

Tillidsvalgt
Spring ud som
kollegial stemme



Faget i centrum
12. maj begynder
Sygeplejers År

SYGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING  NR. 8 • 23. APRIL 2011 • 111. ÅRGANG



**Skriverier
på Facebook
kostede jobbet**

Studerende i praksis
Mærk patientens
smerte på egen krop

Teori & Praksis
Lær om korrekt
brug af donorblod



Til type 2-diabetes

Klar



Parat



Start



PRODUKTRESUMÉ FINDES PÅ SIDE 6



**VICTOZA®
(LIRAGLUTID)**



– så enkelt er det!



**VICTOZA®
(LIRAGLUTID)**

ARJOHUNTLEIGH

GETINGE GROUP

SKIFT STILLING OG FIND ARBEJDSGLÆDEN



Der er nye stillinger på vej i sygehuse og plejehuse. For nøglen til at opnå færre sygedage og større trivsel ligger i mere hensigtsmæssige arbejdsstillinger. For eksempel med Carendo, en ergonomisk, multifunktionel hygiejnestol, der med ét slag gør det let at sørge for bad og hygiejne.

Personalet sparer kostbar tid og undgår besværlige rutiner, der kan give arbejds-

skader. Plejemodtageren bliver løftet op, så bad og hygiejne varetages på en værdig måde, der føles tryk og bekvem. Bedre arbejdsmiljø, reduceret tidsforbrug og færre sygedage går hånd i hånd med plejekvalitet.

*Der er både tid og penge at spare.
Lad os gennemgå dokumentationen
og stille en Carendo stol til rådighed.
Ring 49 13 84 86 for en aftale!*

...with people in mind

www.ArjoHuntleigh.com

KORT

9 Sygeplejerskers viden reducerer brug af donorblod

Sygeplejerskerne på Rigshospitalet er siden 2009 blevet undervist i brug af donorblod. Det har medvirket til, at flere afdelinger har mindsket deres forbrug med op mod 40 pct.

16 Kom hurtigt till Malmö, vi saknar dig!

Bare aflever dit CV og kom til en samtale. Det lyder utænkeligt for sygeplejerskerne i Danmark i dag, men i Sverige bliver der råbt over Øresund på flere hænder. En tirsdag i april trillede 80 ledige sygeplejersker derfor over broen til en potentiel svensk karriere.

TEMA OM FACEBOOK

18 Skriverier på Facebook kostede jobbet

For en sygeplejerske på Holbæk Sygehus blev et par kommentarer frem og tilbage med en kollega på Facebook startskuddet til et to år langt personligt mareridt, der kostede hende jobbet.

23 Tavshedspligt og loyalitet er oftest på spil

Som offentligt ansat med en profil på Facebook er der nogle typiske faldgruber at være opmærksom på.

BAGGRUND

28 På Job: Kortere ventetid i skadestuen og større arbejdsglæde

På skadestuen i Odense står sygeplejerskerne for at sortere i patienterne og selv behandle en stor del af dem, inden de sendes videre til lægerne. Det har forkortet ventetiden og forøget arbejdsglæden.

30 Som tillidsvalgt fortæller Pernille Bondo-Kozuch sygeplejerskernes historie

Sygeplejerske Pernille Bondo-Kozuch har som de fleste af sine kolleger travlt med arbejde, mand og børn. Alligevel har hun valgt også at tage tillidsrepræsentantkasketten på for at sikre, at hendes kolleger i Region Hovedstadens Psykiatri har ordentlige forhold.

32 Spring ud som kollegial stemme

Posten som tillidsrepræsentant giver mulighed for faglig og personlig udvikling og sparring på kryds og tværs af specialer.

NYT FRA DSR - DIN ORGANISATION

38 Leder: Velkommen til Sygeplejens År

Det er på tide at sætte professionel sygepleje højere på dagsordenen, og der er ikke nogen, der gør det for os. Arbejdet for bedre rammer og vilkår for sygeplejen starter hos os selv.

39 Faglig udvikling gør sygeplejersker glade

En ny rapport fra Dansk Sundhedsinstitut, DSI, peger entydigt på, at mulighederne for faglig udvikling er vigtige, hvis en arbejdsgiver vil have effektive og tilfredse sygeplejersker som medarbejdere.

44 12. maj lyder startskuddet til Sygeplejens År

En lang række faglige arrangementer bliver skudt i gang 12. maj og fortsætter i et helt år. Målet er at skabe faglig inspiration og samtidig fortælle omverdenen historier om sygeplejerskers bidrag til sundhedsvæsenets og velfærdsstatens udvikling.

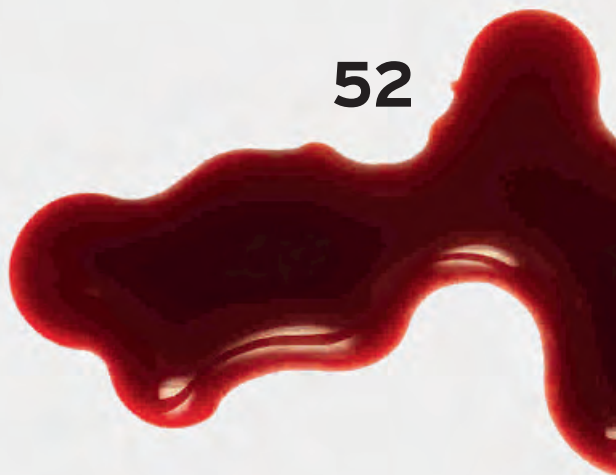
18



28



52



FAG

48 Faglig information

52 Store variationer i behandling med donorblod

Sygeplejersker har medansvar for behandlingsplaner med donorblod, derfor må de have forskningsbaseret viden om transfusionsbehandling. Det viser en mindre spørgeskemaundersøgelse fra Rigshospitalet.

58 TEORI & PRAKSIS:

Hvornår har patienten behov for blodtransfusion?

Danmark er det land i den vestlige verden, som transfunderer flest røde blodlegemer pr. 1.000 indbyggere. Samtidig taler aktuel evidens for, at mange patienter får unødvendige blodtransfusioner.

64 Nye fælles akutafdelinger kræver uddannelse og tværfaglighed

En fælles national uddannelse på akutområdet vil give et fagligt løft, fleksibilitet og mobilitet for sygeplejersker.

I HVERT NUMMER

- 10 Test din viden
- 12 Statistikken
- 13 Dilemma
- 14 Studerende i praksis
- 26 Anmeldelser
- 34 5 faglige minutter
- 35 Navne: Mig og mit job
- 36 Parentes
- 68 Stillingsannoncer
- 71 Kurser/møder/meddelelser
- 74 Kontakt

FORSIDEILLUSTRATION: DORTE NAOMI

www.sygeplejersken.dk

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



Min teenagedatter bekræfter mig med et glimt i øjet i, at jeg er for gammel til at være på Facebook, og du vil da også lede forgæves efter min profil på det populære sociale netmedie. Derfor er det alene, hvad hun selv fortæller, jeg får at vide om hendes liv. Og det er nok bedst sådan for begge parter.

Men selv om jeg ikke bliver informeret om stort og småt gennem Facebook, så har det alligevel chokeret mig, hvor meget jeg kan få at vide ved simpelthen at slå ørerne ud i de regionaltoget, som dagligt fragter mig til og fra arbejde. Jeg forventer ikke tavshed fra mine medpassagerer, og som regel forstår de allerfleste at samtale på en måde, så man nok kan følge indholdet, men på en måde, så det er umuligt at genkende navn på arbejdsplads eller personer involveret.

Dog har jeg overhørt samtaler om personalesager mellem to ansatte i samme ministerium, jeg har aflyttet diskussion om taktiske overvejelser, som en sælger fra et navngivet firma skulle bruge over for en køber i et ligeledes navngivet firma - og ja; der er mange sygeplejersker, som rejser i tog sammen, og som benytter lejligheden til at få "talt ud" om dagens eller gårsdagens oplevelser med patienter og kolleger. Og tro mig, det ville ikke tage mig lang tid at finde frem til navnet på arbejdspladsen - et eller andet sted er det ikke i orden, selv om de talte ord ikke som på Facebook bliver hængende.

Min værste oplevelse var dog en aften på vej hjem. Hun sad i siddegruppen på den anden side af gangen og havde gang i mobiltelefonen. Hun var, fandt jeg ud af, leder på et navngivet plejehjem, hvor der var problemer med nogle pårørende, og efternavnet på beboeren til de problematiske pårørende blev nævnt flere gange - og det var ikke et Hansen, Jensen eller Olsen-navn. Forståeligt, at hun havde brug for at tale ud om situationen, men fuldstændig uacceptabelt ud fra reglerne om tavshedspligt.

God læselyst til bl.a. artiklerne om faldgruberne på Facebook i dette nummer af *Sygeplejersken*.

Redaktionschef
Henrik Boesen



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

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

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

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

Journalist
Julie Winther Bengtson
jwb@dsr.dk
Tlf.: 4695 4119

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

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

Sygeplejersken Fag
Fagredaktør
Jette Bagh
jbagh@dsr.dk
Tlf.: 4695 4187

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

Tryk
ColorPrint

Annoncer
Dansk Mediaforsyning
Klamsagervej 25, 1.
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 tidsskriftet.

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

Chefredaktøren er ansvarlig for bladets indhold.

Chefkonsulent
Bente Sivertsen
bes@dsr.dk
Tlf.: 4695 4016

Art Director
Tone Thoresen
tth@dsr.dk
Tlf.: 2512 2160

Layouter
Anita Brogaard
anb@dsr.dk
4695 4283

Sekretær
Kurser, møder,
meddelelser

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

Distribueret oplag
1. januar - 30. juni 2010:
73.367 ekspl.
Medlem af Dansk
Fagpresse

Årsabonnement:
1.100,00 kr. + moms

Løssalg:
50,00 kr. + moms

Kontakt
Dansk Mediaforsyning
på dsravn@dmfnet.dk

Ændring af medlems-
oplysninger:
Kontakt Medlemsregi-
steret • Tlf. 3315 1555
medlemsregisteret@dsr.dk

Sygeplejerskers viden reducerer brug af donorblod

AF MILLE DREYER-KRAMSHØJ, JOURNALIST

Sygeplejerskerne på Rigshospitalet er siden 2009 blevet undervist i brug af donorblod. Det har medvirket til, at flere afdelinger har mindsket deres forbrug med op mod 40 pct.

Kvaliteten af behandlingen er blevet bedre, og sygeplejerskernes kompetencer er blevet løftet.

Det er nogle af resultaterne af et tværfagligt samarbejde på Rigshospitalet, hvor både sygeplejersker og læger nu får tilbudt undervisning i samme viden om brug af donorblod til patienterne.

"Vi har reduceret forbruget af blod med op imod 40 pct. Tidligere har man været bange for at fjerne behandling med donorblod fra især meget svage patienter, men det ved vi nu, der ikke er grund til. Ved hjælp af evidensbaseret undervisning er det lykkedes at rykke meget til gavn for både patienter og personale," fortæller sygeplejerske og cand. scient.san. Jens Seeberg, der er blodmanager i Blodbanken på hospitalet.

Kan bryde gamle vaner

I Danmark har nyere undersøgelser vist, at der bruges alt for meget blod til patienter, som ikke har behov for det. Det kan skyldes manglende opdatering af viden på området, siger Jens Seeberg, som har været med til at udvikle undersøgelserne.

"På papiret er det lægerne, der ordinerer. I praksis har sygeplejerskerne meget stor indflydelse på patienternes behandlingsfor-

løb, og lægerne har tillid til deres kompetencer. Men sygeplejerskerne får ikke nødvendigvis samme viden som lægerne, som har en stærkere tradition for at opdatere sig på den seneste evidens. Derfor kan det ske, at sygeplejerskerne kommer til at arbejde ud fra gammel viden og vaner," siger han og understreger, at det er vigtigt, at sygeplejerskerne har viden på samme faglige niveau som lægerne.

Siden 2009 har Jens Seeberg i samarbejde med en læge på Rigshospitalet arrangeret tværfaglige undervisningsforløb af begge faggrupper.

"Ud over et meget lavere forbrug af donorblod oplever vi også, at personalet er positive og trygge ved det, og at noget tyder på, at patienterne har det bedre," siger Jens Seeberg, der håber, at projektet i løbet af foråret vil blive udbredt til hele Region Hovedstaden.

Læs mere i dette nummer om sygeplejerske og blodmanager Jens Seebergs resultater i de faglige artikler "Store variationer i behandling af donorblod", side 52 og "Hvornår har patienten behov for donorblod?" side 57.



ARKIVFOTO: ISTOCK



Der kan være konsekvenser ved at skrive om sin arbejdsplads på Facebook. Læs artiklen side 10 og temaet side 18.

Patientmøder har reduceret klager

Hvis noget går galt under hofte- eller knæoperationen, får patienterne på ortopædkirurgisk afdeling på Frederiksberg Hospital med det samme en uforbeholden undskyldning. Og lægerne får direkte og klar besked om, hvordan de kan forbedre indsatsen. Det har fået antallet af patientklager til at styrtdykke, skriver Berlingske Tidende den 11. april 2011.

I det seneste års tid har afdelingen som led i et pilotprojekt afholdt debriefingsmøder med patienterne et par uger efter deres operation, hvor læger og sygeplejersker møder patienten ansigt til ansigt.

"Vi fanger en masse ting her, som vi ellers i mange tilfælde ikke ville have hørt om. Vi får rettet procedurer, som er u hensigtsmæssige, og det går dejligt hurtigt i forhold til de langstrakte forløb med patientklager. Det er oplagt, at flere af tilfældene kunne være endt i en klagesag, hvis utilfredsheden havde fået lov at ligge og ulme. Nu får folk en undskyldning for åbent tæppe, når noget er gået galt," siger Arne Borgwardt, ledende overlæge på ortopædkirurgisk afdeling.

(sbk)



ARKIVFOTO: ALEX TRAN

Telemedicin er et oplagt forskningsfelt

Danmark er meget langt med telemedicin, som især kommer borgere med en eller flere kroniske sygdomme til gavn. Men der er brug for at få et overblik over de mange spredte projekter og få indsatserne koordineret. Det var nogle af konklusionerne på en stor konference om telemedicin på Christiansborg den 11. marts 2011, som bl.a. sundhedsminister Bertel Haarder (V) og næstformand i Dansk Sygeplejeråd Dorte Steenberg deltog i sammen med sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle. Konferencen blev fulgt op af et tilsvarende arrangement på Aalborg Universitet den 18. marts 2011, som bl.a. konkluderede, at telemedicin er et oplagt udviklings- og forskningsfelt for sygeplejersker. Læs mere om de to konferencer på www.dsr.dk > Skriv "telemedicin" i søgefelt øverst til højre.

(cso)

Victoza® (liraglutid) 6mg/ml Forkortet Produktresumé

Lægemiddelform: Klar, farveløs, isotonisk injektionsvæske, opløsning, i en fyldt pen. **Indikation:** Victoza® er indiceret til behandling af voksne med type 2-diabetes mellitus med det formål at opnå glykæmisk kontrol i kombination med orale antidiabetika. **Dosering og indgivelsesmåde:** Victoza® er en Human GLP-1-analog (glucagon-lignende peptid 1), der anvendes i kombination med orale antidiabetika for at opnå glykæmisk kontrol. For at forbedre den gastro-intestinale tolerance er startdosis 0,6 mg liraglutid dagligt. Efter mindst én uge skal dosis øges til 1,2 mg. Det forventes, at nogle patienter kan have gavn af en dosisøgning fra 1,2 mg til 1,8 mg, og baseret på det kliniske respons kan dosis efter mindst én uge øges til 1,8 mg for yderligere at forbedre den glykæmiske kontrol. Daglige doser på over 1,8 mg anbefales ikke. Victoza® kan anvendes som supplement til en eksisterende metforminbehandling eller til en kombineret metformin- og thiazolidinedionbehandling. Dosis af metformin og thiazolidinedion kan fortsætte uændret. Victoza® kan anvendes som supplement til en eksisterende sulfonylurinstofbehandling eller til en kombineret metformin- og sulfonylurinstofbehandling. Når Victoza® anvendes som supplement til sulfonylurinstofbehandling, skal det overvejes at reducere dosis af sulfonylurinstof for at mindske risikoen for hypoglykæmi. Selv-monitorering af glucose i blodet er ikke nødvendig for at justere patientens dosis af Victoza®. Dog kan selv-monitorering af glucose i blodet ved behandlingsstart med Victoza® i kombination med sulfonylurinstof være nødvendig for at justere sulfonylurinstofdosis. **Ældre (> 65 år):** Dosisjustering, baseret på alder, er ikke nødvendig. Erfaring med behandling af patienter ≥ 75 år er begrænset. **Nedsat nyrefunktion:** Dosisjustering er ikke nødvendig hos patienter med let nedsat nyrefunktion (kreatininclearance ≤ 60-90 ml/min). Der er meget begrænset terapeutisk erfaring hos patienter med moderat nedsat nyrefunktion (kreatininclearance på 30-59 ml/min), og ingen terapeutisk erfaring hos patienter med svært nedsat nyrefunktion (kreatininclearance under 30 ml/min). Victoza® kan i øjeblikket ikke anbefales til patienter med moderat og svært nedsat nyrefunktion, inklusive patienter med terminal nyreinsufficiens. **Nedsat leverfunktion:** Den terapeutiske erfaring fra patienter med alle grader af nedsat leverfunktion, er i øjeblikket for begrænset til at kunne anbefales til brug af patienter med let, moderat eller svært nedsat leverfunktion. **Pædiatrisk patientgruppe:** Victoza® anbefales ikke til børn under 18 år på grund af manglende data omkring sikkerhed og virkningsevne. **Administrationsmåde:** Victoza® må ikke administreres intravenøst eller intramuskulært. Victoza® administreres én gang dagligt på et vilkårligt tidspunkt, der er uafhængigt af måltider, og kan injiceres subkutan i maven, i låret eller i overarmen. Injektionssted og -tidspunkt kan ændres uden dosisjustering. Det er dog at foretrække, at Victoza® injiceres på omtrent samme tidspunkt hver dag, når det bedst egnede tidspunkt er valgt. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler:** Victoza® må ikke anvendes til patienter med type 1- diabetes mellitus eller til behandling af diabetisk ketoacidose. Der er begrænset erfaring med behandling af patienter med kongestiv hjerteinsufficiens i NYHA (New York Heart Association)-klasse I-II. Der er ingen erfaring med behandling af patienter med kongestiv hjerteinsufficiens i NYHA-klasse III-IV. Der er begrænset erfaring med behandling af patienter med inflammatorisk tarmsygdom og diabetisk gastroparese, og Victoza® anbefales derfor ikke til disse patienter. Brug af Victoza® er forbundet med forbigående gastrointestinale bivirkninger, herunder kvalme, opkastning og diarré. Brug af andre GLP-1-analoger er blevet associeret med risikoen for pankreatitis. Der er rapporteret om få tilfælde af akut pankreatitis. Patienterne skal informeres om de karakteristiske symptomer på akut pankreatitis: vedvarende, kraftige abdominalsmerter. Hvis der er mistanke om pankreatitis, skal Victoza® og andre potentielt mistænkte lægemidler seponeres. Thyroidea-relaterede bivirkninger, herunder øget blodcalcitonin, struma og thyroidea adenom er blevet rapporteret i kliniske studier, særligt hos patienter med allerede eksisterende thyroideasygdom. Patienter, der får Victoza® i kombination med sulfonylurinstof, kan have øget risiko for hypoglykæmi. Risikoen for hypoglykæmi kan mindskes ved at reducere patientens dosis af sulfonylurinstof. Hos patienter, behandlet med Victoza, er tegn og symptomer på dehydrering, inklusiv ændring i nyrefunktionen, blevet indrapporteret. Patienter, der behandles med Victoza, skal informeres om den potentielle risiko for dehydrering i relation til bivirkninger fra mave-tarm-kanalen og tage forholdsregler for at undgå væskemangel. **Interaktioner:** In vitro har liraglutid udvist meget lavt potentiale for involvering i farmakokinetisk interaktion med andre aktive stoffer relateret til cytochrom P450 og plasma-proteinbinding. Den mindre forskning af ventrikeltømmingen, liraglutid forårsager, kan påvirke absorptionen af samtidigt oralt indgivne lægemidler. Interaktionsundersøgelser har ikke påvist nogen klinisk relevant forskning af absorptionen. **Paracetamol:** Dosisjustering ved samtidig brug af paracetamol er ikke nødvendig. **Atorvastatin:** Juste-

ring af atorvastatindosis er ikke nødvendig ved administration sammen med liraglutid. **Griseofulvin:** Dosisjustering for griseofulvin og andre forbindelser med lav opløselighed og høj permeabilitet er ikke nødvendig. **Lisinopril og digoxin:** Dosisjustering for lisinopril eller digoxin er ikke nødvendig. **Oral kontraception:** Der var ingen klinisk relevant virkning på den overordnede eksponering for hverken ethinyløstradiol eller levonorgestrel. Det forventes derfor ikke, at kontraceptionsmidlernes virkning påvirkes ved samtidig administration med liraglutid. **Warfarin:** Der er ikke udført interaktionsundersøgelser. En klinisk relevant interaktion med aktive stoffer med lav opløselighed eller snævert terapeutisk indeks, f.eks. warfarin, kan ikke udelukkes. Ved initiering af behandling med liraglutid hos patienter i behandling med warfarin anbefales mere hyppig overvågning af INR (International Normalised Ratio). **Insulin:** Kombination af liraglutid og insulin er ikke blevet vurderet og anbefales derfor ikke. **Graviditet og amning:** **Graviditet:** Data for anvendelse af Victoza® til gravide er utilstrækkelige. Dyreforsøg har påvist reproduktionstoksicitet. Den potentielle risiko for mennesker er ukendt. Victoza® må ikke anvendes under graviditet, og det anbefales at anvende insulin i stedet. Hvis en patient ønsker at blive gravid, eller der konstateres graviditet, bør Victoza® seponeres. **Amning:** Det vides ikke, om liraglutid udskilles i modermælken. Dyreforsøg har påvist, at liraglutid og metabolitter, der er nært strukturelt beslægtede, kun i ringe omfang udskilles i modermælken. Ikke-kliniske undersøgelser har påvist en behandlingsrelateret reduktion af neonatal vækst hos diende rotteunger. På grund af den manglende erfaring må Victoza® ikke anvendes under amning. **Virkning på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner:** Der er ikke foretaget undersøgelser af virkningen på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner. Patienterne bør rådes til at udvise forsigtighed for at undgå hypoglykæmi, mens de fører motorkøretøj eller betjener maskiner, særligt hvis Victoza® anvendes i kombination med sulfonylurinstof. **Bivirkninger:** **Infektioner og parasitære sygdomme:** Nasofaryngitis, bronchitis. **Metabolisme og ernæring:** Hypoglykæmi, anoreksi, nedsat appetit. **Nervesystemet:** Hovedpine, svimmelhed. **Mave-tarm-kanalen:** Kvalme, diarré, opkastning, dyspepsi, smerter i øvre abdomen, konstipation, gastrit, flatulens, abdominal distension, gastroesophageal refluksygdom, abdominalt ubehag, tandsmerter, viral gastroenteritis. **Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet:** Der er rapporteret om reaktioner på injektionsstedet. Reaktionerne var i reglen milde og førte ikke til seponering af Victoza®. Træthed, pyreksi (feber). **Hypoglykæmi:** Der blev ikke observeret episoder af svær hypoglykæmi i studiet med Victoza® som monoterapi. Svær hypoglykæmi er ikke almindelig og er primært observeret, når Victoza® kombineres med sulfonylurinstof. Der blev observeret meget få med administration af Victoza® i kombination med andre orale antidiabetika end sulfonylurinstoffer. **Pankreatitis:** Der er rapporteret om få (< 0,2 %) tilfælde af akut pankreatitis under de langvarige kliniske studier med Victoza®. **Thyroidea-relaterede bivirkninger:** Hos patienter behandlet med liraglutid er thyroidea adenom, øget calcitonin i blodet og struma de mest hyppige thyroidea-relaterede bivirkninger. **Immunogenicitet:** Patienterne kan udvikle antiliraglutid-antistoffer efter behandling med Victoza®, hvilket er konsistent med de potentielt immunogene egenskaber ved lægemidler indeholdende proteiner eller peptider. Dannelse af antistoffer er ikke blevet forbundet med nedsat virkning af Victoza®. Der er rapporteret få tilfælde af angioødem. **Overdosering:** I et klinisk studie af Victoza® fik én patient med type 2-diabetes en enkelt overdosis på 17,4 mg subkutan (10 gange den maksimale anbefalede dosis på 1,8 mg). Virkningerne af denne overdosis inkluderede svær kvalme og opkastning, men ikke hypoglykæmi. Patienten restituerede uden komplikationer. I tilfælde af overdosis bør der initieres passende understøttende behandling baseret på patientens kliniske tegn og symptomer. **Opbevaring og holdbarhed:** Opbevares i 30 måneder i køleskab (2°C - 8°C), ikke for tæt på køleelementerne. Må ikke fryses. Efter ibrugtagning: Opbevares under 30°C eller opbevares i køleskab (2°C - 8°C) i maksimum 1 måned. Opbevar pennen med penhætten påsat for at beskytte mod lys, når den ikke er i brug. **Udlevering:** Receptpligtigt lægemiddel. Lægemidlet er generelt tilskudsberettiget. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Novo Nordisk A/S. **Pakninger og priser (inkl. moms):** Hver pen indeholder 3 ml injektionsvæske, opløsning, der giver 30 doser på 0,6 mg, 15 doser på 1,2 mg eller 10 doser på 1,8 mg. Victoza® 2 x 3 ml Pris 1008,70 kr. Dato April 2011. Aktuelle priser findes på www.medicinpriser.dk **Læs altid indlægssedlen omhyggeligt inden produktet tages i brug. Den fuldstændige produktinformation kan vederlagsfrit fås ved henvendelse til Novo Nordisk Scandinavia, telefon +45 80 200 240. Besøg også www.novonordisk.dk**



Tre sygeplejersker, Katrine Harrekilde, Birgit Andersen og Omong Mortensen var mødt op hos WHO i København for at høre om resistente bakterier, som er en snigende sundhedstrussel.

WHO til kamp mod multiresistente bakterier

Katrine Harrekilde, Birgit Andersen og Omong Mortensen var nogle af de sygeplejersker, der var mødt op hos Verdenssundhedsorganisationen, WHO, i København for at høre det sidste nye om multiresistente bakterier. I anledning af World Health Day 7. april var WHO vært for et seminar, der handlede om kampen for at have effektive antibiotikabehandlinger i fremtiden. Specielt Syd- og Østeuropa har store problemer med de resistente bakterier, og det skyldes især brugen af bredspektret antibiotika, som er meget anvendt i Sydeuropa. Birgit Andersen og Omong Andersen, sår-sygeplejersker, og Katrine Harrekilde, sygeplejefaglig konsulent, arbejder i et tværgående team i Køge Kommune og skal til august stå for at undervise hele kommunens plejepersonale i hygiejne. Katrine Harrekilde bed særligt mærke i en pointe om rollemodeller: "De gør, som vi gør, og ikke, som vi siger," citerede hun en af eksperterne, sygeplejerske Jette Holt fra Statens Serum Institut. Læs mere på www.dsr.dk ved at søge artiklen med samme titel som denne.

(kfe)

Drik mindre og undgå kræft

Der er grund til at holde sig til de anbefalede genstandsgrænser. En stor europæisk undersøgelse viser nemlig, at ca. 10 pct. af alle kræfttilfælde blandt mænd og omkring 3 pct. blandt kvinder skyldes alkohol. Det skriver British Medical Journal. Undersøgelsen er foretaget blandt 365.000 personer fra otte europæiske lande, heriblandt Danmark, som har et af de højeste alkoholforbrug i verden. Resultaterne viste bl.a., at hoved-hals-kræft er mest følsom over for alkohol. Overlæge og afdelingsleder fra Kræftens Bekæmpelse Anne Tjønneland er medforfatter til undersøgelsen, og på baggrund af resultaterne anbefaler hun, at man holder sig til eller under genstandsgrænserne, som er to genstande om dagen for mænd og én for kvinder.

(jwb)

Kilde: Kræftens Bekæmpelse.

Svensk milliardatsning på patientsikkerhed

Den svenske regering har afsat 2,4 mia. kr. til patientsikkerhed over de næste fire år efter en model, hvor de kommuner og landsting, der gør en særlig indsats, vil blive belønnet. Det endelige mål for satsningen er at afskaffe utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet ved udgangen af 2014. Læs mere på www.patientsikkerhed.dk

Bøder til solarier for unge

En ny lovgivning og store bøder skal forhindre, at unge englændere pådrager sig skader i solarier, der kan give hudkræft. Fremover kan solcentre, som lukker unge under 18 år ind i varmen, se frem til en bøde på 20.000 GBP (ca. 170.000 kr.). For nylig viste en opgørelse fra Cancer Research UK, at flere end to personer under 35 år dagligt bliver diagnosticeret med den farligste form for hudkræft.

Kilde: BBC News.

Stort udbrud af mæslinger

Flere steder i Europa advares forældre mod at tage deres børn med på påskeferie, hvis ikke de er vaccineret mod mæslinger. Det skyldes, at der har været udsædvanligt mange udbrud af sygdommen i bl.a. Frankrig, Tyskland, Italien og Bulgarien. Alene i år er 4.000 personer blevet diagnosticeret med mæslinger i Frankrig.

Kilde: The Telegraph.

Fokus på tidlig opsporing af mænds sygdom

Men's Health Week, der hvert år afvikles i uge 24, 13.-19. juni, har i år arbejdstitlen "Tidlig opsporing". Fokus er på indsatser, som kan påvirke mænd til at ændre adfærd i retning af mere forebyggelse og opmærksomhed på tidlige tegn i forhold til både fysiske og psykiske sygdomme. Temaet er meget bredt og rummer mange aktiviteter lokalt såvel som regionalt og nationalt. Dansk Sygeplejeråd støtter ugen og opfordrer sygeplejersker til at bruge materialet fra Men's Health Week i deres arbejde. Læs mere på: www.sundmand.dk

Facebook-afgørelse vigtig i for sygeplejerskers ytringsfrihed

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST

Sygeplejersker må gerne diskutere fag og arbejde på f.eks. Facebook, så længe diskussionen ikke indeholder informationer om personer. Det viser afgørelsen af en konkret sag i Region Sjælland.

Et afskedigelsesnævn har netop afgjort, at det ikke var brud på tavshedspligten, da en sygeplejerske bl.a. skrev om travlhed og en navngiven undersøgelse på sin Facebook-profil (læs mere om sagen og sociale medier på side 18-25).

Afgørelsen betyder naturligvis meget for sygeplejersken, men den er også vigtig i forhold til offentligt ansattes ytringsfrihed, mener Helle Dirksen, kredsformand i Dansk Sygeplejeråds Kreds Sjælland.

"Den tavshedspligt, sygeplejersker skal

Kursus i ytringsfrihed

FTF, som er hovedorganisationen for 450.000 offentligt og privatansatte, vil i løbet af foråret afholde en række kurser for tillidsfolk i ytringsfrihed. En undersøgelse har nemlig vist, at kun 14 pct. af medlemmerne ved, hvornår og hvordan de må ytre sig om kritisable forhold på arbejdspladsen, og det er ifølge FTF's formand Bente Sorgenfrey et foruroligende lavt tal, især i disse år, hvor sparekniven bliver brugt flittigt.

Læs mere på www.ftf.dk

udvise i forbindelse med deres arbejde, betyder ikke, at ytringsfriheden sættes ud af spil, tværtimod. De må gerne diskutere fag og arbejde på f.eks. Facebook, så længe diskussionerne ikke indeholder personhenførbare informationer," siger Helle Dirksen, som har fulgt afskedigelsessagen tæt og bl.a. sad med i afskedigelsesnævnet.

Herhjemme har 2,6 mio. danskere oprettet en Facebook-profil, som de i gennemsnit bruger otte-ni timer på hver måned. Det er derfor kun naturligt, at bl.a. også sygeplejersker bruger Facebook til at netværke, især i tider som nu, hvor besparelser og nedskæringer rammer mange arbejdspladser, mener Helle Dirksen.

"Sygeplejerskerne har stadig behov for at diskutere fag og arbejde med kol-

TEST DIN VIDEN

Temaet er mænds sundhed, test dig selv eller en kollega

Mænd lever i kortere tid end kvinder, og de har overdødelighed af næsten alle sygdomme. 13.-19. juni 2011 er det mændenes internationale sundhedsuge "Men's Health Week". Ved du, hvor galt det står til med det "svage" køn?

1. Hvor mange år lever mænd kortere end kvinder?

- Ca. 5 år.
- Ca. 9 år.

2. Mænd opsøger sjældnere deres egen læge end kvinder, men hvor meget sjældnere?

- 30 pct. sjældnere end kvinder.
- 70 pct. sjældnere end kvinder.

3. Mænd har større dødelighed af kræft end kvinder, hvor meget større?

- 10 pct. større risiko.
- 40 pct. større risiko.

4. Af de personer, som i 2005 døde af hjerte-kar-sygdom, var 4.071 endnu ikke fyldt 75 år. Hvor mange af dem var mænd?

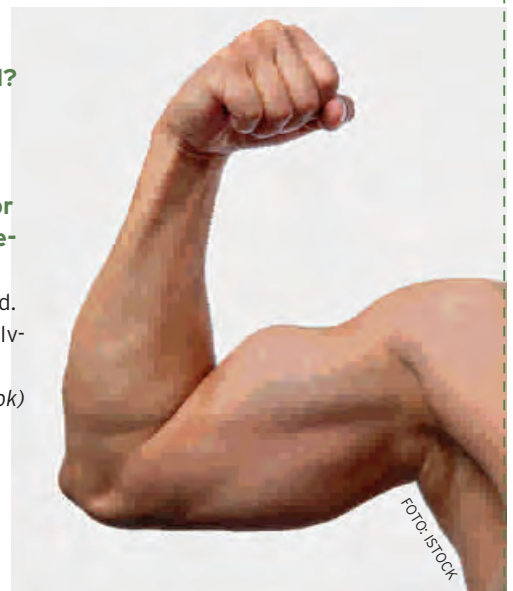
- 67 pct.
- 89 pct.

5. Mænd har større hyppighed for selvmord end kvinder, hvor meget hyppigere?

- Dobbelt så mange begår selvmord.
- Tre gange så mange begår selvmord.

