

Motion gavner  
skizofrenes recovery

Fem fabelagtige bøger  
til ferien

# SYGGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING  NR. 14 · 6. DECEMBER 2013 · 113. ÅRGANG

## Støt hiv-patienter, som glemmer medicinen

Sygefravær går ud over  
fællesskabet

Tema om brugerinddragelse:  
Patienten som medspiller



# Selincro<sup>®</sup> (nalmefen) reduce 61 % efter 6 måneders beh



Lundbeck Pharma A/S  
Ottiliavej 9 · 2500 Valby  
Telefon: 4371 4270

# reducerer alkoholforbruget med behandling<sup>\*,1</sup>

## Alkoholafhængighed er en hjernesygdom som kan behandles farmakologisk<sup>2</sup>

- Selincro<sup>®</sup> (nalmefen) er den eneste farmakologiske behandling godkendt til reduktion af alkoholforbruget hos voksne alkoholafhængige patienter med et stort alkoholforbrug<sup>3</sup>
- Selincro<sup>®</sup> (nalmefen) menes at genskabe balancen i et dysreguleret belønningssystem ved at modulere opioidreceptorerne, hvilket menes at reducere trangene til at drikke alkohol<sup>2,3</sup>

\* Hos voksne alkoholafhængige patienter med et stort alkoholforbrug:  
> 40 g for kvinder og > 60 g for mænd

Se forkortet produktinformation for Selincro<sup>®</sup> (nalmefen) på side 8.

**KORT****9 Sydfynske sygeplejersker skal hjælpe familien**

En ny uddannelse til familiesygeplejerske skal øge patient- og pårørendeinddragelsen på OUH Svendborg Sygehus. Foreløbig er 13 sygeplejersker blevet uddannet.

**TEMA OM BRUGERINDDRAGELSE I PSYKIATRIEN****20 Region Hovedstaden satser stort på brugerinddragelse**

I Region Hovedstadens Psykiatri skal en ny strategi for brugerinddragelse sikre, at patienter og pårørende i højere grad bliver hørt. Målet er bedre behandling, og som led i initiativet efteruddannes alt personale.

**22 Brugere med på behandlingsplansmøder**

At inddrage patienter med svær psykisk sygdom i deres egen behandling er ikke nogen nem opgave. Men på et lukket afsnit i Hillerød har personalet taget udfordringen op.

**26 Patienten som partner**

Der bliver talt meget om det. Men reel brugerinddragelse er en mangelvare. Det mener sygeplejerske og cand.cur. Malene Terp, der i sit ph.d.-projekt i Nordjylland har unge med skizofreni som samarbejdspartnere.

**BAGGRUND****30 PÅ JOB: Effektivisering giver god plads til sygeplejen**

En samlet pakke med forundersøgelse og håndoperation tager kun en time i Dagkirurgisk Enhed i Holstebro.

**32 Anna vil løbe skizofrenien væk**

Patientens ressourcer må ikke gå tabt, når diagnosen er en psykisk lidelse. Det mener psykiatrisk sygeplejerske Louise Dehlholm, der løber fast hver uge med 20-årige Anna, som lider af skizofreni.

**NYT FRA DSR - DIN ORGANISATION****36 Forskning er en mangelvare i psykiatrien**

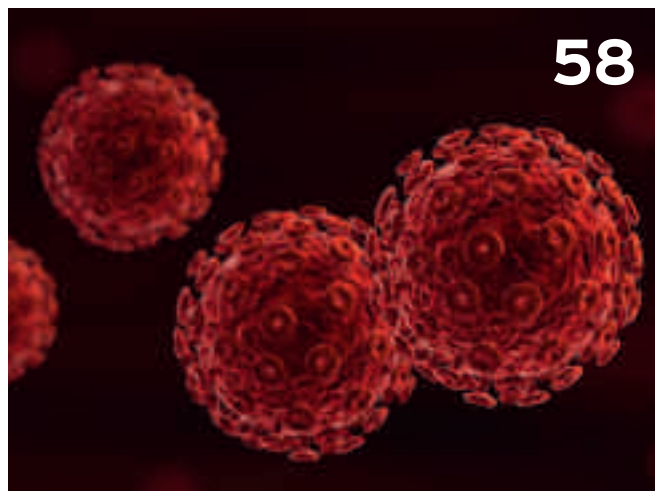
Der er brug for mere forskning i psykiatrisk sygepleje, lyder det fra Dansk Sygeplejeråd. Og det kan godt betale sig, siger en af de oversygeplejersker, der har en forsker ansat.

**38 Lønsedler er fulde af fejl**

Mere end hver tredje sygeplejerske har fundet fejl i deres lønseddel, viser ny undersøgelse.

**39 Uværdig kampagne mod sygeplejersker**

Gennem mange måneder har de praktiserende lægers organisation i Hovedstaden ført en skræmmekampagne mod akuttelefonen 1813. Dansk Sygeplejeråd kalder kampagnen for uværdig og opfordrer lægerne til at samarbejde til glæde for borgerne.

**44 Fem fabelagtige bøger til juleferien****57 Julekryds 2013**



## FAGLIG INFORMATION

52 Frivillige støtter patienter på børneafdelingen

53 EN AF OS i grønt

75 Sygeplejefestival 2014

76 Involverende stuegang i et apopleksiafsnit

## FAGLIGE ARTIKLER

58 Intensive samtaler med hiv-patienter med adhærensproblemer

Coachingsamtaler viste god effekt både på patienternes virusmængde i blodet og på deres livskvalitet.

64 Hjertesygge bliver screenet for depression

Implementeringen på kardiologisk afdeling i Roskilde af screeningen blev grundigt forberedt og har været vellykket for samtlige faggrupper og for patienterne.

70 Sygefravær set i et udviklingsperspektiv

Teorien om social udveksling kan være en måde at forstå kulturen omkring sygefravær på.

## I HVERT NUMMER

10 Kulturjournalen

12 Dilemma

13 Statistikken

15 Historisk

16 Studerende i praksis

28 Parentes

34 5 faglige minutter

46 Debat

49 Navne/Mindeord

50 Facebook

52 Fagtanker

56 Fra forsker til fag

77 Stillingsannoncer

81 Kurser/møder/meddelelser

83 Kontakt

Forsideillustrationer iStock | Simon Klein Knudsen

I dette nummer af Sygeplejersken er indlagt DSR-kalenderen for 2014.

# Vi skylder hinanden en solidarisk arbejdsmarkedspolitik

Efter nogle hårde år på beskæftigelsesfronten er jeg glad for, at 2013 blev året, hvor ledigheden blandt sygeplejersker for alvor blev sendt i bund - også blandt dimittender!


Det skyldes ikke mindst, at arbejdsgivere - over en bred kam - har fået øjnene op for, at sygeplejerskers høje faglighed er en forudsætning i et sundhedsvæsen under store forandringer, hvor hurtig udskrivning fra hospitalerne og meget plejkrævende borgere i kommunerne er hverdagens realitet.

Men midt i glæden over, at de dårlige tider er lagt bag os, må vi ikke glemme dem, der endnu ikke er kommet i job. Og vi må heller ikke glemme, at tiderne hurtigt kan skifte, at ledighed kan ramme bredt, og at vi alle kan få brug for et balanceret dagpengesystem. Selvom det ser lyst ud nu, er det kun tre år siden, at vi i kølvandet på finanskrisen oplevede massefyringer på landets sygehuse og tårnhøj ledighed blandt de nyuddannede.

Desværre blev dagpengesystemet sønderskudt med dagpengereformen fra 2010. Det ser vi konsekvenserne af nu. AK-Samvirke har netop offentliggjort, at mere end 30.000 personer er røget ud af dagpengesystemet i 2013. Det er et meget højt tal, der dækker over utroligt mange menneskeskæbner.

I øjeblikket er regeringens såkaldte Carsten Koch-udvalg ved at lægge sidste hånd på første delrapport om fremtidens arbejdsmarked. For Dansk Sygeplejeråd er det særligt afgørende, at udvalgets rapport anviser konkrete initiativer, der kan rette op på dagpengereformen. Ingen kan være tjent med et dagpengesystem, hvor så mange mennesker falder ud over kanten.

Et solidarisk samfund fordrer en genopretning af dagpengesystemet. Det skylder vi os selv og hinanden.

  
Anni Pilgaard,  
næstformand



NÆSTE NUMMER UDKOMMER 17. JANUAR

Læs bl.a.:

- Hvornår skal sygeplejersker genoplive?
- På job: Mobil sygepleje tager hånd om de svage
- Fag: Kendetegn ved sygepleje i Grønland

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**  
mny@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 tilkendegives i artikler og andre indlæg, udtrykker ikke nødvendigvis Dansk Sygeplejeråds synspunkter.

Chefredaktøren er ansvarlig for bladets indhold.

## Skizofrene vil have mere motion

Tekst **Mille Dreyer-Kramshøj**

*Skizofrene patienter oplever, at motion som led i behandlingen er gavnligt, og hver fjerde vil gerne have mere fokus på motionen, viser en ny undersøgelse fra Psykiatrifonden. Motionen gavner både fysisk, men giver også patienterne et bedre socialt liv.*

Hver fjerde skizofrene patient mener, at der er for lidt fokus på motion i deres behandlingsforløb, og to tredjedele af dem, som har fået motion, angiver det som en af de behandlingsformer, der har virket bedst. Det viser en mindre spørgeskemaundersøgelse, Psykiatrifonden og Epinion har lavet blandt godt 400 mennesker med skizofreni.

"Undersøgelsen understreger, at motion bør tænkes ind i alle patientforløb med fokus på det, der motiverer. Det gælder både i forbindelse med lange indlæggelser og for mennesker på bosteder," siger bestyrelsesformand i Psykiatrifonden Anne Lindhardt.

Undersøgelsen er lavet i håb om at give de skizofrene patienter en mulighed for selv at fortælle, hvad de mangler i deres behandling.

"I stedet for at det altid er fagpersoner, der har diskussionerne, vil vi have brugerne selv på banen. Det overraskende har været, hvor mange der giver udtryk for, at motion har været gavnligt i forhold til deres recovery, og hvor mange der efterlyser mere motion," siger projektleder i Psykiatrifonden Charlotte Hallin.

For 20-årige Anna, der lider af skizofreni, har faste løbeture betydet, at hun har fået det bedre, end hun har haft det i flere år. Hun startede for et lille års tid siden med at løbe ca. tre gange om ugen.

"Man bliver hurtigt sin sygdom. Men efter jeg er begyndt at løbe, er jeg blevet meget mere glad, og jeg er begyndt at sætte mig mål, jeg skal nå," siger hun. Hun har, siden hun begyndte at løbe i foråret, gennemført sine eksamener, været på ferie og været med til et DGI-stævne.

"De ting havde jeg ikke kunnet gennemføre tidligere," siger hun.

### Mere fokus på motion

På Psykiatrisk Center Nordsjælland i Hel-

singør har psykiatrisk sygeplejerske Louise Dehlholm taget initiativ til at starte løbeprojektet med Anna. Hun oplever, at der er kommet mere lydhørhed over for at bruge motionen som en del af behandlingen.

"Mine kolleger kan se, det virker. I starten var der lidt modstand, for man mente ikke, det var noget, vi kunne prioritere, men i dag bakker de mig fuldt op," siger Louise Dehlholm, som dog godt kunne bruge ekstra ressourcer.

"Vi løber, når det kan lade sig gøre, men det er noget, jeg selv skal arbejde for. Der kommer jo ikke ekstra personale ind, når vi har løbedag, så det skal gå op i en højere enhed i en til tider uforudsigelig hverdag," siger hun.

I Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker er bestyrelsesmedlem og udviklingschef på Psykiatrisk Center Glostrup Claus Hansen glad for det øgede fokus på at bruge motion i behandlingen af skizofrene patienter.

"Patienter med skizofreni dør 15-20 år før andre patienter, og de er ofte præget af livsulyst, isolation og inaktivitet. Kombineret med den medicinske behandling, som kan øge vægten meget, er vi samlet set med til at forværre situationen," siger han og fortæller, at han oplever, at de psykiatriske afdelinger har motion som et stigende fokusområde.

"Vi ved meget mere om, at motion er med til at bringe patienterne ud af isolation, aktivere dem og gøre dem bedre i stand til at indgå i sociale sammenhæng. Af alle mulige grunde er det derfor rigtig godt. Det har været et nedprioriteret område, som nu får mere fokus bl.a. gennem arbejdet med KRAM-faktorerne," siger han.

*Læs mere på side 32 om Anna, som sammen med psykiatrisk sygeplejerske Louise Dehlholm løber for et bedre psykisk velvære, og om, hvordan motionen har været med til at hjælpe hende i sit behandlingsforløb.*



Illustration: Gitte Skov

Ny dansk forskning viser, at patientinvolvering ser ud til at kunne reducere anvendelsen af bæltfiksering i psykiatrien. Læs desuden tema om brugerinddragelse i psykiatrien side 18.

## En ekstra uniformsomme koster millioner

I løbet af de næste år får medarbejderne på sygehuse i de tre regioner Hovedstaden, Midtjylland og Sjælland nye uniformer. Det gamle design har mere end 30 år på bagen, og den forholdsvis sjældne proces med at skabe en ny arbejdsidentitet bliver fulgt nøje af forskere på Syddansk Universitet og Designskolen i Kolding. Adjunkt Trine Brun fra Institut for Design og Kommunikation, Syddansk Universitet, uddyber over for forskningsmagasinet Ny Viden: "En uniform skal være funktionel, så alle typer opgaver kan løses, og derfor er det en omfattende opgave at designe den."

Forskerne er især optaget af de mange processer bag designet, også kaldet den "usynlige" del. F.eks. kan beslutningen om en ekstra lomme koste millioner, dels

fordi flere lag tøj er længere tid om at tørre, og dels fordi en ekstra lomme skaber mere arbejde i vaskerierne. Her gennemlyser medarbejdere manuelt alle lommer før vask, da glemte kuglepenn eller skarpe genstande kan ødelægge tøj for tusindvis af kroner. De nye uniformdesign er fælles for alle faggrupper, mens et navneskilt på brystet viser, hvor medarbejderen hører til.

I Region Hovedstaden består de nye uniformer f.eks. af 20 forskellige dele fra kitler og bukser til T-shirts og jakker. Tøjet er i hvide og mørke farver samt en enkelt turkis T-shirt. Region Hovedstaden begynder som den første at indfase de nye uniformer i løbet af de næste måneder, skriver Ny Viden.

(cso)

” Jeg bad om et telefonnummer til den hjemmesygeplejerske, der huserer i mit område, men det kendte man ikke noget til. Jeg kontaktede vagtlægen med det samme spørgsmål og fik et telefonnummer, der skulle sætte mig i forbindelse med sygeplejersken – nummeret var ikke i brug.

Paul Erik Johansen i læserbrev om ikke at kunne modtage hjælp eller informationer i weekenden. 5. november i Horsens Folkeblad.



**Selincro® (nalmefen) Produktinformation**

**Indikationer:** Selincro® er indiceret til reduktion af alkoholforbruget hos voksne alkoholafhængige patienter, som har et stort alkoholforbrug uden fysiske abstinenssymptomer, og som ikke kræver øjeblikkelig afrusning. Selincro® bør kun ordineres sammen med løbende psykosocial støtte, der fokuserer på at fremme overholdelsen af behandlingen og på at reducere alkoholforbruget. Selincro® bør kun ordineres til patienter, som fortsat har et stort alkoholforbrug to uger efter den første vurdering. **Dosering:** Ved den første konsultation skal patientens kliniske status, alkoholafhængighed og alkoholforbrug vurderes (baseret på patientens egne oplysninger). Lægen bør derefter bede patienten om at notere sit alkoholforbrug i ca. to uger. Ved den næste konsultation kan Selincro® ordineres til de patienter, som fortsat har et stort alkoholforbrug, sammen med psykosocial intervention, der fokuserer på at fremme overholdelsen af behandlingen og på at reducere alkoholforbruget. Selincro® skal tages efter behov. Hver dag patienten erkender at have en risiko for at indtage alkohol, skal patienten tage én tablet helst 1-2 timer før det tidspunkt, hvor patienten forventer at drikke. Hvis patienten er begyndt at drikke alkohol uden at have taget Selincro®, skal patienten så hurtigt som muligt tage én tablet. Den maksimale dosis Selincro® er én tablet dagligt. Selincro® kan tages med eller uden mad. Der skal udvises forsigtighed, hvis Selincro® ordineres i mere end 1 år. **Særlige populationer:** Der er ingen anbefalinger om dosisjusteringer for ældre  $\geq 65$  år, for patienter med let eller moderat nedsat nyrefunktion eller for patienter med let eller moderat nedsat leverfunktion. Selincro® sikkerhed og virkning hos børn og unge  $< 18$  år er ikke klarlagt. Administration: Selincro® er til oral anvendelse. Den filmovertrukne tablet skal synkes hel. Den filmovertrukne tablet må ikke deles eller knuses, da nalmefen kan forårsage hudsensibilisering ved direkte kontakt med huden. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. Patienter, der aktuelt eller nyligt har indtaget opioidanalgetika. Patienter med nuværende eller nylig opioidafhængighed. Patienter med akutte opioidabstinenssymptomer. Patienter med svært nedsat leverfunktion (Child-Pugh klassifikation). Patienter med svært nedsat nyrefunktion (eGFR  $< 30$  ml/min pr.  $1,73$  m $^2$ ). Patienter, der for nylig har haft akut alkoholabstinenssyndrom (inklusive hallucinationer, krampes og delirium tremens). **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** Selincro® er ikke beregnet til patienter, hvor behandlingsmålet er omgående afholdenhed. En reduktion af alkoholforbruget er et delmål hen imod afholdenhed. Administration af opioid: Hvis en patient i behandling med Selincro® har brug for behandling med et opioid i en nødsituation, kan den dosis opioid, der er nødvendig for at opnå den ønskede virkning, være højere end normalt. Patienten skal overvåges nøje for symptomer på respirationshæmning efter administration af et opioid og for andre uønskede reaktioner. Hvis der er brug for behandling med et opioid i en nødsituation, skal dosis altid titreres individuelt. Hvis der er behov for usædvanligt store doser, skal patienten holdes under nøje observation. Selincro® skal midlertidigt seponeres 1 uge før forventet brug af opioide, f.eks. hvis der skal bruges opioidanalgetika under elektiv operation. Den ordinerende læge skal informere patienten om, at det er vigtigt at oplyse sundhedspersonalet om seneste indtagelse af Selincro®, hvis det bliver nødvendigt at anvende et opioid. Der skal udvises forsigtighed ved brug af lægemidler, der indeholder opioide (f.eks. hostemedicin, opioidanalgetika). Psykiatriske lidelser: Der er rapporteret psykiske bivirkninger i de kliniske undersøgelser. Hvis patienterne udvikler psykiatriske symptomer, der ikke er forbundet med behandlingsstart med Selincro®, og/eller som ikke er forbigående, skal den ordinerende læge overveje alternative årsager til symptomerne og foretage en vurdering af, om det fortsat er nødvendigt at behandle med Selincro®. Selincro® er ikke blevet undersøgt hos patienter med ustabile psykiatriske lidelser. Der skal udvises forsigtighed, hvis Selincro® ordineres til patienter med eksisterende psykiatriske co-morbiditet, såsom moderat til svær depression. Krampetilfælde: Der er begrænset erfaring med patienter, der tidligere har haft krampes inklusive alkoholabstinenskrampes. Der skal udvises forsigtighed, hvis der iværksættes behandling rettet mod reduktion af alkoholforbruget til sådanne patienter. Nedsat nyre- eller leverfunktion: Selincro® bliver i udstrakt grad omdannet i leveren og udskilles hovedsageligt i urinen. Derfor skal der udvises forsigtighed ved ordineret af Selincro® til patienter med let eller moderat nedsat leverfunktion eller let eller moderat nedsat nyrefunktion, f.eks. ved hyp-pigere kontrol. Der skal udvises forsigtighed, hvis Selincro® ordineres til patienter med forhøjede værdier af ALAT eller ASAT ( $> 3 \times$  ULN), da disse patienter blev ekskluderet fra det kliniske udviklingsprogram. Ældre patienter ( $\geq 65$  år): Der skal udvises forsigtighed ved ordineret af Selincro® til patienter  $\geq 65$  år da der er begrænsede kliniske data. Andet: Der skal udvises forsigtighed, hvis Selincro® gives samtidigt med en potent UGT2B7 hæmmer. Lactose: Selincro® bør ikke anvendes til patienter med arvelig galactoseintolerans, en særlig form af arvelig lactasemangel (Lapp Lactase deficiency) eller glucose/galactosemalabsorption. **Interaktioner:** Der er ikke udført in vivo-lægemiddelinteraktionsstudier. På baggrund af in vitro-studier forventes der ingen klinisk relevante interaktioner mellem nalmefen eller dets metabolitter og andre lægemidler, der anvendes samtidigt og som metaboliseres af de mest almindelige CYP450- og UGT-enzym eller membrantransportører. Samtidig indtagelse af læge-midler, der er potente hæmmere af UGT2B7-enzymet (f.eks. diclofenac, fluconazol, medroxyprogesteronacetat, meclofenaminsyre), kan øge optagelsen af nalmefen signifikant. Det er usandsynligt, at det vil give problemer ved lejlighedsvis brug, men ved langvarig samtidig anvendelse af en potent hæmmer af UGT2B7 kan det ikke udelukkes, at der kan forekomme en stigning i optagelsen af nalmefen. Omvendt kan samtidig administration af en UGT inducer (f.eks. dexamethason, phenobarbital, rifampicin, omeprazol) muligvis medføre subterapeutiske plasmakoncentrationer af nalmefen. Hvis Selincro® tages samtidig med opioidagonister, får patienten muligvis ikke gavn af opioidagonisten. Der er ikke nogen klinisk relevant farmakokinetisk lægemiddelinteraktion mellem nalmefen og alkohol. Der synes at være en lille nedsættelse af kognitiv og psykomotorisk formåen efter indgivelse af nalmefen, men virkningen af samtidig indtagelse af nalmefen og alkohol oversteg ikke den samlede virkning af hvert stof, når det blev taget alene. Samtidig indtagelse af alkohol og Selincro® forhindrer ikke alkoholens berusende virkning. **Fertilitet, graviditet og amning:** Graviditet: Dyreforsøg har påvist reproduktionstoksicitet. Selincro® bør ikke anvendes under graviditeten. Amning: De tilgængelige farmakodynamiske/toksikologiske data fra dyreforsøg har vist, at nalmefen/metabolitter udskilles i mælk. Det vides ikke, om nalmefen udskilles i human modermælk. En risiko for nyfødte/spædbørn kan ikke udelukkes. Det skal besluttes, om amningen skal ophøre, eller om man skal ophøre med/afstå fra behandling med Selincro®, idet der tages højde for fordelene ved amning for barnet i forhold til de terapeutiske fordele for moderen. Fertilitet: I fertilitetsforsøg med rotter blev der ikke observeret nogen effekt af nalmefen på fertilitet, parring, drægtighed og spermparametre. **Virkning på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner:** Selincro® påvirker ikke eller kun i ubetydelig grad evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner. **Bivirkninger:** Meget almindelige ( $\geq 1/10$ ): Søvnløshed, svimmelhed, hovedpine, kvalme. Almindelige ( $\geq 1/100$  til  $< 1/10$ ): Nedsat appetit, søvnforstyrrelser, konfusion, rastløshed, nedsat libido (inklusive tab af sexlyst), somnolens, tremor, opmærksomhedsforstyrrelser, paræstesi, hypæstesi, takykardi, palpitationer, opkastning, mundtørhed, hyperhidrose, muskelkrampes, træthed, asteni, generel utilpashed, generel unormal følelse, vægttab. Ikke kendte (kan ikke estimeres ud fra forhåndenværende data): Hallucinationer (inklusive hørehallucinationer, taktile hallucinationer, syns-hallucinationer og somatiske hallucinationer), dissociation. **Overdosering:** Nalmefendoser på op til 90 mg dagligt i 16 uger blev undersøgt i et studie med patienter, der var blevet diagnosticeret med ludomani. I et studie med patienter med interstitiel cystitis fik 20 patienter 108 mg nalmefen dagligt i mere end to år. Der er indberettet indtagelse af en enkelt dosis på 450 mg nalmefen uden ændringer i blodtryk, hjertefrekvens, respirationsfrekvens og legemstemperatur. Der er ikke set usædvanlige bivirkningsmønstre i disse sammenhænge, men der er begrænset erfaring. I tilfælde af overdosering bør patienten observeres, og der bør gives symptomatisk behandling. **Pakninger og priser (registerpris)** pr. 11. november 2013: Filmovertrukne tabletter 18 mg: 14 stk. kr. 562,90; 28 stk. kr. 1108,25. De dagsaktuelle priser kan findes på [www.medicinpriser.dk](http://www.medicinpriser.dk). **Udlevering:** A. **Tilskud:** Enkelt tilskud. **Produktinformationen er omskrevet/forkortet i forhold til det godkendte produktresumé. Produktresuméet kan vederlagsfrit rekvireres hos Lundbeck Pharma A/S.**

1. Brink et al. Efficacy of As-Needed Nalmefene in Alcohol-Dependent Patients with at Least a High Drinking Risk Level:

Results from a Subgroup Analysis of Two Randomized Controlled 6-Month Studies. Alcohol and Alcoholism, 2013 Sep-Oct;48(5):570-8;

2. Clapp et al. How Adaptation of the Brain to Alcohol Leads to Dependence: A Pharmacological Perspective; Alcohol Res Health 2008; 31(4): 310-339;

3. Selincro Produktresumé.



# Sydfynske sygeplejersker skal hjælpe familien

Tekst **Mille Dreyer-Kramshøj**

*Når sygdom rammer familien, er det ikke kun patienten, som bliver påvirket, men også de nærmeste. En ny uddannelse til familiesygeplejerske sætter fokus på at inddrage hele familien.*

En ny uddannelse til familiesygeplejerske skal øge patient- og pårørendeinddragelsen på OUH Svendborg Sygehus. Foreløbig er 13 sygeplejersker fra Medicinsk Afdeling M blevet uddannet i familiefokuseret sygepleje, der tager udgangspunkt i bl.a. kommunikations- og systemteori i mødet med langvarigt eller kronisk syge patienter og deres pårørende.

”Sygdom har indflydelse ikke bare på den, der bliver syg, men på hele familien. Det kan ændre rollefordelingen, og derfor er det vigtigt, vi sætter fokus på, hvordan man kan leve med det, og hvordan det påvirker familien,” siger udviklings- og forskningssygeplejerske og ph.d. Anne Dichmann Sorknæs fra OUH Svendborg Sygehus, som står for undervisningen i samarbejde med Enheden for Sygeplejeforskning på Syddansk Universitet.

De nye familiesygeplejersker tilbyder et samtaleforløb på op til tre samtaler med patienter og pårørende, hvor typisk to sygeplejersker deltager.

”Familien taler om, hvordan sygdommen påvirker dem, og sygeplejerskernes rolle er at facilitere processen, så de kan finde ind til problemstillingerne. Det kan f.eks. være ved at snakke om, hvem der bliver mest påvirkede, eller om rollerne har ændret sig,” siger Anne Dichmann Sorknæs og forklarer, at sygeplejerskerne

også er en del af refleksionerne. ”Efterfølgende reflekterer de sammen med familien over, hvad de har hørt. Det har en stor effekt at høre andre genfortælle sin historie. Dét at andre sætter ord på, kan give nye tanker og få én til at føle sig hørt,” siger hun.

Anne Dichmann Sorknæs oplever, at behovet for familieinddragelse er blevet større.

”Patienterne bliver udskrevet tidligere, og pleje og behandling ligger i højere grad i hjemmene. Det giver en større belastning og en ny rolle for familierne. Vi vil rigtig gerne kunne gøre noget mere for patienterne og deres pårørende, og der ser vi familiefokuseret sygepleje som en mulighed for at hjælpe hele familien,” siger hun.

Næste hold familiesygeplejersker uddannes til foråret. På længere sigt er det meningen, at den familiebaserede sygepleje skal fungere som sygeplejemodel og overordnet ramme for hele afdelingen.

## Familiebaseret sygepleje

I den familiebaserede sygepleje arbejder sygeplejersken med ”familien” som en samlebetegnelse for alle de nære relationer, patienten har. Det kan f.eks. være gode venner eller naboer, som passer den syge i dagtimerne, mens ægtefællen er på arbejde. Derfor tilbyder familiesygeplejerskerne på Svendborg Sygehus ikke kun samtaler til de pårørende, men også det netværk, patienten har i sit liv.

## Kritik af dansk psykiatri

Europarådets menneskerettigheds-kommissær Nils Muižnieks kritiserer psykiatrien i Danmark efter et officielt besøg i november. Kommissæren er bekymret for ”den overdrevne brug af tvang i danske psykiatriske institutioner, herunder tvungen behandling, tvangsmedicinering og brug af fysiske begrænsninger i op til flere dage,” fremgår det i en pressemeddelelse fra Europarådet. Rådet er ved at udarbejde en fuld rapport om besøget i Danmark.

## Narkotikadødsfald lavest i 19 år

Antallet af dødsfald blandt narkotikabrugere var sidste år det laveste i 19 år. Igennem en årrække har antallet været stigende, men fra 2011-2012 faldt det fra 285 dødsfald til 210 på landsplan.

”Ethvert dødsfald er et for meget. Derfor er jeg også glad for, at vi nu for første gang i mange år ser et markant fald i antallet af mennesker, der mister livet som følge af deres stofmisbrug,” siger sundhedsminister Astrid Krag (SF). Hun peger bl.a. på kommunernes mulighed for at etablere stofindtagelsesrum og udlevering af modgift som nye initiativer, der skal nedsætte antallet af dødsfald.

## Kronisk syge har gavn af it-styret dialog om sundhed

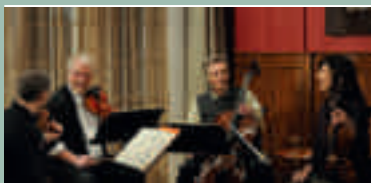
It-redskabet Sunddialog er udviklet til at støtte forebyggelsesforløb for patienter med kroniske lidelser, og en evaluering viser, at patienterne får mere kontrol over deres sygdom, og at læger og sygeplejersker får bedre viden om patienterne. Evalueringen er fra Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Forskning og Analyse, KORA.

”Patienterne lægger stor vægt på, at samtalerne er forankret i en sundhedsfaglig model og bliver gennemført af dygtige fagfolk. Det skaber autoritet og er med til at motivere dem til at ændre adfærd og leve sundere,” siger professor og seniorprojektleder hos KORA, Helle Wentzer.

” Dog virker sygeplejerskernes arbejdsform faktisk som et vellykket industrielt treholdsskift, hvor behandlingen ikke svinger i kvalitet i løbet af døgnet. [...] Det er topprofessionelt og giver tryghed.

Malene Lei Raben, advokat i Politiken, den 9. november

## Film



Christopher Walken som den Parkinsonsramte musiker i premierefilmen "A Late Quartet"

**A Late Quartet**

Peter (Christopher Walken), som er ældste medlem af en strygekvartet, beslutter sig efter 25 års karriere at trække sig tilbage, da han bliver diagnosticeret med Parkinsons. For de øvrige musikere i kvartetten bliver det en katalysator for deres skjulte frustrationer. *Forsvent premiere den 19. december i hele landet*

## Teater

**Deadline**

Døden er tabu. I teaterstykket Deadline møder vi bl.a. mormoderen, som siger farvel hele tiden for en sikkerheds skyld, moderen, som tager afsked med det dødfødte barn, den afkræftede syge, som længes efter fred, og pigen, som spørger til slangerne på mor og piller ved hendes tissepose. Deadline er et nærstudie i at dø, og hvordan det er at stå ved siden af og se på.

7.-22. januar 2014, Teater Grob, København N

## Udstilling

**Fedme - hvad er problemet?**

Udstillingen handler om overvægt, og hvad vi gør ved den, med fedmeoperationen gastric bypass som omdrejningspunkt. Det kirurgiske indgreb indebærer en omlægning af mavens anatomi, der ikke kan føres tilbage og kræver en dramatisk livsstilsændring.

Medicinsk Museion, Bredgade 62, København K

Læs flere informationer og se andre arrangementer på [www.dsr.dk/Sygeplejersken/Kulturjournalen](http://www.dsr.dk/Sygeplejersken/Kulturjournalen). Kalenderen bringes i samarbejde med Kultunaut.dk. Sygeplejersken tager forbehold for datoændringer, aflysninger mv.

## RUC vil give mere tid til sygeplejerskerne

Forskere fra Roskilde Universitet, RUC, er i gang med at udvikle et nyt tavlesystem, der skal skabe overblik og spare tid for sygeplejersker og læger på hospitalerne. Tanken er, at de ansatte altid er i bevægelse uden faste kontorer og computere, og at de derfor kun kan finde vigtige oplysninger om patienterne på få centrale steder. Nu skal informationerne i stedet spredes over mange skærme rundt omkring på hele hospitalet.

"Tidligere fandtes information kun nedskrevet hos den koordinerende sygeplejerske. Derfor skyndte personalet sig at blive færdig med den enkelte patient for at være klar til at modtage nye patienter. Men med det overblik, tavlerne giver, kan sygeplejersker og læger bruge mere tid med den enkelte patient, fordi de selv har overblik over, hvor presset afdelingen er," siger lektor fra Institut for Kommunikation, Virksomhed og Informationsteknologier, Morten

Hertzum, til RUC's forskningsmagasin Rubrik.

Systemet har indtil videre været afprøvet med gode resultater i Region Sjælland.

"Erfaringerne viser, at sygeplejersker er væsentligt mere sammen med patienterne, end de var tidligere," siger Morten Hertzum.

Systemet skal nu afprøves på hele Nykøbing Falster Sygehus, og forskerne vil kigge på, om det vil ændre de ansattes adfærd.

"Med det her system kan alle afdelinger se, hvad der foregår på andre afdelinger. Hvis akutmodtagelsen kan se, at der er ledige sengepladser på den afdeling, patienten skal ind på, så er det vanskeligere at afvise patienten. Grænsen mellem afdelingerne bliver åbnet, og den rebalancering skal personalet finde sig til rette med. Det er bl.a. den proces, vi vil undersøge," siger Morten Hertzum.

(mdk)

## Hjertestoppatienter skal holdes varmere

Hidtil har det været normal praksis, at patienter, som overlever hjertestop uden for hospitalet, bliver nedkølet til 33 grader for at undgå hjerneskade. Men nu viser det sig, at det kun er nødvendigt at sænke temperaturen til 36 grader. Det viser et nyt internationalt studie, som blev offentliggjort i november i The New England Journal of Medicine.

"Resultaterne af forsøget vil medføre, at vi ændrer vores praksis i behandlingen af disse patienter og udfordrer dermed hele konceptet omkring kølebehandling efter hjertestop.

Vi håber, at fremtidige resultater vil kunne forbedre behandlingen af disse patienter yderligere," siger overlæge Christian Hassager, som er leder af Hjerteintensivafdelingen på Rigshospitalet, i en pressemeddelelse.

Afdelingen har deltaget i det såkaldte "Temperature Management"-forsøg (TTM), hvor 171 af i alt 950 patienter fra 36 intensivafdelinger i Europa og Australien deltog. Forsøget er ifølge Rigshospitalet det største, der er gennemført med den type patienter nogensinde.

(mdk)

**NYHED!**

ET NYT KAPITEL I BEHANDLINGEN AF KOL

# ULTIBRO<sup>®</sup> BREEZHALER<sup>®</sup> (indacaterol/glycopyrronium)

– den første langtidsvirkende kombinationsbronkodilatator<sup>1</sup>

**REDUCERER**

KOL-EKSACERBATIONER\*

MED **14-15%**

I FORHOLD TIL

Spiriva<sup>®</sup> (tiotropium)<sup>™</sup>  
og

Seebri<sup>®</sup> Breezhaler<sup>®</sup>  
(glycopyrroniumbromid)<sup>†</sup>



\*KOL-eksacerbationer = milde, moderate eller svære.

\*\*18 µg, åben

Ultibro Breezhaler (indacaterol/glycopyrronium) er indiceret som bronkodilaterende vedligeholdelsesbehandling til symptomlindring hos voksne patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL).

Se venligst forkortet produktinformation, referencer og studiebeskrivelse på side 14

 **NOVARTIS**  
PHARMACEUTICALS



**ultibro<sup>®</sup>  
breezhaler<sup>®</sup>**  
indacaterol/glycopyrronium

# Den utilpassede beboer

Jette Bagh, cand.cur., fagredaktør, Sygeplejersken

*En tidligere overlærer er kommet på plejehjem. Men han er for skrap i munden overfor de andre beboere, og plejepersonalet reagerer ved at køre ham og hans kaffekop hen på hans værelse.*

Oluf har været lærer på en skole udenfor Aarhus i en menneskealder, men som 62-årig fik han en stor hjerneblødning, som har gjort ham ude af stand til at gå og tale normalt. Han blev passet af sin kone Benedikte i fire år, men for et halvt år siden gav Benedikte op, og Oluf er nu på et plejecenter. Men Oluf er fortsat hurtig på aftrækkeren og har ikke helt mistet hverken sin humor eller sin evne til at fange andres svagheder og formulere dem, om end det går langsommere end tidligere med at sætte ord på oplevelserne.

