og de øvrige 22 frivillige, der er tilknyttet afdelingen, er især aktive i venteværelset, hvor deres opgave er at

støtte patienter og pårørende og hjælpe patienterne med at navigere.

”Vi svarer på de mest almindelige spørgsmål og snakker med folk. Ikke om hvad de fejler, men om løst og fast - uden at have travlt. Det beroliger dem og hjælper på den måde personalet,” fortæller Joanne Guy.

De frivillige kan også hente kaffe, finde en ekstra kørestol, følge en patient til en undersøgelse eller hjælpe en ældre med maden, hvis personalet har brug for det.

Kan ikke undværes

Mens man i Danmark diskuterer, om frivillige overhovedet bør spille en rolle i sundhedsvæsenet, kan afdelingssygeplejerske i skadestuen på The Ottawa Hospital, Kathy Bickerton-Smith, slet ikke forestille sig en afdeling uden. For hende er de frivillige med til at løfte kvaliteten.

”Vi vil rigtig gerne selv give vores patienter den ekstra omsorg, der ligger i en pude eller en lille sludder, men det er der bare ikke altid tid til på en afdeling, der i

”Vi forventer stadig af vores sygeplejersker, at de tilser og snakker med patienterne minimum én gang i timen. Og det skal ikke bare være hurtigt ind og ud. De skal vise, at de har tid. Men de frivillige giver den lille ekstra omsorg. Det er ikke essentielt, men det er rigtig rart,” siger hun.

På ekstra travle dage, hvor venteværelset er fyldt, bliver de også nogle gange sygeplejerskernes øjne i nakken.

”Det er ikke alle patienter, der kan lide at gøre opmærksom på, hvis de får det dårligere, eller som ved, hvad de skal gøre. Så er det rart, at der er en frivillig til at holde lidt ekstra øje.”

Professionel håndtering

Mere end 1.000 frivillige har deres gang på The Ottawa Hospital, og den størrelsesorden kræver en professionel organisation. Frivilligkoordinator Sherri Daly og hendes fem medarbejdere er ansvarlige for at screene, vælge, uddanne og matche de frivillige med opgaverne og for at sikre, at det foregår uden at overtræde faggrænser.

”Vi taler med sygeplejerskerne om, hvad de synes kunne være en hjælp på afdelingen, mens vores HR-afdeling holder øje med, at frivillige ikke udfører arbejde, der er organiseret,” fortæller hun.

De frivillige får også en stillingsbeskrivelse, som ridser op, hvad deres opgaver er på den givne afdeling. Det sikrer, at der som regel ikke opstår problemer.

gennemsnit ser 220 patienter i døgnet,” fortæller hun og understreger, at de frivillige ikke erstatter en ansat.

Canada

"Nogle gange kan vi godt opleve lidt utryghed omkring den frivilliges rolle, men det er min erfaring, at den hurtigt forsvinder, når personalet opdager, at de frivillige faktisk hjælper med at få hverdagen til at køre mere gnidningsløst."

Klar rollefordeling vigtig

Netop en klar rollefordeling er afgørende, mener Vicki McKenna, som er næstformand i Ontario Nurses' Association (ONA), der organiserer 60.000 sygeplejersker.

Hun har fulgt udviklingen i mere end tre årtier og husker, at der i 80'erne var nogen bekymring blandt canadiske sygeple-

”Jeg har aldrig oplevet et pres for at få frivillige til at løfte flere af vores opgaver, men det er da noget, der holdes øje med, ligesom man også er opmærksom på, hvilke opgaver frivillige kan og ikke kan løse.

Vicki McKenna, næstformand i Ontario Nurses' Association.

jersker, da frivillige begyndte at få opgaver, der lå lidt tættere på sygeplejerskernes arbejde end tidligere. Som f.eks. at fylde op eller hente blod.

"Men så tog vi en snak om, hvad der egentlig er sygeplejeopgaver. Især fordi vi

fra medlemsundersøgelser allerede dengang vidste, at én af de største kilder til utilfredshed var arbejdsopgaver, der ikke er sygepleje," fortæller hun.

Men hverken grænsedragning eller konflikter omkring frivillige er noget, der siden har optaget ONA ret meget.

"Jeg har aldrig oplevet et pres for at få frivillige til at løfte flere af vores opgaver, men det er da noget, der holdes øje med, ligesom man også er opmærksom på, hvilke opgaver frivillige kan og ikke kan løse."

I skadestuen har Kathy Bickerton-Smith en pragmatisk holdning til det med grænserne:

"Der er nødt til at være en vis fleksibilitet. Det er noget, der udvikles i takt med, at man lærer hinanden at kende og finder ud af, hvad man er tryk ved. Og man kan sagtens sige til dem: "Det er o.k., at du følger patienten hen til stuen, men du skal ikke hjælpe ham i seng.""



Studerende og pensionister udgør den største gruppe frivillige. De studerende bruger det frivillige arbejde til at få indblik i, om et job i sundhedsvæsenet er noget for dem. De ældre ønsker ofte at "give tilbage", efter at de selv eller en pårørende er blevet hjulpet på hospitalet.

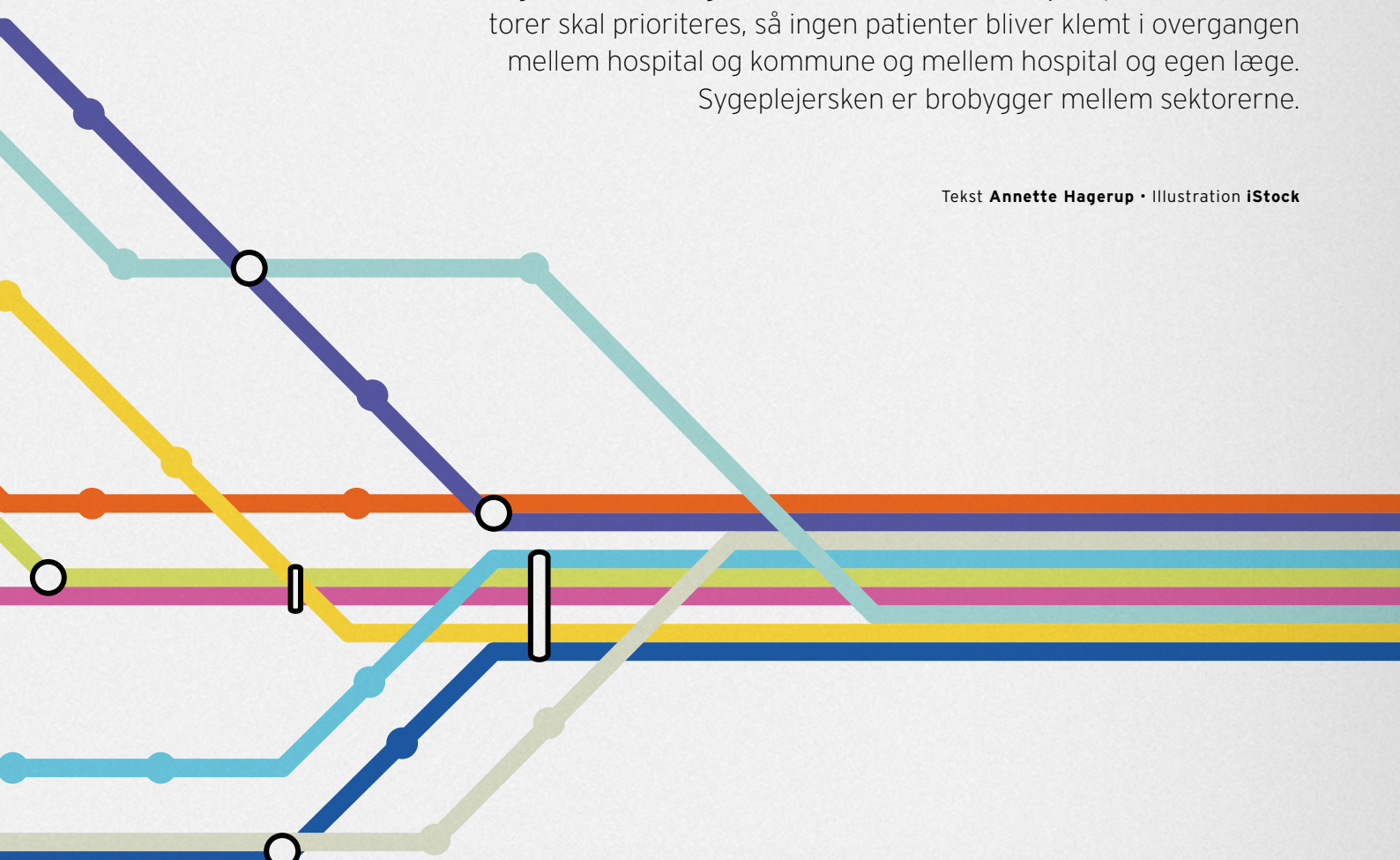
Læs mere om brug af frivillige i Danmark på www.dsr.dk - søg på 'frivillige'.



Sygeplejersker skal sikre god forbindelse mellem hospital og hjem

Regioner og kommuner opruster næste år investeringen i de nære og sammenhængende sundhedstilbud. Arbejdet på tværs af sektorer skal prioriteres, så ingen patienter bliver klemte i overgangen mellem hospital og kommune og mellem hospital og egen læge. Sygeplejersken er brobygger mellem sektorerne.

Tekst **Annette Hagerup** • Illustration **iStock**



Sygeplejersker skaber sammenhæng

Sygeplejerskerne bliver en nøglegruppe i det sammenhængende sundhedsvæsen og skal sætte deres kvalifikationer i spil på tværs af sektorgrænser.

Tekst **Annette Hagerup** • Illustration **iStock**

Måske går hjemmesygeplejersken og den praktiserende læge på fælles sygebesøg hos den ældre kroniske patient med åndenød og feber. Måske beder sundhedsplejersken lægen kigge nærmere på et barn i en nybagt familie. Samarbejdet mellem sektorerne skal være hverdag i Region Nordjyllands nye sundhedshus med adresse i Aalborg Øst – et boligområde med store sociale udfordringer.

Visionen for huset er, at hjemmesygeplejersker og sundhedsplejersker skal være med til at bygge bro mellem praktiserende læger og udsatte patienter.

Projektet går ud på at skabe tværfaglige samarbejdsflader mellem sundhedshusets praktiserende læger, jordemødre, hjemmesygeplejersker og sundhedsplejersker. De mange sundhedsaktører skal i fællesskab søge at løfte sundheden i boligområdet, der har mange socialt udsatte.

Mål for forebyggelse

Regeringen, Danske Regioner og KL er enige om at fastlægge følgende mål for den patientrettede forebyggelsesindsats:

- Færre uhensigtsmæssige genindlæggelser
- Færre forebyggelige indlæggelser
- Færre uhensigtsmæssige akutte korttidsindlæggelser
- Færre færdigbehandlede patienter, der optager en seng på sygehuset

Kilde: Aftale om regionernes økonomi for 2014 (Regeringen, Danske Regioner).

I hverdagen bliver det hurtigt ligegyldigt, at sundhedspersonalet kommer fra forskellige sektorer. Det kommer i stedet til at handle om at finde den bedste løsning for den enkelte patient, fortæller kontorchef Alice Morsbøl fra Region Nordjyllands udviklingsenhed for Sundhed og Sammenhæng. Enheden blev etableret tilbage i 2011 og har det definerede formål at skabe tværsektorielle og tværgående samarbejdsmodeller, der kan komme patienten til gode.

”Sygeplejerskerne er de drivende kræfter i mange af de tværsektorielle projekter her i Nordjylland. F.eks. har vi nu i en del år med succes kørt med sygeplejersker i delestillinger på kronikerområdet. Sygeplejerskerne har dels en halv stilling på sygehuseambulatoriet på Aalborg Sygehus, hvor de ser patienter til kontrol, og arbejder resten af tiden med rehabilitering i Aalborg Kommunes sundhedscenter,” fortæller Alice Morsbøl og tilføjer:

”I forvejen er vi – som led i den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient – ved at rulle projekt ”Opfølgende hjemmebesøg” ud i alle kommuner i regionen. Ordningen er et samarbejde med hospital, almen praksis og kommune og indebærer, at hjemmesygeplejersken og den praktiserende læge tager på hjemmebesøg hos nyudskrevne patienter. Desuden er vi ved at udvikle en ny model for forløbskoordinatorer til den ældre patient. Det betyder, at den praktiserende læge ved behov skal kunne rekvirere en hjemmesygeplejerske til en borgers hjem indenfor en time.”

Alice Morsbøl understreger, at de mange tværsektorielle tiltag skal være forankret på et højt ledelsesmæssigt niveau i kommuner og regioner, hvis samarbejdet skal lykkes: ”Hvis projekterne udelukkende drives af lokale ildsjæle, bliver fundamentet ikke robust nok. Den tværsektorielle planlægning skal forankres øverst i hierarkiet, og den øverste ledelses opbakning skal forplante sig ned gennem ledelseslagene.”

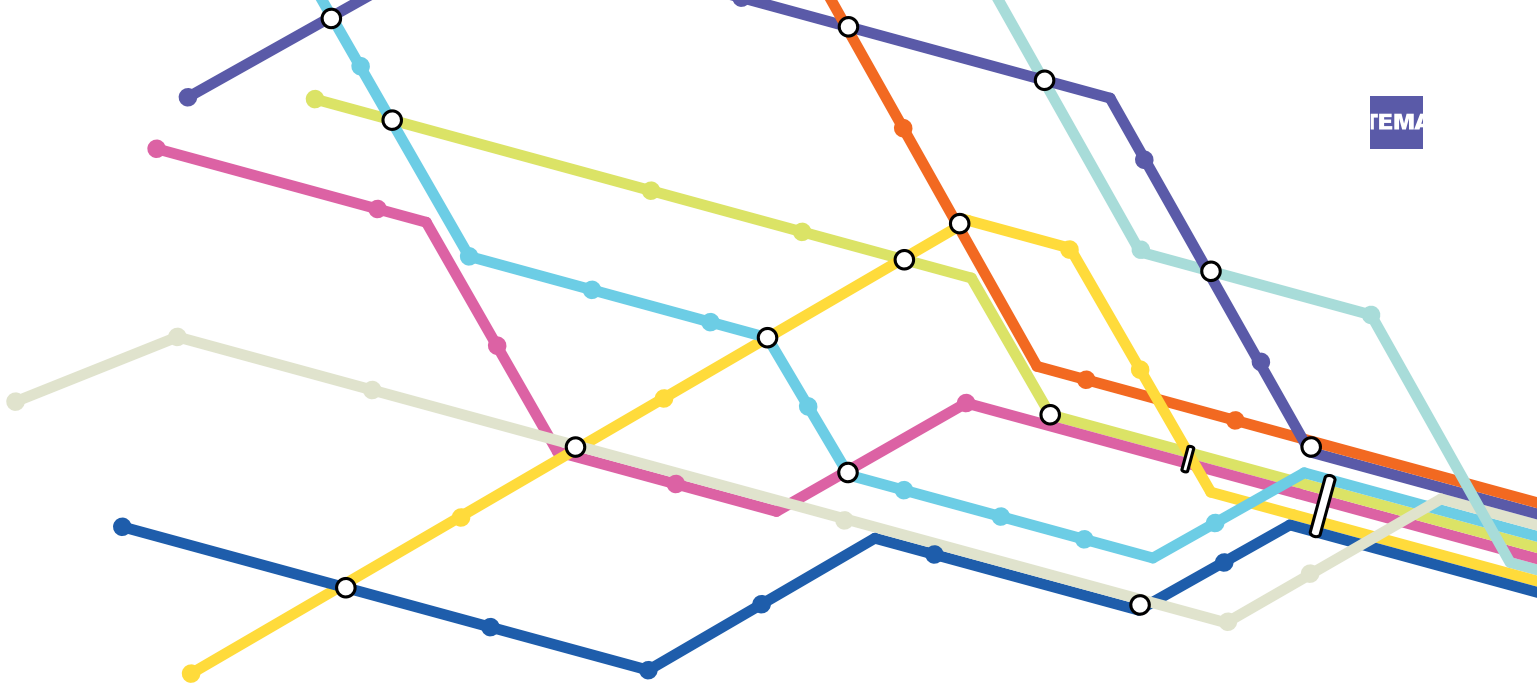
Sammenhæng på tværs

Sammenhæng har været et gennemgående tema i sommerens økonomiforhandlinger mellem regeringen og de regionale og kommunale sundhedsaktører.

Resultatet blev, at Danske Regioner afsætter 250 mio. kr. næste år til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet. Samtidig har kommunerne fået 300 mio. kr. til at styrke den forebyggende og sundhedsfremmende indsats i kommunerne i 2014.

Det skal være slut med, at patienterne kommer i klemme i kontakten med sundhedsvæsenet, nærmere bestemt i overgangen mellem egen læge, hospital og kommune. Det er typisk i overgangene, det går galt. F.eks. når hospitalet ikke får fortalt hjemkommunen, at en borger bliver udskrevet. Så sker det, at en ældre, enlig medicinsk patient sendes hjem til et tomt køleskab fredag eftermiddag.

Ifølge Dansk Sygeplejeråd må det ikke være økonomiske rationaler, der blokerer for et sammenhængende patientforløb.



Dansk Sygeplejeråd har besluttet at gøre det sammenhængende sundhedsvæsen til et indsatsområde fra 2012-14.

”Det helt afgørende er, at patienten bliver behandlet det sted i sundhedsvæsenet, som er bedst for vedkommende. Eksempelvis kan et udbygget tværsektorielt samarbejde mellem hjemmesygepleje, praktiserende læger og hospitaler medvirke til at forebygge unødvendige indlæggelser og dermed mindske den konstante overbelægning på især medicinske afdelinger,” påpeger Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd.

En undersøgelse fra DSR Analyse fra februar 2013 viser, at 43 pct. af sygeplejerskerne på de medicinske afdelinger indenfor en uge har oplevet, at der ligger patienter på gange og i opholdsrum. Samtidig viser statistikker fra Sundhedsstyrelsen, at flere medicinske specialer som endokrinologi og gastroenterologi har haft overbelægning stort set hvert år det seneste årti.

Overbelægning på de medicinske afdelinger øger risikoen for, at ældre svagelige patienter sendes hjem fra hospitalet, før de er færdigbehandlet. Det skærper behovet for et kommunalt beredskab f.eks. i form af aflastningspladser og akutteams.

I samarbejde med Lægeforeningen og Danske Patienter lancerede Dansk Sygeplejeråd i februar måned en hjælpepakke mod overbelægning. Pakken indeholder syv anbefalinger – bl.a. et stop for nedlæggelse af medicinske senge og et øget samarbejde mellem regioner og kommuner.

Integrated Care i Region Syd

Den praktiserende læge er omdrejningspunktet i et nyt tværsektorielt pilotprojekt i Odense med overskriften ”Integrated Care”. Et af hovedformålene med projektet er nemlig at forebygge de akutte indlæggelser, der kunne have været forebygget ved en bedre koordineret indsats mellem de forskellige sundhedsaktører i region og kommune. Og her er patientens egen læge en nøglespiller, fordi han ofte har den første kontakt til patienten, fortæller afdelingschef Mads Haugaard, afdeling for sundhedssamarbejde og kvalitet i Region Syddanmark.

”Vi vil gerne væk fra en sektoropdelt arbejdsfordeling, hvor vi deler opgaverne op i ”vores” og ”deres”. Vi tror, vi kan sikre patienterne et bedre og mere målrettet forløb, hvis de forskellige faggrupper - egen læge, hospitalslæge, hjemmesygeplejerske, socialrådgiver m.fl. - mødes omkring den enkelte patient og i fællesskab beslutter, hvilket tilbud patienten skal have.

Projektet er et samarbejde mellem Odense Kommune, de praktiserende læger og Odense Universitetshospital (Region Syddanmark). I første omgang koncentrerer man sig om to målgrupper. Dels en gruppe borgere i risiko for at blive ramt af stress, angst og depression. Dels den ældre medicinske patient, der er debuteret med en eller flere lidelser.

Mads Haugaard fortæller, at projektet skydes i gang i løbet af efteråret, så snart man har fået tilslutning fra et tilstrækkeligt antal praktiserende læger. Region Syddanmark har støttet projektet med godt 20 mio. kr.

Erfaringerne fra et lignende Shared Care-projekt i Nordvestlondon viser, at antallet af akutte indlæggelser faldt med 6,6 pct. hos de praktiserende læger, der deltog i projektet. Samtidig steg de akutte indlæggelser med 0,3 pct. i de lægepraksis, der ikke deltog i projektet.

”Situationen er stadig den, at regionerne har nedlagt alt for mange sengepladser alt for hurtigt, og at der er brug for betydeligt flere sundhedstilbud i kommunerne. Det kan f.eks. være sundhedscentre, akutpladser på plejeboligerne, akutteams i hjemmesygeplejen og flere sygeplejersker på plejecentrene,” siger Grete Christensen og fremhæver Region Nordjyllands nye sundhedshus.

”Det er vigtigt, at vi tør tænke nyt og prøve nye veje. Netop sundhedshuset i Aal-

borg er et rigtig godt eksempel på, hvordan vi via tværsektorielle projekter kan skabe sammenhæng i sundhedsvæsenet.”

Styrket sygepleje

Kommunerne er midt i budgetlægningen for 2014, men formanden for Kommunernes Landsforenings social- og sundhedsudvalg, Anny Winther (V), tør allerede nu love, at en del af de 300 mio. kr. vil blive brugt til at styrke sygeplejen og sikre bedre patientforløb.

► ”Kommuner og regioner må samarbejde om opgavevaretagelsen, så ingen opgaver/patienter kommer i klemme mellem sektorerne,” siger Anny Winther og tilføjer:

”De fleste kommuner har heldigvis allerede udskrivningskoordinatorer, så de kan holde snor i deres indlagte borgere og tage hånd om særligt sårbare borgere med komplekse problemstillinger, som har brug for en særlig indsats omkring udskrivelsen.”

KL anbefaler, at kommunerne sørger for at kompetenceudvikle deres sygeplejersker, så de kan indgå i de akutberedskaber, der på kommunalt niveau skal være med til at forebygge indlæggelser.

”Kommunerne kan med fordel etablere akutteams bestående af sygeplejersker og evt. læger, som kan rykke ud i borgernes hjem og måske yde en behandling, der kan forebygge indlæggelse. Dels have et akutberedskab, der kan modtage færdigbehandlede patienter, som udskrives fra hospitalet kl. 21 fredag aften, men som er for svage til at være i eget hjem. Det kan f.eks. ske i form af aflastningspladser på plejehjemmene. Derudover skal hjemmesygeplejen oprustes fagligt, så de bliver i stand til at opspore forværring hos f.eks. kroniske patienter. Det er vigtigt at undgå, at borgere med en kronisk sygdom ryger ind og ud af hospitalet,” siger Anny Winther.

Fra 98 til fem sundhedsaftaler

Som et led i økonomiaftalen mellem regeringen og regionerne skal der fremover kun være fem sundhedsaftaler – mod i dag 98 (én pr. kommune).

Millioner til sammenhæng

Ifølge økonomiaftalen med regeringen for 2014 skal Danske Regioner afsætte 250 mio. kr. næste år til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet. Tanken er, at pengene skal bruges til at afprøve nye samarbejdsprojekter dels mellem regioner og kommuner, dels mellem regioner og almen praksis. Samtidig har kommunerne fået 300 mio. kr. til at styrke den forebyggende og sundhedsfremmende indsats i kommunerne i 2014.

Formanden for Danske Regioner, Bent Hansen (S), fortæller, at de fem sundhedsaftaler forpligter regionerne til at have fælles kvalitet på tværs af kommunegrænser.

”Det betyder, at vi i fællesskab bliver enige om, hvilken rehabiliteringsindsats vi skal tilbyde patienter med forskellige kroniske sygdomme. Borgerne skal kunne være sikre på, at de får det samme tilbud, uanset hvor de bor,” siger han.

Når det gælder de 250 mio. kr. til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet, så er puljen allerede fordelt mellem de fem regioner. Og der er også sat navn på, hvad pengene skal bruges til i forbindelse med regionernes 2014-budgetter.

Bent Hansens egen Region Midt har f.eks. fået 55 mio. kr.

”Nogle af midlerne går til projekter, der går på tværs af hospitaler, kommuner og praktiserende læger. Vi vil skabe det sømløse sundhedsvæsen, hvor vi har fo-

kus på borgeren, uanset om han har brug for hjælp på hospitalet, hos kommunen eller hos egen læge. Vi ved, der kommer et udgiftspres i form af ny dyr medicin og nye behandlinger. Samtidig bliver vi flere og flere ældre, og antallet af kronisk syge borgere stiger. Vi er nødt til at tænke sundhed på en ny måde og forvalte de midler, vi har til rådighed i sundhedsvæsenet, mere fornuftigt. Det skal bl.a. ske ved at åbne hospitalerne op, så personalet fra sygehusene kan komme udenfor murene og sætte deres faglighed i spil. Kan vi f.eks. få specialuddannede sygeplejersker fra hospitalets lungemedicinske afdeling direkte ud og arbejde sammen med borgerne i borgernes eget hjem, kan vi være med til at forhindre unødvendige indlæggelser,” siger Bent Hansen. Han forudser, at sygeplejerskerne bliver den gruppe, der i størst omfang skal arbejde på kryds og tværs af sektorer.

I ”Bidrag til en ny sundhedspolitik” skriver Danske Regioner bl.a.: ”Konkret lægger regionerne op til et opgør med en række af de dogmer og styringsredskaber, der hidtil har præget sundhedsvæsenet”. Bent Hansen uddyber:

”Måske skal vi gentænke den måde, vi anvender de økonomiske ressourcer på i sundhedsvæsenet – dog uden at sygehusene direkte mister penge. Det er ikke altid en lige intelligent måde, vi tildeler pengene på. I øjeblikket udløser en genindlæggelse f.eks. en ny indtægt til hospitalet. Det ville jo være mere fornuftigt, hvis hospitalet blev belønnet for at fore-

bygge genindlæggelser. Overordnet set skal vi præmiere de indsatser, der giver bedst forløb og bedst ressourceudnyttelse. Altså kvalitet frem for kvantitet,” siger Bent Hansen, som også bebuder en aktiv indsats mod overbelægning.

Bent Hansen vil ikke love flere sengepladser, men siger:

”Flere regioner har meldt ud, at de vil gøre en indsats for at modvirke overbelægning på de medicinske afdelinger. De har på 2014-budgettet afsat penge til tiltag, der skal forebygge, at patienter kommer til at ligge på gangene. Her hos os i Region Midt har vi afsat 14 mio. kr. til effektive løsninger på området. Vi vil bl.a. styrke lægeressourcerne, så patienterne kan blive udredt med det samme. Opgaven vil blive løst forskelligt fra hospital til hospital, men opgaven er den samme. Nemlig at sikre patienterne et godt forløb.”

Ældre Sagen følger op

I Ældre Sagen vil man til stadighed holde øje med, om intentionerne i Den Nationale Handlingsplan for den ældre medicinske patient følges op i hverdagen på hospitalerne og i primærsektoren. Det fortæller seniorkonsulent i Ældre Sagen, Mirjana Saabye.

Handlingsplanen indeholder en række initiativer, som kan sikre øget sammenhæng for patienterne. Det gælder bredt fra tidlig opsporing af sygdom til behandling og opfølgning på tværs af kommune, region og praktiserende læge.

”Aftalen sikrer, at særligt svækkede patienter skal tilbydes en forløbskoordinator, der skal fungere på tværs af sygehus og kommune, og som følger særligt sårbare patienter på deres vej gennem sundhedsvæsenet. Sammen med individuelle forløbsplaner kan det forebygge, at patienter bliver kastebolde i sundhedssystemet. Et øget samarbejde mellem sektorerne skulle gerne mindske antallet af forebyggelige genindlæggelser. Kommuner og regioner har forpligtet sig til at overholde målene i handlingsplanen, og vi vil i Ældre Sagen løbende evaluere på planen og følge op på, om det sker,” siger Mirjana Saabye.

Minister: Syge borgere må ikke falde mellem to stole

I et svar til *Sygeplejersken* lover sundhedsminister Astrid Krag (SF) et øget samarbejde mellem sektorerne til gavn for patienterne.

I forbindelse med økonomiaftalen for 2014 er der afsat midler til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet. Hvordan kommer borgerne til at mærke det?

Astrid Krag:

”Det er ikke godt nok, når der ikke kommer styr på medicinen efter den ældre herre med diabetes og hjerteproblemer har været indlagt. Eller når den ældre dame med KOL og dårligt hjerte ender i en hospitalsseng, fordi hendes egen læge og den kommunale sundhedspleje ikke snakker godt nok sammen. Vi har muligheden for at gøre det bedre - og det skal blive bedre. Kommuner, regioner og almen praksis skal blive meget bedre til at samarbejde - med borgeren i centrum - så vi forhindrer, at syge borgere falder mellem to stole. Derfor fokuserer vi bl.a. på midler i økonomiaftalen med regionerne til, at man igangsætter flere samarbejder mellem region og kommune. Pengene skal understøtte de mål, som beskrives i de fem nye sundhedsaftaler, som skal indgås mellem regioner og kommuner, og til sidst munde ud i konkrete indsatser for f.eks. at begrænse antallet af genindlæggelser, eller at færdigbehandlede patienter ikke optager senge på sygehuse.”

Adressen er et plejecenter, men indsatsen er akut

Borgere, der kommer tidligt hjem fra sygehuset eller bare er midlertidigt svækkede, får et tværfagligt løft i Kerteminde Kommunes rehabiliteringsenhed i Munkebo.

Tekst **Kirsten Bjørnsson** • Foto **Nils Lund Pedersen**

Karen Margrethe Høj-Jensen har fået det ene ben amputeret pga. diabetes. Hun skal være tryk ved at komme hjem igen, og det overordnede mål for hendes ophold i rehabiliteringsenheden på Lindhøj Plejecenter i Munkebo er, at hun selvstændigt kan klare forflytning fra seng til stol og modsat.

I dag har sygeplejerske Louise Kornbek tilset det bensår, som har forlænget Karen Margrethe Høj-Jensens ophold, så hun nu har været i enheden i over to måneder. Derfor giver hun også en hånd, da Karen Margrethe Høj-Jensen bagefter skal over i sin kørestol. En af enhedens to ergoterapeuter har udarbejdet en individuel forflytningsvejledning, så sygeplejersker og plejepersonale kan støtte korrekt.

På denne måde deltager de i al træning, hvad enten det er ADL-træning, styrketræning eller træning af kognitive funktioner. Træningsplanerne lægger ergoterapeuterne og den fastansatte fysioterapeuter, men det foregår i samråd med borgere, pårørende, sygeplejersker og plejepersonale.

