

Sundhedsplejersker tør
tale om sex med de unge

Grundlæggende sygepleje
tilbage i klinisk praksis

SYGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING  NR. 2 • 7. FEBRUAR 2014 • 114. ÅRGANG

Teori & Praksis

Sådan opnås glæde ved måltider i den sidste levetid



Studerende i praksis

Hænder kan heale

**Færre fyringer,
men mindre tålmodighed**

Du passer på os



Når vi mennesker ikke selv kan, passer du på os. Det er du uddannet til. Men når du virkelig gør en forskel, kommer det fra dig selv og den professionelle indstilling, du har til dit job.

Når vores måde at drive forsikrings-selskab på adskiller sig fra andre, er det ikke noget, der kan beskrives i

paragraffer. Det handler om holdning og handling. I Bauta Forsikring er du medlem. Ikke kunde. Det betyder for eksempel, at overskud kommer medlemmerne til gode. Vi bygger på gensidig tillid, og ingen får større fordele end andre. Og så ligger vores priser for øvrigt i den lave ende.

At vi har valgt at passe på dem, der passer på andre, gør os til et anderledes forsikringsselskab. Læs mere om hvad det betyder på bauta.dk/sundhed eller ring 33 15 15 45.

TÆNK
Penge JUNI 2013
ANBEFALER

TÆNK
Penge AUG 2013
ANBEFALER

Vi er bedst i Tænk Penges test af hus og ulykke.
Se bauta.dk/taenkpenge

Vi passer på dig



BAUTA FORSIKRING
– en del af LB Forsikring



Kontakt os for et tilbud

www.bauta.dk/sundhed • 33 15 15 45



Scan QR-koden eller tast minispiral.dk/brugervejledning
for at se den elektroniske Jaydess® (levonorgestrel) brugervejledning



RECHNITZER

Jeg har ikke taget p-piller i 731 dage

og jeg har været mere end 99% beskyttet siden



Nyhed:

Minispiralen beskytter i 3 år mod uønsket graviditet.

Indeholder kun gestagen og har ingen østrogen-relaterede bivirkninger eller østrogen-relaterede risici¹.

¹) Ref. P-piller og trombose. OC Guidelines 23.09.2012. www.dsog.dk/hindsgavl/pp-trombose12.pdf

 jaydess® levonorgestrel

Jaydess® levonorgestrel er ikke førstevalg til kvinder som ikke har født grundet begrænset klinisk erfaring. Kvinder bør informeres om symptomer på samt risiko for ektopisk graviditet ved brug af spiral.

Jaydess® (levonorgestrel) 13,5 mg. intrauterint indlæg. **Teksten er forkortet i forhold til det godkendte produktresumé. Fuldstændigt produktresumé kan rekvireres vederlagtfrit fra Bayer A/S. Tlf. 45 23 50 00.** Indeholder en lille sølvring som gør det synligt ved røntgen. **Terapeutiske indikationer:** Svangerskabsforebyggelse i op til 3 år. **Dosering:** Det anbefales at Jaydess® (levonorgestrel) kun oplægges af læger der har erfaring med oplægning af intrauterine indlæg og/eller har gennemgået træning i oplægning. Jaydess® (levonorgestrel) skal oplægges indenfor 7 dage efter menstruationens begyndelse. Indlægget kan også lægges op umiddelbart efter abort i første trimester. Oplægning post partum bør udsættes indtil uterus er tilbage til normal tilstand, dog ikke tidligere end 6 uger efter fødslen. Hvis involutionen er væsentlig forsinket, bør det overvejes at vente til 12 uger post partum. Skal skiftes hvert 3. år. **Kontraindikationer:** Graviditet, underlivsinfektion, akut cervicitis eller vaginitis. Post partum endometritis eller infektion efter abort indenfor de sidste 3 måneder. Uafhjulpede cervikale celleforandringer, uterin eller cervikal malignitet. Gestagensensitive tumorer. Unormal uterin blødning af ukendt ætiologi. Livmodermisdannelse inkl. fibromer hvis de forandrer uterinkaviteten. Akut leversygdom eller lever tumor. Overfølsomhed overfor det aktive stof eller hjælpestofferne. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** Migræne, fokal med asymmetriske synsforstyrrelser eller andre symptomer der indikerer transitorisk cerebral iskæmi, usædvanlig kraftig hovedpine, icterus, væsentlig blodtryksstigning, svær arteriel sygdom såsom slagtilfælde eller myokardieinfarkt, ektopisk graviditet kan forekomme. Kvinder, der overvejer Jaydess, bør rådgives om tegn og risiko for ektopisk graviditet. Anvendelse til kvinder der aldrig har født: Jaydess® (levonorgestrel) er ikke førstevalg til svangerskabsforebyggelse, da der er begrænset klinisk erfaring. Graviditet bør overvejes, hvis menstruationen ikke indtræder indenfor 6 uger efter starten af den forudgående menstruation. Gentagne graviditetstest er ikke nødvendige hos kvinder med amenorré, med mindre der er tegn på graviditet. Påvirkning af blødningsmønsteret under menstruation kan forventes. Underlivsinfektion kan tilståede i forbindelse med oplægningen. Udstødelse kan forekomme. Perforation kan ske i sjældne tilfælde, oftest under oplægningen. Hvis trådene ikke er synlige i livmoderhalsen ved kontrolundersøgelser, skal opdaget udstødelse og graviditet udelukkes. Ovariecyster kan forekomme. **Interaktioner:** Uden større betydning grundet indlæggets lokale virkningsmekanisme. **Fertilitet, graviditet og amning:** Ændrer ikke fremtidig fertilitet. Graviditet er kontraindiceret. Påvirker ikke modermælken. **Bivirkninger:** Ændring i blødningsmønster, hovedpine, mave-/underlivssmerter, akne, dysmenoré, ovariecyster, vulvovaginitis, depression, migræne, kvalme, alopecia, øvre genitale infektioner, udstødning, udfald, brystsmerte. Ikke almindeligt eller sjældent: Hirsutisme, perforering af livmoderen. **Pakningsstørrelser og priser (AUP inkl. receptgebyr) per uge 50 2013:** 1 x Jaydess® (levonorgestrel), intrauterint indlæg. Kr. 1107,80 incl. recepturagebyr. Se medicinpriser.dk for dagsaktuelle priser. **Udlevering:** A. Ej tilskud. **Indehaveren af markeds-føringstilladelsen:** Bayer OY, 20210 Turku, Finland. SPC dato 15. oktober 2013. **Bayer A/S · Danmark.** Arne Jacobsens Allé 13, 6. DK-2300 København S. Tlf.: +45 4523 5000. Fax: +45 4523 5255. L.DK 09.2013.0632

DK: ▼ Dette lægemiddel er underlagt supplerende overvågning.

KORT

6 Flere sundhedsplejersker til Uge Sex

Et stigende antal sundhedsplejersker deltager i Uge Sex-kampagnen om seksuel sundhed til børn. Sex & Samfund håber, at endnu flere fremover vil blive inddraget i det tværfaglige samarbejde med lærerne.

TEMA OM OPSIGELSER

14 Længerevarende sygdom koster sygeplejersker jobbet

Offentlige arbejdsgivere er presset på økonomien, og det ses bl.a. i rummeligheden over for syge medarbejdere. En af de hyppigste årsager til opsigelser af sygeplejersker i 2013 var længerevarende sygdom.

16 Opsigelser skyldes sygdom, besparelser og misbrug

Udover længerevarende sygdommeldinger kostede besparelser, omstruktureringer og medicinmisbrug offentligt ansatte sygeplejersker jobbet sidste år.

20 Uretmæssigt fyret pga. utydelig håndskrift, barsel og ny leder

Læs om tre sygeplejersker, der har oplevet at blive uretmæssigt fyret.

TEMA OM SEKSUEL SUNDHED HOS BØRN OG UNGE

24 "Er jalousi et tegn på ægte kærlighed?"

Ingen spørgsmål er for mærkelige, når sundhedsplejerskerne i Herning Kommune tager ud på skoler og ungdomsuddannelser for at undervise børn og unge i seksuel sundhed.

BAGGRUND

28 PÅ JOB: Stuegang i ro og fortlørlighed

Selv om de fysiske rammer ikke er perfekte, kan det godt lade sig gøre at flytte stuegangen fra patientstuerne til et konsultationsrum. Det har Sydvestjysk Sygehus' medicinske afdeling 242 bevist.

NYT FRA DSR - DIN ORGANISATION

34 Akuttefonens stormfulde start

Få et overblik over, hvad der skete, før og efter akuttelefon 1813 gik i luften ved årsskiftet.

37 Etisk råd i Aarhus for studerende

Initiativet til at danne Studerendes Etiske Råd i Aarhus er taget, for at studerende og færdiguddannede kan blive bedre rustet til at arbejde struktureret med et etisk dilemma.

38 Formand i klinik: Tværfaglighed sikrer udredning

Det tværfaglige samarbejde er i højsædet på Geriatrisk Klinik på Svendborg Sygehus, hvor Dansk Sygeplejeråds formand var i klinik.



FAGLIG INFORMATION

42 Sygeplejefestival 2014

44 Positiv Afvigelse er en brugbar metode

46 Tidlig opsporing af sygdom i det primære sundhedsvæsen

48 Patientsikkerhed i kræftforløb - sygeplejerelaterede anbefalinger

FAG

50 Grundlæggende sygepleje gør en forskel

Selv om patientens behandling er meget specialiseret, må sygeplejersker huske den grundlæggende sygepleje og sikre, at den bliver udført f.eks. gennem brug af tjeklister og sygeplejeprogrammer.

56 Screeningssamtaler med patienter med inflammatorisk gigt

Patienter med leddegigt har en næsten dobbelt så stor risiko for at dø af hjerte-kar-sygdom sammenlignet med andre patienter. Derfor har man på Kong Christian X's Gigthospital implementeret screeningssamtaler i form af selvstændige sygeplejekonsultationer til disse patienter.

TEORI OG PRAKSIS

61 Måltidsstøtte ved livets afslutning

Det er vigtigt at tilføre nydelse og dermed livskvalitet til den uafvendeligt døende patients måltider snarere end at tilgode dese specifikke behov for ernæring. Pleje- og køkkenpersonalets arbejde med gelékost er med til at understøtte dette mål.

I HVERT NUMMER

8 Kulturjournalen

11 Dilemma

12 Studerende i praksis

13 Historisk

22 Parentes

27 5 faglige minutter

40 Mindeord

41 Facebook

44 Fagtanker

47 Fra forsker til fag

74 Stillingsannoncer

79 Kurser/møder/meddelelser

83 Kontakt

Forsideillustrationer Kissen Møller Hansen | Søren Svendsen

Sammen gør vi en forskel - hver dag

Danmark er et af verdens rigeste lande med et sundhedsvæsen, hvor vi alle har adgang uden betaling. På trods af det har vi en stigende social ulighed i sundhed, som bl.a. betyder, at mens en 30-årig mand med en lang uddannelse har 50 raske år foran sig, så kan en 30-årig med en kort uddannelse kun regne med at leve yderligere 44 knap så raske år.

Virkeligheden er, at mens en stor del af danskerne bliver sundere og sundere, så er der en gruppe danskere, som ikke får del i den forbedrede folkesundhed. For den enkelte betyder dårligere sundhed en forringet livskvalitet og en kortere levetid, og for samfundet betyder det flere udgifter til sundhedsvæsenet og flere borgere udenfor arbejdsmarkedet. Der er altså mange gode grunde til at gøre noget ved den sociale ulighed i sundhed.

Den gode nyhed er, at vi kan gøre en forskel. Sygeplejersker gør det allerede - hver dag. Sundhedsplejerskerne bruger hjemmebesøgene til i samarbejde med familien at grundlægge sunde vaner. Socialsygeplejerskerne hjælper de mest udsatte borgere, så de får glæde af sundhedsvæsenet. Og hver dag møder sygeplejersker patienter og pårørende, som har brug for lidt ekstra. Som en af sundhedsministerens lighedsambassadører har jeg valgt at sætte fokus på netop den indsats, som alle sygeplejersker løfter dagligt for at nedbringe uligheden i sundhed.

Forskning viser, at socioøkonomiske forhold som uddannelseslængde, tilknytning til arbejdsmarkedet, og hvor man bor, har stor betydning for ens helbred. At mindske uligheden i sundhed er derfor ikke en opgave, som kan løses af sundhedsvæsenet alene. Den skal bakkes op af samlet indsats, som omfatter sociale forhold, beskæftigelse, uddannelse, bolig og meget mere. Må regeringens nylig fremlagte mål for danskernes sundhed bidrage hertil!



Grete Christensen

Grete Christensen, formand

NÆSTE NUMMER UDKOMMER 28. FEBRUAR

Læs bl.a.:

- Hvornår skal sygeplejersker genoplives?
- På job: Fleksible ambulatorietider
- Fag: Interventioner målrettet tarmdysfunktion

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
 jbg@dsr.dk
 Tlf.: 4695 4187

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

Sekretær
 Kurser, møder, meddelelser
Birgit Nielsen
 bn@dsr.dk
 Tlf.: 4695 4186

Distribueret oplag

1. januar - 30. juni 2013: 73.884 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.

Flere sundhedsplejersker til Uge Sex

Flere og flere sundhedsplejersker deltager i Uge Sex-kampagnen om seksuel sundhed til børn. Håbet er, at endnu flere fremover vil blive inddraget i det tværfaglige samarbejde med lærerne.

Tekst **Mille Dreyer-Kramshøj**

Antallet af sundhedsplejersker, som deltager i Sex & Samfunds "Uge Sex"-kampagne, er mere end fordoblet de seneste år. I 2011 var 125 sundhedsplejersker tilmeldt kampagnen, der skal øge børn og unges viden om seksuel sundhed. I 2013 steg antallet til 285, og Sex & Samfund håber, at mange flere vil komme til.

Cand.pæd. og projektleder på kampagnen Line Anne Roien siger:

"Sundhedsplejerskerne har en vigtig rolle i seksualundervisningen. De har en sundhedspædagogisk faglighed, som skolelærerne ikke har, og de kan tage fat i emner, som lærerne kan have svært ved."

Undersøgelser fra Sex & Samfund har vist, at lærerne efterlyser bedre rammer for seksualundervisningen, og at de unge har for lav viden om f.eks. prævention, seksualitet og seks sygdomme. Netop områder, hvor sundhedsplejerskerne kan bidrage positivt, mener Line Anne Roien:

"Sundhedsplejerskerne har en faglig viden om pubertet, kropslige forandringer og prævention, som lærerne ikke har. Lærerne ved ikke, hvordan de kan undervise i f.eks. kondombrug, så det udvikler elevernes handlekompetencer. De er til gengæld gode til at tage samtaler om forelskelse og følelser ved f.eks. at inddrage romaner i dansk eller seksualpolitik i samfundsfag og perspektivere det til de unges liv."

Tværfaglighed til de små

Selvom seksualundervisning er obligatorisk fra folkeskolens 0.-9. klasse, bruger lærerne oftest ikke tid på emnet i de små klasser. På de mindste klassetrin er det vigtigt at sætte fokus på f.eks. sundhed, kønsroller og grænser, men også at fortælle forældrene om undervisningen, mener Line Anne Roien:

"Jeg kunne godt ønske mig, at sundhedsplejerskerne kom til at spille en større rolle i indskolingen og også være der, når skolen møder forældrene første gang.

Sundhedsplejersken kan snakke med dem om skolens indsats i seksualundervisningen og fortælle, hvordan de har sundhedspædagogiske aktiviteter i de små klasser."

Børn skal lære at sætte grænser

Årets tema i Uge Sex-kampagnen er grænser. Børnene skal lære om egne og andres grænser, for det er vigtigt også på længere sigt, mener Sex & Samfund.

"Det er et led i at se seksualundervisningen som en forebyggelsesindsats ift. f.eks. seksuelle overgreb. Undervisningen alene kan ikke forebygge, at et barn bliver udsat for overgreb, men den kan spille en rolle i forhold til, at barnet kan håndtere en situation, hvor det bliver udsat for overgreb, så det får nogle redskaber til at bede om hjælp. Der spiller sundhedsplejerskerne en rolle både i de yngste og ældre klasser," siger Line Anne Roien og tilføjer, at når hun underviser sundhedsplejersker, og de får kendskab til undervisningsmaterialet, der hører til Uge Sex, så kan de bedre se deres potentielle rolle.

Læs om sundhedsplejerskernes arbejde med seksuel sundhed for unge i Herning på side 24.

Børn, unge og seksualundervisning

0.-3. klasse: Krop, køn, følelser, familier og om at have det godt

4.-6. klasse: Identitet, køn og familier, krop og pubertet, forelskelse, prævention og seks sygdomme

7.-10. klasse: Køn, seksualitet og familie, kroppens mangfoldighed, følelser og sex, prævention, seks sygdomme og uønsket graviditet samt rettigheder og medborgerskab
 På ungdomsuddannelserne handler undervisningen bl.a. om prævention, seks sygdomme, uønsket graviditet, lyst, grænser, relationer, rettigheder og overgreb.

Kilde: www.ugesex.dk



Illustration: Gitte Skov

En særlig gruppe på syv sundhedsplejersker i Herning Kommune tager ud på skolerne og underviser på skoler og ungdomsuddannelser i seksuel sundhed, sygdomme, grænser, følelser og porno. Læs om deres arbejde på side 24.

Uniform til Tiden

Vinterferieaktiviteter på Sygeplejehistorisk Museum i Kolding i uge 7 og 8 for hele familien.

Både børn og voksne kan prøve nye og gamle sygeplejerskeuniformer, når Sygeplejehistorisk Museum i Kolding holder åbent i vinterferieugerne 7 og 8. Og er du som besøgende ikke tilfreds med den model, du prøver, så har du mulighed for selv at designe en udgave fra "Klæde ud"-kassen eller også bare tegne den.

Selvom sygeplejerskeuniformen ikke følger skiftende modeler, så viser museets udstilling "Uniform til Tiden", hvordan uniformen har set ud til forskellig tid, og hvad man har fundet passende. Idéer til ændringer har det ikke skortet på. I 1950'erne var et af forslagene en polkaprikket kjole. Den blev ikke sat i produktion.

Tre regioner har i øvrigt taget initiativ til helt nye modeller af sygeplejerskeuniformen, da det er hele 30 år siden, at arbejdstøjet senest fik et nyt snit.

Designer Hanne Larsen klæder Region Hovedstadens sygeplejersker, sosu-assistenten og læger m.fl. på. Kollektionen består af 24 dele, som medarbejderne kan sammensætte ud fra deres egne ønsker og behov. Museet viser eksempler på uniformen anno 2014, der med sine mange lommer er som et lille bærbart kontor! For at patienterne kan kende forskel på personalet, viser skilte i forskellige farver navn og faggruppe.

Læs mere på www.sygeplejemuseum.dk



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 eller kontakt sekr. Yvonne Wintcentsen, 5124 0450 onsdag og fredag kl. 9-13 eller yw@kognitivcenterfyn.dk

Film

Livets Blomst

Gaspard er en 63-årig kendt tv-producer og eftertragtet. Han fornægter ethvert tegn på, at han nærmer sig livets efterår og opfører sig, som om han stadig er 30. Han ender dog med at stå ansigt til ansigt med virkeligheden, da hans skrøbelige far, Hubert, får brug for hans hjælp. Mere assistance kommer til, da de hyrer en sygehjælper, Zana, med lidt tvivlsomme referencer og en livlig fantasi. Før de ved af det, roder de sig begge ind i et hundeslagsmål om at vinde hendes gunst.

Biografer i hele landet



Foto: Miracle Film

Sygehjælperen Zana (th.) i ny, fransk dramakomedie om gnavne gamle mænd og ungdomslængsler.

Jeg hader ADHD

Dokumentar om tre børn i en specialklasse, der gennemgår en helhedsorienteret indsats, hvor der ikke fokuseres på diagnoser og medicin, men på sansemotorisk stimulering, synstræning, kreativ udfoldelse og samtaler med forældrene.

Frederiksberg Hovedbibliotek, Falkoner Plads 3, Frederiksberg, den 27. februar kl. 19.30

Teater

Evig ung

30-40 år frem i tiden bliver Odense Teaters bygninger brugt som alderdomshjem for teatrets gamle, affældige skuespillere, der bliver passet af en velmenende sygehjælper med en kedelig musiksmag. Det kan de aldrende skuespillere heldigvis råde bod på: Uden at lade sig stoppe af hverken inkontinens, kunstige knæ eller demens kaster de sig ud i pop- og rockklassikere fra deres ungdom.

Odense Teater, Jernbanegade 21, Odense

Læs flere informationer og se andre arrangementer på www.dsr.dk/Sygeplejersken/Kulturjournalen. Kalenderen bringes i samarbejde med Kulturnaut.dk. Sygeplejersken tager forbehold for datoændringer, aflysninger mv.

Ny ejerkreds bag tidskriftet *Vård i Norden*

Det nordiske sygeplejevidenskabelige tidsskrift "*Vård i Norden*" har med virkning fra årsskiftet fået ny ejerkreds og ny redaktør. De svenske organisationer Vårdförbundet og Svensk Sjuksköterskeförbundet har sammen overtaget udgivelsen af tidsskriftet, som siden 1981 er udkommet i regi af Sygeplejerskernes Samarbejde i Norden (SSN). Anstrengt økonomi på grund af et faldende antal abonnenter har fremtvunget ændringen.

Med de to svenske organisationers overtagelse følger også et redaktørskifte. Kim Lützén, RN, RNT, PhD, seniorprofessor ved Karolinska Institutet, Stockholm, har med virkning fra den 1. februar overtaget chefredaktørstolen. I en e-mail til *Sygeplejersken* fortæller hun, at hendes første opgave er at sætte sig ind i potentialet med hensyn til at sikre bladets videnskabelige niveau samt finde ud af, hvordan hun på længere sigt kan formå at øge oplaget.

Med overtagelsen sikrer de nye udgaver fortsat fire årlige udgaver af tidsskriftet, som ud fra et nordisk sygeplejersperspektiv bringer artikler om klinisk sygepleje, sygeplejepsikis og uddannelse. Tidsskriftet udkommer både i papirudgave og i en elektronisk udgave og forhandles både som enkeltnumre og i abonnement. Studerende får stor rabat på abonnementet.

Alle artikler i *Vård i Norden* er refereebedømte; videnskabelige artikler har to referees, øvrige artikler en enkelt. Sproget er hhv. dansk, norsk, svensk og engelsk. Målgruppen er forskende, ledende, udøvende og undervisende sygeplejersker samt alle andre faggrupper med interesse for teoriudvikling og forskning inden for sygepleje.

(hbo)

Oplysninger om manuskriptvejledning, abonnementspriser etc. på www.vardinorden.org

Forskere opfinder smertefri kanyle
Nordiske forskere har udviklet mindre nåle, der tager smerten ud af det lille stik. Kanylet kan smertefrit trænge gennem hudens yderste lag og samtidig afgive medicin eller overvåge niveauet af lægemidler i en patients krop uden at trække blod, skriver www.nursingtimes.net. Bag forskningen står Ryan Donnelly fra Queens University i Belfast. Han mener især, at diabetespatienter, der hyppigt anvender injektioner, vil have glæde af den smertefrie nål.

Politistationer skal være sygeplejerskebemandede

Britiske politistationer og retssale skal have psykiatriske sygeplejersker, som kan sørge for, at borgere med psykiske sygdomme, indlæringsvanskeligheder eller misbrugsproblemer kan modtage pleje så tidligt som muligt, når de kommer i kontakt med det juridiske system.

"Sygeplejersker har afgørende færdigheder og viden om disse komplekse og udfordrende sager, og vi ved, at politiet sætter stor pris på at arbejde sammen med dem," siger administrerende direktør fra the Royal College of Nursing, Peter Carter, til *Nursing Times*.

Det britiske sundhedsministerium har ind til videre afsat 25 mio. pund til en etårig forsøgsperiode.

Google opfinder blodsukkermålende kontaktlinse

IT-firmaet Google er ved at udbygge sin position på medicinalmarkedet med en ny kontaktlinse, der skal måle blodsukkerniveau hos diabetikere. Linsen indeholder sensorer, som skal opfange glukoseniveauet i tårer, og tanken er, at sensorerne skal kunne aflæse udsving hvert sekund. Forskerne, der er i gang med at udvikle linsen, har desuden planer om at indføre meget små LED-lys, der kan lyse, hvis niveauet ændrer sig hos bæreren, oplyser Google på sin officielle blog. Forskerne forventer, at det vil tage mindst fem år, før linsen vil være på markedet.

Relvar® Ellipta® (fluticasonfuroat/vilanterol) er indiceret til symptomatisk behandling af voksne med KOL med FEV₁ < 70 % af forventet (post-bronkodilatator) med tilbagevendende eksacerbationer, hvor fast behandling med bronkodilatator ikke er tilstrækkelig.¹

FORDI DER IKKE ER PLADS TIL MERE KOL

For mange patienter med KOL fylder frygten for forværringer og yderligere begrænsninger allerede meget.² Væg Relvar Ellipta (fluticasonfuroat/vilanterol) til dine KOL-patienter med tilbagevendende eksacerbationer:¹



- Den første ICS/LABA-kombination der giver vedvarende 24-timers effekt^{1,3}
- Med dosering én gang daglig¹
- I en inhalator der er så enkel at anvende, at den foretrækkes af patienter frem for deres nuværende inhalator⁴

RELVAR® ELLIPTA®
(fluticasonfuroat/vilanterol)
24-timers effekt. Helt enkelt.

Relvar® Ellipta® (fluticasonfuroat/vilanterol) inhalationspulver, afdelt
Indikationer: **Astma:** Relvar Ellipta er indiceret til behandling af astma hos voksne og unge på 12 år og derover, hvor behandling med et kombinationsprodukt (langtidsvirkende beta₂-agonist og inhalationssteroid) er hensigtsmæssig: hos patienter, der ikke er velkontrolleret på inhalationssteroid og korttidsvirkende beta₂-agonist ved behov. **KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom) (kun styrken 92/22 mikrogram):** Relvar Ellipta er indiceret til symptomatisk behandling af voksne med KOL med FEV₁ < 70 % af forventet (post-bronkodilatator) med tilbagevendende eksacerbationer, hvor fast behandling med bronkodilatator ikke er tilstrækkelig. **Dosering astma*:** Voksne og unge fra 12 år: En inhalation af Relvar Ellipta 92/22 mikrogram en gang daglig eller en inhalation af Relvar Ellipta 184/22 mikrogram en gang daglig, hos patienter med behov for højere dosis. **Børn under 12 år:** Sikkerhed og effekt hos børn under 12 år med astma er endnu ikke klarlagt. **Dosering KOL*:** Voksne: En inhalation af Relvar Ellipta 92/22 mikrogram en gang daglig skal administreres på samme tidspunkt hver dag. **Kontraindikationer*:** Overfølsomhed over for de aktive stoffer eller hjælpestofferne. **Forsigtighedsregler*:** Bor ikke anvendes til behandling af akutte astmasymptomer eller akut eksacerbation af KOL, hvor behandling med korttidsvirkende bronkodilatator er nødvendig. Astmarelaterede bivirkninger og eksacerbationer kan forekomme under behandling. Paradoks bronkospasme med akut øget hvæsen efter indtagelse kan forekomme og behandlingen bør omgæddes seponeres. Bor anvendes med forsigtighed hos patienter med svær kardiovaskulær sygdom, da kardiovaskulære effekter kan forekomme. Hos patienter med moderat til svær leverinsufficiens bør styrken 92/22 mikrogram anvendes, og de bør monitoreres for bivirkninger. Systemiske bivirkninger kan opstå efter inhalation af steroider, især ved højere doser i længere perioder, men det er langt mindre sandsynligt end ved behandling med oral steroid. Bor anvendes med forsigtighed hos patienter med lungetuberkulose eller kronisk eller ubehandlet infektioner. Øget blodglucoseniveau er set hos diabetespatienter, hvilket skal overvejes ved

brug af Relvar Ellipta til disse patienter. Øget forekomst af pneumoni hos KOL-patienter er set, og behandlingen bør revideres, hvis det opstår. Relvar Ellipta 184/22 mikrogram er ikke indiceret til KOL-patienter. Bor ikke anvendes til patienter med alvorlig galactoseintolerans, særlig form for arvede lactasemangel eller glucose/galactosemalabsorption. **Interaktioner*:** beta₂-blokkere kan svække eller antagonisere effekten af beta₂-agonister. Både selektive og ikke-selektive beta₂-blokkere bør så vidt muligt undgås. Forsigtighed bør udvises ved samtidig administration af potente CYP3A4-hæmmere, da dette kan øge systemisk eksponering af fluticasonfuroat og vilanterol. Samtidig administration af andre sympatomimetika kan forstærke bivirkningerne af fluticasonfuroat/vilanterol. Bor ikke anvendes i kombination med andre langtidsvirkende beta₂-agonister. **Graviditet og amning*:** Ingen eller begrænsede data ved gravide/ammende kvinder. Fordelen af behandlingen skal afvejes mod eventuel risiko. **Bivirkninger*:** Meget almindelig: Hovedpine, nasopharyngitis. **Almindelig:** Pneumoni, infektion i øvre luftveje, bronkitis, influenza, candidiasis i mund og svælg, orofaryngeal smerte, sinusitis, pharyngitis, rhinitis, hoste, dysfoni, abdominalsmerter, artralgi, rygsmerter, frakturer, pyreksi. **Ikke almindelig:** Ekstrasystoler. **Overdosering*:** En overdosis af fluticasonfuroat/vilanterol kan medføre tegn og symptomer, som følge af de enkelte indholdsstoffers virkningsmekanisme. Symptomer som ses ved overdosering er de samme som ses ved andre beta₂-agonister, og som stemmer overens med de kendte klasseeffekter for inhalationssteroider. Ved overdosering skal patienten have understøttende behandling og monitoreres efter behov. **Udlevering:** B. Generelt tilskud

De med * mærkede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af EMA godkendte produktresumé. Fuldt produktresumé kan vederlagsfrit rekvireres hos GlaxoSmithKline Pharma A/S, Nykær 68, 2605 Brøndby.

Bivirkninger, både kendte og nyopdagede, bedes indberettet hurtigst muligt til Sundhedsstyrelsen (www.meldenbivirkning.dk) eller GlaxoSmithKline

(dk-info@gsk.com).

Pakninger og priser (AUP) pr. januar 2014 (dagsaktuelle priser findes på www.medicinpriser.dk)

Vnr 38 60 95	Inhalationspulver	92/22 mikg/dosis	30 doser	440,35 kr.
Vnr 12 53 17	Inhalationspulver	92/22 mikg/dosis	3x30 doser	1273,60 kr.
Vnr 41 32 25	Inhalationspulver	184/22 mikg/dosis	30 doser	556,25 kr.
Vnr 49 51 51	Inhalationspulver	184/22 mikg/dosis	3x30 doser	1614,55 kr.

Referencer:

1. EMA's godkendte produktresumé for Relvar Ellipta, januar 2014.
2. Jones P et al. Improving the process and outcome of care in COPD: development of a standardised assessment tool. Prim Care Respir J. 2009; 3 :208-15.
3. Boscia JA et al. Effect of Once-Daily Fluticasone Furoate/Vilanterol on 24-Hour Pulmonary Function in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Randomized, Three-Way, Incomplete Block, Crossover Study. Clin Ther. 2012; 8:1655-66.
4. Svedater H et al. Qualitative assessment of attributes and ease of use of the ELLIPTA(TM) dry powder inhaler for delivery of maintenance therapy for asthma and COPD. BMC Pulmonary Medicine 2013; 13: 72.

DK/FFT/0011/13 - Januar 2014



Theravance





Færre fyringer, men kortere lunte

Tekst **Christina Sommer** • Foto **Søren Svendsen**

Antallet af offentligt ansatte sygeplejersker, der bliver fyret, er næsten halveret de seneste tre år. Men længerevarende sygdom koster jobbet tidligere i dag end for få år siden, og arbejdsgiverne griber nu også hurtigere til f.eks. bortvisning.

De seneste tre år er der blevet længere mellem de fyresedler, som arbejdsgiverne deler ud til sygeplejersker ansat i det offentlige. 779 sygeplejersker blev opsagt i 2011, 496 i 2012 og 470 i 2013. Det viser nye tal fra Dansk Sygeplejeråds juridiske videncenter, som blev etableret i januar 2012.

Tallene dækker over de opsigelser, der sker på det offentlige område. Kommuner, regionale og statslige arbejdsgivere har - i modsætning til de private - pligt til at indberette alle opsigelser til Dansk Sygeplejeråd. Juridisk chef i Dansk Sygeplejeråd, Elise Hammer, glæder sig dog over udviklingen med de færre fyringer.

"Det er selvfølgelig meget positivt, at der er sket et fald i antallet af opsigelser på det offentlige område. Og selvom vi ikke på samme måde kan føre statistik over udviklingen på det private område, kan man forestille sig, at det samme gør sig gældende her," siger hun.

Hvad faldet skyldes, kan Elise Hammer

ikke præcist sige. Dansk Sygeplejeråd begyndte først at føre central statistik over opsigelserne i 2011, men en mulig forklaring kan være, at antallet af opsigelser i 2011 var særligt højt, da der i årene 2009, 2010 og til dels også 2011 blev gennemført massive besparelser og dermed fyringer på især det regionale område.

Flere bortvisninger

De færre opsigelser betyder dog ikke, at tilidsrepræsentanterne på de lokale arbejdspladser eller de ansatte i Dansk Sygeplejeråds fem lokale kredse, ledelsescenter samt Juridisk Videncenter centralt har fået mindre travlt. Nærmest tværtimod, fortæller Elise Hammer:

"Selvom der har været færre opsigelser, har vi oplevet en stigning i antallet af de alvorlige sager, hvor arbejdsgiver griber til hårdere sanktioner, f.eks. bortvisning, med det samme. Og vi oplever også, at det er blevet sværere at forhandle ordentlige fratrædelsesaftaler hjem. Arbejdsgiverne sidder tungere på pengeposen."

Rummeligheden er også blevet mindre, når det kommer til opsigelser pga. af langtidssygemeldinger, som er en af de hyppigste opsigelsesårsager.

"Her oplever vi også en stramning. Det

er selvfølgelig meget individuelt, men tidligere har vi oplevet, at arbejdsgiverne accepterede længerevarende sygemeldinger på f.eks. 12 måneder. Nu ser vi eksempler på, at de afskediger medarbejdere efter tre måneder, bl.a. for at slippe for et langt opsigelsesvarsel," siger Elise Hammer.

4,8 mio. kr. ekstra i godtgørelser

De samme tendenser gør sig gældende for mange andre faggrupper på både det offentlige og det private arbejdsmarked, fortæller Helle Hjorth Bentz, der er advokat i FTF, som er hovedorganisation for 450.000 offentligt og privat ansatte.

"Der er ingen tvivl om, at arbejdsgivernes lunte er blevet meget kortere de senere år. De trækker stikket meget hurtigere end tidligere, især når det kommer til sygemeldinger," fortæller Helle Hjorth Bentz.

Selvom antallet af afskedigelsessager er faldet, fik Dansk Sygeplejeråds juridiske videncenter forhandlet 4,8 mio. kr. hjem til opsagte sygeplejersker i 2013 mod 7,8 mio. kr. i 2012. Oveni kommer de penge, som medarbejderne i de fem kredse og ledelsescentret har forhandlet hjem i forbindelse med opsigelsessager. Det beløb opgøres ikke centralt.

Læs tema om fyringsårsager side 14.



TRANSMEDICA

Ønsker du vikariat i Norge?
Vil du tjene omkring 65-80.000 kr. per måned
Gør som mange andre sygeplejersker - vælg Transmedica
Vi sikrer dig job allerede i dag!



Kontakt Christina Gronemann +45 41 85 18 53 eller Jette Hvolgaard Andersen +45 41 85 18 56
 Se mere om os på vores hjemmeside www.transmedicavikar.dk

Den plettede dyne

Jette Bagh, cand.cur., fagredaktør, Sygeplejersken

David Holm er 49 år og svært hjertesyg. Han bliver indlagt akut på et stort provinshospital og ved ikke nøjagtig, hvilket nummer denne indlæggelse har. 23, måske 24.