Når han sidder og drikker kaffe med fire andre beboere, kalder han f.eks. den ene herre for Alzheimerkongen og den demente dame for Miss Øh Bøh.

Plejepersonalet finder Olufs opførsel krænkende, og de kører ham straks hen på hans værelse, når han har udtalt sig upassende om de øvrige beboere. Beboerne synes ikke at opfatte Olufs udtalelser.

Er det en rigtig løsning at køre Oluf væk fra kaffebordet? Kunne der være andre måder at håndtere situationen på?

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

**Svar 1.** Personalet flytter Oluf for at beskytte de andre beboere mod nedladende kommentarer, hvilket kan tolkes som etisk korrekt, da man som personale eller besøgende ville blive stødt over tiltaleformen. Men prøver man i stedet at analysere med baggrund i de anerkendte bioetiske principper "ikke skade og gøre godt", ser det ikke ud til, at beboernes integritet er berørt, dvs. at adfærden ikke forvolder skade på beboerne, hvilket kan skyldes deres sygdom. Hvis andre beboere heller ikke bliver krænket af adfærden, er det spørgsmålet, om det er det rigtige valg at flytte Oluf? Det isolerer ham, hvilket måske kan forstærke den negative adfærd yderligere, når lejlighed bydes.

Vælger personalet at lade Oluf blive i fællesarealet, forestår et stort planlægningsarbejde i forhold til samtaler med besøgende om personens adfærd og baggrunden for accepten samt afstemning i personalegruppen om en fælles holdning til dilemmaet. Det er således ikke nødvendigvis uetisk at lade Oluf drikke kaffe med de andre beboere, men det kræver en bevidst målsætning og plan for plejen, så der ikke udvikles en afstumpet kultur på plejecenteret.

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

**Svar 2.** Der er flere perspektiver i denne sag. Hustruen Benedikte har passet sin mand i fire år, hvor han har været afhængig af hende, men hun måtte give op. Mon hustruen føler afmagt og måske skyld i forhold til sin mand?

Oluf er udelukkende omtalt som Oluf, hvor mon hans efternavn er blevet af, hvordan mon han er blevet tituleret som lærer, og hvad betyder det for hans oplevelse af situationen? Kaldt Oluf, sat ud af spillet, måske ingen og intet, der taler til hans intellekt, og så bliver han straffet og kørt væk, når han er uartig.

Personalet er givetvis også afmægtigt og vil beskytte de svage mod Olufs udfald. De ser måske ikke andre udveje end at fjerne Oluf, men mon de har forsøgt at tale til Oluf som et voksent menneske med åndsevner, der kan bygges på? Mon personalet har overvejet, hvorfor Oluf reagerer, som det er tilfældet?

Gad vide hvilke værdier Oluf har levet på og stadig har, mon det ville være muligt at tale med Oluf og måske hustruen om, hvad der har betydning allermost for Oluf, og hvordan han mon ønsker sin fremtid? Mon der er nogen, Oluf har tillid til og kan tale med om sin situation? Det er måske ikke plejepersonalet, men hvem kan støtte Oluf i hans ønsker? Vi er måske nødt til at spørge?

*Af Grete Bækgaard Thomsen, sundhedschef i Lemvig Kommune, formand for Sygeplejeetisk Råd, www.dsr.dk/ser*



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



# Hver anden nyuddannede sygeplejerske vil videre

Tekst **Henrik Boesen**

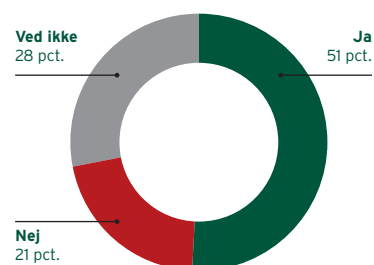
Halvdelen af de nyuddannede sygeplejersker, som blev autoriserede i 2013, giver udtryk for, at de inden for de første fem år har planer om at tage en specialuddannelse.

Halvdelen af de dimitterende sygeplejersker i 2013 stiller sig ikke tilfredse med at have gennemført uddannelsen som sygeplejerske. De vil videre, viser en undersøgelse foretaget af Dansk Sygeplejeråds Analyseafdeling.

Hver anden af 474 adspurgte dimittenter svarer bekræftende, at de i løbet af de kommende fem år har planer/ambitioner om at påbegynde en af specialuddannelserne for sygeplejersker. Hver femte svarer, at de ikke har sådanne planer, resten har ikke taget stilling.

Blandt de fem muligheder har de fleste dimittenter, som forestiller sig en specialuddannelse, planer om at blive sundhedsplejerske (29 pct.). Interessen for de øvrige specialuddannelser er dog næsten på samme niveau. 28 pct. har svaret, at de er interesseret i specialuddannelsen for intensivsygepleje, 25 pct. interesserer sig for specialuddannelsen i anæstesiologisygepleje, 22 pct. angiver kræftsygepleje, og 18 pct. er interesserede i psykiatrisk sygepleje. Lægges procenttallene sammen, giver de mere end 100 pct. Det skyldes, at respondenterne havde mulighed for at angive interesse for mere end én specialuddannelse.

## Har du planer/ambitioner om at tage en specialuddannelse inden for de næste 5 år?



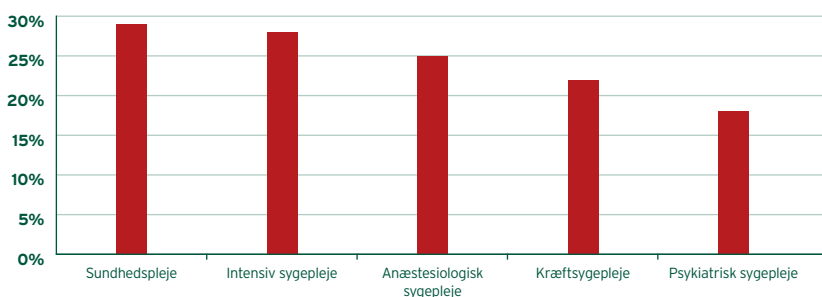
Spørgsmålet stillet af DSR analyse til 474 dimittenter (medlemmer med autorisationsdato 1. maj - 31. oktober 2013.)

For et år siden blev et antal dimittenter stillet de samme spørgsmål. Dengang lød svarene, at 56 pct. havde planer, 21 pct. havde ingen planer, og 23 pct. havde ikke taget stilling.

Optagelse på en specialuddannelse kræver i alle tilfælde mindst to års relevant praktisk erfaring. Dertil kommer, om den afdeling, man er ansat på, kan og vil finansiere specialuddannelsesforløbet - og endelig om der er plads på uddannelsen.

Du kan læse mere om de fem nævnte specialuddannelser for sygeplejersker på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) > Løn og Job > Jeg vil videreuddanne mig

## Hvilken specialuddannelse har du planer/ambitioner om at tage inden for de næste 5 år?



N=240. Kilde: Dansk Sygeplejeråds Analyseafdeling.

## Lønforhøjelse til svenske nyuddannede

I foråret protesterede svenske sygeplejersker mod den løn, de får som nyuddannede, med kampagnen "Ikke under 24.000". Nu ser det ud til, at protesterne har skabt resultater. I Uppsala har Akademiska Sjukhuset som de første indført en startløn for nyuddannede sygeplejersker på 25.000 svenske kroner (ca. 21.225 danske kr.). Det er en samlet stigning på 1.500 kr., men den ekstra løn er kun til dem, der arbejder på fuld tid.

"Vi har fortsat individuel lønforhandling og går ud fra erfaringer og kompetencer. Jeg ved ikke, hvor erfarne de, der har fået 25.000, er, men beløbet er ikke noget, vi automatisk tilbyder alle," siger HR-direktør Inger Thorén til Vardforbundet.se

## Kinesiske sygeplejersker skal lære kampsport

Sidste år blev syv dræbt og 28 såret efter overfald på ansatte på de kinesiske hospitaler. Antallet af voldelige overgreb er nu steget så meget, at to hospitaler i Shanghai har sendt sygeplejersker og læger på efteruddannelse i kampsporten taekwondo, hvor de bl.a. skal lære, hvordan man forsvare sig mod knivangreb. Men det er ikke alle, som mener, det er en god idé. "Skal vi virkelig til at lade patienter og læger slå? Det kan ikke være meningen," siger en advokat fra en lægeorganisation i Kina ifølge Politiken.

## Britiske sygeplejersker skal spotte partnervold

Akutsygeplejersker på flere hospitaler i Manchester, England, skal fremover klædes på til at opdage, om deres patienter er udsat for partnervold. "Forskning har vist, at mange, som oplever vold i hjemmet, ønsker, at nogen vil spørge ind til det og tilbyde dem hjælp," siger sygeplejerske Ann Christopher til Nursing Times, der er en del af ordningen, der er blevet til i samarbejde med bl.a. politi og oferrådgivning.

# Minister: Patienterne skal inddrages

Alle parter skal inddrages i både beslutninger og behandling i sundhedsvæsenet. Det var budskabet fra sundhedsminister Astrid Krag (SF), da hun mødte pårørende og patienter fra både psykiatrien og somatikken.

Tekst **Andreas Rasmussen**

Nu skal patientinddragelse udrulles i hele sundhedsvæsenet, og både patienterne og deres pårørende skal være en del af den proces. Det sagde sundhedsminister Astrid Krag ved et møde hos Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (VIBIS) i midten af november.

På mødet hørte hun en række nuværende og tidligere patienter og pårørende fortælle om deres oplevelser med manglende inddragelse i både beslutninger og behandling. Fagbladet Sygeplejersken fik en snak med hende efter konferencen.

"Mange af dem, vi har hørt på mødet, siger, at tidsmangel for sundhedspersonalet var årsag til manglende patientinddragelse. Den opfattelse har jeg lyst til at udfordre, for det tager slet ikke så lang tid, som mange tror," siger hun og henviser til Dr. Victor Montori fra Mayo Clinic i USA. Han har gennem flere undersøgelser fundet ud af, at en ordentlig patientinddragelse kun forlænger en samtale med 2-3 minutter.

"I virkeligheden kan patientinddragelse give besparelser, fordi man kan undgå at iværksætte behandlinger og tiltag, som ikke passer med patienten, og som derfor ikke bliver gennemført, ligesom det kan sikre, at patienten i højere grad følger de fælles beslutninger, som træffes, og dermed får det bedre," siger hun.

Hun afviser samtidig, at patientinddragelse kan gå ud over det faglige niveau.

"Det er vigtigt at sige, at det ikke betyder, at patienten skal træffe beslutningerne alene. Det er stadig sundhedspersonalet, der sidder med den faglige ekspertise, men det er patienten, der kender sine egne livsomstændigheder og sygdomshistorie bedst, og kun ved at inddrage patienten i en dialog om forløbet kan man sikre den bedst mulige behandling," siger Astrid Krag og runder af:

"I virkeligheden betyder patientinddragelsen, at sygeplejersker og læger får mulighed for at levere et endnu højere fagligt niveau, fordi de har et bedre udgangspunkt for behandling, hvis de kender patientens situation."

Regeringen afsatte i foråret 20 mio. kr. til udvikling af en strategi for implementering af patient- og brugerinddragelse i hele sundhedsvæsenet.

Læs også tema om brugerinddragelse i psykiatrien side 18.

**Forkort produktinformation for ULTIBRO® BREEZHALER® (INDACATEROL/GLYCOPYRRONIUM) 85 mikrogram /43 mikrogram inhalationspulver i kapsler** (hver kapsel indeholder 143 µg indacaterolmaleat svarende til 110 µg indacaterol og 63 µg glycopyrroniumbromid svarende til 50 µg glycopyrronium. Hver leveret dosis indeholder 110 µg indacaterolmaleat svarende til 85 µg indacaterol og 54 µg glycopyrroniumbromid svarende til 43 µg glycopyrronium). **Indikation:** Ultibro Breezhaler er indiceret som bronkodilaterende vedligeholdelsesbehandling til symptomlindring hos voksne patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). **Dosering\*:** Den anbefalede dosis er inhalation af indholdet i en kapsel én gang dagligt ved hjælp af Ultibro Breezhaler-inhalatoren. Anvendes med forsigtighed hos patienter med stærkt nedsat leverfunktion pga. manglende data. For instruktioner om brug af lægemidlet for administration, se produktresumé. **Overdosering\*:** En overdosis kan medføre en forstærket virkning, som er typisk for beta<sub>2</sub>-adrenerge stimulerende midler, dvs. takykardi, tremor, palpitationer, hovedpine, kvalme, opkast, dødsghed, ventrikulære arytmier, metabolisk acidose, hypokaliæmi og hyperglykæmi eller den kan inducere antikolinergisk virkning såsom øget intraculært tryk (forårsager smerte, synsforstyrrelse eller rødt øje), obstipation eller udtømmingsbesvær. Understøttende og symptomatisk behandling er indiceret. I alvorlige tilfælde skal patienten behandles på hospitalet. Brug af kardioselektive beta-blokkere kan overvejes til at behandle beta<sub>2</sub>-adrenerge virkninger, men kun under overvågning af en læge og med ekstrem forsigtighed, da brugen af beta-adrenerge blokkere kan udløse bronkospasme. **Kontraindikationer\*:** Overfølsomhed over for de aktive stoffer eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Bivirkninger\*:** Meget almindelig ( $\geq 1/10$ ): infektion i øvre luftveje. Almindelige ( $\geq 1/100$  til  $<1/10$ ): nasofaryngitis, urinvejsinfektioner, sinuitis, rhinitis, svimmelhed, hovedpine, hoste, orolaryngeale smerter, inklusive halsirritation, dyspepsi, tandcaries, gastroenteritis, muskuloskeletale smerter, pyreksi, brystsmerter. Ikke almindelige ( $\geq 1/1.000$  til  $<1/100$ ): overfølsomhed, diabetes mellitus og hyperglykæmi, søvnløshed, paræstesi, glaukom, iskemisk hjertesygdom, atrieflimren, takykardi, palpitationer, paradokks bronkospasme, epistaxis, mundtørhed, kløe/udslæt, muskelspasme, myalgi, smerter i ekstremiteter, blæreobstruktion og urinretention, perforeret adenom, træthed. **Interaktioner\*:** Bør ikke gives sammen med beta-adrenerge blokkere (herunder øjendråber), medmindre der er tvingsende årsager hertil, da beta-adrenerge blokkere kan svække eller modvirke virkningen af beta<sub>2</sub>-adrenerge agonister. Samtidig behandling med andre antikolinerge lægemidler er ikke undersøgt og anbefales derfor ikke. Samtidig anvendelse af andre sympatomimetiske stoffer kan potentiere bivirkninger ved indacaterol. Samtidig hypokaliæmisk behandling med methylxanthin-derivater, steroider eller ikke-kaliumbesparende diuretika kan potentiere muligheden for hypokaliæmisk virkning af beta<sub>2</sub>-adrenerge agonister, og skal derfor anvendes med forsigtighed. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen\*:** Bør ikke anvendes sammen med lægemidler indeholdende andre langtidsvirkende beta-adrenerge agonister eller langtidsvirkende muskarine antagonist. **Asma:** Må ikke anvendes til behandling af astma. Langtidsvirkende beta<sub>2</sub>-adrenerge agonister kan øge risikoen for alvorlige astma-relaterede bivirkninger, inklusive astma-relaterede dødsfald, hvis det bruges til behandling af astma. *Ikke til akut brug:* Ikke indiceret til behandling af akutte tilfælde af bronkospasmer. **Overfølsomhed:** Der er rapporteret øjeblikkelige overfølsomhedsreaktioner efter administration af indacaterol. Hvis der opstår symptomer, som antyder allergiske reaktioner, skal behandlingen seponeres med det samme og alternativt terapi startes. **Paradokks bronkospasme:** Paradokks bronkospasme er ikke observeret i kliniske studier med Ultibro Breezhaler. Det er dog observeret ved anden inhalationsbehandling og kan være livstruende. Hvis det opstår, skal behandlingen straks seponeres og erstattes med alternativ behandling. **Antikolinerg virkning:** Skal anvendes med forsigtighed hos patienter med snævrer vinklet glaukom eller urinretention. Patienter skal informeres om tegn og symptomer på akut snævrer vinklet glaukom og skal informeres om øjeblikkelig seponering og lægekontakt, ved udvikling af nogle af disse tegn eller symptomer. **Svært nedsat nyrefunktion:** Må kun bruges, hvis den forventede fordel opvejer den potentielle risiko, hos patienter med svært nedsat nyrefunktion inkl. patienter med slutstadiet af nyresygdom, hvor dialyse er påkrævet. Nøje monitoring for potentielle bivirkninger påkrævet. **Kardiovaskulær sygdom:** Skal anvendes med forsigtighed hos patienter med kardiovaskulære sygdomme. Kan medføre klinisk signifikante kardiovaskulære virkninger hos nogle patienter, såsom øget pulsfrekvens, blodtryk og/eller andet. Hvis sådanne virkninger forekommer, kan det muligvis være nødvendigt at seponere behandlingen. Langtidsvirkende beta<sub>2</sub>-adrenerge agonister bør anvendes med forsigtighed hos patienter med kendt eller mistænkt forlængelse af QT-intervallet, eller som behandles med lægemidler, der kan påvirke QT-intervallet. Patienter med ustabil iskemisk hjertesygdom, venstreventrikulær dystfunktion, tidligere myokardieinfarkt, arytmi, tidligere langt QT-syndrom eller hvis QTc var forlænget, blev ekskluderet i de kliniske studier, hvorfor der ikke er nogen erfaring hos disse patienter. Bør bruges med forsigtighed i disse patientgrupper. **Hyperglykæmi:** Ved behandlingsstart skal plasmaglukose monitoreres tættere hos diabetespatienter. **Almene symptomer:** Skal anvendes med forsigtighed hos patienter med konvulsive sygdomme eller tyrotoksikose og hos patienter, som er usædvanlig responsive over for beta<sub>2</sub>-adrenerge agonister. **Hjælpestoffer:** Bør ikke anvendes til patienter med arvelig galactosintolerans, Lapp Lactase deficiency eller glukose/galactosemalabsorption. **Virkning på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner\*:** Påvirker ikke eller kun i ubetydelig grad evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner. Forekomst af svimmelhed kan dog påvirke evnen. **Graviditet og amning\*:** Må kun anvendes under graviditet og amning, hvis den forventede fordel for kvinden er større end den potentielle risiko for fostret/spædbarnet. **Udleveringsgruppe:** B. **Generelt tilskud. Priser (AUP + eks. gebyr) og pakninger pr. 11. november 2013:** Inhalationspulver i kapsel, 85 mikrogram/43 mikrogram: 30 stk., Vnr. 473807, kr. 613,90; 90 stk., Vnr. 169596, kr. 1790,10. Dagsaktuel pris kan findes på [www.medicinpriser.dk](http://www.medicinpriser.dk). De altsnit, som er markeret med \*, er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det produktresumé, som EMA har godkendt. Baseret på produktresumé dateret: 19. september 2013. **For yderligere information kan hele produktresuméet vedlægges frit rekvireres hos Novartis Healthcare AS**

**STUDEIEBESKRIVELSE:** Et 64-ugers randomiseret, dobbeltblindet, parallel-gruppe og aktiv-kontrolleret studie med 2224 patienter med svært til meget svær KOL. Patienterne blev randomiseret til indacaterol/glycopyrronium, glycopyrroniumbromid 50 µg eller åben inhalation 18 µg. Studiet viste at indacaterol/glycopyrronium reducerede den årlige hyppighed af moderate til svære KOL-eksacerbationer med 12 % sammenlignet med glycopyrroniumbromid ( $p=0,038$ ) og med 10 % sammenlignet med tiotropium ( $p=0,096$ ). Indacaterol/glycopyrronium reducerede antallet af alle eksacerbationer med 15 og 14 % sammenlignet med henholdsvis glycopyrroniumbromid ( $p=0,001$ ) og tiotropium ( $p=0,002$ )

**Referencer:** 1. Ultibro Breezhaler Produktresumé 19. september 2013 2. Wedzicha JA et al. Lancet Respir Med. 2013;1:199-209.

## SAMMENLIGNINGSSKEMA

Præparat	Indikationer	Bivirkninger	Kontra-indikationer	Dosering
		Meget almindelige ( $>1/10$ ) og almindelige ( $>1/100$ )		Pris og pakning pr. 11. november 2013 (billigste parallel importeret pris i ( ))
<b>Seebr® Breezhaler®</b> Inhalationspulver (glycopyrronium)	Bronkodilaterende vedligeholdelsesbehandling til symptomlindring hos voksne patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL).	Nasofaryngitis (kun mere hyppigt for glycopyrronium end for placebo i 12 måneders databasen), søvnløshed, hovedpine (kun set mere hyppigt for glycopyrronium end for placebo hos ældre $>75$ år), mundtørhed, gastroenteritis, urinvejsinfektioner (kun set mere hyppigt for glycopyrronium end for placebo hos ældre $>75$ år).	Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne.	44 µg én gang dagligt, 44 µg, 30 stk.; Kr. 387,45; 44 µg, 90 stk.; Kr. 1.118,70
<b>Spiriva® RespiMat®</b> Inhalationspulver (tiotropium)	Tiotropium er en symptomlindrende bronkodilator til vedligeholdelsesbehandling af kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL).	Mundtørhed.	Tiotropiumbromid inhalationspulver er kontraindiceret til patienter som er overfølsomme over for tiotropiumbromid, atropin, eller dets derivater, f.eks. ipratropium eller oxitropium eller hjælpestoffet laktosemonehydrat, der indeholder mælk protein.	5 µg (2 pust. RespiMat) eller 18 µg (HandiHaler) én gang dagligt, 2,5 µg, 60 pust.; Kr. 451,05, 18 µg, 30 stk.; Kr. 405,00, 18 µg, 30 stk. inkl. HandiHaler; Kr. 400,05, 18 µg, 90 stk.; Kr. 1.165,00
<b>Ultibro® Breezhaler®</b> Inhalationspulver (indacaterol/glycopyrronium)	Ultibro Breezhaler er indiceret som bronkodilaterende vedligeholdelsesbehandling til symptomlindring hos voksne patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL).	Infektion i øvre luftveje, nasofaryngitis, urinvejsinfektioner, sinuitis, rhinitis, svimmelhed, hovedpine, hoste, orolaryngeale smerter, inklusive halsirritation, dyspepsi, tandcaries, gastroenteritis, muskuloskeletale smerter, pyreksi, brystsmerter.	Overfølsomhed over for de aktive stoffer eller over for et eller flere af hjælpestofferne.	85/43 µg én gang dagligt., 30 stk.; Kr. 613,90; 90 stk.; Kr. 1.790,10

Novartis Healthcare AS, Edward Thomsens vej 14, 2300 København S, Tlf. 3916 8400, Fax 3916 8402, [www.novartis.dk](http://www.novartis.dk)

# Fra benzinhakker til strømførende sygepleje

Hjemmesygeplejersker skal kunne styre sikkert i trafikken i byerne såvel som på de mørke landeveje. Nu også i miljørigtige elbiler.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen**



Foto: Dansk Sygeplejehistorisk Museum

En hjemmesygeplejerske på arbejde i Sønderjylland i 50'erne. Bilen er en tidlig model af en Fiat 1100 model 103.

## Dengang

På cykel i al slags vejr, ad lange og ofte dårlige veje fra den ene borger til den anden. Sådan var hjemmesygeplejerskers arbejdsvilkår indtil engang i 40'erne og 50'erne, hvor motoriserede sygeplejersker begyndte at blive et almindeligt syn.

I nr. 22/1956 bragte Sygeplejersken en reportage om en hjemmesygeplejerskes biltur rundt i sit distrikt:

”Det er ikke ualmindeligt, at jeg kører 50-60 km om dagen. Om sommeren er det ingen sag, men om vinteren i dårligt vejr kan det blive sent, inden jeg er hjemme igen,” fortalte hjemmesygeplejersken D.J. (sådan blev hun omtalt i bladet), som i gennemsnit havde 12 besøg om dagen.

Den dag, Sygeplejerskens fagredaktør Rigmor Lund satte sig på passagersædet i D.J.'s grønne folkevogn, var hun bl.a. ude til igangsættelse af fødsel, lavementgivning, pleje af tuberkulosepatient og behandling af bylder.

Hjemmesygeplejerskens dagvagt sluttede ikke efter 7,5 timers arbejdsdag. Kl. 14. fik hun besked fra lægerne om ordinationer, der kunne udføres om aftenen. Efter det sidste besøg ved skumringstid kørte hjemmesygeplejersken hjem ad mørke, sandede veje.

Fagredaktør Rigmor Lund slutter sin reportage med følgende betragtning:

”Vi tager afsked med D.J., overbevist om, at hjemmesygeplejen ikke alene er et omfattende, men også et krævende arbejde - og at dets udøvere burde påskønnes i langt højere grad, end tilfældet er i dag. De fortjener det.”



Foto: Odsherred Kommune

Sygeplejersker i Odsherred Kommune har siden februar 2013 testet elbiler i hjemmeplejen. Her er det sygeplejerske Jeanette Bläser Hatvani med en Nissan Leaf.

## Nu

Kommunerne er godt i gang med at udskifte deres flåde af konventionelle biler til elbiler med tilskud fra Energistyrelsen. Brugernes erfaringer viser, at elbilerne er nemme at køre, virker mere afstressende for chaufføren, og kommunernes driftsafdelinger registrerer, at bilerne får færre skrammer og buler end de konventionelle biler.

”Det skyldes måske, at elbiler lægger op til mindre aggressiv kørsel,” siger specialkonsulent i Energistyrelsen Michael Rask.

Odsherred Kommunes hjemmepleje er en af de arbejdspladser, der har gode erfaringer med de nye elbiler. Leder af sygeplejen, Anette Rise, fortæller, at der var lidt skepsis, da de fik fem nye elbiler i 2013.

”Det var altid elbilernes nøgler, der hang tilbage i skabet. Men så havde vi en snak om, at elbilerne jo ikke er farlige, og nu er der rift om dem,” siger hun.

Bilerne kan køre ca. 180 km på en optankning.

”Det rækker til en vagt i nogle af distrikterne, og der er gået lidt en sport i at køre så langt på strømmen som muligt,” fortæller Anette Rise.

” Om tallet er 3.500 eller 5.000 er der ingen grund til at diskutere. Vi kan nøjes med at fastslå, at medicinrelaterede dødsfald er et stort problem, som vi ikke kan være bekendt.

Niels Kristensen, formand for Danmarks Apotekerforening,  
i Politiken den 15. november 2013, om bivirkninger og fejl i forbindelse med indtagelse af medicin.

## Ned med paraderne!

**Annebirgitte Skjold Krog**, sygeplejestuderende på modul 10, Sygeplejeskolen i Odense

*Negative historier om patienter og borgere må ikke på forhånd få nyt plejepersonale til at trække sig fra kontakt. Alle bør danne sig deres eget indtryk af den borger, de står overfor, mener en sygeplejestuderende, som taler af erfaring.*

Jeg er sygeplejestuderende på modul 6 i Odense, og i min fritid arbejder jeg på et center for ældre mennesker, hvilket jeg er meget glad for. Der arbejder en del assistenter og afløsere, og generelt er det fastansatte personale meget garvede og rutinerede i deres arbejde, og jeg mener bestemt, at jeg lærer meget af dem. Dog kunne jeg tænke mig, at alle, ikke bare hvor jeg arbejder, men generelt alle, og især studerende ville prøve en ting, jeg har forsøgt.

Nemlig ikke at lytte for meget til, hvad de andre kollegaer fortæller om patienterne/beboerne, så nye medarbejdere derved ikke møder personerne med negative forventninger. Jeg hørte selv en negativ historie en dag for længe siden, inden jeg skulle ind og hjælpe en ældre dame i bad. Inden jeg gik ned til hende, fik jeg at vide, at der altid var bøvl med hende, og at hun aldrig var tilfreds. Hun var langsom og snakkede alt for meget. Jeg prøvede at lade den negative forventning ligge uden for døren, inden jeg kom ind i damens hjem.

Jeg bankede på hendes dør, hun bød mig velkommen, og vi begyndte at snakke sammen. Sjældent har jeg mødt en så rar og sjov dame som hende, sød og imødekommende var hun. Jeg så slet ikke den samme krævende og irriterende kvinde, som de andre så hende, i stedet så jeg en dame, som elsker at sludre, men ikke har andre at snakke med end os personalemedlemmer, som kommer to gange dagligt. Jeg mødte en kvinde på snart 100 år, som har levet et langt, rigt liv og desværre har mistet det meste af sin familie. Hendes to døtre besøgte hende sjældent på grund af sygdom.

Jeg synes måske ikke, der er noget at sige til, at man så forlanger bare lidt interesse, og et par minutters kvalitets-snak skal der vel også være plads til. Mit budskab med denne



Arkivfoto: Scampix

historie er naturligvis, at man skal turde danne sig sit eget indtryk, at det ikke altid er rigtigt, det, der sladres om. Min erfaring viser, at man kan få ret mange gode historier og lære mange personligheder at kende, hvis man tør have paraderne nede en gang imellem.

*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](mailto:jb@dsr.dk). Den må højst fylde 2.000 tegn uden mellemrum. Du får 500 kr., når din historie bliver bragt i Sygeplejersken.*



# Forebyg at opsparingen skrumper...

– og få mere sul på pensionen



Din pensionsopsparing bliver påvirket af ændringer i dit arbejdsliv. På [pka.dk/mer](http://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](http://pka.dk/mer)

# Patienter og pårørende skal mere i spil

Begrænset inddragelse af ressourcer hos patienter og pårørende er en af de væsentlige udfordringer i psykiatrien. Det peger regeringens psykiatriudvalg på i rapporten "En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser", der udkom i oktober. De fleste sundhedsprofessionelle er enige i, at der skal større fokus på brugerperspektivet. Men den gode vilje kan være svær at omsætte i praksis, især når der er tale om meget syge patienter. Der er også forskellige opfattelser af, hvad brugerinddragelse er. Region Hovedstadens Psykiatri søsætter nu en ny strategi på feltet, og også andre initiativer i psykiatrien gøder jorden for kulturændringer, der giver brugere og de pårørende mere indflydelse og baner vej for bedre behandlingsresultater.

Tekst **Trine Kit Jensen**  
Foto **iStock**



# Region Hovedstaden sat brugerinddragelse

I Region Hovedstadens Psykiatri skal en ny strategi for brugerinddragelse sikre, at patienter og pårørende i højere grad bliver hørt. Målet er bedre behandling, og som led i initiativet efteruddannes alt personale.

Tekst **Trine Kit Jensen** • Foto **iStock**

En bedre psykiatri kræver, at patienter og pårørende i langt større udstrækning end i dag kommer på banen. Det er filosofien bag en ny strategi for brugerinddragelse i Region Hovedstadens Psykiatri, som politikerne i regionsrådet har taget initiativ til.

Strategien er udviklet i dialog med både brugere, brugerorganisationer, medarbejdere og ledere i psykiatrien. Den træder i kraft ved årsskiftet, og på Psykiatrisk Center Nordsjælland ser centerchef Anne Mertz frem til at føre visionerne ud i livet.

”Som fagpersonale kan vi i endnu højere grad bidrage til, at patienterne kommer sig og får et godt liv. Men recovery er også patienternes egen proces, og vi ved, at vi får bedre resultater, hvis de fra første færd bliver inddraget i deres egen behandling. Derfor skal vi tage beslutningerne sammen med patienterne og ikke for dem,” siger hun.

Anne Mertz peger også på, at den nye strategi lægger mindre vægt på diagnoser og begrænsninger og mere vægt på håb og muligheder i dialogen mellem de ansatte og patienten. Samtidig har psykiatrien lyttet til kritik fra brugerorganisationer og vil i større omfang end tidligere også inddrage de pårørende.

”Men vi kan ikke skyde hele skylden på lægerne. Vi skal også være selvkritiske. Sygeplejersker kan have en tendens til at lade sig socialisere ind i den medicinske tænkning.

Ken Strøm Andersen, næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Kreds Hovedstaden

”De pårørende kender patienterne, og når de bliver taget med på råd, giver det mulighed for mere sammenhængende behandlingsforløb, der får flere nuancer med,” siger hun.

Mange steder i psykiatrien bliver der i forvejen arbejdet med brugerinddragelse. Men det nye initiativ vil sikre en samlet og mere målrettet indsats, mener centerchefen.

”Strategien betyder, at alle går samme vej, og at der fremover vil blive arbejdet systematisk og innovativt med brugerinddragelse overalt i psykiatrien,” siger hun.

## Nye arbejds gange og rutiner

Som led i den ny strategi iværksættes en handleplan med seks indsatsområder, der skal sørge for, at brugerperspektivet kommer på dagsordenen i alle hjørner af organisationen.

For personalet på afsnittene under Psykiatrisk Center Nordsjælland vil initiativet helt konkret betyde, at alle behandlingsplaner skal udarbejdes sammen med patienterne, og at pårørende skal kontaktes inden for 24 timer.

Et andet nyt tiltag er målinger af patienttilfredsheden via tablets, ligesom der løbende vil være feedbackmøder efter en model udarbejdet af Enhed for Brugerinddragelse på Glostrup Hospital. Her får såvel ambulante som indlagte patienter mulighed for at komme med bud på, hvordan behandling og service i psykiatrien kan forbedres.

Alle medarbejdere i Region Hovedstadens Psykiatri vil blive uddannet i en recovery-baseret tilgang til behandlingen, så de bliver klogere på, hvordan ressourcerne hos patienter og pårørende kan bringes i spil. Og ude på de enkelte centre er der allerede nu mødeaktiviteter, som skal ruste personalet til nye arbejds gange og rutiner.

”Brugerinddragelsen kræver en ny form for dialog med patienterne, og du får feedback på dit faglige arbejde på en helt anden måde, end du er vant til. Sygeplejersker og andre kernemedarbejdere skal derfor være klædt på til opgaven og være helt klar over, hvad der forventes af dem. Ellers kommer vi ingen vegne,” siger Anne Mertz.

## Mere reel inddragelse

I Landsforeningen SIND ses initiativet som et skridt i den rigtige retning, når det handler om reel brugerinddragelse. Selv om regionerne siden 2007 har været forpligtede til at have en politik på området, er der nemlig stadig plads til forbedringer, mener formand Knud Kristensen.

”Det er et godt eksempel, at man i Region Hovedstaden har inddraget bru-



# ser stort på



” Som fagpersonale kan vi i endnu højere grad bidrage til, at patienterne kommer sig og får et godt liv. Men recovery er også patienternes egen proces, og vi ved, at vi får bedre resultater, hvis de fra første færd bliver inddraget i deres egen behandling.

Anne Mertz, centerchef, Psykiatrisk Center Nordsjælland

gerne allerede i udarbejdelsen af strategien. For kunderne i butikken skal ikke bare høres bagefter. De skal sidde med ved bordet, når beslutningerne træffes,” siger han.

Ken Strøm Andersen er næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Kreds Hovedstaden, og har psykiatri som ansvarsområde. Han vurderer, at der ligger et stort uforløst potentiale i inddragelse af patienter og pårørende, og hilser også den ny strategi velkommen.

”Brugerinddragelse er noget, vi har arbejdet meget længe med. Men det er svært at ændre kulturen, fordi der hos det faguddannede personale ofte er en latent modstand. Måske fordi man føler, at man giver noget af sin faglighed fra sig,” siger han.

Som en af barriererne for brugerinddragelse peger Ken Strøm Andersen på, at psykiatrien i mange år har været domineret af medicinsk tænkning.

”Men vi kan ikke skyde hele skylden på lægerne. Vi skal også være selvkritiske. Sygeplejersker kan have en tendens til at lade sig socialisere ind i den medicinske

tænkning. Når de kommer ud fra sygeplejerskolen og starter i psykiatrien, har de typisk en helhedsorienteret tilgang. Men ofte går der ikke lang tid, før de glemmer det hele menneske og får fokus på medicinen,” siger han.

Kreds Hovedstaden arbejder i øjeblikket selv på en ny psykiatristrategi. Den spiller godt sammen med initiativet i Region Hovedstadens Psykiatri, og det giver et godt udgangspunkt for et fremtidigt samarbejde om at flytte noget på feltet, mener Ken Strøm Andersen:

”Dét, der skal til for at ændre kulturen, er øget opmærksomhed hos sygeplejerskerne, kompetenceudvikling og maksimal ledelsesmæssig opbakning. Og så skal fokus fastholdes, så man ikke efter en periode falder tilbage i den gamle praksis.”

