

Fælles akutmodtagelser -
fusioner gav kulturchok

Triage sikrer de
svækkede patienter

SYGGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING  NR. 4 • 15. MARTS 2013 • 113. ÅRGANG

POR3T

Sygepleje i børnehøjde



Fedtrig mad
afhjælper epilepsi
hos børn og unge

OK13 Dansk Sygeplejeråds ekstraordinære kongres:

- Hold fast i den danske model
- anbefaler ja til OK-resultatet

”Under mit første ophold i Grønland oplevede jeg, hvordan sygeplejersker var med til at give udviklingen et skub i den rigtige retning. Og den kurs fortsætter heldigvis. Som sygeplejerske i Grønland er man tæt på beslutningerne og har mulighed for at påvirke sin egen hverdag.”

**AFDELINGSSYGEPLEJERSKE PÅ DRONNING INGRIDS HOSPITAL, NUUK.
STARTEDE FØRST I GRØNLAND PÅ ET 6 MÅNEDERS VIKARIAT
OG ER NU TILBAGE I EN FAST STILLING.**

Vi søger både erfarne og yngre sygeplejersker. Det vigtigste er, at du har gåpåmod og er klar på den personlige og faglige udfordring, et job i Grønland giver dig.

► **gjob.dk**

**GRØNLAND – GIVER DIG
EN OPLEVELSE FOR LIVET**

Find dit næste job i Grønland på www.gjob.dk
Her kan du også læse mere om andres erfaringer med at arbejde i Grønland.



Det Grønlandske Sundhedsvæsen

Xarelto® (rivaroxaban) – forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos voksne patienter med ikke-valvulær atrieflimren med én eller flere risikofaktorer*¹

- ◆ Forebygger apopleksi og systemisk emboli med mindst tilsvarende effekt som warfarin²
- ◆ Sammenlignelig profil hvad angår blødninger, men signifikant færre intrakranielle og dødelige blødninger sammenlignet med warfarin²
- ◆ Én tablet én gang om dagen¹



First in ORAL, Direct Factor Xa Inhibition

Xarelto®
rivaroxaban

*som f.eks. kongestiv hjerteinsufficiens, hypertension, alder ≥ 75 år, diabetes mellitus, forudgående apopleksi eller forbigående iskæmisk anfald.

Referencer: 1. Produktresumé Xarelto. 2. Patel MR et al. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. N Engl J Med 2011; 365:883-891.

15 mg to gange dagligt i de første 3 uger og derefter fortsat behandling og forebyggelse af recidiverende DVT og PE med 20 mg én gang dagligt som vist i nedenstående skema.

	Doseringskema	Maksimal dosis
Dag 1-21	15 mg to gange dagligt	30 mg
Dag 22 og efterfølgende dage	20 mg én gang dagligt	20 mg

Dosisreduktion fra 20 mg én gang dagligt til 15 mg én gang dagligt bør overvejes efter de første tre uger, hvis det vurderes, at patientens risiko for blødninger vejer tungere end risikoen for recidiverende PE og DVT. Behandlingens varighed skal fastsættes individuelt efter omhyggelig afvejning af fordelene ved behandling mod risikoen for blødning. En kort behandlingsvarighed (3 måneder) bør være baseret på midlertidige risikofaktorer (f.eks. nyligt kirurgisk indgreb, traume, immobilisering), og en lang behandlingsvarighed bør være baseret på permanente risikofaktorer eller idiopatisk DVT. Erfaringerne med Xarelto til denne indikation > 12 måneder er begrænsede. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for det aktive stof eller et/ flere af hjælpestofferne. Klinisk signifikant, aktiv blødning. Læsion/ tilstand med betydelig risiko for svær blødning (f.eks. nuværende/nylige ulcerationer i mavearmkanalen, maligne tumorer med høj blødningsrisiko, nylige hjerne- eller spinale skader, nyligt gennemgået hjerne-, spinal- eller øjenkirurgi, nylig intrakraniell blødning, kendte eller mistænkte øsofagusvaricer, arteriovenøse misdannelser, vaskulære aneurysmer eller større intraspinale eller intracerebrale vaskulære abnormiteter. Samtidig behandling med andre antikoagulantia, f.eks. ufraktioneret heparin (UFH), lavmolekylære hepariner, heparinderivater, orale antikoagulantia bortset i tilfælde, hvor der skiftes behandling til/fra rivaroxaban eller når UFH gives i doser, der er nødvendige for at holde et centralt vene- eller arteriekateter åbent. Leversygdom, forbundet med koagulationsdefekt og klinisk relevant blødningsrisiko. Graviditet og amning. **Forsigtighed:** Som ved andre antikoagulantia bør patienter, som får Xarelto, overvåges nøje for tegn på blødning. Forsigtighed udvises ved øget blødningsrisiko, f.eks. ved svært nedsat nyrefunktion (CrCl < 30 ml/min.). Xarelto bør ikke anvendes til patienter med CrCl på < 15 ml/min. Xarelto skal anvendes med forsigtighed hos patienter med moderat nedsat nyrefunktion (CrCl 30-49 ml/min), som samtidig behandles med andre lægemidler,

PRODUKTINFORMATION FORTSÆTTER SIDE 8

Xarelto, rivaroxaban, 10 mg, 15 mg, 20 mg filmovertrukne tabletter. Teksten er forkortet i forhold til det godkendte produktresumé. Fuldstændigt produktresumé kan rekvireres vederlagsfrit fra Bayer A/S, Tlf. 45 23 50 00. **Terapeutiske indikationer:** 10 mg tabletter: Forebyggelse af venøs tromboemboli (VTE) hos voksne patienter, som gennemgår planlagt hofteleds- eller knæledsalloplastik. 15 mg og 20 mg tabletter: Forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos voksne patienter med ikke-valvulær atrieflimren med en eller flere risikofaktorer som f.eks. kongestiv hjerteinsufficiens, hypertension, alder ≥ 75 år, diabetes mellitus, forudgående apopleksi eller forbigående iskæmisk anfald. Behandling af dyb venetrombose (DVT) og lungeemboli (PE) samt forebyggelse af recidiverende DVT og PE hos voksne. **Dosering og indgivelsesmåde:** Forebyggelse af venøs tromboemboli (VTE) hos voksne patienter, som gennemgår planlagt hofteleds- eller knæledsalloplastik: Den anbefalede dosis er 10 mg rivaroxaban indtaget oralt én gang dagligt. Første dosis skal tages 6-10 timer efter indgrebet, forudsat er der er opnået hæmostase. Behandlingsvarigheden afhænger af den enkelte patients risiko for at udvikle VTE, hvilket igen afhænger af, hvilken type indgreb, der er tale om: Efter større hofteindgreb anbefales en behandlingsvarighed på 5 uger, efter større knæindgreb anbefales en behandlingsvarighed på 2 uger. Forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli: Den anbefalede dosis er 20 mg én gang dagligt, hvilket er maksimal daglig dosis. Ved moderat nedsat eller svært nedsat nyrefunktion er den anbefalede dosis 15 mg én gang dagligt. Behandling med Xarelto bør fortsættes langsigtet, forudsat fordelene ved forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli overstiger risikoen for blødning. Hvis en dosis Xarelto springes over, skal patienten tage denne dosis øjeblikkeligt og fortsætte næste dag med den anbefalede daglige dosis. Patienten må ikke tage dobbelt dosis som erstatning for en oversprunget dosis. Behandling af DVT og PE og forebyggelse af recidiverende DVT og PE: Anbefalet dosis for indledende behandling af akut DVT er

L.DK.09.2012.0426 September 2012



Bayer HealthCare

Bayer A/S, Arne Jacobsens Allé 13, 2300 København S.

KORT

6 Udnyt gabet mellem teori og praksis

Den første praktik kan være et chok og er skyld i stort frafald på sygeplejerskeuddannelsen. Et forskningsprojekt har undersøgt, hvordan man kan drage fordel af udfordringen og fastholde de studerende.

9 Hvidovres akutmodtagelse ændrer strategi efter sygeplejerskeflugt

Hele 40 sygeplejersker forlod akutmodtagelsen på Hvidovre Hospital i 2012. Nu ændrer ledelsen strategi og vil fremover lade medarbejderne udnytte deres spidskompetencer indenfor hhv. medicin og kirurgi.

TEMA OM FÆLLES AKUTMODTAGELSER

18 Sammenlægninger gav kulturcho

Akutfdelingene, der skyder op rundt om i landet, er mange steder ramt af begyndervanskeligheder, sygeplejerskeflugt og højt sygefravær. Fagidentiteter og rutiner udfordres, når afdelinger fusioneres, og alle skal arbejde på tværs af specialer. I Esbjerg, Horsens, Odense og Kolding har de prøvet kræfter med udfordringen.

OK13 EKSTRAORDINÆR KONGRES

32 "Hold fast i den danske model"

DSR's kongres har anbefalet et ja til overenskomstresultatet. Men urafstemningen udskydes, indtil der er sket reelle forhandlinger på undervisningsområdet.

34 Magert resultat, men vi anbefaler et ja**35 Fuld støtte til at udsætte OK-aftaler****36 Aftalerne i korte træk****37 DSR's kongres siger ja til OK13-forlig****39 Det bedste resultat, vi kunne få**

BAGGRUND

40 POR3T af sygeplejersker, der arbejder med børn

Sygeplejersken har talt med tre sygeplejersker, der har hver sin faglige tilgang til arbejdet med børn.

44 På job: Triage sikrer de svækkede borgere

Hjemmeplejen i Allerød Kommune bruger triage for at forebygge indlæggelser.

NYT FRA DSR – DIN ORGANISATION

48 Færre sygeplejersker får stikskader

2.900 sygeplejersker stak sig sidste år på urene kanyler. I Roskilde Kommune har en sygeplejerske taget kampen op mod stikskaderne.

52 Ny hjælpepakke mod overbelægning

Patienter, sygeplejersker og læger er nu klar med en fælles plan for, hvordan sundhedsvæsenet her og nu kan modvirke overbelægning på akutte og medicinske afdelinger.



FAGLIG INFORMATION

68 Bøj nakken og synk

Daglig stimulation af ansigt, mund og svælg kan forebygge dysfagi hos intuberede patienter.

69 Find og indstil en kandidat til Kirsten Stallknecht Prisen

10.000 kr. samt en gave er der til den sygeplejerske, som bliver valgt til at modtage Kirsten Stallknecht Prisen 2013.

69 Ernæring til patienter med svær hjerneskade

Ny klinisk retningslinje vejleder om ernæringsmæssig behandling for patienter med svær hjerneskade.

70 Kompetencestrategi fremmer udvikling af praksis

Et internt metodekursus giver sygeplejersker med interesse for udvikling mulighed for kompetenceudvikling inden for forskellige kvantitative og kvalitative metoder.

FAG

74 Når mad bliver behandling

Epilepsihospitalet Filadelfia har god erfaring med ketogen diæt som behandling mod epilepsi. Behandlingen forudsætter, at børn og familie er indstillet på at følge diæten nøje.

80 Bandagering og hudpleje ved nefrostomikatre

Litteraturgennemgang afslørede, at der mangler forskning inden for elementer af sygepleje ved nefrostomikatre.

86 Moderne sygeplejersker skal ikke kunne sengebade

Interview med 12 sygeplejefaglige ledere viser, at der er uenighed om, hvornår et afsnit er egnet som uddannelsessted. For nutidens patienter ligger ikke længe i en hospitalseng, de behandles ambulant og opholder sig i hjemmet.

I HVERT NUMMER

10 Studerende i praksis

13 Dilemma

15 Testen

56 5 faglige minutter

58 Parentes

60 Boganmeldelser

64 Debat

65 Mindeord

66 Navne

71 Fra forsker til fag

89 Stillingsannoncer

94 Kurser/møder/meddelelser

99 Kontakt

FORSIDEFOTO: SØREN HOLM OG SØREN SVENDSEN

NÆSTE NUMMER UDKOMMER 12. APRIL

LÆS BL.A. OM:

- Patienter frafalder klager efter dialogsamtaler
- Sygeplejerskens rolle i det nære sundhedsvæsen
- Tre tilgange til amning

Smal aftale om OK13

Her i *Sygeplejersken* kan du læse om forligene om OK13 for kommuner og regioner.

I hovedbestyrelsen og på kongressen har vi besluttet at anbefale et ja til resultatet. Ikke fordi det er prangende – det er det langt fra. Men det er det bedst mulige i en svær situation. Dels fordi den økonomiske krise umuliggør store lønforbedringer. Og dels fordi vores arbejdsgivere i ly af krisen stiller historisk skrappe krav til os.

Arbejdsgiverne ville gøre det lettere at omlægge arbejdstiden, forringe medindflydelsen og vilkårene for tillidsrepræsentanter, bestemme over 6. ferieuge og afskaffe muligheden for at få den udbetalt, og de ville udsætte tidspunktet for seniordage. Alle de krav har vi stoppet, og dermed har vi vist vores værdi som faglig organisation.

Normalt ville vi nu sende resultatet til urafstemning. Men kongressen har besluttet at udsætte dette, til alle – herunder også underviserne – har været i realitetsforhandlinger. Presset fra arbejdsgiverne er så stort, at vi må værne om aftalemodellen, hvor arbejdsgiverne ikke tromler hen over medarbejderne. Men jeg vil understrege, at vi ikke har varslet konflikt, og medmindre urafstemningen ender med et nej, så står vi ved vores aftale. Vi blander os heller ikke i lærernes arbejdstid. Vi står bare fast på, at alle lønmodtagere har ret til en forhandling.

Indtil afstemningen starter, er der god mulighed for at sætte sig ind i resultatet – bl.a. på dsr.dk, her i bladet eller hos din tillidsrepræsentant. Jeg håber, at du vil bakke op om, at resultatet er det bedst mulige i en krisetid.

Grete Christensen

Grete Christensen, formand



Chefredaktør, ansvarlig
efter medieansvarsloven
**Sigurd Nissen-
Petersen**

snp@dsr.dk
Tlf.: 4695 4193
Mobil: 4013 3802

Redaktionssekretær

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

Redaktionssekretær

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

Journalist

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

Journalist

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

Distribueret oplag

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

Årsabonnement

840,00 kr. + moms

Løssalg:

64,00 kr. + moms

Kontakt Dansk Mediaforsyning på dsravn@dmfnet.dk

Ændring af medlemsoplysninger:

Kontakt Medlemsregisteret

Tlf. 3315 1555

medlemsregisteret@dsr.dk

Udgiver

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

Tryk

ColorPrint

Annoncer

Dansk Mediaforsyning
Elkjærvej 19, st. - 8230 Åbyhøj
Tlf. 7022 4088
Fax 7022 4077
E-mail:
Stillingsannoncer:
dsrjob@dmfnet.dk
Forretningsannoncer:
dsrtekst@dmfnet.dk

Hvis Sygeplejersken

udebliver kan du sende en mail til:

udeblevetblad@dsr.dk Oplys medlemsnummer.

Redaktionen forbeholder sig ret til elektronisk
lagring og udgivelse af de faglige artikler i tids-
skriftet.

Redaktionen påtager sig intet ansvar for materia-
ler, der indsendes uopfordret.
Holdninger, der tilkendegives i artikler og andre
indlæg, udtrykker ikke nødvendigvis Dansk Syge-
plejeråds synspunkter.

Chefredaktøren er ansvarlig for bladets indhold.

Journalist

Christina Sommer
cso@dsr.dk
Tlf. 4695 4108

Fagredaktør

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

Art Director

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

Sekretær

Kurser, møder,
meddelelser

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

Kvalmemidler ude af mistanke for fosterskader

Brugen af kvalmemidler er steget i de senere år. En ny dansk undersøgelse viser, at gravide ikke behøver frygte fosterskader.

Den første danske undersøgelse af sikkerheden ved kvalmemidlet Ondansetron viser, at gravide ikke behøver frygte bivirkninger, lyder det fra Statens Serum Institut. Undersøgelsen har ikke afsløret risiko for bivirkninger, der kan skade fosteret.

Ondansetron sælges i Danmark under navnene Ondansetron og Zofran og udskrives på recept til gravide, der lider svært af morgenkvalme og opkastninger i graviditeten. Brugen af kvalmemidlet er steget i de senere år, men ingen har hidtil vidst, hvorvidt midlet var skadeligt for fosteret.

Forskere fra Statens Serum Institut har nu undersøgt data fra 1.970 gravide, som i perioden 2004 til 2011 har brugt den kvalmestillende medicin, og sammenlignet dem med data fra kvinder, der ikke har taget medicinen i deres graviditet. Resultatet af den statistiske undersøgelse viser, at kvalmemidlet ikke øger risikoen for bivirkninger i form af alvorlige misdannelser, for tidlig fødsel, spontan abort eller dødfødsel.

Undersøgelsen er netop offentliggjort i New England Journal of Medicine.

(ah)

Udnyt gabet mellem teori og praksis

TEKST: SUSANNE BLOCH KJELDEN

Den første praktik - og det chok, virkeligheden kan give - er skyld i stort frafald på sygeplejerskeuddannelsen. Et forskningsprojekt har undersøgt, hvordan man kan vende udfordringen til en måde at fastholde de studerende.

Sygeplejestuderende har store forventninger til, at der skal være en tæt forbindelse mellem skoleundervisning og klinik, og måske netop derfor oplever mange at blive skuffede, hvis der mangler tid og ressourcer i klinikken til at tage sig af de studerende. Det mener lektor og etnolog Lisbeth Hastrup, som er en af forskerne bag forskningsprojektet "Brobygning mellem teori og praksis i professionsbacheloruddannelserne" fra Aarhus Universitet.

"Sygeplejerskeuddannelsen adskiller sig fra de andre professionsuddannelser ved, at der er en national studieordning,

og derfor er der stor forventning til, at niveauet er ens. Men der er steder, hvor der mangler uddannelse af vejlederne og tid til, at de studerende kan reflektere over praksis," siger Lisbeth Hastrup, der har stået for forskningsprojektets kvalitative del.

"Til gengæld kan man sige, at når man på uddannelsesstederne bliver opmærksomme på, at der er et problem, så gør man meget for at rette op på det."

Håndværkerne og de videnskabelige

En udfordring for underviserne på sygeplejerskeuddannelsen er de forskellige forudsætninger, de studerende kommer med.

"Der er dem, som primært er stærke i naturvidenskabelige færdigheder, og så er der dem, som er mere interesserede i det omsorgsmæssige og kommunikationsmæssige. Hvordan tilrettelægges man un-

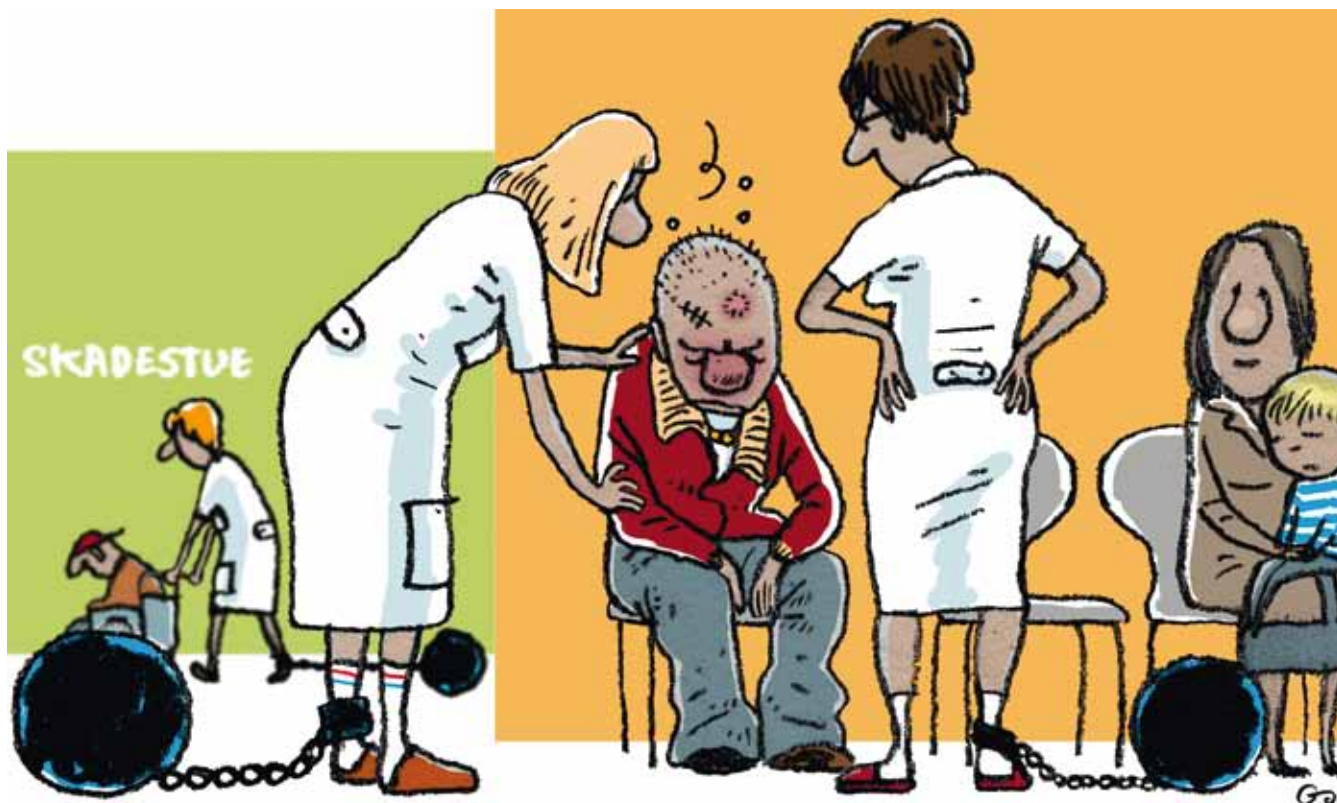


ILLUSTRATION: GITTE SKOV

De fælles akutmodtagelser forsøger forskellige metoder for at forhindre personaleflugt. Læs temaet side "Sammenlægninger gav kulturchok" på side 18.



ARKIVFOTO: SØREN HOLM

Færdigheds- eller simulationslaboratorier - de såkaldt tredje læringsrum skaber en god sammenhæng mellem teori og praksis. Det er en af konklusionerne i forskningsprojektet fra Aarhus Universitet.

tredje læringsrum er en stor styrke, når der skal skabes en god sammenhæng mellem teori og praksis. Men her er det vigtigt, at underviserne tænker over flere måder at koble teori og praksis. Der er dem, som siger "sådan skal du gøre". Der er dem, der spørger "hvorfor gør du sådan?", og så er der dem, som spørger ind til de studerendes praktiske metode og guider dem i at give teoretiske begrundelser for dem.

"Hvis de studerende skal kunne begrunde og udvikle sygeplejefprofessionen, er den sidste metode bedst, men underviserne må overveje, hvordan man kan imødekomme de forskellige typer studerende," siger Lisbeth Hastrup.

dervisningen, så den hænger sammen for begge ydergrupper?" siger Lisbeth Hastrup. Hun nævner som eksempel, at sygeplejerskeuddannelsen har en stor gruppe studerende med sosu-baggrund, som er stærke i deres håndværk, men som ikke er vant til at bruge teoretiske begreber til at reflektere.

Endelig er der de studerende, som ikke lige passer ind i den stærke professions-

identitet, der knytter sig til sygeplejefaget.

"Sygeplejersker har nogle meget høje idealer om, hvordan en rigtig sygeplejerske skal være. Der er en særlig ånd, der er forbundet til faget - f.eks. at man selv skal udstråle sund levevis. Her er der nogle studerende, der falder udenfor og måske falder fra," siger Lisbeth Hastrup.

Hun mener, at brugen af færdigheds- eller simulationslaboratorier - det såkaldt

Forskningsprojektet bliver præsenteret på en konference den 7. maj. Læs mere på <http://projekter.au.dk/brobygning/>

der øger plasmakonzentrationerne af rivaroxaban. Ved moderat nedsat leverfunktion kan ses øget blødningsrisiko. Interaktioner: CYP3A4- og P-gp-hæmmere. Xarelto bør derfor ikke anvendes til patienter der får samtidig systemisk behandling med azolantimykotika eller hiv-proteasehæmmere. Aktive stoffer, der er stærke hæmmere af kun én af rivaroxabans udskillelsesveje, enten CYP3A4 eller P-gp, forventes kun at øge plasmakonzentrationen af rivaroxaban i mindre udstrækning. Da der kun er begrænsede kliniske data vedrørende dronedaron, bør det ikke gives sammen med rivaroxaban. **Overdosering:** Ved overdosering med rivaroxaban kan det overvejes at bruge aktiv kul til at reducere absorptionen. Såfremt en blødningskomplikation optræder hos en patient, der får rivaroxaban, skal næste rivaroxaban administration udsættes, eller behandlingen seponeres efter lægens vurdering. Symptomatisk behandling kan benyttes efter behov som f.eks. mekanisk kompression (f.eks. for svære epistaxis), kirurgisk hæmostase med blodstansende indgreb, væskesubstitution og hæmodynamisk understøttelse, blodprodukter (pakke med røde blodlegemer eller friskfrosset plasma afhængigt af den tilknyttede anæmi eller koagulationsdefekt) eller blodplader. Såfremt blødningen ikke kan standses med ovennævnte tiltag, skal der overvejes administration af en specifik prokoagulant-antidot som f.eks. protrombinkompleksskoncentrat (PCC), aktiveret protrombinkompleksskoncentrat (APCC) eller rekombinant faktor VIIa (r-FVIIa). Der er imidlertid på nuværende tidspunkt yderst begrænsede erfaringer med brug af disse lægemidler hos personer, der får rivaroxaban. Det bør overvejes at redosere og tiltræde rekombinant faktor VIIa afhængigt af bedringen i blødningen. **Bivirkninger:** Almindelige: Anæmi, svimmelhed, hovedpine, besvimelse, blødning i øjet, takykardi, hypotension, hamatom, næseblødning, blødning fra mave-tarmkanalen, gastrointestinale og abdominale smerter, dyspepsi, nausea, obstipation, diaré, opkastning, pruritus, udslæt, ekkytose, smerter i ekstremitet, blødning i nyre og urinveje, feber, perifert ødem, nedsat generel styrke og energi, forøgelse af aminotransferaser, post-procedural blødning, konfusion. Ikke almindelige: Trombocytæmi, allergisk reaktion, allergisk dermatitis, cerebral og intrakraniell blødning, hæmoptyse, mundtørhed, unormal leverfunktion, urticaria, kutan og subkutan blødning, hæmatrose, nedsat nyrefunktion, utilpashed, lokalt ødem, forhøjet bilirubin, forhøjet basisk serum fosfat, forhøjet LDH, forhøjet lipase, forhøjet amylase, forhøjet GGT, sårsekretion. *Sjældne:* Gulsot, muskelblødning, stigning i konjungeret bilirubin. **Pakningsstørrelser og Priser (AUP inkl. recepturgebyr) per 19. februar 2013:** Xarelto, 10 mg, 100 tabletter: kr. 2 182,10. 30 tabletter: kr. 680,15. 10 tabletter: kr. 240,55. Xarelto, 15 mg, 100 tabletter: kr. 2 182,10. 98 tabletter: kr. 2 138,90. 42 tabletter: kr. 943,90. 28 tabletter: kr. 636,20. Xarelto, 20 mg, 100 tabletter: kr. 2 182,10. 98 tabletter: kr. 2 138,90. 28 tabletter: kr. 636,20. Receptpligtigt. Udlevering B. **Tilskud:** Generelt tilskud. For aktuel pris se: www.medicinpriser.dk. **Dato for SPC:** november 2012. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Bayer Pharma AG, 13342 Berlin, Tyskland. Dansk repræsentant: Bayer A/S, Arne Jacobsens Allé 13, 6. DK-2300 København S. Tlf. 45 23 50 00. L.DK.01.2013.0492

Marevan, warfarinnatrium, 2,5 mg tabletter. Teksten er forkortet i forhold til det godkendte produktresumé. Fuldstændigt produktresumé kan rekvireres vederlagsfrit fra Nycomed Danmark ApS, Langebjerg 1, DK-4000 Roskilde. Tlf: 46 77 11 11. **Terapeutiske indikationer: Forebyggelse og behandling af dyb tromboflebit og tromboemboliske komplikationer. **Dosering og indgivelsesmåde:** Warfarin skal administreres en gang dagligt. Varigheden af behandlingen er afhængig af indikationen. Voksne: Patienter, der ikke tidligere har været i warfarinbehandling: Anbefalet startdosis er 2 tabletter (5 mg) en gang dagligt i 4 dage. Den normale vedligeholdelsesdosis er 2,5-7,5 mg dagligt (1-3 tabletter dagligt). Til patienter, der tidligere har været i warfarinbehandling, anbefales det at indlede med dobbelt dosis af tidligere vedligeholdelsesdosis i 2 dage. Koagulationstest bør foretages inden behandlingsstart. Warfarin har en smalt terapeutisk indeks og følsomheden overfor warfarin kan variere mellem patienter og inden for samme patient. Behandlingen bør derfor altid monitoreres med jævne mellemrum. **Terapeutisk INR-niveau:** En dosering, der sikrer en INR på mellem 2 og 3, anbefales til behandling eller forebyggelse af venøs trombose, lungeemboli, atriefibrin (ikke klappfejlbehandling), svær dilateret kardiomyopati, kompliceret hjerteklaplidelser og biologisk hjerteklapprotese. Børn: Initialdosis er normalt 0,2 mg/kg en gang dagligt til børn med normal leverfunktion, og 0,1 mg/kg en gang dagligt til børn med nedsat leverfunktion. **Ældre:** Ældre bør monitoreres for blødningskomplikationer, idet de har en forhøjet risiko for bivirkninger af warfarinbehandling. **Nedsat leverfunktion:** Eftersom warfarin metaboliseres i leveren, og koagulationsfaktorerne dannes i leveren, fører nedsat leverfunktion formentlig til en øget effekt af warfarin. På baggrund af dette bør INR monitoreres tæt hos patienter med nedsat leverfunktion. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for warfarin eller over for et eller flere af hjælpestofferne. Kvinder i første trimester og under de fire sidste uger af graviditet. Svær leverinsufficiens. Patienter med forhøjet blødningsrisiko (inkl. patienter med hæmoragisk diastese, søsøphagus varicer, arteriel aneurisme, spinal punktur, mavesår, alvorlige sår (inkl. operationssår), cerebrovaskulære lidelser, bakteriel endocarditis og malign hypertension). Patienter i warfarinbehandling må ikke anvende produkter/naturmedicin, der indeholder hypericum perforatum (prikbladet perikum), da samtidig administration reducerer plasmakonzentrationen af warfarin med nedsat klinisk effekt til følge. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** Efter at have vurderet fordelene ved tromboembolisk profylakse mod risikoen for hæmoragi, er det vigtigt at tage stilling til patientens evne til at følge behandlingen nøje. Patienter med demens eller misbrug som alkoholisme kan have svært ved at følge warfarinbehandling. **Interaktion med andre lægemidler og andre former for interaktion:** Warfarin har et smalt terapeutisk indeks og en række lægemidler interagerer med warfarin. Patienter bør rådes til at kontakte egen læge før opstart, dosisændring eller seponering af anden medicin, der tages samtidig med warfarin. **Bivirkninger:** Blødningskomplikationer er den mest almindelige bivirkning til warfarin idet den ønskede terapeutiske effekt er antikoagulation. Af eksempler på blødningskomplikationer kan nævnes; næseblod, hæmoptyse (blodophostning), hæmaturi (blod i urinen), tandkødsblødning, let ved at få blå mærker, vaginal blødning, blødning i øjts bindehinde, gastrointestinale blødning, forlænget og omfattende blødning efter operationsindgreb eller traume. Blødning fra alle organer kan forekomme og kan være alvorlig. Alvorlige blødninger fører til død, hospitalisering eller blodtransfusion og er indberettet hos patienter, der har været i langvarig antikoagulantbehandling. Blødningskomplikationer under warfarinbehandling påvirkes også af uafhængige risikofaktorer. Af disse kan nævnes høj alder, antikoagulationsintensiteten, slagtifælde i anamnesen, gastrointestinale blødning i anamnesen, co-morbide tilstande og atriefibrin. Patienter der har en afvigende form af CYP2C9 enzymet kan have en øget risiko for forhøjet antikoagulation og blødningskomplikationer. **Overdosering:** Behandling af overdosering er symptomatisk og understøttende. Antidotet phytonadion (vitamin K1) administreres primært og hvis nødvendigt gives intravenøs infusion af koncentrat indeholdende koagulationsfaktorer, frisk frosset plasma samt blodtransfusioner. Da halveringstiden af warfarin er 20-60 timer, bør patienten observeres over en længere periode. **Pakningsstørrelser og Priser (AUP inkl. Recepturgebyr) per 19. februar 2013:** Marevan, 2,5 mg, 100 tabletter: kr. 109,15. Waran, 2,5 mg, 100 tabletter: kr. 111,50. Warfarin "Orion", 2,5 mg, 100 tabletter: kr. 84,40. For aktuel pris se: www.medicinpriser.dk. **Tilskud:** Generelt tilskud. **Udlevering: B. Dato for SPC:** 29 juli 2011. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Nycomed Danmark ApS, Langebjerg 1, DK-4000 Roskilde. L.DK.01.2012.0296**



ARKIVFOTO: SCANPIX

I de kommende år skal alle Danmarks fem regioner implementere et nyt præhospitalt elektronisk patientjournalssystem.

Hurtig og sikker information mellem ambulance og sygehus

Fra foråret afprøver Region Hovedstaden et nyt sikkert system til informationsudveksling mellem ambulance og hospital.

Danmarks fem regioner implementerer i de kommende år et nyt, elektronisk patientjournalssystem, der skal øge sikkerheden og kvaliteten i behandlingen af akutte patienter. Det skal ske ved sikker informationsudveksling mellem ambulancen eller akutlægehelikopteren og det hospital, der skal modtage patienten. Projektet rulles ud med pilotprojekt i Region Hovedstaden i foråret 2014 og forventes at være i drift i alle regioner foråret 2016.

Det nye Præhospitale Patient Journal-system, PPJ, sikrer en ubrudt informationsstrøm med patientoplysninger, herunder vitale data om patientens tilstand, fra patienten får akut behov for hjælp, modtager behandling af ambulancepersonale og akutlæger, og til patienten er modtaget på en sygehusafdeling eller i akutmodtagelsen. Journalen sikrer dermed sammenhæng i patientforløb og øger patientsikkerheden i alle fem regioner.

Hensyn til sygdomshistorik

Systemet bliver taget i brug i regionernes AMK-vagtcentraler, som foretager den sundhedsfaglige visitation af akutte patienter og koordinerer den præhospitale indsats i samtlige ambulancer, akutlæge- og akutbiler og akutlægehelikoptere samt i regionernes nye fælles akutmodtagelser.

Løsningen skal give mulighed for at tage hensyn til patientens sygdomshistorik ved behandling i den præhospitale enhed på tværs af regionerne og skal samtidig forberede personalet på regionernes Fælles Akutmodtagelser bedre, så udredning og diagnosticering kan ske hurtigere og mere formaliseret.

Endelig skal løsningen understøtte elektronisk kvalitetssikring af den udførte behandling i de præhospitale enheder.

Alle fem regioner implementerer den samme løsning, som betyder, at de præhospitale enheder, eksempelvis ambulancen eller akutlægehelikopteren, kan aflevere patienter på alle landets sygehuse. (hbo)

Hvidovres akutmodtagelse ændrer strategi efter sygeplejerskeflugt

TEKST: ANNETTE HAGERUP • FOTO: SØREN SVENDSEN

De fælles akutmodtagelser kæmper for at finde deres egne ben. Akutmodtagelsen på Hvidovre Hospital er ét af stederne, der har været ramt af personaleflugt i 2012 og nu ændrer strategi. Formanden for regionernes sundhedsudvalg Ulla Astman (S) opfordrer sygeplejerskerne til at give sig i kast med udfordringerne og give FAM'erne en chance.

Akutmodtagelsen på Hvidovre Hospital ændrer nu sin oprindelige strategi for at imødekomme sygeplejerskernes ønsker til arbejdet på afdelingen, der består af den tidligere skadestue og den medicinske akutmodtagelse.

Akutmodtagelsen på Hvidovre Hospital har hele 2012 kæmpet med sygeplejerskeflugt. Hele 40 sygeplejersker forlod akutmodtagelsen i løbet af 2012.

Afdelingssygeplejerske på akutmodtagelsen i Hvidovre, Ann-Katrine Kristensen, fortæller, at afdelingsledelsen nu har ændret arbejdstilrettelæggelsen på den store akutmodtagelse, der er én af landets største med knap 40.000 akutte, uvisiterede patienter og ca. 14.000 lægehenviste patienter til akut indlæggelse om året.

"Visionen for en stærk fælles akutmodtagelse er, at sygeplejerskerne skal være i front, dér hvor patienten er. Vi havde en overordnet målsætning om, at alle sygeplejersker skulle kunne det HELE, uanset om det drejede sig om kirurgiske eller medicinske patienter. Alle vores sygeplejersker har imidlertid ikke været lige begejstrede for den model. Der har været en vis modstand mod at skifte områder. Derfor har vi nu ændret strategi og vil fremover lade medarbejderne udnytte deres spidskompetencer indenfor henholdsvis medicin og kirurgi," fortæller Ann-Katrine Kristensen.

"Samtidig har vi ansat kliniske sygeplejerspecialister, der kan vejlede de nyansatte sygeplejersker. Det sker dels for at højne kvaliteten i sygeplejen, dels for at personalet kan lære sig de kompetencer, der



Hele 40 sygeplejersker forlod akutmodtagelsen på Hvidovre Hospital sidste år.

er behov for i afdelingen," siger Ann-Katrine Kristensen.

Hun håber, at initiativerne vil gøre det lettere at rekruttere sygeplejersker til akutmodtagelsen.

Naturlig utryghed

Ifølge formanden for Regionernes sundhedsudvalg, Ulla Astman (S), må akutmodtagelserne hvert sted tilpasses de lokale forhold både i forhold til indbyggertal og lægelige specialer.

"Der findes ikke en fiks og færdig skabelon for de nye FAM'er. Her betræder vi oprøvet land i det danske sundhedsvæsen. Det er kun naturligt med en vis utryghed, når man står for at skulle arbejde med noget så fundamentalt nyt, som de fælles akutmodtagelser repræsenterer," siger Ulla Astman.

Hun siger videre, at ledelsen i planlægningsfasen må gennemtænke alle scenarier. Forudse, hvilke reaktioner der kan komme fra personalet, og tage deres bekymringer alvorligt.

"Man må have respekt for, at det er

gamle fagmure, man vil nedbryde, og tage sig tid til en ordentlig dialog med det personale, der nu skal arbejde på tværs af gamle specialer. FAM'erne er vejen frem, og jeg forstår ikke, at personalet nogle steder flygter. FAM er det bedste, der er sket for patienterne i mange år og et udtryk for et klart behandlingsmæssigt fremskridt. 80 pct. af de medicinske patienter indlægges akut, og det vil i fremtiden ske gennem FAM," siger Ulla Astman og tilføjer:

"Derfor har vi brug for brede kompetencer. Brug for, at sygeplejerskerne tager deres medicinske og kirurgiske basiskompetencer med sig til de nye FAM'er og sætter dem i spil. Selvfølgelig er det ikke nemt at skulle arbejde med et andet speciale fra dag ét. Men øvelse gør mester. Det er en lokal ledelsesmæssig opgave at sørge for, at de nødvendige kompetencer er til stede, og at den nødvendige oplæring finder sted. Jeg håber, personalet besinder sig og bliver på FAM'erne."

Læs tema om akutmodtagelser på side 18.

” Vi må sætte noget i værk, inden vi uddør. Meningen er at få sat gang i børneavlen. Tidligere skrev jeg fødselsattester én-to gange om ugen; nu sker det vel kun én gang om måneden. Jeg havde også næsten en dåb hver søndag; nu er det vel også kun en gang om måneden. Det er ikke kun i mit sogn, børnetallet falder; de andre præster i Lejre oplever det også.

Sognepræsten i Kirke Såby, Poul Joachim Stender, i Dagbladet Roskilde den 6. marts 2013 i anledning af, at kirken vil arrangere en frugtbarhedsgudstjeneste med deltagelse af en sexolog, en jordemoder og en sundhedsplejerske.

Praktikophold på Vestbredden giver indblik i en paternalistisk tilgang

AF SARA LEZUIK HØEGHOLM OG CATRINE IBENHOLT HELBO, SYGEPLEJESTUDERENDE PÅ MODUL 9, PROFESSIONSHØJSKOLEN METROPOL, KØBENHAVN

Et udvekslingsophold i Palæstina giver to studerende indblik i den store rolle, familien spiller i plejen og den meget autoritetsstro tilgang, patienten har til behandlingen. En indsigt, de studerende måske kan bruge i forhold til arabiske patienter i Danmark.

Journalen ligger klar på sengebordet. Dr. Ahmed og sygeplejersken Fatima kommer ind til stuegang, og Fatima briefer Dr. Ahmed om patientens tilstand. Han kigger journalen igennem, hilser kort på patienten og undersøger ham. Lægen og sygeplejersken bliver enige om behandlingen, nikker til hinanden og går ud. Tilbage ligger patienten, der tilsyneladende ikke er blevet meget klogere.

Kulturforskellen mellem sygeplejen her på Vestbredden, hvor vi er på udveksling, og de københavnske hospitaler, hvor vi som sygeplejerskestuderende på Metropol kommer i praktik, er slående.

På uddannelsen i Danmark bliver der lagt stor vægt på vigtigheden af empati, god kommunikation, information og medinddragelse af patienten, så patientens selvbestemmelse, ansvar og deltagelse i egen behandling styrkes, og der skabes et mere helstøbt patientforløb. Måske netop derfor springer den meget paternalistiske tilgang til patienterne os i øjnene.

Mangel på kommunikation mellem patient og personale hører til dagens orden, og sygeplejerskerne har primært fokus på den instrumentelle sygepleje. Selvfølgelig er der meget, der går vores næse forbi, da vi ikke taler arabisk, men vi kan konstatere, at der oftest slet ikke samtales.