Denne afdeling byder som noget nyt på dyner og hovedpuder uden betræk. Lagnet plasker rundt på et gummiagtigt underlag, der får David til at fornemme, at han er ude at surfe. Da Davids kone Ingrid, som er sygeplejerske, kommer på besøg, ser hun med bestyrtelse på den plettede dyne.

Senere, efter at kontaktsygeplejersken med et træt håndtryk har præsenteret sig som Clara, spørger Ingrid forsigtigt, belært af flere års erfaring med et system, der ikke bryder sig om kritik, om ikke der mangler et dynebetræk?

Clara ser træt på hende og svarer, at sygeplejerskernes tid ikke er til at skifte betræk i tide og især i utide, så nej. Betræk er afskaffet, og trods de synlige pletter på dynen er den altså forsvarligt vasket og indeholder ikke noget, den ikke må.

Ingrid tager tilløb og spørger, om hun for Davids skyld må tage deres eget sengetøj med, for David bryder sig ikke om den plettede model.

Det kan der ikke være tale om. "Hvordan skal personalet holde styr på hygiejnen, hvis folk selv begynder at slæbe linned med på hospitalet?"

Næste dag har Ingrid den største lyst til at medbringe det mest farverstrålende sengetøj, hun kan finde derhjemme, men hun gør det ikke.

Hvad tænker du om den moderne, vaskbare dyne?

Hvordan skal David og Ingrid håndtere deres opfattelse af, hvad der er æstetisk sengetøj?

Hvordan opfatter du Claras forsvar for den plettede dyne?

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

Svar 1. Den moderne, vaskbare dyne er et synligt tegn på, at vi som sundhedsfagligt personale af nødvendighed også arbejder inden for en nytteetisk ramme. Den vaskbare dyne er indført, da den ifølge casen er hygiejnisk forsvarlig og samtidig reducerer ressourceforbruget. Den økonomiske ramme er en forudsætning for, at klinikkerne kan agere i en såkaldt "Pligtetisk Boble" eller agere umiddelbart på patienternes ønsker og behov i hverdagen. Og i forhold hertil agerer Clara uetisk eller "ikke pligtetisk":

Der synes ikke at være nogen faglig begrundelse for, at hustruen ikke må medbringe eget sengetøj. Måske hun selv kan lægge det på? Det kan blive et problem, hvis sengetøjet bliver beskidt, men

det kan de jo så tale om. Et godt svar ville være, at hvis det ville gøre indlæggelsen bedre for Hr. Holm, er Fru Holm velkommen til at medbringe sengetøjet næste dag, hvor den ledende sygeplejerske vil være til stede, og hvor de sammen med denne kan tage en snak om ønsket. Det burde kunne lade sig gøre, men det kræver en generel viden om beslutningen blandt afdelingens personale.

Det er en forudsætning, at sygeplejersken ikke agerer med et træt kropssprog, og at hun taler i en respektfuld tone til både patient og pårørende.

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 spørgsmål end konkrete svar i denne sag, og kompleksiteten i at være patient, pårørende og sygeplejerske i sundhedssystemet er synliggjort.

Hygiejnemæssigt er der ikke større risiko for smittespredning ved brug af vaskbare dyner, og personalet giver generelt udtryk for at være glade for de vaskbare dyner, da det sparer tid i forhold til sengeredning. Men hygiejne må være mere end mikrobiologi og arbejdsmiljø! Davids velvære og tryghed bliver åbenlyst påvirket af de synlige, og måske endnu mere af tanken om de usynlige, pletter på dynen.

Clara har glemt en vigtig pointe om grundlæggende sygepleje, hvor sengeredning er et felt, der giver mulighed for at observere David, forebygge komplikationer og skabe tryghed og velvære, både fysisk og psykisk. Clara underkender med sit svar og sin attitude Davids samt hustrus ønsker om at tage vare på egne behov og får dermed skabt en unødvendig magt, som fratager dem modet til at reagere. Det kunne se ud, som om Clara ureflekteret har ladet sig forføre af nye og måske smartere/lettere tiltag i sygeplejen. Tiltag, som bliver indført for at effektivisere og økonomisere.

Men sygepleje er jo langt mere end det, og det har Clara - og sundhedsvæsenet - vist glemt.

Af Annette Hegelund, sygeplejerske, SD, afdelingsleder, Ældre & Omsorg, Brøndby Kommune, næstformand 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. Det må højst fylde 900 tegn uden mellemrum. Husk navn og medlemsnummer på din mail.





Højkoncentreret Tranbærprodukt

LACTO Lady

**Naturlig beskyttelse
af urinvejene**

Nyhed – Fås på apoteket, i Matas og i helsekostbutikker

Vitalbans ApS
www.vitalbans.dk

Storegade 5, 2. sal, 7330 Brande / Tlf. 28 77 73 30

LactoLady indeholder en unik kombination af tranebær ekstrakt og fire forskellige stammer af naturligt forekommende mælkesyrebakterier.

Tranebærrets indhold af proanthocyanider i kombination med mælkesyrebakterier beskytter slimhinderne.

**1 tablet 2 gange dagligt
indeholder:**
800 mg tranebærekstrakt
(heraf 36 mg proanthocyanider)
og 1 milliard cfu aktive
mælkesyrebakterier.



Pakningsstørrelse:
30 og 60 tabletter

STUDERENDE I PRAKSIS

Håndspålæggelse lindrer smerter

Bitten Bjerhof, sygeplejestuderende på UCSJ Roskilde på modul 13

På 6. semester oplever en sygeplejestuderende en patient med behov for alternativ behandling. Patienten beder den sygeplejestuderende om at lindre sine smerter gennem healing.

Dagen starter med en kort rapport, hvor vi får information om en patient, som har pådraget sig et brud. Vi fordeler opgaverne imellem os og planlægger dagen.

Da jeg kommer til patienten indlagt med brud, observerer jeg, at patienten er smerteforpinet. Patientens smerter er kraftige, og efter VAS-score konstaterer jeg, at jeg må spørge vejleder om udlevering af smertestillende medicin til patienten.

Patienten ønsker ikke medicin, men beder mig om at lægge mine hænder på bruddet. Jeg forklarer, at jeg ikke er sikker på, at det vil afhjælpe smerteproblematikken, hvortil patienten svarer "det er jeg sikker på."

Jeg prøver nok en gang at forklare, jeg gerne vil hente noget smertestillende. Patienten afviser igen og spørger, om jeg ikke vil lægge mine hænder på bruddet. Herefter oplyser patienten, at "det er, fordi dine hænder kan heale, og det vil føre til smertelindring." Jeg går i panik; healing, det er der vist ikke videnskabeligt bevis på!

Samtidig er der kollegaer på stuen. Hvad vil de tænke, når jeg skal forklare, at jeg healer? Mine tanker er mange, hvad skal jeg stille op? Er det fagligt korrekt? Må jeg det? Hvad tænker kollegaerne, og kan jeg forklare, at jeg lindrer smerter på en alternativ måde? Jeg beslutter mig for at efterkomme patientens valg, og efterfølgende argumentere for min beslutning.

Efterfølgende må jeg forklare kollegaerne, hvad der hændte. Her står jeg med mindst erfaring og beretter, at patienten fin-



Foto: Søren Svendsen

der, at jeg kan heale og har lindret smerterne med mine hænder. Der bliver stille, flere kollegaer måber med et skævt smil på læberne. Jeg er glad for, at jeg gennem uddannelsen har lært, at jeg skal argumentere fagligt. Jeg argumenterede med bekendtgørelsen til professionsbachelor i sygepleje, som bl.a. anfører, at sygeplejersken skal lindre og behandle, samt at sygeplejersken via Sygeplejeetiske Retningslinjer er forpligtet til at respektere patientens ret til valg og fravalg.

Jeg blev respekteret, og den atypiske og lærerige situation blev herefter ikke omtalt.

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@ds.dk. Den må højst fylde 2.000 tegn uden mellemrum. Du får 500 kr., når din historie bliver bragt i Sygeplejersken.

Symbolet på tre et halvt års slid

Kollektiv emblemoverrækkelse er en 101 år gammel tradition, som Dansk Sygeplejeråd for et par år siden besluttede at genoptage, da der i konfliktens kølvand opstod et særligt behov for at styrke fagfællesskabet.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen** • Research **Gunilla Svensmark**



Foto: Dansk Sygeplejehistorisk Museum.

Dansk Sygeplejeråds daværende formand Margrethe Koch overrækker nye medlemmer emblemet omkring 1933-34.



Foto: Ais Nielsen

Kredsformand i Kreds Nordjylland, Helle Kanstrup, overrækker emblemer til nyuddannede sygeplejersker i Aalborg før selve dimissionen.

Dengang

”Jeg forpligter mig for Gud og denne Forsamling til at leve mit liv i Renhed og at udøve min Gerning i Troskab”.

Sådan lyder de første linjer i det sygeplejeløfte, der indtil 1980'erne blev læst op ved de nyuddannede sygeplejerskers dimission (siden 1950'erne dog uden Vorherre nævnt). Nogle gange optrådte Dansk Sygeplejeråds formand endda ved en højtidelig overrækkelse af emblemerne til de nye medlemmer. Firkløveremblemets historie går tilbage til Dansk Sygeplejeråds grundlæggelse i 1899, og den lille emaljerede broche fik fra starten en vigtig symbolik – den var for de udvalgte, de ”rigtige sygeplejersker”. I starten af 1900-tallet var uddannelsen uensartet, og emblemet blev derfor den synlige garanti for en fuldt kvalificeret sygeplejerske.

Desværre var medlemmerne ikke for gode til at passe på emblemet. Derfor besluttede bestyrelsen i Dansk Sygeplejeråd i 1912, at det skulle overrækkes af formanden ved en ceremoni. Den første kollektive emblemoverrækkelse fandt sted i september 1913, hvor formand Henny Tscherning læste Florence Nightingales løftet, det såkaldte sygeplejeløfte, og gjorde sygeplejerskerne opmærksom på det forpligtende i emblemet.

20 år senere, omkring 1933, ophørte traditionen med kollektiv emblemoverrækkelse, men igennem Dansk Sygeplejeråds 115 år lange historie er den med jævne mellemrum blevet taget op igen. I 1941, hvor den tyske besættelse skabte behov for sammenhold, blev traditionen genindført.

Kilde: ”Firkløveret og ildsjælene” – Dansk Sygeplejeråds historie 1899-1999.

Nu

I mange år modtog nyuddannede sygeplejersker deres emblem med posten, men efter den langvarige konflikt i 2008 fik Dansk Sygeplejeråd igen behov for at forstærke fagfællesskabet og identitetsfølelsen blandt medlemmerne.

1.-kredsformand i Kreds Nordjylland, Helle Kanstrup, husker, at man i organisationen talte om, hvad man kunne ændre på for at gøre det mere attraktivt at være medlem. Og en af idéerne var at genindføre den kollektive emblemoverrækkelse i 2010.

På sygeplejerskolen i Thisted havde den tidligere formand for Dansk Sygeplejeråds amtskreds i Viborg allerede været til stede ved skolens dimission i mange år. I Hjørring og i Aalborg var det nyt.

”Man gør det forskelligt på skolerne. I Hjørring læser man sygeplejeløftet op, og de studerende har uniformer på,” fortæller Helle Kanstrup.

I den tale, hun holdt i januar 2014, henviste hun til Henny Tschernings tale fra 1913 om, at de nye medlemmer skal bruge deres uddannelse som grundlag for at arbejde videre mod stadigt større faglig dygtighed og udvikling.

”For de nyuddannede er emblemet stadig et symbol på ”en rigtig sygeplejerske”, siger Helle Kanstrup.

Kun meget få nyuddannede sygeplejersker i Nordjylland er ikke medlemmer af Dansk Sygeplejeråd. Uanset, om man er medlem eller ej, får man overrakt et lykønskingsbrev fra Dansk Sygeplejeråds formand, Grete Christensen.

Længerevarende sygdom koster sygeplejersker jobbet



Offentlige arbejdsgivere er presset på økonomien, og det ses bl.a. i rummeligheden over for syge medarbejdere. En af de mest udbredte årsager til opsigelser af sygeplejersker i 2013 var nemlig længerevarende sygdom. Mange afskedigelsessager går lige efter bogen, men sygeplejersker, der står over for en fyring, bør altid involvere deres tillidsrepræsentant eller lokale kreds så hurtigt som muligt for at sikre, at alt forløber, som det skal.

Tekst **Christina Sommer** • Foto **Søren Svendsen**



Mange fyresedler blandt offentligt ansatte sygeplejersker i 2013 skyldtes længerevarende sygemeldinger. Men også besparelser, omstruktureringer og medicinmisbrug kostede flere sygeplejersker jobbet.

Opsigelser skyldes sygdom, besparelser og misbrug

Tekst **Christina Sommer** • Foto **Søren Svendsen**

Der er skåret ind til benet på mange offentlige arbejdspladser, og det kan også mærkes på mange arbejdsgiveres forståelse og rummelighed over for sygemeldte sygeplejersker. Ifølge nye tal fra Juridisk Videncenter i Dansk Sygeplejeråd blev i alt 470 sygeplejersker opsagt i 2013, og en af de mest udbredte årsager er ifølge juridisk chef Elise Hammer sygdom.

”I ca. halvdelen af de indberettede opsigelser er årsagen tavshedsbelagt af hensyn til medarbejderen, hvilket arbejdsgiveren ofte gør, hvis det netop skyldes sygdom eller f.eks. misbrugsproblemer. Men i den resterende halvdel af de indberettede opsigelser kan vi se, at sygdom, især langtidssygemeldinger, er den hyppigste grund til opsigelse,” siger Elise Hammer.

Og netop i forhold til langtidssygemeldingerne er det tydeligt, at arbejdsgiverne er blevet mindre rummelige.

”Nu ser vi eksempler på, at arbejdsgiverne afskediger medarbejdere efter tre måneders sygdom, bl.a. for at undgå et langt opsigelsesvarsel. Og det er også blevet vanskeligere for os at komme igennem med krav om, at medlemmet kan få mulighed for at komme tilbage, hvis man bliver rask i opsigelsesperioden. Desuden tager arbejdsgiverne ikke længere så meget hensyn til sociale forhold, som kan gøre sig gældende hos f.eks. enlige mødre eller sygeplejersker med fysiske skavanker, som f.eks. skyldes en arbejdsskade,” fortæller Elise Hammer.

Mistanke om medicinmisbrug

De næste to årsager, der typisk førte til opsigelse af offentligt ansatte sygeplejersker

sidste år, er besparelser og omstruktureringer. Men Elise Hammer og hendes kolleger centralt i Dansk Sygeplejeråd og lokalt i de fem kredse oplever også hvert år, at sygeplejersker bliver fyret pga. af mistanke om misbrug eller tyveri af medicin.

”I mange andre brancher bliver medarbejdere typisk bortvist pga. af mistanke om tyveri fra kassen, men i vores branche er det typisk medicin, der forsvinder. Vi har haft enkelte opsigelsessager, der omhandlede ledere, der havde rod i regnskaberne, men det er virkelig få,” siger Elise Hammer.

Juridisk konsulent i Juridisk Videncenter, Marianne D. Fruelund, uddyber:

”I forhold til opsigelsessager, der skyldes mistanke om medicinmisbrug, oplever vi ofte, at man i hverdagen på mange arbejdspladser ikke fuldt ud lever op til procedurerne for håndtering af medicin. Og rigtig mange steder har mange forskellige medarbejdere adgang til medicinrummet. Her kan vi kun opfordre til, at sygeplejerskerne er præcise og omhyggelige med medicin-håndteringen. At de sørger for at få skrevet alt korrekt ned og er påpasselige med patienternes og borgernes medicin. Mangler der præcise retningslinjer, skal sygeplejerskerne, evt. gennem tillidsrepræsentanten, opfordre ledelsen til at formulere nogle,” siger Marianne D. Fruelund.

Inddrag tillidsrepræsentanten tidligt

Mange opsigelsessager, især begrundet i besparelser og omstruktureringer, kører lige efter bogen og er altså saglige, forstået på den måde, at arbejdsgiver op-

siger medarbejderen med gyldig grund, korrekt opsigelsesfrist etc. Men i mange andre sager kan arbejdsgiver og medarbejder være uenige, og arbejdsgiveren kan direkte være ude i det, der kaldes en usaglig opsigelse.

Og det er især her, Dansk Sygeplejeråds tillidsrepræsentanter på de berørte arbejdspladser samt konsulenter og jurister for alvor kan og skal komme ind i billedet. Og jo før, jo bedre.

”Uanset hvad opsigelsen skyldes, er det vigtigt, at man som sygeplejerske inddrager sin tillidsrepræsentant eller lokale kreds så tidligt som muligt. Alle opsigel-

Hvis du står over for en opsigelse

- Opsigelsessager i det offentlige begynder med en såkaldt ”påtænkt opsigelse”, efterfulgt af en høringsperiode og så den evt. endelige opsigelse. Den påtænkte opsigelse bliver ofte udleveret til medarbejderen med krav om underskrift, og her er det vigtigt at påpege, at man kun signerer for at have modtaget opsigelsen, ikke at man accepterer den.
- Inddrag din tillidsrepræsentant eller lokale kreds så tidligt som muligt i forløbet.
- På www.dsr.dk/afskediget kan du læse mere om dine rettigheder, hvis du bliver fyret, samt hvordan Dansk Sygeplejeråd kan hjælpe dig.

Kilde: Juridisk Videncenter og www.dsr.dk



sessager i det offentlige begynder med en såkaldt "påtænkt opsigelse", dernæst en høringsfase og så den evt. opsigelse. Er tillidsrepræsentanten med fra start af, sidder sygeplejersken ikke alene med f.eks. høringsvaret, ligesom tillidsrepræsentanten har styr på medarbejdernes rettigheder og pligter i forhold til evt. opsigelse," siger Marianne D. Fruelund og uddyber:

"Den gode tillidsrepræsentant har allerede set, noget var på vej, og er ofte i dialog med ledelsen. Vurderer tillidsrepræsentanten f.eks., at der ER tale om et medicinmisbrug hos en kollega, er det bare med at gå i dialog med medlemmet og sammen med arbejdsgiveren få lavet en handleplan, der kan hjælpe kollegaen. Og her oplever vi, at mange arbejdsgivere faktisk er ret ansvarlige i den proces. Mange sager bliver løst i et tæt samarbejde mellem medlemmet, tillidsrepræsentanten og den lokale kreds eller Dansk Sygeplejeråds ledelsescenter over for arbejdsgiveren," siger Marianne D. Fruelund.

Arbejdsgivere mere restriktive

Ved opsigelser, der skyldes besparelser eller omstruktureringer, er Dansk Sygeplejeråds tillidsrepræsentanter ofte også med fra begyndelsen. De er f.eks. med til at afdække, om opsigelserne helt kan undgås f.eks. ved omrokering. Og tillidsrepræsentanterne kan også være med til at fastsætte, hvilke kriterier der skal ligge til grund for, hvem der bliver afskediget, samt forhandle gode fratræ-

del-ses-pakker hjem. Men også her er der strammet op.

"Sådan en pakke kan f.eks. omfatte tilbud om et jobsøgningskursus, psykologhjælp eller efteruddannelse, men her er arbejdsgiverne også blevet mere restriktive. Skulle en sygeplejerske få tilbudt en frivillig fratrædelseaftale, er det vigtigt at overveje den grundigt, da man måske her har mulighed for at få lidt udover sin opsigelsesfrist, f.eks. efteruddannelse. Det kan man typisk ikke, hvis man har sagt nej og så bliver opsagt," siger Elise Hammer.

Usagligt fyret

I alle de opsigelsessager, Dansk Sygeplejeråd er involveret i, gælder det i bund og grund om at fastslå, om en opsigelse er saglig eller ej. Saglige opsigelsesgrunde kan netop være besparelser eller flytning af arbejdsopgaver eller lignende. Og klokkeklare usaglige grunde er f.eks. en opsigelse pga. køn, alder eller graviditet.

"Har der f.eks. været en stor prikkedag et sted, er det vores opgave at gennemgå alle sagerne for at se, hvilke kriterier der er blevet "prikket efter". Er det f.eks. kun de gamle, der er røget? Eller er der blevet fyret folk med såkaldte "beskyttede titler" såsom tillidsrepræsentanter eller arbejds-



► miljørepræsentanter? Selvom de er sværere at opsigte, er de ikke urørlige. Der skal være såkaldt "tvingende årsager", men det sker," siger Marianne D. Fruelund og henviser til et eksempel, hvor en tillidsrepræsentant blev opsagt pga. sygdom.

"Her måtte vi sande, at sygdommen havde været af så massivt et omfang, at det var en saglig fyring. Hun var ikke del af en omstrukturering, og hun blev ikke fyret pga. sit hverv som tillidsrepræsentant," siger Marianne D. Fruelund.

Hun henviser til, at der også er andre personalegrupper, der har særlig beskyttelse, f.eks. gravide:

"Her skal arbejdsgiveren kunne bevise, at afskedigelsen er sket som følge af noget andet end selve graviditeten."

Den gode fratrædelsesaftale

Er opsigelsen saglig, har langt de fleste sygeplejersker krav på et tre-seks måneders opsigelsesvarsel, men også her er det godt at få afklaret og aftalt vilkårene for det videre forløb så hurtigt som muligt.

"Den gode fratrædelsesaftale er ikke

bare et opsigelsesvarsel på tre-seks måneder. Den er meget individuel efter den enkeltes behov, og her møder vi med sygeplejerskens ønsker til forhandling med arbejdsgiver. Der skal bl.a. tages stilling til ferie og evt. afspadsering. Skal det udbetales eller afvikles. Ønsker man f.eks. at blive fritstillet uden modregning for løn fra en ny arbejdsgiver, så ryger det måske helt, men ja, det er en forhandling og derfor give-and-take," fortæller Elise Hammer og påpeger yderligere to ting:

"Husk også at afklare, hvem der giver referencer, og ikke mindst hvordan en evt. opsigelse bliver informeret ud. En af de mest diplomatiske formuleringer er nok, "at man har indgået en fratrædelsesaftale efter gensidig aftale". Det kan jo betyde noget for medarbejderens mulighed for at søge og få et nyt job. Er man væk fra den ene dag til den anden, kan der hurtigt opstå myter."

Bortvist for misbrug

Noget af det værst tænkelige, der kan ske i forbindelse med en opsigelse, er, når arbejdsgiver vælger at bortvise en medarbejder med

øjeblikkelig virkning. Et træk, der kan få vidtrækkende konsekvens for medarbejderen.

"En bortvisning indebærer i princippet, at ansættelsesforholdet ophører per dags dato, og at udbetaling af løn stopper omgående. Arbejdsgiveren skal kunne begrunde og ikke mindst bevise, at den ansatte groft har tilsidesat pligter i sit ansættelsesforhold, og selvom vi også oplever en stigning i antallet af bortvisninger, kan antallet i Juridisk Videncenter heldigvis stadig tælles på to hænder," siger Elise Hammer.

Den typiske bortvisningsgrund er mistanke om misbrug eller tyveri af medicin. Men for nylig førte Juridisk Videncenter sag for en sygeplejerske, der var blevet bortvist, da hun ikke var mødt op på arbejde, fordi hun var kommet til at skrive sin ferie forkert ind sin kalender.

"Den sag gik hele vejen til et afskedigelsesnævn, da arbejdsgiver ikke ville indgå forlig. Og det betalte sig. Hun fik medhold i, at hendes fejl ikke berettigede til en bortvisning, men derimod en saglig opsigelse, så hun beholdt sit opsigelsesvarsel på tre måneders løn," fortæller Elise Hammer.

Forlig er ofte godt

Langt de fleste tvister og sager vedrørende bortvisninger, men også opsigelser, bliver dog forligt, før de når afskedigelsesnævnet eller domstolen. Og det kan være en stor fordel for alle, også den pågældende sygeplejerske, forklarer Marianne D. Fruelund.

"Tiden kan være en faktor, det er en lang og hård proces at føre en sag hele vejen igennem systemet, det kan være meget be-



lastende. Og ved forlig har vi nogle gange bedre mulighed for at påvirke udfaldet bare lidt, hvorimod vi ikke ved, hvordan sagen ender, hvis den skal køre hele vejen,” siger Marianne D. Fruelund.

Bliver en opsigelse kendt usaglig enten via rettens eller forligets vej, har medarbejderen udover sit opsigelsesvarsel desuden også krav på en godtgørelse.

”Godtgørelsen kan svinge fra alt mellem 14 dage og seks måneders ekstra løn, men som hovedregel udgør den højst halvdelen af sygeplejerskens opsigelsesvarsel. Er det seks måneder, får man typisk tre måneders ekstra løn i godtgørelse, men også her kan konkrete, individuelle forhold hos medlemmet eller det samlede forløb på arbejdspladsen give andre resultater,” siger Elise Hammer.

Juridisk Videncenter

Juridisk Videncenter i Dansk Sygeplejeråd blev etableret den 1. januar 2012 for at styrke og sikre høj kvalitet i DSR's juridiske sagsbehandling for medlemmerne. Centret tager sig af henvendelser fra medlemmer, kredse og ledelsescentret, når det drejer sig om individuelle medlemsager og retstvister. Medarbejderne vejleder, rådgiver og behandler bl.a. i alle sager om ansættelsesretlige forhold for medlemmerne på regionernes, kommunernes, statens og de private arbejdsgivers områder. Sager om medlemmernes lønforhold behandles dog fortsat i Forhandlingsafdelingen.

Uretmæssigt fyret pga. utydelig håndskrift, barsel og ny leder

Bag en uretmæssig opsigelsessag kan ligge et årelangt sagsforløb, som er opslidende for den enkelte sygeplejerske. Nogle af disse sygeplejersker har tidligere fortalt deres historie til Sygeplejersken. Vi bringer en opsummering af tre sager.

Tekst **Christina Sommer, Pelle Lundberg Jørgensen, Mille Dreyer-Kramshøj og Andreas Rasmussen** • Foto **Søren Svendsen**

Bortvist pga. utydelig håndskrift

Dorte arbejdede på en speciallægeklinik, hvor en femårig dreng netop var blevet opereret og på vej hjem. Hun havde skrevet en seddel om, hvor meget medicin drengen skulle tage, og bedt klinikassistenten om at videregive den til drengens forældre. Klinikassistenten havde dog svært ved at læse skriften og skrev sedlen om. Men denne gang med fire gange så stor dosis. Drengen reagerede på den store mængde medicin, og forældrene klagede til klinikken. Dortes chef indkaldte hende efterfølgende til en samtale, som endte alvorligt, da hun blev bortvist og fyret på stedet, bl.a. med den utydelige håndskrift som grundlag.

Dorte havde tidligt kontakten sin lokale kreds, og efter bortvisningen besluttede Dansk Sygeplejeråd at gå videre med sagen ved domstolen. Hun fandt sig hurtigt et nyt job, men sagen fyldte alligevel meget mentalt i de to år, der gik, før der faldt dom i sagen. Og det til hendes fordel. Bortvisningen og opsigelsen var usaglige, og hendes tidligere arbejdsplads blev dømt til at skulle betale hende over 150.000 kr. i godtgørelse og sagsomkostninger. Dorte blev frikendt for at have begået fejl i forbindelse med, at hun overdrog doseringssedlen til klinikassistenten. I domsudskriftet fremgik det bl.a., at ”Denne viderelegation af en simpel opgave er helt sædvanlig og praktisk og er forudsat i Sundhedsstyrelsens vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp, hvoraf det bl.a. fremgår, at lægen direkte skal forbyde viderelegation ...” Retten konstaterede desuden, at der ikke var udarbejdet instruks for medicinbåndtering, og det er i strid med bekendtgørelsen om benyttelse af medhjælp. Retten fandt derfor, at eventuelle fejl er klinikchefens ansvar.

”Det var en dejlig dag,” sagde en lettet Dorte oven på dommen.

Souschef blev fyret under sin barsel

”Tillykke med fødselsdagen. Kommer du ikke forbi snart? Der er noget, jeg gerne lige vil snakke med dig om.”

Sådan lød det, da Camilla i slutningen af februar 2012 blev ringet op af sin chef på et plejehjem i København. På det tidspunkt havde Camilla været på barsel fra sin stilling som souschef i otte måneder. Hun gik ud fra, at chefen lige ville vende et eller andet ledelsesrelateret med hende, men da hun kom ind på kontoret fik hun at vide, at chefen ville nedlægge hendes stilling, hvorefter hun gav Camilla et officielt brev om stillingens nedlæggelse.

”Jeg oplevede selve forløbet som meget uprofessionelt. Det var yderst ubehageligt at sidde med min lille søn og få besked om, at min stilling blev nedlagt. Heldigvis fik jeg rigtig god hjælp hos Dansk Sygeplejeråd,” sagde Camilla bl.a. om forløbet.

Camilla ringede nemlig straks til Dansk Sygeplejeråd, der gik ind i sagen. To en halv måned efter afskedigelsen var der forhandlet en god fratrædelsesaftale i stand med Københavns Kommune. Plejehjemmet kunne ikke dokumentere, at afskedigelsen ikke skete på grund af Camillas barsel. Hun fik derfor fire måneders opsigelse, ni måneders godtgørelse, seks ugers ferie til udbetaling og seks ugers ferie overført til næste ferieår.

Årsagen til, at kommunen var tvunget til at indgå et forlig, var, at stillingen i praksis ikke var blevet nedlagt. Arbejdsopgaverne var i stedet blevet fordelt blandt en række andre ansatte, der var gået op i tid. Da Camillas chef samtidig havde ytret sig negativt om Camillas graviditet, havde kommunen en endog meget dårlig sag. Forliget endte med, at Camilla fik mere end en halv million i godtgørelse for løn og ferie. Efterfølgende er Camilla kommet godt videre og har fået nyt job.

Ny leder fyrede vellidt sygeplejerske

Efter flere end to årtier på samme arbejdsplads blev Lise afskediget i foråret 2012. Arbejdspladsen havde fået ny leder, og efter få uger blev Lise via e-mail indkaldt til en tjenstlig samtale. Her tog hun en juridisk konsulent fra Dansk Sygeplejeråd med.

Til den tjenstlige samtale kunne den juridiske konsulent bl.a. fortælle, at Lise var vellidt på arbejdspladsen. Alligevel blev hun afskediget med begrundelsen, at hun ikke kunne med sine kollegaer og kun fik dårlige evalueringer.

Men det harmonerede ikke med sandheden. Det lykkedes nemlig også at dokumentere, at Lise primært havde modtaget positive evalueringer, og at lederen havde gemt disse væk. Oven på det indrømmede lederen, at afskedigelsen var uretmæssig. Sagen fik alligevel store personlige konsekvenser for Lise.

”Min fornuft kan godt fortælle mig, at alt det, som lederen sagde, var løgn, men følelsesmæssigt var det frygteligt krænkelde. Jeg er kommet videre og har fået et nyt job, men jeg har jo mistet mit drømmejob,” sagde Lise bl.a. efter afgørelsen.

Udover sit opsigelsesvarsel på seks måneder fik Lise 10,5 måneders løn i godtgørelse efter Dansk Sygeplejeråds hjælp. Hun blev desuden fritstillet i opsigelsesperioden.





Bliv frivillig rådgiver på Livslinien

Det at være telefonrådgiver har givet mig professionel træning i at tage den selvmordsforebyggende samtale. Særligt har den direkte dialog med kriseramte mennesker skærpet min forståelse for personlig rådgivning over telefonen. Og så bliver du en del af et stærkt og engageret kollegialt fællesskab med god sparring.

Helle, psykologistuderende og telefonrådgiver på Livslinien

Læs mere på www.livslinien.dk
Ansøgning sendes til: frivillig@livslinien.dk
senest 12. februar 2014

LIVSLINIEN

SILENTIA SKÆRMSYSTEM

Rent design, fleksibel funktion



Silentia foldeskærme er svaret på de krav, som stilles til afskærmning indenfor sygeplejen.



Book tid for en gratis fremvisning hos jer af en Silentia foldeskærm.

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 • info@silentia.dk • www.silentia.dk

Vacant
MER ENN DU FORVENTER

Arbeid i Norge

Vacant søker både erfarne og nyutdannede sykepleiere som ønsker arbeid i Norge!

Vi tilbyr:

- ★ Gratis reise
- ★ Gratis bolig
- ★ Sommerbonus
- ★ Svært god tariffønn
- ★ Personlig oppfølging
- ★ Frihet – du bestemmer selv dine arbeidsperioder

Vi søker allerede nå sommervikarer!

Vacant gir deg spennende vikaroppdrag gjennom hele året og over hele Norge!

Søk jobb ved å registrere deg på www.vacant.no

 Følg oss på facebook!

Vacant Helse AS
- er spesialisert på utleie av helsepersonell til norske sykehus, kommuner og private institusjoner.

Alle vi som jobber i administrasjonen er selv helsepersonell, noe som gir deg god faglig oppfølging både før, under og etter oppdrag.

Vi ønsker oss deg som vår nye kollega!

Kontakt oss i dag på:

+47 23 05 55 55

www.vacant.no

cv@vacant.no



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



Taxa og vejviser i én

Tekst **Christina Sommer** • Foto **Søren Svendsen**

For et års tid siden fik sygeplejerske Didde Paludan på Ortopædkirurgisk Ambulatorium på Bispebjerg Hospital en god idé: Indsæt en cykeltaxi mellem ambulatoriet og busstoppestedet, så flere patienter kan tage bussen til hospitalet frem for at skulle hentes af Falck. Det ville kunne nedsætte udgifterne til patienttransport. Hospitalets Innovationsforum udviklede videre på idéen og føjede til, at chaufføren af cykeltaxaen også skulle fungere som vejviser for øvrige patienter, der var faret vild på hospitalsområdet. I oktober 2013 var den "rullende information" med portør Dany Abergel ved styret en realitet. Af forsikringsmæssige årsager må cykeltaxaen - der i vintermånederne er skiftet ud med en elbil - kun færdes på hospitalets område. Pt. har den ca. 15 patientkørsler om dagen. Ordningen skal evalueres ved udgangen af marts. Både Dany Abergel og Didde Paludan håber, at den bliver permanent.



"Er jalousi et tegn på ægte kærlighed?"

Ingen spørgsmål er for mærkelige eller pinlige, når sundhedsplejerskerne i Herning Kommune tager ud på skoler og ungdomsuddannelser for at undervise børn og unge i seksuel sundhed. Siden 2010 har de fast været ude for at snakke om bl.a. kærlighed, seksualitet og prævention i et par timer, hvor lærerne ikke er velkomne.

Tekst **Mille Dreyer-Kramshøj**
Foto **Søren Holm**

Har pornostjerner altid store bryster, hvordan sætter man kondom på, er jeg forelsket, når jeg er jaloux, og hvor går mine og andres grænser?

Spørgsmålene er mange, når børn og unge har deres første møder med følelser, sex og kærlighed. Men svarene kan være få, for det kan være svært for både forældre, klasselærere og andre nære voksne at forklare lyst og kærlighed i øjenhøjde til en flok fnisende, generte eller omvendt bramfri og larmende unge mennesker.

Derfor har Herning Kommune siden 2010 haft en særlig gruppe sundhedsplejersker, som rykker ud på skolerne med deres "sexkufferter" for at forklare de unge om bl.a. grænser, porno, følelser og sexsygdomme på en måde, så alle kan være med.

"Vi er syv sundhedsplejersker, der fra starten meldte os til, hvad der i første omgang var et forsøg, men nu er blevet en fast ordning," fortæller faglig leder i sundhedsplejen Birthe Husum Trier, som er én af de tre sundhedsplejersker, *Sygeplejersken* har mødt til interview.

Ordningen er stille og roligt blevet udbredt til skolerne i kommunen, hvor 95 pct. i dag takker ja til besøg fra sundhedsplejerskerne.

"I dag er det helt almindeligt, at vi kommer ud på skolerne. Alle er meget positive og bakker op om det," siger sundhedsplejerske Anni Jensen, og kollegaen Lisbeth Ellerbæk nikker:

"Det er i år femte sæson, vi er ude, og lærerne er for længst begyndt at kende os og vil gerne have vores besøg," siger hun og tilføjer, at nogle få skoler har deres egne ordninger og derfor har valgt, at lærerne selv står for seksualundervisningen.