*Ken Strøm Andersen har efter interviewet til denne artikel trukket sig som kreds næstformand. Se notits side 49 samt artikel på [www.ds.dk](http://www.ds.dk) > Kredse > Kreds Hovedstaden > Nyheder*

## Projekter landet over

- Alle regioner deltager i perioden 2013-16 i et pilotprojekt med brugerstyrede senge, sat i værk af Sundhedsstyrelsen. Psykiatriske patienter kan her selv vælge at lade sig indlægge i en kortere periode. Erfaringer fra Norge viser, at konceptet kan forebygge forværring af sygdommen og mindske behovet for beroligende medicin eller tvang.
- Psykiatrien i Region Syddanmark har en brugerrepræsentant, der også er sygeplejerske, i Klinisk Etisk Komité. I forbindelse med en ny forskningsstrategi bliver der ansat en brugerrepræsentant i forskningsstrategirådet.
- Psykiatrien i Region Sjælland har oprettet ”Enhed for Brugerstyret Psykiatri”. Enheden er relativt ny, og første fokusområde har været inddragelse af pårørende.
- Den landsdækkende kampagne ”Én af os” har fokus på afstigmatisering af psykisk sygdom og henvender sig i efteråret 2013/foråret 2014 til personalet på psykiatriske afdelinger. En såkaldt dialogstarter skal her fremme refleksionen omkring sprog og kultur, og brugerambassadører bidrager med personlige beretninger om mødet med psykiatrien.

# Brugere med på behandlingsplansmøder

At inddrage patienter med svær psykisk sygdom i deres egen behandling er ikke nogen nem opgave. Men på et lukket afsnit i Hillerød har personalet taget udfordringen op.

Tekst **Trine Kit Jensen** • Foto **Simon Klein Knudsen**

Førhen fik patienterne en kopi af deres behandlingsplan og en orientering om, hvad der var besluttet. I dag sidder de med ved bordet til de tværfaglige behandlingsplanskonferencer på det lukkede afsnit 2320 i Hillerød.

I forbindelse med en diplomuddannelse skrev afdelingssygeplejerske Helle Lytken i 2010 afgangsupgave om medinddragelse, og det førte til nye procedurer.

”Vi begyndte at se på, om vi kunne gøre tingene på en anden og bedre måde,” fortæller hun.

Før behandlingsplansmøderne får patienterne udleveret en række spørgsmål, så de kan forberede sig, og punkterne bliver så vidt muligt gennemgået med deres kontaktperson inden mødet. På selve mødet er også en læge, en psykolog, en ergoterapeut, en fysioterapeut og en socialrådgiver til stede, og her drøfter parterne i fællesskab, hvad der skal ske. Det er der langtfra altid enighed om på et afsnit, hvor en stor del af patienterne er tvangsindlagte eller tvangsmedicinerede.

”Vores udfordring er tit, at patienterne bare gerne vil udskrives eller af med deres medicin. Det kan fylde alt, og øvelsen er så i første omgang at prøve at få dem til at

forstå, at de har brug for at blive stabiliseret, før de igen kan komme hjem,” siger Helle Lytken.

En anden udfordring er, at mange patienter er så syge, at de har svært ved at deltage aktivt på møderne.

”I starten kan de være så psykotiske, at de ikke er i stand til at give udtryk for deres ønsker. Men i takt med, at de har været her et stykke tid og får det bedre, kan de fleste se meningen med møderne og deltage konstruktivt, så vi sammen kan finde ud af, hvordan vi bedst hjælper dem,” siger Helle Lytken.

## Dialog om recovery

Oplever patienterne, at medicinen giver bivirkninger, kan hjælpen f.eks. bestå i at skifte præparat eller justere lidt på doserne, og hører de stemmer, kan de få hjælp til at få dem ned på et niveau, der er lettere at leve med.

Kun få patienter giver udtryk for drømme om, hvad de gerne vil på sigt, men sker det, forsøger personalet at komme dem i møde ved at bryde drømmen op i mindre bidder og finde ud af, hvad der skal til for at komme et stykke ad vejen.

Undervejs viser det sig typisk, at patienterne har brug for hjælp til andet og mere end det rent læge- og sygeplejefaglige, og her kommer hele det tværfaglige team i spil.

”Det nytter ikke, at vi fokuserer entydigt på f.eks. medicin. Vi skal også se på det mere recovery-orienterede og have en dialog om, hvilke udfordringer de står overfor, når de efter udskrivelsen skal klare sig derhjemme i hverdagen,” siger afdelingssygeplejersken.

Den dialog kan f.eks. handle om muligheden for bostøtte eller hjælp til at træne sociale kompetencer og komme ud af den ensomhed, mange er fanget i. Pga. sygdommen er forholdet til familien ofte tyndslidt, og teamet kan nogle gange hjælpe patienter med at genoptage kontakten.

Konceptet for behandlingsplansmøderne udvikles løbende, og på sigt er der planer om f.eks. også at invitere de pårørende.

”At inddrage patienterne på den her måde er meningsfyldt. Jeg tror, det betyder meget, at vi lytter til dem og deres livssituation, for vi skal også vove at lade os medinddrage,” siger Helle Lytken.



# Mentor med brugerbaggrund

I juni ansatte Region Hovedstadens Psykiatri seks recovery-mentorer, der selv har erfaring med psykisk sygdom. En af dem arbejder på et lukket afsnit på Frederiksberg, og her er erfaringerne gode.

Tekst **Trine Kit Jensen** • Foto **Simon Klein Knudsen**

Håb. Det er det første ord, Anne Marie Rafferty finder frem, når hun skal sammenfatte, hvad hun kan bidrage med på det lukkede afsnit F2Ø på Psykiatrisk Center Frederiksberg.

Selv har hun været indlagt på lukkede afdelinger et par gange, og to gange har hun forsøgt at tage sit eget liv. Nu er hun recovery-mentor på F2Ø og ansat i fleksjob 20 timer om ugen. Med sit eget eksempel kan hun her vise patienterne, at der er en vej ud af mørket, og være deres fortrolige i en situation, hvor alt er kaos.

”Jeg ville ønske, at der havde været sådan en som mig, da jeg selv blev indlagt første gang. Dengang flygtede jeg, fordi jeg var bange og ikke forstod, hvad der foregik,” siger hun.

Mentorprojektet blev skudt i gang for et halvt år siden og er det første af sin art i regionspsykiatrien herhjemme. Tanken bag er, at ansatte med brugerbaggrund kan være et værdifuldt supplement til det øvrige personale, fordi de kan støtte patienterne ved at dele ud af egne erfaringer.

”De har været der selv, og patienterne lytter til dem på en helt anden måde end de lytter til os,” siger Henrik Gundelach, konstitueret afdelingssygeplejerske på afsnittet.

Hver gang en ny patient bliver indlagt, tilbyder Anne Marie Rafferty sin hjælp, ligesom patienterne kan trække på hende

”Jeg blander mig ikke i det rent sygeplejefaglige. Men jeg kan f.eks. godt sige, at Henrik er god nok, og at det, han foreslår, lyder rigtigt.

Mentor Anne Marie Rafferty

i forbindelse med udskrivning. I hverdagen er hun ikke hængt op på faste opgaver til faste tider, men er tilgængelig for spontan kontakt, når patienterne har lyst og behov.

Som mentor har hun ikke blot samtaler med patienterne om alt dét, der presser sig på. Hun går også ture med dem, forsøger at involvere dem i aktiviteter på afsnittet og hjælper med at lægge strategier for, hvordan de kan få det bedre. Sammen med en patient, der hørte stemmer, fandt hun f.eks. frem til, at stemmerne forsvandt, når han spillede computerspil.

”Det var han ikke bevidst om, før vi fik talt om det,” fortæller hun.

## Skepsis er væk

Udover at være en rollemodel, der kan være med til at overbevise patienterne om, at også de kan komme sig, bygger Anne Marie Rafferty bro til de professionelle. Fra sin egen tid som indlagt ved hun f.eks., at det kan være svært at huske, hvad der er

blevet sagt under stuegang. Derfor spørger hun gerne ind på patienternes vegne og gør sit til, at de føler sig mere trygge.

”Jeg blander mig ikke i det rent sygeplejefaglige. Men jeg kan f.eks. godt sige, at Henrik er god nok, og at det, han foreslår, lyder rigtigt,” fortæller hun.

Henrik Gundelach lægger ikke skjul på, at der i starten var skeptiske miner hos dele af personalet. Ikke alle kunne umiddelbart se, hvad en medarbejder med brugerbaggrund kunne bidrage med, og der var også betænkeligheder omkring tavshedspligt.

Men i praksis har alt løst sig, og i dag kan alle se fordelene ved at have Anne Marie Rafferty ansat.

”Vi kommer tættere på patienterne end før, og det er til alles bedste,” siger han.

Mentorordningen er et pilotprojekt, der løber frem til maj 2014. Men Henrik Gundelach ser gerne, at den fortsætter, og også Anne Marie Rafferty krydser fingre. For hende var det en stor dag, da hun fik udleveret sit navneskilt og begyndte i jobbet:

”Før havde jeg frivilligt arbejde, men følte mig ikke ligeværdig. Nu kan jeg fortælle omverdenen, at jeg har et regulært job, hvor jeg gør nytte.”

Mentor Anne Marie Rafferty

”Jeg ville ønske, at der havde været sådan en som mig, da jeg selv blev indlagt første gang.





# Patienten som partner

Der bliver talt meget om det. Men reel brugerinddragelse er en mangelvare. Det mener sygeplejerske og cand.cur. Malene Terp, der i sit ph.d.-projekt i Nordjylland har unge med skizofreni som samarbejdspartnere.

Tekst **Trine Kit Jensen** • Foto **iStock**

En ny applikation til smartphone vil næste år blive pilottestet i psykiatrien i Region Nordjylland. Appen skal give unge med skizofreni mulighed for at være mere aktive i deres behandlingsforløb og er udviklet i tæt samarbejde med målgruppen.

Appen er en del af et ph.d.-projekt, og bag det står sygeplejerske og cand.cur. Malene Terp, der har base på Enhed for Psykiatrisk Forskning på Aalborg Universitetshospital.

Unge med skizofreni er den gruppe, der er sværest at fastholde i behandlingssystemet.

”Vi ved, at de på sigt klarer sig dårligt, hvis de ikke tidligt kommer i stabil behandling. Målet med smartphone-løsningen er derfor at engagere dem dybere i deres egen behandling og sikre nogle mere sammenhængende og kontinuerlige forløb,” siger hun.

Malene Terps projekt med titlen ”Smart-Care by Smartphones” er affødt af en oplevelse, hun havde tilbage i 2008. I forbindelse med sit kandidatspeciale flyttede hun ind hos to unge med skizofreni for at undersøge, hvorfor de er svære at fastholde i behandling.

”Jeg var vant til at komme hos gruppen som sygeplejerske. Men da jeg fik vendt perspektivet, så jeg pludselig noget andet. Hvor jeg før havde haft fokus på deres sygdom og alle deres begrænsninger, fik jeg nu også øje på ressourcerne. Samtidig fandt jeg ud af, at dét, der motiverer dem til behandling og kontakt, er håbet om et ”normalt liv”,” fortæller hun.

Opholdet overbeviste hende om, at nøglen til fastholdelse i behandling er at lytte mere til patienternes behov, ønsker og præferencer.

”Kun på den måde kan vi udvikle tilbud,

der giver mening for de unge og støtter dem i livet med sygdommen,” siger Malene Terp.

## Større fleksibilitet

Det er patienter fra regionens OPUS-klinik, der har været med til at udvikle den særlige smartphone-app. 10 unge har i udviklingsfasen deltaget i interviews og workshops, og nye bliver inddraget i testperioden.

OPUS er et intensivt toårigt ambulant behandlingsforløb for patienter i alderen 18-34 år, der har fået diagnosen skizofreni inden for de seneste to år – og det nye redskab er tænkt som et supplement til behandlingen hér. I forløbene har patienterne en fast kontaktperson, som møder dem på klinikken eller hjemme, men smartphone-løsningen skal give større fleksibilitet i behandlingen og være en hjælp til selvhjælp i hverdagen.

”Hvis de unge sidder i et tog og pludselig får det dårligt, vil de f.eks. have adgang til enkle og individuelle handleplaner, så de hurtigt kan få situationen under kontrol,” fortæller Malene Terp.

Appen rummer også et ”leksikon” med tekst, video- og tegnefilm om sygdommen, og den kan hjælpe med at holde styr på medicinen. En tredje funktion er et ratingsystem, hvor de unge kan evaluere sig selv på parametre som f.eks. søvn og social kontakt. Her kan de følge med i, hvordan sygdommen udvikler sig, og lære at tolke og handle på tidlige psykosetegn. Disse oplysninger vil også behandlerne have adgang til, så de bedre kan støtte patienterne.

---

## Patientinvolvering kan mindske tvang

---

Ny dansk forskning viser, at patientinvolvering er én af tre metoder, der ser ud til at kunne reducere anvendelsen af bæltefiksering i psykiatrien.

Bag studiet står bl.a. forskerne Jesper Bak og Mette Brandt-Christensen fra Region Hovedstadens Psykiatri. Studiet er baseret på spørgeskemaer udsendt til alle afdelingssygeplejersker på lukkede psykiatriske afsnit i Danmark og Norge, og svarene viser, at der er 58 pct. færre tvangsfikseringer på afdelinger, hvor patienterne deltager i behandlingsplansmøder, har mulighed for at påvirke husordenen eller har indflydelse på, hvad der skrives i sygeplejefjournalen.

Udover patientinvolvering fandt forskerne frem til, at også obligatorisk evaluering af alle episoder med bæltefiksering samt god plads på afdelingen er faktorer, der kan mindske brugen af tvang. Forskningsstudiet er publiceret i det videnskabelige tidsskrift *Perspectives in Psychiatric Care*.

---

” Jeg ved, at det virker dybt provokerende på mange. For de fleste sygeplejersker oplever selv, at de inddrager patienterne rigtig meget. Men i mine øjne foregår der meget lidt, vi reelt kan kalde brugerinddragelse, der ikke blot handler om informeret samtykke.

Sygeplejerske og cand.cur. Malene Terp

Smartphone-løsningen kan ikke stå alene, men giver mulighed for en mere inkluderende og målrettet sygepleje. Bor patienterne langt væk, kan de måske spare en tur til klinikken, og får de det så godt, at de gerne vil slippe kontakten lidt, har de stadig den tryghed, der ligger i appen, siger Malene Terp.

### Kniber med handling

Det er ikke blot i sine egne projekter, Malene Terp er optaget af brugerperspektivet. I oktober var hun medarrangør af en endagskonference om patientinvolvering i udviklingen af fremtidens psykiatri på Aalborg Universitetshospital.

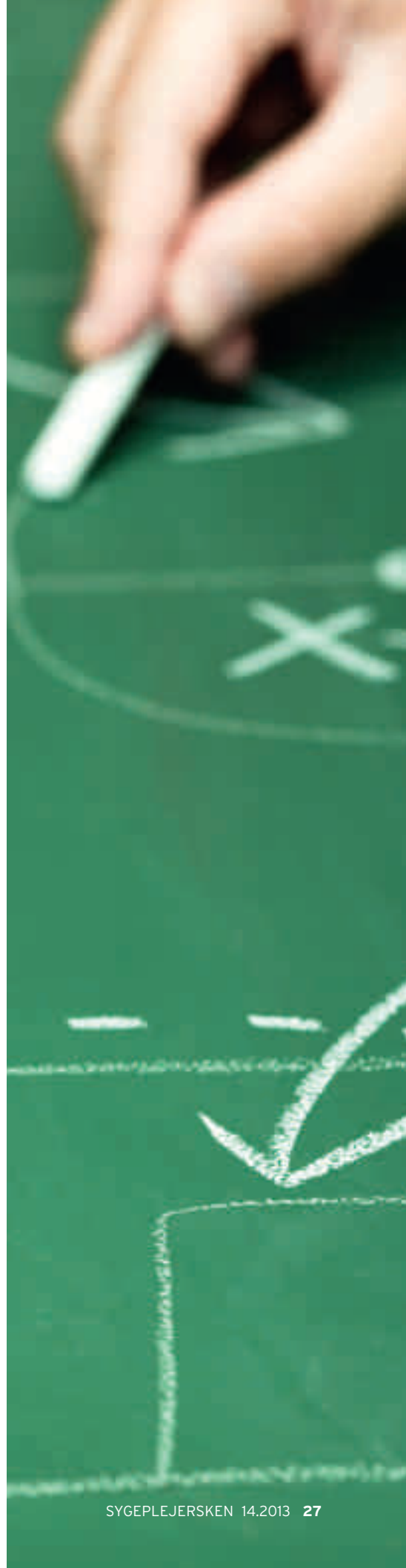
Målet var bl.a. at starte en dialog om, hvad brugerinddragelse er. Selv om emnet i stigende grad kommer på tale, kniber det nemlig fortsat med handling, mener hun. I hvert fald hvis man tager afsæt i WHO's formulering af begrebet, hvor patienterne selv skal være med til at definere, hvad der er vigtigt for dem i pleje og behandling.

”Jeg ved, at det virker dybt provokerende på mange. For de fleste sygeplejersker

oplever selv, at de inddrager patienterne rigtig meget. Men i mine øjne foregår der meget lidt, vi reelt kan kalde brugerinddragelse, der ikke blot handler om informeret samtykke. Patienterne får måske lov at have en mening om det, vi som professionelle finder vigtigt. Men de er sjældent med i processen, når det handler om at bestemme, hvad der skal på dagsordenen,” siger hun.

Personligt håber hun derfor på en udvikling, hvor de professionelle i højere grad ser patienten som partner og ikke som én, der skal hjælpes:

”Som sygeplejersker kan vi af god vilje være tilbøjelige til at tage for meget over. Men vi er nødt til at give patienten en plads og en stemme i hans egen behandling.”





## Tivoli trækker

Tekst **Torben Svane Christensen** • Foto **Søren Svendsen**

Det er den smukkeste arbejdsplads, Klaus Østergaard har været på. Ni år er det blevet til. 1-3 vagter om måneden. "De hyggeligste vagter er til Fredagsrock, hvor vi er seks sygeplejersker på vagt," siger Klaus Østergaard ( neongrøn jakke). Han arbejder til daglig på akutklinikken på Glostrup Hospital, men han kan ikke slippe bijobbet i Tivoli. "Det er vel ligesom med en gammel cirkushest. Når Tivoli åbner, så melder jeg mig til vagter. Det er mest småskader, men der har også været gæster med blodpropper. Man skal være serviceminded og overholde krav til uniformeringen. Det betyder bl.a. nul solbriller," siger Klaus Østergaard. I alt 12 sygeplejersker har vagter i Tivoli. Ingen af dem er ansat dér på fuld tid.





# Effektivisering giver god plads

En samlet pakke med forundersøgelse og håndoperation tager kun en time i Dagkirurgisk Enhed i Holstebro.

Tekst **Kirsten Bjørnsson** • Foto **Astrid Dalum**



Anne Lise Frederiksen skal have opereret højre hånd for karpaltunnelsyndrom. Ambulatoriesygeplejerske Jette Busk Nielsen forklarer, hvordan kirurgen vil spalte ledbåndet, der trykker på nerverne til fingrene.



Operationssygeplejerske Inge Agergaard Jakobsen drejer skærmen, så patienten kan følge med i operationen. Operationssygeplejerske Hanne Ørts Brunsborg (th.) assisterer afdelingslæge Mette Schandorff Skjærbæk.



Operationerne foregår i lokalbedøvelse og med kikkertteknik. Her, i håndledet, går kirurgen ind.

Et par gange om måneden er der one-stop-operationer i Dagkirurgisk Enhed på Regionshospitalet Holstebro. På disse dage flytter en sygeplejerske fra Ortopædkirurgisk Ambulatorium over i enheden, så patienter, der skal have en operation for karpaltunnelsyndrom eller springfingre, kan gå direkte fra forundersøgelse til operation og hjem en time senere.

Forløbene er planlagt i detaljer, alt overflødig er luget væk, og der går dobbelt så mange patienter igennem som på de øvrige dage, op til 14.

Ensformigt og samlebandsagtigt? Overhovedet ikke, synes ambulatoriesygeplejerske Jette Busk Nielsen. Hvad hun skal tjekke og informere om i forundersøgelsen, er nøje planlagt, så hun supplerer kirurgen uden at overlape. Men informationen skal stadig tilpasses den enkelte patient.

”Der er stor forskel på, om jeg skal informere en patient med Alzheimer eller en patient, der græder, fordi hun er bange for bedøvelsen,” siger Jette Busk Nielsen med et par eksempler fra denne dag.

One-stop-forløb bliver kun tilbudt en begrænset gruppe patienter, for dia-

gnosen skal være helt sikker. Egen læge henviser, og en håndkirurg gennemgår henvisningerne.

## Kun det nødvendige

Det er også et begrænset antal ambulatorie- og operationssygeplejersker, der på disse dage arbejder sammen med håndkirurgen, og alt involveret personale har været med i tilrettelæggelsen.

Operationsstuen er indrettet, så der ikke skal gås overflødige skridt. På instrumentbakkerne, der bliver gjort klar dagen før, ligger præcis, hvad der skal bruges, og ikke



# til sygeplejen

## Din bedste oplevelse med en patient for nylig?

”Jeg havde en god fornemmelse, da jeg havde informeret en ældre dement mand og hans kone tidligere i dag. Han skulle være tryk nok til selv at gå ind på operationsstuen, der skulle hun ikke med. Det var vigtigt, at hun også var informeret, men han måtte ikke opleve, at jeg talte hen over hovedet på ham.”



Inge Agergaard Jakobsen har fulgt Anne Lise Frederiksen ud i venteværelset, hvor Jette Busk Nielsen vil hente hende til den afsluttende samtale.

andet. De nødvendige materialer ligger i procedurepakker, som er aftalt med leverandøren. Dokumentationen er forenklet og samlet på ét sted i den elektroniske journal, og computeren er flyttet, så sygeplejerskerne ikke skal vende ryggen til. Patienterne er inde i højst 10 minutter, så i den tid skal der være ro og opmærksomhed om dem.

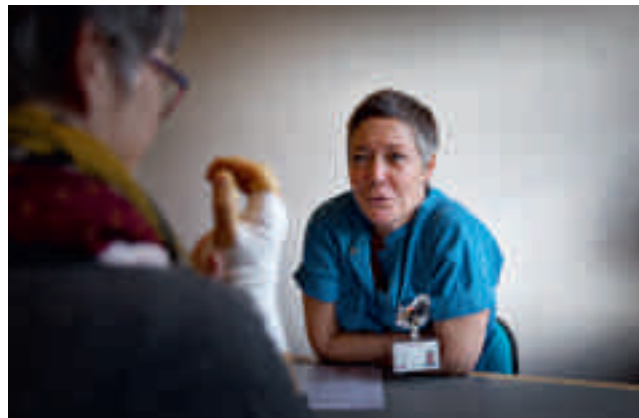
### Oplever sig ikke som særligt syge

Efter operationen foregår den afsluttende samtale igen hos Jette Busk Nielsen, som fortæller, hvad patienten nu skal gøre og

være opmærksom på. Igen ud fra den enkeltes situation. En leder af en børneinstitution bliver rådet til at tage den med ro et par dage, men så kan hun godt gå på arbejde, som hun havde tænkt sig. Mens den patient, der arbejder i et køkken, får at vide, at hun må sygemelde sig i mindst 14 dage.

”Du kan ikke gå og løfte på gryder og andre tunge ting, og der er også et hygiejnisk hensyn at tage.”

Jette Busk Nielsen oplever, at one-stop-patienterne kommer med andre forventninger end de patienter, hun til



Jette Busk Nielsen forklarer Anne Lise Frederiksen, at hånden skal holdes løftet de første par dage. Og lige så snart bedøvelsen tager af, skal hun begynde at lave håndøvelser.



Den afsluttende samtale - her med Helene Pilgaard Clausen - kommer omkring sygemelding, sårpleje m.m., men Jette Busk Nielsen fortæller også, at der kan gå op til et halvt år, før hånden er helt i orden.

hverdag har til forundersøgelse i ambulatoriet.

”One-stop-patienterne oplever faktisk ikke sig selv som særlig syge. Det er mere som at gå til tandlægen: Man har et problem, og så får man en tid og får det ordnet.”

# Anna vil løbe skizofrenien væk

Patientens ressourcer må ikke gå tabt, når diagnosen er en psykisk lidelse. Det mener psykiatrisk sygeplejerske Louise Dehlholm, der løber fast hver uge med 20-årige Anna, som lider af skizofreni. Som tidligere elitegymnast har sport været en stor del af hendes liv, og nu bliver motion brugt som en del af arbejdet med at få det bedre.

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

Det er lørdag formiddag i november. På Amager ved København har en flok løbere snøret kondiskoene og trodset regnvejret for at forcere de fem kilometer, løberuten på Amager Fælled er planlagt til. Yngre og ældre i forskellige aldre og køn løber om kap med hinanden og sig selv for at få pulsen op. Det er ikke et særsyn på fælleden. Det særlige er, at 20-årige Anna, som lider af skizofreni, og psykiatrisk sygeplejerske Louise Dehlholm også pisker med. De to løbepartnere er ikke længere utrænede i at tjekke puls og tid, men for knap et år siden havde det ikke været muligt. For Anna havde det været nærmest utænkeligt.

”Der er en tydelig forskel på i dag, og hvordan jeg havde det for et år siden. Jeg er blevet mere glad. De siger alle sammen, at jeg har en helt anden udstråling, når jeg kommer tilbage fra en løbetur,” smiler hun lidt genert.

”De” er lægen, psykologen og sygeplejersken, som hun er i behandling hos på Psykiatrisk Center Nordsjælland i Helsingør, og udstrålingen er til at få øje på. Når Anna fortæller om sine løbeture med Louise Dehlholm, er det med en begejstring, som for et øjeblik visker sygdom og de institutionelle rammer, som *Sygeplejerskens* journalist møder hende i på hospitalet, væk. Hun er tidligere elitegymnast og har altid været meget

aktiv, men da hun fik diagnosen skizofreni som 15-årig, lagde hun i en lang periode motionen på hyliden. I dag er hun kun på besøg på hospitalet, for hun har været udskrevet i to uger. En stor del af det tigerspring, hun har taget siden foråret, skyldes de regelmæssige løbeture. Det er hverken hun el-

## Fysisk aktivitet og psykisk sygdom

Psykisk syge kæmper ofte med overvægt som følge af medicinbivirkninger og usund livsstil. Ifølge Den Nationale Sundhedsprofil 2010 er 20,9 pct. med vedvarende psykisk sygdom svært overvægtige (BMI>30) mod 12,9 pct. i baggrundsbefolkningen. Der findes flere undersøgelser, som peger i retning af, at motion ikke kun gavner det fysiske velvære og får psykiatriske patienter til at tabe sig, men at det også hjælper patienter med depression, angst, misbrugsproblemer og skizofreni. Generelt er effekten, at fysisk aktivitet giver velvære, bedring af selvfølelsen, bedre søvn, og at nogle oplever, at de tænker mere kreativt og problemløsende under træning og motion.

Kilde: ”Psykisk sygdom og ændringer i livsstil”, Vidensråd for Forebyggelse (2012) og [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk)



ler Louise Dehlholm i tvivl om. ”Jeg kendte til Annas ressourcer som tidligere elitegymnast og tænkte, at dem skulle vi finde frem igen. Vi husker ikke altid at tage fat i folks ressourcer, fordi vi fokuserer på at behandle sygdommen, men vi skal prioritere det, patienterne har med i rygsækken. En løbetur frigiver en masse endorfiner og dopamin og giver mere energi, mindre stress og mere ro i kroppen. Men der er mange andre faktorer, der også spiller ind,” siger Louise Dehlholm og fortæller om, hvorfor hun i sin tid foreslog Anna, at de skulle begynde at løbe sammen.

”I starten tog vi lange ture i skoven. Syv kilometer, hvor vi skiftevis løb og gik. Vi fik rigtig god kontakt under de ture og begyndte at snakke om mange andre ting end sygdom. Alene dét at komme ud af hospitalsrammerne gav nogle helt andre muligheder for samtaler. Det var fantastisk at se, hvor glad hun var, hver gang vi kom tilbage fra en tur,” siger Louise Dehlholm.

## ”Jeg skal løbe i morgen”

De første par ture var konditionsmæssigt ikke voldsomt imponerende, husker de begge og griner højt, når de tænker tilbage på starten, hvor sveden sprang hurtigere på panden, og løb måtte afbrydes af strækninger, hvor de gik.





Anna (th.) og psykiatrisk sygeplejerske Louise Dehlholm (i midten) løber fast sammen. Anna lider af skizofreni, men de faste løbeture siden foråret har hjulpet hende med at komme ud. Til venstre løber en medarbejder fra Psykiatrifonden med. Fonden har sponsoreret løbetøjet.

”Det var hårdt fysisk de første gange, fordi jeg har været indlagt så meget. Men psykisk var det rigtig godt. Jeg fandt hurtigt ud af, at vi har en helt anden kontakt, når vi løber, end når jeg sidder til f.eks. en lægesamtale. På de svære dage lå jeg på min seng og tænkte, jamen, jeg skal ud og løbe i morgen, og så skal det hele nok gå. Når vi havde løbet dagen efter, glemte jeg alt om, at jeg havde haft det dårligt,” fortæller Anna.

Både kondi og humør blev hurtigt forbedret, og blot et par måneder efter, at sygeplejerske og patient var trukket i løbetøjet første gang, var Anna klar til at kaste sig ud i nye – og meget større – udfordringer.

”Det mest fantastiske, vi oplevede i løbet af ganske kort tid, var, hvordan Anna begyndte at tro på, at fremtiden havde noget godt at byde på. Fra at have været modløs gik hun til at have håb og sætte en masse mål, hun ikke havde haft tidligere,” siger Louise Dehlholm.

Anna havde igennem sin sygdom været angst ved at komme ud blandt andre mennesker, men målene gav nye muligheder for social interaktion.

”Jeg tog selv initiativ i foråret til at begynde at gå til gymnastik. I sommer var jeg med til DGI’s landsstævne, hvor jeg deltog i indmarch, opvisning og kørte i bus med

de andre deltagere. Det tror jeg aldrig, jeg havde kunnet finde på, før vi begyndte at løbe,” siger hun.

Sommeren bød også på andre positive og nye oplevelser. Det vigtigste mål, hun og Louise Dehlholm havde sat sig, var, at hun skulle på ferie med sin mor. Noget hun ellers ikke havde gjort i mange år.

”Rejsen betød utroligt meget, så det var skønt, at det lykkedes og blev en stor succes. Vi havde også talt om, at hun måske kunne genoptage nogle af sine eksamener, hvis hun havde overskuddet, men det kom i anden række. Rejsen var det, vi prioriterede højest,” siger Louise Dehlholm og holder en lille pause: ”Og så gennemførte du dine eksamener og fik topkarakterer,” smiler hun, og Anna nikker.

”Ja, jeg fik da nogle 12-taller,” siger hun stolt.

### **Fremtiden står på halvmaraton og højskole**

Historien om sygeplejersken og den unge skizofrene kvinde, som løb sig til topkarakterer og et nyt aktivt liv, har selvfølgelig ikke været uden bump på vejen. Der er gode og dårlige dage, men både Anna og Louise Dehlholm holder fast i, at de skal ud og løbe. Anna er blevet så bidt af det, at hun går på nettet for at tjekke de for-

skellige løb ud, for selvom der er lang vej fra Nordsjælland til Amager, vil hun ud og luften løbeskoene.

”Det er endnu et mål, jeg har nået. Det giver en sejrsmoment. Selv om der er mange mennesker til sådan et løb, tænker jeg ikke over det. Det ville jeg nok gøre, hvis jeg bare var ude blandt dem,” fortæller hun, og Louise Dehlholm nikker.

”Vi møder nye mennesker, når vi deltager i løb. Det er en god øvelse i at komme ud blandt andre. For mig er det en kæmpe glæde at se, hvor meget det gør for Anna,” siger hun.

De to løbepartnere har planlagt, at de til foråret skal gennemføre et halvmaraton, og på længere sigt vil Anna gerne på idrætshøjskole.

Louise Dehlholm siger:

”Det forløb, vi har haft, har betydet, at vi bruger hendes ressourcer, og at hun selv lærer dem at kende. De mål, vi snakker om, dem når vi. Det giver håb for fremtiden, at vi og omverdenen lærer Anna på 20 år at kende og ikke Anna, der er patient.”

*Kort efter interviewet er Anna begyndt som frivillig i en børnehave. Det er efterfølgende blevet besluttet på afdelingen, at personalet skal fokusere mere på KRAM-faktorerne.*

Kirsten Dalby Rasmussen er 56 år og uddannet sygeplejerske på Holbæk Sygeplejeskole i 1980, SD i Uddannelse og Undervisning i 1992, cand.pæd. i 2001. Siden 1992 ansat som underviser i sygeplejerskeuddannelsen, Professionshøjskolen Metropol.



## Lækkert hår og messingklokker

På sin 88-års fødselsdag får min ellers friske og innovative faster Else et ildebefindende og bliver indlagt på medicinsk afdeling til udredning. Efter en god nattesøvn vågner hun veludhvilet og går ud for at spise morgenmad. Vejen til opholdsstuen er et sandt forhindringsløb med senge og patienter overalt, og hun spekulerer på, om en stue er gaven i det der pakkeforløb, de taler så meget om?

Faster hører yderligere en liflig klirren og bemærker, at teskeer i vandglas erstatter manglende klokkesnore. Personalet styrter rundt, så faster synes lige så godt, hun kan gøre lidt gavn; har faktisk tit tænkt på at blive besøgsven, så hun henter vand, kaffe, håndklæder og andre småting til sine medpatienter, alt imens snakken går. Ikke alle mestrer teknikken med teskeen, faster får en idé og ringer fluks til kæresten.

Inden livsstils- og madprogrammernes æra havde selv den mindste flække en husmoderforening, hvor en solid dirigentklokke var formandens eneste mulighed, når opmærksomhed på dagsordenen var påkrævet. Kæresten bliver beordret til at opsoge alle tidligere formænd, som faster kender, og låne deres hængemte klokker. "Og de må gerne være nypudsede," formaner faster.

Kæresten havde ellers andet at se til den dag, men det bliver ikke sagt højt, så efter en tur rundt på det meste af Sjælland afleverer han om eftermiddagen syv blankpolerede messingklokker, som faster fordeler til sine gangpatienter.

Næste morgen vækkes faster Else meget tidligt ved lyden af heftig aktivitet. Da hun har været ude på et meget rent badeværelse med skinnende, blankt armatur og går fra sin stue, er der nu helt stille, og gangen er tom. Hertil kommer, at hun nær ikke genkender sin tildelte sygeplejestuderende Camilla.

"Jamen, hvad er der dog sket med dit hår?" udbryder faster forundret. Camilla fortæller, at der kommer en ekspertkommission på besøg, og derfor er personalet blevet stilet af selveste Dennis Knudsen.

"Oversygeplejersken er en bekendt, hun overtalte ham til at komme og peppe os alle op i anledning af det fine besøg," beretter Camilla stormsmlende. "Kun en tyndhåret overlæge måtte opgives, men Dennis fandt en fin toupé til ham," fortsætter Camilla alvorligt.

Senere på dagen fyldes gangen efterhånden igen med senge og liflig klokkingen. Faster tager en runde til sine gangpatienter og erfarer, at Astrid har været i Odense til blodsuktermåling samt introduktion til Regionens 2020-vision. Anna til en røntgenundersøgelse i Næstved; en smuk køretur, hvor de tog alle de mindste biveje på hjemvejen. Bente var også fornøjet med transporten til Roskilde, hvor hun fik taget et helt specielt EKG, ligesom Birgit havde nydt sit heldagsophold i ergoterapien.

”Faster trækker sig tilbage til sin stue for at skrive dagbog og bliver optaget af begrebet stuegang. Hvad mon det hedder, når patienten ligger på gangen? funderer hun.

Andre havde trukket nitten: Niels havde kørt op og ned i en elevator i tre timer, og Minna tilbragte tiden på et GU-leje i et ambulatorium. Men faster Else mangler én; hvor er Holger? Systematisk går hun lyttende fra dør til dør og opfanger endelig en svag klirren af teske i vandglas fra et depotrum, hvor hun finder ham bag et skærmbærte, dropstativer og bækkenstole. Holger og messingklokken skinner om kap.

Faster trækker sig tilbage til sin stue for at skrive dagbog og bliver optaget af begrebet stuegang. Hvad mon det hedder, når patienten ligger på gangen? funderer hun. Heldigvis kommer fasters sygeplejestuderende Camilla forbi, men hun er optaget af vigtigere ting: "For hvilket læringsudbytte er det lige, der indfanger lækkert hår og messingklokker?" sukker hun.

*"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.*

# HOSPITALS- HYGIEJNE 2014<sup>(FYI)</sup>

**PANELDEBAT** - hvad har vi opnået de sidste 10 år og hvor skal de næste 10 år føre os hen?

**KONFERENCE DEN 26. og 27. februar 2014 - KØBENHAVN – FIRST HOTEL COPENHAGEN**

## Hør talere fra:

Odense Universitetshospital  
Rigshospitalet  
Herlev Hospital  
Aarhus Universitetshospital  
Aalborg universitetshospital  
Region Hovedstaden  
Statens Serum Institut  
IKAS  
SDU  
Glad Consulting A/S  
Patientombuddet

Hospitalsinfektioner - hvordan smittes man og hvorfor går det så ofte galt?

Få indblik i den Danske Kvalitetsmodel –akkrediteringsstandarder for sygehushygienje

Sådan sparer landet 17 milliarder!