”Og den fornemste hjælp, vi kan give, er faktisk at holde hænderne i ro og lade borgerne selv gøre det, de kan,” siger Louise Kornbek.

Fast screening ved ankomst

Tendensen til, at borgerne kommer tidligere og tidligere hjem fra sygehuset, er baggrunden for, at kommunen i 2010 erstattede de spredte aflastningspladser på plejecentrene med en rehabiliteringsenhed. Der er 17 pladser, men der er planlagt en udvidelse til 28. Næsten alle borgere har brug for både træning og ernæring, men enheden er også meget opmærksom på alkohol, som ikke så sjældent er en baggrundsfaktor, f.eks. i forbindelse med fald. Derfor er både ernæ-

ringsscreening og alkoholscreening fast ved ankomsten af en ny borger.

De to sygeplejersker i enheden deltager i personlig pleje, når der er særlige komplekse sygeplejerskeopgaver. De underviser assistenter og social- og sundhedshjælpere, de har det overordnede ansvar for at koordinere forløbene, og de har kontakten til visitator, sygehusafdelinger og ambulatorier, egen læge og til de hjemmesygeplejersker, der skal tage over, når borgeren kommer hjem.

Denne formiddag kan Louise Kornbek f.eks. lægge sidste hånd på aftalerne om transport og ledsagelse af en borger, der skal overflyttes til neurologisk afdeling i Viborg. Og ankomsten af to nye borgere i morgen skal planlægges.

Det tætte samarbejde mellem faggrupperne betyder, at enheden kan sætte meget hurtigt og koncentreret ind på alle områder, hvor borgeren har behov. Hvad enten problemet er tryksårsrisiko, en hverdag, der mangler struktur, en gangfunktion, der skal genoptrænes efter et brud, eller utryghed hos en terminal cancerpatient, der på sigt skal hjem.

”Vi har en akutfunktion med et flow, men vi har også tid til at komme omkring det hele menneske, både fysisk, psykisk og socialt,” siger Louise Kornbek.

Din bedste oplevelse for nylig?

”Det var den overflytning af en borger, som jeg arrangerede i går, til specialiseret træning i Viborg. En søster havde tid til at ledsage hende, der var transport på det rigtige tidspunkt, og sygehusafdelingen var klar til at tage imod. Alt klappede.”



Karen Margrethe Høj-Jensen har et bensår, der giver problemer. Derfor trækker det ud med at komme hjem.



Social- og sundhedsassistent Vivi Mørk (th.) fører tavlen ajour. Farvede knapper viser, om der er lagt plejeplan, udarbejdet forflytningsvejledning, ernæringscreenet og alkoholscreenet.



Sygeplejerske Louise Kornbek er en af to faste sygeplejersker i rehabiliteringsenheden, der også har to ergoterapeuter og en fysioterapeut ansat.



Sygeplejerske Louise Kornbek har fået en forløbsplan fra sygehuset på en borger, der kommer i morgen. Nu diskuterer hun hjælpemidler til borgeren med ergoterapeut Rikke Ipsen.

Sygeplejerskerne står for medicinafstemning, mens assistenterne normalt hjælper borgerne med medicinindtagelsen. Men Louise Kornbek havde et andet ærinde hos denne borger og kan lige hjælpe.



Ergoterapeut Henriette Gommesen og Louise Kornbek på vej til en planlægningssamtale med en ny borger og den assistent, der er hans kontaktperson. Hustruen er desværre forhindret.

Penge er stopklods for specialuddannelse

Regionerne ønsker, at flere sygeplejersker får en specialuddannelse i psykiatrisk sygepleje, men økonomien står i vejen. Afdelingerne har ikke råd til at undvære mere personale, lyder det fra oversygeplejerskerne.

Tekst **Andreas Rasmussen**

Fra både politikere, arbejdsgivere og ansatte er der ønske om, at flere sygeplejersker får specialuddannelsen i psykiatrisk sygepleje. Men trods de gode intentioner bliver kun få sendt afsted på den etårige videreuddannelse. Lave normeringer betyder nemlig, at sygeplejerskerne ikke kan undværes på afdelingerne.

“Den største hindring er, at det er relativt dyrt at sende en sygeplejerske afsted i et år. Vi får et tilskud til uddannelsen, men det dækker ikke både udgiften til uddannelsen og vikar. Det er målsætningen at sende en sygeplejerske afsted på uddannelsen hvert år, men pga. økonomien lykkes det ikke altid,” fortæller Inge Voldgaard, lederen af oversygeplejerske på Risskov.

Nogle steder får afdelingerne dækket hele udgiften til en vikar, mens en sygeplejerske tager specialuddannelsen, mens de andre steder må afholde dele af eller hele udgiften selv.

Specialuddannede gør en forskel

På afdelingerne vil man meget gerne have flere sygeplejersker med specialuddannelsen.

Store regionale forskelle

Der er store forskelle på, hvor mange sygeplejersker der har fået specialuddannelsen i psykiatrisk sygepleje fra region til region. Topscorerne er Nordjylland og Syddanmark, hvor 21 pct. af sygeplejerskerne i psykiatrien har uddannelsen. For Midtjylland er det 17 pct., Sjælland 14 pct. og Hovedstaden ligger sidst med kun 10 pct.

“De kan udøve sygepleje på et højere og mere komplekst niveau. Når de kommer tilbage fra uddannelsen er de med til at kickstarte og understøtte den udvikling, der sker på afdelingen. De løfter det faglige niveau og fungerer som rollemodeller og underviserer for deres kolleger,” siger Susie Petersen, som er ledende oversygeplejerske i Psykiatrien Vest i Slagelse.

Generelt vurderes det, at 50 pct. af sygeplejerskerne på en psykiatrisk afdeling skal have specialuddannelsen for at sikre, at der på alle tider af døgnet er minimum én sygeplejerske til stede med specialkompetencerne.

Politikerne må finde ressourcerne

Hos Dansk Sygeplejeråd er der ikke tilfredshed med, at det går så langsomt med at få sendt sygeplejerskerne afsted på specialuddannelsen.

“Vi har et ønske om, at halvdelen af sygeplejerskerne i psykiatrien skal have uddannelsen i 2020, altså om syv år, men med det nuværende tempo vil det tage minimum 23 år,” siger Dorte Steenberg, næstformand i Dansk Sygeplejeråd.

Hun fortsætter:

“Den store stopklods lige nu er, at afdelingerne er underbemandede og simpelt hen ikke kan undvære personale. Derfor må politikerne finde ressourcer til, at normeringen kan justeres op, så vi kan nå målet. Det er i både patienter, pårørende og personalets interesse, at sygeplejerskerne er så godt klædt på som muligt til jobbet,” siger hun.

I starten af oktober offentliggjorde regeringens Psykiatriudvalg sine anbefalinger til fremtidens psykiatri. Læs mere på www.dsr.dk > nyheder > DSR: Brug af tvang skal halveres

Artikelserie om psykiatrien

Henover efteråret bringer fagbladet *Sygeplejersken* en artikelserie om forholdene i psykiatrien. Artikelserien vil bl.a. indeholde historier om lighed i sundhed og sammenhæng i patientforløb, lave normeringer som hindring for efteruddannelse og behovet for mere forskning, der kan give patientnære forbedringer.

Serien tager udgangspunkt i Dansk Sygeplejeråds udspil “Vejen mod en bedre psykiatri”.

Læs hele psykiatriudspillet på www.dsr.dk/psykiatriudspil

Uddrag af Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensens kalender.

**21. oktober**

- Møde med Diabetesforeningen, København

24. oktober

- Generalforsamling Kreds Midtjylland, Silkeborg Sportscenter, Silkeborg

25. oktober

- Politisk forhandling med Praktiserende Lægers Arbejdsgiverforening, PLA, København

29. oktober

- Møde med FTF forretningsudvalg og LO's daglige ledelse, LO, København

30. oktober

- Bestyrelsesmøde i Lån & Spar, København

31. oktober

- Fagdag for sygeplejersker i Aarhus Kommune, afdelingen for Sundhed og Omsorg, Aarhus

1. november

- Konferencedag om barselsomsorg, Torvehallerne, Vejle

4. november

- Medlemsmøde i Kreds Nordjylland "Perspektiver i fagbevægelsen"

11. november

- SSN web-styremøde, Kvæsthuset, København
- Lægedage 2013, Bella Center

12. november

- Møde i rådgivningsudvalg Den Danske Kvalitets Model, DDKM

13. november

- Repræsentantskabsmøde CO10, Tivoli Congress Center

14. november

- Bestyrelsesmøde i Ulandssekretariatet, København



Det bedste af Israel

Fra Jerusalems helligdomme til Det Døde Hav, klippefæstningen Masada og livsnyderi i Tel Aviv – med dansk rejseleder, 8 dage.

Rejsen er en kavalkade af bibelhistorie, korsridderbyer og storslåede ørkenlandskaber. I Jerusalem besøger vi Grædemuren, i Det Døde Hav mærker vi vægtløsheden, og i Tel Aviv tager vi pulsen på det moderne Israel. Som noget helt særligt besøger vi Hadassahospitalet med de berømte og farvestrålende Chagall-vinduer, og vi stifter desuden bekendtskab med homøopatisk behandling, som er meget udbredt i Israel, og som bl.a. bygger på princippet om, at lige skal behandles med lige.

Dagsprogram

- Dag 1 Til Tel Aviv og videre til Jerusalem.
- Dag 2 Jerusalems gamle bydel: Grædemuren, Tempelbjerget, Via Dolorosa samt Knesset.
- Dag 3 Fødselskirken i Betlehem og Jerusalems nye bydel m. holocaust-mindesmærket Yad Vashem samt hospitalsbesøg.
- Dag 4 Grotterne i Qumran, klippefæstningen Masada, svømmetur i Det Døde Hav.

- Dag 5 Romerske ruiner i Cæsarea, Bebudelseskirken i Nazaret, "mirakel-rundtur" ved Geneseret Sø.
- Dag 6 Kibbutz, korsridderbyen Akko, Bahai-haven i Haifa.
- Dag 7 Livsnyderi i Tel Aviv.
- Dag 8 København.

Rejsedato: 17.-24. november 2013

Pris kr. 10.998,-

Single tillæg kr. 1.990,-

Prisen inkluderer

- Dansk rejseleder
- Fly København – Tel Aviv t/r m. SAS
- Udflugter jf. program
- Indkvartering på mellemklassehoteller i delt dobbeltværelse
- Halvpension
- Skatter og afgifter

Bestilling og information

Tlf.: 3698 9898

Mail: grupper@albatros-travel.dk

www.albatros-travel.dk/

sygeplejersken

Rejsekode LR-SYG

Skadestuerne kæmper med dårligt arbejdsmiljø

59,5 pct. af sygeplejerskerne på landets skadestuer har oplevet, at forsvarlig sygepleje var under pres pga. arbejdsmiljøet. Det viser en rapport fra Dansk Sygeplejeråd.

Tekst **Pelle Lundberg Jørgensen**

Mere end halvdelen af sygeplejerskerne på landets skadestuer advarer om, at arbejdsmiljøet nu er blevet så dårligt, at det rammer kvaliteten i behandlingen og dermed også patienterne. Det fremgår af rapporten "psykisk arbejdsmiljø blandt sygeplejersker" foretaget af Dansk Sygeplejeråd.

Charlotte Rahbek er ledende oversygeplejerske på Bispebjerg Hospitals akutmodtagelse. Hun er godt klar over, at arbejdsmiljøet på skadestuen er belastet. Dette er dog et vilkår, når man arbejder med psykisk syge, bandeopgør og fulde eller stofpåvirkede patienter, fortæller hun:

"Sygeplejersker har brug for anerkendelse gennem at gøre et godt fagligt stykke arbejde og prioritere god sygepleje til de syge. Derfor kan det godt være svært at stå med vrede og aggressive patienter. Det er ikke godt for arbejdsmiljøet."

Udover den umiddelbare anerkendelse via patienterne omfatter anerkendelsen også ledelsens håndtering af sygeplejerskernes arbejde i hverdagen. Det er Charlotte Rahbek opmærksom på.

"Vi arbejder med kompetenceudvikling, dialog og tilbagemelding. Ledelsen skal være nærværende, og sygeplejerskerne skal

blive "hørt, set og forstået". Der skal handles på det, de siger og gør," fortæller hun.

Sociolog og dr.med. Tage Søndergård Kristensen, som står bag rapporten, understreger, at skadestuerne udover anerkendelsen også har en lang række andre områder at tage fat på:

"Skadestuerne ligger i den dårlige ende, hvad angår arbejdsmængde, tempo, indflydelse, forudsigelighed, rollekonflikter, anerkendelse, ledelseskvalitet, feedback og social kapital."

For mange forandringer

Tage Søndergård Kristensen fortæller, at særligt to områder har været med til at skabe det dårlige psykiske arbejdsmiljø på skadestuerne:

"Skadestuerne har været genstand for langt flere forandringer i form af omlægninger og nedskæringer end de andre områder, hvor sygeplejersker arbejder. Samtidig ligger de lavest af alle med hensyn til forudsigelighed, altså informationer om, hvad der skal ske fremover," forklarer han.

Og netop forandringerne og hyppig omorganisering har haft stor negativ betydning, mener næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Dorte Steenberg:

"Når der gennemføres omfattende ændringer på afdelingerne, og arbejdsmængden for den enkelte sygeplejerske bare stiger og stiger, så er der stor risiko for, at det går ud over fagligheden og kvaliteten," konstaterer hun og kalder situationen uacceptabel:

"Hverken patienter eller medarbejdere kan være tjent med de forhold."

Charlotte Rahbek er enig i, at man skal arbejde på at få hævet niveauet på Akut-

modtagelsen for at forbedre arbejdsmiljøet på skadestuen. I forvejen forsøger de på Bispebjerg Hospitals akutmodtagelse at forberede sygeplejerskerne på eventuelle forandringer og ruste dem til jobbet, der også indeholder en stor portion uforudsigelighed. Det sker gennem voldsforebyggelses- og kommunikationskurser. Men samtidig erkender hun, at man ikke ændrer arbejdsmiljøet fra den ene dag til den anden:

"Det er en vej brolagt med mange sten. Læringsprocessen skal blomstre, patientsikkerheden og fagligheden skal endnu højere op."

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

Psykisk arbejdsmiljø blandt sygeplejersker

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

” Når man skal bruge mere og mere tid foran en computerskærm med at indberette, hvad man har lavet det ene minut og det andet minut, så bliver der selvfølgelig mindre tid til omsorgen og samværet med de ældre.

Socialordfører Thyra Frank (LA) i en pressemeddelelse den 30. september



SØGES
DYGTIGE SYGEPLEJERSKER

FINDES
SPÆNDENDE JOBS
SJOVE UDFORDRINGER
SØDE SVENSK KOLLEGER

Øresunddirekt hjælper dig med reglerne når du vil arbejde i Sverige.



oresunddirekt
oresunddirekt.dk/sygeplejerske

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

Pssst!
Fjerner ørevoks!
Enkelt og effektivt



NYHED
Praktisk
spray

Vaxol er en unik og længe ventet nyhed. Endelig er det blevet enkelt at holde ørerne rene på en sikker og naturlig måde. Vaxol indeholder farmaceutisk rensed olivenolie med antibakterielle og fugtbevarende egenskaber.

5 gode grunde til at vælge Vaxol:

- Opløser ørevoks enkelt og effektivt
- Forebygger vokspropper
- Unik pumpe for rigtig dosering
- Nem håndtering for ældre
- Kan bruges af både børn og voksne

Vaxol fås på apoteket, Matas,
Audionova Hørecentre, Hørecentre A/S

Få flere oplysninger på www.vaxol.dk



FJERNER ØREVOKS ENKELT OG EFFEKTIVT



ABIGO Pharma A/S - Kundeservice: 4649 8676

5%
på din lønkonto



**Er du
studerende?**
Tjek
studiekonto.dk/dsr

Få Danmarks højeste rente på din lønkonto

Som medlem af DSR kan du få en lønkonto med Danmarks højeste rente. Vælg en bundsolid bank, som har fokus på dig og de ting, som du synes er vigtige.

Få en lønkonto med 5% i rente.

Danmarks suverænt højeste

Med LSBprivat®Løn får du hele 5% på de første 50.000 kr. på din lønkonto og 0% på resten. Det betyder, at du får mere ud af dine penge hver eneste dag, også når du ikke bruger dem.

For at få den høje rente skal du være medlem af DSR, have afsluttet din uddannelse - og du skal samle hele din privatøkonomi hos Lån & Spar. Undtaget er dit realkreditlån, som du ikke behøver at flytte, før du lægger lånet om.

Ændringer af eksisterende og evt. nye realkreditlån skal formidles gennem Lån & Spar og Totalkredit. LSBprivat®Løn er en del af en samlet pakke af produkter og services. Vi skal kunne kreditvurdere din økonomi i forhold til den samlede pakke.

Rentesatserne er variable og gældende pr. 1. august 2013. Hvis du allerede er kunde hos Lån & Spar, så kontakt din rådgiver og hør, hvordan du får 5% i rente på din lønkonto.

SÅDAN FÅR DU 5% PÅ DIN LØNKONTO

Ring: Ring til os på 3378 1927

Online: Gå på dsrbank.dk og vælg 'book møde'. Så kontakter vi dig, så du kan få mere at vide om, hvad det betyder at få Danmarks højeste rente på din lønkonto.

Lån & Spar Bank A/S, Højbro Plads 9-11, 1200 København K, Cvr.nr. 13 53 85 30



lån & spar

din personlige bank

SLS kårer årets kliniksted

Sygeplejestuderendes Landssammenslutning SLS vil igen i år fremhæve det bedste sted for de studerende at tilbringe kliniktiden.

Sygeplejestuderende, som oplever, de har haft en fantastisk vejleder, har været på en afdeling med et godt studiemiljø, har oplevet et særligt stort uddannelsesfokus eller i det hele taget bare har haft en rigtig god oplevelse, mens de har været i klinik, kan indstille stedet til Årets Kliniksted.

SLS kårer vinderen ud fra kriterier som god klinisk vejledning, godt studiemiljø, fokus på uddannelse og gode læringsmuligheder, og vinderen af Årets Kliniksted modtager SLS' æresdiplom og kage til hele afdelingen.

Ud af alle indstillingerne nomineres fem steder, som kommer til afstemning blandt medlemmerne af SLS.

Medlemmer af SLS, som vil deltage i udpegningen, skal senest den 1. november lave en kort beskrivelse af klinikstedet med en begrundelse for, hvorfor det er lige netop det kliniksted, der skal vinde titlen som årets bedste kliniksted, og sende den til sls@dsr.dk

De medlemmer, som indstiller et kliniksted, er med i lodtrækningen om en tur i biografen inkl. en tur på café for dig og en ven.

Kåringen af Årets Kliniksted finder sted tirsdag den 10. december.

inpraxis

SYSTEMISK OG NARRATIV TEORI OG PRAKSIS

inpraxis tilbyder:

Konsulentuddannelser

Tværfaglige praksisuddannelser

Supervisor- og coachuddannelser

Supervisionsgrupper og andre grupper

Læs mere om os på www.inpraxis.dk

Cand. psych. Annette Mortensen

Cand. psych. Ane Wermer

Cand. pæd. psych. Dorte Nissen

Ma. i retorik, sygeplejerske Dorte Lund-Jacobsen

Cand. psych. Thilde Westmark

Systemisk

Narrativt

Konkret

inpraxis

DSR I MEDIERNE

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

Sygeplejersker advarer Thorning mod tom snak

I sin åbningstale i Folketinget understreger statsminister Helle Thorning-Schmidt, at regeringen vil opprioritere psykiatrien. "Når statsministeren nu lover markante forbedringer uden samtidig at sende penge med, så er der en stor risiko for, at det ender i tom snak, og det bliver de psykisk syge ikke raske af," siger Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd, til Berlingske Nyhedsbureau.

Udlicitering er uden gevinst på velfærdsområderne

Regeringen har forenklet reglerne for udlicitering af kommunens opgaver. Kristina Robins, næstformand i Dansk Sygeplejeråd Kreds Hovedstaden, slår i et debatindlæg fast, at øget udlicitering på bløde velfærdsområder som f.eks. hjemmesyge-

pleje kan blive en dyr fornøjelse og betyde dårligere kvalitet for borgerne. Komplekse plejebestanden stiller krav om en stor, fleksibel indsats og et højt fagligt specialiseret niveau i kommunerne. Det sker bedst og mest kvalificeret i offentligt regi, skriver hun i Arbejderen.

Tvungen genoplivning af ældre er ikke værdig

På landets plejehjem er personalet tvunget til at forsøge genoplivning i tilfælde af hjertestop, selv om den ældre ikke ønsker det. "Det er ikke værdigt, når den ældre har frabedt sig genoplivning, ikke mindst fordi de svageste ældre sjældent overlever," siger Dorte Steenberg, næstformand i Dansk Sygeplejeråd, til Radioavisen på P1.

SILENTIA SKÆRMSYSTEM

Optimal hygiejne & fleksibel funktion



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

hstd

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

EasyClean™
Let at rengøre

EasyReturn™
Let at folde sammen og trække ud

EasyClick™
Mobil eller fast monteret



SKÆRMER AF UDEN AT LUKKE INDE

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



BackUp Helsepersonell

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

Norge trenger deg!

- reis med BackUp Helse du også.

Vi søker:

- Sykepleiere
- Helsefagarbeidere
- Sykepleierstudenter
- Medisinstudenter
- Odontologisk personell

Vi tilbyr:

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

Lønnsutbetaling hver 14. dag

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

* Kontakt oss for mer info om betingelser!



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

www.backup-helse.no

BackUp[®]
Helsepersonell

- ALLTID DER -

Vold mod ansatte giver sjældent erstatning

Selv om mange bliver udsat for vold på arbejdet, er det ofte næsten umuligt at få erstatning. Helt urimeligt, mener Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen.

Tekst **Mads Krøll Christensen**

Korporligheder. Folk, der bliver udsat for vold i deres fritid, kan oftest regne med at få tilkendt erstatning. Men hvis det samme sker på arbejdspladsen giver det sjældent erstatning. Det viser en rapport fra Advokatfirmaet Elmer og Partnere, skriver ftf.dk.

”Som udgangspunkt vil man altid få udbetalt erstatning, hvis man bliver udsat for vold. Men det gælder ikke, hvis du bliver udsat for vold på din arbejdsplads. Her vil den ansatte ofte kun få erstatning, hvis gerningsmanden har en ansvarsforsikring, der dækker - eller hvis Erstatningsnævnet vurderer, at volden udgør en overtrædelse af straffeloven,” forklarer Søren Kjær, der er partner i advokatfirmaet, til ftf.dk.

Søren Kjær pointerer, at den voldsramte kan lægge sag an mod voldsudøverne. Men det har de ansatte sjældent lyst til, da voldsudøverne ofte er demente i pleje, psykisk syge eller utilpassede børn, der sjældent bevidst ønsker at skade den ansatte, og som den ansatte ikke har lyst til at ruinere.

Helt uacceptabelt

Formand for FTF's Arbejdslivsudvalg og for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, kalder det helt urimeligt, at eksempelvis en sygeplejerske, som udsættes for vold på jobbet, stilles væsentligt ringere, end hvis vedkommende havde været udsat for en skade, hvor eksempelvis arbejdsgiveren var ansvarlig.

”Vi ser flere og flere sager, hvor de ansatte ikke får den erstatning, de skal have, når de har været udsat for vold på deres arbejde. Det er helt uacceptabelt. Det kan ikke være sådan, at de mennesker, vi har ansat til at passe på de svageste i vores samfund, ikke er omfattet af en ordentlig forsikringsordning, der kan beskytte dem mod økonomiske tab efter en arbejds-skade som følge af vold. Det skal der findes en politisk løsning på,” siger Grete Christensen til ftf.dk.

Undersøgelser fra Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø peger på, at ca. seks procent af alle ansatte bliver udsat for vold mindst en gang om året.

Rapporten fra Advokatfirmaet Elmer og Partnere bliver fremlagt på en høring om erstatning til ofre for vold på arbejdspladsen, som blandt andre FTF afholder den 10. oktober på Christiansborg. Høringens formål er at skitsere løsninger til, hvordan man fremover kan sikre erstatning til ansatte, der har været udsat for vold på jobbet.

Læs mere på ftf.dk

De europæiske sygeplejersker har fået ny formand

Tekst **Mads Krøll Christensen**

Ny formand for Den Europæiske Sammenslutning af Sygeplejersker (EFN) er finske Marianne Sipilä. Det står klart efter et kampvalg ved EFNs halvårslige generalforsamling, der løb af stablen i den makedonske hovedstad Skopje torsdag og fredag i sidste uge.

”Sundhed og social omsorg står over store ændringer i Europa og i hele verden. Der er nu mere end nogensinde behov for, at sygeplejersker giver deres input til udviklingen af europæisk sundhedspleje og sygepleje. Derfor vil det være min prioritet at sikre, at EFN er en stærk aktør i udviklingen af det europæiske sundhedsvæsen,” siger Marianne Sipilä.

I Dansk Sygeplejeråd glæder formand Grete Christensen sig over valget af Marianne Sipilä.

”Sammen med de øvrige nordiske lande støttede vi Mariannes kandidatur (Marianne Sipilä var i kampvalg mod en kandidat fra Portugal, red.). Jeg er helt sikker på, at Marianne bliver en aktiv og fremsynet formand for EFN,” siger Grete Christensen, der selv var formand for de europæiske sygeplejersker fra 2007 til 2010.

Generalforsamlingen i Skopje er EFNs nioghalvfemsindstyvende af slagen.

Temadag hos Protac

Underviser Kirsten Godtfredsen MHP, sygeplejerske og konsulent, Masterclass på Demensområdet holder oplæg om:

”Motorisk uro hos mennesker med svære demenssygdomme; omgivelsernes indflydelse”

Motorisk uro hos mennesker med svær demens er ofte et udtryk for, at individets evne til at opfatte og forstå sanseindtryk fra omgivelserne er brudt sammen. Det er derfor vigtigt, at personalet har forståelse for baggrunden for uroen og kender de redskaber, som kan have indflydelse på forløbet. Det drejer sig eksempelvis om kommunikation, planlægning og de fysiske rammer.

Kaffe og kage. Præsentation af nye produkter til mennesker med demens samt de nye modeller af Protac Kugledynen™

Tid Onsdag den 27. november 2013, kl. 12.30 – 16.30

Sted Radisson Blue, Limfjord Hotel – Plenumsal Ved Stranden 14 – 16, 9000 Aalborg

Tilmelding Senest den 20. november 2013 til protac@protac.dk

Venligst oplys navn, arbejdssted, mail og tlf. nr for hver deltager.

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



OBS!
Det er gratis at deltage på temadagen

PROTAC®
INTEGRATING SENSES



Calmita

Udviklet til at støtte den orale udvikling ved madning

Forskningsbaseret løsning der støtter udvikling af den orale motorik ved amning og madning

Sammen med Symphony brystpumpen og Preemie[®] initieringskortet, er Calmita en væsentlig del af Medelas løsning til hospitaler, for at støtte og beskytte amning.
www.medela-calmita.com



medela 



Vil du være en del af en succes?
Er du fagligt velfunderet, dygtig og engageret?
Brænder du for at være med til at gøre en forskel?

Se vores tre nye stillingsopslag på
www.vendlet.dk

Følg os på:



Se mere på:
www.vendlet.dk

Kontakt os på:
Tlf: 9631 0050



Kontakt John på 20201118
jcl@vela.dk og afprøv gratis

INVESTER I JERES HELBRED

STØRSTE UDVALG AF ERGONOMISKE STOLE TIL HOSPITALER

GRATIS OG UFORPLIGTIGENDE

Afprøv vores ergonomiske special stole helt gratis og uforpligtigende. Vi har stole specielt udviklet til fx. mammografi, audiologi, radiologi, kirurgi, ultralyd, laboratorier... Eller bare til at sidde på.

40% af alle sygedage på engelske hospitaler skyldes ryg- og skulder smerter.



WWW.VELA-MEDICAL.COM



Afdelingssygeplejerske på Medicinsk Afdeling M32 ved Glostrup Hospital Marianne Bech Larsen (tv.) fortæller Grete Christensen (mf.) om samarbejdet mellem afdelingen og socialsygeplejerske Tine Dideriksen (th.).



Socialsygeplejerskerne er en støtte for patienterne og en aflastning for personalet, fortæller sygeplejerske Nina Brünés, som er idémanden bag socialsygeplejerskeordningen i Region Hovedstaden. Nina Brünés er faglig konsulent for ordningen.

Socialsygeplejerskeordningen er det

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

Socialsygeplejersker sikrer, at socialt udsatte gennemfører deres behandling på hospitalet, men ordningen eksisterer kun i Region Hovedstaden. Dansk Sygeplejeråd vil have ordningen gjort landsdækkende. Formanden så den i funktion.

Gennemsnitsalder ved død: 39,6 år. Antal diagnoser pr. patient: 13,7. Det er typiske kendetegn for de patienter, som socialsygeplejerske ved Glostrup Hospital, Tine Dideriksen, arbejder med. De er ofte hjemløse, misbrugere og psykisk syge, som er blevet indlagt med somatiske sygdomme på hospitalet.

"Hver formiddag går jeg en runde på hospitalets forskellige afdelinger for at høre, om der er patienter eller personale, der har brug for min hjælp. Sommetider ringer afdelingerne også efter mig. Det sker oftere og oftere, efterhånden som personalet finder ud af, hvad de kan bruge mig til," fortæller Tine Dideriksen, der begyndte som socialsygeplejerske på Glostrup Hospital 1. maj i år.

Denne formiddag i september har Tine Dideriksen fået følgeskab af Dansk Sygeplejeråds formand, Grete Christensen.

"Jeg har hørt og læst meget om ordningen, som vi i DSR mener skal være landsdækkende. Derfor vil jeg gerne se den i praksis," siger Grete Christensen.

Tæt samarbejde med kommunerne

De to sygeplejersker går ind på akutklinikken ved medicinsk afdeling, hvor der ifølge Tine Dideriksen ofte er patienter i socialsygeplejerskens målgruppe. Og ganske rigtigt. Efter et kort visit på afdelingens kontor møder Tine Dideriksen dagens første patient.

Der er tale om en midaldrende kvindelig misbruger, som skal udskrives til viderebehandling i sin hjemkommune. Sammen med patienten sætter Tine Dideriksen, Grete Christensen og patientens kommunale støtteperson sig ind i afdelingens samtalerum og taler det videre forløb igennem.

"Vi har et tæt samarbejde med de kommunale konsulenter, og vi kender de mange tilbud, der er i det kommunale system, når patienterne udskrives. Det er vigtigt, at patienterne ikke falder ned mellem to stole," fortæller Tine Dideriksen efterfølgende.