Forskellige kulturer og sygeplejelatin

Selv om Herning ikke er den største by på Danmarks-kortet, er der alligevel store kulturforskelle skolerne imellem.

"Det er meget forskelligt fra klasse til klasse, hvor åbne eleverne er. Hvis lærerne er åbne, kan vi mærke, at det smitter af på eleverne. Men de kan også have meget forskelligt modeniveau, selvom de fysisk er på samme udviklingstrin," fortæller Lisbeth Ellerbæk.

"Hvis lærerne klart giver udtryk for, at seksualundervisningen er en del af det at gå i skole, oplever vi, at børnene er mere åbne. Men vi oplever også, der kan være forskel på, hvilke forudsætninger man har i forhold til, hvor vidende og nogle gange også tolerant man er," siger Birthe Husum Trier.

Sundhedsplejerskerne berører nemlig mange følsomme og måske for nogle kontroversielle emner, når de er ude og snakke med de unge om f.eks. porno, homoseksualitet, sexsygdomme og prævention. Men med en åben og spørgende tilgang oplever de, at de unge er nysgerrige og videbegærlige.

"De unge må gerne lave lidt fis med det, og de fleste steder er der en rigtig god tone. De er helt med på, at det ikke må blive personligt, hverken overfor deres kammerater eller os," siger sundhedsplejerske Anni Jensen, som endnu ikke har oplevet en lidt kæk bemærkning, hun ikke har kunnet sende retur med et smil.

"Det kan f.eks. være én, der lige skal prøve grænser af ved at fortælle om alle de stillinger, han kender til. Så siger jeg, at det lyder interessant, og hvor han kender dem fra? Så kan vi få os en snak om det," fortæller hun.

Sundhedsplejerskerne har især i begyndelsen kollegerne imellem snakket om, hvilke ord man bruger sammen med de unge, og det blev hurtigt klart, at det falder dem mest naturligt at bruge deres fagtermer.

"Jeg forklarer, at jeg er uddannet sygeplejerske og derfor bruger de latinske ord, de kender fra lægen. Jeg fortæller, at det falder mig mest naturligt at kalde mandens kønsorgan for penis og kvindens for vagina, men at de må bruge de ord, de har det bedst med, for jeg forstår dem såmænd godt," siger Lisbeth Ellerbæk, og Birthe Husum Trier supplerer:

"Det afmystificerer det, og så er vores oplevelse altid, at så er der ikke så meget videre i det. Man bliver selv mindre blufærdig med tiden. Efterhånden er det ikke spor svært at snakke om, og hvad der tidligere kunne være grænseoverskridende, hvis de f.eks. stillede et spørgsmål om ens privatliv eller kom med en lidt upassende vittighed, det preller helt af i dag," siger hun.



Sundhedsplejerske Lisbeth Ellerbæk taler med de unge om bl.a. porno, når hun underviser i 8. klasserne i Herning.



Klasselæreren er ikke velkommen, når sundhedsplejerskerne er på besøg. Det giver friere spillerum til at tale om emner, der ellers kan være svære.

Netop dét at man kan sige, hvad der falder én ind, og at der ikke er røde kinder hos de voksne, er grunden til, at lærerne ikke deltager i undervisningen.

”Vi vil skabe nogle rammer, hvor ordet er frit. Derfor har vi en fast aftale med lærerne om, at de ikke er der, når vi er. Det betyder, at de unge tør spørge og sige mere,” siger Lisbeth Ellerbæk.

Differentieret undervisning

I Herning Kommune får man seksualundervisning fra sundhedsplejerskerne i 5. og 8. klasse og på ungdomsuddannelserne. Det er derfor en temmelig bred, faglig pensel, der skal males med, når aldersgruppen spænder fra omkring 10-25 år, og målgrupperne er alt fra folkeskoleelever, udsatte og sårbare unge til studerende på social- og sundhedsskolen, som selv er i gang med at tillægge sig en faglig viden.

”I 8.-klasserne er vi altid to ude, og der har vi rigtig mange emner, vi berører. Vi snakker om forelskelse, grænser, porno, forskellige former for seksualitet og seks sygdomme og prævention,” siger Lisbeth Ellerbæk og forklarer, at de unge på det niveau gerne vil have stor afveksling i undervisningen. Derfor skifter sundhedsplejerskerne mellem oplæg, øvelser og film i de tre lektioner, undervisningen varer.

”Vi bruger en metode, der kaldes ”aktiv vurdering”, hvor vi f.eks. sætter eleverne i en stolerundkreds midt i klassen. Så har vi nogle dilemmaer, de skal forholde sig til ved at rejse sig og bytte plads, hvis de er enige, eller blive siddende, hvis de er uenige. Det kan være: ”Risikerer en pige, der er udfordrende klædt, nemmere seksuelle overgreb?” eller ”Sker seksuelle overgreb også i hjemmet?” Den ene af os er observatør og tager nogle af emnerne op bagefter. ”Er jalousi et tegn på ægte kærlighed?” er en klassiker. Der er næsten altid nogen, der rejser sig, og nogle, der bliver siddende. Så kan vi efterfølgende snakke om, hvad jalousi er, og om det kan gradbøjes. Det sætter mange tanker i gang hos dem,” forklarer hun.



Antallet af kønssygdomme, aborter og brug af nødprævention er stigende. Derfor skal eleverne i 8. klasse lære om bl.a. kondombrug.



I undervisningen bruges en metode, der kaldes "aktiv vurdering", hvor de unge skal rejse sig og bytte pladser, hvis de er enige i forskellige udsagn og dilemmaer, sundhedsplejerskerne stiller.



Her er ingen spørgsmål for pinlige, for sundhedsplejerskerne er i modsætning til mange andre voksne i de unges liv, vant til at sætte ord på seksualitet og tabu-emner.

- ▶ På ungdomsuddannelserne er sundhedsplejerskerne typisk ude i forbindelse med "Uge Sex" og "Kun med Kondom", der begge er kampagner i løbet af året fra foreningen Sex & Samfund.

"Vi har et særligt tilrettelagt forløb for sårbare unge med psykiske og fysiske vanskeligheder, hvor vi fokuserer meget på grænser, men også på at blive unge forældre. Nogle af de unge er fascinerede af tv-programmer som "De unge Mødre" (realityprogram om meget unge forældre, red.), så vi snakker med dem om fordele og ulemper ved ungt forældreskab," siger Birthe Husum Trier.

"Vi vil gerne forebygge, at de unge får børn for tidligt, men det er via oplysning, ikke løftede pegefingre. Vi har ingen statistik på det, men min egen fornemmelse er, at vi her i Herning får færre af de helt unge mødre på 15-16 år, end jeg oplevede som sundhedsplejerske for 10-15 år siden," siger Anni Jensen.

Fremtidens seksualundervisning

Siden sundhedsplejerskerne begyndte at systematisere og udvikle undervisningen i Herning i 2010, har et hovedemne været "grænser", og temaerne om porno, seks sygdomme og præventionsformer har altid indgået i undervisningen. Men sundhedsplejerskerne mener også, det er vigtigt at holde sig ajour og forny materialet, ligesom de fremover overvejer at inddrage nye emner.

"Vi deltager i konferencer og opdaterer hinanden på ny faglig viden og forskning. I virkeligheden kunne vi bruge al vores tid på dette område, men seksualundervisningen er jo kun en del af vores arbejde. Men vi sørger for hele tiden at forny os og holde os opdaterede," siger Birthe Husum Trier.

"Noget af det, vi i fremtiden har snakket om at have med, er mere om kærestevold, men også et emne som fertilitet er noget, vi overvejer. Vi vil helst ikke have, de får børn for unge, men vi vil sørme heller ikke have, de venter, til det er ved at være for sent. Vi ved jo, at mange danske unge venter for længe med at få børn," siger Anni Jensen, og Birthe Husum Trier supplerer:

"Det kan også være mere om homoseksualitet, som vi altid har været opmærksomme på. Men nu hvor ny forskning har vist, at det

er en langt mere trængt gruppe end først antaget, som rammes meget hårdt af depressioner og selvmord, er det et emne, vi nok også kommer til at sætte mere fokus på."

Sundhedsplejerskerne er glade for, at der i kommunen og på skolerne er bred opbakning til deres arbejde, og at det politisk er prioriteret økonomisk.

"Seksualundervisningen er vigtig, fordi den er led i sundhedsfremme og forebyggelse. Det kan f.eks. handle om at lære børn og unge om deres egne grænser, og hvordan de undgår at overskride andres for at forebygge overgreb og lære dem at reflektere og tage stilling til emner, der fylder meget i deres liv. Vi skal sætte refleksioner i gang hos dem, og de skal vide, hvor de kan gå hen, hvis de har spørgsmål," siger Lisbeth Ellerbæk, og Anni Jensen nikker:

"Det er svært at måle på det, vi gør, og svært at vide, hvad der siver ind. Men udgangspunktet må være, at viden er bedre end ingen viden."

Læs mere om seksualundervisning på forskellige klassetrin

På Sex & Samfunds hjemmeside www.ugesex.dk kan man som lærer og sundhedsplejerske, der beskæftiger sig med seksualoplysning af unge, se undersøgelser, litteraturforslag og finde undervisningsmateriale, ligesom der er lavet særlige hjemmesider, der henvender sig til børn på forskellige klassetrin:

- Indskoling: www.kroppelop.dk
- Mellemtrin: www.migogminkrop.dk
- Udsikning: www.sexfordig.dk

Alle siderne har små film, spil eller quizzer, som børnene og de unge kan deltage i.

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



Ad fontes

Jeg er lidt presset. Er fire måneder henne. Ikke i en graviditet, men i det kandidatstudie i sygepleje, som jeg begyndte på i september 2013. Årsagen til min uro er således ikke endnu en fødsel, men den nært forestående eksamen i bl.a. epidemiologi og biostatistik, som jeg skal være klar til at barsle med indenfor de nærmeste uger. Opgaven går i korte træk ud på, at jeg sammen med min studiegruppe i bedste Agatha Christie-stil skal gå bag om to engelske forskningsartikler, en kvalitativ og en kvantitativ. Efter bedste evne skal vi forsøge at finde ud af, hvor godt artiklernes forfattere er kommet af sted med at redegøre for bl.a. multiple logistiske regressionsanalyser, odds ratioer samt ikke mindst statistisk signifikante konfidensintervaller. Ingen let udfordring, når nu ens ydmyge 41-årige sygeplejehjerne hidtil har været nærmest uprøvet udi den slags manøvrer, og den i øvrigt tilsyneladende er meget bedre til at barbære de kameler, som går rundtovre i den kvalitative forskningsartikel. Refleksionerne omkring den kvalitative forskningsartikel ligger mere til højrebenedet, og jeg har sjovt nok hele tiden lyst til at gribe ud efter den artikel og det pensum, der handler om hermeneutik, forforståelse og kvalitative forskningsinterview a la Kvale.

Det duer bare ikke. Denne gang er det et "no go" at læse ud fra devisen "jeg - springer - bare - alle - de - underlige - begreber - over - som - jeg alligevel - nærmest - ikke - kan - udtale". Og læsereglene "tabeller og statistikker er nok ikke så vigtige, hvis man ellers læser teksten", er også dømt ude. Der er ingen vej udenom, jeg må bid for bid gnave mig igennem både det sure og det søde.

Yderligere inspiration til denne umiddelbare ørkenvandring finder jeg den 10. januar 2014 i en kronik i Kristeligt Dagblad. Her filosoferer Morten Thomsen Højsgaard, ph.d. og generalsekretær i Bibelselskabet, over den stigende tendens til, at vi moderne og fortravlede mennesker ofte forsømmer selv at gå til kilderne, ad fontes. Han mener at spore en kedelig tendens til, at mange af os har hang til at læne os op ad forskellige eksperter mere eller mindre lødige og tilbunds gående konklusioner og ikke selv dykke ned i tingene. En tendens, Morten Thomsen Højsgaard kraftigt plæderer for, at vi lægger på hyllden til fordel for en mere offensiv strategi, hvor vi selv i højere grad går ad fontes, når vi søger svar på forskellige vigtige spørgsmål.

Dejligt at opleve, når overspringshandling som avislæsning nogle gange viser sig at være nyttige og inspirerende.

En medstuderende skrev på Facebook "Hvad vil denne eksamen mig?" og jeg bliver glad, da jeg mærker, at jeg faktisk godt ved, hvad den vil mig. Denne eksamen vil mig nemlig alt muligt godt. Den vil give mig et venligt skub og lære mig at gå ad fontes, også når det gælder forskningsartikler med tabeller, statistikker og svære kvantitative begreber. Jeg ved, at det vil kræve timers slid at nå frem til bare den mindste flig af forståelse, men jeg kan fornemme, at lysten er der. Sygeplejen hviler tungt på det kvalitative såvel som det kvantitative

” Refleksionerne omkring den kvalitative forskningsartikel ligger mere til højrebenedet, og jeg har sjovt nok hele tiden lyst til at gribe ud efter den artikel og det pensum, der handler om hermeneutik, forforståelse og kvalitative forskningsinterview a la Kvale.

ben, og logistiske regressionsanalyser, odds ratioer og statistisk signifikante konfidensintervaller er ikke bare kedelige dele af min faglighed, som jeg kan tillade mig at negligere. Kvantitativ sygeplejeforskning, Mixed Methods og metodetriangulering er spændende realiteter, og hvis ikke jeg som en humpende etbenet krøbling vil vakle uvidende ind i sygeplejens forskningsmæssige fremtid, må jeg se at komme fra start, og det kan kun gå for langsomt.

"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.

Stuegang i ro og fortrolighed

Selv om de fysiske rammer ikke er perfekte, kan det godt lade sig gøre at flytte stuegangen fra patientstuerne til et konsultationsrum. Det har Sydvestjysk Sygehus' medicinske afdeling 242 vist.

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

Det var ikke så ligetil at finde plads til konsultationsstuerne, da medicinsk sengeafdeling 242 i Esbjerg for godt et år siden besluttede at indføre konsultationsstuegang. Og ja, stuerne kunne godt have været både større og lysere.

Men det var et stort ønske fra personalets side at få mere ro og fortrolighed under stuegangen, og i stedet for at vente på bedre tider gik man i gang.

242 er en stor og travl sengeafdeling med 33 senge og tre specialer, kardiologi, nefrologi og endokrinologi. Der er tre konsultationsstuer til de 20 kardiologiske senge, men de 10 nefrologiske senge deles om én stue, og derfor kan den enkelte nyrepatient kun få konsultationsstuegang to eller tre gange om ugen. De øvrige dage går man stuegang på traditionel vis.

Hver dag ville selvfølgelig være det bedste, men den ordningen er alligevel en stor forbedring, synes sygeplejerske Helle Graven fra nefrologisk gruppe.

"Konsultationsstuegang er godt for alle parter. Patienterne får en mere ligeværdig snak og får bedre mulighed for at stille

spørgsmål. Vi er ikke færdige, før patienten rejser sig," siger hun.

"Og vi får mere ro. Vi bliver ikke hele tiden forstyrret som på stuerne, og vi tager ikke telefonen med herind."

Kim Schövel har diabetes og er indlagt pga. forhøjede nyretal. Denne onsdag er han til konsultationsstuegang for første gang, og det er meget bedre end stuegang på gammeldags manér, synes også han.

"Der er ikke noget forstyrrende, og det er mere koncentreret. Man kan bedre få stillet sine spørgsmål, og man kan se på tavlen, hvad de har fundet," siger han.

Tager ikke længere tid

Somme tider deltager de pårørende. Somme tider er det netop en fordel, at patienten kan vende det i fortrolighed, hvis sygdommen f.eks. giver problemer i forholdet til ægtefællen.

Under stuegangen noterer sygeplejersken i en tjekliste, kaldet Plan efter stuegang, hvad der evt. er aftalt af undersøgelser, om væske og ernæring osv. Den får patienten med sig fra stuegangen.

"Og det er mange patienter glade for, især de ældre. Det er en huskeliste, men den hjælper dem også, når de skal forklare de pårørende, hvad de har fået at vide."

Blandt lægerne var nogle på forhånd lidt skeptiske, men det har vist sig, at konsultationsstuegang ikke som forventet tager længere tid.

Hvis Helle Graven overhovedet skal pege på en ulempe, så er det, at plejepersonalet på stuerne har fået mere arbejde med at hjælpe patienterne ud af sengen og køre de patienter, der ikke selv kan gå, ned til konsultationsstuen.

"Der er mere mobilisering. Men det er jo egentlig kun et plus."

Sygeplejerske Helle Graven tjekker, om der er sket ændringer i medicinen, siden hun hældte op i morges.



Mange af patienterne er indlagt til udredning, og der er hele tiden undersøgelser og prøver, der skal bestilles og tjekkes svar på.

Den bedste oplevelse med en patient for nylig?

"I dag havde vi en ældre mand med en nyopdaget prostatacancer til konsultationsstuegang. Han skulle informeres om, hvad der var fundet, og hvad planen var, og der var to børn og to svigerbørn med ham. Det var godt, der var ro til det, de havde rigtig mange spørgsmål. Vi havde faktisk været i tvivl, om han kunne klare det, men måske fordi han var kommet op af sengen, oplevede jeg ham bedre, end jeg ellers har set ham. Og han havde selv spørgsmål til os."



Kim Schövel har mange spørgsmål til overlæge Kenneth Nielsen. I baggrunden noterer sygeplejerske Helle Graven, hvad der bliver aftalt.



Der er vist noget galt med den medicinliste. Sygeplejerske Tina Vind (tv.) har bedt Helle Graven kigge med.



Beklager, ingen morgenmad! Peter Johannes Kryger skal til undersøgelse senere i dag og må faste.

Sorg er en dynamisk proces

”Jeg mærker sorgen tydeligst, når der er andre omkring mig, og de ikke ved, hvordan de skal spørge til mit tab. Så mærker jeg, hvor alene jeg er. Sorgen er ikke kun inden i mig, den er også omkring mig.”

Dette citat, som stammer fra en af de unge, der optræder i bogen, illustrerer et af forfatterens hovedbudskaber, nemlig at sorg ikke kun optræder som en følelsesmæssig konflikt i den sørgende, men at sorg forhandles og udspiller sig i de mange relationer, som den sørgende indgår i efter tabet. Relationerne er dem, der enten heler eller forværrer sorgen.

Forfatterne er henholdsvis psykolog og sociolog og arbejder med børn og unge i organisationen ”Børn, Unge og Sorg”. Målet med denne bog er at supplere den eksisterende litteratur og give en mere teoretisk indføring på sorgområdet, at skabe teoretisk og praktisk forståelse for de mange sorgreaktioner og at give kundskaber til at skelne imellem den normale og den komplicerede sorg. Målgruppen er studerende og professionelle, som beskæftiger sig med børn og unge.

Sorg er defineret som en reaktion på tab i forbindelse med død. Den ene forfatters sociologiske bagage fornægter sig ikke, når det pointeres, at begreberne normal og kompliceret sorg er sat i forhold til en vestlig kulturkreds. I et senere kapitel beskrives sorgen i forhold til vores sociokulturelle praksis. Den sørgende har visse privilegier såsom offentligt at kunne udtrykke stærke følelser, der under andre omstændigheder ville være private. Der er dog samtidige nogle restriktioner på, hvor voldsomt og i hvilke situationer fø-



Jesper Roesgaard Mogensen og Preben Engelbrekt

At forstå sorg

Teoretiske og praktiske perspektiver

Samfundslitteratur 2013

225 sider - 250 kr.

lelserne udtrykkes, og i hvor lang tid efter tabet. Alder, køn, relation til den døde og dødsomstændigheder har betydning for omgivelsernes accept af og forventninger til den sørgendes adfærd.

Ca. 20 pct. af sørgende udvikler kompliceret sorg og har behov for at få professionel hjælp. En kompliceret sorg adskiller sig fra en normal sorgreaktion ved, at intensiteten af sorgsymptomerne er særlig høj og varigheden særlig lang og strækker sig mere end seks måneder efter tabet.

Bogen lægger ud med en historisk gennemgang af sorgteoriene og viser dermed, hvordan de forskellige teorier står på skuldrene af hinanden. Forfatterne slutter af med at gennemgå en model inspireret af Stroebe og Schut, som beskriver sorgen som en dynamisk proces, der ikke har et bestemt endemål, men som i større eller mindre grad optager den sørgendes hverdag efter tabet.

Bogen her var med i stakken af ferieboøger og kunne, trods sit dystre emne, konkurrere med de bedste i bunken. Den er velskrevet, stramt komponeret, veldisponeret og relevant.

Af Hanne Lindhardt, MSA, sundhedsplejerske i Furesø Kommune.

Læs mere om Stroebe og Schuts sorgteori i Sygeplejersken nr. 10/13.

Hen imod den kompetente patient

Jeg sidder med en bog i håbets lysegrønne farve. Der er god brug for både bogen og for håbet pga. det demografiske faktum, at flere bliver ældre og dermed risikerer at blive syge, og risikoen for kronisk sygdom øges. Uanset om du studerer, er sundhedsprofessionelt beskæftiget eller på anden måde interesserer dig for emner som folkesundhed, sundhedsfremme, risici og forebyggelse, eller for strategier, der vedrører disse begreber, bliver bogen meget hurtigt vedkommende. Den har udgangspunkt i den kronisk syges virkelig-

hed og eksistentielle problemstillinger og fokuserer på livet i et samfund, som måske ser den kronisk syge person som en belastning eller en selvforskyldt afviger og ikke som et menneske med berettigelse og egen værdi. Flere kapitler er krydret med både patientudsagn og vedkommende cases, som betoner patientens individualitet og ikke blot er en samling data.

Forfatterne bearbejder begreber som empowerment, handlekompetence og social ulighed i sundhed ud fra forskellige vinkler, men naturligvis er WHO, sund-

hedslovgivning, Sundhedsstyrelsen og egen læge centrale aktører. Teoretisk er der f.eks. reference til A. Antonovskys begreber og Dorothea Orems egenomsorgsteori. Mennesker med gode mestrings-evner har bedre mulighed for at ændre livsstil, tilpasse sig den kroniske lidelse og reducere evt. funktionstab.

Vi skal ikke blot gøre noget for patienterne, men i højere grad gøre noget med patienterne, som derved kan opøve aktiv stræben efter egen sundhed. I tråd hermed betoner bogen også internettets

Nogle sundhedsproblemer er eftertragtede, andre vil ingen eje

Bogen præsenterer vilkårene for sundhedspolitik og bygger på de klassiske og nye teorier fra politologien.

Med sundhedsvæsenet som udgangspunkt for den teoretiske præsentation kommer der forskellige bud på, hvordan man kan analysere tilgange til beslutninger og fortolkninger af sundhedsvæsenets organisering eller forebyggelsestiltag.

Et særligt spændende kapitel handler om skabelsen af politiske problemer. Hvordan bliver et fænomen til et politisk problem?

Hvad vi ser som problemer, hvordan vi forstår dem, og hvilke løsninger der vælges, afspejler vores erfaringer, ideologier og normer. Ved at identificere og omtale problemer på bestemte måder peger man også på bestemte løsninger, mens andre udelukkes. F.eks. betegnes en gruppe sygdomme som livsstilssygdomme. Her er der udnævnt én faktor, nemlig vores adfærd eller livsstil, som årsag til sygdommen. Teorierne i bogen forklarer konsekvenserne deraf. Årsagsforklaringer peger på bestemte problemejere eller ansvarlige. Nogle gange ser vi, at der er magt og status i at eje problemet, andre gan-



Signild Vallgård
Sundhedspolitik
 Teorier og analyser
 Munksgaard 2013
 174 sider - 200,00 kr.

ge er der ingen, som vil eje det. Ikke mange vil eje misbrugsproblemer, og tobaksindustrien eller bryggerierne tager ikke ansvar for tobaks- og alkoholrelaterede sygdomme. Man kan derimod se, at de fagprofessionelle kæmper om magten til at eje nogle sundhedsproblemer for at sikre status og beskæftigelse.

En spændende, velbearbejdet bog, som også er velskrevet og indbyder til videre læsning.

Alle læsere vil helt sikkert få et par overraskelser, fordi der kommer teoretiske forklaringer på det, som bliver taget for givet. Som underviser får man stoffet serveret struktureret og klar til forberedelsen.

Af Gitte Lindermann, sygeplejerske, cand.scient.pol.,
 lean-konsulent i Region Hovedstadens Psykiatri.

sundhedsportaler, patientforeningerne og de pårørende som ressource. Patienternes motivation og self-efficacy er helt afgørende for resultatet af den samlede sundhedsfaglige indsats hen imod den kompetente patient, uanset om vi taler behandling, rehabilitering eller palliation.

Jeg er sikker på, at farven på bogens omslag er valgt med omhu.

Af Ole Bjørke, master i sundhedspædagogik,
 lektor ved Sygeplejerskeuddannelsen
 Metropol.

Birthe Hellquist Dahl, Anne Døssing,
 Ghita Ølsgaard (red.)
Livet med kronisk sygdom - et samfunds- og sundhedsfagligt perspektiv
 Gads Forlag 2013
 224 sider - 269,00 kr.



Sygeplejersker kan styrke indsatsen for pårørende

”Det sværeste ved at være pårørende er følelsen af at være dømt til at opleve sin mand blive torteret ihjel af en sadistisk bøddel, som jeg ikke kan røre. Magtesløsheden er helt enorm.”

Eva Jørgensen, kendt som studievært på Danmarks Radio, har de sidste fem år udgivet bøger om at være pårørende til en ægtefælle, der er ramt af en livstruende sygdom. I denne nye bog inddrager hun også andre pårørendes fortælling og erfaring med at leve tæt på en ægtefælle, der er syg, og som dør af en uheldelig sygdom. De pårørendes fortælling bliver i bogen elegant suppleret af interview med fagpersoner, psykolog, socialrådgiver, præst og sygeplejersker. Ønsket med bogen er, udover at formidle personlig erfaring, især at holde fokus på muligheder for livskvalitet i en presset situation, at inspirere til livsændring samt formidle viden om støttemuligheder.

Bogen henvender sig meget direkte til pårørende. Forfatteren byder læseren velkommen og tager læseren i skole i ”Pårørendeklubben”. Antageligt overvældende for nogle og opmuntrende for andre. Sundhedsstyrelsen udarbejdede sidste år nationale anbefalinger for sundhedspersoners møde med pårørende til alvorligt syge. Anbefalingerne fokuserer på både støtte og inddragelse af pårørende gennem patientens sygdomsforløb. Bogen giver, udover et omfattende indblik i livet som pårørende, sygeplejersker inspiration til at få ført Sundhedsstyrelsens anbefalinger ud i livet og hermed styrke indsatsen for pårørende i en svær periode af deres liv.

Bogen er desværre ikke uden fejl. I sidste kapitel oplyses meget fejlagtigt, at et sygt menneske kun kan få palliativ behandling, hvis vejtrækningen er svækket. Forlaget er gjort opmærksom på fejlen og vil korrigere oplysningen i et rettellesblad, der indsættes først i bogen.

*Af Jorrit Tellervo, sygeplejerske, projektleder,
Palliativt Videncenter.*



Eva Jørgensen
Kære pårørende
Kom vel igennem en svær tid
Om at leve tæt på alvorlig sygdom
Rosinante 2013
208 sider - 249,95 kr.

KORT NYT OM BØGER

Per Hove Thomsen

Psykiske lidelser i skolealderen

En guide for forældre og lærere

Hans Reitzels Forlag 2013

195 sider - 250 kr.

En lille og hjælpsom bog til lærere og forældre, som er usikre på, om et barn har brug for professionel hjælp eller blot har behov for lidt støtte. Bogen beskriver i kort form de almindeligste psykiske lidelser, symptomer og udredning. Det er f.eks. muligt at læse om ADHD, angst, spiseforstyrrelser, cutting og depression. Familiens møde med børne- og ungdomspsykiatrien og den tværfaglighed, der hersker her, er udramatisk fortalt. Bogen er systematisk opbygget med bøger, der fremhæver en mulig indsats fra forældre eller lærere. Bogen bør findes på ethvert lærerværelse, og målgruppen kan udvides med sygeplejersker i almen praksis, som her får et kvalificeret overblik, der kan kalde på fordybelse i anden litteratur.

Bjarne Møller, Birgitte Bækgaard Brasch og Karen Pedersen (red.)

Konflikter og vold - En faglig udfordring

Vold som Udtryksform 2013

240 sider - 160 kr. plus porto og forsendelse

Det er gennem eksemplets magt, denne bog taler til sin læser. Ved besøg på 10 arbejdspladser afdækker den, hvordan man konkret arbejder med at hindre, at vold opstår, eller med at finde frem til, hvordan den i værste fald opstod. Ud over eksemplerne fra arbejdspladserne er der kapitler om forebyggelse og håndtering af voldsramte. Et afsnit er viet til studerende og elever i praktik og det, de kan gøre for at forberede sig på, at der kan forekomme vold på den nye arbejdsplads. Også arbejdsstedets indretning og erstatningsforhold er nævnt, og der er supplerende litteratur til alle kapitler.

Mille Idehen

Seksualitet og livskvalitet

Munksgaard 2013

188 sider - 195,00 kr.

Mennesker med sygdom eller handicap kan kun vanskeligt få udlevet deres seksuelle behov, hvis ikke plejepersonalet støtter op om udlevelsen. Her er bud på, hvordan plejepersonalet kan hjælpe. Bogen er bygget op i tre dele: Baggrundsviden om sex, problemer med seksualiteten i forbindelse med fysiske og psykiske sygdomme og handicap samt konkrete forslag og idéer til, hvordan medarbejdere kan hjælpe patienter på en professionel måde.

Bogens forfatter er social- og sundhedsassistent, og der er kun at sige: Godt initiativ. Bogen er skrevet i en direkte tone og har illustrationer og bokse, der bryder tabuer omkring emnet.

(jb)



Hjælp dig selv og dine kolleger med at undgå ryg-, skulder- og nakkesmerter, samt kredsløbsproblemer. Stolenes design sikrer en oprejst position - musklerne får fuld bevægelsesfrihed, blodcirkulationen forbedres og ledbåndene arbejder optimalt.

Få en stol gratis på prøve i 14 dage

Ring **46 75 09 70** og aftal hvornår du ønsker at modtage stolen.

SID DIG STÆRK
dynamostol® d

HVA' NU?

Byg videre på din sygeplejerske-uddannelse med en kandidatuddannelse. Læs mere på:

Folkesundhedsvidenskab

> www.sdu.dk/kandidat/folkesundhed

Klinisk sygepleje NY

> www.sdu.dk/klinisksygepleje

Sundhedsfaglig kandidatuddannelse

> www.sdu.dk/sundhedsfaglig

Studiestart
1. september



KOM OG HØR MERE OM KANDIDATUDDANNELSERNE

på Syddansk Universitet, Campusvej 55, 5230 Odense M:

Kandidatmesse

> Onsdag d. 26. februar kl. 11-14

Informationsmøde om efteruddannelse

> Tirsdag d. 18. marts kl. 15.30-18.30



SYDDANSKUNIVERSITET.DK

REGION HOVEDSTADEN: Akuttelefonens stormfulde start

Tekst **Rikke Brams** og **Karen Lund**

Somrene 2011 og 2012 var usædvanlig travle på landets skadestuer. De lange ventetider fik Sundhedsstyrelsen til at anbefale ét samlet akutsystem under ét telefonnummer.

I sidste halvår af 2012 brød en konflikt ud i Helsingør, da regionen ville nedlægge Helsingør Sygehus og i stedet oprette et sundhedshus med en akutklinik for mindre skader, som skulle bemandes af sygeplejersker. Meningen var, at lægevagten skulle flytte ind i huset, men lægerne ville ikke være med.

I Politiken den 19. januar 2014 udtalte professor i sundhedsøkonomi ved Sydansk Universitet, Kjeld Møller Pedersen:

”Det er i Helsingør, at de to parter går galt af hinanden, og hvor regionen bliver så forbandet på lægerne ... Siden har man ikke talt godt sammen.”

I marts 2013 vedtog et bredt flertal i Hovedstadens regionsråd akuttelefonen. Du kan se mere om udviklingen frem til i dag i tidslinjen her på siderne.

Akuttelefonen gik i luften den 1. januar 2014, og status i slutningen af januar er, at der er ansat 77 sygeplejersker på 1813 samt 30 sygeplejersker, som deles mellem 112 og 1813.

1813

Sommeren 2011 og sommeren 2012:

Der er travlt på landets skadestuer. Det får Sundhedsstyrelsen til at anbefale et enstrengt akutsystem.

Sidste halvår af 2012:

Konflikt i Helsingør, da regionen vil nedlægge Helsingør Sygehus og i stedet oprette et sundhedshus med en akutklinik for mindre skader bemandet af sygeplejersker.

Oktober 2012:

Regeringens akutudvalg udgiver ”Bilag 112: Status på regionale aftaler om sammenhæng i indsatsen” med anbefalinger til, hvordan fremtidens akutsystemer skal indrettes.

Ultimo 2012 - primo 2013:

Regionen arbejder på en plan om en enstrengt akutindsats.

Februar 2013:

Sygeplejerskerne involveres i regionens plan om en enstrengt akutindsats bemandet af sygeplejersker.
Kilde: Politiken 19.1.13.

5. marts 2013:

Region Hovedstaden opsiger aftale om lægevagten med de praktiserende læger pr. 1. januar 2014.

12. marts 2013:

Et bredt flertal i hovedstadens regionsråd træffer den endelige beslutning om akuttelefonen på et møde.

Dansk Sygeplejeråd bakker op

Dansk Sygeplejeråd bakker op om et enstrengt, visiteret akutsystem og dermed Region Hovedstadens beslutning om at sætte sygeplejersker i front, når borgerne ringer til akuttelefonen 1813. Begrundelserne lyder:

- Dansk Sygeplejeråd prioriterer at være aktiv medspiller i stedet for modspiller i den konstante udvikling af sundhedsvæsenet
- Dansk Sygeplejeråd vurderer, at erfarne sygeplejersker har de faglige kompetencer, der kræves for at løse den opgave, regionens Præhospitale Virksomhed ansætter dem til
- Visitation og triage er funktioner, som sygeplejersker gennem mange år har arbejdet med på en lang række andre områder i sundhedsvæsenet, bl.a. skadestuer, lægekonsultationer og 112.

Kilde: www.dsr.dk/hovedstaden/1813

1. januar 2014:

AKUTTELEFONEN GÅR I LUFTEN

De første dage er præget af lange ventetider, derfor kaldes flere sygeplejersker på job. Den gennemsnitlige ventetid i nytårsdøgnet på den første samtale med en sygeplejerske på 1813 er 12 minutter og 20 sekunder. Den maksimale ventetid for en enkelt patient har været 48 minutter og 35 sekunder.

Kilde: Region H 03.01.14.

Debatten raser på de sociale medier

Bølgerne har gået højt om akuttelefonen på de sociale medier i flere måneder. Det gælder både på Dansk Sygeplejeråds Facebookside såvel som på andre Facebooksider og -grupper såsom Region Hovedstaden, Bevar lægevagten i Region Hovedstaden, Yngre Læger, Bevar familielægen.

16. januar 2014:

Jyllands-Posten fremviser en tråd fra en lukket gruppe på Facebook, som en læge selv har delt med dem, hvor det fremgår eksplicit, at telefonopringninger til 1813 har været en del af chikanen.

Kilde: Jyllands-Posten 16.01.14 og Region H.

21. januar 2014:

Region Hovedstaden offentliggør en ny plan for, hvordan ventetiden på akuttelefonen skal ned. Regionsrådet har vedtaget et servicemål for 1813: 90 pct. af opkaldene skal være besvaret inden for 3 minutter, og alle opkald skal være besvaret inden for 10 minutter.

Kilde: Region H 21.01.14.

Sådan skal ventetiden til 1813 bringes ned

Region Hovedstaden har lavet en plan for at nedbringe ventetiden til Akuttelefonen 1813. For at sikre målene er der iværksat nye initiativer:

- Ansættelse af flere læger til varetagelse af opgaver ved akuttelefonen
- Systematisk erfaringsopsamling og løbende justering af akuttelefonens vagtplan
- Intensiveret ledelsesfokus
- Fortsat løbende optimering af it-systemer
- Yderligere information på hjemmesiden for 1813
- Ekstern undersøgelse af akutordningen
- Løbende status for at tage nye initiativer, hvis ventetiderne ikke følger tidsplanen

Kilde: Region H.