Bliv opdateret på hvad effektiv infektionsforebyggelse beror på

Få ideer til hvordan man indarbejder gode arbejdsrutiner, der sikrer kvaliteten af hygienjen

TILMELD DIG PÅ  
[www.fyi.dk/hygienje](http://www.fyi.dk/hygienje)

**FYI** For Your Information

FYI Events Christiansborggade 2 | 1558 København V | [www.fyi.dk](http://www.fyi.dk) | +45 7027 1737



## Bliv frivillig netrådgiver på Livslinien

På netrådgivningen møder jeg et unikt og motiverende engagement fra mennesker, som sammen kæmper for en fælles sag. Den rådgivning vi yder bygger på faglighed, empati og fordomsfrihed. Som frivillig er jeg derfor med til at aftabusere selvmord. Og så er der mange spændende tilbud om kurser og temaaftener.

*Susanne, sygeplejerske og netrådgiver på Livslinien*

Ansøgning sendes til: [net@livslinien.dk](mailto:net@livslinien.dk) senest den 7. januar 2014. Læs mere på [www.livslinien.dk](http://www.livslinien.dk) eller scan koden i billedet.

# LIVSLINIEN

# Forskning er en mangelvare i psykiatrien

*Der er brug for mere forskning i psykiatrisk sygepleje, lyder det fra Dansk Sygeplejeråd. Og det kan godt betale sig, siger en oversygeplejerske, som har en forsker ansat.*

Tekst **Andreas Rasmussen**

Forskning i psykiatrisk sygepleje er underprioriteret. Det mener Dansk Sygeplejeråd, der får opbakning fra Dansk Netværk for Psykiatrisk Sygeplejeforskning. I sit udspil foreslår Dansk Sygeplejeråd bl.a. flere ressourcer til forskning samt oprettelse af et professorat. Det har man bl.a. i Norge og Sverige.

”Der er meget lidt forskning indenfor den psykiatriske sygepleje. Vi er mindre end 10, der har en ph.d. Men der er en interesse for det, og det har en klinisk relevans, så jeg tror, det kommer til at vokse,” siger Frederik Alkier Gildberg, der er ph.d. og postdoc i psykiatrisk sygepleje og forskningsleder ved Psykiatrisk Afdeling Middelfart.

Dansk Sygeplejeråds næstformand, Dorthe Steenberg, siger:

## Ønsker mere forskning i psykiatrisk sygepleje

Dansk Sygeplejeråds udspil peger bl.a. på, at der er brug for, at:

- Flere sygeplejersker ansat i den regionale psykiatri skal have forskningskompetencer, f.eks. en kandidat eller ph.d.
- Der skal oprettes et klinisk professorat i psykiatrisk sygepleje senest i 2020.
- Kommuner og regioner skal afsætte flere midler til forskning.
- Der skal udvikles nationale kliniske retningslinjer for psykiatrien i både regioner og kommuner.
- Retningslinjerne skal understøttes af implementeringsredskaber som f.eks. e-learning.

”Hvis vi f.eks. gerne vil nedbringe brugen af tvang, så er der behov for, at vi forsker i, hvad der udløser og optrapper konflikter, og hvordan vi kan håndtere dem tvang. Det kræver, at der er den fornødne viden og resurser til at forske i det, vi ikke ved nok om.”

Hun tilføjer:

”I det lange løb er en nedbringelse af tvangen, ligesom f.eks. recovery, en menneskelig gevinst for både patienter, personale og pårørende, samtidig med at det er en økonomisk gevinst for hele psykiatrien. Det kan simpelthen ikke betale sig at spare på forskningen.”

## Forskning tæt på patienterne

I Middelfart forsker Frederik Alkier Gildberg i netop nedbringelse af tvang, et område, som fylder meget i den begrænsede forskning i psykiatrisk sygepleje i Danmark. Men i modsætning til mange andre forskere så har han ikke hjemme på et universitetskontor. Hans kontor ligger ved Psykiatrisk Afdeling Middelfart, og det giver mange fordele.

”Det er uhyre vigtigt at være placeret i den kliniske praksis. Hvis vi skal skabe en forskningskultur på det her område, så kræver det, at vi er helt tæt på, ellers kan man ikke have en ”feeling” med, hvad der rører sig. Kun sådan kan man sikre sig praktisk, relevant og patientnær forskning,” siger han.

## Forsker har PR-værdi

Og den holdning deles af hans chef, oversygeplejerske Isabel Gindeberg.

”Vi får mange værdier ud af at have ham siddende. Vi har en person ansat, som ved

## Artikelserie om psykiatrien

Henover efteråret har *Sygeplejersken* bragt en artikelserie om forholdene i psykiatrien. Artikelserien har bl.a. handlet 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 har taget udgangspunkt i Dansk Sygeplejeråds udspil ”Vejen mod en bedre psykiatri”. Denne artikel er den sidste i serien.

Læs hele psykiatriudspillet på [www.dsr.dk/psykiatriudspil](http://www.dsr.dk/psykiatriudspil)

meget om forskning, og hvordan man søger viden, samtidig med at han ved noget om bestemte områder af sygeplejen og psykiatrien. Det letter vores adgang til viden,” siger hun og fortsætter:

”Dét at have en forsker, der udvikler viden og udgiver ting, har også en PR-værdi. Det gør stedet mere attraktivt for folk at søge job, fordi vi har fokus på at udvikle faget.”



## Kontingentsatser 2014

Så meget skal du betale for at være medlem af Dansk Sygeplejeråd i 2014

Studerende	
Under uddannelse til sygeplejerske	141,00 kr. pr. kvartal
Erhvervsaktive medlemmer	
Aktive sygeplejersker	1.388,00 kr. pr. kvartal
Dimittender	1. måned kontingentfri
Beskæftiget maks. 12 timer om ugen i gennemsnit	695,00 kr. pr. kvartal
Under videreuddannelse med SU	349,00 kr. pr. kvartal
På dagpenge (barsel (dagpengeperioden)/ledighed/sygdom o.l.)	349,00 kr. pr. kvartal
Seniormedlemmer	
Seniorer på efterløn eller alderspension	195,00 kr. pr. kvartal
Passive medlemmer	
Bosat i udlandet	664,00 kr. pr. år
Passiv (orlov uden løn, overgået til andet erhverv)	166,00 kr. pr. kvartal

### Du kan få nedsat kontingent, hvis du

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

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

*Ole "Bogert" Michelsen*  
**Jeg er alkoholiker  
– men jeg drikker  
ikke mere**

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



Behandlingscenter  
T J E L E

4 centre – også ét tæt på dig

**Døgntelefon**  
**70 20 40 80**  
www.tjele.com

Uddrag af Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensens kalender.



### 6. december

- Formandskabs- og direktionmøde, Kvæsthuset, København

### 7.-13. december

- IHI-konference med Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS), Orlando

### 16. december

- FTF forretningsudvalgsmøde, FTF, København
- Møde med FTF's formandskab, Kvæsthuset, København

### 17. december

- Forhandlingsudvalgsmøde i Sundhedskartellet, Kvæsthuset, København

### 18. december

- Økonomiudvalgsmøde, Kvæsthuset, København
- Hovedbestyrelsesmøde, Kvæsthuset, København

### 20. december

- Møde i bestyrelsen for Dansk Sygeplejehistorisk Museum, Kolding

### 6. januar

- Formandskabs- og direktionmøde, Kvæsthuset, København
- Interne møder, Kvæsthuset, København

### 7. januar

- Arbejdspladsbesøg på Bornholms Hospital og Bornholms plejehjem og -centre, Bornholm

### 9. januar

- Møde om voldgiftssag, Danske Regioner

### 9.-10. januar

- Seminar for formandskaber i kredsen, Lederforeningen og Sygeplejestuderendes Landsammenslutning, Vilvorde KursusCenter.

## Inspirationsdag

Sundhedskartellet indbyder til en inspirationsdag for ph.d.'ere og ph.d.-studerende onsdag den 15. januar 2014 kl. 8.30-16.00 på Campus Odense

Har du en baggrund som sundhedsprofessionel og har valgt forskervejen, så kom og bliv inspireret.

Dagen er for dig, der er i gang med eller har afsluttet et ph.d.-forløb. Du vil gerne vil undersøge, hvilke karrieremuligheder der er, hvilken løn du kan opnå, hvordan du søger forskningsmidler og ikke mindst høre om andre forskeres ph.d.-projekter.

Læs programmet på [www.dsr.dk/phd-inspirationsdag](http://www.dsr.dk/phd-inspirationsdag)

Det er gratis at deltage, og arrangementet er åbent for alle. Tilmelding sker til Maarit Väisänen; [mav@dsr.dk](mailto:mav@dsr.dk) senest den 2. januar 2014.

## Lønsedler er fulde af fejl

*Mere end hver tredje sygeplejerske har fundet fejl i deres lønseddel, viser ny undersøgelse.*

Tekst **Mads Krøll Christensen** • Foto **Søren Svendsen**

Hele 36 pct. af landets sygeplejersker har inden for det seneste år fundet fejl i deres lønseddel. Det viser en undersøgelse, som MEGAFON har gennemført for Dansk Sygeplejeråd. De 36 pct. svarer i runde tal til 20.000 sygeplejersker.

“Det er alt for mange fejl. Og det er ikke i orden. Sygeplejersker skal selvsagt have den løn, de har krav på,” siger Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd.

### Ikke to ens lønsedler

Én af de mange sygeplejersker, der har oplevet fejl i sine lønsedler, er Winnie Jensen. Den 1. april startede hun i sit nye job som demenskonsulent i Holbæk Kommune.

Men allerede hendes første lønseddel var fyldt med fejl. Et mønster som gentog sig de efterfølgende måneder.

“De første fem måneder, jeg var ansat, fik jeg ikke korrekt løn,” fortæller hun.

I alle Winnie Jensens lønudbetalinger i perioden fik hun udbetalt for lidt løn. Den manglende løn svingede mellem 2.000 og 10.000 om måneden. Til gengæld har Winnie Jensen fået udbetalt flere acountobeløb i perioden.

“Det var meget uoverskueligt. Jeg havde underskud på min konto. Der var jo også skat osv. Det var noget værre rod,” fortæller hun.

### Får hjælp af Dansk Sygeplejeråd

Det hele ender med, at Winnie Jensen henvender sig til Dansk Sygeplejeråds Kreds Sjælland, der minutøst gennemgår hendes lønsedler. I alt når kredsen frem til, at Winnie Jensen har 8.000 kr. til gode hos arbejdsgiveren.

“Jeg regner bestemt med at få pengene nu. De seneste lønsedler har været korrekte, så mon ikke det løser sig?” siger Winnie Jensen, der understreger, at hendes ledelse har bakket hende fuldt og helt op i hele forløbet.

### Stort mørketal

Ifølge Dansk Sygeplejeråd er det typisk mistede fridage, manglende overarbejdsbetaling og forkert anciennitetsindplacering, der er tale om, når der er fejl i lønsedlerne.

“Hvis en sygeplejerske eksempelvis er indplaceret forkert med hensyn til ancien-

nitet, har det en afsmittende effekt på andre tillæg. Derfor kan der i sidste ende være tale om rigtig mange penge. Og, hvis fejlen har eksisteret i længere tid, så løber det selvfølgelig endnu mere op,” siger Grete Christensen, som mener, at der er et stort mørketal.

“Vi får løbende henvendelser fra sygeplejersker, der ikke kan få deres lønsedler til at passe. I langt de fleste tilfælde viser det sig da også, at der er fejl i sedlerne. Men jeg er ret sikker på, at der er et mørketal, hvad angår fejl i sygeplejerskers lønsedler. Derfor vil jeg gerne opfordre medlemmerne til at tjekke deres lønseddel og kontakte deres tillidsrepræsentant, hvis de er i tvivl om noget.”

### Dansk Sygeplejeråd med i stor løntjek-kampagne

Løn, barsel, pension, ekstra ferie og uddannelse er konkrete og håndgribelige eksempler på, hvordan overenskomster og faglige fællesskaber gør en forskel for danske lønmodtagere.

Sammen med en række faglige organisationer under LO og FTF tager Dansk Sygeplejeråd aktivt del i kampagnen “Er Du OK?”. Kampagnens mål er at øge danskernes kendskab til værdien af overenskomster og de faglige fællesskaber, som findes i de faglige organisationer. I efteråret 2013 sætter kampagnen fokus på løn med løntjekaktiviteter i hele landet. Læs mere på [www.dsr.dk/erduok](http://www.dsr.dk/erduok)



Sygeplejerske Winnie Jensen er en af de sygeplejersker, der har fundet fejl i sine lønsedler.

# Uværdig kampagne mod sygeplejersker

Gennem mange måneder har de praktiserende lægers organisation i Hovedstaden ført en skræmmekampagne mod akuttelefonen 1813. Dansk Sygeplejeråd kalder kampagnen for uværdig og opfordrer lægerne til at samarbejde til glæde for borgerne.

Tekst **Søren Olufsen**

Er der en læge til stede? Underforstået nej, det er der ikke. Det er budskabet i en ny stor annonce mod Region Hovedstadens akuttelefon 1813 bragt i flere af landets aviser. Annoncen er bestilt og betalt af PLO Hovedstaden, og det er blot det seneste indslag fra organisationen, som gennem flere måneder har ført en massiv skræmmekampagne mod den kommende akuttelefonordning.

"Læger og sygeplejersker samarbejder fortrinligt i det daglige, og derfor er det uværdigt, at PLO i Hovedstaden på den måde fører en skræmmekampagne mod kolleger og misinformerer borgerne," siger Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd.

## Succes i Sverige

Baggrunden for PLO Hovedstadens kampagne er, at et meget stort politisk flertal i Region Hovedstaden har besluttet, at borgerne skal have en mere enkel indgang til sundhedsvæsenet ved akut sygdom, og det bliver akuttelefonen 1813. Fra 1. januar 2014 skal borgerne i Hovedstaden altså kun huske ét telefonnummer, når de bliver syge uden for egen læges åbningstid. Der vil være både læger og sygeplejersker til stede til at tage sig af borgernes opkald.

"Der findes lignende ordninger andre steder i verden. Og i f.eks. Sverige har man stor succes med at lade sygeplejersker telefonvisitere, så selvfølgelig kan det lade sig gøre på en kompetent facon," siger Grete Christensen. Hun understreger, at når man laver en forandring, så vil der være en indkøring, og her er det afgørende, at alle samarbejder.

"Regionen skal selvfølgelig sikre, at der er de nødvendige ressourcer og medarbejdere, så det nye system kan fungere optimalt, og så skal personalet i fællesskab sørge for, at borgerne får netop det sundhedstilbud, de har brug for", siger Grete Christensen.

I KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning (tidligere DSI), har man lavet en rapport om forskellige faglighedens visitation i lægevagten.

"Man skal huske, at telefonvisitation i lægevagten er en særlig svær disciplin, som kræver både medicinske og kommunikative færdigheder. Da vi undersøgte feltet i 2010, kunne vi ikke finde dokumentation for, at den ene faggruppe er dygtigere til disciplinen end den anden. Det skyldtes primært, at vi ikke fandt undersøgelser, der viste, hvordan det stod til med kvalitet og sikkerhed i lægernes telefonvisitation. Men uanset hvilken faggruppe der i fremtiden skal telefonvisitere i lægevagten, er det vigtigt at sikre, at kvaliteten dokumenteres," siger Laura Emdal Navne, antropolog og projektleder i KORA.

Alle opkald til 1813 og 112 optages på bånd, ligesom masser af statistiske målinger og analyser bliver brugt til kvalitetssikring, læring og udvikling af ordningen.

## Læger skal ikke løse alle opgaver

Også i Sundhedsstyrelsen har man set på forskellige muligheder inden for akutberedskab, og styrelsen har været med til at rådgive Region Hovedstaden om det nye system.

"Sygeplejersker kan godt varetage den enstrengede visitation med lægelig supervision. Det var en af de modeller, vi nævnte i vores rapport fra 2007, så det falder ikke uden for vores anbefalinger. Det er jo ikke sådan, at læger skal løse alle opgaver," siger Søren Brostrøm, chef for Sygehusbehandling og Beredskab i Sundhedsstyrelsen, og tilføjer:

"Vi er optaget af, at der er de nødvendige kompetencer til stede, og det er Region Hovedstadens ansvar at sikre det."

Kredsformand for Dansk Sygeplejeråd i Hovedstaden, Vibeke Westh, har været i tæt dialog med Region Hovedstaden omkring etableringen af den nye akuttelefonordning. Hun ser frem til, at den træder i kraft.

"Der er ingen tvivl om, at det her er en ordning, som rigtig mange støtter op om. Vores klare opgave har været at sikre, at sygeplejerskerne får nogle vilkår og muligheder, som styrker kvaliteten. Og så skal vi løbende evaluere på ordningen, så vi hele tiden formår at udvikle sundhedstilbuddet," siger hun.

Det nyvalgte regionsråd i Hovedstaden har allerede besluttet, at der skal være tæt og løbende opfølgning på ordningen med akuttelefonen. Og Sundhedsministeriet har desuden slået fast, at kommunerne ikke kommer til at betale mere pga. den nye ordning.

Det velkendte, landsdækkende 112 alarmnummer forbliver uændret. Det nummer skal borgerne bruge som hidtil ved bl.a. ulykker.

Kvalitetsprodukt fra **HOUNISEN** Laboratorieudstyr  
-fordi det er enkelt!

### Lukket formalinsystem

- undgå skadelige formalindampe

Til arbejde uden for stinskab

- ✓ Større sikkerhed
- ✓ Mere fleksibilitet
- ✓ Bedre arbejdsmiljø

Testet af **Teknologisk Institut**

Scan QR-koden - eller besøg [www.hounisen.com](http://www.hounisen.com)

## Sygeplejestuderende bombarderet med brosten og glasskår

Tidligt en søndag morgen knuste ukendte gerningsmænd flere ru-der med brosten i Dansk Sygeplejeråds lokaler i Aarhus, hvor 22 sygeplejestuderende lå og sov efter et bestyrelsesmøde.

Tekst **Mads Krøll Christensen**

Det var til lyden af glas, der splintrer, og brosten, der lander på gulvet, at 22 sygeplejestuderende blev vækket tidligt søndag morgen den 17. november. Aftenen forinden havde de studerende afholdt bestyrelsesmøde i de Sygeplejestuderendes Landssammenslutning (SLS) og julefrokost. De studerende havde lånt Dansk Sygeplejeråds lokaler i Mindegade i det centrale Aarhus til overnatning.

”Vi blev vækket af et stort brag. Først troede jeg, det var et kanonslag. Det var virkelig højt. Men så så jeg, at der lå en brosten tæt på min madras. Heldigvis blev ingen ramt af brostenene, men flere fik glasskår ud over sig. Det var virkelig ubehageligt,” fortæller Mette Kästner Jacobsen, der er formand for SLS.

De studerende kontakter politiet, der er hurtigt fremme. Politiet indsamler beviser, tager billeder og beroliger de studerende

og kører igen. Kort efter kommer der to nye brosten susende ind ad vinduerne.

”Det var meget voldsomt. Og slet ikke i orden. Det er jo virkelig voldsom personskade, en brosten kan gøre,” fortæller Mette Kästner Jacobsen.

### Politiet: Vi ser alvorligt på sagen

Hos Østjyllands Politi kalder politikommis-sær Mogens Brøndum episoden for ”en vanvittig handling”.

”Fire af de studerende var tæt på at blive ramt af brosten, mens de sov. Det er en fuldstændig vanvittig handling,” påpeger Mogens Brøndum, som også fortæller, at flere patruljer deltog i eftersøgningen efter gerningsmændene:

”Det er en sag, som vi ser meget alvorligt på. Gerningsmændene kan se frem til en sigtelse efter straffelovens paragraf 252, hvor strafferammen er op til otte års fængsel.”



Politiet har endnu ingen anholdte i sagen, men der er sikret spor fra stedet, som nu skal undersøges nærmere i Kriminalteknisk Center.

### Psykologhjælp

De 22 studerende har alle modtaget psykologhjælp umiddelbart efter episoden. Psykologhjælpen er betalt af Dansk Sygeplejeråd, hvor formand Grete Christensen tager skarpt afstand fra hændelsen:

”Det er et mirakel, at der ikke er sket fysisk skade på nogen. Jeg tør ikke tænke på, hvad der kunne være sket, hvis en eller flere var blevet ramt af brosten. Jeg synes, at det er ualmindelig primitivt. Og jeg håber meget, at politiet får fat i gerningsmændene.”

Læs også udtalelse om sagen fra Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk)

## DSR I MEDIERNE

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

### Hårdt arbejdsmiljø rammer patienter

Det står klart, at konstante effektiviseringskrav presser medarbejderne på landets hospitaler, så risikoen for at begå fejl øges. ”Vi bliver nødt til at se på, om der er nok personale til stede i forhold til antallet af opgaver. Ellers er det en negativ spiral, hvor alt for få læger og sygeplejersker skal klare for mange opgaver med dertil forhøjet risiko for fejl, patientskader og sygemeldinger på grund af stress,” skriver Vibeke Westh, kredsformand for Dansk Sygeplejeråd, Kreds Hovedstaden, i et indlæg i Frederiksborg Amts Avis.

### Kvalitet frem for kvantitet

De ansvarlige politikere og ledelser bør stoppe den uhen-sigtsmæssige jagt på produktivitetsstigninger og i stedet fokusere på at styrke kvaliteten og fagligheden. Sådan lyder

det i et debatindlæg af Dorte Steenberg, næstformand i Dansk Sygeplejeråd. ”Der findes ikke en enkel vej, men vi bliver nødt til at se på, om der er nok personale til stede i forhold til antallet af opgaver,” siger hun til Jyllands-Posten.

### Organisationer kræver stop for nedlæggelse af sygehussenge

Dansk Sygeplejeråd opfordrer regionspolitikere til at tage problemet med overbelægning på Region Sjællands sygehus seriøst. ”Mange af mine medlemmer fortæller, at de simpelthen får ondt i maven, når der ligger patienter på gangene, og ofte vender hjem med følelsen af, at der er noget, de har glemt, fordi hverdagen er så presset,” siger Helle Dirksen, kredsformand i Dansk Sygeplejeråd Kreds Sjælland, til DR.dk



# Glædelig jul!

Vi ønsker alle medlemmer og samarbejdspartnere en rigtig glædelig jul og et godt nytår. Sygeplejerskerne er igen i år den faggruppe som befolkningen har mest tillid til, det mærker vi alle i hverdagen også i efterspørgslen på kompetente medarbejdere. Vi ved, hvor meget sygeplejersker's faglige stolthed og indsats hver dag gør en forskel for patienter, borgere og deres pårørende, og vil hermed gerne påskønne dette.

I forbindelse med julen viser vi også solidaritet med andre og bidrager med støtte til UNICEF og julemærkefonden.

Grete Christensen  
Formand

Anne Granborg  
Adm. direktør



Dansk Sygeplejeråd



SILENTIA SKÆRMSYSTEM

## Optimal hygiejne & fleksibel funktion



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

Book tid for en

**GRATIS FREMVISNING**

hos jer af en Silentia foldeskærm  
på telefon 39 90 85 85  
eller mail [info@silentia.dk](mailto:info@silentia.dk)

h&td

## Go-cards til et godt formål

Fra den 28. november kan man rundt om på caféer finde gratis go-cards fra Dansk Sygeplejeråd. Bag på kortet opfordrer Dansk Sygeplejeråd til at dele billedet af en stjerne på facebook.com/sygeplejersker. Hver gang nogen deler stjernen, giver Dansk Sygeplejeråd 5 kr. til Girl Child Education Fund. Foreningen støtter forældreløse børn af sygeplejersker i Afrika.



## 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

” Der er skudt for meget med spredthagl og været for lidt fokus på målrettet information og hjælp til disse grupper, som jo er ganske almindelige mennesker - bare med en kort uddannelse.

Sundhedsminister Astrid Krag (SF) om undersøgelse fra Statens Institut for Folkesundhed, der viser, at danskere med en uddannelse på 10 år eller mindre bliver mere syge end danskere med længere uddannelse.

# KLINISK SYGEPLEJE KONFERENCE 2014

## 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?

### DU KAN OPLEVE

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

SE PROGRAMMET OG TILMELD DIG PÅ [KLINISKSygepleje.dk](http://KLINISKSygepleje.dk)



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

## Styr på lederkarrieren?



DTU Diplom, Center for Videreuddannelse, udbyder målrettede lederuddannelser, der matcher erhvervslevets behov for solide medarbejdere.

**Diplomuddannelsen i Ledelse** er på bachelorniveau, og giver et godt afsæt til karrierespring.

**Tag springet, følg udfordringen, tjek indholdet!**

Se mere på [cv.diplom.dtu.dk](http://cv.diplom.dtu.dk)



DTU Diplom  
Center for Videreuddannelse



## Intensivt, Internat med mulighed for fordybelse og stresshåndtering

### Mindfulness Baseret Kognitiv Terapi / Stressreduktion

**Mindfulness-træneruddannelse, trin 1, 2 og 3 2014.**  
*Eller har du bare lyst til, for din egen skyld, at lære mindfulness? (Trinene kan tages uafhængigt af hinanden)*

Kognitiv Center Fyn udbyder for 11. år kurser i Mindfulness baseret kognitiv terapi / stressreduktion med psykologerne Lene Iversen og Peter Hørslev Rasmussen for psykologer, læger og tværfagligt sundhedspersonale.

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

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

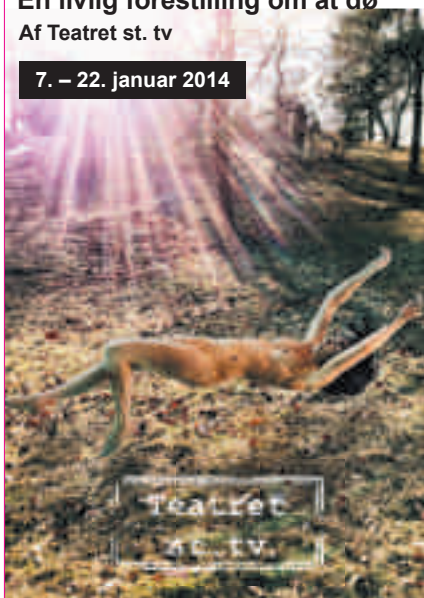
**Trin 3** Hvis du har svært ved at komme i gang med at træne andre eller hvis du allerede er i gang + Introduktion til Medfølelsesfokuseret terapi.

For yderligere oplysninger og tilmeldingsprocedure: se [www.kognitivcenterfyn.dk](http://www.kognitivcenterfyn.dk) eller kontakt sekr. Yvonne Wintcentzen, 5124 0450 onsdag og fredag kl. 9-13 eller [yw@kognitivcenterfyn.dk](mailto:yw@kognitivcenterfyn.dk)

## DEADLINE

En livlig forestilling om at dø  
Af Teatret st. tv

7. – 22. januar 2014



Billetter fås via  
[billet@grob.dk](mailto:billet@grob.dk) / 35 300 500



Teater GROB  
Nørrebrogade 37, 2200 Kbh. N.

## Svend Senius Instituttet

### Uddannelse i Klassisk Kinesisk Akupunktur

**Målgruppe:**  
Sygeplejersker,  
eller tilsvarende baggrund



Uddannelsen starter i februar 2014  
og varer ca. 2 ½ år.  
Sted: 8990 Fårup,  
Randers Kommune

**Underviser: Reg. Akupunktør/  
sygeplejerske Svend Senius,  
akupunktør i 20 år, undervist i 14 år**

Uddannelsen overholder  
Sundhedsstyrelsens og branche-  
foreningen Praktiserende  
Akupunktørers krav.

Ring og hør nærmere  
Tlf. 2019 2744  
[www.svendsenius.dk](http://www.svendsenius.dk)

## FOKUSERET STUDIEBESØG



Videncenter for Sårheling, Bispebjerg Hospital tilbyder fokuseret studiebesøg. Formålet er at give opdateret viden indenfor sårbehandling samt orientere om centrets retningslinier for pleje og behandling af patienter med sår. Undervisningen veksler mellem teori og work-shops. Målgruppen er sundhedsfagligt personale med interesse i og noget kendskab til sårbehandling/sårbehandlingsprodukter med behov for opdatering i grundlæggende sårbehandlingsprincipper.

**Dato:** 13.3.2014, kl. 08.30 -16.30.

**Sted:** Videncenter for Sårheling, Bispebjerg Hospital

**Pris:** kr. 1.000,00.

**Tilmeldingsfrist:** 31.1.2014.  
Yderligere information og tilmelding findes på [www.CWHC.dk](http://www.CWHC.dk)



# Fra køkkenet til krog

En kogebog til køkkenet og fire bøger til hyggebogen, sofaen, eller hvor man nu læser bedst. Ferietid er, i hvert fald for nogle, også læsetid. Sygeplejersken præsenterer fem fordybelsesmuligheder, hvoraf en kan berige måltiderne, fire kan give læseren en god, sansemættet oplevelse fjernt fra verdens liv og larm.

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



Jon Kalman Stefánsson

**Sommerlys  
og så kommer natten**

Batzer & Co 2009

267 sider - 129 kr. som paperback. Fås også indbundet.

En herlig bog, filosofisk, klog og spækket med livfulde fortællinger fra en flække i Island, hvor indbyggerne tør stå ved deres egenart. Morsom og samtidig ikke uden klare holdninger til både det lille samfund på den stormomsuste ø og den store verden, der begge er under heftig forandring. Noget af det mest underholdende, jeg længe har læst. Bogen behandler de store temaer i livet, kærlighed, død, ensomhed og venskab. En oplagt gave til et menneske, man virkelig vil glæde med et indiskutabelt kvalitetsværk. Og der er flere bøger fra forfatterens hånd. Bl.a. trilogien, der består af Himmerige og helvede fra 2010, Englenes sorg fra 2011 og Menneskets hjerte, der blev udgivet i begyndelsen af november 2013.

Stefánsson er en fremragende forfatter, og han har da også været nomineret til Nordisk Råds Litteraturpris i flere omgange.



Birthe Lynggaard

**Newyorker by heart  
Amerikansk homecooking**

Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck

176 sider - 269,95 kr.

Efter et nyligt besøg i USA med iagttagelse af den voldsomme forekomst af take-away-bikse på snart sagt alle gadehjørner kan man lidt ondsksfuldt spørge: Er der virkelig noget, der hedder homecooking i USA? Men selvfølgelig er der det. Madbloggeren Birthe Lynggaard har samlet en række kendte og ukendte retter fra BLT-sandwich til grillede kammuslinger med mangodressing i denne kogebog. Bogen indeholder også diverse opskrifter på kager og biscuits - eller hvad med en almond tart? Hvis brunchen knirker, er der nye måder at servere spejlæg på, f.eks. i form af bagte æg med bacon og spinat. Opskrifterne er enkle, min eneste anke er det grafiske udtryk. Fint at nogle tekster skal ligne håndskrift, men det gør ikke tydingen særlig let. Heldigvis er det ikke opskrifterne, der er ramt af håndskrift, kun forfatterens personlige kommentarer.





Trude Marstein

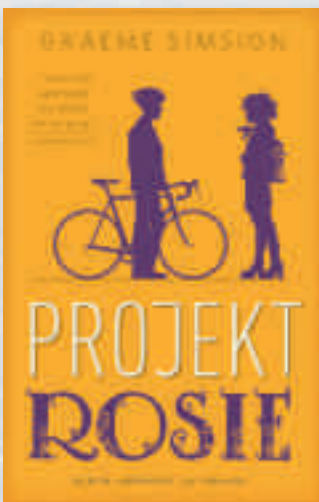
**Hjem til mig**

Tiderne Skifter 2013

456 sider - 337,92 kr.

I Oslo bor en praktiserende læge, der har alt, undtagen ro i sindet. Ove er gift med en sød kone, de har to børn, gode relationer til familie og venner og hus i fjeldet. Men bogens fortæller, Ove, kan ikke håndtere tilværelsen uden andre kvinder. Han bliver opmærksom på deres kroppe, opsøger kvinderne, taler med dem og går i seng med dem. Og sådan går livet. Han bliver skilt, får endnu et barn, indleder flere forhold, men klog af skade bliver han aldrig. Han er 62 år, da bogen slutter.

Ove er en god fortæller, han har mange detaljer med i beskrivelsen af sit liv, fra den lykkeligste tid, da han bedrog sin kone med den kvinde, som bliver kone nummer to, til deres turbulente parforhold, der ikke blev, som Ove havde håbet. Læseren ved godt, at Ove er på vildspor, men selv opdager han det ikke. Han er for selvoptaget og har for travlt med at få sit liv og sine løgne til at hænge sammen. Utroskab og skilsmisse er hovedingredienserne i en cocktail, der binder læseren til bogen fra start til slut. Man kan se meget forskelligt på Ove - fra at anske ham som en stakkel til en mand, man kan blive meget vred på. Forfatteren tager ikke stilling.



Graeme Simsion

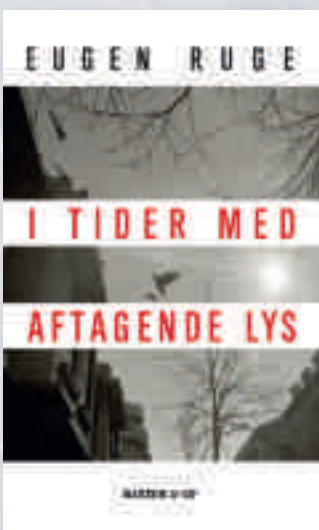
**Projekt Rosie**

Lindhardt og Ringhof, 2013

375 sider - 249,95 kr.

Don Tillman er professor og lever et liv præget af rutiner, orden på tingene og underlagt et ekstremt tidstyranni, som han selv har skabt. Men Don vil gerne have en kone, og måske endda også være far. Et foredrag om Aspergers syndrom, som han holder for en god ven, giver inspiration til en ny fremgangsmåde, når man nu ikke er stærk på det sociale felt og har svært ved at forstå andre menneskers humor. Don udfærdiger et spørgeskema på 16 sider, som han sender til de kvinder, som kontakter ham via en datingside. Succesen udebliver, ikke uventet. Men så træder Rosie ind i Dons tilværelse, hjulpet på vej af den ene af Dons to venner. Rosie og Don har for det første en fælles interesse for dna, som Don forsker i, og for det andet er Rosie i stand til at imødekomme og forstå Don på nogle punkter, han formentlig ikke har mødt forståelse for tidligere i sit liv.

En fortælling om kærlighed, nem at læse og elementært underholdende.



Eugen Ruge

**I tider med aftagende lys**

Batzer & Co 2012

432 sider - 298 kr.

Hverdagsliv i DDR set og oplevet af og gennem fire generationer i perioden 1952-2001. Persongalleriet er stort, det tager lidt tid at få styr på hvem, der er hvem, men det lykkes. En oversigt over de familiemæssige bånd i familien Umnitzer i starten af bogen hjælper til. Bogen beskriver, hvordan tilfredsheden med DDR bliver mindre udtalt for hver generation, og til sidst er staten en saga blot. Familiens medlemmer ændrer holdning fra at være glødende kommunister til at organisere og gennemføre en vellykket flugt fra DDR til Vesttyskland.

Fortællingen foregår gennem forskellige nedslag på konkrete begivenheder, f.eks. en fødselsdag, og de er beskrevet med forskellige perspektiver. Det illustrerer, at virkeligheden ser meget forskellig ud afhængigt af, hvem der beskriver den.

Bogens handling udspilles i DDR, Mexico og Rusland, hvilket giver flere detaljer og nuancer og gør læseoplevelsen større. Forfatteren har en udtalt sans for humor, hvilket føjer endnu en dimension til læseoplevelsen.

# Tro bare, du kan klare dig selv - jeg ved bedre

Karin Fisker, sygeplejerske

Det var i foråret 2013. Jeg blev kontaktet af et tidligere arbejdssted, et privathospital i Aarhus, der var indgivet en patientklage over en operation, jeg havde assisteret til. I januar 2010. Og nu ville de gerne have min beskrivelse af forløbet.

Problemet var, at der ikke var dokumenteret for optælling af servietter.

Jeg blev helt kold, da jeg fik øje på en ganske blank dokumentationsblanket. Som jeg i øvrigt aldrig var blevet præsenteret for. Og som heller ikke tidligere kolleger kunne genkende. Og som hospitalet skrev, at de først brugte efter tidspunktet for denne operation.

Hvad skulle jeg gøre? Hvad kunne jeg anklages for? Hvordan skulle jeg finde ud af dette? Og frem for alt betragtede jeg

mig selv som en meget ansvarlig person, men det så jo ikke sådan ud.

Jeg har været operationssygeplejerske i over 25 år. Hvordan kunne dette ske for mig? Snigende som en tyv om natten, med et angreb på min faglighed.

Jeg kom til besindelse og kontaktede DSR. Som tog hånd om sagen, på trods af at jeg er passivt medlem, da jeg i dag arbejder udenfor sygeplejen.

Jeg blev kontaktet af Susanne Richter, som gik ind i sagen med støtte på alle fronter. Også omsorg for, hvordan jeg havde det. Men det, der skete, var, at jeg blev helt tryk og faldt til ro. Ansvar blev taget fra mig. Uanset sagens udfald var jeg i de bedste hænder.