Selv om vi med vores danske briller på undrer os over tilgangen, stiller flertallet af patienter, pårørende og personale ikke spørgsmålstejn ved den. Måske derfor er rammerne for den bløde sygepleje, og hvem der udfører den, også meget anderle-



ARKIVFOTO: ISTOCK

des. Familien spiller en langt større rolle, end vi ser i Danmark, og ansvaret for den personlige pleje og omsorg ligger i familiens hænder.

Resultatet er et helt andet grundlag for sygeplejen og en anden måde at være patient på, end vi ser i Danmark. På Vestbredden ser vi en autoritetsstro og passiv patient, der sjældent forholder sig til eller deltager i egen behandling. Det er en væsentlig indsigt, som vi tager med hjem. For hvis de arabiske patienter hjemme i Danmark har de samme forventninger til sundhedssystemet, som patienter har her, så skal sygeplejersker måske ændre deres tilgang til denne gruppe patienter. F. eks. kunne vi se de pårørende som en ressource i stedet for et irritationsmoment. Vi synes under alle omstændigheder, at det er en erfaring, der er værd at have in mente.

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.

Sundhed på den røde løber

Oscarvinderne 2013 satte sundhed på den røde løber i USA. Blandt de nominerede film var bl.a. et autentisk drama om en mand i jernlunge og en romantisk komedie om psykisk sygdom.

I februar blev Oscar-statuetten uddelt i USA, og blandt de nominerede film fandt en del om sundhed og sygdom vej til den røde løber. Flere af dem er nu også på vej til de danske biografer.

I marts har filmen om "manden i jernlungen", THE SESSIONS, premiere i hele landet. Mark (John Hawkes) fik som barn polio og lever i en jernlunge. Som 38-årig bliver han fast besluttet på at miste sin mødom. Filmen er baseret på en sand historie og fortæller om hans forhold til bl.a. sexterapeuten Cheryl (Helen Hunt) og præsten Father Brendan (William H. Macy).

Har du endnu ikke set det franske drama AMOUR, er der stadig mulighed i foråret. AMOUR har udover en Oscar for bedste udenlandske film skovlet priser ind på stort set alle store filmfestivaler i verden. Historien om det ældre ægtepar, som må tage stilling til spørgsmål om aktiv dødsbistand og livskvalitet efter konens slagtilfælde, kan frem til april ses i hele landet.

Den romantiske komedie SILVER LININGS PLAYBOOK blev nomineret i syv kategorier til årets Oscaruddeling, og

skuespilleren Jennifer Lawrence vandt for bedste kvindelige hovedrolle for at portrættere den depressionsramte Tiffany. Hun skal hjælpe Pat (Bradley Cooper), der lider af en bipolar lidelse, med at finde tilbage til sin ekskone, der har smidt ham ud, efter han blev indlagt på et psykiatrisk hospital. Filmen har forventet premiere den 25. april.

På teaterscenen er der i Sønderjylland et gensyn med Nurse Ratched, når Det Lille Teater i Gråsten genopsætter Ken Kesey's roman GØGEREDEN, der nok mest er kendt fra filmen af samme navn med Jack Nicholson i hovedrollen som fangen, der ender på en psykiatrisk afdeling, hvor han kæmper for de øvrige patienters rettigheder.

I København og Aarhus kan fotoudstillingen 8 TOWARDS 12 opleves i marts og april, når fotografen Bo Nymann sætter fokus på otte eliteatleter, der er ramt af sygdom, ulykke og handicap, men som stædigt kæmper sig mod deres mål, de Paralympiske Lege i London 2012.

(mdk)

Se detaljer, trailere, steder, datoer og mange flere arrangementer på www.dsr.dk/sygeplejersken/kulturjournalen, og del forårets programmer med kollegerne på Facebook.



William H. Macy og John Hawkes i The Session.

Amerikanske mænd vil være sygeplejersker

Andelen af mandlige, amerikanske sygeplejersker er steget fra 2,7 pct. i 1970 til 9,6 pct. i 2011. Det fremgår af rapporten "Men in Nursing Occupations", der blev offentliggjort i februar. Rapporten viser også, at anæstesi med 41 pct. mænd er det mest populære område.

"Den forventede mangel på sygeplejersker har ført til øget rekruttering og omskoling. Den indsats har inkluderet rekruttering af mænd i sygeplejen," forklarer sociolog Liana Landivar i en pressemeddelelse fra regeringens officielle analyseinstitut The Census Bureau.

Britiske patienter dør af sult

Over 1.100 patienter er de seneste fire år døde af sult på britiske hospitaler. Det får nu sundhedsmyndighederne til at øge antallet af uanmeldte besøg. Samtidig vil de sikre, at sygeplejerskerne får bedre tid til patienterne. Ifølge The Telegraph skal det bl.a. ske ved, at det engelske sundhedsministerium investerer 100 mio. engelske pund (ca. 860 mio. kr.) i nye IT-systemer, så sygeplejerskerne får frigivet tid fra papirarbejde.

Nordmænd truer med opsigelse

"Hvis vi ikke får vores krav igennem om øget bemanning, stopper vi vores arbejde på Fyllingsdalen Sykehjem." Så klar var udmeldingen i slutningen af februar fra 20 sygeplejersker på et norsk plejehjem, kun to måneder efter det åbnede. Ifølge sygeplejerskerne er plejehjemmet underbemandet, og store dele af deres arbejdsdag går i stedet for patientpleje med bl.a. madlavning, servering og opvask. Byrådet i Bergen Kommune afviser at imødekomme sygeplejerskernes krav, oplyser Bergens Tidende.



FOTO: SØREN SVENDSEN.

Nej til SU-nedskæringer

Færre penge til sygeplejestuderende i almindelighed og færre penge i særdeleshed til de færdiguddannede sygeplejersker, som venter nogle år, inden de går i gang med at tage kandidatuddannelsen. Det er baggrunden for, at også Sygeplejestuderendes Landssammenslutning, SLS, sammen med tusindvis af andre studerende gik i protesttog i København mod ændringerne i SU-forholdene. "Nedskæringsforslagene er ikke rimelige," fastslår formanden for SLS, Marie Nagel Christensen.

(hbo)

Stress er en livslang følgesvend

Stress i dagligdagen rammer os ikke bare her og nu, men følger os op i alderdommen.

Hvis nogen troede, de kunne ryste det stressende job af sig, når de blev pensionister, så er en ny finsk undersøgelse dårligt nyt. Det er kendt, at stress er skadeligt for helbredet, men man har hidtil kendt meget lidt til langtidseffekterne. I en stor finsk undersøgelse har forskerne fulgt godt 3.000 kommunalt ansatte mænd og kvinder i 28 år fra 1981

til 2009. Deltagerne var mellem 44 og 55 år ved undersøgelsens start.

Risiko for immobilitet

Samtlige deltagere blev målt på fire kendte stressparametre, nemlig: depression og dårlig trivsel på jobbet, nedsat kognitiv funktion, søvnforstyrrelser og somatiske symptomer.

28 år senere viser det sig, at de, der led af vedvarende stress midt i livet, som gamle har sværere ved at klare dagligdags aktiviteter såsom at bade,

tage tøj på, købe ind, gå en tur mv. Vedvarende stress øgede risikoen for immobilitet/invaliditet med en faktor to-tre.

Ifølge det finske forskerteam under ledelse af Jenni Kulmala er det tænkeligt, at stress slider på kroppen og dermed fremskynder aldersprocessen og nedsætter præstationsevnen. Stress kan være det første tegn på, at kroppen siger fra overfor omgivelsernes krav. Resultatet er offentliggjort i *The Journals of Gerontology*.

(ah)

Bank på døren eller lad være

Bør man banke på døren til en sengestue, hver gang man går ind, eller er det ganske enkelt for belastende både for de pårørende og for personalet?

På en travl børneafdeling med mange børn, som kræver isolation på enestuer, vil der naturligt være en livlig trafik for personalet ud og ind af stuerne, da forældrene helst skal forblive på sengestuerne.

1. Skal man som plejepersonale banke på døren, hver gang man går ind til en familie? Også når det måske er femte gang, efter der er trukket i klokkesnoeren? Nogle sygeplejersker banker helt naturligt på døren også femte gang, før man går ind på en sengestue. Andre sygeplejersker går ind uden at banke på. Begge parter udfører en god, omsorgsfuld og respektfuld sygepleje. Men man gør alligevel ikke tingene ens.

2. Er det god sygepleje, når man ikke udviser samme adfærd som personale?

Hvis emnet drøftes i en personalegruppe, mener man hver især, at man gør det rigtige, og diskussionen kommer helt naturligt til at handle om magtforhold, at være vært, være gæst, være selvstændigt individ på fremmed jord, have lov at være patient på egen stue og på den anden side være professionel og udøve sit fag.

3. En sengeafdeling, hvem tilhører den egentlig?

Se, hvad to sygeplejersker med særlig interesse for etik mener om de tre spørgsmål i teksten.

Svar 1. Det faktum, at personalet gør sig sådanne overvejelser både hver for sig og fælles på personalemøder, fortæller, at der er tale om en meget omsorgsfuld personalegruppe, som er opmærksom på, at hvad der kan være god sygepleje for én patient og dennes familie, ikke nødvendigvis er det for den næste. Det er imponerende, at emner som magtrelation og det at være en sårbar gæst i et professionelt hospitalsmiljø hører med til de refleksioner, klinikerne har over egen praksis. Og i stedet for - i den bedste hensigt - at reflektere gentagne gange med de samme kolleger kunne det give nye vinkler på de etiske spørgsmål, hvis man spurgte patienter og pårørende om deres oplevelser med afdelingens sygepleje. Man kan tale med dem enkeltvis, som fokusgrupper eller i reflekterende teams med en professionel coach. Interviewene vil kunne animere personalegruppen til fortsat at være opmærksom på sansningens og nærhedens betydning i mødet med den enkelte patient.

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

Svar 2. Hvad der er det rigtige at gøre, afhænger af situationen, patienten og de forhold, der eksisterer rundt om patienten. Umiddelbart kunne patienten spørges, hvordan han eller hun oplever det, hvis sygeplejersken er i tvivl.

Det vigtigste er, at sygeplejersken reflekterer over, hvordan

den bedste måde at gøre sin entre på stuen er, og drøfter det med sine kolleger, så de i respekt for hinandens holdninger får afdækket bevæggrundene for forskellig adfærd. Måske kunne man lære noget af de andres bevæggrunde? Kort sagt intet facit!

En sengeafdelings tilhørsforhold? Når spørgsmålet inddrager ejendomsret, så sniger tanken om magtforhold sig ind. Her kommer det også an på, hvad der er i spil. Er der tale om udsmykning på afdelingen, ret til at fravælge postoperativ træning, krav om salt på morgenægget eller en lille gåtur i haven - ja, det kommer vel an på, hvad der er på spil i den enkelte situation, men hverken personale eller patienter kan vel påberåbe sig en ultimativ ret til at bestemme? Kort sagt intet facit!

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



Dilemmaet er stillet af oversygeplejerske og medlem af Sygeplejeetisk Råd, Edel Kirkebjerg. Har du et dilemma, du gerne vil have belyst? Send det til fagredaktør Jette Bagh på jb@dsr.dk. Det må højst fylde 900 tegn uden mellemrum. Husk navn og medlemsnummer på din mail.

Sparkedragt i strygefrit kunststof

Lige så længe sygeplejeuniformen har signaleret autoritet og identitet, lige så længe har den været til debat. Stil, stof og længde har skiftet igennem tiden.

TEKST: MILLE DREYER-KRAMSHØJ

Dengang

I sluttresserne startede en rationalisering af uniformerne i Københavns Amt af praktiske og økonomiske årsager. Det var blevet for besværligt for fællesvaskeriet at vaske hospitalernes mange forskellige uniformer. Ind kom i stedet ensrettede modeller i strygefrit kunststof, der ikke skelnede mellem sygeplejersker, elever og hjælpere, og ud røg den traditionelle kappe nogle år efter, selvom Dansk Sygeplejeråd i starten var imod: "Kappen er kronen på værket. Den hører absolut med til en korrekt uniformering og har alle dage sammen med lampen været sygeplejens særlige symbol. Den vil vi ikke af med."

Det var langt fra alle, der var enige i kappens fortræffelighed. I 1971 bekendtgjorde Direktoratet for Københavns Hospitalsvæsen, at kappen ikke længere var obligatorisk beklædning. Hvor uniformen førhen havde udstrålet differentieret fagidentitet, der viste, hvor hver enkelt sygeplejerske var i hierarkiet, var der nu ikke længere noget, der adskilte sygeplejerskerne hverken i hovedbeklædning eller kittel.

Nu

"Grim", "upraktisk" og "kedelig"! I februar 2013 offentliggjorde Region Midtjylland billeder af de nye uniformer, som sygeplejerskerne skal have. Det medførte over 200 kommentarer på Dansk Sygeplejeråds Facebook-side. Uniformerne er designet, så de er mindre gennemsigtige og nedringede, men det var langt fra en løsning, alle efterlyste.

"Hvorfor ikke en sparkedragt med bukser ud over, eller det bliver måske for frækt?!" skrev en bruger, mens en anden spurgte, hvorfor det skal ligne, at man er trukket i nat-tøj.

Andre mente, at tiden ikke er til udskiftning af beklædningsgenstande, og opfordrede i stedet regionen til at bruge pengene på patienterne. Også stoffets kvalitet og det nye design til mænd fik et par kommentarer med på vejen.

"Stoffet ser syntetisk ud. Det ser ikke behageligt ud. Hvad med ren bomuld? Undrer mig også over, hvis de mandlige sygeplejersker skal have lange uniformer, så de kommer til at ligne lægerne," skrev en, som i lighed med mange andre efterlyste farvede uniformer, som de har i f.eks. England og USA.



FOTO: SYGEPLJEHISTORISK MUSEUM

Sluttressernes kvinde- og ungdomsoprør satte sit præg på uniformerne. Her er det sygeplejersker fra operationsgangen på Hillerød Centralsygehus i operationskittler og kompressionsstrømper, som holder uformelt gangmøde.



FOTO: REGION MIDTJYLLAND

Region Midtjyllands lancering af nye uniformer i 2013 medførte en storm af facebook-kommentarer - ikke alle lige positive.

Kilder: "Sygeplejerskeuniformens plads i den danske sygeplejers historie i perioden 1908-1969" af Winnie Høgsaa (2004), "Piger i hvidt" på dsr.dk, "Dansk Sygeplejehistorisk Museum - en præsentationsbog" (2002) og www.facebook.com/sygeplejersker

Kan du dit fagblad? Vær med i lodtrækningen om et gavekort til Magasin til en værdi af 250 kr. Vi trækker lod blandt de indsendere, som har svaret rigtigt på flest spørgsmål. Du finder alle svar i dette nummer af Sygeplejersken.

1. Færre sygeplejersker får stikskader sammenlignet med tidligere, men der er stadig brug for mere forebyggelse. Et nyt EU-direktiv får følgende konsekvens:

- a. Alle arbejdsgivere skal indkøbe sikre blodsukkermålingsnåle.
- b. Alle arbejdsgivere skal registrere stikskader, der medfører mere end én sygedag.
- c. Alle arbejdsgivere skal registrere alle stikskader.



2. Læsø mangler sygeplejersker. Hvor mange ansatte sygeplejersker er der på øen?

- a. 2.
- b. 4.
- c. 6.

3. I 2012 anerkendte Danske Regioner officielt den tværfaglige nationale uddannelse i akutmedicin, hvor længe har den været i gang?

- a. Siden 2005.
- b. Siden 2008.
- c. Siden 2010.

4. Ketogen diæt er en behandlingsmulighed imod epilepsi, som udby-



des til børn og unge på Epilepsi-hospitalet Filadelfia. Hvor mange patienter med epilepsi er siden 2002 blevet behandlet med klassisk ketogen diæt?

- a. 88.
 - b. 102.
 - c. 164.
5. Kirsten Stallknecht Prisen gives til en sygeplejerske, som gennem brug af ytringsfriheden har gjort en indsats for at fremme en sygeplejefaglig sag. I 2011 vandt sygeplejerskerne Leif Nielsen og Martin Carlson prisen for deres fotoprojekt www.mandlige-sygeplejersker.dk. Prisen skal uddeles igen i 2013 - for hvilken gang?
- a. For tredje gang.
 - b. For sjette gang.
 - c. For syvende gang.

(sbk)

Send dit svar til: testen@dsr.dk senest den 2. april. Kun medlemmer af Dansk Sygeplejeråd kan deltage i lodtrækningen. Vinder af Testen i Sygeplejersken nr. 3 blev Lone Haug. De rigtige svar var: 1: c, 2: b, 3: a, 4: b, 5: c.

Lær om sex på universitetet

Hvordan taler man med patienter om seksuelle problemer? Det giver Aalborg Universitet svaret på. Fra efteråret udbyder universitetet nemlig en masteruddannelse i sexologi, og det er første gang herhjemme, at et universitet sætter sexologi på tilbudslisten over uddannelser. Masteruddannelsen i sexologi ved Aalborg Universitet er en toårig deltidsskole under Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, og første hold begynder til september. Uddannelsen henvender sig i første række til læger, sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter, jordemødre og psykologer. Ansøgningsfristen er den 1. maj 2013.

Læs mere på www.evu.aau.dk > Masteruddannelser

iPad-app til pro.medicin

Brugere af tablets med Android-systemet og brugere af iPhones har længe haft adgang til en app til pro.medicin.dk. Men nu kan også iPad-brugere få glæde af en app til det populære medicinaleksikon, som udgives af Dansk Lægemiddel Information. Appen til iPad er en forbedring af appen til iPhone, så iPad-brugere nu får såvel en bedre skærmopløsning som en optimeret funktionalitet. Appen kan bl.a. hentes gratis på www.pro.medicin.dk

Hvordan påvirker psoriasis patientens body image?

Fem temaer afspejler den negative betydning, psoriasis har for patientens body image. Et dansk studie beskriver de fem temaer: at skulle skjule sin krop, at føle sig seksuelt hæmmet, at føle sig påvirket socialt, at have reduceret fysisk aktivitet og at have et negativt selvbillede. Studiet er offentliggjort i Journal of Dermatological Treatment i januar 2013. Artiklen kan også læses på Fagligt Selskab for Dermatologiske Sygeplejerskers hjemmeside på dsr.dk > faglige selskaber > Dermatologiske Sygeplejersker

Fed mad hjælper epilepsibørn

TEKST: MILLE DREYER-KRAMSHØJ • FOTO: HANNE LOOP

Ni ud af 10 børn, som har medicinresistent epilepsi, kan potentielt reducere deres anfald og forbedre deres livskvalitet ved at følge en særlig lægekontrolleret diæt. På epilepsihospitalet Filadelfia bliver børn behandlet med de såkaldt ketogene diæter, der hovedsageligt består af fedtholdige madvarer.

Mayonnaise til morgenmad og creme fraiche med olie til aftensmad. Det lyder hverken som en særlig sund eller velsmagende kostplan, men for børn med epilepsi kan den gøre underværker. De såkaldt ketogene diæter, der er rige på fedt og fattige på kulhydrater kan nemlig minimere børnenes epileptiske anfald i helt op mod 90 pct. af tilfældene.

"I princippet er det noget, der kan gavn næsten alle børn i medicinsk behandling for epilepsi. Almindeligvis får vores hjerne energi fra kulhydrater, men den fedtrige ketogene diæt påvirker stofskiftet i hjernen, så den i stedet bruger ketonstoffer, som er et affaldsprodukt af fedt. Det gør, at nervecellerne bliver mindre irritable og dermed mere modstandsdygtige mod epileptiske anfald," forklarer klinisk speciale- og udviklingspsygeplejerske Vibeke Stubbings fra Epilepsihospitalet Filadelfia.

Børnene følges tæt

Diæten indebærer nøje planlægning af måltiderne, der både skal gives i bestemte doser og på bestemte tidspunkter.

"Børnene og ikke mindst forældrene er glade for, at der kommer styr på anfald-



Alba på næsten to år har været på ketogen diæt længe, men hendes mor er nu ved at blive oplært i flere varierede skemåltider. Alba prøvespiser her et af dem.

ne, men det kan være en stor udfordring i dagligdagen at følge diæten. Det at spise er meget socialt forankret i vores kultur, og her går vi som sundhedspersonale ind og sætter andre præmisser for familiernes mønstre.

Vi forsøger at tænke kreativt og prøver at kopiere den normale mad så meget, det kan lade sig gøre. Børnene savner tit brød, pasta og kartofler, som er en stor del af

vores madkultur," fortæller Vibeke Stubbings.

På Filadelfia tilbydes børnene hovedsagelig til forskellige behandlingsformer, den klassiske ketogene diæt og den modificerede Atkins diæt, afhængigt af deres individuelle behov og alder. Fælles for dem er, at fedtindtaget fylder det meste af kosten, mens proteiner og især kulhydrater er reduceret til et minimum.

Minearbejdere skal behandles i Grønland

De mange udenlandske minearbejdere, som i de kommende år ventes at tage ophold i Grønland, skal som udgangspunkt behandles i Grønland, hvis de bliver syge eller kommer til skade. Og er kapaciteten ikke til stede, kan det blive nødvendigt at sende patienterne til behandling i f.eks. Danmark eller Island. Det oplyser sundhedsminister Astrid Krag i et svar til Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg. Der skal tegnes en sygeforsikring for alle de kommende medarbejdere, og denne forsikring skal dække udgiften ved behandling i f.eks. Danmark.

(hbo)

Effekt af ketogen diæt

- Ca. 50 pct. børn, som ikke har haft effekt af medicin, vil opnå godt 50 pct. færre anfald
- Ca. 30 pct. børn vil opnå godt 90 pct. færre anfald
- Ca. 10 pct. vil blive anfalds- og evt. medicinfrie
- Ca. 10 pct. oplever ingen eller meget lille effekt.

Herudover kan diæten forbedre bl.a. børnenes søvn, koncentration og adfærd. Diæten er hovedsageligt til børn og unge og kan bruges til alle typer af epilepsi. Principielt kan behandlingen også bruges af voksne, men tidligere forskningsresultater har vist, at den er sværere for voksne at integrere i deres kostplanlægning.

Kilder: "Når mad bliver behandling", Sygeplejersken nr. 4/2013 side 74, og klinisk speciale- og udviklings-sygeplejerske Vibeke Stubbings, Epilepsihospitalet Filadelfia.

"Kroppen skal vænne sig til fedtet, og det kan i starten give lidt bivirkninger i form af kvalme, ligesom forstoppelse er et velkendt problem, men det forsøger vi at forebygge," siger Vibeke Stubbings.

I øjeblikket har Filadelfia 56 børn i behandling. Under diætforløbet følges børnene tæt med blodprøvetagning hver tredje måned. Behandlingen foregår typisk over to-tre år, til børnene igen gradvist kan overgå til normal kost.

"Hidtil har vi holdt os til maks. to-tre år, men der er en generel ændring i internationale faglige kredse til større fleksibilitet i forhold til barnets anfaldssituationer og livskvalitet og mere åbenhed for at strække behandlingen længere," siger hun og fortæller, at der ikke er så meget viden om, hvordan det påvirker børnene på længere sigt.

"Der er lavet nogle amerikanske under-

søgelser, der ikke viser, at det har haft negative konsekvenser, når børnene bliver voksne, men vi kunne godt tænke os selv at følge yderligere op," siger hun.

Vil du vide mere?

Læs mere om de ketogene diæter i den faglige artikel "Når mad bliver behandling" side 74 i dette nummer af *Sygeplejersken*.

Socialstyrelsen har samlet et overblik over danske og udenlandske artikler og bøger om behandling med ketogene diæter. En litteraturliste kan findes på www.socialstyrelsen.dk - søg på "litteratur om diætbehandling ved epilepsi".

” Når vi har fået nedbragt spildet så voldsomt, betyder det, at vi har kunnet lukke senge og skabe kortere indlæggelsesforløb. Nu har vi ikke længere et halvt plejehjem liggende.”

Vicedirektør på Frederiksberg Hospital, Jonatan Schloss, i Politiken den 22. februar 2013.

Familieterapeutisk Center

”INDDRAGELSE AF PÅRØRENDE”

KRÆVER KOMPETENCE I
FAMILIESAMARBEJDE

3-årig videreuddannelse i SYSTEMISK STRUKTUREL FAMILIETERAPI

starter i Aalborg d. 16.-17. september 2013

Tilmeldingsfrist 1. maj 2013

Skriftlig tilmelding til Ville Laursen,
Familieterapeutisk Center
mail: villle@ftc.dk eller
Vejgaard Bymidte 29, 9000 Aalborg

Oplysninger: www.ftc.dk, 98164975, 40855153

mad med mere

Økologi

- leveret til døren

Økologisk kødbox
2 prs. 999,-
4 prs. 1.750,-
emilievejs-slagterforretning.dk
Bestil direkte fra hjemmesiden og få leveret til døren

1. 1,5 kg svinekam med svær
2. 1,2 kg oksegrydesteg
3. 600 g oksefars
4. 1 kg stegeflæsk i skiver
5. 1 kg medister
6. 4 x 150 g engelske bøffer
7. 500 g skinekød i strimler
8. 4 stk. panerede skinkeschnitzler
9. 600 g hakket oksekød 5-8% fedt
10. 600 g hakket skinekød 5-8% fedt
11. 750 g panderet
12. 4 stk. koteletter
13. 500 g gullasch
14. 500 g stroganoff

Kødbox marts
4 personer
+ opskrifter

Emilievej 13
9900 Frederikshavn
Tlf. 98 42 04 72

www.emilievejs-slagterforretning.dk

Sammenlægninger gav kulturchok

TEKST: ANNETTE HAGERUP

Akutaafdelingerne, der i disse år skyder op rundt om i landet, er mange steder ramt af begyndervanskeligheder. Bl.a. i form af sygeplejerskeflugt og højt sygefravær. Fagidentiteter og arbejdsrutiner udfordres, når afdelinger fusioneres, og alle skal arbejde på tværs af specialer.

Der er ingen opskrift på den perfekte fælles akutmodtagelse. De foreløbige erfaringer viser, at afdelingerne og deres personale selv må finde deres egne ben. Der er tale om et kultursammenstød, når afdelinger fusioneres, og det tager tid at skabe teamspirit.

Mest smertefrit er det gået de steder, hvor personalet fra starten har været inddraget i fusionsplanerne. Uddannelse og gode normeringer er en forudsætning, hvis en fusion skal lykkes, lyder det bl.a. fra Dansk Selskab for Akutsygepleje, DAENA.



” Ledelsen burde først og fremmest have været mere fremsynet med hensyn til vores oplæring.

Kirsten Aaby, tillidsrepræsentant for akutafdelingens sygeplejersker, Regionshospitalet Horsens

Fælles akutmodtagelser har kostet personaleflugt og højt sygefravær

Personaleflugt, rekordhøjt sygefravær og talrige skrivelser i dagblade og fagmedier. Det er situationen for mange af landets fælles akutmodtagelser. Uddannelse, gode normeringer og god ledelse er midlerne, hvis man vil forebygge et stort personaleflow på de nye fusionerede afdelinger, mener man i Dansk Selskab for Akutsygepleje, DAENA.

TEKST: ANNETTE HAGERUP



Uddannelse, uddannelse, uddannelse. Det er ifølge DAENA, Dansk Selskab for Akutsygepleje det, der skal til, hvis de nye fælles akutmodtagelser rundt om i landet skal blive en succes – for både patienter, pårørende og personale.

Der er i dag omkring 20 fælles akutmodtagelser/akutafdelinger – i daglig tale kaldet FAM'er – i funktion på landsplan. Fælles for mange af dem har været store indkøringsvanskeligheder og et stort personaleflow.

Men selvom alle er enige om de overordnede principper bag FAM, er processen mange steder gået for hurtigt, og det har vist sig vanskeligt at få forskellige faggrupper og kulturer til at fungere i praksis.

I DAENA undrer man sig ikke over, at nogle sygeplejersker har valgt at skifte arbejdsplads.

”Det er kun forventeligt, at personalet flytter sig i forbindelse med store fusionsprocesser. Det viser al erfaring,” fortæller DAENA's formand, Annette Jakobsen.

Hun siger, at man først og fremmest må have patientperspektivet for øje. Fælles akutafdelinger er til fordel for patienterne, som bliver både hurtigere udredt og hurtigere behandlet. Hver akutafdeling må finde den model, der ud fra en patient-synsvinkel, vil være den bedste.

”Det er fint nok at have gode visioner, men de skal også omsættes i praksis. Hvad betyder det f.eks. for den daglige drift, at man sætter tre sygeplejersker fra medicinsk afdeling til at passe skadestuen. Mange af dem har jo ikke set et åbent sår eller et benbrud i årevis og føler sig ikke

fagligt rustet til at passe kirurgiske patienter,” siger hun og tilføjer:

”Vi skal dels have en ordentlig uddannelse og oplæring til de sygeplejersker, der pludselig skal varetage nye opgaver. Og dels skal vi organisere arbejdet på FAM, så man udnytter de faglige spidskompetencer, som den enkelte sygeplejerske besidder.”

Kulturforskelle

Annette Jakobsen fortæller videre, at springet fra korttidssygepleje på skadestuen til større medicinske rene plejeopgaver på FAM'en for nogle sygeplejersker har været for stort, da der er en anselig kulturforskel mellem en skadestue og en medicinsk afdeling.

Skadestuesygeplejersken er vant til at arbejde med korttidssygepleje og hurtige behandlingsforløb. Nu skal sygeplejersken pludselig gå fra skadestuearbejde til også at beskæftige sig med tungere plejeopgaver hos patienter, der typisk er indlagt i 24-48 timer. Eller længere.

”Ledelsen må have øje for, at en sygeplejerske ikke bare er en sygeplejerske. Sygeplejersker er forskellige ligesom alle andre mennesker. Vi har godt nok den

samme grunduddannelse, men siden har alle specialiseret sig på diverse fagområder. Heldigvis er der mange ledelser, der prioriterer specialisering og videreuddannelse højt. Det skaber stor tryghed og tilfredshed blandt personalet.”

Annette Jakobsen arbejder i dag som sundhedsfaglig konsulent i Region Midtjyllands Center for Kompetenceudvikling. Her er hun med til at tilrettelægge de landsdækkende akutkurser for læger og sygeplejersker.

Før det var hun ansat på akutafdelingen på Aarhus Universitetshospital (det tidligere Kommunehospital på Nørrebrogade). Processen med at lægge skadestuen dér sammen med medicinsk afdeling til en fælles akutafdeling er stadig i gang, men man har som udgangspunkt ladet det være frivilligt, om sygeplejerskerne ønskede at skifte afdeling.

”Man bliver på den afdeling, hvor man p.t. er ansat, men arbejder nu bare på en afdeling, der organisatorisk set er én afdeling med fælles ledelse. Den model har fungeret godt i Aarhus,” fortæller hun.

FAM

En fælles akutmodtagelse, FAM, samler skadestue og tidligere enkeltafdelingens modtagelser i en fælles lokalitet. Der vil således kun være én indgang til sygehuset i tilfælde af akut sygdom/skade.

Grundlaget for sygehusenes fremtidige akutte beredskab er fastlagt i Sundhedsstyrelsens rapport ”Styrket akutberedskab” fra 2007. Heraf fremgår bl.a., at der skal ske en samling af antallet af akutmodtagelser på sygehusene til omtrent det halve. Samtidig skal det præhospitale beredskab styrkes.

Medinddragelse og rolig proces giver FAM succes

Etableringen af en fælles akutmodtagelse kræver stor fleksibilitet hos medarbejderne. Hvis projektet skal lykkes, skal processen ikke gå for hurtigt, og medarbejderne skal inddrages undervejs. Sådan lyder erfaringerne fra Kolding.

TEKST: ANNETTE HAGERUP • FOTO: PALLE PETER SKOV

Akutafdelingen (FAM) i Kolding er nået langt i bestræbelserne på at skabe en fælles faglig identitet på tværs af specialer, siden *Sygeplejersken* besøgte afdelingen for 2½ år siden.

Men det har ikke været problemfrit, fortæller den tidligere oversygeplejerske på Akutafdelingen, Helle Madsen, der i dag har titel af FAM-konsulent.

”Vi er heller ikke gået fri af store personaleudskiftninger i sygeplejerskegruppen,” fortæller Helle Madsen.

Hun er ikke i tvivl om, at sygeplejerskerne føler sig pressede pga. de mange forandringer i deres personalegrupper og i deres vante arbejdsrutiner. De må desuden løbende erhverve sig nye kompetencer og påtage sig nye opgaver på tværs af faggrænser.

”Det kræver stor fleksibilitet hos medarbejderne, for det, de bliver ansat til i dag, er ikke det, de skal arbejde med i morgen,” siger Helle Madsen.

Drop færdig model ned over ansatte

Det er hendes erfaring, at man lettest får personalet med sig, hvis processen ikke går for hurtigt, og de ansatte bliver inddraget i overvejelserne undervejs.

”Det nytter ikke at have en færdig model, som man trækker ned over hovedet på folk.”

Kolding Sygehus var et af de første sygehuse i Danmark, som fulgte op på Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007 om at samle det akutte beredskab. Et akut modtageafsnit, AMA, så allerede dagens lys i august 2008 i forbindelse med, at sygehusets medicinske visitationsafsnit blev nedlagt.



Erfaringerne på Akutafdelingen på Kolding Sygehus viser, at det ikke nytter ikke at have en færdig model, som man trækker ned over hovedet på folk, men at man lettest får personalet med sig, hvis processen ikke går for hurtigt, og de ansatte bliver inddraget undervejs.

På billedet modtager sygeplejerske Christian Schrøder en hjertepatient med bryst smerter på Akutmodtagelse Kolding. Ambulancebehandlerne Axel og Maibrit hjælper med at flytte patienten.

”Den fælles akutmodtagelse er det største paradigmeskift, der er sket på hospitalerne i årtier. Vi skal bryde med den traditionelle søjletankegang, hvor hver søjle har udgjort et speciale med sin helt egen kultur og selvforståelse. Vi skal lære at tænke horisontalt frem for vertikalt. Men der eksisterer ikke noget færdigt koncept for, hvordan FAM-tankegangen skal implementeres, og hvordan man får medarbejderne til at arbejde sammen på tværs af gamle faggrænser,” fortæller Helle Madsen og fortsætter:

”Når det er gået godt her hos os, er det, fordi det er sket i et tempo, folk har kunnet følge med i. Folk reagerer forskelligt på

forandringer, og det kræver ledelse tæt på medarbejderne, hvis det skal gå godt. Vi har tilstræbt en naturlig udvikling på vej mod den store fælles akutmodtagelse,” siger hun og giver et eksempel:

F.eks. fusionerede vi 1. januar 2012 med skadestuen, som indtil da var en del af ortopædkirurgisk afdeling. For at forberede fusionen både organisatorisk og på medarbejderplan havde vi i FAM's ledelse gennem hele 2011 et tæt samarbejde med den ortopædkirurgiske afdelingsledelse.”

FAM Kolding havde ved starten i 2008 i alt ca. 40 sygeplejersker. I dag tæller staben af sygeplejersker omkring 100.

Kan lide kombination af akut og helhed

Skadestuesygeplejersken fortæller:

Bente Lundgaard er erfaren skadestuesygeplejerske og har valgt at arbejde på FAM i Esbjerg, fordi hun kan lide kombinationen af den hurtige kontakt og den helhedsorienterede behandling. Hun har sammenlagt været sygeplejerske i 23 år, heraf 10 år som skadestuesygeplejerske på skadestuen i Esbjerg.

”Erfaring med skadestuearbejde gør absolut overgangen til arbejdet på en fælles akutmodtagelse meget lettere,” fortæller Bente Lundgaard. Hun ser det som en meget stor fordel, at hun har været vant til at modtage alle typer af patienter.

”På skadestuen er det hurtigt ind og hurtigt ud. Der er et stort patientflow, og de fleste patientkontakter er korte. Der er en helt særlig dynamik, som man skal kunne lide for at trives dér,” siger hun.

Bente Lundgaard har samtidig den fordel, at hun tidligere i karrieren har været på en medicinsk afdeling og er vant til at passe patienter, der er indlagt i længere tid.

”På skadestuen handler det primært om at redde liv og behandle et traume eller anden livstruende tilstand. På FAM har vi derimod muligheden for at se patienten som et helt menneske. Når fru Jensen er kommet ind med en brækket hofte, gælder det ikke kun om at sætte hoften sammen igen, men også om at sætte fru Jensen i centrum og gøre hende klar til det liv, hun skal hjem og leve. Den proces er en kæmpe udfordring.”

Esbjerg formår

Alle sygeplejersker får en dosis ”blå blink”, og alle skal deltage i plejeopgaverne på FAM i Esbjerg. Efteruddannelse og medinddragelse er nøgleordene for en afdeling, der har rekordlavt sygefravær og er præget af korpsånd.

TEKST: ANNETTE HAGERUP • FOTO: PALLE PETER SKOV



Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg er klassens duks, når det handler om at holde på sine sygeplejersker på Den Fælles Akut Modtagelse, FAM.

Mens Den Fælles Akutmodtagelse på OUH i 2012 har haft en personaleafgang på 36 pct. og et sygefravær på 7,3 pct., har FAM i Esbjerg kun udskiftet 4 pct. på personalessiden og haft et sygefravær på 2,6 pct.

Afdelingen blev etableret i 2010, og det kan tælles på én hånd, hvor mange medarbejdere der siden har forladt afdelingen. Ifølge den ledende oversygeplejerske på Fælles Akut Modtagelse, FAM, på Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg, Christian Jørgensen, skyldes den personalemæssige succes, at man fra ledelsens side har spillet ærligt ud fra starten.

”Vi har gjort det klart, at man som sygeplejerske er ansat i hele FAM’en. Til gengæld bliver man uddannet og ikklædt de kompetencer, der er nødvendige for at have en basistilgang til den akutte patient. Indenfor alle sygdomskategorier,” siger han.

Han fortæller, at afdelingens arbejde

bygger på anbefalingerne i Region Syd-danmarks rapport om fælles akutmodtagelser (FAM). FAM-tankegangen hviler på to søjler. Dels at alle akutte patienter kommer ind ad samme dør. Dels at den fælles akutmodtagelse skal være bemanded med teams af specialister, som er i tjeneste døgnet rundt. Afdelingen har samtlige specialer på FAM, inklusive kardiologi og neurologi.

”Rapporten er vores bibel, og principperne i den er den kontekst, vi befinder os i. Kan man ikke acceptere de præmisser, er det nok ikke her, man skal arbejde,” siger Christian Jørgensen, så det ikke kan misforstås. Han tilføjer:

”Der er ingen, der er rejst på den konto.” I 2012 er kun en enkelt sygeplejerske rejst til en anden afdeling for at arbejde i dagvagt, mens to sygeplejersker er gået på pension.

Prestige og dynamik i skadestuen

Christian Jørgensen forklarer en del af succesen med, at man har kunnet håndtere den udfordring, det kan være at få træne de skadestuesygeplejersker til at deltage i rene plejeopgaver.

FAM på Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg

Har på årsbasis godt 51.000 patienter. Tallene for 2012 ser således ud:

Skadestuen: 32.372 skadestuebesøg

Akut kirurgiske indlæggelser: 7.962

Akut medicinske indlæggelser: 12.609

FAM blev etableret i 2010, da man lagde skadestuen og den kirurgiske modtagelse sammen med sygehusets medicinske modtagelse. Den Fælles Akutmodtagelse er normeret med ca. 250 fuldtidsstillinger, heraf 121 sygeplejersker og 22 sosu-assistentter.

at holde på personalet



Den Fælles Akutmodtagelse, FAM, på Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg har kun udskiftet 4 pct. af sit personale. På billedet ses sygeplejerske på FAM, Stine Friis. Drengen Mikkel har slået hovedet i skolen og hans far holder hånd, mens Stine Friis vasker såret.

”Der er nok en tendens til, at de gamle skadestuesygeplejersker kan føle sig ”truet” i FAM-skabelonen. De har følt en vis prestige i at være skadestuesygeplejersker og være en del af den særlige dynamik, der hersker på en skadestue. De har valgt at

specialisere sig i behandling af bl.a. traumer. Og så trigger det deres faglighed at skulle passe hele paletten af patientkategorier. Jeg har selv været skadestuesygeplejerske og kan godt genkalde billedet og tankesættet, hvilket er helt naturligt, når man

føler sig dedikeret til skadestuearbejdet.

Hvis man opretter sin fælles akutmodtagelse i et skadestuespor og i et regulært sengeafsnit, så har man efter min mening allerede opdelt plejepersonalet i et A- og et B-hold,” siger Christian Jørgensen. ▶

Personaleafgang og sygefravær på fælles akutmodtagelser i Region Syddanmark i 2012

Personaleafgang:

FAM Odense:	36 pct.
FAM Svendborg:	43 pct.
Akutfdeling Kolding:	17 pct.
FAM Esbjerg:	4 pct.
Akutcenter Aabenraa:	15 pct.
Somatiske sygehuse i alt:	9 pct.

Sygefravær:

FAM Odense:	7,3 pct.
FAM Svendborg:	3,8 pct.
Akutfdeling Kolding:	4,6 pct.
FAM Esbjerg:	2,6 pct.
Akutcenter Aabenraa:	3,9 pct.
Somatiske sygehuse i alt:	4,2 pct.

Kilde: Region Syddanmark. (Tallene er estimerede)

Oplæring stopper

Personaleflugt og tårnhøjt sygefravær har været dagsordenen på Fælles Akutmodtagelse, FAM på OUH, siden starten i januar 2012. Nye tiltag betyder, at tre skadestuesygeplejersker er vendt tilbage til afdelingen, og at afdelingen nu er fuldt bemandet.

TEKST: ANNETTE HAGERUP • FOTO: NILS LUND PEDERSEN

- ”Vi har i stedet sagt, at vi har en *fælles* FAM, og på den *fælles* afdeling har vi en række FAM-teams.

Vi har indrettet os sådan, at alle sygeplejersker får en dosis ”blå blink” og bliver udfordret rent fagligt. Her hos os skal *alle* kunne modtage akutte patienter, og *alle* bliver uddannet til at modtage akutte patienter.

Men *alle* er også med til at passe patienterne, der kan være indlagt her på FAM i op til 48 timer. Herefter skal de enten videre til en specialafdeling eller udskrives.”