Lighedsambassadør

Dansk Sygeplejeråds formand, Grete Christensen, blev i sommer udnævnt til lighedsambassadør af minister for sundhed og forebyggelse, Astrid Krag (SF). Som lighedsambassadør vil Grete Christensen bl.a. arbejde for at udbrede kendskabet til socialsygeplejersker. Læs mere på www.lighedsambassadør.dk

Udover de socialt udsatte patienter har også hospitalets sygeplejersker gavn af socialsygeplejersken.

"Det har lettet meget, at Tine er startet på hospitalet. Det er en hjælp for personalet på afdelingen, at vi kan kontakte hende og gøre brug af hendes kompetencer," fortæller afdelingssygeplejerske ved medicinsk afdeling, Marianne Bech Larsen.

Uforsonlig, hård tone

Idéen til ordningen med socialsygeplejersker kommer fra tidligere gadesygeplejerske Nina Brünés, som i dag er faglig konsu-



Socialsygeplejerske Tine Dideriksen (th.) i samtale med afdelingssygeplejerske ved Akutklinikken på Glostrup Hospital, Vena Marie Brauner (tv.). Hver dag går Tine Dideriksen en runde på hospitalet for at se, om der er patienter eller personale, som har brug for hendes hjælp.

gode eksempel

lent for socialsygeplejerskerne i Region Hovedstaden og også til stede under Grete Christensens besøg. Som gadesygeplejerske oplevede Nina Brünés ofte, at indlæggelsesforløb for socialt udsatte kørte af sporet pga. konflikter mellem patient og personale.

"Konflikterne resulterede ofte i, at den socialt udsatte patient blev udskrevet, før han eller hun var færdigbehandlet," fortæller Nina Brünés og understreger, at tonen tit var gensidigt hård og uforsonlig:

"Personalet manglede ganske enkelt viden og redskaber til at tackle patientgruppen. Det er en gruppe, som på mange måder er utrolig kompleks. De er multisyge, de har en lang række sociale problemer, de nærer mistillid til systemet, og de er vanskelige at smertelindre og abstinensbehandle."

Nina Brünés forklarer, at socialsygeplejerskernes hovedopgave er, at patienten ikke bare gennemfører sit behandlingsforløb, men at forløbet også bliver værdigt. Midlerne er at bygge bro mellem patient og personale og mellem patient og kommune.

"Det er vigtigt at understrege, at de dårlige erfaringer går begge veje. Både de socialt udsatte og personalet er utrygge, usikre og nogle gange bange ved de situationer, der opstår. Socialsygeplejersken er en støtte for patienten og en aflastning for personalet."

Bør gøres landsdækkende

Ordningen med socialsygeplejersker findes kun i Region Hovedstaden. Og det er ikke godt nok, mener Grete Christensen.

"Der er ingen tvivl om, at socialsygeplejerskerne fremmer lige adgang til sundhed. De er også et stort aktiv for hospitalspersonalet og er med til at sikre sammenhængen i sundhedsvæsenet med deres store kendskab til de kommunale tilbud, som de gør brug af ved udskrivning," siger Grete Christensen og fortsætter:

"Ordningen skal gøres landsdækkende. Det er ikke kun i hovedstadsområdet, der findes socialt udsatte. Sundhedspersonalet på alle landets hospitaler bør kunne gøre brug af socialsygeplejerskernes kompetencer. Og socialt udsatte bør få samme

tilbud i hele landet. Det er en sag, som jeg vil tage op med politikerne."

I dag er der ansat socialsygeplejersker på henholdsvis Hvidovre Hospital, Glostrup Hospital, Herlev Hospital, Nordsjællands Hospital, Rigshospitalet og Bispebjerg Hospital.

Læs mere om addiktiv sygepleje hos *Fagligt Selskab for Addiktiv Sygepleje* på www.dsr.dk/fs

Vis formanden din arbejdsdag

Dansk Sygeplejeråds formand, Grete Christensen, besøger et bredt udsnit af sygeplejerskernes arbejdspladser og følger en sygeplejerske i løbet af hendes eller hans arbejdsdag. Hvis du kunne tænke dig, at Grete Christensen følger dig i dit arbejde, så send en mail til redaktion@dsr.dk

Eva Hoffmann er 40 år og har været ansat på UC Syddanmark siden 2001. Hun blev lektor i 2008. Eva Hoffmann blev sygeplejerske i 1996. Herefter arbejdede hun i fem år på kirurgisk afdeling på Sønderborg Sygehus. Eva Hoffmann har en diplomuddannelse i sygepleje fra 2001, hun blev master i klinisk sygepleje i 2006 og certificeret coach i 2008.



Pytmusklen må ikke overtrænes

”Sygeplejersken skal lære at sige pyt”, sådan lyder den iøjnefaldende overskrift på en artikel i Sygeplejersken nr. 8/13. Artiklen tager afsæt i en ny rapport om sygeplejerskers psykiske arbejdsmiljø, og overskriften refererer til et godt råd til alle sygeplejersker: ”Lær at sig pyt”.

Som eksponent og ivrig fortaler for takterne i positiv psykologi og for devisen om at betragte glasset som halvfildt og ikke halvtomt kan jeg som udgangspunkt kun hejse flaget og hylde det enkle og potente råd. I sin grundform er ambitionen om, at sygeplejersken, efter endt arbejdsdag, skal være glad for alt det, hun nåede, og ikke sørge over alt det, hun ikke nåede, helt fantastisk. Og så alligevel ikke. Lad os forestille os, at jeg ikke var sygeplejerske, men en almindelig borger, og at jeg tilfældigt slog op i Sygeplejersken og læste den omtalte artikel. Hvad ville jeg mon så tænke? Lad os lege med tanken om, at jeg ydermere selv var pårørende eller patient og dermed direkte afhængig af sygeplejerskernes omhu og samvittighedsfuldhed. Eller lad os forestille os, at jeg var mor til et præmaturt barn, hvis nye liv helt bogstaveligt lå i hænderne på sygeplejersken, at jeg lå i respirator eller ... jeg tillader mig derfor at parkere en smule på tværs og nedlægge en stille protest. Tilhører sygeplejersker (i hvert fald mens de er på arbejde) ikke en gruppe mennesker, der simpelthen ikke kan tillade sig at nyde den luksus, det er at kunne bryste sig af en stor, glinsende og veltrænet pytmuskel?

Når det handler om at få stressede mødre til at sænke skuldrene og overliggeren og lære at se igennem fingre med fedtede vinduer, støv i hjørnerne og ukrudt i haven, er jeg helt med på pointen med at få trænet pytmusklen op. Faktisk er rådet, i forbindelse med disse set i det store perspektiv ganske uvæsentlige elementer af livet, helt i top. Som underviser indenfor innovationsfeltet vil jeg sågar gå skridtet længere og opfordre til, at man i forbindelse med dagliglivets mindre afgørende øjeblikke bliver bedre til at stoppe op og nærmest hylde sine egne fejl ved f.eks. at brøle: ”Yes jeg har lavet en fejl.” Uden fejl ingen udvikling.

Men også dette ”Yes, jeg har lavet en fejl-råd” findes kun i en ”limited edition”. Det ville nemlig f.eks. være ganske upassende at hylde et overset rødt lys i trafikken, et lille barn i det store bassin i svømmehallen eller ...

Jeg er helt med på, at vi er mange, der generelt og grundlæggende skal løsne kraftigt op, skrue ned for ambitionsniveauet og blive langt mere tilgivende og rummelige i vores tilgang til os selv, men jeg er samtidig bange for, at der er nogle faggrupper, hvor denne pytmuskel kun må trænes og anvendes i særdeles begrænset omfang.

Jeg har f.eks. lige afleveret mit barn i dagplejen. Jeg er vild med min søns dagplejemor, som gør sit arbejde helt fantastisk. Hun må gerne sige pyt, også i arbejdstiden, men dog i et vældig begrænset og meget reflekteret omfang. Hun må f.eks. gerne sige pyt, hvis Alfred i dag ikke får sovet helt så længe, som han plejer, hvis han piller pålægget af rugbrødet og kun spiser en af delene. Hun må også gerne sige pyt, hvis hun sætter bleen omvendt på, synger lidt færre sange i dag eller giver ham et andet barns solhat på. Hun må derimod ikke sige pyt, når det kommer til sikkerheden f.eks. i trafikken eller i hjemmet.

” I sin grundform er ambitionen om, at sygeplejersken, efter endt arbejdsdag, skal være glad for alt det, hun nåede, og ikke sørge over alt det, hun ikke nåede, helt fantastisk.

Tilbage til det gode råd om at sige pyt. Måske ”pyt-pointen” her er lige så enkel som al anden træning af muskler. Lad være med at overtræne, det kan meget let føre til skader.

”5 faglige minutter” er en personlig tekst, som gør rede for sit indhold ved hjælp af fortællinger, skrøner, citater m.m. En klummeskriver skal ikke følge almindelige journalistiske krav om saglig, objektiv gengivelse af kendsgerninger.

Milk. A Force of Nature.



Mælk indeholder en pakke næringsstoffer, som bl.a. inkluderer calcium. Du har derfor mange gode grunde til at anbefale mælk – som del af en sund kost!



Spis positivt

Vi mener, at de bedste kost-råd er dem, der handler om hvad vi gerne må, og om hvad der er godt og sundt. Lad os spise positivt og fokusere på det gavnlige!

En kombination

Du kender sikkert godt til mælkens gode indhold af calcium, men vidste du også, at mælk indeholder protein, kalium, fosfor, B2- og B12-vitamin – og dermed er en fødevarer, der indeholder mange forskellige næringsstoffer i samme produkt? Ved at drikke et glas mælk får man alle de nævnte næringsstoffer på en nem og bekvem måde.

Undervurderet fødevarer

Mælk er på mange måder en lidt undervurderet fødevarer. Nogle tror, at den er fedende – andre tænker, at mælk kun er noget for børn – og ofte tænker folk slet ikke over alle de naturlige næringsstoffer, vi kan få ved at vælge de rigtige fødevarer.

Mange varianter

I dag findes der et væld af fedtreducerede alternativer af både mælk og mælkeprodukter, så den første mistanke om, at mælk feder, er nem at skyde ned.



God til både store og små

Det er også vigtigt at huske på, at mælk ikke kun er godt for børn. Faktisk er mælk vigtig, uanset hvor gammel du er. Det skyldes blandt andet det høje indhold af calcium og protein. Børns knogler vokser selvfølgelig, men også voksnes knogler nedbrydes og genopbygges gennem hele livet.

Både calcium og protein er vigtige for vedligeholdelse af normale knogler, så en kontinuerlig tilførsel hele livet er vigtig.

Masser af næringsstoffer

Når vi indtager mad og drikke, er det i høj grad for madens gode smag, for hyggen, og selvfølgelig fordi vi er sultne. Men hvis dét vi indtager både smager godt og indeholder vigtige næringsstoffer, som for eksempel mælken, så er det vel bare et plus?

Det synes vi i hvert fald, og det er derfor, vi slår et slag for mælken, og opfordrer danskerne til at få flere af de næringsrige mejeriprodukter.



Drik mellem 1/4-1/2 liter om dagen af de magre mælkeprodukter, som en del af en sund kost og en sund livsstil.

- Fødevardatabanken 7.01, www.foodcomp.dk
- Scientific Opinion on the Substantiation of health claims related to calcium and vitamin D and the maintenance of bone (ID 350) pursuant to Article 13(1) of Regulation (EC) No 1924/2006. EFSA Journal 2009;7(9):1272.



Støt det enkelte menneske i at finde egne mål og realisere dem

Det blev til mange herlige morgener, hvor jeg i en times tid før arbejde satte mig på min altan og læste denne bog, som er en perle. En stor nydelse at læse en så grundig og velskrevet bog om værdier og etik i sygeplejen.

Sygepleje er et etisk projekt. Men hvordan udledes projektet? Eller sagt på en anden måde: Hvordan praktisere sygepleje på en etisk forsvarlig måde? Det handler denne bog om. Den er opbygget i to dele. Første del handler om en fortolkning af de etiske grundværdier i sygeplejen. Der er tale om udvalgte værdier såsom det enkelte menneskes værdighed, omsorgen, sundhed og værdien af professionel integritet.

Anden del viser vej fra værdierne til de daglige etiske beslutninger. Her er dels et fornemt afsnit om tre etiske teorier: dyds-, pligt- og konsekvensetik, dels et afsnit om etisk beslutningstagning. Metodisk er det filosofihistorien, der anvendes, hvilket er forståeligt, idet bogen er skrevet af en filosof, som tydeligvis har beskæftiget sig med etik og med sygepleje. Både ICN's Etiske Kodeks for Sygeplejersker og vores egne Sygeplejeetiske Retningslinjer fortolkes og inddrages på fornem vis i den etiske argumentation.

Selv blev jeg inspireret af forfatterens måde at fortolke værdierne på. F.eks. i gennemgangen af ordet omsorg, hvor han ser begrebet som værende både holdning, følelse og karaktertræk. Værdien selvbestemmelse breder Husted ud, så det ikke blot betyder at træffe egne valg, men også selvansvarlighed og selvudvikling, dvs. at vi ikke blot skal lade patienten vælge selv, men støtte det



Jørgen Husted

Etik og værdier i sygeplejen

Hans Reitzels Forlag 2013

416 sider - 298 kr.

et enkelt menneske i at finde egne mål og realisere dem. Værdien sundhed er behandlet over 50 sider. Her gives en dybdegående og nuanceret tolkning af ordet, både den negative sundhed forstået som fravær af sygdom, og den positive sundhed, som forfatteren forstår som velvære.

Husted skriver, at han under arbejdet med bogen har mødt stor interesse og hjælpsomhed fra bl.a. Det Sygeplejeetiske Råd. Jeg ved, at rådet også har ladet sig inspirere af Husted, og det ses

tydeligt, når man læser rådets forslag til nye sygeplejeetiske retningslinjer, som netop i denne tid er til debat.

Skulle jeg pege på en svaghed ved bogen, så er det den sidste del, hvor forfatteren i et forsøg på at gøre stoffet operationelt opstiller en sygeplejeetisk beslutningsmodel, der præsenteres gennem 12 cases. Flot med en sådan model, men det kan godt virke omstændeligt og uoverskueligt, når man for hver enkelt case skal have gennemgået alle muligheder og begrundelser for det etiske valg. Fint til undervisningsbrug, men næppe brugbart i en travl hverdag på en afdeling.

Af Rita Nielsen, klinisk sygeplejespecialist, Diakonissestiftelsens Hospice på Frederiksberg.

Brug af virksomhedsområder er en fortræffelig idé

Denne bog er en opdatering og genudgivelse. Det er en grundbog i et omfattende fag, og den tilstræber appel til alle sygeplejerskeuddannelsens moduler såvel teoretiske som kliniske. Det er en stor udfordring. Bogen er overordnet disponeret efter sygeplejens virksomhedsområder: At udøve, lede, formidle og udvikle sygepleje, hvilket er en fortræffelig idé. Bogen virker altfavnende, og omkostningen er nok den faglige dybde. Hvert kapitel er kortfattet og stramt opbygget, indledes med et kort resumé og afsluttes med afrunding samt forfatterens referencer.

Steen Hundborg og Birgit Lynggaard (red.)

Sygeplejens Fundament

Nyt Nordisk Forlag 2013

800 sider - 949,95 kr.

Forfatterne er overvejende sygeplejersker med cand.cur.-baggrund, flere med ph.d. Læseren præsenteres for central og fundamental professionsrettet teori og viden.

Sygeplejens fundament er naturligvis sygeplejefagets historie, som i flere år har været et overset emne, samt fagets professionsbeskrivelse inkl. præcisering af virk-



Begrebet tværprofessionelt samarbejde skilt ad

Stillet overfor spørgsmålet: ”Hvilken udfordring oplever du som den største i dit arbejde?” vil mange sundhedsplejersker svare: ”Tværfagligt samarbejde”. Andy Højholdt har i slipstrømmen på sin bog fra 2009 ”Den tværprofessionelle praktiker” skrevet denne lille bog om tværprofessionelt samarbejde. Målgruppen er professionelle i den sociale, pædagogiske og sundhedsfaglige sektor, som ønsker at udvikle samarbejdet på tværs af fagfelter og fagområder. Tværprofessionelt samarbejde er en arbejdsmetode i det offentlige system, som gennem kommunikation, faglig udvikling og organisering formår at sætte de rigtige fagligheder sammen, så en opgave får bedst mulige forudsætninger for at blive løst i en fælles indsats.

De første kapitler skiller begrebet tværprofessionelt samarbejde ad og beskriver forskellige former for samarbejde, og på hvilken måde tværprofessionelt samarbejde adskiller sig fra tværfagligt samarbejde. Også professionsbegrebet får sin plads og definition.

”Tværprofessionelt samarbejde har fokus på mere end fagligheden”, skriver Andy Højholdt. Det er vigtigt at være bevidst om, hvilke normer, holdninger og værdier den enkelte profession er socialiseret ind i for ideelt set at kunne overskride sin professionsidentitet og udvikle en ny i samarbejdet med andre professioner i løsning af en fælles opgave og i udvikling af ny viden og nye færdigheder. De udfordringer, der knytter sig til



Andy Højholdt

Tværprofessionelt samarbejde - i teori og praksis

Hans Reitzels Forlag 2013

112 sider - 175 kr.

tværprofessionelt samarbejde, handler ikke om selve fagligheden, men om det, der rækker ud over professionens faglighed. Professionsidentiteten udfordres i samarbejdet med andre faggrupper, såvel som det fællesskab om værdier, normer, ansvarsområder og organisatoriske betingelser, de enkelte professioner har internt.

Andy Højholdt er lektor på Professionshøjskolen Metropol. Hans pædagogiske virke slår igennem i formidlingen af stoffet i denne bog. Sproget flyder let, der er refleksionsøvelser til hvert kapitel og sidst i bogen en model for, hvordan man kan arbejde og udvikle tværprofessionelt samarbejde i praksis. På bogens hjemmeside på hans-reitzel.dk findes supplerende øvelser til bogen.

Godt hundrede sider, der giver mulighed for både ind- og udsyn og måske fremsyn.

Af Hanne Lindhardt, MSA,
sundhedsplejerske i Furesø Kommune.

somhedsområdet. Derfor begynder bogens generelle del naturligt her og supplerer f.eks. med nyere grundlæggende sygeplejebegreber: Patientologi og curologi. Denne del præsenterer mange gode afsnit, her kan kort nævnes: Stress og coping (Antonovsky) og mestringsstrategi (Lazarus) samt sygeplejeteori og interkulturel sygepleje.

Den udøvende del omfatter den kliniske sygepleje, essentielle og eksistentielle fænomener samt f.eks. udsatte befolkningsgrupper og i relation hertil sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering, og lægger også vægt på sygeplejens

værdier, metoder, etik og omsorg. Desværre konstaterer jeg flere bekymrende fejl i afsnittet om respiration.

Den ledende del refererer til sundhedslovgivning, patientsikkerhed og dokumentation samt accelererede patientforløb.

Den formidlende del bearbejder kommunikation, relationer og pårørende.

Den udviklende del behandler videndeling, forskning og videnskabelighed.

Bogen har således et omfangsrigt ambitionsniveau og qua sin stramme disponering også en rigtig god overskuelighed. Den har en stort set sikker begrebshåndtering, den

har enkelte figurer, men mange gode pædagogiske bokse, og sproget er absolut letforståeligt. Naturligvis kan den anvendes til opslag, dog er det ikke alle opslag, der giver uddybende forklaringer, men blot henvisninger til emnets placering i denne bog. Idet bogen er elementær, er supplerende læsning anbefalelsesværdig især sidst i uddannelsen. Forlaget supplerer bogen med en hjemmeside med cases, studiespørgsmål og links.

Af Ole Bjørke,
Master i Sundhedspædagogik, lektor ved
Sygeplejerskeuddannelsen Metropol.

Etikkens betydning og plads i samfundet

Bogens sigte er at gøre opmærksom på professionsetikken i en verden fyldt af retorik om den nødvendige politik, økonomi og standardisering, der kan nedtone etikkens betydning og plads i samfundet. Specielt inden for professioner, hvis genstandsfelt er arbejdet for og med andre mennesker, som er afhængige af en professionel indsats, er etikken nødvendig at medtænke.

Bogen er godt skrevet og går i dybden med mange etiske aspekter inden for forskellige professioner. De anvendte eksempler kan umiddelbart omsættes til eksempler i sygeplejen, som derved bliver belyst fra mange vinkler og giver læseren mulighed for refleksioner i forhold til egne observationer og oplevelser fra og i sygeplejerskens virke.

Det er givende, at både begreberne etik og profession tages under grundig teoretisk behandling, dermed får læseren et klart billede af professionens betydning i forhold til den enkelte udøver, professionen og samfundet i forhold til vilkår, udfordringer og konsekvenser.

I forhold til etik er dette afgørende for, hvordan der bør handles, om end hovedvægten lægges på forpligtelsen hos den enkelte



Svein Aage Christoffersen (red.)

Professionsetik

Om etiske perspektiver i arbejdet med mennesker

Forlaget Klim

150 sider - 229 kr.

professionelle. Eksempler i slutningen af bogen beskriver etikken som et spørgsmål om, hvordan udøveren forvalter eller mestrer sit arbejde i relationen med et andet menneske. Eksemplerne er gode at få forstand af, fordi de er så tydelige i deres budskab i forhold til fejl og mangler hos den professionelle, så de uvægerligt giver anledning til refleksioner i forhold til egen praksis.

Bogen er anbefalelsesværdig for alle sygeplejersker, som interesserer sig for etiske aspekter i sygeplejefaglig sammenhæng og i særdeleshed for de sygeplejersker, der er ansvarlige for uddannelse og ledelse af sygepleje og sygeplejersker.

Af Grete Bækgaard Thomsen, sundhedschef i Lemvig Kommune, formand for Sygeplejeetisk Råd.

KORT NYT OM BØGER

Søren Flott

Jutlandia - skibet var ladet med håb

Det danske hospitalsskib i Koreakrigen

Gyldendal 2013

228 sider - 299,95 kr.

De fleste kender Kim Larsens sang "Skibet hed "Jutlandia", og det kom vidt omkring, for der var krig i Korea". Her er bogen, der går tættere på besætningen, hospitalspersonalet og patienterne. Flere end 600 danske frivillige var i perioden 1951-53 ombord på Jutlandia for at hjælpe sårede soldater og civile. I bogen fortæller de om livet om bord, om behandlingen og om særlige begivenheder, der gjorde indtryk. En amerikansk soldat bemærkede, at de danske sygeplejersker røg cerutter, som de havde i deres kittellommer. Det havde han aldrig set kvinder gøre før. En narkoselæges dagbog indeholder oplysninger om en nat, hvor der kom 75 mand på en enkelt vagt, og mange af dem faldt i søvn af udmattelse, før de ramte madrassen. Sygepasseren Kai beskriver, hvordan han blev bedt om at skaffe et amputeret ben af vejen. Absolut interessant læsning for den historieinteresserede.

Læs mere om Jutlandia på side 20. (jb)

Dorthe Birkmose

Når gode mennesker handler ondt

Tabuet om forråelse

Syddansk Universitetsforlag 2013

234 sider - 299,00 kr.

"Det onde sker kun, når gode mennesker intet gør". Sådan indledes bogen med et citat af Mahatma Gandhi. Bogen beskriver den forråelse i pleje- og omsorgssektoren, som indimellem beskrives i medierne, en forråelse, der ofte skyldes afmægtighed over for f.eks. voldelige beboere på bosteder eller demente beboere på plejecentre. Bogen går i dybden med årsager til forråelse og ondskab og kampen for at undgå fænomenet.

I sygeplejen er det ofte sygeplejestuderende, som er de gode mennesker, der gør noget, som har blik for de dårlige forklaringer på, hvorfor plejen har udviklet ubehagelige undertoner af manipulation og ondskab, og som derved får plejepersonalet til at tænke sig om og ændre på tingene. Med denne bog kan de ruste sig til mødet med forråelse.

(jb)

Malene Friis Andersen & Svend Brinkmann (red.)

Nye perspektiver på stress

Klim 2013

227 sider - 299 kr.

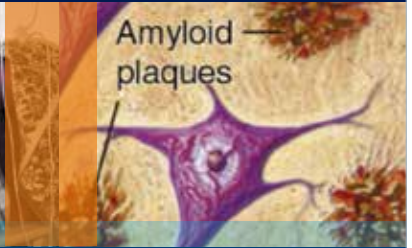
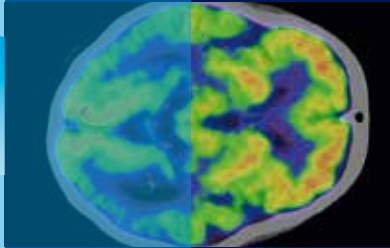
Er personlig udvikling løsningen på stress, er stress en folkesygdom eller blot et andet ord for travlhed og brok? Disse og en række andre spørgsmål bliver belyst af 12 bidragydere i denne bog. Blandt de typiske stressfaktorer i jobbet nævnes kompleksitet og mange forandringer, uforudsigelighed, urealistiske mål og modstridende krav og mål. Faktorer, der findes i rigt mål i sundhedssektoren. Medicinen er oprydning i organisationen, så der kan skabes klarhed omkring roller og opgaver, og det er en sag for ledelsen og HR-konsulenten. Som med al anden sygdom og lidelse er det bedst at forebygge og at arbejde fremadrettet med de åbenlyse ubalancer, der er med til at gøre medarbejdere syge. Stress er et organisatorisk problem, ikke blot et individuelt problem, der gør Yrsa og Anton syge og terapikrævende, fastslår bogen.

(jb)

Rigshospitalet inviterer til:

Global Excellence Symposium Update on multiple sclerosis and dementia

Internationale og lokale eksperter giver deres bidrag på nogle af nøglespørgsmålene inden for multipel sklerose og demens, to meget vigtige udfordringer i nutidig behandling og pleje.



Rigshospitalet · November 7, 2013

Fra kl. 8.00 - 16.15 i Auditorium 1
Blegdamsvej 9, 2100 København Ø



Tilmelding

Tilmelding og yderligere oplysninger om Symposiumet på:

www.rigshospitalet.dk/conferences

Deltagelse er gratis og inkluderer 2 kaffepauser og let frokost. Der er begrænset antal pladser, som fordeles efter først-til-mølle princippet. Programmet foregår på engelsk.

KLINISK SYGEPLEJE KONFERENCE 2014

DU KAN OPLEVE

- Ove K. Pedersen
- Karen Ellen Spannow
- Erik Elgaard Sørensen
- Katrin Hjort

SE PROGRAMMET
OG TILMELD DIG PÅ
KLINISKSYGEPLEJE.DK



SYGEPLEJEN OG DEN STORE, STYGGE ØKONOMI

Der bliver talt og skrevet meget om overgangen fra velfærdsstat til konkurrencestat, om djøf'er i sundhedsvæsenet og om skellet mellem varme og kolde hænder.

Men er forholdet mellem økonomisk teori og klinisk praksis så sort og hvidt, som det ofte fremstilles? Og ved sygeplejersker nok om de økonomiske og politiske faktorer, som er afgørende for deres egne arbejdsforhold og for patienternes vilkår?

SÆT ALLEREDE NU KRYDS I KALENDEREN
D. 20. MARTS 2014, hvor fire oplægsholdere vil diskutere sygeplejens forhold til økonomien.

EARLY BIRD-PRIS V. TILMELDING
SENEST 20. JANUAR: KR. 950,-
Pris v. tilmelding efter 20. januar: Kr. 1050,-

Konferencen afholdes på Rigshospitalet, København

Tvunget førstehjælp til ældre

Den ældre, som har givet udtryk for, at han eller hun ikke vil genoplives, bliver ikke hørt på plejecentrene. For personalet skal yde førstehjælp, hvis der er behov for det, uanset den ældres ønske. Det er uværdigt, mener Dansk Sygeplejeråd.

"Det er simpelthen under al kritik, at man ikke selv må vælge."

"DNR bør respekteres ALTID!!!"

"I sundhedsloven fremgår det, at enhver har ret til at frasige sig behandling. Det gælder vel også genoplivning (hjertemas-sage, hjertestarter mv.)?"

"Jeg har på et plejecenter oplevet IKKE at skulle yde førstehjælp til en af beboerne, fordi egen læge og pårørende sammen med den ældre havde valgt dette ... Så jeg forstår ikke debatten?"

"Har man glemt alt om en værdig død?"

"Det handler om, at vedkommende selv tager stilling, og at personalet har beslutningen på skrift. Hvis personalet bare ser til uden at handle, er det strafbart. Så sørg for at have papirerne i orden, så kan man få en værdig død! 😊"

"Jeg har stået i situationen i aften, hvor en fantastisk vagtlæge netop respekterede den ældres ønske om "at være i fred"... I min verden er det netop dét, der karakteriserer god pleje af vores medmennesker - nemlig at blive HØRT ..."

Hvad skal prisen på sundhed være?

Er brugerbetaling på hospitalerne i orden? I september debatterede Dansk Sygeplejeråd og sygeplejerskerne, om gravide selv skal betale for scanningsbilleder, pårørendes kost eller kiste-lægning, for der er store forskelle på, hvilke gebyrer patienterne oplever, og hvor store de er.

"Det er helt rimeligt, da det ikke er en nødvendighed, men noget, som kan betragtes som en serviceydelse."

"Scanningsbillede til familiealbummet: ja (hvad er det, de tager for det, 20-50 kr.?). Billede til journal: NEJ!"

"Det er vel o.k., at man tager det, det koster at fremstille scanningsbillederne, men jeg synes ikke, at et offentligt sygehus skal tjene penge på patienterne."

"Jeg synes ik', der er noget galt i, at de kommende forældre får et gratis pix med hjem, hvis det alligevel ik' skal bruges i journalen 😊 Hvis de endelig skal betale, så skal det være et meget mindre sym-

bolsk beløb, end det er tilfældet i dag."

"Selvfølgelig skal man betale for billede til familiealbummet. Det er så forkælet en indstilling, at alt i det offentlige skal være gratis!"

"Jeg synes ikke, det er i orden med brugerbetaling på de offentlige hospitaler. Vil det afholde patienter fra at kontakte hospitalet, når de har brug for det, hvis de ikke har råd??? Tænk på de borgere, vi ser dagligt som sygeplejersker, som springer tandlægebesøget over, fordi der ikke er penge til behandling. Så et stort NEJ herfra til brugerbetaling."

"Pengene går på min arbejdsplads til videreuddannelse af bl.a. scannings-sygeplejersker. Så jeg synes, det er helt o.k.!"