Efter seks måneder faldt afgørelsen.

Alle involverede læger og privathospitalet blev frikendt. Mens jeg blev kritiseret for manglende journalføring. Og har nu fået kritik fra Patientombuddet af mit faglige virke, og denne kritik er oprettet som en sag i Sundhedsstyrelsen. Alle kan se, at jeg ikke har været omhyggelig nok. Meget ubehageligt.

Men det, jeg gerne vil med dette læsebrev, er at slå fast med syvtommersøm, hvor vigtigt det er at være medlem af en fagforening. Jeg har fået en fuldstændig udsøgt behandling af DSR. Min taknemmelighed til DSR og ikke mindst til Susanne Richter er kæmpestor.

Jeg havde aldrig troet, det skulle ske for mig.

Tak for hjælpen.

## Berigende møde med sygeplejersker

Kommentar til 5 faglige minutter: "Langtidsparkering af grundlæggende sygepleje" i Sygeplejersken nr. 13/2013.

Karin Bundgaard, klinisk sygeplejespecialist, cand.cur., ph.d., Kirurgisk Gastroenterologisk Afd. L, Aarhus Universitetshospital

I januar 2012 forsvarede jeg min ph.d. "Making it short?" om sygepleje i kortidsafsnit og patienters behov for og forventning til denne. Med projektet satte jeg fokus på fremtidens sygepleje karakteriseret ved korte møder samt vigtigheden af at inddrage patientperspektivet. Jeg ramte et område, der ikke er skrevet og forsket ret meget i, men samtidig et område, der er utrolig relevant i nutidens sundhedsvæsen, hvor kontakten mellem patient og sundhedsvæsen stadig bliver kortere. Interessen for mit projekt har været overvældende, og jeg har været så heldig at få lov til at holde oplæg/undervise på konferencer, efter- og videreuddannelser, temadage og på forskellige afdelinger og hospitaler.

Omdrejningspunktet har været, hvordan man laver god sygepleje, når tiden er kort, hvad god sygepleje egentlig er, og om og hvordan det er muligt at individualisere sygepleje på meget kort tid. Uanset hvem jeg har undervist, så er diskussionerne ofte

endtligt ud med at dreje sig om, hvordan vi med faglighed sikrer varetagelse af grundlæggende sygepleje på kort tid.

Sygeplejersker oplever ofte at være pressede på tid, hvor teknisk og instrumentelle aspekter i sygepleje absolut kræver deres fokus, men jeg kan høre, at de alle uden undtagelse vil grundlæggende sygepleje.

Jeg hører også mange idéer til, hvordan man i en travl hverdag faktisk formår at skabe tid og rum til grundlæggende sygepleje. Blandt de sygeplejersker, jeg har mødt, er der bred enighed om, at for at kunne udøve den meget efterspurgte specialiserede sygepleje så skal man have styr på det grundlæggende. Sygepleje kan altså kun være specialiseret, hvis den bygger på et fagligt funderet fundament af grundlæggende sygepleje. I udøvelse af sygepleje på meget kort tid handler grundlæggende sygepleje selvfølgelig om at hjælpe patienten med meget håndterbare områder som respiration og udskil-

lelse af affaldsstoffer, men den handler i lige så høj grad om at hjælpe patienten med at kommunikere og udtrykke behov og følelser.

Det er fantastisk, berigende og inspirerende at møde så mange sygeplejersker, der virkelig ønsker at sætte faglighed og grundlæggende sygepleje i fokus. De er samtidig meget realistiske og ved, at det er svært, og at de ikke i hver enkelt patientsituation når i mål, men viljen til at ville er der, og det er altafgørende.

Det gamle ordsprog: "Hvor der er en vilje, er der en vej", giver mig troen på, at det er muligt at finde en vej/en måde, hvor grundlæggende sygepleje finder og indtager sin naturlige plads i vores nye højtspecialiserede sundhedssystem. Det kræver dog, at vi med høj faglighed italesætter så mange aspekter af grundlæggende sygepleje, vi kan. Jeg tror på, at det vil styrke sygeplejerskers fagbevidsthed, og måske også (overbe)viser omverdenen om sygeplejerskes berettigelse.

## Eliquis® (apixaban) - signifikant forskel vs. warfarin til behandling af non-valvulær atrieflimren:

- a** Signifikant reduktion af apopleksi / systemisk emboli<sup>1</sup>  
21 % RRR\*, p=0,01
- b** Signifikant reduktion af større blødninger<sup>2</sup>  
31 % RRR, p<0,001
- c** Signifikant reduktion af død af enhver årsag<sup>1</sup>  
11 % RRR, p=0,047
- d** Ingen monitorering af INR<sup>3</sup>

Eliquis®: et oralt antikoagulantium, som opfylder

**E ALLE PUNKTER OVENFOR**

\* RRR = relativ risikoreduktion

\*\* Større blødninger efter ISTHS definition<sup>2</sup>

Forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos voksne patienter med non-valvulær atrieflimren (NVAF) med en eller flere risikofaktorer, såsom apopleksi eller transitorisk iskæmisk attack (TIA) i anamnesen, alder  $\geq 75$  år, hypertension, diabetes mellitus, symptomatisk hjertesvigt (NYHA-klasse  $\geq$  II).<sup>3</sup>

Se venligst yderligere oplysninger i produktresumeeet for Eliquis® og Prescriber Guide. Uddel venligst også patientkortet til dine patienter ved ordinerings af Eliquis®.

PRODUKTRESUMÉ FINDES PÅ SIDE 48

Referencer: 1. Granger CB *et al.* N Engl J Med 2011; 365: 981–992.

2. S. Schulman and C. Kearon, J Thromb Haemost 2005;3:692-4.

3. Produktresumee for Eliquis® (apixaban). August 2012.

Jobkode: EUAPI208

Udarbejdet i: December 2012



## PRODUKTRESUMÉ FOR ANNONCE SIDE 47

Dette lægemiddel er underlagt supplerende overvågning. Læger og sundhedspersonale anmodes om at indberette alle mistænkte bivirkninger. **Produktinformation for ELIQUIS (APIXABAN) 2,5 mg og 5 mg filmovertrukne tabletter.** De med \* markerede afsnit er omskrevet/forkortet i forhold til det af Sundhedsstyrelsen godkendte produktresumé dateret den 19. september 2013 og omhandler udelukkende indikationen forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos patienter med non-valvulær atriefibrillation (NVAF). **Terapeutiske indikationer\*:** Forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos voksne patienter med NVAF en eller flere risikofaktorer, såsom apopleksi eller transitorisk iskæmisk attack i anamnesen, alder  $\geq 75$  år, hypertension, diabetes mellitus, symptomatisk hjertesvigt (NYHA-klasse  $\geq$  II). **Dosering og administration\*:** 5 mg oralt 2 gange dagligt. **Dosisreduktion\*:** 2,5 mg oralt 2 gange dagligt hos patienter med NVAF og med mindst to af følgende karakteristika: alder  $\geq 80$  år, kropsvægt  $\leq 60$  kg eller serumkreatinin  $\geq 1,5$  mg/dl (133 mikromol/l). Patienter, der udelukkende opfylder kriteriet for svært nedsat nyrefunktion (kreatininclearance 15-29 ml/min), bør også få den lave dosis af apixaban på 2,5 mg to gange dagligt. Ved skift fra Vitamin K antagonist (VKA) til ELIQUIS (APIXABAN) skal VKA seponeres og ELIQUIS (APIXABAN) initieres, når INR  $< 2,0$ . **Nedsat nyrefunktion:** Anbefales ikke til patienter med kreatininclearance  $< 15$  ml/min eller patienter som er i dialyse. Skal anvendes med forsigtighed til patienter med svært nedsat nyrefunktion (15-29 ml/min). **Nedsat leverfunktion:** Kontraindiceret hos patienter med leversygdom, der er forbundet med koagulopati og klinisk relevant blødningsrisiko. Anbefales ikke til patienter med svært nedsat leverfunktion. Kan anvendes med forsigtighed til patienter med let til moderat nedsat leverfunktion, samt patienter med forhøjede leverenzymr og forhøjet total bilirubin. Før behandling indledes, bør der udføres leverfunktionstest. **Administration:** Oral anvendelse. Skal synkes med vand, med eller uden føde. **Kontraindikationer\*:** Overfølsomhed over for aktivt stof eller ét hjælpestof. Aktiv klinisk signifikant blødning. Leversygdom forbundet med koagulopati og klinisk relevant blødningsrisiko. Læsion eller tilstand med signifikant risikofaktor for større blødning. Samtidig behandling med andre antikoagulantia undtagen i tilfælde af behandlingsskift til eller fra ELIQUIS (APIXABAN). **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen\*:** Patienter skal kontrolleres omhyggeligt for tegn på blødning. Forsigtighed udvises ved generelt øget risiko for blødning. Seponeres, hvis der forekommer alvorlig blødning. **Patienter med mekaniske hjerteklapper:** Eliquis' sikkerhed og virkning er ikke blevet undersøgt hos patienter med mekaniske hjerteklapper, med eller uden atriefibrin. Eliquis frarådes derfor i disse tilfælde. **Kirurgi og invasive indgreb:** Seponeres mindst 48 timer inden elektiv kirurgi eller invasive indgreb med moderat eller høj blødningsrisiko og mindst 24 timer inden ved lav risiko for blødning. Behandlingen bør genstartes så hurtigt som muligt efter indgreb. **Midlertidig seponering:** Ændringer i behandling bør undgås. I tilfælde med midlertidig seponering, bør behandlingen genstartes hurtigst muligt. **Ældre patienter:** Forsigtighed udvises ved samtidig administration af acetylsalicylsyre. **Laboratorieparametre:** Koagulationsparametre (f.eks. PT, INR og aPTT) påvirkes af ELIQUIS (APIXABAN). **Lactose:** Bør ikke anvendes til patienter med galactoseintolerans eller glucose/galactosemalabsorption. **Interaktioner\*:** Frarådes hos patienter, der samtidig får systemisk behandling med kraftige hæmmere af både CYP3A4 og P-gp. Forsigtighed ved samtidig brug af kraftige CYP3A4- og P-gp-induktorer. Bør anvendes med forsigtighed ved samtidig behandling med NSAID og trippelkombination med acetylsalicylsyre og clopidogrel. Lægemidler forbundet med alvorlig blødning anbefales ikke til samtidig brug. **Fertilitet, graviditet og amning\*:** Bør ikke anvendes **Bivirkninger\*:** *Almindelig (1-10%):* Anæmi. Blødning, herunder hæmatom, okulært, epistaxis, gastrointestinal blødning, hæmatokesi, rektal blødning, gingival blødning, hæmaturi og blødning i huden. *Ikke almindelig (0,1-1%):* Overfølsomhed. Hjerneblødning, anden intrakraniell eller intraspinal blødning. Hæmoptyse. Traumatisk blødning. **Overdosering\*:** Ingen antidot. I tilfælde af hæmorrhagiske komplikationer skal behandlingen stoppes og kilden til blødningen findes. Påbegyndelse af passende behandling, f.eks. operativ hæmostase eller transfusion med frisk frosset plasma, bør overvejes. Administration af aktivt kul kan være hensigtsmæssig. Indgivelse af rekombinant faktor VIIa kan overvejes. **Pakninger og priser (ESP 28-10-2013):** Filmovertrukne tabletter 2,5 mg: 10 stk: 143,65 kr, 20 stk: 265,50 kr, 60 stk: 752,85 kr, 168 stk: 2.068,70 kr. Filmovertrukne tabletter 5 mg: 14 stk: 192,40 kr, 100 stk: 1.240,20 kr, 168 stk: 2.068,70 kr. Se venligst dagsaktuel pris på <http://medicinpriser.dk>. **Tilskud:** Generelt tilskud **Udlevering:** B **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Bristol-Myers Squibb/Pfizer EELG, Bristol-Myers Squibb House, Uxbridge Business Park, Sanderson Road, Uxbridge UD8 1DH, Storbritannien. Produktresumeeet kan vedrørlagsfrit rekvireres fra den danske repræsentant: Bristol-Myers Squibb, Lyngby Hovedgade 98, 2800 Lyngby.

**Marevan® (warfarin), tabletter 2,5 mg. Forkortet produktresumé. Indikationer:** Forebyggelse og behandling af dyb tromboflebit og tromboemboliske komplikationer. **Dosering:** Administreres en gang dagligt. Varigheden er afhængig af indikationen. **Voksne:** Patienter, der ikke tidligere har været i warfarin behandling: Anbefalet startdosis er 5 mg en gang dagligt i 4 dage. På dag 5 måles INR, og der doseres herefter individuelt. Vedligeholdelsesdosis: 2,5-7,5 mg dagligt. Patienter, der tidligere har været i warfarin behandling: Indledningsvis anbefales det at give dobbelt dosis af tidligere vedligeholdelsesdosis i 2 dage, hvorefter der fortsættes med den tidligere vedligeholdelsesdosis indtil første INR måling på dag 5. Loading-doser højere end de angivne kan ikke anbefales. Høje loading-doser medfører ikke, at der hurtigere opnås antikoagulations-effekt, men derimod en forhøjet blødningsrisiko. Koagulationstest bør foretages inden behandlingsstart. Smalt terapeutisk indeks. Følsomheden kan variere mellem patienter og for samme patient. Monitorer behandlingen. En dosering, der sikrer en INR på mellem 2 og 3, anbefales til behandling eller forebyggelse af venøs trombose, lungeemboli, atriefibrin (ikke klapfejlbettinget), svær dilateret kardiomyopati, kompliceret hjerteklappelidelse og biologisk hjerteklapprotese. En højere INR mellem 2,5 og 3,5 bør tilstræbes ved mekanisk hjerteklapprotese og kompliceret akut myokardieinfarkt. **Børn:** Begrænset data. Initialdosis er normalt 0,2 mg/kg en gang dagligt og 0,1 mg/kg en gang dagligt til børn med nedsat leverfunktion. Dosering til børn bør tilstræbe samme INR som for voksne. Behandling med warfarin til børn bør foretages af specialister. **Ældre:** Bør monitoreres for blødningskomplikationer idet de har en forhøjet risiko for bivirkninger. **Nedsat leverfunktion:** Fører formentlig til en øget effekt. INR bør monitoreres tæt. **Svær leverinsufficiens:** Kontraindiceret. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed overfor warfarin eller et eller flere af hjælpestofferne. Gravid i første trimester og under de fire sidste uger. Svær leverinsufficiens. Forhøjet blødningsrisiko (hæmorrhagisk diatese, øsophagus varicer, arteriel aneurisme, spinal punktur, mavesår, alvorlige sår, cerebrovaskulære lidelser, bakteriel endocarditis og malign hypertension). Samtidig administration af prikbladet perikum. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler:** Fordelen ved tromboembolisk profylakse mod risikoen for hæmorrhagi vurderes. Patientens evne til at følge behandlingen vurderes nøje. Monitoreringen bør intensiveres ved behandlingsstart, seponering eller ændring i behandling med andre lægemidler. Påvirkning af den antikoagulerende effekt, f.eks. akut sygdom, hyper-/hypothyroidisme, opkastninger, diarré og hjerteinsufficiens med leverstase. Forhøjet blødningsrisiko, især fra mave-tarm kanalen, ved samtidig behandling med NSAID'er og acetylsalicylsyre. Større diætændringer. Mutationer i genet for CYP2C9 enzymet. Disse patienter bør holdes på lav vedligeholdelsesdosis, og de har forhøjet blødningsrisiko, hvis høje startdoser anvendes. Det bør overvejes om behandlingen skal stoppes nogle dage før operation. INR kontrolleres og justeres inden operation (inkl. tandlægeoperation). **Interaktioner:** Egen læge kontaktes før opstart, dosisændring eller seponering af anden medicin (inkl. håndkøbslægemidler, naturlægemidler, kosttilskud og vitaminer, der indtages udover den anbefalede dosis). Intervallerne mellem behandlingskontrol kan øges gradvist. De bør dog intensiveres omkring opstart og seponering af anden medicin. **Lægemidler, der nedsætter effekten (nedsætter INR):** Cholestyramin, bosentan, aprepitant, griseofulvin, dicloxacilin, rifampicin, ritonavir, barbiturater, antiepileptika, aminoglutethimid, azathioprin, nevirapin, hypericum perforatum, ginseng, coenzym Q10, avokado, vitamin K holdig føde. **Lægemidler, der øger effekten (øger INR):** Abciximab, tirofiban, eptifibatid, clopidogrel, heparin, cimetidin, amiodaron, ethacrynsyre, fluvastatin, gemfibrozil, propafenon, quinidin, rosuvastatin, simvastatin, micronazol, danazol, testosteron, thyroideahormoner, penicilliner, quinoloner, makrolider, antimycotika, chloramphenicol, sulfamethoxazol, ASA, NSAID, leflunomid, paracetamol, phenylbutazon, antiepileptika, tramadol, amitriptylin, fluoxetin, fluvoxamin, paroxetin, sertralin, flououracil, capecitabin, ifosfamid, tamoxifen, disulfiram, vitamin A, E, tranebær. **Midler, der kan øge/nedsætte INR:** Alkohol. **Graviditet og amning:** **Graviditet:** Warfarin passerer hurtigt placenta. Kontraindiceret i første trimester og under de sidste fire uger af graviditeten. Kan forårsage misdannelser og blødninger i fosteret. Fosterdød kan forekomme. Brug af warfarin under graviditet kan medføre føtal warfarin syndrom, et chondrodysplasia punctata lignende syndrom. **Amning:** Kan anvendes i ammeperioden. **Bivirkninger:** *Meget almindelige:* Blødning fra forskellige organer. *Almindelige:* Øget følsomhed efter langvarig behandling. *Ikke almindelige:* Anæmi. Opkastning. Abdominal smerter. Kvalme. Diarré. *Sjældne:* Oesofagitis. Nefrit. Tubulær nekrose. Nyre- og urinvejssten. Eksem. Vaskulit. Nekrose. Alopeci. Udslet. Nældefeber. Kløe. Overfølsomhedsreaktioner. Stigning i leverenzymtal. **Overdosering:** **Symptomer:** Forhøjet INR og øget risiko for blødningskomplikationer. Starten af stigningen af INR er korreleret med halveringstiden af faktor VII. Forhøjet INR manifesteres oftest indenfor 24 timer efter indtagelse og når et maksimum mellem 36 til 72 timer. Kliniske manifestationer ses få dage eller uger efter indtagelse og karakteriseres ved næseblod, tandkødsblødning, blegthed, hæmatomer omkring led og balder, samt blod i urin og fæces. Andre symptomer kan være rygsmerter, blødende læber, slimhindeblødning, abdominal smerter, opkastning og udslet med små hudblødninger. Senere i forløbet kan paralyse p.g.a. cerebralblødning, blødningssshock og død ses. **Behandling:** Symptomatisk og understøttende. Antidotet phenomenadion administreres primært og hvis nødvendigt gives intravenøs infusion af koncentrat indeholdende koagulationsfaktorer, frisk frosset plasma samt blodtransfusioner. Da halveringstiden af warfarin er 20-60 timer, bør patienten observeres over en længere periode. **Priser og pakninger pr. 28.10.2013:** 2,5 mg; 100 tabletter, kr. 117,30. **Udlevering:** B. **Tilskud:** Tilskudsberettiget. **Produktinformationen er omskrevet og forkortet i forhold til det af Lægemiddelstyrelsen godkendte produktresumé dateret 29. juli 2011.** Produktresumeeet kan vedrørlagsfrit rekvireres fra Nycomed Danmark ApS, Nycomed Danmark ApS, Langebjerg 1, 4000 Roskilde. Tlf: 46 77 11 11. Fax: 46 75 48 42. [www.nycomed.dk](http://www.nycomed.dk)

**Eliquis**  
**apixaban**

## Forskningspris til sygeplejerske på Køge Sygehus

Sygeplejerske og souschef Charlotte Voss Sørensen fra Ortopædkirurgisk Afdeling på Køge Sygehus har fået Nordstjerneprisen på Køge Sygehus for at have optimeret forløbet for patienter på Ortopædkirurgisk Afdeling.

Charlotte Voss Sørensen har indhentet viden og koordineret forløbet for patienter forud for planlagte operationer, så flere besøg i ambulatoriet er blevet samlet til ét. Desuden er der udviklet informationsmateriale og gennemført en tilfredshedsundersøgelse, der viser, at patienterne er meget tilfredse med forløbet.

Nordstjerneprisen, der i år er uddelt for fjerde gang, skal støtte medarbejdere med en mellemlang, videregående uddannelse til i højere grad at forske i deres kliniske praksis.

Med prisen fulgte en check på 10.000 kr., som skal bruges til yderligere uddannelse eller forskning. Prisen blev overrakt ved et fagligt symposium for medarbejdere med en mellemlang, videregående uddannelse på sygehusene i Roskilde og Køge.



## Sygeplejersker søges til Norge og Sverige – til en attraktiv løn

**Kirurgiske sygeplejersker**  
**Medicinske sygeplejersker**  
**Anæsthesisygeplejersker**  
**Dialysesygeplejersker**  
**Intensivsygeplejersker**  
**Neonatalsygeplejersker**  
**Onkologisygeplejersker**  
**Operationssygeplejersker**

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](http://dsr.dk/jobudlandet)

## Kredsnæstformand trækker sig

Kredsnæstformand i Dansk Sygeplejeråd Krednæstformand Ken Strøm Andersen har trukket sit mandat pr. 25. november

og er fratrådt. Der konstitueres ny kredsnæstformand på et kredsbestyrelsesmøde den 17. december 2013.

## Marianne Glavind

Vi har desværre alt for tidligt mistet en dejlig og omsorgsfuld kollega og ven, Marianne Glavind.

Marianne havde mange års erfaring fra det neurokirurgiske operationsspecialie, inden hun blev ansat på Dagkirurgisk Center. Hun var med til at implementere neurokirurgi i dagkirurgisk regi på AUH.

Det var vigtigt for Marianne, som den dygtige sygeplejerske hun var, at sikre den grundlæggende sygepleje. Som klinisk vejleder italesatte hun sygeplejens fundament til de studerende, især kommunikation og den direkte patientkontakt var Marianne meget optaget af.

Hun besad en stor evne til at være opmærksom på patienter med særlige behov. Hun var altfavnende såvel over for patienter som for kollegaer.

Marianne havde sine meningers mod, og vi respekterede hende for det. Hun var lyttende og havde empati.

Oftede forsødede Marianne vores travle hverdag med hjemmelavede lækkerier - hun var en sand gourmet.

Marianne har været vores kollega igennem 14 år, og hendes død vil efterlade et stort savn hos os alle på Dagkirurgisk Center.

Mariannes familie betød alt for hende. Vores tanker og dybeste medfølelse går til familien.

*Personale og ledere på Dagkirurgisk Center,  
 Nørrebrogade,  
 Aarhus Universitetshospital.*

## "Jeg har begået fejl"

En sygeplejerske stod i november frem på DR for at fortælle, hvordan et fortravlet arbejdsliv og for mange opgaver går ud over kvaliteten i sygeplejen og svækker patientsikkerheden. Hun har selv prøvet at glemme insulinen til en diabetespatient, fordi hun havde for travlt.

*Vigtigt at stå frem - men også at stå sammen for at understrege, at fejl ofte er resultat af uhensigtsmæssige arbejdsforhold - og dermed ikke den enkeltes ansvar!*

*Sejt, at du står frem. Det er fuldstændig rigtigt, at mange af fejlene skyldes de dårlige og meget urimelige arbejdsvilkår. Hvis det fortsætter, så tør jeg ikke tænke på, hvor mange liv det vil koste? Der er med garanti mange flere utilsigtede hændelser, som ikke bliver meldt, fordi det også tager tid og må nedprioriteres, fordi der altså er patienter/klienter, der skal passes.*

*Godt, der sættes fokus på det, for utilsigtede hændelser er komplekse og kan skyldes en lang række faktorer. Vigtigt at disse rapporteres, så der kan laves ændringer på arbejdspladsen. Det er ydermere vigtigt, at der er en kultur på arbejdet, så den enkelte ikke dunkes i hovedet, hvis der er sket en fejl - ingen har tilsigtet dette, men i stedet kan man/afdelingen tage ved lære heraf.*

*Dejligt at se sådan en modig kvinde stå frem!*

*Ja, og det er efterhånden uhyggeligt, hvad vi udsætter os selv for - og finder os illi!*

*At de unge klynker, tager jeg roligt, men når de gamle råber vagt i gevær, så er det alvorligt.*

*Det synes jeg er en ærgerlig kommentar. Jeg er hjemmesygeplejerske og uddannet i januar. Mine holdninger til dette er det*

*samme som mine ældre kollegaers. Fordi vi er unge sygeplejersker, klynker ikke. Vi ser som jer andre muligheder for forbedring til borgerens bedste.*

*Det var da en noget nedladende kommentar! Men lad os prøve at vende den om ... Måske er det netop din generations "skyld", at det hele er endt så galt. I er nemlig ofte opdraget til at lege flinkeskolen, se bare på DSR's bestyrelse! Lad de unge komme til, så skal du se løjer!*

*Ja, hvem kan sige sig fri. Vigtigt og stærkt at stå frem og vedkende sig - også min erfaring. Hvordan skal vi ellers synliggøre behovet for faglig oprustning. Enig i at vi skal stå sammen - det gør det også lettere at være ærlig. Indberetning af utilsigtede hændelser har jo også haft betydning for synliggørelse af behov for flere dygtige fagpersoner.*

## Frygtelig meget dokumentation

Formand for Dansk Sygeplejeråd Grete Christensen mødte i november DR Debattens Clement Kjærsgaard og en række politikere til debat om sundhedsvæsenets udfordringer. En opfordring til politikerne var at fjerne unødvendig dokumentation, så der bliver mere tid til patienterne.

*Vedrørende unødig screening, ja så tager det tid fra spl., men ud fra mit synspunkt risikerer vi også at gøre pt. mere syge, hvilket jo ikke er vores formål ...*

*Dejligt at der endelig kommer fokus på problematikken, så der forhåbentlig kan blive frigjort mere tid til omsorg for patienterne og deres pårørende ❤️*

*Meget enig. Unødig dokumentation fylder meget i hverdagen. Lad den enkelte afdeling vurdere, hvilke standarder der giver mening hos dem.*

*Afgiv alt det unødige dokumentation OG opnormer ... Du kan ikke sikre sygeplejen*

*med kontroller, fordi man ved, at der sker fejl pga. manglende ressourcer.*

*Der bliver jo ikke gjort en skid ved det problem alligevel ... Man ser gang på gang, at der kommer noget nyt, der skal dokumenteres ... Tiden går på papirarbejdet og langt mindre, hvor det BURDE!*

*Men man må bare ik' give op 😊 og ja, hvor er der dog frygtelig meget, der skal dokumenteres!*

*Det bliver en svær kamp. Folkene på den anden side vil gøre deres for, at vi skal beholde nuværende samt flere skemaer etc. Det er jo deres job, som er på spil.*

*Det bliver værre og værre, har nu været sundhedsplejerske i 32 år, dengang jeg startede, besøgte vi 3 gange så mange spædbørn og 3 gange så mange af alle de andre børn på samme tid. I dag bruger vi oceaner af tid ved computeren, og vejen opad til at nå den egentlige ledelse er helt ufremkom-*

*melig for alle de ledelsesniveauer, der er skudt ind. Det er det glade vanvid [...]*

*Endelig kommer fokus på denne problematik. Det er frustrerende, at man allerede som studerende kan konkludere, at sygeplejerskernes tid er SÅ dårligt fordelt. Den enorme tid, der bliver brugt på unødig dokumentation, burde i stedet bruges på omsorg og interaktion med patienter og pårørende [...]*

*Undrer mig over al denne fokus på dokumentation. Det er muligt, dokumentationen er et problem, men det står da ikke alene! For mig at se medvirker dokumentation til videndeling og sikring af kontinuitet - og dermed fremme af patientsikkerhed - og er ikke en tom tidsrøver [...]*

**Hvis du selv har lyst til at deltage i debatterne på Dansk Sygeplejeråds Facebook-side, kan du gøre det på [www.facebook.com/sygeplejersker](http://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](http://www.dsr.dk) > Sygeplejersken og ring eller send en mail med din idé, nummeret er 4695 4187 og mailadressen [jb@dsr.dk](mailto:jb@dsr.dk)



**FAG**

- FRA SYGEPLEJERSKE TIL SYGEPLEJERSKE

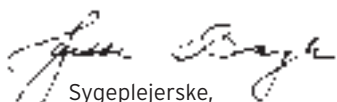
## Når sygeplejersken er ugens gæst

Når mennesker med hiv lever en kummerlig tilværelse, tager de ikke deres livsvigtige medicin efter forskrifterne. Argumenterne for den beslutning er ikke lette at forstå for andre, som har deres sociale forhold på plads og i orden. En undersøgelse belyser, hvad intensiv coaching betyder for disse mennesker, deres livskvalitet og muligheder for at passe medicineringen. 11 personer deltog i projektet, der bl.a. opsamler viden om disse hiv-positives mangel på socialt netværk og støtte. Måske er det her, forebyggelsesindsatsen skal funderes. Kan det sociale netværk for mennesker med alkohol-, bolig- og psykiske problemer styrkes, eller er det en umulig opgave? Læs artiklen side 58.

"Ugens gæst" kaldes de sygeplejersker, som har en overflod af sygedage og af samme grund møder meget uregelmæssigt på arbejde. De bliver som en følge frosset ud af fællesskabet, socialt ekskluderede. En kortlægning af begrebet "social udveksling" førte til en ændret forståelse af sygefravær og til en ny strategi for at minimere det på en afdeling på Hvidovre Hospital, læs side 70.

Screening, screening og screening er vejen frem i forebyggelsestænkningen, men man skal ikke være i selskab med Peter Gøtzsche, leder af det Nordiske Cochrane Center på Rigshospitalet, i mange minutter for at forstå, at den tankegang kan anfægtes. Er det naturligt at være ked af det efter alvorlig hjertesygdom, eller er de tidlige tegn på depression behandlingskrævende. Skal man se an eller reagere? Læs mere på side 64.

"Studerende i praksis", side 14, handler om de mærkater, der kan sættes på patienterne. "Hun er så besværlig, skynd dig ud igen, når du er færdig", "han klapper dig altid på låret, du skal bare sige fra" osv., osv. Den studerende mener, at tavlen skal viskes ren, før en ny patient eller borger bliver kontaktet, og hun taler af erfaring.

  
Sygeplejerske,  
cand.cur., fagredaktør.



## Frivillige støtter patienter

Shila Hindsoe, sygeplejerske, børneafdelingen, Hillerød Hospital;  
Shila.Hindsoe@regionh.dk

*Frivillige fra Røde Kors fungerer som patientstøtter på en børneafdeling. De underholder børnene og sørger for, at afdelingen ser præsentabel ud. Både patienter, pårørende og personale er tilfredse med ordningen.*

Frivillige patientstøtter i røde skjorter er en del af hverdagen på Hillerød Hospitals børneafdeling. Patientstøtterne hjælper børnene med aktiviteter og underholdning under indlæggelsen. Ordningen har eksisteret i to år og blev etableret ud fra et ønske om at øge mulighederne for underholdning af børnene.

I de senere år har effektivisering af arbejds gange og registreringsopgaver betydet, at en del af sygeplejerskernes tid er flyttet væk fra patienten. Det var derfor oplagt at tage utraditionelle midler i brug, når børnene skulle underholdes.

Børn er vant til at blive adspredt af teknologi i form af TV, Playstation, Wii, iPad m.m. Disse hjælpemidler fungerer fint i hverdagen, men er ofte utilstrækkelige under en indlæggelse. Det forstyrrer desuden i nogle situationer en sikker kommunikation med barnet, som har sin opmærksomhed rettet mod en skærm.

De frivillige patientstøtter fra Røde Kors er kendt på Hillerød Hospital som "dem i de røde skjorter". En vigtig del af deres opgaver er at hjælpe patienter og pårørende med at finde rundt på hospitalet.

### Røde Kors på banen

Børneafdelingen indledte et samarbejde mellem ledelsen og Røde Kors for at kortlægge gensidige forventninger til patientstøtteordningen på børneafdelingen.

Den første og nok også mest ressourcekrævende opgave var at definere patientstøtternes funktion på afsnittet, idet afgrænsningen

### 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

# på børneafdelingen

til sygeplejefaglige opgaver skulle være tydelig. Det var vigtigt at påpege, at de frivillige ikke skulle erstatte personalet og udføre sygepleje hos patienterne.

Ordningen blev diskuteret i personalegruppen, hvor både positive og negative forventninger kom frem. Frygten for at miste observationsmuligheder i forhold til barnet under leg og afledning var en af de overvejende bekymringer ved projektet. Afledning og leg med børnene skulle dog forblive en vigtig del af sygeplejen, f.eks. under ubehagelige procedurer som blodprøver eller anlæggelse af drop.

Der blev taget udgangspunkt i de opgaver, som sygeplejerskerne ønskede at udføre, men som var blevet prioriteret til et minimum. Emnet "underholdning" blev dermed overskriften for patientstøtternes opgaver, og der kunne nu formuleres nogle forslag til, hvilke former for underholdning børnene kunne have gavn af. Det kunne være temadage med klippe/klistre, lege med ler og farvelade, perler og meget andet.

Det var ligeledes vigtigt at forholde sig til arbejdsopgaver, som var tidskrævende, men som ikke nødvendigvis krævede en sygeplejerske: at følge forældre og børn til andre afsnit som røntgen, anæstesi og laboratoriet, vise børnene, hvor de kunne finde spil og dvd'er, rydde op i opholdsrummet, vande blomster og sørge for, at afdelingen så indbydende og rar ud.

Da opgaverne var blevet specificeret, blev forslaget fremlagt for personalegruppen på afdelingerne. Det var med blandede følelser, at forslaget blev modtaget, hvilket i høj grad skyldtes usikkerhed i forhold til opgavefordelingen blandt personale og patientstøtter. Projektet skulle køre i en tre måneders prøveperiode, hvorefter der skulle evalueres på, om det skulle fortsætte.

Der blev sat en annonce i lokalavisen, og ansøgningerne begyndte at strømme ind. Til det indledende informationsmøde mødte 50 mennesker op. Heraf blev 15 indkaldt til individuelle samtaler, hvor der blev talt om forventninger og mål for patientstøtterne i børneafdelingen.

For at komme i betragtning som patientstøtte skal man være fyldt 18 år, have en ren straffeattest og være rask.

## De frivillige arbejder i par

Det kan være grænseoverskridende at skulle opsøge børn, som er syge, og forældre, som kan være i krise, og det blev derfor besluttet, at patientstøtterne skulle arbejde parvis. Arbejdstiden ligger om formiddagen fra kl. 10-13, hvor der kan være mest travlt på afdelingen.

De 15 patientstøtter har en aktivitetsleder, som sørger for at videregive informationer, udarbejde vagtplan og modtage nye ansøgere. På afdelingen er der en sygeplejerske, som i et tæt samarbejde med aktivitetslederen står for formidlingen af beskeder mellem Røde Kors og afdelingens personale.

På alle stuer er der ophængt en liste, der beskriver de opgaver, man kan forvente af patientstøtterne. Derudover er de blevet udstyret med en telefon, så personalet altid kan få fat i dem.

Opstartsfasen kan være svær, når der indføres nye tiltag, og det var ingen undtagelse, da patientstøtterne startede. Personalet på afdelingen måtte vænne sig til nye kolleger, og patientstøtterne skulle vænne sig til at omgås patienter, pårørende og personale. Der er ikke tidligere beskrevet patientstøtter på en børneafdeling, så det var kun muligt at dele erfaringer med de Røde Kors-medarbejdere, som var andre steder i huset.

Efter tre måneder blev der holdt evalueringsmøde, og konklusionen blev, at Røde Kors-medarbejderne gjorde gavn i afdelingen, og der kom kun positive tilbagemeldinger fra personalet. Børn og forældre giver udtryk for at være glade for ordningen, og de ved, hvem damerne i de "røde skjorter" er.

En værdifuld sidegevinst, som man får som kontaktsygeplejerske for patientstøtterne, er, at man lærer nye, søde mennesker at kende. Mennesker, som er villige til at dele ud af deres fritid og gøre noget positivt for børn og forældre.

# EN AF OS i grønt



En grøn boks med 10 eksemplarer af hæftet "Dialogstarteren – sæt fokus på afstigmatisering". Det er det nyeste udspil fra landskampagnen "EN AF OS", der siden 2011 har arbejdet for afstigmatisering af psykisk sygdom.

"Dialogstarteren" skal fremme opmærksomhed omkring, hvordan man som fagperson kan blive skarpere på, hvordan kulturen, sproget og adfærd på den enkelte arbejdsplads måske er med til at stigmatisere. Hæftet er på 39 sider, det er delt op i pakker af henholdsvis en, to og tre timers varighed, så personalet kan vælge pakke efter, hvor meget tid der er til rådighed. Den enkelte pakke indeholder oplæg til film, dilemmaøvelser – og en opfordring til evaluering af materialet.