Korpsånd

Fællestillidsrepræsentant for sygeplejerskerne på Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg, Helle Kruse Hansen, fortæller, at FAM's succes bygger på både efteruddannelse og medinddragelse af sygeplejepersonalet.

”Alle sygeplejersker har været på kursus, så de føler sig trygge ved de opgaver, de bliver stillet overfor. Alle i teamet kan varetage de basale akut- og plejefunktioner. Og der er altid mulighed for at tilkalde en medarbejder med specialviden. Det er også mit indtryk, at de trækker meget på hinandens erfaring og ikke er bange for at bede en kollega om hjælp,” fortæller hun og tilføjer:

”Samtidig er afdelingen præget af en helt egen korpsånd. Etableringen af FAM har været grundigt forberedt, og ledelsen har været lydhør overfor personalets ønsker. F.eks. arbejder medarbejderne primært i en dagvagt/aftenvagt eller dagvagt/nattevagt. Ingen går i fast treholdsskift. Sygefraværet er det laveste på hele sygehuset. Arbejdsmiljøet er generelt godt, og man kan mærke på personalet, at de vil det her.”



flugten er stoppet.

FAM på Odense Universitetshospital har siden åbningen i januar 2012 og resten af året været præget af sygeplejerskeflugt og tårnhøjt sygefravær. Omkring 35 sygeplejersker har forladt afdelingen, og sygefraværet har været på 7,5 pct. Til sammenligning ligger det gennemsnitlige sygefravær på danske sygehuse på 4,5 pct.

En ny masterplan for 2013 skal stoppe flugten. Planen bygger på udlån af erfarne sygeplejersker og oplæring af de nyansatte sygeplejersker på FAM. Tre skadestuesygeplejersker, der ellers var fratrådt, er nu vendt tilbage til afdelingen. Samtidig er en række ubesatte sygeplejerskestillinger blevet besat, således at den fælles akutmodtagelse nu er fuldt bemandet.

Ifølge fællestillidsrepræsentant for sygeplejerskerne på OUH, Kirsten Nikolajsen, har FAM været konstant undernormeret.

”Der er blevet drevet rovdrift på sygeplejerskerne, som er blevet kaldt ind på ekstravagter i tide og utide. Mange af sygeplejerskerne var nyuddannede og er rejst hurtigt, fordi de ikke følte, de havde de fornødne kompetencer, og følte sig utrygge ved at gå på arbejde. Samtidig var bygningen, hvor FAM har til huse, fra starten uhensigtsmæssigt indrettet. Akut- og traumecentret er indrettet i ét plan med en dårlig akustik, og det betyder f.eks., at alle kan høre det, hvis en patient har smerter og klager sig. Samtidig kan sygeplejerskerne ikke føre en samtale, uden at patienter og pårørende

kan høre det,” fortæller fællestillidsrepræsentanten.

Svær sammensmeltning

Arbejdsforholdene var så kaotiske, at Dansk Sygeplejeråd Kreds Syddanmark i løbet af bare to uger i efteråret modtog 10 mails fra fortvivlede sygeplejersker, ansat på FAM OUH.

”Men den kaotiske opstart skyldes også, at det har været svært at få de forskellige sygeplejekulturer til at smelte sammen,” fortæller Kirsten Nikolajsen.

Da man etablerede den fælles akutmodtagelse, lukkede man samtidig den akutte, medicinske modtagelse (AMA) og flyttede sygeplejerskerne herfra til FAM.

Tanken var, at også de kirurgiske afdelinger skulle bidrage med personale. Her gjorde ledelsen det imidlertid frivilligt, om personalet ville flytte. I stedet betalte de kirurgiske afdelinger, som havde en række ubesatte stillinger, sig fra det ved at flytte tomme personalenumre til FAM.

”Det betyder, at der har været stor mangel på sygeplejersker med kirurgiske spidskompetencer. FAM har i vid udstrækning været bemandet med sygeplejersker med medicinske kompetencer eller helt nyuddannede,” fortæller Kirsten Nikolajsen.

Sen bedring på vej

Sygeplejerskernes fællestillidsrepræsentant har stor forhåbning til, at ledelsens nye tiltag vil bedre FAM-sygeplejerskernes arbejdsforhold.

”Det, man har valgt at gøre nu, er at udlåne sygeplejersker med specialkompetencer – specielt kirurgiske – til FAM i en periode på et halvt til et helt år. De skal ikke indgå i afdelingens bemanning. Deres ho-

personaleflugt i Odense



Der er stor forhåbning til, at ledelsens nye tiltag på OUH's Fælles Akutmodtagelse, FAM, vil forbedre sygeplejerskernes arbejdsforhold. På billedet ses FAM-sygeplejerske Susanne Gehrt Pedersen i blått.

35 forlod Svendborg

Den akutte modtagelse på Svendborg Sygehus åbnede 1. september 2011. Også her har man været ramt af personaleflugt og højt sygefravær. Omkring 35 sygeplejersker har forladt afdelingen over et år.

vedopgave bliver at oplære FAM-sygeplejerskerne i håndteringen af traumer og pleje af den kirurgiske patient. En anden vigtig del af handleplanen er teamopdeling af personalet, så de ikke behøver at vide alt om samtlige specialer, men kan blive specialister på nogle.”

Ordningen gælder foreløbig kun for 2013.

”Vi er i sygeplejerskegruppen glade for, at der nu bliver gjort noget ved problemerne. Men vi synes samtidig, at OUH's ledelse har været en anelse langsomme til at reagere på de mange klager fra personalet. Sygeplejerskerne på FAM er stadig pressede. Men heldigvis er en del af de nyansatte erfarne akutsygeplejersker,” fortæller Kirsten Nikolajsen. Hun tilføjer, at personalet nu ser fremad og har tiltro til, at FAM i Odense nok skal blive en god afdeling og en god arbejdsplads.

Administrerende sygehusdirektør for OUH, Jane Kraglund, siger, at ledelsen har fulgt udviklingen på FAM nøje siden starten i januar 2012 og også har søgt at lytte til personalet og efterkomme deres ønsker,

bl.a. når det gælder at ændre på de bygningsmæssige rammer.

”Men man undgår ikke startvanskeligheder, når man skal ændre så fundamentalt på akutområdet, som tilfældet er her. Det er mange års traditioner og indgroede vaner, som skal brydes op med det endemål at skabe en helt ny og fælles kultur,” siger direktøren og fortsætter:

”Fokus er på den enkelte patient, og målet er, at der indenfor fire timer skal tages stilling til, om en patient skal indlægges eller ej. Det forudsætter et intenst samspil med alle sygehusets øvrige afdelinger. Vi modtager ca.70.000 akutte patienter om året, og det siger sig selv, at man ikke kan ændre så stor en organisation fra den ene dag til den anden.”

Horsens har overlevet

Medarbejderne på skadestuen og den medicinske modtagelse på Horsens Sygehus stejlede ved tanken om, at de to afdelinger skulle slås sammen til én fælles akutafdeling. En del af det sociale kit på en afdeling går tabt ved en fusion.

TEKST: ANNETTE HAGERUP • FOTO: SØREN HOLM



Den fælles akutafdeling på Horsens Sygehus havde en turbulent start i 2009, og der er stadig et stykke vej, før alle er tilfredse. På billedet ses Kirsten Aaby, sygeplejerske og tillidsmand på Akutafdelingen (t.v.) og Dorthe Vinther Falck, sygeplejerske samme sted.



”Det er godt, vi har haft hinanden.”

”Vi har fået meget skældud. Især i starten.”

De to afdelingssygeplejersker på Akutafdelingen på Horsens Sygehus, Helle Rothausen og Susanne Buch Vinther, husker tilbage på en turbulent periode ved afdelingens spæde start tilbage i

2009. De ryster let på hovederne ved tanken og ved også, at der stadig er et stykke vej, før alle vil være tilfredse.

Det skal ikke være nogen hemmelighed, at der var stor utilfredshed blandt sygeplejerskerne ved tanken om, at de to afdelinger – skadestuen og den medicinske modtagelse – skulle slås sammen til én fælles akutafdeling. Afdelingerne lå dør om dør, men medarbejderne passede

hver sit og havde kun sporadisk kontakt.

”I hele 2009 brugte vi meget tid på at snakke og afholde fælles personalemøder og fælles temadage, men vi havde stadig vores personale hver for sig,” fortæller Susanne Buch Vinther.

Fra 2010 var fusionen også en realitet i praksis. Samme år rejste fem sygeplejersker som en direkte følge af fusionen. Den nye måde at arbejde på ville de bare ikke

en svær start

være med til. De tre er siden vendt tilbage til afdelingen.

Blev ikke spurgt om fusion

“Det gik op for personalet, at fusionen betød, at de nu skulle arbejde i teams – modtageteams og observationsteams. Nogle var sure og gale, andre kede af det. De kunne ikke forlige sig med tanken om sygeplejeopgaver ud over deres vante speciale. De var især utilfredse med, at man ikke havde mulighed for at vælge enten det ene eller det andet speciale, men derimod skulle dække funktioner i hele Akutafdelingen. Ingen havde ej heller spurgt sygeplejerskerne, om de ville fusionere.

Hertil kunne vi kun sige, at det var en politisk beslutning – som dog giver god mening i forhold til patienternes forløb,” fortæller Helle Rothausen.

Hun husker frustrationen hos medarbejdere, der ikke følte, at de havde de fornødne kompetencer til nye opgaver. Hvilket de i øvrigt heller ikke havde i starten. Helle Rothausen siger:

”Da vi startede, var akutuddannelsen i Aarhus også helt ny. Vi havde i alt syv sygeplejersker med på første hold i oktober 2009. Vi har allesammen, også blandt afdelingssygeplejerskerne og den øvrige ledelse, langt hen ad vejen skullet lære at lave akutafdeling uden rigtig at have nogen anden akutafdeling, som vi kunne sammenligne os med. Desuden har der ikke helt været tid til at stoppe op og planlægge fra bunden. Patienterne har været der hele tiden. Vi har ikke kunnet lukke ned for aktiviteten, fordi vi skulle planlægge den nye afdeling.”

Akutafdelingen i Horsens består i dag af skadestuen, et modtageafsnit til akutte kirurgiske og medicinske patienter samt

et observationsafsnit til færdigbehandling af patienter, der er indlagt i kortere tid. Maks. 48 timer.

Fælles ledelse vigtigt signal

Helle Rothausen var tidligere afdelingssygeplejerske i skadestuen og hørte til ortopædkirurgisk afdeling, mens Susanne Buch Vinther var afdelingssygeplejerske i det generelle visitationsafsnit, som var en del af medicinsk afdeling.

I dag deler de to et lille kontor, hvor der lige kan klemmes to skriveborde ind. De to har ikke bare fælles kontor, men også fælles sideordnet ledelse.

”At etablere fælles ledelse var et vigtigt signal til medarbejderne om, at vi mente det alvorligt, når vi sagde, at der skulle samarbejdes på tværs,” fortæller Susanne Buch Vinther.

Det er hende, der har de administrative funktioner såsom vagt- og ferieplanlæg-

” Havde vi ikke haft hinanden at græde ud hos en gang imellem, havde vi ikke stået den her fusionsproces igennem.

Afdelingssygeplejerske Susanne Buch Vinther

ning. Helle Rothausen er mere klinisk og har de ledelsesopgaver, der ligger ad hoc i klinikken.

Ifølge Helle Rothausen har det været en gave at få en afdelingssygeplejerskekollega.

”Havde vi ikke haft hinanden at græde ud hos en gang imellem, havde vi ikke stået den her fusionsproces igennem,” siger Susanne Buch Vinther og tilføjer,

at det kan være en ensom post at være leder.

”I dag skeler medarbejderne ikke til vores afdelingsmæssige baggrund. De bruger os på kryds og tværs og henvender sig til den af os, de træffer på kontoret. Det er lykkedes os at fusionere ledelsen succesfuldt, og vi synes, vi er godt på vej med personalefusionen, men må erkende at det er svært at gå fra en personalegruppe på 25-30 stykker, til de 75, vi er i dag,” fortæller Susanne Buch Vinther.

En del af det sociale kit, der er i en afdeling, går tabt ved en fusion. Medarbejderne savner de sociale relationer, fortsætter hun.

”På de gamle afdelinger kendte alle hinanden. Man havde styr på børnefødselsdage, konfirmationer etc. I dag kan man risikere at møde op på en vagt og skulle arbejde sammen med nogen, man ikke kender særlig godt. Vores seneste trivselsun-

dersøgelse viser heldigvis, at rigtig mange siger ja til, at de har et utroligt spændende job. Men de kunne godt tænke sig, at vi var mere synlige som ledere.”

Oplæringen af sygeplejersker på Akutafdelingen på Horsens Sygehus var langsom og tilfældig. Og samtidig skal sygeplejerskerne spænde over for meget, mener sygeplejerske og tillidsmand på Akutafdelingen Kirsten Aaby (t.v.). Sygeplejerske samme sted, Dorthe Vinther Falck, står ved skærmen.



Langsommelig oplæring

På Akutafdelingen på Horsens Sygehus har det været en sendrægtig proces at kompetenceudvikle personalet - især de erfarne sygeplejersker - samtidig med at sygehuset undervejs har fået et større optageområde.

TEKST: ANNETTE HAGERUP • FOTO: SØREN HOLM



Der er travlt på Horsens' akutafdeling. I snit indlægges 33 patienter pr. dag via akutafdelingen.

Dertil kommer de patienter, der behandles på skadestuen. En ny tilbygning med otte senge blev indviet i september 2012. Det har taget toppen af presset og har været godt for trivslen og arbejdsmiljøet.

“Vi er en afdeling, hvor der aldrig er ro. Der sker hele tiden nye sygeplejefaglige tiltag. F.eks. er vi en del af Patientsikkert Sygehus og skal screene de akutte patienter på en række parametre. Alt skal dokumenteres i EPJ,” fortæller Helle Rothausen.

“Nogle vil mene, at det efterhånden er for meget. I ledelsen tror vi på, at vi løbende må ændre på organisationen og på arbejdsgange, men vi tror samtidig også, at vi altid vil være en afdeling, hvor nye

opgaver og projekter dukker op til gavn for patienterne.”

Helle Rothausen indrømmer, at især oplæringen af de erfarne sygeplejersker har været nødlidende.

“Det har været en langsommelig proces samtidig med driften, men vi forsøger at kompetenceudvikle de erfarne sygeplejersker i det tempo, det nu engang lader sig gøre. Alle nyansatte bliver i dag lært op i basiskompetencerne,” siger hun.

Som noget nyt er det beskrevet, hvilke basiskompetencer alle sygeplejersker i afdelingen skal have, og de kompetencer bliver alle nyansatte stille og roligt uddannet i. Alle skal f.eks. kunne modtage en patient, klare et hjertestop, kunne lægge et støttebind på en patient med forstuvet fodled, udskrive en patient til hjemmeplejen m.m. Alle sygeplejersker i afdelingen skal desuden tage regionens basisakutuddannelse.

Derudover forsøger afdelingen at holde en målsætning om, at sygeplejerskerne skal kunne specialisere sig i to af fire følgende områder: Visitation, behandling, modtagelse/triage samt observation. For at kunne vedligeholde sine kompetencer skal den enkelte sygeplejerske helst arbejde en tredjedel med hver af sine to specialfunktioner og bruge den sidste tredjedel af sin arbejdstid på basisopgaver, som kan være i hele afdelingen.

Helle Rothausen siger:

”Det her er én lang proces. Vi afdelings-sygeplejersker elsker akutarbejdet, og vi elsker idéen om det tværfaglige samarbejde på kryds og tværs. Som medarbejder bliver man også nødt til at dedikere sig til det her koncept – med den travlhed, det indimellem indebærer. Travlhed og logistiske udfordringer vil ofte være et vilkår i en akutafdeling.”

Learning by doing

Kirsten Aaby er inkarneret skadestuesygeplejerske og tillidsrepræsentant. Hun har været med fra starten, da akutafdelingen i Horsens blev en realitet. Det hele begyndte med en mangelfuld introduktion.

TEKST: ANNETTE HAGERUP



“Det var meget “dem” og “os” i begyndelsen,” fortæller Kirsten Aaby, der har arbejdet i skadestuen på Horsens Sygehus fra 2003 og frem til fusionen.

“På skadestuen var vi ikke vant til at arbejde sammen med den medicinske modtagelse, og man så nok på hinanden med en vis mistro.”

Som tillidsrepræsentant for akutafdelingens sygeplejersker ved hun også, hvor svær overgangen har været for hendes kolleger.

“Vi fik ikke en ordentlig introduktion til vores nye funktioner, og så er det klart, at man føler sig på usikker grund. Der er en meget stor forskel på den tilgang, du skal have til en akut traumepatient og en højfebril KOL-patient, som skal observeres på mistanke om lungebetændelse,” siger Kirsten Aaby.

Nye opgaver, gamle kompetencer

”Der har i høj grad været tale om “learning by doing”. Man måtte spørge sig lidt for hos kollegerne, og det har været en vanskelig proces at skulle skifte mellem de mange patientkategorier, der kommer ind i løbet af en vagt. I og med vi har så mange forskellige typer af opgaver, kan der gå rigtig lang tid imellem, vi ser den samme slags

patienter. Derfor mangler vi rutine i vores hverdag på afdelingen,” fortæller Kirsten Aaby. Hun peger på, at der er stor forskel på sygeplejerskernes kompetencer.

“De, der har været vant til at modtage og observere de medicinske patienter, er vant til at planlægge den videre behandling. Jeg har ikke selv erfaring med alle de medicinske sygdomme og må ofte læne mig op ad en kollega eller tilkalde en læge.”

”Som jeg ser det, bunder mange af problemerne på akutafdelingen i, at den enkelte sygeplejerske skal spænde over for meget. De er dybt frustrerede over, at de bliver kastet ud i nye opgaver uden at have de fornødne kompetencer. Det er lidt tilfældigt, hvad man lærer og ikke lærer. Og jeg ville ønske, ledelsen var lidt mere lydhør overfor vores frustrationer.”

Umulig prioritering

En anden ting er tidspresset.

“Vi ved aldrig, hvor mange patienter der kommer ind, eller hvad de fejler. Vi er sårbare i perioder, hvor vi er færre på vagten end planlagt.

Der kan vi godt føle os lidt i stikken. For hvad kan vi springe over, hvis vi er nødt til at prioritere vores tid? F.eks. skal vi ifølge vores triagemanual måle vitalparametre med bestemte intervaller alt afhængigt af,

hvor dårlig patienten er. Det er også en fin målsætning, men hvad gør vi, når vi ligger vandret i luften og ikke når alle målinger? Jeg skal måske måle blodtryk hvert kvarter. Men hvad gør jeg, hvis jeg pludselig står med en endnu dårligere patient?

Det er jo alles største skræk, at der sker noget med en patient, fordi man ikke nåede ind på stuen i tide.

Mangler retningslinjer for prioritering

Vi mangler klare retningslinjer for, hvordan vi skal prioritere i den slags situationer. Vi føler ofte, vi står alene med ansvaret for patienten, og det er en enorm belastning oveni et stort arbejdspress. Jeg har til stadighed kolleger, der går grædende hjem fra vagten af samme årsag,” fortæller Kirsten Aaby.

“Ledelsen burde først og fremmest have været mere fremsynet med hensyn til vores oplæring,” siger Kirsten Aaby.

“Det er for sent nu, men man skulle fra starten have tænkt mere på, at det var to meget forskellige kulturer, man slog sammen. Det tager tid, før man får opbygget et tillidsforhold mellem medarbejderne og skabt et godt arbejdsmiljø. Det positive er, at der er kommet en vis fællesskabsfølelse. Alle føler et ansvar for afdelingen og for, at alle opgaver bliver løst.”

” Vi føler ofte, vi står alene med ansvaret for patienten, og det er en enorm belastning oveni et stort arbejdspress. Jeg har til stadighed kolleger, der går grædende hjem fra vagten af samme årsag.

Kirsten Aaby, tillidsrepræsentant for akutafdelingens sygeplejersker

JANUMET® (SITAGLIPTIN OG METFORMIN, MSD) (▼) INDIKATIONER: Til voksne patienter med type 2-diabetes mellitus. JANUMET er indiceret som supplement til diæt og motion til forbedring af den glykæmiske kontrol hos patienter, der ikke er tilstrækkeligt kontrolleret på den max. tolererede dosis metformin alene eller hos de patienter, som allerede er i behandling med kombinationen af sitagliptin og metformin. JANUMET er indiceret som supplement til diæt og motion i kombination med et sulfonylurinstof (dvs. tripel kombinationsbehandling) hos patienter, der ikke er tilstrækkeligt kontrolleret på den max. tolererede dosis metformin og sulfonylurinstof. JANUMET er indiceret som tripel kombinationsbehandling sammen med en PPAR γ -agonist (dvs. et glitazon) som supplement til diæt og motion hos patienter, der ikke er tilstrækkeligt kontrolleret på den max. tolererede dosis metformin og PPAR γ -agonist. JANUMET er også indiceret som tillægsbehandling til insulin (dvs. tripel kombinationsbehandling) som supplement til diæt og motion til forbedring af den glykæmiske kontrol hos patienter, når stabil dosering af insulin og metformin alene ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol. (▼) **LÆGEMIDDELFORM OG DOSERING:** Filmovertrukne tabletter. Doseringen er individuel. *Til patienter, der ikke er tilstrækkeligt kontrolleret på max. tolereret dosis af metformin-monoterapi,* bør den normale startdosis for JANUMET doseres som 50 mg sitagliptin to gange dagligt plus den dosis metformin, som allerede tages. *Til patienter, der skifter fra samtidig administration af sitagliptin og metformin,* bør JANUMET initieres med den dosis af sitagliptin og metformin, som allerede tages. *Til patienter, der ikke er tilstrækkeligt kontrolleret på dual kombinationsbehandling med den max. tolererede dosis af metformin og et sulfonylurinstof,* bør JANUMET doseres som sitagliptin 50 mg to gange dagligt, og metformin bør gives i en dosis svarende til den, som allerede tages. Når JANUMET anvendes sammen med sulfonylurinstoffer er der risiko for hypoglykæmi. *Til patienter, der ikke er tilstrækkeligt kontrolleret på dual kombinationsbehandling med den max. tolererede dosis af metformin og en PPAR γ -agonist,* bør JANUMET doseres som sitagliptin 50 mg to gange dagligt, og metformin bør gives i en dosis svarende til den, som allerede tages. *Til patienter, der ikke er tilstrækkeligt kontrolleret på dual kombinationsbehandling med insulin og den max. tolererede dosis af metformin,* bør JANUMET doseres som sitagliptin 50 mg to gange dagligt, og metformin bør gives i en dosis svarende til den, som allerede tages. Når JANUMET anvendes sammen med insulin er der risiko for hypoglykæmi. Bør tages sammen med et måltid. (▼) **KONTRAINDIKATIONER:** Overfølsomhed over for de aktive stoffer eller over for et eller flere af hjælpestofferne; diabetisk ketoacidose; diabetisk prækoma; moderat eller svær nyreinsufficiens (kreatininclearance <60 ml/min); akutte tilstande med risiko for ændring af den renale funktion; akut eller kronisk sygdom, som kan medføre vævshyoksi; leverinsufficiens; leverinsufficiens; alkoholisme. (▼) **INTERAKTION:** I.v. administration af jodholdige kontraststoffer kan føre til nyresvigt. JANUMET bør seponeres før testen og tidligst genoptages 48 timer efter, og kun efter at nyrefunktionen er blevet revurderet og fundet normal. Patienter, med risiko for digoxinforgiftning, bør monitoreres. (▼) **GRAVIDITET OG AMNING:** Bør ikke anvendes. (▼) **BIVIRKNINGER:** Sitagliptin og metformin kombinationsbehandling: *Almindelig ($\geq 1/100$, <1/10):* Hypoglykæmi, kvalme, flatulens, opkastning. *Ikke almindelig ($\geq 1/1.000$, <1/100):* Døsighed, diarré, obstipation, øvre abdominalsmerter, fald i blodglucose. Kombinationsbehandling med metformin og et sulfonylurinstof: *Meget almindelig ($\geq 1/10$):* Hypoglykæmi. *Almindelig ($\geq 1/100$, <1/10):* Obstipation. Kombinationsbehandling med metformin og en PPAR γ -agonist (pioglitazon): *Almindelig ($\geq 1/100$, <1/10):* Hypoglykæmi, perifere ødemer. Kombinationsbehandling med metformin og insulin: *Meget almindelig ($\geq 1/10$):* Hypoglykæmi. *Ikke almindelig ($\geq 1/1.000$, <1/100):* Hovedpine, tør mund. Sitagliptin: Hovedpine, hypoglykæmi, infektion i øvre luftveje, nasopharyngitis, osteoarthritis, ekstremitetssmerter, obstipation, svimmelhed. Metformin: *Meget almindelig ($\geq 1/10$):* Symptomer fra mave-tarmkanalen. *Almindelig ($\geq 1/100$, <1/10):* Metallisk smag i munden. *Meget sjældent (<1/10.000):* Urticaria, erythema, pruritus, laktacidose, B $_2$ -vitaminmangel, leverinsufficiens, hepatitis. *Efter markedsføring:* *Hyppighed ukendt:* Overfølsomhedsreaktioner, inklusive anafylaksi, interstitiel lungesygdom, opkastning, akut pankreatitis, letal og ikke-letal hæmorrhagisk og nekrotiserende pankreatitis, angioødem, udslæt, urticaria, kutan vaskulitis, eksfoliative hudreaktioner, herunder Stevens-Johnsons syndrom, artralgi, myalgi, rygmerter, nedsat nyrefunktion, akut nyresvigt.

PAKNINGER OG PRISER: (AUP, marts 2013, inkl. recepturgebyr). Vnr. 143609, 50 mg/850 mg, 56 stk. kr. 429,80; Vnr. 028110, 50 mg/850 mg, 196 stk. kr. 1.452,35; Vnr. 143631, 50 mg/1.000 mg, 56 stk. kr. 421,95; Vnr. 028121, 50 mg/1.000 mg, 196 stk. kr. 1.407,95. Der henvises til dagsaktuelle priser på www.medicinpriser.dk. **UDLEVERING:** B. **TILSKUD:** Generelt tilskud. **INDEHAVER AF MARKEDSFØRINGSTILLADELSEN:** Merck Sharp & Dohme. Repræsentant: MSD Danmark ApS, dmail@merck.com. **Baseret på produktresumé dateret:** 18.12.2012.

JANUVIA® (SITAGLIPTIN, MSD) (▼) INDIKATIONER: Til voksne patienter med type 2-diabetes mellitus. JANUVIA er indiceret til at forbedre den glykæmiske kontrol: Som **monoterapi** hos patienter, der ikke er tilstrækkeligt kontrolleret ved diæt og motion alene, og når metformin ikke er hensigtsmæssig pga. kontraindikationer eller intolerance. Som **dual oral behandling** sammen med metformin i de tilfælde, hvor diæt og motion plus metformin alene ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol; sammen med et sulfonylurinstof, når diæt og motion plus maksimal tolereret dosis af et sulfonylurinstof alene ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol, og når metformin ikke er hensigtsmæssig pga. kontraindikationer eller intolerance; sammen med en PPAR γ -agonist (dvs. et glitazon), når anvendelse af en PPAR γ -agonist er hensigtsmæssig, og når diæt og motion plus PPAR γ -agonisten alene ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol. Som **tripel oral behandling** sammen med et sulfonylurinstof og metformin, når diæt og motion plus dual behandling med disse lægemidler ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol; sammen med en PPAR γ -agonist og metformin, når anvendelse af en PPAR γ -agonist ikke er hensigtsmæssig, og når diæt og motion plus dual behandling med disse lægemidler ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol. JANUVIA er også indiceret som tillægsbehandling til insulin (med eller uden metformin), når diæt og motion plus stabil dosering af insulin ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol. (▼) **LÆGEMIDDELFORM OG DOSERING:** Filmovertrukne tabletter 25 mg, 50 mg og 100 mg. Dosis er 100 mg én gang dagligt. Når JANUVIA anvendes sammen med metformin og/eller en PPAR γ -agonist, bør dosis af metformin og/eller PPAR γ -agonisten opretholdes. Når JANUVIA anvendes i kombination med et sulfonylurinstof eller sammen med insulin, kan en lavere dosis af sulfonylurinstof eller insulin overvejes for at reducere risikoen for hypoglykæmi. Til patienter med moderat nyreinsufficiens (CrCl ≥ 30 til <50 ml/min) er dosis 50 mg JANUVIA én gang dagligt. Til patienter med svær nyreinsufficiens (CrCl <30 ml/min) eller med nyresygdom i slutstadiet (ESRD), som har behov for hæmodialyse eller peritonealdialyse, er dosis 25 mg JANUVIA én gang dagligt. JANUVIA kan administreres uden at tage hensyn til tidspunktet for dialyse. Nyrefunktionen bør vurderes før initiering af JANUVIA og med mellemrum derefter. Kan tages med eller uden mad. **KONTRAINDIKATIONER:** Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. (▼) **INTERAKTION:** Patienter med risiko for digoxinforgiftning bør monitoreres. (▼) **GRAVIDITET OG AMNING:** Bør ikke anvendes. (▼) **BIVIRKNINGER OG RISICI:** Kombinationsbehandling med metformin alene: *Almindelig ($\geq 1/100$, <1/10):* Hypoglykæmi, kvalme, flatulens, opkastning. *Ikke almindelig ($\geq 1/1.000$, <1/100):* Døsighed, diarré, obstipation, øvre abdominalsmerter, fald i blodglucose. Kombinationsbehandling med et sulfonylurinstof: *Almindelig ($\geq 1/100$, <1/10):* Hypoglykæmi. Kombinationsbehandling med metformin og et sulfonylurinstof: *Meget almindelig ($\geq 1/10$):* Hypoglykæmi. *Almindelig ($\geq 1/100$, <1/10):* Obstipation. Kombinationsbehandling med en PPAR γ -agonist (pioglitazon): *Almindelig ($\geq 1/100$, <1/10):* Hypoglykæmi, flatulens, perifere ødemer, fald i blodglucose. Kombinationsbehandling med metformin og en PPAR γ -agonist (pioglitazon): *Almindelig ($\geq 1/100$, <1/10):* Hypoglykæmi, perifere ødemer. Kombinationsbehandling med insulin og metformin: *Almindelig ($\geq 1/100$, <1/10):* Hovedpine, hypoglykæmi, influenza. *Ikke almindelig ($\geq 1/1.000$, <1/100):* Tør mund, obstipation. JANUVIA monoterapi: *Almindelig ($\geq 1/100$, <1/10):* Øvre luftvejsinfektion, nasofaryngitis, hypoglykæmi, hovedpine, osteoarthritis, ekstremitetssmerter. *Ikke almindelig ($\geq 1/1.000$, <1/100):* Svimmelhed, obstipation. *Efter markedsføring:* *Hyppighed ukendt:* Overfølsomhedsreaktioner inklusive anafylaksi, interstitiel lungesygdom, opkastning, akut pankreatitis, letal og ikke-letal hæmorrhagisk og nekrotiserende pankreatitis, angioødem, udslæt, urticaria, kutan vaskulitis og eksfoliative hudreaktioner, herunder Stevens-Johnsons syndrom, ekstremitetssmerter, artralgi, myalgi, rygmerter, nedsat nyrefunktion, akut nyresvigt.

PAKNINGER OG PRISER: (AUP, marts 2013, inkl. recepturgebyr). Vnr. 076043, 25 mg, 98 stk. kr. 1.407,95; Vnr. 076052, 50 mg, 98 stk. kr. 1.407,95; Vnr. 076024, 100 mg, 28 stk. kr. 421,95; Vnr. 076033, 100 mg, 98 stk. kr. 1.407,95. Der henvises til dagsaktuelle priser på www.medicinpriser.dk. **UDLEVERING:** B. **TILSKUD:** Generelt tilskud. **INDEHAVER AF MARKEDSFØRINGSTILLADELSEN:** Merck Sharp & Dohme. Repræsentant MSD Danmark ApS, Lautrupbjerg 4, 2750 Ballerup (dmail@merck.com, tlf. 44 82 40 00). **Baseret på produktresumé dateret:** 17.12.2012.

REFERENCER: 1. EMA godkendte produktresumé for JANUMET (sitagliptin/metformin, MSD) 2. Nauck MA, Meininger G, Sheng D, et al; for Sitagliptin Study Group O24. Efficacy and safety of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor, sitagliptin, compared to the sulfonylurea, glipizide, in patients with type 2 diabetes inadequately controlled on metformin alone: a randomized, double-blind, non-inferiority trial. *Diabetes Obes Metab.* 2007;9:194-205.

Præparat	Lægemedel-gruppe	Pris pr. DDD	Indikation	Doser	Særlige informationer
glipizid	Sulfonylurinstof	Fra 1,69 kr.	Glipizid er indiceret til behandling af stabil type 2-diabetes mellitus.	Individuel dosering. Initial dosis er 5 mg glipizid daglig og titrering op til ønskede niveau. Den maksimalt anbefalede daglige dosis er 40 mg.	Glipizid har interaktion med en lang række af lægemidler. Almindelige bivirkninger: Hypoglykæmi, diarré, kvalme, abdominal smerter og gastralgi.
metformin	Biguanid	Fra 0,74 kr.	Metformin er indiceret til behandling af type 2-diabetes mellitus, især hos overvægtige patienter, når diætkontrol og motion ikke resulterer i tilstrækkelig glykæmisk kontrol. Kan anvendes som monoterapi eller i kombination med andre orale antidiabetiske midler eller insulin.	Den sædvanlige startdosis er 500-850 mg metformin 2-3 gange dagligt, herefter individuel titrering. Den maksimale anbefalede dosis er 3 g dagligt fordelt på 3 doser.	Metformin kan forårsage laktacidose. Almindelige bivirkninger: Kvalme, opkast, diarré, abdominalsmerter og appetitløshed.
sitagliptin	DPP-4-hæmmer	Fra 14,37 kr.	Sitagliptin er indiceret til behandling af type 2-diabetes mellitus: Som monoterapi hvor metformin ikke er velegnet pga. kontraindikationer eller intolerance. Som kombinationsbehandling sammen med metformin, sulfonylurinstof eller glitazon. Som tripel kombinationsbehandling sammen med metformin og sulfonylurinstof eller med metformin og glitazon. JANUVIA er også indiceret som tillægsbehandling til insulin (med eller uden metformin), når diæt og motion plus stabil dosering af insulin ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol.	Dosis er 100 mg sitagliptin én gang dagligt.	<i>Almindelig ($\geq 1/100$, <1/10):</i> Øvre luftvejsinfektion, nasofaryngitis, hypoglykæmi, hovedpine, osteoarthritis og ekstremitetssmerter.

Der henvises til dagsaktuelle priser på www.medicinpriser.dk.

Baseret på Lægemedelstyrelsens godkendte produktresumé for de nævnte produkter.

(▼) Afsnit onskrevne og/eller forkortede i forhold til EMAs godkendte produktresumé, som vederlagsfrit kan rekvireres fra MSD.

© MSD MSD, Lautrupbjerg 4, 2750 Ballerup

Januvia®
(sitagliptin, MSD)

Janumet®
(sitagliptin/metformin, MSD)

JANUMET er det logiske valg, når du allerede har valgt JANUVIA® (SITAGLIPTIN)

JANUMET®

(SITAGLIPTIN/METFORMIN)

har i kliniske studier vist
markant HbA_{1c}-reduktion¹



JANUMET

har i kliniske studier vist vægttab og færre tilfælde af hypoglykæmi (med sitagliptin/metformin) vs glipizid, SU + metformin²

Se venligst EMA godkendte produktresumé inden receptudskrivelse.

MSD, Lautrupbjerg 4, 2750 Ballerup





Fra morgenstunden ankom de delegerede fra hele landet.



Efter formand Grete Christensens tale diskuterede de delegerede OK13-aftalerne.

“Hold fast i den

Dansk Sygeplejeråds kongres skulle den 8. marts tage stilling til de smalle OK13-aftaler, som blev indgået efter hårde forhandlinger med arbejdsgiverne.

Med et stort flertal stemte kongressen ja til overenskomstresultatet. Afstemningen blandt medlemmerne blev dog sat på hold, indtil der er reelle forhandlinger på underviserområdet. Det gør vi, fordi vi værner om den danske aftalemodel, lød det fra Dansk Sygeplejeråds kongres.

Læs mere om OK13 og aftalerne på de følgende sider.

Reportagen fra den ekstraordinære kongres om OK13 er skrevet af Sigurd Nissen-Petersen, Søren Bernstorff Olufsen, Kristian Fristed Eskildsen og Andreas Rasmussen.

Foto: Simon Klein-Knudsen

Under debatten om OK13 var enkelte på talerstolen og udtrykte skuffelse over resultatet, andre gik op og mente, at det var det bedst opnåelige resultat i en svær situation. Til slut stemte et stort flertal ja.





Der var også plads til de mindste på kongressen. Kredsformand Vibeke Westh, Kreds Hovedstaden, diskuterede overenskomstaftalen med de andre delegerede fra kredsene.

danske model"



Magert resultat, men vi anbefaler et ja

Sygeplejersken spurgte på den ekstraordinære kongres den 8. marts de fem kredsformænd i Dansk Sygeplejeråd, hvad de synes om overenskomstresultatet, og hvad de vil anbefale medlemmerne at stemme.



Else Kayser
Kredsformand
Kreds Midtjylland

"Jeg havde dårligt troet, jeg skulle komme i en situation, hvor jeg skulle sige ja til så smalt et overenskomstresultat. Men det glæder mig meget, at vi får de akademiske sygeplejersker overenskomstdækket. Vi er et teori-praksis-fag. Vi kan ikke adskille sygeplejersker i praksis fra de akademiske sygeplejersker."



Jytte Vester
Kredsformand
Kreds Nordjylland

"Det er et meget magert resultat. Men jeg tror også, det har været det muliges kunst. Jeg har aldrig før været med til at tage stilling til et resultat, hvor vi ikke engang kan bevare købekraften. Men jeg anbefaler et ja, fordi vi som Sundhedskartel ikke kan opnå noget mere ved at gå tilbage til forhandlingsbordet."



Vibeke Westh
Kredsformand
Kreds Hovedstaden

"Resultatet er jo ikke godt for vores ligeløns-sikring, lønudvikling og købekraft som sygeplejersker. For mig er resultatet ikke banebrydende. Vi må lægge en ny strategi for, hvordan vi sikrer løn og arbejdsvilkår i den kommende periode. Vores løn er ikke i orden. Nu skal vi blot have et længere sigte."



John Christensen
Kredsformand
Kreds Syddanmark

"Det er et af de mest magre resultater, vi har set i nyere tid. Jeg synes, at arbejdsgiverne misbruger den aktuelle situation i landet til at udfordre bl.a. sygeplejersker på arbejdstidsområdet. Men den økonomiske ramme er den bedst opnåelige nu. Derfor anbefaler jeg at stemme ja."



Helle Dirksen
Kredsformand
Kreds Sjælland

"Det er et magert resultat. Måske forventeligt. Det er bekymrende at se, hvordan arbejdsgiverne bliver ved med at bruge den samme retorik og stille de samme krav - især på arbejdstidsområdet. Men jeg kan ikke se andre muligheder end at sige ja."

Arbejdsmarkedsforsker

Arbejdsgiverne vil afskaffe den danske model

Lockouten af underviserne og arbejdsgivernes angreb på arbejdstiden er et angreb på den danske model, mener arbejdsmarkedsforsker. Kun et ændret medie billede kan forhindre, at underviserne lider nederlag.

Når Sundhedskartellet og KTO udskyder beslutningen om at skrive under på overenskomstaftalerne, så er det ikke kun på grund af sympati for underviserens ønske om realitetsforhandlinger. Det er også et udtryk for, at fagbevægelsen fryg-

ter en afvikling af den danske model. Det mener arbejdsmarkedsforsker Henning Jørgensen, Aalborg Universitet.

"Spørgsmålet er sådan set ret banalt: Skal vi fortsat have den danske model? Alternativet er, at det bliver erstattet med en amerikansk model, hvor man i nogle stater har frataget lærerne pensionsrettigheder og kollektive aftaler, og det alene er lederne, der bestemmer arbejdstiden," advarer Henning Jørgensen.

Han mener, at arbejdsgiverne har lagt kompromisvilligheden på is og aflivet

samarbejdsparadigmet ved at stille enten-eller-krav.

"Man kan jo ikke forhandle om ultimative krav," konstaterer han og fortsætter:

"Arbejdsgiverne vil af med aftalemødelen. Jeg tror, at der kommer en lockout og senere et regeringsindgreb. Det eneste, der kan ændre det, er, hvis medie billedet vender. Lige nu er det arbejdsgivernes fortælling om, at lærerne er dovne, som medierne abonnerer på, også selv om den ikke passer," siger arbejdsmarkedsforskeren.



Der var fuld enighed blandt kongressens delegerede om at stemme for at udsætte godkendelsen af overenskomsterne.

Fuld støtte til at udsætte OK-aftaler

På Dansk Sygeplejeråds ekstraordinære kongres var der fuld opbakning til at udsætte godkendelsen af overenskomstaf-talerne, indtil der er reelle forhandlinger på underviserområdet. Vi værner om den danske model, lyder det.

Dansk Sygeplejeråds delegerede på den ekstraordinære kongres gav deres fulde støtte til Sundhedskartellets beslutning om at udsætte godkendelsen af overenskomst-aftalerne, indtil der er påbegyndt reelle for-handlinger på underviserområdet.

Formanden for landets sygeplejersker slog fast, at det handler om at kæmpe for den anerkendte danske model, som lige nu er under massivt pres fra regeringen og arbejdsgivere.

"Der har ikke været skyggen af reelle for-handlinger på underviserområdet, og det er uacceptabelt. Den danske model, hvor arbejdsgivere og lønmodtager forhandler

overenskomst, har gennem tiden skabt utallige ansvarlige og konstruktive løsninger. Det skal vi udvikle og ikke afvikle. Alle har en interesse i, at man sammen kommer i mål," sagde Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd.