"Godt, så må de også selv have underbukser med, når de bliver indlagt, det er sgu dyrt alt det vask ... Helt ærlig, vil vi være sådan et samfund? Jeg har som sygeplejerske ik' lyst til at skulle dele regninger ud, inden folk tager hjem!!!"

Fixerum redder liv

Selvom fixerum har delt de politiske vande, siden de startede, er resultaterne gode. På knap et år har sygeplejersker på landets fixerum reddet 107 stofmisbrugere fra en overdosis.

"Godt gået."

"Bare en tanke: kan et fixerum være medvirkende til, at flere misbrugere kan søge den ultimative rus, nærmest mod grænsen, når de ved, der står fagpers. klar til at redde dem?"

"Tro mig ... Det gør de alligevel - om der er fagpersonale eller ej, så søger de altid den ultimative rus."

"Føler mig stolt, selv som studerende. Hvor er det godt gået!"

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

Redaktion Jette Bagh, cand.cur., fagredaktør

I sektionen "Fag" bringer vi ca. 45 faglige artikler om året. Artiklerne beskriver praksis, forskning, teorier og udviklingsarbejder. Artiklerne er hovedsageligt skrevet af sygeplejersker, men også af andre sundhedsprofessionelle.

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



FAG

- FRA SYGEPLEJERSKE TIL SYGEPLEJERSKE

Ingen prestige i at have KOL

De fleste mennesker med KOL bor ikke i Whiskybæltet eller på andre dyre adresser, og de har ikke lange akademiske uddannelser. Patienterne er stigmatiserede, og de føler ofte skyld og skam, fordi de ved, at rygning kan være hovedårsag til deres sygdom.

Især hjemmesygeplejersker kan gøre en faglig indsats for disse mennesker ved at fokusere på patienternes behov for basal palliation gennem en struktureret og tværsektoriel indsats. Her er et felt, som trænger til nye øjne og systematik, så patienterne sidestilles med andre svært syge mennesker. Læs mere på side 66.

Diabetes type 2 bliver behandlet efter overordnede retningslinjer udarbejdet til grupper af patienter, men der er nye toner på vej. Et forskningsprojekt skal bane vej for en mere individuel tilgang til behandlingen baseret på den enkelte patients genetik og metabolisme. Hensigten er at reducere risikoen for senkomplikationer, minimere behovet for medicin og derved øge livskvaliteten.

Det kniber med den grundlæggende sygepleje, i hvert fald når det gælder mundhygiejne. Der kan være mange grunde til, at patienterne ikke får børstet tænder. Artiklen på side xx, der er baseret på et bachelorprojekt, nævner nogle af dem. Faktisk kan patienterne blive mere syge af ikke at få børstet tænder, det glemmer vi måske. Hvem tænker på pneumoni ved synet af en tandbørste?

Teori-praksis-kløften er ikke ny, men et samarbejde mellem sygeplejerskeuddannelsen i Silkeborg og Hammel Neurocenter viser, at der kan bygges en bro hen over kløften. Broen hedder delestilling, der betyder, at en underviser både arbejder i praksis og på sygeplejeskolen for dermed at fremme den studerendes evne til at se og praktisere sygepleje på et højt niveau.

"Fra forsker til fag" beskriver denne gang, hvordan patienter håndterer alvorlig sygdom gennem symboltænkning og handlinger. Hvad det vil sige, kan læses på side 62.

Jesper Bayh
Sygeplejerske,
cand.cur., fagredaktør.



Giv data tilbage til sygeplejerskerne

DASYS (Dansk Sygepleje Selskab) har i september i samarbejde med Center for Kliniske Retningslinjer afholdt konferencen med titlen "Dokumentation og sygepleje – forudsætninger for patientsikkerhed". 250 deltagere kom for at høre om klassifikationssystemer, koder og ikke mindst den terminologi, der skal anvendes til dokumentation. "Data skal kunne genkendes, genfindes og genbruges," fastslog Inge Madsen, MI og adjunkt på VIA University College. "Men i hvilke systemer og med hvilken terminologi – og hvad med patientens perspektiv, hvilken sprogbrug sikrer, at den vinkel er med?" spurgte hun.

"Antallet af kliniske retningslinjer vokser, og sygeplejersker og studerende bruger dem, så indikatorerne fra disse retningslinjer bør findes på koder på iPad og smartphone i form af kliniske databaser," mente Inge Madsen.

"Sygeplejerskerne skal efterfølgende have deres dokumenterede data tilbage i afdelingen i form af konkrete kvalitetstal, så de kan se meningen med at dokumentere."

Dorte Steenberg, 2.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd, talte om dokumentation i forhold til samfundsudviklingen og nævnte udviklingen fra universel velfærd til konkurrencestat som en faktor, der har betydning.

Patientens perspektiv i dokumentation var fokus for professor Alan Pearsons oplæg. Pearson er leder af Joanna Briggs Instituttet og ansat på The University of Adelaide i Australien. Han gjorde sig til talsmand for en bred opfattelse af evidensbaseret praksis, men erkendte, at begrebet er svært at praktisere, "fordi ansatte i sundhedssektoren elsker at gøre det samme i dag, som de gjorde i går. Ingen har tid til at læse et systematisk review på 100-150 sider for herefter at ændre praksis. Det er nødvendigt med retningslinjer".

Pearson opfordrede sygeplejersker til igen at beskæftige sig med grundlæggende sygepleje, "... for hvis ikke sygeplejersker stiller spørgsmål til den del af sygeplejen, hvem gør så?" spurgte han.

Læs mere på www.dasys.dk

(jb)

Sådan vurderes artiklerne til FAG

Teori & Praksis har været gennem fagfællebedømmelse

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

Faglige artikler er godkendt efter sygeplejefaglig vurdering og vejledning

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

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

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

Patienter med sklerose er tilfredse med ambulante samtaler

Anne Krakau Hansen, afdelingssygeplejerske, Dansk Multipel Sclerose Center, Rigshospitalet, 2082; Anne.Krakau.Hansen@regionh.dk
Signe Gro Kristensen, sygeplejerske, Scleroseklinikken, Glostrup Hospital

En spørgeskemaundersøgelse blandt patienter med multipel sklerose viser, at de er tilfredse med sygeplejekonsultationerne på de særlige klinikker for denne gruppe patienter.

Forekomsten af multipel sklerose (MS) er stigende, specielt blandt kvinder, men også flere børn bliver ramt. Der er i dag omkring 12.500 mennesker med sygdommen i Danmark.

I og med at behandlingsmulighederne forbedres og tilbydes til flere patienter, lever patienterne i dag et længere og aktivt liv med deres sygdom. De har derfor et behov for støtte, information og rådgivning for at kunne mestre deres kroniske sygdom bedst muligt.

Men der var brug for flere data til at belyse, hvilke emner som på nuværende tidspunkt fylder i sygeplejekonsultationen til MS-patienter, og hvordan patienterne vægter vigtigheden af forskellige emner. Samtidig var det muligt at undersøge, hvor tilfredse patienterne overordnet er med sygeplejekonsultationerne.

Derfor valgte vi at gennemføre en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse med deltagelse af de 14 MS-klinikker, der er i Danmark (1,2,3).

Vi uddelte et spørgeskema til patienterne med henblik på kvantitativt og anonymt at indsamle data om patienternes behov samt oplevelse af kvaliteten af de ambulante sygeplejekonsultationer. Spørgeskema blev udarbejdet ud fra gennemgang af dokumenterede emner fra 120 sygeplejeturnaler. 1.157 spørgeskemaer blev uddelt til patienterne, og 844 spørgeskemaer med data blev returneret (svarprocent = 72,9).

Blandt respondenterne var 77 pct. kvinder og 23 pct. mænd, hvilket vurderes at være repræsentativt for den generelle MS-population i Danmark. Populationen repræsenterede i øvrigt et bredt spektrum hvad angår alder (18-81 år) og tid med

MS-diagnose (0-31 år). 95 pct. var i sygdomsmodificerende behandling. Vores data bidrager dermed kun med begrænset viden om det ubehandlede mindretal.

Det vigtigste for de fleste patienter at tale om var sygdomsforløb, træthed, sygdomsdæmpende behandling, attack, bivirkningshåndtering, føleforstyrrelser, attack-behandling, blodprøver, træning og diagnose. Alle disse emner var scoret som "meget vigtige" eller "vigtige" i mere end 70 pct. af respondenterne. Blandt disse svar var der ikke nogen større overraskelser i forhold til det forventede.

Med henblik på at fange eventuelt vigtige forskelle i undergrupper af patienter undersøgte vi effekten af køn, alder og tid med MS-diagnosen. Overordnet var der ikke nogen forskel på alder, køn eller længde med sygdomsforløb.

Dette fund indikerer, at det ikke generelt er nødvendigt at skræddersy konsultationerne i forhold til disse patient-parametre. Det skal dog bemærkes, at de ældste patienter ikke uventet har øget fokus på træning, fysioterapi og vandladning, samt at de, der har haft MS-diagnosen længst, ikke uventet prioriterer samtale om diagnosen lavere.

De emner, de fleste patienter synes, der bliver talt for lidt om, er: vitaminer, kost, seksualitet, vægt, psykolog, netværk, medicin i øvrigt, humør/depression, egen læge og søvn. Undersøgelsen identificerede, hvad der fylder i konsultationerne, hvad der er vigtigst for patienterne, og hvad der tales for lidt om. Tilfredsheden med MS-sygeplejekonsultationerne er meget høj. Sammenlagt er andelen af patienter, som er meget tilfredse eller tilfredse, 99 pct.

Undersøgelsen har vist, at det, som fylder og prioriteres af patienterne, udgør en bred vifte af emner, som ikke kun er relateret til den medicinske behandling, men sygeplejesamtalen fremmer alle de faktorer, der skal til, for at øge patientens muligheder for selv at skabe et liv med størst mulig livskvalitet.

Undersøgelsen bekræfter den hypotese, vi havde om, at patienterne er tilfredse og trygge ved at have kontinuerlige ambulante samtaler med sklerosesygeplejerske. Samtidig blev emner, som skal vægtes højere, defineret.

Litteratur

1. Sørensen PS, Ravnborg M, Jønsson A, eds. Dissemineret Sklerose – en bog for patienter, pårørende og behandlere. København: Munksgaard; 2004.
2. Bache M, Østerberg B. At være i verden med kronisk sygdom. København: Dansk Psykologisk Forlag; 2005.
3. Sørensen PS. Diagnostik og behandling af Multipel Sklerose. Dansk Selskab for forskning i Multipel Sclerose/STOUT 2005.



Jeg er alkoholiker – men jeg drikker ikke mere

Ole "Bogart" Michelsen

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

Behandlingscenter T J E L E

4 centre – også ét tæt på dig

Døgntelefon 70 20 40 80

www.tjele.com

Uhensigtsmæssig studieadfærd kræver bedre vejledningsmetoder

Ulla Kappel, uddannelses- og udviklingssygeplejerske ved Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg
Inge Højhus, studiekoordinator, cand.cur., Sygeplejerskeuddannelsen i Esbjerg, UC Syddanmark
Lisbeth Sørensen, lektor og studievejleder, Sygeplejerskeuddannelsen i Esbjerg, UC Syddanmark; liso@ucsyd.dk

Sygeplejestuderende, som mistrives på studiet, er ofte sårbare unge, som har behov for øget vejledning og støtte for at gennemføre uddannelsen. Et projekt skal øge vejledernes handlekompetence og generere nye vejledningsmetoder til disse sårbare unge.

Lene er sygeplejestuderende på modul 4, og hun er på fjerde studieuge i afdelingen. Hun er bleg, har hovedpine og smerter i brystet samt koncentrationsbesvær. Den kliniske vejleder vurderer, at den studerendes faglige udvikling er stagneret, og har flere eksempler på aftaler med Lene, der ikke er blevet holdt.

På opfordring fra klinisk sygeplejelærer har Lene været hos lægen, og der venter et længere forløb for at udelukke fysisk sygdom. Lægen antyder, at symptomerne kan være tegn på stress.

Lene er for nylig flyttet sammen med kæresten. Hun går til sport tre gange om ugen og arbejder 25 timer om ugen på et plejehjem. Den kliniske sygeplejelærer er bekymret og gør det klart for Lene, at den nuværende faglige indsats vil resultere i problemer med at klare intern prøve.

I Undervisningsministeriets rapport identificeres sårbare unge, der mistrives. Rapporten peger på, at "sårbarheden kan komme til udtryk som en følsomhed i forbindelse med følelsesmæs-

sige, sociale og faglige krav" og viser sig i adfærd/tilstande i form af lavt selvværd, ringe selvtillid, selviscenesættelse, tristhed, stress-symptomer, højt fravær, trivselsproblemer og andet (1).

Lene er i studiet en sårbar ung med behov for øget vejledning og støtte til at nå sine uddannelsesmål. Hun opleves ressourcekrævende både i den teoretiske og kliniske del af uddannelsen, idet mange kliniske vejledere og undervisere berøres af studerendes psykosociale problemstillinger, hvilket fordrer særlige vejledningskompetencer. Samtidig befinder kliniske vejledere og undervisere sig i et spændingsfelt mellem den politiske målsætning om, at 50 pct. af en ungdomsårgang skal gennemføre en videregående uddannelse inden 2015 (2) og sundhedsvæsenets krav om kvalitet og effektivitet i patientbehandling (3).

Et projekt skal øge vejledernes handlekompetence og generere nye vejledningsmetoder til disse sårbare unge. Kompetenceudvikling blandt vejledere og undervisere er derfor afsat og mål for projektet mellem Sygeplejerskeuddannelsen, Esbjerg, UC Syddanmark, og tilhørende kliniske uddannelsessteder på Sydvestjysk Sygehus og Psykiatri Vest, Region Syddanmark. Projektperioden forløber fra efterår 2011 til efterår 2014.

Projektet har således et pædagogisk sigte, hvor vejledere og undervisere udvikler handlekompetence til at vejlede disse studerende til at honorere uddannelseskravene.

Projektets resultater er udmøntet i:

- Videndeling i faglige fora, dels i klinikken gennem monofaglige diskussioner, dels tværprofessionelt i det teoretiske felt.
- Temadag for kliniske vejledere som bestod i formidling af projektets fund, oplæg vedrørende studenterådgivningens støttemuligheder samt oplæg om professionel vejledning i praksis.
- Registreringsskema med henblik på fortsat indsamling af empirisk materiale vedrørende uhensigtsmæssig studieadfærd.
- Interaktivt katalog over konkrete tilbud/henvisningsmuligheder til brug for både studerende, kliniske vejledere og undervisere. Kataloget tæller hits og vil derved angive antal besøgende i kataloget.

Projektet afsluttes efter to år med fokusgruppeinterview med kliniske vejledere for at synliggøre en eventuel kompetenceudvikling på feltet.

Litteratur

1. Pilegaard Jensen T, Haselmann S. Studerendes vurdering af teori og praksis på professionsuddannelserne. AKF rapport. Undervisningsministeriet. 2010.
2. Illeris K, Katzenelson N, Nielsen JK, Simonsen B, Sørensen NU. Ungdomsliv, mellem individualisering og standardisering. København: Samfundslitteratur; 2009.
3. Rolighed A. Sundhedsvæsnets værdier under pres, Udfordringer og dilemmaer. København: Munksgaard Danmark; 2011.

Sygeplejefestival 2014

Dansk Sygeplejeråd afholder Sygeplejefestival 2014 mandag den 15. september 2014 i København.
Sæt kryds i kalenderen allerede nu!

Call for abstracts

Dansk Sygeplejeråd inviterer sygeplejersker til at indsende abstracts om udviklings- eller forskningsprojekter i sygeplejen.

De indsendte abstracts vil blive vurderet af et bedømmelsesudvalg. Godkendte abstracts vil blive præsenteret ved en posterudstilling eller ved mundtlig præsentation.

Du finder mere information og formular til abstract på www.dsr.dk/festival2014

Frist for indsendelse af abstracts er den 31. marts 2014.

Forfatterne får besked om godkendelse til mundtlig præsentation eller poster medio maj 2014.

NYT
2-dages kursus

Kommunikation og tolkning

på tværs af kulturer



20% RABAT TIL ALLE,
der tilmelder sig inden d. 5. dec. 2013

Har du oplevet en vanskelig tolkesituation?

Vil du gerne give borgerne samme udbytte af behandlingen?

Og vil du lære at skabe tillid til borgerne på tværs af kulturelle baggrunde?

Så er kurset **Kommunikation og tolkning på tværs af kulturer** noget for dig.

PÅ KURSET TRÆNER VI BL.A. HVORDAN:

Du får en god kontakt med borgeren, når du bruger tolk

Du kan nedbryde kulturelle barrierer mellem borgeren og dig som professionel

Du opbygger en fortrolig relation og skaber tillid på tværs af kulturer

TILMELDING & INFO

Gå ind på www.kultur-pilot.dk/nyt-kursus hvor du også kan læse mere eller find kurset på facebook - søg på 'kommunikation og tolkning'.
Er I flere fra samme arbejdsplads, så kontakt os for at få rabat.

HVOR & HVORNÅR

Alle dage er fra kl. 9-16

København Vælg mellem følgende datoer:
23.-24. januar 2014 / 25. februar og 11. marts 2014
8.-9. maj 2014 / 3. juni og 17. juni 2014

Vejle Torsdag og fredag d. 6.-7. februar 2014

Ålborg Torsdag og fredag d. 6.-7. marts 2014

PRIS 7.500 kr. eks. moms

(dækker to dages undervisning, lækker frokost og forplejning begge dage samt materialer)

KONTAKT OS

Signe Ørom:

(+45) 27 34 69 99

signe@connectingcultures.dk

Solveig Hvidtfeldt:

(+45) 26 85 27 25

solveig@kultur-pilot.dk

Connecting
Cultures

KULTUR!
PILOT

At tackle alvorlig sygdom

I Danmark findes ca. 120 sygeplejersker med en ph.d. eller doktorgrad. Sygeplejersken har opsøgt nogle af dem for at finde ud af, hvorfor de valgte forskervejen, og hvordan det er gået, siden de fik deres forskertitel.



Vibeke Lorentzen bor i Viborg og er ansat som forskningslektor i Center for Sygeplejeforskning – Viborg.

Hvad fik dig til at forske?

”En tilfældighed – jeg var på det rette sted, blandt de rette mennesker på det rette tidspunkt. Efter færdiggørelsen af mit cand.cur.-speciale ”Strategier som led i at skabe orden i kaos når børn får kræft” var jeg slet ikke færdig med at arbejde med den problemstilling og blev af mine undervisere på kandidatstudiet, Karin Anna Petersen og Emmy Brandt Jørgensen, opfordret til at sende mit speciale til Staf Callewaert, daværende professor ved Institut for Filosofi, Pædagogik og Retorik på Københavns Universitet. Der gik tre dage, hvorefter jeg fik et brev om, at jeg var velkommen til at følge Staf Callewaerts ph.d.-kurser ved Det Humanistiske Fakultet på Københavns Universitet. Det blev starten på mit ph.d.-forløb.”

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

”Afhandlingen sætter fokus på, at mennesker kan tackle vanskelige situationer i forbindelse med alvorlig sygdom ved at benytte symboltanker og symbolhandlinger.

Et symbol kan betegnes som noget, der står for ”noget andet” end sig selv, og det er dermed ”noget andet”, der får udtryk og betydning. Når en patient f.eks. modsætter sig nedlæggelse af sonde, kan det være hans symbolske kamp mod sygdommen. Praktisering af dette kan umiddelbart virke uforståeligt/påfaldende for omverdenen, herunder professionelle i det offentlige rum.

Afhandlingens formål er således at belyse eventuelle symboltanker eller symbolhandlinger hos mennesker berørt af

alvorlig sygdom, hvem der benytter dem, samt belyse opkomsten og betydningen af disse, for om muligt at afdække tiltag, der kan være med til at kvalificere pleje og behandling til disse mennesker.”

Hvor tog du din forskeruddannelse henne?

”Ved Det Humanistiske Fakultet, Københavns Universitet.”

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

”Jeg havde fuld finansiering fra det daværende Viborg Amt.”

Hvor kan man læse om dine forskningsresultater?

”Afhandlingen, en monografi ”Symboltanker og symbolhandlinger som fænomen i forbindelse med alvorlig sygdom” er udgivet på Forlaget PUC i 2004. En Pixi-udgave af afhandlingen kan læses i Klinisk Sygepleje 2007(4):31-6. Herudover er fundene og metoden publiceret i henholdsvis fire bogkapitler og tre tidsskrifter.”

Hvordan har din forskning betydning for praksis?

”Det kommer lidt an på, hvordan man definerer praksis. Jeg er i den heldige situation, at Center for Sygeplejeforskning er etableret i et samarbejde mellem Regionshospitalet Viborg, Skive og VIA UC – Sygeplejerskeuddannelsen i Viborg med henblik på at fremme forskning og udvikling inden for klinisk sygepleje. Disse forsknings- og udviklingsaktiviteter er forankret i et akademisk miljø via en partnerskabsaftale mellem Center for Sygeplejeforskning – Viborg og School of Nursing, Deakin University i Australien. Dvs. at min praksis relaterer sig både til klinikken og uddannelsesmiljøet. Vi bedriver klinisk forskning, involverer studerende og sygeplejersker, implementerer fundene i undervisningen på uddannelsen, og det hele skulle gerne være til gavn for patienterne.”

Hvad forsker du i aktuelt?

”Unge håndtering af type 2-diabetes, som er et projekt udviklet i tæt samarbejde med klinikken og med national og international samarbejdsflade. Det har dog vist sig at være en meget vanskelig gruppe at komme i kontakt med, og det er her, vores udfordring ligger p.t. Ellers vil jeg opfordre interesserede til at gå ind på vores hjemmeside og læse mere om vores aktiviteter, bl.a. har vi nu en større gruppe præ-ph.d.- og ph.d.-studerende, som giver meget inspiration og engagement i hverdagen.”

Kvalitetsprodukt fra  HOUNISEN
Hounisen Laboratorieudstyr –fordi det er enkelt!

Lukket formalinsystem
- undgå skadelige formalindampe



- Til arbejde uden for stinkskab
- ✓ Større sikkerhed
- ✓ Mere fleksibilitet
- ✓ Bedre arbejdsmiljø

Testet af  Teknologisk Institut

Scan QR-koden - eller besøg 

www.hounisen.com



Borgere med kroniske sygdomme Patientologi-modul

Få kompetencer til at træffe og begrunde kliniske beslutninger i samarbejde med patient og pårørende

På dette modul beskæftiger du dig med patientens perspektiv og livsverden, patientrollen og de psykologiske reaktioner på det at leve med en kronisk sygdom.

Modulet tager afsæt i menneskers reaktion på sygdom og deres reaktioner på mødet med såvel det regionale som det kommunale sundhedsvæsen.

Der er mulighed for fordybelse i forhold til én af de fire patientgrupper: mennesker med KOL, diabetes, Parkinsons sygdom og multipel sklerose.

Læs mere om modulet på phmetropol.dk

 **Sclerose**
foreningen

 **Parkinsonforeningen**

METROPOL

Kompetencegivende
efter- og videreuddannelse



Årskataloget for 2014 er netop udkommet - bestil det på phmetropol.dk/kataloger

Palliationsmoduler på Metropol

- der ruster dig til at yde en nuanceret og kvalificeret lindrende pleje og behandling for patienter og pårørende.

Læs mere på phmetropol.dk/palliation

Vidste du at du og din arbejdsplads kan få et modul eller kursus designet særligt til jer?

phmetropol.dk/skraeddersyet

METROPOL

Kompetencegivende
efter- og videreuddannelse

midt
regionmidtjylland



Den sundhedsfaglige coachuddannelse 2014

6 moduler á 2 dage - i alt 12 dage
afsluttende eksamen

Start 3. marts 2014
Pris DKK 21.630,-/23.067,-
Tilmeldingsfrist 19. februar 2014

Tilmelding og mere info
www.rm.plan2learn.dk

Randi Dahl Kristensen
Telefon 78410898
Mail randi.dahl@stab.rm.dk

Conny Henneberg
Telefon 78410904
Mail conny.henneberg@stab.rm.dk

www.kompetence.rm.dk

 **Mensendieck**
dansk mensendieck forbund

Mensendieck uddannelsen

For dig, med anatomisk og fysiologisk baggrund, er der nu mulighed for, at uddanne sig til Mensendieck gymnastiklærer.

Undervisningen foregår én weekend hver måned i 10 mdr.

Kursusstart februar 2014.

For yderligere information kontakt formand for Dansk Mensendieck Forbund:
Hanne Flensburg på 2423 0245 eller info@mensendieck.dk

Massage er mere end du tror.
- For det hele menneske.



Kom på massage grundkursus på Nordlys og lær at give en fuld kropsmassage til dine patienter.
Kursusstart den 13. november.

NORDLYS

Almindsovænget 4 • DK 8600 Silkeborg
Telefon +45 86 81 10 81 • E-mail nc@nordlys.dk

www.nordlys.dk

3 forskellige styrker

flutiform® (fluticason + formoterol) findes i 3 forskellige styrker i en spray-inhalator med tydelig dosistæller.

Dosistælleren er ...

GRØN - når der er mellem 120 og 50 doser tilbage.

GUL - når der er mellem 49 og 30 doser tilbage.

RØD - når der er mellem 29 og 0 doser tilbage.



Oversigt over væsentlige produktforskelle**

Produktnavn

Indholdsstof

Indikation

Kontraindikation

Bivirkninger
(meget alm./alm.)

Dosering, pris
(billigste AUP inkl. recepturgebyr)
og pakninger pr. 30. september 2013

** Kilde: Sundhedsstyrelsens godkendte produktresumé for flutiform®-inhalationsspray og Seretide®-inhalationsspray

Seretide® inhalationsspray

(Salmeterol/Fluticason)

Til behandling af astma, hvor behandling med et kombinationsprodukt (langtidsvirkende β_2 -agonist og inhalationssteroid) er hensigtsmæssig: hos patienter, der ikke er velkontrollerede på inhalationssteroid og korttidsvirkende β_2 -agonist ved behov, eller hos patienter, der allerede er velkontrollerede på både inhalationssteroid og langtidsvirkende β_2 -agonist.

Overfølsomhed over for indholdsstofferne

Hovedpine, nasopharyngitis, candidiasis i mund og svælg, pneumoni, bronchitis, hypokaliæmi, hæshed/dysfoni, sinusitis, traumatisk fraktur, artralgi, myalgi

Spray

25/125: 2x2 484,45 kr. / 120 doser (anbefales fra 12 år)

25/250: 2x2 791,15 kr. / 120 doser (anbefales fra 12 år)

flutiform® inhalationsspray

(fluticason/formoterol)

flutiform® er indiceret til regelmæssig behandling af astma, hvor anvendelse af et kombinationsprodukt (inhalationssteroid og langtidsvirkende β_2 -agonist) er hensigtsmæssig hos: patienter, der ikke er velkontrollerede på inhalationssteroid og brug af korttidsvirkende β_2 -agonist ved behov, eller patienter, der allerede er velkontrollerede på både inhalationssteroid og langtidsvirkende β_2 -agonist.

Overfølsomhed over for indholdsstofferne

Spray

50/5: 2x2 342,45 kr. / 120 doser (anbefales fra 12 år)

125/5: 2x2 427,70 kr. / 120 doser (anbefales fra 12 år)

250/10: 2x2 516,20 kr. / 120 doser (anbefales fra 18 år)

Sammenligning af inhalationsspray-kombinationsprodukter med fluticason markedsført i Danmark

Produktnavn

Indholdsstof

Sammenligning af styrker (μ g)

Seretide® inhalationsspray

(Salmeterol/Fluticason)

–

25/125

25/250

flutiform® inhalationsspray

(fluticason/formoterol)

50/5

125/5

250/10

flutiform® (fluticasonpropionat / formoterolfumaratdihydrat) inhalationsspray

Indikationer*: Til regelmæssig behandling af astma, hvor anvendelse af et kombinationsprodukt (inhalationssteroid og langtidsvirkende β_2 -agonist) er hensigtsmæssig: hos patienter, der ikke er velkontrollerede på inhalationssteroid og brug af korttidsvirkende β_2 -agonist ved behov eller hos patienter, der allerede er velkontrollerede på både inhalationssteroid og langtidsvirkende β_2 -agonist. Flutiform® 50/5 mikrogram og 125/5 mikrogram pr. dosis er indiceret til voksne og unge fra 12 år. Flutiform® 250/10 mikrogram pr. dosis er kun indiceret til voksne. **Dosering***: Patienterne skal have Flutiform® i den styrke fluticasonpropionat, der passer til sværhedsgraden af deres astma. **Voksne og unge fra 12 år**: Flutiform® 50/5 mikrogram og 125/5 mikrogram, to inhalationer (pust) to gange dagligt. **Kun til voksne > 18 år**: Hvis patientens astma fortsat er dårligt kontrolleret, kan den daglige dosis øges yderligere, dvs. til den højeste styrke, Flutiform® 250/10 mikrogram pr. dosis: to inhalationer (pust) to gange dagligt. Der bør titreres til den laveste dosis, som giver effektiv kontrol af symptomerne. Når patientens astma er tilstrækkeligt kontrolleret, kan der evt. skiftes til en lavere styrke, eller det kan overvejes om patienten skal trappes ned til inhalationssteroid alene. **Børn under 12 år**: Erfaring med Flutiform® til børn under 12 år savnes, og bør derfor ikke anvendes til denne aldersgruppe. **Specielle patientgrupper***: Dosisjustering hos ældre er ikke nødvendig. Der foreligger ingen data for brug af Flutiform® til patienter med nedsat lever- eller nyrefunktion, dosis bør derfor regelmæssigt kontrolleres. **Kontraindikationer**: Overfølsomhed over for et eller flere af de aktive stoffer eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Forsigtighedsregler***: Ikke til akut brug. Bør ikke initieres hos patienter med akut exacerbation, eller hos patienter med signifikante eller akutte forværringer. Pludselig og tiltagende forværring af astmasymptomer er potentielt livstruende, og patienten bør straks tilses af en læge. Behandling med Flutiform® bør ikke seponeres pludseligt hos astmatikere på grund af risiko for exacerbationer, undtagen ved parados bronkospasmer. Flutiform® bør gives med forsigtighed til patienter med hyperthyroidisme, fæokromocytom, diabetes mellitus eller ubehandlet hypokaliæmi eller patienter, der er disponeret for lave serumkaliumkoncentrationer, hypertrofisk obstruktiv kardiomyopati, idiopatisk subvalvulær aortastenose, svær hypertension, aneurismer eller andre svære hjerte-kar-sygdomme såsom iskæmisk hjertesygdom, hjertearytmier eller svært hjertesvigt, forlænget QTc-interval, lungetuberkulose, latent tuberkulose eller svampe- eller virus-infektioner i luftvejene. Forsigtighed ved skift af behandling til Flutiform®, specielt for patienter med nedsat binyrefunktion på grund af tidligere brug af systemisk steroid. Systemisk virkning kan opstå efter inhalation af kortikosteroider, især ved høje doser givet i længere perioder, og børn og unge bør derfor tilses regelmæssigt. Dosen af inhalationssteroid bør reduceres til den laveste dosis, der giver effektiv astmakontrol. Samtidig behandling med β_2 -agonister og lægemidler, der kan inducere hypokaliæmi eller forstærke en hypokaliæmisk virkning, kan forstærke en mulig hypokaliæmisk virkning af β_2 -agonisten. Kontrol af blodsukker bør overvejes hos diabetikere. Der er en øget risiko for systemiske bivirkninger, når fluticasonpropionat kombineres med potente CYP3A4-hæmmere. Patienter bør instrueres i at tage Flutiform® regelmæssigt, også selvom de er symptomfrie. **Interaktioner***: Samtidig langvarig behandling med CYP3A4-hæmmere bør undgås. Forsigtighed ved samtidig administration af en β_2 -agonist og ikke-kaliumbesparende diuretika. Samtidig brug af andre β -adrenergika kan have en potentielt additiv virkning. Beta-adrenerge receptoragonister (β -blokkere) og formoterolfumarat kan forhøje hinandens virkning, når de administreres samtidigt. Flutiform® bør ikke gives sammen med L-dopa, L-thyroxin, oxytocin, alkohol, trykkløse antidepressiva eller monoaminoxidasehæmmere, lægemidler der forlænger QTc-intervallet samt halogeniserede kulbrinter. **Graviditet og amning***: Der er utilstrækkelige data for anvendelse til gravide. Det er ukendt om fluticasonpropionat / formoterolfumaratdihydrat udskilles i modermælk. Fordelen af behandlingen skal afvejes mod eventuel risiko. **Bivirkninger***: Ikke almindelige, sjældne og ikke kendte bivirkninger: Se fuldt produktresumé. **Udlevering**: B, generelt tilskud. **Indehaver af markedsføringstilladelse**: Norpharma A/S, Slotsmarken 15, 2970 Hørsholm, tlf. 45 17 48 00, www.norpharma.dk. **De med *mærkede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af Sundhedsstyrelsen godkendte produktresumé. Fuldt produktresumé kan vederlagsfrit rekvireres hos Norpharma A/S eller findes på www.produktresume.dk.** ©: Flutiform er et registreret varemærke. **Bivirkninger, både kendte og nyopdagede, bedes indberettet hurtigst muligt til Sundhedsstyrelsen (www.meldenbivirkning.dk) eller Norpharma A/S (norpharma@norpharma.dk).** **Pakninger og priser inkl. receptgebyr pr. 30. september 2013**: Vnr. 10 48 56, Inhalationsspray, 50/5 mikrogram, 120 doser, kr. 342,45. Vnr. 49 94 36, Inhalationsspray, 125/5 mikrogram, 120 doser, kr. 427,70. Vnr. 45 22 58, Inhalationsspray, 250/10 mikrogram, 120 doser, kr. 516,20. Dagsaktuelle priser findes på www.medicinpriser.dk

Nye muligheder i din astmabehandling
og nye priser for dine astmapatienter

flutiform® (fluticason + formoterol)

34,8 % forskel på tilskudsprisen
(pr. pakke pr. md.*)



flutiform® (250/10)

Kr. 516,20



Seretide® (25/250)

Kr. 791,15



* Prisen er indhentet den 30. september 2013. For dagspris, se www.medicinpriser.dk



Døende med KOL bliver over

Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) er en sygdom med lav prestige. Det forplanter sig til plejen, hvor den palliative indsats til patienter med svær KOL trænger til udvikling og forskning, så patienterne kan side-stilles med andre svært syge patienter.