Der findes også en stor gruppe ambassadører, mennesker, som har erfaring med psykisk sygdom og med at formidle deres erfaringer. De kommer gerne ud og deltager i arrangementer, f.eks. årsmøder og konferencer eller med en stand om EN AF OS-kampagnen.

Materialet er lækkert og gennemarbejdet, hensigten med det er at udvikle kvaliteten i psykiatrien uden at fokusere alt for bredt. Målgruppen er ledere i psykiatrien, plejepersonale, men også andre arbejdspladser med interesse for psykiatri kan have glæde af materialet. Materialet findes på [www.en-af-os.dk/dialogstarteren](http://www.en-af-os.dk/dialogstarteren)

*Hvis der er spørgsmål, er man velkommen til at kontakte EN AF OS-sekretariatet v. Anja Kare Vedelsby på 2483 6633 eller på mail: [akv@en-af-os.dk](mailto:akv@en-af-os.dk)*

(jb)

## Få styr på dit stress - for altid. 100 % garanti for effekt, når du følger vores råd

Ingen meditation, men med en hensigtsmæssig udnyttelse af åndedrættet i hverdagen kan du nemt få styr på dit stress for altid.

Det er tilmed en metode, som alle – børn som voksne – kan praktisere i dagligdagen, hvor metoden fungerer som et løbende skjold mod stress.

### Køb "Guide til aktiv afstressning for sygeplejersker"

på vores hjemmeside [www.stress.dk](http://www.stress.dk) i dag for blot kr. 300,- og få guiden tilsendt på din e-mail i morgen.

Guiden er essensen og et sammendrag af 20 års kursuserfaringer med afstressning.



## Tag en brugbar videreuddannelse

I 2014 udbyder vi følgende uddannelser:

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

Vi inviterer til informationsmøder:

Onsdag 22. januar kl. 15-17 i Aarhus

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

Torsdag 30. januar kl. 15-17 i København

(Campus Emdrup, D 169, Tuborgvej 164, 2400 København NV)

Læs mere om uddannelserne på

[www.kandidat.au.dk/sygepleje](http://www.kandidat.au.dk/sygepleje) og

[www.au.dk/evu](http://www.au.dk/evu)

Sektion for Sygepleje, Institut for Folkesundhed  
Tlf. 8716 7010; [hn@sygeplejevid.au.dk](mailto:hn@sygeplejevid.au.dk)



sorbact®  
green wound healing



- ✓ Til alle typer sår
- ✓ Til svamp i hudfolder
- ✓ Effektivt og økonomisk
- ✓ Ingen miljøpåvirkning
- ✓ Ingen resistensudvikling
- ✓ Veldokumenteret

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



#### Distribution:

Mediq Danmark A/S - Tlf. 36379200

Abena A/S - Tlf. 74311818

One Med A/S - Tlf. 86109109



Kontakt os for yderligere information eller vejledning.

ABIGO Pharma A/S . Kundeservice: tlf. +45 4649 8676 . [www.abigo.dk](http://www.abigo.dk)





**PPS** Praktiske Procedurer i Sygepleje

## PPS er nu lanceret i Danmark!

- ▶ Patientsikkerhed
- ▶ Øget kompetence
- ▶ Effektiv dokumentation
- ▶ Opdatering og udvikling
- ▶ Helhedsorienteret behandling

**”Hvorfor PPS: Kvalitetssikring i hverdagen - den sidste nye viden”**

*Gunnel Pedersen, Udviklingskonsulent  
Hedensted kommune*

**PPS er** en database med mere end 300 videnbaserede procedurer. **PPS har stor udbredelse** i Norge; bruges i alle sygeplejeuddannelser, i 280 kommuner og på flere sygehuse og institutioner. **PPS i Danmark** efterspørges og de første brugerne er: VIA Midtjylland, Aarhus Universitet (sygeplejeuddannelsen), Århus kommune, Hedensted kommune, Lolland kommune og Samsø kommune. **PPS i dansk version** - med tilrettelæggelse til danske forhold. Et fagligt vigtigt og spændende dansk-norsk samarbejde indenfor sygepleje! **PPS hentes** nemt på computer, tablet og smartphone.

[www.ppsinfo.dk](http://www.ppsinfo.dk)



[facebook.com/sygepleieprosedyrer](https://facebook.com/sygepleieprosedyrer)

Elsebe Hille  
Gitte Landberger  
(+45) 22 26 21 29  
[kontakt@ppsinfo.dk](mailto:kontakt@ppsinfo.dk)

# Forskning kræver tværfagligt samarbejde

I Danmark findes ca. 135 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.



Lene Bastrup Jørgensen er 48 år, bor i Silkeborg og er gift. Hun har to voksne børn.

Lene Bastrup Jørgensen er ansat som leder af en interdisciplinær forsknings-

enhed og forskningsansvarlig sygeplejerske i Center for Planlagt Kirurgi, Regionshospitalet Silkeborg, Hospitalsenhed Midt. Er derudover ansat som adjunkt i et stillingsfællesskab mellem Sektion for Sygepleje, Aarhus Universitet, og Hospitalsenhed Midt.

*Hvad fik dig til at forske?*

”Flere faktorer fik mig til at forske. Dels en evig trang til at lære mere, dels en fast tro på, at vi må evidensbasere vores praksis til det bedste for patienterne, og desuden en uvurderlig opbakning fra professor Kirsten Lomborg og nu pensioneret lektor Ingegerd Harder til at gå i gang med ph.d.-uddannelsen.”

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

”Forskningsemnet er, hvordan mennesker med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) håndterer dagliglivet med åndenød. ”Håndtering af åndenød i dagliglivet” forstås i projektet som et multi-dimensionelt fænomen, der må undersøges med forskellige metoder, f.eks. fysiologiske målinger, videooptagelse af dagligdagsaktiviteter samt interview. Det var et stort plus for projektet, at vejleder-teamet bestod af sygeplejersker og læge med forskellige typer af indsigt i emnet samt erfaring med både kvalitative og kvantitative metoder.”

*Hvor tog du din forskeruddannelse henne?*

”Jeg tog min forskeruddannelse ved Sektion for Sygepleje, Aarhus Universitet.”

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

”Jeg fik et samfinansieret stipendium fra Aarhus Universitet, Regionshospitalet Silkeborg og Styrelsen for Forskning og Innovation.”

*Hvor kan man læse om dine forskningsresultater?*

”Vi har været så heldige, at Journal of Research in Nursing har accepteret tre sammenhængende artikler fra afhandlingen. Artiklerne beskriver henholdsvis den anvendte multi-modale grounded theory-metode, den grounded teori om håndtering af KOL og endelig de statistiske beregninger, der støtter op om teorien.” (Se litteraturliste nedenfor).

*Hvordan har din forskning betydning for praksis?*

”Vi har identificeret fire typiske måder, hvorpå lungesyge mennesker håndterer livet med åndenød. De forskellige håndteringsmåder har forskellige motiver og kalder på forskellige behov for støtte til at håndtere livet med åndenød. Teorien om de fire håndteringsmåder kan derfor med fordel udgøre grundlaget for et mere individualiseret rehabiliteringstilbud til mennesker med KOL.”

*Hvad forsker du i aktuelt?*

”Jeg undersøger i øjeblikket et mixed-methods-studie: 1) Hvordan patienter håndterer det at gennemgå et accelereret forløb, hvor de får en ny hofte, samt 2) hvordan animeret og webbaseret information øver en indflydelse på denne håndtering.

Projektet er interdisciplinært funderet og udgår fra et forskningsmiljø, der består af sygeplejersker, fysioterapeuter, læger, en antropolog og to akademiske medarbejdere med politisk og sprogkyndig baggrund. En broget, men bevidst sammensat

flok, der arbejder med både forskning, kvalitet, udvikling og innovation i et tæt samarbejde med forløbskoordinatorer med ansvar for hofte-, knæ- og rygforløb.

Jeg er fortalende for et tæt tværfagligt samarbejde omkring patienter. En faggruppes viden og kompetence kan sjældent stå alene, hvis vi skal yde vores bedste. Jeg er derfor overbevist om, at vi må arbejde interdisciplinært i forskning, hvis vi skal optimere de elektive, kirurgiske patientforløb, så både den patientoplevede kvalitet og patientsikkerheden er i top. Helt naturligt har jeg derfor arbejdet på, at vi har delt forskningsledelse mellem centrets forskningsansvarlige sygeplejerske, fysioterapeut, ortopædkirurgisk og anæstesiologisk overlæge. Alle centrale faggrupper i kirurgiske patienters forløb er hermed repræsenteret i den samlede forskningsindsats.”

## Litteratur

- Jørgensen LB et al. Evaluation of a multi-modal grounded theory approach to explore patients' daily coping with breathlessness due to chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Research in Nursing*; 2013 18(5):423-40.
- Jørgensen LB et al. Four types of coping with COPD-induced breathlessness in daily living: a grounded theory study. *Journal of Research in Nursing*; 2013 18(6):520-41.
- Jørgensen et al. Coping with breathlessness among people with COPD: distinct physiological and behavioural indicators. *Journal of Research in Nursing*. 2013 doi:10.1177/1744987113504512Online.
- Jørgensen LB et al. Fire måder at håndtere åndenød på. Et grounded theory studie. *Sygeplejersken*, 2013;(9)85-102.

# Styr på fagsproget



Siden 1999 har Sygeplejersken bragt en faglig julekryds, og vi fortsætter ufortrødent med de faglige løjer for krøllede hjerner. Det gælder om at have styr på fagsproget, så det bliver muligt at gætte kodeordene del 1 og 2, markeret med gult.

Brug slippen nedenfor/her på siden og send løsningen, så vi har den senest den 6. januar 2014 med morgenposten. Den skal sendes til:

**Sygeplejersken, Sankt Annæ Plads 30,  
1250 København K**

Mærk kuverten "Julekryds" i nederste venstre hjørne.

Det er også muligt at sende løsningen pr. email til: [Julekryds@dsr.dk](mailto:Julekryds@dsr.dk)

Husk navn, adresse og medlemsnummer. Vi skal have emailen senest mandag den 6. januar 2014 kl. 13.

Vi trækker tre vindere, hvis navne offentliggøres i Sygeplejersken nr. 1/2014, der udkommer fredag den 17. januar. Vinderne får tilsendt et gavekort og en bog.

(jb)

	RUM	GIVE	HUSDYRET	STRØM	KODEORD (1. DEL)									GRØNSTÆR			IKKE KUN I FODBOLD
KODEORD (2. DEL)											→						
BY I AUSTRALIEN								ONKEL -?			SVIGEFULD PRIKKEN OVER -?						↓
INKLUSIV				EFTERSKRIFT ROD			FRA TALLINN MØDES										
		BIBELNAVN TIL SIDST										STRAKS LANDSBY					
UNORMALE								100 CM REDSKAB					BLOK SANGERE				
			2 ENS CARIT -?			2 ENS REDSKAB											
												ANGÅENDE STEDSEGRØN				DRIK ELEFANTER	
MÅLES							→							BODIL GÅ			
FILMTITEL		HÅREDE DRENGENAVN						STAKLEN	SLAPT	ROVDYR SKIMTE				TOBAK			
↵							KRYDDERURTE				UTILSTRÆKKELIG ILTFORSYNING						
GUDDOM				HERSKEREN KLOG						BYRDE LØVTRÆ		HÅNBOLDUDTRYK		VITAMIN NODE			ALFABETISK FØLGE
2 ENS			ENGELSK AFSLAG														
ALDERDOMS SVÆKELSE												TJENESTE-DRAGT					
										RÆKKE					MIDT I QUEBEC		ER VI MED I
GUD								FRAKTUR									

LEXI.DK

Navn \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Medlemsnummer \_\_\_\_\_

Løsning \_\_\_\_\_

# Intensive samtaler med hiv-adhærensproblemer

Artiklen beskriver en intervention overfor hiv-patienter, som har vanskeligt ved at tage deres hiv-medicin, dvs. at de har adhærensproblemer. Interventionen bestod af coachingsamtaler og viste god effekt både på patienternes virusmængde i blodet og på deres livskvalitet.

**Winnie Bergstedt**, forskningssygeplejerske, MIH, Epidemiklinikken M5132, Rigshospitalet; Winniebergstedt@hotmail.com  
**Toke S. Barfod**, overlæge, ph.d., lektor, speciallæge i intern medicin og infektionsmedicin, Medicinsk Afdeling, Roskilde Sygehus

Ved behandling af infektion med hiv er god adhærens nødvendig, da hiv-virus ellers kan udvikle resistens overfor medicinen (1,2). Adhærens er generelt i forskellige patientgrupper omkring 50 pct. af den ordinerede medicin (3). Sammenlignet med andre patientgrupper har hiv-patienter en god adhærens til deres antiretrovirale medicin (AntiRetroviral Therapy ART) (1). Ca. en femtedel af de behandlingsnaive hiv-patienter har dog mere end 500 viruskopier pr. ml blod efter fem års behandling, hvilket er et stærkt indicium på uregelmæssig medicinindtagelse (4), og ca. en sjettedel af de hiv-smittede anfører da også, at de har misset noget af deres medicin inden for de seneste fire dage (1). Det kan være meget vanskeligt at hjælpe disse patienter til optimal adhærens (5,6).

Baggrunden for danske hiv-patienters vanskeligheder med at tage medicinen er belyst i flere sammenhænge (1,2). Depression og manglende tilfredshed med behandlingen hænger sammen med uregelmæssigt tabletindtag (1), og kommunikationen med behandleren er ofte vanskelig (1,6).

Internationalt er direkte observeret terapi (DOT) ofte brugt som intervention overfor non-adhærente patienter med hiv eller tuberkulose (7), og coaching er meget brugt i tiden for at hjælpe mennesker til adfærdændring generelt, men disse metoder er ikke undersøgt overfor mennesker med hiv i Danmark. Derfor ønskede vi at undersøge effekten af en adhærensintervention baseret på coachingsamtaler og DOT og at opnå forståelse af patienternes vanskeligheder med at tage medicinen.

## Metode

### *Inklusion af deltagere*

Deltagerne blev inkluderet successivt, som de blev henvist fra lægerne og sygeplejerskerne i ambulatoriet og sengeafsnittet på infektionsmedicinsk afdeling på Rigshospitalet i København. Inklusionskriterier var, at personen deltog frivilligt, var over 18 år

” Ved behandling af infektion med hiv er god adhærens nødvendig, da hiv-virus ellers kan udvikle resistens overfor medicinen.

og havde et adhærensproblem varende længere end et halvt år. Eksklusionskriterierne var psykoser, voldelig/truende adfærd og behov for tolkebistand.

### *Intervention*

Deltagerne blev fulgt 6-8 måneder med coachingsamtaler, i starten en gang ugentligt herefter en gang månedligt. Hvis deltageren deltog i seks eller flere samtaler, anså vi interventionen for gennemført.

Coachingsamtalerne blev til ud fra almen sygeplejefaglig viden, teorier og teknikker fra Landmark Education (8) og Sofia Mannings coaching (9).

Ud over coachingsamtalerne skulle deltagerne arbejde hjemme med forskellige opgaver vedrørende deres indtag af medicin, herunder udfylde selvregistrerings-skema for deres medicinindtag, lave billeder/kollager og dagbog. Alle coachingsamtaler blev gennemført af sygeplejerske med mulighed for lægelig sparring og supervision (forfatterne). Derudover var der tilbud om at blive tilknyttet et DOT-program. DOT-personen skulle udvælges fra deltagerens eget nærmiljø. DOT-personen skulle sige ja til at modtage undervisning fra os i at støtte patienten og skulle i interventionsperioden sige ja til at støtte patienten i at tage sin medicin, f.eks. ved personlig eller telefonisk kontakt et par gange ugentligt.

### *Dataindsamling og analyse*

Der blev indhentet både kvalitative og kvantitative data i studiet. De kvantitative data er afleveret andetsteds (10).

De kvalitative data bestod af journalnotater om adhærens og udsagn fra patienterne under coachingsamtalerne. Der blev taget stikord og citater under samtalerne og skrevet logbog efter samtalen. Samtalerne blev ikke optaget på bånd. I den kvalitative analyse indgik desuden data fra patientens hjemmeopgaver.

De kvalitative data blev analyseret inspireret af Grounded Theory-metoderne beskrevet af Strauss og Corbin (11). Data blev organiseret i de temaer, der viste sig at gå igen, og temaerne blev reformuleret i løbet af undersøgelsen. For at øge validiteten blev der også set efter data, der modsagde eller ikke passede ind i de fundne temaer. Analysen sluttede på det deskriptive stadie (11). Vi forsøgte at sætte



# patienter med

vores forforståelse i parentes forud for analysen, men efter analysen af vores data eftersøgte vi litteraturen for lignende temaer (11).

## Resultater

Der blev henvist 19 patienter fra maj til oktober 2009. Tre blev afvist, da de blev henvist for sent. Fem af de resterende 16 afslog deltagelse efter information. Studiepopulationen bestod således af 11 patienter. De 11 deltagere bestod af fem mænd og seks kvinder i alderen 23-54 år, se tabel 1. Enkelte af patienterne har i løbet af årene haft nogle få målinger med umåleligt virus, men typisk har deres virusmængde ligget på flere tusinde igennem flere år. Ud af de 11 var der syv, der gennemførte de første seks samtaler.

Fem temaer viste sig gennemgående at være af betydning for patienternes adhærens og udbytte af interventionen, hvor "Irrationelle ræsonnementer" er hovedtemaet:

1. Irrationelle ræsonnementer
2. Integritet
3. Sociale relationer
4. Psykiatri
5. Sundhedssystemet/personale

### 1. Irrationelle ræsonnementer

Et meget tydeligt gennemgående tema hos alle patienterne er det tema, vi kalder irrationelle ræsonnementer. Det dækker over, at ►

**Tabel 1. Fysiske og sociale egenskaber**

Fysiske og sociale egenskaber hos 11 non-adhærente hiv-patienter, som deltog i intensiv coachingbaseret intervention.

Fysiske/sociale indikatorer	p1 GeMa	p2 GeKv	p3 DrMa	p4 GeKv	p5 DrKv	p6 GeKv	p7 GeMa	p8 DrMa	p9 GeKv	p10 GeKv	p11 DrMa	Gns/1 alt
CD4	250	1000	170	220	80	350	150	380	260	360	28	295
Hiv-smittet antal år	12	12	8	13	8	5	17	5	4	9	17	10 år [4-17 år]
ARV-behandling antal år	12	12	8	13	8	5	10	½	1	4	16	8 år [½-16 år]
Adhærens-probl. antal år	12	12	8	13	8	4	10	½	1	4	16	8 år [½-16 år]
Har/haft misbrug	Ja	Nej	Ja	Nej	-	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	7
Oplever social isolation	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	-	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	7
Selvmodsforsøg	Nej	Ja	Ja	Nej	-	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	-	6
Er i job	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Fleks	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	3
Får pension	Ja	Ja	Nej	Nej	-	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	-	2
Bor med familie/samlever	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	5
Har ægtefælle/kæreste	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	3
Har børn	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	7
Kvinde/mand	M	K	M	K	K	K	M	M	K	K	M	6 kvinder/5 mænd
Dansker/anden etnisk	Dk	Dk	AE	AE	Dk	Dk	Dk	Dk	AE	AE	Dk	7 Dk/4 anden etnisk
Heteroseksuel/homoseksuel	He	He	He	He	He	He	Ho	Ho	He	He	Ho	8 hetero/3 homo

Forkortelser: Ge står for "gennemførte interventionen". Dr står for "droppede ud før 6 samtaler". Kv står for "kvinde". Ma står for "mand".

- ▶ patienterne med deres forstand godt forstår vigtigheden af adhærens og gerne vil være adhærente, men gør noget helt andet, og at forklaringen på, hvorfor de ikke tager deres medicin, ofte ikke giver mening for os, der lytter.

*Eksempler fra loggen:*

p1: ”Jeg fejler jo ikke noget, så er der jo ikke nogen grund til at tage medicin, jeg tager stort set heller aldrig en hovedpinepille. Det ligger til familien, min gamle mor vil heller ikke tage den behandling for hendes blodtryk, som lægen ordinerer.”

p2: ”Jeg bliver jo alligevel hele tiden syg pga. min anden sygdom” (lille immundefekt).

p3: ”Jeg havde det bedre i fængslet i X-land. Jeg er så ensom her, orker ikke at tage pillerne ... til hvad nytte ...”

Flere af patienterne gav forklaringer på, hvorfor de ikke kunne tage medicinen, som tilsyneladende hører til i småtingsafdelingen, hvor man fik indtryk af, at der må ligge noget mere bag:

p2+p4+p5+p6+p7: Anfører, at de misser pillerne pga. hovedpine, menstruationssmerter, eller fordi de ”har det skidt”.

p4: ”Jeg stopper med medicinen efter blodprøve og ambulatoriekontrol for ikke at få for meget af den gift i kroppen ... min krop kan ikke tåle for meget af det.” p4 havde interessant nok ingen bivirkninger af medicinen.

Flere patienter fortalte, at de tager medicin ca. 14 dage før, de skal have taget blodprøver, for at blodprøverne skal se pæne ud (p1+p4).

p6 og p9 gav som begrundelse, at deres mor havde været pillemisbruger, og derfor kunne de nu ikke selv tage piller.

Alle disse begrundelser har, som vi tolker det, ingen logisk relevans for at tage en livsvigtig pille eller ej og betegnes her som ”irrationelle ræsonnementer”.

## 2. Integritet

Et andet gennemgående træk var en lav integritet, dvs. at patienterne ikke gjorde det, de havde lovet sig selv eller sagt, de ville gøre. Det var ikke kun i forhold til adhærens, men generelt i deres liv. De overholdt ikke deres aftaler med venner og familie, aftaler med dem selv etc.

” Deltagerne blev fulgt 6-8 måneder med coachingsamtaler, i starten en gang ugentligt, herefter en gang månedligt. Hvis deltageren deltog i seks eller flere samtaler, anså vi interventionen for gennemført.

*Eksempler fra loggen:*

p8: Har været boligløs et års tid og ”har derfor ikke kunnet passe sin ART” ... har nu fået en lejlighed. ”Vil opsige min lejlighed igen, har ikke råd til at bo der ... vil rejse på juleshoppingtur til Berlin.”

p6 vil rydde lidt op i sin rodede lejlighed, men opgiver og sætter sig til at drikke øl i stedet.

## 3. Sociale relationer

Patienterne angav direkte og indirekte dårlige sociale relationer som begrundelse for deres niveau af adhærens. Dette kan også opfattes som et tegn på ”irrationelle ræsonnementer”, da det synes mere rationelt at tage sin medicin og gøre noget ved sine sociale relationer frem for at lade de dårlige relationer blive skyld i dårlig adhærens.

Som det ses af tabel 1 var tre ud af 11 i job/fleksjob, de otte andre var tilkendt pension, på kontanthjælp eller i jobprøvning. Syv oplevede social isolation, nogle af dem i svær grad. Kun tre ud af 11 havde en partner, og ingen af disse forhold var velfungerende. Alle havde eksempler på, hvordan deres sociale relationer og deres hiv-behandling havde indflydelse på hinanden.

*Eksempler fra loggen:*

p1: Hans kone og børn er ikke en støtte for ham, ”jeg bilder dem jo bare ind, at jeg tager medicinen, sådan har det været i årevis.”

”Jeg har ikke taget medicin de sidste fem dage, fordi vi har haft gæster ... magter ikke at blande gæster, hygge og rødvin med hiv og medicin.”

p5: Er stresset over, at voksende søn er flyttet hjem og roder, de skændes. ”Han respekterer ikke mine grænser, så går jeg på druk flere dage og ryger ud af min behandling.”

p8: Har levet på institution fra 11-årsalderen, bor i ungdomsbolig for hjemløse: "Mit liv er for rodet til at passe min behandling, men nu vil jeg prøve at have min medicin i min taske altid."

#### 4. Psykiatri

Mange af deltagerne havde det svært psykisk. Seks ud af 11 har haft selvmordsforsøg, og syv ud af 11 har eller har haft misbrug af alkohol og/eller stoffer.

##### Eksempler fra loggen:

p3: Har det så psykisk dårligt, at han ofte ikke orker at tage medicinen. "Til hvad nytte", "kan ikke sove om natten, tænker for meget ... over livet, børnene ..."

p6: Har i årevis lidt af angst og depression, i psykiatrisk behandling i perioder siden 1989. Selvmordsforsøg for 10 år siden. "Driker 6-8 øl hver aften, er lige startet antidepressiv behandling igen ... det er måske pga. de øl, at jeg glemmer at tage min medicin."

p7: "Min psykiater er ved at være træt af at høre, at jeg ikke tager min medicin ... har opfordret mig til at glemme alt om medicin for en tid ... og som min psykiater siger, jeg er i gang med langsomt selvmord, og det føler jeg egentligt også selv."

p8: "Ca. hver tredje måned får jeg et angstanfald, så har jeg 3-4 dage, hvor jeg drikker mig halvt ihjel og bløpper helt ud."

#### 5. Sundhedssystemet/personale

Alle var stort set tilfredse med ambulatoriefunktionen og deres tilknyttede læger og sygeplejersker, men mange gav alligevel udtryk for, at de ikke blev støttet så meget, som de havde brug for for at kunne opretholde deres adhærens. Flere af patienterne indrømmede at lyve over for personalet om deres adhærens, og nogle gav udtryk for direkte at miste modet til adhærens af deres møde med sundhedssystemet.

##### Eksempler fra loggen:

p10: "Det er jo også derfor, at det er godt at komme her (til coachingsamtalerne) for at have en rigtigt at tale med og finde lyst frem, for når jeg tidligere bare har fået at vide, tag disse piller eller dø, går man jo hjem i dårligt humør og tænker, at så kan man jo lige så godt lade være at tage pillerne og så bare dø ..."

p5: "Så tænker personalet, er du nu her igen, så tag dog dine piller, hvor svært kan det være ... men det er svært, der er da ikke noget, jeg hellere vil end at være rask og leve et ordentligt liv ... men jeg kan bare ikke finde ud af det."

p1: "Jeg kunne snyde lægerne og gik hver gang ud af afdelingen med min medicin ... jeg havde nok haft større hjælp af at få sat stolen for døren."

#### Gennemførelse og effekt

DOT kunne ikke gennemføres, da patienterne ikke ønskede det, oftest fordi deres netværk var så skrøbeligt, og de ikke ønskede at blande andre ind i det eller "ikke ville ulejlige nogen". Effekten under den øvrige intervention tydede på, at der blev opnået betydeligt bedre adhærens. Blandt de syv, der gennemførte interventionen, var der kun to, som forud for interventionen havde mere end halvdelen af deres virusmålinger under 500. Under interventionen opnåede alle syv dette endepunkt, og et år efter var der stadig seks ud af syv, der opfyldte dette endepunkt. For yderligere detaljer vedrørende behandlingseffekt se venligst (10).

Hovedparten af dem, som gennemførte programmet, udtrykte, at coachingsamtalerne generelt gav dem øget livskvalitet i form af mod, selvværd, øgede sociale kompetencer og positiv afsmittende virkning på andre områder i livet såsom arbejde, økonomi og alkoholindtagelse. F.eks. blev der sagt:

p9: "Jeg har ikke været glad i over et år, nu kan jeg se lys forude."

p8: "Du har givet mig livet tilbage."

p1: "Nu kan jeg se mig selv i øjnene, når jeg taler med min datter."

p7: "Nu kan jeg godt se, at alkohol ikke var godt for mig, jeg er gået på antabus."

p10: "Joe, jeg har fået lyst til at tage de højhælede sko på igen," fniser og fortsætter "og tage lidt makeup på ... lige bruge 10 minutter foran spejlet ... jeg er mere glad."

#### Diskussion

På denne gruppe af svært non-adhærente hiv-patienter fandt vi effekt af coachingsamtalerne målt på behandlingseffekt og erklæret livskvalitet. Vi identificerede fem væsentlige faktorer af betydning for patienternes medicinindtag og fandt, at "irrationelle ræsonne-



- menter” var et gennemgående træk hos patienterne. Direkte observeret terapi (DOT) var ikke brugbar, primært fordi patienterne ikke ønskede det.

De gode resultater bryder med de tidligere dårlige erfaringer med interventioner overfor mangelfuld adhærens (5). Vi forklarer dette med den tidskrævende intensive, emotionelle og mentale støtte, der blev ydet i vores coachingprogram.

Vi kan kun udtale os om interventionens langtidseffekt med stor usikkerhed. Det er vores vurdering, at ca. halvdelen af patienterne vil have fuldstændig eller delvis vedvarende forbedring af deres adhærens, mens den anden halvdel vil falde tilbage i samme mønster som før med stærkt uregelmæssig medicinindtagelse.

Også andre har beskrevet, at ”irrationel tænkning” kan få patienterne til ikke at tage den ordinerede medicin (12). Det sker

være begrebsdannende og hypotesegenererende. Der var endvidere fem patienter, som sprang fra eller udeblev. Man kan derfor formode, at deltagerne udgør en højmotiveret gruppe af non-adhærente patienter, og at interventionens succes ikke nødvendigvis kan gentages på alle patienter med adhærensproblemer.

Denne pilotundersøgelse giver dog grund til forsigtig optimisme. Det kan ved en massivt forpligtende og coachingbaseret intervention lade sig gøre at fremme adhærens og livskvalitet selv hos svært belastede patienter med hiv, hvis der afsættes de nødvendige økonomiske ressourcer. Det vil formentlig være gavnligt, hvis behandlere kan rumme patienternes ”irrationelle ræsonnementer”.

## ” Patienterne angav direkte og indirekte dårlige sociale relationer som begrundelse for deres niveau af adhærens.

dels gennem ukorrekt risikovurdering, dels gennem fornægtelse (12), og Storm Jensen beskriver i 2007, at den irrationelle tænkning kan opstå ud af ønsket om at bevare et positivt selvbillede. Man har tidligere fundet, at behandlere ofte ihærdigt forsøger at finde meningsfulde forklaringer på patienters svigtende adhærens (1). Denne forskel i perspektiv kan måske være en del af forklaringen på, at kommunikationen og støtten til patienterne kan være vanskelig.

DOT bruges i vid udstrækning, især i ressourcetsvage lande (7). Når det ikke fungerede i denne kontekst, kan det måske hænge sammen med vanskelighederne med at mobilisere støtte fra pårørende til denne belastede patientgruppe i et individualistisk samfund.

Undersøgelsen har flere styrker. Den dybdegående analyse og de mange timers arbejde med hver enkelt patient har givet unikke muligheder for forståelse og effekt.

En svaghed ved undersøgelsen er den manglende transkription af interview, hvorfor undersøgelsen primært kan

## Litteratur

1. Barfod T. Patient perceptions and physician communication studied by observation, interviews, questionnaires and patients files. PhD thesis, University of Copenhagen, Dec 2004.
2. Rodkjær LØ. Sygepleje til Patienter smittet med hiv. Sygeplejersken 2005;(25).
3. Munro S, Lewin S, Swart T, Volmink J. A review of health behaviour theories: how useful are these for developing interventions to promote long-term medication adherence for TB and HIV/AIDS. BMC Public Health 2007, (7):104.
4. Obel N. Rapport for Den Danske HIV-kohorte, 2007. København: Rigshospitalets tryk.
5. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, Mc Donald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence (Review). The Cochrane Collaboration 2009, Issue 2.
6. Barfod TS, Hecht FM, Rubow C, Gerstoft J. Physicians' communication with patients about adherence to HIV medication in San Francisco and Copenhagen: a qualitative study using grounded theory. BMC Health Serv Res. 2006 Dec 4;6:154.
7. Volmink J, Garner P. Directly observed therapy for treating tuberculosis (Review). The Cochrane Library 2007, Issue 4.
8. WWW.landmarkeducation.com
9. Manning S. Coaching. København: Forlaget Aschehoug; 2007.
10. Barfod TS, Bergedsted W: Intensive samtale kan måske forbedre adherence ved non-kompliante patienter med hiv. Ugeskr Laeger. 2013 Apr 22;175(17):1188-91.
11. Strauss A, Corbin J. Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. 2nd ed. London: SAGE Publications, Inc. 1998.
12. Williams AF, Manias E, Walker R. The role of irrational thought in medicine adherence: people with diabetic kidney disease. Journal of Advanced Nursing. Volume 65, issue 10, Pages 2108-17. Melbourne, Australien, June 1, 2007.

En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatterne.

---

## English abstract

---

Bergstedt W, Barfod TS. Intensive interviews with HIV patients with adherence problems. Sygeplejersken 2013;(14):58-63.

*Objective:* In this pilot study we wanted to examine the effect of coaching sessions and directly observed therapy (DOT) on HIV positive patients with massive adherence problems. Furthermore we wanted to examine which other factors influenced the patients' adherence.

*Methods:* Eleven patients were followed for 6-8 months with coaching sessions, homework and directly observed therapy (DOT). The interviews were analysed using qualitative methods inspired by Grounded Theory.

*Results:* Seven participants completed the intervention, and for all of them more than half of their virus measurements were <500 during the intervention. We identified five important factors of significance to adherence, of which "irrational drawing of connections" was the most important. Directly observed therapy (DOT) was not applicable in this context.

*Conclusion:* Coaching interviews improved the treatment effect and declared quality of life for this group of severe non-adherent HIV patients, even though the patients' thinking with regard to their own difficulties appeared irrational.

*Relevance to clinical practice:* With a massive commitment and coaching-based intervention, it is possible to improve adherence and quality of life even for severely impacted patients with HIV.

*Keywords:* Adherence, compliance, HIV, qualitative, DOT.

---

# Hjertesygge bliver screenet for

*Patienter med iskæmisk hjertesygdom bliver screenet for depression på kardiologisk afdeling i Roskilde. Implementeringen af screeningen blev grundigt forberedt og har været vellykket for samtlige faggrupper og for patienterne.*

**Kirsten Charlotte Helmark**, sygeplejerske, SD, forløbskoordinator, Kardiologisk Ambulatorium, Roskilde Sygehus; kche@regionsjaelland.dk  
**Gitte Ellekrog Ingwersen**, udviklingssygeplejerske, MVO

Iskæmisk hjertesygdom er gået fra at være en akut, livstruende sygdom til en kronisk hjertesygdom, som flere end 200.000 danskere lever med. Derfor er der stigende interesse for hjerterehabilitering og øget fokus på at anvende hjertepatienters livskvalitet som mål for behandling.

Med andre ord: Vi har fået hjertepatienterne til at overleve, og nu vil vi også gerne have, at de får et godt liv.

Med livskvalitet som mål for behandling er den psykosociale dimension kommet i fokus, særligt sammenhængen mellem hjertesygdom og depression.

Der er i dag evidens for, at patienter med hjertesygdom har signifikant højere risiko for at udvikle depression, ligesom patienter med depression har signifikant højere risiko for at udvikle hjertesygdom (1). Internationale studier viser, at gennemført hjerterehabilitering kan reducere forekomsten af depression (2), hvilket gør det væsentligt at identificere de patienter, der er i særlig risiko for at udvikle depression, i hjerterehabiliteringen.

"American Heart Association" (3) var i 2008 de første til at anbefale en systematisk screening for depression i hjerterehabilitering. Sidenhen har også Dansk Kardiologisk Selskab (DCS) tilrådt, at screening for depression indgår som et element i hjerterehabilitering (4).

DCS har taget initiativ til at oprette en national database for hjerterehabilitering (Dansk Hjerte Rehabiliterings Database, DHRD), hvori netop screening for depression indgår som en indikator (5). Danske Regioner har bevilget økonomi, og databasen er godkendt af Sundhedsstyrelsen. Det betyder i praksis, at det pr. 1. september 2013 er lovpligtigt at indberette til DHRD for kardiologiske afdelinger i Danmark. Det er derfor relevant og meget aktuelt at vurdere indsatsen omkring screening for depression.

## Implementering af screening

I "Forløbsprogram for kronisk hjertesygdom" fra Region Sjælland 2011 (6) fremgår det, at screening for depression skal indgå i de lokale sygehuses hjerterehabilitering, og at det validerede screeningsredskab Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) skal anvendes, se boks 1.

I hjerterehabiliteringen på Roskilde Sygehus stod vi således overfor at skulle implementere depressions-screening. Vi havde

### Boks 1. HADS

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) er et screeningsredskab, der måler på risikoen for at udvikle angst og depression. Redskabet er et spørgeskema, der ved hjælp af 14 spørgsmål måler dimensionerne angst og depression. Der er syv spørgsmål til hver dimension.

Patienten udfylder selv skemaet, og hvert spørgsmål udløser en score fra 0-3. Angst- og depressionsscorer udregnes separat, og patienten får dermed to scorere, en for hver dimension.

- Scorer fra 0-7 indikerer, at patienten har lav risiko for at udvikle depression.
- Scorer fra 8-10 indikerer, at patienten har en mulig risiko for at udvikle depression.
- Scorer fra 11-21 indikerer, at patienten har en høj risiko for at udvikle depression.

HADS er i sig selv ikke et diagnostisk redskab, men peger på patienter med risiko for at udvikle depression - patienter, der bør følges op på.

HADS er et velvalideret spørgeskema, og det er påvist som et godt redskab til screening af hjertepatienter (8).

ingen erfaringer på feltet, hvorfor vi ønskede at undersøge, hvordan vi mest hensigtsmæssigt kunne få screeningen implementeret som en del af vores hjerterehabilitering.