(sbk)

Se svarene side 49



Kilde: Selskab for Mænds Sundhed. www.sundmand.dk



Sygeplejersker må gerne diskutere fag og arbejde på f.eks. Facebook, så længe diskussionerne ikke indeholder informationer om personer, det viser et netop afgjort sag.

legerne, men rummet til at gøre det i arbejdstiden er der ikke længere på samme måde. En del af de diskussioner rykker derfor ind i de sociale medier," siger Helle Dirksen og uddyber:

"Når systemerne eller planlægningen slår fejl, er de første, det går ud over, patienterne. Og sundhedspersonalet er de første, der opdager det, og det har de pligt til at ytre sig om. Med udviklingen af flere virtuelle sociale rum som Twitter og Facebook skal sygeplejersker også her

kunne udveksle erfaringer og drøfte faget i almindelighed uden at risikere afskedigelse," mener Helle Dirksen.

Hun understreger dog, at sygeplejerskerne også skal ytre sig gennem andre kanaler.

"Sygeplejerskerne skal selvfølgelig gøre deres arbejdsplads opmærksom på evt. kritisable forhold ved at rejse dem over for ledelsen, i MED-udvalget eller andre relevante steder," siger Helle Dirksen.

Deltag i konkurrencen Opfinderprisen

De første indstillinger er begyndt at strømme ind til konkurrencen Opfinderprisen, som alle medlemmer af Dansk Sygeplejeråd er inviteret til at deltage i.

Startskuddet til konkurrencen lød 31. januar, og den løber indtil 30. juni 2011. Indsendte idéer eller opfindelser kan omfatte fysiske redskaber, måden arbejdet er organiseret eller ledet på, nye pædagogiske metoder eller en ny måde at bruge viden på. Vinderen, som belønnes med 10.000 kr., kåres af en jury. 2.- og 3.-pladsen belønnes hver med 5.000 kr. og kåres af læserne.

Hvis du eller I har en opfinder i maven - eller vil indstille en leder eller kollega til Opfinderprisen - så er det tid. Send din indstilling til mailadressen: opfinderprisen@dsr.dk Regler og deltagervejledning findes på www.dsr.dk/opfinderprisen.

NYE NÆJESTE SYGELEJE
OPFINDERPRISEN

” Det har været hårdt, men alligevel står vi nu med rekordlave ventetider. Det er utrolig godt gået af de ansatte på sygehusene.

Formand for Danske Regioner, Bent Hansen (S), til Ritzaus Bureau den 13. april 2011.

Flere patienter anmelder skader

Antallet af patienter, som mener, de er kommet til skade i forbindelse med en behandling, stiger fortsat. I 2010 tildelte Patientforsikringen over 660 mio. kr. i erstatning (ekskl. lægemiddelskader), hvilket er en stigning på 17 pct. i forhold til 2009. I samme periode er antallet af anmeldelser steget med 19 pct., hvilket er væsentligt flere end forventet. Det skriver Patientforsikringen i sit seneste nyhedsbrev. Det skyldes øget aktivitetsniveau i sundhedsvæsenet - jo flere patienter, der behandles, jo flere potentielle erstatningsberettigede skader vil der alt andet lige ske. Antallet er også påvirket af, hvad medierne skriver, og endelig er sundhedspersonalet selv blevet bedre til at informere patienterne om deres rettigheder.

(CSO)



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

Ring og bestil demonstration eller prøver på 86 21 08 00

Gratis heroin betyder mindre kriminalitet

Helbredet bliver bedre, og kriminaliteten falder blandt de misbrugere, som er kommet i behandling med statsfinansieret heroin. Det viser interviews med heroinmisbrugere, som antropolog Katrine Scheplern Johansen har gennemført blandt misbrugere, der er i behandling bl.a. på specialinstitutionen Valmuen i København. Flere af misbrugerne fortæller desuden, at de får færre skader, fordi der er rene forhold på behandlingscentrene, hvor de skal møde op to gange dagligt for at få deres stof, mens sygeplejersker observerer dem.

Kilde: Jyllands-Posten, den 6. april 2011.

10 mio. til forskning i funktionelle lidelser

Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed ved Glostrup Hospital går med en bevilling på 10 mio. kr. fra Trygfonden nu i gang med en stor befolkningsundersøgelse, der skal kortlægge 10.000 danskers funktionelle lidelser som f.eks. ondt i maven, store smerter i muskler og led, dødlignende træthed eller døftallergi. Symptomerne skønnes at ramme op mod hver femte dansker.

Hjertemedicin øger risiko for brystkræft

Ny dansk forskning viser, at kvinder, der tager hjertemedicinen digoxin, har 40 pct. øget risiko for at udvikle brystkræft sammenlignet med andre kvinder. Det er forskere fra Statens Serum Institut, der har fulgt 104.648 danske kvinder fra 1995-2008. Det er dog ikke alarmende resultater, mener forskningschef og professor Mads Melbye fra Statens Serum Institut, som peger på, at den øgede risiko skal ses i lyset af, at medicinen forebygger rytmeforstyrrelser og hjertesvigt. Den øgede risiko for brystkræft falder desuden hurtigt, efter at patienterne er holdt op med at tage medicinen.

Kilde: Videnskab.dk

Flere sygeplejersker vil være tillidsrepræsentanter

AF MILLE DREYER-KRAMSHØJ, JOURNALIST

Selvom tillidsrepræsentantposterne kan være svære at besætte, har lidt flere sygeplejersker de senere år fået lyst til at varetage kollegernes interesser.

Lidt flere sygeplejersker bliver i dag fællestillids- og tillidsrepræsentanter end tidligere, viser den seneste opgørelse fra Dansk Sygeplejeråds analyseafdeling. Siden 2008 har der været en mindre stigning på 4 pct. i antallet af tillidsrepræsentanter og 6 pct. af fællestillidsrepræsentanter.

Det skyldes bl.a. et øget fokus på rekruttering i kredsene, fortæller Dansk Sygeplejeråds næstformand Anni Pilgaard.

"Der har været en kortlægning af, hvor der har været ekstra behov for at rekruttere. Kredsene har været dygtige til at fokusere på de områder, der havde mangel på tillidsrepræsentanter, og de har været gode til at bevare gejsten, selvom konflikten i 2008 tog hårdt på mange," siger hun og forklarer, at netop foråret 2008 også kan have haft indflydelse på den øgede tilgang:

"Sygeplejerskerne har fået en større bevidsthed af, hvorfor det er så vig-

tigt med en repræsentant. Man går glip af megen indflydelse, hvis der ikke er en til at varetage interesserne også helt ude på arbejdspladsen. Derfor håber jeg også, at mange flere fremover vil stille op," siger hun.

Erfarne sygeplejersker bliver tillidsrepræsentanter

Det er primært de erfarne sygeplejersker, som tager politikerkasketten på. 5 pct. af alle tillidsrepræsentanter er under 30 år, mens de 40-49-årige tegner sig for den største aktivitet og udgør 35 pct. af alle repræsentanterne.

"De yngre er mere sultne på at opleve faget, når de er nyuddannede, og derfor er det det nære, der fylder mest. De er tit meget familieorienterede og har måske mindre børn, så de prioriterer deres tid anderledes. De erfarne sygeplejersker får igennem flere års arbejde en bredere horisont, hvor de ofte begynder at interessere sig for, hvordan de kan gøre tingene bedre. De vil gerne arbejde for at forbedre deres arbejdsforhold og sygeplejens vilkår," vurderer Anni Pilgaard.

Kilde: DSR Analyse, marts 2011.

Populære poster			
	TR	FTR	I alt
2007	1.160	110	1.270
2008	1.133	126	1.259
2009	1.146	130	1.276
2010	1.155	134	1.289
2011	1.175	134	1.309

Kirsten Stallknecht Prisen 2011

Redaktionen har modtaget 10 indstillinger til Kirsten Stallknecht Prisen 2011, og bedømmelseskomiteen har fundet ud af, hvem der skal modtage prisen på 10.000 kr. og en gave. Prisen bliver overrakt på Florence Nightingales fødselsdag den 12. maj 2011 af Kirsten Stallknecht. Samme dag lyder startskuddet til Sygeplejens år, og det markeres i hele landet med forskellige faglige begivenheder. Læs mere om Sygeplejens År på side 42.



Kontaktsygeplejersken ved bedst

To døtre står tilbage med oplevelsen af, at der ikke blev taget hånd om et af deres mors sidste ønsker, fordi plejehjemmets kontaktsygeplejerske havde en anden holdning.

Lilly Jacobsen kom på plejehjem på grund af en tiltagende demens, der betød, at hun ikke længere kunne tage vare på sig selv. Fru Jacobsen var ulykkelig over at skulle give slip på sin tilværelse med sine herskabelige møbler, sit sølvtøj og sit liv som en stolt kvinde, der kunne magte meget, og som andre så op til.

På plejehjemmet holdt hun sig meget for sig selv, men udviklede dog en særlig god kontakt til to kvindelige beboere, som kom til at betyde meget for hende.

Da den ældre kvindes liv var ved at være forbi, blev det besluttet, at der nu var tale om at yde kærlig pleje, som de tre døtre tog sig fuldstændig af de sidste tre dage, fru Jacobsen levede.

Døtrene bad deres mors kontaktsygeplejerske om at invitere de to beboerbekendte med, når deres mor skulle synges ud.

Alt var klart, men de to beboere kom ikke, og da kontaktsygeplejersken blev spurgt, om beboerne havde takket nej, lød svaret: "Jeg synes alligevel ikke, at de skulle med, så jeg har ikke sagt noget til dem."

Fru Jacobsen blev sunget ud, og døtrene står tilbage med en oplevelse af, at de ikke fik taget hånd om et af deres mors sidste ønsker. Og den af døtrene, som er sygeplejerske, ved ikke, hvad hun skal gøre.

Hvad tænker du? Skriv dit svar på www.sygeplejersken.dk under dilemma eller på facebook.com/sygeplejersker

Svar 1. Hvis casen skal ansues som et fagligt dilemma, er det relationen mellem kontaktsygeplejersken og fru Jacobsen, der primært skal være i fokus. På baggrund af historien ser det ikke ud til, at kontaktsygeplejersken har været i et dilemma, men muligheden er til stede, og det kunne være interessant for de tre døtre at høre kontaktsygeplejerskens overvejelser omkring afgørelsen. Det kan være, at fru Jacobsen har sagt til kontaktsygeplejersken, at hun ikke ønskede de pågældende beboeres deltagelse. Hvis det er tilfældet, er afgørelsen etisk korrekt, men det ville gavne de pårørende at få denne oplysning.

Har kontaktsygeplejersken slet ikke oplevet et dilemma, vil der være stor læring i en samtale, hvor lederen kan være til stede som mediator. Måske kunne det danne afsæt for en fast praksis på plejehjemmet, hvor alle forløb ved institutionen afsluttes med en samtale med de pårørende. I den beskrevne case ser der også ud til at have været positive forhold, som de pårørende kunne fremhæve.

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

Svar 2. At beboerne ikke blev inviteret, lyder umiddelbart uforståeligt og kritisabelt.

Da sygeplejersken ikke begrunder sit valg, er det svært for andre at erklære sig andet end uenige i hendes afgørelse. Hvad ligger bag udtalelsen: "Jeg synes ikke"?

Måske har sygeplejersken oplevet følgende dilemma: På den ene side vil jeg gerne udvise respekt for den afdødes/de pårørendes ønske og respektere de to beboeres ret til selv at træffe beslutning om deltagelse. På den anden side vurderer jeg, at beboerne ikke er i stand til at overskue konsekvenserne af dette valg (hvilket dog ikke fremgår af historien) og dermed ikke kan tilkendes fuld autonomi. Stærk paternalisme (den formynderiske far) ses som modsætning til autonomi. At sygeplejersken ved bedst og bestemmer hen over hovedet på de involverede, er et udtryk for stærk paternalisme. Muligvis har kontaktsygeplejersken haft til hensigt at beskytte beboerne. Men det går ofte galt, når vi tror, at vi ved, hvad der er bedst for den anden.

Af Susanne Ardahl, underviser på Social- og Sundhedsuddannelses Centret i Herlev, medlem af Sygeplejeetisk Råd.



ILLUSTRATION: PIA OLSEN

” Funktionelle lidelser er en elefant i sundhedsvæsenet, og lidelserne havner i dag i lægernes brokkasser over ting, der ikke kan gøres noget ved. Det er en stor belastning for de mennesker, der må leve med en sygdom, som ingen rigtig kan forklare eller vil behandle, og det er en voldsom byrde for samfundet som helhed.

Forskningschef i TrygFonden Anders Hede på Trygfondens hjemmeside den 6. april 2011.

STUDERENDE I PRAKSIS

Patientologi på egen krop

AF LAURA TRIER-MØRCH, SYGEPLEJESTUDERENDE PÅ MODUL 11 PÅ UCL, ODENSE

En sygeplejestuderende bliver patient og oplever på egen krop, hvor magtfuld en person sygeplejersken er. Oplevelsen sætter sig dybe spor.

Som sygeplejestuderende med en masse forhåbninger og glansbilleder af sygeplejefaget i bevidstheden skulle jeg opereres for giggt i kæben. Jeg valgte at se den voldsomme kæbe-ommøblering som en patientologisk oplevelse. Nu kunne jeg selv opleve, hvordan det var at være patient og anvende den erfaring i min fremtidige sygepleje. Operationen var vellykket, dog med et stort blodtab, som resulterede i en blodprocent på ca. 5. På opvågningen var jeg meget omtåget efter seks timer i fuld narkose, med et hoved, der lignede noget, der var blevet kørt over af en damptrømler og mærket af blodtabet.

Jeg var dybt afhængig af andre mennesker, hvilket var en underlig, surrealistisk følelse. Klokkesnoren var blevet min livline. Jeg havde svært ved at tale et forståeligt sprog og tyede derfor til en hjemmelavet staveplade.

Jeg ringede efter aftenvagten for at bede om hjælp. Hun kom ophøjet hen og stillede sig ved fodenden. Jeg pegede på stavepladen for at forklare, hvad jeg ville, hvorefter der kom et hånligt svar: "Kan du ikke snakke?" Jeg var dybt rystet over svaret.



ARKIVFOTO: SØREN SVENDSEN

Senere ville sygeplejersken have mig op at sidde. Jeg tiggede om at få lov til at blive i sengen, og hun gav mig til min store tilfredshed lov til at blive liggende. Kort tid efter blev jeg dog klogere, da hun først gav mig i.v.-morfin og så valgte at hente en anden sygeplejerske, så de kunne få mig op i en stol. I fællesskab fik de bokset mig op i stolen, hvorefter de hurtigt gik fra mig. En voldsom dødsangst væltede ind over mig i min blanding af morfinrus, lav blodprocent og hjælpeløshed. Jeg begyndte at græde. Sygeplejersken kom tilbage, kiggede undrende, nærmest ligegyldigt på mig og sagde: "Hvad er der galt?" Halvkvalt i blod og tårer pegede jeg på sengen og

fik kommunikeret, at jeg ville op og ligge, hvilket jeg også kom efter lidt tid i stolen.

Oplevelsen har sat sig dybe spor, og jeg vil altid huske denne aftenvagt på opvågningen som et eksempel på en sygepleje, der ville få de fleste sygeplejeteoretikere til at vende sig i graven.

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

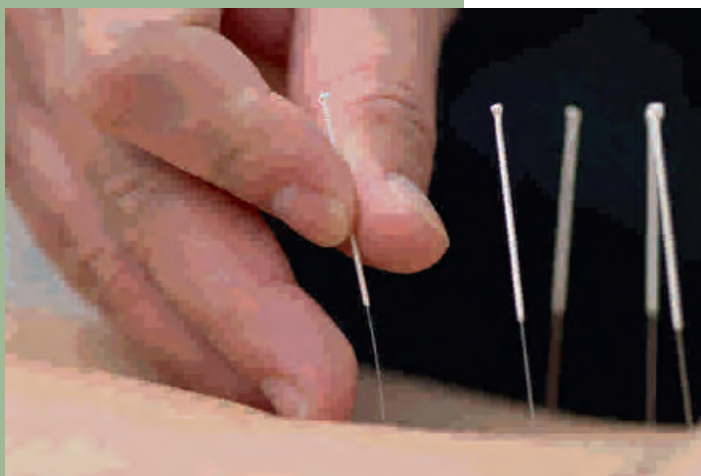
Sygeplejersker vilde med alternativ behandling

Sygeplejersker er storforbrugere af akupunktur, zoneterapi, massage og anden alternativ behandling. Ifølge nyt forskningsprojekt fra Syddansk Universitet, der bygger på en spørgeskemaundersøgelse blandt 2.500 sygeplejersker, er andelen af sygeplejersker, der som privatpersoner har brugt alternativ behandling, mere end tre gange højere end blandt danskerne i almindelighed. Akupunktur, massage og zoneterapi er særligt populære behandlingsformer og bruges af ca. 40 pct. af sygeplejerskerne. Og ca. 15 pct. af sygeplejerskerne har prøvet homøopati og kraniosakralterapi, hvilket er henholdsvis tre og knap fem gange så mange som blandt danskerne generelt.

Ifølge forskeren bag undersøgelsen, sygeplejerske og kandidat i sygeplejevidenskab Anita Lunde, mangler sygeplejersker ikke interesse for, men til gengæld viden om alternativ medicin.

(sbk)

Kilde: www.dr.dk/sundhed



ARKIVFOTO: ISTOCK

Sig det højt, hvis der sker en fejl

Patienter og pårørende skal fremover inddrages langt mere i forebyggelse af fejl på sygehusene.

Patienterne har en viden og erfaring, som personalet på sygehusene skal blive bedre til at bruge, mener Dansk Selskab for Patientsikkerheds sundhedsfaglige chef, Lotte Fonnesbæk.

"Vi er kommet langt ad vejen med at skabe større fokus på patientsikkerhed hos de professionelle, men vi kan ikke undvære patienternes medspil. De skal fremover inddrages i langt højere grad, hvis vi skal gøre sygehusene mere sikre," siger hun til Jyllands-Posten.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed vil derfor i samarbejde med Trygfonden lave initiativer, der skal give patienterne bedre mulighed for dialog med sygehus og personale. Bl.a. skal patienterne blive bedre til at sige højt, hvis de får en anden medicin eller behandling, end de er vant til, så f.eks. doseringsfejl kan undgås.

Desuden vil man udarbejde postkort, der skal ud på afdelingerne til patienterne. Det skal lette deres adgang til bl.a. at give ris eller ros og forslag til forbedringer.

"Patienterne kan naturligvis allerede i dag komme til orde på forskellige måder, og de kan selvfølgelig altid tale med personalet. Men med postkortene gør vi det mere indbydende og enkelt," siger Lotte Fonnesbæk.

(mdk)

Specialuddannelsen i kræftsygepleje

Specialuddannelsen i kræftsygepleje er en 1½ årig kompetencegivende videreuddannelse for sygeplejersker. Uddannelsen er berammet til 60 ECTS-point og er opdelt i 3 uddannelsesafsnit med hver sit overordnede tema. De tre afsnit består af såvel teoretisk undervisning som klinisk uddannelse.

Uddannelsen afholdes i Metropols bygninger i København N og udbydes med opstart i uge 46 2011 og afsluttes i uge 20 2013. Tilmeldingsfrist er d. 31. august 2011.

For yderligere information og tilmelding se: www.phmetropol.dk, skriv "Kræftsygepleje" i søgefeltet.

Adgangskrav

For at kunne optages på uddannelsen forudsættes mindst 2 års klinisk erfaring og en eksamen i sygepleje på bachelorniveau.

Har du ikke en sygeplejeeksamen på bachelorniveau kræves "Obligatorisk diplommodul: Praksis - Videnskabsteori og Metode" fuldført inden opstart på Specialuddannelsen i kræftsygepleje. Metropol udbyder modulet i uge 35-41.

Kontakt

Uddannelseskonsulent:
Karina Wittrup
tlf.: 7228 2962
e-mail: kawi@phmetropol.dk

METROPOL

Sundhedsfaglige Efter-
og Videreuddannelser

Kom hurtigt til Malmö,

Bare aflevér dit CV og kom til en samtale. Det lyder utænkeligt for sygeplejerskerne i Danmark i dag, men i Sverige bliver der råbt over Øresund på flere hænder. En tirsdag i april trillede 80 ledige sygeplejersker derfor over broen til en potentiel svensk karriere.

AF MILLE DREYER-KRAMSHØJ, JOURNALIST • FOTO: JAKOB BOSERUP

Det lille mødelokale i Jobcenter København på Skelbækgade på Vesterbro er fyldt til bristepunktet med kvinder i alle aldre, størrelser og farver. Hen over den mangfoldige skare ligger en dyne af forventninger og højlydt mumlen. Det er svært at skelne mellem samtalerne, men enkelte ord som "vikararbejde" og "deltid" smutter over lokalet. Nogle spejder gennem menneskemængden for at se, om der er ansigter, de kender. Flere af de yngre sidder i par eller små grupper. De kender i forvejen hinanden fra sygeplejestudiet, hvor de lige har afsluttet deres uddannelse og er sendt ud i en arbejdsløshedskø med deprimerende ringe udsigt til at komme i gang med den karriere, de i tre år har arbejdet hen mod.

"Bare giv mig et eller andet!" udbryster én højlydt, og der bliver nikked rundt omkring i lokalet. Der er ingen her, der er kræsne. De vil alle gerne i gang med at være sygeplejersker igen eller for første gang.

Høj stemning og forventninger

Selvom anledningen er uønsket, er stemningen opløftet. Uden for jobcenteret holder to store, svenske busser, der skal trille ca. 80 jobsøgende sygeplejersker til Malmö. På den anden side af Øresund er over 140 ledige stillinger opslået i den sydsvenske region, og de skånske kolleger er klar til at tage imod danskerne. "Välkommen," siger Anita Andersson, som er chef for Kompetensforsörjning på Skånes Universitetssjukhus. Sammen med bl.a. jobcenteret og Danske Sundhedsorganisationers Arbejdsløshedskasse (DSA) er hun medarrangør af endagekskursjonen for de danske sygeplejersker. Det er første gang, der skal sendes et hold ledige af sted over broen, og alle er spændte på, hvad de kan forvente på den anden side.

Den svenske introduktionstale drukner lidt i det tætpakkede lokale, og flere rynker panden og spidser ekstra øren. Omstillingen fra dansk til svensk begynder allerede før afgang, og ikke alle er hjem-



Den ene bestilte bus blev til to. 80 danske sygeplejersker vil til Malmö for at høre om jobmulighederne.

me i den skånske dialekt. Sygeplejerskerne er blevet installeret i busserne og ruller af sted mod Sverige. Det tager ca. 40 minutter at fragte holdet over til hospitalet med de mange ledige arbejdspladser.

I den ene bus sidder DSA's formand Anni Pilgaard. Hun håber, at de vil komme hjem med en masse gode job.

"De er ret seje. Det er skönt, de er så åbne for nye muligheder," siger hun glad og tager et vue ud over de mange hoveder. Der er blevet arbejdet og planlagt en del de forudgående uger for at få det hele til at lykkes. Og selvom alt er faldet på plads, er der stadig en smule malurt. Politikere, arbejdsmarkedsforskere og ikke mindst

Anni Pilgaard selv forventer, at den høje arbejdsløshed blandt sygeplejerskerne vil vende på et tidspunkt, og så vil der igen mangle sygeplejersker. Hvornår det bliver, er endnu ikke til at sige, og derfor er det vigtigste nu at få især de nyuddannede i gang.

På hospitalet i Malmö bliver sygeplejerskerne ledt ind ad hovedindgangen til Jubilæumsaulaen, hvor de skal introduceres til dagpengeregler, danske og svenske lønninger, barselsregler, Øresundsregionens fordele og ulemper og alt det andet praktiske, der følger med at arbejde på kryds af nabolande. Forskellene er til tilhørernes lettelse ikke særlig store. Lavere svensk løn

Sygeplejerske i Sverige

I Skåne er der ifølge Job og Kompetencer i Øresundsregionen pr. 5. april 144 ledige sygeplejerskestillinger. Jobcenter København har foreløbigt planer om at afholde endnu en Malmö-tur i løbet af maj. I starten af april tog 80 sygeplejersker turen over, mens 30 ikke fik plads i busserne. De første danske sygeplejersker forventes ansat i maj.

Danske Sundhedsorganisationers A-kasse har lavet en pjece om at arbejde i Sverige. Den kan hentes på www.dsa.dk.

På www.oresunddirekt.dk kan man læse mere om, hvad reglerne er for at arbejde i Sverige, og hvilke forhold man skal tage i betragtning, når man pendler.

På www.skane.se/platsnytt kan man finde ledige stillinger som sygeplejerske i Skåne.

vi saknar dig!



De første sygeplejersker forventes at starte på job i maj.

ophøjes af lavere skat. Længere rejsetid giver mulighed for forhandling om særlige tilskud. Rimelig fleksibelt.

”Det er jättebra,” smiler Anita Andersson fra talerpodiet og sender danskerne ud på opdagelse i det svenske system. I fem forskellige hold skal de ud i introduktionslokaler og møde chefer og afdelings- og teamledere fra forskellige afdelinger, der mangler personale. Men først er der dækket op til frokost i fællessalen.

Njur er nyre, resten går nok

”Jeg tror, det er tun,” siger en af deltagerne og peger på et flute med ubestemt indhold. Skiltet foran fadet afslører, at det svenske flute, der rettelig i landet hedder baguette, er fyldt med ”kyckling”.

”Jeg er ret sikker på, at selvom det er svensk, betyder det ikke tun,” konstaterer en anden.

Sprogbarriererne er ind til videre overskuelige. På skilte rundt omkring ved de forskellige introduktionslokaler står ”psykiatri”, ”kardiologen”, ”neurologen” og ”ortopedien”. Eneste sprogekstotiske indslag er ”njurmedicin”, der viser sig at være en lidt knudret måde at sige nyremedicin på.

Men det bekymrer alligevel lidt, for en

ting er at læse skilte, noget helt andet er at forstå sproget i det daglige, når patienten f.eks. er rigtig dårlig, eller lægen lidt for hurtigt til at bjæffe en besked ud.

”Det skal vi nok løse på en eller anden måde. Når man starter hos os, får man et fireugers introduktionsforløb, som vi tilrettelægger efter, hvad behovet er. Hvis det er et sprogkursus, så kigger vi på det,” siger Maria Melin, der er afdelingschef for Neurologisk klinik 1.

Der er stort behov for jer

Efter frokosten er indtaget, begynder sygeplejerskerne at besøge de forskellige rum. Også her bliver der fyldt godt op, og luften bliver hurtigt iltfattig, for det er ikke kun danskerne, som presser sig ind i de små mødelokaler. Flere måske kommende svenske kolleger er kommet for at byde velkommen og forhåbentlig lave aftaler på tværs af grænserne. På bordene ligger jobopslag og afdelingsbeskrivelser, som danskerne kan forsyne sig med.

”I er her i dag, fordi vi har et stort behov for jer,” siger afdelingschef for neurologisk afdeling, Maymara Aristoy og opfordrer alle interesserede til at lægge et CV, før de returnerer til Danmark.

En nyuddannet sygeplejerske spørger lidt forvirret, hvor man skal søge, og hvad man ellers skal gøre.

”Ikke noget,” svarer Maymara Aristoy. ”I skal bare lægge jeres CV og udfylde et skema om, hvilke afdelinger I er interesserede i, så bliver i kontakten for en efterfølgende samtale.”

Blandt de interesserede til at lægge et CV er 23-årige Lizzie Jørgensen. Hun har været glad for at være med på turen til Sverige.

”Dagen har været rigtig god, men det er gået meget hurtigt,” fortæller hun, mens hun stikker hovedet ind i psykiatrilokalet for at se, om der er nogle kommende chefer, hun kan hilse på.

Lizzie Jørgensen har ønsket at blive kontakten om job på ortopædkirurgisk afdeling og i psykiatrien.

”Det virker, som om de arbejder mere teknisk her end i Danmark, men også som om der bliver taget godt hånd om én,” siger hun. Hun er ikke nervøs for at skulle krydse grænser for at få arbejde.

”Sproget er lidt sværere, end jeg havde regnet med, men jeg kommer oprindeligt fra Bornholm, så det går nok,” griner hun.

mdk@dsr.dk

SKRIVERIER PÅ FACEBOOK KOSTEDE JOBBET

For en sygeplejerske på Holbæk Sygehus blev et par kommentarer frem og tilbage med en kollega på Facebook startskuddet til et to år langt personligt mareridt, der kostede hende jobbet, masser af bekymringer og god nattesøvn.

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST • ILLUSTRATION: DORTE NAOMI

”Bare det, at vi taler om det nu, giver mig nærmest hjertebanken,” siger sygeplejersken, der ønsker at optræde anonymt.

Hun kan om nogen bekræfte, at det kan få alvorlige konsekvenser som tjenstlig samtale, bortvisning eller ligefrem afskedigelse at ytre sig om sit arbejde på Facebook eller andre sociale medier.

I februar og marts 2009 skrev hun og en kollega sammen på hendes væg på Facebook, og det endte med at koste den nu 36-årige sygeplejerske jobbet.

”Vi skrev bl.a. sammen om det store arbejdspress, vi oplevede. At vi havde så brede skuldre på vores afdeling, at vi ”kunne klare hvad som helst”, fortæller hun. Da hun oprettede sin profil på Facebook et par måneder før, ønskede hun

netop at kunne bruge det til at skrive om løst og fast sammen med venner, veninder, familie og kolleger.

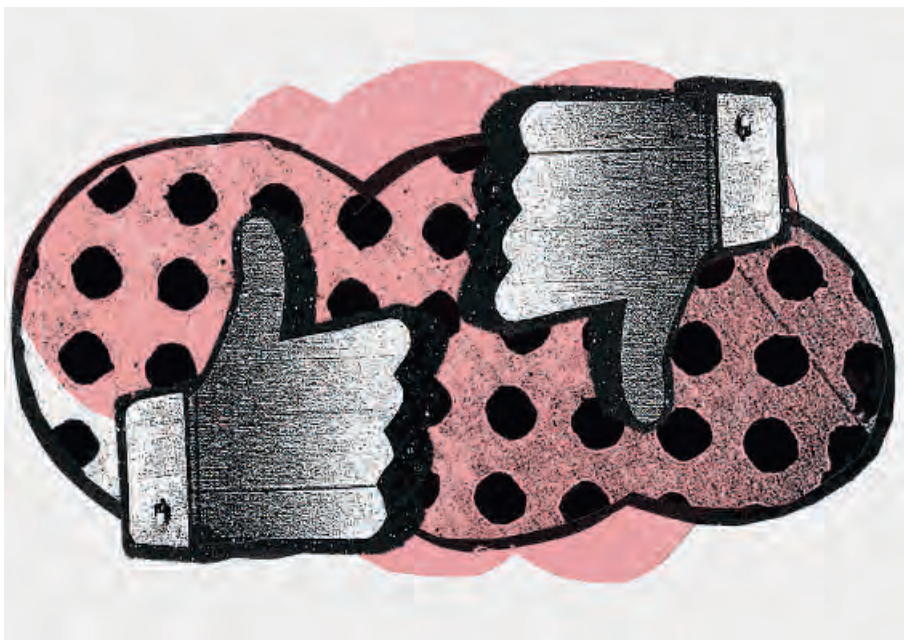
”Jeg synes som udgangspunkt, at Facebook er et rigtig hyggeligt medie, hvor man kan holde kontakten med folk, man ikke lige taler med hver dag,” siger hun.

Men den hyggelige ordveksling med vennerne fik et brat stop et par måneder efter skriverierne. I slutningen af maj 2009 blev sygeplejersken hevet til side af sin afdelingssygeplejerske på Holbæk Sygehus.

”Hun sagde til mig, at man skulle tænke over, hvad man skrev på Facebook, men jeg opfattede ikke på det tidspunkt, at det var mig, hun hentydede til,” fortæller hun. Sygeplejersken gik dog alligevel ▶

” Jeg havde aldrig forestillet mig, at navnet på en undersøgelse kunne betyde, at jeg blev anklaget for brud på min tavshedspligt.





► hjem og kiggede kommentarerne igenem.

”Jeg fik stadig ikke mistanke om, at jeg havde skrevet noget forkert.”

Men det mente afdelingsledelsen. For et par dage efter modtog sygeplejersken et brev med indkaldelse til tjenstlig samtale. I brevet stod bl.a.: ”... at afdelingsledelsen er blevet opmærksom på, at du via kommunikation på Facebook oplyser om forhold på afdelingen, som kan opfattes som overtrædelse af det etiske kodeks for sygeplejersker, og som ansat på sygehuset er det uacceptabelt.”

Alene det at blive kaldt til tjenstlig samtale var noget af et chok for sygeplejer-

det havde jeg da også tænkt mig at gøre til den tjenstlige samtale, hvilket jeg fortalte min afdelingssygeplejerske dagen efter,” siger sygeplejersken og understreger, at hun var meget glad for sin daværende arbejdsplads.

”Jeg havde nogle super kolleger og en god ledelse og var på vej i efteruddannelse som klinisk vejleder.”

Navnet på en undersøgelse

Selv efter indkaldelsen til tjenstlig samtale anede hun stadig ikke, hvad det helt præcis var, ledelsen henviste til som et brud på det sygeplejeetiske kodeks. Men det blev hun klogere på ved den tjenstlige

ge præcis det, det drejede sig om. Jeg nævnte hverken navn, alder, køn, afdeling eller sygehus, og min profil er så privatiseret, som den kan blive. Der står ikke, hvor jeg arbejder, og det er kun venner, der kan læse kommentarer på min væg. Jeg ved godt, hvad tavshedspligt er, og jeg mente ikke, at jeg havde brudt den. Jeg havde aldrig forestillet mig, at navnet på en undersøgelse kunne betyde, at jeg blev anklaget for brud på min tavshedspligt,” siger sygeplejersken, der dog måtte sande, at det var tilfældet.

”Min afdelingsledelse fik kendskab til mine skriverier gennem to af mine daværende kolleger, som jeg også var venner med på Facebook. Ledelsen gik så videre til HR-afdelingen, som jo så var enig i, at der var en sag.”

Fyret og mareridt om natten

Den tjenstlige samtale husker sygeplejersken kun i brudstykker.

”Under samtalen fortæller ledelsen, at de mener, jeg har brudt min tavshedspligt, og at de påtænker at fyre mig. Da brød min verden lidt sammen. Jeg var oprigtig ked af det, og det kom meget bag på mig, at jeg havde gjort noget, der blev opfattet så slemt, at jeg skulle fyres,” fortæller hun.

Tillidsrepræsentanten skrev referat af samtalen, og Dansk Sygeplejeråd blev straks involveret i sagen, først Kreds Sjælland og siden centralt, da det viste sig, at afdelingsledelsen på ingen måde var til at forhandle med, og at der derfor skulle nedsættes et afskedigelsesnævn.

En uges tid efter samtalen modtog sygeplejersken sin opsigelse, dog med flere måneders opsigelsesfrist. Det betød, at

sken, der straks kontaktede sin tillidsrepræsentant.

”Uden hende og min familie, venner og veninder var jeg aldrig kommet hel igenem denne sag,” siger hun.