Mette Birkebæk, sygeplejerske

Kristine Bruun Jørgensen, sygeplejerske

Ingeborg Ilkjær, sygeplejerske, cand.mag., ph.d., UC Diakonissestiftelsen Sygeplejerskeuddannelsen, Frederiksberg; inil@ucdiakonissen.dk

Helene Sejergaard, sygeplejerske

Artiklen tager udgangspunkt i to bachelorprojekter og et ph.d.-projekt, der påpeger, at patienter med svær grad af Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL), som bor i eget hjem, ofte har vanskeligheder ved at blive set, hørt og forstået. Patienterne har oplevet og erfaret gennemgribende fysiske, psykiske og sociale tab grundet deres KOL (1). Desuden udviser patienterne basale palliative behov indenfor det fysiske, psykiske, sociale, eksistentielle og åndelige område, som ikke i tilstrækkelig grad synes mødt af hjemmesygeplejen (2,3).

Fjerdehyppigste dødsårsag

I Danmark lever ca. 430.000 mennesker med KOL, hvoraf mange har sygdommen uden at vide det. Ud af de 430.000 har ca. 50.000 svær eller meget svær grad af KOL (4,5). Det antages, at op mod 40 pct. af alle dagligrygere vil udvikle KOL (6,7). I 2010 døde 3.355 danskere af KOL (8,9). Derudover tyder det på, at næsten lige så mange dør af KOL som en medvirkende årsag (10,4). KOL formodes at være den fjerdehyppigste dødsårsag i Danmark (6,7). KOL forårsager 20 pct. af alle akutte indlæggelser på medicinske afdelinger svarende til i alt 23.000 indlæggelser om året og har en genindlæggelseshyppighed på ca. 24 pct. inden for 30 dage (11,6).

I kommunalt regi udgør sygeplejersker blot 11 pct. af det plejepersonale, som varetager plejen til ældre borgere i eget hjem, resten varetages af social- og sundhedsassistenter, hjælpere eller ufraglærte.

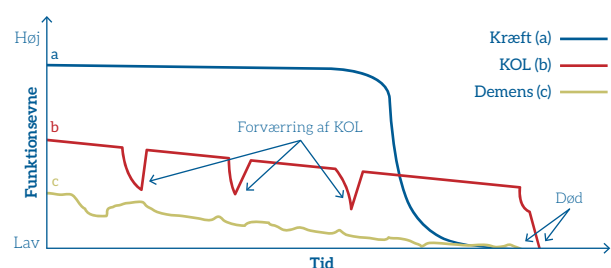
Hjemmesygeplejen er en del af den sundhedsprofessionelle indsats i primærsektoren, som er ansvarlig for at forebygge sygdom, fremme sundhed, yde sygepleje og behandling, rehabilitering og palliativ pleje til de patienter, der lever med svær grad af KOL i eget hjem (12,13). Det viser sig dog, at der forekommer store kompetencevariationer i den basale palliative indsats fra hjemmesygeplejen (14). Den basale palliative indsats varetages af primærsektoren og på "ikke-palliative" hospitalsafdelinger, i modsætning til den specialiserede palliative indsats, som sker på hospice, i pallia-

tive teams og på palliative enheder (8,9). I kommunalt regi udgør sygeplejersker blot 11 pct. af det plejepersonale, som varetager plejen til ældre borgere i eget hjem, resten varetages af social- og sundhedsassistenter, hjælpere eller ufraglærte. For den procentdel af sygeplejersker, som arbejder med palliation på basalt niveau, er der på nuværende tidspunkt intet krav om uddannelsesniveau (15). Kun 5,2 pct. af danske sygeplejersker har en efteruddannelse i palliation (16,14).

Patienter med KOL udviser til sammenligning med lungekræftpatienter ikke lige så tydelige kendetegn tæt på dødens indtræden, hvilket vanskeliggør en proaktiv indsats til hjælp for patienten og de pårørende. Patienternes funktionsevne er langsomt faldende, afbrudt af eksacerbationer, der giver en yderligere funktionsnedsættelse og potentielt har døden til følge. Det er udfordrende at prognosticere, identificere og derved intervenere på patienternes palliative behov, se figur 1 (17).

KOL er en sygdom kendetegnende ved lav prestige, hvilket bl.a. skyldes, at patienterne ofte kommer fra lavere sociale klasser, ofte har et lavt uddannelsesniveau, undertiden lever under dårlige boligforhold, usund kost og manglende motion (19). Komorbiditet hos patienter med KOL i form af hjertesygdomme, osteoporose, muskelatrofi, luftvejsinfektioner, lungecancer, underernæring, angst og depression ses ofte

Figur 1. Forløb for patient med KOL (b) til sammenligning med demens og kræft



Udarbejdet på baggrund af Murray S et al. Illness trajectories and palliative care. *BMJ* 2005;330(7498):1007-11(18).

set i den palliative pleje

(20). Desuden er der traditionelt ikke prioriteret økonomiske midler til målrettet forskning og uddannelse om KOL eller tilført tilstrækkeligt, kompetent plejepersonale i forhold til de eksisterende behov (21,13).

Formål

Formålet er at synliggøre en overset patientgruppes behov for basal palliation, omsorg og pleje og bidrage til, at behovene imødekommes.

Metode

Artiklens data er hentet fra projekterne, der alle er inspireret af den fænomenologisk-hermeneutiske tilgang. Det kvalitative semistrukturerede livsverden-interview blev anvendt som dataindsamlingsmetode, og alle interview blev foretaget i patienternes eget hjem. Udgangspunktet var således patientologisk (22,23).

Projekterne var empiridrevne, hvorved fokus lå i at beskrive og forstå, hvilken betydning svær grad af KOL kan have for denne patientgruppe. Herved fik de teoretiske begreber og perspektiver skikkelse igennem empirien (3).

Deltagere

Informanterne fra både bachelorprojekterne og ph.d.-projektet var repræsentative for patientgruppen i forhold til alder, social status og komorbiditet og svarer desuden til det patientbillede, som litteraturen repræsenterer (1,2,3,24).

Resultater

Ensomhed og tab

Projekterne identificerede oplevelser og erfaringer hos patienterne, der knyttede sig til både fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle tab grundet KOL. En 77-årig kvinde fortalte om forværringen af sin sygdom og om det at være i permanent iltbehandling: ”Jeg kunne ikke komme ud, jeg skulle gå rundt i lejligheden med ilt i 24 timer. Til sidst var jeg meget ked af det. Jeg følte mig som en fange i et bur.” Grundet sygdommens progression var hendes livsudfoldelse blevet begrænset til hjemmets fire vægge, hun følte sig indespærret, ensom og isoleret.

” KOL er en sygdom kendetegnende ved lav prestige, hvilket bl.a. betyder, at patienterne ofte kommer fra lavere sociale klasser, ofte har et lavt uddannelsesniveau, undertiden lever med dårlige boligforhold, usund kost og manglende motion.

En 60-årig mand fortalte, hvordan sygdommens indvirkning begrænsede ham i hans arbejdsliv.

”Jeg fik sværere og sværere ved at gå på arbejde, jo, og passe mit arbejde som chauffør. Til sidst fik jeg nærmest forbud mod at komme, selvom jeg gerne ville, men de kunne jo godt se, at jeg måtte sidde og hive efter vejret. Til sidst var jeg så dårlig, så jeg blev nødt til at holde op.”

Sygdommens progression medførte tab af arbejde, han blev frarøvet denne betydelige del af livet, hverdagen og muligvis også et signifikant element i hans selvopfattelse. Videre fortalte han, hvordan den nedsatte lungekapacitet indskrænkede hans råderum og bl.a. havde medført, at han ikke var i stand til at udfylde og opretholde sine vante sociale roller: ”Det er en pestilens at have så lidt luft og så lidt kræfter, altså. Det sværeste er at vænne sig til, at det nok bliver ved med at være sådan. Der er ting, jeg må melde fra til, fordi jeg ikke har luft nok, ik’. Der er sgu mange ting, jeg gerne ville nå endnu.”

At lide tab på det sociale område betød for alle de medvirkende patienter en oplevelse af ensomhed. De oplevede at miste en del af sig selv, og at deres livskvalitet var blevet forringet. En af de interviewede udtrykte det sådan: ”Nu er jeg bare sådan en, der ikke kan.” Ifølge ham selv og med kendskab til hans livshistorie havde han altid været der, hvor det hele skete. Nu var hans tilværelse blevet fundamentalt forandret.

Stigmatisering

Flere af patienterne udtrykte en form for skyld, skam, (selv-)fordømmelse og fortrydelse. De sad alle tilbage med eftervirkningerne af et liv med mange års rygning. En 60-årig mand udtrykte det således:

- ”Det er næsten ikke til at bære nogle gange i virkeligheden. Nogle gange så kan jeg godt blive, ja, jeg vil ikke sige deprimeret over det, men jeg kan blive lidt sur på mig selv altså, fordi jeg har været sådan en idiot altså med alt det der røg, ik’.”

Oveni selve sygdommens fysiske, psykiske og sociale betydning sad patienterne tilbage med en eksistentiel lidelse i form af skyld, skam og selv-stigmatisering. Stigmatiseringen medførte hos flere af patienterne tab af social status og selv-respekt. Stigmatisering og social isolation fik en gensidigt forstærkende effekt, fordi patienterne som følge af at føle sig forkerte ikke blot blev isoleret, men også isolerede sig fra omverdenen både i private relationer og i kontakten til sundhedsvæsenet.

Angst for at dø

Kendetegnende for alle de medvirkende patienter var, at de befandt sig i grænselandet mellem liv og død, hver gang de nærmede sig et farefuldt niveau af dyspnø. En af patienterne fortalte, hvordan hun gennemlevede et angstanfald som følge af den udtalte dyspnø.

”Jeg bliver bange, eller angst på en måde. Det udspringer af det, at jeg ikke kan få luft ... så skal jeg kæmpe, og så strammer jeg op i alle mine muskler, så de er i beredskab. Og så filtrer de sig sammen, og så får jeg ondt i hele kroppen og bliver helt træt. De seneste uger er det sket et par gange om dagen.”

Graden af dyspnø var et altoverskyggende fysisk symptom for alle patienterne, som forstærkede angsten for at dø. Patienterne følte sig dagligt truet på deres eksistens. Det viste sig dog, at de alle på trods af deres lidelse og en forsmag på dødens invasion alligevel formåede at oparbejde en evne til at kæmpe for livet.

Livsmod og håb

Patienterne befandt sig i en ambivalent situation, hvor de både ønskede at dø og dermed give op og samtidig genfandt livsmødet og håbet.

”Jeg er da et glad menneske og sådan, selvom at man kan sige, ej nu gider jeg sgu snart ikke leve mere. Det ender med, at det går så meget tilbage for mig, så jeg snart lukker øjnene. Ja, det tænker jeg.”

Opgivelse og oplevelsen af ikke at orke den tilsyneladende håbløse og meningsløse livssituation overvældede dem ofte. Det betød, at døden blev det, som patienterne i perioder håbede på, alene fordi deres dyspnø først ville ophøre med døden. Det fremgik i flere tilfælde, at patienterne ikke havde delt disse tanker med nogen før.

For flere af patienterne var der trods sygdommens fremadskriden alligevel et håb at spore, et håb, der knyttede sig til at kunne gøre bare lidt. For en af patienterne var det at tage sokker på hver morgen en daglig kamp, som han alligevel formåede at vende til noget positivt, da han oplevede, at det samtidig var det, som holdt ham i gang. For ham var det med til at indgyde livsmød, og han beviste overfor sig selv, at han stadig magtede dele af livet. På samme måde som det for en kvindelig patient betød utrolig meget, at hun fortsat selv var i stand til at klæde sig på, pleje sit ansigt og børste tænder, omend det tog hende lang tid og de fleste af hendes kræfter.

Patienterne forsonede sig på sin vis med deres situation, de oparbejdede en vilje til at kæmpe på trods af sygdommens progression og indvirkning på deres liv.

Konklusion

Projekternes resultater viser, at der er et behov for pleje og omsorg, som imødekommer lindring af både fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle og åndelige problemer, når patienter kommer til slutstadiet af KOL. Det tyder på, at man på en række områder kunne tænke anderledes i forsøget på at forbedre den basale palliative pleje og omsorg til patienter med KOL.

Patienterne selv giver udtryk for, at de oplever tab på tab pga. den invaliderende åndenød, og de giver udtryk for at have behov for kompetent hjælp, men at de føler sig overladt til sig selv. Selvstigmatiseringen pga. skam og skyld betyder

” Det er problematisk, at patientgruppen primært opfattes som kronisk syge, og ikke som alvorligt syge og potentielt døende patienter.

for dem, der har røget tobak, at de er tilbageholdende med at bede om hjælp. Samtidig stigmatiserer samfundet ved at overse deres behov for basal palliation. Dette tilsammen gør, at patienterne føler sig afmægtige, fortabte og meget utrygge over for fremtiden, hvorom de ved, at de skal dø inden for en overskuelig tid.

Hjemmesygeplejen, der i forvejen yder en stor indsats, skal udrustes yderligere til at indgå i den palliative indsats på basalt niveau. Der er brug for sundhedsprofessionelle, som kan og vil identificere patienternes fysiske, psykiske, sociale, eksistentielle og åndelige behov, og som vil lytte til patienterne og tale deres sag. Som oftest har patienterne ikke selv de fornødne kræfter, den fornødne viden og tilstrækkeligt selvværd til at kæmpe kampen for den basale palliative pleje og omsorg.

Behovet for en struktureret og tværsektoriel basal palliativ indsats for de patienter, som befinder sig i slutstadiet af KOL, er omfattende. Der er brug for konkrete og handlingsanvisende retningslinjer for, hvordan man hjælper denne gruppe alvorligt syge og døende patienter, hvor især den invaliderende åndenød er årsag til angst, isolation, sociale tab, immobilitet og almen svækkelse. Det er problematisk, at patientgruppen primært opfattes som kronisk syge, og ikke som alvorligt syge og potentielt døende patienter. Måske er det en af årsagerne til, at man ikke ser behovet for basal palliation. Dertil kommer, at der er et behov for en specialiseret, palliativ indsats, som endnu ikke eksisterer på KOL-området. Der ses et behov for en bredere faglig viden inden for den palliative indsats, som rækker ud over det onkologiske speciale. I fremtiden bør den ekspertise, som findes på lungemedicinske og kardiologiske afdelinger, også medtænkes, hvis patienter med KOL og deres palliative behov skal imødekommes.

Undervisning i palliation på basalt niveau på de relevante sundhedsprofessionelle grunduddannelser skal opprioriteres, ligesom der i langt højere grad end hidtil bør være mulighed for kompetenceudvikling på området i forbindelse med efter- og videreuddannelse.

I kommunerne er det nødvendigt med innovative tiltag og anvendelse af ressourcepersoner med særlige kompetencer inden for den palliative sygepleje til patienter med KOL. Alt tyder på, at der i

” Der har hidtil ikke været tradition for at forske i den palliative indsats til patienter med KOL. Den palliative indsats er kun i begrænset omfang lovmæssigt reguleret, hvilket også kan være en hindring for udvikling og forskning på området.

fremtiden ligger en stor udviklings- og uddannelsesmæssig udfordring i at opgradere udøvelse af palliation på basalt niveau. Øget viden vil give et stærkere sygeplejefagligt funderet interventionsgrundlag og samtidig medvirke til øget anerkendelse af den enkelte patients liv og sygdomssituation, hvorved der gives stemme til en overset patientgruppe.

Der er brug for mere forskning for at øge hjemmesygeplejens interventionsgrundlag. Der har hidtil ikke været tradition for at forske i den palliative indsats til patienter med KOL. Den palliative indsats er kun i begrænset omfang lovmæssigt reguleret, hvilket også kan være en hindring for udvikling og forskning på området. Ved en øremærkning af forskningsmidler til området ville der muligvis kunne skabes større anseelse, hvorved patienter med KOL kan sidestilles med andre svært syge patienter. Dertil kommer, at der er et stort incitament for at intervenere, når man medtænker de samfundsøkonomiske omkostninger, som KOL forårsager. Omkostningerne ved sygdommen lægger hvert år beslag på en stor del af sundhedsvæsenets ressourcer, og potentielt set vil de samfundsøkonomiske omkostninger kun blive større i fremtiden (8).

► Litteratur

- Sejergaard H. Oplevelser og erfaringer i livet med svær KOL, UC Diakonissestiftelsen Sygeplejerskeuddannelsen, Frederiksberg, 2012.
- Jørgensen KB, Birkebæk M. En stemme til de stemmeløse, UC Diakonissestiftelsen Sygeplejerskeuddannelsen, Frederiksberg, 2013.
- Ilkjær I. Ånde-nød. En undersøgelse af eksistentielle og åndelige fænomeners betydning for alvorligt syge patienter med kronisk obstruktiv lungelidelse. København: Det Teologiske Fakultet, Københavns Universitet, 2012.
- von Plessen C, Nielsen TL, Steffensen IE, Larsen SA, Taudorf E. Palliativ behandling af patienter med terminal kronisk obstruktiv lungesygdom, Ugeskrift for Læger, 2011;(173)42:2641-4.
- WHO. Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). November, 2011. Lokaliseret 17.04.13 på <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/index.html>
- Danmarks Lungeforening. Hvor hyppig er KOL? 2012. Opdateret 18.07.12. Lokaliseret 05.12.12 på <http://www.lunge.dk/hvor-hyppig-er-kol>.
- WHO. The Global Burden of diseases: 2004. World Health Organization, Geneva. Lokaliseret 24.10.12. http://www.searo.who.int/LinkFiles/Reports_GBD_report_2004update_full.pdf
- Sundhedsstyrelsen. Dødsårsagsregisteret 2010 – tal og analyse. København: Sundhedsstyrelsen, 2011.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GICOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2010 (updated 2010). Lokaliseret 20.09.12. http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLDReport_April112011.pdf
- Løkke A, Lange P. Forekomst af KOL. I: L Moll L, Lange P, Dahl BH (red.), KOL – sygdom, behandling og organisation, København: Munksgaard Danmark, 2010.
- Sundhedsstyrelsen. KOL – kronisk obstruktiv lungesygdom. Anbefalinger for tidlig opsporing, opfølgning, behandling og rehabilitering. København: Sundhedsstyrelsen, 2007.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Vejledning om hjemmesygepleje, VEJ nr. 102 af 11/12/2006.
- Palliativ indsats til KOL-patienter. København: Danmarks Lungeforening og PAVI, 2013.
- Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for den palliative indsats. København: Sundhedsstyrelsen, 2011.
- Svennevig B 2012. Vi kan mildne de døendes angst, Sygeplejersken, 2012;(12)112:40-3.
- Svennevig B 2012. Vi skal turde spørge til patientens ønske om at dø, Sygeplejersken, 2012; (12)112:44-6.
- Barnett M. Providing palliative care in end-stage COPD within primary care. Journal of Community Nursing, 2006;(20)3:30-4.
- Murray S et al. Illness trajectories and palliative care. BMJ. 2005 April 30;330(7498):1007-11.
- Dahl BH. Patientuddannelse, egenomsorg, mestring og behandlingsplaner. I: Moll L, Lange P, Dahl BH (red.). KOL – sygdom, behandling og organisation. København: Gyldendals Bogklub, 2011.
- Lange P, Moll L. Komorbiditet ved KOL: Moll L, Lange P, Dahl BH (red.). KOL – sygdom, behandling og organisation. København: Gyldendals Bogklub, 2011.
- Nørredam M, Album D. Forskelle og ligheder i sygdom og sundhed – hvilken rolle spiller prestige? I: Vallgård S, Koch L. (red.). Forskel og lighed i sundhed og sygdom. København: Munksgaard, 2006.
- Kvale S, Brinkmann S. Interview – introduktion til et håndværk. København: Hans Reitzels Forlag, 2009.
- Petersen KA, Glasdam S, Lorentzen V. Livshistorieforskning og kvalitative interview. Viborg: CVU Midt-Vest, 2007.
- Moll L, Lange P, Dahl BH. KOL – sygdom, behandling og organisation. København: Gyldendals Bogklub, 2011.

English abstract

Sejergaard H, Jørgensen KB, Birkebæk M, Ilkjær I. Dying patients with COPD are overlooked in palliative care. *Sygeplejersken* 2013;(12):66-70.

Background: Patients with severe COPD experience tremendous physical, mental and social losses because of their illness. Patients with severe COPD who live at home do not find they receive sufficient care from their district nurse in relation to their basic palliative needs
Objective: To draw attention to an overlooked patient group's need for basic palliation and to contribute to the fulfilment of this need.

Method: The article is based on a qualitative method that is empirically driven and takes a patientological perspective.

Results: The patients experience physical, mental, social and existential losses because of COPD. We often see loneliness, loss of identity and deterioration in quality of life. Many express guilt, shame, self-condemnation and (self-)stigmatisation. Despite suffering and a fear of dying, they were often able to regain their spirits and a capacity to continue to fight for their life.

Conclusion: There is a lack of greater focus on research and development if a structured, interdisciplinary and intersectoral palliative effort in the area of COPD is to be achieved. Better knowledge among district nurses can aid in identification of palliative needs and adequate intervention in the basic palliative effort.

Keywords: COPD, Chronic illness, quality of life, palliation, patient.

Symbicort® Turbuhaler®

(budesonid/formoterol)



- Har klinisk effekt ved inspiratorisk flow helt ned til 30 L/min^{1,2}
- Kan anvendes af næsten alle patienter med akut astma og af patienter med svær KOL^{3,4}
- Giver en høj lungedeponering⁵
- Er brugervenlig og nem at anvende
- Fungerer under både varme og fugtige forhold⁶
- Har praktisk dosistæller

Symbicort®
budesonid/formoterol

1. Engel T et al. Br J Clin Pharmacol, 1992; 439-444. 2. Newman SP et al. Int J Pharm, 1991;74:209-213. 3. Nana A et al. Respir Med 1998; 92: 167-172
4. Calverly et al. Eur Respir J 2003;22:912-919. 5. Borgström et al. Pediatr. Pulmonol 1996; 22: 106-110 6. Borgström et al. J Aer Med. 2005;18:304-310

Symbicort Turbuhaler (160 mikrg budesonid + 4,5 mikrg formoterol afgivet pr. dosis) Symbicort Mite Turbuhaler (80 mikrg budesonid + 4,5 mikrg formoterol afgivet pr. dosis) og Symbicort Forte Turbuhaler (320 mikrg budesonid + 9 mikrg formoterol afgivet pr. dosis). Bemærk at den afmålte dosis er højere end den afgivne. **Indikationer:** Astma: Symbicort er indikeret til behandling af astma, hvor anvendelse af en kombination (inhalationskortikosteroid og langtidsvirkende β_2 -adrenoceptoragonist) er hensigtsmæssig: Hos patienter, der ikke er velkontrolleret på inhalationskortikosteroider og korttidsvirkende β_2 -adrenoceptoragonister ved behov eller hos patienter, der allerede er velkontrolleret på både inhalationskortikosteroider og langtidsvirkende β_2 -adrenoceptoragonister. (Symbicort Mite er dog ikke hensigtsmæssig hos patienter med svær astma). **KOL:** Symbicort og Symbicort Forte er desuden indiceret til: **KOL:** Symptomatisk behandling af patienter med svær kronisk obstruktiv lungesygdom (FEV1 < 50% af forventet normalværdi) og tidligere gentagne exacerbationer, som har betydelige symptomer på trods af regelmæssig behandling med langtidsvirkende bronkodilatorer. **Dosering:** Astma: Individuel dosering. Symbicort Turbuhaler bør ikke anvendes ved initial behandling af astma. Der er to måder, at behandle med Symbicort på: **A. Vedligeholdelsesbehandling:** Symbicort tages regelmæssigt som vedligeholdelsesbehandling med en separat hurtigvirkende bronkodilator til anfaldsbrug. Anbefalede doser: Voksne (fra 18 år): Basis 1-2 inhalationer 2 gange daglig dog højst 8 inhalationer daglig. For Symbicort Forte dog højst 4 inhalationer dagligt. Unge (12-17 år): 1-2 inhalationer 2 gange dagligt. For Symbicort Forte dog max 2 inhalationer dagligt. Børn (6-12 år): Symbicort Mite 2 inhalationer 2 gange dagligt. Børn under 6 år: bør ikke anvendes, da der kun foreligger begrænsede data. **B. Vedligeholdelses- og behovsbehandling:** Symbicort tages regelmæssigt som vedligeholdelsesbehandling og efter behov ved symptomer. Dette bør specielt overvejes hos patienter med utilstrækkelig astmakontrol og hyppig behov for anfaldsmedicin eller tidligere astmaexacerbationer, som har krævet medicinsk intervention. Anbefalede doser: Voksne (fra 18 år): Basis 1-2 inhalationer 2 gange daglig. Ved symptomer øges dosis til højst 6 pr. gang og højst 12 dagligt i en kortere periode. Ved mere end 8 inhalationer daglig over længere tid, kontaktes lægen. **KOL:** Anbefalede doser: Voksne: 2 inhalationer 2 gange daglig. For Symbicort Forte 1 inhalation 2 gange dagligt. Det er vigtigt at instruere patienten i korrekt anvendelse af Turbuhaler. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for indholdsstofferne. Indeholder lactose. **Advarsler og forsigtighedsregler:** Ved behandlingsophør bør dosis nedsættes gradvist og bør ikke stoppe pludseligt. Hvis behandlingen ikke er effektiv eller overstiger den højest anbefalede dosis af Symbicort, bør lægen kontaktes. Alvorlige astma relaterede bivirkninger og exacerbationer kan forekomme under behandling med Symbicort. Patienterne skal rådes til at fortsætte behandlingen, men søge læge hvis astmasymptomerne forbliver ukontrollerede eller bliver værre efter Symbicort er initieret. Som ved anden inhalationsbehandling kan der forekomme paradoks bronkospasme med akut øget hvæsende vejrtrækning og åndenød efter inhalation. Systemisk påvirkning kan opstå efter anvendelse af inhalationskortikosteroid, især ved høje doser givet i længere perioder. Dette er langt mindre sandsynligt ved inhalationsbehandling, end ved peroral behandling. Eventuel systemisk påvirkning kan omfatte Cushings syndrom. Det anbefales at følge væksten jævnlgt hos børn i langtidsbehandling med inhalationskortikosteroid. Mulige påvirkninger af knogletæthed bør overvejes, specielt hos patienter, der indtager høje doser over længere perioder og med sammenfaldende risikofaktorer for osteoporose. Der bør udvises forsigtighed ved igangsættelse af behandling med Symbicort, hvis det antages, at tidligere brug af systemiske steroider har ført til nedsat binyrebarkfunktionen. Efter seponering af behandlingen med oralt steroid kan det vare længe, før der opnås bedring, og når patienter, der er afhængige af orale steroider, overføres til budesonid til inhalation, kan de fortsat have en øget risiko for nedsat binyrebarkfunktion i længere tid. Langtidsbehandling med høje doser af inhalerede kortikosteroider, især når de overstiger de anbefalede doser, kan også føre til klinisk signifikant undertrykkelse af binyrebarkfunktionen. Brat seponering af supplerende behandling med systemiske steroider eller inhaleret budesonid bør undgås. Ved skift fra oralt lægemiddel til Symbicort Turbuhaler vil patienten opleve en generelt lavere systemisk påvirkning af steroider, hvilket kan udløse allergiske eller reumatiske symptomer såsom rhinitis, eksem og muskel- og ledsmerter. For at minimere risikoen for candidainfektioner i mund og svelg, bør patienten skylle munden med vand efter inhalation af vedligeholdelsesdosis. Symbicort bør administreres med forsigtighed hos patienter med thyrotoksikose, fæokromocytom, diabetes mellitus, ubehandlet hypokaliæmi, hypertrofisk obstruktiv kardiomyopati, idiopatisk stenosis subvalvularis aortae, alvorlig hypertension, aneurisme eller andre alvorlige kardiovaskulære lidelser som iskæmisk hjertesygdom, hjertearytmier eller svær hjerteinsufficiens. Forsigtighed bør udvises ved behandling af patienter med QTc-intervallet. Formoterol kan inducere forlængelse af QTc-intervallet. Behovet for og dosis af kortikosteroider til inhalation bør revideres hos patienter med aktiv eller inaktiv lungetuberkulose eller med svampe- eller virusinfektioner i luftvejene. Behandling med høje doser β_2 -adrenoceptoragonist kan medføre potentielt alvorlig hypokaliæmi. Som for alle β_2 -adrenoceptoragonister, bør der hos diabetespatienter foretages ekstra kontrol af blodsukkeret. **Interaktioner:** Farmakokinetiske interaktioner: Potente CYP3A4-inhibitorer (f.eks. ketoconazol, itraconazol, voriconazol, posaconazol, clarithromycin, telithromycin, nefazodon og HIV-proteaseinhibitorer) forøger sandsynligheden for at budesonid markant, og samtidig brug skal undgås. Hvis dette ikke er muligt, skal tidsintervallet mellem administration af inhibitor og budesonid være så langt som muligt. Symbicort vedligeholdelses- og behovsbehandling anbefales ikke til patienter som anvender potente CYP3A4 hæmmere. Farmakodynamiske interaktioner: Betablokkere kan svække eller hæmme effekten af formoterol. Symbicort bør derfor ikke gives samtidig med betablokkere (inklusive øjendråber) med mindre, der er tvungende årsager. Samtidig behandling med kinidin, disopyramid, procainamid, phenothiaziner, antihistaminer (terfenadin), monoaminoxidasehæmmere og tricykliske antidepressiva kan forlænge QTc-intervallet og øge risikoen for ventrikulære arytmier. Desuden kan L-Dopa, L-thyroxin, oxytocin og alkohol svække hjertets tolerance overfor β_2 -sympatomimetika. Samtidig behandling med monoaminoxidasehæmmere inklusiv stoffer med lignende virkning som furazolidon og procarbazine kan fremskynde hypertensive reaktioner. Der er øget risiko for arytmier hos patienter, der er i anæstesi med halogenerede hydrocarboner. Samtidig anvendelse af andre beta-adrenerge lægemidler eller antikolinerge lægemidler kan have en potentielt additiv bronkodilaterende effekt. Hypokaliæmi kan øge tilbøjeligheden til arytmier hos patienter, som er i behandling med digitalisglykosider. Der er ikke set interaktion mellem budesonid og formoterol og andre lægemidler anvendt til behandling af astma. **Graviditet og amning:** Børn kan anvendes hvis fordel overstiger de potentielle risici. **Bivirkninger:** De hyppigste bivirkninger er tremor og palpitationer. Desuden blå mærker på huden, lungebetændelse, Candida-infektion i oropharynx, hovedpine, let irritation i halsen, hoste, hæshed. **Pakninger og priser (ESP pr. 30. september 2013):** Symbicort Forte Turbuhaler (vnr. 014185): 9+320 μ g/dosis, 3 x 60 doser inhalationspulver kr. 1.902,50. Symbicort Forte Turbuhaler (vnr. 011409): 9+320 μ g/dosis, 60 doser inhalationspulver kr. 648,00. Symbicort Mite Turbuhaler (vnr. 003325): 4,5 + 80 μ g/dosis, 120 doser inhalationspulver kr. 565,20. Symbicort Turbuhaler (vnr. 005241): 4,5+160 μ g/dosis, 3 x 120 doser inhalationspulver kr. 1.874,05. Symbicort Turbuhaler (vnr. 003310): 4,5+160 μ g/dosis, 120 doser, kr. 638,55. Med hensyn til dagsaktuelle priser henvises til medicinpriser.dk. **Udlevering:** B. **Generelt tilskud.** AstraZeneca A/S, Arne Jacobsens Alle, 13, 2300 København S. Tlf. 43 66 64 62.