Politikens bagside

Også på satiresiderne i dagspressen fik konflikten spaltepads.

Her er det Politiken fra 16/1-2014.

ATS

AT TÆNKE SIG



SPØRG LÆGEN

v/doktor Erik Monster

Kære Doktor Monster.

Jeg har et spørgsmål til dig som kollega. Lige siden Region Hovedstaden har indført akuttelefonen, som passes af sygeplejersker i stedet for læger, har jeg haft forfærdelig ondt i røven. Hvad kan jeg gøre?

Doktor Hansen

Kære Doktor Hansen.

Jeg vil anbefale dig at ringe til 1813 255 gange daglig, indtil smerterne forsvinder. Det har hjulpet flere af vores kolleger, ved jeg.

Venligst
Monster

Læs mere på

www.dsr.dk/hovedstaden/1813

Dansk Sygeplejeråds Kreds Hovedstaden har samlet en række informationer om 1813, fordi Dansk Sygeplejeråd ønsker at give dig som sygeplejerske et faktisk grundlag at danne dine egne holdninger og argumenter på. Læs om, hvad sygeplejerskerne faktisk laver, og hvordan de i praksis løser deres opgaver. Du kan desuden finde links til både danske og udenlandske undersøgelser.

Fra Kroatiens skærgård til Sloveniens højland med indtagende middelalderbyer, fantastisk natur, fagligt besøg og lokale delikatesser. Inkl. to vinsmagninger - med dansk rejseleder, 8 dage.

MEDLEMSTILBUD

Kroatien og Slovenien med Sygeplejersken



Tag med til to af Centraleuropas smukkeste lande på denne indholdsrige rejse gennem Kroatien og Slovenien. Vi oplever den skønne kroatiske skærgård ved Istrien-halvøen og flotte naturfænomener i kalkstengrotterne i Postojna, Vintgar-kløften og Bled-søen. Vi skal på naturskønne sejlture og på byvandring i idylliske middelalderbyer. Og vi får også lov til at smage på traditionerne, når vi tager på vingårdsbesøg i begge lande og prøver lokale specialiteter hos en skinkeproducent - alt sammen med i prisen! Undervejs er der selvfølgelig også tid til et spændende besøg på det medicinske modtagelsescenter Polyclinic i Rijeka, hvor vi får en rundvisning og hører om stedet.

Dagsprogram

- Dag 1 Fly Kbh. - Pula, Kroatien. Indkvartering og velkomstmiddag.
- Dag 2 Pula - Porec. Byrundtur i Pula, skinkeproduktion, Brijuni Nationalpark og Titos sommerresidens.
- Dag 3 Udflugt til middelalderbyerne Motovun og Groznanj m. frokost og vinsmagning.
- Dag 4 Sejltur m. frokost, byrundtur i Porec.
- Dag 5 Porec - Ljubljana, Slovenien. Besøg i Postojna, en af verdens største kalkstengrotter, byrundtur i Ljubljana. Undervejs fagligt besøg i Rijeka.
- Dag 6 Byrundtur i kurbyen Bled, Bled-søen og sejltur, den naturskønne Vintgar-kløft.
- Dag 7 Byrundtur i Maribor og vinsmagning. Afskedsmiddag på Ljubljanas ældste restaurant.
- Dag 8 Ljubljana - Pula, Kroatien. Tid på egen hånd og fly til Kbh.

Afrejse: 17. maj 2014

Pris pr. person i delt dobbeltværelse, kr. 11.998. Singletillæg, kr. 1.498,-

Prisen inkluderer:

- Dansk rejseleder
- Fly København - Pula t/r
- Udflugt og entréer jf. program
- Sejlture til Brijuni Nationalpark, på Limfjorden og på Bled-søen
- Vinsmagning og smagsprøver på lokale specialiteter jf. program
- Indkvartering på hotel i delt dobbeltværelse
- Morgenmad dagligt og helpension dag 2-7
- Skatter og afgifter

Bestilling og information

Tlf.: 3698 9898

Mail: grupper@albatros-travel.dk

www.albatros-travel.dk/sygeplejersken
Rejsekode LR-SYG

Læs også www.dsr.dk > Læserrejser

DSR I MEDIERNE

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

Sygeplejersker skal gøres klar til fremtiden

Regeringen vil give sundhedsuddannelserne et fremtidstjek. "Der sker så store ændringer i sundhedsvæsenet disse år, at det er helt naturligt at se på uddannelserne. Når sundheden flytter ud i kommunerne, er der bl.a. brug for mere teoretisk viden, og der er større krav om, at man kan arbejde sammen med andre faggrupper," siger næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Dorte Steenberg, til Jyllands-Posten.

Kommuner har også ansvar for sundhedsplejen

Ifølge KL mangler der fokus på kommunernes opgaver i sundhedsuddannelserne. Men det er ikke alene sundhedsuddannelsernes ansvar at sikre mere fokus på kommunal pleje, lyder det fra Dansk Sygeplejeråd: "Jeg synes, at kommunerne skal an-

strenge sig mere for at gøre sig attraktive over for både de studerende og erfarne sygeplejersker," siger formand Grete Christensen til Ritzau.

Kurser for ledige i farezonen

Med regeringens reform af beskæftigelsessystemet er der risiko for, at de lediges ret til seks ugers selvvalgt uddannelse ryger. Det kan forværre de lediges chancer for at få job. "Hvis en arbejdsløs sygeplejerske har 20 års erfaring fra en medicinsk afdeling, kan det være grænseoverskridende at søge job på en børneafdeling uden at have fået nogen form for ekstra uddannelse," siger Anni Pilgaard, næstformand i Dansk Sygeplejeråd og formand for DSA, til Avisen.dk

FRITIDSBOLIGER

Vind en weekend i et af fritidshusene

Er du begyndt at drømme om foråret? Nu har du mulighed for at vinde en weekend i et af Dansk Sygeplejeråds fritidshuse med dine kolleger, din familie eller dine venner. 10 vindere får mulighed for at vælge mellem fritidshusene, der ligger i Gl. Skagen og Løkken, i Klegod ved Vesterhavet, ved Skærby Strand i Odsherred og ved Dueodde.

Sådan er du med

1. Tag et billede af dig selv sammen med dem, der skal med i sommerhus.
2. Upload billedet på www.dsr.dk/konkurrence sammen med et par linjer om, hvem I er, og hvorfor I skal vinde en tur sammen i sommerhus.



Vinderne

Vinderne er dem, der får flest stemmer.

Præmierne

Valgfri forlænget weekend blandt alle ledige fritidsboliger. Der er 10 præmier i alt.

Uddrag af Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensens kalender.



7. februar

- Møde på Hotel Koldingfjord, Kolding

14. februar

- Møde med Bert Asbild, formand for Danske Bioanalytikere, dbio, København

18. februar

- Møde med PLO, Kvæsthuset, København
- Møde med Kreds Syddanmark, Fredericia

19. februar

- Formandskabs- og direktionmøde, Kvæsthuset, København

20. februar

- Arbejdsgruppemøde i FTF forretningsudvalg om fagbevægelsen, FTF, København

21. februar

- Bestyrelsesmøde i PKA A/S, PKA, København

24. februar

- FTF forretningsudvalgsmøde, FTF, København
- Møde med DSR- og SLS-formandskaber, Kvæsthuset, København

25. februar

- Møde med kredsformandskabet i Kreds Sjælland, Ringsted

26. februar

- Seminar for kongresdelegerede, Torvehallerne, Vejle

Etisk råd i Aarhus for studerende

Katrine Jørgensen, sygeplejestuderende på 5. semester ved VIA Aarhus, Campus Nord, har taget initiativ til at danne Studerendes Etiske Råd, SER, i Aarhus. Initiativet er taget for at skaffe rum til den frie tanke, refleksion og øvelse i at kunne gå i dybden med etiske dilemmaer under uddannelserne, så den studerende og færdiguddannede kan blive bedre rustet til at arbejde struktureret med et etisk dilemma.

Medlemmerne i SER har planer om at mødes hver tredje uge, hvor et aktuelt etisk emne er til debat. Dette gøres ud fra artikler, podcasts, tv-dokumentar o.l. Til nogle af møderne inviteres oplægsholdere, som både er studerende, fagpersoner fra praksis eller personer med særlig teoretisk viden. Det første møde holdes den 11. februar. SER kan kontaktes på stud.etisk.raad@gmail.com (hbo)



Geriatrisk Klinik foretager tværfaglige hjemmebesøg som led i udredning og opfølgende besøg ved sygeplejerske. "Hjemmebesøgene foretages hos patienter, der er fysisk og psykisk dårlige, og hvor vi vurderer, at patienten profiterer af hjemmebesøget. Typisk er det patienter, der bor på plejecentre eller patienter med dårligt netværk, hvor vi har brug for plejepersonalets viden om den enkelte patient eller borger," fortæller sygeplejerske Merete Durbahn.

"Vi bruger vores faglige selskab (Fagligt Selskab for Geriatrike og Gerontologiske Sygeplejersker, red.) meget," siger afdelingssygeplejerske Helle Svensson (tv.), som også fortæller, at sygeplejerskerne på klinikken er godt efteruddannede, f.eks. med masteruddannelse i gerontologi og diplomuddannelse i demens.

Tværfaglighed sikrer udredning

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

Det tværfaglige samarbejde er i højsædet på Geriatrisk Klinik på Svendborg Sygehus, hvor Dansk Sygeplejeråds formand var i klinik.

"Vores patienter bliver vurderet af forskellige fagligheder, eksempelvis fysioterapeuter, ergoterapeuter, sygeplejersker og læger. Det tværfaglige er helt nødvendigt i udredningen," fortæller Helle Svensson.

Hun er afdelingssygeplejerske på Geriatrisk Klinik OUH på Svendborg Sygehus, hvor sygeplejersker foretager undersøgelse, behandling og opfølgning af geriatriske patienter. Sammen med ambulatoriets seks øvrige sygeplejersker har Helle Svensson inviteret Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen i klinik.

Klinikens hovedopgave er at diagnosticere og behandle sygdomme hos ældre.

"Det er en helhedsvurdering af patienterne, der er omdrejningspunktet," forklarer Helle Svensson, der sammen med flere kolleger er aktive i det faglige selskab for geriatriske sygeplejersker.

Tæt samarbejde med kommunerne

Klinikkens optageområde dækker fem fynske kommuner samt øerne. Patienter på Ærø vurderes tværfagligt i eget hjem. Personalet tager færgen til Ærø en gang om måneden.

"Vi har et tæt og godt samarbejde med kommunerne. Og indimellem superviserer klinikkens sygeplejersker også plejepersonalet på plejecentre om f.eks. samvær med demente patienter," fortæller Helle Svensson og fortsætter:

"Men det ville helt klart styrke kvaliteten, hvis der var sygeplejersker på alle plejecentre. I dag oplever vi, at nogle plejecentre først kontakter os langt henne i et sygdomsforløb. Personalet har ganske

enkelte ikke været klar over, at der var noget galt inden da."

Tal fra Dansk Sygeplejeråd viser, at 35 pct. af landets plejecentre i dag ikke har sygeplejersker fast tilknyttet. Tallene afslører også store regionale forskelle. I Region Syddanmark har 46 pct. af plejecentrene ikke sygeplejersker tilknyttet.

"Generelt er konsekvensen, at vagtlægerne kan blive tvunget til at indlægge ældre borgere, fordi der ikke er sygeplejersker til at tage sig af den komplicerede sygepleje ude på plejehjemmene. Det er dyrt både økonomisk og for de ældres livskvalitet," påpeger Grete Christensen.

Sygeplejersker på alle plejecentre

Grete Christensen understreger, at den demografiske udvikling betyder, at andelen af borgere over 80 år vil stige markant de kommende år:

"Vi er nødt til at sikre, at kommunerne



“Vi bruger meget tid på at tale med patienterne og deres pårørende. Det er vigtigt med sammenhæng i behandlingen, og der kan de pårørende give perspektiv. Derfor deltager de ofte,” fortæller demenssygeplejerske Marianne Dolmer. På billedet ses den taske, som sygeplejerskerne medbringer på hjemmebesøg.

Geriatrisk klinik bor i dag i mørke lokaler i stueplan på Svendborg Sygehus. “Vi skal snart flytte til lysere lokaler, når neurorehabiliteringen fra Ringe skal overtage vores lokaler,” fortæller afdelingssygeplejerske Helle Svensson (tv.). Klinikken har åbent mandag til fredag i tidsrummet 8.30 til 15.30. Dagligt vurderes 16 -18 patienter i klinikken.

og især plejehjemmene er rustet til den opgave,” siger Grete Christensen.

Helle Svensson er på linje:

“Sygeplejerskerne er bedre uddannede. De ved, hvad der skal gøres. Jeg er ikke et sekund i tvivl om, at demensramte og andre geriatriske patienter hurtigere vil blive henvist til os, hvis det på alle plejecentre er sygeplejersker, der løser opgaven.”

Pårørende med på demensklifik

Geriatrisk Klinik huser også demensklinikken, der modtager patienter, som er henvist til udredning af demens. Henvisningerne kommer ofte fra borgerens praktiserende læge.

“Vi beder altid om, at der er pårørende, som deltager i konsultationen,” fortæller sygeplejerske Marianne Dolmer, der er en af klinikens to sygeplejersker med speciale i demens.

Udredning, behandling og opfølgning

består af et forløb på fire konsultationer og tager ca. et halvt år. Efterfølgende overtager egen læge og kommunens demenskoordinator alene den videre behandling.

“Jeg savner mere ensretning på området, forstået på den måde, at vi skal have spredt viden om den gode måde at gøre tingene på,” påpeger Marianne Dolmer, der for nylig har været med til at forfatte anbefalinger i “National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens”.

De kliniske retningslinjer kan findes på www.sundhedsstyrelsen.dk. Søg efter “retningslinje for udredning og behandling af demens”.

Læs mere om det Faglige Selskab for Geriatriske Sygeplejersker på www.dsr.dk/fs/fs28

Vis formanden din arbejdsdag

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

Ulla Krag Dich

Vi har desværre alt for tidligt mistet en fantastisk kollega, Ulla Krag Dich.

Ulla var uddannet som sygeplejerske siden 1995 og havde mange års erfaring som traumesygeplejerske, de sidste ni år som dialysesygeplejerske. Undervejs blev hun i to omgange udsendt som sygeplejerske for forsvaret, og det elskede hun højt. Hun brændte for arbejdet ved felthospitaler og at være tæt ved de kæmpende enheder.

At være sygeplejerske betød ufattelig meget for Ulla. Patienten var altid i centrum, og hun havde skarpe refleksioner og meninger om behandlingen af patienter.

Desværre har sygdom fyldt meget de sidste mange år, men på trods af dette fandt hun mening og glæde over livet, og det var altid de gode dage, der var fokus på. Hun evnede at have et fantastisk humør og bidrog i den grad med den gode stemning i afdelingen.

Ulla efterlader os med et stort tomrum og savn i dialysen på Frederiksberg.

Hendes mand Per, familie og venner betød alt for hende, og vi sender dem vores dybeste medfølelse.

*På vegne af kollegerne fra Dialysen på Frederiksberg,
Charlotte Marcuslund Larsen, afdelingssygeplejerske.*

Kirsten Lindberg Hellum

Kirsten Lindberg Hellum, Kisser, døde på Hospice Sjælland den 27. december 2013, 53 år gammel.

Kisser blev efter endt uddannelse ansat på skadestuen i Frederikssund, og i 1988 blev hun ansat på anæstesiaafdelingen, Holbæk Sygehus, hvor hun blev færdiguddannet anæstesisygeplejerske i 1990.

Kisser var meget dygtig og kompetent. Altid engageret i at gøre det bedste for patienterne. Hun deltog bl.a. i et projekt om postoperativ smertebehandling i 1999 og var i den forbindelse til verdenskongressen for anæstesisygeplejersker i Chicago i 2000.

Kisser blev souschef for afdelingen, og hun udviste stor interesse for udvikling af anæstesifaget, var meget pligtopfyldende og havde altid orden i sine ting. Hun var en god kollega og meget social, altid klar med en hånd på skulderen eller en lille opmærksomhed, ligesom hun aldrig gik af vejen for hygge og festligheder.

Kisser fik brystkræft i 1996, blev behandlet og var snart tilbage på arbejde. 10 år efter brød sygdommen voldsomt ud igen, og Kisser ryddede op på sit skrivebord, inden hun gik hjem, uden at

nævne noget. Hun blev indlagt til behandlinger og trodsede alle forudsigelser om, at hun ikke havde langt igen. Kræften fik på ingen måde lov til at styre hendes liv. Det var Kisser, der bestemte. Med en ukuelig livslyst var Kisser meget aktiv, og det var ikke med hendes gode vilje, at hun måtte stoppe det arbejde, hun brændte så meget for.

Kisser fik dog hurtigt fyldt livet med et utal af sjove og gode oplevelser med familie, venner og kollegaer. Hun lærte spansk, sang i kor, spillede krolf, malede og gik lange ture med hunden.

Kisser var altid positiv og engageret i andres ve og vel, der blev ikke snakket meget sygdom i hendes selskab, det var altid en glæde at være sammen med hende. Hun havde hele tiden nye mål for fremtiden.

Vi har hver især mange gode minder om Kisser, og nu går vores tanker til Kurt og børnene, Julie og Mikkel, som Kisser var så stolt af.

*På vegne af tidligere kollegaer på Anæstesiaafdelingen,
Holbæk Sygehus, Elsebeth Marqvertsen.*

Jørgen Svendsen

Natten til den 7. januar 2014 døde Jørgen Svendsen af en koronarokklusion, 63 år gammel.

Jørgen blev færdiguddannet fra Sygeplejeskolen på Bispebjerg Hospital i 1976. Jeg lærte Jørgen at kende, da vi arbejdede sammen på Kirurgisk Akut Modtager Afdeling, KAS Gentofte, i begyndelsen af 80'erne.

Han var et lunt menneske i begge ordets betydninger. Han havde varme til overs for sine medmennesker såvel patienter som personale, og han havde en humor, som kunne overmande selv den mest stressede situation.

Han havde også sine meninger om sygepleje og den vej, sygeplejen udviklede sig. Han så, hvordan den megen teoretisering og det øgede krav om dokumentation gik ud over den sygepleje, som han kunne stå inde for, nemlig håndværket og patientsamværet.

Vore veje skiltes i 1984. Han valgte sidenhen den psykiatriske sygepleje, jeg valgte undervisningen.

Derefter mødtes vi kun et par gange i faglige sammenhænge. I 2010 gik Jørgen på efterløn. Nu skulle han nyde livet med rejser til Gran Canaria og i gode venners selskab. Vi fik atter kontakt med hinanden, og som tidligere gik vore faglige diskussioner højt og var givende. Her blev min teoretiske indfaldsvinkel gang på gang sat på plads af Jørgens indsigt i den praktiske sygepleje.

Jørgen nåede at rejse. Jørgen nåede at få gode timer i samvær med sine mange venner. Alligevel står vi tilbage uden helt at kunne forstå hans alt for hurtige bortgang. Jørgen blev bisat fra Grundtvigskirken den 18. januar 2014 ved en smuk ceremoni overværet af mange af sine venner.

Jens Bydam, sygeplejerske.

Whistleblowere - usund kultur eller nødvendigt tiltag?

Region Hovedstaden har som den første region indført en såkaldt whistleblower-ordning, som skal sikre, at medarbejdere kan ytre sig om kritisable forhold uden at skulle frygte konsekvenser. På Facebook er meningerne delte.

Det er en usund kultur, hvis man ikke kan ytre sig uden at være anonym.

Ledere skal lære at lytte til kritik fra "gulvet" med empati! Vi brokker os jo ikke for ingenting. Synes derfor, det er en falliter-

klæring for den off. sektor, hvis vi ikke åbent kan ytre os om vores arbejdsforhold - gode som mindre gode - uden frygt for repressalier.

Vi kan vel alle komme med en del eksempler på faglig uforsvarlighed, som offentligheden egentlig burde kende til. Hit med whistleblower-ordningen!

En sørgelig udvikling, men desværre nok et nødvendigt tiltag nogle steder i sundhedsvæsenet.

Det kan dog være nødvendigt for at få luget ud, hvor kulturen allerede er usund. Jeg byder tiltaget velkommen og håber, det bliver udbredt i hele sundhedsvæsenet.

Følg og deltag i debatterne på Dansk Sygeplejeråds Facebook-side på www.facebook.com/sygeplejersker

Mændene og den Moderlige Kærlighed

Der er for langt mellem basstemmer og bakkenbarter i sygeplejeuniformerne. Skal der komme flere mandlige kolleger i fremtiden, skal kampen mod fordommene om sygeplejen som et kvindefag tages op.

Man bør nok som minimum starte med at holde på de mænd, man har. På sygeplejerskeuddannelsen lever stereotypen i bedste velgående. Spl bliver konsekvent omtalt som "hun" både i undervisningen og i litteraturen, ligesom vi lærer, at vi skal udvise moderlig kærlighed for pt. Alt dette skræmmer ca. halvdelen af de få mandlige studerende væk fra faget, inden de når at komme igennem uddannelsen.

Faget lider af en forstokket rigid kultur, som jeg som mand ikke kan klare mere. Det er min erfaring lige fra min studietid, langs OP-gangen og ud i primær tjeneste. Jeg har forladt faget og er i tvivl, om jeg vil tilbage. Emnet fortjener at komme til debat. Man kunne også gøre titlen kønsneutral i stedet for at have en titel som et kvindefag? Er det ikke begrænset, hvor mange "originale" sygeplejere, der er tilbage? Og dertil er undervisningen hammer konservativ med litteratur, der beskriver den mandlige patient, den mandlige læge (selvom kvinder dominerer medicinstudiet) og den kvindelige sygeplejerske. Dertil også hvordan vi skal skelne patienter i køn, her hvordan mænd har brug for redskaber i deres mestrings frem for moderlige omsorg (implicit at kvinder skal have moderlig omsorg).

Det er lidt tankevækkende, at i Danmark er der ca. 3,5 pct. mandlige sygeplejersker, men rejser man sydpå til Italien, er der ca. 25 pct. Som uddannet SSH samt SSA har jeg mødt en masse fordomme på min vej. Nu starter jeg på sygeplejerskeuddannelsen og ser frem til at gøre op med disse fordomme endnu en gang 😊

Tid til utilsigtede hændelser

De fleste er enige om, at det er vigtigt at indberette utilsigtede hændelser. Alligevel er der mange, der ikke får det gjort, og det kan der være forskellige årsager til.

Ganske enkelt pga. tiden, og jeg er faktisk ligeglad, om nogle i dette forum synes, det er klynkeri. Enig i, at det er vejen frem - og mine kollegaer orker simpelthen ikke at blive på overarbejde for endnu engang at dokumentere. Vi er ved at dokumentere os ihjel - ting som politisk og i disse lean-tider er pålagt os.

Indberetning af utilsigtede hændelser er en opgave, der skal TOPPRIORITERES. Det handler om patientsikkerhed og faglig udvikling [...]

Jeg har gjort det et par gange, men må indrømme, at det kun var, da jeg havde nattevagter, jeg havde lidt tid til det... Desværre...

Det er meget fint at indberette UTH - men jeg har på intet tidspunkt fået nogen tilbagemelding eller samlet resultat af de indberetninger, vi har lavet. Hvori er læringen af vores indberetninger (og den tid jeg har brugt på det)???

Det er tidskrævende at indberette, men kun indtil man har gjort det nogle gange 🙄

Hos os er det et MUST, og det bliver gjort.

Fordi man er bange for at blive stemplet som dårlig sygeplejerske, at blive set ned på osv.

Jeg har indberettet UTH'er... Indtil jeg ved en fejl fandt ud af, der blev jo ikke gjort noget ved det. Ledelsen oplyste, at de havde håndteret sagen, men det havde de ikke. Så bliver min tid for værdifuld. Beklager.

Call for abstracts

Del din viden på Sygeplejefestival 2014

Sygeplejefestival
mandag den
15. september 2014
Sæt kryds i kalenderen
og deltag i Sygepleje-
festival 2014.

Dansk Sygeplejeråd inviterer til at indsende abstracts til Sygeplejefestival 2014.

Mandag den 15. september afholder Dansk Sygeplejeråd en sygeplejefestival i København for at sætte fokus på udviklingen af sygeplejen. Vi inviterer derfor sygeplejersker til at deltage aktivt med ny viden og forskning. Festivalen danner en spændende ramme for at præsentere et projekt og dele viden med kollegaer, forskere, ledere og Dansk Sygeplejeråds politikere.

Præsenter dine resultater

Der er to spor:

- Et spor for forsknings- og udviklingsprojekter
- Et spor for bachelorprojekter.

De indsendte abstracts bliver 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/sygeplejefestival.

Vær opmærksom på, at der er to formularer: et til forsknings- og udviklingsprojekter og et til bachelorprojekter.

Praktisk

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

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

Redaktion Jette Bagh, cand.cur., fagredaktør

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

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



FAG

- FRA SYGEPLEJERSKE TIL SYGEPLEJERSKE

En leverpostejmad i geléform

En kollega er bekymret. ”Tænk, hvis man selv kommer dertil en dag,” siger han. Han hentyder til Teori & Praksis-artiklen om måltidsstøtte. Støtten består dels af praktiske greb, der hjælper på evnen til at synke, dels af tilberedelse af gelékost, der f.eks. kan antage form som stegt flæsk med persillesovs eller en leverpostejmad med rødbede. Hensigten er, at den uafvendeligt døende patient fortsat kan have glæde af at spise det, hun har mest lyst til, uanset synkebesvær og udtalt træthed. Familien skal inddrages i de ændrede spisevaner, for nogle pårørende nøder i den bedste mening den svært syge patient i upassende grad for at sikre optimalt kostindtag og dermed mulighed for længere overlevelse.

Grundlæggende sygepleje har længe været et overset fænomen, men synes så småt at vende tilbage på ranglisten over nødvendig og interessant sygepleje. En højt specialiseret afdeling på Rigshospitalet har sat de grundlæggende observationer og procedurer ind i et program for at sikre, at der bliver taget hånd om dem, og det er et godt nyt for patienterne.

Patienter med inflammatorisk gigt har øget risiko for at dø af hjerte-kar-sygdom, det vidste jeg ikke, før jeg læste artikel om screeningsamtaler. Der findes evidensbaserede, europæiske anbefalinger for håndtering af denne risiko, og anbefalingerne er fulgt op af nye danske anbefalinger, men de er kun i ringe grad implementeret i praksis. Den historie kan vi udenad. Ny viden, der ligger til forældelse på et godt gemt lager. Artiklen beskriver, hvordan man i Gråsten har hevet den ny viden frem fra lageret og gjort noget med den. Om effekten ved man ikke så meget endnu, men det kommer.

Fra forsker til fag fortæller om en løbetur, der afsatte spor i bevidstheden og blev til en ph.d.-afhandling om assisteret spising.

Jessie Bayh
Sygeplejerske,
cand.cur., fagredaktør.



Positiv Afvigelse er en br

Helen Frost, cand.cur., lektor, uddannelseskonsulent, Center for Videreuddannelse, University College Sjælland

Inger Nicolaisen, cand.merc., ekstern lektor, Head of Academy, Positive Deviance Academy

Positiv afvigelse medfører, at man skal involvere patienter og personale i problemløsning og anvende de metoder, som man benytter, der hvor praksis og patientforløb lykkes. Nogle afdelinger eller hospitaler har succes med tingene, hvorfor?

Har det danske sundhedsvæsen brug for en ny tilgang til komplekse udfordringer, og kunne Positiv Afvigelse (Positive Deviance, PD) være metoden?

Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Danske Regioner vurderede i 2012, at hver fjerde patient får en infektion, et liggesår eller udsættes for medicinfejl og andre utilsigtede hændelser under indlæggelsen (1). Det tilskrives faktorer som travlhed, dårlig kommunikation, et utal af forstyrrelser, sygefravær og uhensigtsmæssige rutiner i dagligdagen. Personalet ved godt, hvad der skal til for at opnå gode patientforløb, men de oplever, det er umuligt at udføre i praksis under de givne ressourcer og rammer. En sygeplejerske siger:

”Når der konstant kommer nye tiltag, ny udvikling, så er kunsten også at afvikle, det er bare svært. På et tidspunkt kan der ikke lasses flere nye opgaver på, uden at andre slippes.”

Samtidig er der sundhedsprofessionelle, afdelinger og afsnit, der har udviklet en praksis med gode patientforløb og derfor bedre resultater. Hvordan kan det være, at det lykkes for nogle, mens det tilsyneladende er et uløseligt problem for andre?

De positive afvigelser

Positiv Afvigelse tager udgangspunkt i, at der i alle arbejdsfællesskaber er personer eller grupper, der udvikler en praksis, som

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

ugbar metode

giver dem bedre resultater indenfor de samme rammer, vilkår og ressourcer, selvom den udbredte oplevelse er, at problemet er uløseligt. Derfor må vi undersøge de positive afvigelse. I det her tilfælde opdage og interessere os for de fagpersoner, afdelinger eller individer, som har fundet en praksis, der sikrer patientens sikkerhed, tryghed og en positiv oplevelse af mødet med de professionelle og sundhedsvæsenet.

Sundhedsvæsenet består af komplekse systemer, der udgøres af hundredvis af menneskelige interaktioner på tværs af faggrupper, afdelinger, vagtskifte, patienter og pårørende. Forandringsprocesser får derved svære vilkår, da man ikke udefra nødvendigvis kan få øje på, hvorfor problemet opstår, og dermed kan vide, hvad den rigtige løsning er.

Positiv Afvigelse som metode inviterer ejerne af et problem til selv at pege på årsagerne og derefter til selv at opdage og udvikle nye løsninger, der virker for dem. Det er altså nødvendigt både at anerkende og udnytte organisationens forskellighed og viden, hvis en reel løsning skal findes og udbredes i praksis. Det betyder involvering af alle relevante parter fra overlægen til rengøringspersonalet og ikke mindst at huske patienten og de pårørende som vigtige aktører både i problemforståelse og løsning. Herved skabes et praksisnetværk, hvorigennem forandring kan ske. Et netværk, der rent faktisk afspejler sundhedsvæsenets kompleksitet.

Metodens egnethed i praksis

Positiv Afvigelse som metode blev i september/november 2013 præsenteret for i alt 95 sundhedsprofessionelle, og potentialet i at arbejde med metoden i praksis blev diskuteret. Metodens fokus på praksis og praktiske færdigheder, i forhold til problemdefinition og identifikation af løsninger, blev vurderet som relevant og nødvendig. Positiv Afvigelse blev set som en mulighed for at skabe en kultur, hvor eksisterende dokumentation, både af utilisgitede hændelser og patientkvalitet, kun-

ne sættes i spil på en anden måde end de eksisterende tilgange, som i høj grad opleves som kontrol. En sygeplejerske siger:

”Hvordan kan en kultur ændres, så det er lovligt at sige til hinanden, hvis noget er uhensigtsmæssig adfærd, uden at det skal opfattes negativt, men i stedet skal opfattes positivt og dermed føre til læring og forandring.”

Alle, både ledere og medarbejdere, kunne genkende udfordringer, hvor problemet ikke var, hvad der skulle gøres, men hvordan det kunne gøres i praksis. Der blev således peget på, at der også i Danmark er potentiale i metoden Positiv Afvigelse som tilgang til implementering af de gode handlinger i praksis.

Med dette indlæg ønsker vi at inspirere fagprofessionelle i det danske sundhedsvæsen til at se på sundhedsvæsenets mest komplekse udfordringer og stille Positiv Deviance spørgsmålet: ”Er der ingen, for hvem det lykkes?” Svaret vil uvægerligt lyde: ”Jo.”

Ved du, hvad de gør, og hvordan de gør det?

Litteratur

1. Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Danske Regioner. Patientsikkert Sygehus. April 2012

Positiv Afvigelse

Positiv Afvigelse har været anvendt på en lang række af USA's hospitaler med imponerende resultater i forhold til

- hospitalsinfektioner, særligt MRSA (Methicillin-Resistent Staphylococcus aureus)
- smertebehandling
- dialyse

Her er dokumenteret effekt f.eks. med en reduktion af hospitalsinfektioner på 84 pct. og øget desinficering af hænder fra 41 pct. til 81 pct.

Referencelisten tæller mere end 100 hospitaler, deriblandt det anerkendte Johns Hopkins Hospital.



Nyt Auditor/Surveyor kursus

- Kursus i procesorienteret audit tilpasset hospitaler
- Intensivt 5 dages kursus i Hillerød eller Kolding

www.forcetechnology.dk/kurser
Kursus nr. Q84: Auditor/Surveyor træning for hospitaler

FORCE Technology
Tlf. 22 69 70 14
mif@force.dk



Få verden hjem til dig - bliv værtsfamilie

Interesseret i at lære en fremmed kultur bedre at kende?

Vi modtager til august cirka 150 udvekslingsstudenter i aldersgruppen 15 - 18 år, som hver især skal have en dansk familie at bo hos, mens de studerer i Danmark.

Rejselysten? Du kan også selv få en unik kulturel oplevelse som FRIVILLIG i over 20 forskellige lande!



Vil du vide mere, så ring til AFS Interkultur på 38343300 eller besøg www.afs.dk

Tidlig opsporing af sygdom i det primære sundhedsvæsen

Et nyt observationssystem skal sikre, at måling af værdier foregår på en systematisk måde i tre jyske kommuner. Systemet kaldet TOBS, Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom, indeholder klare retningslinjer for, hvordan plejepersonale skal reagere på afvigelser, når borgeren udviser tegn på pludselig svækkelse eller akut sygdom.

Lotte Lykke Gunderson Maarslet, sundhedsfaglig konsulent, sygeplejerske, cand.scient.san., Norddjurs Kommune; llgm@norddjurs.dk
Lene Gravgaard, distriktsleder, Favrskov Kommune
Ingelise Juhl, sundheds- og omsorgschef, Syddjurs Kommune
Ove Ammitzbøll, overlæge, Akutafdelingen, Randers Regionshospital

Måling af vitale værdier hos borgerne er ikke nyt, men et nyt observationssystem skal sikre, at måling af værdier foregår på en mere systematisk måde. Arbejdsredskabet indeholder desuden klare retningslinjer for, hvordan der skal reageres på afvigelser fra det normale.

Det nye observationssystem bygger på en samlet vurdering ud fra værdierne; puls, bevidsthed, temperatur, respirationsfrekvens og systolisk blodtryk. Arbejdsredskabet hedder TOBS og er en forkortelse for Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom. TOBS udføres ved mistanke om ændringer i borgerens tilstand. Det kan være borgeren selv, der giver udtryk for, at han/hun føler sig dårlig. Eller det kan være social- og sundhedshjælpere, som kommer i hjemmet og observerer, at pågældende er anderledes, mere sløv eller spiser og drikker mindre end vanligt, eller at en beboer er mere forvirret/glemsom end vanligt.

Ove Ammitzbøll, som indtil den 1. august 2013 var overlæge på Akutafdelingen, Regionshospitalet Randers, har i samarbejde med Favrskov, Randers, Norddjurs og Syddjurs Kommune været med til at udforme det nye arbejdsredskab: "Sundhedspersonale tror jo ofte, at de er i stand til at se på folk, når de er syge," siger Ove Ammitzbøll. "Det er vi heldigvis også nogle gange, men flere undersøgelser har vist, at vi ikke altid er så dygtige, som vi tror."

Tidlig erkendelse af forværring i borgerens tilstand og hurtig iværksat behandling er specielt vigtig for ældre borgere, da mange kun har begrænsede reserveresourcer at trække på. Manglende systema-

tiske observationer af vitale værdier og manglende handling på unormale værdier kan resultere i forværring af patientens tilstand og i værste fald dødelig udgang.

Intentionen med den nye TOBS-score er, at de mindre syge borgere kan behandles hjemme, inden tilstanden udvikler sig alvorligt, mens de svært syge kan indlægges straks uden unødigt forsinkelse. Det er ikke meningen med TOBS at skabe mere sygdom, men at opdage forværring i borgerens tilstand på et tidligere tidspunkt og dermed øge mulighederne for at undgå indlæggelse.