Der var ikke en eneste af de ca. 140 fremmødte delegerede, som var imod at udsætte godkendelsen af overenskomst-aftalerne. Og kongressen har efterfølgende lavet en officiel udtalelse, hvor der bl.a. står:

"I disse uger forsøger regeringen og de offentlige arbejdsgivere at undergrave den danske model. Det er et alvorligt faresignal, når arbejdsgiverne koordinerer lockout på alle områder. Medlemmer på undervisningsområdet er varslet til lockout, inden realitetsforhandlingerne for alvor kom i gang. Dansk Sygeplejeråds kongres finder den udvikling helt uacceptabel. Politikerne

forregner sig, hvis de forventer at kunne finansiere deres vækstpolitik gennem udhuling af de offentlige overenskomster. For et velfungerende arbejdsmarked er netop forudsætningen for vækst i fremtiden."

Og videre hedder det i udtalelsen:

"Det danske arbejdsmarked er naturligvis ikke perfekt, og vi må ikke lukke os om os selv. Men sammenlignet med en række andre lande har vores model mange styrker. Den danske model, hvor arbejdsgivere og lønmodtagere i gensidig tillid og respekt finder sammen om fælles løsninger, har været medvirkende til at opbygge et Europas mest rolige og stabile arbejdsmarkeder."

Aftalerne i korte træk

I det følgende ser du en oversigt over nogle af de punkter, som der er indgået aftale om, og som du skal tage stilling til ved den kommende urafstemning. På www.dsr.dk/ok13 kan du læse en mere grundig gennemgang.

Overenskomstperioden

Overenskomstaftalen er indgået for en to-årig periode. Det vil sige, at aftalen gælder fra 1. april 2013 til 31. marts 2015.

Lønstigninger - se skema herunder

Eksempel 1

For en sygeplejerske ansat på et offentligt sygehus på trin 6 og med 10 års erfaring eller mere stiger lønnen med ca. 519 kr. pr. md. i løbet af perioden. For en leder på L7 stiger lønnen med 597 kr. pr. md. i perioden.

Eksempel 2

For en sygeplejerske på trin 7 ansat i en kommune stiger lønnen med 516 kr. pr. md. i perioden. For en leder på L10 stiger lønnen med 637 kr. pr. md. i perioden.

Generelt for alle gælder, at øvrige løntil-læg reguleres tilsvarende. Pension og særlig feriegodtgørelse stiger som følge af lønstigninger. Reguleringsordningen, der

sikrer, at lønningerne i den private og hhv. den kommunale og regionale sektor følges ad, bliver bevaret.

Pensionsforbedringer

Pensionen bliver forhøjet for alle den 1. januar 2014 med 0,23-0,26 pct. Indbetalingen til ATP-pensionen forhøjes den 1. januar 2014 fra 2.074 kr. til 2.462 kr. pr. år.

Arbejdsliv

Parterne ser på en mulig forenkling af arbejdstidsreglerne, der fremmer hensigtsmæssig arbejdstilrettelæggelse og fokuserer på medarbejderinddragelse og et godt arbejdsmiljø.

Medindflydelse

- På det regionale område kan hver institution som udgangspunkt vælge én leder-TR pr. overenskomstgruppe. Hvor der ikke kan vælges leder-TR, kan der vælges talspersoner.
- På det kommunale område gælder de samme regler for valg af tillidsrepræsentant, uanset om man er leder eller medarbejder.
- Den fælles MED-uddannelse forkortes

fra 1. januar 2015 til 14,8 timer, men det bliver obligatorisk, at ledere og medarbejdere skal gennemføre uddannelsen inden for det første år.

Faglig udvikling

Kandidatuddannede er nu skrevet ind i Sundhedskartellets overenskomster. I regionerne bliver kandidater indplaceret i Sundhedskartellets lønskala eller efter bestemmelserne om atypiske stillinger i forhold til erfaring og funktioner mv. I kommunerne dækker overenskomsten udvalgte kandidatuddannelser, og disse bliver indplaceret på et lønforløb, der svarer til andre akademikere i kommunerne.

Stillings- og lønstruktur i regionerne

På det regionale område skal lønmodellen have et eftersyn for basis- og lederstillinger og på tværs af basis- og lederstillinger. Eftersynet skal omfatte, dels hvilke kriterier der bliver brugt for indplacering på lønskalaerne, dels hvilke muligheder der er for indplacering af nye grupper.

Udvikling og forskning

Udviklings- og forskningspuljen videreføres i regionerne, og tilsvarende gælder projektet om udvikling af kliniske retningslinjer i kommunerne.

Ligestilling

Vi er enige med arbejdsgiverne om, at vi i fællesskab foretager en ligestillingsvurdering af aftalen om kompetenceudvikling, MED-aftalen og aftalen om trivsel og sundhed på arbejdspladsen. Vi vil undersøge, om aftalerne har forskellig betydning for mænd og kvinder.

Lønnen stiger med knap 2 pct. for alle

Lønstigninger	Regioner	Kommuner
1. april 2013	0,50 pct.	0,50 pct.
1. oktober 2013*	0,21 pct.	0,20 pct.
1. januar 2014	0,50 pct.	0,50 pct.
1. oktober 2014*	0,71 pct.	0,71 pct.
Lønstigninger i alt	1,92 pct.	1,91 pct.

* Lønstigningerne er inklusive skøn fra reguleringsordningen.

Det måtte arbejdsgiverne opgive ved OK13

Både regioner og kommuner kom til forhandlingerne om OK13 med langt skrapere krav end ved tidligere forhandlinger. Derfor handlede en stor del af arbejdet ved forhandlingsbordene om OK13 om at få arbejdsgiverne til at opgive de krav, som åbenlyst ville medføre forringelser for

medlemmerne. Det fik vi arbejdsgiverne til at opgive:

- Krav om dårligere arbejdstidsvilkår for at skabe mere fleksibilitet
- Krav om dårligere vilkår for MED-udvalg og tillidsrepræsentanter
- Krav om afskaffelse af TR-suppleanter

- Tvungen afholdelse af den 6. ferieuge
- Krav om udskydelse af aldersgrænsen for seniordage/seniorbonus
- Afskaffelse af retten til en årlig lokal lønforhandling på det regionale område
- Afskaffelse af Leder-TR
- Afskaffelse af reguleringsordningen

DSR's kongres siger ja til OK13-forlig

Et stort flertal af de delegerede på Dansk Sygeplejeråds ekstraordinære kongres den 8. marts i København stemte ja til det samlede resultat ved OK13.

Meldingen var klar fra de fremmødte delegerede på Dansk Sygeplejeråds ekstraordinære kongres om OK13 den 8. marts i København: Et stort ja til det samlede resultat med regionerne og kommunerne.

“Vores overenskomstresultat er ikke nogen stor aftale. Men vi vidste fra starten, at det ville blive svært. Vi får lønforbedringer på under 2 pct. i perioden, og det sikrer ikke reallønnen,” sagde Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen fra talerstolen på kongressen.

Om indholdet af forligene fremhævede Grete Christensen bl.a., at begge overenskomster fremover dækker sygeplejersker, der har taget en akademisk uddannelse.

At kandidater er skrevet ind, giver rammen for, at Dansk Sygeplejeråd fremover kan arbejde for at dække såvel master som kandidat og ph.d.er. Desuden fik man afværget alle angreb på arbejdstidsaftalerne, samtidig med at Sundhedskartellet frafaldt sine arbejdstidskrav. I stedet er der aftalt et

projekt, som skal se på bedre arbejdstidsregler og sætte fokus på medarbejderinddragelse og et godt arbejdsmiljø.

Grete Christensen pegede også på, at lønmodellen for basis- og lederstillinger i regionerne får et serviceeftersyn, arbejdet fortsætter med forsknings- og udviklingspuljen i regionerne og kliniske retningslinjer i kommunerne, og sammen med arbejdsgiverne foretager Sundhedskartellet et ligestillingstjek af en række generelle aftaler.

“Der er med andre ord fornuftige elementer i vores OK13-aftaler. Men jeg vil ikke lægge skjul på, at der er tale om smalle aftaler. Og jeg kender vores medlemmer alt for godt til at forsøge at oversælge et overenskomstresultat,” sagde hun og fortsatte:

“En aftale skal ikke alene måles på det, der står i den. Den skal også måles på alt det, der ikke kom med. Og jeg vil langt hellere indgå en smal aftale end at acceptere arbejdsgiverkrav, som har en principiel betydning for os, og som jeg ikke mener kan betales med penge.”

Hvornår afstemningen om de to forlig skal gå i gang, var ved redaktionens slutning ikke afklaret.



“Vi er oppe imod historisk skrappe krav,” vurderede Grete Christensen forløbet omkring tilblivelsen af OK13-resultatet.

Lockoutvarsel på sosu-skolerne

Sygeplejersker, som underviser på sosu-skolerne, har modtaget lockoutvarsel pr. 1. april af arbejdsgiveren Moderniseringsstyrelsen, hvis ikke der findes en løsning inden. Forligsinstitutionen kan to gange udsætte en konflikt i 14 dage. Ca. 350 sygeplejersker er berørt af lockouten.

Status på KTO-udsættelsen

Sundhedskartellet har valgt at udsætte underskrivelsen af de netop forhandlede overenskomster. Det sker for at forsvare den danske model, der er under stærkt pres på undervisernes område. Sundhedskartellet vil underskrive, når der er reelle forhandlinger igen.

Kvindernes kampdag blev markeret

Igen i år markerede Dansk Sygeplejeråd Kvindernes Internationale Kampdag den 8. marts. Masser af medlemmer debatterede ligestilling på Facebook.

Den 8. marts er en mærkedag for Dansk Sygeplejeråd i kampen for mere ligestilling og ligeløn. Kvindernes Internationale Kampdag blev igen i år markeret med en række aktiviteter, herunder en debat på Dansk Sygeplejeråds Facebook-side om spørgsmålet om ligestilling.

For har vi egentlig ligestilling mellem kønnene i dag, og hvor store barrierer sætter vores valg i livet for at skabe mere ligestilling og ligeløn?

"Jeg synes, vi alle skulle sætte fokus på vores sprogbrug. Der er rigtig mange udtryk, der er værdiladede i forhold til køn. F.eks. manglende nosser. Du har mandsmod etc.," skrev Cissie Hansen som den første kommentator, da opslaget blev lagt på ved solopgang. Inden solnedgang var der kommet 24 kommentarer, og 352 angav, at de støttede ligestillingen.

Den grønne sløjfe blev luftet på mange uniformer, og der var stor efterspørgsel efter flere sløjfer.

Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen skrev et debatindlæg i dagbladet Politiken om kønsulighed i sundhed sammen med EU-parlamentariker Britta Thomsen (S) og folketingsmedlem Flemming Møller-Mortensen (S). Og næstformand i Dansk Sygeplejeråd Dorte Steenberg skrev i Information om øremærket barsel til mænd.

Kampdagen blev også markeret på den ekstraordinære kongres den 8. marts, hvor formanden talte om ligestilling, og salen var pyntet med grønne sløjfer.



Flere end 1.000 tillidsvalgte var mødt op til Sundhedskartellets stormøde den 11. marts i Tivoli Congress Center i København for at høre mere om overenskomstresultatet og situationen på underviserområdet. På mødet gennemgik formanden for Sundhedskartellet og Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, bl.a. forligene med regionerne og kommunerne. Hun fortalte om situationen på underviserområdet, hvor bl.a. underviserne på sosu-skolerne har fået en varsling om lockout.

Det bedste resultat, vi kunne få

På den ekstraordinære kongres den 8. marts spurgte Sygeplejersken fem delegerede fra hele landet om, hvad de mener om den indgåede aftale, og hvad de vil anbefale medlemmerne at stemme



Lissi Jørgensen
Sundhedsplejen i
Odense
Kreds Syddanmark

"Jeg er helt enig med Grete Christensen i, at det er en meget smal aftale, men sådan er situationen. Det giver ikke mening at gå efter høje lønstigninger, når økonomien ser ud, som den gør nu. Jeg er meget bekymret for fremtiden for den danske model."



Marianne Johansen
Psykiatrien i Aarhus
Kreds Midtjylland

"Resultatet her er det bedste, vi kan få, selvom vi drømmer om mere. Det er positivt, at kandidaterne er blevet lagt ind i overenskomsten, men aftalen her er altså ikke et overflødhedshorn."



Mette Sofie Haulrich
FTR på Nordsjællands Hospital
Kreds Hovedstaden

"Det er frygteligt, at vi ikke kan opretholde real-lønnen, men det er det realistiske resultat. Til gengæld er det meget positivt, at vi fik afværget, at arbejdsgiverne pillede ved arbejdstids-aftalen. Det ville være en katastrofe, hvis den blev ramt."



Louise Sjøberg
Epilepsihospitalet
Filadelfia i
Dianalund
Kreds Sjælland

"Aftalen er svær at sælge til medlemmerne. Man skal sælge det på alle de ting, som vi fik afværget. Jeg stemte ja, fordi et nej ikke ville give noget andet."



Poul-Erik Vinther
Akut- og Traumecenteret på Aalborg Sygehus
Kreds Nordjylland

"Det er et pauvert resultat. Reallønsnedgangen trigger noget hos medlemmerne, samtidig med at man tænker på, om det er en udhuling af den danske model."

Konsekvens af ja og nej

Du kan ved at udfylde og indsende den tilsendte stemmesedel være med til at afgøre, om det bliver et ja eller et nej til den nye overenskomst. Ifølge Dansk Sygeplejeråds love falder afgørelsen af afstemningen ved "simpel stemmeflerhed". Det betyder, at overenskomstresultatet er godkendt, såfremt der er afgivet flere ja- end nejstemmer, og omvendt, at det er forkastet, hvis der er afgivet flere nej- end jastemmer.

Hvis det bliver et ja

Stemmer medlemmerne af Dansk Sygeplejeråd ja til overenskomstresultatet, træder aftalerne i kraft den 1. april 2013 og gælder de næste to år, da der i år er aftalt en toårig overenskomstperiode.

Hvis det bliver et nej

Stemmer et flertal af medlemmerne nej til overenskomstresultatet, samles Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse for at tage stilling til næste træk. Hovedbestyrelsen har herefter to muligheder:

- 1) at varsle konflikt
- 2) at forsøge at få genoptaget forhandlingerne med arbejdsgiverne med henblik på at genforhandle overenskomstresultaterne, evt. med hjælp fra Forligsinstitutionen.

Yderligere vejledning vil fremgå af det materiale, der udsendes i forbindelse med urafstemningen.

TEKST: MILLE DREYER-KRAMSHØJ • FOTO: SØREN HOLM

Sygeplejersker har forskellige faglige tilgange til arbejdet med børn. Sygeplejersken har mødt den udviklingsansvarlige, som laver film til børn og deres forældre om at være på hospitalet, sundhedsplejersken, der arbejder med småbørnsfædre, og forstanderen på et bosted for handicappede børn.

SMÅFOLK

BØRNEENES STEMME



Udviklingsansvarlig sygeplejerske Claus Sixtus Jensen, 38 år, arbejder på Aarhus Universitetshospital Skejbs Børneafdeling A. Er i gang med at producere en film til børn og forældre på hospitalet i samarbejde med Moster Bob Film og Kommunikation.

Hvilken film bliver det? ”Filmen skal handle om, hvad der sker, når børn kommer på sygehus. Den skal vise relationerne til os, som arbejder der, og vise samarbejdet med forældrene og barnet. Vi vil gerne gøre forældrene klogere på, hvor vigtig en faktor de er, når barnet skal mestre at være på sygehus. Filmen bliver lavet, så man undervejs kan stoppe og vælge klip, som passer til barnets alder.”

Hvilke udfordringer er der? ”Der er selvfølgelig meget arbejde i at få andre med på idéen. Økonomien spiller en stor rolle, og den skal

finansieres via fonde. Det tager tid og kræver meget bearbejde. En anden udfordring kan blive at få nogle til at være med i filmen. Et er at skulle på sygehus med sit barn, noget helt andet er også at skulle have en filmand med. Vi skal til at rekruttere forældrene snart, og så må det vise sig, hvor stor en udfordring det bliver.”

Hvad beskæftiger du dig mere med lige nu? ”Filmen afspejler det, jeg er meget optaget af: at give børnene en stemme. Oftest er det os som personale eller forældrene selv, som fortæller, men børnene skal også have mulighed for at fortælle deres oplevelser. Jeg er sammen med nogle kolleger redaktør og skriver selv et kapitel på en kommende antologi, der handler om, hvordan mindre børn, teenagere, søskende til syge børn og forældres oplevelser med sundhedsvæsenet er.”



TUMLERI I LEGESTUEN

Sundhedsplejerske Dorthe Vittrup Christensen, 41 år, Aarhus Kommune. Var for fem år siden med til at starte Fars Legestue, som i dag er en permanent ordning for fædre på orlov.

Hvorfor Fars Legestue? ”Mænd er også enormt interesserede i deres børns udvikling og kommer for at dele deres tanker og oplevelser med andre fædre. Det er en ny rolle, og de skal træde nogle stier, som deres egne fædre ikke har trådt. I dag er der store krav og forventninger til rollen og ønsker om at blive en god far. Ellers er der ikke den store forskel på mødre og fædre, men fædrene giver nok lidt længere snor i legestuen og tumler vildere med børnene.”

Hvilke faglige udfordringer har du? ”I dag kan man finde svar på alt på nettet, men for mig betyder det meget at mødes med den

enkelte far og hans barn. Det nærvær, der skabes ved mødet, er enormt vigtigt, og fædrene bliver nogle gange glemt lidt. De har heller ikke altid på samme måde som mødrene et billede af, hvordan jævnaldrende børn agerer. Mor har tit været i mødregruppe, men far har ikke et billede af, hvad børn kan med andre, før han oplever det og taler om det sammen med andre.”

Hvad beskæftiger du dig med lige nu? ”Udover legestuen har vi i sundhedsplejen fokus på samspil, familieliv og mødre med fødselsdepression. Her har fædrene også en rigtig vigtig rolle, når det ikke er lykken at blive mor. Der skal en god vikar på, og det er fædrene selvfølgelig det første valg. Undersøgelser viser også, at risikoen for skilsmisse falder, når faderen har været på orlov. Forældrene har nemmere ved at snakke sammen, når han også forstår, hvad der sker derhjemme.”



SANSEINDTRYK I SNOEZELLEN

Marie Gregersen er forstander på Tjørringhus, der er bo- og opholdstilbud for børn med svære multiple funktionsnedsættelser. Hun arbejder med forældreinddragelse og Tjørringhus' teoretiske fundament bl.a. om at udvikle børnenes sanser.

Hvad laver du lige nu? ”Vi har fokus på forældresamarbejdet. Vi arbejder meget med at give rum til forældrene og inddrage dem så meget som muligt. De kan overnatte her, og om sommeren har vi f.eks. familiecamping i haven. De tager også med på ture, og det betyder, at vi kan få flere børn med, og at de kommer til at lære andre forældre og personalet at kende.”

Hvem er børnene? ”De har i fostertilværelsen, under fødslen eller kort efter fået massive hjerneskader. Det kan f.eks. være pga. sjældne syn-

dromer eller iltmangel under fødslen. Børnene kan motorisk meget lidt. Langt de fleste sidder i kørestol og skal have hjælp til alt. De har heller ikke et talesprog, og derfor arbejder vi meget med andre former for kommunikation med dem, hvor vi bruger deres andre sanser.”

Hvad kan Snoezelen-rummet? ”Ordet er hollandsk og sammensat af ”sanser” og ”døse”. Det er et afslapningsrum, hvor man kan give sanserne forskellige indtryk. Her er f.eks. olie billeder, der fungerer ligesom lavalamper, en musikbænk, man kan ligge på og mærke musikken, rør med bobler og lys, vandseng, stjernehimmel og meget mere. Børnene elsker det, og de falder til ro, når de er her. Rummet bruger vi dagligt, og børnene er hver især i det ca. en gang om ugen. Det kræver en-til-en-kontakt, da der kun skal være et barn og en voksen ad gangen i rummet.”



Allerød Kommunes område Øst omfatter både villaer og lejlighedsbyggeri. Kommunen er lille, og hele hjemmeplejen kører ud fra samme sted.



Lizzi Nielsen plejer at bruge kompressionsstrømper, men hjemmesygeplejerske Ulla Herskind må lægge kompressionsbind pga. tiltagende ødemer.



Karen Henriksen er faldet for nylig, og Ulla Herskind laver en indledende screening til et faldforebyggelsesprojekt.

I Allerød Kommune bruger hjemmeplejen triage til at sikre ekstra opmærksomhed om de borgere, der er dårligere, end de plejer. Det gælder om at forebygge indlæggelse.

Triage sikrer de svækkede borgere

TEKST: KIRSTEN BJØRNSSON • FOTO: SØREN SVENDSEN

Når hjemmesygeplejerske Ulla Herskind kommer på arbejde efter et par fridage, skal hun hen forbi gruppens opslagstavle som noget af det første. Her hænger triageskemaet, hvor de enkelte borgere i hendes område er placeret i et grønt, gult eller rødt felt. Grønt betyder habituel tilstand, gult markerer, at der er tegn på svækkelse, rød er alvorlige ændringer i almentilstanden.

”På den måde bliver det meget synligt, hvem man skal have særlig fokus på,” siger Ulla Herskind.

Triageredskabet blev udviklet i forbin-

delse med et projekt om forebyggelse af indlæggelser, og det fungerede så godt, at hjemmeplejen i Allerød beholdt det, da projektperioden udløb.

I Allerød er der både sygeplejersker, assistenter og social- og sundhedshjælpere i de enkelte hjemmeplejegrupper, og man har altid talt sammen om borgerne, fortæller Ulla Herskind. ”Men triagen sikrer, at vi også får fulgt systematisk op.”

Alle bidrager til opfølgning

Hver onsdag er der triagemøde, når medar-

bejderne er kommet ind til frokost. Denne onsdag lægger Ulla Herskind ud med de to borgere i gult, som hun har besøgt om formiddagen. Først Lizzi Nielsen, der ikke helt klarer det samme derhjemme, som hun plejer. Hendes ben er også meget hævede, og Ulla Herskind vil tale med hendes læge. Hun skal blive i gult lidt endnu, mener også den hjælper, der har været hos hende i dag.

Det samme skal Karen Henriksen, der har haft sygepleje til et sår, men ellers klarer sig selv. Nu får hun besøg hver morgen,

Din bedste oplevelse med en borger den sidste uge?

”Det var et afsluttende besøg hos en pårørende, der havde mistet sin mand. Vi var kommet i hjemmet gennem mange måneder. Det var et besøg med grin og gråd, og jeg blev både rørt og ydmyg og taknemmelig over alt det, hun havde lyst til at dele med mig.”

Karen Henriksens bensår er lægt, så i dag har Ulla Herskind afsluttet den sårpleje, hun har udført hos hende.



Lizzi Nielsens læge har sendt advis om en medicinændring, så der skal også doseres.



Triagemøde. Navneskiltene kan flyttes fra det grønne felt til det gule eller røde, når borgerne er svækket og har brug for en ekstra indsats.

fordi hun for nylig er faldet. Ulla Herskind beder hjælperne om at smøre hendes ben, for at holde huden smidig og forebygge sår. Det kan Karen Henriksen ikke selv, når hun har smerter og er svimmel, og Ulla Herskind vil tale med hendes læge om smertedækningen. Hun vil også tale med kommunens terapeuter om at få Karen Henriksen med i et faldforebyggelsesprojekt.

Patienter i gult

På tilsvarende vis bliver der udvekslet observationer om tre-fire andre borgere i gult

og en enkelt i rødt, en ældre herre, der har smerter og kaster op efter et fald. I nogle hjem er der allerede planlagt ekstra hjælp, og det kører. Men der er også en borger, der siger nej til alt, og hvor det er svært at se, hvad der kan gøres.

”Er der andre, der skal i gult?” spørger Ulla Herskind til sidst, og ja, det er der. En dame med et meget svingende blodsukker, som skal følges opmærksomt.

Under triagemødet dokumenterer to af gruppens sygeplejersker i borgernes journaler. Men selv om det er sygeplejer-

skerne, der følger op med planlægning og udarbejder fokusområder, er det noget, alle bidrager til.

”Vi snakker jo i plenum om, hvad der så skal til, når en borger er kommet i gult, og det kan lige så godt være en hjælper eller assistent, der har en idé,” siger Ulla Herskind.

Sygeplejersker fik ni millioner i erstatning

TEKST: ANDREAS RASMUSSEN

Der blev hevet rigtig mange penge hjem til medlemmerne af Dansk Sygeplejeråd i 2012. Det sker, efter organisationen har styrket den juridiske vejledning.

Lise var i 2011 ansat som sygeplejerskevikar på et større hospital i provinsen. Da en fast stilling på afdelingen blev slået op, søgte hun den. På det tidspunkt var hun gravid.

Hun blev indkaldt til samtale, men fik afslag på jobbet. Hun havde ellers fået indtryk af, at jobsamtalen kun var proforma, og undrede sig meget over afslaget, da hun inden kun havde modtaget rosende ord for sin arbejdsindsats på afdelingen.

"Jeg blev meget ked af det. Det var et sted, jeg var rigtig glad for at være og med nogle enormt søde kollegaer," siger hun.

Dansk Sygeplejeråd tog med det samme Lises sag og kontaktede sygehuset for at få en forklaring. Hospitalet erkendte, at de ikke kunne bevise, at Lise ikke var blevet fravalgt til stillingen pga. sin graviditet. Hun fik 22.500 kr. i erstatning.

Sidste år hentede Dansk Sygeplejeråds

nye juridiske videntcenter mere end 9 mio. kr. hjem til medlemmer.

Konkurrenceklausulskompensation

En anden af dem, som Juridisk Videntcenter hjalp i 2012, var Klaus Nymark Andersen, der i 2011 sagde sit job op i en privat virksomhed, hvor han fungerede som sælger.

Da han stoppede, ville virksomheden ikke udbetale hans fulde bonus, ligesom den kompensation, han skulle have for at have skrevet under på en konkurrenceklausul, heller ikke blev udbetalt. Så kontaktede han Dansk Sygeplejeråds Juridiske Videntcenter.

"Det var en utrolig god fornemmelse. Allerede efter første samtale kunne de mærke, hvordan jeg havde det, og tilbød at overtage kontakten med direktøren i virksomheden, så jeg ikke selv behøvede at have kontakt. Jeg fik virkelig kompetent rådgivning, og hele vejen i processen blev jeg orienteret om mine rettigheder," fortæller han.

Hjælpen fra Dansk Sygeplejeråd betød, at Klaus Nymark Andersen fik udbetalt båd-

de sin bonus og sin konkurrenceklausulskompensation. I alt ca. 80.000 kr.

Hårde tider kræver hård indsats

Juridisk Videntcenter blev etableret 1. januar sidste år for at styrke Dansk Sygeplejeråds juridiske rådgivning af medlemmer, der f.eks. bliver uberettiget afskediget eller ikke får den korrekte løn. Og det har været nødvendigt at samle ressourcerne, mener formand Grete Christensen.

"Vi står midt i en krisetid. Arbejdspladserne er hårdt spændt for, og vi ser mange opsigelser. Det er ikke dem alle, der foregår efter bogen, og derfor er der behov for, at vi som faglig organisation er klar til at støtte medlemmerne. Medlemmerne presses mere end før, og derfor har vi opgraderet og fokuseret vores juridiske rådgivning," siger hun.

Udover de 9 mio. kr. har Juridisk Videntcenter hjulpet Dansk Sygeplejeråds Kredssyddanmark med at hente mere end 6 mio. kr. til deres medlemmer i lønsagen fra OUH, som omtalt i *Sygeplejersken* nr. 14/2012.

Lise er et opdigtet navn, men sygeplejerskens identitet er redaktionen bekendt.

DSR I MEDIERNE

I februar og marts har Dansk Sygeplejeråd været i medierne i forbindelse med bl.a. disse emner.

Sygeplejersker kalder lockout for useriøs

"Vi har ikke haft en eneste reel forhandling på det her område. Og nu kan vi så pludselig se, at de vil udelukke de ansatte fra at møde op på arbejdspladsen og undervise eleverne. Det er meget useriøst," siger næstformanden for Dansk Sygeplejeråd, Dorte Steenberg, om finansministerens lockout af de statslige undervisere. Det skriver bl.a. Sjællandske.

De varme hænder forlader landet

Aldrig har så mange danske sygeplejersker arbejdet i vores nabolande. Sidste år blev 850 danske sygeplejersker autoriseret i Norge mod kun 186 i 2010, og op mod 1.000 danske sygeplejersker vurderes lige nu at arbejde i broderlandet mod nord. "Vi har aldrig før set så mange nyuddannede sygeplejersker rejse ud, og vi forventer, at den tendens vil fortsætte, indtil jobsituationen herhjemme bliver bedre. Kvinderne rejser ud for at arbejde, og

mændene må følge med," siger næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Anni Pilgaard, til Berlingske.

Blev belægningstal mørkelagt?

Tal for hospitalernes belægningsprocenter er ikke blevet opdateret siden 2010. De danske sygehuse kan have haft så høje belægningsprocenter i de seneste to år, at patienter har været henvist til at ligge på gangene. Men hverken offentligheden, de ansattes faglige organisationer eller patientforeninger har haft mulighed for at tjekke tallene, fordi de ikke er blevet opdateret siden 2010. Grotesk, lyder det fra formanden for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen. "Der har ingen dokumentation været for, at der ikke har været sammenhæng mellem antallet af medarbejdere på arbejde og antallet af patienter. Det er grotesk. Vi aner ikke, hvad der er op og ned," siger Grete Christensen til *Newspaq*.



Uddrag af Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensens kalender.

15. marts

- Møde med formand i Danske Regioner, Bent Hansen
- Bestyrelsesmøde i Pensionskassen for Sygeplejersker, PKA, Hellerup

18. marts

- Konference "Kvalitet i fremtidens sygeplejerskeuddannelse - med fokus på den kliniske uddannelse"

19. marts

- 9. møde i Hjemmehjælpskommissionen, Social- og Integrationsministeriet, København

20. marts

- Møde med Hjerteforeningens formand, København

21.-22. marts

- Kommunalpolitisk topmøde, Aalborg Kongres og Kultur Center

2. april

- FTF Forretningsudvalgsmøde og FTF Arbejdslivsudvalg

3. april

- Møde med Sundhedsordfører Sophie Løhde (V)
- Møde med sundhedsminister Astrid Kragh (SF)

5. april

- Seminar for sygeplejersker på direktionsniveau, Hotel Koldingfjord, Kolding

8. april

- Møde med Dansk Sygepleje Selskabs Forskningsråd, Kvæsthuset

9. april

- Styremøde i Sygeplejerskers Samarbejde i Norden (SSN)

11. april

- European Federation of Nurses (EFN) General Assembly, Bruxelles



Udstilling Nej til vold mod kvinder

Ny plakatudstilling på Professionshøjskolen Metropol i København stiller skarpt på vold mod kvinder. Næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Dorte Steenberg, talte ved udstillingens fernisering i starten af marts. Hun roser Professionshøjskolen Metropol for at slå dørene op for udstillingen. "Det er en vigtig problematik at italesætte. Og jeg synes, at Metropol er en konstruktiv ramme for udstillingen, fordi mange sygeplejersker ofte møder voldsramte kvinder i deres arbejde. Og det vil en del af de sygeplejestuderende også komme til i løbet af deres karrierer," siger Dorte Steenberg.

Udstillingen løber frem til påske, og alle er velkomne i dagtimerne. Læs mere om udstillingen på Kvindernes U-landsudvalg på www.kulu.dk

Ny bekendtgørelse om journalføring

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet ny journalføringsbekendtgørelse og ny vejledning om sygeplejefaglige optegnelser.

Ifølge Dansk Sygeplejeråds juridiske videnscenter er den nye bekendtgørelse og vejledning en forbedring i forhold til tidligere, fordi den nye er mere konkret formuleret. Eksempelvis henvises der ikke længere til begrebet "omhu og samvittighedsfuldhed" fra autorisationsloven, men til det mere sigende "korrekt og forsvarlig sygefaglig behandling". Alt i alt vurderer Dansk Sygeplejeråds jurister, at den nye vejledning er mere anvendelig og brugbar for sygeplejerskerne.

De nye regler, der er trådt i kraft den 15. januar 2013, kan hentes på retsinformation.dk

Ny journalføringsbekendtgørelse:

www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=144978

Ny vejledning om sygeplejefaglige optegnelser:

www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=144979

Færre sygeplejersker får stikskader

TEKST: ANDREAS RASMUSSEN • FOTO: SØREN SVENDSEN

2.900 sygeplejersker stak sig sidste år på urene kanyler. I Roskilde Kommune har en sygeplejerske taget sagen i egen hånd i kampen mod stikskader.

På 10 år er antallet af sygeplejersker, der stikker sig på forurenede kanyler, faldet markant. I 2012 var det 5 pct. af alle sygeplejersker, der stak sig, mod 7 pct. i 2002.

De hårdest ramte er sygeplejersker under 30 år. De udsættes for stikskader dobbelt så ofte som resten af sygeplejerskerne.

“Det er positivt, at tallet er faldet, men der er stadig lang vej igen. Stikskaderne har store konsekvenser for den enkelte medarbejder og hendes familie, der alle må leve med uvished og frygt. Samtidig kan det også resultere i flere sygedage for medarbejderen,” siger Grete Christensen, formand i Dansk Sygeplejeråd.

Sygeplejerske gik forrest i Roskilde

I Roskilde Kommune er sygeplejerske og fællestillidsrepræsentant Maria Cisar gået

til kamp mod stikskaderne. Det skete i kølvandet på en intern kortlægning af arbejdsskadesager i Roskilde Kommune.

“Langt hovedparten af arbejdsskaderne var stikskader. Specielt forurenede nåle tegnede sig for en stor del af skaderne. I min egenskab af fællestillidsrepræsentant i kommunen talte jeg med vores socialdirektør om, hvad vi kunne gøre for at nedbringe antallet af arbejdsulykker på sundhedsområdet,” fortæller Maria Cisar.

Samtidig viste det sig, at Roskilde Kommune ikke havde nogen procedurer for forebyggelse af stikskadeuheld. Derfor tilbød Maria Cisar at skrive en instruks for forebyggelse af stikskader. Da Maria Cisar havde skrevet et udkast, fremlagde hun den på et møde i kommunens sygeplejefaglige udviklingsråd, hvor både basissygeplejersker og ledere deltager.

Glade kolleger

Instruksen blev godkendt i MED-systemet og trådte i kraft i august 2012.

“Mine kolleger i kommunen har taget rigtig fint imod instruksen. Flere af dem har jo prøvet at stikke sig,” fortæller Maria Cisar, der regner med, at effekten kan aflæses med et fald i stikskader inden for de kommende år.

Instruksen har bl.a. medført, at Roskilde Kommune har indkøbt nye og mere sikre blodsuktermålingsnåle, såkaldte lancetter, til alle borgere med diabetes.

Arbejdsgivere skal registrere skader

Inden 11. maj skal Arbejdstilsynet sikre, at et nyt EU-direktiv om netop stikskader implementeres. Konsekvensen af det bliver bl.a., at arbejdsgiverne skal registrere alle stikskader. I dag registreres kun de stikskader, der medfører mere end én sygedag.

Arbejdstilsynet skal derudover udarbejde en vejledning til, hvordan man undgår stikskader. Det har ikke været muligt at få en kommentar fra Arbejdstilsynet.

Desuden lægger EU-direktivet op til, at der både på lokalt, nationalt og på europæ-

Eva blev alvorligt syg efter stikskade

TEKST: ANDREAS RASMUSSEN • FOTO: SØREN SVENDSEN

En kanyle med blod fra en patient med HIV kostede Eva Colstrup en PEP-behandling og en lang række voldsomme bivirkninger. Selvom hun ikke blev smittet, var processen meget hård både fysisk og psykisk.

En dag i 2005 tager sygeplejerske Eva Colstrup sammen med sine kolleger imod en traume patient i Traumecenteret på Rigshospitalet. Patienten er en ung mand, der både har HIV og hepatitis C. Alle kanyler bliver lagt på nåleholderen, tror hun, men en enkelt er endt under en afdækning. Den borer sig ind i hendes hånd og helt ind i musklen.

“Vi reagerer lige efter bogen. Såret bliver vasket og sprittet efter forskrifterne, og i øvrigt også anmeldt som arbejdsskade. Jeg når ikke rigtig at tænke over det, før en kollega siger, jeg skal i behandling pga. risiko-



Siden Eva Colstrup stak sig på en kanyle med potentiel HIV- og hepatitis C-smitte, er hun blevet endnu mere påpasselig med skarpe ting og holder på, at man altid skal anmelde arbejdsskade.



Fællestillidsrepræsentant Maria Cisar gik til kamp mod stikskaderne, efter at en intern kortlægning af arbejdsskadesager i Roskilde Kommune, som viste, at hovedparten af skaderne var stikskader.

isk plan oprettes registre for stikskader, så det bliver muligt at følge udviklingen. Dansk Sygeplejeråd har gennem det seneste år spillet en central rolle i forhold til indholdet af EU-direktivet og efterfølgen-

de arbejdet på at sikre, at Danmark lever op til reglerne i EU's stikskade-direktiv.

en for HIV-smitte. Der bliver jeg først bange," fortæller Eva Colstrup.

Hun bliver straks sendt til ambulatoriet og sat i PEP-behandling. Hun får også en grundig snak med en medicinsk læge. "Det var rart at få talt situationen igennem. Risikoen for smitte var jo meget lille, men det var alligevel ubehageligt. Følelsen af, at der blev gjort noget aktivt for at forhindre smitte, hjalp meget," siger hun.

Bange for at dø

PEP-behandlingen er hård. Eva får stort set alle de bivirkninger, som er nævnt på indlægssedlen. Hun har hovedpine konstant, kvalme, mavesmerter og opkastninger, svimmelhed og træthed. Hendes fingre sover, hun har svært ved at spise og kan ikke sove.

"Det er nærmest uoverskueligt at tage på arbejde hver dag og yde det, jeg plejer.

Jeg er bange og bange for at dø fra min søn. Jeg vil ikke melde mig syg, nægter at overgive mig til elendigheden, men jeg indvier mine kolleger i mine problemer, så de ved, hvorfor jeg ikke er mig selv. De er en enorm støtte for mig, og der er mange skuldre, jeg kan tude ud ved i den tid."

Men lige så stille vender hverdagen tilbage. Efter nogle måneder bliver Eva Colstrup frikendt for smitte.

"Så er det vel overstået, tænker man så. Men siden dengang er jeg blevet endnu mere påpasselig med skarpe ting, og jeg holder på, at man altid skal anmelde en arbejdsskade. Man ved jo ikke, hvad det fører med sig. Men det er betryggende, at systemet fungerer effektivt, hvis det sker, og det er godt, at man har en mulighed for behandling. Jeg håber bare, at vi kan blive endnu bedre til at undgå skader."



Bliv værtsfamilie

- for en udvekslingsstudent og bliv klogere på verden

AFS Interkultur modtager til august ca. 150 udvekslingsstudenter, som skal bo i en dansk værtsfamilie og gå i den lokale skole i et skoleår.

De er i alderen 15 - 18 år og kommer fra hele verden.

I den forbindelse søger foreningen værtsfamilier over hele landet i 5 eller 11 måneder.

Ring til AFS Interkultur på 38 34 33 00 eller læs mere på www.afs.dk



AFS Interkultur er Danmarks største og ældste non-profit uddannelses- og udvekslingsorganisation.

Kursus-Retræte fordybelse i åndelig omsorg

Stilhed, fordybelse, refleksion, personlig udvikling, samvær og indsigt. Med disse ord indbyder vi til en kursus-retræte, hvor vi vil beskæftige os med Søren Kierkegaard som sjælesørger og trøster. Vi vil fordybe os i nogle centrale begreber som angst, fortvivelse, bekymring og kærlighed.

Læs mere på www.liv-i-samspil.dk



Retræteledelse:

Hospitalspræst Steen Bonde
Diakonipræst Peder Poulsen

Tid: Den 3.-7. juni 2013

Pris: 3800,- inkl. kost og logi

Sted: Ådalen Retræte

Ålum ved Randers

Sommer i Norge

Vacant Helse AS søker et stort antall sykepleiere for sommerperioden uke 26 – 33!

Vi har avtale med over 70 kommuner, samt flere sykehus, og kan derfor tilby spennende og varierte oppdrag over hele Norge.

Vi tilbyr deg:

- Garantilønn
- Sommerbonus
- Betalt overtid
- Meget gode lønnsvilkår (tariff)
- Forsikrings- og pensjonsordning
- Gratis reise og bolig - vi bestiller og betaler for deg
- Hjelp til norsk autorisasjon og skattekort

Vacant Helse AS har vikaroppdrag gjennom hele året, så ta kontakt om du ønsker oppdrag vinter, vår og høst også!

Vi ser frem til å høre fra deg!

Kontakt oss med din registrering på www.vacant.no
- vi lover hurtig svar!

 **Følg oss på facebook!**

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

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

Vi ønsker oss deg som vår nye kollega!

Kontakt oss i dag på:

+47 23 05 55 55

www.vacant.no

cv@vacant.no



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



Intensivt internat med mulighed for fordybelse

Mindfulness Baseret Kognitiv Terapi / Stressreduktion – Kreta – Danmark

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

Kognitiv Center Fyn udbyder på 10. år kurser i Mindfulness-baseret kognitiv terapi / stressreduktion med psykologerne Lene Iversen og Peter Hørslev Rasmussen og speciallæge i psykiatri Bodil Andersen.

Læs mere om Mindfulness på www.kognitivcenterfyn.dk

Målgruppe: Læger, psykologer og tværfagligt personale.

Kreta:

Trin 1 A: 02.05– 09.05.2013 **Trin 1 B:** 03.10.-10.10.2013.

Formål: At lære metoden og bruge den på sig selv.

Trin 2: 01.05.-08.05.2014; *Formål: At lære at træne/ lave kurser for andre – for deltagere, der har erfaring med Mindfulness Meditation svarende til Trin 1.*

Kerteminde:

Trin 1 (4 dage): 19.-20.11.2013 + 18.-19.12.2013

Trin 2 (5 dage): 17.-18.09-2013 + 26.-28.11.2013

TRIN 3 – Helnæs, Fyn:

Trin 3 (4 dage): 07.-10.04 2014.