Forkortet produktinformation (det fuldstændige produktresumé kan rekvireres hos AstraZeneca A/S) eller ses på Lægemiddelstyrelsens hjemmeside www.laegemiddelstyrelsen.dk

AstraZeneca

Husk lige tandbørsten!

Patienter kan udvikle hjerte-kar-sygdomme, hvis de ikke får børstet tænder regelmæssigt, da manglende mundpleje kan medføre pneumoni, endocarditis, iskæmi og akut myokardieinfarkt. Det viser resultaterne af et bachelorprojekt fra sommeren 2012. Projektet indeholder bl.a. interview med to sygeplejersker om mulige årsager til nedprioritering af mundpleje.

Lærke Fardrup, sygeplejerske, Hjemmeplejen, Østerbro/Indre by; lerkafa@msn.dk

Karina Peters, sygeplejerske, Gastroenheden, Herlev Hospital

Anne Øraker, sygeplejerske, Infektionsmedicinsk afdeling, Hillerød Hospital

Flere artikler peger på, at sygeplejersker ikke prioriterer mundhygiejne til dårlige og sengeliggende patienter (2). I løbet af sygeplejestudiet oplevede vi, at mange patienter ikke fik børstet tænder under indlæggelse, hvilket undrede os. Men ét er, hvad man som pligttopfyldende studerende reflekterer over, noget andet er, om det også er videnskabeligt interessant. Som led i vores bachelorprojekt (1) undersøgte vi derfor litteraturen for at afdække, om manglende mundhygiejne kun har betydning for patientens velvære, eller om det også kan have sundhedsskadelige konsekvenser.

Red liv på to minutter

Det optimale for at opretholde god mundhygiejne er tandbørstning to gange dagligt af to minutters varighed (3). Hvis sygeplejersken prioriterer at udføre mundpleje, kan potentielt dødelige sygdomme forebygges. Bl.a. viser en evidensbaseret undersøgelse fra 2010, at mennesker, som ikke børster tænder regelmæssigt, har 70 pct. forøget risiko for at udvikle hjerte-kar-sygdomme i forhold til mennesker, som børster tænder to gange dagligt (4). Undersøgelsen viser også, at jo højere bakterieniveauet er i munden, desto mere forsnævrede er hjertets kranspulsårer, hvilket kan øge risikoen for iskæmi og akut myokardieinfarkt (4). Manglende mundhygiejne kan føre til forhøjet bakterieniveau i munden, det øger risikoen for bakteriami. Bakteriæmi kan medføre endocarditis, som er infektion i den hinde, der beklæder indersiden af hjertet og hjerteklapperne (5).

Vores litteraturlæsning ansporede os til at undersøge, hvordan det kan være, at patienter oftest ikke får børstet tænder under indlæggelse, når forskningen viser, at konsekvenserne kan være livsfarlige.

Metode

Vi valgte at interviewe to sygeplejersker på en kardiologisk afdeling, da vi formodede, at netop kardiologiske sygeplejersker kunne have kendskab til sammenhængen mellem utilstrækkelig mundhygiejne og hjerte-kar-sygdomme. Vores videnskabsteoretiske tilgang var fænomenologisk-hermeneutisk, da vi ønskede at få

” Hvis sygeplejersken prioriterer at udføre mundpleje, kan potentielt dødelige sygdomme forebygges.

indsigt i informanternes oplevelser, handlinger og motiver. Interviewene varede ca. 30 minutter, og forinden havde vi udformet en interviewguide, der skulle hjælpe os med at opnå indsigt i sygeplejerskernes viden, holdninger og erfaringer med mundhygiejne. De to interview var delvist styret af en disposition, men informanterne havde samtidig mulighed for at tale frit og spontant. Vi er opmærksomme på, at vores undersøgelse har et meget begrænset omfang og derfor udelukkende kan påpege tendenser i forhold til at nedprioritere mundhygiejne.

Resultater

På baggrund af interviewundersøgelsen udførte vi en databearbejdning og fandt derigennem flere mulige årsager til, at sygeplejersker nedprioriterer mundhygiejne. I de følgende afsnit har vi fremhævet årsagerne og fortolket på disse.

Grundlæggende sygepleje nedprioriteres

I interviewundersøgelsen fortæller informanterne, at patientens undersøgelser og medicinske behandling stort set altid bliver prioriteret højere end patientens behov for grundlæggende sygepleje. Den ene informant udtaler: ”Vi kan jo noget om hjertet, det er jo meget vigtigt, og så kan man godt komme til at glemme de andre ting lidt (...)” (1). Konstant specialisering i sundhedsvæsenet kan samtidig have påvirket sygeplejerskerne i den kardiologiske afdeling til en tankegang, hvor den medicinske behandling og de kardiologiske problemstillinger altid vil blive prioriteret højest. Hvis det er tilfældet, kan det samme formentlig også slutes for sygeplejersker i andre specialer. Specialiseringen kan dermed være en del af årsagen til, at grundlæggende sygepleje, herunder mundhygiejne, bliver nedprioriteret.

Travlhed påvirker kvaliteten

Informanterne fortæller begge, at travle hverdage medfører, at mundhygiejne ikke bliver medtænkt og udført: ”At det (mundhygiejne, red.) desværre tit er noget, der måske ikke er så meget fokus på, og at det i en travl hverdag nok er det, der bliver sprunget over” (1). Informanterne fortæller også, at mundhygiejne ikke anses for livsvigtig på niveau med mad og medicin og derfor ofte bliver nedprioriteret. Ud fra disse udtalelser er det nærliggende at udlede, at

travlhed påvirker kvaliteten af sygeplejen. På afdelingen er der sjældent tid til at udføre mundpleje, og hermed kan patientsikkerheden være truet, da patienter, som ikke får børstet tænder regelmæssigt, risikerer at dø af konsekvenserne af manglende mundpleje.

Tandbørsten bliver glemt

Informanterne fortæller, at mundhygiejne ofte bliver glemt, og at de ofte glemmer at spørge, om patienten har en tandbørste med hjemmefra. Desuden kan patienten være indlagt i flere dage uden at få udleveret en tandbørste. Det lader ikke til, at sygeplejerskerne i den kardiologiske afdeling medtænker mundhygiejne som en del af den daglige, personlige hygiejne.

Ifølge informanterne udfører de dog stort set altid mundpleje til uafvendeligt døende og bevidstløse patienter, da patienten ofte trækker vejret gennem munden og får synligt tørre slimhinder. Derimod regner de med, at den selvhjulpne patient selv udfører mundpleje. Selvhjulpne patienter har ikke nødvendigvis et synligt behov for hjælp til mundpleje, og det kan være årsagen til, at mundpleje ikke er indarbejdet som en rutinehandling til denne patientgruppe og derfor ofte bliver glemt.

Sygeplejersken mangler viden

Den ene informant udtaler, at mundhygiejne ikke nødvendigvis skal udføres særlig ofte: ”Jeg vil sige i hvert fald, at man primært skulle gøre det en gang i døgnet ordentligt, og det kommer jo også igen an på, hvad det er for en patient, du har” (1). Denne holdning kan resultere i, at patienten ikke får børstet tænder to gange dagligt og dermed er i risiko for at udvikle hjerte-kar-sygdomme.

Undervejs i interviewet fortalte vi informanterne om sammenhængen mellem utilstrækkelig mundhygiejne og risikoen for at udvikle f.eks. aterosklerose og akut myokardieinfarkt. Såfremt informanterne havde besiddet denne viden, mener de begge, at deres interesse for mundhygiejne generelt ville have været større.

Børst tænder – også for hjertets skyld

Årsagerne til nedprioritering af mundhygiejne er blevet præciseret, se boks 1, men man kan undre sig over, hvorfor informanterne angiver lige netop disse årsager til nedprioriteringen.

Provokativt kan man spørge, hvorfor mundhygiejne bliver glemt i hverdagen, når det for de fleste mennesker er indlært fra barnsben, at man skal børste tænder morgenen og aften? Hvorfor er mundhygiejne ikke en rutinehandling på niveau med f.eks. rent tøj til patienterne? Hvorfor anvendes travlhed som et argument for, at mundhygiejne ikke bliver udført? Er travlhed ikke ofte et arbejdsvilkår for sygeplejersker? Det kan diskuteres, om det skyldes, at nogle sygeplejersker er uerfarne og/eller ligeglade, eller om de bare synes, at mundpleje er grænseoverskridende og ulækkert. På baggrund af vores bachelorprojekt formoder vi, at sygeplejersker i for høj grad fokuserer på det specialespecifikke, og at de mangler viden om utilstrækkelig mundpleje.

Mundpleje – er det sygeplejerskens ansvar?

Man må overveje, hvad sygeplejersken egentlig skal hjælpe patienten med, og hvilke opgaver patienten selv bør varetage. I nutidens sundhedsvæsen er begrebet ”empowerment” meget anvendt. Patienten bør have kontrol over eget liv og dermed have medindflydelse, ansvar og større viden. Ud fra princippet om empowerment må man tænke over, om sygeplejersken bør overlade ansvaret for at få børstet tænder til den selvhjulpne patient. Det hænder dog ofte, at patienter glemmer at varetage egne grundlæggende behov som f.eks. mundhygiejne, når de bliver indlagt, og sygeplejersken har derfor et medansvar for, at mundhygiejne bliver udført.

Hvordan husker vi tandbørsten?

Mundpleje er en nem og hurtigt udført sygeplejehandling, og det viser sig, at tandbørstning kan redde liv. Så hvad kan der gø-

Boks 1. Årsager til, at mundhygiejne er nedprioriteret

- Specialisering
 - Travlhed
 - At mundhygiejne ikke anses for livsvigtig
 - Forglemmelse
 - At behovet for mundhygiejne sjældent er direkte synligt
 - At sygeplejersken forventer, at selvhjulpne patienter selv varetager mundhygiejne
 - Manglende prioritering af grundlæggende sygepleje.
-

” Den nye viden kan få sygeplejerskerne til at ændre holdning, og den nye holdning kan få dem til at ændre adfærd.

- res for at sikre, at patienter får børstet tænder? Vi tror på, at de fundne årsager kan anvendes som et led i at ændre praksis, og mener, at en række forskellige tiltag vil kunne gøre en stor forskel for patienterne. Center for Kliniske Retningslinjer (6) har i 2010 udgivet en klinisk retningslinje for mundhygiejne. Ved at implementere retningslinjen kan afdelingerne være med til at sikre, at patienter bevarer deres tænders og mundhules normale funktion, at forebygge sygdomme og tilstande, der kan opstå pga. manglende mundhygiejne, samt at øge patientens velvære. Derudover kan afdelingsledelsen arrangere undervisning for at give sygeplejerskerne en større viden om konsekvenserne af utilstrækkelig mundhygiejne samt viden om korrekt udførelse af mundhygiejne.

Den nye viden kan få sygeplejerskerne til at ændre holdning, og den nye holdning kan få dem til at ændre adfærd. Den enkelte afdeling kan iværksætte en temadag om grundlæggende sygeplejehandlinger, heriblandt mundhygiejne, for at skabe fokus på vigtigheden heraf. Der kan afholdes et sygeplejefagligt forum, hvor sygeplejerskerne kan diskutere emnet, og afdelingsledelsen kan arrangere en fokusuge om mundhygiejne. Andre tiltag kan f.eks. være et tandbørstekit til alle indlagte patienter eller klistermærker på spejlene med teksten ”Husk smilet” eller ”Husk tandbørsten to gange dagligt”.

Tak til Sygeplejerskeuddannelsen Metropol, København, for stipendium til artikelskrivning, til Trine Lassen for vejledning, til May Bjerre Eiby for inspiration, støtte og vejledning på bachelorprojektet og sidst, men ikke mindst, tak til de deltagende sygeplejersker.

Litteratur

1. Peters, K, Øraker A, Fardrup L. ”Mundhygiejne – en nedprioriteret sygeplejehandling”, Professionshøjskolen Metropol – Institut for sygepleje 2012.
2. Koblen A, Tonnesen E. Mundpleje – et forsømt område. Sygeplejersken 2001;(7):36-44.
3. Twetman S, Ekstrand K. 2009. Hold rent mellem tænderne – Der er brug for hjælpemidler, når man skal holde rent mellem tænderne. Tandlægeforeningen, København, lokaliseret 04.03.13 på http://www.tandlaegeforeningen.dk/Patienter/Gode_raad/hold_rent.aspx
4. Oliviera C, Watt R, Hamer M. Toothbrushing, inflammation, and risk of cardiovascular disease: results from Scottish Health Survey. British Medical Journal 2010; vol. 340, 1-6.
5. Seibæk M, Torp-Pedersen CT, Schroeder TV. 2008. Hjerter-kar-sygdomme. I: Schulze S, Schroeder TV (red.), Basisbog i sygdomslære, København: Munksgaard Danmark; 2008.
6. Borchersen J, Falk-Sørensen JB, Petersen K, Rimmer, C. Klinisk retningslinje til identifikation af behov for mundpleje og udførelse af tandbørstning hos voksne hospitalsindlagte patienter, Center for Kliniske retningslinjer, Nationalt Clearinghouse for Sygepleje, 2010.

English abstract

Fardrup F, Peters K, Øraker A. Remember your toothbrush! Sygeplejersken 2013;(12):72-4.

Patients can develop cardiovascular disease if they do not brush regularly, as poor oral care can lead to pneumonia, endocarditis, ischemia and acute myocardial infarction. Our own experience and literature show that oral hygiene has low priority among nurses.

The article is based on two qualitative interviews with cardiology nurses, through which we gained insight into the nurses' knowledge, views and experience with oral hygiene.

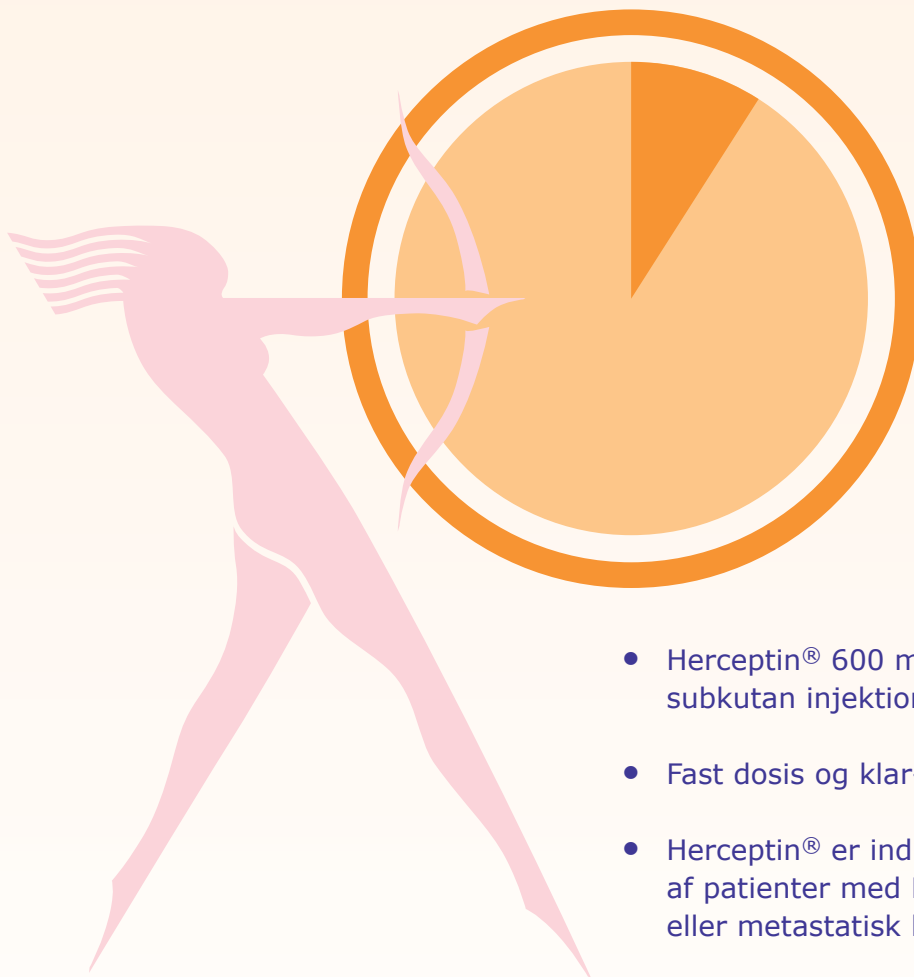
The nurses' views and experience with oral hygiene is that lacking interest, forgetfulness and busyness can sometimes explain why oral hygiene is skipped. In addition, the nurses rarely provide dental care for patients with no apparent dental problems.

This revelation of the causes for downward prioritising of oral hygiene can be used to change practice. Implementation of the clinical guidelines for oral hygiene can ensure prevention of illness and conditions that can occur because of lacking oral hygiene. Education can give the nurses greater understanding of the consequences of inadequate oral hygiene, as well as correct oral care procedures. A nursing forum could be held, where nurses could discuss the problem, or a focus week on oral hygiene could be arranged.

Keywords: Cardiovascular disease, interview, oral care, pneumonia.

Ny subkutan formulering af Herceptin® (trastuzumab) til HER2-positiv brystkræft*

5 min



- Herceptin® 600 mg/5 ml gives som en subkutan injektion på 2-5 minutter¹
- Fast dosis og klar-til-brug formulering¹
- Herceptin® er indiceret til behandling af patienter med HER2-positiv, tidlig eller metastatisk brystkræft^{1*}

Se forkortet produktinformation for Herceptin® 600 mg/5 ml på side 79.

¹Produktresumé for Herceptin® 600 mg/5 ml

*Forkortet i forhold til det af Sundhedsstyrelsen godkendte produktresumé



Delestillinger styrker sygeple

Delestillinger, hvor en underviser dels arbejder på en professionshøjskole, dels vejleder sygeplejestuderende i klinisk praksis, synes at styrke sygeplejestuderendes argumentationskraft og evne til at reflektere over sygeplejen. Det viser et udviklingsprojekt fra Sygeplejerskeuddannelsen i Silkeborg og Hospitalsenhed Midt Hammel Neurocenter.

Kirsten Frederiksen, sygeplejerske, ph.d., lektor ved Sektion for Sygepleje, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet
Iben Lovring, sygeplejelærer, cand.scient.san., lektor, Sygeplejerskeuddannelsen i Silkeborg
Rikke Mortensen, specialeansvarlig sygeplejerske, cand.pæd., Hammel Neurocenter, Hospitalsenhed Region Midt
Eise Møller, sygeplejelærer, cand.cur., lektor, Sygeplejerskeuddannelsen i Silkeborg; ELMO@viauc.dk

I sygeplejerskeuddannelsen er sammenhængen mellem teori og praksis – eller rettere mangel på samme – blevet diskuteret i årevis, uden der er fremkommet nogen løsning på problemet. Sygeplejerskeuddannelsen skal i samarbejde med praksis sikre, at de studerende har en praksisrelateret kompetence. Det vil sige, at det, der læres i uddannelsen, skal kunne anvendes i det virkelige arbejdsliv. Det stiller krav om, at de studerende skal kunne koble deres viden og kunnen sammen, hvilket er forudsætningen for, at de kan blive kompetente sygeplejersker. På trods af dette viser undersøgelser, at det er svært for de studerende at skabe denne sammenhæng på egen hånd (1,2). Derfor blev udviklingsprojektet ”Delestilling mellem uddannelsesinstitution og klinisk uddannelsessted” startet i samarbejde med Sygeplejerskeuddannelsen i Silkeborg og Hospitalsenhed Midt Hammel Neurocenter. Formålet var at undersøge, hvordan underviseren bidrager til at understøtte de studerendes læringsprocesser og skabe sammenhæng mellem praksiskundskab og de studerendes teoretiske forudsætninger, når underviseren er refleksionspartner i før-, under- og eftervejledning i klinisk praksis.

Metode og materiale

Projektet bestod af to dele: en interventionsdel og en evalueringssdel.

Interventionen

I interventionsdelen fulgte en underviser ni studerende på modul 4 og modul 12 under udførelse af sygepleje og var refleksionspartner i før-, under- og eftervejledning i alt tre gange. Interventionspersonen var en underviser fra den teoretiske del af sygeplejerskeuddannelsen, som også arbejder som sygeplejerske i et vikarbureau.

” Interventionen varede ca. syv timer ved hvert besøg. I samarbejde med den ansvarlige sygeplejerske og det tværfaglige team planlagde den studerende sygeplejen sammen med underviseren.

Interventionen varede ca. syv timer ved hvert besøg. I samarbejde med den ansvarlige sygeplejerske og det tværfaglige team planlagde den studerende sygeplejen sammen med underviseren. I interventionen fungerede underviseren ikke som udøvende sygeplejerske, men som reflekterende praktiker. Interventionen skulle supplere og kvalificere de læringsprocesser, der allerede foregik sammen med de kliniske og de daglige vejledere.

Evaluering af interventionen

I evalueringssdelen blev anvendt en kvalitativ metode (3). Data blev indhentet via fokusgruppinterview. Informanterne var de studerende fra den kliniske periode, de tilknyttede daglige og kliniske vejledere samt afdelingssygeplejersker og uddannelsesansvarlig sygeplejerske. Data blev analyseret, fortolket og tematiseret med henblik på at evaluere interventionsdelen (3,4).

Resultater

Resultaterne præsenteres ud fra tre gennemgående temaer.

1. At få øje på og italesætte sygepleje

Underviseren er med på stuen som observatør. Hun vil dog kunne hjælpe den studerende ved at hente ting, rede seng o.l., når den studerende udfører sygepleje hos patienten, hvor underviseren også har en naturlig samtale med patienten.

Når f.eks. samtalen italesættes i den efterfølgende refleksion, får de studerende øje på og bliver bevidste om, hvad der lægges vægt på i mødet med patienten. Det overrasker de studerende, at underviseren, som ikke kender patienten på forhånd, får øje på mange detaljer. De oplever, at underviserens observationer skærper deres egen opmærksomhed og bidrager til, at de får andre og flere perspektiver på deres sygepleje, hvilket de ser har betydning i den fremadrettede sygepleje. En almindelig snak mellem underviseren og patienten viser sig at være en dataindsamling, som de studerende giver udtryk for, at de først bliver opmærksomme på i den efterfølgende refleksion. De studerende siger ”hun (underviseren) deler det med os” eller refererer, at underviseren spørger: ”Lagde du mærke til, hvad der skete da ...”

jestuderendes argumentation

Via underviserens spørgsmål skabes dialog, der bidrager med andre perspektiver på den professionsrettede sygepleje, end de studerende oplever i det daglige. Det sætter tankeprocesser i gang og bevidstgør de studerende om deres eget begrænsede synsfelt og egen viden. Det bidrager til progression i forhold til deres egen forståelse af og indsigt i sygepleje og dermed deres egne læreprocesser. De spørgsmål, som underviseren stiller, er lærerige og repræsenterer koblinger, som de studerende giver udtryk for, de ikke selv havde fået øje på.

Udover at de studerende har fået flere perspektiver på sygeplejen, fremhæver vejlederne, at interventionen har bidraget til, at de har fået mulighed for at reflektere over egen sygepleje og vejlederpraksis ved at være tilskuer, når underviseren og de studerende reflekterer sammen.

2. At sætte teori i spil i praksis

Det har stor betydning og giver mening for de studerende, at spørgsmålene, som underviseren stiller, tager udgangspunkt i den konkrete patientsituation og aktuelle problemstillinger, der på den måde bliver koblet med teoretiske forudsætninger fra pensum. De studerende får mulighed for at reflektere over egne erfaringer hos patienten og diskutere sygepleje med teoretisk sparring.

Samtidig giver de udtryk for, at underviseren spørger på en anden måde end vejlederne, hvilket får dem til at reflektere over, hvorfor og hvordan de udfører sygeplejen. Gennem refleksion oplever de studerende, at der ikke kun er ét svar på, hvordan sygeplejen skal udføres, men flere; en fremgangsmåde som de oplever giver dem et bedre vurderingsgrundlag i andre lignende plejesituationer. De studerende kan huske det, de har læst, når de får mulighed for at begrunde deres handlinger mundtligt: "Det sidder mere fast, fordi du har fået lov til at have ordene i din mund og har sagt det højt."

Når patientens forskellige sygeplejefaglige problemstillinger diskuteres, giver det dem viden om, hvad de kan og ikke kan, og det usynlige bliver synligt og bevidst for dem: "Man ved jo det, man ved, og så ved man jo ikke mere, end man ved. Og det man ikke ved, det ved man jo ikke, at man ikke ved."

Ligeledes oplever de, at det er godt, at underviseren stiller provokerende spørgsmål til sygeplejen og tilkendegiver egne holdnin-

ger. De studerende bliver derved udfordret til at tage stilling og forsvare egne holdninger og handlinger, hvor de inddrager praktisk kundskab såvel som teoretisk viden.

3. At synliggøre det teoretiske niveau for de studerende

Det har en anden betydning for de studerende end i den daglige vejledning, at det er underviseren, som stiller krav til deres teoretiske viden og betydningen for sygeplejepraksis. Underviseren kender pensum, og den faglige dybde bliver synlig for de studerende, når sygeplejen begrundes:

"Hun (underviseren) stikker til én lige der, hvor der skulle stikkes ... hun gør lige den der ekstra ned i dybden ... og det har været lærerigt."

Vejlederne oplever, at underviseren gør teorien relevant, og at interventionen giver en god kvalitet i de studerendes læringsprocesser i praksis. De daglige vejledere tilkendegiver, at det er en styrke, at underviseren kender de studerendes teoretiske forudsætninger og har den viden på rygmarven. Underviseren stiller andre spørgsmål, end de oplever, de selv gør, og "er mere skarp ... altså, hun siger tingene meget mere direkte ... spørger dybere ... meget dybere ... hun har jo teorierne fremme i løbet af ingen tid."

Vejlederne oplever, at underviseren er med til at få teorien i spil i praksis: "bringte teorier med i det praktiske for de studerende ... gør det lidt mere levende."