Samme dag, som hun fik brevet, gik sygeplejersken hjem og slettede alt, hvad hun havde skrevet om sit job på Facebook.

”Da jeg fik at vide, at jeg havde ytret mig om forhold på jobbet på Facebook, som ledelsen ikke brød sig om, tænkte jeg, at det kan jeg da ordne ved at slette mine kommentarer. Jeg kan godt tage imod kritik og give en undskyldning, og

samtale. Afdelingsledelsen mente, at sygeplejersken havde brudt sin tavshedspligt, da hun i en af kommentarerne havde skrevet, at afdelingen nu havde så travlt og så brede skuldre, at den også skulle tage sig af en undersøgelse, som den ikke plejede.

”Det var simpelthen navnet på en undersøgelse, jeg nævnte, som de var faldet over. Ledelsen mente, at jeg ved at nævne den specifikke undersøgelse, havde skrevet om noget personhenførbart, og at jeg derfor havde brudt min tavshedspligt,” fortæller sygeplejersken og fortsætter: ”Jeg havde aldrig regnet ud, at det var li-

hun skulle arbejde på afdelingen sommeren over.

”Det var en kæmpe psykisk nedtur, som var meget hård at komme igennem,” husker sygeplejersken, som på ingen måde havde lyst til at gå på arbejde igen.

”Men det opfordrede DSR mig på det kraftigste til at gøre. Jeg havde jo ikke gjort noget forkert, mente DSR, men var havnet i noget, der virkede som en principiel sag for ledelsen.”

Sygeplejersken arbejdede da også på afdelingen i næsten tre måneder efter opsigelsen. Hendes kolleger vidste ikke noget om sagen, før hun selv skrev en mail til dem, lige før den første vagtplan uden hendes navn blev sendt ud.

”Jeg skrev, at ledelsen havde valgt at afskedige mig, da de mente, at jeg havde overtrådt min tavshedspligt på Facebook, men jeg fortalte også, at jeg havde fået job et andet sted i regionen,” siger sygeplejersken.

”Min nye afdelingsledelse kom også til at kende sagen. Personaleafdelingen i Region Sjælland og ens personalsag er jo central. Og selvom jeg følte mig lidt brændemærket og også skulle tale Facebookbrug med min nye arbejdsgiver før ansættelse, mente min nuværende ledelse altså, at jeg var blevet afskediget på et meget tyndt grundlag, heldigvis,” siger sygeple-

jersken, der også er taknemmelig over den støtte, både tidligere og nuværende kolleger har givet hende under hele forløbet.

”Jeg er meget glad for min nuværende arbejdsplads og kolleger og har ikke fortrudt jobskiftet ét sekund. Men jeg kunne godt have været omstændighederne foruden,” siger hun.

Jobskiftet fik dog ikke sagen til at forsvinde fra sygeplejerskens hverdag og sind. Selvom Dansk Sygeplejeråd centralt var trådt ind i sagen og førte den for hende ved hjælp af en erfaren ekstern advokat, har de seneste to år været alt andet end sjove.

”Hvis nogen nævnte Facebook, fik jeg ondt i maven. Det har været hårdt for min familie, og det har været to lange år med masser af udvekslinger mellem parterne. Desuden har jeg jo aldrig kunnet føle mig sikker på, at vi vandt sagen.”

Offentligt og privat medie

Den 18. marts 2011 kom forløsningen så endelig. Sammen med Dansk Sygeplejeråd vandt hun over sin tidligere afdelingsledelse og Region Sjælland. (Se artiklen på næste side).

”Dommeren mente, at Region Sjælland havde skudt gråspurve med kanoner, og at sagen ikke holdt vand, så det var jo en

god kendelse. Men dommeren sagde samtidig, at man skal tænke meget over, hvad man skriver på Facebook, som opfattes som et offentligt medie.”

Sygeplejersken blev desuden tildelt en erstatning på tre måneders løn, hvilket betød, at rammerne for erstatning blev sprængt.

”Jeg havde egentlig ikke overvejet nogen økonomisk erstatning, jeg ville bare renses for anklagen om at have brudt min tavshedspligt,” siger sygeplejersken.

Hun er med egne ord så småt ved at tage sig sammen til igen at finde glæden ved at bruge sin Facebook-profil, netop fordi mange veninder, venner og familie og ikke mindst kolleger stadig færdes der. Men der kommer nok til at gå tid, før hun skriver noget som helst arbejdsrelateret igen, hvis nogensinde.

Hun vil dog ikke opfordre kolleger til at være lige så tilbageholdende som hende.

”Man skal kunne tale og skrive om sit arbejde og på den måde bl.a. udveksle erfaringer, også på Facebook, men som sygeplejersker og fagpersoner skal vi virkelig passe på med at skrive om specifikke ting på jobbet, der kan opfattes som personhenførbare,” siger hun.

cso@dsr.dk

” Min afdelingsledelse fik kendskab til mine skrivelser gennem to af mine daværende kolleger, som jeg også var venner med på Facebook. Ledelsen gik så videre til HR-afdelingen, som jo så var enig i, at der var en sag.

Afgørelse

Personhenførbare oplysninger på Facebook er brud på tavshedspligten

Sygeplejersker må gerne skrive om deres liv og arbejde på Facebook, men det skal foregå i en ordentlig tone, og man skal være varsom med at skrive om patienter og konkrete undersøgelser.

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST

Sygeplejersken fra Holbæk Sygehus, der blev fyret for at have brudt sin tavshedspligt pga. skriverier på Facebook, har ved et afskedigelsesmøde netop fået medhold. Hun brød ikke sin tavshedspligt og blev dermed uretmæssigt fyret. Alligevel er der grund til at være varsom med overhovedet at skrive om patienter og konkrete undersøgelser på sin Facebook-profil, mener advokat Steen Hellmann, som førte sagen for sygeplejersken og Dansk Sygeplejeråd.

”For opmanden, højesteretsdommer Lene Pagter Kristensen, var som udgangspunkt enig med Region Sjælland i, at det vil være en tilsidesættelse af tavshedspligten, hvis en sygeplejerske i et forum som Facebook videregiver personhenførbare oplysninger vedrørende patienter. Og hun understregede også, at det af hensyn til at bevare patienttilli-

den er vigtigt at håndhæve overholdelsen af tavshedspligten strengt,” siger Steen Hellmann.

Advarsel havde været nok

Men i den konkrete sag kom det bl.a. frem, at hvis man skulle kunne genkende patienten på baggrund af sygeplejerskens skriverier, skulle man på forhånd kende en del til patientens diagnose, indlæggelse og selve undersøgelsen.

”Og det fik altså opmanden til at konkludere, at kommentarerne på Facebook ikke indeholdt beskrivelser, der kunne være med til at identificere patienten, og derfor havde sygeplejersken ikke brudt sin tavshedspligt,” siger Steen Hellmann.

Skulle sygeplejersken have brudt sin tavshedspligt, ville det dog ikke i alle tilfælde være ensbetydende med, at afskedigelsen havde været i orden.

”Opmanden lagde nemlig også vægt på, at sygeplejersken ikke bevidst havde forsøgt at krænke nogen eller undsige sin tavshedspligt, hvilket bl.a. kom til udtryk ved, at hun straks efter indkaldelsen til den tjenstlige samtale slettede alt, hvad hun havde skrevet. En advarsel ville have været nok,” siger Steen Hellmann.

Mindre heldig tone

Højesteretsdommeren påpegede dog også, at nogle af sygeplejerskens udtalelser på Facebook var skrevet i en mindre heldig tone, der kunne efterlade det indtryk, at patienter med visse diagnoser var uønskede på afdelingen.

”Det kan jo godt ses som en opfordring til, at medarbejdere, der skriver om deres arbejde, bør holde en vis tone. Man må gerne skrive om sit arbejde, at man

Region

Gik for vidt i forsøget på at beskytte pati

Ønsket om at beskytte patienterne medførte usaglig afskedigelse, erkender Region Sjælland, der snart vil klæde medarbejderne bedre på til at færdes på Facebook.

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST

”Vi må jo erkende, at opmanden ikke er enig med os i, at sygeplejersken overtrådte sin tavshedspligt, og dernæst også, at opmanden mener, at en advarsel havde været nok, også hvis tavshedspligten havde været overtrådt,” siger HR-forhandlingschef i Region Sjælland, Søren Fussing.

Regionen skal nu betale sygeplejersken en godtgørelse på omkring tre måneders løn.

”Vores ærinde er at beskytte patienterne, men i dette tilfælde er vi gået for vidt. Og vi vil helt sikkert have afgørelsen in mente, hvis vi kommer til at stå med lignende sager i fremtiden,” siger Søren Fussing.

Mod sædvane har Region Sjælland valgt at omtale sagen på intranettet, da opmanden både ved den mundtlige gennemgang af sagen og i sin skriftlige tilkendegivelse kommer ind på, at nogle af sy-

geplejerskens bemærkninger var skrevet i en uheldig tone. Søren Fussing fortolker opmandens synspunkter sådan, at det kunne have givet anledning til en disciplinær sanktion.

”Det var som sådan ikke en del af sagen, da det ikke indgik i vores begrundelse for at afskedige sygeplejersken, men vi fremhæver det over for vores medarbejdere, da vi synes, det er vigtigt, at de ved, at det kan få konsekvenser for ens ansættelse,

Tavshedspligt og loyalitet er oftest på spil

har haft en travl dag og gennemført x antal undersøgelser, men man skal være påpasselig med at skrive om ting, der kan henføres til konkrete patienter, og det skal være i en ordentlig tone,” siger Steen Hellmann og uddyber:

”Klart upassende omtale af f.eks. kolleger, chefer, arbejdsplads eller patienter kan også få ansættelsesretlige konsekvenser som påtale eller i værste fald firing, selvom man ikke har brudt sin tavshedspligt,” siger Steen Hellmann.

cso@dsr.dk

Læs mere om afgørelsen og Dansk Sygeplejeråd Kreds Sjællands bemærkninger til den på www.dsr.dk > Find din kreds > Kreds Sjælland > Nyheder

At dømme efter antallet af medlemssager i Dansk Sygeplejeråd er sygeplejersker ganske gode til at manøvrere i de sociale medier. Men som offentligt ansat med en profil på Facebook er der alligevel nogle typiske faldgruber at være opmærksom på.

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST

Selvom de ikke dominerer sagsbunkerne i Dansk Sygeplejeråd, er sygeplejersken fra Holbæk Sygehus ikke den eneste, der er kommet galt af sted på Facebook. Faglig sekretær i Kreds Sjælland, Jacob Fage Sørensen, har i de seneste år set en del sager med sygeplejersker, som på den ene eller anden måde er kommet til at skrive mere eller mindre uheldige bemærkninger i det sociale medie.

”De personhenførbare typer af sager kan godt betegnes som de mest alvorlige. Det er selvfølgelig meget vigtigt, at man

som offentligt ansat overholder sin tavshedspligt. Borgeren eller patienten har krav på, at systemet ikke videregiver personlige oplysninger til uvedkommende,” siger Jacob Fage Sørensen, der også har set sager, hvor sygeplejerskerne ytrer sig kritisk eller negativt om deres arbejdsplads, f.eks. lederen.

Anstændig opførsel

Chefkonsulent i KL, Helle Groth Christensen, sidder på den anden side af bordet, hvor hun rådgiver kommunerne, dvs. ar- ▶

enterne

hvis man ikke omtaler patienter eller andre med fornøden respekt,” siger Søren Fussing.

Region Sjælland har uafhængigt af firingssagen en vejledning på vej om medarbejdernes brug af Facebook i både arbejds- og fritiden.

cso@dsr.dk





► bejdsgiverne, om de sociale medier. Mange kommuner ønsker gode råd og svar på juridiske spørgsmål om, hvordan de selv kan bruge f.eks. Facebook som redskab i dialog med borgerne. Men en del af henvendelserne drejer sig også om de ansattes brug af Facebook.

”En del af de relativt få sager, vi har, handler om, at medarbejderne har opført sig illoyalt over for deres arbejdsplads eller bryder deres tavshedspligt ved at skrive dumme eller ligefrem idiotiske ting om deres arbejdsplads, chef eller de borgere, som de er i kontakt med,” fortæller chefkonsulenten.

I andre sager er arbejdsgiverne i tvivl om, hvordan de skal forholde sig til, at en medarbejder, der er sygemeldt, skriver om ting på Facebook, der ikke er forenelige med en sygemelding.

”Det kan f.eks. være ferierejser og sportsaktiviteter. Ofte bliver lederen gjort opmærksom på det fra andre kolleger til den sygemeldte,” fortæller Helle Groth Christensen.

Offentligt ansatte skal opføre sig værdigt både på job og i fritiden. Helle Groth Christensen henviser til det såkaldte decorumkrav, mere præcist §10 i det kommunale tjenstemandsregulativ.

”Det er en adfærdsregel, et slags krav om, at den offentligt ansatte skal opføre sig værdigt og udvise god adfærd både på job og i fritiden. De ansatte skal huske på, at de er ambassadører for deres arbejdsplads, og at visse former for fritidsaktiviteter ikke er forenelige med at være offentligt ansat og have tæt borgerkontakt i det daglige,” siger Helle Groth Christensen

og nævner som eksempel det problematiske i, at en lærer i 8. klasse har fritidsjob som nøgenmodel og lægger billederne på internettet.

Det skrevne ord er risikabelt

Uanset om du ytrer dig om dit job mundtligt, i et læserbrev eller på Facebook, er det de samme regler om f.eks. tavshedspligt og krav om loyalitet over for din arbejdsplads, der gælder. Men ifølge Helle Groth Christensen og Jacob Fage Sørensen adskiller de sociale medier sig fra de mere konventionelle måder at ytre sig på, når det gælder nogle væsentlige punkter.

”Selv om ens Facebook-profil er privat, er det et meget offentligt medie. Det er et privat rum, som alle kan kigge med i. De sociale medier åbner i højere grad for, at man kan komme galt af sted, da de informationer, man lægger på, kan komme ud til rigtig mange mennesker, hvis man ikke passer på og sørger for at indstille sin profil rigtigt. Falder ens mere uheldige ytringer f.eks. ved et middagsselskab, har man en anden kontrol over, hvem man har sagt hvad til,” siger Helle Groth Christensen.

Og netop det, at du ytrer dig skriftligt på f.eks. Facebook, gør de sociale medier endnu mere ”farlige”, mener Jacob Fage Sørensen.

”Er du over en flaske rødvin kommet til at kalde din leder for en idiot over for en kollega, som så sladrer til din oversygeplejerske bagefter, vil du lettere kunne tale dig ud af situationen og undgå at blive kaldt til tjenstlig samtale, din kollega kunne jo ”have misforstået” det, du sagde. Problemet opstår for alvor, når man skriver det på sin Facebook-profil,” siger Jacob Fage Sørensen.

Det er Helle Groth Christensen enig i.

”Selvom man sletter en uheldig kommentar på sin væg, kan den sagtens dukke op andre steder, man kan jo ikke hindre, at såkaldte venner tager screendumps eller sender kommentarer videre til deres venner. Et godt råd er at tænke sig grundigt om, inden man skriver noget om sin arbejdsplads og sender det ud til en større kreds af personer,” siger KL’s chefkonsulent.

cso@dsr.dk

Frirum eller udstillingsvindue?

I efteråret 2010 afholdt KL to konferencer med titlen ”Sociale medier - medarbejdernes private frirum eller arbejdsgiverens udstillingsvindue?” På konferencerne fik kommunerne inspiration til at håndtere medarbejdernes brug af de sociale medier. En af hovedkonklusionerne var, at kommunerne skal rådgive deres medarbejdere i korrekt og sikker brug af de sociale medier snarere end at udarbejde regler for brugen.

Kilde: Helle Groth Christensen, KL

Ansvarlighed og omtanke er kodeord

Kun hver femte virksomhed har udarbejdet retningslinjer for medarbejdernes brug af de sociale medier ifølge rapporten Social Media Factbook. En af de offentlige virksomheder, der har udarbejdet retningslinjer, er Svendborg Kommune, som også selv bruger Facebook i sin kommunikation med borgerne.

"Vi vil gerne være en åben kommune, og derfor er det naturligt, at både vi som kommune og vores medarbejdere færdes i de sociale netværk som Facebook, LinkedIn, MySpace og Youtube," siger kommunikationskonsulent i Svendborg Kommune, Søs Grützmeier.

Da Svendborg Kommune gik på Facebook for et halvt års tid siden, besluttede den ud fra en forebyggende tankegang at udarbejde en vejledning med 12 gode råd om Facebook, som skal hjælpe medarbejderne i at undgå de værste faldgruber.

"Overordnet appellerer vi til, at de ansatte udøver ansvarlighed og omtanke over for det, de arbejder med, både i e-mails, på Facebook eller andre sociale medier - at man ikke skriver noget, man ikke kan stå inde for," siger Søs Grützmeier.

12 gode råd om Facebook

- 1** Opfør dig på Facebook, som du ville gøre det på kontoret - hav den samme respekt over for din arbejdsplads, kollegaer og chef på nettet som i virkeligheden. De kan ofte alle kigge med. Også selv om du ikke er venner med dem på Facebook. De er måske venner med andre, der kender dig.
- 2** Skift dit kodeord ofte - så minimerer du risikoen for at blive hacket.
- 3** Brug ikke din almindelige mail - opret en særskilt mailadresse f.eks. hotmail eller gmail, som du bruger på Facebook.
- 4** Bliv ikke lokket af annoncer - Facebook kan ikke garantere, hvad der gemmer sig bag den enkelte annonce.
- 5** Overvej, hvilke applikationer du vil bruge - det kan være svært at gennemskue, hvilke informationer der bliver trukket ud af din profil, og hvad de bliver brugt til.
- 6** Overvej, hvad du lægger ud af billeder - der er ingen fortrydelsesret på nettet. De pinlige billeder fra byturen forbliver i cyberspace, selvom du senere sletter dem på din profil.
- 7** Læg ikke billeder og oplysninger ud om andre - spørg om lov, inden du offentliggør information om andre.
- 8** Pas på ordvalget. Du må ikke skrive om forhold, hvor du bruger injurierende eller diskriminerende udsagn. Overvej nøje, hvad du skriver om din arbejdsplads.
- 9** Opret differentierede vennelister, og overvej, hvem der må se hvad på din profil. Adskil evt. i familie, venner og kollegaer. Skal alle kunne skrive på din væg, se dine billeder, dit telefonnummer og mail?
- 10** Beskyt dine venners identitet - skjul din venneliste på Facebook.
- 11** Læs vejledningen om privatlivspolitik på Facebook, inden du opretter dig som profil.
- 12** Kort sagt: Brug din sunde fornuft - også på Facebook.

Hent rapporten *Social Media Factbook* på www.socialsemantic.eu

Kilde: Svendborg Kommune.

Løftet pegefinger går rent ind



Lill Moll, Peter Lange,
Birthe Hellquist Dahl (red.)
KOL - sygdom, behandling og organisation
Munksgaard Danmark 2011
272 sider - 298 kr.
ISBN 9788762809451

En grundig og naturvidenskabelig bog om KOL, men med løftet om en bog for den, der vil tilegne sig viden om KOL-patienter, savner man flere sygeplejefaglige aspekter.

Der lå den i min postkasse, den nye store bog om KOL. Spændt løb jeg, uden den mindste smule åndenød, op til 5. sal, satte mig i sofaen og tog bogen i skødet.

De tre hovedforfattere er de helt tunge drenge/piger i Danmark, når vi snakker om ekspertviden om KOL. Navnet Lill Moll er kendt af mange, ikke mindst dem som for tiden arbejder med forløbsprogrammer. Peter Lange er forfatteren bag utallige artikler om KOL, og endelig er der Birthe Hellquist Dahl, der livslangt har beskæftiget sig med KOL-patienter. Der er ingen tvivl om, at vi er i gode hænder.

De øvrige 28 højt specialiserede fagfolk, som indgår i forfatterrækken, er kendte navne, som alle er med til at give bogen et troværdigt og overbevisende indtryk. Forfatterne beskriver bogen som

tværfaglig, men den store overvægt af læger i forfattergruppen giver bogen et stærkt naturvidenskabeligt præg. Jeg bemærker hurtigt, at bare tre sygeplejersker bidrager til bogen, og tænker ved mig selv: "Hvordan kan det være? Er målgruppen også mig?"

Forfatterne ønsker at give os et opslagsværk, og det må siges virkelig at være lykkedes med denne bog. Der er en super god og detaljeret indholdsfortegnelse, som fungerer, som den skal, og som jeg kraftigt kan anbefale: Brug tid på at læse hele indholdsfortegnelsen igennem, find det, der interesserer dig, og læs kapitlet. På den måde begyndte jeg med det interessante kapitel skrevet af en rigtig patient. Det tror jeg faktisk aldrig, jeg har oplevet i en fagbog før. Det var rigtig godt at læse Hjørdis' fortælling. Hendes løfte- de pegefinger til os går rent ind.

Kapitlerne er mange, men korte, og afsluttes med en supplerende litteraturliste, som gør det let for læseren at fordybe sig yderligere i emnet.

Brudstykker af psykosomatikkens historie

Lars Ole Andersen har tre formål med sin undersøgelse af placebo-begrebets historie. For det første vil han finde ud af, i hvor høj grad man har brugt patienternes evne til at indbilde sig noget som forklaring på sygdom. For det andet vil han se på, i hvilke sammenhænge begrebet indbildningskraft, som han ser som forløberen til forestillingen om placeboeffekt, har udfoldet sig. For det tredje vil han forsøge at finde ud af, på hvilken måde indbildningsbegrebet blev transformeret til andre begreber.

Det gør han ved at udvælge fire emner, hvor diskussionen om indbildningskraft er central. Det første emne er de livlige debatter om, hvorvidt moderens indbildningskraft kunne påvirke fosterets sundhed, som fandt sted i 1700-tallet. F.eks. forestillede man sig, at barnet kunne få deformiteter, hvis den gravide så noget skræmmende.

Det andet emne er belysning af mesmerisme, en teori om animalsk magnetisme, som lægen Franz Anton Mesmer fremlag-

de i 1700-tallet. Mesmers magnetiske strygninger blev diskuteret i 1800-tallet og gav næring til diskussioner om indbildningskraftens betydning mellem tilhængere og modstandere.

Det tredje emne er perkinisme, en behandling mod alle tænkelige ondt, som den amerikanske læge Elisha Perkins lancerede i 1795. Behandlingen bestod i, at man trak nogle specifikt fremstillede metalnåle henover og væk fra det syge sted. Indbildningskraften kom ind i billedet, fordi mange viste, at denne behandling også kunne virke, når den blev udført med andre redskaber, og når man trak den forkerte vej.

Det fjerde emne er homøopati, som blev introduceret af den tyske mediciner Samuel Hahnemann i 1796. Der er blevet udført en del forsøg med maskeret homøopati, som har vist, at væsker uden homøopatiske substanser også kan helbrede. Så også her kom indbildningskraften i skudlinjen.

På trods af de nævnte behandlingers spekulative karakter, ikke mindst når de anskues retrospektivt, påviser Andersen, at de nye behandlinger, som kom i og med oplysningstiden, i høj grad var inspireret af den spirende naturvidenskab. Dertil kom, at de mange nye behandlinger ofte blev præsenteret af læger, der ikke havde høj social status, således at der blandt lægerne var tale om en social mobilitet.

Der er ingen tvivl om, at forfatteren har arbejdet grundigt med sit materiale. Men de mange minutøse detaljer gør det til tider svært at finde den røde tråd. Man bliver flere gange i tvivl om, hvorvidt der nu også er en plausibel forbindelse mellem det indbildningsbegreb, som blev anvendt i 1700-tallet og nutidens placebo-begreb. På mange måder peger det historiske stof mere hen mod nutidens alternative behandlingstilbud end mod placebo-begrebet, som det anvendes i moderne medicin. Vi har at gøre med en videnskabelig afhandling; der er et mylder af referencer og

Lærerig sammenligning

Jeg savner for mit fag en nærmere beskrivelse fra eksperterne af de blødere aspekter i KOL-patientens liv. Hvordan hjælper vi patienterne med bedre at mestre deres kroniske sygdom? Hvad betyder utryghed og angst for KOL-patienten? Hvordan uddanner og motiverer vi patienterne? Hvad betyder de pårørende? Disse aspekter berøres kun ganske kort af Birthe Hellquist Dahl.

For meget erfarne lungesygeplejersker indeholder bogen ikke mange nyheder, dog var kapitlet om terminale KOL-patienter nyt for mig, og det interessante er her, at der, som det eneste sted i bogen, er hentet eksperter fra udlandet for at beskrive området. Måske er der her et felt, som mangler bevågenhed i Danmark.

Af Steffen Hogg Christensen, lungesygeplejerske, freelance.



Lars Ole Andersen
Før placeboeffekten. Indbildningskraftens virkning i 1800-tallets medicin
 Museum Tusulanums Forlag 2011
 249 sider - 250 kr.
 ISBN 978 87 635 2590 9

utallige citater på originalsproget, som spænder ben for en mere flydende læseoplevelse, som bogen med sine mange morsomme islæt ellers lægger op til.

Af Karen Ellen Spannow, sygeplejerske og etnograf.

En gruppe danske forskere har gennemført en sammenlignende undersøgelse mellem den amerikanske sundhedsorganisation Kaiser Permanente og det danske sundhedsvæsen. Formålet er at sammenligne seks præstationsmål: omkostninger, kvaliteten af sundhedsydelser, forbrug af sengedage, antallet af sundhedsprofessionelle og socioøkonomiske samt helbredsrelevante data.

Undersøgelsen viser, at patienter hos Kaiser Permanente har højere uddannelse og er økonomisk mere velstillede end befolkningen i Danmark, men også i højere grad lider af kroniske sygdomme. Kaiser Permanente er bedre til at identificere de syge tidligt gennem screening og hurtig diagnostik. Der er betydelig bedre sammenhæng mellem de forskellige former for indsats, bedre opfølgning i form af kontrol og patientstøtte og bedre dokumentation af indsatsen. Amerikanerne bruger også flere kroner på ydelserne, men det skal ses i lyset af, at gennemsnitsamerikaneren bruger dobbelt så mange sundhedskroner årligt som gennemsnitsdanskeren. Forbruget af sengedage ligger omkring to tredjedele lavere hos Kaiser Permanente, og de er færre ansatte end i det danske system.

Der er et fint metodisk afsnit, som gør rede for de fordele og faldgruber, der er ved sammenlignende undersøgelser (benchmarking), og der tages ligeledes højde for, at Kaiser Permanente er et stort nonprofit sundhedsforsikringselskab i USA.

Analyserne er spændende og lærerige, og ud over de nøgterne data afslører kulturen mange interessante vinkler.

Personalets løn er knyttet til kvalitetsdata og patienttilfredshed, så brugen af kliniske retningslinjer, løbende audit og kvalitetsvurderinger er hverdag. Det er en selvfølge, at personalet er habile og rutinerede it-brugere og arbejder i mange timer til høj løn.

Værktøjerne er pålidelige, og det er en organisation, som lader sig akkreditere, både ved Joint Commission International og et internet-akkrediteringsystem. Sundheds-it er i top. F.eks. en elektronisk patientjournal, der giver adgang til mange kliniske funktioner: behandlingsregister, rekvisitioner fra behandlere, beslutningsværktøjer, sikkert meddelelsessystem og en webbaseret sundhedsportal for patienterne. Systemet indeholder desuden resuméer til patienten efter hver konsultation. Forløbsprogrammer for patienterne har været anvendt siden midten af 90'erne, så alt det kliniske er på plads omkring sammenhængende forløb for patienterne.

Konklusion: Det danske sundhedsvæsen kan lære af Kaiser Permanente.

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



Anne Frølich (red.)
Hvad kan det danske sundhedsvæsen lære af Kaiser Permanente?
 Syddansk Universitetsforlag 2011
 134 sider - 148 kr.
 ISBN 978-87-7674-568-4



Skadestuen i Odense er en af landets mest travle, og der er konstant aktivitet ind og ud af modtagelsen.



På en normal dag er der 10 sygeplejersker på vagt, og de kan hurtigt få noget at se til, eftersom skadestuen i gennemsnit modtager 175 patienter i døgnet.



Selvom den har gemt sig godt, spotter Mette Kalleisen den lille perle i Sebastians næse og redder den frem i lyset igen.

Kortere ventetid i skadestuen

På skadestuen i Odense står sygeplejerskerne for at sortere i patienterne og selv behandle en stor del af dem, inden de sendes videre til lægerne. Det har forkortet ventetiden og øget arbejdsglæden.

AF JULIE WINTHER BENGTSO, JOURNALIST • FOTO: ALEX TRAN

Der er kommet flow i behandlingen af de mindre skader, efter at sygeplejerskerne på skadestuen på Odense Universitetshospital har fået til opgave at sortere i patienterne ved ankomsten til skadestuen, vurdere, om de skal behandles eller sendes hjem, og selv behandle de mindre skader.

Sygeplejersken besøger afdelingen på en ualmindelig rolig torsdag, men på andre tidspunkter oplever sygeplejerske Mette Kalleisen, at patienterne fylder både venteværelse og gange, og så er det godt, at sygeplejerskerne selv kan tage fra.

”Dagene med lang ventetid fylder meget i bevidstheden. Ingen patienter synes, det er fedt at vente i 6-10 timer, og det synes vi heller ikke,” forklarer hun, mens hun viser rundt på de gråhvide gange,

hvor personalet fra Falck hjemmevante triller af sted med både tomme og fyldte senge.

Ved skranken i modtagelsen sidder en koordinerende sygeplejerske, som har ansvaret for at vurdere patienternes skader og triagere dem ved hjælp af kategorierne rød, gul, grøn og blå, som indikerer, hvor længe de bør vente på behandling. Behandlingen af de lettere skader som at lægge gips, tilse mindre hoved- og tand-skader og rense og sy overfladiske sår står sygeplejerskerne nu for. Lidt mere alvorlige skader behandler de, efter at lægen har set patienten. Indtil videre har tre af afdelingens sygeplejersker fået behandleruddannelsen, og det er planen, at de fleste sygeplejersker skal gennemgå uddannelsen i de kommende år.

Sidst på formiddagen tropper Sebastian på tre et halvt år op i skadestuen sammen med sin mor. En af børnehavens perler er kommet på afveje langt oppe i hans højre næsebor. Sebastian er lidt betuttet, men da Mette Kalleisen sætter ham på skødet af mor, viser ham instrumenterne og forklarer, hvad hun gør, falder han hurtigt til ro. Lidt efter griner han tilfreds, da hun har held med at suge perlen ud.

”Skal vi ikke lige finde belønningsbakken, for du har da bare været super sej?” spørger hun.

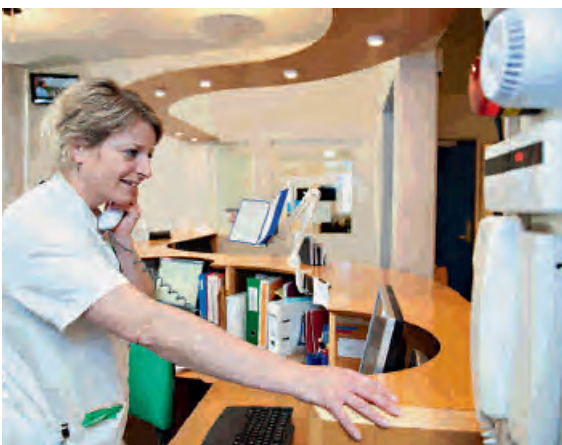
Sebastian er helt enig og fejrer fundet af den lille perle med en lille plastikdinosaur. 12 minutter efter de kom, er Sebastian og mor ude ad døren igen.

Lægerne på afdelingen er glade for at



Sygeplejerske Mette Kallesen er glad for selv at behandle flere af patienterne i skadestuen: "Det giver en større faglig tilfredsstillelse, men det stiller også andre krav til dokumentation, for nu har vi ansvaret som behandlere."

<http://www.do-f.dk/>



Telefonen i modtagelsen er sjældent tavs ret længe ad gangen. Ofte ringer borgere ind med spørgsmål om skader, som sygeplejerskerne kan hjælpe dem med over telefonen.

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

"Jeg var med til at tage imod en mand, som kom ind med hjertestop. Han afgang desværre ved døden, og hele familien var her. Det var en meget ressourcestærk familie, og det var rart at opleve, at hustruen trods den svære situation havde overskud til at sige tak for god behandling, da min vagt sluttede."

og større arbejdsglæde

kunne bruge sygeplejerskerne til flere opgaver:

"Det har været en kæmpe hjælp, ganske enkelt," siger læge Jytte Kristiansen og understreger samtidig, at de ikke går på kompromis med kvaliteten ved at lade sygeplejersker behandle:

"Det er jo kun erfarne sygeplejersker, som har set tingene 100 gange, der behandler, og lige så snart det er mere end et overfladisk sår, gør vi det sammen."

En rolig dag bliver pludselig mere hektisk, da sygeplejersken ved skranken modtager en besked og ringer videre:

"Det er fra skadestuen, vi har et traume-kald. Ambulancen er her om en halv time."



jwb@dsr.dk

Når man har været dygtig og siddet helt stille, vanker der en gave fra belønningsbakken.

Pernille Bondo-Kozuch fortæller

Sygeplejerske Pernille Bondo-Kozuch har som de fleste af sine kolleger travlt med arbejde, mand og børn. Alligevel har hun valgt også at tage tillidsrepræsentantkasketten på for at sikre, at hendes kollegers fremtid og arbejdsmiljø er under ordentlige forhold i Region Hovedstadens Psykiatri.

AF MILLE DREYER-KRAMSHØJ, JOURNALIST • FOTO: SIMON KLEIN-KNUDSEN

Med en igangværende diplomuddannelse, et job som distriktspsykiatrisk sygeplejerske, en nyligt overstået barsel og et familieliv, der tæller fire børn, hvoraf to er sammenbragte, skulle man tro, at 30-årige Pernille Bondo-Kozuch har rigeligt at gøre i hverdagen.

Alligevel valgte hun for to år siden også at skrive tillidsrepræsentant på CV'et.

”Jeg arbejder med ambulans behandling, så jeg har god mulighed for at plan-

zuch, som forventer, at den kommende tid til gengæld vil byde på store omvæltninger.

”Det er lidt uvist, hvordan vilkårene for tillidsrepræsentanterne bliver i fremtiden. Det, der er stillet i udsigt nu, vil betyde, at jeg fremover skal være tillidsrepræsentant for mellem 60 og 80 sygeplejersker på flere forskellige områder,” siger Pernille Bondo-Kozuch.

Hun ved endnu ikke, om hun vil blive

”Jeg blev valgt på et medlemsmøde lidt med bukserne nede, kan man vist roligt sige. Jeg sagde på mødet, at jeg syntes, det kunne være interessant at prøve, men jeg havde ikke lige regnet med, at det betød, jeg så også var valgt,” smiler Pernille Bondo-Kozuch og forklarer, hvorfor hun dengang overvejede at blive repræsentant for kollegerne.