For yderligere oplysninger og tilmeldingsprocedure:
www.kognitivcenterfyn.dk

Seniorerne skal til valg

Landsbestyrelsen for Senior-sammenslutningen i Dansk Sygeplejeråd skal have nye medlemmer og holder derfor valg i juni 2013.



SENIOR SAMMENSLOTNINGEN
Dansk Sygeplejeråd

Seniorsammenslutningen arbejder for fremme af fælles faglige og organisatoriske interesser for seniorsygeplejerskerne i Dansk Sygeplejeråd. Hvert andet år vælges der medlemmer fra de fem kredse til bestyrelsen. De fem kredse kan lokalt tilrettelægge proceduren for valgets afvikling, som de vil. Dog skal alle medlemmerne have mulighed for at stemme. Valget finder sted i hver af de fem kredse i løbet af juni og gennemføres ved valgmøder, hvor der er mulighed for at stemme ved fuldmagt.

Bestyrelsens sammensætning

Der vælges et medlem og en suppleant for hver af de fem kredse, som Seniorsammenslutningen er inddelt i. Valget foregår i de enkelte kredse.

Medlemmerne

Alle medlemmer af Dansk Sygeplejeråd, som modtager pension eller efterløn, er automatisk medlemmer af Seniorsammenslutningen og er dermed valgbare og stemmeberettigede til bestyrelsesvalget. Det er muligt kun at opstille som suppleant. Betingelsen er dog, at der er en, som stiller op som medlem i samme kreds.

Kandidater

Kandidater skal anmelde deres kandidatur inden den 1. maj. Er der ikke anmeldt flere kandidater, end der skal vælges i hver kreds, bliver der ikke holdt valg.

Konstituering

Bestyrelsen konstituerer sig umiddelbart efter valget med formand, næstformand, kasserer, sekretær og IT-ansvarlig. Bestyrelsen træder i funktion umiddelbart efter generalforsamlingen, som holdes i august.

Du kan læse meget mere om valgene på www.dsr.dk/seniorer

” Folk bliver jo syge lige meget, om der er krise eller ej. Du kan vente med at købe nyt køleskab til det bliver bedre tider, men du kan ikke vente med at få gips på et brækket ben. Så sundhedsudannede er der altid brug for.

Lise Hansen, formand for Danske Fysioterapeuter i Region Sjælland, om de nye tal, der viser, at faggrupperne i Danske Sundhedsorganisationers A-kasse, DSA, har den laveste arbejdsløshed (1 pct.)

Uniformer skal modvirke sexchikane

TEKST: ANDREAS RASMUSSEN

Mindre afslørende uniformer kan modvirke sexchikane mod sygeplejersker. Tre regioner har taget hensynet med i udformningen af det nye arbejdstøj.

Uniformerne skal være mindre udringede, længere bagpå, og i et stof, der ikke er gennemsligt, lyder det fra sygeplejersker i de tre regioner, der er ved at udvikle nye uniformer til deres sundhedspersonale. Og regionerne har lyttet.

Der er stordriftsfordele ved, at alle sygeplejersker bruger de samme uniformer. Udgifterne ved at få udviklet den nye uniform, bliver således dækket af gevinsterne ved storkøb og rationalisering.

"Uniformen er en obligatorisk arbejdsdel, og derfor er det vigtigt, at den understøtter en professionel, sundhedsfaglig identitet. Vi tror på, vi kan lave en uniform med en bedre komfort og funktionalitet med tækelighed i udtrykket," siger projektleder Søren Uhre fra Region Midtjylland.

Henover foråret bliver den nye kollektion testet af 300 hospitalsansatte i regionen og taget i brug fra sommeren 2014.

Valgfrihed i hovedstaden

I Region Hovedstaden er udviklingen af nye uniformer til 30.000 læger, sygeplejersker, SOSU'er, fysio- og er-

goterapeuter overstået. En kollektion af hvide og farvede uniformsdele sys, så de er klar frem mod efteråret 2014.

"Et af personalets krav var at gøre noget ved gennemsligtigheden, og det har vi sørget for. Målet er, at de nye uniformer skal udstråle en respektabel sundhedsfaglig identitet. Samtidig har vi lavet en kollektion med flere forskellige modeller, både figursyede og unisex, så de ansatte kan vælge efter præferencer," fortæller projektleder Frederikke Moe.

Pilottester blå T-shirts

I Region Sjælland skal alle ansatte i hvide uniformer også have nye.

"Medarbejderne har haft flere ønsker, bl.a. at den skal være varm om vinteren. Derfor har vi fået en fleecet overdel, der kan tages udover uniformen. Vi har også lavet overdelen fleksibel, så man kan vælge den, der passer én bedst. Vi får både en polo vævet i tykt stof, en T-shirt, der er blå for at gøre den mindre gennemsligt, og en traditionel uniformsoverdel, der dog er længere på ryggen. Samtidig udgår den klassiske kittel til fordel for en, der har knapper hele vejen ned, og som kræver bukser indenunder," siger Thomas Sjølander Bruus Jensen, driftschef hos Region Sjælland.

Kollektionen er nu færdig og skal testes henover sommeren.

Årets patientsikkerhedskonference

Dansk Selskab for Patientsikkerhed afholder den årlige nationale patientsikkerhedskonference mandag den 22. april 2013 på Hotel Scandic Copenhagen. Den 23. april er der efterfølgende en workshop og studietur.

Kom og bliv præsenteret for den nyeste internationale viden og danske resultater af projekter indenfor patientsikkerhed. Konferencen sætter bl.a. fokus på patient empowerment, Patientsikkert Sygehus samt forbedring af sammenhængen mellem patientflow og patientsikkerhed.

Workshop og studietur

Som et nyt tiltag er patientsikkerhedskonferencen udvidet med en ekstra dag. På 2.-dagen er der en unik mulighed for at fordybe sig yderligere i tre forskellige workshops om Real Time Demand Capacity management, statistisk kvalitetsstyring for klinikerne samt patienters overgange i sundhedsvæsenet. Udover workshops er der arrangeret en studietur "Site visit - Lær af de bedste" med et besøg på et sygehus i Patientsikkert Sygehus. Her kan du se og høre de enestående resultater og blive inspireret til selv at iværksætte forbedringsarbejde.

Tilmelding sker på patientsikkerhed.dk

Konferencen har deltagerbetaling, og tilmelding sker efter først til mølle-princippet.

Temadage med fokus på psykiatri

Den 3. april og den 2. maj holder Kreds Midtjylland gratis temadage om sammenhængende patientforløb i psykiatrien. Begge dage foregår i Silkeborg Medborgerhus.

Regionsrådsformand Bent Hansen og speciallæge i psykiatri, Henrik Day Poulsen, er to af de oplægsholdere, der vil sætte kolorit på dagene.

Den 3. april giver chefsygeplejerske Claus Graversen fra Psykiatri og Social i Region Midtjylland, ledende sygeplejerske fra Psykiatriens Hus i Silkeborg, Bente Pedersen, landsformanden for SIND, Knud Kristensen, samt psykolog og forsker, Alain Topor, desuden deres indspark til debatten.

Den 2. maj vil bl.a. 2.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Dorte Steenberg, direktør for Social og Psykiatri i Region Midtjylland, Anne Jastrup, og antropolog og forskningschef i Rethink Mental Illness, John Larsen, inspirere deltagerne.

Tilmelding på www.dsr.dk > Kredse > Kreds Midtjylland > Flere arrangementer > "Sammenhængende patientforløb i psykiatrien"

Vandt gavekort på facebook

Fra solopgang til solnedgang den 8. marts på kvindernes internationale kampdag var der debat om ligestilling på Dansk Sygeplejeråds facebook. Et af citaterne blev udvalgt og præmieret med et gavekort til Matas. Det blev Gabriella Skjøth-Jarecki, som blandt andet skrev: "Ligestilling er ikke at gøre kønnene ens, men at vi værdimæssigt har samme værdi. Jeg bliver vred, når jeg kan læse, at der stadig er ca. 13 pct. forskel imellem den løn, kvinder tjener, og den løn, mænd tjener. Jeg bliver trist på min datters vegne, når jeg stadig skal høre på nedsættende betegnelser som: "slå som en tøs" osv.

Læs alle indlæg på www.facebook.com/sygeplejersker

Ny hjælpepakke mod overbelægning

TEKST: SØREN OLUFSEN

Patienter, sygeplejersker og læger er nu klar med en fælles plan for, hvordan sundhedsvæsenet her og nu kan modvirke overbelægning på akutte og medicinske afdelinger.

Ældre patienter, der ligger på gangene og ikke får den fornødne sygepleje og behandling. Medarbejdere, som hele tiden er tvunget til at gå på kompromis med deres faglighed. Det er virkeligheden på mange af landets akutte og medicinske afdelinger, som har massiv overbelægning.

Derfor er Danske Patienter, Dansk Sygeplejeråd og Lægeforeningen gået sammen om at lave forslag til en hjælpepakke mod overbelægning, og den er rettet mod de ansvarlige politikere og sundhedsmyndigheder.

Stop for nedlæggelse af senge

”Situationen er mange steder meget alvorlig, og det kræver handling fra Christiansborg, regioner og kommuner. Vi er klar til at indgå i en konstruktiv dialog om nødvendige forandringer på akutte og medicinske afdelinger,” siger Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd.

Forslaget om hjælpepakken

Hjælpepakken mod overbelægning fra Lægeforeningen, Dansk Sygeplejeråd og Danske Patienter indeholder syv punkter:

- Her og nu-stop for nedlæggelse af medicinske senge.
- Al ledig kapacitet skal tages i brug.
- Styrk sygeplejen i kommunerne.
- Fremryk Sundhedsstyrelsens nationale handleplan for ældre medicinske patienter.
- Sundhedsmyndighederne skal sikre offentligt tilgængeligt opdateret data på overbelægning.
- Kommuner og regioner skal planlægge sammen.
- Det skal kunne betale sig at undgå indlæggelse.

Hjælpepakken mod overbelægning indeholder syv punkter. Bl.a. et her og nu-stop for nedlæggelse af medicinske senge og øget samarbejde mellem regioner og kommuner.

”Et stop for nedlæggelse af medicinske

senge er en nødvendig løsning for at bremse en helt uacceptabel udvikling, hvor flere og flere medicinske patienter ligger på gangene. Patienter på gangene skaber uværdige og farlige situationer for både patienter og personalet, hvor der sker flere fejl, og behandlingen bliver dårligere,” siger Lars Engberg, formand for Danske Patienter, og fortsætter:

”Det er også nødvendigt med en langt stærkere forpligtigelse til samarbejde mellem regioner og kommuner. Medicinske patienter har behov for ydelser på tværs af sektor- og specialegrænser, og de lider i dag under et siloopdelt sundhedsvæsen, hvor kompetencer eller kapacitet ikke er planlagt ud fra patientens behov, men ud fra hver regions og kommunes behov.”

Fremrykning af national handleplan

I Lægeforeningen peger man især på, at Sundhedsstyrelsens nationale handleplan for ældre medicinske patienter skal fremrykkes.

”Der er mange gode elementer i den handlingsplan, som blev vedtaget i 2012. I den nuværende situation kan vi med stor fordel begynde at sætte gang i de initiati-

Ekspert roser hjælpepakke

TEKST: SØREN OLUFSEN

I kampen mod overbelægning på sygehuse skal kapaciteten udnyttes, og der skal være bedre data. Sådan lyder det fra Jes Søgaard.

Der er mange positive elementer i den hjælpepakke, Dansk Sygeplejeråd, Danske Patienter og Lægeforeningen har lanceret mod overbelægning på hospitalerne. Det mener adjungeret professor på Aalborg Universitet, Jes Søgaard, der har 32 års erfaring inden for sundhedsforskning.

”Det er nogle gode punkter, som man skal komme i gang med, især det med at få en bedre kapacitetsudnyttelse. Vi ved jo ikke, om der faktisk kunne være ledig kapa-

cititet på andre afdelinger, og det ville være et fornuftigt sted at starte,” siger Jes Søgaard til Ritzau.

Ledig kapacitet skal spores

Mens der er massiv overbelægning på akutte og medicinske afdelinger, kan der nemlig godt være ledige sengepladser andre steder på hospitalerne. Men ifølge Jes Søgaard har man ikke været god nok til at udnytte den ledige kapacitet.

”Det svarer til, at du har et stort lager og skal finde ud af, hvor der er ledig plads på hylderne. Ethvert lager har et logistiksystem, så du lynhurtigt kan se, hvor der er ledig kapacitet,” siger Jes Søgaard.

Et andet forslag i hjælpepakken går ud på at få Sundhedsstyrelsen til at opdatere data på overbelægning og løbende overvåge området. Det er også helt nødvendigt, mener Jes Søgaard.

”Vi har siddet med denne her problemstilling i 20 år, og det er trist, at der ikke findes noget statistikgrundlag, så man præcist kan se, hvor stort problemet er,” siger han og tilføjer:

”Det burde være noget, et moderne sygehusvæsen havde styr på, og det har man ikke i Danmark.”



ARKIVFOTO: SCANPIX

Hjælpepakken mod overbelægning indeholder syv punkter. Bl.a. et her og nu-stop for nedlæggelse af medicinske senge og øget samarbejde mellem regioner og kommuner.

ver, som ifølge planen egentlig først skulle være startet senere. Det gælder f.eks. op-søgende og opfølgende hjemmebesøg for særligt svage patienter og forløbskoordi-

natorer til svækkede ældre medicinske patienter,” siger Poul Jaszczak, næstformand i Lægeforeningen.

Kredsene pressede hårdt på

Dansk Sygeplejeråds kredse har arbejdet intenst med at få spredt de vigtige budskaber i hjælpepakken mod overbelægning.

Alle fem kredsformænd har været i de store regionale medier som Fyens Stiftstidende, Nordjyske, Århus Stiftstidende, DR København og TV2 Øst. Her har de fortalt om indholdet, der skal være med til at gøre op med patienter på gangene og pressede arbejdsforhold for medarbejdere på især akutte og medicinske afdelinger i hele landet.

Kredsformændene opfordrer de ansvarlige politikere i regioner, kommuner og på Christiansborg til at tage problemerne på sig og følge løsningerne i hjælpepakken.

Desuden er de i kontakt med ansvarlige politikere og direktorer i regioner og kommuner. Der er allerede afholdt møder, og flere er planlagt, hvor der skal drøftes overbelægning og arbejds-vilkår på pressede afdelinger.

(sbo)



Mensendieck uddannelsen

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

Undervisningen foregår én weekend hver måned i 20 mdr.

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

2 DAY WORKSHOP

Treating neurological and psychological diseases with acupuncture in Aarhus

At the end of this workshop, the participants will have all the tools to apply the most widely used Scalp Acupuncture to treat cases of:

- post-stroke paralysis
- paraplegia
- hemiplegia
- aphasia
- aphonia
- amnesia
- Alzheimer's disease
- fibromyalgia
- anxiety disorder
- Meniere's diseases as well as other types of neurological diseases including ADD
- OCD
- severe depression

TIME AND DATE:

Monday the 12th and Tuesday the 13th of May 2013, from 9 am to 4 pm.

REGISTRATION AND LOCATION:

AcupunctureAcademy in Aarhus
post@akupunkturakademiet.dk
Ph. +45 6067 4526

www.akupunkturakademiet.dk

AKUPUNKTURAKADEMIET



“Vi leger ikke katten efter musen”

TEKST: MADSRØLL CHRISTENSEN • FOTO: SIMON KLEIN KNUDSEN

På Retspsykiatrisk afdeling R9 på Psykiatrisk Center Sct. Hans lægger afdelingssygeplejerske Bodil Svare Sørensen vægt på at have så få restriktioner over for patienterne som muligt. Dansk Sygeplejeråds formand var i klinik på stedet.

“Vi gør meget ud af, at det ikke er et fængsel, men et hospital,” fortæller afdelingssygeplejerske Bodil Svare Sørensen, mens hun sammen med Dansk Sygeplejeråds formand, Grete Christensen, er på vej gennem sikkerhedsslusen ind til sin arbejdsplads på Psykiatrisk Center Sct. Hans i Roskilde. De to sygeplejersker er nået frem til den inderste dør i slusen. Bodil Svare Sørensen stikker nøglen i, der lyder et lille “bip”, og døren går op. De to sygeplejersker træder ind i en lang, bred og lys fordelingsgang.

“Velkommen til Retspsykiatrisk Afdeling R9,” siger Bodil Svare Sørensen.

Der bor 10 patienter på afdelingen, ni mænd og en enkelt kvinde. Patienterne har hver deres værelse, som ligger på begge sider af gangen, der løber gennem afdelingen. I den ene ende munder gangen ud i et aktivitetsrum med fjernsyn, bordtennis og et sofaarrangement, hvor patienter og personale kan sidde og snakke sammen over en kop kaffe.

Typisk arbejdsdag for afdelingssygeplejersken

Afdelingssygeplejerske Bodil Svare Sørensens dag ser typisk således ud:

Morgen: Møder ind og hører rapport fra nattevagten. Taler evt. med nattevagten, hvis der er problemer. Planlægning af dagen.

Formiddag: Møde med overlæge og personale om akutte problemstillinger. Planlægger stuegang og andre patientrelaterede samtaler. Derudover administrativt arbejde, læse og besvare mails, godkende varer, tjenestetidsplanlægning plus en del møder.

Eftermiddag: Briefing og gennemgang af patienter plus faglig sparring til personalet.

Kerneopgaven for de 10 sygeplejersker på R9 er at udføre kognitiv psykiatrisk sygepleje i tværfagligt samarbejde med bl.a. sosu-assisterenter, læger, psykologer og socialrådgivere.

“Vi er alle meget erfarne sygeplejersker. Og det gør en kæmpe forskel i hverdagen,” fortæller Louise Preisler, assisterende afdelingssygeplejerske.

Sammen med udviklingssygeplejerske Rikke Holsdorf, psykiatrisk sygeplejerske Birgitte Sønderborg og Bodil Svare Sørensen fortæller hun Grete Christensen om arbejdet i retspsykiatrien.

Rikke Holsdorf konkretiserer:

“Eksempelvis har nogle patienter en uhensigtsmæssig adfærd i og med, at de råber meget. Men det betyder ikke nød-

vendigvis, at de er aggressive. Det er blot deres vanlige adfærd. Og den forskel kan den erfarne sygeplejerske aflæse.”

Vægt på uddannelse

Samtalen skifter spor mod specialuddannelsen i psykiatrisk sygepleje. De seneste 10 år har R9 i gennemsnit sendt én sygeplejerske på specialuddannelsen i psykiatrisk sygepleje om året, fortæller sygeplejerskerne.

“Men det er ikke alle sygeplejersker, der vil på uddannelsen. F.eks. har nogle af de meget erfarne sygeplejersker stor viden på området og klarer sig fint uden specialuddannelsen,” pointerer Bodil Svare Sørensen. Grete Christensen nikker.

“Det er bestemt heller ikke alle, som skal



Afdeling R9 er omkranset af hegn. Ca. midt i selve afdelingen ligger akutstuen, som anvendes i forbindelse med tvang. Sygeplejerskerne anslår, at rummet kun bruges ca. en gang hver tredje måned. Der bruges kun tvang, når alle andre muligheder er udtømt.



“Vi fokuserer mere på patienternes ressourcer end på deres problemer. Det er konstruktivt for patienten. Og det gavner sygeplejen,” fortæller udviklingssygeplejerske på R9, Rikke Holsdorf (nummer 3 fra venstre).



På retspsykiatrisk afdeling R9 på Psykiatrisk Center Sct. Hans er patienterne i gennemsnit indlagt i fem år. "En af mine kæpheste er, at vi skal undgå alle mulige firkantede regler. Vi skal have så få restriktioner som muligt. Derfor må patienterne gerne have både mobiltelefon og computere, men det gælder ikke dem, der venter på dom, hvor retten har besluttet, at de har telefon- og brevkontrol," fortæller afdelingssygeplejerske Bodil Svare Sørensen (t.h.).

på specialuddannelsen. Men jeg synes, at man bør have et måltal, der siger, at en bestemt andel af sygeplejerskerne på en afdeling skal have uddannelsen," siger hun og fortsætter:

"Grundlæggende synes jeg, at vores mål ikke bare skal være flere sygeplejersker i psykiatrien, men også specialuddannelse til flere. Og så synes jeg, at det er oplagt at styrke forskningen i, hvad der virker i psykiatrien. Det kan eksempelvis ske ved delestillinger, hvor forskeren er nogle dage om ugen på arbejdspladsen og nogle dage om ugen på læreanstalten."

Der er konstant lyde fra afdelingen, som trænger igennem døren ind til kontoret. En

dør bliver lukket et sted, et andet sted er der én, som taler en smule højt.

Minimalt med tvang

Det er tydeligt, at de fire sygeplejersker fra R9 er både engageret og dedikeret i deres arbejde.

"Vi har meget fokus på nedbringelse af tvang. Vi bruger kun tvang, når alle andre muligheder er udtømte," fortæller Birgitte Sønderborg.

Louise Preisler supplerer:

"Vi ser ikke umotiveret vold. Det er meget sjældent. Mange af vores patienter er misbrugere. Og det er som regel i forbindelse med indtagelse af stoffer, at patienter



Der bor i alt 10 patienter på afdeling R9. Patienterne har hver deres værelse, men deler bad og toilet. Værelserne ligger på begge sider af en lang fordelingsgang, som skærer sig gennem afdelingen.



I aktivitetsrummet på afdeling R9 er der mulighed for at se fjernsyn, spille bordtennis og lægge puslespil. Hver torsdag i tidsrummet 13-14 afholder afdelingen stormøde. På mødet deltager læger, psykiatere, sygeplejersker, socialrådgivere, plejere og alle patienterne.

terne bliver psykotiske. Episoderne er næsten altid stofudløst."

Når en patient har været underlagt tvang, har personalet en eftersamtale med vedkommende. Og i den samtale sker det tit, at patienten selv tilkendegiver, at det var nødvendigt med tvangen, fortæller sygeplejerskerne.

"Igen; vi gør meget ud af, at afdelingen er et hospital og ikke et fængsel. Ofte kommer vores patienter direkte fra fængslet. Noget af det første, vi siger til dem, er, at vi ikke leger katten efter musen. Vi ønsker ikke at fange dem i at gøre noget forkert. Vi vil tværtimod hjælpe dem til et bedre liv," siger Rikke Holsdorf.

Kirsten Dalby Rasmussen er 56 år, uddannet fra Holbæk Sygeplejeskole i 1980, SD i uddannelse og undervisning i 1992, cand.pæd. i 2001. Siden 1992 ansat som underviser i sygeplejerskeuddannelsen, Professionshøjskolen Metropol.



Faster Else bliver indlagt

Min faster Else er en geskæftig ældre kvinde, som i første omgang afværgede begyndende symptomer på stress med selvterapeutisk ukrudtslugning. Alligevel sker det en eftermiddag, at hun får et ildebefindende og falder om ude i sin have. Fasters kæreste er heldigvis på besøg, og kommer tililende. Han finder hende forstumlet, hvid i hovedet og med hænderne knyttet foran på brystet. ”Skal jeg ringe efter en ambulance?” spørger han faster, men får ikke noget klart svar. Trods uvanthed med selvstændig beslutningstagen vælger han at ringe alarm.

Den venlige og rolige stemme spørger til lokalitet, skadedes tilstand, symptomer, omstændigheder og størrelse. Kæresten svarer efter bedste evne, men da samtalen når mulig størrelse på transportkasse, bliver han urolig. ”Er man begyndt at bruge kasser? Hun er altså ikke død,” udbryder han fortvivlet. Det opklares, at han i sin befipelse har tastet 1812, som er den nye dyreambulance.

I andet forsøg får han fat på 112. Der går en rum tid, idet paramedicinere, lægeambulance og helikopter lige skal have afstemt kernekompetencer i forhold til ydelsen. ”Tror, jeg vælger en transportkasse på 1812 næste gang,” tænker kæresten.

Endelig fremme på skadestuen er faster kommet til hægterne igen og nærter i første omgang enhver tale om indlæggelse. Men da hun erfarer at være inkluderet i noget med en pakke, fordi sammenhængende og optimerede patientforløb er vigtige for sygehuset, så vil hun da ikke være uhøflig ved ikke at tage imod denne gave. Tænk, at være årsag til et brud på kontinuiteten for det travle personale.

Næste morgen vækkes faster Else af Camilla, som fortæller, at hun er sygeplejestuderende og skal passe hende i dag. ”Jeg starter lige med at tage dine værdier,” smiler Camilla venligt. Faster rækker lynhurtigt ud efter sin håndtaske, medens Camilla fortsætter: ”For det er fokus for mit læringsudbytte i min portfolio denne uge.” Det forstår faster ikke helt, men får associationer til egen portefølje og aktionærudbytte, som gudskelov hviler trykt i Bank Lolland.

”Skal du så følge mig til undersøgelser i dag?” spørger faster Else. Camilla finder en tydeligvis godt brugt studieplan frem. ”Altså, kl. 8.00: tredje studiesamtale, kl. 9: fastlagt studieaktivitet, kl. 12: refleksionsøvelse og kl. 13: Journal Club,” opremses

Camilla. Faster er imponeret over planen og de fine begreber. ”Hvad betyder Journal Club?” vil faster gerne vide. ”Det betyder, at vi sidder inde på kontoret med vores lærer fra skolen og analyserer videnskabelige, engelske artikler om sygepleje,” forklarer

” Den venlige og rolige stemme spørger til lokalitet, skadedes tilstand, symptomer, omstændigheder og størrelse. Kæresten svarer efter bedste evne, men da samtalen når mulig størrelse på transportkasse, bliver han urolig.

Camilla beredvilligt. ”Jeg troede, I skulle lære at pleje patienter, når I er i praktik?” siger faster undrende. ”Nej, sådan var det i meget gamle dage,” griner Camilla, ”nu har vi sengestuer inde på skolen, hvor vi øver os på dukker, der kan programmeres, så de ligner rigtige patienter.”

”Men vi ses igen i morgen, Else, og så har jeg bedre tid; kun to timers undervisning og tre timers obligatorisk brandkursus,” fortsætter Camilla og forlader stuen med et: ”Ha’ en god dag.”

Fasters kæreste og jeg besøger en eftertænksom faster Else om aftenen. Godt nok har hun endnu ikke set noget til den lovede pakke, men synes, det er en smuk tanke at dele gaver ud til indlagte patienter. Det kan der være behov for. Dog har det affødt mere eksistentielle overvejelser: ”For mine børn har aldrig fået pakker, bare fordi de var syge, og ej heller kalendergaver. Jeg har vist været en rigtig dårlig mor,” sukker faster Else.

”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.

EFTERUDDANNELSE

MASTER i

Din vej til kommandobroen

Masteruddannelsen sætter fokus på den offentlige sektors særlige spille-regler og forventninger til de offentlige ledere. Du lærer nyt om ledelse og strategi og får plads til at reflektere over din organisation, din karriere og din personlige lederstil. Uddannelsen foregår i Odense og Aarhus og varer to år på deltid. Den er fleksibelt opbygget, så du kan strække den over seks år.

- Uddannelsen starter i september. ■ Ansøgningsfristen er 1. maj.
- Kontakt os på tlf. 65 50 43 20 eller e-mail: masteroffentligledelse@sam.sdu.dk

Læs mere på → sdu.dk/masteroffentligledelse

offentlig ledelse

INFORMATIONSMØDE

Syddansk Universitet i Odense
Tirsdag d. 19. marts kl. 15.30-18.30

FORSKNINGSBASERET EFTERUDDANNELSE



SYDDANSKUNIVERSITET.DK

KOMPETENCER. KARRIERE.

MASTERUDDANNELSER

på Institut for Uddannelse og Pædagogik (DPU).
I Aarhus og København.



AARHUS UNIVERSITET

Informationsmøder:

København 21. marts
Aarhus 20. marts

Ansøgningsfrist: 1. maj.

Læs mere på
edu.au.dk/master

Kollega søges

Faglig leder af Sundhed og Pleje på Læsø, sygeplejerske Dorthe Hammerich, skrev i en mail til *Sygeplejersken* den 1. marts: "Vi mangler sygeplejersker og vil gerne have jeres hjælp. Kom til Læsø og lav en artikel om og med os." Den opfordring sad redaktionens fotograf ikke overhørig og pakkede straks sit fotogrej og tog af sted.

Netop den flotte natur er et af de goder, der følger med et job som øsygeplejerske. "Jeg flyttede selv til Læsø for halvandet år siden, jeg havde intet kendskab til øen, men blev lokket af et spændende stillingsopslag. Og jeg har ikke fortrudt," siger Dorthe Hammerich. Døgnglejen på Læsø er øens største arbejdsplads med ca. 80 medarbejdere, heraf seks sygeplejersker. (sbk)





FOTO: SØREN HOLM

Et spørgsmål om at lære at lære

Vejlederens etiske ansvar kan beskrives som et ansvar for at være undersøgende og åben over for den anden med en vished om, at det, vi hører, møder og erfarer, aldrig er det samme, som det vi har hørt, mødt og erfaret tidligere.

Bogens første del "Vejledning og møder med det uforudsete" tager vejledningens mange facetter op på både ud fra teoretiske analyser og praktiske eksempler. Her ser vi, hvilke intentioner og holdninger der ligger bag den gode vejledning, men vi ser også, hvor svær vejledning til tider kan være trods gode intentioner.

"Vejledning og vores tid" hedder bogens anden del. Her belyses, hvordan samfundsudviklingen har været op gennem de 20. århundrede, hvorledes vejledning er blevet en del af den pædagogiske praksis pga. en vidensudvikling og en vidensforandring, hvor viden ikke mere er en konstant, og kundskabstegnelse snarere bliver et spørgsmål om at lære at lære.

I dette perspektiv bliver vejledning også en etisk praksis, hvor det mellemneskelige og kommunikative samvær kommer i centrum. Det indebærer, at vejlederens kompetencer nødvendigvis må ses i et holistisk perspektiv.

Bogens tredje del har hovedoverskriften

"Vejledning og kollektive processer". Her ser vi på, hvad profession er for et begreb, og hvordan det har udviklet sig frem til vor tid. De forskellige kundskabssyn inden for lærerprofessionerne bliver gennemgået. Vi får gennemgået nogle undersøgelsesresultater, der viser, hvordan mentorfunktion i børnehaver bidrager til individuelle og kollektive læringsprocesser og udvikling af børnehaverne. I en professionel organisation kan vejledning som en refleksions- og samtalemethode skabe udvikling og forandring, ikke blot for den enkelte medarbejder, men for hele organisationen. Til sidst tegnes der et sammenfattende billede af, hvordan vejledere kan udvikle deres vejlederkompetence, og hvilke barrierer der skal overvindes.

Bogen giver ikke opskriften på den gode vejledning, men den giver stof til inspiration og eftertanke for den, som ønsker at udvikle sin vejlederkompetence.

Skal jeg komme med en lille kritisk finte, går den på bogens titel. Vejledning er ikke under nye vilkår. Vejledning er en del af de nye vilkår, hvilket bogens indhold til fulde bekræfter.

Af Jens Bydam, sygeplejerske, cand.phil.



Thorbjørn J. Karlsen (red.)

Vejledning under nye vilkår

Skabende processer i mødet mellem vejleder og den vejlede

Forlaget Klim 2012

231 sider - 269 kr.

ISBN 9788771291537

Alternativ virken virker - måske

Hvad er det, der gør alternativ behandling tiltrækkende for mennesker fra alle lag i samfundet?

Det er det bærende spørgsmål for Pedersen, og jeg kan fuldt ud tilslutte mig den undren, der ligger bag. Hvorfor vælger omkring halvdelen af den danske befolkning at bruge milliarder på udokumenteret alternativ behandling i et land, hvor al behandling er gratis og relativt lettilgængelig?

Bogen bygger på samtaler med 18 alternative behandlere indenfor akupunktur, zoneterapi og mindfulness. Derudover er 46 brugere af samme behandlingstilbud interviewet og har skrevet dagbogsnotater. Undersøgelsen demonstrerer, at det er uhyre vanskeligt at besvare bogens hovedspørgsmål præcist. Dertil gives der alt for mange svar.

Pedersen opdeler informanterne i forhold til to temaer. Den ene gruppe lægger vægt på mobilisering af egne ressourcer, og ord som balance, selvheling og lindring er centrale. Den anden

gruppe prioriterer generelt velbefindende, forebyggelse, forkælelse og livsstil.

Vurderingerne, som de interviewede tildeler deres behandling, gives ud fra vidt forskellige kriterier. Desuden er brugerne, også dem, som ikke har fået løst deres primære problem, tolerante og medregner fremtidige effekter.

I et forsøg på at indfange de multiple effekter af behandlingerne, som brugerne nævner, foreslår Pedersen at anvende begrebet "virken", der ses som en proces, hvor årsag-virkning ikke søges forklaret, men som fokuserer på, hvad brugerne oplever i et behandlingsforløb.

Der er en interessant analyse af mulige grunde til, at kliniske undersøgelser ikke kan forklare, at der er en virkning, som registreres. For det første er alternativ behandling ikke standardiseret, som randomiserede undersøgelser kræver, så man kan ikke forvente og måle samme effekt. Desuden er den virkning,

Styrken er også svagheden

Er det muligt at skrive en grundbog i akut sygepleje for sygeplejestuderende, der både har en stærk forankring i praksis, en høj sygeplejefaglighed, og som samtidig henviser til den nyeste litteratur og artikler? Det er en svær opgave, men ikke desto mindre formår bogens 18 forfattere at løse den på fornem vis.

Udgangspunktet i alle kapitler er en relevant case som appetitvækker. Derefter kommer et teori-afsnit med løbende henvisninger til casen, hvor forfatterne også inddrager figurer på en god måde. De enkelte kapitler er opbygget efter ABCDE-princippet, hvilket er en klar styrke, idet læseren guides til at undersøge, observere og behandle patienten efter dette princip, uanset om patienten er luftvejstruet, har et hovedtraume eller er nyopereret efter et akut abdomen. Forfatterne viser, at tingene hænger sammen, idet de enkelte sygdomsforløb skildres som meget komplekse.

Den sekundære målgruppe er sygeplejersker, der møder akutte situationer i hverdagen. Bogen kan skabe et hurtigt overblik, men selve indholdet er for

tyndt for den rutinerede sygeplejerske, der vil trænge dybere ind i problemstillingerne, men litteraturhenvisningerne kan give god inspiration til fordybelse. Bogens styrke er også dens svaghed. Lige så velvalgte de enkelte cases er, lige så overdrevent eksemplariske kan de fremstå. Set ud fra et pædagogisk hensyn er det hensigtsmæssigt, mens især en af casene virker usandsynlig, når man tager udgangspunkt i praksis. Der er også en del gentagelser af f.eks. ABCDE og ISBAR. Her ville jeg have foretrukket, at emnerne blev uddybet i et enkelt hovedafsnit, og at de enkelte forfattere ville henvise til afsnittene med en sideangivelse. Desuden har der desværre indsneget sig enkelte faktuelle oplysninger, der er direkte forkerte, og der bør udarbejdes et rettellesblad snarest.

*Af Henrik List, produktspecialist,
anæsthesisygeplejerske,
Smiths Medical Danmark.*



Susanne Jastrup (red.)

Akut sygepleje

Munksgaard 2012

264 sider - 299,00 kr.

ISBN 9788762811423

som brugere af alternativ medicin mærker, præget af relationen mellem patient og behandler. Ydermere inddrages placeboeffekten ikke.

Afslutningsvis argumenteres for, at alternativ medicin har en særlig rolle i samfund, hvor stadigt flere får mentale lidelser og kroniske sygdomme. I lyset af den uomgængelige kronicitet bliver jagten på trivsel og velbefindende vigtigere end helbredelse.

*Karen Ellen Spannow,
sygeplejerske og etnograf.*



Inge Kryger Pedersen

Kampen med kroppen

Aarhus Universitetsforlag 2012

144 sider - 199,95 kr.

ISBN 9788771240429



DELTA I DELEGERETMØDE I DSA

DSA indkalder til ordinært delegeretmøde:

Tirsdag 4. juni 2013 kl. 10.00

Park Inn
by Radisson
Copenhagen Airport,
Engvej 171,
2300 København S.

Kom og vær med

Delegeretforsamlingen er a-kassens øverste politiske myndighed og fastlægger bl.a. kontingentet. Alle medlemmer af DSA kan overvære delegeretmødet som tilhører – dvs. uden tale- og stemmeret. Du skal tilmelde dig ved at sende en mail til dsa@dsa.dk med dit navn og fødselsdato senest 28. maj 2013.

Send dit forslag

Som medlem kan du også sende forslag til behandling under dagsordenens punkt 9. Du skal sende dit forslag til dsa@dsa.dk senest 30. april 2013 kl. 12.00. Som forslagsstiller har du taleret, når dit forslag bliver behandlet.

→ Læs mere om hovedbestyrelsens arbejdsopgaver på dsa.dk

Dagsorden:

1. Velkomst
2. Valg af dirigent
3. Valg af stemmetællere
4. Godkendelse af dagsorden
5. Godkendelse af forretningsorden
6. Beretning
7. Regnskab
8. Fastsættelse af administrationsbidrag for 2014
9. Behandling af indkomne forslag
10. Eventuelt



**DANSKE
SUNDHEDSORGANISATIONERS
ARBEJDSLØSHEDSKASSE**



BackUp Helsepersonell

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

Sommer 2013 i Norge?

Mange ledige oppdrag hele året - søk nå!

Vi søker:

- Sykepleiere
- Spesialsykepleiere
- Helsefagarbeidere
- Medisinstudenter
- Sykepleierstudenter

Vi tilbyr:

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

Lønnsutbetaling hver 14. dag

Registrer din kandidatprofil innen 01.06 | Vinn reise til NOK 10.000,-

** Kontakt oss for mer info om betingelser!*



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

www.backup-helse.no

BackUp[®]
Helsepersonell

- ALLTID DER -



Bio-Oil® er en hudpleje olie, som hjælper med at forbedre udseendet af ar, stræk-mærker og ujævne hudnuancer. Den indeholder planteekstrakter, vitaminer og den banebrydende ingrediens PurCellin Oil™. For yderligere produktinformation og resultater af studier besøg bio-oil.com. Bio-Oil® er det bedst sælgende produkt inden for ar og strækmærker i 11 lande.* Vejl. pris 119,95 for 60 ml.

Bio-Oil® distribueres i Danmark af Cederroth A/S. For spørgsmål og kommentarer vedrørende Bio-Oil® ring 43 66 40 00 eller mail til danmark@cederroth.com

*se bio-oil.com

En snegl på vejen

AF MARIE STEGGER SCHMIDT, SYGEPLEJESTUDERENDE

Når man som studerende har overstået modul 12, forventede jeg, at modul 13 ville kunne bidrage yderligere positivt til min uddannelse.

Sygeplejerskeuddannelsen beskriver modul 13 som et modul, hvor den studerende har mulighed for fordybelse eller toning af uddannelsen samt sygeplejefaglig udvikling.

Jeg har valgt at tage valgmodulet i en anden landsdel, end hvor min skole ligger. Det er utroligt, hvor forskellig viden vi som studerende ender ud med til trods for, at vi har den samme uddannelse. Et har vi dog til fælles, et 13. modul, desværre fyldt med frustration og spildtid.

Når jeg taler med andre studerende, der tager andre valgfag, samt nyuddannede sygeplejersker, lyder det, som om de har haft selvsamme negative oplevelse af modulet.

Mit modul 13 har kun budt på tre workshops a 3 timer, 4 timers observation på en afdeling og en fremlæggelse på 10 min. Alt dette fordelt på 6 uger. Da jeg kommer fra en uddannelse, der af uvis grund har valgt, at deres studerende på 13. modul ikke skal til eksamen, skal jeg heller ikke lave noget skriftligt materiale som afsluttende intern prøve. Men selv de studerende, der skal skrive denne opgave på fem sider, må have mere end god tid til at producere dette.

Det undrer mig, at man ikke udnytter dette modul som et forstadium til BA. De studerende kunne blive eksperter i litteratursøgning. Evt. kunne man udbygge det kliniske modul, eller hvis det endelig skal være - en omstrukturering, så farmakologi bliver implementeret tidligere i uddannelsen, hvilket er mit indtryk, mange sygeplejестuderende ved alt for lidt om.

Jeg forstår, dette modul fordrer selvdisciplin, da en stor del af modulet er selvstudie. Trods dette har jeg svært ved at se, hvordan man kan optjene så mange ECTS-point.

For at udnytte tiden er jeg begyndt at søge litteratur til mit BA-projekt. Det er en frustrerende tid, når man som studerende rigtig gerne vil lære og få det optimale ud af sin uddannelse.

Jeg tror, det er en vigtig debat at tage op, så de næste studerende kan få det fulde udbytte af deres moduler.

For at føle, at jeg bidrager lidt til valget, har jeg bagt kanelnegle til min valgfagsgruppe. Derfor overskriften.

Marie Stegger Schmidt er sygeplejестuderende på modul 13, Sygeplejerskeuddannelsen i Roskilde.

AF JONNA FRØLICH, FORMAND FOR SYGEPLEJERSKEUDDANNELSENS LEDERNETVÆRK

Svar

Kære Marie Stegger Schmidt

Jeg kan kun beklage, at du oplever, at det valgfag, som du har gennemgået, ikke har været medvirkende til at bidrage positivt til din uddannelse. Det er heldigvis ikke den samme negative oplevelse, som vi som uddannelsesledere generelt hører fra de studerende.

Modul 13 er netop tænkt som en mulighed for den studerende til at supplere sin uddannelse med det faglige indhold, som den enkelte har oplevet, der mangler. Desuden er modulet tænkt som den studerendes mulighed for at fordybe sig som en forløber til sit bachelorprojekt.

Enkelte udbudssteder af sygeplejerskeuddannelsen gennemfører p.t. en forsøgsordning, hvor bl.a. den afsluttende prøve på modul 13 er afskaffet. De læringsudbytter, der fremgår af den nationale studieordning for modul 13, demonstreres derfor i stedet ved afslutning af modul 14 i forbindelse med bacheloreksamen. På modul 13 er der tale om fagområdet Sygepleje.