Via systematisk litteratursøgning fandt vi et studie af Smolderen (7), der afdækkede personalets barrierer og anbefalinger ved indførelse af screening for depression i et større hjerterehabiliteringsregi i USA.

Via kvalitative interview og analyse var der udledt fem temaer for henholdsvis personalets barrierer og anbefalinger, se figur 1.

” Undervisningen gav genlyd i hele det tværfaglige team i hjerterehabiliteringen, og det medførte, at personalet følte sig motiveret og klædt på til at indgå i arbejdet omkring implementeringen af screening.

# depression

**Figur 1. Udledte temaer**

Udledte temaer omkring implementering af screening for depression, Smolderen 2011	
Personalets oplevede barrierer	Personalets forslag til forbedring
1. Personalets savner viden om screening, diagnose og behandling samt feedback på indsatsen.	1. Struktureret feedback med mulighed for opfølgende undervisning
2. For mange konkurrerende prioriteter i komprimerede patientforløb	2. Kvalitetssikring af indsatsen
3. Personalet savner synlige arbejds-gange	3. Gennemsigtighed i arbejds-gange
4. Personalets bekymring for patienternes reaktioner/modstand ved screening	4. Mere undervisning sådan at viden opdateres og vedligeholdes
5. Personalets manglende ejerskab af implementeringsproces	5. Patienter med positiv screening henvises systematisk til videre behandling /konsultation.

På baggrund af disse temaer og ud fra de tværfaglige ressourcer og lokale forhold iværksatte vi en række indsatser, for at implementeringen havde bedst mulige forudsætninger for at lykkes.

## Debat og undervisning

Vi valgte at starte med temaet viden for at skabe debat om emnet hjertepatienter og depression. Vi lagde vægt på, at debatten skulle skærpe opmærksomheden tværfagligt i kardiologisk afdeling. Vi udbød et målrettet undervisningsprogram til hele afdelingens personale. Kardiologisk afdeling består af to sengeafsnit samt et kardiologisk laboratorium og et kardiologisk ambulatorium. Undervisningen bestod af tre forskellige seancer med henholdsvis afdelingens psykolog, en liaisonsygeplejerske samt en psykiater med henblik på at få flere vinkler på emnet. Alle faggrupper i afdelingen var repræsenteret ved undervisningen.

Derudover var der undervisning af og møder med hjerterehabiliteringssygeplejerskerne, idet sygeplejerskerne fik ansvaret for at udlevere og drøfte screeningsredskabet med patienten. Det faldt helt naturligt, da sygeplejerskerne i forvejen talte om psykiske reaktioner med patienten under sygeplejekonsultationen. Der blev debatteret konkrete arbejds-gange, såvel som hvordan man skulle udlevere skemaerne, hvilke ord og vendinger man kan bruge, når man taler om psykisk velbefindende, om der er patienter, som ikke skal screenes, og om hvilke reaktioner man kan forvente fra patienterne.

Undervisningen gav genlyd i hele det tværfaglige team i hjerterehabiliteringen, og det medførte, at personalet følte sig motiveret og klædt på til at indgå i arbejdet omkring implementeringen af screening.

Ud fra temaet om arbejds-gange udarbejdede vi en detaljeret instruks, så det fra begyndelsen var helt klart, hvordan udlevering af skema, aflevering af skema, udregning af scorer, og hvilke scorer der udløser hvilken intervention, skulle foregå.

Arbejdet betød, at de involverede faggrupper kendte deres rolle i screeningen. I praksis har det været nødvendigt at justere i arbejds-gange undervejs, justeringerne er straks indskrevet i instruksen, og alle parter er løbende informeret.

Vi udarbejdede en simpel procedure for henvisning af de patienter, som scorer højt og derfor skal til afdelingens psykolog eller læge. Det har haft stor betydning for sygeplejerskerne, at det har været klart beskrevet, hvilke scorer der medfører henvisning, og hvordan det gøres.

Kvalitetssikring og mange konkurrerende prioriteter er et andet af Smolderens temaer, det imødekom vi ved at udfærdige to standardtekster, dvs. journaltekster i skabelonform. Den ene tekst dokumenterer, om HADS er udleveret eller ikke. Vi valgte at placere teksten i rehabiliteringssygeplejerskens standardtekst, så sygeplejersken aktivt skal forholde sig til at udlevere HADS og begrunde i journalen, hvis skemaet ikke udleveres f.eks. pga kognitive problemer hos patienten. Sygeplejerskerne oplever, at teksten er med til at sikre, at screeningen bliver prioriteret under konsultationen.

Den anden standardtekst dokumenterer patientens screening-score, den sættes ind i journalen ved udregningen af HADS-scorer og sparer således tid for personalet, se boks 2. ▶



## Boks 2. Standardjournaltekst

Eksempel på en standardjournaltekst. Der findes tre forskellige tekster, der anvendes, alt efter om patienten scorer lav/mulig/høj risiko. Personalet tilføjer kun de aktuelle scorer og signatur, resten er udfyldt på forhånd: Screening for depression ved HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale):

- Depressionsscore: 13 ud af 21 point
- Angstscore: 7 ud af 21 point

Patientens score tyder på tilstedeværelse af depression. Resultatet er derfor videresendt til afdelingens psykolog.

Score ifølge Zigmond & Snaith 1983:

- 0-7 point: Indenfor normalområdet
- 8-10 point: Mulig tilstedeværelse af angst/depression
- 11-21 point: Overvejende sandsynligt, at der er tilstedeværelse af angst/depression.

- ▶ Vi har arbejdet målrettet med temaet ”feedback til personalet”. Ca. hvert kvartal har vi drøftet forskellige forhold omkring screeningen, f.eks. præsenteret nogle dataudtræk og givet mulighed for at debattere udfordringer både konkret omkring patienterne, men også i forhold til arbejdsgange.

For at gøre dette effektivt og synligt har vi etableret en database til indtastning af HADS-scoring. Database beregner resultaterne, og vi har mulighed for at trække data på, hvor mange vi screener, og hvor mange patienter vi har i de forskellige risikogrupper. Vi registrerer ligeledes de patienter, som ikke returnerer skemaet, samt de patienter, som ikke får udleveret skemaet af forskellige årsager. Hensigten er at få overblik over, hvordan screeningen er implementeret for fortsat at kunne optimere indsatsene.

Vi har ved en pilotundersøgelse fundet, at tidsforbruget ved at indtaste i databasen ikke overstiger tidsforbruget, når personalet selv skal regne patientens HADS-scoring ud, og da databasen sam-

” Vi mener, at den aktuelt høje svarprocent hænger sammen med grundig forberedelse.

tidig kan levere mange anvendelige data, gav det god mening for os at etablere denne.

Der er søgt og opnået tilladelse til databasen via datatilsynet.

## Organisering af screeningen

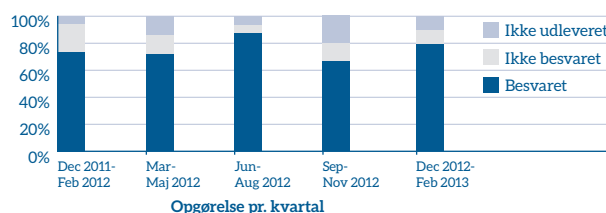
Patienter, som henvises til hjerterehabilitering i Roskilde, er patienter med stabil angina pectoris, patienter, der har været indlagt med ustabil angina pectoris eller akut myokardieinfarkt, samt patienter, der har fået foretaget ballonudvidelse af kranspulsårerne, bypass-operation eller hjerteklapoperation.

I hjerterehabiliteringen på Roskilde Sygehus møder patienterne til et introduktionsmøde indenfor to uger efter deres udskrivelse. På dette møde fortælles kort om psykiske reaktioner, herunder depression, og patienterne forberedes på, at de vil få udleveret HADS senere i forløbet.

Ca. seks uger efter udskrivelse har patienten en individuel konsultation med en hjertesyggeplejerske, her informeres yderligere, og skemaet udleveres med en frankeret svarkuvert. Hvis der er afvigelser i forhold til udlevering af HADS, skal sygeplejersken tilføje dette i standardteksten.

Patienten udfylder HADS hjemme og returnerer skemaet inden for en uge.

Figur 2. Registrering af HADS-screening



Figur 2 angiver i procent, hvordan screeningen for depression er fordelt blandt de patienter, som er henvist til hjerterehabiliteringen over en periode på 15 måneder. Gennemsnitlig fandt vi, at de patienter, som havde fået udleveret HADS, havde en svarprocent på 85. Når vi medregnede de patienter, der ikke havde fået udleveret HADS, fandt vi, at 76 pct. af alle patienter reelt blev screenet for depression.

HADS indtastes i databasen og dokumenteres i journal med en standardtekst. Såfremt en af scorerne er 11 eller derover, henvises til afdelingens psykolog.

Psykologen kontakter patienten og lægger en plan for eventuelt videre forløb. Dette dokumenteres i journalen.

Er scorerne 10 eller derunder, gives svar ved en lægekonsultation, der finder sted ca. seks uger senere. Patienterne er ved udleveringen af skemaet informeret om proceduren for, hvordan der gives svar.

## Resultater

I en periode på 15 måneder har vi haft i alt 370 patienter, som er startet op i hjerterehabiliteringen. Vi har opgjort vores implementering kvartalsvis med henblik på at vurdere, om der over tid sker ændringer, så vi bliver bedre med tiden. På baggrund af de kvartalsvise resultater har vi dog ikke kunnet konkludere noget sikkert om dette.

Til gengæld har vi vurderet, at vi allerede fra første kvartal har haft en høj svarprocent på de patienter, der blev screenet, og dette har ligget fast gennem hele den målte periode, se figur 2.

Ud fra de udleverede skemaer fandt vi en svarprocent på 85, hvilket vi selv vurderer meget tilfredsstillende ud fra, at Smolderen i sit studie havde en screeningsprocent på 73.

Af det samlede antal patienter i hjerterehabiliteringen fandt vi dog en mindre andel, der ikke havde fået udleveret HADS, hvilket betyder, at svarprocenten reelt er på 76, det vil sige meget lig det, Smolderen fandt i sit studie i USA.

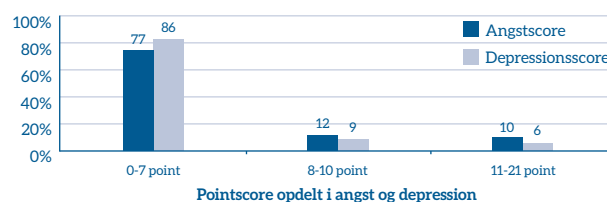
Vi har også målt på, hvordan HADS-scorer fordeler sig ud fra den samme patientgruppe som i figur 1, dvs. de patienter, der er været tilknyttet hjerterehabiliteringen i Roskilde over en 15 måneders periode, se figur 3.

Vi kan konkludere, at den måde, patienterne scorer på i Roskilde, er sammenlignelig med, hvad litteraturen viser i forhold til, hvordan hjertepatienter scorer i den øvrige verden.

## Hvad lærte vi

Vi mener, at den aktuelt høje svarprocent hænger sammen med grundig forberedelse. Vi har haft mange tværfaglige samarbejdspartnere med i vores arbejdsgange og har fra starten fordelt an-

**Figur 3. Samlet antal screeninger**



Figur 3 illustrerer i procent, hvordan scorer for henholdsvis angst og depression fordeler sig blandt de patienter, som blev screenet for depression over en periode på 15 måneder (n=370).

svar og arbejdsopgaver. Det har betydet, at der ikke har været tvivl om, hvordan tingene logistisk skulle gøres, da vi hele tiden har kunnet henføre til instruksen.

Ligeledes har der været god respons fra personalet på, at de har fået feedback og har haft mulighed for erfaringsudveksling indenfor dette felt. Feedback har været givet både isoleret til sygeplejerskerne og i tværfaglige sammenhænge med lidt forskelligt fokus. Det har ført til en oplevelse af medejerskab blandt personalet og en positiv indstilling til forbedringer i arbejdsgange.

Set i lederperspektiv bliver det næste indsatsområde at fokusere på de patienter, som ikke får udleveret HADS, og de barrierer, der her findes blandt sygeplejerskerne.

Dette er interessant, da vi i forhold til DHRD skal nå det indikatormål, at 80 pct. af alle patienter fremover skal screenes for depression. Dette er overordnet sat som indikator fra DHRD, og vi har derfor stadig et stykke arbejde, der skal gøres, både for at komme helt i mål i forhold til denne indikator, og for at sikre, at vi tager hånd om denne patientgruppe.

*Spørgeskemaet Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) fås ved henvendelse til forfatterne.*

## ► Litteratur

1. Khawaja I et al: Review. Depression and coronary artery disease: the association, mechanisms, and therapeutic implications. *Psychiatry* 2009; s. 38-51.
2. Milani R & Lavie C. Impact of rehabilitation and its associated mortality. *The American Journal of Medicine*. 2007; s. 799-806.
3. Lichman J et al. Depression and coronary heart disease. Recommendations for screening, referral and treatment. *Circulation* 2008;118:1768-75.
4. Dansk Cardiologisk Selskab. Den nationale kardiologiske behandlingsvejledning (NBV). *Dansk Cardiologisk Selskab* 2010;273-9.
5. Dansk Hjerterehabileringsdatabase (DHRD). Dokumentalistrapport version 1.1.2013. Kompetencecenter for klinisk kvalitet og sundhedsinformatik Vest.
6. Region Sjælland. Forløbsprogram for kronisk hjertesygdom. Region Sjælland 2011;44-7.
7. Smolderen K et al. Real-world lessons the implementation of a depression screening protocol in acute myocardial infarction patients: implications for the American heart association depressing screening advisory. *Circulation Cardiovascular Quality and Outcomes* 2011(4):283-92.
8. Bambauer K et al. Using the hospital anxiety and depression scale to screen for depression in cardiac patients. *General Hospital Psychiatry* 2005;(27): 275-84.

## English abstract

Helmark KC, Ingwersen GE. Cardiac patients screened for depression. *Sygeplejersken* 2013;(14):64-8.

As the number of chronically ill cardiac patients rises, focus on the psychosocial dimensions of such patients has increased. .

Since 2010, screening for depression has been recommended in connection with cardiac rehabilitation by the Danish Society of Cardiology, and the cardiology unit at Roskilde Hospital has worked towards implementing the recommendation in practice.

On the basis of systematic information retrieval, implementation was based on a study that examined and analysed implementation in a large cardiac rehabilitation setting in the United States, both quantitatively and qualitatively. The work in Roskilde focused on the topics that the study had drawn regarding recommendations and barriers in connection with implementation of screening for depression.

Based on quantitative measurements, after implementation we found a large number of patients who were screened for depression, and we believe this is due to the thorough preparation done before the implementation.

Keywords: Depression, cardiovascular disease, rehabilitation.

## FORKORTET PRODUKTRESUMÉ

De med (♦) markerede afsnit er omskrevne og/eller forkortede i forhold til Lægemiddelstyrelsens godkendte produktresumé, som vederlagsfrit kan rekvireres fra Servier Danmark A/S.

**Valdoxan® (agomelatin)** 25 mg filmovertrukne tabletter. **Terapeutiske indikationer:** Major depression (moderat til svær depression) hos voksne.

(♦) **Dosering:** Voksne: 25 mg per os én gang dagligt ved sengetid. Dosis kan øges til 50 mg én gang dagligt, dvs. to tabletter á 25 mg dagligt ved sengetid. Det er ikke nødvendigt at nedtrappe dosis ved seponering af behandlingen. Valdoxan® kan tages alene eller i forbindelse med et måltid. **Kontraindikationer:** Samtidig brug af potente CYP1A2-hæmmere (f.eks. fluvoxamin, ciprofloxacin). Nedsat leverfunktion. Overfølsomhed overfor det aktive stof eller overfor et eller flere af hjælpestofferne. (♦) **Særlige advarsler og forsigtighedsregler:** Der bør udvises forsigtighed ved ordinationen af Valdoxan® sammen med moderate CYP1A2-hæmmere (f.eks. propranolol, grepafloxacin, enoxacin), da det kan føre til øget eksponering af Valdoxan®. Bør ikke anvendes til behandling af patienter under 18 år. Bør ikke anvendes til behandling af ældre patienter med demens. Bør anvendes med forsigtighed til patienter med mani eller hypomani i anamnesen, og lægemidlet bør seponeres hos patienter, der udvikler maniske symptomer. Risikoen for selvmordsforsøg bør overvejes hos alle depressive patienter, og behandlingen skal ledsages af nøje overvågning, især i starten af behandlingen og ved dosisændring. I kliniske undersøgelser er der blevet observeret stigninger i serumtransaminaser (> 3 X ULN) hos patienter behandlet med Valdoxan®, især ved 50 mg dosering. Når Valdoxan® blev seponeret hos disse patienter, vendte serumtransaminaserne sædvanligvis tilbage til normale niveauer. Leverfunktionen bør kontrolleres hos alle patienter ved indledning af behandlingen (serumtransaminaser; ALAT, ASAT) og derefter jævnligt: efter ca. 3 uger, 6 uger (afslutningen af den akutte fase), 12 uger, og 24 uger (afslutningen af vedligeholdelsesfasen) og derefter ved klinisk indikation. Ved dosisøgning bør leverfunktionen kontrolleres med samme tidsintervaller som gjaldt ved behandlingsstart. Forsigtighed udvises hos patienter med diabetes, stort alkoholforbrug, eller som er i behandling med lægemidler, der er forbundet med risiko for leverskader. Valdoxantabletter indeholder lactose, hvorfor der bør udvises forsigtighed ved lactoseintolerance.

(♦) **Interaktioner:** Samtidig brug af potente CYP1A2-hæmmere (f.eks. fluvoxamin, ciprofloxacin) er kontraindiceret. Det frarådes at kombinere Valdoxan® og alkohol. Kombination af agomelatin med østrogen (moderate CYP1A2-hæmmere) fører til en flere gange større eksponering for agomelatin. (♦) **Graviditet og amning:** Bør kun anvendes med forsigtighed til gravide. Amning bør indstilles, hvis behandling med Valdoxan® er nødvendig. (♦) **Trafikfarlighed:** Patienten skal advares om at udvise forsigtighed i trafikken, og ved betjening af maskiner. (♦) **Bivirkninger:** Sædvanligvis milde eller moderate, og optræder i løbet af de første to ugers behandling. Mest almindelige: Kvalme og svimmelhed. Disse bivirkninger er sædvanligvis forbigående og medfører ikke behandlingsophør. Andre almindelige bivirkninger: Svimmelhed, søvnighed, insomnia, migræne, hovedpine, kvalme, opkastninger, diarré, forstoppelse, smerter i den øverste del af maven, svedtendens, rygmerter, træthed, angst, forhøjede ALAT-og/eller ASAT-værdier. Ikke almindelige bivirkninger: Paræstesier, uskarpt syn og eksem, urticaria, agitation og beslægtede symptomer (såsom irritabilitet og rastløshed, aggressivitet, mareridt, og unormale drømme), pruritus. Sjældne bivirkninger: Erytematøst udslæt og hepatitis, ansigtsødem, angioødem, gulsot, leverinsufficiens, vægtændringer, hallucinationer, forhøjet gamma-glutamyltransferase, forhøjet alkalisk fosfatase. Endvidere er der set mani/hypomani, som dog også kan skyldes den underliggende sygdom. (♦) **Seponeringssymptomer:** Ingen. (♦) **Overdosering:** Der er begrænset erfaring med overdosering af agomelatin. Symptomer på overdosering: træthed og dødsighed. **Udlevering:** B. Terapeutisk klasse: N06A X22. (♦) **Pakninger og priser (AUP) pr. 28. oktober 2013 (se dagsaktuelle priser på "medicinpriser.dk"):** 25 mg: 28 stk./blister (029078); kr. 374,65; 25 mg: 84 stk./blister (029100); kr. 1.133,50.

**Tilskud:** Generelt klausuleret tilskud.

**Det fulde produktresumé kan rekvireres hos:** Servier Danmark A/S, Roskildevej 39, 2000 Frederiksberg. Tlf.: 36 44 22 60. Fax: 36 44 22 90. [www.servier.dk](http://www.servier.dk)

# Valdoxan<sup>®</sup> agomelatin

Til patienter med moderat til svær depression<sup>1</sup>

25 mg  
1 x dagligt  
ved sengetid



- Antidepressiv effekt - uanset sværhedsgrad<sup>1</sup>
- Forbedrer den daglige funktionsevne<sup>2,3</sup>
- Bevarer seksualfunktionen<sup>1,4</sup>
- Ingen påvirkning af kardiovaskulære parametre<sup>1</sup>

#### Referencer



# Sygefravær set i et udvekslin

*Teorien om social udveksling kan være en måde at forstå kulturen omkring sygefravær på. Man udveksler tjenester i forhold til planlægning af arbejdstid, hvor man ved at give lidt selv kan regne med modydelser fra den anden. Artiklen beskriver en kvalitativ og kvantitativ undersøgelse om sygefravær fra Ortopædkirurgisk afdeling, Hvidovre Hospital, som har ført til et ændret fokus på håndtering af sygefravær.*

**Signe Lindgård Andersen**, cand.scient.anth., Den Sygeplejefaglige Forskningsenhed, Ortopædkirurgisk afdeling 333, Hvidovre Hospital; signe.lindgaard.andersen@regionh.dk

**Dorte Evaristi**, klinisk oversygeplejerske, MHH

**Trine Schifter Larsen**, forskningssygeplejerske, cand.pæd.anth.

**Pia Søe Jensen**, forskningssygeplejerske, cand.scient.san. og ph.d.-studerende

*”Jeg tror, kulturen ville være anderledes, hvis der var nogen, der lærte, at hvis de skal have, skal de også give. Der er rigtig meget snak om arbejdsforhold og sådan noget, men det er meget ofte envejs – i mine øjne.”*

I denne artikel vil vi pege på en underliggende ”noget for noget”-kultur som essentiel for at forstå kulturen omkring sygefravær blandt plejepersonalet på Ortopædkirurgisk afdeling, Hvidovre Hospital. ”Noget for noget”-kulturen er en vigtig del af at indgå i fællesskabet og få privatliv og arbejdsliv til at gå op i en højere enhed. Samtidig danner kulturen fundamentet for forhandlingsprocesser, hvor medarbejderne kan legalisere sygefravær, der ikke er relateret til fysisk sygdom. I tråd med det indledende citat er det problematisk, når der er nogle medarbejdere, som ikke yder tilstrækkeligt i fællesskabet med kollegaer og leder. Det påvirker arbejdsmiljøet negativt og kan give anledning til frustrationer, mistillid og i værste tilfælde mobning og øget sygefravær.

## Baggrund

Ortopædkirurgisk afdeling på Hvidovre Hospital er en stor afdeling fordelt på mange enheder. Afdelingen har en sygefraværsporcet på omkring 5, hvoraf plejegruppen udgør 65. Selvom afdelingen lever op til Region Hovedstadens overordnede målsætning om en fraværsporcet på højst 5, varierer fraværet meget fra afsnit til afsnit. Sygefraværet omtales som ”afdelingens onde”, og sygefraværet fylder meget i dagligdagen, i nogle afsnit er det blevet et vilkår, man dagligt skal forholde sig til, i andre et stigende problem. Specielt i akutafsnittene bliver sygefravær en belastning for afsnittet såvel som for den enkelte medarbejder.

### Boks 1. Fokusområder

Fem fokusområder, der skal medvirke til at skabe trivsel og nedbringe sygefravær:

- Ledelse
- Åbenhed
- Anerkendelse
- Medindflydelse
- Fællesskab

Som første led i udviklingen af en ny strategi for håndtering af sygefravær igangsatte afdelingen en undersøgelse for at afdække kulturen omkring sygefravær på afdelingen. Formålet var at belyse plejepersonalets holdninger til og oplevelser med sygefravær. På den baggrund tegnede der sig fem vigtige fokusområder i forhold til at skabe trivsel og nedbringe sygefraværet, disse er beskrevet i en rapport (1), se boks 1.

” Som første led i udviklingen af en ny strategi for håndtering af sygefravær igangsatte afdelingen en undersøgelse for at afdække kulturen omkring sygefravær på afdelingen.

Denne artikel tager udgangspunkt i et klassisk, antropologisk perspektiv om social udveksling (2), fordi vi finder udveksling essentiel for måden at forstå kulturen omkring sygefravær på. Det er et gennemgående fænomen i forhold til de fem fokusområder og også et bærende element, særligt i det sociale fællesskab bestående af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i afdelingen. Ud fra begrebet social udveksling vil vi beskrive, hvordan det sociale fællesskab blandt plejepersonalet udfolder sig omkring en ”noget for noget”-kultur. Den danner fundamentet for forhandlingsprocesser, hvor medarbejderne dels kan få arbejdsliv og privatliv til at harmonere, dels kan legalisere sygefravær, der ikke er relateret til fysisk sygdom. Derudover vil vi kort komme ind på betydningen af at indgå i det sociale fællesskab i forhold til at håndtere det daglige arbejdspress og også fremhæve faglig udvikling, som et element, der kan risikere at gå tabt i en presset hverdag, se boks 2.

## Social udveksling

På baggrund af plejepersonalets erfaringer tegner der sig et billede af en kultur, hvor man i høj grad skaber og opretholder relationer til hinanden ved at udveksle ydelser og tjenester, en ”noget for noget”-kultur, hvor man forventer fleksibilitet fra både kollegaers og leders side. Inden for antropologien taler

# gsperspektiv

man om dette fænomen som social udveksling. Begrebet henviser til de gensidige forpligtelser og sociale bånd, der skabes gennem udveksling af ydelser. Den første til at studere dette var den franske sociolog Marcel Mauss, som i et essay (3) skrev om gaveudveksling i traditionelle samfund. Han påpegede, at der eksisterer en universel pligt til at give, modtage og gengælde gaver, og gennem opfyldelse heraf etablerer og stadfæster man en relation til modtageren. Gaven skal ikke blot ses som en overførsel af goder fra en person til en anden, men forstås sådan, at giveren med gaven giver noget af sig selv og derved knytter et socialt bånd til modtageren.

En central pointe i Mauss' teori om social udveksling er, at hvis man ikke modtager eller gengælder en gave, rækker det ved den sociale sammenhængskraft og kan dermed skabe konflikter og mistillid. Social udveksling er til stede alle steder og i alle menneskelige relationer og er som sådan ikke særlig for kulturen blandt plejepersonalet på afdelingen. Men som det indledende citat viser, italesætter og begrebsliggør plejepersonalet selv udvekslingen og et "noget for noget"-princip. Den sociale udveksling udgør således

en meget håndgribelig del af kulturen, hvilket er med til at angive den forståelsesramme, plejepersonalet handler ud fra i forhold til trivsel og sygefravær.

## Fleksibilitet og medindflydelse

I moderne samfund forstås Mauss' gave ikke bogstaveligt som en gave, man giver, men som noget, man yder i relation til hinanden. En af de største gaver, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter kan give til hinanden, er at udvise fleksibilitet i forhold til planlægning af arbejdstid:

*"Jo mere fleksibilitet man viser, jo mere fleksibilitet er der igen. Så hvis man pludselig skal til en skole-hjem-samtale og havde glemt, det var onsdag, hvor man havde lang vagt, så finder vi ud af det. Så bliver jeg en anden dag, hvor der er en anden, der skal gå tidligere. Jeg synes, der er stor fleksibilitet. Det betyder jo også, at man ikke føler, man skal lægge sig syg, fordi man skal et eller andet, man kan hele tiden bytte sig frem til det."*

Citatet illustrerer en forventning om medindflydelse og en vis rummelighed fra både kollegaer og leders side. Man udveksler tjenester i forhold til planlægning af arbejdstid, hvor man ved at give lidt selv kan regne med modydelser fra den anden. Gør man noget for en kollega eller lederen: bytter en vagt, flytter sin ferie til uge 33, så ferieplanen kan gå op, tager en ekstra patient eller bliver lidt længere en dag etc., eksisterer der en klar forventning om, at personen på et tidspunkt vil gengælde tjenesten. Det er denne konstante udveksling af ydelser, der stadfæster et socialt bånd og en god relation til kollegaerne og lederen, og som gør det muligt at få hverdagen til at hænge sammen for lederen så vel som for medarbejderen. Flexibilitet og medbestemmelse er vigtige elementer for at trives på arbejdspladsen, og jo større indflydelse, man får på planlægningen af sin arbejdstid, jo mere tilfreds er man som medarbejder.

## "Drop alt det brok, og løft i flok"

Med afsæt i Mauss' teori har mange teoretikere sidenhen udbygget teorien om gaveudveksling, og sociologen Pierre Bourdieu udvikler forståelsen af ydelser, der indgår i social udveksling til også at gælde immaterielle værdier, såkaldt social kapital (4). Blandt ple-

---

### Boks 2. Metode

---

Undersøgelsen blev udarbejdet af den sygeplejefaglige forskningsenhed i samarbejde med afdelingssygeplejerskerne i begyndelsen af 2012. På et kickoff-møde bød alle afdelingssygeplejerskerne ind med deres oplevelser af praksis og viden om sygefraværskulturen på afdelingen. Over en møderække blev deres undren, frustrationer og hypoteser reformuleret til spørgsmål, der kom til at danne grundlag for både den kvalitative og kvantitative dataindsamling.

De kvalitative data består af syv semistrukturerede fokusgruppeinterview med 39 personer fordelt på sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter fra hvert af de ni afsnit i afdelingen. De blev udvalgt tilfældigt via tjenestetidsnumrene.

De kvantitative data består af en spørgeskemaundersøgelse gennemført blandt alle medarbejdere inden for plejeområdet på afdelingen. Ud af 234 uddelte spørgeskemaer er 168 blevet returneret. Derudover blev der også trukket data om fravær fra afdelingens tjenestetidsregistrering. I denne artikel anvendes primært kvalitative data.

---

- ▶ jepersonalet kan udvekslingen også være af mere immateriel og adfærdsmæssig karakter. En kollegas brok kan eksempelvis være til stor irritation for de øvrige kollegaer og spiller negativt ind på det relationelle, mens godt humør og en anerkendende attitude kan bevirke, at man får en længere snor af både leder og kollegaer. På spørgsmålet om, hvad der får en dag med højt arbejdspress til at lykkes trods alt, svarede en deltager:

*”Humørmæssigt, vil jeg sige. Der er jo dem, der er pessimistiske, og så er der optimisterne. Og det er da ikke fedt at være sammen med pessimisterne. Det skal jeg da blankt erkende. Jeg er ikke så meget pessimist selv. Hvis jeg har været sammen med sådan nogen, kan man godt sidde sådan her, årh nej, seks timer endnu. Puha, den er lang.”*

## ” Sygefraværet kan blive en ond cirkel, hvor det er svært at vende sine såkaldte minusser på kontoen til plusser.

Også kollegaen, der altid har privatlivet med på arbejde, bliver et irritationsmoment, når det fylder for meget i personalegruppen. Deltagerne efterspørger derfor, at lederen tager ansvar og letter medarbejderne for byrden. Det kan være et dilemma mellem at skulle rumme en hårdt prøvet kollega samtidig med, at man skal passe sit arbejde. Den sociale udveksling er således ikke kun baseret på konkrete ydelser, og hvad man gør, men også på, hvordan man er i forhold til hinanden. Modsætningen til brok, pessimisme og ”privatlivet med på arbejde” er at stå sammen og løfte i flok, hvilket er væsentligt i det sociale fællesskab.

### Forhandling af sygefravær

”Er man syg, så er man syg” er en udtalelse, der går igen i interviewene, og som illustrerer, at fysisk sygdom er den naturlige og selvfølgelig årsag til sygefravær. Sygefravær er pr. definition forstået som en dag, hvor man er fysisk syg. Selvom flere åbner op for, at psykisk sygdom er en acceptabel begrundelse, er det mere tabubelagt, og flere udtaler, at de typisk vil melde sig fysisk syg med f.eks. dårlig mave eller influenza frem for at sige, at de har en psykisk dårlig dag. Som en deltager udtrykker det:

*”Kulturen bærer jo, at hvis du ligger med feber og alt muligt andet, så er det okay at lægge sig under dynen og sove feberen ud, men hvis du har en dårlig dag med kæresten eller børnene, eller hvad man nu møder, så er det ikke så nemt at sige det højt. Altså, det er ikke legalt, tror jeg, i mange arbejdssammenhænge.”*

Årsager til sygefravær, der ikke er relateret til fysisk sygdom, bliver legale i en forhandlingsproces, der bygger på ”noget for noget”-princippet, og yder man noget igen og opretholder en god relation til kollegaer og leder, får man længere snor, når det kommer til sygefravær. Er man den gode medarbejder, som f.eks. sjældent er syg, altid står klar med en hjælpende hånd, altid siger ja til at bytte en vagt eller spreder glæde og godt humør, er tærsklen for forståelse højere hos kollegaer og ledere, når man melder sig syg af ikke-fysiske årsager. Udvekslingen af tjenester er dermed med til at legalisere sygefravær:

*”Jeg er langtidsfrisk. Jeg har aldrig haft en barn syg-dag førhen i hele min arbejdskarriere (...) Jeg har ikke haft nogen sygedage før for to år siden, hvor min far blev syg og døde, og der havde jeg så en lang sygeperiode, og der tror jeg bare, at det var de andres accept, det er vel o.k., fordi det er en speciel situation, og jeg havde ikke nogen sygedage i forvejen.”*

### Ugens gæst medfører mobning og eksklusion

Some nævnt rokkes der ved den sociale sammenhængskraft, når man ikke modtager eller returnerer en gave. Også blandt plejepersonalet opstår der en konflikt i det relationelle, når man ikke bliver mødt med den samme fleksibilitet og adfærd, som man selv udviser:

*”Man bliver alle sammen nødt til at give lidt (...) Man kan ikke bare blive ved med at trække fra kontoen, for så går den i minus. Og det synes jeg godt nogle gange, man kan blive træt af, at det er de samme mennesker (...) der putter sig lidt. Og alle ved jo godt, hvem det er.”*

Ovenstående citat er et eksempel på, hvordan den sociale udveksling kom til udtryk ud fra det, deltagerne omtalte som en konto, der henholdsvis kan gå i plus eller minus. Det er problematisk, når det er de samme, der giver og giver, men ikke får noget igen. Kon-

toen går dermed i minus for den, som ikke bidrager til fællesskabet. Her spiller åbenhed omkring kollegers sygefravær fra lederen en vigtig rolle for medarbejderen. Det kan være svært at rumme kollegers sygefravær og trække læsset, hvis man ikke ved hvorfor, hvilket kan føre til dårligt psykisk arbejdsmiljø præget af rygtedanelse og mistro. En deltager siger:

*”Så kan man sige, at det, der er det farlige ved ikke at melde noget ud, det er, at der kommer fuldstændig frit slag på tolkningerne. Tolkningerne, rygterne, sladderer, bagtalelsen, jeg hørte lige dit og dat (...) dét ikke at have en kultur, hvor man kan tale om det, det giver om muligt endnu værre problematikker i arbejdsmiljøet og frustrationer i måden, det bliver håndteret på.”*

Når medarbejderne ikke delagtiggøres i, hvad der foregår, bliver sygefraværet omgærdet af mistænksomhed, og medarbejderne gør sig forestillinger om, hvorfor en kollega er sygemeldt. Brudstykker af information fra andre kan medføre mistillid i relationen til en kollega, hvilket ikke behøver at være berettiget. I værste tilfælde kan frustrationerne føre til mobning. Nedenfor beskriver en deltager, hvordan den ofte sygemeldte medarbejder, ”ugens gæst”, bliver ekskluderet fra fællesskabet, fordi frustrationerne over ikke at kende årsagerne til sygefraværet resulterer i vrede:

*”Den her person, som er ugens gæst, som de kalder det dernede, hvor jeg tænker, at når hun så endelig kommer på arbejde så ... det er jo ikke mobning, men alligevel, folk ignorerer hende, er sure på hende. Og det er jo, fordi vi er frustrerede over, at vi ikke ved, hvorfor hun render og melder sig syg. Der er ingen, som vil snakke med hende eller spørge, hvad hun fejler, og det gør jo bare, at hun får mere lyst til at blive hjemme.”*

Når plejepersonalet beskriver en god arbejdsdag, er fællesskabet centralt og karakteriseret ved et stærkt sammenhold og en anerkendende og optimistisk attitude. Som illustreret ovenfor er det derfor desto vanskeligere ikke at være en del af fællesskabet. Sygefraværet kan blive en ond cirkel, hvor det er svært at vende sine såkaldte minusser på kontoen til plusser. Sygemeldinger, brok og ”privatlivet med på arbejde” tærer på relationerne og bryder den sociale udveksling. Bliver der ikke ledelsesmæssigt taget hånd om disse irritationsmomenter, spiller det negativt ind på gruppedy-

namikken og kan føre til øget sygefravær, for fællesskabet er af afgørende betydning for håndteringen af det daglige arbejdspress i afdelingen.