”Det var i høj grad muligheden for at fodre ledelsen med sygeplejerskernes historier og være med der, hvor man bliver hørt. Som tillidsrepræsentant kan jeg synliggøre, hvad de politiske retninger gør ved sygeplejerskernes arbejde,” forklarer hun.

Det er mærkbart vigtigt for Pernille Bondo-Kozuch, at sygeplejerskerne er stærkt repræsenterede i de rum, hvor beslutningerne skal tages. Hun understreger flere gange, at sygeplejerskerne har brug for at fastholde og bevidstgøre andre om deres faglighed.

”Vi skal tale om sygeplejerskernes hverdag, og hvad det er, vi særligt kan i forhold til andre faggrupper. Som det politiske billede ser ud nu, bliver der gjort tanker om, at der måske er andre, der kan overtage nogle af vores stillinger. Jeg ser det som en af mine opgaver at være med til at tydeliggøre, at vi ikke kan erstattes,” siger hun.

Derfor håber hun på, at hun fremover vil få flere repræsentantkolleger.

” Hvis jeg udelukkende skal tage hensyn til min interesse for det, vil jeg helt sikkert stille op næste gang.

lægge min tid som tillidsrepræsentant og lægge møder, så de passer med patienterne,” fortæller Pernille Bondo-Kozuch, som skønner, at hun bruger mellem to og seks timer ugentligt på repræsentantarbejdet.

Hun har sat sig ved et bord i hjørnet af sit store, lyse kontor på femte sal på Strandboulevarden i København, hvor Region Hovedstaden Psykiatri har til huse. Ud ad vinduerne, der går fra gulv til loft, har hun udsigt til Nordhavns havneindustri med de fastboende kraner og hejsemaskiner.

Ud ad glaspartiet mod gangen kan hun overskue afdelingen, hvor hun er tillidsrepræsentant for 18 kolleger.

ved med at være repræsentant, hvis vilkårene ændrer sig.

”Det er svært at sige. Det kommer meget an på, hvordan det reelt ender med at blive. Hvis jeg udelukkende skal tage hensyn til min interesse for det, vil jeg helt sikkert stille op næste gang. Men med børn og igangværende uddannelse kræver det, at jeg er sikret ordentlige vilkår,” siger hun.

Synliggør fagbevidstheden

Interessen har Pernille Bondo-Kozuch haft helt fra starten, og hun gik længe og legede med tanken om at blive tillidsrepræsentant. Alligevel kom det lidt overraskende, da hun for to år siden fik posten.

Fremtiden er uvis

Overskueligheden er der også i repræsentantarbejdet på trods af ændringer i strukturen i Region Hovedstadens Psykiatri.

”Jeg kom tilbage fra barsel for et halvt år siden og kan godt mærke, her er sket nogle forandringer. Men mine kolleger har ikke brugt mig så meget, som det sker andre steder. Vi har ikke haft fyringer eller store omvæltninger, så her er heldigvis meget ro på,” siger Pernille Bondo-Ko-

Kend din repræsentant

De færreste vil undvære, men de fleste vil helst overlade det til andre. Posten som tillidsrepræsentant kan være svær at afsætte, men de, der tager den, ender oftest med at varetage deres kollegers interesser i flere år.

I sidste og dette nummer sætter *Sygeplejersken* fokus på tillidsrepræsentanternes rolle i et forandret sundhedsvæsen.

Læs bl.a. her om sygeplejerske Pernille Bondo-Kozuch, der er TR for de distriktspsykiatriske sygeplejersker i København, og se, hvorfor næstformand i Dansk Sygeplejeråd Anni Pilgaard håber, at flere i fremtiden vil være repræsentanter for deres kolleger.

ler sygeplejerskernes historie

Blå bog

Pernille Bondo-Kozuch er 30 år, gift, mor til fire børn, hvoraf to er sammenbragte. Hun arbejder som distriktspsykiatrisk sygeplejerske i Region Hovedstadens Psykiatri. Hun er tillidsrepræsentant for 18 sygeplejersker og bruger mellem to og seks timer om ugen på hvervet. Hun blev uddannet sygeplejerske i 2004 fra det daværende Frederiksborg Amts Sygeplejerskole, i dag Sygeplejerskeuddannelsen Nordsjælland.



”Der er et stort behov. Hvis vi er interesserede i at beholde vores domæne og have de positioner, vi har nu, er vi nødt til at have nogle, der kan tale vores sag og vise, hvorfor det er vigtigt, der er sygeplejersker. Vi skal tage et fælles ansvar for at sikre vores fagidentitet,” siger hun og understreger, at sygeplejerskerne også er dem, som sikrer patienternes rettigheder bedst.

”Vi skal anerkende, at patienterne har behov for, at der stadig er sygeplejersker. Derfor er der flere, der skal stille op som tillidsrepræsentanter og kæmpe for vores fag.”

Flere kasketter

Pernille Bondo-Kozuch ved, det kan være svært at rekruttere til tillidsrepræsentantposterne, og at det til tider kan virke krævende, men hun synes selv, det er en god position.

”Det er meget spændende, og der er brug for mange flere. Det er selvfølgelig godt at have lysten til og interesse for at sætte sig ind i det organisatoriske, dels hvad Dansk Sygeplejeråd er som fagorganisation, men også hvad der er af regler for det arbejdssted, man er på,” siger hun og fremhæver en af fordelene ved at være repræsentant: ”Jeg får f.eks. en masse viden, før andre gør. Jeg ved, hvad der rører sig, og det giver en form for sikkerhed at vide, hvad man sandsynligvis kan forvente.”

Pernille Bondo-Kozuch vurderer, at en af de væsentligste ting, man skal kunne som tillidsrepræsentant, er at kunne navigere imellem flere roller. Man er stadig sygeplejerske og kollega, men man er også forhandler med ledelsen og repræsentant i forskellige fora.

”Man har flere kasketter, så man skal være opmærksom på, hvornår man taler på egne og på medarbejdernes vegne. Men det vigtigste er, at man har lyst til det. Alt det andet kan man lære,” siger hun.

mdk@dsr.dk

Spring ud som kollegial stemme

Ingen vil undvære, men mange afholder sig alligevel fra at gøre det. Tillidsrepræsentantskabet er en forpligtende og til tider tidskrævende post, men det er også en mulighed for faglig og personlig udvikling og sparring på kryds og tværs af specialer. Man skal ikke betænke sig, man skal bare ud og prøve det af, opfordrer Dansk Sygeplejeråds næstformand Anni Pilgaard.

AF MILLE DREYER-KRAMSHØJ, JOURNALIST

Flere sygeplejersker vil være tillidsrepræsentanter, eller som det kaldes i daglig tale "TR'er".

Siden 2008 er 4 pct. flere sygeplejersker sprunget ud som deres kollegers repræsentanter, viser de seneste tal fra Dansk Sygeplejeråds analyseafdeling, og det glæder næstformand Anni Pilgaard.

"Der er et generelt billede af, at der ikke har været kø til posten, men vi kan se, at der flere steder begynder at komme kampvalg," fortæller hun og påpeger, at tillidsrepræsentanterne er glade for posten, når først de har den.

"Når de oplever, hvor stor indflydelse de har, virker det ekstra motiverende, og mange bliver ved i flere år. Det kan godt være, det ikke forekommer godt at blive TR, men vi skal sørge for, at det er godt at være det," smiler hun.

Anni Pilgaard opfordrer alle, der har en spirende kollegarepræsentant i maven, til at kaste sig ud i det.

"Er du et sted, hvor der ikke er valgt en TR, skal du ikke betænke dig. Kun ved at opleve det indefra kan du se, om det er noget. Det er rigtig vigtigt med TR-dækning på alle arbejdspladser, så vi sammen kan styrke vores fag og organisation. Hvis ikke vi selv øver indflydelse, er der andre, der gør det for os," siger hun.

Fremtidens repræsentant

Anni Pilgaard forventer, at fremtidens sygehuse vil give mere indflydelse til flere tillidsrepræsentanter.

"Jeg tror, vi vil få nogle tillidsrepræsentanter, som kommer til at opleve, at de får en større rolle, når dagsordenen skal sættes for fremtidens sundhedsvæsen. Vi vil som faggruppe blive toneangivende for sygeplejens udvikling, og det skal vi udnytte i et positivt samarbejde med de øvrige faggrupper. Vi skal være åbne for samarbejdspartnere og alliancemuligheder, så vi opnår størst mulig indflydelse på fremtidige strategier," siger hun og påpeger, at øget indflydelse også betyder, at medlemmerne skal kunne se sammen-

Tillidsrepræsentanten flytter ind i det virtuelle rum

På www.dsr.dk kan du læse meget mere om, hvilke muligheder du har som fællestillids- og tillidsrepræsentant. Find TR-kompasset i venstre menu på forsiden under "tillidsrepræsentant", eller find dine lokale grupper i topmenuen under "karriere & netværk".

Som TR eller FTR kan du deltage i debatter, diskussioner og faglig sparring i grupperne, der er opdelt efter geografi, interesser mv. Du kan f.eks. finde lokale grupper eller tilmelde dig en gruppe, der tager udgangspunkt i dit særlige område, hvis du f.eks. er sygeplejerske i forsvaret, arbejder med spædbørn eller lignende. På TR-kompasset kan du læse om bl.a. uddannelsesmuligheder, konferencer, TR-kollegierne, ny som TR, eller hvad der sker lokalt i din kreds. Her kan du også se de mest relevante nyheder ved at klikke på den dagsaktuelle presseklipfunktion. Som TR kan du desuden på din profil altid se, hvem du er TR for. I øjeblikket står dine medlemmer listet med medlemsnummer, men en ny og forbedret udgave af "Hvem er jeg TR for" er på trapperne, hvor du vil kunne sortere i visningen efter navn og afdeling.

hængen mellem organisationen og tillidsrepræsentanterne på arbejdspladserne.

"Vi skal afstemme med medlemmerne, hvad de forventer af alle led i organisationen, så de hele tiden oplever, at vi arbejder for og med dem. Først når tingene hænger sammen og giver mening for den enkelte sygeplejerske, har vi en reel sammenhængskraft. For at opnå det er tillidsrepræsentanterne en særdeles vigtig faktor," understreger hun.

Først og fremmest sygeplejersker

De nye sygehusstrukturer vil give flere og større udfordringer, mener Anni Pilgaard,

som forventer, at rammerne for repræsentanternes rolle vil ændre sig på flere punkter over de næste 10 år.

"I fremtiden vil tillidsrepræsentanternes samarbejde med ledelserne blive organiseret på andre måder, fordi ledelserne omorganiserer. Det betyder, at vi skal være parate til nytænkning, da det stiller helt nye krav til det nære samarbejde. Nogle af TR-kollegierne vil vokse til størrelser mellem 70 og 100 repræsentanter, og det vil give store udfordringer internt. I dag er der allerede steder, hvor tillidsrepræsentanter varetager ca. 100 kollegers interesser fordelt på flere forskellige geografier. Det kan vi risikere i stigende grad bliver et krav fra arbejdsgiverne, og det skal vi arbejde kraftigt for ikke sker."

Anni Pilgaard understreger samtidig, at det er vigtigt at fastholde, at det skal være muligt at udøve sygeplejefaget samtidig med tillidsposten. Derfor mener hun, det er u hensigtsmæssigt at begrænse antallet af tillidsrepræsentanter ved f.eks. i stedet at indføre fuldtidsfrikøb, som det tidligere er blevet foreslået.

"Det er en farlig vej at gå. Den daglige kontakt med kollegerne er det vigtigste, vi har, og den mister vi, hvis vi tager TR'erne væk fra deres nærmiljø," siger hun.

Prøv TR-quizen

Kommende, ny, erfaren eller bare nysgerrig? Kender du tillidsrepræsentanternes rolle, og har du styr på organisations- og fagstof?

På www.dsr.dk kan du teste, hvor meget du ved om at være tillidsrepræsentant, og lære om tillidsmands-systemets historie.

Se om du kan svare rigtigt på alle spørgsmål, og prøv at udfordre dine kolleger i TR-quizen.

Du kan finde linket til quizen under TR-kompasset i venstre menu.

mdk@dsr.dk

Kirurgisk røg: Løsningen ligger lige for...

Eksperter anbefaler at røgsug på operationsstuer får et kvalitetsløft. I Danmark efterlever hospitalerne lovgivningen om at suge røg, men mange løsninger er slet ikke på et højt nok niveau. Men løsningen ligger lige for, mener LiNA Medical, der udvikler både diatermihåndtag med sug og selve røgsugmaskinen til at fjerne den farlige røg effektivt.



Arbejdstilsynet har siden 2001 påbudt hospitaler og privatklinikker at fjerne operationsrøg for at forbedre arbejdsmiljøet i forbindelse med laser, elektro og ultralyds kirurgi. Det har stillet store krav til opgradering af det teknologiske niveau på operationsstuer. Røgen kan enten fjernes ved hjælp af lokalsug, f.eks. sug i selve diatermihåndtaget, eller punktsug, typisk ophængt i loftet. Begge systemer skal kobles til hospitalets centrale udsugning og ledes ud i det fri.

”Man accepterer jo tingenes tilstand”

For ca. fem år siden blev operationsafsnittet på kolorectal-mammae/endokrin-afdeling på Århus Sygehus opdateret med helt ny teknologi til evakuering af operationsrøg:

LiNA™ Shark.

- Der er altid plads til forbedringer på arbejdspladsen, men ofte er personalet ikke gode nok til enten at opdage eller sætte foden ned, når de fysiske arbejdsforhold er for ringe. Langt hen ad vejen kan teknologien hjælpe, men det kræver nogle til at sætte processen i gang, siger sygeplejerske Mariann Vester, som også er arbejdsmiljørepræsentant.

- Man accepterer tingenes tilstand og er ikke altid god nok til at vide, hvordan de kan blive bedre.

På afdelingen på Aarhus Sygehus begyndte de med udsug på diatermiapparaterne for cirka fem år siden i forbindelse med et pålæg fra Arbejdstilsynet.

- Når udfordringerne først er løst, så står man altså tilbage med en stor forbedring. Hvis vi på operationsstuen en sjælden gang ikke har tændt udstyret eller i forbindelse med små operationer er nødt til at operere uden den stærke udsugning, så oplever vi slemme lugtgener, siger Mariann Vester.

Teknisk kvalitetsløft kan forbedre arbejdsmiljø

- Vi støder nogle gange på det problem, at der ikke er tilstrækkelig kapacitet i ældre installationer, og vi kan også konstatere at etableret røgsug ikke virker godt på grund af rørsystemerne. Operationsrøg lugter forfærdeligt og indeholder skadelige partikler, siger klinisk medicotekniker Torben Geert, Aarhus Universitetshospital.

Utilstrækkelig beskyttelse

I Danmark findes der ikke undersøgelser af gener i forbindelse med røg og arbejdsmiljø på operationsstuer, men stikprøver viser, at praksis varierer, og at teknologien sagtens kan opgraderes.

- Det teknologiske niveau kunne helt sikkert være bedre. Der er altid plads til forbedringer og stor forskel på systemernes kapacitet. Håndtagene skal være korrekt ergonomiske udført, og det er også vigtigt, at kirurgen har en god fornemmelse for betjeningen af knapperne på diatermihåndtaget, afslutter Torben Geert.

Effektivt håndtag

Internationale undersøgelser anbefaler lokale evakueringsystemer, hvor der suges højst 2-5 cm fra på operationsområdet. Og her kommer LiNA Shark ind i billedet.

LiNA Shark er et elektrokirurgisk håndtag med fuldt integreret røgevakueringsfunktion. LiNA Medical har udviklet håndtaget med henblik på, at brugen skal være optimal for kirurgen. Den er udformet ergonomisk korrekt og ligger således godt i hånden samtidig med, at spidsen er så smal, at den ikke hindrer udsynet. Håndtaget har en fleksibel letvægtslange, der er koblet til et effektivt udsugningsapparat. Apparatet, også udviklet af LiNA Medical, giver et lydsvagt og kraftigt aspirationsflow og en effektiv filtrering af partikler og lugt.



Innovation without boundaries

Bente Martinsen er 44 år. Hun har arbejdet i hjertemedicinske og neurologiske afdelinger samt undervist på sygeplejerskeuddannelsen. Hun blev ph.d. i 2008 og er aktuelt ansat som adjunkt på Afdeling for Sygeplejevidenskab ved Aarhus Universitet.



Sygeplejersker kører med cykelhjelm

Når jeg møder et fremmed menneske, der fortæller mig, at han eller hun er sygeplejerske, synes jeg straks, jeg kender vedkommende. Der opstår en umiddelbar sympati hos mig, og den ukendte får øjeblikkelig prædikatet "et ordentligt menneske" i min underbevidsthed. Jeg synes, jeg med det samme ved en hel masse om min nye samtalepartner. Alene den kendsgerning, at vedkommende på et tidspunkt har valgt at tage en sygeplejerskeuddannelse, betyder for mig, at der er tale om et menneske af en særlig kaliber. Her er én, der ikke prøver at krybe udenom i livets store spørgsmål. I min bevidsthed er en sygeplejerske en ansvarsfuld person, der med stor sandsynlighed ved, at K.E. Løgstrup ikke var fodboldspiller og måske også kender det berømte citat: "Den enkelte har aldrig med et andet menneske at gøre, uden at han holder noget af dets liv i sin hånd."

Nu er jeg helt klar over, at min underbevidsthed har tendens til at generalisere, men det tillader jeg ubekymret, fordi det sker i en god sags tjeneste.

Sygeplejersker påtager sig ikke bare ansvar for andre, når de er på arbejde. Sygeplejersker er omhyggelige og omsorgsfulde forældre, der arbejder på deltid, mens børnene er små, og henter dem tidligt fra institution. Poderne forsyner vi med velsmurte madpakker, der er udarbejdet efter de gældende kostanbefalinger, og vi bliver ved langt ind i deres gymnasietid. Sygeplejersker tager ansvar for familiens gamle, som vi hjælper og støtter, ikke mindst hvis de er i berøring med sundhedsvæsenet. Sygeplejersker er også gode ægtefæller. Nogle fungerer oven i købet som "baglands-ægtefæller", samtidig med at de passer deres egen karriere (når børnene er blevet store). Sygeplejersker kender betydningen af at få motion; selv om jobbet kan implicere en del bevægelse, cykler vi på arbejde (med cykelhjelm naturligvis) og tager på aktiv ferie. Mange sygeplejersker kan også mobilisere en vis portion social indignation og taler gerne de svages sag. Sygeplejersker køber avisen af den hjemløse og venter tålmodigt på, at den svagtseende kunde identificerer de rigtige mønter i kassekøen. Ved busstoppestedet skæver vi til den gamle dames monstrøst hævede ankler og stiller diagnosen "dårligt hjerte". Vi kan slet ikke lade være med at lytte til naboens besværede vejtrækning, når vi taler med ham over hækken, mens vi i vort stille sind anbefaler ham at holde op med at ryge.

Sygeplejersker er flittige og hjælpsomme. Mange af os arbejder i gruppe, hvor den enkeltes indsats har stor betydning

for de andre gruppemedlemmers arbejdsbyrde. Vi er vant til at give den en ekstra skalle for at hjælpe en kollega eller dække en sygdomsramt vagt. Sygeplejersker er ikke ukendte med overarbejde og forsvundne fridage, og det er ingen naturlov at have fri til højtider. Frihed vil ofte bero på en forhandling, og selv mange år efter at vi eventuelt er landet i en vagtfri stilling, kan vi glæde os over at være sikret frihed til jul, påske og pinse. Hvad angår efter- og videreuddannelse, må sygeplejersker tage prisen som det mest ihærdige folkefærd. Sygeplejersker deltager i alle former for uddannelse og er ikke blege for at klatre over, hvor gærdet er højest. I nogle tilfælde finansierer vi oven i købet selv festen.

I de senere år har jeg med svulmende hjerte flere gange i store forsamlinger af fagfæller stillet mig selv spørgsmålet "hvorfor er alle dog ikke sygeplejersker?"

” Sygeplejersker køber avisen af den hjemløse og venter tålmodigt på, at den svagtseende kunde identificerer de rigtige mønter i kassekøen.

"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.

MIG OG MIT JOB

Navn: Anita Lunde, 38 år. Uddannet fra Sygeplejeskolen i Vejle i 1997, eksamineret akupunktør i 2004 og kandidat i Sygeplejevidenskab 2007.

Stilling: AC-fuldmægtig i Center for tværvideenskabelige evalueringsstudier af komplementær og alternativ behandling (CCESCAM) ved SDU, Odense.

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST

Hvad er det bedste ved dit job?

"Det er fagligt meget udfordrende, og det er inspirerende at arbejde i det tværfaglige team sammen med psykologer, antropologer, sundhedsøkonomer, læger og en biolog."

Hvad er det værste ved dit job?

"Der er ikke noget, jeg vil beskrive som det værste, men jeg savner den direkte patientkontakt og det basale sygeplejearbejde."

Hvad ville du lave, hvis du ikke var sygeplejerske?

"Jeg er rigtig glad for mit fag. Men skulle jeg vælge om, ville jeg nok have kastet mig over en universitetsuddannelse inden for det sundhedsfaglige område med det samme."

Hvad var dit første job?

"Primærsygeplejerske i Vejle Kommune."

Hvad er det bedste job, du har haft?

"Jeg har haft mange gode job og fået mange gode ting med fra dem alle."



FOTO: SYDDANSK UNIVERSITET/ODENSE

Hvad er det værste job, du har haft?

"Jeg har altid godt kunnet lide tal, men jeg har været i lære som revisor, og det var ikke noget for mig."

Hvordan vil du beskrive dit job i én sætning?

"Jeg tager mig af administrative og forskningsmæssige opgaver i CCESCAM."

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

"Det har været meget udfordrende at lave min egen undersøgelse lige fra projektan søgningen til at få bevillingen til at sidde med dataindsamling og analyse. Jeg har selvfølgelig haft en vejleder, men selv skullet drive processen fra start til slut."

Med hvilke tre ord vil dine kolleger beskrive dig?

"Positiv, interesseret og arbejdsom."

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

"Komplementær alternativ behandling."

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

"Jeg har et godt arbejdsliv, men jeg kunne godt tænke mig, at det var meget nemmere at skabe dialog mellem praksis, f.eks. Odense Universitetshospital og forskning, f.eks. os."

Hvilke tre arbejdsredskaber kan du ikke undvære i dit job?

"Computer, internet og god kommunikation."

Hvordan slapper du af?

"Privat slapper jeg af, når jeg er sammen med min mand og søn på halvandet år. Jeg er vant til at blive afbrudt i mit arbejde, men har jeg nogle konkrete ting, jeg skal have lavet, kan det føles helt afslappende, når jeg lukker mig inde på kontoret for at lave dem."

Hvornår mistede du sidst dit temperament og hvorfor?

"Det er ikke sket her, men jeg kan blive decideret vred, hvis jeg f.eks. bruger tid på at undersøge og komme med forslag til ændrede arbejdsgange, som så alligevel ikke bliver brugt til at ændre praksis, fordi praksis er jo også meget præget af "det, vi plejer"."

Forskningsbaseret efteruddannelse

Livslang læring

Har du behov for at lære noget nyt? Måske er trangen til læring med til at bevare lidenskaben i dit arbejdsliv? Syddansk Universitet tilbyder forskningsbaseret efteruddannelse inden for masteruddannelser og aktuelle enkeltfag.

■ Ring til os på 65 50 10 54 eller skriv til efteruddannelse@sdu.dk

Du kan læse mere om mulighederne på www.sdu.dk/efteruddannelse

Syddansk Universitet har blandt andet masteruddannelser inden for:

- Afdelingsbaseret hospitalsmanagement
- Kvalitet og ledelse i social- og sundhedssektoren
- Medicinsk billeddiagnostik
- Offentlig ledelse (fleksibel)
- Public Management
- Rehabilitering

LIVSLANG LÆRING – DU LEVER KUN, SÅ LÆNGE DU LÆRER



PARENTES



Ind og ud af fængslet

I Vestre Fængsel, der er arresthus for København, afventer varetægtsfængslede indsatte, at deres sag bliver afsluttet. De repræsenterer et bredt udsnit af den danske befolkning. Når de kommer ind i fængslet, ved de ikke, hvor længe de skal være der, og hvordan deres sag vil blive afgjort. I modtagelsen bliver de bl.a. mødt af en sygeplejerske.

"Det er mennesker i krise, og en af mine vigtigste opgaver er at hjælpe dem til at se, at der er muligheder i den anden ende," siger sygeplejerske Jens Herskind, der som én af de 22 sygeplejersker i Vestre Fængsel er ansat til at varetage de indsattes sundhed.

Han er selv gået ind og ud af fængslet siden 1984, og er den sygeplejerske, der er blevet genansat flest gange.

"Når en indsat siger "jeg har ikke været her i et par år", kan jeg svare "det har jeg heller ikke". Vi har en god pingpong," siger Jens Herskind.

(sbk)

FOTO: SØREN SVENDSEN



Sygeplejerskernes a-kasse er landets billigste

Danske Sundhedsorganisationers A-kasse, DSA, er landets billigste a-kasse. Oven i købet for syvende år i træk. Det slår en ny undersøgelse fra Pensionsstyrelsen fast.

”Det er glædeligt, at vi kan tilbyde vores medlemmer landets laveste a-kassekontingent. Men det er ikke en sovepude. Vi arbejder hele tiden på at forbedre vores service uden at hæve kontingentet. Og begge dele er lykkedes,” siger Anni Pilgaard, formand for DSA og næstformand i Dansk Sygeplejeråd.

Kontingentet til en a-kasse består af et forsikringsbidrag og et administrationsbidrag. Forsikringsbidraget er ens for alle a-kasser, men administrationsbidraget fastsætter den enkelte a-kasse selv. DSA har ikke hævet administrationsbidraget de seneste fire år, fortæller Anni Pilgaard.

”Bidraget ligger stadig kun på 58 kr. om måneden for det enkelte medlem. Det synes jeg er flot set i lyset af, at sundhedsvæsenet det seneste års tid har været præget af stillingsnedlæggelser og fyringer med øget arbejdsløshed til følge, hvilket har betydet, at DSA har haft et langt højere aktivitetsniveau.”

Stress og depression kan koste dig sygedagpengene

Flere og flere medlemmer af Danske Sundhedsorganisationers A-kasse, DSA, henvender sig, fordi de ikke kan få forlænget deres sygedagpenge og derfor står uden indtægt.

De ramte medlemmer er typisk sygemeldte med stress, depression eller en anden diffus lidelse, der gør det svært at afklare, om de kan vende tilbage til arbejdsmarkedet. Efter et år med sygedagpenge og arbejdsprøvnings stopper kommunen udbetalingen af sygedagpengene og henviser de sygemeldte til kontanthjælp.

”Det er uhørt, at de, som er blevet syge af at gå på arbejde, kan komme i klemme pga. vage diagnoser og efter et år på sygedagpenge stå uden økonomisk livsgrundlag,” siger formand for DSA Anni Pilgaard.

DSA har via høringsvar gjort beskæftigelsesminister Inger Støjberg og kommunerne opmærksom på problemet og overvejer nu en ny henvendelse.

LEDER

Velkommen til Sygeplejens År

Professionel sygepleje har afgørende betydning for patienterne og borgerne. Vores profession har lange traditioner – som sygeplejersker på højt specialiserede hospitaler eller som hjemmesygeplejersker i borgernes egne hjem. Som sundhedsplejersker og gadesygeplejersker. Som forskere og undervisere. Som fængselssygeplejersker og sygeplejersker i verdens krigszoner.

Uanset hvor i sundhedsvæsenet vi arbejder, er vores viden, erfaring og vores evner til at holde sygeplejen i bevægelse vigtig for at skabe den kvalitet og sammenhæng, patienterne og borgerne har brug for. Sygeplejen er en fantastisk profession, og det er en samfundsmæssigt nødvendig profession. Men netop fordi professionel sygepleje har så stor betydning, er det også vigtigt, at vi har gode vilkår for at udføre og udvikle vores arbejde. Lidt populært kan man sige, at når vi har det godt, er der bedre muligheder for, at patienterne og borgerne også kan få det godt.

Dybest set er jeg ikke i tvivl om, at danskerne ved, at vi sygeplejersker kan rigtig meget. Og jeg ved, at politikere og arbejdsgivere langt hen ad vejen er klar over, at professionel sygepleje har stor betydning for at nå de ambitiøse mål, de stiller op for sundhedsvæsenet. Men vi må aldrig tage vores position for givet. Vores fag står hele tiden over for nye udfordringer, som stiller meget store krav til vores viden og faglighed. Og selvom der er respekt omkring sygeplejen, er det ikke altid, respekten bliver omsat til handling. Det ser vi, når der er arbejdsgivere og meningsdannere, som mener, at normeringer i virkeligheden ikke betyder så meget. Vi ser det, når der er arbejdsgivere, som mener, at vi sagtens kan løse de nye udfordringer med lidt sidemandsoplæring og tilfældige småkurser. Og vi ser det, når politikere mener, at hjemmesygeplejersker sagtens kan erstattes med medarbejdere, som har en kortere uddannelse.

Det er på tide at sætte professionel sygepleje højere på dagsordenen, og der er ikke nogen, der gør det for os. Arbejdet for bedre rammer og vilkår for sygeplejen starter hos os selv, og derfor har Dansk Sygeplejeråd besluttet at gennemføre Sygeplejens År, som starter den 12. maj og varer de næste 365 dage.

I løbet af Sygeplejens År går vi i dialog med omverdenen om betydningen af sygeplejen og om de vilkår, vi får til at varetage og udvikle vores fag. Vi går også i dialog med hinanden om den kurs, vi sammen skal sætte for fremtidens sygepleje.

I dette nummer af *Sygeplejersken* og de kommende numre kan du læse meget mere om Sygeplejens År. Jeg glæder mig til at deltage i de mange aktiviteter sammen med jer. Og jeg glæder mig til, at vi sammen kan give sygeplejen den placering i debatten, den fortjener.

Dorte Steenberg
Dorte Steenberg, næstformand



DSR I MEDIERNE

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

Nu skal patienterne være indlagt hjemme

I stedet for at være indlagt på hospitalet kan kronisk syge patienter med KOL, diabetes eller hjertesygdomme være "udlagt" hjemme. Redskabet er telemedicin.

"De får større frihed, de sparer transport, de bliver i højere grad herre over deres sygdom, og de får større livskvalitet. Men der vil fortsat være en gruppe, der ikke kan og vil, og dem skal der fortsat være traditionel sygepleje og behandling til," siger Dorte Steenberg, næstformand i Dansk Sygeplejeråd til Frederiksborg Amts Avis.

Besparelser vil ramme som en boomerang

Region Midtjyllands beslutning om at fusionere barselsafdelingerne i Herning og Holstebro og skære i antallet af sygeplejersker kan få store konsekvenser for plejen af det enkelte barn og i sidste ende betyde flere udgifter. Det advarer Bente Alkærsig Rasmussen og Anja Toftbjerglund Laursen, begge kreds næstformænd for Dansk Sygeplejeråd Kreds Midtjylland, om i et debatindlæg, der har været bragt i flere regionale aviser i Midtjylland.

Faglig udvikling gør sygeplejersker glade

En ny rapport fra Dansk Sundhedsinstitut, DSI, peger entydigt på, at mulighederne for faglig udvikling er vigtige, hvis en arbejdsgiver vil have effektive og tilfredse sygeplejersker som medarbejdere.

"En høj grad af faglighed i organisationer, der bygger på fagprofessioner, er utrolig vigtig, fordi der er så mange ting, der ikke er skemalagt og derfor afgøres af den personlige faglighed," siger rapportens forfatter, sociolog og ph.d. Christina Holm-Petersen.

Herudover er god ledelse, ordentlige fysiske rammer, gode relationer og konkrete handlinger afgørende for arbejdsglæden.

Rapporten angiver fem anbefalinger til at skabe større arbejdsglæde:

- Styrk den ledelse, der ser medarbejderne og følger op på ting.
- Styrk faglig udvikling ved at sætte mål for den "gode sygepleje" på afsnittet.
- Gør gode relationer til andre afdelinger, patient og faggrupper m.m. til en del af fagligheden.
- Skab en forpligtende handlingskultur, løs de problemer, der opstår, sæt ord på egne behov og stil krav til hinanden.
- Gør noget ud af de fysiske rammer og skab lys og luft.

Kilde: "Arbejdsglæde i fremtidens sygeplejerskearbejde på hospitalerne" (DSI, april 2011).

Private overenskomster fornyet

Dansk Sygeplejeråd har fornyet overenskomsten på det private område med fire vikarbureauer: Forenede Vikar ApS, Pleje Vikar A/S, Personalegruppen A/S og Vikar MayDay ApS

KALENDERKLIP

Uddrag af Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensens kalender.



Mandag den 25. april

- 2. påskedag

Tirsdag den 26. april

- Møde mellem LO og FTF's forretningsudvalg, København
- FTF-forretningsudvalgsmøde, København

Onsdag den 27. april

- Møde i Netværk for en Folkesundhedsreform, Kvæsthuset, København

Torsdag den 28. april

- Møde med GlaxoSmithKline, Kvæsthuset, København
- Møde med Danske Regioner, København

Fredag den 29. april

- Repræsentantskabsmøde i Lægeforeningen, Kolding

Mandag den 2. maj

- ICN-repræsentantskabsmøde, Malta

Tirsdag den 3. maj

- ICN-repræsentantskabsmøde, Malta

Onsdag den 4. maj

- ICN-repræsentantskabsmøde, Malta

Torsdag den 5. maj

- ICN-konference, Malta

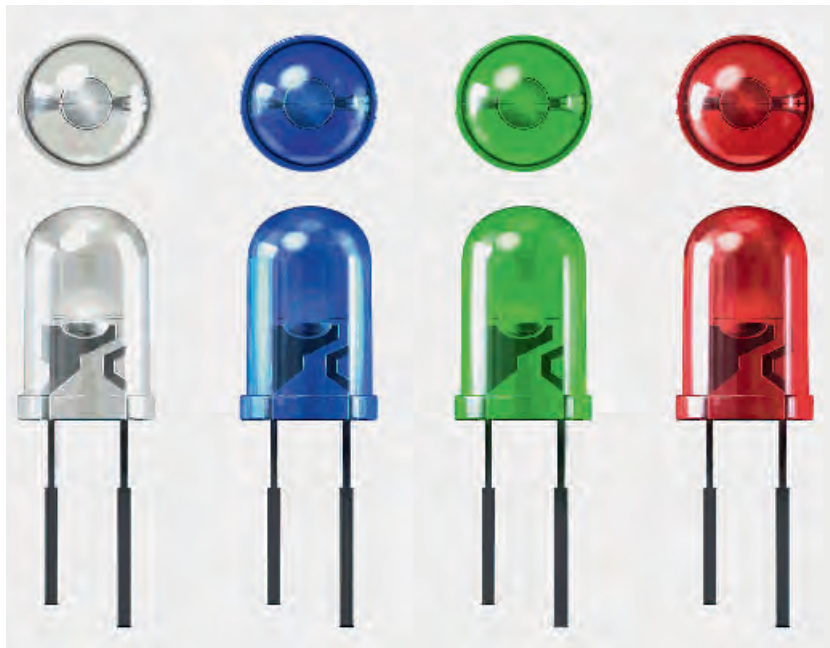
Fredag den 6. maj

- ICN-konference, Malta

Ja til statens OK 11-resultat

C010 - som er Dansk Sygeplejeråds centralorganisation på statens område - og Lærernes Centralorganisation har godkendt det samlede overenskomstresultat for statsansatte. Læs mere, når samtlige medlemsorganisationer på statens område har taget stilling til statens OK 11-resultat, på www.dsr.dk

Intensivafdelingen på Kolding Sygehus er døgnet rundt oplyst af neonrør i forskellige farver, der i samspil understøtter døgnrytmen. Om natten er lyset rødt, og det giver sygeplejersker med aften- og nattevagter et bedre arbejdsmiljø.