Det gør en forskel, at underviseren er med, når den studerende udfører sygepleje. De studerende oplever, at autentiske fælles erfaringer er drivkraften i deres læringsproces. Vejlederne oplever, at de studerende har et stort udbytte af dette: "Det er helt fantastisk ... hun (underviseren) er jo fantastisk til sådan at spørge ind og være fuldstændig praksisnær ... og gå i dybden ... de (studerende) har rykket sig, hun (underviseren) var lige på kornet ... hvor det gav mening for dem (de studerende)."

Resultaternes betydning

Vores hensigt med projektet var at undersøge, hvordan underviseren kan bidrage til de studerendes læringsproces, når hun er sparingspartner i før-, under- og eftervejledning med refleksion. Projektets resultater viser, at de studerendes læringsprocesser styrkes både før, under og efter udført sygepleje. ▶

- ▶ Det er vigtigt at være opmærksom på, at de studerendes læringsprocesser i klinisk praksis stimuleres, hvis konkrete situationer kobles med pensums såvel abstrakte som handlingsanvisende teorier. Denne kobling synliggør den faglige dybde i argumentationen, og krav og forventninger til de studerende bliver eksplicite og tydelige. Når de studerende reflekterer over egen praksis og det teoretiske grundlag, som sygeplejehandlerne begrundes med, får de mulighed for at udvikle praktisk kundskab. Sparring med underviseren gør de studerende bevidste om egne forudsætninger (faglige og personlige egenskaber) for at foretage valg og kunne handle.

Undersøgelsen viser, at et opdateret teoretisk fundament samt en bred og detaljeret paratviden er nødvendig for at kunne udfordre de studerende til refleksion over egen praksis og analysere praksissituationer med relevant teori. Styrken er, at underviseren kender de studerendes pensum og respektive teoriers hovedtræk. Det betyder, at de studerende får aktiveret, bevidstgjort og højnet eget vidensgrundlag til fordel for eventuelle overfladiske forklaringer og refleksioner over patientsituationer. For at refleksionen kan overskride de studerendes egne synsvinkler og perspektiver på situationen, skal de konkrete patientsituationer, der senere reflekteres over, være overværet og oplevet af begge parter. Mange detaljer i sygeplejen bliver på den måde synlige og bevidste for de studerende, når de er sammen med underviseren i plejen og den efterfølgende refleksion. Specielt er tid en afgørende faktor, fordi den giver mulighed for at følge de studerende under den udførte sygepleje som et fælles udgangspunkt for den efterfølgende dialog og refleksion.

Som perifer deltager i praksisfællesskabet kan underviseren udfolde patientsituationen qua sit brede og dybtgående teoretiske grundlag og derved se andet og mere i denne, end kliniske vejledere og de daglige vejledere kan være i stand til som en socialiseret del af praksisfællesskabet. Underviseren har, som Wachterhausen udtrykker det, mulighed for at synliggøre "sædvanens stier", de iboende antagelser og værdier, de udtalte selvfølgeligheder og tilhørende begrænsninger og dermed være med til at fremme, at den studerende forholder sig kritisk til egen professionsudøvelse og professionsidentitet (5,6). Skal sygeplejen udvikles, må man i den teoretiske del af uddannelsen

” For at refleksionen kan overskride de studerendes egne synsvinkler og perspektiver på situationen, skal de konkrete patientsituationer, der senere reflekteres over, være overværet og oplevet af begge parter.

undervise i både teorier, der kan anvendes direkte i praksis, og i mere abstrakte teorier. Et kritisk perspektiv er en forudsætning for, at de studerende kan uddannes i overensstemmelse med den samfundsmæssige, videnskabelige og teknologiske udvikling samt befolkningens behov for sygepleje (7).

Et nærliggende spørgsmål er, om underviseren, som indgik i interventionsdelen, ikke blot havde den funktion, som sygeplejelærerne havde tidligere i sygeplejerskeuddannelsen, før det blev et studie. Svaret er nej, for i dette projekt er det ikke sygeplejelærens funktion, der er i fokus. Fokus er tværtimod på de kompetencer, der kræves af den person, som skal ansættes i en delestilling, når fokus er at skabe sammenhæng mellem teori og praksis og at styrke den studerendes læreproces både i det praktiske og i det teoretiske rum. Som resultaterne viser, er det ikke tilstrækkeligt at have akademiske kompetencer, det kræver også opdaterede, sygeplejefaglige kompetencer.

Kompetencer i en delestilling

Denne undersøgelse peger på, at særlige kompetencer og kvalifikationer skal være til stede, hvis de studerendes læringsproces i klinisk praksis skal styrkes. Interventionen viser, at underviseren i en delestilling kan bidrage til at skabe sammenhæng mellem den kliniske virkelighed og uddannelsens teoretiske rum, hvilket er en væsentlig funktion i denne form for stilling. Hvis der skal skabes transfer mellem uddannelsens praktiske og teoretiske elementer, kræver det helt særlige kvalifikationer og kompetencer på begge felter. Det anbefales derfor, at den person, som ansættes i en delestilling, har indgående viden om uddannelsens curriculum, pædagogiske kompetencer, der kan understøtte refleksion, omfattende teoretisk viden fra grunduddannelsen, opdateret faglig viden og erfaring samt ajourførte praktiske kompetencer indenfor virksomhedsfeltet.

Litteratur

1. Amsrådsforeningen. Sygeplejerskeuddannelsen – de studerendes vurdering og frafald. 2006.
2. Kragelund L. Uddannelse til professionsbachelor i sygepleje: en kvalitativ undersøgelse af sygeplejestuderendes læreprocesser under klinisk uddannelse i psykiatri: Ph.d.-afhandling. 1. udgave ed. Kbh.: Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag; 2006.
3. Kvale S, Brinkmann S. Tematisering og design af en interviewundersøgelse. 2. udgave ed. Kbh.: Hans Reitzel; 2009. p. 119-37.
4. Kvale S, Brinkmann S. Interviewanalyser med fokus på mening. null. 2. udgave ed. Kbh.: Hans Reitzel; 2009. p. 223-40.
5. Wackerhausen S. Erfaringsrum, handlingsbåren kundskab og refleksion. Refleksion i praksis 2008(1):3-21.
6. Wackerhausen S editor. Professionsidentitet, sædvane og akademiske dyder. Odense: Syddansk Universitetsforlag; 2004.
7. Undervisningsministeriet. Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje. 2008.

English abstract

Frederiksen K, Lovring I, Mortensen R, Møller E. Teaching positions with combined classroom/clinical work strengthens nursing students' argumentation. *Sygeplejersken* 2013;(12):76-9.

The article describes a development project that examines how the instructor helps support the students' learning process and create cohesion between practical knowledge and theoretical qualifications in clinical practice. The project consisted of an intervention portion, where the instructor followed nine students in module 4 and module 12, and an evaluation portion, with a qualitative method applied in the form of a focus group interview.

The results of the intervention show that nursing care is verbalised, observations are sharper, and that the students gain more nursing perspectives when the instructor is together with the student. The students' views and actions are challenged when they reflect on their own practice experience and discuss theoretical knowledge.

The intervention contributes to progression in the students' understanding of and insight into nursing and thus into their own learning process. In a combined role, an instructor with special skills and qualifications can contribute to greater cohesion for the students between clinical reality and classroom theory, thus qualifying the students' learning process in clinical practice.

Keywords: Interview, practice studies, nursing student, education.

Herceptin® (trastuzumab) produktinformation

Herceptin findes i følgende formuleringer: 150 mg pulver til koncentrat til infusionsvæske, hætteglas eller 600 mg/5 ml, injektionsvæske, hætteglas til subkutan administration. Følgende information omhandler Herceptin til subkutan administration. **Indikationer:** Herceptin er indiceret til behandling af voksne patienter med HER2-positiv metastatisk brystkræft a) som enkeltstofbehandling til behandling af patienter som har fået mindst to kemoterapiregimer for deres metastatiske sygdom. Tidligere kemoterapi skal have omfattet mindst et anthracyclin og et taxan, medmindre patienterne er uegnede til disse behandlinger. Hormon-receptor-positive patienter må heller ikke have responderet på hormonbehandling, medmindre patienterne er uegnede til behandlingen. b) i kombination med paclitaxel til behandling af patienter, som ikke har fået kemoterapi for deres metastatiske sygdom og som ikke er egnede til behandling med et anthracyclin. c) i kombination med docetaxel til behandling af de patienter, som ikke har fået kemoterapi for deres metastatiske sygdom. d) i kombination med en aromatasehæmmer til behandling af postmenopausale patienter med hormon-receptor positiv metastatisk brystkræft, der ikke tidligere er blevet behandlet med trastuzumab. Herceptin er indiceret til behandling af voksne patienter med HER2-positiv tidlig brystkræft a) efter operation, kemoterapi (neoadjuverende eller adjuverende) og strålebehandling (hvis indiceret). b) i kombination med paclitaxel eller docetaxel efter adjuverende kemoterapi med doxorubicin og cyclophosphamid. c) i kombination med adjuverende kemoterapi bestående af docetaxel og carboplatin. d) i kombination med neoadjuverende kemoterapi efterfulgt af adjuverende Herceptin-behandling for lokalt avanceret (herunder inflammatorisk) sygdom eller tumorer >2 cm i diameter. Herceptin bør kun bruges til patienter med metastatisk eller tidlig brystkræft, som enten har tumorer med overekspression af HER2 eller amplifikation af HER2-genet, bestemt ved en præcis og valideret analyse.

Dosering og administration*: 3-ugers doseringsregime ved tidlig og metastatisk brystkræft: Den anbefalede dosis af Herceptin subkutan formulering er 600 mg/5 ml uafhængigt af patientens kropsvægt. Støddosis er ikke nødvendig. Denne dosis skal administreres subkutan over 2-5 minutter hver tredje uge. Patienter skal observeres for symptomer på administrationsrelaterede reaktioner i seks timer efter den første injektion og i to timer efter efterfølgende injektioner. **Kontraindikationer:** Patienter med kendt overfølsomhed overfor trastuzumab, murine proteiner, hyaluronidase eller overfor et eller flere af hjælpestofferne. Patienter med svær hivedyspnø pga. komplikationer af avanceret malignitet eller patienter, som kræver supplerende til **Bivirkninger*:** Nogle bivirkninger blev rapporteret med større hyppighed ved den subkutan formulering: alvorlige bivirkninger, post-operative sår infektioner, administrationsrelaterede reaktioner og hypertension. Forskellen i hyppigheden af alvorlige bivirkninger mellem formuleringerne (14,1% versus 21,5%) skyldtes primært infektioner med eller uden neutropeni (4,4% versus 8,1%) og kardielle sygdomme (0,7% versus 1,7%). **Meget almindelige bivirkninger:** Febril neutropeni, anæmi, neutropeni, nedsat antal hvide blodlegemer/leukopeni, tremor, svimmelhed, hovedpine, konjunktivitis, øget tåreflåd, hypotension, hypertension, uregelmæssig hjerterytme, hjertebanken, hjerteflagren, nedsat ejektionsfraktion, hvedetur, hvæsende vejrtrækning, dyspnø, hoste, epistaxis, rhinoré, diarré, opkastning, kvalme, opsvulmede læber, abdominale smerter, dyspepsi, forstoppelse, erytem, udslet, opsvulmet ansigt, alopeci, artralgi, muskeltvæthed, myalgi, asteni, brystmerter, kulderystelser, træthed, influenzalignende symptomer, smerter, pyreksi, slimhindeinflammation. **Alvorlige bivirkninger:** Overfølsomhed, anafylaksi, anafylaktisk shock, hvæsende vejrtrækning, bronkospasmer, dyspnø, hypoksi, laryngeal ødem, interstitiel lungesygdom inklusive lungeinfiltrater, akut respiratorisk distress syndrom, pleuraeffusion, åndedrætsbesvær, akut lungeødem, respirationsinsufficiens, pneumoni, pneumonitis, pulmonal fibrose, nedsat iltmætning, luftvejsinfektioner, akut pyelonefritis og sepsis. Beskrivelse af udvalgte bivirkninger: **Kardiel dysfunction:** Kongestiv hjerteinsufficiens NYHA klasse II-IV er en almindelig bivirkning ved Herceptin. Dette er blevet forbundet med dødelig udgang. **Administrationsrelaterede reaktioner:** I det pivotale studie var hyppigheden af administrationsrelaterede reaktioner 37,2 % ved intravenøst formuleret Herceptin og 47,8 % ved Herceptin subkutan formulering. Svære bivirkninger af grad 3 blev rapporteret i henholdsvis 2,0 % og 1,7 % af patienterne. Der blev ikke observeret svære bivirkninger af grad 4 og 5. Alle svære administrationsrelaterede reaktioner ved Herceptin subkutan formulering opstod ved samtidig administration af kemoterapi. Den hyppigste svære bivirkning var overfølsomhed over for lægemidlet. De systemiske reaktioner inkluderede overfølsomhed, hypotension, takykardi, hoste og dyspnø. Lokale reaktioner inkluderede erythema, kloe, ødem og udslet ved injektionsstedet. **Hæmatotoksicitet:** Febril neutropeni var meget almindeligt forekommende. Almindeligt forekommende bivirkninger inkluderede anæmi, leukopeni, trombocytopeni og neutropeni. **Forsigtighedsregler*:** **Kardiel dysfunction:** Patienter har øget risiko for at udvikle kongestiv hjerteinsufficiens (NYHA klasse II-IV) eller asymptomatisk kardiel dysfunction. Disse bivirkninger er set hos patienter som behandles med Herceptin alene eller i kombination med paclitaxel eller docetaxel specielt efter kemoterapi indeholdende antracyclin (doxorubicin eller epirubicin). Disse bivirkninger kan være moderate til alvorlige og har været ledsaget af død. Alle kandidater til behandling med Herceptin skal have foretaget en kardiel vurdering ved baseline, inklusive anamnese og objektiv undersøgelse, EKG, ekkokardiografi, og/eller MUGA scanning eller magnetisk resonans scanning. Monitorering kan være en hjælp til at identificere de patienter, som vil udvikle kardiel dysfunction. I løbet af behandlingen skal den kardielle vurdering, som udføres ved baseline, gentages hver tredje måned. Efter seponering af behandlingen skal den kardielle vurdering gentages hver sjette måned indtil 24 måneder efter den sidste administration af Herceptin. Der skal foretages en grundig risk-benefit vurdering for det besluttes, om der skal behandles med Herceptin. Hvis der opstår et fald i LVEF på ≥ 10 ejektionsfraktions (EF)-point fra udgangsværdien og til under 50 % bør behandlingen seponeres, og en ny LVEF-måling udføres inden for ca. 3 uger. Herceptin og antracycliner bør ikke anvendes i kombination hos patienter med metastatisk brystkræft og patienter, som får adjuverende behandling. Hos patienter, som får Herceptin som neoadjuverende-adjuverende behandling, bør Herceptin kun bruges samtidig med antracycliner hos kemoterapi-naive patienter og kun i regimer med lave antracyclin-doser. Den kliniske erfaring indenfor neoadjuverende-adjuverende behandling af brystkræftpatienter over 65 år er begrænset. **Graviditet eller amning*:** Kvinder i den fertile alder skal rådes til at bruge sikker prævention under behandlingen med Herceptin og i mindst 7 måneder efter afslutning af behandlingen. Herceptin bør undgås under graviditet med mindre den potentielle fordel for moderen opvejer den potentielle risiko for fostret. Efter markedsføringen er der blevet rapporteret tilfælde af føtal nyreræksnedssættelse og/eller nyreræksnedssættelse i forbindelse med oligohydramnion hos gravide kvinder, der får Herceptin. Da den potentielle skade på spædbørn er ukendt, må kvinder ikke amme under behandling med Herceptin og i de første 7 måneder efter sidste Herceptin-dosis. **Interaktioner*:** Der er ikke observeret klinisk signifikante interaktioner. Risiko for interaktion med anden samtidig indgiven medicin kan dog ikke udelukkes.

Pakninger, priser: Udlieferingsgruppe (og tilskudsstatus):

Præparat	V. nr	Pakningsstr.	Pris AIP	ESP
Herceptin® (trastuzumab) 600 mg/5 ml	460339	1 hgtl.	12.937,85	17.664,75

Der henvises i øvrigt til www.medicinpriser.dk

*Disse afsnit er forkortet i forhold til det af Sundhedsstyrelsen godkendte produktresumé. Produktresuméet kan vederlagsfrit rekvireres hos Roche a/s, Industriholmen 59, 2650 Hvidovre, tlf. 36 39 99 99.

Se annonce for Herceptin® 600 mg/5 ml på side xx.

Forskning fremmer individu

Mennesker med diabetes type 2 skal i fremtiden i langt højere grad have tilbud om individuel behandling, der afhænger af deres metabolisme og genetik. Det er målet med DD2-projektet, der udgår fra Odense Universitetshospital. Projektet består af et kohortestudie og en interventionsdel, og artiklen beskriver nogle foreløbige resultater.

Heidi Nissen, klinisk sygeplejespecialist, MKS, Diabetesklinikken, Odense Universitetshospital

Ewa Romanczuk, projektsygeplejerske, Diabetesforskningen, Odense Universitetshospital

Vibe Vestergaard, projektsygeplejerske, Diabetesforskningen, Odense Universitetshospital; vibe.vestergaard@ouh.regionyddanmark.dk

Har man type 2-diabetes, er det ensbetydende med, at man udover at forholde sig til livsstilsændringer som rygeophør, regelmæssig motion, varieret kalorie- og fedtfattig mad samt vægttab også skal forholde sig til intensiv polyfarmakologisk behandling (1). Både livsstilsændringer og polyfarmaci sigter på at bedre velbefindende og livskvalitet hos personen med type 2-diabetes både på kort og på lang sigt.

I klinisk praksis møder sygeplejersker ofte spørgsmål fra og frustrationer hos personer med type 2-diabetes. Spørgsmålene og frustrationerne handler om, hvordan man kommer i gang med og fastholder livsstilsændringer, og om hvorvidt det er nødvendigt med den megen medicin og om risikoen for bivirkninger ved at indtage medicinen.

Med Dansk Center for Strategisk Forskning i Type 2 Diabetes, i daglig tale DD2-projektet, er det sigtet, at man i langt højere grad, end tilfældet er i dag, kan tilrettelægge behandlingen til den enkelte person med type 2-diabetes. Artiklen beskriver, hvad DD2-projektet er. Derudover beskriver artiklen et af projektets resultater, som bl.a. viser, at øget fysisk aktivitet via intervalgang har en positiv effekt på glykæmisk kontrol, på motivationen for at dyrke motion og på selv vurderet helbred.

Stigende forekomst af diabetes type 2

Type 2-diabetes er en kronisk sygdom kendetegnet ved et forhøjet indhold af glukose i blodet. Dette er en følge af et misforhold mellem betacellernes insulinproduktion og den perifere insulinfølsomhed i muskler og væv. Sygdommen ledsages hyppigt af overvægt, hypertension og dyslipidæmi (1).

Godt 306.000 personer havde i 2011 diagnosen diabetes (2). Heraf udgør langt hovedparten type 2-diabetes, og sygdommen

” Med Dansk Center for Strategisk Forskning i Type 2 Diabetes, i daglig tale DD2-projektet, er det sigtet, at man, i langt højere grad end tilfældet er i dag, kan tilrettelægge behandlingen til den enkelte person med type 2-diabetes.

forekommer udiagnosticeret hos yderligere ca. 100.000-200.000 personer (1).

Forekomsten af type 2-diabetes stiger med alderen. Sygdommen er til dels arvelig og kan udløses af usund livsstil som fysisk inaktivitet og uhensigtsmæssige madvaner.

Sygdommen fører ofte til alvorlige komplikationer, der betyder forringet livskvalitet for den enkelte og store udgifter for samfundet (1).

I dag får personer med type 2-diabetes ifølge forskerne bag DD2-projektet for meget medicin (3). Det sker, fordi anbefalingerne vedrørende den medicinske behandling er baseret på kvantitative studier, der udelukkende ser på patienter som en gruppe.

Fokus bør være det, der gavner den enkelte person, eller hvad der eventuelt kan skade. Nyere forskning peger på, at der er flere undertyper af type 2-diabetes med deraf følgende forskellige behov for behandling. Forskningen peger ligeledes på, at behandlingen med fordel kan målrettes den enkelte person med type 2-diabetes (4).

Ændringer i livsstil er fortsat en hjørnesteen i behandlingen. Man ved, at fysisk aktivitet kan forebygge eller udskyde debut med type 2-diabetes. Der er stigende evidens for, at fysisk aktivitet også betyder meget, når man skal behandle type 2-diabetes (5,6). Dermed kan fysisk aktivitet være med til at forebygge komplikationer til type 2-diabetes (4).

Målrettet individuel behandling

DD2-projektet satser bredt og tænker i nye baner inden for forskning relateret til type 2-diabetes. Målet er at kunne tilbyde en skræddersyet behandling til den enkelte person med type 2-diabetes. Behandlingen skal baseres på personens metabolisme og genetik.

Det er meningen, at personen med nyopdaget type 2-diabetes skal opnå metabolisk kontrol så tæt på det normale som muligt. På den baggrund forventer forskerne færre komplikationer og højere livskvalitet blandt personer med type 2-diabetes (7).

Desuden er det meningen, at den viden, der kommer fra projektet, skal støtte det fortsatte politiske og administrative arbejde med at implementere nationale guidelines til gavn for den enkelte person med type 2-diabetes og samfundet (3,4). Med projektet

el behandling

forventer forskerne at skabe en platform for viden om og anbefalinger for de forhold, der vedrører type 2-diabetes, se boks 1.

Kohortestudie og interventionsdel

DD2-projektet består overordnet af to dele: Den ene del er et stort populationsbaseret kohortestudie. Hertil er forskere i gang med at etablere en database og en biobank, der skal danne afsæt for en række casekontrol-studier samt flere interventionsstudier. Kohorten bliver fulgt over tid i forhold til brug af medicin, hospitalskontakter, komplikationer til diabetes, operationer, dialyse, socioøkonomisk udvikling og total og årsagsspecifik dødelighed. Forskere vil se på årsagssammenhænge for metabolisk kontrol, komplikationer og dødelighed, herunder genetiske faktorer via biobanken.

Via CPR er det muligt at indhente ovennævnte oplysninger om den enkelte person med type 2-diabetes, hvilket er en stor styrke ved studiet. Målet er at inkludere 50.000 personer med nyopdaget type 2-diabetes i databasen i perioden 2010-2015. Det svarer til ca. halvdelen af de personer, der får konstateret type 2-diabetes i perioden (8). Den enkelte person med diabetes kan selv tilmelde sig projektet via projektets hjemmeside. Samtidig er der udarbejdet registreringssystemer, der gør det enkelt dels for landets diabetesambulatorier, dels for almen praksis og sundhedscentre at tilmelde personer med type 2 til DD2-projektet.

I dag deltager 23 sygehuse, 413 almene praksis og to sundhedscentre aktivt i at indrullere deltagere i DD2-projektet. Når en person med type 2-diabetes takker ja til at deltage, skal han eller hun besvare et

Boks 1. Fakta om DD2-projektet

Personer, der er fyldt 18 år og har fået konstateret type 2-diabetes efter den 1. januar 2009, kan deltage.

Alle data opbevares anonymt. Data fra de elektroniske registreringsskemaer samles automatisk i DD2-databanken, og blod- og urinprøverne sendes til DD2-biobanken.

DD2 støttes bl.a. af Det Strategiske Forskningsråd, Sundhedsstyrelsen, Diabetesforeningen samt en uforpligtende donation fra Novo Nordisk. Desuden yder regionerne administrativ støtte til DD2, mens Region Syddanmark samtidig støtter økonomisk. Se DD2-projektets hjemmeside www.dd2.nu

spørgeskema, medbringe urinprøve og have taget blodprøve. Oplysninger og resultater herfra indgår i database og biobank, se boks 2.

Den anden del af projektet er interventionsdelen, der kommer til at bestå af flere studier. Bl.a. arbejder forskere videre med at undersøge, hvordan fysisk aktivitet virker som led i behandlingen af type 2-diabetes. Andre forskere undersøger vigtigheden af individuelt tilpasset medicinsk behandling, herunder det økonomiske aspekt af dette. Det er desuden sigtet at skabe en platform for afprøvning af ny medicin til behandling af type 2-diabetes.

Efterhånden som resultater fra forskningsprojekterne udkommer, skal de hurtigst muligt indarbejdes i klinisk praksis (4).

Boks 2. Eksempler på spørgsmål

Eksempler på spørgsmål i DD2-spørgeskemaet:

- Hvor meget vejede du, da du var 20 år?
- Er der nogen i din familie, der har type 2-diabetes?
- Hvor mange dage om ugen er du fysisk aktiv i mindst 30 minutter?
- Hvor mange genstande (alkohol) indtager du i gennemsnit om ugen?

Træning øger deltagerens kondition

Den første videnskabelige undersøgelse er gennemført, og resultaterne er publiceret (9). Undersøgelsen handler om effekten af intervalgang.

Den randomiserede, kontrollerede undersøgelse havde til formål at vise de mulige effekter af intervalgang (9). Interventionsgruppen bestod af 12 deltagere, som skulle træne fem gange en time pr. uge. De blev udstyret med en særlig skridttæller, Jukudai Mate, der kan justere træningsintensiteten individuelt alt efter deltagerens fysiske formåen. Skridttælleren guidede ved hjælp af lyde deltageren til skiftevis at gå i højt og lavt tempo tre minutter ad gangen. Skridttælleren udsendte også opmuntrende lydssignaler, når deltagerne holdt den ønskede individuelle træningsintensitet.

En anden sammenlignelig gruppe gik tilsvarende i fem gange en time pr. uge, men i et moderat, konstant tempo. Kontrolgruppen fortsatte med hidtidige aktivitetsniveau.

Undersøgelsen varede fire måneder og viste, at grupperne, der trænede, i høj grad fortsatte med at træne. Deltagerne i intervalgangsgruppen øgede deres kondition med 16 pct., mens deltagerne

- ▶ i gruppen, der gik i konstant, moderat tempo, ikke ændrede deres kondition. BMI og mængden af fedt på maven faldt kun i intervalgangsgruppen. Den glykæmiske kontrol blev forværret i kontrolgruppen, forblev uændret i gruppen, der gik konstant i moderat tempo, mens intervalgangsgruppen opnåede signifikant forbedret glykæmisk kontrol. Desuden virkede intervalgang motiverende på deltagerne, som tilmed oplevede forbedret selvvurderet helbred. På baggrund af undersøgelsen anbefaler forskerne at teste intervalgang i kommunalt regi og dermed i et større perspektiv.

Disse anbefalinger er der fulgt op på i Gladsaxe og Fåborg-Midtfyns kommuner (10). I Gladsaxe Kommune får deltagere på diabetesskole mulighed for at bruge Jukudai Mate skridttælleren, og her er deltagerne glade for dette (10). Præliminære, ikke publicerede data viser, at deltagerne har vist en træningsadherence (dvs. efterlevelse af anbefalingerne) på 45 pct., hvilket anses for at være højt. Deltagerne har trænet med en minimal indsats fra de sundhedsprofessionelle. I Fåborg-Midtfyns Kommune har personer med type 2-diabetes trænet tilsvarende med Jukudai Mate og med en månedlig kontakt til de sundhedsprofessionelle. Også her har deltagerne positive oplevelser såsom vægttab og mere energi i hverdagen (10). De præliminære data herfra viser en træningsadherence på 70 pct.

Der er dog flere ulemper forbundet med at bruge Jukudai Mate-skridttælleren i hverdagen, herunder bl.a. begrænsninger omkring datatilgængelighed og lav driftsstabilitet. Derfor begynder forskere fra DD2-projektet at se på alternative løsninger.

Idéen er fortsat, at personen med type 2-diabetes skal være uafhængig af, om der står sundhedsprofessionelle til rådighed med vejledning, supervision og støtte til at fastholde personens motivation for den øgede fysiske aktivitet. Det skal være let og motiverende for den enkelte at være fysisk aktiv og dermed opnå de gavnlige effekter af den fysiske aktivitet (9).

Case: Peters historie

Peter er 49 år og har for nylig fået konstateret type 2-diabetes hos egen læge. Lægen har henvist Peter til diabetesskole på det nærmeste diabetesambulatorium. Her bliver Peter rystet over at høre, at den behandling, man anbefaler til personer med type 2-diabetes, oftest består af adskillige tabletter dagligt. Formålet

” Med sigte på at omsætte de videnskabelige resultater til klinisk praksis og til hverdagslivet for personer med type 2-diabetes er forskere i gang med at udvikle og afprøve en smartphone applikation kaldet InterWalk.

med behandlingen er at forebygge diabetiske senkomplikationer, men Peter har aldrig før spist så meget som en vitaminpille, og han mærker jo intet til at have diabetes. Det er svært for ham at forstå, at han på baggrund af tal og statistik pludselig bør spise en masse medicin. Og som om det ikke er nok, bør han nu også komme i gang med motion, hvilket aldrig har været en del af hans liv.

På sigt forventer forskere, at Peter og ligestillede vil kunne få langt mere specifik vejledning i forhold til, hvilken behandling de vil have behov for og gavn af. Motion eller fysisk aktivitet er i den forbindelse at betragte som behandling, og her kan intervalgang ved hjælp af en applikation til smartphone komme ind som en lettilgængelig mulighed.

Udvikler app til smartphone

Med sigte på at omsætte de videnskabelige resultater til klinisk praksis og til hverdagslivet for personer med type 2-diabetes er forskere i gang med at udvikle og afprøve en smartphone-applikation kaldet InterWalk. Applikationen, som forskerne forventer at have klar til gratis download fra Appels App Store ultimo 2013, skal erstatte Jukudai Mate skridttælleren. InterWalk gør det muligt og nemt for alle at gå intervalgang. Derudover kan brugere af InterWalk og de sundhedsprofessionelle benytte systemet til at monitorere, evaluere og planlægge en given indsats online via en ny internetportal.

En person som Peter kan dermed følge med i sin egen indsats i forhold til den del af diabetesbehandlingen, der handler om fysisk aktivitet.

Tak til Anne Holm Nyland, udviklingssygeplejerske, cand.cur., Endokrinologisk afdeling M, Odense Universitetshospital, for sparring i forbindelse med artiklen.