Forsøgsordningen er godkendt af ministeriet, og bekendtgørelses rammer opfyldes, idet der fortsat afholdes en prøve efter det afsluttende semester, dvs. efter endt modul 14.

Forsøget på modul 13 gennemføres af University College Sjælland på udbudsstederne i Roskilde, Slagelse, Næstved og Nykøbing F. og af University College Lillebælt på udbudsstederne i Vejle, Odense og Svendborg.

Forsøgsperioden er fra ultimo august 2012 til ultimo januar 2014. Der indgår derved tre hold studerende fra hvert af de respektive udbudssteder. Forsøget evalueres af EVA (Danmarks Evalueringsinstitut).

Hensigten med denne forsøgsordning har været at undersøge, hvorvidt det er muligt at reducere antallet af prøver gennem sygeplejerskeuddannelsen og samtidig arbejde med uddannelsens læringsudbytter.

Jeg er vidende om, at modul 13 afvikles med forskellige rammer rundt omkring, og at også flere udbudssteder giver mulighed

for selvtilrettelagte valgfag. Det er godt at høre, at du selv har taget initiativ og er gået videre med forberedelserne til dit eget bachelorprojekt. Jeg håber desuden, at du adresserer denne konkrete kritik til rette sted.

Rettelse

Jens Bydam, som i Sygeplejersken nr. 3/2013 skrev debatindlægget "Direktionen lod sig rive med", er tidligere leder af sygeplejerskeuddannelsen i Københavns Amt. Det fremgik ikke helt tydeligt af debatindlæggets efterskrift.

Redaktionen.

Overbelægning skal stoppes

Patienter, sygeplejersker og læger står nu sammen om at få gjort op med den voldsomme overbelægning på landets sygehuse. Dansk Sygeplejeråd, Lægeforeningen og Danske Patienter har lavet en hjælpepakke til de ansvarlige politikere. Der skal bl.a. være her-og-nu-stop for nedlæggelse af medicinske senge, og sygeplejen i kommunerne skal styrkes.

"Bør man ikke også snart bruge patientsikkerhedsforskningen til at danne evidensbaserede normeringer i stedet for de arbitrære? Og måske forholde sig til, at der under strejken var et flertal af københavnske afsnit, der ikke kunne opretholde nødbemandingen?"

"Og i øvrigt er dette jo ikke noget nyt - denne problematik har stået på i årevis..."
"Jeg synes, at det mest frustrerende er, at en uholdbar situation i hjemmet er blevet en diagnose, og at disse patienter indlæg-

ges der mange af på min arbejdsplads. Jeg har oplevet, at patienter bliver indlagt pga. uholdbar situation i hjemmet pga. personale ikke er oplært i at give sondemad og til en borger, der stiller for mange krav. De tager plads fra syge personer, som virkelig har brug for god behandling, pleje og omsorg. Tror det ville lette en del på de medicinske afdelinger, hvis disse patienter ikke ligger og "fylder", og at der i stedet fandtes et tilbud til sådanne patienter."

"Vi vil gerne hjælpe til i kommunerne, bare vi så kunne få ekstra kollegaer og ikke mindst slippe for det tidstyranni, som der er kommet herude. Jeg står personligt ofte i dilemmaet, hvor en borger er for dårlig til at være hjemme, men for "god" til at blive indlagt. Ofte har de ældre ikke et netværk i nærheden af dem selv, der kan være i hjemmet som støtte ved middelsvær sygdom. Så bliver valget desværre indlæggelse."

"Hvorfor skal patienterne, pårørende og vi igennem det her hver vinter? Jeg fatter ikke at man ikke kan være bare LIDT forudseende og sørge for ekstra bevillinger til sygehusene i spidsperioder. Man behøver jo ikke at være økonom for at kunne regne ud, at det må da være mere hensigtsmæssigt og billigere ... Hvis man virkelig gider kigge på de muligvis usynlige tal: højere sygdomsfravær blandt det faste personale, ekstra indlæggelsesdage pga. dårligere planlægning, som skyldes overbelægning og øget pres på personale, øget patientstress med længere behandlingstid pga. bl.a. søvnmangel og ikke mindst et øget antal utilsigtede hændelser (de er bare ikke meldt, da der er endnu mindre tid til at gøre det!)"

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

MINDEORD

Inge Lise Bøyesen

Ledende sundhedsplejerske Inge Lise Bøyesen døde fredag den 18. januar 2013 efter en kortere sygdomsperiode. Desværre var kræften vendt tilbage. Inge Lise har været ansat i Albertslund Kommune i godt 31 år. I de seneste 14 år som ledende sundhedsplejerske. Inge Lise var med sit rolige væsen, saglige og analytiske facon med til at få sundhedsplejen til at blomstre i kommunen på trods af nedgangstider. Hun fremhævede altid, at det var vores fælles for-tjeneste, at det lykkedes.

I oktober 2012 indstillede vi Inge Lise til prisen som årets sundhedsplejerske. Hun fik ikke prisen, men sagde på sin sædvanlige måde "at det var også lige meget, og at det vigtigste var, at vi havde indstillet hende." På det tidspunkt vidste vi ikke, at kræften havde fat, men vi er meget glade for, at vi nåede at vise hende den tillidsklæring for godt lederskab og evne til at samarbejde med kommunen og udvikle sundhedsplejen i Albertslund. Inge Lise valgte bevidst "den åbne dør". Hun var tilgængelig og lagde vægt på at give os fagligt og personligt med og modspil. Vi savner Inge Lise meget, men mærker også, at Inge Lise har sat sit spor i sundhedsplejen og på os hver især personligt. Vi har hende med os på hver vores måde indeni.

Vores tanker går til Inge Lises familie, som selvfølgelig mærker et savnet endnu mere.

Personalet i sundhedsplejen i Albertslund Kommune.

SILENTIA SKÆRMSYSTEM

Rent design, fleksibel funktion



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

EasyClean™
Let at rengøre

EasyReturn™
Let at folde sammen og trække ud

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

EasyClick™
Mobil eller fast monteret



SKÆRMER AF UDEN AT LUKKE INDE

Silentia ApS - Tel: 39 90 85 85 • info@silentia.dk • www.silentia.dk

BESVÆR MED MAVEN?

TASTY FIBRES FROM PSYLLIUM HUSKS

Ja Nej

- Sprødt
 Klistret
 Effektivt



Nyt kosttilskud på APOTEKET
BESTIL GRATIS VAREPRØVER

Biodane Pharma A/S

Tlf.: 75 555 777

www.biodanepharma.com

NAVNE

Hæder til duftfri afdeling

Afdelingssygeplejerske Anne Grethe Larsen, Geriatrik Afdeling 16B, Næstved Sygehus, har på vegne af medarbejderne modtaget hæder for at have gennemført, at afdelingen er duftneutral.

MCS Foreningen står bag tildelingen. Foreningen er en patientforening for duft- og kemikalieoverfølsomme mennesker, der arbejder på at skabe et duftfrit offentligt rum. I begrundelsen for at hædre afdelingen hedder det bl.a.:

"Der skal tages størst muligt hensyn til de mennesker i vores samfund, der ikke kan "forsvare" eller bestemme over sig selv, dvs. både børn og unge, gamle og syge. Vi sætter derfor meget stor pris på tiltaget i Næstved, hvor man på geriatrik afdeling ikke ønsker, at personalet møder på arbejde med parfume på - skulle det ske ved en fejl, bliver de sendt ned i bad."

Afdelingens duftpolitik indebærer bl.a., at personalet er duftneutralt i arbejdstiden, dvs. undlader at bruge nogen form for parfumerede produkter, før de møder på job, og at indlagte patienter anvender duftneutrale cremer, deodoranter, hårplejeprodukter mv. Desuden anvendes duftneutrale rengøringsmidler på afdelingen, og besøgende opfordres til at være duftneutrale under opholdet. Evt. medbragte duftende blomster placeres på gangen.



PRIVATFOTO

Afdelingssygeplejerske Anne Grethe Larsen hædret for at sikre en duftneutral arbejdsplads.

*Jeg er alkoholiker
– men jeg drikker
ikke mere*

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

Ole "Bogart" Michelsen



4 centre – også ét tæt på dig

Døgntelefon
70 20 40 80

www.tjele.com

Nominerede til international pris

Sårsygeplejerskerne Rie Nygaard og Susan Jørgensen, hhv. Sorø og Holbæk Kommuner, er indstillede til en international sårpris, Journal of Wound Care Award 2013, for gennem en effektiv indsats at forebygge sår hos ældre danskere – og dermed spare kommunerne for millioner af kroner.

Sammen driver de to sårsygeplejersker firmaet QualiCare, hvorigennem de har udviklet et koncept, som sikrer, at de rigtige kommunale fagpersoner kender de første sygdomstegn, når de har brug for det, så de kan forebygge frem for at behandle. Konceptet er kompetenceudvikling af alle kommunens relevante medarbejdergrupper gennem e-læring, og det er en billig og effektiv efteruddannelse, som hjælper til at forhindre, at sår opstår.

De to sygeplejersker er som de eneste danskere nomineret til prisen i kategorien Professionel Uddannelse, fordi det er

lykkedes dem via deres koncept at hjælpe en række danske kommuner med at begrænse udviklingen af sår hos ældre borgere. Det sparer borgerne for smerterne og kommunernes hjemmepleje for dyre ekstraydelser. Ekspert i sår vurderer, at Danmark helt kan undgå forventede øgede årlige udgifter til sår på ca. 220 mio. kr. i 2020, hvis hele landet følger metoden.

Rie Nygaard og Susan Jørgensen samarbejder gennem deres firma i øjeblikket med 11 danske kommuner om borgernes mange sår, og de har samlet tilstrækkelig dokumentation til at kunne fastslå, at deres koncept virker. I Ringkøbing-Skjern Kommune har de i dag kun halvt så mange tryksår som for få år siden, og i Sorø Kommune ville sygeplejerskerne have brugt op imod halvdelen af deres arbejdstid på sår, hvis ikke det var for samarbejdet med QualiCare. I dag går kun 10 pct. af tiden med sår.

Redaktion Jette Bagh, cand.cur., fagredaktør

I sektionen "Fag" bringer vi ca. 55 faglige artikler om året. Artiklerne beskriver praksis, forskning, teorier og udviklingsarbejder. Artiklerne er hovedsageligt skrevet af sygeplejersker, men også af andre sundhedsprofessionelle.

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



- FRA SYGEPLEJERSKE TIL SYGEPLEJERSKE

Praksis fra mange vinkler

"Fra forsker til fag" beskriver denne gang en forsker, som startede med at beskæftige sig med tryksår og i december 2012 forsvarede sin ph.d.-afhandling om at fortsætte eller ophøre med livsforlængende behandling hos patienter indlagt på intensivt afsnit.

De fire portrætter af sygeplejersker med en ph.d.-grad, der har været bragt i *Sygeplejersken* i 2013, afslører meget forskellige forskerforløb og karrierer og peger på, at støtte fra ledere er vigtigt, hvis en forskeruddannelse står højest på ønskeseddelen. Læs mere side 71.

At have et barn med svær epilepsi er krævende, derfor er det godt, at maden nu kan udgøre behandlingen. På Filadelfia i Dianalund går personale og familie i køkkenet sammen, og familien oplæres i ketogen diæt, der kan minimere anfaldsfrekvensen og give det enkelte barn mere ro. Det nære samarbejde med den enkelte familie er væsentligt og en forudsætning for, at behandlingen kan lykkes. Læs mere side 74.

Udvikling af en klinisk retningslinje skulle føre til evidensbaserede anbefalinger for, hvordan og hvor hyppigt forbindingen omkring et nefrostomikateter bør skiftes. Men så let gik det ikke, der var ganske enkelt ikke litteratur nok om emnet, og den, der var, havde ikke tilstrækkelig tyngde. Derfor ser artiklen "Bandagering og hudpleje ved nefrostomikatetre" side 80 ud, som den gør. Der kom forslag til en fremgangsmåde for bandageskift ud af det, og den må læseren anvende, indtil mere forskning leverer entydige anbefalinger.

Sengebadet var det store dyr i åbenbaringen, da jeg var sygeplejeelev i det forrige århundrede. Man skulle til eksamen i det, og ingen detaljer i den skrantende menneskekrop måtte overses, hvis man ville videre i det disciplinerende system, der hed sygeplejerskeuddannelsen.

Men praksis er under forandring. Kun de allerdårligste patienter er på hospitalet, og de bliver sjældent sengebadet af en sygeplejerske. Så hvordan, hvor og til hvad skal fremtidens sygeplejersker egentlig uddannes? Det spørger forfatterne om i artiklen på side 86.



Sygeplejerske,
cand.cur., fagredaktør.



Bøj nakken og synk

AF SUSANNE VÆGGEMOSE, SYGEPLEJERSKE, OG HANNE CAROLINE KNUDSEN,

På intensiv afdeling på Aarhus Universitetshospital er der udarbejdet en tværfaglig retningslinje til daglig stimulation af ansigt, mund og svælg. Hensigten er at forebygge dysfagi hos intuberede patienter.

Gennem et tværfagligt projekt i intensivregi er der udarbejdet fælles retningslinjer for daglig stimulation af ansigt, mund og svælg, som kan forebygge dysfagi hos intuberede patienter og derved nedsætte risikoen for aspirationspneumoni.

Projektet udspringer af en undren over, hvorfor ucuffede tubede patienter fejlsynker og derved aspirerer til lungerne med pneumoni til følge. En tværfaglig gruppe bestående af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, ergo- og fysioterapeuter samt en læge besluttede at finde ud af, hvordan vi kunne optimere den daglige sygepleje i relation til indtagelse af væske per os hos de intuberede ucuffede patienter.

Undersøgelser viser, at der ved inaktivitet over kort tid sker en reduktion af antallet af synapser i hjernen i de områder, som ikke stimuleres. Det gælder f.eks. ansigt, mund og svælg. Hos patienter på intensiv afdeling, som er intuberede eller har trakealkanyler, er det derfor væsentligt at give stimulation til disse områder.

Af fysiologiske ændringer har manglende evne til hovedkontrol i normalstilling og ændret siddestilling stor betydning. Ydermere ses ofte en fikseret hovedstilling i ekstension, og erfaringsmæssigt er dette også afhængigt af, hvilke katetre der har indløb ved halsen.

Trakeostomien går udenom de øvre luftveje, og der sker en ændret stimulation af disse strukturer, hvorved lugte- og smagssansen nedsættes. Det "døde rum" er kortere og respirationen ofte hurtigere med mindre inspiratoriske luftmængder. Sensibiliteten i thrachea nedsættes, og der ses nedsat bevægelighed af strubehovedet. Des-

Sådan vurderes artiklerne til FAG

Teori & Praksis har været gennem fagfællebedømmelse

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

Faglige artikler er godkendt efter sygeplejefaglig vurdering og vejledning

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

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

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

uden vil der ofte være øgede mængder af sekret. Ydermere har bevidsthedsniveauet betydning for, om det er muligt at indtage ernæring per os uden risiko for aspiration. Ligeledes om man kognitivt er påvirket af f.eks. intensivt delirium. En del patienter kan via kompensatoriske strategier klare at synke med meget lille risiko for at fejlsynke. Disse strategier vil mange kognitivt påvirkede patienter have svært ved at benytte (1).

For at imødegå ovenstående problemstillinger har vi tværfagligt udarbejdet forskellige procedurer:

1. Stimulation af ansigt og mund, som udføres to gange dagligt af plejepersonalet.
2. Før påbegyndelse af oral ernæring udføres en vurdering af patientens synkefunktion, mulig indtagelse per os, og om der er behov for ergoterapeutisk træning af dysfagi ud fra en vandtest-algoritme.
3. Mulighed for specielle lejringspuder til at optimere hoved/nakkestilling. Afdelings fastansatte fysioterapeut laver øvelser for nakkemusculatur to gange dagligt og assisterer ved lejringer.
4. Mulighed for at stimulere med steril vand tilsat kulsyre lavet på Sodastream maskine, idet dansk vand indeholder mere syre og dermed har en tilbøjelig-

hed til at udtørre mundslimhinderne mere end vand med neutral pH-værdi (2).

Efter et halvt år med øget fokus på øvelser af nakkemusculaturen, lejringer af hovedet, korrekt siddestilling, mundstimulation, vandtest og ergoterapeutisk træning har vi oplevet færre aspirationspneumonier. Ergoterapeuterne har et bedre udgangspunkt for genoptræningen, og plejepersonalet har en vandtest-algoritme, der viser, om patienten fejlsynker eller ej.

Susanne Kronborg Væggemose er intensivsygeplejerske på Aarhus Universitetshospital, OVITA; susavaeg@rm.dk
Hanne Caroline Knudsen er ansat samme sted.

Litteratur

1. Kjærsgaard A. Ansigt, mund og svælg – Undersøgelse og behandling efter Coombes konceptet. København: Munksgaard; 2008.
2. <https://e-dok.rm.dk> > Århus Universitetshospital > Anæstesiologisk Afdeling Århus > forebyggelse af fejlsynkning hos intuberede patienter > Aarhus Universitetshospital > Anæstesiologisk afdeling Aarhus (5) > åbn dokument nummer 9.3.24. Samme fremgangsmåde ved vandtest (6) 9.3.24.1 og (2) lejringspude til nakke 9.12.10.

Ernæring til patienter med svær hjerneskade

Tre anbefalinger for ernæringsbehandling til voksne patienter over 18 år med svær erhvervet hjerneskade i den akutte og sub-akutte rehabilitering er nu at finde i en klinisk retningslinje.

Ca. 30 pct. af alle patienter på danske sygehuse er underernærede, skønner Sundhedsstyrelsen. I højeste ernæringsmæssige risiko er patienter med kranietraumer og patienter i intensivt regi. Da energibehovet er væsentligt forhøjet hos patienter med hovedtraume, er der god grund til at være opmærksom på ernæringsmæssig behandling for at opnå sufficient ernæring til denne patientgruppe så hurtigt som muligt.

De første anbefalinger lyder, at patienten med svær hjerneskade opstarte skal ernæring indenfor 36 timer. Ernæringen kan gives i sonde via næse eller mund eller via PEG sonde. Dette er en fordel vurderet ud fra funktionsniveau, mortalitet og indlæggelsestid. Hovedgærdet bør eleveres til 45 grader, da det mindsker risikoen for ventilatorassocieret pneumoni (VAP).

(jb)

Læs hele retningslinjen på www.cfkr.dk
 > [godkendte retningslinjer](#) > [ernæring](#).

Kirsten Stallknecht Prisen 2013

Find og indstil en kandidat til Kirsten Stallknecht Prisen

Der er ytringsfrihed i luften i denne tid. Ingen sygeplejersker lever dog under beskyttelse af PET, fordi de har ytret sig kontroversielt eller meget direkte. Men der er sygeplejersker, som har sagt deres mening og fået ørerne i maskinen, og hvem af dem skal have Kirsten Stallknecht Prisen 2013?

Det er syvende gang, prisen skal finde en ejer, og kriterierne for at blive indstillet til prisen er, at sygeplejersken inden for de to sidste år har

- brugt ytringsfriheden til at markere sig i den offentlige debat om sygeplejefag-

lige, etiske og/eller sundhedspolitiske problemstillinger for at forbedre sygeplejerskers arbejdsvilkår eller de sundhedsmæssige vilkår for særlige patient- eller befolkningsgrupper

- benyttet sin ytringsfrihed i radio, tv, landsdækkende eller lokale dagblade eller i fagbladet Sygeplejersken.

Prisen er på 10.000 kr. og en gave. Læs, hvordan du indstiller din kandidat i *Sygeplejersken* nr. 2/2013 på side 55, eller i nr. 3/2013 på side 59.



Systematisk kompetencestrategi fremmer udvikling af praksis

Etableringen af Internt Metodekursus på Medicinsk Afdeling på Vejle Sygehus har vist sig at udvikle sygeplejen og fremme koblingen mellem teori og praksis. Kurset er nu blevet et fast tilbud til sygeplejerskerne.

AF JANNIE CHRISTINA FRØLUND, CAND.CUR., OG KIRSTEN DAMGAARD BISGAARD, CAND.CUR., MPM

I Medicinsk Afdeling på Vejle Sygehus indledte vi i 2010 et systematisk arbejde med kompetenceudvikling. Det centrale omdrejningspunkt var at etablere en tæt kobling mellem kompetenceudvikling og de uddannelses- og udviklingsmæssige initiativer, der foregik i afdelingen. Samtidig oplevede flere sygeplejersker manglende forudsætninger for udarbejdelse af kliniske retningslinjer, instrukser, patientinformationer m.m. og efterspurgte i den forbindelse viden på området. Derfor etablerede vi Internt Metodekursus, som kobler teori og praksis og målrettet sikrer, at sygeplejerskerne har viden og kompetencer indenfor udviklingsområdet.

Formål

Formålet med Internt Metodekursus er at give sygeplejersker med interesse for udvikling mulighed for kompetenceudvikling inden for forskellige kvantitative og kvalitative metoder.

Kurset giver mulighed for, at sygeplejerskerne gennem integration af praksiserfaring og en udviklingsbaseret tilgang

- opnår forståelse for og indsigt i forskellige kvantitative og kvalitative metoder
- udvikler kompetence til at indgå i udviklingsarbejde.

Kursusform og indhold

Internt Metodekursus afholdes som heldagsarrangement fordelt på to moduler af fem dages varighed. Det omhandler kvalitative og kvantitative metoder inden for udviklingsområdet. Med henblik på at styrke praksisorientering og kompetencetilegnelse tages

udgangspunkt i sygeplejerskernes egen praksis, og der tilbydes vejledning ad hoc. Undervisningsformen består derfor af oplæg, øvelser og arbejde med egne mindre projekter.

Evalueringsmetode

Internt Metodekursus evalueres gennem spørgeskemaundersøgelser i umiddelbar forlængelse af kurset med særligt fokus på deltagerens vurdering af undervisningsformen, materialet, underviseren, udbyttet, og hvilken relevans de mener, det har for klinisk praksis. To måneder efter kursets afslutning evalueres dets effekt, således at der har været tid til at eksperimentere med det lærte.

Konklusion og perspektivering

Internt Metodekursus er gennemført to gange. Første gang i perioden fra september 2010 til april 2011, hvor 16 sygeplejersker fulgte kurset. Anden gang i perioden september 2011 til marts 2012, hvor 19 sygeplejersker fulgte kurset.

Samlet peger evalueringen på, at Internt Metodekursus er et godt tilbud, der kan medvirke til at øge kvaliteten af fremtidige udviklingsopgaver. Det skyldes dels kursets form og dels indholdet, hvor teori bliver suppleret med praktiske øvelser og projektarbejde. Kurset har efterfølgende haft en effekt på deltagerne og dermed klinisk praksis, hvor alle sygeplejerskerne har diskuteret og anvendt deres viden. Imidlertid er der enkelte ting, herunder tidspres og manglende ressourcer, der har gjort anvendelsen af den nye viden svær.

På baggrund af nærværende evaluering er det besluttet, at Internt Metodekursus skal være et fast tilbud til sygeple-

jerskerne. Samtidig har efterspørgslen fra det øvrige sygehus været stor, og efter aftale med sygeplejedirektøren udbydes kurset fra efteråret 2012 til Sygehus Lillebælt. Desuden er der indgået et samarbejde med University College Lillebælt, hvor kurset fremadrettet bliver udbudt på diplomniveau, svarende til 10 ECTS point. Der ændres ikke på form og indhold, men for at kursusforløbet kan godkendes som et sundhedsfagligt diplommodul, skal sygeplejerskerne bestå en afsluttende opgave, der tager udgangspunkt i klinisk praksis (1,2).

En rapport om udviklingsprojektet kan rekvireres hos forfatterne.

Jannie Christina Frølund er udviklingssygeplejerske på Medicinsk Afdeling, Vejle Sygehus; jannie.christina.froelund@slb.regionsyddanmark.dk Kirsten Damgaard Bisgaard er oversygeplejerske samme sted.

Litteratur

1. Frølund JC, Orth P. Modulbeskrivelse – metode i kvalitetsudvikling. University College Lillebælt; 2012. www.rsd.plan2learn.dk > kurser > Internt Metodekursus for sygeplejersker, Sygehus Lillebælt > Dokumenter > Modulbeskrivelse – Metode i kvalitetsudvikling. Besøgt d. 13.02.13.
2. Frølund JC, Orth P. Prøvekriterier. University College Lillebælt; 2012. www.rsd.plan2learn.dk > kurser > Internt Metodekursus for sygeplejersker, Sygehus Lillebælt > Dokumenter > Prøvekriterier. Besøgt d. 13.02.13.

Fra tryksår til livsforlængende behandling

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

Hanne Irene Jensen blev sygeplejerske i 1985 og ph.d. i 2012. Hun er 52 år og single.

Hvad fik dig til at forske?

”For en del år siden blev jeg, lidt ved en tilfældighed, projektleder på et kvalitetsudviklingsprojekt om forebyggelse af tryksår. Jeg havde nærmest ingen forstand på metode og dataanalyse, og set i bakspejlet var der bestemt ting, der kunne have været gjort anderledes og bedre. Alligevel blev det på mange måder et godt projekt, og det fascinerede mig, hvor meget det kan lade sig gøre at forbedre i praksis ved at arbejde systematisk med et bestemt område. Det blev begyndelsen til min interesse for at arbejde med udvikling og forskning i sundhedsvæsenet, og sideløbende hermed kom ønsket om at få større teoretisk viden i forhold til metoder, databehandling osv. Derfor blev forskeruddannelsen en naturlig følge.”

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

”Afslutning af behandling på intensivt afsnit – faglige, etiske og samarbejds-mæssige udfordringer.”

Hvor tog du din forskeruddannelse henne?

”Jeg har først taget en cand.scient. san.-uddannelse på Aarhus Universitet og derefter ph.d.-uddannelsen ved Syddansk Universitet.”

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

”Jeg var på SU, mens jeg tog cand.scient. san.-uddannelsen. Under ph.d.-forløbet har jeg fået fuld løn, betalt af Region Syddanmarks ph.d.-pulje, Syddansk Universitet og TrygFonden. Driftsomkostninger til projektet er betalt af Udviklingsrådet på Sygehus Lillebælt.”

Hvor kan man læse om dine forskningsresultater?

”Der er publiceret artikler om projektets resultater i bl.a. Intensive Care Medicine,

Acta Anaesthesiologica Scandinavica, BMC Anaesthesiology and Journal of Bioethical Inquiry.”

Hvordan har din forskning betydning for praksis?

”Det har givet viden om og sat fokus på de udfordringer, der ligger i at skulle tage beslutninger om at begrænse eller ophøre med livsforlængende behandling. Helt konkret har det bl.a. udmøntet sig i udarbejdelse, implementering og evaluering af en retningslinje for området.”

Hvad forsker du aktuelt i?

”Jeg er ansat i et postdocforløb på Anæstesiologisk Afdeling, Vejle og Middelfart Sygehus, i et samarbejde med Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet, og er i gang med forskellige projekter: Det første projekt handler om pårørendes oplevelser på intensivt afsnit og indeholder både en prospektiv interviewundersøgelse med pårørende til kritisk syge patienter og udarbejdelse og validering af et fælleseuropæisk spørgeskema til pårørende. Den sidste del gennemføres i et samarbejde med et hollandsk forskerteam. Det andet projekt handler om at undersøge, hvilken effekt designet dynamisk lys har på intensivpersonalets søvnkvalitet. Et projekt, der gennemføres i et samarbejde med Statens Byggeforskningsinstitut, og som indeholder bl.a. søvnmonitorering og melatoninmåling. Endelig arbejder jeg med analyse af data omkring selvrporteret helbred, angst og depression hos patienter med kroniske smerter.

Derudover planlægger jeg koordinering og deltagelse i en fælleseuropæisk patientundersøgelse om ”disproportionate care”. På en lang række intensivafsnit i Europa undersøges i den samme måned personalets oplevelser af, om der bliver givet for megen eller for lidt behandling til den



enkelte patient, om der mangler respekt for patientens ønsker, om der er tale om dårlig kvalitet af pleje og behandling m.m. Et halvt og et helt år efter gennemføres opfølgende interview med de patienter, som har overlevet.”

Dannebrogspapaly®

- *Glæd andre* –
til alle festlige
anledninger,
fødselsdage,
jubilæer,
espalier til brylluppet,
studentervognen,
konfirmanden,
sølvbrylluppet,
sportsbegivenheder,
som udsmykning
og meget mere.



Nærmeste forhandler:
www.dannebrogspapaly.dk

Sammenhæng mellem sygepleje-undernormering og patientdødelighed

Needleman J, Buerhaus P, Pankratz S, Leibson C, Stevens S, Harris M. Nurse Staffing and Inpatient Hospital Mortality. The New England Journal of Medicine 2011;364:1037-45.

Undersøgelsen konkluderer, at der er en sammenhæng mellem sygepleje-undernormering og patientdødelighed samt mellem højt patientflow og dødelighed. Forfatterne peger på nødvendigheden af at medtænke patienternes behov for sygepleje fra vagt til vagt, samt at både standardnormering og den aktuelle normering i vagten justeres i forhold til patientflow.

Formålet med studiet var at undersøge sammenhængen mellem patientdødelighed og undernormering (mindst en sygeplejerske under normering pr. vagt) samt at undersøge sammenhængen mellem patientdødelighed og højt patientflow i afdelingen grundet mange indlæggelser, overflytninger og udskrivelser. Undernormering og højt patientflow blev bestemt ud fra standardnormering for den enkelte afdeling og det gennemsnitlige patientflow i hver afdeling.

Undersøgelsen involverede 197.961 indlæggelser og 176.696 sygeplejevagter (a 8 timer) på 43 hospitaler i USA. Både medicinske og kirurgiske afdelinger var med, ligesom både intensive og stationære afsnit indgik. Børneafdeling, fødeafdeling og ambulante besøg indgik ikke. Resultaterne viste, at der var standard normering i 83 pct. af alle vagter og almindeligt patientflow i 93 pct. af vagterne. Undersøgelsen viste også, at 35 pct. af patienterne var indlagt, hvor tre eller flere vagter var sygepleje-undernormerede, og 13 pct. var udsat for højt patientflow i tre eller flere vagter.

Man fandt en signifikant sammenhæng mellem øget patientdødelighed og sygepleje-undernormering (Hazard ratio pr. undernormeret vagt: 1,02; CI 1,01-1,03. $p < 0,001$). Ligeledes fandt man en sammenhæng mellem øget patientdødelighed og ekstraordinært højt patientflow (Hazard ratio pr. vagt med højt patientflow. 1,04, CI: 1,02-1,06. $p < 0,001$).

Af Selina Kikkenborg Berg, sygeplejerske, ph.d.

Geriatrisk rehabilitering gavner

Bachmann S, Finger C, Huss A, Egger M, Stuck AE, Clough-Gorr KM. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 2010;340:c1718.

Undersøgelsen konkluderer, at geriatrisk rehabilitering under indlæggelse har potentiale til at forbedre patient outcomes relateret til funktion, udskrivelse til plejehjem samt dødelighed. Der mangler fortsat viden om, hvad der karakteriserer succesfulde programmer, samt om de økonomiske konsekvenser.

Formålet med det systematiske review af randomiserede forsøg var at vurdere effekten af geriatrisk rehabilitering under indlæggelse sammenlignet med vanlig praksis på endepunkterne funktionsstatus, udskrivelse til plejehjem og dødelighed.

Randomiserede kliniske forsøg fundet på Medline, Embase, Cochrane database og referencelister blev anvendt. Forsøgene blev inkluderet i reviewet, hvis de havde mindst ét af endepunkterne.

De forsøg, som omhandlede ambulant rehabilitering, patienter under 55 år, ikke tværfaglig rehabilitering, og som ikke havde en kontrolgruppe, der modtog vanlig behandling, blev ekskluderet fra reviewet. Odds ratio og relative risiko blev udregnet med 95 pct. konfidensintervaller.

17 forsøg med i alt 4.780 patienter, som sammenlignede generel geriatrisk rehabilitering eller geriatrisk ortopædisk rehabilitering med vanlig praksis, blev inkluderet. Man fandt bedre funktion med en odds ratio på 1,75 (CI 1,31 til 2,35) for funktion, en lavere relativ risiko for udskrivelse til plejehjem på 0,64 (CI: 0,51 til 0,81) samt en lavere relativ risiko for død på 0,71 (CI: 0,55 til 0,95).

Af Selina Kikkenborg Berg, sygeplejerske, ph.d.

Oplevelse af forudsigelighed og sammenhæng styrker patienter efter blodprop i hjertet

Bergman E, Årestedt K, Fridlund B, Karlsson J-E, Malm D. The impact of comprehensibility and sense of coherence in the recovery of patients with myocardial infarction: a long-term follow-up study. European Journal of Cardiovascular Nursing 2011;3:276-83.

Undersøgelsen konkluderer, at stor forudsigelighed og oplevelse af sammenhæng gør patienterne bedre i stand til at håndtere livet efter en blodprop i hjertet, hvilket sundhedspersonalet skal være meget opmærksomme på i forhold til patientens håndtering af restitutionsforløbet. Sundhedsprofessionelle skal sammen med patienten identificere og arbejde med livsstilsfaktorer, som øger forudsigeligheden af forløbet og giver patienten et fundament til at bevare og forbedre sit helbred.

Formålet med studiet var at undersøge oplevelsen af sammenhæng (sense of coherence, SOC) over tid i forhold til: køn; livskvalitet og behandlingstilfredshed hos patienter med blodprop i hjertet. Oplevelse af sammenhæng består af tre komponenter: forståelighed, som handler om forudsigelighed og gennemsigthed; håndterbarhed, som handler om ressourcer, og endelig meningsfuldhed, som handler om motivation og energi til at løse problemer.

Studiet havde et observerende longitudinelt design, dvs. at der var flere målinger over tid. Man fulgte 18 kvinder og 60 mænd med akut blodprop i hjertet i 49-67 måneder efter blodproppen. Patienterne udfyldte to spørgeskemaer, SOC-13 samt Seattle Angina Questionnaire. Spørgeskemaerne blev udfyldt lige efter blodproppen, efter to år og efter 49-67 måneder.

Resultaterne viste, at kvinder umiddelbart havde en lavere oplevelse af sammenhæng end mænd. Over tid blev den dog den samme som mænds. Forståelighed, som jo handler om gennemsigthed og forudsigelighed, udviklede sig mest over tid. Man fandt også en signifikant sammenhæng mellem oplevelse af sammenhæng, livskvalitet og behandlingstilfredshed.

Af Selina Kikkenborg Berg, sygeplejerske, ph.d.



Multi-tabs® Kalk + D-vitamin For normale knogler*



Udviklet i samarbejde med eksperter



- ✓ **500 mg kalk** er den optimale dosis pr. tablet
- ✓ **1 tablet om dagen**
- ✓ **Kilden i Multi-tabs®** er calciumcarbonat

25 µg D₃-vitamin er Danmarks mest anvendte styrke

BESTIL GRATIS

vareprøve, anbefalingsblok eller brochure:
kontakt@pfizer.com

(Tilbuddet gælder KUN til lægepraksis/hospitaler)

*Calcium er nødvendig for vedligeholdelse af normale knogler.
Vitamin D bidrager til en normal optagelse og udnyttelse af calcium.

Når mad bliver behandling

Ketogen diæt er en behandlingsmulighed imod epilepsi, som udbydes til børn og unge på Epilepsihospitalet Filadelfia. Behandlingen forudsætter, at barn og familie er indstillet på at følge diæten nøje, hvilket indbefatter regelmæssige og afmålte måltider.

AF VIBEKE STUBBINGS, SYGEPLEJERSKE, MKS, JANE HEBER POVLSEN OG BIRGITTE JUST HØJGAARD, SYGEPLEJERSKER

17 gram mayonnaise vejes omhyggeligt af på den tildelte digitalvægt.

Jonas kigger nysgerrigt, mens far afvejer de øvrige ingredienser.

Jonas' morgenmåltid er blot et af de fire faste måltider, som udgør hans epilepsibehandling.

Nøje udvalgte fødeemner samt overholdelse af spisetidspunkter er noget af det, som Jonas og forældre skal hjem og integrere i hverdagen.

Siden 2002 er 164 patienter med epilepsi blevet behandlet med klassisk ketogen diæt og 88 med Modifieret Atkins Diæt. Begge behandlingsformer udbydes på Epilepsihospitalet Filadelfia i Dianalund og er primært et tilbud til børn og unge. Behandlingen varetages i tæt samarbejde mellem forældre og et tværfagligt team bestående af læger, kliniske diætister og sygeplejersker.

Epilepsi er en kronisk lidelse med forskellig sværhedsgrad og deraf varierende funktionsniveau hos patienten. I Danmark anslås ca. 50.000 mennesker at have epilepsi (1). Et epileptisk anfald er et symptom på en dysfunktion i hjernen. Medicin er behandlingen til langt de fleste patienter.

Epilepsikirurgi, VNS (Vagus Nervus Stimulator) samt ketogen diæt er ikke-medicinske behandlingsmuligheder til medicin-resistente epilepsier, som udgør ca. en fjerdedel af alle epilepsitilfælde (2). Disse behandlingsformer vinder mere og mere indpas både som kombinationsbehandling og hver for sig. Ketogen diæt danner baggrund for denne artikel, hvor behandlingen vil blive belyst i et sygeplejefagligt perspektiv.

Ketogene diæters virkningsmekanisme

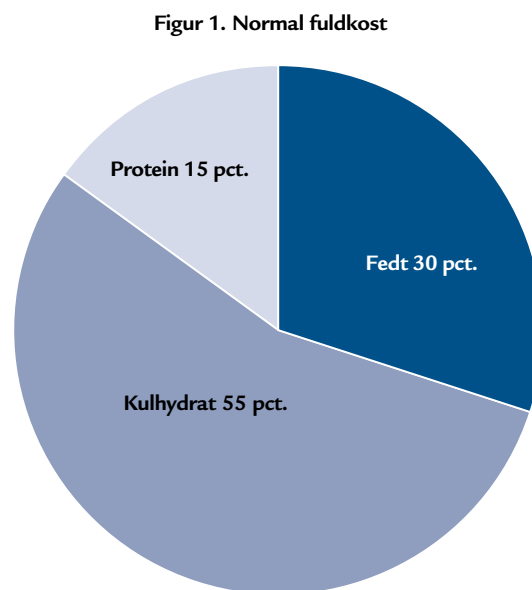
Princippet for de ketogene diæters effekt er at minimere kulhydratindtaget og samtidig tilbyde fedt, så kroppen tvinges til at fedtforbrænde og derved leve af affaldsproduktet ketonstoffer som energikilde. Ketonstoffer indgår på lige fod med glukose i energimetabolismen og når hjernen via blod-hjerne-barrieren.

” Diæten lægger stort pres på familiens hverdagsliv, hvor tilberedning af måltider, spisetider og aktiviteter skal forenes.

Forskning har vist, at faste og det, at kroppen biokemisk er i en ketotisk tilstand, har en reducerende effekt på antallet af epileptiske anfald. Diætbehandling foranlediger i lighed med faste således de samme biokemiske indvirkninger i hjernen. Under diætbehandlingen følges patientens keton- og glukoseniveau (2).

Figur 1. Kostsammensætning

Figureerne 1-3 illustrerer energifordelingen i normal fuldkost, klassisk ketogen



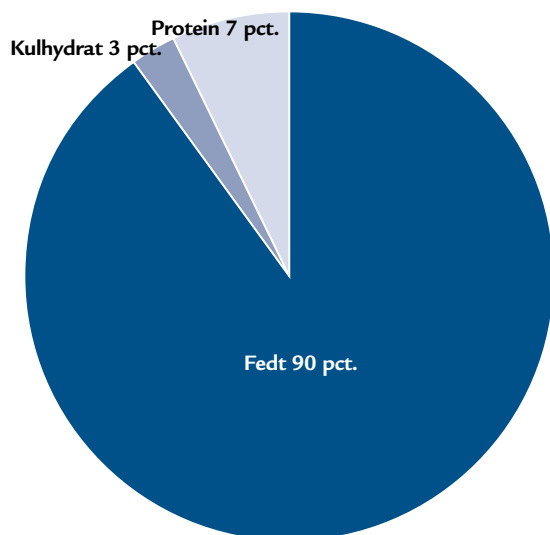
Hvis patienten bliver syg under behandling med ketogen diæt og har behov for akut behandling med i.v.-væsker, skal der gives NaCl. Medicin må ikke gives som miksturer pga. kulhydratindholdet, men som tabletter. Forældrene får udleveret en diætattest, hvor det fremgår, at barnet er i ketogen diætbehandling, og forbehold skal tages. Når det er sagt, skal patienten behandles på lige fod med alle andre syge børn.

Familien skal være motiveret

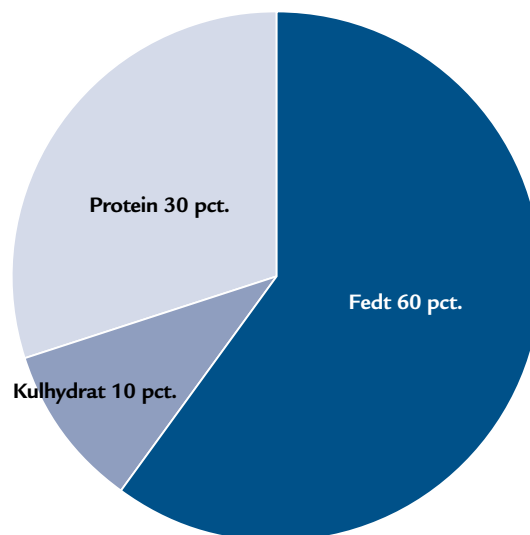
Epilepsipatienter kan blive kandidater til ketogen diæt, hvis de har afprøvet mindst to relevante medicinske præparater uden effekt. Hvilke børn der kan behandles, beror herudover i høj grad på en psykosocial vurdering. Diæten lægger stort pres på familiens hverdagsliv, hvor tilberedning af måltider, spisetider og aktiviteter skal forenes. Derudover skal barnets velvilje til at spise forskellige fødevarer, hvor fedt er rigt repræsenteret, være til stede. Der for-

diæt og modificeret Atkins diæt. Figurerne viser den reducerede kulhydratmængde samt den øgede fedtmængde afhængigt af diættype.