Farvet lys giver bedre arbejdsmiljø

AF KATRINE RAAHAUGE NYGAARD, JOURNALIST

Grønne, blå, hvide og røde neonrør har siden november 2010 udgjort belysningen på hele intensivafdelingen på Kolding Sygehus. Det døgnrytme-styrede lys kaldes GBR-lys (grønt, blåt og rødt lys). De tre lysfarver kan sammen med hvid genskabe facetterne i dagslys, og derfor er intensivafdelingen på Kolding Sygehus altid oplyst som på en sommerdag i dagtimerne. Om aftenen bliver belysningen mere afslappende, og den ender i røde nuancer til natten.

Efter den korte tid med belysningen kan sygeplejersker på aften- og nattevagter allerede mærke en positiv forskel i arbejdsmiljøet.

”Det røde lys er bedre for øjnene at arbejde i, og når jeg kommer hjem og skal sove, kommer jeg i en dybere søvn og vågner mere udhvilet, end jeg gjorde efter at have arbejdet i traditionelt hvidt lys,” fortæller sygeplejerske Christina Carlsen, som primært har nattevagter på afdelingen.

Patienterne får mere ro

Det røde aften- og natlys er konstant og bliver blot lidt kraftigere, når personalet går ind på en stue. Christina Carlsen vurderer, at det både er rart for personalet og for patienterne, at lyset ikke hele tiden tændes og slukkes på stuerne. Sygeplejerskernes vurderinger af effekten af det døgnrytme-styrede lys er endnu subjektive. Men Kolding Sygehus har planer om at undersøge, om produktionen af melatonin, der bliver nedsat, når man arbejder om natten, stiger, når medarbejderne arbejder i det røde natlys.

Danmark går foran

På Kolding Sygehus er GBR-lyset installeret på hele afdelingen: over hver sengeplads, i depotrummene og i personalets opholdsrum. Det gør projektet til det eneste af sin slags.

”De erfaringer, der er gjort med døgnrytme-lys, tegner godt, og det er positivt, at Danmark går foran og afprøver noget, som kan være til gavn for både personale og patienter,” siger næstformand i Dansk Sygeplejeråd Dorte Steenberg.

Fakta om GBR-lyset:

- Klokkerne 4.45 tænder lyset i alle arbejdsrum.
- I de følgende timer stiger lyset, som kan sammenlignes med dagslys, og bliver reguleret af sollyset udefra.
- Om eftermiddagen skifter lyset til en varm, gul og rød farve
- Klokkerne 19 tændes det blå lys, som forbereder kroppen på søvn.
- Klokkerne 20 skifter lyset til en varm, rød farve.
- Klokkerne 23 falder lyset til rødt belysning, som patienten kan sove i.
- Når personalet kommer ind på en stue, stiger lyset og falder igen, når man går ud.
- Sker noget akut, tænder lyset til fuld styrke.
- Det har kostet ca. 400.000 kr. at etablere det nye lysanlæg.

Kilde: Kolding Sygehus, Kommunikationsafdelingen.



NYT OM KONTINGENTET

Fra april 2011 er det slut med det månedlige konfliktkontingent på 200 kr. til sygeplejerskernes strejkekasse, Garantifonden. Samtidig øges det ordinære kontingent fra april med op til 33,33 kr. pr. måned. Stigningen er øremærket Garantifonden.

Ved udgangen af marts slutter det månedlige konfliktkontingent, der er blevet opkrævet siden overenskomstforhandlingerne i 2008. Derefter kommer der en stigning i det almindelige kontingent på op til 33,33 kr. pr. måned.

Stigningen i kontingentet kommer til at gælde for alle erhvervsaktive medlemmer, men gradueres i forhold til medlemskab, og for studerende øges kontingentet med 10 kr. i kvartalet. Der vil således ikke ske ændringer i kontingentet for passive medlemmer og seniormedlemmer af Dansk Sygeplejeråd.

"Vi har opkrævet et konfliktkontingent siden OK-forhandlingerne i 2008, og det slutter nu. Men vi skal fortsat sikre, at vi har en stærk Garantifond i ryggen, og derfor går stigningen i kontingentet målrettet til Garantifonden," siger Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd. Hun glæder sig over, at de fleste fremover vil opleve, at den samlede udgift til kontingentet bliver væsentlig mindre.

HAR I EN TILLIDS-REPRÆSENTANT?

Fornyelse af overenskomsterne på det private område er i fuld gang, og derfor har vi brug for tillidsrepræsentanterne. Hvis I er fem ansatte sygeplejersker eller flere på arbejdspladsen, vil det være en god idé at vælge en tillidsrepræsentant til at varetage jeres interesser.

Hvad er tillidsrepræsentantens rolle?

Tillidsrepræsentanterne bliver inddraget i overenskomstfornyelserne og medvirker bl.a. til at prioritere de forslag til overenskomstkrav, som vi modtager fra medlemmerne på den enkelte arbejdsplads.

Læs mere om valg af tillidsrepræsentant, og hvad I kan bruge tillidsrepræsentanten til på www.dsr.dk

Følg med i forhandlingsforløbet på www.dsr.dk/ok12privat

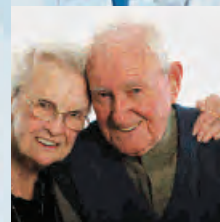
Aktive mennesker i alle aldre benytter:

Biofreeze®

-effektiv smertelindring

Biofreeze® - Koldterapi, hurtig og effektiv smertelindring, der anbefales og benyttes af professionelle behandlere i forbindelse med:

- Ømme og overbelastede muskler
- Ondt i ryggen
- Led smerter
- Smerter i benene
- Forstrækninger og forstuvninger
- Sportsskader



CE-mærket
Medical Device



- your partner in health care

For yderligere information:

Your Care
Skovsgaard Agentur ApS
Tlf. 8654 0058
info@yourcare.dk
www.biofreeze.dk

GRATIS PRØVER udleveres hos vores forhandlere:
Helsam Helsekostforretninger, Matas-Materialister, Sahva, sygeplejeforretninger, kiropraktorer, fysioterapeuter og massører

Lille stue, stor virkning



Aktivitet i det lille blokrum ZIKE på Bispebjerg Hospital. Patienterne på de to lejer skal begge opereres i skulderen og gøres klar til at få en nerveblokade.

AF SIGURD NISSEN-PETERSEN, JOURNALIST • FOTO: SIMON KLEIN KNUDSEN

Opvågnings sygeplejerske Anne Bartholdy har været med til at øge patienttilfredsheden og sikre mere effektive arbejdsgange på operationsafsnittet på Bispebjerg Hospital. Det hele foregår på en lille stue med to lejer, hvor patienterne går til og fra, før de skal opereres.

Den unge mand lægger hovedet på skrå, mens lægen fører nålen ind i halsen. Manden har en skulderskade og skal have en perifer nerveblokade, inden han skal opereres. Den unge mand ser bleg ud med sorte rande under øjnene. Skulderen har gjort ondt i nogen tid, siger han.

Manden ligger på et leje i den lille stue, som på Bispebjerg Hospital går under navnet "blokrum ZIKE". Blok, fordi der her bliver lagt nerveblokader, og ZIKE, fordi stuen ligger i afdeling Z idrætsskurgisk enhed under Anæstesi-afdelingen. Over for lægen – på den anden side af lejet –

står opvågnings sygeplejerske Anne Bartholdy. Hun er den eneste sygeplejerske, der arbejder i blokrummet. Det lille rum kan akkurat rumme to lejer, en kontorstol til Anne Bartholdy, hendes computer og det isenkram, der ellers er nødvendigt for at anlægge nerveblokader med ultralyd.

Afdelingens opvågningsafsnit har 27 sygeplejersker ansat. I blokrummet arbejder Anne Bartholdy til daglig sammen med de to overlæger, Jens Børglum og Kenneth Jensen, som var på kongres den dag, Dansk Sygeplejeråds formand, Grete Christensen, var på besøg i den nystartede enhed, som åbnede i maj sidste år. I august 2010 indviede man så stuen, der stadig ser så ny ud, at det er svært at tro, at rummet for godt et halvt år siden bare var et depot.

Én person har overblikket

Denne tirsdag den 5. april har Anne Bartholdy otte skulderpatienter, som i løbet af

dagen skal forbi blokrum ZIKE for at få lagt nerveblokader. Hun viser Grete Christensen dagens program på sin computerskærm og forklarer, at hver operationsstue har sin egen række og forskellige farvekoder, der angiver, hvor langt man er nået i forløbet. Systemet hedder Orbit. Anne Bartholdy kalder det et "smadder godt system", der hurtigt skaber overblik over dagens operationsprogram.

For at sikre, at der er en gennemgående figur på stuen, nemlig Anne Bartholdy, arbejder hun kun i dagtimerne. På den måde sørger man for, at overblikket og koordineringen holdes omkring én person. "Logistikken er en stor udfordring," siger Anne Bartholdy. For meget af det, der sker, er kun foreløbigt, og planerne kan godt skride i løbet af en dag. Derfor er anæstesi- og operationspersonalet samt kollegerne i de andre afdelinger også glade for ordningen med Anne Bartholdy

som den faste person, de kan kontakte. Når hun holder ferie eller må melde sig syg, overtager en kollega fra opvågningen.

Princippet er, at alle patienter kommer gående til den lille stue og herefter bliver hentet af operationspersonalet og fulgt til operationsstuen efter blokaden. For det meste skal de have lidt hjælp, for det kan være sin sag at gå normalt med en fuldt bedøvet arm fra skulderen og ned. På gangen uden for stuen står en gul og sort kørestol med ordet ZIKE på ryggen i tilfælde af, at der skulle være patienter, der ikke kan gå. Langt det største flertal af patienterne er idrætskirurgiske patienter. Ikke fordi de nødvendigvis er idrætsfolk, men fordi de typisk er mellem 15 og 60 år og skal have opereret skulder, arm, hånd, ben, hofte eller fod. Disse patienter udskrives som regel samme dag.

Slut med urolig indskrivning

Erfaringen med blokrummet har indtil videre været, at det skaber en langt mere effektiv arbejdsgang at få patienterne ind i løbet af dagen i stedet for, at de – som tidligere var tilfældet – alle kom om morgenen, hvilket skabte en urolig situation med indskrivning og ventetid for patienterne. Ordningen med den lille stue betyder også, at patienterne kan være sammedagskirurgiske. Desuden betyder nerveblokadene, at patienterne ofte kommer sig hurtigere, fortæller Jens Børglum, og at flere kan opereres uden konventionel bedøvelse.

Jens Børglum taler meget om at lade flere lægeopgaver overgå til sygeplejersker. "Vi er slet ikke læger nok, og der er rigtig mange opgaver, vi uden problemer kan overlade til sygeplejersker på vores område." Anne Bartholdy nikker. De husker en europæisk konference for anæstesi-læger og sygeplejersker, som Anne Bartholdy og en kollega for nogle år siden deltog i, men det viste sig, at konferencens faglige niveau var alt for lavt for de danske sygeplejersker. "I Danmark er anæstesisygeplejerskerne på et meget højere niveau. Derfor bør vi også gå skridtet videre og overlade flere opgaver til sygeplejerskerne her," siger Jens Børglum.

Drømmer om mere plads

Senere på dagen er Anne Bartholdy til planlægningsmøde med en speciallæge i anæstesi og en anæstesisygeplejerske. Her gennemgår de næste dags operationsprogram. Et centralt emne er også opfølgningen. Anne Bartholdy ringer til alle patienter dagen efter og stiller dem en række spørgsmål.

"Det handler om kvalitetssikring og om dokumentation for, hvor hæmmet man kan blive af en nerveblokade," siger hun. Derfor er opfølgningen også afstemt efter kvalitetsstandarder som Barthel-indekset og SF8.

Når hun ringer til patienterne, oplever hun generelt, at de er utroligt tilfredse med forløbet og den smertestillende effekt, nerveblokadene har. Men, som hun siger: "Vi kunne godt have haft mere plads,

Blokade:

En nerveblokade er en injektion, der blokerer for nervernes funktion til den pågældende ekstremitet, der skal opereres eller smertestilles. Der injiceres typisk lokalbedøvelse på 10-20 ml.

4.000 nerveblokader om året

Der lægges 4.000 nerveblokader på Bispebjerg Hospital hvert år. Fra 2006 til 2010 er andelen af patienter, der har fået en nerveblokade, steget markant. Den gennemsnitlige tid, patienten opholder sig på operationsgangen (inklusive operationstid), er tilsvarende faldet.

Kilde: Kenneth Jensen og Jens Børglum, Bispebjerg Hospital.

og min drøm er, at vi kunne få fire lejer og lidt bedre plads til patienterne og os."

Efter besøget var Grete Christensen glad for at have haft muligheden for at følge Anne Bartholdy:

"Jeg er imponeret over, hvordan sygeplejerskers stærke engagement er med til at ændre væsentligt på behandling og pleje hos rigtig mange patienter og i denne situation bidrage til, at patienter har en meget bedre oplevelse under og efter operationen."



Overlæge Jens Børglum bruger ultralydsscanneren, mens formand for Dansk Sygeplejeråd Grete Christensen og opvågningsssygeplejerske Anne Bartholdy ser til. Ultralyden er et vigtigt hjælperekskab, når der skal lægges en blokade så præcist som muligt.



At få en injektion i halsen for at lamme en skulder er ikke nødvendigvis behageligt – på trods af alle hjælpemidlerne som f.eks. ultralyd. Derfor er der også mulighed for at give beroligende medicin før en blokade.



ARKIVFOTO: SIMON KLIN KRUIDSEN

Om få uger går Danmark ind i Sygeplejens År, hvor Dansk Sygeplejeråd sætter fag, etik og sundhedspolitik til debat.

12. maj lyder startskuddet til Sygeplejens År

AF SØREN PALSBO, JOURNALIST

Fra 12. maj 2011 og de følgende 365 dage vil mange sygeplejersker være direkte involveret i at fortælle kolleger og omverdenen om deres faglige hverdag. Målet er at skabe faglig inspiration og udvikling og samtidig fortælle nogle af de mange historier om sygeplejerskers bidrag til sundhedsvæsenets og velfærdsstatens udvikling.

De mange aktiviteter spredt sig ud over et helt år med titlen "Sygeplejens År". Året ledsages af sloganet "Et professionelt valg - ikke bare et kald". Aktiviteterne i forbindelse med Sygeplejens År spænder vidt: parkfester, konferencer, gratis teaterbesøg, videnscaféer, temaeftermiddage, arrangementer på gader og stræder, faglig debat på de enkelte arbejdspladser, besøg af lokalpolitikere på ar-

bejdspladserne, videoklip fra klinisk praksis og meget andet. Mange af aktiviteterne afspejler sig på den særlige hjemmeside for Sygeplejens År, www.dsr.dk/12maj

Derudover vil det være muligt at følge Sygeplejens År i *Sygeplejersken*, i det lokale kredsblad og i de elektroniske medier.

Tour de DSR

Dansk Sygeplejeråd skyder kampagnen i gang med "Tour de DSR", et cykelløb, der afholdes af Dansk Sygeplejeråd til fordel for socialt udsatte. Starten går den 12. maj kl. 18 ved H.C. Ørsteds Parken i København, og målet er ved Nyhavn. Deltagerne cykler en rute på 2,1 km. Alle er velkomne. Også hvis man ikke har en cykel med, så står der én klar til låns helt gratis. Man skal bare tilmelde sig via hjemmesi-

den og huske at angive, at man ønsker at låne en cykel.

Langtidsholdbare netværk

Sygeplejens År bliver skudt i gang med fynd og klem over hele landet, og rigtig mange af de involverede satser på, at der i løbet af året bliver skabt nye netværk og aktiviteter, der rækker ud over maj 2012.

Blandt aktørerne i Sygeplejens År er sygeplejersker i alle fagets specialer, de faglige selskaber, Dansk Sygepleje Selskab (Dasys), Sygeplejeetisk Råd, sygeplejerskernes tillidsrepræsentanter og arbejdsmiljørepræsentanter, de sygeplejestuderende, Dansk Sygeplejeråds sekretariat og de fem kredse, Seniorsammenslutningen, Lederforeningen og lokale ledelser.

DEN ETISKE MEDSPILLER

AF SØREN PALSBO, JOURNALIST

Det etiske aspekt i sygeplejen handler om, hvad man siger og gør, men ikke mindst, hvordan man gør det, fastslår formanden for Sygeplejeetisk Råd.

”Sygeplejeetisk Råd er medspiller i Sygeplejens År. Vi vil gerne være med til at gøre opmærksom på, når der opstår handlinger og drøftelser, hvor sygeplejeetik er på dagsordenen. Der, hvor jeg selv arbejder som sygeplejerske, er det lige nu meget vigtigt at være opmærksom på etikken i forhold til samarbejdet mellem hospitaler, kommuner og praksissektoren. Sygeplejersker er involveret alle steder.”

Betragtningerne kommer fra Grete Bækgaard Thomsen, sundhedschef i Lemvig Kommune og formand for Sygeplejeetisk Råd.

Hun peger på, at sygeplejersker i alle arbejdsområder i fællesskab skal sikre, at etikken hele tiden er i fokus midt i alle de forandringer, som sundhedsvæsenet gennemgår.

”Det er en af sygeplejerskernes fornemste opgaver at sikre, at de borgere, der er involveret, får nogle forklaringer, de forstår. Vi er en slags advokater for de mennesker, som bruger sundhedsvæsenet, uanset hvor det er. Det er noget, alle mennesker bliver berørt af, når de er i omstillingssituationer. Derfor er det vigtigt hele tiden at slå på tromme for det etiske aspekt i sygeplejen. Det handler selvfølgelig om, hvad man siger og gør, men ikke mindst hvordan man gør det!” siger formanden for Sygeplejeetisk Råd og fortsætter:

”Jeg sidder i en kommune, og jeg oplever jævnligt, at ældre mennesker, der har været indlagt, kommer hjem, og så er de

” Vi er en slags advokater for de mennesker, som bruger sundhedsvæsenet, uanset hvor det er.

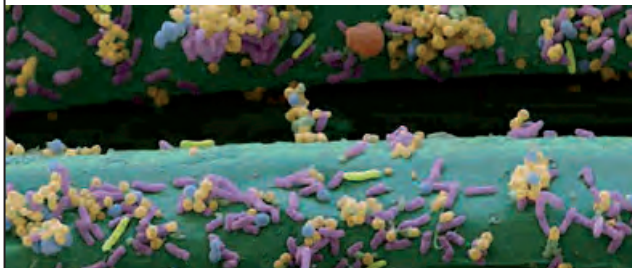
usikre på, hvad der er sket, og hvorfor de er blevet tilbudt det ene eller andet. Det handler ikke om at klandre mine kolleger på hospitalet. Det handler om at forstå de vilkår, som mennesker lever under. Vi skal i fællesskab bidrage til, at det bliver gode patientforløb. Vi forsvare den faglige troværdighed ved at gøre tingene på en ordentlig måde.”

Formanden for Sygeplejeetisk Råd peger på, at det etiske hensyn ikke alene gælder sygeplejerskerne selv, men også de beslutningstagere, der fastsætter betingelserne for sygeplejen.

”Derfor handler det også om, at vi er hurtigt på banen, når der tegner sig en udvikling, så vi kan spørge til, hvilke konsekvenser en beslutning vil få. Jeg vil meget gerne have en ordentlig dialog om disse ting i stedet for, at man bagefter bliver sur, når ting er vedtaget.”

Sorbact®

Grøn sårbehandling



Elektronmikroskopisk billede af Sorbact's overflade med *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* og *Candida albicans* bundet til den unikke overflade.

- ✓ Ingen påvist resistensudvikling
- ✓ Ingen miljøpåvirkning
- ✓ Til alle typer sår
- ✓ Effektivt og økonomisk
- ✓ Veldokumenteret

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

Fordele er, at **man får en effektiv behandling uden risiko for resistensudvikling og negative miljøkonsekvenser.**

Sorbact-serien består af kompres, meche, absorptionsforbinding, gazevisker og kirurgisk forbinding med sårpude - alle i flere forskellige størrelser.

- Binder ved væskende, koloniserede og inficerede sår
- Behandler svampeinfektion i hudfolder
- Beskytter og reducerer risikoen for infektion i "rene" sår



Kontakt os for yderligere information eller vejledning.



Distribution:

Mediq Danmark A/S - Tlf. 36379200
Abena A/S - Tlf. 74311818
Danpleje One Med A/S - Tlf. 86109109

ABIGO Pharma A/S . Kundeservice: tlf. +45 4649 8676 . www.abigo.dk



Hvilke muligheder ser du med Sygeplejens År?



John Christiansen

“Sygeplejens År er en gave for Dansk Sygeplejeråd. Faget er et af de væsentligste områder for os fremadrettet. Derudover giver Sygeplejens År os mulighed for at komme tættere på sygeplejerskernes faglige selskaber, og vi kan koble Dansk Sygeplejeråds virksomhed med fremtidens udvikling inden for hele sundhedsvæsenet. Faget og vore faglige kompetencer hænger jo også sammen med løn og ansættelse, det er argumenterne for, at vi skal videre mod en højere løn.

Helt grundlæggende er rigtig mange af Dansk Sygeplejeråds medlemmer meget optaget af fag og faglighed. Derfor håber jeg, at Sygeplejens År kan medvirke til, at vi også lokalt får medlemmerne engageret mere i udviklingen af de faglige fokusområder. Konkret kan det bl.a. bruges, når vi overvejer, hvordan fremtidens sygeplejerskeuddannelse og fremtidens efter- og videreuddannelser skal være. Det kan vi få input til ved at lytte til medlemmernes forventninger og den udvikling, de oplever.”



Vibeke Westh

“Sygeplejens År er en chance til at fortælle om vores fantastiske fag og alle dets muligheder. Og så kan Sygeplejens År styrke fællesskabet. Det kan også være med til at skabe udvikling: Sådant kan vi gøre tingene på en ny måde. Vi skal være i kontakt på kryds og tværs, unge og ældre, erfarne og nyuddannede, så vi får talt om faget på nye og spændende måder. Vi har masser af dygtige sygeplejersker, som hver dag leverer et fantastisk stykke arbejde. Det skal synliggøres både over for politikerne, men også for os selv!

Jeg er også helt sikker på, at vi får dannet nogle nye netværk og nogle nye fællesskaber, der bevirker, at vi hurtigt kan få talt sammen – også efter Sygeplejens År – når ting forandres, eller nye idéer skabes: Hvor er vi på vej hen?”

Derudover kan vi kommunikere ud til befolkningen og politikere, hvilken mangfoldighed der er i sygeplejefaget. Men også, at vi som sygeplejersker forventer, at beslutningstagerne er med til at skabe nogle vilkår, så vi kan løse de opgaver, vi skal, for befolkningen.”



Grete Christensen

Vi har altid været opmærksomme på sygeplejefaget i Dansk Sygeplejeråd, men med Sygeplejens År tænker vi alle aktører og alle aktiviteter ind for at sætte fokus på vores fag. Det bliver fantastisk. Det er vigtigt, at vi i samlet flok skaber opmærksomhed omkring, hvor store områder sygeplejen breder sig over i vores land, hvor mange forskellige målgrupper vi møder i vores hverdag, og hvor mange unikke ting som sygeplejersker går og gør i hverdagen. Det kan Sygeplejens År lige præcis bruges til.

Det viser sig gang på gang, at når vi sætter faget – vores profession – i centrum, så skaber det en utrolig energi. Så viser det sig, hvor stolte vi sygeplejersker er af vores fag. Sygeplejens År skal få nye tiltag til at poppe op og skabe fælles inspiration. Det glæder jeg mig rigtig meget til. Og jeg tror, at Sygeplejens År kan give et gevaldigt løft til de faglige selskaber, fordi den enkelte sygeplejerske bliver opmærksom på mulighederne for at udvikle eget fagområde yderligere via medlemskab af Dansk Sygeplejeråd og det pågældende faglige selskab.”

Skriv om dit fag

I forbindelse med Sygeplejens År arrangerer Dansk Sygeplejeråds kredse et kursus for alle skriveglade sygeplejersker, der gerne vil lære noget om journalistiske redskaber. Deltagelse på kursus er gratis, men man skal selv søge arbejdspladsen om at få fri.

*Tilmelding sker efter først til mølle-princippet.
Læs mere på din kreds' hjemmeside eller på
www.dsr.dk/12maj*

VÆR MED I DEBAT OM FAGET

I Sygeplejens År sætter Dansk Sygeplejeråd fag, etik og sundhedspolitik til debat. Idéen er, at sygeplejersker over hele landet én gang om ugen diskuterer det samme spørgsmål. Arbejdskolleger fra andre faggrupper er velkomne til at være med. Debatten begynder den 18. maj, og det står nærmere beskrevet, hvordan man kommer med på hjemmesiden www.dsr.dk/sms. Det er muligt allerede at tilmelde sig nu.

Redaktion: Jette Bagh, fagredaktør, og Bente Sivertsen, chefkonsulent

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

De er godkendt efter sygeplejefaglig vurdering og vejledning

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

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

Se panelet på; www.sygeplejersken.dk

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

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



- FRA FAGPERSON TIL FAGPERSON

INDHOLD

48 Faglig information

52 Store variationer i behandling med donorblod

58 Hvornår har patienten behov for blodtransfusion?

64 Nye fælles akutafdelinger kræver uddannelse og tværfaglighed

FAGLIG INFORMATION

Ph.d.-afhandling

Svær depression blandt hiv-positive

AF LOTTE ØRNEBORG RODKJÆR



Ph.d.-afhandlingen "Hiv og depression" af forskningssygeplejerske, MPH, Lotte Ørneborg Rodkjær, forsvares fredag den 29. april 2011 kl. 14 på Århus Universitetshospital, Skejby, i Auditorium B.

Resumé af afhandlingen

Flere end hver fjerde hiv-positiv lider af svær depression.

Depression er underdiagnosticeret hos hiv-positive i Danmark. Der er en sammenhæng mellem depression og nedsat evne til at passe den medicinske behandling, usikker sex og hiv-relateret stress.

Det viser en ny ph.d.-afhandling fra Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet på Aarhus Universitet.

I undersøgelsen deltog 205 hiv-positive fra Århus Universitetshospital. Resultaterne viste, at 38 pct. af de adspurgte var i risiko for en depression, mens 26 pct. havde en svær, behandlingskrævende depression. Til sammenligning skønnes det, at 3-4 pct. danskere har en depression.

Samme gruppe blev undersøgt igen tre år efter, hvor forekomsten og graden af depressioner var faldet, hvilket formentlig skyldtes, at flere blev sat i behandling for depression efter den første undersøgelse.

Dybttgående interview med hiv-positive viste, at de vedvarende havde overvejelser

om, hvem de skulle fortælle om deres hiv-status og konsekvenserne både af åbenhed og hemmeligholdelse. Disse overvejelser gav anledning til bekymring og var en afgørende faktor for udvikling af stress.

Det får alvorlige konsekvenser, hvis depressionen ikke opdages og behandles, da det øger risikoen for, at man glemmer at tage sin hiv-medicin og dermed risikerer at udvikle resistens. Depression øger risikoen for usikker sex og dermed risikoen for at smitte andre med hiv. Screening for depression bør gennemføres regelmæssigt, især på tidspunktet for hiv-diagnosen og inden start på medicinsk behandling for hiv. Undersøgelsen påpeger, at hiv-positive vil have glæde af løbende at drøfte overvejelser om åbenhed om hiv-status

Dagkirurgisk verdenskongres i København

AF ANITA DØFLER OG DORRIT RAASCHOU, SYGEPLEJERSKER

Artiklen beskriver arbejdet med og indholdet på verdenskongres om dagkirurgi, der afholdes i København i maj 2011.

Dansk Selskab for Dagkirurgi (DSDK) blev etableret september 1996 og er et tværfagligt selskab, hvor læger og sygeplejersker mødes jævnligt for at følge den nyeste udvikling inden for dagkirurgi. DSDK er i samarbejde med de nordiske landes faglige selskaber inden for dagkirurgi ved at lægge sidste hånd på planlægningen af den 9. internationale kongres for dagkirurgi, der afholdes i Bella Center fra den 8. til den 11. maj 2011.

Kongressen har deltagere fra hele verden og har titlen "9th International Congress on Ambulatory Surgery". Kongressen afholdes hvert andet år og har siden 1995 været afholdt i Bruxelles, London, Venedig, Genève, Boston, Sevilla, Amsterdam og Brisbane.

DSDK's bestyrelse har udpeget en styregruppe, som har haft ansvar for planlæg-

ningen af verdenskongressen. Styregruppen kan se tilbage på to års arbejde med alt fra at finde foredragsholdere og tilrettelægge det videnskabelige program til praktiske gøremål, som f.eks. at finde et passende sted at afholde konferencemiddagen. Styregruppen har overladt en stor del af det praktiske arbejde med kongressen til et professionelt firma, der bl.a. har stået for oprettelse af hjemmeside, markedsføring, tilmeldinger m.m.

Bredt kongresindhold

Det faglige indhold på verdenskongressen dækker et bredt, tværfagligt felt inden for dagkirurgi, bl.a. anæstesi, ortopædkirurgi, kirurgi, gynækologi, urologi, plastikkirurgi, børn i dagkirurgi og øre-næse-halskirurgi. Herudover vil der være sessioner om bl.a. patientsikkerhed og kvalitet, diskussion om fordele og ulemper ved offentligt versus privat dagkirurgi og ny teknologi på den dagkirurgiske operationsstue. Der bliver på verdenskongressen mulighed for at deltage i workshopper

bl.a. inden for ultralyd, endoskopi og evt. akupunktur. Danske sygeplejersker vil fortælle om erfaringer med opgaveglidning og om, hvordan sygeplejersker i Danmark selvstændigt varetager cystoskopi og sigmoideoskopi.

Deltagerne har mulighed for at præsentere relevante forsknings- og kvalitetsresultater fra dagkirurgien enten som poster eller ved mundtlig fremlæggelse. På verdenskongressen har interesserede firmaer med tilknytning til det dagkirurgiske speciale mulighed for at leje en stand for at præsentere deres produkter.

Læs mere på www.iaascongress2011.org

Anita Døfler er afdelingssygeplejerske på Dagkirurgisk Enhed, Regionshospitalet Herning
Mail: anita.doefler@vest.rm.dk

Dorrit Raaschou er afdelingssygeplejerske på Sterilcentralen, Hvidovre Hospital

med henblik på at reducere hiv-relateret stress og dermed forebygge depression.

Lotte Ørneborg Rodkjær er ansat på
Århus Universitetshospital, Skejby;
lottrodk@rm.dk

Opponenter/bedømmelsesudvalg

Professor Glenn Treisman Ph.D, The John Hopkins Hospital, Baltimore, USA, professor, ledende overlæge, dr.med.
Henrik Nielsen, Infektionsmedicinsk afdeling, Aalborg Universitetshospital, og seniorforsker Vibeke Zoffmann ph.d., Steno Diabetes Center, København.

Vejledere

Professor, ledende overlæge, dr.med., Lars Østergaard ph.d., Infektionsmedicinsk afdeling Q, Århus Universitetshospital, Skejby, professor Morten Sodemann ph.d., Infektionsmedicinsk afd. Q, Odense Universitetshospital, og afdelingsleder, lektor Kirsten Lomborg ph.d., Afdeling for sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet.

FAGTANKER

Blod på tanden

Bed din kollega om at sige blod 10 gange efter hinanden. Tæl på fingrene, at ordet siges 10 gange, hverken mere eller mindre. Spørg hende derefter, hvad man må gå over for i trafikken.

Med stor sandsynlighed svarer hun "rødt". God underholdning.

Man kan ikke kalde *Sygeplejerskens* faglige artikler for underholdning, faglig opdatering er mere passende. Dette nummer af *Sygeplejersken* står i blodets tegn, nærmere forstået som blodtransfusion, donorblod og samarbejdet mellem læge, patient og sygeplejerske om dette blod. Hvem skal have, hvor meget skal der gives, hvem kan undvære og hvorfor?

Teori & Praksis (tidligere "Klinisk Sygepleje" udreder trådene og skaber basis for en restriktiv transfusionspolitik, der betyder mindre brug af donorblod.

På Rigshospitalet har formidling af evidensbaserede retningslinjer på området betydet, at antallet af transfusioner er faldet med op til 40 pct., det er bl.a. sket gennem undervisning af læger og sygeplejersker, hvor udgangspunktet har været data fra den aktuelle afdeling sammenlignet med førende hospitaler rundt om i verden. "Teori & Praksis" giver mulighed for diskussion af egen praksis og indeholder en kort læsertest.

Artiklen "Store variationer i behandling med donorblod side 52" præsenterer en undersøgelse af beslutningstagning og praksis på transfusionsområdet på seks afdelinger på Rigshospitalet, og denne artikel er basis for "Teori & Praksis".

Blod er et heftigt symbol, og der findes mange ord og udtryk, der omfatter den røde væske: Blod, sved og tårer, Blod, sved og T-shirts, blodet springer fra neglene, kunstnerblod i årerne, med blødende hjerte, bringe blodet i kog, med koldt blod, ja fortsæt selv.

Under alle omstændigheder: Læs artiklerne og vær opmærksom på, om patienten virkelig har behov for transfusion med donorblod efter gældende evidensbaserede retningslinjer, eller om behovet udspringer af forældede vaner på området.

Der skal ikke blandes blod, hvis ikke det er bydende nødvendigt.



Sygeplejerske,
cand.cur.,
fagredaktør.

Svar på testen om mænds sundhed på side 10.

- | | | |
|-------|-------|-------|
| 1. a. | 3. b. | 5. b. |
| 2. a. | 4. a. | |



Loven om intimitet i professionelle samtaler



AF TOBIAS DAM HEDE, CAND.MAG. I RETORIK, PH.D.