Litteratur

1. Dsam. Type 2 Diabetes: DSAM; 2012 (besøgsdato 8/6 2013): <http://vejledninger.dsam.dk/type2/>
2. Statens Serum Institut. Tal på diabetes 1996-2011. Opdateret 19/2 2013 (besøgsdato 16/7 2013): <http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Dataformidling/Sundhedsdata/Diabetes.aspx>
3. Beck-Nielsen H, Henriksen JE. Type 2-diabetes i Danmark. Ugeskr Læger. 2012; 10 sept. 2012;174(37):2132-8.
4. Steffensen C, Thomsen RW, Vaag A et al. The Danish Centre for Strategic Research in Type 2 Diabetes (DD2) Project: rationale and planned nationwide studies of genetic predictors, physical exercise, and individualized pharmacological treatment. ClinEpidemiol. 2012;4(Suppl 1):7-13.
5. Umpierre D, Ribeiro PAB, Kramer CK et al. Physical activity advice only or structured exercise training and association with HbA1c levels in type 2 diabetes. JAMA. 2011;305(17):1790-9.
6. Madden K. Evidence for the benefit of exercise therapy in patients with type 2 diabetes. Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy. 2013; 6:233-9.
7. Beck-Nielsen H, Solomon TP, Lauridsen J et al. The Danish centre for strategic research in type 2 diabetes (DD2) study: expected outcome from the DD2 project and two intervention studies. ClinEpidemiol. 2012;4(Suppl 1):21-6.
8. Nielsen JS, Thomsen RW, Steffensen C et al. The Danish centre for strategic research in type 2 diabetes (DD2) study: implementation of a nationwide patient enrollment system. ClinEpidemiol. 2012;4(Suppl 1):27-36.
9. Karstoft K, Winding K, Knudsen SH et al. The effects of free-living interval-walking training on glycemic control, body composition, and physical fitness in type 2 diabetic patients: a randomized, controlled trial. Diabetes Care. 2013;36(2):228-36.
10. Nielsen JS, Karstoft K. Intervalgang kan være en ideel træningsform. Behandlerbladet. 2012:37-40.

English abstract

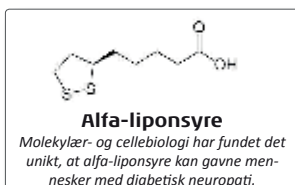
Nissen H, Romanczuk E, Vestergaard V. Research promotes individual treatment. Sygeplejersken 2013;(12):80-3.

New technology that can support patients' involvement in prevention and health promotion is one of several results that the Danish Centre for Strategic Research in Type 2 Diabetes, DD2, has achieved. The article describes InterWalk, which is a smartphone application that can guide the user in interval walking. Interval walking has proven effective in several areas relevant to people with type 2 diabetes. The article also describes the DD2 project, which generally aims to make it possible to plan individual treatment for people with type 2 diabetes, based on the person's genetics and metabolism. This will mean that the individual, at the onset of type 2 diabetes, can achieve metabolic control close to normal and, consequently, reduced risk of later complications, less need for medication and greater quality of life than is generally the case today.

Keywords: diabetes, preventive treatment, research, patient.

DIABETES?

Alfa-lipon er en fødevarer til behandling af diabetisk neuropati



Nyhed på det danske marked: Alfa-lipon, 120 tabletter, 300 mg
Kendt uden for Danmarks grænser siden 1950. Natur-Drogeriets Alfa-lipon er nu tilgængeligt på det danske marked!

Diabetisk neuropati

Alfa-lipon er til diabetikere med diabetisk neuropati. Diabetisk neuropati kan populært oversættes med nervebetændelse på grund af sukkersyge. Det er en tilstand, hvor der kan være følelseløshed primært i fødder og tæer.

Anvendelse

2 tabletter dagligt i 4 uger, derefter 1 tablet dagligt.

Alfa-lipon købes på apoteket.

Find nærmeste forhandler på www.alfa-lipon.dk

Vejl. pris kr. 290,-



NATUR DROGERIET
LANDSKENDT FOR NATURMIDLER DER VIRKER
WWW.NATUR-DROGERIET.DK



www.alfa-lipon.dk

JOB



SE ALLE STILLINGER: WWW.DSR.DK/JOB

Praktiske oplysninger til annoncører

Deadline kl. 9 for indtastning af KURSER/MØDER/MEDDELELSER på www.dsr.dk under Information til annoncører

Nr. 13 - 2013 29. oktober 2013
Nr. 14 - 2013 11. november 2013
Nr. 1 - 2014 18. december 2013

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

Rådgivning og vejledning vedr. opsætning af annoncer
Dansk Mediaforsyning ApS • Elkjærvej 19 st. • 8230 Åbyhøj
Tlf. 7022 4088 • e-mail: dsrjob@dmfnet.dk
Internet: www.dmfnet.dk
Her kan du også rekvirere medieinformation.

Indleveringsfrister for STILLINGSANNONCER til de kommende numre

Nr. 13 - 2013 1. november 2013
Nr. 14 - 2013 20. november 2013
Nr. 1 - 2014 3. januar 2014

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

Udgivelsesdatoer

Nr. 13 - 2013 15. november 2013
Nr. 14 - 2013 6. december 2013
Nr. 1 - 2014 17. januar 2014



R Ø D O V R E K O M M U N E

Aftensygeplejerske

Til afdelingen for rehabilitering og akutpleje på Ældrecentret

Vi søger snarest en sygeplejerske med bred erfaring til ansvarshavende aftenvagt. Borgerne kan her fortsætte den rehabilitering der er sat i gang på hospitalet, eller de kan være henvist fra hjemmeplejen.

Du er interesseret i at samarbejde med borgere med behov for rehabilitering og akut pleje. Dine kompetencer giver dig overblik til at arbejde i et til tider hektisk miljø med mange bolde i luften. Så er det vigtigt, du kan samarbejde med forskellige faggrupper, terapeuter, visitatorer, hjemmepleje m.fl.

Mere information

Se hele annoncen på www.rk.dk/job eller kontakt souschef Birgitte Lage på tlf. 36 37 80 00, hvis du vil vide mere.

Ansøgningsfrist 27. oktober.

Mærk ansøgningen/skriv i emnelinjen: Personaleafdelingen-13/031228.

Vi ser mangfoldighed som en ressource og opfordrer derfor alle uanset køn, alder, race, religion eller etnisk baggrund til at søge job hos os. Vi tilbyder vores medarbejdere en frivælsordning med gratis motionsfaciliteter samt en sundhedsordning med fysioterapi, helbredstjek og massage.

rk.dk

Læs hele opslaget på rk.dk



BRØNDBY KOMMUNE

5 SYGEPLEJERSKER

Vær med fra starten! Ældrecentret Nygårds Plads åbner flexpladser den 1. januar 2014

Flexpladserne er til borgere der har behov for et akuttillbud, venteplass, aflastningsophold, et observationsophold eller et terminaltophold

Vi søger:

- 3 sygeplejersker på 32-35 timer ugentlig til dagvag, med weekendvag hver 3 uge.
- 2 ansvarshavende aften sygeplejersker på 24-28 timer ugentlig med weekendvag hver 3 uge. Den ansvarshavende aftenvag varetager funktionen på hele centret.

Vi søger erfarne sygeplejersker, gerne med erfaring indenfor hjemmepleje, geriatri, demens og palliation.

Ansøgningsfrist den 3. november 2013.

Søg stillingen på www.brondby.dk/job

Konsultations-sygeplejerske

I solopraksis i Elmegade, Indre Nørrebro, tilbydes du arbejde med kontinuitet og tæt kontakt til et ungt, afvekslende og børnerigt klientel.

Arbejdet kræver selvstændighed og omfatter udover telefonvisitation med rådgivning, sygeplejerske opgaver med bl.a. vaccinationer, deltagelse i graviditets og børneundersøgelser, kontrol af kroniske sygdomme og overblik og "lagerstyring". Arbejdstid 28 timer ugentlig. Løn og ansættelsesvilkår efter overenskomst. Tiltrædelse pr. 1.12. 13.

Send eller mail din ansøgning inden den 25. oktober til:
Læge Pernille Stage
Elmegade 15 1. Tv.
2200 København N
tlf. direkte 3536 2652
stage.pernille@dadlnet.dk

KONSULTATIONS-SYGEPLEJERSKE søges til almen praksis i Farum

Vi er en kompagniskabspraksis med 4 læger, 1 uddannelseslæge, 3 sygeplejersker og 1 lægesekretær.

Da en af vores sygeplejersker holder op, søger vi en afløser.

Jobbet består af både sygepleje- og sekretæropgaver, som f.eks. patientmodtagelse, blodprøvetagning, vaccinationer, sårpleje, telefonpasning, herunder tidsbestilling, visitation og patientrådgivning; samt mange forskellige forefaldende opgaver. Sygeplejerskerne varetager desuden selvstændige konsultationer indenfor bl.a. diabetes, hypertension, KOL, sårbehandling, udlandsvaccination, ryggestop og overvægt.

Vi forventer at du er ansvarsfuld, serviceminded, fleksibel og vant til en travl hverdag. Det er en fordel hvis du har erfaring fra almen praksis.

Den ugentlige arbejdstid er på 20-26 timer efter aftale og med en rullende fridag. Vi har stor fleksibilitet vedr. planlægning af ferie og fridage. Løn efter overenskomst.

Ansøgning sendes til Lægehuset Farum Midtpunkt, Nygårdterrasserne 204, 3520 Farum, eller på mail til vibeke@farumlæge.dk senest den 23/10 2013. Tiltrædelse 1. januar 2014 eller efter aftale.

Har du spørgsmål inden du vil søge stillingen er du velkommen til at ringe til os på 4495 4253, eller mail til ovenstående mail.

Helsingør Kommune

Birkebo

Natsygeplejerske (ansvarshavende)

Vi søger en natsygeplejerske til at indgå i et team på 3 hjælpere, med arbejdstid p.t. mandag til søndag i ulige uger.

Du vil blive en del af et velfungerende team med kompetente, selvstændige hjælpere, som har humor og personligt overskud. Dine arbejdsopgaver vil bl.a. være tilsyn af vores beboere, tilkald til akut syge beboere, medicindosering og en del andre plejeopgaver i samarbejde med teamet.

Birkebo er et nyrenoveret, selvejende plejecenter i Helsingør med 70 beboere, fordelt på 3 afsnit, hvoraf det ene er en skærmet enhed. Plejecentret er smukt placeret i grønt område ud til Øresund, kun ca. 3 km fra centrum.

www.birkebo-dsi.dk

Løn: Fastsættes på baggrund af forhandling
Ansættelsesforhold: Ifølge gældende overenskomst med DSR
Ansøgningsfrist: 24. oktober 2013

Ønsker du yderligere oplysninger om stillingen, er du velkommen til at kontakte afd. sygeplejerske Birgit Christensen på tlf. 2531 1702 (bedst mellem kl. 9-14).

Skriftlig ansøgning, bilagt relevante oplysninger, stilles og sendes til:

"Birkebo"
Att. Plejecenterleder Marit Fox
Hellebo Park 98, 3000 Helsingør

Eller pr. mail: mfo46@helsingor.dk



R Ø D O V R E K O M M U N E

Afd. sygeplejerske

Til Rehabilitering og akutpleje

Den 1. november, eller efter aftale, søger Ældrecentret Broparken en afdelingssygeplejerske til afdelingen for rehabilitering og akutpleje.

Dit faglige fundament som leder er din uddannelse som sygeplejerske, hvortil du har en relevant videreuddannelse. Du skal kende til/have erfaring indenfor ældre- og hjemmepleje, og det vil være en klar fordel, hvis du også har erfaring indenfor rehabilitering og akut pleje.

Vores nye afdelingssygeplejerske skal desuden kunne lede, sparre, vejlede, inspirere og ikke mindst samle organisationen på det lokale plan.

Mere information

Se hele annoncen på www.rk.dk/job. Du kan også kontakte Birgitte Lage eller Christian Sams på tlf. 36 37 80 00.

Ansøgningsfrist: 31. oktober 2013.

Vi ser mangfoldighed som en ressource og opfordrer derfor alle uanset køn, alder, race, religion eller etnisk baggrund til at søge job hos os. Vi tilbyder vores medarbejdere en frivælsordning med gratis motionsfaciliteter samt en sundhedsordning med fysioterapi, helbredstjek og massage.

rk.dk

Læs hele opslaget på rk.dk

Net annoncer

Gå ind på www.dsr.dk/jobsoegning

Indtast Quick-nummeret, så kommer du direkte ind til netannoncen, hvor du kan læse meget mere om stillingen.

Netannoncer kan indtastes hele døgnet.

Quicknr. **Hovedstaden**
36745 Søndervang Plejeboliger
Sygeplejerske til Søndervang
"Tid til omsorg"
Ansøgningsfrist: 21. oktober 2013

Quicknr. **Hovedstaden**
36762 Gladsaxe Kommune
Sundhedsplejerske til Gladsaxe Kommune
Ansøgningsfrist: 21. oktober 2013



Quicknr. **Hovedstaden**
36787 Steno Diabetes
Diabetessygeplejerske
Ansøgningsfrist: 25. oktober 2013

Quicknr. **Hovedstaden**
36780 Gentofte Hjemmepleje
Aftensygeplejerske
Ansøgningsfrist: 23. oktober 2013

Quicknr. **Hovedstaden**
36783 Fredensborg Kommune
Nat Sygeplejerske LYSTHOLM
PLEJE- OG AKTIVITETSCENTER
Ansøgningsfrist: 21. oktober 2013



Quicknr. **Sjælland**
36782 Lægehuset i Stubbekøbing
Konsultationssygeplejerske
Ansøgningsfrist: 22. oktober 2013

Quicknr. **Sjælland**
36781 Ringsted Kommune
Vil du være en del af ledelsen i Ringsted
Kommunes Myndighedsenhed?
Ansøgningsfrist: 20. oktober 2013

Quicknr. **Sjælland**
36775 Lejre Kommune
Sundhedsfaglig udviklingskonsulent
 Ansøgningsfrist: 3. november 2013

Quicknr. **Sjælland**
36770 Hospitalet Valdemar
Erfaren operationssygeplejerske søges til fast fuldtidsansættelse
 Ansøgningsfrist: 23. oktober 2013

Quicknr. **Sjælland**
36752 Hospitalet Valdemar
2 erfarne anæstesisygeplejersker søges
 Ansøgningsfrist: 23. oktober 2013

Quicknr. **Syddanmark**
36778 Tønder Kommune
Områdeleder med engagement og overblik til ældreområde
 Ansøgningsfrist: 21. oktober 2013



ØKONOMISK TRYGHED Gennem HELE ARBEJDSLIVET

DSA er med dig. Også hvis du pludselig står uden job. Vi sørger for, at du får dagpenge, mens du er arbejdsløs, og tilmelder du dig efterlønsordningen, kan du gå på efterløn. Det giver mulighed for en fleksibel tilbagetrækning.

Som medlem af DSA har du flere muligheder og større valgfrihed. Ud over økonomisk hjælp får du professionel vejledning af sundhedsfagligt uddannede jobkonsulenter, så du hurtigt finder nye udfordringer i arbejdslivet. Bliver du syg, kan du få hjælp af DSAs socialrådgivere, der kender dine rettigheder og muligheder.

DSA er Danmarks billigste a-kasse. Læs mere om den service, vi tilbyder på dsa.dk. Du kan også være aktiv i debatten på [facebook.com/dehvidesko](https://www.facebook.com/dehvidesko)

DSA - for sundhedsprofessionelle

DANSKE
 SUNDHEDSORGANISATIONERS
 ARBEJDSLØSHEDSKASSE



Seniorsammenslutningens arrangementer

Seniorsammenslutningens Landsmøde 2014

Seniorsammenslutningen i DSR afholder højskoleuge, landsmøde og generalforsamling 3.-9. august 2014, på Højskolen Østersøen, Flensborgvej 48 - 50, 6200 Aabenraa. Yderligere oplysninger tlf. 7462 4700 eller www.hojoster.dk
 Tilmelding direkte til højskolen. Sidste frist for tilmelding er den 30. december 2013. Husk at opgive medlemsnummer ved tilmelding. Pris på dobbelt- eller enkeltværelse - se program for højskolen.

Sjælland

Nysted kirke med sang og julehistorie

Vi mødes i kirken, ser denne, synger og hører en julehistorie. Så går vi til det nye sognehus, hvor sognepræst Ida Rolle fortæller om julen. Her spiser vi en stor lækker hjemmelavet julefrokost. Aftal samkørsel.

Tid og sted:

27. nov. 2013 kl. 11:00 - 16:00
 Nysted Kirke / sognehuset,
 Østergade 24, 4880 Nysted

Tilmelding:

Gulle tlf. 5482 5684 /
 Anne tlf. 5487 1755.

Tilmelding er bindende.

Pris:

Kr. 100 for medlemmer inkl. øl, vin eller vand og kaffe

Julefrokost for seniorer Roskilde

Seniorsammenslutningen Kreds Sjælland/Roskilde inviterer til julefrokost.

Der går bus 202A til Margrethehåb kvarteret. Frokost fra Golfklubbens restaurant Albatros.

Tid og sted:

25. nov. 2013 kl. 12:30 - 15:30
 Beboerhuset, Kornvej 2,
 4000 Roskilde

Arrangør:

Kontaktudvalget for seniorer i Roskilde

Tilmelding:

Senest den 18. november 2013 på tlf. 7021 1664 eller mail:sjaelland@dsr.dk

Pris:

Kr. 50 pr. person - ikke for ledsagere

Syddanmark

Seniorer med ledsager inviteres til "å synnejysk"

Med journalist Flemming Nielsen, tidligere Radio Syd. "Man i e'tyn -å kuen i e'balle..." En eftermiddag med sjove historier, digte og vittigheder på sønderjysk!

Tid og sted:

23. okt. 2013 kl. 13:30 - 16:00
 Stubbæk Forsamlingshus,
 Dybkærvej 2, Stubbæk,
 6200 Aabenraa

Tilmelding:

kirstenvigen@dlgmail.dk eller tlf. 2042 4827, senest den 18.10.2013

Pris:

Kr. 50 for kaffe

Julefrokost Seniorsammenslutningen Trekanten

Du inviteres til julefrokost med bankospil og hyggeligt samvær onsdag den 27. november. Der serveres juleplatte, kaffe og kage. Drikkevarer medbringes.

Tid og sted:

27. nov. 2013 kl. 12:00 - 16:00
DSR's lokaler, Vejlevej 121,
7000 Fredericia

Arrangør:

Seniorsammenslutningen

Tilmelding:

Senest mandag den 18. november til Kirsten Rasmussen på tlf. 7583 2681 eller Kirsten Thygesen på tlf. 7550 7881

Pris:

Kr. 100

Yderligere info:

www.dsr.dk

Hovedstaden**Seniorsygeplejerskerne i Kreds Hovedstaden Nord**

Vicedirektør Bente Ourø Rørth fortæller om hospitalsplanens betydning for udviklingen af sygeplejen.

Tid og sted:

6. nov. 2013 kl. 14:00 - 16:00
Kreds Hovedstaden, Rådhusstræde 29, 3400 Hillerød

Arrangør:

Seniorsammenslutningen

Tilmelding:

tvingsvej2@gmail.com eller tlf. 2345 8507 inden den 1. nov.

Pris:

Kr. 30 for kaffe

Gode råd om sikkerhed

Vi får besøg af Lisbeth Hohwü, som er betjent i Det Kriminalpræventive Råd. Hun vil fortælle os om sikkerhed i hjem, på gade og i trafik.

Tid og sted:

14. nov. 2013 kl. 11:00 - 13:00
Garnisons kirkens menigheds-
hus, Skt. Annæ Plads 4,
København K

Tilmelding:

Inden den 11. november til:
vi2@uppsalahu.dk eller på
tlf. 4050 3579

Pris:

Kr. 30

Nordjylland**Seniorsammenslutningen i Kreds Nordjylland**

Foredrag ved Demenssygeplejerske Tinna Klingberg. Demensudredning, omsorg og kommunikation.

Tid og sted:

14. nov. 2013 kl. 14:00 - 16:00
Kreds Nordjylland,
Sofiendalsvej 3, 9200 Aalborg SV

Arrangør:

Kontaktudvalget / Seniorsammenslutningen

Tilmelding:

Til Birgit Hansen på tlf. 6084 6854 eller AnnaLise Bonde tlf. 2283 4628 senest den 8. november

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/nordjylland

Midtjylland**Seniorsammenslutningen Kreds Midtjylland, Århus afd.**

Marianne Eskildsen holder foredrag om egne erfaringer: "Fra offer til selvstændig".

Tid og sted:

5. nov. 2013 kl. 14:00 - 16:00
Klostercaféen, Klostergade 37,
8000 Aarhus C

Arrangør:

Seniorsammenslutningen

Tilmelding:

Med navn og personnummer, senest den 31. oktober 2013 på tlf. 2398 1009 eller tlf. 8619 1708

DSR Meddelelse**Fagligt Selskab for Øjensygeplejersker**

Afholder generalforsamling torsdag den 23. januar 2014 kl. 19.30 i Vingstedcentret, Bredsten. Dagsorden ifølge vedtægterne - kan ses på www.dsr.dk/fsøjne

Forslag til drøftelse på generalforsamlingen, samt kandidatur til bestyrelsen, skal være formanden i hænde senest 24. december 2013. Landskursus afholdes samme sted i dagene 24. og 25. januar 2014. Program se på: www.dsr.dk/fsøjne Hvor tilmelding åbnes 1. november.

Alumnetværk 12.11.13 på Sygeplejerskeuddannelsen Metropol

Invitation til dig, der er dimitteret fra Spl.uddannelsen Metropol. Netværket inviterer til arrangement med temaet: Mænd og kvinders forskellige reaktioner på sygdom. Fra kl. 18-21, sammenkomst, mad og oplæg v/ chefpsykolog Svend Aage Madsen, Rigshospitalet. Tilmelding senest 30.10 på: tilmelding.alumne@gmail.com Se: www.phmetropol.dk under uddannelser. Eventuelle spørgsmål: dosa@phmetropol.dk Arrangementet er gratis.

Valg til regionsråd

Valgmøde 4. november 2013 på Danhostel, Sct. Bendtsgade 18, i Ringsted klokken 19.00 - 21.30. Valgmødet afholdes i samarbejde med Lægeforeningen Sjælland. Her kan du møde de opstillede spidskandidater til regionsrådet. Kom og deltag i debatten - og kvalificer dit valg!

Læs mere på www.dsr.dk/sjaelland

Generalforsamling i FS for Addiktiv Sygepleje

Der afholdes Generalforsamling tirsdag den 12. november 2013 kl. 09.00 på Hotel Vejlefjord i forbindelse med årets landskursus. Dagsorden i henhold til vedtægter. Se yderligere på hjemmesiden.

DSR Kreds møde**Hovedstaden****Løntjek - Café**

Gennemgå din lønseddel sammen med en faglig konsulent, og lær hvordan du fremadrettet sikrer dig, at du får udbetalt korrekt løn. Medbring seneste 3 lønsedler + vagtplaner.

Tid og sted:

5. nov. 2013 kl. 16:00 - 18:00
Kreds Hovedstaden,
Frederiksborggade 15, 4. sal,
1360 København K

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Pris:

Gratis

Løntjek - Café

Gennemgå din lønseddel sammen med en faglig konsulent, og lær hvordan du fremadrettet sikrer dig, at du får udbetalt korrekt løn. Medbring seneste 3 lønsedler + vagtplaner.

Tid og sted:

7. nov. 2013 kl. 16:00 - 18:00
Kreds Hovedstaden,
Frederiksborggade 15, 4. sal,
1360 København K

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Pris:

Gratis

Løntjek - Café

Gennemgå din lønseddel sammen med en faglig konsulent, og lær hvordan du fremadrettet sikrer dig, at du får udbetalt korrekt løn. Medbring seneste 3 lønsedler + vagtplaner.

Tid og sted:

12. nov. 2013 kl. 16:00 - 18:00
Kreds Hovedstaden,
Frederiksborggade 15, 4. sal,
1360 København K

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Pris:

Gratis

Løntjek - Café

Gennemgå din lønseddel sammen med en faglig konsulent, og lær hvordan du fremadrettet sikrer dig, at du får udbetalt korrekt løn. Medbring seneste 3 lønsedler + vagtplaner.

Tid og sted:

14. nov. 2013 kl. 16:00 - 18:00
Kreds Hovedstaden,
Frederiksborggade 15, 4. sal

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Løntjek - Café, Bornholm

Gennemgå din lønseddel sammen med TR/FTR eller en faglig konsulent, og lær hvordan du fremadrettet sikrer dig, at du får udbetalt korrekt løn. Medbring seneste 3 lønsedler + vagtplaner.

Tid og sted:

12. nov. 2013 kl. 15:00 - 17:00
Kreds Hovedstaden, Bornholm,
Haslevej 50, 3700 Rønne

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Løntjek - Café, Bornholm

Gennemgå din lønseddel sammen med TR/FTR eller en faglig konsulent, og lær hvordan du fremadrettet sikrer dig, at du får udbetalt korrekt løn. Medbring seneste 3 lønsedler + vagtplaner.

Tid og sted:

7. nov. 2013 kl. 14:00 - 16:00
Kreds Hovedstaden, Bornholm,
Haslevej 50, 3700 Rønne

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Mød kandidaterne til kredsbestyrelsesvalget

Hvem skal arbejde for dig og dit fag i de kommende to år i Dansk Sygeplejeråd Kreds Hovedstaden? Kom og debattér med kandidaterne!

Tid og sted:

22. okt. 2013 kl. 16:30 - 18:30
Dansk Sygeplejeråd,
Frederiksborggade 15 4. sal,
1360 København K

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Mød kandidaterne til kreds-næstformandsvalget, Bornholm

Hvem skal arbejde for dig og dit fag i de kommende to år i Dansk Sygeplejeråd Kreds Hovedstaden? Debattér med kandidaterne til kreds-næstformandsvalget!

Tid og sted:

24. okt. 2013 kl. 16:30 - 18:30
Kreds Hovedstaden, Bornholm,
Haslevej 50, 3700, Rønne

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Palliation

Grundlæggende palliation for alle, der har brug for at få opdateret sin viden om palliationsindsatsen. Kurset løber over 2 dage, men uden overnatning.

Tid og sted:

2. december 2013 kl. 09:00 -
3. december 2013 kl. 15:30
Kreds Hovedstaden,
Frederiksborggade 15, 4. sal,

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse



Grete Christensen
Formand



Anni Pilgaard
1.-næstformand



Dorte Steenberg
2.-næstformand



Irene Hesselberg
Formand for
Lederforeningen



**Mette Kästner
Jacobsen**
Formand for LLS

Kredsformænd



Vibeke Westh
Kreds Hovedstaden



Helle Dirksen
Kreds Sjælland



John Christiansen
Kreds Syddanmark



Else Kayser
Kreds Midtjylland



Jytte Wester
Kreds Nordjylland

1.-kredsnæstformænd



Vibeke Schaltz
Kreds Hoved-
staden



Nils Håkansson
Kreds Sjælland



**Line Gessø
Storm Hansen**
Kreds Syddanmark



Anja Laursen
Kreds Midtjylland



**Helle Kjærager
Kanstrup**
Kreds Nordjylland

Dansk Sygeplejeråd centralt

Administrerende direktør

Anne Granborg

Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
Tlf. 33 15 15 55 • Telefax 33 15 24 55
E-mail: dsr@dsr.dk • www.dsr.dk

Ekspeditionstid (også tlf.):

Mandag-torsdag kl. 9 - 16
Fredag kl. 9 - 15.

Lederforeningen Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
Tlf. 46 95 39 00
E-mail: lederforeningen@dsr.dk
www.dsr.dk/lederforeningen

Sygeplejestuderendes Landssammenslutning

Sankt Annæ Plads 30,
1250 København K
Tlf. 4695 4234
E-mail: sls@dsr.dk • www.dsr.dk/sls

Sygepleetisk Råd

Formand: Grete Bækgaard Thomsen,
Sundhedschef
Sankt Annæ Plads 30,
1250 København K
www.sygepleeetiskraad.dk

Kreds Hovedstaden

Kredschef

Anne Tovborg

Hovedtelefonnummer: 7021 1662
Hovedfaxnummer: 7021 1663
Hjemmeside:
www.dsr.dk/hovedstaden
E-mail: hovedstaden@dsr.dk

Hjemmesiden indeholder individuelle
kontaktoplysninger på kredsens
medarbejdere og formandskab

Kontor

Frederiksborggade 15, 4.
1360 København K

Åbnings- og telefontider:

Man, tirs, tors, fre: 09.00 - 14.00
Ons: 13.00 - 16.00

Lokalkontor

Haslevvej 50
3700 Rønne
Tlf: 7021 1662
Fax: 5695 3812

Telefontid

Man, tirs og tors: 09.00 - 12.00

Kreds Sjælland

Kredschef

Mads Hyllegaard

Hovedtelefonnummer: 7021 1664
Hovedfaxnummer: 7021 1665
Hjemmeside: www.dsr.dk/sjaelland
E-mail: sjaelland@dsr.dk

Kontor

RingstedCentret
Nørregade 13
4100 Ringsted

Kontorets åbnings- og telefontider

Telefonåbent

Mandag	09.00 - 14.00
Tirsdag	13.00 - 16.00
Onsdag	09.00 - 14.00
Torsdag	13.00 - 16.00
Fredag	09.00 - 13.00

Fremmøde

Mandag	08.30 - 15.30
Tirsdag	08.30 - 15.30
Onsdag	08.30 - 15.30
Torsdag	12.00 - 16.00
Fredag	09.00 - 13.00

Kreds Syddanmark

Kredschef

Jan Villumsen

Hovedtelefonnummer: 7021 1668
Hjemmeside: www.dsr.dk/syddanmark
E-mail: syddanmark@dsr.dk

Kontor

Vejlevej 121, 2.
7000 Fredericia

Telefontider

Kl. 08.30 - 13.00 - mandag, tirsdag,
onsdag og fredag
Kl. 13.00 - 16.00 - torsdag

Kreds Midtjylland

Kredschef

Ann Dahy

Fælles postadresse

DSR, Kreds Midtjylland
Marienlystvej 14
8600 Silkeborg
Du er altid velkommen i åbningstiden,
men ring og aftal tid.

Hovedtelefonnummer: 4695 4600
Hovedfaxnummer: 7021 1667
Hjemmeside: www.dsr.dk/midtjylland
E-mail: midtjylland@dsr.dk

Lokale kontorer

Fredericiagade 27-29
7500 Holstebro
Åbent efter forudgående aftale.

Minddegade 10
8000 Aarhus C

Åbent efter forudgående aftale.

Telefontider

Mandag - tirsdag kl. 10.00 - 15.00
Onsdag lukket
Torsdag kl. 10.00 - 15.00
Fredag kl. 10.00 - 13.00

Kreds Nordjylland

Kredschef

Iben Gravesen

Telefon: 4695 4850
Telefax: 9634 1426
Hjemmeside: www.dsr.dk/nordjylland
E-mail: nordjylland@dsr.dk

Kontor

Sofiendalsvej 3
9200 Aalborg SV

Kontorets åbningstider

Man - ons kl. 09.00 - 15.00
Torsdag kl. 13.00 - 16.00
Fredag kl. 09.00 - 12.00