Projektet er et delprojekt af et større projekt: "Sundhedsstrategisk ledelse af det nære sundhedsvæsen", hvor kommunerne i fællesskab afprøver og udvikler konkrete modeller for ledelse og samarbejde på sundhedsområdet på tværs af kommuner, hospital og almen praksis. For at blive klar til implementeringen har 240 sygeplejersker fra tre af de fire kommuner været igennem et kursus i anvendelse af det nye scoresystem. Igennem undervisningen blev det klart for sygeplejerskerne, hvor vigtig en indikator respirationsfrekvensen er for at forudsige begyndende sygdom.

Da der endnu ikke findes nogen dokumentation for effekten af TOBS, er evaluering af observationssystemet en vigtig del af projektet. Sygeplejerskerne udfylder derfor et evalueringsskema, hver gang de har anvendt TOBS-systemet hos en borger. Den samlede evaluering foregår efter en afprøvningsperiode på et halvt år. Vi evaluerer effekten af det nye observationssystem mere specifikt ift. borgerens symptomer,

TOBS-score, medarbejdernes og lægens handlinger, konsekvens for borgeren og sygeplejerskens vurdering af TOBS.

De Sygeplejersker, som afprøver arbejdsredskabet, udtrykker begejstring for det, og de fortæller, at TOBS har været med til at forebygge indlæggelse af borgere.

Temadag

midt
regionmidtjylland

Blågård og Tangkær inviterer til

Åbent Fagforum

Tema: Fra Service til Støtte
Serviceovens §141 i et socialt perspektiv

Du får vores bud på, hvordan man støtter borgeren i at være aktiv aktør i sit eget liv – hele livet.

På Blågård og Tangkær arbejder vi med empowerment, og recovery i forhold til borgere, som er ramt af degenererende sygdomme eller svær psykisk sygdom og misbrug.

Se hele programmet og meld dig til på www.svo.rm.dk/fagforum

- Tangkær den 24. marts 2014
- Blågård den 31. marts 2014.

Det er gratis at deltage

få mere
at vide

www.svo.rm.dk

Hjælp til at spise er en kompliceret handling

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.



Bente Martinsen er 47 år og ugift, men afsat til en kriminalassistent. Hun har to udeboende børn og en skovkat, som p.t. er fremlejet.

Bente Martinsen er ansat som lektor på Sektion for Sygepleje ved Aarhus Universitet, Campus Emdrup.

Hvad fik dig til at forske?

”Jeg blev forsker ved en tilfældighed. Da jeg som afslutning på min kandidatuddannelse i sygepleje skulle skrive speciale, fik jeg under en løbetur den idé, at jeg ville undersøge, hvordan mennesker oplever at få hjælp til at spise, når der er tale om en permanent situation. Fra mit arbejde i neurologien vidste jeg, at det faktisk er en kompliceret handling, selvom den sjældent anses for at være en betydningsfuld opgave for sygeplejersker. Specialet kom til at hedde ”Skeen i den andens hånd”, og undervejs i arbejdet opdagede jeg, at der næsten ikke eksisterer nogen videnskabelige resultater, der drejer sig om hjælp til at spise. Derfor valgte jeg at basere min forskningsuddannelse på dette fænomen.”

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

”Jeg undersøgte, hvordan mennesker, som lever med en høj, cervikal rygmarvsskade, oplever at få hjælp til at spise. Deltagerne boede alle i eget hjem og havde personlige hjælpere til deres rådighed 24 timer i døgnet, så de havde altså maksimal indflydelse på, hvordan måltiderne skulle foregå.”

Hvor tog du din forskeruddannelse henne?

”Uddannelsen tog jeg på Aarhus Universitet, og da jeg boede i København,

medførte det en del rejseaktivitet. Det var turen værd.”

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

”Jeg var så heldig at få et såkaldt samfinansieret stipendium fra Dansk Sygeplejeråd og Aarhus Universitet. Desuden bidrog min daværende arbejdsgiver, Sygeplejeskolen i Herlev, med et års løn.”

Hvor kan man læse om dine forskningsresultater?

”Jeg har publiceret mine resultater i forskellige videnskabelige tidsskrifter og lærebøger. Se nedenfor.”

Hvordan har din forskning betydning for praksis?

”Selvom det er fem år siden, jeg afsluttede min ph.d., er jeg fortsat optaget af måltidsrelateret hjælp. Det er mit håb, at min forskning viser, hvor sammensat og vigtig en opgave det er at hjælpe et menneske med at spise, hvad enten det foregår i eget hjem eller på en institution. Det er en sårbar situation, som kræver stor omhu fra personalets side, men samtidig en oplagt mulighed for at have tæt kontakt med patienten.”

Hvad forsker du i aktuelt?

”I øjeblikket arbejder jeg sammen med adjunkt Annelise Norlyk og professor Kirsten Lomborg på et projekt, der drejer sig om ældre menneskers oplevelse af at være indlagt til rehabilitering på et korttidsafsnit. Desuden forsøger jeg at løbe et projekt i gang, der har spisemaskinen som omdrejningspunkt. Den er et sundhedsteknologisk hjælpemiddel, der helt eller delvist erstatter den hjælp, plejepersonale hidtil har ydet mennesker, som skal have assistance til at spise.”

Litteratur

- Martinsen B. Måltider og spiseproblemer. I Martinsen B, Norlyk A, Dreyer P (red.). Patientperspektivet. En kilde til viden. København: Munksgaard 2012.
- Martinsen B, Norlyk A. Observations of assisted feeding. Journal of Clinical Nursing. May 25. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.04011.
- Martinsen B, Harder I, Biering-Soerensen F. The meaning of assisted feeding for people living with spinal cord injury; a phenomenological study. Journal of Advanced Nursing; 2008;(5):533-40.
- Martinsen B, Harder I. At få hjælp til at spise. Sygeplejersken 2008;(24):46-50.

Jeg er alkoholiker – men jeg drikker ikke mere

Ole "Bogart" Michelsen

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

Behandlingscenter TJELE

4 centre – også ét tæt på dig

Døgntelefon 70 20 40 80

www.tjele.com

Patientsikkerhed i kræftforløb – sygeplejerelaterede anbefalinger

Der er et betydeligt potentiale i at løse sygdomsspecifikke problemer vedr. patientsikkerhed gennem multi-fagligt og tværsektorielt samarbejde. Det er resultatet af de foreløbige analyser og konklusioner, som den Nationale Arbejdsgruppe for Patientsikkerhed i Kræftforløb, det første, større nationale patientsikkerhedsinitiativ med fokus på én sygdom, er nået frem til efter et års arbejde (1).

Hanne Nafei, afdelingssygeplejerske, Sygehus Lillebælt, Onkologisk sengeafdeling A270, SD i ledelse, formand for Fagligt Selskab for Kræftsygeplejersker; hanne.nafei@gmail.com

Hver fjerde kræftpatient oplever fejl i forbindelse med sin behandling, og risikoen for utilsigtede hændelser er højere og konsekvenserne mere alvorlige end i andre sygdomsgrupper. Det skyldes bl.a. kræftpatienters sårbarhed, men ofte også lange, komplekse forløb med risikofyldte behandlinger og involvering af mange

sundhedspersoner i forskellige områder af sundhedsvæsenet (2).

På den baggrund blev den Nationale Arbejdsgruppe for Patientsikkerhed i Kræftforløb etableret i efteråret 2011. Den bestod af i alt 46 personer med indgående kendskab til kræftbehandling og/eller patientsikkerhed se tabel 1. I arbejds-

gruppen har kræftpatienter, klinikere og administratorer i fællesskab analyseret syv kræftspecifikke patientsikkerhedstemaer og formuleret 43 anbefalinger i relation til "Efterforløb", "Overgange i udredning, diagnostik og behandling", "Stråleterapi", "Kemoterapi", "Hospitalserhvervede infektioner", "Patientinvolvering" og "Monitoring".

Tabel 1.

Åktører i Den Nationale Arbejdsgruppe for Patientsikkerhed i Kræftforløb (1)

Danske Multidisciplinære Cancer Grupper
Danske Regioner
Dansk Kirurgisk Selskab
Dansk Selskab for Almen Medicin
Dansk Selskab for Klinisk Onkologi
Dansk Selskab for Medicinsk Fysik, diagnostik
Dansk Selskab for Medicinsk Fysik, terapi
Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi
Dansk Selskab for Patientsikkerhed
Fagligt Selskab for Kræftsygeplejersker
Hospitalsfarmaceuter
Kommunernes Landsforening
Kræftens Bekæmpelse
Kræftpatienter
Onkologisk Ledelsesforum
Patientombuddet
Repræsentanter fra patientsikkerhedsarbejdet i hver af de fem regioner
Ressourcepersoner (sundheds-it, stråleterapeut, klinisk mikrobiolog, kirurg, onkolog, RKKP, Statens Institut for Strålebeskyttelse)
Sundhedsstyrelsen

Forskelligartede anbefalinger

Anbefalingerne er forskelligartede og spænder fra brug af tjekliste ved ordination af kemoterapi, opstramning af procedurer omkring henvisninger/prøvesvar, sikring af kvalitet i overgange mellem organisatoriske enheder i sundhedsvæsenet til etablering af nationale netværk af nøglepersoner i patientsikkerhed, så læring af utilsigtede strålehændelser understøttes. En række af anbefalingerne har relation til den sygeplejefaglige indsats, disse er listet i tabel 2.

Sygeplejersker har en central rolle i patientsikkerhedsarbejdet og dermed også i, at anbefalingerne fra den Nationale Arbejdsgruppe omsættes til praksis. Ikke alle sikkerhedsproblemer i relation til kræftforløb er håndteret i arbejdsgruppens arbejde det første år, og der er fortsat behov for fokus på andre/nye patientsikkerhedsproblemer og håndtering heraf.

Statusrapporten og dokumentationsrapporter fra de syv temaer findes på www.cancer.dk/kvalitet

Projektgruppen

- Hanne Nafei, afdelingssygeplejerske og formand for Fagligt Selskab for Kræftsygeplejersker, diplom i ledelse.

- Lotte Linnemann Rønfeldt, cand.scient. san., sundhedsfaglig konsulent, Kræftens Bekæmpelse, Kvalitet & Patientsikkerhed
- Henriette Lipczak, overlæge, Kræftens Bekæmpelse, Kvalitet & Patientsikkerhed
- Janne Lehmann Knudsen, overlæge, Kræftens Bekæmpelse, Kvalitet & Patientsikkerhed
- Torben Palshof, overlæge, den Nationale Arbejdsgruppe for Patientsikkerhed i Kræftforløb (formand)

Litteratur

1. Patientsikkerhed i Kræftforløb – Statusrapport 2012, Den Nationale Arbejdsgruppe for Patientsikkerhed i Kræftforløb.
2. <http://www.cancer.dk/fagfolk/kvalitet+og+patientsikkerhed/>

Tabel 2.

Sygeplejerelaterede anbefalinger fra de mindre grupper i Den Nationale Arbejdsgruppe for Patientsikkerhed i Kræftforløb (1)

Kemoterapi

- Afprøvning af tjekliste for sikker ordination af medicinsk kræftbehandling
- Etablering af samkøret datavisning for hospitalssektor og primærsektor

Stråleterapi

- Etablering af nationalt netværk af patientsikkerhedsnøglepersoner fra hvert stråleterapicenter på danske sygehuse
- Øget rapportering af utilsigtede hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase fra sygeplejersker involveret i strålebehandlingen

Overgange i udredning, diagnostik og behandling

- Information til patienten om, hvem der har behandlingsansvaret, og hvordan rette vedkommende kan kontaktes.
- Bidrage til definition af forløbskoordinators koordinerende og organisatoriske opgaver og evt. harmonisering heraf
- Systematisk information til patienten ved opstart af udrednings- og behandlingsforløb i både primær- og sekundærsektor om muligheden for aktindsigt, herunder om adgang til E-journal via www.sundhed.dk

Efterforløb

- Bidrage til udvikling og afprøvning af plan for efterforløbet (survivorship care plans) med henblik på understøttelse af kommunikation, koordinering på tværs af sektorer og patient empowerment
- Belyse sikkerhedsproblemer i efterforløbet, f.eks. via rapportering af utilsigtede hændelser i relation til genoptræning, kontrol, identifikation og behandling af senfølger, palliation samt overgange

Hospitalserhvervede infektioner

- Indarbejde indikator til monitorering af hospitalserhvervede infektioner efter kirurgiske indgreb hos kræftpatienter i de kliniske kræftdatabaser
- Monitorering af kirurgiske kræftpatienters hospitalserhvervede infektioner ved samkørsel af data

Patientinvolvering

- Pilottest med afprøvning af "åben journal", der straks giver patienten adgang til alle informationer i patientjournalen
- Information til kræftpatienter om muligheden for aktindsigt, udlevering af biologisk materiale og at rapportere utilsigtede hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase

Monitorering

- Indarbejde patientsikkerhedsindikatorer i de kliniske kræftdatabaser
- Udvikling af patientrapporterede oplysninger vedrørende patientsikkerhed for kræftpatienter
- Patientsikkerhed som tema på årsmøder m.m. for kræftsyrgeplejersker

Grundlæggende sygepleje gø

Selv om patientens behandling er meget specialiseret, må sygeplejersker huske den grundlæggende sygepleje og sikre, at den bliver udført f.eks. gennem brug af tjeklister og sygeplejeprogrammer.

Marianne Nybro Grum, cand.cur., klinisk sygeplejespecialist, Kardiologisk klinik B, Rigshospitalet, afsnit 3142; marianne.nybro.grum@regionh.dk
Ditte Maibom Krøjgaard, sygeplejerske, Kardiologisk klinik, Hjertecentret, Rigshospitalet Afsnit 3141
Illustration: Kristof Bien

Hvilken sygepleje skal tilbydes patienter, der bliver indlagt med en aortadissektion eller -aneurisme i den øverste del af aorta? Siden 2009 har det på Rigshospitalet været muligt at behandle disse patienter med en såkaldt TEVAR (Thoracic Endo Vascular Aortic Repair). Behandlingen består i indsættelse af en stent (rørprotese), der skal stabilisere aortavæggen og minimere risikoen for yderligere dissektion og eventuel ruptur af aneurismet med døden til følge, se figur 1 (1). Internationalt findes der guidelines for den lægelige behandling, men ingen anbefalinger for sygeplejen til disse patienter. Formålet var derfor at udvikle og implementere et evidensbaseret sygeplejeprogram målrettet denne patientgruppe.

Patientforløbet

En aortadissektion er en rift i hovedpulsårens væg, og et aneurisme er en udposning (2). Tidligere var behandlingen konservativ med blodtryksnænkende medicin eller åben hjertekirurgi.

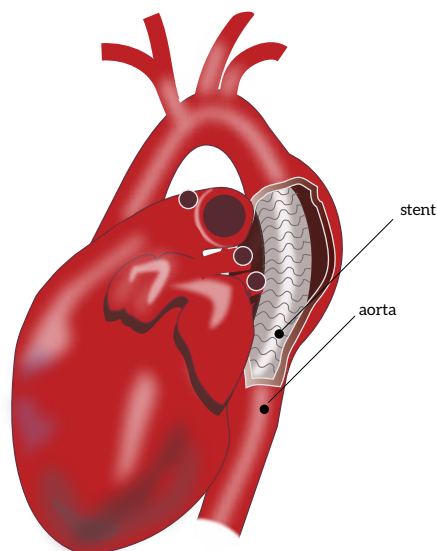
TEVAR er et invasivt indgreb, der i dag giver mulighed for en anden intervention uden samme risici og intensive efterforløb som åben hjertekirurgi (1). Internationalt er TEVAR en behandling, der tilbydes i stadigt større udstrækning, siden forskere fra USA og Japan beskrev de første vellykkede resultater i 1999 (3-5). På Rigshospitalet har over 50 patienter fået denne behandling. Patienterne har været mellem 47 og 79 år gamle og været indlagt mellem seks og 15 dage.

De fleste patienter indlægges akut og har ved ankomsten ofte smerter, for nogle patienter i brystet, andre i ryg, mave eller ukaraktéristiske smerter og i stærkt varierende intensitet. Ofte har patienterne forhøjet blodtryk, er svedende, har kvalme og opkastninger samt generel uro (6). Flere giver udtryk for at være utrygge og angst. Langt størsteparten af patienterne får ordineret strengt sengeleje (TL) for ikke at øge dissektionen eller aneurismet yderligere. Dette giver anledning til gener for patienterne, og flere giver udtryk for, at de føler sig låst fast, når de ikke må komme ud på toilettet, og de får ondt i ryggen af at ligge.

Fra patienterne indlægges i sengeafsnittet, kan der gå én til fire dage inden indsættelse af stenten. I denne periode stabiliseres patienten og udredes, da der er specifikke krav, som skal være opfyldt for at kunne tilbyde TEVAR (1). Selve behandlingen foregår på en avanceret operationsstue (hybridrum) for at sikre et så rent miljø som muligt. Stenten er et trådnet bestående af metal og syntetisk materiale og indsættes via arteria femoralis. Patienten er i generel anæstesi under hele indgrebet, og efter opvågning overflyttes han til intensiv afdeling til observation et døgn. Derefter kommer patienten til sengeafsnittet og observeres særligt vedrørende psykisk reaktion, blodtryksregulering, smertebehandling og risiko for udvikling af tilstødende komplikationer. Efter udskrivelse følges patienterne livslangt i lægeligt regi med fastlagte CT-scanninger og blodtrykskontrol.

Forskningen beskriver komplikationer i form af embolier, blødninger, stroke, lækage mellem stent og karvæg, afklemning af spinalkanalen og andre nerver, der kan give føleforstyrrelser og lammelser (1,4,5). Endvidere afklemning af blodforsyning som kan forårsage iltmangel til vitale organer. Indsættelse af stenten kan således give anledning til alvorlige komplikationer.

Figur 1. TEVAR – stent i aorta



r en forskel

Risikoen for dødelige komplikationer anslås at være én til to ud af 100 behandlinger, og dødsfald rammer oftest personer, der i forvejen er svært syge.

Sygeplejeprogrammet

Tilgængelige kilder har været inddraget i opbygningen af sygeplejeprogrammet bl.a. ved litteratursøgninger i Pubmed, MEDLINE og CINAHL. Der er ikke fundet forskningsartikler, der omhandler sygeplejen specifikt til denne patientgruppe. Viden fra forskning på tværs af diagnosegrupper er derfor kombineret med det praksisnære arbejde med patientgruppen i et tværfagligt samarbejde, og der er gennemført en udvidet journalaudit på alle indlagte patienter fra 1.12.2011 til 30.11.2012 for at få uddybende viden på specifikke områder. Denne viden er vurderet, systematiseret og gjort tilgængelig i form af følgende arbejdsredskaber, der kan guide sygeplejerskerne:

- Et modelprogram, der beskriver sygeplejeopgaver fra patienternes indlæggelse i afsnittet til overflytning til lokalsygehus eller udskrivelse til eget hjem
- En tjekliste med viden om vitale observationer og handlinger ved eventuel udvikling af komplikationer efter behandlingen
- En patientpjece og billedmateriale til eventuel brug for patienter og som undervisningsmateriale til sygeplejersker
- En quick-guide til nyansatte sygeplejersker
- En guideline til forebyggelse af obstipation

Sygeplejen til patienter til TEVAR

Dataindsamlingen til udvikling af sygeplejen for denne patientgruppe viser, at der er behov for en særlig sygeplejefaglig indsats i forhold til smerter, blodtryksregulering, forebyggelse af obstipation, nedsat appetit, kvalme, søvnbesvær, risiko for udvikling af delir, angst, depression, tilstødende infektioner og kriterier for fysisk aktivitet. Flere patienter benævner deres smerter ”skærende som en kniv”. Vi har set en spændvidde fra, at patienten vrider sig i sengen af smerte, til nogle få patienter, der ingen smerter har haft hverken før eller efter. I sygeplejeanamnesen er det vigtigt at få beskrevet smerternes lokalisering, karakter, mønster og intensitet målt ved Numerisk Rang Skala (NRS) og klarlægge, hvad der er kronisk og nyopstået. En grundig beskrivelse giver forudsætning

for at vurdere, hvad der kan være ny udvikling af dissektionen eller aneurismet samt tilstødende komplikationer. Ved den uddybende audit sås en bred vifte af smertebehandling med f.eks. tbl. Paracetamol og Tramadol og i.v. Morfin og Fentanyl. På dette område har vi i afdelingen en udfordring i forhold til viden om smertehåndtering til denne patientgruppe og har derfor indledt et tværfagligt samarbejde med en smertelæge. Efter TEVAR har flere patienter smerter, der kan relateres til det gamle hæmatom fra aneurismet eller dissektionen, eller fordi stenten presser i karvæggen. Det er uvist, hvor længe disse smerter kan vare ved, måske i uger til måneder efter TEVAR.

Ifølge The International Association for the Study of Pain (IASP) kan smerte defineres som ”en ubehagelig sensorisk og emotionel oplevelse, som forbindes med aktuel eller mulig vævsskade, eller som beskrives i vendinger svarende til en sådan oplevelse” (7).

Smerter er et komplekst fænomen og en sammensat oplevelse, hvor usikkerhed, utryghed og angst også spiller ind. Smerter kan derfor påvirke blodtrykket og forhøje det yderligere, og for de fleste patienter er hypertension ofte hovedproblemet og årsag til udvikling af dissektion eller aneurisme.

Ved indlæggelsen skal blodtryk måles i begge arme, og efter TEVAR kan blodtrykket være lavere i venstre arm, hvis stenten er sat, så den dækker arteria subclavia. Hvis dette er tilfældet, måles der efterfølgende blodtryk i højre arm. De første et til tre døgn efter TEVAR-procedure skal det systoliske blodtryk ligge over 130 mm HG for at sikre tilstrækkelig perfusion af spinalkanalerne, herefter skal det ligge under 130 mm HG. I dagene efter proceduren er det vigtigt at få ordineret et arbejdsinterval på minimum- og maksimumgrænser for blodtryk samt stillingtagen til interval for måling. Monitorering og medicinsk indsats i form af i.v. Labetalol, Natrium Nitroprusid eller Dopamin er en del af patientens sikkerhed undervejs, hvor også infusionsskift og hyppighed af blodtryksmåling om natten vurderes nøje for at tilgodese sammenhængende nattesøvn. Nattesøvnen kan endvidere være i risiko pga. smerter, bekymringer og inaktivitet i løbet af dagen.

En anden væsentlig indsats er forebyggelse af obstipation dels pga. eventuelle følger af TL, generel anæstesi, morfika, nedsat ernæringsindtag, ændret miljø og eventuel nedsat mobilitet efter TEVAR. Obstipation påvirker blodtrykket i form af smerter ▶

- og stress, når patienten bruger bugpressen for at komme af med afføring. En tidlig indsats har derfor betydning for patientens velbefindende og behandling. Det har været vanskeligt for sygeplejerskerne at vurdere den enkelte patient, og audit har vist, at obstipation og vandtynd afføring på grund af forkert laksantia er et problem for de fleste patienter under indlæggelsen. Derfor

Boks 1. Eksempel på plan for sygeplejen i KISO-dokumentationssystem

Plejeplaner	Modelprogram for TEVAR TEVAR tjekliste Plejeplan for forebyggelse af obstipation Plejeplan for småtspisende patienter med kvalme CVK-pleje
Planer	
Medinddragelse	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten ønsker information lidt ad gangen, som aktiviteterne nærmer sig • Aftalt med patienten, at datter og svigersøn er her så meget, som patienten ønsker det • Aftalt sammen med patienten og de pårørende, at et middagshvil tilgodeses
Information/undervisning	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten har fået gennemgået indlæggelsesforløbet i store træk og fået udleveret patientinformation – kan have behov for at få svar på evt. spørgsmål, der dukker op efterfølgende • Inden udskrivelse skal patienten tilbydes udskrivelsessamtale med kontaktsygeplejerske • Inden udskrivelse skal patienten have lægesamtale angående forholdsregler i forhold til fysisk aktivitet • Pjece skal udleveres til patienten om endokarditis-profylakse i forbindelse med f.eks. tandlægebesøg
Støtte	<ul style="list-style-type: none"> • Støtte til at genvinde habituel aktivitetsniveau, som er en aktiv dagligdag med bl.a. stavgang, dvs. daglige aftaler om, hvad patienten selv gør, og hvad sygeplejersken hjælper med • Tilbyde mulighed for at tale om det aktuelle forløb og om tanker om efterforløbet
Grundlæggende sygepleje	<ul style="list-style-type: none"> • Tilbyde hjælp til brusebad
Træning	<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliseres i den udstrækning, patienten har kræfter til. Skal have hjælp til at komme ud af sengen
Observation/overvågning	<ul style="list-style-type: none"> • Tjek, hvad systolisk BT og hyppighed af BT-målinger er ordineret til på tjekskemaet. BT måles i højre eller venstre arm, angives under Early Warning Score • Observationer i forhold til udvikling af tilstødende komplikationer foretages jf. TEVAR-tjekliste • Observation af forekomst/ændringer/udvikling af smerter (lokalisering, karakter og intensitet beskrives i KISO-status) – smerteplan ordineres ved behov • Observation af nattesøvn, ved manglende nattesøvn oprettes plejeplan for forebyggelse af delir
Koordinering	<ul style="list-style-type: none"> • Laksantia skal ordineres i EPM • Blodprøver bestilles jf. tjekliste • Røntgen af thorax inden udskrivelse • Suturfjernelse dag 6, dvs. den 25/4 • CT-skanning bestilles til 1 måned efter udskrivelse • Tid bestilles i ambulatorium hos procedureudførende læge efter 5 uger • Recept på 6 måneders antibiotikaproylakse
Andet:	17/4 Indlagt akut i sengeafsnit + CT – aorta
Forløbsoverblik	19/4 TEVAR-procedure og efterfølgende intensivafsnit 20/4 Tilbage til sengeafsnit

arbejdes der nu på en systematisk indsats med intervention på førstedagen for alle patienter ud fra risikostratificering med valg af rette laksantia, hvor målet er at opnå lind og stabil afføring. I forlængelse af dette er fokus på kost og væske vigtigt. En fiberrig kost og et væskeindtag på 30 ml/kg har positiv indvirkning på afføringen. Ofte har patienterne på grund af deres indskrænkede mobilitet kvalme, nedsat appetit og føler ikke trang til at drikke. De oplever, at toiletbesøg under strengt sengeleje er en belastning, og det er derfor vigtigt, at sygeplejersken sammen med patienten finder de bedst mulige løsninger, så patientens samlede behov tilgodeses.

Audit gav os også et billede af nogle af de psykiske reaktioner, patienterne kan have. Aortaaneurisme eller -dissektion er en alvorlig diagnose, og sygdommens karakter kan udløse en trussel på livet og eksistentiel krise. Forskningen beskriver reaktioner fra bekymringer til angst for at dø og følelsesmæssige reaktioner som usikkerhed, hjælpeløshed, tristhed og træthed (8). Andre psykiske reaktioner kan være koncentrationsbesvær og påvirkning af hukommelsen, som kan få betydning for samarbejdet med patienten under indlæggelsen. Audit afdækker endvidere, at der er risiko for udvikling af delir. Fire ud af 11 patienter havde symptomer på delir, derfor skal der oprettes en plejeplan, straks vi identificerer risiko, og hvor vi trækker på den nyeste viden fra klinisk retningslinje (9) og lokal instruks.

Opfølgning på forløbet

Samlet set er der mange påvirkninger, der får indflydelse på den enkelte patients forløb. Den faglige udfordring er at få afdækket og taget kliniske beslutninger, der er i overensstemmelse med patientens behov og ønsker i kombination med sygeplejerskens faglige viden. Det er væsentligt at skabe tid og rum og mulighed for dialog og involvering i den udstrækning, patienten ønsker det, hvor vi i afdelingen arbejder aktivt med begrebet patientdeltagelse (10): At lytte og give mulighed for, at patienten kan stille spørgsmål og tale om tanker, overvejelser, bekymringer, så vi dermed kan få indsigt i hver enkelt patients oplevelse af den aktuelle situation og ud fra det identificere, hvordan vi bedst støtter og vejleder i forhold til det. For at afvikle et godt forløb for hver enkelt patient er der brug for en klar plan for sygeplejen, se boks 1.

I samarbejdet med patienterne op til udskrivelsen er følgende spørgsmål stillet af flere patienter:

Må jeg:

- Lave havearbejde og støvsuge?
- Løfte mit fireårige barnebarn?
- Gå i fitnesscenter, løbe, svømme, cykle?
- Have sex?
- Rejse?

Og:

- Hvor skal jeg henvende mig, hvis der sker en ny udvikling?
- Hvem har styr på mit forløb?
- Er det svage sted i hovedpulsåren helet?
- Er der grund til at være nervøs for, at det brister?

Vi guider patienten i forhold til at reagere ved nyopståede smerter og anbefaler, at patienten skal henvende sig på nærmeste skadestue og medbringe kopi af journal eller ringe 112.

Der findes ingen guidelines for fysisk aktivitet op til eller efter TEVAR. Sundhedsstyrelsens generelle anbefalinger må, sammen med hvad patienten er vant til, vurderes af en læge hos hver enkelt patient ud fra grundsygdom, behandling og efterforløb. Flere undersøgelser pointerer vigtigheden af, at fagpersoner åbner for samtaler om seksuel aktivitet. Her er individuel afklaring ligeledes nødvendig. Vedrørende rejseaktivitet anbefaler vi, at patienterne venter til efter, de har været til den første kontrol-CT-skanning efter en måned. Endvidere at de skal kontakte deres eget forsikringsselskab for at høre om gældende retningslinjer.

Der er etableret en arbejdsgruppe med repræsentanter fra de fire kardiologiske afsnit, som er involveret i patientforløbet for at øge kontinuiteten og optimere sygeplejen i et i forvejen komplekst patientforløb, se boks 2. I denne gruppe arbejdes der også på en systematisk sygeplejefaglig indsats i forhold til opfølgning efter udskrivelse.

Perspektivering

Ønsket var at udvikle et evidensbaseret sygeplejeprogram, og da der ikke er fundet forskningsartikler, som omhandler sygeplejen specifikt til denne patientgruppe, er der trukket på forskningsbaseret viden, som går på tværs af diagnoser. Grundlæggende syge-

- ▶ pleje har betydning i et højt specialiseret behandlingstilbud for patienter indlagt med en livstruende diagnose. Vi mangler imidlertid forskningsbaseret viden om, hvordan patienterne oplever det at gennemgå netop denne behandling, og om hvordan det er at leve dagligdagen efter TEVAR.

På nuværende tidspunkt har vi kun haft mulighed for at følge nogle få patienter efter TEVAR. Der har vi set patienter påvirket af nedsat appetit, smerter, feber og forskellige infektioner, træthed, tristhed, koncentrations- og hukommelsesbesvær, fatigue, mareridt og angst for at dø. Om disse fænomener er gældende for alle patienter efter TEVAR, vides ikke. Derfor er der brug for en undersøgelse af dette samt afklaring af, hvilket behov der er for ambulans sygeplejefaglig opfølgning for denne patientgruppe. Telefoninterview, fokusgruppeinterview, direkte patientfeedback med tidligere indlagte patienter eller spørgeskemaundersøgelse kan være metoder til indhentning af ny viden om mulige behov hos disse patienter.

Boks 2. Fem gode råd

Fem gode råd til sygeplejersken, som modtager en patient på lokalsygehuset efter TEVAR.

Vær opmærksom på, om patienten har:

- Risiko for at blive obstiperet
- Smerter
- Føleforstyrrelser i arme og ben
- Reaktioner og særlige behov i forhold til det gennemgåede forløb
- Ubesvarede spørgsmål i forbindelse med at komme hjem til dagligdagen

Og kontakt os ved uklarheder i forhold til pleje og behandling efter TEVAR

Litteratur

1. Grabenwöger M, Alfonso F, Bachet J et al. Thoracic endovascular aortic repair (TEVAR) for the treatment of aortic diseases: a position statement from the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) and the European Society of Cardiology (ESC), in collaboration with the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI). *European Heart Journal Advance Access*. 2012;May 4.
2. Mølgaard H, Olsen PS, Poulsen SH et al. Diagnostik og behandling af torakale aortasygdomme. *Dansk Cardiologisk Selskab. DCS vejledning* 2008;nr.1.
3. Dake MD, Kato N, Mitchell RS et al. Endovascular stent-graft placement for the treatment of acute aortic dissection. *New England Medical Journal* 1999;340:1546-52.
4. Parker JD, Golledge J. Outcome of endovascular treatment of acute type B aortic dissection. *Ann Thorac Surg* 2008;86:1707-12.
5. Cao CQ, Bannon PG, Shee R et al. Thoracic endovascular aortic repair-indications and evidence. *Ann Thorac Surg* 2011;17:1-6.
6. Nauer KA. Acute dissection of the aorta: A review for nurses. *Critical Care Nursing Quarterly* 2000;23(1):20-7.
7. IASP – The International Association for the Study of Pain (besøgt den 18/12 2013). Available from: wikipedia.org: International Association for the Study of Pain.
8. Jensen BO, Petersson K. The illness experiences of patients after a first time myocardial infarction. *Patient Education and Counseling* 2003;51(2):123-31.
9. Villadsen B, Tambo CH, Stage CT et al. Klinisk retningslinje om delirium. Center for kliniske retningslinjer (besøgt den 18/12 2013). Available from: Kliniskeretningslinjer.dk: delirium.
10. Færch J. Patientdeltagelse i sygeplejefaglig kontekst. Kandidatspeciale, Institut for Folkesundhed, Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet 2008.

English abstract

Grum MN, Krøgaard DM. Basic Nursing Makes a Difference. *Sygeplejersken* 2014;(2):50-4.

TEVAR (Thoracic EndoVascular Aortic Repair) is treatment of aortic dissection or aneurism in the upper portion of the aorta. The treatment involves implantation of a stent (tube prosthesis) in the aorta via the groin and has been performed at Copenhagen University Hospital since 2009. There are no national or international guidelines or research articles describing nursing for this patient group. Therefore, the aim was to develop and implement an evidence-based nursing programme. Available material has been utilised when possible, for instance through literature queries in Pubmed, Medline and Cinahl. The collected knowledge has been assessed, systematised and made available in the form of different working tools to guide nurses. The knowledge from the research is combined with practical work with the patient group and with data from journal audit. A special nursing effort with respect to pain, blood pressure regulation, prevention of obstipation, decreased appetite, nausea, difficulty sleeping, risk of developing deliria, anxiety, depression, fever and related infections, as well as recommendations for physical activity.

Keywords: Cardiovascular disease, evidence-based nursing, pain .

KLINISK SYGGEPLEJE KONFERENCE 2014

DU KAN OPLEVE

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

SE PROGRAMMET
OG TILMELD DIG PÅ
KLINISKSYGGELEJE.DK



SYGGEPLEJEN OG DEN STORE, STYGGE ØKONOMI

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

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

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

PRIS FOR DELTAGELSE: KR. 1050,-

Konferencen afholdes på Rigshospitalet, København

GODKENDT TIL REFUSION AF EFTERUDDANNELSESFONDEN FOR ALMEN PRAKSIS

PSYKISKE LIDELSER^(FYI)

En tidlig og helhedsorienteret indsats

2 PANELDEBATTER:

Hvordan opnår vi bedre udnyttelse af eksisterende kapacitet?
Forslag der kan prioriteres

KONFERENCE DEN 25. og 26. MARTS 2014 - KØBENHAVN – RADISSON BLU FALCONER HOTEL

Hør talere fra:

Sundhedsstyrelsen
SIND
Dansk Psykiatrisk Selskab
Dansk Selskab for
Distriktpsychiatrien
Center of health economics
research, COHERE
Repræsentanter fra de 5 regioner
Repræsentanter fra kommunerne
Repræsentanter fra almen praksis

Mere end 8 mia. kr. fra satspuljen i perioden 2003 - 2015 – Hvordan bliver de brugt?

Få en ny holdning og tilgang til mennesker med psykiske lidelser

Hør hvad der gøres for at psykiske lidelser ikke bliver opfattet som en kronisk sygdom

Kommende initiativer til kvalitetsforbedring af den regionale psykiatri, i praksissektoren samt indsatsen på sundheds-, social-, beskæftigelses-, og uddannelsesområdet

Hvad ved vi om de samfundsøkonomiske konsekvenser?