Artiklen beskriver i store træk indholdet i forskningsprojektet "Coaching og ledelse i sundhedssektoren", der den 4. marts 2011 blev forsvaret på CBS af forfatteren. Han var i perioden september 2007-2010 ansat som ph.d.-studerende i Dansk Sygeplejeråd.

Der har længe i sundhedssektoren og andre steder været ført en væsentlig diskussion om, hvorvidt coaching kan tilføre leder-medarbejder-forholdet noget afgørende, som det ikke tidligere er lykkedes at etablere. Nogle siger ja, de fleste siger nej. I en undersøgelse af, hvorvidt lederens magtposition står i vejen for en bæredygtig coachingrelation, svarer langt de fleste, at ledelsesmagten er et problem. Coaching kan på den baggrund næppe gennemføres af lederen selv, når der er et direkte referenceforhold involveret. I forskningsprojektet anerkendes og undersøges dette problem i teori og praksis. Ikke desto mindre er konklusionen, at der er mere vundet end tabt ved, at ledere lærer at mestre coachingsamtalen, og ved, at medarbejdere lærer at bruge denne type samtale med sin leder som et vigtigt værktøj i udviklingen af et efterstræbellesværdigt arbejdsfællesskab. Tilbage står det realpolitiske spørgsmål om, hvorvidt Dansk Sygeplejeråd som fagpolitisk organisation aktivt skal gøre brug af coaching som en nyttig strategi til at møde medlemmernes virkelighed? Forskningsprojektet besvarer spørgsmålet positivt: Ja, Dansk Sygeplejeråd kan med fordel bidrage til den seriøse udvikling af kvalitet i coaching ved at professionalisere samtalerummet som et væsentligt sted for en fagpolitisk arena.

Forskningsprojektets undersøgelsesfelt falder i to dele:

1. en historisk analysedel, der undersøger coachingsamtalens udbredelse som ledelsesmodel i en erhvervsøkonomisk kontekst;

2. en samtaleanalytisk del, der ser nærmere på coachingsamtalens praktiske tilegnelse i dele af syge- og sundhedsplejen.

Det problem, som begge analysedele tager udgangspunkt i, er antagelsen om, at det professionelle samtalerum, og herunder coachingsamtalen, altid er gennemstrømmet af forskellige magt- og identitetsstrategier. På den måde bliver samtalerummet også et sted, hvor de samtalende taler sig ind i forskellige positioner, som betinger, hvad det er muligt at sige og ikke at sige. Samtalerummet bliver en organisatorisk arena, hvor forholdet mellem magt- og identitetsstrategier bl.a. definerer samtalen som et lærings- og socialiseringsrum. Som samtalepraksis er coachingsamtalen således både normstyret, fordi det involverer magtstrategier, idealer for organisatoriske identiteter og målopfyldelse, og en samtaleteknisk udfordring, der handler om at lede samtalen imod en særlig form for erkendelse. En erkendelse, som slet og ret handler om at få øje på noget nyt i en given sag eller i sig selv og sine relationer. Begge dele kan siges at vedrøre mindst tre områder:

- Det er bestræbelserne på at skabe et trygt og ligeværdigt samtaleforhold på trods af forskelle i magt.
- Det er dynamikken i samtalerummet omkring tillid, omsorg, magtspil, etik, strategier for håndtering af gensidig afhængighed m.m.
- Det er arbejdet med at etablere, vedligeholde og ændre på grænserne for, hvad og hvor meget jeg sætter på spil af mig selv, og hvordan det forpligter mig i situationen på den anden, på organisationen, på fællesskabet.

Forskningsprojektet konkluderer bl.a., at coaching forstået som en særlig samtaleform i en erhvervsøkonomisk kontekst stik imod de sædvanlige forestillinger slet ikke har sin oprindelse i sporten, men

derimod i en fleksibel ledelsesmodel. En ledelsesmodel, der først og fremmest finder sin anvendelse igennem iscenesættelsen af en særlig selvrefleksiv arbejdsmoral.

En undersøgelse af coachingsamtalens ledeshistorie og praktiske tilegnelse fører dernæst til opdagelsen af "loven om intimitet i professionelle samtaler". Denne lov siger, at coachingsamtalen næppe vil lykkes efter hensigten, hvis ikke de samtalende formår at etablere en væsentlig dybde og intimitet i samtalen, som giver medarbejderen lyst til frivilligt at åbne op for en normalt mere tillukket side af sig selv.

Man kan derfor sige, at coaching må forstås som en socialiseringsmodel og ledelsesdisciplinering, der formidler balancen mellem individ og fællesskab igennem samtalens "erkendelsesprocesser", "magtstrategier" og "samtaleteknikker", hvorigennem den enkelte medarbejder tilskyndes til at undersøge forholdet til sig selv. I afhandlingen præsenteres 15 cases, der belyser, hvordan dette selvforhold etableres, afprøves, styres, forskydes og saboteres.

Samtidig stiller det lederen i en helt anden position, der både er mere magtfuld og underlagt nogle helt andre kriterier for god ledelse set fra coachingsamtalens synsvinkel. Det bliver mere klart, at lederen aldrig vil lykkes som en god leder, hvis ikke hun viser sig værdig til medarbejderens tillid og fortælling om sig selv. Dette er leder-medarbejder-forholdets mulighed for at forpligte sig på en helt anden fælles virkelighed. Det gælder om at genopdage spørgsmålet, ikke om, hvem vi er, men om, hvem vi er til for.

Tobias Dam Hede er ansat som chefkonsulent hos Rambøll Management/Attractor; tdh@r-m.com

Enneagrammet – Selvudvikling 1 uge fra 29. maj til 5. juni

Afgang Billund og Kastrup søndag
– Hjemkomst søndagen efter

Mulighed for at arrangere ophold på
Samos, Grækenland i 7 dage mere

Tag din kollega, partner eller ven
med

Ring eller skriv for at høre mere

Lejlighed, tillæg for enkeltværelse

Skøn græsk mad, drikkevarer
7 morgenmad, frugt og kaffe
5 frokoster og 2 aftensmad

Godt selskab – bil til udflugter

Tilmelding hos BM Udvikling

Att. Birthe Mathiesen
bm@bm-udvikling.dk, tlf. + 45 2494 2300
www.bm-udvikling.dk

Pris: 7.500 kr. Indsættes hos Nordea reg.nr.
1726 konto 7558 2068 74

Flybillet køber du selv hos Startour
– med mindre vi aftaler andet

ENNEAGRAMKURSUS

Samos - kursustilbud 29. maj 2011

Skønne dage på sydkysten – fordybelse
selvindsigt – kommunikation – forståelse
klarhed – udvikling – find dit udgangspunkt

Bliv en bedre leder
Bliv en bedre kollega
Bliv den bedste udgave af dig selv



Så behagelig, at du glemmer, du har den på

KiruSense. Ren komfort – uden kompromis.

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

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

Ring til din konsulent på **41 91 87 05** for mere information eller for afprøvning af KiruSense operationskitler.



DE FORENEDE DAMPVASKERIER AS

www.dfd.dk

Store variationer i behandling med donorblod

Sygeplejersker har medansvar for behandlingsplaner med donorblod, derfor må de have forskningsbaseret viden om transfusionsbehandling. Det viser en mindre spørgeskemaundersøgelse fra Rigshospitalet.

AF JENS SVANHOLT SEEBERG, SYGEPLEJERSKE, CAND.SCIENT.SAN.

Danmark er det land i den vestlige verden, som transfunderer mest donorblod pr. 1.000 indbyggere (se figur 1 side 59 i artiklen "Hvornår har patienten behov for blodtransfusion?" i dette nummer af *Sygeplejersken*).

Gennemsnittet for lande i EU er 40 portioner pr. 1.000 indbyggere (1). I alt giver vi i Danmark ca. 332.000 portioner erythrocyt-suspensioner (SAGM) om året.

Vi ved, at unødvendige transfusioner af donorblod har hel-

” I forhold til vejledningerne ser det ud til, at man i Danmark overtransfunderer hver anden patient.

bredsmæssige konsekvenser for patienterne (2,3), hvorfor det er væsentligt at anvende den mest optimale transfusionsbehandling. Dette opnås ved at bruge evidensbaserede transfusionsvejledninger (4). I forhold til vejledningerne ser det ud til, at man i Danmark overtransfunderer hver anden patient (5). På Rigshospitalet gælder det for hver tredje patient. Et pilotstudie på intensiv afdeling på Rigshospitalet udført i 2008 bekræftede en varierende behandling, og beslutninger om behandlinger viste sig at være tværfaglige og foretaget i samarbejde mellem læge og sygeplejerske (6) (se figur 1 her på siden).

For at undgå situationer, hvor patienter får unødvendige transfusioner med donorblod, har man i flere lande undersøgt

og anerkendt, at sygeplejersker får en aktiv rolle i forbindelse med ordinationer med donorblod (7,8). Sygeplejerskerne indrages i behandlingsplaner med donorblod, og sygeplejefagets grænser udvides og udvikles mod et ønske om en fælles praksis på området. Dette ses ved, at sygeplejerskerne

- påtager sig et ansvar for, at patienterne behandles i henhold til evidensbaseret viden i forebyggelse, udredning og behandling af anæmi
- får evidensbaseret viden om fordele og ulemper ved transfusioner med donorblod og mulige alternativer
- informerer patienterne om fordele og ulemper ud fra aktuell evidens
- reflekterer over behandlingsplanerne og diskuterer disse med læger i klinikken
- fortsætter udviklingen af sygeplejen mod en fælles praksis og fælles kompetence ved at diskutere behandlingsmuligheder
- dokumenterer deres kompetencer og beskriver disse over for andre faggrupper og interessenter.

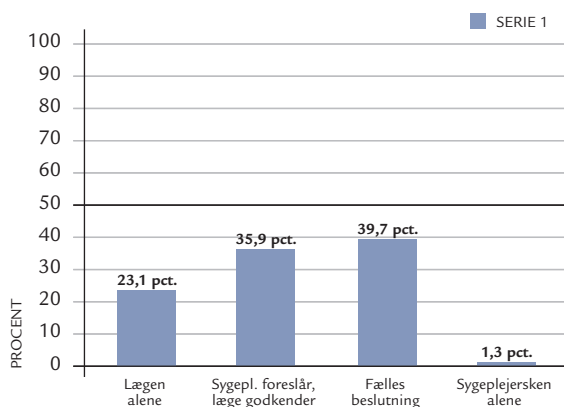
Undersøgelse af danske forhold

På baggrund af ovenstående ønskede vi at undersøge, om danske sygeplejersker har indflydelse på beslutninger for og imod transfusioner af donorblod, og i hvilket omfang og på hvilken måde de i så fald har det.

I artiklen præsenteres resultater fra undersøgelsen, der er foretaget på Rigshospitalet. Det undersøges, om sygeplejersker ▶

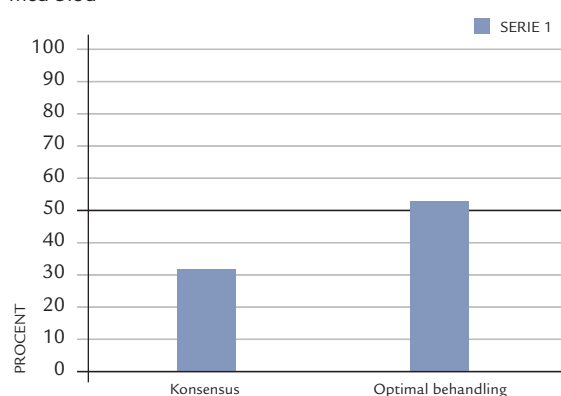
Figur 1. Beslutninger.

Svar på spørgsmålet om, hvem der oftest tager beslutning om transfusion



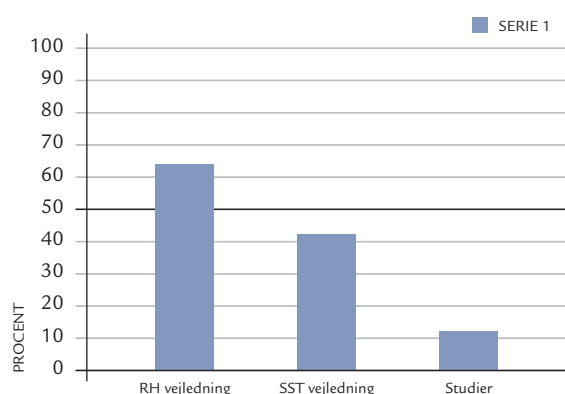
Figur 2. Holdninger.

Svar på spørgsmålet om hvorvidt sygeplejerskerne på deres afdeling oplever at have en ensartet holdning til transfusionsbehandling, og om alle patienter får en optimal behandling med blod



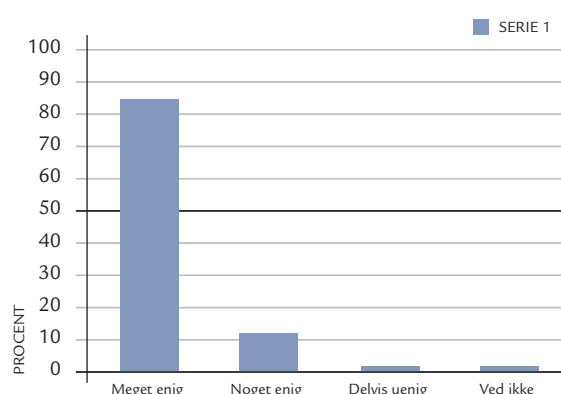
Figur 3. Vejledninger.

Svar på spørgsmål om kendskab til Rigshospitalets og Sundhedsstyrelsens vejledning samt studier til fordel for restriktiv transfusionsstrategi



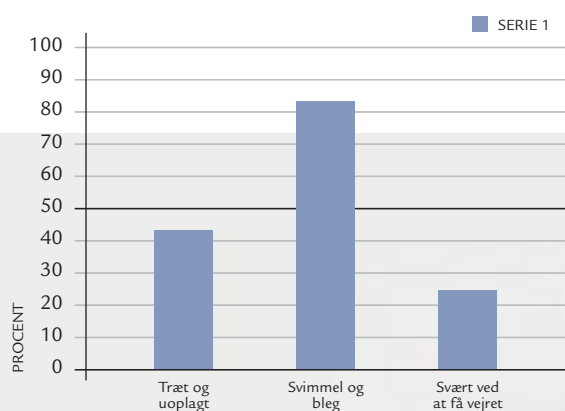
Figur 4. Hb som indikator.

Svar på spørgsmål om sygeplejerskernes vurdering af Hb som indikator for transfusionsbehandling



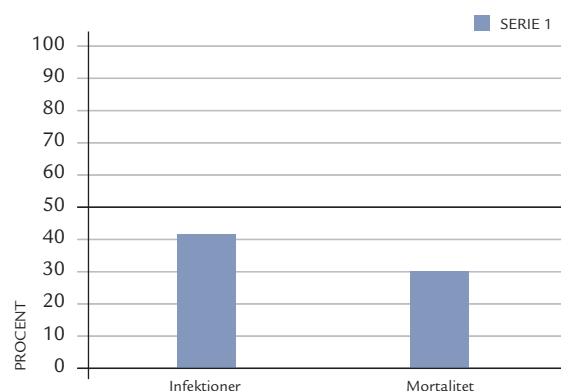
Figur 5. Symptomer.

Svar på spørgsmål om sammenhængen mellem symptomer og behov for blodtransfusion.



Figur 6. Viden om infektioner og mortalitet.

Svar på spørgsmål om transfusion, risiko for postoperative infektioner og øget mortalitet hos patienter på intensiv afdeling



ARKIVFOTO/ISTOCK

Tabel 1. Fordeling af spørgeskemaer på afdelinger

Afdeling	Antal udleveret	Svarpct.
Intensiv	27	63
Karkirurgisk	27	66
Gastrokirurgisk	25	64
Urologisk	26	69
Plastikkirurgisk	12	50
Anæstesi	10	50
I alt	127	64 (n=81)

- ▶ 1. deltager i beslutninger om, hvorvidt patienter skal have transfusion af donorblod
- 2. har kompetence til vurdering af patienters behov for transfusion af donorblod
- 3. har behov for at blive styrket og/eller opkvalificeret i deres beslutningsgrundlag.

Materiale og metode

Spørgeskemaundersøgelsen omfattede sygeplejersker på udvalgte afdelinger på Rigshospitalet. Den inkluderede sygeplejersker, som arbejdede på intensiv, i anæstesen og på fire forskellige kirurgiske sengeafdelinger med varierende behandlingsopgaver, men med et stort antal transfusionsbehandlinger årligt.

Besvarelsen af spørgeskemaer er foretaget før undervisning i transfusionsbehandling, før sygeplejerskerne fik informationer om deres afdelings transfusionsbehandlinger set i forhold til evidens og i forhold til Sundhedsstyrelsens vejledning fra 2007 og Region Hovedstaden, Rigshospitalets vejledning fra 2009 (9,10).

På intensiv afdeling blev skemaerne udleveret til sygeplejersker med forskellig anciennitet. På de øvrige afdelinger blev spørgeskemaet udleveret til alle sygeplejersker, da spredningen i anciennitet ikke var tilsvarende stor.

Spørgeskemaerne var anonyme. Spørgsmålene omhandlede transfusionspraksis til ikke akut blødende patienter, herunder spørgsmål om viden, holdninger og praksis.

I alt 81 spørgeskemaer blev besvaret og fordelte sig på afdelinger og antal som vist i tabel 1 her på siden. Data i artiklen er uddrag af resultater, som vedrører praksis.

Mange deltager i beslutninger om transfusion

Totalt svarede 60 sygeplejersker, at de som oftest deltager i beslutninger om, hvorvidt patienterne skal have transfusion af donorblod, se figur 1. 26 mener, at der var megen eller nogen konsensus i sygeplejegruppen om, hvornår patienterne skal have transfusion med donorblod, og 43 var meget eller delvist enige i, at de på deres afdeling havde en optimal behandling med blod, se figur 2 side 52. Modsat var 26 meget eller delvis uenige i, at de havde en optimal behandling, og 11 svarede, at de ikke vidste, om deres behandling var optimal.

To ud af tre kender den lokale vejledning

På spørgsmålene om, hvorvidt sygeplejerskerne kendte gældende vejledninger, svarede 52, at de kendte Rigshospitalets vejledning, og 35 kendte Sundhedsstyrelsens vejledning. Vedrørende viden om restriktive studier om transfusioner af donorblod svarede 10, at de havde kendskab til videnskabelig evidens, se figur 3 side 53.

78 er meget eller delvist enige i, at Hb skal bruges som indikator for, hvornår der skal gives en transfusion med donorblod, se figur 4 side 53, men samtidig mener de, at symptomer som træthed (35), svimmelhed (67) og vejrtrækningsproblemer (32) kan være tegn på, at patienten har brug for donorblod, se figur 5 side 53.

På spørgsmålet om, hvorvidt sygeplejerskerne mente, at transfusioner med donorblod har indflydelse på risiko for infektioner og mortalitet, svarede 35, at transfusioner med donorblod øger risikoen for infektioner, og 24, at mortaliteten øges hos intensive patienter, hvis de får transfusioner med donorblod, se figur 6 side 53.

35 sygeplejersker mente, at en portion blod er nok til, at der kan ses almen bedring hos patienten, og tre mente, at patienter først får det alment bedre, når deres Hb er over 6 mmol/l.

Vaner og mavefornemmelser styrer

Ifølge loven skal blodbanker udarbejde en vejledning for brugen af donorblod til patienterne. Region Hovedstadens Blodbank udarbejdede den seneste version i 2009, derudover udarbejdede Sundhedsstyrelsen en i 2007. Vejledningerne svarer til internationale vejledninger på området. Sundhedsstyrelsens vejledning følges i ca. halvdelen af de tilfælde, hvor der gives donorblod (5). Den præcise årsag til forskellen mellem vejledninger og praksis er ikke kendt.

” Undersøgelsen viser, at sygeplejersker har indflydelse på valget af behandling med donorblod.

Målet med denne deskriptive undersøgelse var derfor bl.a. at finde årsager til forskellen mellem vejledninger og praksis. Undersøgelsen skal belyse sygeplejerskers indflydelse på praksis, og hvilke holdninger og hvilken viden sygeplejersker har på området for dermed at komme tættere på en forklaring. Undersøgelsen viser, at sygeplejersker har indflydelse på valget af behandling med donorblod. Dette er måske ikke overraskende for de læger og sygeplejersker, der til daglig arbejder i klinikken, men det er alligevel interessant

- at kun lidt over halvdelen af de adspurgte sygeplejersker mente, at de på deres afdeling har en optimal transfusionsbehandling
- at flere end hver 10. (14 pct.) sygeplejerske ikke vidste, om niveauet var optimalt
- at hver tredje patient på Rigshospitalet får blod, selv om Hb er højere end 6 mmol/l
- at sygeplejerskerne, trods enighed om at Hb er indikatoren

Tabel 2. Krydstabel mellem kendskab til Rigshospitalets vejledning og hvem som beslutter behandling med transfusion af donorblod. 3 informanter har ikke besvaret dette spørgsmål.

Hvem tager oftest beslutning om transfusion? * Kender du hospitalets vejledning? Crosstabulation							
			Kender du hospitalets vejledning?			Total	
			Ja	Nej	Ved ikke		
Hvem tager oftest beslutning om transfusion?	Lægen alene	Antal adspurgte	9	9	0	18	
		% within Kender du hospitalets vejledning?	18,0 %	34,6 %	,0 %	23,1 %	
	Sygeplejersken foreslår, læge godkender	Antal adspurgte	18	10	0	28	
		% within Kender du hospitalets vejledning?	36,0 %	38,5 %	,0 %	35,9 %	
	Fælles beslutning, læge + sygeplejerske	Antal adspurgte	23	6	2	31	
		% within Kender du hospitalets vejledning?	46,0 %	23,1 %	100,0 %	39,7 %	
	Sygeplejersken alene	Antal adspurgte	0	1	0	1	
		% within Kender du hospitalets vejledning?	,0 %	3,8 %	,0 %	1,3 %	
			Antal adspurgte	50	26	2	78
			% within Kender du hospitalets vejledning?	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
	<p><i>Krydstabellen anvendes til at vise sammenhængen mellem, om sygeplejersken kender hospitalets vejledning (kolonner), og hvem der tager beslutningen om, hvorvidt en patient skal have blodtransfusion (rækker). F.eks. har 10 sygeplejersker (38,5 pct. af alle, som ikke kender vejledningen) svaret, at de ikke kender vejledningen, men alligevel foreslår de behandlinger med blodtransfusioner for derefter at få lægelig godkendelse.</i></p>						

for, om en patient skal have blod, alligevel anser symptomer som træthed, svimmelhed og vejrtrækningsproblemer som indikatorer for, om patienten kunne have brug for blod

- at kun 52 af sygeplejerskerne kender vejledningen. Det kan være et udtryk for, at de ikke benytter vejledninger, og det kan medføre, at sygeplejersker, som anbefaler transfusion, ikke kender vejledningen. Dette understøttes af, at 10 af de sygeplejersker, som selv vurderer, at patienter har brug for blod for derefter at få dette ordineret af en læge, ikke kender vejledningen (se tabel 2 her på siden). Det er med andre ord ikke kun de sygeplejersker, som kender vejledningen, der initierer behandlingsplaner.

Manglende kendskab til vejledninger og det faktum, at bare 10 af sygeplejerskerne kender studier for restriktiv strategi, kan være en årsag til, at 33 ikke mener, der er konsensus i sygeplejerskers syn på transfusionsbehandlingen på deres afdeling. Alligevel vidste 24, at der er forhøjet mortalitet grundet transfusioner med donorblod til patienter på intensiv afdeling, og 35 vidste, at

transfusioner med donorblod øgede risikoen for infektioner. Dette giver samlet et billede af, at dansk sygepleje inden for transfusionsbehandling med blod i højere grad styres af vaner og mavefornemmelser end af evidensbaserede beslutninger.

Samarbejde på tværs

I nogle andre lande går udviklingen på dette område i retning af, at sygeplejersker skal påtage sig et ansvar for at følge patienternes anæmi perioperativt og selvstændigt kunne handle på en kommende eller allerede opstået anæmi ved at foreslå behandlingsplaner, der mindsker anæmirisici. Derudover forventes det, at sygeplejersker kan forklare patienter fordele og ulemper ved transfusion, og ikke mindst hvornår og hvorfor de har brug for donorblod (8).

Sygeplejerspraksis på dette felt er i udvikling, og opgaver, der før var placeret hos lægen, bliver nu i højere grad løst i et samarbejde mellem sygeplejerske, patient og læge.

Ønsket er dels at mindske variationer i behandlingen, dels at mindske behovet for transfusioner med donorblod.

Patientsikkerhed i første række

Undersøgelsen peger på, at danske sygeplejersker allerede tager ansvar for behandlingsplaner med transfusioner med donorblod, som det er set i flere andre lande. Men undersøgelsen viste også, at evidensbaseret viden ikke er blevet implementeret i sygeplejen, og at udlevering af vejledninger ikke er en optimal

” Sygeplejerspraksis på dette felt er i udvikling, og opgaver, der før var placeret hos lægen, bliver nu i højere grad løst i et samarbejde mellem sygeplejerske, patient og læge.

► måde at ændre behandlingsmetoder på, da vejledninger ikke nødvendigvis bliver brugt i praksis. Ud fra et patientsikkerhedsperspektiv er det vigtigt, at behandlingsplaner tager udgangspunkt i evidens og ikke i en fortsat forsøg og tag fejl-model.

Sygeplejerskers kompetence på området skal løftes, så de bliver i stand til at

- foreslå og varetage behandlingsplaner
- forebygge anæmi
- vejlede patienter om transfusion med donorblod
- vejlede patienter om alternativer
- informere patienter om fordele og ulemper ved transfusioner med donorblod.

Sygeplejersker må tage et medansvar for at ændre den nuværende og ofte meget varierende behandling for dermed at øge patientsikkerheden. Et kompetenceløft til sygeplejersker vil kræve ekstra ressourcer, men det opvejes af mindre brug af unødvendige transfusioner med donorblod og derved en forbedring af patientsikkerheden.

*Jens Svanholt Seeberg er ansat som
blodmanager på Region Hovedstadens Blodbank,
Rigshospitalet; jens.seeberg@rh.regionh.dk*

På side 57 i dette nummer af Sygeplejersken findes en evidensbaseret læringsartikel af samme forfatter. Artiklen beskriver baggrunden for den nødvendige restriktive tilgang til transfusioner med donorblod og indeholder læsertest og stop op og tænk-bokse til brug for refleksion over egen praksis.

Litteratur

1. The collection, testing, and use of blood and blood products in Europe in 2003, Council of Europe Publishing, Strasbourg 2005.
2. Hebert PC, Wells GA, Blajchman MA et al. A multicenter, randomized, controlled clinical trial of transfusion requirements in critical care. Transfusion Requirements in Critical Care Investigators, Canadian Critical Care Trials Group. *N Engl J Med* 1999;340: 409-17.
3. Marik et al. Efficacy of red blood cell transfusion in the critically ill: a systematic review of the literature. *Crit Care Med*. 2008 Sep; 36(9):2667-74.
4. Transfusion Medicine Review, Vol 24, No 2 (April), 2010: pp 77-124.
5. Dansk Transfusionsdatabase. Årsrapport 2009 (Data fra 2007 og 2008) De mest blodforbrugende diagnoser og kirurgiske procedurer: Brug af erytrocytkomponenter.
6. Nørgaard A, White JO, Stensballe J, Johansson PI, Perner A, Ringsted C. Analysis of transfusion structure and culture in a university hospital ICU. *In Press* 2011.

7. Freedman et al. Experience of a network of transfusion coordinators for blood conservation (Ontario Transfusion Coordinators (OnTrac)). *Transfusion* 2008;48: 237-250
8. Better Blood. <http://www.betterblood.org.uk/> Besøgt d. 08.06.2010.
9. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om blodtransfusion; 2007.
10. Region Hovedstaden, Rigshospitalet. Behandling med blodkomponenter; 2009.

English abstract

Seeberg JS. Large variations in treatment using donor blood. *Sygeplejersken* 2011;(8):52-6.

A survey of 81 nurses from six specialities at Rigshospitalet shows that nurses participate in and take responsibility for patients' treatment with donor blood, yet they lack knowledge and consensus about optimal treatment. The survey found that nurses' decisions concerning transfusions using donor blood were not evidence-based. Only about half of the nurses believed that they had optimal transfusion techniques at their department, and only 10 were aware of evidence-based knowledge as a basis for a restrictive transfusion strategy.

Concerning donor blood, nursing is in a developmental phase in which tasks that were formerly a physician's are increasingly being carried out in collaboration among nurses, patients and physicians. One goal ought to be to reduce the need for donor-blood transfusions as well as variations in the treatment, and it is therefore important that evidence-based knowledge be implemented allowing the staff to make more uniform decisions concerning transfusion. There is thus a need to increase the nurses' focus on the development of nursing in relation to patients who have or will have a need for donor blood.

Key words: Blood transfusion, donor blood, transfusion therapy.

TEORI PRAKSIS

Artiklenkategorien Teori & Praksis erstatter kategorien "Klinisk Sygepleje."
Artiklen indeholder en kort test til læseren og stop op og tænk-bokse, der giver mulighed for at diskutere 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.

Hvornår har patienten beh

Artiklen beskriver begrebet blodmanagement, hvilket vil sige korrekt brug af donorblodprodukter, alternativer til donorblod og strategier til at reducere eller undgå patienternes behov for blodtransfusion.

Mål med artiklen

Artiklen skal

- gøre læseren bevidst om, hvorfor det er vigtigt at have en restriktiv tilgang til transfusion med donorblod
- præcisere, hvornår en patient har anæmi
- tydeliggøre, hvilke patienter der kan have fordele af transfusion med donorblod
- beskrive ulemper og bivirkninger ved transfusion med donorblod.

De ord i teksten, som er mærket med *), er forklaret i boks 1 side 59. Ordene i listen er ordnet i alfabetisk rækkefølge.

AF JENS SVANHOLT SEEBERG, SYGEPLEJERSKE, CAND.SCIENT.SAN.

Transfusion af donorblod er en af få behandlinger, som kan genoprette iltningen af vævet, når efterspørgslen af ilt overstiger tilbuddet. Transfusion med donorblod er derfor livreddende til patienter med akut ukontrollabel blødning. Fordelene, når det gælder patienter, som ikke bløder akut, er til gengæld sværere at præcisere. Transfusion med donorblod øger altid blodvolumen. For nogle patienter vil transfusionen ikke øge ilttilbuddet til væv, men kun behandle hypovolæmi og dermed bedre patienten alment. Volumenbehandling bør dog gives med andre og mere sikre væsker. Beslutningen om, hvorvidt en stabil patient skal have transfusion med donorblod, afhænger derfor ofte af det kliniske personales vurdering af fordele og ulemper for den enkelte patient. Sygeplejersker er her en vigtig faggruppe.

Da transfusion med donorblod aldrig vil blive en behandling uden risici, bør unødvendige transfusioner undgås. Optimal transfusionsbehandling opnås ved at bruge transfusionsvejledninger, der på basis af videnskabelig evidens sandsynliggør, at patienten samlet set har gavn af behandlingen (1).

I denne artikel vil evidens for transfusion af røde blodlegemer (RBC)/SAGM*) blive diskuteret. Artiklen beskriver fysiologiske principper for transport af ilt, kompensatoriske mekanismer ved anæmi og effekten af transfusion med donorblod på ilttransport og iltoptagelse i væv. Sidst, men ikke mindst præsenterer artiklen den aktuelle viden om risici ved blodtransfusion målt på mortalitet og morbiditet.

Vi er storforbrugere af donorblod

Danmark er det land i den vestlige verden, som transfunderer flest RBC. Vi transfunderer ca. 60 portioner RBC pr. 1.000 indbyggere (2008). Gennemsnittet for lande i EU og USA er 40 portioner pr. 1.000 indbyggere, se figur 1 side 59.

I alt giver vi i Danmark ca. 200.000 portioner RBC om året, og sygeplejersker deltager i op til 75 pct. af beslutningerne vedr. transfusion. Derfor har sygeplejersker væsentlig indflydelse på transfusionsbehandlingen af danske patienter, og de bør af samme grund have indgående viden om fordele og ulemper med behandlingen.

Blå bog

Jens Svanholt Seeberg er født i 1969. Han blev sygeplejerske i år 2000 og cand.scient.san. i 2006. Jens Svanholt Seeberg er ansat som sygeplejefaglig blodmanager på Rigshospitalet. Frem til denne ansættelse har han været ansat forskellige steder både som basis-sygeplejerske og som sygeplejerske med ansvar for udvikling og forskning.



Blodmanagement

For at imødekomme det kliniske personales behov for sparring med specialister har flere vestlige lande iværksat blodmanagement. Blodmanagement handler om korrekt brug af donorblodprodukter, brug af alternativer til donorblod og strategier til at reducere eller undgå patienternes behov for blodtransfusion. Blodmanagementprojekter benytter en tværfaglig teamstruktur til at imødegå patienters behov for blodtransfusion. Rigshospitalet har oprettet en sygeplejefaglig blodmanagerstilling i lighed med international praksis. Målet er, at sygeplejersker udvikler en fælles praksis for optimering af patienternes egne blodressourcer samt benytter evidensbaseret behandling. Den sygeplejefaglige blodmanager på Rigshospitalet har ansvaret for udviklingen af fælles praksis i sygeplejen og for, at sygeplejersker tager et medansvar for, at patienternes behandling er evidensbaseret.

Formålet med transfusionsbehandling

I teorien får patienter blodtransfusion for at øge iltningen i vævet. Det er dog ikke sikkert, at en øgning af ilttilbuddet vil resultere i en øget lokal iltoptagelse i vævet (2). Det har længe været kendt, at tilbuddet af ilt til vævet ikke er afhængigt af patientens Hb*), så længe Hb er større end patientens kritiske niveau. Det kritiske niveau nås hurtigt ved en ukontrollabel blødning, hvorfor blodtransfusion er nødvendig her.

Det kritiske niveau

Ilttilbud (DO₂) er resultatet af hjerteminutvolumen (CO) og indholdet af ilt i arterielt blod (CaO₂). Iltforbruget (VO₂) er normalt 4-5 gange mindre end ilttilbuddet. Derfor kan iltleveringen falde over en lang periode, før patienten påvirkes af et blodtab.

Når patientens hæmatokrit*) falder til under 25, aktiveres flere kompensatoriske mekanismer:

- pulsen stiger i et tidligt stadie af anæmien (pga. sympatisk aktivering)
- CO øges
- arteriel-venøs iltekstraktion*) øges.

ov for blodtransfusion?