Figur 2. Klassisk Ketogen diæt



Figur 3. Modificeret Atkins diæt



ventes ligeledes omhu i madlavningen mht. afvejning af ingredienser samt fremstilling af måltiderne. Således spiller forældrenes pædagogiske evner og psykiske robusthed en vis rolle.

Barnets fastlagte spisetider planlægges ud fra familiens hjemlige rytme. Der søges konstant balance mellem energibehov og forbrug. Denne stabilitet har betydning for barnets velbefindende og opnåelse af anfaldsreduktion. Det tilstræbes, at barnet altid spiser måltidet helt op.

For familier med børn på Modificeret Atkins Diæt er opgaven anderledes, idet de ikke får individuelle menuplaner udregnet af diætist. Forældrene skal her varetage beregning af kulhydrater i hvert måltid. Til gengæld er der ikke faste spisetider, og protein og fedt kan spises i frie mængder. Der opfordres dog til rigeligt fedtindtag. Det er ofte større børn, der tilbydes denne diætform, idet den betragtes som mindre restriktiv.

Samlet set synes forældreressourcer og tilgang ofte at være en

markør for, hvorledes komplians i behandlingen kan opnås. Hvis ikke barnet og resten af familien trives, og der ikke opnås anfaldsreduktion, synes motivationen for behandlingen reduceret.

Diættens indhold

Diæten tilberedes som udgangspunkt af fødevarer, der kan købes i ethvert supermarked. Grundindholdet er fedtholdige produkter som cremefraiche 38 pct., piskefløde, olier, smør, fede oste og æg. Fødevarer, der indeholder mange kulhydrater f.eks. brød, pasta og kartofler, indgår ikke i diæten. Frugt og grøntsager indgår i små mængder (3), se figur 1-3 herover, og se foto 1,2 og 3 side 76.

Inden diætstart har forældrene i hjemmet kostregistreret barnets indtag igennem fem dage. Med afsæt i registreringen udarbejder diætisten i samarbejde med forældrene en individuel menuplan. Der tages også afsæt i kulturelle og subjektive ønsker og behov, bl.a. er det muligt at variere retterne med diverse kryd-

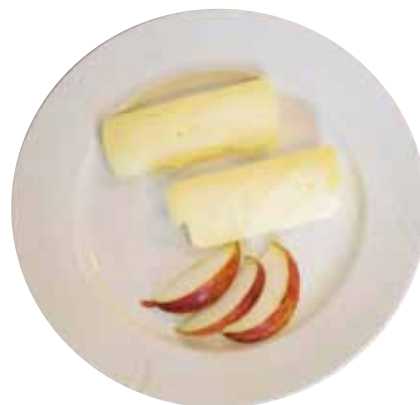
Eksempler på menu tilberedt ud fra ketogen diæt-principper



1) Laks med broccoli og becel



2) Pizza med tomat og ost



3) Osteruller med smør og æble

FOTO: HANNE LOOP

- derier. Aktuelt er et barn på en diæt, hvor tørret fisk og skærpekød (tørret fårekød) indgår.

Grundet diættens indhold af fedtholdige produkter er de enkelte portioner mindre end ved kost med kulhydrater. Måltiderne er mættende, men oplevelsen af mæthed indtræffer senere, end hvis man spiser mange kulhydrater.

Ketogen diæt gives også som fuldgyldig sondeernæring til de patienter, der har PEG-sonde i form af Ketokal®. For nogle patienter er det en forudsætning, at de har en PEG-sonde/MIC-KEY sonde, hvis behandlingen skal kunne gennemføres. Problematikker hos patienter, der indtager føde og væske insufficient, drøftes derfor ved forundersøgelsen og i sygeplejekonsultationer. Ved behov kan ketogen diæt også gives som Ketocal via sutteflaske.

Det ambulante forløb

Alle diætkandidater bliver henvist til forundersøgelse hos keto-teamets læge og sygeplejerske. Her gennemgås barnets sygehistorie, og den igangværende medicinske behandling vurderes. Forældrene informeres om diættens principper og krav, og diæt-typerne gennemgås.

Ud fra samtalen beslutter parterne, om barnet skal tilbydes

diætstart og i givet fald hvilken. Skal barnet starte klassisk ketogen diæt, møder familien til sygeplejekonsultation fire uger før indlæggelsen. Den dag får barnet taget relevante blodprøver, og netværksmødet i forbindelse med indlæggelse planlægges.

Ved sygeplejekonsultationen lægges der op til et tæt samarbejde med familien. Denne relation fortsætter under opstarten i afdelingen og i det videre ambulante forløb. Til styrkelse af dette er der indført selvstændige sygeplejekonsultationer

” I afdelingen er et køkken dedikeret til børn på ketogen diæt. Der er fokus på, at barnet skal opleve måltiderne som gode og rare.

samme dag, som der er fremmøde i lægeambulatoriet. Omdrejningspunktet er familiens hverdagsliv med ketogen diæt, og der sigtes således mod, at det samlede ambulante forløb udgør et helstøbt tilbud, hvor behandlingen evalueres, og fokus rettes på de implikationer, diæten måtte have. Forældrene kan kontakte hospitalets børneafdeling, når ambulatoriet er lukket i af-

Boks 1. Behandlingsresultater

Hos nogle børn kan barnets anfald tage til i antal og styrke, når diætens indvirkning begynder at manifestere sig. Andre får markant og vedvarende reduktion i antallet af anfald allerede fra tredjedagen

- Ca. 30 pct. af børnene vil opnå > 90 pct. færre anfald.
- Ca. 10 pct. vil blive anfaldsfri – og eventuelt også medicinfri.
- Ca. 10 pct. har ingen eller kun ringe effekt af diæten.
- Ca. 50 pct. af de børn, som ikke har haft effekt af medicin, vil opnå > 50 pct. færre anfald. (5,7).

Boks 2. Positive sidegevinster

Der kan som sekundær effekt at vise sig en kognitiv positiv effekt på mange børns opmærksomhed, søvn og generelle trivsel.

Bedret kognition

- Bedre hukommelse, koncentration, indlæring og sprogudvikling

Bedre søvn

- Sover igennem om natten
- Forbedret adfærd:
- Barnet kan f.eks. være mindre uroligt/nemmere at korrigere (5,7).

Samlet kan forudsætningerne for både motorisk og sproglig udvikling bedres. Nogle patienter opnår at kunne nedsætte eller helt trække ud af den medicinske behandling, hvilket er en væsentlig succesrate for de fleste forældre, idet antiepileptika kan have bivirkninger, der forringer børnenes livskvalitet.

Som udgangspunkt er man i behandling i to år, og behandlingen afprøves i mindst tre måneder, før effekten kan vurderes. Hvis diæten ikke har vist nogen form for effekt efter tre måneder, afsluttes behandlingen. Udtrapning følger samme princip som ved medicin, dvs. at den foregår overordentlig langsomt. For diætens vedkommende foregår det ved langsom introduktion til kulhydrater, således at ketonstofsiftet gradvis overgår til sukkerstofsifte igen.

Hvis behandlingen har medført anfaldsreduktion, tilstræbes effekten bibeholdt efter udtrapning. Lykkes det ikke pga. anfaldsrecidiv, kan yderligere medicin tilbydes, og/eller diætens sammensætning kan diskuteres med sigte på at fortsætte i en mere lempelig udgave (2,7).

ten- og nattetimer og weekender. Herudover kan der til enhver tid tilbydes telefonkonsultationer hos kontaktsygeplejerskerne i ambulatoriet.

Indlæggelsesforløbet i afdelingen

Indlæggelsestiden til opstart af klassisk ketogen diæt er otte døgn, og begge barnets forældre tilrådes at være medindlagte. Det er af afgørende betydning, at forældrene har mulighed for at opnå en fælles forståelse og læring af diætens principper (4). Familien har en kontaktperson, som er tovholder for undervisningsforløbet og medansvarlig for det læringsmiljø, der skabes i samarbejdet med forældrene under indlæggelsen.

De fleste børn og forældre kender afdelingen og personalet fra tidligere indlæggelser, hvilket giver en relation at tage afsæt i.

I afdelingen er et køkken dedikeret til børn på ketogen diæt. Der er fokus på, at barnet skal opleve måltiderne som gode og rare. Maden skal præsentere sig indbydende, derfor er der smukke skåle, som passer i størrelse til de nu betydeligt mindre portioner mad. Tilberedning af mad er i sig selv en privat sag, hvorfor der er tid, udvises omhu og benyttes dialog i læringsrelationen med forældrene (4).

Familierne har altid enestue af hensyn til, at barnet under diætstart ofte er træt, har brug for hvile og bør skånes for fristelser fra andre medindlagte. Selv en vingummibamse kan fremprovokere epileptiske anfald pga. ustabilitet i blodglukose og ketoner.

Diætstart indledes med en fasteperiode på gennemsnitligt tre døgn, hvor der gives individuelt udregnede fastemåltider. Formålet er at fremskynde diætens indvirkning på organismen, hvilket bevirker en stigning i kroppens ketoner. Nogle børn får kvalme og kaster op. De er trætte, fryser og får mørke rande under øjnene. Diætstarten kan være hård for barn og forældre. Hos nogle børn kan barnets anfald tage til i antal og styrke, når diætens indvirkning begynder at manifestere sig. Andre får markant og vedvarende reduktion i antallet af anfald allerede fra tredjedagen, se boks 1 her på siden. Ligeledes synes der som sekundær effekt at vise sig en kognitiv positiv effekt på mange børns opmærksomhed, søvn og generelle trivsel, se boks 2 her på siden.

Endnu et vigtigt element i behandlingen er, at barnet får dækket sit væskebehov. Udover væskens indflydelse på opretholdelse af mave-tarm-funktion har væsken også en essentiel betydning for stabilitet i kroppens blodketonniveau. Sufficient væskeindtag er forebyggende ift. kvalme og risiko for nyresten.

Generelt ændres barnets afføringsmønster som følge af den fedtholdige kost og de få kostfibre i maden. Langt de fleste får fast ►

- ▶ laksantia (5). Forældrene oplæres i måling af glukose og ketoner i såvel blod som urin samt dokumentation af værdierne i ugeskema, der efter udskrivelse er kommunikationsredskab mellem forældre og diætist. Det har stor betydning for kompliance, at forældrene bliver fortrolige med barnets signaler, så de kan håndtere og allerbedst undgå, at barnet får f.eks. obstipation, kvalme og som følge deraf manglende appetit.

Stort samarbejdsansvar for forældre

Da patienterne overvejende er børn under 16 år, medfører behandlingen et betydeligt forældreansvar, og det forudsættes, at forældre i høj grad mestrer varetagelsen i den hjemlige kontekst, for at behandlingen skal lykkes. Det påhviler forældrene at tilberede den rigtige kost, motivere børnene til at spise den og hjælpe dem til at agere i en hverdag, hvor kosten adskiller sig markant fra

” Familierne har altid enestue af hensyn til, at barnet under diætopstart ofte er træt, har brug for hvile og bør skånes for fristelser fra andre medindlagte. Selv en vingummibamse kan fremprovokere epileptiske anfald pga. ustabilitet i blodglukose og ketoner.

den kost, andre børn får. Såvel praksiserfaringer som artikelfund påpeger vigtigheden af tæt og opfølgende samarbejde med familien (3).

Sygeplejersken i ambulatoriet er således en gennemgående tovholder og er samtidig koordinator af det netværksmøde, der afholdes i forbindelse med barnets diætopstart under indlæggelse. Til dette møde inviteres familiens nære netværk, f.eks. børnehaven, aflastning, relevante familiemedlemmer og selvfølgelig forældre. Til dette møde gennemgås diætens principper og håndteringen i hverdagslivet. Efter den teoribaserede gennemgang inviteres netværket på besøg i ”Ketokøkkenet”, hvor afdelingens personale viser korrekt tilberedning af et diætmåltid og dermed illustrerer brugen af det specifikke tilbehør som vægte, dejskrabere etc. Der er ikke lavet undersøgelser, som evaluerer effekten af disse netværksmøder for diætfamilierne, men tilbagemeldinger peger på værdien af, at kontaktsygeplejerske og det nære netværk mødes i samme forum som forældre. Frøet til et fremadrettet, ligeværdigt samarbejde, hvor forældrene konverteres til primær-behandlere,

synes sået. Såvel erfaringer fra egen praksis som fra internationale studier viser vigtigheden af at have et godt fundament i samarbejdet med familien, hvis diæten fuldstændigt skal lykkes. Dette gør sig gældende fra såvel diætist, læge som sygeplejerside. Praktisk har familierne på ketogen diæt mulighed for at søge om tabt arbejdsfortjeneste til den ene af forældrene i tre måneder i forbindelse med indkøring af diæten.

Til trods for fortsat udvikling af nye antiepileptiske præparater er procentdelen af børn med svært behandlelig epilepsi uændret gennem de sidste 20 år. Gennemsnitligt handler det således fortsat om 25-30 pct., hvilket medfører et kontinuerligt behov for fortsat at fokusere på andre behandlingstilbud end de medicinske (2).

I dette lys ses bl.a. de ketogene diæter som et væsentligt bidrag til behandlingsoptimering. I skrivende stund arbejdes der på Epilepsihospitalet på at tilbyde LGI-diæt (6), som er en yderligere variant af den ketogene diæt.

Sygeplejersker er ikke traditionelt optaget af inddragelse af hjemmet som behandlingssted. Forældre- og pårørendesamarbejde er derfor af stor betydning i forhold til at få indfanget problematikker i den hjemlige kontekst. Endvidere må behandling med noget så fundamentalt som mad være centralt at berøre i en sygeplejefaglig kontekst. Således tegner der sig flere uudforskede områder, som sygeplejersken vil kunne eksplorere.

Vibeke Stubbings er ansat som klinisk specialesygeplejerske og udviklingsygeplejerske i Børneambulatorie samt Forskning & Udviklingsafdelingen, Epilepsihospitalet; vst@filadelfia.dk
Jane Povlsen er klinisk specialesygeplejerske i Børneambulatoriet.
Birgitte Just Højgaard er udviklingsygeplejerske på børneafdelingen, Epilepsihospitalet.

Litteratur

1. Alving J, Sabers A, Uldall P. Basisbog i Epilepsi; Novartis Neuroscience 2006,1.1:5-9.
2. Kossoff EH, Zupec-Kania BA, Amark PE, et al., Optimal clinical management of children receiving the ketogenic diet; Recommendations of the International Ketogenic Diet study group; *Epilepsia*;2008,1-14.
3. Kessler SK, Neal EG, Camfield CS et Al. Review. Dietary therapies for epilepsy; Future research. *Epilepsy and Behaviour*;2011,22:17-22.
4. Illeris K. Læring. Roskilde: Roskildes Universitetsforlag 2006.

5. Miranda MJ. Ketogen diætbehandling af svær epilepsi; Nyt om Epilepsi; 2008,1:9-11.
6. Pfeifer HH, Lyczkowski DA, Thiele EA. Low glyceimic index treatment: Implementation and new insights into efficacy, Epilepsia;2008,49:42-5.
7. Kossoff EH, Freeman JM, Turner Z, Rubenstein JE. Ketogenic DIETS. Demos Health. 2012.5:7 -13,21-29.39-48.

English abstract

Stubbings V, Povlsen JH, Højgaard BJ.

When food becomes treatment. Sygeplejersken 2013;(4):74-9.

The ketogenic diet has gained increasing popularity in the past decades as an alternative treatment for epilepsy. The treatment consists of a diet based on the metabolism of fat in order to produce ketone bodies (by-products of fatty acids) which have been shown to reduce seizure activity. Similarly, as a secondary effect, a cognitive positive effect has been seen in many children's attention, sleep and general well-being.

Briefly, the diet is based on the intake of a few, fat-rich and carbohydrate-poor meals. At the same time, families using this diet are expected to integrate regular, scheduled and measured meals into daily life. These aspects are only sparsely investigated in the nursing profession. Similarly, the teaching component role of a home-nurse is only sporadically described. At the Filadelfia Epilepsy Hospital, which offers two versions of the ketogenic diet, we seek to continuously integrate these aspects into clinical practice. This article aims to briefly highlight what the ketogenic diet consists of, and to emphasize how nursing can put this into action in this context.

Keywords: Epilepsy, ketogenic diet, home care, learning.

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



Kan du spare

penge

på dit

billån?



Nu har DSR sørget for, at det kan blive billigere for dig at have bil. Som medlem kan du nemlig få et billån hos Lån & Spar med en meget lav rente på kun **4,45 %**. Hvis du har et dyrt billån et andet sted, kan du flytte lånet til Lån & Spar og spare penge hver eneste måned. Og du behøver ikke at flytte alle dine konti.

Du kan også låne til at købe ny bil. Det eneste krav er, at du selv har 20 % i udbetaling og at du er medlem af DSR.

Se et låneeksempel her:

Bilens pris 250.000 kr. Udbetaling (20 %) 50.000 kr. Lånebeløb 200.000 kr. **Månedlig ydelse 2.165 kr.** Rente 4,45 %. Løbetid 10 år. Debitorrente 4,52 %. AOP 5,58 %. Gebyr til banken 4.500 kr. Gebyr til andre 5.000 kr. Samlede renter i perioden 50.243 kr. Tilbagebetaling i alt 259.743 kr.

*Renten er variabel, angivet p.a. og gældende pr. 21. januar 2013. Lånet forudsætter kreditgodkendelse. Bilen skal kaskoforsikres. Udgifter til forsikring er ikke medregnet.

Ring til Lån & Spar på **3378 1927** og få at vide hvor mange penge du kan spare. Måned efter måned. Du skal blot oplyse os ganske få ting. Ringer du på hverdage mellem 9 og 17, får du svar med det samme.

Du kan også læse mere om billån på dsrbank.dk
Her kan du også lave dine egne beregninger på billån.

lån & spar

din personlige bank

Bandagering og hudpleje ved

Artiklen beskriver væsentlige elementer af sygeplejen ved nefrostomikatetre. Hensigten var oprindelig at udarbejde en klinisk retningslinje med evidensbaserede anbefalinger for bandageskift, men litteraturen afslørede, at der mangler forskning på området.

AF SUSANNE VAHR LAURIDSEN, KLINISK SYGEPLEJESPECIALIST, SD I SYGEPLEJE OG MASTER I HRD (MED) • ILLUSTRATION: KRISTOF BIEN

I klinikken har vi ofte diskuteret, hvordan og hvor hyppigt forbindingen omkring et nefrostomikateter bør skiftes. Derfor valgte jeg at undersøge dette i forbindelse med deltagelse i et af Center for Kliniske Retningslinjers kurser i udvikling af kliniske retningslinjer. Denne artikel beskriver den metode, der blev anvendt på kurset, og resultaterne af arbejdet.

Formålet med at udarbejde en klinisk retningslinje er at udarbejde evidensbaserede anbefalinger. En klinisk retningslinje defineres som systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges af fagpersoner og patienter, når de skal træffe beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer.

Det systematiske henfører til, at retningslinjens indhold, anbefalinger og indikatorer baserer sig på den bedst tilgængelige viden (evidens). Kvaliteten af den kliniske retningslinje har derfor direkte betydning for den kvalitet, patienten tilbydes (1). I dette tilfælde for kvaliteten af plejen ved bandagering af nefrostomikatetre.

Beskrivelse af problemstilling

Anlæggelse af nefrostomikateter forbedrer nyrefunktionen og mindsker risikoen for eller udviklingen af sepsis udgået fra de øvre urinveje (2,3), men øger samtidig risikoen for mindre komplikationer såsom urinvejsinfektion (UVI), blødning og tilstopning af kateteret (4,5). Indikationen for anlæggelse af nefrostomikateter er hydronefrose, hvor afløbshindringen medfører dilatation af pelvis og calyces og derved truer nyrefunktionen. Årsager til hydronefrose kan være ureterobstruktion pga. nyresten, indvækst af tumorstof, striktur eller afklemning af ureter (6,2).

Der kan anvendes to katetertyper: grisehalekateter eller ballonkateter. Grisehalekateteret anvendes oftest ved korttidsdrænage

” Der er ingen opgørelser over, hvor mange der får anlagt nefrostomikateter i Danmark hvert år. Komplikationer i form af UVI, blødning og tilstopning af kateteret ses hos ca. 40 pct. af de nefrostomerede patienter.

og ballonkateteret ved langtidsafledning af nyren (7). Behandling af hydronefrose med nefrostomikateter blev første gang beskrevet i 1974 (3), se boks 1 side 81.

Der er ingen opgørelser over, hvor mange der får anlagt nefrostomikateter i Danmark hvert år. Komplikationer i form af UVI, blødning og tilstopning af kateteret ses hos ca. 40 pct. af de nefrostomerede patienter (4). Landsprævalensundersøgelsen fra

2010 viser, at 24,3 pct. af de nosokomielle infektioner udgøres af urinvejsinfektioner (8). Kriteriet for at stille diagnosen urinvejsinfektion hos kateterbærere er bakteriuri med flere end 10^2 eller 10^3 bakteriekolonier pr. ml urin ved asymptomatisk infektion. Ved diagnosen symptomatisk infektion er der kliniske symptomer på bakteriernes tilstedeværelse i urinen såsom dysuri, urgency, hyppig vandladning, grumset urin og hæmaturi. Ved infektion i de øvre urinveje er symptomerne feber, flankesmerter, kulderystelser og generel utilpashed.

Escherichia coli er fortsat den hyppigst forekommende patogene bakterie ved nosokomielle UVI (9), og andre udbredte typer er Enterococci, Pseudomonas aeruginosa, Candida species og Klebsiella pneumoniae.

Generelt koloniseres kateteret ad to veje: intraluminalt via indersiden af kateteret og ekstraluminalt via kateterets yderside (10). Den intraluminal kolonisering begrænses bedst ved at opretholde et lukket drænesystem. Den ekstraluminal kolonisering kan opstå ved kateteranlæggelse samt ved manipulering af kateteret (11).

Patienter, som får anlagt et kateter a demeure, har en 10 gange større risiko for at pådrage sig en UVI (9). Der findes ikke tilsvarende tal specifikt for nefrostomikatetre, men det er veldokumenteret, at patienter med urinvejskateter uanset type har en øget risiko for infektion, og at risikoen øges, jo længere tid patienten har kateteret (11). Mekanismen bag er dannelsen af biofilm på kateteret, hvilket er en kendt patogen faktor i kateterrelaterede infektioner (12). De hyppigste komplikationer ved anlæggelse af nefrostomikateter er UVI, obstruktion af kateteret og tab/displacering af nefrostomikateteret. Der er beskrevet komplikationsrater på 42 pct. (13).

Det ses, at litteraturen omtaler manipulering med kateteret og selve tilstedeværelsen af kateteret som kendte årsager, der disponerer til UVI hos patienter med nefrostomikateter.

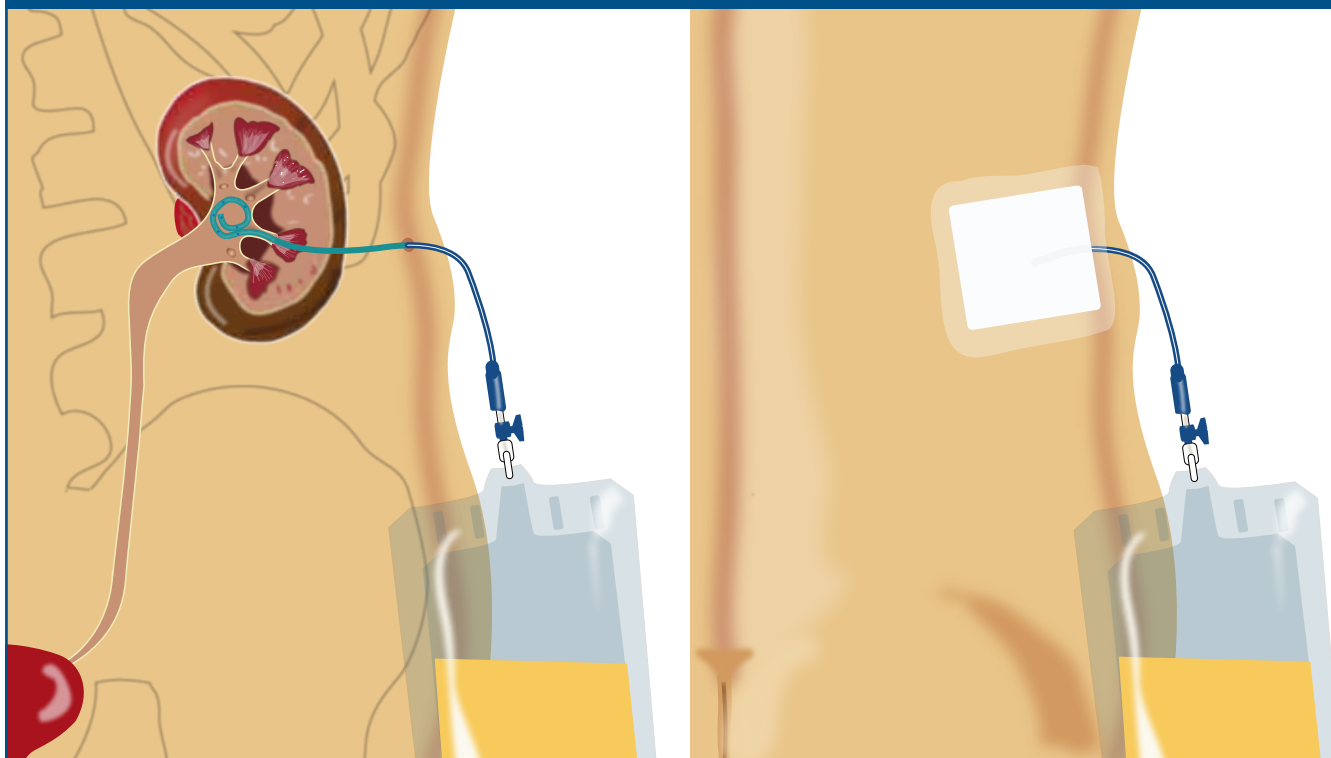
Patientens perspektiv

På grund af placeringen af kateteret er patienten afhængig af hjælp til skift af bandagen. Egne samtaler med patienter med nefrostomikateter viser, at såfremt skiftningen varetages af en hjemmesygeplejerske, opleves det som en begrænsning i bevægelsesfriheden at skulle indrette hverdagen efter sygeplejebesøgene.

Der er en enkelt case-report, der beskriver, at patienten har oplevet forøget livskvalitet efter anlæggelse af nefrostomikateter pga. af færre UVI'er og dermed sygedage. Det eneste oplevede problem er fravær fra arbejdet pga. ugentligt bandageskift (14). Flere problematiserer pallierende anvendelse hos svært syge patienter pga. komplikationsraten og dennes betydning for livskvaliteten (4,6,13).

nefrostomikatetre

Boks 1. Nefrostomikateter og bandage



Nefrostomi-kateteret er ført igennem huden og ind i nyrebækkenet, hvorigennem urinen ledes ud i en pose. Nefrostomikateteret holdes på plads inde i nyren ved hjælp af en lille ballon eller krølle på kateteret.

Bandage over nefrostomikateter. Artiklen belyser, hvordan bandagen kan skiftes optimalt mhp. at minimere risikoen for infektion.

Et studie har undersøgt, hvilken betydning størrelsen af nefrostomikateteret målt i charrier har for patienters smerteoplevelse postoperativt. Patienternes smertescore er markant lavere for den gruppe, der fik anlagt et ch 12 frem for gruppen, der fik anlagt ch 24 (15). Samlet ses, at patienter, som har et nefrostomikateter, beskriver problemer relateret til bevægelsesfrihed, livskvalitet og smerter.

Nuværende praksis

For at få indblik i nuværende praksis for bandageskift af nefrostomikatetre rundt omkring i landet søgte jeg på ”pleje af nefrostomikateter” på Google. Ved søgningen fandt jeg seks forskellige vej-

ledninger, der dels er udarbejdet til patienter, dels til personalet. Det ses, at praksis i forhold til pleje og håndtering af nefrostomikatetre varierer. Anbefalingerne i skift af bandage varierer mellem ”ved behov, mindst en gang om ugen, og op til 2-3 gange om ugen” (a-f). Enkelte vejledninger (b,e) beskriver ikke, hvordan huden skal renses, de resterende anbefaler isotonisk NaCl (a,d,f) eller klorhexidinsprit 0,5 pct. (c,f). (Vedr. henvisningerne (a-f) se forklaring under Litteratur side 85).

Dansk Standard anbefaler skift af bandagen, når den er løs, fugtig eller forurenet, samt at bandagen skal være steril. Derudover er der ingen beskrivelse af fremgangsmåden (7).

Ud fra ovenstående ses, at der er uoverensstemmelse mellem ►

- ▶ anbefalingerne fra Dansk Standard og diverse lokale vejledninger, og der er derfor behov for en afdækning af den foreliggende evidens på området med henblik på udarbejdelse af entydige og specifikke anbefalinger for pleje af nefrostomikateret mhp. at forebygge urinvejsinfektion, se boks 2 her på siden.

Da UVI hos patienter med nefrostomikaterer i litteraturen relateres til tilstedeværelse af kateteret og manipulering af kateteret, bliver de fokuserede spørgsmål følgende:

1. Hvilken evidens er der for, at skift af forbindelse ved nefrostomikaterer med steril teknik sammenlignet med non-touch teknik nedsætter frekvensen af urinvejsinfektion (UVI)?
2. Hvilken evidens er der for, at skift af forbindelse ved nefrostomikaterer en gang ugentlig sammenlignet med to gange ugentlig nedsætter frekvensen af UVI?
3. Hvilken evidens er der for, at rensning af huden omkring indstikssted ved nefrostomikateret med 0,9 pct. NaCl sammenlignet med 0,5 pct. klorhexidinsprit nedsætter frekvensen af UVI?

Metode

Litteratursøgningen er foretaget ud fra PICO (Patientpopulation-Intervention-Comparison-Outcome)-systematikken, således at der er udført søgning både på patientpopulation, intervention og outcome.

Der er søgt i databaserne PubMed, Cochrane, Embase og CINAHL ud fra følgende søgestrategi:

” I de fundne artikler beskrives fremgangsmåden for skift af bandage på baggrund af praksisviden.

For patientpopulation: [Mesh] nephrostomy percutaneous OR nephrostomy tube OR nephrostomy catheter OR pigtail catheter. For intervention: percutaneous nephrostomy care OR nephrostomy tube care OR nephrostomy catheter care OR pigtail catheter care OR catheter care OR catheter fixation OR catheter stabilisation OR saline OR chlorhexidin.

For outcome: [Mesh] urinary tract infections OR catheter related urinary tract infections OR catheter related urinary tract infection. Der er søgt efter følgende studietyper: Alle Meta-Analyser, Practice Guidelines, Randomiserede kontrollerede forsøg og Reviews.

Søgningen er foretaget med følgende limits: English, Age + 19.

Boks 2. Definition af begreber og termer i artiklen

Nefrostomikaterer

Et lille tyndt kateter, der er lagt ind igennem huden på flanken og ind i nyrebækkenet. Kateteret skal sikre afløb af urin hos patienter med hydronefrose eller pyonefrose.

Bandagering

Skift af bandage, fiksering af kateter og rensning af huden omkring indstikssted.

Aseptisk teknik:

Procedure hvor materialer, udstyr og personaleadfærd er reguleret for at holde den mikrobiologiske kontaminering på et acceptabelt niveau (7).

Non-touch teknik:

Non-touch teknik bruges om procedurer, hvor hænderne ikke må berøre det sterile område pga. risiko for kontaminering med mikroorganismer.

Inklusionskriterier: Alle Meta-Analyser, Practice Guidelines, Randomiserede kontrollerede forsøg og Review.

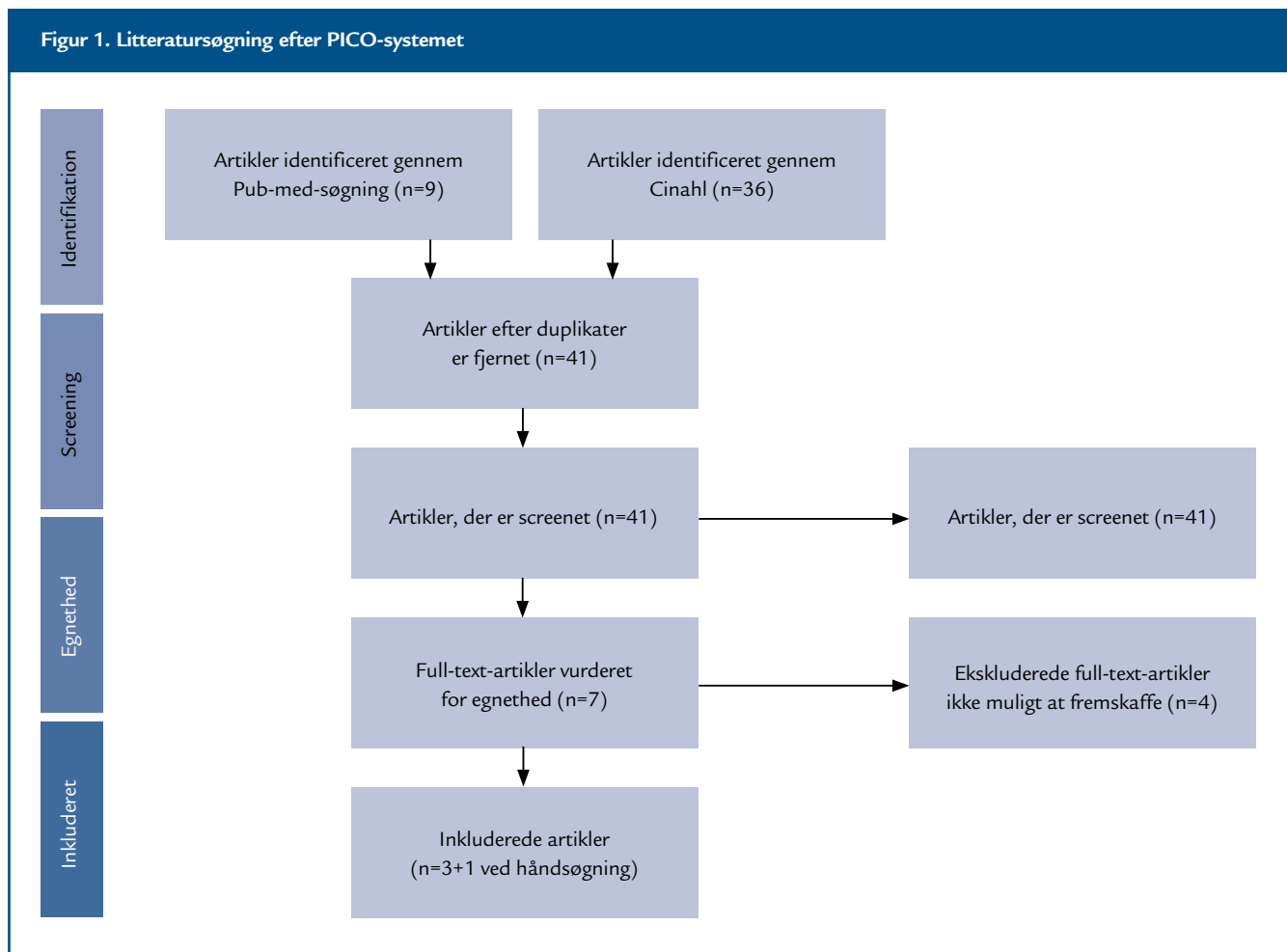
Resultat af litteratursøgning

- Cochrane og PubMed med ovenstående søgestreng gav nul hits.
- Søgning i PubMed på “nursing care of nephrostomy tube” uden limits gav ni hits. Af disse omhandlede fire plejen af nefrostomikaterer og var publiceret i perioden 1982-93. Det har været muligt at fremskaffe tre af disse artikler.
- En søgning på Cinahl med samme søgeord gav 36 hits, heraf yderligere to muligvis relevante artikler; en fra 1982 og en fra 1997. Disse er ikke rekvireret, idet begge i lighed med de tre rekvirerede er beskrivelser af, hvordan plejen af et nefrostomikaterer varetages. Embase-søgningen gav ikke yderligere relevante hits. Gennem håndsøgning blev en Case-Report fundet, som er medtaget, da den er publiceret i december 2009, se figur 1 side 83.

Litteraturgennemgang

Da der ikke er fundet RCT eller andre kontrollerede undersøgelser, gennemgås de fundne artikler mhp. at finde svar på de fokuserede spørgsmål. Artiklerne er evidensvurderet ud fra Sundhedsstyrelsens ”Vejledning i udarbejdelse af referenceprogrammer”. Ingen

Figur 1. Litteratursøgning efter PICO-systemet



af artiklerne er studier, som har søgt svar på de nævnte spørgsmål, men er beskrivelser af egen eksisterende praksis. Derfor evidensvurderes de til niveau IV, som er "Mindre serier, oversigtsartikel, ekspertvurdering, ledende artikel" (16).

Fremgangsmåde for bandageskift

I de fundne artikler beskrives fremgangsmåden for skift af bandage på baggrund af praksisviden.

- Den ældste artikel beskriver, at bandageskift udføres som en ren procedure, og en billedserie illustrerer, hvordan bandagen skiftes, og nefrostomikateteret fikseres. Billederne viser hænder med ur og ring, og der anvendes ikke handsker. Argu-

mentationen for valg af denne metode er, at den er praktiseret i 2½ år, og at der ikke er påvist infektioner (17). Der er ingen referencer i artiklen, der er klassificeret som "case notes".

- Artiklen "Standards of care for the patient with a percutaneous nephrostomy tube" indeholder heller ingen referencer, er klassificeret som en original artikel og opbygget som en plejeplan indeholdende standarder og proceskriterier for plejen. Artiklen beskriver ikke, hvorvidt bandageskift er en ren, steril eller non-touch procedure. Grundig håndvask før og efter kateterpleje beskrives, samt at aseptisk teknik skal benyttes ved skyl af nefrostomikateter, samt hvis dræagesystemet brydes (18).
- Artiklen "Stabilizing a percutaneous Nephrostomy Catheter or ▶

- ▶ "Suprapubic Tube: A cost-Effective Alternative" angiver ligeledes grundig håndvask inden skift af bandage som eneste hygiejniske foranstaltning (19). Denne artikel har syv referencer.
- En artikel beskriver forløbet for en 38-årig mandlig patient, som udviklede svær sepsis efter bilateral hydronephrose (14). Aflastning med nefrostomikateter viste sig at være bedste løsning, og valg af aflastning af nyrene er artiklens primære fokus. Det beskrives ikke, om bandageskift er en ren, steril eller non-touch procedure. Det beskrives, at skift af bandage varetages af det samme team mhp. at opnå kontinuitet i plejen. Artiklen indeholder seks referencer.

Frekvens af bandageskift

Frekvensen for bandageskift angives i de valgte artikler til henholdsvis hver 4.-5. dag (17) eller en gang om ugen (18,19,14), medmindre der er tegn på infektion.

Rensning af hud omkring indstikssted

- Artiklerne fra 1986 og 1988 anbefaler begge brug af desinfektion. I den første artikel renses indstiksstedet med en jodswap, og der vaskes med en hypoallergen rensesvæske. Afslutningsvis påføres en dråbe antibiotisk væske. I den anden anvendes poviodone jod, der skylles med saltvand, og huden duppes tør.
- I artiklen fra 1992 anvendes vandhanevand, og en vaskeklud bruges til rensning omkring indstikssted, der efterfølgende tørres. Artiklen fra 2009 har ingen beskrivelse af rensning af huden.

Diskussion

Da der ikke blev fundet studier, der opfyldte inklusionskriterierne, og som kunne besvare de fokuserede spørgsmål, er det ikke muligt at beskrive evidensbaserede anbefalinger for bandageskift af nefrostomikateter, og dermed er det heller ikke muligt at udarbejde en klinisk retningslinje. Ringe eller manglende evidens er ikke nødvendigvis ensbetydende med ringe klinisk betydning. I dette tilfælde kan den manglende undersøgelse af bandagering af nefrostomikateter tolkes som udtryk for, at tilstrækkelig drænage af nyren for nuværende anses for at være det vigtigste parameter for forebyggelse af UVI, og at frekvens og fremgangsmåde for bandageskift anses for at have mindre betydning.

Da den ekstraluminale kolonisering kan opstå ved manipulering af kateteret (11), har fiksering af nefrostomikateteret stor betydning. Dette kan være et argument for kun at skifte bandagen, når den er løs, fugtig og forurennet. Anvendelsen af desinfektion af huden i forbindelse med bandageskift er undersøgt ved centrale

venekatetre. Sammenligneligt med bandageskift af nefrostomikateter er anvendelse af en tætsluttende steril bandage. Forskellen er, at tilstedeværelsen af nefrostomikateteret i sig selv medfører bakteriuri (11).

Betydningen af desinfektion eller anvendelse af antibiotisk salve i forbindelse med meatuspleje hos patienter med blærekate-

” På baggrund af de læste artikler er det muligt at fremhæve elementer, der har betydning for bandagering og hudpleje af nefrostomikatetre.

ter er ligeledes undersøgt, og her ses ingen effekt på bakteriuri (20). Spørgsmålet er, om kolonisering af huden under bandagen har mindre betydning end tilstedeværelsen af kateteret for udvikling af UVI.

På baggrund af de læste artikler er det muligt at fremhæve elementer, der har betydning for bandagering af og hudpleje ved nefrostomikatetre. Disse er:

1. Bandagen skiftes med anvendelse af aseptisk teknik. Dvs. at der anvendes sterile remedier og non-touch teknik.
2. Bandagen skiftes, når den er løs, våd eller forurennet.
3. Huden omkring indstiksstedet renses med NaCl 0,9 pct., og indstiksstedet dækkes med en steril, vandtæt, transparent bandage, så indstiksstedet kan observeres.
4. Nefrostomikateteret fikseres med tape, så træk og knæk på kateteret undgås.

Det kan desuden konkluderes, at der er behov for yderligere studier på området, før der kan udarbejdes entydige og specifikke evidensbaserede anbefalinger på området.

Susanne Vahr Lauridsen er klinisk sygeplejespecialist på Rigshospitalet i København; susanne.vahr@regionh.dk

Litteratur

1. Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner. København: Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren (www.dsk.dk); 2003.
2. Adamo R et al.: Management of Nephrostomy Drains and Ureteral Stents. Techniques in Vascular and Interventional Radiology, Elsevier 2009.