TILMELD DIG PÅ
www.fyi.dk/pl

Screeningssamtaler med patie

Patienter med leddegigt (reumatoid arthritis) har en næsten dobbelt så stor risiko for at dø af hjerte-kar-sygdom som personer uden RA. På den baggrund har man på Kong Christian X's Gighospital implementeret screeningssamtaler i form af selvstændige sygeplejekonsultationer til disse patienter. Artiklen beskriver arbejdet og de foreløbige resultater.

Jette Primdahl, sygeplejerske, MHH, ph.d., postdoc, Institut for Regional Sundhedsforskning Syddansk Universitet, Odense, Sygehus Sønderjylland, og Kong Christian X's Gighospital, Gråsten, Danmark; jprimdahl@gigtforeningen.dk

Kirsten Nørret Hansen, sygeplejerske, Kong Christian X's Gighospital, Gråsten

Pia Rhode Rasmussen, sygeplejerske, Kong Christian X's Gighospital, Gråsten

Joan Clausen, sygeplejerske, Kong Christian X's Gighospital, Gråsten

I mange udviklings- og forskningsprojekter opleves implementering som tung og problematisk. I denne artikel fortæller vi om, hvordan vi har implementeret screeningssamtaler om risiko for at udvikle hjerte-kar-sygdom blandt ambulante patienter med inflammatorisk gigt, se boks 1.

Ledelsesmæssig opbakning, involvering af de berørte faggrupper i implementeringsprocessen, en tovholder med forskningserfaring og erfaring med projektledelse og tid afsat til opgaven samt muligheden for løbende justeringer har ført til en vellykket implementering.

Reumatoid arthritis (RA), eller leddegigt, er en kronisk inflammatorisk sygdom. Det er velkendt, at personer med RA har en øget risiko for at udvikle og dø af hjerte-kar-sygdom (1,2). Det ser ud til, at den øgede risiko har sammenhæng med den inflammatoriske proces og sygdommens sværhedsgrad. Samtidig har personer med RA flere af de traditionelle risikofaktorer for udvikling af hjerte-kar-sygdom end personer uden RA (3). Samlet set har de en ca. dobbelt så stor risiko for at dø af hjerte-kar-sygdom som den almene befolkning, hvilket svarer til den øgede risiko, som personer med diabetes mellitus (DM) har (2).

I 2010 blev der udarbejdet evidensbaserede, europæiske anbefalinger for håndtering af hjerte-kar-risiko hos patienter med RA og andre typer inflammatorisk gigt (1). De blev i 2012 fulgt op med nye danske anbefalinger fra Dansk Reumatologisk Selskab. Det anbefales at vurdere risikoen for at dø af en alvorlig hjerte-kar-sygdom hos patienter med RA baseret på det europæiske SCORE system (4), som også anbefales af det europæiske kardiologiske selskab (5). Hos personer med RA skal risikovurderingen ganges med 1,5, hvis patienten opfylder to af følgende tre kriterier: Sygdomsvarighed over 10 år, positive gigtblodprøver (reumafaktor og eller anti-CCP) samt tilstedeværelsen af bestemte extra-artikulære manifestationer, dvs. gigt uden for leddene, i form af f.eks.

” Vi implementerede selve screeningssamtalerne gradvist over et par måneder. Det gav mulighed for at pilotteste arbejdsgangene og hurtigt følge op på uklarheder.

inflammation i blodkar, nerver, øjne m.v. Anbefalingerne er dog kun i ringe grad implementeret i praksis i Danmark og de øvrige europæiske lande, og der savnes erfaringer med, hvordan man kan implementere anbefalingerne (6).

På Kong Christian X's Gighospital (KCG) har vi i forbindelse med et tidligere forskningsprojekt dokumenteret positive gevinster af at implementere selvstændige sygeplejekonsultationer hos patienter med RA (7,8), se boks 2. Det var derfor oplagt, at ambulatoriesygeplejerskerne fik en central rolle i at afdække, undervise og vejlede patienterne i forhold til de traditionelle risikofaktorer.

Implementering af evidensbaserede anbefalinger

Der blev nedsat en tværfaglig arbejdsgruppe. En sygeplejerske, der havde erfaring med projektledelse og netop havde afsluttet sin ph.d., blev tovholder for at implementere tiltaget. Hospitalsledelsen og alle de faggrupper, der blev berørte, blev involveret i implementeringsprocessen for at skabe ejerskab og for at give mulighed for indflydelse på indhold og arbejdsgange. Gruppen kom ud over tovholderen til at bestå af den ledende overlæge, den forskningsansvarlige professor og overlæge, den ambulatorieansvarlige overlæge, den ledende lægesekretær og to ambulatoriesygeplejersker. Den ledende bioanalytiker og en ambulatoriesygeplejerske, der skrev afsluttende diplomopgave om screeningssamtalerne, deltog ved behov. Vi inviterede også praksiskoordinatoreren som kontaktleddet til de praktiserende læger med til møderne, men det lykkedes kun at få kontakt via telefon og mail om tiltaget.

Arbejdsgruppen afholdt i alt seks møder fra maj til september 2011 af 1-2 timers varighed. Sideløbende hermed udarbejdede tovholder i samarbejde med de involverede sygeplejersker og på baggrund af foreliggende evidens en klinisk retningslinje, en detaljeret instruks og dokumentationsark til at understøtte implementeringen. På de fælles møder blev formål, indhold, tidsramme for samtalerne, dokumentation, arbejdsgange, og hvilke pjecer der kunne

Boks 1. Ambulante patienter med inflammatorisk gigt

Kronisk inflammatorisk arthritis omfatter reumatoid arthritis, ankyloserende spondylitis, psoriasisarthritis og polyarthritis.

nter med inflammatorisk gigt

Boks 2. Gighospitalet i Gråsten

Kong Christian X's Gighospital i Gråsten ejes og drives af Gigtforeningen. Hospitalet er en del af de reumatologiske tilbud i Region Syddanmark og er omfattet af det frie sygehusvalg. Hospitalets målsætning er at give mennesker med gigt mulighed for at leve en så normal tilværelse som muligt.

tilbydes til patienterne, drøftet og besluttet. Et flow-skema over arbejdsgangene blev udarbejdet for at gøre det klart, hvem der tog sig af hvad i forbindelse med f.eks. at indkalde patienterne til samtalerne, bestille og tjekke blodprøver, skrive journalnotatet, sende notat til egen læge m.m. Afklaring vedrørende personaleresourcer til opgaverne blev aftalt på et ekstra møde mellem de involverede afdelingsledere. I samråd med hospitalets diætist blev en pjece om fedtfattig kost valgt, "Mad for dit hjertes skyld", og herudover blev "Rygestopguide" og "Et liv med leddegigt" valgt som pjecer, der kunne tilbydes patienterne i forbindelse med samtalerne.

Tovholder fik aftaler på plads med afdelingspsygeplejersken for ambulatorium og dagafsnit angående de fysiske rammer og praktiske forhold som f.eks. tidspunkter og lokaler til afvikling af screeningssamtalerne, indkøb af vægte, højdemålere og målebånd til måling af taljemål.

Tovholder indgik i et samarbejde med den nationale kvalitetsdatabase inden for gigtområdet (DANBIO) om at videreudvikle dokumentationen af hjerte-kar-screening og give mulighed for et print af resultaterne til patienterne.

Arbejdsgruppen udarbejdede et standard indkaldelsesbrev og et standard journalnotat sammen med den ledende lægesekretær. Brevet blev testet på fem patienter, som læste brevet igennem og kommenterede formuleringer og forståelighed. Herefter blev det rettet til og testet på fem patienter igen.

Vi implementerede selve screeningssamtalerne gradvist over et par måneder. Det gav mulighed for at pilotteste arbejdsgangene og hurtigt følge op på uklarheder. Tovholder startede selv med samtalerne, og herefter var ambulatoriesygeplejerskerne på skift med som observatører ved et par samtaler, før de selv startede på dem. Vi afsatte tider til screeningssamtaler af 30 minutters varig-

hed, så vi i løbet af ca. et år kunne tilbyde alle med diagnosen RA, som er tilknyttet vores ambulatorium, en samtale.

Formål med samtalerne

Formålet med samtalerne er at informere patienterne om, at gigten kan være med til at øge deres risiko for udvikling af hjerte-kar-sygdomme og i et samarbejde med den enkelte patient at få skabt et overblik over deres samlede risiko samt udforske deres motivation for eventuelle livsstilsændringer. I sygeplejegruppen var der enighed om, at samtalen ikke skulle have karakter af "den løftede pegefinger", men være et tilbud, der tog udgangspunkt i den enkeltes særlige situation og eventuelle muligheder og motivation for at ændre vaner. Vi tog dermed udgangspunkt i såvel sundhedsfremme som forebyggelse. Hele personalet på hospitalet og dermed alle sygeplejersker er desuden undervist i "Den motiverende samtale" (9).

Behov for kompetenceudvikling

Ambulatoriesygeplejerskerne var erfarne reumatologiske sygeplejersker, men følte, at de manglede specifik viden i forhold til hjerte-kar-sygdom. Nogle var lidt bekymrede for, om der ville komme en masse spørgsmål fra patienterne, som de ikke kunne svare på. Derfor blev der afviklet tre undervisningsseancer for sygeplejegruppen: Hjerte-kar-sygdom og risikofaktorer; kost og hjerte-kar-sygdom og en sygeplejerske fra et af de lokale sundhedscentre fortalte om deres tilbud. Aftalen er, at vi løbende kunne supplere med flere emner i takt med, at behovet måtte opstå.

Screeningssamtalernes afvikling

Inden samtalen har patienten fået kontrolleret fuld lipidprofil (Total, LDL- og HDL-kolesterol samt Triglycerid) og langtidsblodsukker (HbA1C). Patienten bliver desuden bedt om at medbringe en opdateret medicinliste. Patienterne er også meget velkomne til at tage deres pårørende med til samtalen.

Samtalen indledes ofte med et spørgsmål om, hvorvidt patienten har gjort sig nogle specielle tanker omkring besøget, da det er et besøg ud over de vanlige ambulante kontroller. Herefter gennemgås medicinlisten. Det giver et hurtigt overblik over aktuell behandling for gigten og eventuelle andre kroniske sygdomme som f.eks. DM, hypertension eller hjerte-kar-sygdom. Blodprøve- ▶

- ▶ svarene diskuteres med patienten og relateres til de anbefalede værdier og eventuelle tidligere målinger. Kolesteroltal og blodsukerniveau er f.eks. en god indgangsvinkel til en dialog om mad og motionsvaner. Højde, vægt og taljemål registreres, BMI beregnes, og resultaterne relateres til de nationale anbefalinger og den enkelte patients situation. Vaner med hensyn til rygning, alkohol og motion afdækkes. Patienterne tilbydes dialog om deres tanker, vaner og hverdag med henblik på at udforske og forstå deres motivation og muligheder for eventuel ændring af vaner. Gigten kan f.eks. sætte nogle begrænsninger i forhold til aktiviteter i hverdagen pga. smerter, træthed og fejlstillinger i hænder eller fødder.

” Patienterne tilbydes dialog om deres tanker, vaner og hverdag med henblik på at udforske og forstå deres motivation og muligheder for eventuel ændring af vaner.

Til beregning af patientens risiko scores de på SCORE-kortet, se figur 1. Der måles blodtryk, og der spørges ind til rygevaner. Scorekortet er en god visuel fremstilling af risikoen for at dø af en alvorlig blodprop inden for 10 år, som de fleste patienter kan forholde sig til. Den giver et overblik over nuværende risiko, og hvad der skal til for at reducere risikoen. Skemaet har nogle begrænsninger, især i forhold til både øvre og nedre aldersgrænse, og det kan ikke anvendes, hvis man har en kendt iskæmisk hjerte-kar-sygdom eller DM.

Under samtalen vises værdierne enten på papirskema eller skærm, og patienten får altid et print af registreringerne i DANBIO-databasen med alle dagens målinger med hjem. Det giver ham mulighed for at kigge på resultaterne derhjemme og drøfte dem med pårørende. Screeningsamtalen afsluttes med gennemgang af fundene og med at spørge ind til, hvad patienten tænker om det hele.

Patienten får tilbudt relevante pjecer, og vi kan henvise til patientens praktiserende læge samt det lokale, kommunale sundhedscenter. Patientten tilbydes en ny samtale om et eller to år, afhængigt af om deres samlede risikoscore er ≥ 5 pct. (høj risiko) eller < 5 pct. (lav risiko). Alle med høj risiko henvises til opfølgning hos egen læge, medmindre det kun er alderen, der er årsagen til den høje risiko. Patienten afsluttes, hvis han ønsker det, eller hvis han i for-

vejen følges tæt for DM eller hjerte-kar-sygdom hos egen læge eller i et andet ambulatorium. Sygeplejersken skriver et journalnotat, som sendes elektronisk til egen læge til orientering og opfølgning.

Status efter to år

Vi har efterhånden tilbudt screeningsamtale til alle de personer med RA, som er tilknyttet vores ambulatorium, og har udvidet tilbuddet til også at omfatte patienter med psoriasisgigt og hvirvelsøjlegigt, da deres risiko for at udvikle hjerte-kar-sygdom også er øget (1). Vi har siden september 2011 haft over 1.200 patienter med leddegigt og 200 med de øvrige gigtformer til samtale og er i fuld gang med de opfølgende samtaler.

Der er nogle patienter, som ikke ønsker at komme til screeningsamtale. Der var desuden i løbet af det første år ca. 10 pct., som udeblev uden afbud. De blev kontaktet telefonisk af tovholder. Ca. halvdelen af udeblivelserne skyldtes fejl og forglemmelser, og disse patienter ønskede en ny tid, mens de øvrige afslog at deltage af forskellige årsager, f.eks. alvorlige fysiske handicaps, alvorlig sygdom, ægtefælles sygdom, problemer med transport eller at de ikke havde lyst til at tale om livsstil.

Deltagelse i arbejdsgruppen gav medindflydelse på indhold, form og hele implementeringsprocessen for alle berørte personalegrupper, og det gav ejerskab. At der var afsat tid til, at tovholderen kunne hjælpe med at udarbejde retningslinjer, instrukser og materialer, mødereferater, følge op på uklarheder, afklaring af arbejdsgange og praktiske problemer, mener vi var med til at sikre en smidig implementeringsproces. At tovholderen også selv afviklede screeningsamtaler, gav god føling med implementeringen og mulighed for dialog om de problemer, der dukkede op, så der kunne justeres løbende.

Vi har på Gigthospitalet valgt, at alle sygeplejersker i ambulatoriet varetager screeningsamtaler. Det giver fleksibilitet, indblik og erfaringer til alle. Til gengæld er det sværere at få kommunikeret aftalte justeringer ud til alle.

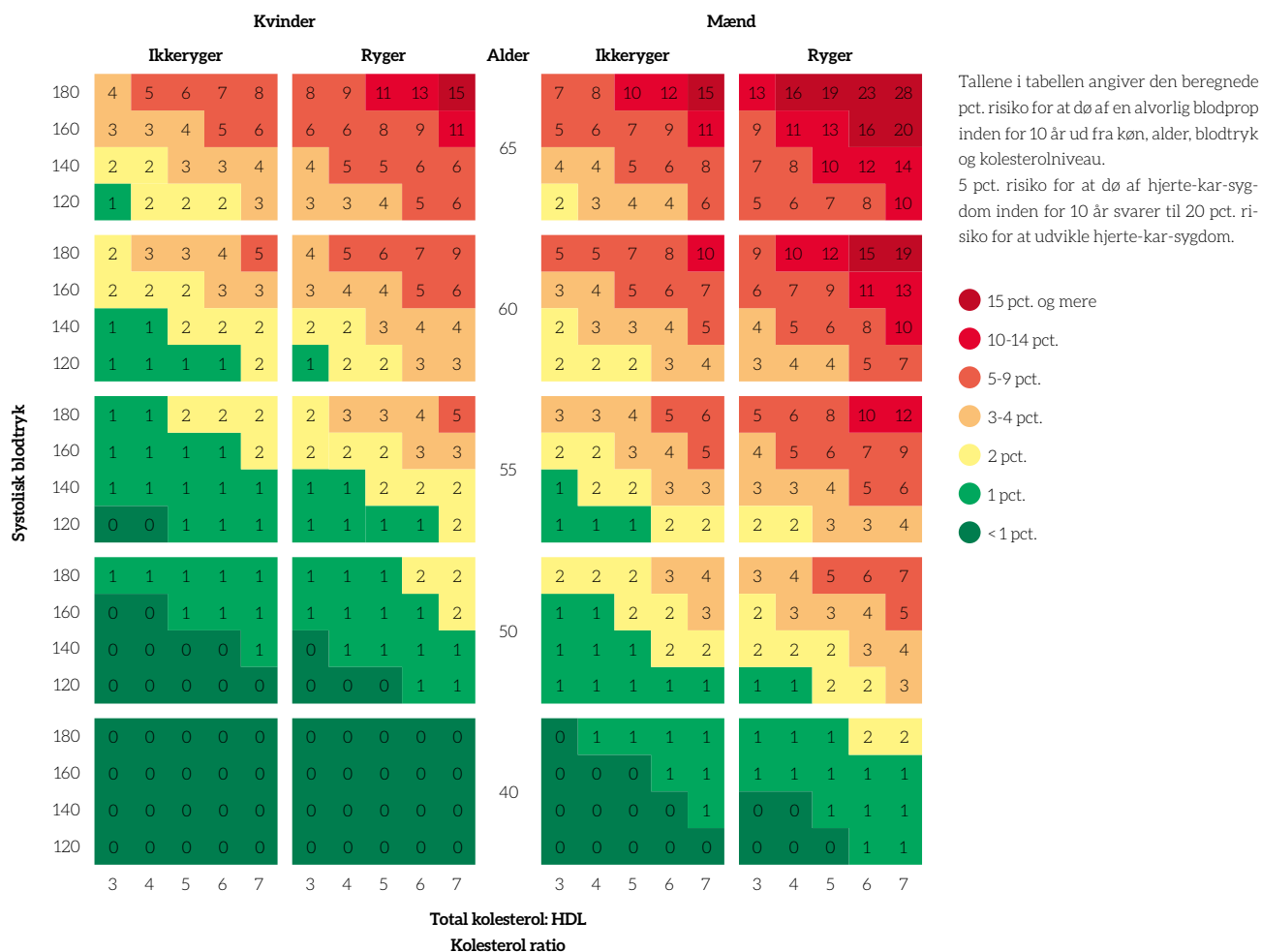
Ambulatoriesygeplejerskerne oplever nu, at de har rutine og har lært at begrænse sig. Der bliver ofte reflekteret over samtalerne, problemer drøftes, og sygeplejerskerne føler, at tiltaget har givet dem et fagligt løft.

Kun et par enkelte praktiserende læger har reageret negativt på tiltaget og har henvendt sig telefonisk eller skriftligt, så vi fik mulig-

hed for en god dialog. Vi har her beskrevet én måde at implementere systematisk screening på, men hjerte-kar-risikovurdering kunne også foretages i forbindelse med en årlig kontrol hos en reumatolog eller i samarbejde med en kardiologisk afdeling. Vi har opnået at få

tilbuddet ud til hele vores patientgruppe med specifik tid afsat til at drøfte risikoen for at udvikle og dø af hjerte-kar-sygdom relateret til patientens hverdag og prioriteringer. Det har til gengæld betydet et ekstra besøg for hovedparten af patienterne, da det ikke har været

Figur 1. SCORE-skema



- ▶ praktisk muligt at koordinere samtalerne med patienternes øvrige ambulante kontroller. Screeningssamtalerne har ikke kunnet udvikles hos patientens normale kontaktsygeplejerske. Vi oplever dog fordele ved, at en anden person end kontaktsygeplejersken drøfter livsstilsemner med patienten, og denne har altid mulighed for at følge op på fundene i en senere konsultation.

” Screening indeholder mange tal og målinger, og der er en risiko for, at vi agerer, som om vi ved, hvad der er bedst for patienterne.

Screeningen indeholder mange tal og målinger, og der er en risiko for, at vi agerer, som om vi ved, hvad der er bedst for patienterne. Vi oplever dog, at samtalerne åbner op for en god dialog om sundhed og prioritering i livet.

Perspektiver

Vi har foreløbigt undersøgt, hvordan de forskellige risikofaktorer fordeles sig i en dansk population med RA, og resultaterne er publiceret i en videnskabelig artikel (10). Vi er spændte på, om den korte intervention gør en forskel for patienterne og deres risiko. Dvs. om de får fulgt op på f.eks. et for højt blodsukker eller blodtryk, og det vil blive fulgt op i et senere studie. Vi er i gang med at undersøge, hvordan patienterne oplever samtalerne, og om vi har været med til at sætte nogle overvejelser i gang hos den enkelte. Det vil også være interessant at udforske, hvordan de praktiserende læger oplever tiltaget.

Litteratur

1. Peters MJ, Symmons DP, McCarey D et al. EULAR evidence-based recommendations for cardiovascular risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2010;69(2):325-31.
2. Avina-Zubieta JA, Thomas J, Sadatsafavi M et al. Risk of incident cardiovascular events in patients with rheumatoid arthritis: a meta-analysis of observational studies. *Ann Rheum Dis.* 2012;71(9):1524-9.
3. Innala L, Møller B, Ljung L et al. Cardiovascular events in early RA are a result

of inflammatory burden and traditional risk factors: a five year prospective study. *Arthritis Res Ther.* 2011;13(4):R131.

4. Conroy RM, Pyorala K, Fitzgerald AP et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J.* 2003;24(11):987-1003.
5. Perk J, De Backer G, Gohlke H et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Atherosclerosis.* 2012;223(1):1-68.
6. Dessein PH, Semb AG. Could cardiovascular disease risk stratification and management in rheumatoid arthritis be enhanced? *Ann Rheum Dis.* 2013;72:1743-6.
7. Primdahl J, Sorensen J, Horn HC et al. Shared care or nursing consultations as an alternative to rheumatologist follow-up for rheumatoid arthritis outpatients with low disease activity-patient outcomes from a 2-year, randomised controlled trial. *Ann Rheum Dis.* 2013 5 February, E-pub ahead of print.
8. Primdahl J, Wagner L, Hørslev-Petersen K. Being an outpatient with rheumatoid arthritis-a focus group study on patients' self-efficacy and experiences from participation in a short course and one of three different outpatient settings. *Scand J Caring Sci.* 2011;25(2):394-403.
9. Rollnick SM, William R, Butler CC. *Motivationssamtalen i sundhedssektoren (Motivational interviewing in Health Care):* København: Hans Reitzels Forlag; 2009.
10. Primdahl J, Clausen J, Hørslev-Petersen K. Results from implementation of systematic screening for cardiovascular risk according to the EULAR recommendations in outpatients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2013;72:1771-6.

En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatterne.

English abstract

Primdahl J, Hansen KN, Rasmussen PR, Clausen J. Screening interviews with patients with inflammatory arthritis. *Sygeplejersken* 2014;(2):56-60.

Patients with rheumatoid arthritis (RA) are almost twice as likely to die of cardiovascular disease as people without RA. This article describes how we successfully implemented screening interviews in the form of independent nursing consultations with patients with RA about their increased risk. The content of the interviews is based on new European and Danish evidence-based recommendations. Implementation took place via an interdisciplinary work group with management representation. A coordinator with research skills and experience with project management scheduled time for implementation and also conducted interviews in practice. Together with involvement of the relevant professional groups and the possibility of regular adjustments, it has led to successful implementation, and an offer for all ambulatory patients with inflammatory arthritis. The nursing group is engaged and feels that the project has given them a professional boost and that the screening interviews have given them an opportunity for subsequent research projects.

Keywords: Outpatient, evidence-based nursing, prevention, cardiovascular disease, chronic illness.

TEORI PRAKSIS

Teori & Praksis indeholder en kort test til læseren og spørgsmål, der lægger op til diskussion af egen praksis. Indholdet i artiklen er så vidt muligt forskningsbaseret.

Skribenter, der har et emne til "Teori & Praksis", kan maile til jb@dsr.dk og få mere information om rammerne for artiklen, eller se manuskriptvejledningen på www.dsr.dk/sygeplejersken

Måltidsstøtte ved livets afs

Artiklen beskriver "Projekt Måltidsstøtte" på Hospice Djursland. Omdrejningspunktet er at tilføre nydelse og dermed livskvalitet til den uafvendeligt døende patients måltider snarere end at tilgodese specifikke behov for ernæring. En række anbefalinger understøtter dette mål. Bl.a. beskrives pleje- og køkkenpersonalets arbejde med gelékost.

Annegrete Venborg, cand.cur., udviklingssygeplejerske, ansat på Hospice Djursland; Annegrete.venborg@hospicedjursland.dk

Mål med artiklen

- At belyse og bidrage med udvalgte faglige aspekter, der gennem Projekt Måltidsstøtte på Hospice Djursland er fremført som væsentlige for, at patienter i afsluttende livsforløb får positive måltidsoplevelser
- At øge sygeplejerskers kendskab til korrekt spisestilling, synkeproblemer, madkonsistens samt mundhulens tilstand hos uafvendeligt døende patienter med henblik på at fremme positive måltidsoplevelser

Hverdagspraksis gav i 2009-2010 anledning til refleksioner over måltidets betydning på Hospice Djursland. Små og større tiltag fra personalets side blev iagttaget at kunne gøre mad- og væskeindtagelse til en mere positiv oplevelse for mange af vores patienter. En del barrierer, der får alvorligt syge patienter i afsluttende livsforløb til at give afkald på måltidsnydelse unødigt tidligt, før livet afsluttes, kunne elimineres eller minimeres.

For at øge viden blev iværksat en kortlægning af eksisterende beskrivelser og vejledninger for måltidspraksis dels på landets onkologiske og hæmatologiske sygehusafdelinger dels på landets øvrige hospicer og Bispebjerg Hospitals Palliative Medicinske Afdeling.

Data i form af besvarelser på tilsendte spørgsmål (1) viste, at måltidspraksis i sygehusregi havde fokus på ernæringscreening og energiholdig mad, mens det æstetiske og sansemæssige blev vægtaget i hospice-/palliationsregi.

Men beskrivelser af konkrete udredninger og tiltag ved funktionssvigt i spisesituationer hos den aktuelle patientmålgruppe var tilsyneladende ikke-eksisterende.

Nævnte eksterne dataindsamling, en intern dataindsamling i form af journalgennemgang af afsluttede patienter samt erfaringer i egen praksis udgjorde sammen med interview med sygeplejersker og indlagte patienter (1) det samlede fundament og motivationen for tilblivelsen af Projekt Måltidsstøtte (1).

Det overordnede mål for Projekt Måltidsstøtte, gennemført af undertegnede i samarbejde med ergoterapeut Birgit Mühlbach i perioden januar – juni 2011, var

- at sikre tilstedeværelse af basisviden som fundament for udvikling af nødvendige kompetencer hos fagpersonalet, så den enkelte patient modtager den bedst mulige kliniske intervention i spisesituationen.

Blå bog



Annegrete Venborg blev sygeplejerske i 1978 og cand.cur. i 2002. Hun har mangeårig bred, klinisk erfaring samt undervisererfaring indenfor sygeplejerskers grund- og specialuddannelse. Siden mødet med patienter med aids på infektionsmedicinsk afdeling i 1995 har Annegrete Venborg interesseret sig for palliation. Hun har desuden erfaring som censor fra masteruddannelsen i klinisk sygepleje samt en baggrund som uddannelses- og udviklingssygeplejerske på Skejby Sygehus. Annegrete Venborg har forestået undersøgelser og projekter samt publiceret en række artikler om sygepleje indenfor det palliative felt. Hun er udviklingssygeplejerske på og har været med til at starte Hospice Djursland.

Sygeplejerskerne, køkken- og servicepersonale, læger og terapeuter på Hospice Djursland har været primær målgruppe for projektet. Om bl.a. delmål og projektets værdi for den primære målgruppe henvises til primærkilden: Projekt Måltidsstøtte (1).

Udover de patienter, der interverneres overfor, og deres pårørende, har målgruppen for Projekt Måltidsstøtte også omfattet kolleger udenfor Hospice Djursland. Denne artikels formål er således at gøre sygeplejersker på andre hospicer og i sygehusafdelinger opmærksomme på vigtige dele af projektets indhold.

I det følgende beskrives faktorer, der er på spil hos hospiceindlagte patienter, og hvilke konsekvenser faktorerne har for oplevelsen af måltider.

Dernæst belyses områder af stor betydning for en positiv måltidsoplevelse: dysfagi, modificeret madkonsistens og mundplejetiltag. Implementeringsprocessen og redskaber, der understøtter måltidsstøtte i daglig praksis, omtales til slut.

Måltidets betydning

Det lå i projektarbejdet at skabe basis for en virkeliggørelse af parolen "mad skal være lig med glæde" for den del af hospicepatienter, som er i stand til peroral mad- og væskeindtagelse, og som forbinder måltider med nydelse.

Iutning

For mange er mad i almindelighed ensbetydende med liv og glæde. Når alvorlig sygdom efter et kortere eller længerevarende forløb manifesterer sig i form af madlede og afmagring, og døden nærmer sig, bliver mad dog et tiltagende vanskeligt tema.

Hos de fleste patienter i sene palliative forløb, som er målgruppen på Hospice Djursland, er en tilstand med nedsat appetit, anoreksi, tidlig mæthed, træthed og vægttab karakteristisk. Følgende forekomst i en amerikansk undersøgelse af symptomer indikerer omfanget af gastrointestinale faktorer, der påvirker alvorligt syge og døende patienters lyst og evne til at indtage måltider: Anoreksi 66 pct., mundtørhed 57 pct., obstipation 52 pct., tidlig mæthedsfølelse 51 pct., kvalme 36 pct., smagsændringer 28 pct., opkastning 23 pct., dyspepsi 19 pct. og dysfagi 18 pct. (2).

Alvorlig sygdom munder ud i underernæring og afmagring, som i slutfasen kan være ekstrem. Der er da tale om kakeksi med synlige spor hos patienten som følge af nedbrudt fedtvæv og muskelmasse. Sammen med andre følger af den tilgrundliggende sygdom er kakeksi skyld i, at funktionstab i stigende grad præger et palliativt forløb, og at patientens afhængighed af hjælp tilsvarende øges (3).

I tidlige stadier af f.eks. kræftsygdom kan det absolut give mening at få næringstilskud, bl.a. fordi det kan understøtte en kurativ behandling. På det tidspunkt, patienter typisk indlægges på hospice, befinder de sig i en fase af deres sygdom, hvor det hverken har gunstige konsekvenser for behandlingsrespons, overlevelse eller livskvalitet, at de skal kæmpe for at få tilstrækkelig næring, for kroppen kan ikke udnytte den.

Det ernæringsmæssige perspektiv, der ellers knytter sig til mange af livets øvrige faser, får således den drejning ved livets afslutning, at maden ikke skal tænkes som næringsindhold for at tilføre kroppen vækstsubstans, men udelukkende for at tilføre liv, forstået som positive oplevelser knyttet til kvaliteter som smags-, lugte- og synsindtryk samt socialt samvær.

I det omfang et alvorligt sygt menneske kan støttes til en højnet livskvalitet ved at kunne nyde et måltid, er en sådan støtte et vigtigt aktiv i palliativ indsats.

Ved brug af Antonovskys salutogene tilgang (4) og understregning af mening og sammenhængs betydning for sundhed, jævnfør S-tilgang på Hospice Djursland (5), kan fokus på

måltidets betydning grupperes med andre fænomener, der er i fokus som lindrende og kompenserende støtte i hospiceregi, se boks 1.

Nødvendige kompetencer for måltidsstøtte

En vigtig pointe i måltidsstøtte er at lære patienten at kende. Herunder bl.a. eventuelt at finde ind til en måde, hvormed patienten før indlæggelse på hospice har kunnet mestre sit ændrede forhold til mad. I en engelsk undersøgelse (6) er således afdækket en række strategier, som det lykkes mange patienter med fremskreden kræft på eget initiativ at forme som hjælp til at leve mere problemfrit med deres ændrede forhold til mad. Undersøgelsen viser, at patienter kan og også finder løsninger at omgås egne spiseproblemer på, og at ►

Boks 1. Fokus på lindrende og kompenserende støtte i hospiceregi

Ved overgang fra kurativ (CURE) til palliativ indsats (CARE) flyttes fokus

CURE	CARE
Patofysiologisk perspektiv	Salutogent perspektiv
Behandlingslogik	Omsorgslogik, lindring
Patient, kropsligt objekt	Medmenneske, subjekt
Krop	Liv
Fejl, mangler	Kræfter, potentialer
Lægge år til liv	Lægge liv til år
Sex	Godt kærlighedsliv
Kost, ernæring	Mad, måltid

Forskellen mellem care og cure

På care-siden, som repræsenterer en palliativ indsats, tænkes mere på at gøre måltidet til en oplevelse end til proteinrig og beriget kost. Patientens subjektivitet træder i forgrunden; lindring og nydelse er i højsædet. Der fokuseres på menneskets ressourcer og muligheder, og der er fornøden tid til, at livskvalitet hos patienten får fylde. Herunder at der er de fornødne faglige ressourcer til at gøre måltidet attraktivt og muligt at indtage. At lægge liv til år modsat intentionen i cure-regi: at lægge år til liv.

- ▶ denne proces er af betydning for genopretning eller opretholdelse af velbefindende. At alvorligt syge i det hele taget selv tager affære, kan i bred forstand bevirke, at de kan leve aktivt længe og herunder kan fortsætte med at engagere sig emotionelt og socialt (6).

Langt fra alle patienter og pårørende er ved indlæggelse på hospice nået til en erkendelse af, at madens næringsmæssige betydning er passé. Det forekommer jævnligt, at en pårørende gør sit bedste for at nøde patienten til mad ud fra den opfattelse, at mad fører til kræfter og forlænget levetid. Patienten føler på sin side måske skam over manglende formåen til at indfri omgivelsernes forventninger. Sygeplejerskers formidling om nævnte forskydninger i forholdet til mad fordrer især kommunikative kompetencer.

Det er en faglig udfordring at udpege og støtte de patienter, der har potentiel gevinst af måltidstiltag og at have øje for resterende aspekter ved et måltid, patienten eventuelt fortsat kan have glæde af. Fornøden viden, praktiske kompetencer og opmærksomhed fra sygeplejerskerens side kan være afgørende for, at behov for f.eks. kompenserende støtte bliver opfyldt. Patienter er ikke nødvendigvis selv vidende om, i hvilken udstrækning et funktionstab evt. kan afhjælpes.

Samtidig fordres etiske refleksioner, idet der er følgende spænd på spil mellem omsorgssvigt og overgreb:

- er de faglige anstrengelser utilstrækkelige og skyld i, at patienten unddrages muligheden for at opleve nydelse ved et måltid, kan det betragtes som omsorgssvigt
- hvis det tilsigtede resultat ikke opnås, og/eller hvis patienten anstreges ved gennemførelse af tiltagene og i stedet oplever en belastning med nedsat livskvalitet til følge, bliver måltidsstøttende tiltag til overgreb.

” Langt fra alle patienter og pårørende er ved indlæggelse på hospice nået til en erkendelse af, at madens næringsmæssige betydning er passé. Det forekommer jævnligt, at en pårørende gør sit bedste for at nøde patienten til mad ud fra den opfattelse, at mad fører til kræfter og forlænget levetid.

Stop op og tænk

- Hvordan taler I med pårørende til uafvendeligt døende patienter om, at det er smagen mere end mængden af mad, patienten kan nyde og have gevinst af?
- Hvornår drøfter I, hvordan svækkede patienter kan komme op at sidde på en stol ved måltiderne?
- Hvordan har I implementeret screening med ROAG på dit arbejdssted?
- Hvad skal der til, for at modificeret madkonsistens bliver et tilbud på dit arbejdssted?
- Hvordan kan I tage hul på en diskussion om, hvorvidt I er tilstrækkeligt bevidste om korrekt krops- og hovedstilling for patienten, når I skal hjælpe ham med at blive madet?
- Hvordan tager I på dit arbejdssted fat på at konfrontere den uafvendeligt døende patient og hans pårørende med at afslutte parenteral ernæring?