### Overlevelse og egen faglig udvikling

I medarbejdernes fortællinger er det høje arbejdspress et centralt omdrejningspunkt. Den tiltagende optimering af patientforløb har medført, at plejepersonalets hverdag er præget af korte og komplekse indlæggelsesforløb med et stigende antal akut, kritisk syge patienter. Det medfører, at den behandlingsmæssige og plejemæssige indsats er mere krævende og koncentreret under indlæggelsen. I håndteringen af denne kompleksitet er den enkelte sygeplejerske derfor afhængig af at indgå i det sociale fællesskab, da man ikke alene kan løfte arbejdsbyrden. I det daglige arbejde kan man kun klare sig med hjælp fra andre, både praktisk og fagligt.

I denne øgede kompleksitet i arbejdsopgaver opleves sygemeldinger som en stor belastning. Især i akutfasnittene er det blevet et vilkår, som man dagligt må håndtere og forholde sig til. Flere deltagere i fokusgruppeinterviewene beskrev derfor hverdagen som overlevelse fra dag-til-dag, hvor der ikke er tid til refleksion over faglig praksis. Her en yngre sygeplejerske:

*”Vi kan ikke holde kvalitetsniveauet, det handler om overlevelse. Vi skal nå de ting, som vi absolut skal. For patienternes vedkommende er det dét, der simpelthen er nødvendigt for dem. Det er rigtig trist at være nyuddannet og opleve, at det er det, der foregår. Det er absolut ikke det, man forventede, det er skræmmende.”*

Citatet vidner om et fagligt niveau, som ikke kan opretholdes. I fokusgruppeinterviewene blev der talt bemærkelsesværdigt lidt ►

” De færreste har reflekteret over betydningen af at rette fokus mod udvikling og faglighed i forhold til at nedbringe sygefraværet, og meget få deltagere giver spontant udtryk for et ønske om at komme på kursus, blive videreuddannet eller opnå kompetencer inden for et område.



- ▶ om udvikling af faglige kompetencer. De færreste har reflekteret over betydningen af at rette fokus mod udvikling og faglighed i forhold til at nedbringe sygefraværet, og meget få deltagere giver spontant udtryk for et ønske om at komme på kursus, blive videreuddannet eller opnå kompetencer inden for et område. Dette kan bl.a. ses i lyset af, at man ikke oplever muligheden for at gå fra til andre aktiviteter i en kultur, hvor man arbejder fra dag til dag og sjældent når at tænke på fremtiden. Manglende tid er ofte en årsag til det fraværende fokus på faglig udvikling. En deltager fortæller:

*”Jamen, det er der bare ikke tid til. Bare i dag, da jeg skulle komme her (til interviewet) var der to på afdelingen, som er syge og dårlige og alligevel er på arbejde. For ellers kommer det jo ikke til at køre, vel?! Og så skal man pludselig trække to timer ud, fordi man gerne vil være med, og det stresser jo bare dem endnu mere, og så kan man have dårlig samvittighed over det.”*

I tider med højt arbejdspress tyder det på, at presset ofte tilsidesætter både det individuelle behov for udvikling og afdelingens faglige udvikling. For mange medarbejdere handler det om at klare sig igennem fra dag til dag, og især i akutafsnittene er der tale om overlevelse, hvor der ikke er rum for at tænke langsigtet.

## Konklusion

Vi har her præsenteret et anderledes perspektiv på sygefravær, som kan give stof til eftertanke. Ud fra det analytiske begreb social udveksling, peger vi på en underliggende ”noget for noget”-kultur blandt sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Det viser sig at være en vigtig del af at kunne trives på en arbejdsplads, både når det kommer til medindflydelse på egen arbejdstid og i forhold til at få længere snor i relation til sygefravær. Samtidig er den sociale udveksling fundamentet for et stærkt fællesskab; et fællesskab, som man kun er en del af, hvis man forstår og overholder de kulturelle spilleregler for social udveksling. Social udveksling er en eksplicit del af kulturen bl.a. italesat af plejepersonalet ud fra en metafor om en konto, der kan gå i henholdsvis plus og minus. Især positiv og anerkendende attitude og holdånd er centrale elementer i et velfungerende fællesskab, mens brok, hyppigt sygefravær og ”privatlivet med på arbejde” vurderes belastende og får kontoen til at gå i minus. Den enkelte sygeplejerske er afhængig af

at indgå i fællesskabet for at kunne løfte arbejdsbyrden. Derfor er det desto vigtigere at indgå positivt i den sociale udveksling.

Men der er faldgruber ved den sociale udveksling, idet nogle medarbejdere risikerer at stå udenfor fællesskabet. Ikke alle kan yde det samme, og det kan være problematisk i en kultur, hvor man er tilbøjelig til at måle hinanden ud fra specifikke parametre. Nogle medarbejdere vil uvilkårligt være hårdere ramt af sygdom end andre, og yngre medarbejdere med børn kan have vanskeligheder ved at udvise fleksibilitet i forhold til at påtage sig ekstra vagter. Man risikerer således at miste en bredere forståelse af, hvad der tilfører noget til fællesskabet. Åbenhed er i denne sammenhæng vigtig for at undgå misforståelser og mobning. Her kommer lederen ind som en nøgleperson, som kan skabe rammen om en åben kultur omkring sygefravær og også være med til at sætte dagsordenen for, hvad det er, der giver værdi i fællesskabet.

Teorien om social udveksling kan være en forklaringsramme for ledere og medarbejdere til at forstå, hvad der er på spil i fællesskabet i det kontinuerlige arbejde med at skabe trivsel og arbejdsglæde på arbejdspladsen.

### Litteratur

1. Andersen SL, Evaristi D, Jensen PS. "Tænk, hvis vi alle mødte op". En kvalitativ og kvantitativ undersøgelse af sygefravær – Plejepersonalets holdninger, erfaringer og kultur. Ortopædkirurgisk afdeling, Hvidovre Hospital; 2013. [http://forskning.regionh.dk/files/38936171/Endelig\\_sygefrav\\_rsrapport.pdf](http://forskning.regionh.dk/files/38936171/Endelig_sygefrav_rsrapport.pdf)
2. Bourdieu P. The Logic of Practice. Cambridge: Polity Press; 1990.
3. Mauss M. The Gift. London: Routledge; 1925.

---

### English abstract

---

Andersen SL, Evaristi D, Jensen PS, Larsen TS. Absence due to illness seen from an exchange perspective. *Sygeplejersken* 2013;(14):70-5.

This article is based on data from seven focus group interviews with nurses and social and health care assistants collected in connection with a major study on absence to do illness at the Orthopaedic Surgery unit at Hvidovre Hospital.

The basis for the article is the nursing staff's attitudes towards and experience with absence due to illness. Based on the analytical notion of "social exchange", the article points to an underlying "give and take" culture among the nursing staff.

With focus on topics such as openness, bullying and co-determination the article shows the importance of understanding and observing the cultural ground rules for social exchange in order to be part of collegial community and to thrive at work. At the same time, the "give and take" culture is problematized, as not all staff members can contribute equally.

The social exchange perspective can serve as a framework for explanation for management and staff to understand what is at stake in the collegial community in the on-going work to ensure well-being and job satisfaction at the work place.

Keywords: Work environment, culture, illness, well-being.

---

# 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](http://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.

# Involverende stuegang i et apopleksiafsnit

Lone Lundbak Mathiesen, Udviklingspsygeplejerske, MPH, Neurologisk Afdeling, Apopleksienheden, Glostrup Hospital; lone.lundbak.mathiesen@regionh.dk

Malene Fogh Nielsen, afdelingspsygeplejerske

Charlotte Illemann, afdelingspsygeplejerske

Helle K. Iversen, overlæge, dr.med.

*På Apopleksi Rehabiliteringsafsnittet på Glostrup Hospital har en ny type stuegang, "Den involverende stuegang", vundet indpas. Princippet er, at patient og pårørende sammen med behandlerteamet planlægger såvel langsigtede mål som mål for den kommende uge. Stuegangen sparer tid og har givet mere tilfredse patienter, pårørende og personale.*

Apopleksipatienter har ofte komplekse problemstillinger, der kræver tæt tværfagligt samarbejde i hele patientforløbet. Der er lang tradition for tværfagligt samarbejde på apopleksiafsnit, men der er stadig behov for at blive bedre til at inddrage patient og pårørende.

Stuegang fungerer mange steder på den måde, at læge og sygeplejerske udveksler informationer og dernæst planlægger, hvad der skal gøres. Desuden afholdes tværfaglige møder med henblik på afdækning af patientens funktionsniveau og formulering af videre plan, og først herefter inddrages patient og pårørende.

På Glostrup Hospital har Apopleksienheden fokuseret på involvering af patient og pårørende i stuegangsfunktionen og udviklet og implementeret "Den involverende Stuegang" (DIS) efter IPLS princip (Interprofessionel Læring og Samarbejde), hvilket vil sige: Når to eller flere faggrupper lærer med, af og om hinanden i et interagerende samarbejde med inddragelse af patienten (1,2).

## Formål med DIS

- At patient og pårørende er involveret i informationsudveksling, udrednings-, argumentations-, overvejelses- og beslutningsproces sammen med behandlerteamet

- At patient og pårørende i rehabiliteringsforløbet får maksimal indsigt og medinddrages i eget forløb i en så ligeværdig proces som muligt
- At opstille og prioritere langsigtede mål samt mål og planer for den kommende uge.

For at sikre at patient og pårørende er inddraget i hele beslutningsprocessen, forbereder hver faggruppe sig monofagligt, så patienter og pårørende er interagerende i beslutningsprocesserne, og det ikke bliver allerede truffne beslutninger, patient og pårørende skal forholde sig til.

Ved ankomst til Rehabiliteringsafsnittet informeres patient og pårørende om, at DIS afholdes en gang om ugen på et fast tidspunkt med en varighed på 30 minutter. De opfordres til at forberede sig og samle ikke-akutte spørgsmål. Akutte problemstillinger varetages ved lægetilsyn dagligt.

I DIS deltager patient, pårørende efter patientens ønske og patientens behandlerteam (sygeplejerske, læge og relevante øvrige: fysioterapeut, ergoterapeut, logopæd og neuropsykolog).

Problemer og ressourcer, der er til stede hos patient og pårørende, afdækkes ved dialog og gennem relevante undersøgelssvar efter en struktureret skabelon. Afslutningsvis opstiller og prioriterer patient, pårørende og behandlerteam i fællesskab langsigtede mål samt mål og planer for den kommende uge.

Inden etablering af DIS var der blandt personalet bekymring for, om DIS ville være for tidskrævende. Det har dog vist sig, at personalet har sparet tid ved ikke at skulle koordinere møder og afholde andre tværfaglige møder. Ligeledes var der tvivl om, hvorvidt patient og pårørende ville opfatte det som usikkerhed og inkompetence hos personalet, hvis de ikke mødte op med en plan for rehabiliteringen, fremfor at patient og pårørende

deltager i drøftelserne af den kommende plan. Tvivlen har vist sig at være ubegrundet, idet tilbagemeldinger fra patienter og pårørende er meget positive.

## Umiddelbare gevinster ved DIS

- Patient- og pårørendeinvolvering, der medfører direkte kommunikation
- Patienten, som deltager i hele processen, kan selv bestemme, hvilke områder der skal prioriteres, og tager derved ansvar
- Forventningsafstemning, som er et fælles grundlag for et godt samarbejde mellem behandlerteam, patient og pårørende
- Tidligt fokus på sikker og tryk udskrivelse
- Øget tværfaglig sparring og højnet faglig kvalitet
- Styrket fagidentitet
- Der spares tid på planlægning og koordinering
- Udtalt tilfredshed hos patient og pårørende.

## Litteratur

1. www.ipls.dk
2. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2009; Jul 8:(3).

# JOB



SE ALLE STILLINGER: [WWW.DSR.DK/JOB](http://WWW.DSR.DK/JOB)



## Praktiske oplysninger til annoncører

Deadline kl. 9 for indtastning af KURSER/MØDER/MEDDELELSER på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) under Information til annoncører

<b>Nr. 1 - 2014</b> 18. december 2013	<b>Nr. 2 - 2014</b> 21. januar 2014	<b>Nr. 3 - 2014</b> 11. februar 2014
--	--	---

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](mailto:dsrjob@dmfnet.dk)  
Internet: [www.dmfnet.dk](http://www.dmfnet.dk)  
Her kan du også rekvirere medieinformation.

Indleveringsfrister for STILLINGSANNONCER til de kommende numre

<b>Nr. 1 - 2014</b> 3. januar 2014	<b>Nr. 2 - 2014</b> 24. januar 2014	<b>Nr. 3 - 2014</b> 14. februar 2014
---------------------------------------	--	---

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

Udgivelsesdatoer

<b>Nr. 1 - 2014</b> 17. januar 2014	<b>Nr. 2 - 2014</b> 7. februar 2014	<b>Nr. 3 - 2014</b> 28. februar 2014
--	--	---

**midt**  
regionmidtjylland

# Midt i det hele får du plads til ambitionerne

Størrelsen betyder faktisk mere, end du tror. I hvert fald, hvis du ser på sammenhængen mellem din arbejdsplads og dine karrieremuligheder. Vil du have karrieremuligheder, du ikke kan finde andre steder? Og vil du være en del af en af Jyllands største arbejdspladser? Så se alle de ledige job på [midtjob.dk](http://midtjob.dk)



midtjob  
.dk

et arbejde med hjerne og hjerte

**NETOP NU HAR VI MERE END  
100 LEDIGE STILLINGER, BLANDT ANDET:**

**Sygeplejerske** ved Hæmodialyseafsnit C4/C5, Aarhus Universitetshospital, Brendstrupgårdsvej. Ansøgningsfrist 12/12/13

**2 sygeplejersker** til vikariater på operationsafsnittet, Regionshospitalet Horsens. Ansøgningsfrist 9/12/13

**Sygeplejerske** med koordinatorfunktion, Regionspsykiatrien Silkeborg. Ansøgningsfrist 9/12/13

SE ALLE LEDIGE JOB PÅ [MIDTJOB.DK](http://MIDTJOB.DK)



## BRØNDBY KOMMUNE

### Uddannelseskoordinator

**Vores uddannelseskoordinator søger en ny kollega med sygeplejefaglig baggrund.**

Til et lille team i Ældre og Omsorg, bestående af to uddannelseskoordinatorer og en administrativ medarbejder, søger vi en uddannelseskoordinator.

Teamet har ansvaret for alle de sundhedsfaglige uddannelser samt sygeplejerskeuddannelsen og varetager både de pædagogiske, administrative og ledelsesmæssige opgaver.

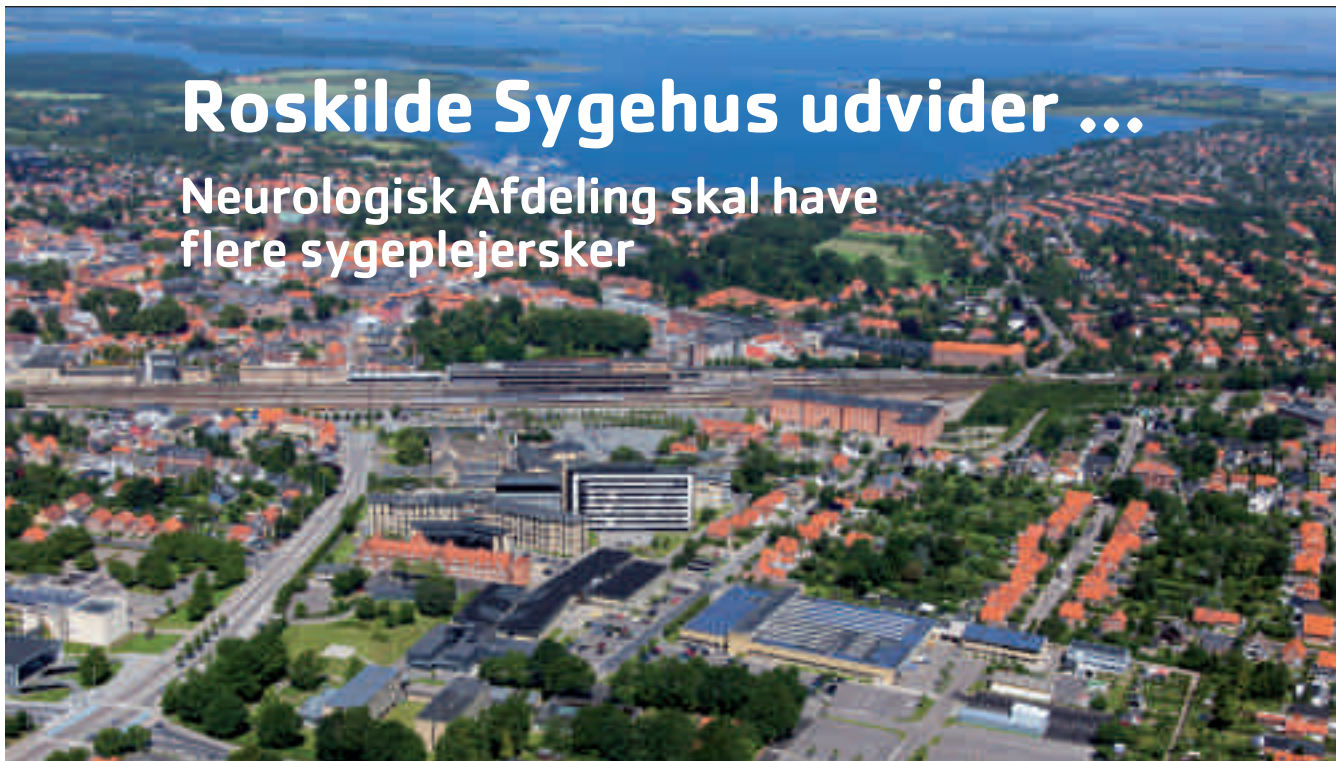
Du skal brænde for uddannelse, og finde det spændende og inspirerende at give elever og studerende et udviklende og højt fagligt uddannelsesforløb i Brøndby Kommune.

Ansøgningsfrist den 19. december 2013.

Søg stillingen på [www.brondby.dk/job](http://www.brondby.dk/job)

# Roskilde Sygehus udvider ...

## Neurologisk Afdeling skal have flere sygeplejersker



Neurologien i den nordlige del af Region Sjælland samles 1. januar 2014 på Roskilde Sygehus. Vi er dermed på vej til at blive en af landets største neurologiske afdelinger, med en komplet vifte af specialfunktioner indenfor det neurologiske område.

Afdelingen består efter 1. januar af:

- To sengeafsnit med i alt 60 senge, omfattende:
  - Akut apopleksiafsnit, med 3 trombolysesenge og en TIA klinik
  - Akut neurologiafsnit med 3 semi-intensive overvågningspladser og to elektive epilepsiovervågningspladser (EMU)
- Ambulatorium med behandlersafsnit, og specialklinikker for epilepsi, multipel sklerose, bevægeforstyrrelser, botulinumtoksinbehandling, neuromuskulære- og cerebrovaskulære sygdomme
- Regionalt Videnscenter for Demens
- Forskningsenhed
- Tværfaglige støttefunktioner med neuropsykologer, talepædagoger og socialrådgiver
- Neurofysiologisk Center

Vi er imødekommende, motiverende og velkvalificerede. Vi er både erfarne og nyansatte kolleger. Fælles er, at vi har evne og vilje til at gavne patienterne ved et godt og konstruktivt samarbejde på tværs af faggrupper, og til at se organisationen som en helhed. Vi værner om vores gode arbejdsmiljø, som er præget af en uformel omgangsform.

Er du til akut neurologi og kan håndtere kritisk syge patienter og deres pårørende? Kan du bevare overblikket i akutte situationer, men har blik for detaljen i det enkelte patientforløb? Så kom med på et af de dygtigste og mest kompetente hold.

Yderligere oplysning om stillingerne, kontakt ledende oversygeplejerske

Birgitte Mortensen 47 32 28 02 –

bmt@regionsjaelland.dk

Se hele stillingsopslaget på

[www.regionsjaelland.dk](http://www.regionsjaelland.dk),

Job og karriere, quick nr. 13466

REGION SJÆLLAND  
ROSKILDE SYGEHUS



*- vi er til for dig*



KAN DU GØRE EN FORSKEL?

# Bliv sygeplejerske på Ortopædkirurgisk afdeling



Asbjørn Lindegaard Møller:  
Værktøjet skal være i orden!



- **Info om jobbet:**  
Fast stilling på 37 timer.
- **Arbejdssted:** Esbjerg.
- **Ansøgningsfrist:** 15. december 2013.
- **Start:** hurtigst muligt eller 1. februar 2014.
- **Mere om jobbet? Kontakt**  
afdelingssygeplejerske Anne Dorthe Christensen på tlf. 7918 2767 eller læge Wafer Hadi på tlf. 7918 4027.
- **Søg på** [job.regionsyddanmark.dk](http://job.regionsyddanmark.dk), jobnr. 157288.



Region Syddanmark

Har du hænderne skruet rigtigt på, har vi en udfordrende stilling til dig som sygeplejerske på Ortopædkirurgisk afdeling på Sydvestjysk Sygehus!

#### Hvad er din rolle

Du skal bringe dine sygeplejefaglige erfaringer i spil, så vores patienter altid får en god oplevelse, når de er på afdelingen. Patienterne tæller mennesker med sår, infektioner, dårlig ryg eller amputationer, men også mennesker med en udfordrende medicinsk forhistorie, hvilket stiller krav til en bred faglig viden og erfaring.

#### Derfor er det vigtigt at du:

- Gerne har medicinsk erfaring.
- Kan skabe overblik og se ting fra flere vinkler.
- Er ambitiøs og kan dokumentere og vise resultaterne i forhold til indsatsen.
- Er iderig, fleksibel og udviklingsorienteret.

#### Hvad kan vi tilbyde

Vi er en engageret flok, som søger en faglig dygtig kollega, der også kan arbejde støt, skabe resultater og samarbejde på tværs. Vi har et godt arbejdsmiljø med plads til både humor og alvor.

#### Uddannelses- og udviklingsmuligheder:

Der er rige muligheder for at udvikle din viden og kompetencer med hensyn til sår. Desuden har vi planer om at arbejde med organisering af det daglige arbejde i det nye år. Skulle du have specielle interesser i uddannelse / udvikling indenfor fagområdet, er der også mulighed for det.

Kan du se dig selv i stillingen?  
Så lad os høre fra dig!



Sykehuset Innlandet |

Divisjon Elverum - Hamar

## Intensiv, Hamar

Intensivavdelingen Hamar er organisert under akuttmedisinsk avdeling og består av to enheter, intensiv og postoperativ. Vi behandler både medisinske og kirurgiske pasienter som er akutt/kritisk syke og som trenger kontinuerlig overvåkning og behandling/pleie. Avdelingen har ressursgrupper innenfor ulike fokusområder.

Intensiv, Hamar har følgende ledig stilling:

## Avdelingssykepleier

100 % fast stilling ledig. (Ref.nr. 1908543464).

Avdelingssykepleier vil ha ansvar for daglig og faglig drift, herunder personal og budsjetansvar. En viktig oppgave er samarbeid med nærliggende avdelinger. Avdelingssykepleier blir en del av akuttmedisinsk team. Avdelingen har 70 ansatte, det er ønsketurnus. Avdelingen har fagsykepleier, ass. avd.sykepleier og driftsykepleier i den lokale ledergruppa.

Den som søker bør ha spesialutdanning innen intensiv sykepleie. Lederutdanning og erfaring fra tilsvarende stillinger vil bli vektlagt.

**Kontakt:** Amund Aasgaard, tlf. +47 62 53 71 24.

#### Søknadsfrist: 19. desember 2013

Gå inn på våre hjemmesider [www.sykehuset-innlandet.no](http://www.sykehuset-innlandet.no) for å søke stilling og for fullstendig utlysningstekst.



Sykehuset Innlandet HF  
Divisjon Lillehammer

Operasjonsavdelingen

## Operasjons- sykepleier

(Ref.nr. 1958309137)

- 100 % og 2x80 % fast
- 80 % vikariat fra januar 2014 – mars 2015

**Kontakt:** Johan Persson,  
tlf. +47 469 36 395,  
[johan.persson@sykehuset-innlandet.no](mailto:johan.persson@sykehuset-innlandet.no)

#### Søknadsfrist: 2. januar 2014

Sykehuset Innlandet HF bruker elektronisk verktøy til rekruttering (Webcruiter).

Gå inn på våre hjemmesider [www.sykehuset-innlandet.no](http://www.sykehuset-innlandet.no) for å søke stilling og for fullstendig utlysningstekst. Søkere kan benytte legeforeningens søknadsskjema for legestillinger, link til skjemaet ligger i Webcruiter.

Som hovedregel oppføres alle søkere på offentlig søkerliste. Søkere som anmoder om å bli unntatt fra denne bes begrunne det i søknaden.

Dersom anmodningen ikke kan tas til følge vil søker bli konferert før søkerlisten offentliggjøres.

For stillinger hvor det er pålagt ved lov med norsk autorisasjon, kreves fremleggelse av autorisasjonsdokumenter for tilretteleggelse.



## Sådan læser du din lønseddel ...

[www.dsr.dk](http://www.dsr.dk)

Dansk Sygeplejeråd







## Afdelingsleder til Anæstesiaafdelingen på Færøerne

En stilling som afdelingsleder på Landssygehusets anæstesiologisk afdeling er ledig til besættelse 1. februar 2014 eller efter aftale. Anæstesiologisk afdeling er en del af Akutcentret.

**Ansøgningsfristen** er 3. januar 2014

**Ansøgning med CV og beviser sendes til:** umsokn@ls.fo

**Yderligere oplysninger** samt jobbeskrivelse fås ved henvendelse til Jonna Hansen, konstitueret afdelingsleder, tlf +298 304500, lokal 5757, lsjonha@ls.fo eller Asta Joensen, ledende sygeplejerske, lokal 5102, lsastjo@ls.fo

Du er velkommen til at se hele annoncen på [www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk)

### Seniorsammenslutningens arrangementer

Medlemmer, der er fyldt 55 år, er velkomne til Seniorsammenslutningens arrangementer

### Forårets møder i Seniorsammenslutningen Hovedstaden central

Vores forårsmøder bliver: 9. januar, 20. februar, 13. marts og 10. april 2014. Møderne annonceres i bladet.

Torsdag den 9. januar skal vi høre Merete Engel fortælle os om sit arbejde i "Læger uden grænser".

#### Tid og sted:

9. januar 2014 kl. 11.00 - 13.00  
Garnisons kirkens menigheds-  
hus, Skt. Annæ Plads 4,  
1360 København K

#### Arrangør:

Seniorsammenslutningen  
Hovedstaden Central

#### Tilmelding:

Senest den 6. januar til  
vi@uppsalahus.dk eller  
4050 3579

#### Pris:

Kr. 30

### DSR Fonde og legater

#### M.L. Jørgensen og Gunnar Hansens Fond

Længerevarende rekreation eller ferie for danske sygeplejersker, der er fyldt 40 år, og som har været sygeplejersker siden sin ungdom, og som på grund af sin gerning i det hele taget nyder almindelig anerkendelse. Ansøgninger skal være DSR i hænde senest den 24.1.2014. Kun medlemmer, som modtager bevilling, vil få svar. Svaret gives inden for ca. 3 uger efter ansøgningsfristen. Ansøgningsskema findes på [www.dsr.dk/legater](http://www.dsr.dk/legater) eller tlf. 3315 1555.

### DSR Kredsmøde

#### Hovedstaden

#### Sygeplejersker med varige begrænsninger i arbejdsevnen

Se, om netværket er noget for dig - eller anbefal os evt. til en sygeplejerske, du kender? Se på hjemmesiden, hvem vi er - og hvad vi arbejder med på vores møder.

#### Tid og sted:

12. dec. 2013 kl. 12:30 - 15:30  
Kreds Hovedstaden,  
Frederiksborggade 15, 4. sal,  
1360 København K.

#### Arrangør:

Kreds Hovedstaden

#### Tilmelding:

[www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer](http://www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer)

#### Pris:

Gratis

#### Yderligere info:

[www.dsr.dk/hovedstaden/Ned-satArbejdsevne](http://www.dsr.dk/hovedstaden/Ned-satArbejdsevne)

#### Videnscafé om kost og dysfagi

At få mad og komme sig er af afgørende betydning for alle patienter. Men hvad skal der til, hvis patienten har tygge- og synkebesvær? Kom og hør om den kliniske retningslinje om kost og dysfagi.

#### Tid og sted:

21. januar 2014 kl. 16:30 - 19:30  
Kreds Hovedstaden,  
Frederiksborggade 15, 4. sal,  
1360 København K.

#### Arrangør:

DSR Kreds Hovedstaden

#### Tilmelding:

[www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer](http://www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer)

#### Pris:

Gratis

#### Yderligere info:

[www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer](http://www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer)

#### Sårbehandling

Få opdateret din viden om sårbehandling.

#### Tid og sted:

23. jan. 2014 kl. 08:30 - 15:30  
Kreds Hovedstaden,  
Frederiksborggade 15, 4. sal,  
1360 København K.

#### Arrangør:

DSR Kreds Hovedstaden

#### Tilmelding:

[www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer](http://www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer)

#### Pris:

Gratis

#### Yderligere info:

[www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer](http://www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer)

#### Forskning

For nye forskere og sygeplejersker med akademiske uddannelser, som ønsker at komme til at forske. Hør næstformand Dorte Steenberg om DSR's forskningsudspil og VIF om Region Hovedstadens tilbud til forskere.

#### Tid og sted:

22. januar 2014 kl. 16:30 - 19:00  
Kreds Hovedstaden,  
Frederiksborggade 15, 4. sal,  
1360 København K

#### Arrangør:

Kreds Hovedstaden

#### Tilmelding:

[www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer](http://www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer)

#### Pris:

Gratis

#### Yderligere info:

[www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer](http://www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer)



# Net annoncer

## Gå ind på [www.dsr.dk/jobsogning](http://www.dsr.dk/jobsogning)

Indtast Quick-nummeret, så kommer du direkte ind til netannoncen, hvor du kan læse meget mere om stillingen.

Netannoncer kan indtastes hele døgnet.

Quicknr. **Hovedstaden**  
**36866** Gladsaxe Kommune  
**Souschef til Sundhedsplejen**  
Ansøgningsfrist: 12. december 2013



Quicknr. **Sjælland**  
**36869** Odsherred Kommune  
**Institutionsleder til Siriusparken -  
døgntilbud til voksne borgere**  
Ansøgningsfrist: 6. januar 2014



## Priser for ferieannoncer

Alle annoncer skal indtastes via DSRs hjemmeside - login rekvireres hos Dansk Mediaforsyning, [dsrrubrik@dmfnet.dk](mailto:dsrrubrik@dmfnet.dk)

Annoncerne må maksimalt indeholde 40 ord. Priserne er for medlemmer er kr. 650,- / ikke medlemmer kr. 995,- ekskl. moms.

Faktura fremsendes når bladet er udkommet.

### Luxus lejlighed på over 100 m<sup>2</sup>

Beliggende direkte på stranden mellem Middelhavet og Mar Menor. Stor spise/dagligstue med DVD og fladskærm. To soveværelser, to toiletter med bad, køkken samt terrasse med super havudsigt. Swimmingpool. Direkte fly til Alicante. Kr./uge fra 2.405,-

Rekvirer brochure:  
tlf. 4457 0787 eller 2023 7577  
[www.playaprincipe.dk](http://www.playaprincipe.dk)  
[booking@playaprincipe.dk](mailto:booking@playaprincipe.dk)

### Avoriaz - Skilejligheder

2 skilejligheder til 4 hhv. 6 personer udlejes. Lejlighederne er velindrettede inkl. Internet og ligger på Place Centrale. Du løber på ski fra lejlighederne direkte til skilifterne.

Kontakt  
4013 0774/2020 0244  
[www.avoriaz401.dk](http://www.avoriaz401.dk)



## DSA ER DIN DIGITALE A-KASSE 24/7

DSA er med dig. Du kan bruge os døgnet rundt. A-kasse, jobformidling og socialrådgivning – samme sted.

Book selv dine møder, få onlinesparring på dine ansøgninger og find dit næste job med DSAjobsøger. Du kan også hente inspiration til dit arbejdsliv i nyhedsbrevet – Job & Arbejdsliv og holde styr på nye love med nyhedsbrevet DSA-Nyt. Ansøg om dagpenge, feriedagpenge og efterløn, når det passer ind i din hverdag.

DSA er Danmarks billigste a-kasse. Læs mere om den service, vi tilbyder på [dsa.dk](http://dsa.dk). Du kan også være aktiv i debatten på [facebook.com/dehvidesko](https://www.facebook.com/dehvidesko)

**DSA** - for sundhedsprofessionelle

DANSKE  
SUNDHESORGANISATIONERS  
ARBEJDSLØSHEDSKASSE



### ITALIEN HOS HANNE

På hyggeligt familiehotel i Rimini ved Adriaterhavets skønne sandstrand fra kr. 200/pers. Nu også med 2 ferielejligheder.

Eller nær TOSCANA, 2 naturskønne landhuse med pejsestue, køkken, 2-3 værelser, 2 wc og lille have. Udlejes hele året Fra kr. 3.200/uge.

Hanne Astrup Pietroni  
Tlf. +39 335 8239863  
[www.hotel-dalia.it](http://www.hotel-dalia.it)  
[hanne@hotel-dalia.it](mailto:hanne@hotel-dalia.it)

### FERIE PÅ MAL-LORCA - SE HER!

Skøn penthouselejlighed udlejes.

Plads til 4-6 prs. Dejlig tagterrasse med skøn udsigt. 1500 m til centrum og strande. Privat poolområde.

Yderligere oplysninger findes på [www.mallorca-dam.dk](http://www.mallorca-dam.dk)  
Ring 23 37 53 93 eller mail til [adam@mallorca-dam.dk](mailto:adam@mallorca-dam.dk)

### Trænger du til ...ferie?



Strandfogedgården i Klegod

DSR har i alt 41 fritidsboliger, beliggende 5 steder ved de danske kyster.

Du kan vælge mellem Gl. Skagen (4 huse og 2 lejligheder), Skærby Strand ved Nykøbing Sj (9 huse) og Dueodde på Bornholm (6 huse) alle med plads til max. 6 personer samt Løkken (11 lejligheder) og Strandfogedgården i Klegod på Holmsland Klit (9 lejligheder) med plads til max. 2, 4 eller 6 personer.

Du kan leje både weekend-, hvedags- og ugeperioder.

Ring til PKA's Boliganvisning på telefon 39 45 42 87.

Du kan se ledige lejeperioder og flere oplysninger på [www.dsr-fritidsboliger.dk](http://www.dsr-fritidsboliger.dk)

## Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse

Opdateret pr. 8. november 2013



**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



**Anja Laursen**  
Kreds Midtjylland



**Jytte Wester**  
Kreds Nordjylland

### 1.-kreds næstformænd



**Vibeke Schaltz**  
Kreds Hoved-  
staden



**Nils Håkansson**  
Kreds Sjælland



**Line Gessø  
Storm Hansen**  
Kreds Syddanmark



**Bente Alkærsig  
Rasmussen**  
Kreds Midtjylland



**Helle Kjærager  
Kanstrup**  
Kreds Nordjylland

### Dansk Sygeplejeråd centralt

#### Administrerende direktør

Anne Granborg

Sankt Annæ Plads 30  
1250 København K  
Tlf. 33 15 15 55 • Telefax 33 15 24 55  
E-mail: dsr@dsr.dk • www.dsr.dk

#### Ekspeditionstid (også tlf.):

Mandag-torsdag kl. 9 - 16  
Fredag kl. 9 - 15.

#### Lederforeningen Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30  
1250 København K  
Tlf. 46 95 39 00  
E-mail: lederforeningen@dsr.dk  
www.dsr.dk/lederforeningen

#### Sygeplejestuderendes Landssammenslutning

Sankt Annæ Plads 30,  
1250 København K  
Tlf. 4695 4234  
E-mail: sls@dsr.dk • www.dsr.dk/sls

#### Sygeplejeetisk Råd

Formand: Grete Bækgaard Thomsen,  
Sundhedschef  
Sankt Annæ Plads 30,  
1250 København K  
www.sygeplejeetiskraad.dk

### Kreds Hovedstaden

#### Kredschef

Anne Tovborg

Hovedtelefonnummer: 7021 1662  
Hovedfaxnummer: 7021 1663  
Hjemmeside:  
www.dsr.dk/hovedstaden  
E-mail: hovedstaden@dsr.dk

Hjemmesiden indeholder individuelle  
kontaktoplysninger på kredsens  
medarbejdere og formandskab

#### Kontor

Frederiksborggade 15, 4.  
1360 København K

#### Åbnings- og telefontider:

Man, tirs, tors, fre: 09.00 - 14.00  
Ons: 13.00 - 16.00

#### Lokalkontor

Haslevej 50  
3700 Rønne  
Tlf: 7021 1662  
Fax: 5695 3812

#### Telefontid

Man, tirs og tors: 09.00 - 12.00

### Kreds Sjælland

#### Kredschef

Mads 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



## Dedicare – Norges største helsebemanningsselskap

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](http://www.dedicare.no)** eller ring oss på **+47 07480**

Du kan og maile oss på **[rekruttering@dedicare.no](mailto:rekruttering@dedicare.no)**

*Vi bryr oss mer!*

**DEDICARE**

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