Boks 1. Anvendte ord og begreber

Definitioner på anvendte ord og begreber mærket med *)

Acute Physiology And Chronic Health Evaluation
APACHE er et udbredt risikoscoringsystem til intensive patienter.

Allogene celler

Ved allotransplantation flyttes væv/celler fra én person til den anden. Modsat autolog/autotransplantation, hvor vævet flyttes hos personen selv.

Hb-koncentration

Koncentrationen af hæmoglobin i blodet, målt i millimol pr. liter (mmol/l) eller gram pr. deciliter (g/dl). Hæmoglobin findes inde i erythrocyterne og består af fire proteinkæder (globin) med hver en hæmgruppe og en iltbindende divalent jern-ion (Fe²⁺).

Hæmatokrit

Volumenprocenten af røde blodlegemer i blodet, et udtryk for blodets evne til at transportere ilt.

Iltekstraktion

Afgivelse af ilt fra hæmoglobinmolekylet til væv.

Konfunderende faktor/Confounder

En confounder er en faktor, der kan påvirke resultatet. For at kunne sammenligne risikoen i to eksponeringsgrupper skal de være sammenlignelige.

Normovolæmisk

Normal volumen i blodbanen.

OR

Oddsratio; odds for et uønsket udfald i behandlingsgruppen divideret med odds i kontrolgruppen.

SAGM

Erythrocytkoncentrat bestående af ca. 170 ml erythrocytter, 100 ml saltvand (SAG-M) og kun 5-10 ml plasma. Leucocytindholdet er reduceret med over 75 pct. Indeholder ingen trombocytter og koagulationsfaktorer. Ved massivt transfusionsbehov bør der derfor også gives frisk-frosset plasma og evt. trombocytikoncentrat.

TRALI

Transfusion related acute lung injury. Det typiske billede ved TRALI består af akut indsættende alvorlig dyspnø, tachypnø, ny eller tydeligt forværret hypoxi, feber, hypotension og evt. cyanose under eller efter transfusion. Mortaliteten ved TRALI og "delayed TRALI" hos kritisk syge patienter er høj, omkring 40 pct. Alle kan få TRALI, men hyppigheden er størst hos intensive patienter. En klinik med 1.000 indlæggelser pr. år giver en forventet forekomst af TRALI på mellem 3 og 13 pct. (ved en transfusionsfrekvens på 40 pct.).

Viskositet

Tykkelse af væske, f.eks. blod (jo flere røde blodceller, des tykkere blod/højere viskositet).

Vævshypoxi

Utilstrækkeligt ilttilbud til væv.

Når patientens hæmatokrit/hæmoglobin falder ved blodtab, mindskes blodets viskositet*). En mindsket viskositet øger det venøse tilbageløb til hjertet, og dermed øges venstre ventrikels fyldning, hvis/når tabet af røde blodceller erstattes med infusion af tynde væsker, dvs. patienten bliver normovolæmisk*). Da røde blodceller er en tyk væske, bliver blodet tyndere, dvs. at viskositeten mindskes, når cellerne erstattes med en tynd væske. Tyndere væske/blod har lettere ved at løbe tilbage til hjertet. Samtidig falder den perifere modstand i karrene (systemisk vaskulær resistance; SVR). Resultatet er, at venstre ventrikels effekt øges, hvorved hjerteminutvolumen øges (3,4,5).

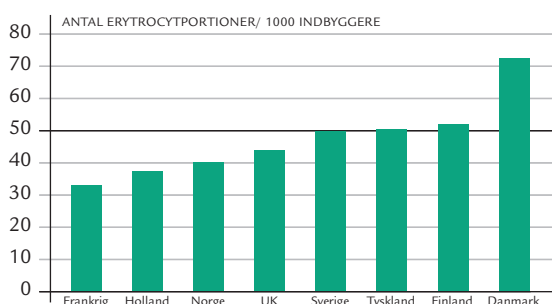
Mikrocirkulation og iltoptagelse

På det mikrocirkulatoriske niveau medfører faldet i viskositeten generelt en øget blodgennemstrømning, som dog kan modvirkes af en omfordeling pga. sympatisk aktivering. Den øgede blodgennemstrømning giver en øget iltoptagelse til vævet (O₂-ER). Ved en øget iltekstraktion ses et fald i blandet venøs og/eller central venøs ilt saturation i blodet (ScvO₂) (6). Det kritiske niveau for patienten opstår, når ilttilbuddet bliver mindre end behovet for ilt, og patienten begynder at få vævshypoksi*). Hæmoglobinværdien på dette niveau defineres som den "kritiske hæmoglobin". Det kritiske niveau af ilttilbuddet indikerer et systemisk niveau, dvs. for hele kroppen, men det kritiske punkt for det enkelte organ kan opstå, før det kritiske punkt er nået for hele kroppen (7).

Både det kritiske niveau af ilttilbuddet og den kritiske hæmoglobin afhænger af sygdom og patientkategori. F.eks. kan man hos hjertepatienter se tidlig udvikling af iskæmiske komplikationer som eleverede ST-segmentforandringer, arytmier på organniveau og hæmodynamisk instabilitet på systemniveau. Under anæstesi ses der ligeledes et ændret behov for mikrocirkulatorisk iltning; på dette område mangler der dog evidens. ▶

Figur 1. Forbrug af SAGM

Forbrug af SAGM pr. 1.000 indbyggere.



Kilde: The collection, testing, and use of blood and blood products in Europe in 2003, Council of Europe Publishing, Strasbourg 2005

► Blodtransfusion øger ikke nødvendigvis ilttilbuddet

Kliniske studier har vist, at man kan have meget lave hæmoglobinniveauer uden at møde det kritiske niveau. Et studie fra 1998 ønskede at belyse den kardiovaskulære og vævshypoksiske reaktion, når personer med normal fysiologi bløder ned til Hb 3,1 mmol/l, hæmatokrit 15 (tabt blod erstattes med væsker, kolloid/krystalloiddopløsninger, og venøs saturation holdes på 75 pct.) (8). Resultatet var, at en rask forsøgsperson kan tåle Hb på 3,1 mmol/l, uden at der opstår mærkbar ændring i ilttilbuddet til vævet, hvilket skyldes de ovenfor nævnte kompensatoriske mekanismer (9). Studiet demonstrerede dermed, at raske mennesker har en høj tolerance for akut normovolæmisk anæmi.

Om blodtransfusion øger ilttilbuddet, afhænger af kroppens reaktion på blodtabet. I mange situationer øger blodtransfusion ikke ilttilbuddet, men dæmper i stedet den sympatiske respons. Det samlede resultat kan blive, at CO falder, hvilket medfører, at transfusionerne ikke nødvendigvis har øget ilttilbuddet, og patienten dermed ikke får den ønskede positive iltningseffekt af transfusionerne (10). Således viste et review af Hebert et al. af 18 studier, at Hb steg i alle studier, men ilttilbuddet blev kun dokumenteret øget i 14 af de 18 studier. Kun fire af studierne kunne vise, at VO₂ blev øget efter blodtransfusionen (11,12).

Restriktiv transfusionsstrategi har effekt

Flere studier har vist, at patienter udsat for restriktiv transfusionsstrategi har et bedre klinisk udkomme målt i

1. infektion
2. mortalitet
3. multiorgansvigt
4. indlæggelsestid på hospital og på intensivt afsnit
5. organspecifikke komplikationer og andre undersøgte komplikationer.

Dette er nogle af årsagerne til, at der stadig er stor interesse for at formulere evidensbaserede vejledninger til ikke-blødende patienter (13,14,15,16,17).

Bivirkninger ved transfusion

Indtil 1990'erne var opmærksomheden mod blodtransfusion rettet mod morbiditet og mortalitet grundet transfusionsoverførte sygdomme. Som et resultat af dette er risikoen for overførsel af bl.a. hiv og hepatitis C ved blodtransfusion mindsket kraftigt over de sidste 20 år pga. teknologiske forbedringer i blodproduktionen.

Alligevel er der kommet flere observationsstudier og randomiserede kontrollerede undersøgelser, der viser forhøjet dødelighed hos patienter, som har fået blodtransfusion. Dette indgår ik-

Læsertest

1. Hvordan beslutter I på din arbejdsplads, om patienten har brug for blodtransfusion?
2. Er der forskel på outcome/dvs. patientens resultat, hvis patienten får en, to eller mange transfusioner med donorblod?

Læs svar på side 62.

ke i vores klassiske opfattelse af transfusionskomplikationer, da det formentlig skyldes nogle patofysiologiske mekanismer, vi endnu ikke er helt sikre på (1). Uanset de patofysiologiske mekanismer er der evidens for negative effekter af blodtransfusion. Det drejer sig om øget morbiditet og immunsuppression, der prædisponerer for infektion og postoperative infektioner (13,14). Transfusion Related Acute Lung Injury*) (TRALI), og andre immunologiske reaktioner ses også (18).

Restriktiv transfusionsstrategi anbefales til kritisk syge

Transfusion Requirements in Critical Care-studiet fra 1999 var det første større randomiserede kliniske studie, der ønskede at belyse, om intensivpatienter havde et dårligere outcome, hvis de først blev transfunderet, når deres Hb var faldet til 4,4 i forhold til 6,0. I alt 838 patienter blev randomiserede. 418 patienter i en restriktiv gruppe, som først skulle have donorblod, når deres Hb var faldet til < 4,4 mmol/l. Den anden gruppe på 420 patienter kom i en liberal gruppe, hvor de allerede fik blodtransfusion, når deres Hb var faldet til < 6,0 mmol/l. Studiet viste, at de restriktivt behandlede patienter havde en signifikant lavere dødelighed set over 30 dages indlæggelse (22,2 pct. versus 28,1 pct.; P=0,05). Et sekundært effektmål viste endvidere, at de liberalt transfunderede patienter havde en signifikant øget forekomst af AMI og lungeødem. Selv om den øgede forekomst af lungeødem kan forklares ud fra overload, modsiges dette af den formodede effekt af, at en liberal transfusionsstrategi skulle give en øget iltning af myokardiet, hvormed myokardiets funktion burde være øget (15).

Patienter, der modtog blodtransfusion ved Hb < 4,4 mmol/l, havde

- øget overlevelse, hvis de var under 55 år
- øget overlevelse, hvis deres Acute Physiology And Chronic Health Evaluation*) (APACHE II)-score var under 20
- generelt lavere mortalitet under indlæggelsen
- signifikant lavere eksposition /udsættelse for donorblodprodukter.

Konklusionen på studiet var, at en restriktiv transfusionsstrategi

er lige så god og måske bedre til kritisk syge patienter. En subgruppe-undersøgelse viste dog, at iskæmisk hjertesyg patienter havde mindre mortalitet, når de hørte til den liberale grænse, hvorfor vejledningen til disse patienter i dag er en liberal strategi (Hb 6,0 mod Hb 4,5 mmol/l). Et nyt RCT-studie fra 2010 sammenlignede 502 bypassopererede patienter. Patienterne blev fordelt i en restriktiv gruppe (Hb 5,0) og en liberal gruppe (Hb 6,0). Studiet viste, at patienterne i den restriktive gruppe klarede sig lige så godt som patienterne i den liberale gruppe (19).

Murphy et al. sammenlignede 8.516 engelske patienter, som i perioden 1996-2003 var udsat for hjertekirurgi. Når de transfunderede og ikke-transfunderede patienter var reguleret for konfunderende faktorer*), viste opgørelsen, at blodtransfusion var associeret med en øget risiko for både 30-dages og etårs mortalitet (16). Marik et al.s systematiske review fra 2008 undersøgte sammenhængen mellem blodtransfusion og mortalitet og morbiditet hos kritisk syge patienter. De inkluderede 45 kohortestudier. Resultaterne viste, at sammenfaldet mellem blodtransfusion og død var en OR*) på 1,7, og risikoen for infektioner var OR 1,8 (17). Yderligere har andre kliniske observationer støttet hypotesen om, at transfusion med donorblod generelt kan være relateret til multiorgansvigt (MOF) hos intensive patienter. Et prospektivt observationelt studie af Bernard et al. viste, at risikoen for 30-dages mortalitet, sårinfektion, pneumoni og septisk shock hos kirurgiske patienter signifikant øges ved en pose SAGM, og at risikoen stiger, hvis patienten får to poser SAGM (14).

Akutte risici og forsinkede reaktioner

Ud over de viste sammenhænge mellem transfusion, død og infektioner er der fortsat de klassiske risici, som kan inddeles i akutte og forsinkede, bl.a.:

Akutte

- akut hæmolyse pga. fejltransfusion
- feber (non-hæmolytisk transfusionsreaktion)
- allergi (anafylaksi, nældefeber, hypotension)
- Transfusion Related Acute Lung Injury
- bakterieoverførsel
- lungeødem, AMI, kardiogent shock (overload).

Akutte risici til massiv transfusion:

- hyperkaliæmi (evt. hjerTESTOP)
- citratforgiftning/hypokalcæmi
- hypotermi, hvilket kan føre til hypokoagulation/øget blødningstendens.

Også de forsinkede reaktioner er det vigtigt at være opmærksom på. Disse kan vise sig som:

- immunisering mod allogene celler (såvel røde som hvide blodceller)

Stop op og tænk

1. Tænk på sidste gang, du gav blodtransfusion til en ikke-blødende patient
 - overvejede du, om patienten kunne tåle lavere Hb-koncentration end den, der er anført i Sundhedsstyrelsens vejledning?
 - overvejede du, om patienten kunne undgå transfusion ved andre behandlingsformer end donorblod?
 - overvejede du, om patienten kunne få bivirkninger til blodtransfusionen?
2. Hvem træffer hyppigst beslutning om transfusion på din arbejdsplads, og er det en fornuftig måde at beslutte på?
3. Kender I nogle studier til fordel for en restriktiv transfusionsstrategi?
4. Har I på din afdeling en optimal behandling med blodprodukter sammenlignet med andre afdelinger, andre sygehuse eller international behandling?
5. Er sygeplejerskerne på jeres afdeling enige om, hvornår patienterne skal have donorblod?

- forsinket hæmolyse (medfører fald i Hb og stigning i bilirubin og LDH)
- virusoverførsel af f.eks. hepatitis, hiv, vest-nil-virus, cytomegalovirus, SARS, influenza etc.
- nedsat immunfunktion og deraf øget forekomst af infektioner
- cancerrecidiv (i visse tilfælde; der mangler evidens på området)
- Graft-versus-host sygdom (GvH; celler fra donor angriber celler i værten).

Gældende retningslinjer

I den gældende blodtransfusionsvejledning fra Sundhedsstyrelsen 2007 og Region Hovedstadens retningslinjer er transfusion med SAG-M indikeret ved:

1. akut livstruende blodtab uanset Hb-niveau
2. Hb < 6,0 mmol/l og samtidig:
 - svær iskæmisk hjertesygdom
 - septisk shock (i den initiale fase, < 6 timer)
 - akut, alvorlig blødning (f.eks. tab > 30 pct. af blodvolumen inden for 24 timer).

Til øvrige patienter overvejes behandling med SAGM ved Hb < 4,5 mmol/l. ▶

- ▶ Såfremt der ordineres behandling uden for de anbefalede indikationsrammer, har lægen pligt til nærmere at begrunde indikationen i journalen. Den videre behandling af akut, kontrollerbar blødning omfatter indgift af frisk-frosset plasma og trombo-cytter.

Garcia-Erce et al. har i 2009 udspecificeret transfusionsgrænser i henhold til nuværende international evidens. De har sat en nedre grænse for behandling på Hb 3,1 mmol/l modsat Sundhedsstyrelsens Hb 4,5 mmol/l. Forskerne er til gengæld enige med Sundhedsstyrelsen i, at patienter ikke skal transfunderes, hvis Hb > 6 mmol/l (20).

Konklusion

Nuværende evidens taler for at være restriktiv med blodtransfusion, og det er muligt at konkludere, at transfusion med SAGM

- er livreddende ved blødning med kredsløbssvigt
- aldrig er vist gavnlige ved Hb > 6 mmol/l
- bør gives til kritisk syge ved Hb 4,2-4,5 mmol/l
- kan gives ved Hb 3-4 mmol/l hos raske, men beslutningen afhænger af en klinisk vurdering af den enkelte patient
- kan gives ved Hb 5-6 mmol/l hos akut hjertesygge, men det afhænger af en klinisk vurdering af den enkelte patient. Studier viser, at ikke alle patienter pr. automatik skal have blodtransfusion ved Hb < 6,0.

Vi ved også, at blodtransfusioner

- har til hensigt at øge vævsiltningen og forbedre patientens outcome, men at blodtransfusioner ikke bør gives uden evidens for øget iltning eller hæmostase
- aldrig bør gives profylaktisk
- aldrig kan anses som risikofri.

Om blodtransfusioner faktisk opfylder disse hensigter, kan være svært at estimere af flere årsager:

Patientens fysiologi kan kompensere for akut anæmi, men anæmitolerancen er afhængig af patientens kardiopulmonale status og øvrige tilstand/sygdom. Der er stadig mangel på studier, der belyser vævsiltning ved forskellige sygdomme i klinisk transfusionspraksis. Dette er specielt vigtigt for at kunne evaluere, om en øgning af hæmatokrit og blodets viskositet påvirker fysiologiske mekanismer, der ellers kompenserer for blodtab. Dvs. at ilttilbuddet ikke øges, selvom mængden af hæmoglobin øges. Det betyder, at monitorering af iltoptagelsen er specielt vigtig, når effekten af blodtransfusion skal evalueres.

Manglen på fuldstændig evidens betyder således, at det er for usikkert at have en præcis nedre Hb-grænse i alle situationer. Den nuværende blodtransfusionsvejledning tager højde for dette, ved at patienterne transfunderes i god tid, før de når deres kritiske Hb.

Grunden til, at vi ikke kan benytte traditionelle symptomer på anæmi (hypotension, takykardi, dyspnø, svimmelhed og træthed), er, at symptomerne er afhængige af patientens alder, medicinering og andre sygdomme. Symptomerne bør bruges i sammenhæng med patientens Hb ved beslutning om at transfundere eller afvente.

Uanset disse forbehold belyste TRICC-studiet, at restriktiv brug af donorblod kan være optimalt for patienten. Beslutningen, om en patient skal have donorblod, bør træffes af klinikens personale ud fra Hb og den aktuelle evidens for den specifikke patientkategori, patientens andre sygdomme, anden medicinering samt værdier som BT, puls, venøs saturation etc.

På nuværende tidspunkt kan vi konkludere, at blodtransfusion til patienter med Hb > 6,0 mmol/l er unødvendig. Der mangler studier, der viser fordele/ulemper for onkologiske patienters oplevelse af almen tilstand efter blodtransfusion og for de sygeste patienter med tegn på svær iskæmi. Men alt i alt betyder nuværende evidens, at alt for mange patienter i Danmark stadig får unødvendige blodtransfusioner. Den næste og største udfordring bliver derfor, at det kliniske personale ændrer behandling til den internationalt anerkendte restriktive strategi for behandling med donorblod.

Tak til Anders Perner, overlæge, ITA-4131, Rigshospitalet, for kritisk gennemlæsning af denne artikel.

Svar på læsertest

1. Symptomer som træthed, dyspnø og bleghed er ikke en fyldestgørende indikation for behov for blodtransfusion, men bør lede til måling af Hb. Beslutningen bør træffes af klinikens personale ud fra patientens Hb og den nuværende evidens for patientkategori, patientens andre sygdomme, anden medicinering samt værdier som BT, puls, venøs saturation etc. Patienter med Hb over 6,0 bør ikke få donorblodtransfusion, og vejledningen fra Sundhedsstyrelsen bør benyttes ved vurderingen.
2. Hver pose donorblod repræsenterer én donor. Det betyder, at hvis patienten får to poser blod, er risikoen for bivirkninger dobbelt så stor. Husk derfor aldrig at starte med to portioner, hvis patienten kan nøjes med én, og det kan rigtig mange. Litteraturen viser, at både i Danmark og andre sammenlignelige lande er der en stor tilbøjelighed til at give patienterne minimum to portioner blod, selv om én portion ville være nok. Patientens Hb stiger ca. 0,5 mmol/l pr. portion.

Litteratur

1. Eleftherios et al. Blood Still Kills: Six Strategies to Further Reduce Allogeneic Blood Transfusion-Related Mortality. *Transfusion Medicine Review*. Vol 24, No 2 (April), 2010;pp 77-124.
2. Fernandes CJ Jr, Akamine N, De Marco FVC et al. Red blood cell transfusion does not increase oxygen consumption in critically ill septic patients. *Crit Care* 5:362-7,2001.
3. Habler OP, Kleen MS, Hutter J et al. Effects of hyperoxic ventilation on hemodilution-induced changes in anesthetized dogs. *Transfusion* 1998;38:135-44.
4. Habler OP, Kleen MS, Podtschaske AH et al. The effect of acute normovolemic hemodilution (ANH) on myocardial contractility in anesthetized dogs. *Anesth Analg*. 1996;83:451-8.
5. Cabrales P, Intaglietta M, Tsai AG. Transfusion restores blood viscosity and reinstates microvascular conditions from hemorrhagic shock independent of oxygen carrying capacity. *Resuscitation* 2007;75:124-34.
6. Habler OP, Messmer KF. The physiology of oxygen transport. *Transfus Sci* 1997;18:425-35.
7. Pape A, Habler O. Alternatives to allogeneic blood transfusion. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2007;21:221-39.
8. Krantz T, Warberg J, Secher NH. Venous oxygen saturation during normovolaemic haemodilution in the pig. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2005;49:1149-56.
9. Weiskopf RB, Viele MK, Feiner J et al. Human cardiovascular and metabolic response to acute, severe isovolemic anemia. *JAMA*. 1998;279:217-21.
10. Vincent et al. *Best Pract Res Clin* 2007.
11. Surgenor Sd, Hampers MJ, Corwin HL. Is blood transfusion good for the heart? *Crit Care Med* 29:442-4,2001.
12. Stiner ME, Stowell C. Does red-blood-cell storage affect clinical outcome? When in doubt, do the experiment. *Transfusion* 49:1286-90,2009.
13. Banbury MK, Brizzo ME, Rajeswaran J, Lytle BW, Blackstone EH. Transfusion increase the risk of postoperative infection after surgery. *J Am Coll Surg*. 2006 Jan;202(1):131-8.
14. Bernard et al. Intraoperative Transfusion of 1 U to 2 U Packed Red Blood Cells Is Associated with Increased 30-Day Mortality, Surgical-Site Infection, Pneumonia, and Sepsis in General Surgery Patients. *J Am Coll Surg*. 2009 May;208(5):931-7.
15. Herbert et al. A multicenter randomized trial of transfusion requirements in critical care. *N Engl J Med* 340:409-17,1999.
16. Murphy GJ, Reeves BC, Rogers CA, et al. Increased mortality, postoperative morbidity, and cost after red-blood-cell transfusion in patients having cardiac surgery. *Circulation* 116:2544-52,2007.
17. Marik PE, Corwin HL. Efficacy of red-blood-cell transfusion in the critically ill: A systematic review of the literature. *Crit Care Med* 36:2667-74,2008.
18. Spiess et al. *Transfusion* 2004;44:4S-14S.
19. Hajjar LA, Vincent JL, Galas FRBG, et al. Transfusion requirements After Surgery: the TRACS randomized controlled Trial. *JAMA*, 2010;304(14):1559-67.
20. Garcia-Erce et al.: Blood transfusion for the treatment of acute anemia in

inflammatory bowel disease and other digestive diseases. *World J Gastroenterology*, 2009 October 7;15(37):4686-94.

Supplerende litteratur

- <http://www.sst.dk/Udgivelseser/2007/Vejledning%20om%20blodtransfusion.aspx>
- www.betterblood.uk
- www.nata.com

English abstract

Svanholt Seeberg J. When does the patient need a blood transfusion?. *Sygeplejersken* 2011;(8):58-63.

Main message

In the Western world, Denmark transfuses more red blood cells per 1,000 inhabitants than any other country. Simultaneously, there is currently evidence that many patients receive unnecessary blood transfusions. These unnecessary transfusions should be eliminated by using evidenced-based transfusion guidelines that present the likelihood of whether the treatment would provide an overall benefit for the patient.

Results

Traditional symptoms of anaemia should only be used in association with the patient's Hb when deciding on transfusions.

Studies show

- o That transfusion with SAGM is life-saving during bleeding with circulatory failure, but has never been shown to be beneficial with an Hb > 6 mmol/l.
- o The critically ill patient should be transfused when Hb is 4.2 – 4.5 mmol/l.
- o There is some evidence for the need for transfusion when Hb is 3 – 4 mmol/l in healthy persons
- o There is some evidence for the need for transfusion when Hb is 5 – 6 mmol/l in patients with acute heart disease.

Nursing implications

Internationally, nurses are developing blood management concepts for optimising the use of blood transfusions. Towards this end, interdisciplinary team structures have been used to apply current evidence to meet the patients' needs for best current practice and nursing.

Key words: Transfusion guidelines, blood management, restrictive transfusion strategy

Nye fælles akutafdelinger kræver

AF ANNETTE JAKOBSEN, SYGEPLEJERSKE, SD, MHH, OG NIELS KRISTIAN VILLUMSEN, SYGEPLEJERSKE, SD, CAND.SCIENT.SAN.

En fælles national uddannelse på akutområdet vil give et fagligt løft, fleksibilitet og mobilitet for sygeplejersker.

I efteråret 2010 blev de første 48 akutsygeplejersker i Region Midtjylland og Nordjylland uddannet.

Akutsygeplejerskernes primære arbejdsplads bliver de nye fælles akutafdelinger, der er under etablering på mange af landets akutsygehuse.

Akutafdelingerne bliver meget store, præget af et stort flow af patienter, da næsten alle akutte patienter skal modtages i den fælles afdeling med henblik på triagering, undersøgelse, pleje, behandling og forløbsstyring.

Der vil være fokus på vurdering, prioritering og stabilisering af den svært tilskadekomne og den kritisk syge ud fra de symptomer og vitale parametre, patienten fremkommer med. Patienterne kan være indlagt på afdelingen i op til 48 timer, og en væsentlig del vil blive færdigbehandlet og udskrevet direkte fra den fælles akutafdeling.

Der er lagt op til et tæt teamsamarbejde med akutsygeplejersker, akutlæger, speciallæger, uddannelseslæger og andre faggrupper på de nye afdelinger.

” Kursisterne vurderer den tværfaglige undervisning som meget udbytterig, fordi der genereres ny viden og teamkompetencer, som kan overføres til autentiske patient-situationer.

Sygeplejersker og læger ansat i de fælles akutafdelinger skal fremover være specialister i at modtage akutte patienter i triagering og stabilisering af patienten. Akutsygeplejerskerne og akutlægerne skal kunne tage et forløbsansvar for patienten for at sikre et pleje-, udrednings- og behandlingsforløb af høj faglig kvalitet. Akutlæger og -sygeplejersker vil i samarbejde med de relevante specialer foretage en selektion, så det kun er patienter med behov for behandling i specialafdelingsregi, der visiteres til specialafdelinger. Det kræver forståelse mellem nuværende specialer, det nye fagområde og de nye akutafdelinger, men ikke mindst nye kompetencer og samarbejdsmetoder blandt det sundhedsfaglige personale.

Forventning om høj ensartet kvalitet

Et formål med etablering af fælles akutafdelinger er at sikre sammenhængende patientforløb og dermed bedre kvalitet i pleje, behandling og patientoplevelse forløb. Sundhedsstyrelsen formulerer i (1), at forventningerne er: ”Høj ensartet faglig kvalitet, sammenhængende patientforløb og optimal udnyttelse af ressourcerne – uanset tid og sted” og anbefaler, ”at regionerne formulerer specifikke kompetencekrav for personale i fælles akutmodtagelser og traumecentre og tilbyder relevant uddannelse i

overensstemmelse hermed.” Endelig nævner de om uddannelsesbehov for de enkelte faggrupper: ”Sygeplejersker: Efter- og videreuddannelse samt vedligeholdelse af kompetencer i håndtering af den akut syge patient.”

Akutsygeplejen i Region Midtjylland og Nordjylland

I 2008 blev der i Region Midtjylland etableret en projektorganisation med otte delprojekter til implementering af akutplanen. Uddannelse i akutmedicin for sygeplejersker og læger er et af disse delprojekter (2).

En tværfaglig kursusledelse med en klinisk følgegruppe udviklede og planlagde uddannelsen.

Akutsygeplejerskeuddannelsen forløber over et år med 30 teoretiske undervisningsdage suppleret med klinisk uddannelse i såvel egen som anden akutafdeling. Akutuddannelsen for læger henvender sig til speciallæger og er også planlagt med 30 teoretiske undervisningsdage, men over to år, suppleret med klinisk praksis. Ca. halvdelen af den teoretiske undervisning er tværfaglig simulations- og teamtræning.

Den tværfaglige uddannelse giver fælles fundament og forståelse for den nye kultur, der er under opbygning i akutafdelingerne. Kursisterne vurderer den tværfaglige undervisning som meget udbytterig, fordi der genereres ny viden og teamkompetencer, som kan overføres til autentiske patientsituationer. En af de nye akutsygeplejersker skriver i evalueringen af uddannelsen: ”Det tværfaglige med lægerne er uvurderligt, da det styrker samarbejdet og forståelsen for hinandens problemstillinger.”

Stort udbytte af tværfaglig uddannelse

Den fælles faglige platform giver tværfaglighed, teamsamarbejde og konstruktive debatter med konsensusafklaringer, som kan relateres direkte til praksis. Dynamikken i uddannelsen har skabt grobund for videreudvikling af konkrete praksisnære og teoretiske initiativer. Den fælles uddannelse har ud over læring givet en

Boks 1: Opnåede kompetencer

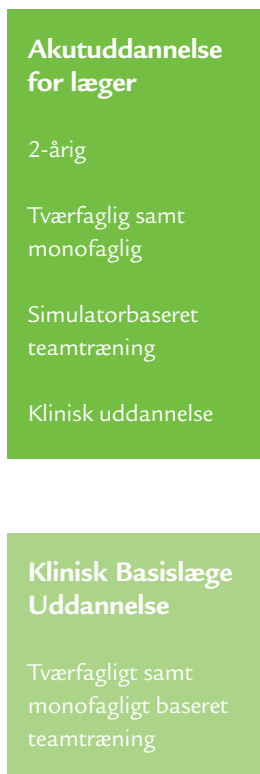
Eksempler på kompetencer kursisterne erhverver på akutuddannelsen:

- Sikker mundtlig kommunikation
- Forløbsstyring/forløbsledelse
- Forløbsdokumentation
- Teamsamarbejde/tværfaglighed
- Triage
- Identifikation og intervention i forhold til akutte tilstande
- ABCDE algoritme
- Samarbejde med andre afdelinger/afsnit
- Selvstændig handlekraft og beslutningsdygtighed i akutte situationer
- Mønstergenkendelse og håndtering af kliniske symptombilleder
- Visitation til fastlagte forløbsplaner
- Konkrete kliniske færdigheder

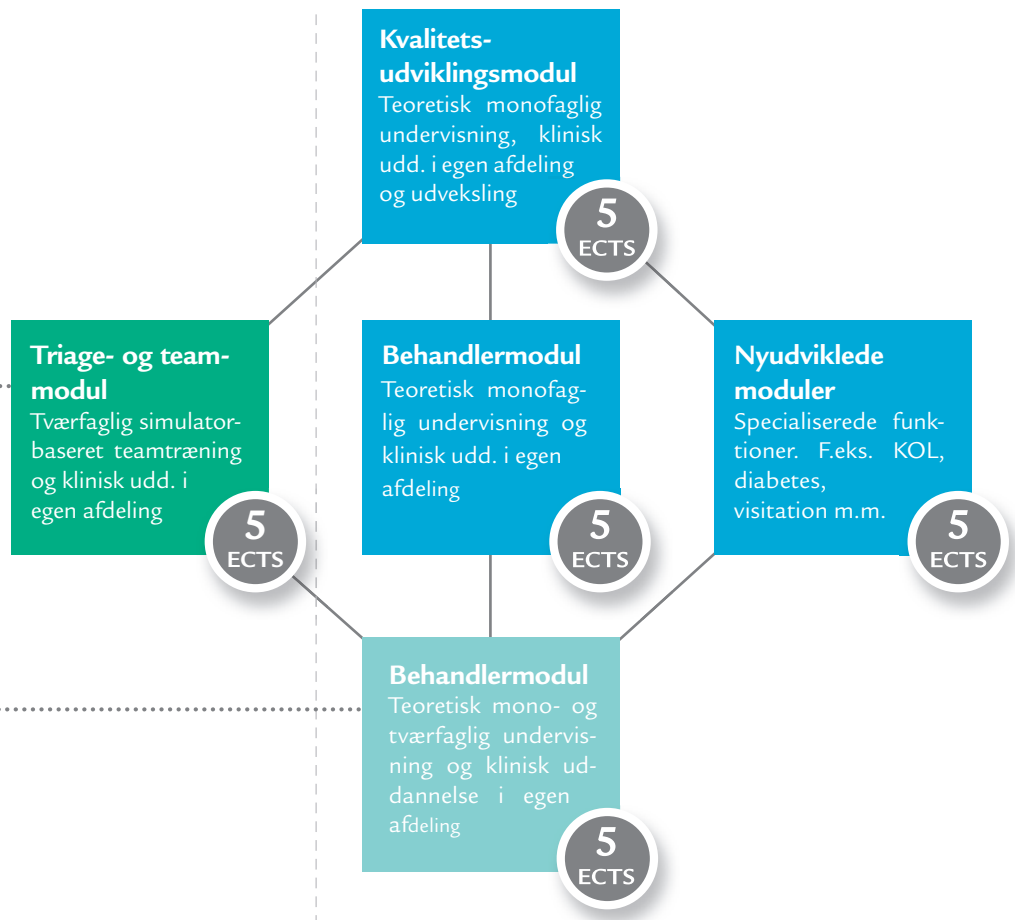
er uddannelse og tværfaglighed

Figur 1. Den modulopdelte uddannelse med tværfaglige elementer

AKUTUDDANNELSE FOR LÆGER



AKUTSYGEPLEJERSKEUDDANNELSE



meget velkommen mulighed for mono- og tværfaglig netværksdannelse. Derved har den fælles uddannelse givet stort udbytte på flere planer se boks 1 side 64.

Tværfaglig, simulatorbaseret teamtræning

I forlængelse af sundhedsstyrelsens anbefaling om, at alt ”personale bør deltage i teamkurser, hvor fiktive traumesituationer trænes” (1), er meget af undervisningen tilrettelagt som tværfaglig simulatorbaseret teamundervisning.