I det følgende belyses en række faktorer, der indvirker på, om et måltid kan have værdi som social og sansemæssig oplevelse, så patienter oplever kvalitet ved et måltid længst muligt.

Dysfagi

For at synke er 28 muskler og syv hjernenerver involveret (7). Til det hele, at spise et måltid, spiller ca. 50 muskler en rolle. Desuden kan der være barrierer knyttet til bl.a. mundforhold, dyspnø, angst og depression. Så meget kan gå galt.

Ved dysfagi forstås motoriske, sensoriske og kognitive problemer med at spise, drikke og synke (7).

På hospice har mange patienter kræft med deraf følgende hjerne metastaser. Hos disse hjerneskadede patienter ses ofte dysfagi, hvor problemerne påvirker måltidsindtagelse væsentligt.

Observationer

Ved observation af, om der er tale om dysfagi, kan evt. indgå en vandtest: evner patienten ikke at drikke 50 ml vand eller hoster > 1 gang, er der tale om dysfagi. Vågner patienten med våd pude efter søvn, er det tegn på, at patienten ikke synker sit spyt spontant. Det er desuden relevant at observere larynx under synkebevægelse og vurdere, om der er stemmeforandring.

Våd stemme, rallende vejrtrækning og hoste i forbindelse med at spise eller drikke indikerer, at en patient har aspireret og altså har synkeproblemer. Men ca. halvdelen af patienter med dysfagi hoster ikke, når de aspirerer. Dette kaldes ”silent aspiration”. Studier har vist, at selv den mest erfarne kliniker ikke opdager op til 40 pct. af de patienter, der aspirerer (11), og at der da kan være tale om en ”silent killer”.

For at skærpe opmærksomheden på relevante tiltag er hhv. normale og ikke-normale reaktioner i synkeprocessens fire faser (præorale, orale, faryngeale og øsofageale fase) via Projekt Måltidsstøtte indskrevet i skema på Hospice Djursland.

Korrekt spisestilling

At gøre det bekvemt for en svækket patient kan være en overspringshandling, som forhindrer patienten i en positiv måltidsoplevelse. Kvalificeret faglighed indebærer at retvise og hjælpe patienten til at indtage korrekt spisestilling. Patienten skal f.eks., om overhovedet muligt, som minimum op at sidde på sengekanten frem for blot at få hovedgærdet eleveret.

Lammelser og føleforstyrrelser i mund og svælg kan være usynlige, men alligevel være en særdeles væsentlig problematik, der skal tages højde for. Dårlig spisestilling kan spille ind.

Korrekt spisestilling omfatter henholdsvis krops- og hovedstilling.

Kropsstilling

Ved dysfunktioner i krop, hoved, mund og svælg er en vigtig faktor ved måltidsstøtte at fremme og understøtte patientens mulighed for at deltage i det, der for den enkelte er muligt og har betydning.

Med afsæt i patientens funktionsniveau vejledes og støttes patienten til forbrug af mindst mulig energi til at holde en stilling og få det bedste udgangspunkt for at udføre selektive bevægelser. I støtten skal tages hensyn til:

- tilstrækkelig stor og stabil understøttelsesflade til, at kroppens tonus normaliseres mest muligt, og patienten kan slappe af
- at bækkenets, lårenes og føddernes placering tilsammen danner den basis, der sikrer stabilitet
- at placering af krop, skuldre og hoved afgør balance til sikring af fri bevægelighed for arme, hænder og hoved, vigtigt for bl.a. hovedkontrol og øje-hånd-koordination.

Læsertest

1. Hvor stor er andelen af patienter med dysfagi, som ikke hoster ved aspiration?

- Ca. 5 pct.
- Ca. 25 pct.
- Ca. 50 pct.

2. Den bedste position for synkning er

- lang nakke
- kort nakke
- hoveddrejning mod højre

3. Hvilket udsagn er korrekt:

- Har patienten behov for modificeret madkonsistens i form af gelékost, skal drikkevarer altid være gelékonsistens
- Konsistensbehov for mad henholdsvis drikke skal vurderes hver for sig
- Alle kan synke suppe med kød- og melboller

4. Hvilket udsagn er korrekt:

- ROAG-pal er helt identisk med ROAG
- ROAG-pal medtager lugt ud af munden som særligt screeningsobjekt
- ROAG-pal medtager ”forandring af smagsoplevelser” som et særligt observationsemne

Læs svarene på side 66.

Ustabil truncus i siddende stilling betyder tendens til at kippe bækkenet tilbage, hvorved ryggen spontant rundes. Det fører til ”kort nakke”, som gør en normal synkeproces vanskelig.

Det er vigtigt at udnytte indstillingsfunktioner på senge samt køre- og komfortstole optimalt og at råde over forskellige former for lejringspuder.

Det indebærer, i det omfang funktionsevnen hos en patient i kørestol overhovedet muliggør det, at fodstøtter og armlæn afmonteres på kørestolen for henholdsvis at opnå stabilitet og bevægelighed, og stoleryg skal indstilles til aktiv position. Dette er en parallel til, at raske mennesker placerer sig på en spisestuestol for at sidde hensigtsmæssigt ved et måltid.

Hovedstilling

Synkning vanskeliggøres ved hoveddrejning og ved kort nakke. Patienten skal støttes til, at hovedets længdeakse er i kroppens ►

- ▶ midtlinje og er let foroverbøjet, så lang nakke fremkommer. Altså to afgørende hensyn:
 - hagen lidt ned mod brystet
 - lige linje mellem næse, hage, strubehoved og navle.

” At gøre det bekvemt for en svækket patient kan være en overspringshandling, som forhindrer patienten i en positiv måltidsoplevelse. Kvalificeret faglighed indebærer at retvise og hjælpe patienten til at indtage korrekt spisestilling.

Har patienten nedsat hovedkontrol, kan benyttes greb for at støtte korrekt hovedstilling med lang nakke:

- Almindeligt kæbekontrolgreb
- 3-punkts kæbekontrolgreb.

Fremgangsmåde er beskrevet og illustreret i Projekt Måltidsstøtte (1). Afhængigt af, hvilket greb der benyttes, understøttes også åbning af munden, tungens frie bevægelighed og facilitering af bolustransport. Ud over støtte ved måltidet kan grebene benyttes ved hjælp til mundhygiejne.

Chin down

For yderligere at facilitere synkning kan patienter med dysfagi evt. opfordres/støttes til at indtage chin down position (8,9). Chin down er fleksion af hovedet, hvor hagen bøjes ned til halsen. Patientens udgangsstilling skal være siddende med god rygstøtte. Denne manøvre formindsker indløbet til luftvejene ved, at den basale del af tungen bringes over larynx og derved beskytter luftvejene.

Den skaber bedre plads til fødebolus hos patienter, der har svært ved at initiere synkning, og kan dermed forebygge aspiration, og at bolus forsvinder ned i larynx (10).

Modificeret madkonsistens

Dysfagi skal ikke behandles på hospice. Men elementer fra FOTT (facial, oral, tract therapy) (7), bl.a. med støtte til korrekt spisestilling, giver et beredskab til at reducere risikoen for fejlsynkning, øge

Svar på læsertest side 65

1. c
2. a
3. b
4. c

velværet og styrke selvstændighed i spisesituationen. Forfatterne til Projekt Måltidsstøtte deltog i et FOTT-kursus på Hammel Neurocenter for at være opdateret på feltet. Interventionsbeskrivelser i projektet bygger i høj grad på dette kursus samt på litteratur og praksis.

Et vigtigt tiltag til hospicepatienter med dysfagi er modificeret madkonsistens. Idéen til dette stammer fra ernæringsterapi ved Hammel Neurocenter, hvor traume patienter med hjerneskader trænes op fra bunden til at genvinde normal tunge-, tygge- og synkefunktion. De kravler langsomt op ad en trappe, hvortil bl.a. modificerede madkonsistenser indgår i en række terapeutiske processer mod endemålet: at kunne spise normal kost, se figur 1.

Udover træningen sikres disse patienter en tilstrækkelig ernæringsindtagelse til at rehabilitere sig.

Figur 1. Konsistenstrappen

Normal tunge-, tygge- og synkefunktion	Normal konsistens Fast og tyndtflydende konsistens
Normal tungefunktion. Næsten fuldstændig tyggefunktion. Normal synkefunktion	Blød konsistens
Nogen transport og laterale (side-) bevægelser af tungen. Nogen tyggefunktion. Normal synkefunktion	Gratin-konsistens
Nogen tungetransport. Behøver ikke at kunne tygge. Faciliteret og/eller spontan synkefunktion	Sammenhængende konsistens
Ingen tunge-, tygge- og synkefunktion	Sondeernæring

Den oprindelige konsistenstrappe. Den viser sammenhængen mellem de krav, der stilles til både tygge- og synkeproces og kostens konsistens (7). Konceptet er med i den Nationale Kosthåndbog (12).

Frem for at hospicepatienter tæt ved livets afslutning brat hører op med at kunne nyde et måltid, fordi en normal kost udgør en barriere, kan de tilbydes modificeret madkonsistens. Patienterne kan derved gelinde hjælpes ned ad en trappe, så de ikke unødigt tidligt opgiver nydelsen ved et måltid eller ved at drikke.

Brug af konsistenstrappen er dog ikke blot at hjælpe vores patienter ned ad trinene i den originale trappemodell. Ud fra den tidshorisont, vores målgruppe er underlagt, blev via Projekt Måltidsstøtte skabt en hospicetilpasset konsistenstrappe med et spring fra blød kost til gelékost, se figur 2.

Gelékost er purerede, evt. siede, råvarer, f.eks. kød, fisk, grøntsager eller frugt, som er gjort til gelé ved hjælp af gelatine. Geléprodukter smelter ved kropstemperatur og glider nemt og langsomt gennem svælget uden at forårsage fejl-synkning.

Indholdet af de respektive kostformer er indskrevet i trappen. Ved aflæsning af figuren kan et måltid tilberedes i en konsistensform, der matcher iagttagede synkefunktioner hos patienten. Dette foregår ud fra et samarbejde mellem patient, køkkenpersonale og sygeplejersker. Der henvises til kapitlet ”Mad- og drikkekonsistenser” i Projekt Måltidsstøtte (1).

Figur 2. Den hospicetilpassede konsistenstrappe

Valg af levnedsmiddel		Fravælges	Funktionskrav	Madkonsistens
Frit valg		Frit valg	Intakt tygge- og synkefunktion	Normal Fast og tyndtflydende
Grød, mel, gryn	Skorpefrit brød. Grød og øllebrød	Tørt, hårdt brød	Normal tunge- funktion	Blød kost Findelte og/eller hakke- de råvarer, tilberedt dampet eller let stegt og serveret som sammen- hængende måltid af blød konsistens
Grøntsager, frugt	Hele kogte kartofler (evt. mos), ris og pasta blandet med sovs. Kogte grøntsager, der kan moses. Frugtgrød eller kompot	Hårdt stegte kartofler. Bønner, asparges, champignon, grøn salat. Ananas og trevlet frugt		
Mælk, mælkeprodukter	Alle mælkeprodukter	Helt hårdt stegte	Normal synke- funktion	
Kød, fisk, fjerkræ	Kød, indmad, fisk, fjerkræ hak- kes før tilberedning. Serveres gerne som farsretter			
Grød, mel, gryn	Gelékost er fremstillet af puréer, f.eks. er det kød-, grøntsags- eller frugtpuré, væske eller krydderier, som herefter er tilsat opblødt husblas		Problemer med tunge- og tygge- funktion	Gelékost Purerede råvarer tilsat gelatine for at opnå gelé- konsistens
Grøntsager, frugt			og/eller	
Mælk, mælkeprodukter			Besvær med at synke	
Kød, fisk, fjerkræ				

Den hospicetilpassede konsistenstrappe, som patienten hjælpes nedad. Den illustrerer brugen af modificeret madkonsistens, der som kompenserende støtte kan gøre en positiv måltidsoplevelse mulig.

- Køkkenmedarbejdere på Hospice Djursland har været meget engagerede i at implementere modificeret madkonsistens. De har modtaget både teoretisk og praktisk undervisning og derigennem fået inspiration til at lave velsmagende retter, som farvemæssigt ser indbydende ud. De kan fremvise fotos af forskellige geléko-stanretninger.

Drøftelser og smagsprøver på møder har fået nogle sygeplejersker til at overvinde en vis aversion mod at servere gelékost. En positiv holdning er vigtig, idet positive attituder befordrer en gunstig sanseoplevelse hos patienten og er med til at bekræfte, at den uvante konsistens er helt i orden. Men hvis det har været grænseoverskridende at servere gelékost, er belønningen indfriet, når en patient f.eks. efter for længst at have givet afkald på fast føde begejstres over stegt flæsk og persillesovs i geléudgave.

Den mad, der tilberedes på Hospice Djursland, laves fra bunden og er økologisk. Desuden efterleves det princip, at der laves noget helt særligt til den enkelte patient (ønskekost) i det omfang, dagens menu ikke kan friste. Det er måske hver 15. patient, det er aktuelt at lave gelékost til, og for den enkelte begrænser nydelsen sig til nogle få foretrukne retter. Er det f.eks. rugbrød med leverpostej og rødbede, laves flere portioner henholdsvis rugbrød, leverpostej og rødbede som gelé, så de kan serveres i lag som en rigtig af slagsen. Proceduren indgår i køkkenets rutiner som andet, der skal tilberedes særskilt for at møde hver enkelt patients behov. Køkkenet er i forvejen bemandet til at tilberede særkost og diæt, men råder over industrifremstillede kødprodukter i geléform, som kan tåle opvarmning (f.eks. kylling, gullasch, frikadelle), når en patient ønsker en varm ret. Disse produkter kan købes som blandet pakke og har en holdbarhed på ca. et år. De fås dog ikke som økologiske, og udbuddet er ret begrænset. Alt i alt finder stedets køkkenchef ikke, at modificeret madkonsistens vejer tungt på hverken budget eller ressourceforbrug.

Der ligger særlige udfordringer for sygeplejersker i at observere og intervenere for dysfagi, idet dette typisk er en ergoterapeutisk opgave. Annette Kjærsgaard, ergoterapeut, forsvarede således for nylig sin ph.d.-afhandling ”Difficulties in swallowing and eating following acquired brain injury – from both a professional and patient perspective” og er naturligt nok medforfatter til den nationale kliniske retningslinje for modificeret kost og væske til

voksne (10). Begge dele bidrager til øget bevågenhed på feltet. Rundt om i landets institutionskøkkener er der da også øget fokus på at kunne tilgodese mennesker med synkeproblemer (13), så de f.eks. ikke behøver at undvære smagen af marineret sild med karrysalat. For det kan laves i geléudgave.

På hospice ser man, at patienter, som lider af dyspnø og/eller udtalt træthed, foretrækker at spise suppe, fordi det er overkommeligt. For dem kan gelékost være et brugbart og velkomment alternativ. Når de blot gøres opmærksom på muligheden, kan de have positivt udbytte af modificeret madkonsistens og dermed få andet end supper.

Mundforhold, der gør, at faste fødeemner er vanskelige at bearbejde eller gør ondt at have i munden, kan også være en grund til, at modificeret madkonsistens er berettiget.

Modificeret drikkekonsistens

Behovet for konsistens af mad og drikke skal vurderes hver for sig, da niveauerne ikke nødvendigvis følges ad. Generelt kan siges, at

- synkebesvær for fast føde ofte kan relateres til obstruktionsforhold, mens
- besvær med flydende kost typisk forårsages af neuromuskulære forhold.

Drikkekonsistenser inddeles i tre kategorier ud over den vanlige type:

- Kakaomælkskonsistens
- Sirupskonsistens
- Gelékonsistens.

Fortykkede drikkevarer øger patientens mulighed for at mærke og opfatte, hvad der sker, og nedsætter risikoen for aspiration.

Niveauinddelingen på drikkekonsistenstrappen går på, at drikkevarerne bliver tykkere og løber langsommere, jo nærmere toppen af konsistenstrappen, se figur 3. Funktionsniveau og produktbeskrivelse aflæses, og den rette type dokumenteres for den enkelte patient.

Mundplej tiltag

Der er utallige barrierer for en positiv måltidsoplevelse knyttet til forhold i munden, herunder dens tilstand.

Figur 3. Drikkekonsistenstrappen

Funktionsniveau	Produktbeskrivelse	Drikkekonsistens
Patienten kan synke; normal funktion	Tyndtflydende drikkevarer med lav viskositet (vand, frugtjuice (sveskejuice), mælk, kaffe, te, kakao, øl, vin, spiritus)	Alle konsistenser
Patienten kan drikke sirupskonsistens uden at hoste/aspirere	Naturlige drikkevarer med lidt tykkere konsistens end de tynde væsker, f.eks. kærnemælk, grøntsags- og sveskejuice, de "tykkeste" frugtjuicer, tyk milkshake, æggesnaps, drikkeyoghurt, koldskål og blandede supper	Kakaomælkskonsistens Kan drikkes af glas. Men "løber" langsommere end almindelige tynde drikke
Patienten kan indtage gelékonsistens uden at hoste eller aspirere	Alle væsker kan fortykkes til sirupskonsistens med fortykningsmiddel	Sirupskonsistens Kan drikkes af glas, er ensartet og tyk nok til, at et sugerør kan stå elene i glasset. "Løber" meget langsomt.
Patienten kan synke eget spyt, spontant eller faciliteret; aspirerer ikke, har en spontan hoste	De fleste væsker kan fortykkes til gelékonsistens med fortykningsmiddel	Gelékonsistens Kan ikke drikkes med sugerør, men skal indtages med ske. Det er fødeemner med en høj viskositet, f.eks. budding, fromage, gelé og frosne shakes

Der er i årevis sket forsømmelser med at inspicere mundregionen hos sygehusindlagte patienter. Dette er kommet til udtryk i såvel faglige publikationer som i daglige medier (1). F.eks. har det været udtrykt således: "... mundhulen lever sit eget liv, adskilt fra den øvrige del af den menneskelige organisme ..." (14). På sygehusene er "den øvrige del" den primære genstand for faglig opmærksomhed hos såvel læger som sygeplejersker.

Baggrunden for "Klinisk retningslinje til identifikation af behov for mundpleje og udførelse af tandbørstning hos voksne hospitalsindlagte patienter" (15), herefter forkortet KLMU, har da også været at kunne anbefale understøttende metoder til at optimere mundplejen til sygehusindlagte patienter.

Selvom der i KLMU er fokus på hospitalspatienter, er det i forbindelse med Projekt Måltidsstøtte ræsonneret, at retningslinjen også kan understøtte praksis i hospiceregi.

Patienter med udbredt kræft og/eller i den terminale fase har stærkt nedsat modstandskraft i mundens slimhinder (16). Den lokale svækkelse forværres yderligere af universelle faktorer såsom dårlig ernærings- og almentilstand samt medikamentel behandling. På hospice iagttages ofte mundhuleproblemer, som patienter har pådraget sig under indlæggelse på

sygehus; antageligt fordi uhensigtsmæssige vilkår for at udføre mundpleje har kompromitteret standarden af patientens egen vanlige mundplejeindsats. Desuden kan fornøden hjælp til sufficient mundpleje fra personalets side have haft nedsat prioritet (15).

Det må antages, at den relative andel af patienter med behov for hjælp til mundpleje er større i hospiceregi end hos sygehusindlagte patienter, og at deres mundstatus i lyset af ovenstående generelt er ringere.

I Projekt Måltidsstøtte er derfor argumenteret for at implementere de fire anbefalinger i KLMU (15), da det er evidentielt, at pleje af tænder og mundhule har betydning for patienters orale sundhed, herunder for tændernes og mundhulens funktion i spisesituationer. Tand- og mundhuleproblemer kan desuden påvirke en persons velbefindende, værdighedsfølelse og oplevelse af selvrespekt samt sociale relationer.

Da en kvalificeret mundpleje kan være afgørende for oplevet velvære og selvværd, er ROAG (Revised Oral Assessment Guide), anbefalet gennem KLMU, hilst velkommen på Hospice Djursland.

Denne artikel vil kun beskæftige sig med implementering af følgende to anbefalinger fra KLMU (15):

- ▶ 1. ROAG kan anvendes som screeningsredskab til identifikation af behov for mundpleje
- 2. Den enkelte afdeling kan, når ROAG anvendes, udarbejde interventionsforslag og handleanvisninger for systematisk intervention i forhold til udførelse af mundpleje.

Screening med ROAG-pal

ROAG er et testet screeningsredskab til at vurdere forskellige områder af munden. Vurderingsmåde samt graduering af mundstatus er indeholdt i redskabet. Der lyttes til stemmen; læber, mundslimhinde, tunge, tandkød, tænder, proteser, spytafsondring og synkefunktion inspiceres, evt. med anvendelse af mundspejl og lille lygte. Mundstatus registreres ud fra kriterier i en gradskala med 1, som betyder frisk eller normal, 2 betyder let til moderat forandring, og 3 indebærer alvorlige problemer.

I Projekt Måltidsstøtte er der argumenteret for at komplettere ROAG med komponenten ”smagsoplevelse” i hospiceregi. Denne særlige udgave af screeningsredskabet betegner vi på Hospice Djursland som ”ROAG-pal”, hvor ”pal” er et vink om, at vi befinder os i det palliative felt, se figur 4.

En grund til også at screene for smagsoplevelse er, at både den tilgrundliggende sygdom samt medicin kan give smagsforandringer, (f.eks. kemo- og stråleterapi) eller forårsage, at smagen helt forsvinder. Hos den svækkede patientgruppe kan forandret smagsoplevelse være et tidligt symptom på mundsvamp, således at opmærksomheden rettes mod at holde øje med synlige spor af svampevækst og sætte ind med tidlig behandling. Desuden bevirker forskellige former for dysfunktionel tungetransport hos patienter med dysfagi, at de berøves smagen af enten salt, bittert, surt eller sødt. Det er en stor udfordring at korrigere for forandret smagsoplevelse i tilberedning af måltiderne.

En hyppig gene fra munden hos hospicepatienter er foetor ex ore, dårlig ånde. Blandt årsager til dårlig ånde er obstipation, svækket mundstatus, medicinindtagelse (bl.a. visse antidepressiva) og ilde lugtende svovlbrinte forbindelser fra fordøjelsen. Kræftsygdom kan i sig selv medføre dårlig ånde som et resultat af kemikalier, den producerer. Dårlig ånde kan nedsætte madlysten og fremkalde kvalme hos patienten og opfattes desuden uæstetisk og uværdigt, både af dem, der lider af det, og af pårørende. Men da lugt er uegnet at score, er lugt ud fra munden ikke med i ROAG-pal. Det må registreres ved siden af ROAG-pal-skemaet, så relevante tiltag kan sættes i gang.

” Frem for at hospicepatienter tæt ved livets afslutning brat hører op med at kunne nyde et måltid, fordi en normal kost udgør en barriere, kan de tilbydes modificeret madkonsistens.

Med afsæt i og i kølvandet på Projekt Måltidsstøtte har en arbejdsgruppe i en lokal retningslinje (17) beskrevet brugen af ROAG-pal, samt interventioner, der relaterer til de delområder af mundforhold, som ROAG-pal foreskriver, skal inspiceres.

Således skal vores patienter på Hospice Djursland senest 48 timer efter indlæggelse have foretaget mundinspektion ud fra ROAG-pal. Grunde til ikke at gøre det skal dokumenteres. Det sker f.eks., at patienter indlægges så svækkede, at de ikke kan samarbejde til en screening.

Interventioner

Ved mundscreeningen scores i tre gradueringer, som for hvert delområde af mundregionen matcher med bestemte inspektionsfund, indskrevet i ROAG-pal.

Scoringpoint for hvert delområde viser hen til en bestemt intervention, der skal udføres, og som er beskrevet i nævnte retningslinje.

Intervention ved scoringsgrad 1 for samtlige delområder af munden består i basal mundpleje, der er beskrevet med afsæt i KLMU (15). Selvhjulpne patienter med denne scoringsgrad anbefales at følge anvisningen herpå. På baggrund af en individuel vurdering anbefales det patient/pårørende at anskaffe en eltandbørste.

Udvidet mundpleje er handlingsprocedurer ud over basal mundpleje, som udløses for specifikke områder af mundhulen på baggrund af scoringsresultaterne 2 og 3 ved screening med ROAG-pal.

Der er udformet et ”Interventionsskema for grad 2 og 3”. Princippet i dette er, at man i kolonner for grad 2 henholdsvis grad 3 ud for hvert af de delområder, der screenes for, får vist de interventioner, der skal udføres (17). Ved brug af skemaet får syge-

plejersken således foræret den intervention, der for et observeret scoringsresultat over 1 er besluttet at udføre. Interventionerne bliver dokumenteret, og udføres de ikke, skal den begrundede afvigelse dokumenteres.

Mundtørhed er et særligt opmærksomhedspunkt. Uanset om en nyindlagt patient aktuelt er generet af dette eller ej, udleveres en pjece med forslag til at lindre mundtørhed i forbindelse med mundinspektion. Dette kan være en genvej til at udføre screeningen, idet

Figur 4. Screeningsredskabet ROAG-pal

Område af munden	Metode	Symptombeskrivelse, gradueret			Score 1, 2 eller 3
		Scoringsgrad 1	Scoringsgrad 2	Scoringsgrad 3	
Stemme	Tale, lyt	Normal stemme	Tør, hæst, smækkende (tungen)	Talebesvær	
Læber	Observer	Glatte, hele, lyserøde, fugtige	Tørre, sprukne, ødematøse, blege. Svier. Fissurer ved mundvigge	Blødende, med sår, evt. også i mundvige	
Mundslimhinder (aftagelig protese fjernes)	Anvend belysning og mundspejl. Observer*	Lyserøde, fugtige	Rød, bleg, tør eller med farveforandrede områder, blister, belægning	Sår med eller uden blødning. Bliester. belægninger	
Tunge	Anvend belysning og mundspejl. Observer	Lyserød, fugtig med papiller	Ingen papiller. Rød tør. Belægning.	Sår med eller uden blødning. Bliester. Belægning.	
Tandkød	Anvend belysning og mundspejl. Observer	Lyserødt og fast	Hævelse og rødme	Spontan blødning	
Tænder	Anvend belysning og mundspejl. Observer	Rene. Ingen madrester eller synlig belægning	Belægning eller madrester lokalt	Udbredte belægninger eller madrester	
Protese	Observer	Ren og velfungerende	Belægning eller madrester, fungerer dårligt (tyggeproblemer)	Benyttes ikke	
Spyt	Før mundspejlet rundt langs kindernes inderside	Glider let, vandigt	Sejt, slimet, glider trægt	Sparsom mængde, glider ikke. Slimhinder tørre	
Synkning relateret til smerte og mundtørhed	Observer synkning og spørg	Uhæmmet synkning	Lette synkeproblemer og/eller smerter ved synkning. Mundtørhed	Udtalte synkeproblemer	
Smagsoplevelse	Spørg om patientens subjektive oplevelse	Normal	Lidt forandret	Udtalt forandret eller borte	

ROAG (Revised Oral Assessment Guide) er det anbefalede redskab fra den nationale kliniske retningslinje for identifikation af mundplejebæbehov til at screene for mundstatus med tilføjelse af data om smagsoplevelse (nederste række) til en særlig **Hospice Djursland-udgave ROAG-pal** (Annegrete Venborg i Projekt Måltidsstøtte).

* Observer: Højre indre kindside, nedre læbes inderside, venstre indre kindside, øvre læbes inderside, ganen, mundbunden (Borchersen et al 2010).

- ▶ mundproblemer og mundpleje for både patient og sygeplejerske typisk er grænseoverskridende emner at berøre, ligesom det også er at blive kigget i henholdsvis at kigge i munden (1).

Er forholdene i munden i orden og patienten selvhjulpent, aftaler parterne, hvornår screening skal foregå på ny. Dette for at undgå f.eks. for sent at opdage, at patienten måske i flere dage ikke har formået eller har glemt at udføre mundhygiejne.

Screeningen er blevet naturlig at udføre for mange sygeplejersker. Indførelsen af retningslinjen på Hospice Djursland har gjort, at interventioner mod problemer i munden nu starter tidligere end før i indlæggelsesforløbene. Fokus på mundpleje er i høj grad skærpet, og dokumentation for udført mundpleje betragtes som en væsentlig indikator for kvaliteten af sygeplejen.

Implementering af måltidsstøtte

Forskellige sociale aspekter har også været indeholdt i Projekt Måltidsstøtte. Bl.a. at patienter, som ikke behøver sygeplejefaglig støtte under spisning, tilbydes selskab af en frivillig ved måltider. Men som anført har projektet afsløret mange flere specifikke tiltag og pointer, end der kan medtages her, bl.a. knyttet til synkeprocessens præorale fase som forberedende samt hensigtsmæssige handlinger for gode måltidsoplevelser for patienten.

Afsluttende omtales kort, hvad der har understøttet implementering af anbefalingerne fra Projekt Måltidsstøtte, herunder redskaber, der beforder en fagprofessionel måltidsstøtte i den daglige praksis.

De mange mulige tiltag blev opdelt i kategorier. Som det første blev der taget hul på implementering af korrekt spisestilling. Sygeplejerskerne blev undervist både teoretisk og praktisk. Til sidstnævnte blev etableret et laboratorium med senge, kørestole og andre hjælpemidler. Alle havde roller både som hjælper og hjulpet, og alle prøvede at synke under såvel rigtig som forkert spisestilling.

Noget tilsvarende foregik, da retningslinjen for mundpleje (17) blev introduceret. Omkring kognitive dysfunktioner og måltidsstøtte blev givet teoretisk undervisning ved ekstern underviser; og i det daglige støttes sygeplejerskerne af et skema, der beskriver relevante interventioner i forhold til udfaldet af en hjerneskade.

Implementeringstiltag for modificeret madkonsistens er omtalt tidligere.

Svarende til samtlige delkategorier har sygeplejerskerne skullet læse anviste dele af Projekt Måltidsstøtte, så de efter fuldendt implementering har været hele materialet igennem.

Som vigtig komponent til at praktisere en kvalificeret måltidsstøtte er ”Retningslinje for måltidsstøtte på Hospice Djursland” (18) udarbejdet. Den findes på e-dok, og der kan linkes til den på den plejeplan i EPJ, som er udformet til at dokumentere hver enkelt patients behov og ønsker for måltidsstøtte. F.eks. om ”chin down” benyttes som intervention, og om patienten får modificeret madkonsistens.

Selvom en enkelt mundfuld kun udgør et glimt af livsnydelse for en patient, har dette glimt sin berettigelse som oplevet livskvalitet.

Det er en relevant opgave at understøtte sådan en oplevelse – og et svigt ikke at gøre den mulig.

Litteratur

- Venborg A, Mühlbach B. Projekt Måltidsstøtte. Hospice Djursland. 2011. kan downloades på <http://www.hospicedjursland.dk/> > Udgivelser > Faglige publikationer > Projekt måltidsstøtte.
- Bække J et al. Lindring af palliative patienters gastrointestinale symptomer. *Ugeskrift for Læger* 2007;44:3759-62.
- Thoresen L og Nordhøy T. Anoreksi og kakeksi hos kreftpasienter. I: Kaasa S. (red.) Palliasjon. Nordisk lærebok. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2007.
- Antonovsky A. Helbredets mysterium. København: Hans Reitzels Forlag; 2000.
- Venborg A. En særlig tilgang ved forestående død. *Sygeplejersken* 2013;2:70-84.
- Hopkinson JB. How people with advanced cancer manage changing eating habits. *Journal of Advanced Nursing* 2007;59:454-62.
- Kjærsgaard A. Ansigt, mund og svælg – undersøgelse og behandling efter Coombes-konceptet. København: FADL's Forlag 2005.
- Fraser S, Steele MS. The Effect of Chin Down Position on Penetration-Aspiration with Dysphagia. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology* 2012;2:142-8.
- Kagaya H et al. Body Positions and Functional Training to Reduce Aspiration in Patients with Dysphagia. *Asian Medical Journal* 2011;1:35-8.
- Andersen UT et al. Klinisk retningslinje for modificeret kost og væske til voksne (> 18 år) personer med øvre dysfagi. Center for Kliniske Retningslinjer. Afdeling for Sygeplejevidenskab. Institut for Folkesundhed, Aarhus C; 2012. www.kliniskeretningslinjer.dk/ Besøgt d. 15.01.2014
- Polansky P, Raglan P. What You Do Not See on a Bedside Swallow Evaluation. TSHA Convention 2013.
- Den nationale kostbog. <http://www.kostforum.dk/> > kostformer > småtspisende > tygge-synke-venlig kost (Besøgt d. 20.12.2013).
- Rasmussen TJ. Når maden går galt i halsen. *Kost, Ernæring & Sundhed*; 2013:6.
- Holmstrup P, Fiehn NE. Sygdomme i mundhulen – et fokus for samarbejde. *Ugeskrift for Læger*. 2010;44:3015.
- Borchersen J et al. Klinisk retningslinje til identifikation af behov for mundpleje og udførelse af tandbørstning hos voksne hospitalsindlagte patienter. Center for Kliniske Retningslinjer. Afdeling for Sygeplejevidenskab. Institut for Folkesundhed, Aarhus C; 2010. www.kliniskeretningslinjer.dk/ Besøgt d. 15.01.2014.
- De Conno F et al. Mouth care. In: Hanks G et al. (red.) *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. New York: Oxford University Press; 2010.
- Venborg A et al. Mundpleje, retningslinje for Hospice Djursland. Hospice Djursland; 2013. <http://e-dok.rm.dk>
- Venborg A. Retningslinje for måltidsstøtte på Hospice Djursland. Hospice Djursland; 2013.
- <http://e-dok.rm.dk>

English abstract

Venborg A. End-of-Life Meal Support. *Sygeplejersken* 2014;(2):61-73.

This article summarises the essence of and implementation experience from Project Meal Support, which was conducted at Hospice Djursland. The project describes the necessary attention, knowledge and skills required of nurses in order to create positive meal experiences for hospice patients.

The article's target audience is nurses caring for terminally ill patients.

The article touches upon a number of factors that can affect the quality of meal experiences for terminally ill patients. Among them, proper eating position, problems swallowing, food consistency and the condition of the oral cavity. It provides instructions on relevant manners of support, so the patient has a better sensory experience and greater enjoyment from meals at the end of his or her life. Patients are not necessarily aware of whether a loss of function can be remedied.

The article describes how nurses, by applying professionalism and different measures, can make a difference for the better. It is important to promote and support the patient's ability to have a say in what options exist and what seems most meaningful. This includes minimising obstacles that can make the patient give up meal enjoyment earlier than necessary at the end of their life.

Keywords: Nutrition, dysphagia, gelatinised meals, hospice, quality of life, palliation, eating position.

JOB



SE ALLE STILLINGER: WWW.DSR.DK/JOB

Praktiske oplysninger til annoncører

Deadline kl. 9 for indtastning af KURSER/MØDER/MEDDELELSER på www.dsr.dk under Information til annoncører

Nr. 3 - 2014
11. februar 2014

Nr. 4 - 2014
4. marts 2014

Nr. 5 - 2014
25. marts 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
Internet: www.dmfnet.dk
Her kan du også rekvirere medieinformation.

Indleveringsfrister for STILLINGSANNONCER til de kommende numre

Nr. 3 - 2014
14. februar 2014

Nr. 4 - 2014
7. marts 2014

Nr. 5 - 2014
28. marts 2014

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

Udgivelsesdatoer

Nr. 3 - 2014
28. februar 2014

Nr. 4 - 2014
21. marts 2014

Nr. 5 - 2014
11. april 2014



"At lave en primitiv filosofi med både som mennesker inddeles i er en fejl hvoraf mange folk lider. Men vi er nogle få, der kun kan forstå en måde at inddelle mennesker på – man skal de dem i individer".

Dette er Bostedet Theas målsætning sagt med Piet Heins ord. Thea er social-psykiatrisk bosted, hvor 35 psykisk sårbare mennesker har deres bolig.

Bostedet søger snarest en ansvarshavende aftensygeplejerske 28 timer om ugen i lige uger. Arbejdstiden er mandag til søndag kl. 15.10-23.10.

Vi tilbyder:

- Supervision ved psykolog.
- 1 samarbejdsinternatkursus for alle medarbejdere 1 gang årligt.
- Gratis fitness for dig og din familie.
- God beliggenhed – nær bus, tog og metro.
- God normering.
- Mulighed for faglig og personlig udvikling.
- Tværfaglighed.
- Medindflydelse på hverdagen.

Vi forventer:

- En høj grad af kreativ tankegang.
- En høj grad af samarbejdsevne.
- Kendskab og erfaring i arbejdet med mennesker med psykiatriske lidelser.
- At du kan arbejde selvstændigt, planlægge og tilrettelægge arbejdsdagen hensigtsmæssigt.
- At du betragter humor som en væsentlig personlig ressource.
- At du mestrer evnen til at tage udgangspunkt i menneskers ressourcer.
- At du er villig til at tage ansvar for dagligdagen og arbejdsmiljøet i Bostedet.

Hvis du er blevet nysgerrig af ovenstående kan du få yderligere oplysninger hos sygeplejerske, forstander Inge Lise Winkel alle hverdage ml. kl. 10 og 14 på tlf. 4046 3631. Yderligere oplysninger fås på vores hjemmeside www.okthea.dk

Skriftlig ansøgning med relevant dokumentation, anciennitetskort stiles og sendes til forstander Inge Lise Winkel, Mariendalsvej 30, 2000 Frederiksberg.

Ansøgningsfrist den 19. februar 2014.



Diakonissehuset Sankt Lukas Stiftelsen



Forstander til Plejehjemmet Lindely

Lindely består af 47 plejeboliger, 18 aflastningsboliger og 9 søsterboliger. Der er ansat 3 afdelingssygeplejersker og ca. 60 medarbejdere.

Lindely har samme normering på hverdage som i weekender, og vi har et godt tværfagligt samarbejde.

I Lindely hersker en ånd af medmenneskelighed og faglig identitet, og vi lægger vægt på engagement, godt humør, fleksibilitet og aktiv involvering fra alle medarbejdere.

Forventninger til Forstanderen

- har uddannelse som sygeplejerske
- har lederuddannelse på minimum diplomniveau
- dokumenteret ledelseserfaring
- økonomisk indsigt

Forstanderen skal med faglighed og god ledelse gå foran og samle indsatsen, så Lindely kan fortsætte den igangsatte proces med at gøre Lindely til beboernes hjem, og at det er beboernes behov, der er styrende for hverdagens valg.

Se det fulde stillingsopslag på www.santklukas.dk

Løn- og ansættelsesforhold fastsættes i henhold til gældende overenskomst mellem den faglige organisation og Kommunernes Landsforening.

Lindely drives i henhold til driftsoverenskomst mellem Stiftelsen og Gentofte Kommune. Der tages derfor forbehold for Gentofte Kommunes godkendelse af den nye forstander.

Kontaktoplysninger

Du er velkommen til at kontakte konstitueret direktør Jørn Jensen på tlf. 3945 5218 vedrørende stillingen.

Deltidsarbejde i almen praksis

Sygeplejerske søges til moderne soloklinik på Østrebros. Klinikken er veludstyret, der er mange alsidige opgaver og mulighed for stor selvstændighed. Der er blandt andet velfungerende ambulatorium for diabetes, KOL og forebyggelse af CVD. Arbejdstid 22 t/u med mulighed for individuel tilpasning. Om onsdagen mellem kl. 16-18. Praksiserfaring en fordel.

Start den 1.6.2014. Den 1. måned arbejder du sammen med min nuværende sygeplejerske. Ansættelse i henhold til seneste overenskomst mellem PLA og DSR.

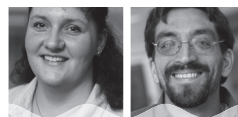
Se mere på www.drKovacs.dk



Halsnæs

Kommune

Natur og Udvikling



Sygeplejersker Hundested Plejecenter – Akutpladser/Midlertidig Døgngleje

Er du til akutsygepleje, vil du gerne være med til at præge udviklingen i hverdagen, kan du lide at gå hjem med en følelse af, at du har gjort dit arbejde tilfredsstillende.

Vi har brug for: 1 sygeplejerske til dagvagt 32-34 timer med vagt hver 3. weekend og sygeplejersker til aftenvagt 28 timer, og i forbindelse med åbning af 5 akutpladser, behov for flere sygeplejersker.

Kontakt områdeleder Angelica Pedersen på telefon 47 96 77 10 eller 29 42 93 65.

Ansøgningsfrist torsdag den 20. februar.

Læs mere og se flere ledige stillinger på www.halsnaes.dk

Redelighed
Helhed
Mulighed

Ansøgningen sendes online via [www.halsnaes.dk/ledige stillinger](http://www.halsnaes.dk/ledige_stillinger) eller til Halsnæs Kommune, Rådhuspladsen 1, 3300 Frederiksværk

Konsultations- sygeplejerske

til almen praksis søges pr. 1. marts eller snarest derefter

Til solopraksis i Tåstrup søges selvstændig og fagligt ambitiøs sygeplejerske 31 timer ugentligt til varetagelse af sekretær- og sygeplejeopgaver. Arbejdet består i telefonvisitation, receptfornyelse og sygeplejekonsultationer med fokus på forebyggelse og kronisk syge patienter. Der er mulighed for at præge arbejdets karakter, og oplæring, udvikling og efteruddannelse vil blive prioriteret. Praksis har læger i uddannelsesstillinger og huser også en psykolog. Praksis er beliggende i lyse, venlige lokaler to minutters gang fra stationen. Løn efter overenskomst mellem DSR og PLA. Hvis du har spørgsmål, er du velkommen til at kontakte undertegnede på 2072 3570. Der er ansøgningsfrist den 14.02.14.

Ansøgningen sendes til Læge Peter Lerche, Tåstrup Hovedgade 50, 2. tv. 2630 Tåstrup



www.ssh.fo

Suderø Sygehus & Suderø Alderdoms- & Plejehjem

Sygehuset søger sygeplejersker til ferieafløsning fra 1. maj til 30. september 2014 til vores: Almen med./kir. sengeafdeling – Operationsafdeling og Anæstesiafdelingen.

Nærmere oplysninger vedrørende stillingerne fås ved henvendelse til forstanderinden tlf. 00 298 34 33 00 lokal 3215.

Sygehuset og Plejehjemmet er to uafhængige institutioner, som har nogle fælles funktioner, som f.eks. køkken, vaskeri og fysioterapi.

Røjseudgifter til og fra arbejdsstederne refunderes. Møbleret lejlighed stilles til rådighed mod betaling efter gældende regler. Løn og arbejdsvilkår i henhold til overenskomst mellem Felagið Føroyiskir Sjúkrarøktarfrøðingar og Figjarmálaráðið.

Ansøgning med kopi af autorisationsbevis m.m. tilsendes inden 24. februar 2014 til:

Alderdoms- & Plejehjemmet søger sygeplejersker til ferieafløsning fra 1. juni til 31. august 2014 eller efter nærmere aftale. Hjemmet har to sengeafsnit på i alt 22 senge.

Nærmere oplysninger vedrørende stillingerne fås ved henvendelse til forstanderinden tlf. 00 298 34 33 10 lokal 3315.

Suderø Sygehus
att. Inspektøren
Sjúkrahúsbrekkan 19
FO-800 Tvøroyri
Færøerne
eller pr. mail til ssh@ssh.fo

Suderø Alderdoms- & Plejehjem
att. Inspektøren
Sjúkrahúsbrekkan 19
FO-800 Tvøroyri
Færøerne
eller pr. mail til ssh@ssh.fo

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

Politisk konsulent med internationalt udsyn

Brænder du for sygeplejerskernes politiske dagsorden - både nationalt og internationalt, og er du en god formidler? Har du lyst til at deltage i internationale fora indenfor sundhedsområdet og være med til at sikre at denne viden integreres i DSR?

Vi søger en konsulent, der kan arbejde strategisk, analytisk og med mange forskellige relationer. Du har gode engelsk kundskaber - både mundtligt og skriftligt, samt kendskab til internationale forhandlinger. Endvidere har du organisatorisk- og politisk tæft.

Du kan læse mere om stillingen og se det fulde opslag på www.dsr.dk/jobidsr

Yderligere oplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til HR- og sekretariatschef Jacqueline Uhrskov Christoffersen på telefon 4695 4012 eller Politisk chef Rasmus Conradsen på telefon 4695 4033.

ANSØGNINGSFRIST TORSDAG DEN 20. FEBRUAR 2014, KL. 12.00

Dansk Sygeplejeråd flytter grænser i organisation, fag og samfund. Vi er en partipolitisk uafhængig organisation, der varetager 73.000 sygeplejerskers interesse. Vi arbejder for at sygeplejersker aflønnes i forhold til professionens høje værdi for samfundet, for en professionel sygepleje af faglig høj kvalitet og deltager aktivt i den sundhedspolitiske debat. Læs mere om Dansk Sygeplejeråd på www.dsr.dk



Sygeplejerske

Hvis du har en bachelor i sygepleje og gerne vil arbejde med kvalitet i godt arbejdsmiljø, har vi et attraktivt aftenjob.

For at udvikle bedre sygeplejetilbud vil vi sætte vores sygeplejepraksis i et større perspektiv og du skal deltage i kvalitetsudviklingsprojekter. Aktuelt om kontinens, triagering, mental sundhed og terminal pleje.

Vi ønsker et højt fagligt niveau. Derfor skal du formidle din sygeplejeviden til de kolleger du arbejder sammen med og i vores sygeplejefaglige forum

Dine sundhedsfaglige kolleger vil tilkalde dig, når de har brug for din viden og assistance. Derudover vil der være beboere, hvor det er vurderet, at de skal tilses af dig. Her skal du udføre den konkrete sygepleje.

Jobbet er ledigt 1. marts 2014.

Vi tilbyder et job:

- i en ressourcestærk kommune med visioner for sygeplejen.
- interne undervisningstilbud for sygeplejersker, hvilket styrker det fælles sygeplejefaglige forum.
- på plejecenter Byageren.

Vores pædagogiske reference er:

- Motto: Leve livet – hele livet
- Respekt: Beboerne er herre i eget hus
- Samspil: Marte meo metoden
- Leve-bo-miljø: Mette Søndergaard
- Sygeplejefaglig reference: Det nære sundhedsvæsen

For yderligere oplysninger:

Afdelingsleder Susann Christophersen på telefon 46 11 38 59, www.byageren.rudersdal.dk

Ansøgningsfrist den 17. februar.

Vi afholder ansættelsessamtaler den 20. februar. Ansøgning mærket "Aftensygeplejerske" mailes til byageren@rudersdal.dk eller sendes til Plejecenter Byageren, Byageren 2, 2850 Nærum.

Se hele stillingsopslaget på www.rudersdal.dk





THISTED KOMMUNE

Ledende sundhedsplejerske

Sundhedsplejen i Thisted Kommune er en del af Børne- og Familierådgivningen og består af 16 kompetente og engagerede medarbejdere i et godt samarbejds miljø.

Til at lede Sundhedsplejen søger vi pr. 1. august 2014 en beslutningsstærk og engageret leder, der med humor, empati og tydelighed samler os om såvel sikker drift som faglig nytænkende udvikling.

Se hele annonce på www.thisted.dk/job

Konsultations- sygeplejerske søges

Ønsker du et godt arbejdsmiljø med mange kollegaer, faglige sparringspartnere og varierede arbejdsopgaver?

Vi er et kompagniskab med 6 praktiserende læger, 5 sygeplejersker og 3 uddannelseslæger. Vi søger en engageret konsultations sygeplejerske, gerne med praksiserfaring.

Timeantal ca. 25 timer ugentligt efter aftale. Løn- og ansættelsesvilkår ifølge gældende overenskomst.

Ansøgning sendes til Amagercentretslæger, Reberbanegade 3, 3 sal, 2300 København S.

Ansøgningsfrist mandag den 10. februar.

Net annoncer

Gå ind på www.dsr.dk/jobsoegning

Indtast Quick-nummeret, så kommer du direkte ind til netannoncen, hvor du kan læse meget mere om stillingen.

Netannoncer kan indtastes hele døgnet.

Quicknr. **Hovedstaden**
37035 AIDS-Fondet
Projektleder for hepatitis-indsats i Aids-Fondet
Ansøgningsfrist: 17. februar 2014

Quicknr. **Hovedstaden**
37042 Dorthe Mariehjemmet
Afdelingsleder
Ansøgningsfrist: 19. februar 2014

Quicknr. **Sjælland**
37036 Odsherred Kommune
Centersygeplejerske til Grevinge Plejecenter
Ansøgningsfrist: 20. februar 2014



Quicknr. **Syddanmark**
37049 Inventiv Health
Sygeplejersker til undervisning i hjertekar-sygdomme / koronar hjertesygdomme
Ansøgningsfrist: 28. februar 2014



Quicknr. **Midtjylland**
37052 VIA University College
Uddannelsesleder til Sygeplejerske-uddannelsen i Randers
Ansøgningsfrist: 19. februar 2014



Quicknr. **Udland**
37053 Hirslanden Gruppen
DIPL. PFLEGEFACHFRAU/-MANN 50-100%
Ansøgningsfrist: 22. februar 2014

Seniorsammenslutningens arrangementer

Medlemmer, der er fyldt 55 år, er velkomne til Seniorsammenslutningens arrangementer

Hovedstaden

Bispebjerg Hospital 100 år

Torsdag den 20. februar 2014 kl. 11.00 - 13.00 i Garnisons kirkens menighedshus, Skt. Annæ Plads 4, København K. Vi skal høre om Charlotte Munck og elevtiden før verden gik af lave. V/Christine Wolff, uddannet på BBH og sygeplejerske på hospitalet i en årrække. Arrangør: Senior sygeplejerskerne Kreds Hovedstaden Central. Tilmelding før den 17.02.2014 til: vi2@uppsalahuus.dk eller tlf.: 4050 3579

Seniorsygeplejerskerne i Kreds Hovedstaden Nord

Fysioterapeut og Akupunktør Trine Risum kommer og fortæller om emnet "Hvor blev energien af".

Tid og sted:

5. marts 2014 kl. 14:00 - 16:00
Rådhusstræde 29,
3400 Hillerød

Tilmelding:

Inden den 28.02.2014 på tlf. 2345 8507

Pris:

Kr. 30 for kaffe

Møde for seniorsygeplejersker i Kreds Hovedstaden Vest

Sygeplejerske Inge Fjordside fortæller om Livskvalitet til skæve eksistenser.

Tid og sted:

13. feb. 2014 kl. 14:00 - 16:00
DSR Kreds Hovedstaden,
Frederiksborggade 15, 4.,
1360 København K

Tilmelding:

Lisbeth Vendelbo,
tlf.: 3675 6483 eller Karen
Kjettrup, tlf.: 4717 7930, senest
den 11. februar 2014

Pris:

Kr. 20

Sjælland

Besøg på Campus Storstrøm Nykøbing F Sygeplejeuddannelsen

Vi starter med frokost, derefter vil Birte Ørskov, lektor i sygeplejerskeuddannelsen, medlem af Sygeplejeetisk Råd, fortælle om forslaget til nye sygeplejerske retningslinier samt om sygeplejeuddannelsen.

Tid og sted:

27. feb. 2014 kl. 12:30 - 16:00
Mødelokalet v. kantinen,
Bygning B, Bispegade 5,
4800 Nykøbing F.

Tilmelding:

På tlf. 5482 5684 eller tlf. 2042 5472 senest den 18.02.2014

Pris:

Gratis for medlemmer

Seniormøde om ældrerådets arbejde på Bornholm

Randy Korp og Vibeke Rivold vil fortælle om Ældrerådets arbejde. Begge er nylig genvalgte til endnu en periode i Ældrerådet.

Tid og sted:

27. feb. 2014 kl. 14:00 - 16:00
Kreds Hovedstaden, Bornholm,
Haslevej 50, 3700 Rønne

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

Senest den 26. februar til DSR på tlf. 4695 4917 eller Inge-Lise Hansen tlf. 5695 2910

Pris:

Kr. 25

Seniorsygeplejerskerne i Vestsjælland

Medlemsmøde med ledsager. Aut. klinisk diætist Lotte Nygaard fortæller om gig og kost. Der serveres kaffe og frugt.

Tid og sted:

27. feb. 2014 kl. 13:00 - 16:00
FOA's mødelokale,
Stenhusvej 35, 4300 Holbæk

Arrangør:

Seniorsygeplejerskerne i Vestsjælland

Tilmelding:

Senest den 19. februar 2014 til Ruth på tlf.: 5943 7716

Pris:

Kr. 25 for medlemmer og kr. 40 for ledsagere

Syddanmark

Seniorsammenslutningen Trekanten

Kom til spændende foredrag med Inger Marie Raunkier-Jensen, der er fængselspræst i Vejle arrest. Hun vil fortælle om præstens rolle overfor indsatte og deres pårørende, dette ud fra egne erfaringer.

Tid og sted:

26. feb. 2014 kl. 13:00 - 15:00
DSR, lokale Forligsen, Vejlevej 121, 7000 Fredericia

Tilmelding:

Senest 18.02.2014 til Kirsten, tlf.: 7583 2681 eller Elly, tlf.: 7583 2886

Pris:

Kr. 40 inkl. kaffe og brød

Yderligere info:

www.dsr.dk

Seniorsammenslutningen Esbjerg

Vi skal høre kredsformand John Christiansen fortælle om "Sygeplejen nu og i fremtiden, samarbejdet med seniorerne, samt deres tilhørsforhold til DSR".

Kirsten Thygesen vil fortælle om landssammenslutningens arbejde.

Tid og sted:

11. marts 2014 kl. 14:00 - 16:30
Sognehuset ved Vor Frelser Kirke, Kirkegade 24,
6700 Esbjerg

Tilmelding:

Senest mandag den 10.03.2014 kl. 12.00 til Elna Schousboe, tlf. 7511 6686 / 2334 0526, mail: elnaschousboe@bbsyd.dk eller Nina Jacobsen, tlf. 7513 2246 / 3032 4337

Pris:

Kr. 20 for kaffe

Yderligere info:

www.dsr.dk

Midtjylland

Seniorsammenslutningen Kreds Midtjylland, Århus afdeling

Kom og mød vores nye kredsformand.

Fremtiden i DSR, lokalt og nationalt, v/kredsformand Anja Laursen og kredschef Ann Dahy.

Tid og sted:

4. marts 2014 kl. 14:00 - 16:00
Klostercaféen, Klostergade 37,
8000 Århus C

Tilmelding:

Med navn og personnummer senest den 28. februar 2014 på telefon 2398 1009 eller 8619 1708

Pris:

Kr. 30 for kaffe og brød

DSR Meddelelse**Generalforsamling i FS for Geriatrike Sygeplejersker**

Der afholdes generalforsamling i FS for Geriatrike Sygeplejersker i forbindelse med konferencen på Comwell Kongebrogaarden, Kongebrovej 63, 5500 Middelfart den 12. marts 2014 kl. 15.30. Dagsorden kan ses på FS for Geriatrike sygeplejerskers hjemmeside. Forslag til generalforsamlingen skal være forinden i hænde senest 2 uger før generalforsamlingen.

50 års jubilæum Hold A-61 Sygeplejerskolen i Svendborg

Vi har jubilæum lørdag den 1. marts 2014. Skal vi mødes i Svendborg? Hvor det skal afholdes, kan bestemmes når vi ser, hvor mange tilmeldinger vi får. Kontakt: Kirsten Reby, mobil: 4197 2902 (kirstenreby@it.dk). Anna-Lise Brohave, tlf.: 6224 1923 (anna-liseoghans@brohave.com) Lisbeth Wiis Tønnesen, tlf.: 6440 3265 (wiis@privat.dk), senest den 15. februar 2014.

Generalforsamling i FaSA 24. marts 2014

Fagligt Selskab for Arbejdsmiljøsygeplejersker afholder generalforsamling den 24. marts 2014, kl. 17 - 19.30 i Arbejdstilsynet, Center Syd, Eltangvej 232, 6000 Kolding. Kandidater der ønsker at opstille til bestyrelsesvalg, bedes anmelde deres kandidatur til formand Lotte Falck på mail: Lotte.Falck@regionh.dk - inden den 10. marts 2014. Forslag til dagsorden sendes ligeledes til formanden inden den 10. marts 2014. Tilmelding: biv@at.dk Vi ses.

Temadag med Kari Martin- sen den 7. marts kl. 9.00-15.30

Når indtrykket skal udtrykkes. Hvordan bliver der plads til de bløde værdier i sygeplejen anno 2014? Samtalens og fortællingens kunst - et åbent evindensbegreb, som kan rumme blandt andet håb, smerte og lidelse. Sted: Diakonhøjskolen i Aarhus, Lyseng Allé 15, 8270 Højbjerg. Arrangør: Dansk Kristelig Sygeplejeforening. Nærmere information: www.dks-forum.dk eller via mail: dks.forum@gmail.com - mobil 4044 5768

Generalforsamling i Fagligt Selskab for Børnesygeplejersker

Der afholdes generalforsamling den 11. marts 2014 kl. 16.30 i Fagligt Selskab for Børnesygeplejersker. Se dagsorden på hjemmesiden. Har du punkter til dagsorden, bedes du sende dem til undertegnede inden den 1. marts 2014. Mødet afholdes på Kryb i Ly Kro, Kolding Landevej 160, 7000 Fredericia. Med venlig hilsen formand for Fagligt Selskab for Børnesygeplejersker, Lena Wittenhoff. Mailadr.: Lenaogh@mail.tele.dk

B80b Odense 30 års jubilæum

Vi fejrer vores 30 års jubilæum lørdag den 1. marts kl. 13 hos Kirsten Bolting, Snebærvænget 7, 5658 Ryslinge. Tilmelding til Kirsten på tlf.: 2097 3168 eller til Hanne på hamo@phmetro-pol.dk Vi ses. Mange hilsner fra Susanne, Kirsten og Hanne FM

Hold marts 1975 Vendsyssel Sygeplejerskole

Har du lyst til at møde gamle elevkammerater, så er det en mulighed den 5. april 2014 kl. 12.30 hos Birthe M., Neshøj 131, 9000 Aalborg. Tilmelding senest den 29.03.2014 til Birthe M: 2651 5967 eller til Birgitte R: 2929 4705.

Generalforsamling i FS for Dermatologiske Sygeplejersker

Der afholdes den årlige generalforsamling i forbindelse med landskurset, nærmere bestemt fredag den 21. marts 2014 kl. 17.15 - 18.15 på Trinity, Hotel og Conference Center, Gl. Færgevej 30, Snoghøj, Fredericia. Input til dagsorden skal sendes til hanne.faarup@viborg.rm.dk senest den 14.02.2014. Dagsorden vil herefter blive lagt på selskabets hjemmeside 4 uger før afholdelsen af generalforsamlingen.

Landskursus i Dermatologiske Sygeplejersker

FS for Det Faglige Selskab for Dermatologiske Sygeplejersker, FSDS, afholder i 2014 det årlige landskursus fredag den 21. marts 2014 til lørdag den 22. marts 2014 på Trinity, Hotel og Conference Center, Gl. Færgevej 30, Snoghøj, Fredericia. Der er registrering og kaffe fra kl. 9.15 og programstart kl. 9.45. Der er program og tilmelding på selskabets hjemmeside, www.dsr.dk/fs/fs17/Sider/For-side.aspx

DSR Fonde og legater**Ansøgningsfrister Stipendiefonden**

Ophold med start i maj 2014: Ansøgningsfrist 03.03.2014, bevillingsmøde 02.04.2014 Ophold med start i juni 2014: Ansøgningsfrist 01.04.2014, bevillingsmøde 07.05.2014 Ophold med start i juli/august 2014: Ansøgningsfrist 02.05.2014, bevillingsmøde 04.06.2014. Uddelingerne fra Stipendiefonden går til studieophold, kongresser m.v. i udlandet. Ansøgningsfrister, retningslinjer og ansøgningskema findes på www.dsr.dk/stipendiefonden

DSR Kredsmøde**Hovedstaden****Farmakologi**

For dig der trænger til en opdatering og repetition af den grundlæggende farmakologi.

Tid og sted:

25. feb. 2014 kl. 08:30 - 15:30 Kreds Hovedstaden, Frederiksborggade 15, 4. sal

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Sårbehandling

Oprisk din viden om sår.

Tid og sted:

21. feb. 2014 kl. 08:30 - 15:30 Kreds Hovedstaden, Frederiksborggade 15, 4. sal

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Videnscafé om KOL og palliation

Hvilke behov for lindrende pleje og behandling har borgere i et slutstadium af KOL? Det har Ingeborg Ilkjær, sygeplejerske, cand.mag, ph.d. undersøgt.

Tid og sted:

27. feb. 2014 kl. 16:30 - 19:30 Kreds Hovedstaden, Frederiksborggade 15, 4. sal

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Pris:

Gratis

Sjælland**Videnscafé - Mindfulness**

Du kan selv gøre meget for at få et bedre arbejdsmiljø og opleve større frihed i dine relationer. Ved arbejdspsykolog Johanne Andersen.

Tid og sted:

26. feb. 2014 kl. 17:00 - 19:30
Kreds Sjælland, Mødesal,
Nørregade 13, 4100 Ringsted

Arrangør:

Kreds Sjælland

Tilmelding:

www.dsr.dk/sjaelland
(under arrangementer)
senest den 19. februar 2014

Pris:

Gratis

Videnscafé - Temamøde for visitatorer

Håndtering af kollegernes forventninger.

På temadagen bliver der sat fokus på rollen som visitator i relation til samarbejde med egen faggruppe.

Ved Gitten Hammerberg (MPO)

Tid og sted:

11. marts 2014 kl. 12:00 - 16:00
Dansk Socialrådgiverforening,
Algade 43, 2. sal,
4000 Roskilde

Arrangør:

I samarbejde med Danske Fysioterapeuter og Ergoterapeutforeningen

Tilmelding:

www.eft.dk (i kalenderen under 11.03.2014) senest den 3. marts 2014

Pris:

Gratis

Videnscafé - Temamøde for visitatorer

Håndtering af kollegernes forventninger.

På temadagen bliver der sat fokus på rollen som visitator i relation til samarbejde med egen faggruppe.

Ved Gitten Hammerberg (MPO)

Tid og sted:

18. marts 2014 kl. 12:00 - 16:00
TAMU-Center Vordingborg,
Præstegårdsvej 18,
4760 Vordingborg

Arrangør:

Kreds Sjælland

Tilmelding:

www.dsr.dk/sjaelland
(under arrangementer)
senest den 3. marts 2014

Pris:

Gratis

Videnscafé - Kender du dine patienters og borgeres rettigheder

Kom og få indblik i patientvejledernes virksomhed, og få en drøftelse om de patientrettigheder, der opleves som udfordrende eller problemfyldte i den kliniske hverdag, v/ patientvejleder Lonni Fogh og Mette Lassen.

Tid og sted:

5. marts 2014 kl. 16:30 - 19:00
Nykøbing F. Sygehus - Persona-
lekantinen, Fjordvej 15,
4800 Nykøbing F.

Arrangør:

Kreds Sjælland

Tilmelding:

www.dsr.dk/sjaelland
(under arrangementer)
senest den 26. februar 2014

Pris:

Gratis

Videnscafé - Kender du dine patienters og borgeres rettigheder

Kom og få indblik i patientvejledernes virksomhed og få en drøftelse om de patientrettigheder, der opleves som udfordrende eller problemfyldte i den kliniske hverdag, v/patientvejleder Merete Rasmussen og Dorrit Verding.

Tid og sted:

12. marts 2014 kl. 16:30 - 19:00
Holbæk Vandrerhjem,
Ahlgade 1B, 4300 Holbæk

Arrangør:

Kreds Sjælland

Tilmelding:

www.dsr.dk/sjaelland
(under arrangementer)
senest den 5. marts 2014

Pris:

Gratis



SUNDHEDSFAGLIGT UDDANNEDE JOB RÅDGIVERE

DSA er med dig. Du kan bruge os, hvis du savner inspiration til at komme videre med karrieren eller står uden arbejde. Hver måned udbyder vi et antal karrierecoachingforløb, som du kan booke dig til. Du bliver vejledt af sundhedsfagligt uddannede jobkonsulenter, der kender dit fag og arbejdsmarked.

Vi sparrer også gerne med dig om din ansøgning, dit cv og din jobsamtale, så jobbet forhåbentlig bliver dit.

DSA er Danmarks billigste a-kasse. Læs mere om den service, vi tilbyder på dsa.dk. Du kan også være aktiv i debatten på [facebook.com/dehvidesko](https://www.facebook.com/dehvidesko)

DSA - for sundhedsprofessionelle

DANSKE
SUNDHEDSORGANISATIONERS
ARBEJDSLØSHEDSKASSE



Vi mangler sygeplejersker!

ActivCare®

Vikarer til hele sundhedssektoren

København tlf. 70 20 30 00

Roskilde tlf. 46 31 01 20

Aalborg tlf. 96 31 80 71

Aarhus tlf. 86 13 24 44

Odense tlf. 63 12 80 00

www.activcare.dk

FERIE PÅ MAL- LORCA - SE HER

Skøn penthouselejlighed udlejes. Plads til 4-6 prs. Dejlig udsigt til bjerge og hav fra tagterrassen. 1500 m til centrum og strand. Privat pool-område.

Kontakt:

adam@mallorca-dam.dk
Kig ind på vores hjemmeside: www.mallorca-dam.dk
Ring tlf. 2337 5393

Skallerup klit

Sommerhus med panorama havudsigt udlejes. 5 min. til strand og feriecenter.

6 sovepladser, køleskab, brændeovn og opvaske-maskine.

Pris 1.800-4.000 kr. pr. uge + forbrug. Enkelte dage 350 kr.

Bodil Pedersen,
tlf. 9899 8095
Se www.Midsommervej.dk

Priser for ferieannoncer

Alle annoncer skal indtastes via DSRs hjemmeside - login rekvireres hos Dansk Mediaforsyning, dsrrubrik@dmfnet.dk

Annoncerne må maksimalt indeholde 40 ord. Priserne er for medlemmer er kr. 650,- / ikke medlemmer kr. 995,- ekskl. moms.

Faktura fremsendes når bladet er udkommet.

Kobækstrand ved Skælskør

Sommerhus 2 minutters gang til fredelig badestrand med rent badevand, 7 sovepladser. Opvaske-maskine, brusebad, brændeovn og elvarme. Juni/juli/august 3.500 kr./ uge, øvrige uger 2.500 kr./ uge.

Depositum 1.000 kr., elafregning efter forbrug. Information: www.salud.dk
salud@mail.dk -
tlf.: 5782 2875

ITALIEN HOS HANNE

På hyggeligt familiehotel i Rimini ved Adriaterhavets skønne sandstrand fra kr. 200/pers. Nu også med 2 ferielejligheder.

Eller nær TOSCANA, 2 natur-skønne landhuse med pejsestue, køkken, 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
hanne@hotel-dalia.it

Andre Meddelelser

Her medtages meddelelser som ikke er i DSR regi og som ikke har kommerciel karakter. Annoncen må max. indeholde 40 ord. Pris pr. annonce kr. 975 ex. moms.

Venligst kontakt
Dansk Mediaforsyning
tlf. 7022 4088 eller
dsrrubrik@dmfnet.dk

Avoriaz - Skilejlighed

Velindrettet 2 værelses lejlighed til 4 personer med alle moderne bekvemmeligheder. Beliggende på Place Centrale med butikker, cafeer, restauranter, badeland. Byen er bilfri og terrænet ideelt for alle 'kategorier af skiløbere. Skiløb direkte fra hoveddøren. Kontakt 4013 0774 www.avoriaz401.dk

Læsø 2014

Sommerhus udlejes i alle helligdagsferier i foråret og i ugerne 24 - 34 (-uge 30). Skønt beliggende, hyggeligt og praktisk godt indrettet til 6 personer.

Pris pr. uge inkl. forbrug 3.000 kr.

Henvendelse til
mobil: 6013 7622 eller
mail: erlund@mail.dk

Lej hyggelig ferie- bolig på Nyord

Vores smukke stråttækte Nyordgård på øen Nyord ved Møn udlejes som feriebolig fra 3.000 kr./ uge. Gården ligger i en idyllisk landsby. Gården er nænsomt moderniseret og har 10 sengepladser (5 soveværelser).

Klik på www.nyordgaard.dk

Juelsminde/As Vig

Sommerhus v/ Juelsminde. 70m fra børnevenlig sandstrand, 6 sovepladser, brændeovn, opvaske-maskine m.m.

Pris fra 1.650,00 dkr./ uge + forbrug

Telf. 4056 1767



SPANIEN ALICANTE

Middelhavet
Torreviejas saltsøer
og klare luft.
190 m² feriehus
i 2 etager (Max 8 prs.)

+45 4077 7936

+45 2227 6936

WWW.CASALARSEN.DK

Sommerhus, Læsø

Ældre, enkelt, hyggeligt og velindrettet sommerhus udlejes. Ligger ugenært på en 20.000 m² dejlig naturgrund nær badestrand. Pris 2.450 kr./u. i højsæson og ellers 1.950 kr./u. Uge 28-31 er optaget.

Ring for brochure,
tlf. 2982 2400.

Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse



Grete Christensen
Formand



Anni Pilgaard
1.-næstformand



Dorte Steenberg
2.-næstformand



Irene Hesselberg
Formand for
Lederforeningen



**Mette Kästner
Jacobsen**
Formand for SLS

Kredsformænd



Vibeke Westh
Kreds Hovedstaden



Helle Dirksen
Kreds Sjælland



John Christensen
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 Alkærsg
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 Hyltdgaard

Hovedtelefonnummer: 7021 1664
Hovedfaxnummer: 7021 1665
Hjemmeside: www.dsr.dk/sjaelland
E-mail: sjælland@dsr.dk

Kontor

RingstedCentret
Nørregade 13
4100 Ringsted

Kontorets åbnings- og telefontider

Telefonåbent

Mandag	09.00 - 14.00
Tirsdag	13.00 - 16.00
Onsdag	09.00 - 14.00
Torsdag	13.00 - 16.00
Fredag	09.00 - 13.00

Fremmøde

Mandag	08.30 - 15.30
Tirsdag	08.30 - 15.30
Onsdag	08.30 - 15.30
Torsdag	12.00 - 16.00
Fredag	09.00 - 13.00

Kreds Syddanmark

Kredschef

Jan Villumsen

Hovedtelefonnummer: 7021 1668
Hjemmeside: www.dsr.dk/syddanmark
E-mail: syddanmark@dsr.dk

Kontor

Vejlevej 121, 2.
7000 Fredericia

Telefontider

Kl. 08.30 - 13.00 - mandag, tirsdag,
onsdag og fredag
Kl. 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

Stationsvej 8a
7500 Holstebro
Åbent efter forudgående aftale.

Mindegade 10
8000 Aarhus C
Åbent efter forudgående aftale.

Telefontider

Mandag - tirsdag kl. 10.00 - 15.00
Onsdag lukket
Torsdag kl. 10.00 - 15.00
Fredag kl. 10.00 - 13.00

Kreds Nordjylland

Kredschef

Iben Gravesen

Telefon: 4695 4850
Telefax: 9634 1426
Hjemmeside: www.dsr.dk/nordjylland
E-mail: nordjylland@dsr.dk

Kontor

Sofiendalsvej 3
9200 Aalborg SV

Kontorets åbningstider

Man - ons kl. 09.00 - 15.00
Torsdag kl. 13.00 - 16.00
Fredag kl. 09.00 - 12.00



Jobbe med
oss i Norge!
Husk sommerbonus
til alle i uke
26 - 34*

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.

Dedicare holder igjen åpent hus for sykepleiere som ønsker å jobbe i Norge. Vi vil være tilstede på Hotell Cabinn City, Mitchellsgade 14 i København, torsdag 27 februar kl 10–18 og fredag 28 februar kl 10–15.

Vi kan tilbyde jobb innen for alle sykehus og kommuner.

Kontakt oss snarest mulig!

Birgitte Simonsen, +47 21680293, birgitte.simonsen@dedicare.no

Registrere deg på www.dedicare.no/nurse

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

Vi bryr oss mer!

DEDICARE
Nurse