Alle simulationsscenerierne handler om patientnære situationer som modtagelse af den bevidstløse patient, den psykiatriske patient eller traumepatienten, hvor vi træner med en dukke eller figurant. En vigtig pointe i forhold til trygheden i læringsituationen er, at vi arbejder med anerkendende, positiv tilgang og evaluering. Det betyder, at teamet bliver så trygge ved hinanden, at medlemmerne tør spille rollerne så naturtro som muligt. Teamet træner deres individuelle kompetencer og færdigheder, men får samtidig en indsigt i andre teammedlemmers roller og funktioner. Det skaber en forståelse og viden om de kompeten-

cer, som teamet besidder og eventuelt mangler. Teamet kan med sine ressourcer løse opgaver, der går på tværs af faglige og uddannelsesmæssige grænser. Teamsamarbejdet udløser en synergieffekt til gavn for såvel de faglige som de kommunikative kompetencer.

” Den fælles faglige platform giver tværfaglighed, teamsamarbejde og konstruktive debatter med konsensusafklaringer, som kan relateres direkte til praksis.

Fælles uddannelse for læger og sygeplejersker

Når flere sygehuse og regioner uddanner akutsygeplejersker og akutlæger sammen, giver det mulighed for erfaringsudveksling og etablering af den faglighed, der skal udgøre ryggraden i de nye akutafdelinger. Under uddannelsen påvirker de enkelte teammedlemmer og faggrupper hinanden positivt og virker stimule-

- rende på udvikling af både fagområdet og den enkeltes færdigheder og holdninger. Det giver et kollektivt fundament, som er forudsætningen i de nye fælles akutafdelinger.

Der er ikke tradition i Danmark for, at læger og sygeplejersker uddanner sig sammen, så akutuddannelsen er på mange områder en pionér på området, og ikke mindst den tværfaglige simulationstræning giver respekt og anerkendelse nationalt.

Symptomtilgang

Uddannelsen er tilrettelagt ud fra de symptombilleder, akutte patienter kan præsentere sig med og er understøttet af emnerne fra "Dansk Indeks for medicinsk nødhjælp" (3) (se boks 2 her på siden).

I uddannelsen lærer kursisterne at forholde sig til og behandle de symptomer, der truer patientens helbred ud fra en systematisk tilgang. Der undervises i en systematisk ABCDE-tilgang såvel i den teoretiske som i den simulatorbaserede undervisning (se boks 3 her på siden). Fokusering på symptomer frem for diagnose adskiller uddannelsen fra mange andre uddannelser.

I klinikken er en systematisk og symptomorienteret tilgang til den akutte patient helt central. Stiller vi en diagnose for tidligt i forløbet, er der risiko for tunnelsyn og fokuseringsfejl. Den symptomatologiske tilgang tegner konturerne af et paradigmeskifte i forhold til vurdering og prioritering af den akutte patient.

”**En fælles national uddannelse, der bygger på de eksisterende erfaringer, vil betyde et fagligt løft, øget fleksibilitet og mobilitet for sygeplejersker inden for akutområdet.**

Nyt fagområde og ny identitet

Fokus på kvalitetsudvikling og forskning i det akutte felt er en grundforudsætning for at etablere og anerkende området som et selvstændigt område med egen faglig identitet som henholdsvis akutsygeplejerske og akutlæge.

Uddannelsen afsluttes med en akutkonference, hvor der ud over indlæg fra en etableret forsker er fremlægning af sygeplejerskernes og lægernes opgaver. Der er tale om klinisk forankrede kvalitetsudviklingsopgaver, hvor egen praksis bliver sammenholdt med "best practice" inden for området. Det skaber en bevidsthed om konkrete områder med udviklingspotentialer (se boks 4 her på siden).

Vidensproduktion inden for det akutte område er et relativt uopdyrket felt med et hav af spændende potentialer. På Århus Sygehus, Århus Universitetshospital, er der som det første sted i landet etableret et akut forskningscenter.

Boks 2. Symptomorienterede emner

Eksempel på symptomorienterede emner i uddannelsen:

- Vejtrækningsbesvær
- Symptomer fra kredsløbet
- Symptomer fra bevægeapparatet
- Den bevidsthedspåvirkede patient
- Mavesmerter og rygsmerter
- Patienter med psykiatriske symptomer
- Sygt barn

Boks 3. ABCDE algoritmen

Algoritmen ABCDE fra ATLS - Advanced Trauma Life Support:

- A Airway
- B Breathing
- C Circulation
- D Disability
- E Exposure

Boks 4: Kvalitetsudviklingsopgaver

Eksempler på emner for akutsygeplejerskernes kvalitetsudviklingsopgaver:

- Opfølgning på observationer, Standard 2.10.1 i Den Danske Kvalitets Model (5)
- Vurdering af smerter hos den akutte patient i Medicinsk Visitations Afsnit
- Implementering af akutjournal
- Monitorering af respirationsfrekvens
- Medicinanamnese
- Væsketerapi til sepsispatienter
- Tidlig identifikation af den kritisk syge patient
- Optimering af patientforløb for patienter med dyb vентrombose
- Forankring i praksis
- Implementering af ABC-principper i afdelingen.
- Hvordan tilstræbes det at sikre ernæringscreening, når "liggetiden" kun er < 24 timer?

Ny uddannelse opdelt i moduler

Det andet hold sygeplejersker er nu i gang med den etårige akutuddannelse. Fælles akutafdelinger mange steder i landet betyder, at der er behov for at uddanne et stort antal akutsygeplejersker. Region Midtjylland er i samarbejde med Region Nordjylland i gang med at udvikle og implementere en ny modulopdelt akutuddannelse.

Den modulopdelte uddannelse består af tre niveauer (se figur 1 side 65).

Basismodulet retter sig mod sygeplejersker med minimum et års anciennitet i afdelinger, der modtager akutte patienter og er tænkt som obligatorisk uddannelse for alle akutsygeplejersker. Modulet giver basiskompetencer i forhold til systematisk tilgang, identificering og intervention i forhold til den akutte patient. Fagmodulerne er planlagt som en overbygningsdel bestående af valgfrie moduler. Behandlermodulet sigter mod opnåelse af selvstændige behandlerkompetencer inden for afgrænsede områder. Triage- og teammodul afvikles for en stor del som tværfaglig uddannelse sammen med den toårige fagområdeuddannelse i akutmedicin for speciallæger. Det tredje og sidste fagmodul har fokus på fag- og kvalitetsudvikling. Her skal man som ved de øvrige fagmoduler mindst have to års erfaring fra akutafdeling samt bestået basismodul i akutsygepleje.

Fagmodulerne kan afsluttes separat med opnåelse af specialkompetence. Uddannelse som akutsygeplejerske opnås, efter at basismodulet, fagmodulet og kvalitetsudviklingsmodulet er gennemgået og bestået. Det er planen, at begge regioner udbyder basismodulet lokalt, mens overbygningsdelen udbydes i fællesskab. Det er et stort ønske, at kursisterne kan få merit for modulerne i forbindelse med f.eks. diplomuddannelse.

Den løbende udvikling af akutafdelinger kan give behov for nye fagmoduler, der er nødvendige for at skabe et sammenhængende patientforløb.

En fælles national uddannelse, der bygger på de eksisterende erfaringer, vil betyde et fagligt løft, øget fleksibilitet og mobilitet for sygeplejersker inden for akutområdet. Uddannelsen skal indeholde tværfaglige elementer, og kursisterne skal opnå handle- og teamkompetencer fra den tværfaglige undervisning og simulationstræning. Udviklingen af akutuddannelsen og den sideløbende udvikling af fælles akutafdelinger har givet erfaring og viden, som vi bør bruge ved etablering af én national uddannelse for akutsygeplejersker.

Annette Jakobsen er udviklings- og uddannelsesansvarlig sygeplejerske, ansat i Fælles Akutmodtagelse, Århus Sygehus, Århus Universitetshospital; annjakob@rm.dk

Niels Kristian Villumsen er uddannelseskonsulent, ansat i Koncern HR, Center for Kompetenceudvikling, Uddannelsescenter, Regionshuset Århus, Region Midtjylland; niels.villumsen@stab.rm.dk

Litteratur

1. Sundhedsstyrelsen. Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen, Version: 2.0, København; Sundhedsstyrelsen; 2007.
2. Region Midtjylland. Etablering af projektorganisation til implementering af Akutplanen. Viborg, Region Midtjylland, 2008.
3. Danske Regioner. Dansk Indeks for medicinsk nødhjælp, København, Danske Regioner; 2009.
4. American College of Surgeons Committee on Trauma, ATLS® Student Course Manual, 8th Edition, USA; 2008.
5. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet. Den Danske Kvalitetsmodel for sygehuse – 1. version. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS), København; 2009.
6. Torben Callesen, Kristian Antonsen (red.) Den akutte patient, Munksgaard, 2. udgave. København 2010.

English abstract

Jakobsen A, Villumsen NK. New, shared emergency departments require training and an interdisciplinary outlook. *Sygeplejersken* 2011;(8):64-7.

The new, shared emergency departments emphasise evaluation, prioritising and stabilising the severely injured patient and the critically ill based on the patient's symptoms and vital signs. Patients can be admitted at the department for up to 48 hours, and significant numbers of them complete their treatment and are discharged directly from the shared emergency department. Nurses and physicians working in emergency departments must become specialists in receiving acute patients, triage and stabilising patients. This requires the use of close interdisciplinary teamwork. The establishment of this type of department places demands on health professionals to acquire new skills and collaborative methods. Not least among these requirements are the nurses' skills.

The Central Denmark Region and the North Denmark Region are collaborating in training emergency department nurses and physicians. The development of emergency training and parallel development of shared emergency departments has produced experience and knowledge that should be used in establishing a national training program for emergency department nurses.

Key words: Emergency departments, emergency department nurses, national emergency medicine training.

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. 9 - 2011

19. april 2011

Nr. 10 - 2011

4. maj 2011

Nr. 11 - 2011

17. maj 2011

Nr. 12 - 2011

30. maj 2011

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

Indleveringsfrister for STILLINGSANNONCER til de kommende numre

Nr. 9 - 2011

27. april 2011

Nr. 10 - 2011

9. maj 2011

Nr. 11 - 2011

23. maj 2011

Nr. 12 - 2011

6. juni 2011

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

Udgivelsesdatoer

Nr. 9 - 2011

6. maj 2011

Nr. 10 - 2011

19. maj 2011

Nr. 11 - 2011

3. juni 2011

Nr. 12 - 2011

17. juni 2011



Før du søger **nyt job**

Nyt job - brug alle muligheder

Når du indgår en ny ansættelseskontrakt er en lang række vilkår på forhånd defineret af lovgivning, overenskomster og andre aftaler. Men yderligere vilkår kan aftales mellem dig og din arbejdsgiver ved ansættelsen. Det kan f.eks. være om:

- løn
- tillæg
- uddannelse
- kompetenceudvikling

Det er vigtigt, at du ikke siger op, før du har fået en ansættelseskontrakt udleveret. Er der tale om en nyoprettet stilling eller en ny funktion, er det ekstra vigtigt, at du sikrer dig, at der er indgået en aftale med Dansk Sygeplejeråd om den løn, du skal have, før du accepterer og tiltræder stillingen.

Ved ansættelse i regioner og kommuner

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

Det er tillidsrepræsentanten eller den lokale kreds, som dækker arbejdspladsen, der forhandler vilkårene for dig, og vi anbefaler dig at tage kontakt, inden du går til ansættelsessamtale.

Ansættelse i staten

Du vil blive ansat efter gældende organisationsaftaler samt eventuelle lokale aftaler. Du kan læse mere i "Løn - og ansættelsesvejledning for staten" på www.dsr.dk/Arbejdsvilkår/Løn. Det er tillidsrepræsentanten eller Dansk Sygeplejeråd centralt, der forhandler vilkårene for dig, og vi anbefaler dig at tage kontakt, inden du går til ansættelsessamtale.

Privat ansættelse

Dansk Sygeplejeråd har indgået overenskomst med en lang række private arbejdsgivere - vikarbureauer, lægekonsultationer, speciallægeklinikker, hospitaler, firmaer, mv. Men det er ikke alle, der er dækket af en overenskomst.

På www.dsr.dk/Arbejdsvilkår/Overenskomster/Private kan du se alle de overenskomster, Dansk Sygeplejeråd har indgået med private arbejdsgivere. Kontakt den lokale kreds som dækker arbejdspladsen, hvis du har brug for gode råd og vejledning inden du går til samtale.

Hvis Dansk Sygeplejeråd ikke har indgået overenskomst med den private arbejdsgiver, skal alle vilkår være aftalt i kontrakten, herunder:

- løn
- pension
- feriefriidage
- løn under barsel, omsorgsdage, barns sygedage, mv.

Hvis du vil have gode råd og vejledning om stillingen, er du velkommen til at kontakte Dansk Sygeplejeråd centralt.

Pas på

Der findes en række virksomheder, som Dansk Sygeplejeråd forgæves har forsøgt at indgå overenskomst med. Vær derfor opmærksom på, at i henhold til De Kollegiale Vedtægters §3, stk. 2 fraråder Dansk Sygeplejeråd vores medlemmer at tage ansættelse på disse virksomheder uden først at kontakte Dansk Sygeplejeråd centralt og søge vejledning på tlf. 4695 4064 eller 4695 4069.

Se liste over virksomheder, hvor Dansk Sygeplejeråd fraråder at tage ansættelse, på www.dsr.dk > Skriv "fraråder ansættelse" i søgefeltet.

Ansættelse i udlandet

Der er mange muligheder for at få ansættelse som sygeplejerske i udlandet, og her er der flere forhold, du skal være opmærksom på. I pjecen "Job i udlandet" finder du praktiske oplysninger i forbindelse med en ansættelse i udlandet. Du kan downloade pjecen på [www.dsr.dk/Udgivelser/Pjecer/Job i udlandet](http://www.dsr.dk/Udgivelser/Pjecer/Job_i_udlandet).

Desuden er det en god idé, inden du rejser ud at kontakte Danske Sundhedsorganisationers Arbejdsløshedskasse (DSA), tlf. 3315 1066, og Pensionskassernes Administration (PKA), tlf. 3945 4540, for at få nærmere informationer om forsikring og pension i forbindelse med ansættelse i udlandet.

Dansk Sygeplejeråd



Region Hovedstadens Psykiatri Psykiatrisk Center Glostrup

REGION

Psykiatrisk Center Glostrup søger udviklingschef til at indgå i klinikledelsen på psykiatrisk afdeling P

Kontakt centerchef, dr.med. Henrik Lublin, tlf. 3864 0502 eller udviklingschef på afdeling J, Michael H. Damkær, tlf. 3864 0962 eller 2120 4348.

Se hele annoncen og stillingsbeskrivelsen på www.psykiatri-glostrup.dk eller www.offentlige-stillinger.dk, jobnr. rh51880

Koordinator ved visitationen

Ildsjæl til ny stilling som koordinator ved visitationen i Psykiatri og Handicap.

Psykiatri og Handicap vil styrke og kvalificere arbejdet i forbindelse med visitation af borgere til dag- og botilbud og andre tilbud fra psykiatri- og handicapområdet. Vi søger derfor en ildsjæl, der kan være med til at sikre, at vores borgere altid får det tilbud, der præcis matcher deres behov, og som er udfarende og koordinerende, når det rigtige tilbud skal findes i eller udenfor kommunens grænser.

I Psykiatri og Handicap arbejder vi løbende med udviklingsprojekter. I 2011 starter vi projektet "Fremtidens Socialpsykiatri i Rudersdal Kommune". Særligt kendskab til socialpsykiatriområdet vil være en fordel, men ikke en betingelse.

Læs mere om stillingen på www.rudersdal.dk.



RUDERSDAL
KOMMUNE

Netannoncer

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 og indtastes hele døgnet

Quicknr. **Hovedstaden**
34425 Plejecenter Krogstenshave
Sygeplejerske til barselsvikariat
 Ansøgningsfrist: 26. april 2011

Quicknr. **Hovedstaden**
34430 Læge Sidsel Ingholt Borum, København
Sygeplejerske til lægepraksis på Christianshavns Torv
 Ansøgningsfrist: 1. maj 2011

Quicknr. **Sjælland**
 Lejre Kommune
34424 Sundhedsfaglig konsulent til ældreområdet
 Ansøgningsfrist: 29. april 2011

DSR Meddelelse

Hallo 68 OABS

Vi har 40 års jubilæum. Reserver lørdag den 3. september 2011 kl. 12.30, hvor vi mødes til middag på Den Gamle Kro, Overgade 23, 5000 Odense C. Vi glæder os til stort fremmøde. Tilmeld jer gerne senest den 1. august til: Ingelise Bruhn, tlf. 5184 2275, mail: ibruhn@hotmail.com - Grethe H. Wolf, tlf. 7452 5839, mail: grethehwolf@mail.dk

Valg til Landsforeningen for Seniorer i Kreds Midtjylland

Er der kun anmeldt det antal kandidater og antal suppleanter der skal vælges, er disse valgt uden afstemning. Er der flere kandidater til posterne afholdes der valgcafé-møder: Den 4. maj kl. 14.00, DSR Fredericiagade 27-29, Holstebro. Den 10. maj kl. 14.00 - Borgerhuset, Stationen Lille Sct. Hans Gade 7, Viborg. Den 13. maj kl. 14.00, Mindegade 10, Århus. Ring evt. til kreds-kontoret tlf. 4695 4600 for at høre om møderne afvikles.

DSR Fonde og legater

Legatmeddelelse

Fællesfonden til ferie- og rekreati- onsoophold for sygeplejersker. Legatportioner uddeles til ferie- og/eller rekreati- onsoophold for sygeplejersker. Ansøgninger skal DSR have senest den 06.05.11. Medlem- mer der ikke bevilges legat- portion, modtager ikke svar. Bevilligede medlemmer får svar ca. 3 uger efter. Ansøgningsskema findes på www.dsr.dk/legater eller tele- fonisk på 3315 1555.

DSR Kreds møde

Region Hovedstaden

Bustur for seniorsyge- plejersker

Kreds Hovedstaden Central. Fra Israels Plads går turen ad Margueritrutten på Stevn's til St. Heddinge, Højerup, Rød- vig, Fakse Ladeplads og Dalby. Tilmelding inden 30.04.11 til nedenstående.

Tid og sted:

5. maj 2011 kl. 09:30 - 17:00
 Afgang fra Israels Plads

Tilmelding:

rpm@meyer.dk eller Dora,
 tlf. 3871 4140

Pris:

Tur, frokost, kaffe/kage kr. 180

Seniorsygeplejerskerne i Kreds Hovedstaden, Nord

Tur til Kameliterklostret og spisning hos Toni på Axeltorv. Tilmelding inden den 26.04.11. Se nedenstående.
 Afgang Hillerød station kl. 9.59.

Tid og sted:

3. maj 2011 kl. 09:45 - 16:00
 Kameliter klostret Marie Kirke, Helsingør

Tilmelding:

kredshovedstaden@dsr.dk
 eller tlf. 7021 1662

Pris:

Kr. 150 ekskl. drikkevarer

Bliv borgerjournalist og skriv om dit fag

Få journalistiske redskaber til at skrive om dit arbejdsliv, dit fag og det særlige sygeplejer- sker bidrager med i patient- forløb.

Tid og sted:

2. maj 2011 kl. 09:00 - 16:00
 DSR, Kreds Hovedstaden,
 Frederiksborggade 15,
 1360 København K

Tilmelding:

hovedstaden@dsr.dk

Pris:

Gratis

Region Sjælland**Sommerudflugt for seniorer i Roskilde**

Udflugt til Johannes Larsen Museet i Kerteminde med guidet rundvisning. Frokost ved Marinaen med efterfølgende bustur. Seneste tilmelding den 9.5.2011 på tlf. 7021 1664 eller nedenstående mail.

Tid og sted:

17. maj 2011 kl. 09:00 - 18:00
Mødetid kl. 9 på Kildedgården, hjemkomst kl. 18

Tilmelding:

sjælland@dsr.dk

Pris:

Kr. 280

Yderligere info:

www.dsr.dk/sjaelland

Region Midtjylland**Konference Sygeplejefagligt ansvar**

Konferencens formål:

- At få viden om juridiske regler vedrørende sygeplejerskens ansvar og dokumentationspligt
- At anskueliggøre dilemmaer og problemstillinger
- At få viden om forskellige perspektiver på ansvar.

Tid og sted:

12. maj 2011 kl. 09:00 - 15:30
Silkeborg Sportscenter, Århusvej 45, Silkeborg

Tilmelding:

midtjylland@dsr.dk

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/midtjylland

Region Syddanmark**Seniorsammenslutningen i Esbjerg**

Emne: "Spangsbjerg Sanatorium - et nationalt center for tuberkulosebehandling". Aja Høy-Nielsen taler om dette, og vil berøre emnerne om de smittede sygeplejersker, taburiseringen og tavsheden om sygdommen.

Tid og sted:

10. maj 2011 kl. 14:00 - 16:00
Sognehuset Vor Frelsers Kirke, Kirkegade 24, 6700 Esbjerg

Tilmelding:

elna@esenet.dk eller på tlf. 7511 6686, 2334 0526 eller 7513 2246.

Seniorer i Syddanmark/Aabenraa

Inviteres til Forårsbrunch ved Aabenraa fjord.

OBS: Stedet ændret i forhold til udsendt meddelelse! Tilmelding senest 28.04.2011 til 2042 4827 eller

kirstenvigen@dlgmail.dk
Velmødt i det grønne forår - vi glæder os til at se Jer.

Tid og sted:

5. maj 2011 kl. 10:00 - 16:00
Restaurant

Pris:

Kr. 160

Yderligere info:

Kik på Seniorernes hjemmeside, Aabenraa

**HOS OS KAN DU FORSIKRE DIN KARRIERE**

DSA er din samarbejdspartner og støtte gennem hele arbejdslivet. Også hvis du på et tidspunkt står uden job. Vi sørger for, at du får dagpenge under ledigheden, og tilmelder du dig efterlønsordningen, har du mulighed for at gå på efterløn fem år før, du når pensionsalderen.

Som medlem af DSA har du flere muligheder og større valgfrihed. Udover økonomisk hjælp får du også personlig støtte og professionel rådgivning, så du hurtigt finder en ny udfordring i karrieren.

Du kan læse mere om vores arbejdsløshedsforsikring, dine muligheder og den service, vi tilbyder på www.dsa.dk

DANSKE SUNDHEDSORGANISATIONERS
ARBEJDSLØSHEDSKASSE

TELEFON 33 15 10 66
dsa@dsa.dk

DIN SIKKERHED ALTID



Lad jobbet finde dig...

- læg dit CV på Sygeplejeportalen

www.dsr.dk/løn

Dansk Sygeplejeråd



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

Rubrik og ferieannoncer må maksimalt indeholde 40 ord. Fast pris for medlemmer 420,- ekskl. moms - for ikke-medlemmer 700,- ekskl. moms. Annoncen indtastes via Sygeplejerskens hjemmeside. Login rekvireres hos Dansk Mediaforsyning: dsrrubrik@dmfnet.dk Faktura tilsendes efterfølgende.

FERIE I CHARMERENDE BONDEHUS PÅ FYN

WWW.KARLSGAARD.DK

TLF. 2226 2688

Reersø Sjællands Vestkyst

Idyllisk gammel gård på Reersø, 7 sengepladser, gårdhavemiljø, stor have. Mulighed for fiskeri, naturstier, fin badestrand, kunstoplevelser, ø-tyl, havnemiljø med marina og kro.

Henvendelse tlf. 4013 1688
www.bjerregaardshave-service.dk

WEEKEND PINSE SOMMER I SMÅLAND

Du kan bade, fiske, sejle kano eller bare vandre i vild natur og bo i 70 m2. med bad og gæstetoilet. 6 km. fra Isaberg. 2.800 kr./uge + strøm

annikonggaard@bbsyd.dk
Tlf. 8819 3325 / 2972 7624

Trænger du til ...ferie?



Fritidshus i Gl. Skagen

DSR har i alt 41 fritidsboliger, beliggende 5 steder ved de danske kyster.

Du kan vælge mellem Gl. Skagen (4 huse og 2 lejligheder), Skærby Strand ved Nykøbing Sj (9 huse) og Dueodde på Bornholm (6 huse) alle med plads til max. 6 personer samt Løkken (11 lejligheder) og Strandfogedgården i Kleгод på Holmsland Klit (9 lejligheder) med plads til max. 2, 4 eller 6 personer.

Du kan leje både weekend-, hveddags- og ugeperioder.

Ring til PKA's Boliganvisning på telefon 39 45 42 87.

Du kan se ledige lejeperioder og flere oplysninger på www.dsr-fritidsboliger.dk

Luxus lejlighed på over 100 m2

Beliggende direkte på stranden mellem Middelhavet og Mar Menor. Stor spise/dagligstue med DVD og fladskærm. To soveværelser, to toiletter med bad, køkken samt terrasse med super havudsigt. Swimming-pool.

Direkte fly til Alicante. Kr./uge fra 2.405,-

Rekvirer brochure: tlf. 4457 0787 eller 2023 7577
www.playaprincipe.dk
booking@playaprincipe.dk

Østkysten eller Vestkysten?

To skønne sommerhuse udlejes. Kan ses som husnummer A20744. Pris fra 2.500-6.000 kr. pr. uge. Samt husnummer A05933. Pris fra 2.000-4.000 kr. pr. uge. Begge kan ses på Novasols hjemmeside.

Henvendelse til 2252 2268 eller vejrholtm@live.dk

Sydlangeland

Luksus sommerhus 106 m2 med lukket terrasse, 10 sovepladser. Naturskønne omgivelser i lille udstykning. 2 badeværelser, sauna, spa, brændeovn, alt i hvidevarer. Rigt fiskevand, 18 hullers golfbane, børnevenlig strand i nærheden.

Henvendelse: 4043 0283
ejst@mail.tdcadsl.dk

Sydfrankrig, nær Nice

Stort hus med udsigt udlejes i smuk middelalderlandsby 30 km fra Middelhavet. 4 soveværelser, 2 badeværelser, landkøkken, stue og stor terrasse. Internet. badeflod. Tæt ved nationalparken Mercantour. Pris 5.500 kr. i skolesommerferien. Se www.saorge.dk eller ring 2618 1985.

Smukt Gl. Skagenshus

Gl. Skagenshus, med dejlige terrasser, klassisk, attraktivt og oprindeligt miljø, 75 m. fra hav, hede og havn, udlejes af privat.

www.kaptajnens-hus.dk
Tlf. 8643 6839.

Sommerhus ved Juelsminde

Pragtfuld badestrand tæt ved Legoland og Løveparken. 76 m2 hus med 3 soverum. Kombineret stue/køkken med opvaskemaskine. Brændeovn, TV og cykler. Stor overdækket terrasse med udsigt til mark og vand. Pris 3.800 + elforbrug

Tlf.: 7581 4332 / 2019 8968

Bornholm/ Sandvig

Dejligt Sommerhus med fantastisk beliggenhed ved fredede områder og stor udsigt over Østersøen og Hammeren udlejes til 8 personer. Fredeligt område uden trafik. I Sommer ledig i uge 26/27 og 29. Se: www.fjeldvej18.dk
Mail: jrj@jakobsen.mail.dk
Tlf. 6156 5636

ITALIEN HOS HANNE

På hyggeligt familiehotel i Rimini ved Adriaterhavets skønne sandstrand fra kr. 186/pers. Nu også med 2 ferielejligheder.

Eller nær TOSCANA, 2 naturskønne landhuse med pejsestue, køkken, 3 værelser, 2 wc og lille have. Udlejes hele året Fra kr. 3.900/uge.

Hanne Astrup Pietroni
Tlf. +39 335 8239863
www.hotel-dalia.it
hanne@hotel-dalia.it

Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse



Grete Christensen
Formand



Anni Pilgaard
1.-næstformand



Dorte Steenberg
2.-næstformand



Irene Hesselberg
Formand for
Lederforeningen



**Julie Asp
Vonsild**
Formand for SLS

Kredsformænd



Vibeke Westh
Kreds Hovedstaden



Helle Dirksen
Kreds Sjælland



John Christiansen
Kreds Syddanmark



Else Kayser
Kreds Midtjylland



Jytte Wester
Kreds Nordjylland

1.-kreds næstformænd



Vibeke Schaltz
Kreds
Hovedstaden



Nils Håkansson
Kreds Sjælland



Linda Rise
Kreds Syddanmark



Anja Laursen
Kreds Midtjylland



**Helle Kjærager
Kanstrup**
Kreds Nordjylland

Dansk Sygeplejeråd centralt

Administrerende direktør
Anne Granborg

Direktør
Kirsten Kenneth Larsen

Sankt Annæ Plads 30, Postboks 1084,
1008 København K.
Tlf. 33 15 15 55 • Telefax 33 15 24 55
E-mail: dsr@dsr.dk • www.dsr.dk

Ekspeditionstid (også tlf.):
Mandag-torsdag kl. 9 - 16
Fredag kl. 9 - 15.

**Lederforeningen
Dansk Sygeplejeråd**

Sankt Annæ Plads 30
Postboks 1005
1008 København K.
Tlf. 46 95 42 92.
E-mail: lfformand@dsr.dk

**Sygeplejestuderendes
Landssammenslutning**

Sankt Annæ Plads 30,
Postboks 1084
1008 København K.
Tlf. 33 15 15 55, lokal 3991
E-mail: sls@dsr.dk • www.dsr.dk/sls

Sygepleetisk Råd

Formand: Grete Bækgaard Thomsen,
Sundhedschef
Sankt Annæ Plads 30,
Postboks 1005,
1008 København K
www.sygepleeetiskraad.dk

Kreds Hovedstaden

Kredschef
Anne Tovborg

Hovedtelefonnummer: 7021 1662
Hovedfaxnummer: 7021 1663
Hjemmeside:
www.dsr.dk/hovedstaden
E-mail: hovedstaden@dsr.dk

Hjemmesiden indeholder individuelle
kontaktoplysninger på kredsens
medarbejdere og formandskab

Kontor
Frederiksborggade 15, 4.
1360 København K

Åbnings- og telefonider:
Man, tirs, tors, fre: 09.00 - 14.00
Ons: 13.00 - 16.00

Lokalkontor

Haslevej 50
3700 Rønne
Tlf: 7021 1662
Fax: 5695 3812
Telefontid
Man, tirs og tors: 09.00 - 12.00

Kreds Sjælland

Kredschef
Thorkild David Hay

Hovedtelefonnummer: 7021 1664
Hovedfaxnummer: 7021 1665
Hjemmeside: www.dsr.dk/sjaelland
E-mail: sjælland@dsr.dk

Kontor
RingstedCentret
Nørregade 13
4100 Ringsted

Kontorets åbnings- og telefonider

Telefonåbent
Mandag 09.00 - 14.00
Tirsdag 13.00 - 16.00
Onsdag 09.00 - 14.00
Torsdag 13.00 - 16.00
Fredag 09.00 - 13.00

Fremmøde
Mandag 08.30 - 15.30
Tirsdag 08.30 - 15.30
Onsdag 08.30 - 15.30
Torsdag 12.00 - 16.00
Fredag 09.00 - 13.00

Kreds Syddanmark

Kredschef
Jan Villumsen

Hovedtelefonnummer: 7021 1668
Hjemmeside: www.dsr.dk/syddanmark
E-mail: syddanmark@dsr.dk

Kontor
Vejlevej 121, 2.
7000 Fredericia

Telefontider
Kl. 08.30 - 13.00 - mandag, tirsdag,
onsdag og fredag
Kl. 11.00 - 16.00 - torsdag

Kreds Midtjylland

Kredschef
Ann Dahy

Fælles postadresse
DSR, Kreds Midtjylland
Marienlystvej 14
8600 Silkeborg

Hovedtelefonnummer: 4695 4600
Hovedfaxnummer: 7021 1667
Hjemmeside: www.dsr.dk/midtjylland
E-mail: midtjylland@dsr.dk

Lokale kontorer
Fredericiagade 27-29
7500 Holstebro
Åbent efter forudgående aftale.

Mindegade 10
8000 Århus C
Åbent efter forudgående aftale.

Telefontider
Mandag - tirsdag 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

BEAUTÉ PACIFIQUE

Døgnpleje! -komplet anti-age program



CRÈME MÉTAMORPHIQUE
Anti-Age
Vitamin A Creme
Natcreme

Videnskabeligt dokumenteret
foryngelseskur.
- virker i hele hudens tykkelse.
Reducerer tydeligt rynker og selv
kraftige solskader.

50 ml. krukke kr. 369,-



CRÈME PARADOXE
Anti-Age
Chilean Procyanidin Creme
Dagcreme

Procyanidin & Resveratrol-bioteknologi.
Genstarter din hud hver morgen.
Genopbygger hudens integritet.
Trodses aldring og solskader.
Bevarer huden naturligt robust.

50 ml. krukke kr. 399,-

Dansk Hudpleje I Verdensklasse



www.beaute-pacifique.com

Bliv Fri!

Er du glad for sygeplejen, men drømmer om at forvalte det under andre rammer?
Giver det at arbejde god energi, men tager dine arbejdstider livet af dig?
Vil du forsat arbejde dybtfølt, men med tid, der giver respekt for mennesket foran dig?
Tænker du at der er en anden livsvej, men at den nye står uklar?

Foredraget »bliv fri« ved Benedikte C. Eilby henvender sig til dig med en mellemlang sundhedsuddannelse, der ønsker at få større frihed i nuværende job eller i drømmen om nye veje.

Dato: Torsdag d. 28 april eller torsdag d. 26. maj
Tid: Kl. 18.30 - 20.30
Sted: Eilbygaard
Pris: 200 kr. incl. kaffe, the og økologisk snack
Tilmelding: På www.eilbygaard.dk



Benedikte C. Eilby

I »Bliv fri« får du:

- Klarhed over hvilke veje du kan gå for at blive fri, til at arbejde i andre rammer
- Inspiration til den handling der skal til for at skabe arbejde med mere mening
- Konkrete eksempler til veje, hvor nye kompetencer kan bevare din glæde ved faget
- Spørgsmål der finder ind til hvad der skal til for at netop »du kan blive fri«
- Eksempler på hvordan identificerbare rollemønstre har gået vejen før dig

Reference:

På Eilbygaard er jeg blevet mødt af unikke menneskelige og faglige kompetancer. Jeg har opnået ny viden om kost, træning, ergonomi og personlighedspsykologi samt fået indblik i en særdeles effektiv behandlingsteknik. Jeg har fået redskaber til ikke kun at drømme, men at handle på mine ønsker, og står således beriget med nyt fodfæste såvel jobmæssigt som personligt. Jeg ser frem til mange flere skønne kursusdage i Eilbygaard's energigivende omgivelser.

*Maiken Kühnell Jensen
sygeplejerske*

E i l b y g a a r d[®]

SUNDHEDSFREMME & FOREBYGGELSE

• SENETENSBEHANDLING- & UDDANNELSE • HOLDNINGSKORREKTION • S-FORMSTRÆNING®
• RIDETERAPI • FOREDRAG • FØDSELS & FORÆLDRE FORBEREDELSE • ØKOLOGISKE SPECIALVARER