3. Kræmer PC, Borre M. Aflastning af tumorbetaget obstruerede øvre urinveje ved prostatacancer. *Ugeskrift for Læger*, 177/11. 2009.
4. Lienert A et al.: Prognostic factors in malignant ureteric obstruction. *BJU international*, 2009;104,938-41.
5. Tanriover MD et al. Epidemiology and outcome of sepsis in a tertiary-care hospital in a developing country. *Epidemiol. Infect* (2006),134, 315-22.
6. Walter S. "Nefrostomi" I *Ugeskrift For Læger*, 171/11, 2009.
7. Dansk standard: Styring af infektionshygiejne i Sundhedssektoren. del 6: Krav til urinvejskatetre og urininkontinenshjælpemidler DS2451-6, 2. udgave. Høringsudgave 2010.
8. Statens Seruminstitut: Landsprævalensundersøgelsen 2010: www.SSI.dk > Smitteberedskab > Infektionshygiejne > Overvågning > prævalensundersøgelser. Besøgt den 12.02.2013.
9. Jensen CS og Walter S. Urinvejsinfektioner – forekomst, årsager og forebyggelse" *Ugeskrift for Læger* 2007; 169/49.
10. Schumm K, Lam TBL. Types of urethral catheters for management of short-term voiding problems in hospitalised adults (Review). *The Cochrane Library* 2010, Issue 11.
11. Tenke P et al.: European and Asian guidelines on management and prevention of catheter-associated urinary tract infections. *International Journal of Antimicrobial Agents* 31S (2008) S68–S78
12. Gomes DLR et al. *Corynebacterium diptheriae* as an emerging pathogen in nephrostomy catheter-related infection: evaluation of traits associated with bacterial virulence". *Journal of Medical Microbiology* (2009 (58, 1419-1427).
13. Romero FR et al. Indications for percutaneous nephrostomy in patients with obstructive uropathy due to malignant urogenital neoplasias. *International Brazilian J Urology*. Vol.31(2)117-24, March-April 2005.
14. Vaidyanathan S et al. Long-term nephrostomy in an adult spinal cord injury patient who had normal upper urinary tracts but developed bilateral hydronephrosis following penile sheath drainage: pyeloplasty and dilatation of ureteropelvic junction proved futile: a case report. *Cases Journal* 2009, 2:9335 doi:10.1186/1757-1626-2-9335.
15. Ather MH et al. The impact of nephrostomy tube size and perinephric collection after percutaneous nephrolithotomy. A randomized controlled trial. *Eur Urol Suppl* 2009;8(4):264.
16. Sundhedsstyrelsen. Vejledning i udarbejdelse af referenceprogrammer. Sekretariatet for Referenceprogrammer, CEMTV, Sundhedsstyrelsen Februar 2004.
17. Van Driel J. Care of the percutaneous nephrostomy tube. *Journal of enterostomal therapy*, Vol.13(6) p.246-8. 1986.
18. Barr J. Standards of care for the patient with a percutaneous nephrostomy tube. *Journal of enterostomal therapy* 1988;15:147-53.
19. Faller NA and Lawrence K. Stabilizing a percutaneous Nephrostomy Catheter or Suprapubic Tube: A cost-Effective Alternative. *Urologic Nursing*. September 1992.
20. Geng V et al. Catheterisation. Indwelling catheters in adults, urethral and suprapubic. EAUN Evidence-based guidelines for best practice in urological health care. 2012.

Vedr. vejledningerne side 81 nummereret a)-f): Vejledningerne er fundet marts 2011 og stammer fra a) Skejby Hospital, b) Regionshospitalet Viborg, c) Aalborg Sygehus, d) Fredericia Sygehus, e) Amtshygiejnesygeplejerskerne Odense, og f) Rigshospitalet.

English abstract

Lauridsen SV. Bandaging and skin care involving nephrostomy catheters. *Sygeplejersken* 2013;(4):80-5.

Nephrostomy catheters are placed in patients with hydronephrosis when drainage blockage threatens renal function. Complications such as urinary tract infection, bleeding and catheter blockage is seen in almost 40 per cent of nephrostomy patients. Existing guidelines for changing the bandage around a nephrostomy catheter are written locally and vary in describing the frequency of dressing changes and skin cleaning surrounding the nephrostomy catheter. In order to assure the quality of dressing changes in urological clinic, our goal was to develop a clinical guideline. Based on focused questions, the literature was systematically searched. Seven articles were identified, each of which was a description of how nurses should provide care concerning nephrostomy catheters. Since none of the articles met the inclusion criteria, it was not possible to compose evidence-based recommendations for dressing changes. It can therefore be concluded that there is a need for further studies in this area before uniform and specifically evidence-based recommendations can be prepared.

Keywords: Nephrostomy catheters, urinary tract infection, clinical guidelines.

Moderne sygeplejersker skal ikke kunne sengebade

Nutidens patienter ligger ikke længe i en hospitalsseng, de behandles ambulant og opholder sig i hjemmet. Det ændrer både uddannelsesmuligheder for og krav til den moderne sygeplejerske. Interview med 12 sygeplejefaglige ledere viser, at der er uenighed om, hvornår et afsnit er egnet som uddannelsessted.

AF KARIN LARSEN OG JYTTE BUNDGAARD TROLDORGB, SYGEPLEJERSKER, MLP (MASTER I LÆREPROCESSER)

På Aarhus Universitetshospital uddannes årligt ca. 600 sygeplejestuderende, og traditionelt har uddannelsen været tilrettelagt, så størstedelen af den kliniske uddannelse blev afviklet i sengeafdelinger. Udviklingen i sundhedsvæsenet med kortere indlæggelser, optimerede patientforløb, øget ambulant virksomhed og reduktion af senge betyder, at der er brug for at revurdere den traditionelle måde at organisere grunduddannelsen på (1,2,3). Der skal findes nye egnede uddannelsespladser, så uddannelserne matcher udviklingen i sundhedsvæsenet og de krav, som stilles til sundhedspersonalets kompetencer nu og i fremtiden. Derfor blev 12 ledere på Aarhus Universitetshospital interviewet.

Formål

Formålet med at interviewe ledere var dels at finde langtidsholdbare løsninger på dimensionering og fordeling af uddannelsespladser på Aarhus Universitetshospital, dels at give et bud på klinisk uddannelse, der kan matche udviklingen i sundhedsvæsenet og de krav, som stilles til sygeplejerskers kompetencer nu og i fremtiden.

Metode

En empirisk deskriptiv undersøgelse bestående af to dele blev valgt. Del 1 var en kortlægning af den nuværende organisering af grunduddannelsen. Kortlægningen omfattede fordelingen af uddannelsessøgende og vejledere på afsnits- og afdelingsniveau, den konkrete daglige organisering af den kliniske uddannelse og samarbejdet mellem involverede parter i grunduddannelsen. Kortlægningen blev foretaget ved en spørgeskemaundersøgelse til alle uddannelsesansvarlige sygeplejersker, da de er ansvarlige for koordinering, tilrettelæggelse og gennemførelse af uddannelse på afdelings- og hospitalsniveau.

Del 2 var et fokusgrubeinterview med over- og afdelingssygeplejersker. Udvælgelsen af over- og afdelingssygeplejersker til interview blev foretaget på baggrund af svarene fra kortlægningen. Den overordnede strategi i udvælgelsen var at vælge så forskelligt som muligt. Parametre på forskellighed var størrelse på afdeling, antal afsnit, afdelingerne inddrog i uddannelse, pædagogisk tilrettelæggelse samt antal studerende tilknyttet afdeling og afsnit. Ledere blev valgt, fordi de er aftagere af fremtidens sygeplejersker, og desuden er de væsentlige aktører på det strategiske niveau i forhold til organisering af den kliniske uddannelse.

Der blev afholdt to fokusgrubeinterview. Informanterne blev inviteret pr. brev. Der var syv afbud, hvorefter der blev inviteret nye informanter. Ved første interview deltog to oversygeplejersker og tre afdelingssygeplejersker. Ved andet interview deltog fire oversygeplejersker og tre afdelingssygeplejersker. Tre fjerdedele af de afdelinger, der har grunduddannelse indenfor sygeplejen på Aarhus Universitetshospital, Aarhus Sygehus, var repræsenteret.

Temaerne i interviewene blev fremanalyseret ud fra kortlægningen, ved at de to forfattere hver især læste spørgeskemaundersøgelserne og derefter i fællesskab kategoriserede temaerne i tre overordnede temaer:

- Organisering i relation til vejledere
- Samarbejdet ledere og vejledere imellem
- Fordeling af studerende.

Interviewene var organiserede som semistrukturerede fokusgrubeinterview (4). De tre temaer fra kategoriseringen blev lagt på bordet ét efter ét, og lederne diskuterede disse temaer. De trans-

” At kunne identificere aktuelt og potentielt truede grundlæggende behov er, ifølge lederne, kernen i sygeplejen.

sriberede interview blev analyseret ved anvendelse af Kvale og Brinkmanns (5) analysetrin; meningskondensering, fortolkning, analyse og diskussion.

Resultater

Undersøgelsen peger overordnet på, at det kræver nytænkning af hele organiseringen af den kliniske grunduddannelse, hvis den skal matche fremtidens krav om, at sygeplejersker skal kunne lede patientforløb på tværs af afdelinger og sektorer (1,2). Undersøgelsen bidrager med overvejelser i forhold til den fremtidige organisering med opøvelse af kompetencer til at lede patientforløb på tværs af afdelinger og sektorer. Der peges på dilemmaer knyttet til de studerendes læring på tværs af praksisfællesskaber. Herudover drøfter lederne anvendelsen af vejlederressourcer og samspil mellem ledere og vejledere.

I denne artikel har vi valgt at udfolde to undertemaer. Disse to temaer kan bruges som pejlemærker, og de er almenlydige, når

man skal vurdere muligheden for at opøve de forventede kompetencer som sygeplejerske på et givent uddannelsessted. De to temaer er: 1) at udøve sygepleje og 2) handlekompetence.

At udøve sygepleje

Ofte har vurderingen af, om et afsnit er egnet som uddannelsessted for sygeplejestuderende, taget afsæt i, hvilke konkrete sygeplejeopgaver der er mulighed for at lære. Det har bl.a. medført en drøftelse af, om det er muligt at blive en god sygeplejerske, hvis man ikke har lært de grundlæggende håndgreb som f.eks. at give et bækken og udføre et sengebade. I denne undersøgelse løfter lederne drøftelserne op på et mere overordnet niveau ved at drøfte kernen i sygepleje.

Hvad er sygepleje, hvor og hvordan kan sygepleje læres? Disse drøftelser fører frem til lederens opmærksomhed på sengebade set som symbol på grundlæggende sygepleje. Sengebade har ifølge lederens opfattelse været en let måde at introducere til sygeplejearbejdet på. Sengebade giver den umiddelbare adgang til patienten og patientens krop, adgang til at observere og kommunikere med patienten og dermed mulighed for at samle data og identificere sygeplejebehov. At kunne identificere aktuelt og potentielt truede grundlæggende behov er ifølge lederne kernen i sygeplejen. Således fremkommer svaret på spørgsmålet om, hvor sygepleje kan læres, og ligeledes svaret på sengebadespørgsmålet. Muligheden for at kunne identificere aktuelt og potentielt truede grundlæggende behov bliver det væsentligste pejlemærke. Vurderingen af et afsnits egnethed som uddannelsessted flytter sig derfor fra, om der udføres bestemte konkrete opgaver såsom f.eks. sengebade til en mere overordnet vurdering af, om der er mulighed for at identificere aktuelt eller potentielt truede grundlæggende behov. Med den erkendelse åbner der sig muligheder for at finde nye uddannelsespladser til sygeplejestuderende.

Handlekompetence

Muligheden for at opøve handlekompetence er det andet tema i vurderingen af, om et afsnit er egnet som uddannelsessted. Et ufravigeligt krav fra lederne er, at de sygeplejestuderende har mulighed for at opøve handlekompetence. Der er enighed om, at de studerende er teoretisk dygtige og kan begrunde sygeplejen, men at det kniber med den praktiske erfaring. Handlekompetence er nemlig ikke blot det at gøre noget, men rummer også det at kunne

tolke, vurdere, se og mærke ligheder og forskelle og i prioriteringen af, hvad der er væsentligt, tage notits af situationen.

Ifølge lederne opøves handlekompetence i autentiske læringsmiljøer, og derfor er det vigtigt for de studerendes læring, at de bliver en del af praksisfællesskabet og får fingrene i arbejdet uden at være en del af normeringen. Herved gives de bedste forudsætninger for at opnå faglige, sociale og metodiske kompetencer, dvs. kompetencer, som sidder i kroppen, i håndlaget og i øjemålet, og som er tilpasset den konkrete patient i den konkrete situation.

Det er væsentligt, at der er reelle læringsmuligheder, så de studerende ikke blot tilbydes observationspraktikker. Når lederne taler om læringsmuligheder, og hvor de findes, er det især den

” Det, de studerende skal opøve, er evnen til at identificere aktuelt og potentielt truede grundlæggende behov, og det kan man gøre på mange andre måder end ved at sengebade patienter.

høje specialisering, der sker og er sket på hospitalerne gennem de sidste 10 år, der italesættes. Der er uenighed om, hvorvidt studerende på alle niveauer i uddannelsen kan opøve handlekompetence i afsnit, som er så specialiserede, at det for den uerfarne kan være svært at få øje på sygeplejen.

Når de opgaver, der udføres i de højt specialiserede afsnit, hovedsageligt omfatter kommunikative og medicinske kompetencer, kan det blive svært for den yngre studerende at opøve handlekompetence. Således må lederne være særligt opmærksomme på, om der reelt er mulighed for at opøve handlekompetence i et givent afsnit. Der skal være progression i handlekompetence igennem uddannelsen, så den studerende gradvist opøver evnen til at agere i den kompleksitet, optimerede patientforløb fordrer.

Tilskuer til faget

Kan man blive sygeplejerske uden at kunne sengebade? Ja, det kan man, ifølge lederne. Det, de studerende skal opøve, er evnen til at identificere aktuelt og potentielt truede grundlæggende behov, og det kan man gøre på mange andre måder end ved at sengebade patienter. Sengebade har imidlertid været en umiddelbar ►

- ▶ og let måde at få adgang til data på. Når denne umiddelbare mulighed for at identificere behov for sygepleje ikke er til stede, fordrer det ifølge lederne en anden opmærksomhed. Opmærksomheden skal rettes mod muligheden for at observere og kommunikere med patienten og dermed mulighed for at samle data og identificere sygeplejebehov. Således kan drøftelserne løftes ud over det konkrete opgaveniveau. Herudover må uddannelsen ifølge lederne også give de studerende reelle muligheder for at opøve handlekompetence, forstået som det at kunne vurdere en aktuell sygeplejesituation og tilpasse handling til den konkrete patient i den konkrete situation.

Der er en vis uenighed i gruppen af ledere, når handlekompetence drøftes. Nogle ledere mener, at nogle afsnit er så specielle, og sygeplejen, der udføres, er så kompleks, at nogle studerende ikke får mulighed for at identificere sygeplejen og opøve reel handlekompetence. De risikerer at blive tilskuere til faget, som nogle ledere udtrykker det. Andre ledere mener, at alle afsnit er højt specialiserede. Således kommer lederne ikke uden om en lokal drøftelse af de to temaer at udøve sygepleje og handlekompetence, når et afsnits egnethed som uddannelsessted skal vurderes.

I takt med udviklingen i sundhedsvæsenet, hvor antallet af senge reduceres, bliver vi som kliniske uddannelsessteder til stadighed udfordret på at have tilstrækkeligt med egnede uddannelsespladser. I undersøgelsen præsenterer her i artiklen fremkommer to overordnede pejlemærker; at udøve sygepleje og opnå handlekompetence, som kan anvendes, når det vurderes, om eksisterende og nye potentielle uddannelsessteder kan bruges som klinisk uddannelsessted i sygeplejeuddannelsen.

*Karin Larsen er uddannelsesansvarlig sygeplejerske på
Medicinsk Endokrinologisk Afdeling MEA,
Aarhus Universitetshospital; karilars@rm.dk*

*Jytte B. Trolborg er uddannelsesansvarlig sygeplejerske på
Hjertemedicinsk Afdeling Aarhus Universitetshospital.*

Projektrapporten "Ledelsesperspektiv på organisering af den kliniske grunduddannelse indenfor sygeplejens område nu og i fremtiden", som er udarbejdet af forfatterne, kan via e-mail rekvireres hos forfatterne.

Litteratur

1. Vinge S. Fremtidens plejeopgaver i sygehusvæsenet. Notat. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2010.
2. Danske Regioner. Uddannelsespolitisk oplæg – Kvalitet i fremtidens sundhedsuddannelser. 2012.
3. Regionshuset Viborg. Kvalitetsstrategien på sundhedsområdet i Region Midtjylland 2010-2013. 2010.
4. Halkier B. Fokusgrupper. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag; 2002.
5. Kvale S, Brinkmann S. Interview: introduktion til et håndværk. København: Hans Reitzel; 2009.

English abstract

Larsen K, Trolborg JB. Modern nurses should not need to know how to give bed baths. *Sygeplejersken* 2013;(4):86-8.

In common with many other teaching hospitals, Aarhus University Hospital (AUH) is challenged to find training positions for nursing students in step with the reorganization of patient care and the decreased number of stationary beds.

An interview study with 12 head nurses and departmental nurses (managers) at AUH, Aarhus University Hospital, found that the managing nurses were deeply committed that future nurses would be able to identify nursing care needs, and that the education and practical training would successively build up the skills needed to encompass the breadth of professional nursing. According to the managing nurses, the need for nursing derives from the face-to-face interaction between the nurse and patients having current or potential threatening basic needs. Formerly, bed baths provided an immediate insight to the patient and the patient's body, which allowed them to identify nursing care needs. But with the reduction of beds, this possibility has been diminished.

According to the managing nurses, competence means that the nurse must be able to act within the complex and brief hospitalization periods to provide an optimised patient trajectory. The clear message from the managing nurses is that practical competence is learned in authentic environments where nursing care is exercised.

Keywords: Clinical training, nursing, practical competence

JOB



SE ALLE STILLINGER: WWW.DSR.DK/JOB



Diabetessygeplejersker

til Medicinsk Afdeling, Holbæk Sygehus

Holbæk Sygehus opruster. Vi vil skabe et center for diabetesbehandling med international standard.

På Medicinsk Afdeling åbnes 01.07.13 et Center for diabetes behandling. Centret skal styrke diabetesbehandlingen i regionen og sikre et velfungerende tilbud til patienterne, som led i et større hjemtagelsesprojekt.

Centerdannelsen skal ske i tæt samarbejde med kardiologer, nefrologer, pædiatere og øvrige specialer for at sikre optimale tværfaglige forløb.

Centret skal i samarbejde med kommuner og praktiserende læger skabe de bedst mulige rammer for fremtidens diabetesbehandling i et sammenhængende patientforløb. Nytænkning og udvikling bliver nøgleord i centrets organisation, behandling, undervisning og rehabilitering.

Forskning og udvikling i et tværfagligt og tværsektorielt miljø vil være en vital del af centrets opgave, hvor målet er at bidrage til at præge fremtidens behandling, patientundervisning og samarbejdsform i et nationalt og internationalt perspektiv.

Til det nye behandlingsteam søges

- En specialeansvarlig overlæge (endokrinolog)
- To overlæger med speciale i endokrinologi
- Fire sygeplejersker
- En diætist
- En lægesekretær

Vil du høre mere om vore visioner og mål så ring til ledende oversygeplejerske Gitte Kjærsgaard, 59 48 45 02. Stillingsbeskrivelse kan fås hos afdelingsledelsessekretær Jette Kaas, 59 48 45 00, email: jhka@regionsjaelland.dk

Se det fulde stillingsopslag på www.regionsjaelland.dk – Job og karriere, quicknr. 11734

WWW.REGIONSJAELLAND.DK

REGION SJÆLLAND
HOLBÆK SYGEHUS



- vi er til for dig



DANSK SYGEPLEJERÅD, KREDS SJÆLLAND SØGER KREDSCHEF

Vi søger en kredschef, der kan spille en afgørende rolle i at samle og udvikle en dynamisk og handlekraftig fagforening, hvor administration og politikere arbejder sammen om at skabe resultater for medlemmerne.

Kredschefen har en central rolle i forhold til at sikre den bedst mulige service og kvalitet i medlemsydelse. Kredschefen har ansvar for at sikre en attraktiv og udviklende arbejdsplads for medarbejderne, herunder at igangsætte udviklingsprojekter. Kredschefen skal medvirke til at udarbejde strategi- og handlingsplaner og har medansvar for, at politiske beslutninger bliver effektueret.

Kredschefen har det ledelsesmæssige ansvar for medarbejderne og skal sikre sammenhæng mellem de personalemæssige ressourcer, faglige og politiske opgaver samt kredsens økonomi.

Stillingen er til besættelse d. 1. juni 2013 eller efter nærmere aftale. I forbindelse med rekrutteringen anvendes test.

Er du interesseret i at vide mere, så se hele stillingsopslaget på vores hjemmeside, www.dsr.dk/jobidsr, hvorfra du også kan søge stillingen.

Ansøgningsfrist fredag d. 5. april 2013.

KONTAKT

Yderligere oplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til kredsformand Helle Dirksen, Dansk Sygeplejeråd Kreds Sjælland på tlf. 23428297 eller administrerende direktør Anne Granborg i Dansk Sygeplejeråds centrale sekretariat tlf. 46954004.

Få yderligere oplysninger om kredsen på www.dsr.dk/sjaelland

Dansk Sygeplejeråd



JOB

I REGION NORDJYLLAND



Sygeplejefaglig vicedirektør (chefsygeplejerske) til Psykiatrilæden

Psykiatrien i Region Nordjylland, Aalborg
Psykiatrien i Region Nordjylland opnår fine resultater, og mange mål er nået. Organisationen har ved årsskiftet skudt en ny ledelsesstruktur i gang; en struktur som lægger op til en lang række spændende strategisk orienterede opgaver.

Vi søger en visionær, innovativ og karismatisk sygeplejefaglig vicedirektør til Psykiatriens topledelse. Vi søger en person, som kan tage et tydeligt fagligt og ledelsesmæssigt ansvar for nye indsatser og prioriteringer. Én som kan profilere Psykiatrien hos beslutningstagerne, i medierne og i nationale og internationale faglige sammenhænge.

Opgaven

Psykiatrilæden har det samlede ansvar for den psykiatriske behandling, service og udvikling i Regionen. Ledelsen varetager de strategiske og udviklingsrettede funktioner i et tæt samspil med Regionsrådet, regionsledelsen og ledelserne i de psykiatriske klinikker. Den sygeplejefaglige vicedirektør skal sammen med resten af psykiatrilæden være en drivkraft og motivator i de igangværende ledelsesudviklingsaktiviteter, herunder have særligt fokus på strategiske sygeplejefaglige forhold.

Den sygeplejefaglige vicedirektørs funktioner og ansvarsområder er mangeartede og spænder vidt. Opgaverne fremgår i oversigtsform på www.psykiatri.rn.dk.

Personen

Der søges en moderne leder med betydelig strategisk ledelseserfaring og en ledelsesmæssig uddannelse. En leder, der kan sætte retning for Psykiatriens udvikling og med en udadvent profil skabe resultater sammen med andre på særligt det strategiske sygeplejefaglige område. Evnen til at lede gennem andre skal være markant.

Den sygeplejefaglige vicedirektør skal trives med - i alle interne og eksterne sammenhænge - at befinde sig i forreste linje med henblik på at udvikle og forbedre Psykiatriens vilkår og resultater.

Det er væsentligt, at den sygeplejefaglige vicedirektør har stor legitimitet, fungerer teamorienteret og repræsenterer den fornødne tydelighed og robusthed i samspillet med mange samarbejdspartnere. Samarbejdsevner og stærke kommunikations- og formidlingskompetencer er afgørende vigtige egenskaber.

Yderligere oplysninger om stillingen fås ved henvendelse til psykiatridirektør Per Lund Sørensen, tlf. 97 64 37 18 eller lægefaglig vicedirektør (cheflæge) Morten Kjølbjerg, tlf. 97 64 37 17.

Ansættelsesvilkår

Der er tiltrædelse 1. maj 2013 eller snarest derefter. Løn- og ansættelsesvilkår fastsættes efter nærmere aftale med forhandlingsberettiget organisation.

Læs mere om Psykiatrien på www.psykiatri.rn.dk

Røgfri arbejdstid i Psykiatrien i Region Nordjylland: Det betyder, at medarbejdere ikke må ryge i arbejdstiden - hverken inde eller ude.

Ansøgning

Ansøgningsfrist: Torsdag den 4. april 2013 klokken 12, og 1. samtale afholdes i uge 15. Der vil blive anvendt test i forbindelse med ansættelsesproceduren.

Ansøgningen sendes til:

Ansøgning med relevante bilag sendes elektronisk til: Psykiatrien i Region Nordjylland, Aalborg Psykiatriske Sygehus, Ledelsessekretariatet på e-mail: psykiatri@rn.dk

Ansøgningen mærkes: "Sygeplejefaglig vicedirektør"



REGION NORDJYLLAND

Region Nordjylland Niels Bohrs Vej 30 9220 Aalborg Ø www.rn.dk



Sorø Kommune

Sundhedsplejerske søges til Sorø kommune

Sundhedsplejen i Sorø kommune søger pr. 1-5. el. snarest herefter en udannet sundhedsplejerske på 32 timer pr. uge til et barselsvikariat. Akutjob berettigede opfordres til at ansøge

Løn i henhold til gældende overenskomst.

Ansøgningsfrist er den 26.-3. med morgenposten.

Ansættelsessamtaler afholdes den 4.-4.

Den fulde stillingsannonse kan ses på kommunens hjemmeside: www.soroe.dk

Har du spørgsmål, er du velkommen til at kontakte leder af sundhedsplejen Inger Mortensen, tlf. 2440 5771, Sorø kommune, Rådhusvej 8, 4180 Sorø.



Læg dit CV på Sygeplejerskeportalen

www.dsr.dk

Dansk Sygeplejeråd



Helse Bergen, Haukeland universitetssjukehus, har nærare 12.000 tilsette som har som mål å gi best mogleg behandling og pleie til pasientane våre. Kwart år behandlar vi nesten 600.000 pasientar og bidreg i utdanninga av eit par tusen helsearbeidarar. Forsking er ei viktig oppgave, og vi er blant dei fremste i landet innanfor dette feltet. Budsjettet vårt er på omlag 8,6 milliardar kroner. Vi har dessutan ei rekke kompetansesenter og spesialfunksjonar både på nasjonalt og regionalt plan.

Bergens unike beliggenhet mellom 7 fjell gir store muligheter til naturopplevelser. Floibanen tar deg på få minutter opp til sentrums nærmeste fjell, mens Ulriksbanen tar deg opp på vårt høyeste fjell. Nyt utsikten, stillheten og roen mens du skuer ut over byen. Torgets delikatesser lokker alle, og på Akvariet kan du tilbringe timevis blant fisk, pingviner og seler. På VilVite kan hele familien utforske vitenskap og teknologi.

Bergen liker besøk. Og Bergen er verdt et besøk. Kultur- og opplevelses-regionen Bergen har alltid noe å by på, uansett årstid. Bergen er en internasjonal by full av opplevelser og tradisjon, sjarm og atmosfære. Både byen, kysten og fjordene i vår region tilbyr deg den ideelle kombinasjon av natur, kultur og aktiviteter.

Det var ikke uten grunn at Bergen var Europeisk Kulturhovedstad i år 2000. Bergen har et meget allsidig underholdningstilbud som spenner seg fra finkultur til livlige fotballkamper. Opplev et av verdens eldste symfoniorkestre, profesjonelt ballettensemble, spennende jazz- og bluesmiljø, flere teatre og allsidige konsertlokaler, utendørs sommeropera, frodige revyer og varierte festivaler. Og ikke minst de store utendørs konsertene med stjerner fra hele verden.

Vil du vite mer om hva Bergen kan tilby? Gå inn på: www.visitbergen.no

Medisinsk intensiv og overvåking (MIO), Hjerateavdelingen søker: Intensivsykepleier

Har du lyst til å arbeide i et spennende og dynamisk fagmiljø ved en av Norges største hjerateavdelinger?

Vi har ledig 100% faste stillinger ved avdelingen. Det kreves dokumentert autorisasjon som sykepleier i Norge (Se www.sak.no).

Kontakt: Seksjonaleder Anne Åshild Herdløvær, Tlf. 55973662

Referansenummer: 1691163065 - Søknadsfrist: 01.04.2013

For å lese mer og å søke på stillingen: www.helse-bergen.no



Før du søker arbeide i utlandet, opfordrer vi dig til at søge oplysninger på dsr.dk/jobuudlandet

Net annonser

Gå ind på www.dsr.dk/jobsoening

Indtast Quick-nummeret, så kommer du direkte ind til netannoncen, hvor du kan læse meget mere om stillingen.

Netannonser kan indtastes hele døgnet.

Quicknr. **36263** **Hovedstaden**
Plejehjemmet Ørbygård
Ansvarshavende sygeplejerske til aftenvag (akutjob)
Ansøgningsfrist: 22. marts 2013

Quicknr. **36229** **Hovedstaden**
Holmegårdsparken
Klinisk vejleder
Ansøgningsfrist: 27. marts 2013

Quicknr. **36254** **Nordjylland**
Læsø Døgnpleje
2 sygeplejersker til faste stillinger
Ansøgningsfrist: 18. marts 2013

St. Olavs Hospital - Universitetssykehuset i Trondheim - er ett av fem helseforetak i Helse Midt-Norge. Foretaket er organisert i 16 klinikker og en divisjon for psykisk helsevern. St. Olavs Hospital er lokalsykehus for befolkningen i Sør-Trøndelag, men ivaretar også regionale og nasjonale oppgaver. Virksomheten er lokalisert flere steder i fylket med hovedtyngden i Trondheim. Det er ca. 8000 ansatte og et brutto budsjett på 7,3 milliarder kroner. Universitetssykehuset drives integrert med NTNU, og studenter, lærere og forskere er en naturlig del av pasientbehandlingen. Siste fase av Nytt universitetssykehus er under oppføring på Øya i Trondheim og fullføres i 2013-14. For å fremme mangfold og variasjon blant våre tilsatte ønsker vi kvalifiserte søkere, uavhengig av etnisk bakgrunn, kjønn eller alder. Mer informasjon finnes på www.stolav.no

Klinikk for øre-nese-hals, kjeve-og øyesykdommer

Operasjonssykepleier ØNH, kjeve

Operasjonssykepleier ved ØNH, kjeve operasjon. Arbeid hver 4. helg. Passiv vakt natt.

Kontaktinfo: Anne Lise Krogstad, seksjonsleder, +47 72 57 53 69, anne.lise.krogstad@stolav.no. **Søknadsfrist: 01.04.2013**

Operasjonssykepleier øye

P.t. vakt hver 7. helg. Passiv vakt natt og helg. Vikariat tom 31.12.13 med mulighet for forlengelse.

Kontaktinfo: Grete Løken Meland, seksjonsleder, +47 72 57 54 69, grete.meland@stolav.no eller Mette Holthe, ass.seksjonsleder, tlf. +47 72 57 31 30, mette.holthe@stolav.no. **Søknadsfrist: 01.04.2013**

Søknad sendes elektronisk via www.stolav.no, velg Jobbsøk, deretter ledige stillinger.



frantz.no

Før du søker arbeide i utlandet, opfordrer vi dig til at søge oplysninger på dsr.dk/jobuudlandet

DSR Meddelelse**Kreds Midtjylland - Valg til Landsforeningen for Seniorer**

Valg til Landsforeningen for Seniorer i DSR (SESAM) Der afholdes valg til Landsbestyrelsen for Seniorsygeplejerskerne i Dansk Sygeplejeråd. Kandidater, der ønsker at stille op som repræsentant for Kreds Midtjylland eller som suppleant, kan henvende sig til: Hanne Kristensen, Fasanlunden 9, 8382 Hinnerup på mail-adressen: hakri@hotmail.dk eller telefon 8698 5598 senest den 30. april 2013. Kontaktudvalgene i Kreds Midtjylland

Valg til Bestyrelsen for FS i Sundhedsfaglige Supervisorer

Valg til bestyrelsen for FSSuS. På valg er i år er 3 medlemmer: Bente Frederiksen, Conny Larsen og Susanne Konnerup. Alle tre genopstiller. Men Birgitte Breiner, som ikke er på valg i år, træder ud af bestyrelsen i forbindelse med generalforsamlingen i 2013. Derfor skal vi have et nyt medlem. Hvis du ønsker at stille op så send dit navn, adr. tlf. nr., mail-adresse og medlemsnr. af DSR til annemette.olesen07@gmail.com senest den 08.03.2013.

Generalforsamling for FS i Sundhedsfaglige Supervisorer

Fredag den 24. maj 2013 kl. 16.15-17.15 i DGI-byen, Tietgensgade 65, 1704, afholdes generalforsamling for FSSuS. Forslag til generalforsamlingen skal være formanden i hænde senest den 1. maj 2013. Dagsorden: Formandens beretning. Forslag til vedtægtsændring. Regnskab 2012. Budget 2013. Nordisk Forum og nyhedsbrevet. Kontaktperson FS Fagligt Selskab for Sundhedsfaglige Supervisorer Annemette Olesen kan kontaktes på tlf.: 2627 4983

Seniorsygeplejersker i Kreds Hovedstaden

Der skal afholdes valg til landsbestyrelsen for Seniorsygeplejersker i Kreds Hovedstaden. Kandidater, der ønsker at stille op som medlem eller suppleant, skal henvende sig til kontaktudvalgsformand Dora Pawlowski inden den 1. maj 2013 på tlf. 4050 3579 eller mail: vi2@uppsaladus.dk Den nye bestyrelse konstituerer sig i juni 2013.

November 1979 Silkeborg Sygeplejerskole

Kære November 1979, Silkeborg Sygeplejerskole. Vi fejrer 30-års jubilæet den 8. juni 2013 i Silkeborg. Ring til Sanne Lyby på tlf.: 6160 9761 eller Ann Dahy tlf.: 2360 0229

Generalforsamling i FaSA

Fagligt Selskab for Arbejdsmiljøsygeplejersker afholder generalforsamling den 18. april 2013 kl. 19 - 21 i Arbejdstilsynet, Landskronagade 33, 2100 Kbh. Ø. Kandidater der ønsker at opstille til bestyrelsen, bedes anmelde deres kandidatur til formanden mail: Lotte.Falck@regionh.dk inden 4.4.2013. Forslag til dagsorden sendes ligeledes til formanden. Tilmelding: biv@at.dk Dagsorden vil blive lagt ud på www.ditarbejdsmiljo.dk

Valg til Landsbestyrelsen for seniorsygeplejersker i Kreds Sjælland

Der skal i hver kreds vælges 1 bestyrelsesmedlem og 1 suppleant. Kandidater der ønsker at stille op som best.medlem eller suppleant, skal henvende sig til medlem af kontaktudvalget i Storstrøm, Gulle Aagaard. Henvendelse til: g-aagaard@mail.dk eller tlf. 2485 5604 senest 01.05.2013. Den nye bestyrelse konstitueres i juni. Hvis der er mere end 1 kandidat til hver af posterne, vil der blive afholdt valg møde på kreds kontoret den 08.05.2013

DSR Fonde og legater**Legatansøgning FS for Øjensygeplejersker**

Øjensygeplejersker, som er medlem af Fagligt Selskab for Øjensygeplejersker, har mulighed for at søge legat fra Øjensygeplejerskernes Rejse- og Legatfond. Legaterne uddeles af midler fra Alcon, Novartis, AMO, Topcon og foreningens egen fond. Ansøgningsskema og vejledning kan hentes på selskabets hjemmeside. Ansøgningsfrist den 1. maj 2013

DSR Kursus**FS for Børnesygeplejersker afholder Landskonference 2013**

Fagligt Selskab for Børnesygeplejersker inviterer til Landskonference. Landskonferencen byder på et meget alsidigt program som belyser mange forskellige facetter af børnesygeplejen

Tid og sted:

7. maj 2013 kl. 09:30 - 8. maj 2013 kl. 16:00 Severin Kursuscenter, Middelfart

Arrangør:

Fagligt Selskab for Børnesygeplejersker

Tilmelding:

fs7sheila@gmail.com

Pris:

Kr. 1.800 - 4.400 afhængig af medlemskab af Fagligt Selskab og antal dage man ønsker at deltage

Yderligere info:

dsr.dk/fs7

DSR Kredsmøde**Hovedstaden****Seniorsygeplejersker i Kreds Hovedstaden Vest**

Guidet rundvisning på Post- og Telegrafmuseet med efterfølgende frokost for egen regning på museets tagcafe.

Tid og sted:

11. april 2013 kl. 11:00 - 14:00 Købmagergade 37, 1150 København K

Tilmelding:

Lisbeth Vendelbo, på tlf.: 3675 6483 eller Carolina Falk-Sørensen, mail: carolinaafs@mail.dk senest den 08.04.2013

Sårbehandling

Klinisk sygepleje på basalt niveau. Til dig der enten er nyuddannet og ledig eller trænger til opdatering af din viden.

Tid og sted:

8. april 2013 kl. 08:30 - 12:30
Kreds Hovedstaden,
Frederiksborggade 15, 4. sal,
1360 København K

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Psykatri

Klinisk sygepleje på basalt niveau. Til dig der enten er nyuddannet og ledig eller trænger til opdatering af din viden.

Tid og sted:

16. april 2013 kl. 08:30 - 12:30
Kreds Hovedstaden,
Frederiksborggade 15, 4. sal,
1360 København K

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Sygeplejersker på plejecentre

Hør hvorfor og hvordan, der skal blive flere sygeplejersker ansat på plejecentre. Deltag i en faglig drøftelse med andre sygeplejersker, der interesserer sig for sygeplejerskernes rolle på plejecentre.

Tid og sted:

12. marts 2013 kl. 16:00 - 19:30
Kreds Hovedstaden,
Frederiksborggade 15, 4. sal,
1360 København K

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Grønland - det store smukke land

Vi seniorer kan glæde os til at høre om Grønland fra nord til syd og øst til vest, fortalt af Sonja og Jørgen Agergaard.

Tid og sted:

18. april 2013 kl. 11:00 - 13:00
Garnison kirkens menigheds-
hus, Sankt Annæ Plads 4,
København K

Tilmelding:

Tilmelding: parismail@email.dk
eller til Dora på tlf.: 4050 3579

Pris:

Kr. 30

Seniorsygeplejerskerne i Kreds Hovedstaden Nord

Hanne Birkemose fortæller om sygeplejen til KOL patienter.

Tid og sted:

3. april 2013 kl. 14:00 - 16:00
Rådhusstræde 29,
3400 Hillerød

Tilmelding:

Tilmelding på tlf.: 2345 8507
eller
mail: tvingsvej2@gmail.com
inden den 1. april 2013.

Pris:

Kr. 30 for kaffe

Seniormøde på Bornholm

Behandling, omsorg og pleje til hele personen. Sygeplejerske Lene Høst fortæller om kranio-sacral massage og om sit igangværende studie vedrørende bedre viden om det hele menneske.

Tid og sted:

18. marts 2013 kl. 14:00 - 16:00
Kreds Hovedstaden, Bornholm,
Haslevej 50, 3700 Rønne

Arrangør:

Seniorkontaktudvalget i
Kreds Hovedstaden Bornholm

Tilmelding:

DSR tlf. 4695 4619 eller Inge-
Lise Hansen, tlf. 5695 2910

Pris:

Kr. 25 for kaffe med brød

Seniormøde på Bornholm

SOS's børnebyernes lokale repræsentant Kirsten Sonne Andersen vil fortælle om SOS's arbejde. Ny dato, da det blev aflyst pga. snestorm den 21. februar.

Tid og sted:

11. april 2013 kl. 14:00 - 16:00
Kreds Hovedstaden, Bornholm,
Haslevej 50, 3700 Rønne

Arrangør:

Seniorkontaktudvalget i
Kreds Hovedstaden Bornholm

Tilmelding:

DSR tlf. 4695 4917 eller Inge-
Lise Hansen, tlf. 5695 2910

Pris:

Kr. 25 for kaffe med brød

Sjælland**Seniorsammenslutningen i Kreds Sjælland/Roskilde**

Vi inviterer til møde på Kildegården.

Sygeplejerske Susanne Andersen kommer og fortæller om øjenssygdomme.

Tid og sted:

16. april 2013 kl. 13:30 - 15:30
Kildegården 1. sal,
Helligkorsvej nr. 5, Roskilde

Arrangør:

Kontaktudvalget i Roskilde

Tilmelding:

sjaelland@dsr.dk eller 7021 1664

Pris:

Kr. 30 for kaffe, ledsagere kr. 40

Yderligere info:

16. april 2013 kl. 13.30-15.30
senest 11. april 2013

Videnscafe - Selvtillæggelse, afholdes Holbæk

For kommunalt ansat syge- eller sundhedsplejersker: Hvilke udfordringer giver det at være selvtillæggelægger efter §11 i overenskomsten? Kom og hør forhandlingsleder i DSRs i København Anne Hedin fortælle om emnet.

Tid og sted:

11. april 2013 kl. 16:30 - 19:00
Holbæk Vandrehjem,
Ahlgade 1B,
4300 Holbæk

Arrangør:

Kreds Sjælland

Tilmelding:

www.dsr.dk/sjaelland (under arrangementer), senest den 4. april 2013

Pris:

Gratis

Videnscafe - Selvtilrettelæggelse, afholdes Nykøbing F

For kommunalt ansat syge- eller sundhedsplejersker: Hvilke udfordringer giver det at være selvtilrettelægger efter §11 i overenskomsten? Kom og hør forhandlingsleder i DSRs i København Anne Hedin fortælle om emnet.

Tid og sted:

17. april 2013 kl. 16:30 - 19:00
Nykøbing Falster Sygehus, Personalekantinen, Fjordvej 15, 4800 Nykøbing

Arrangør:

Kreds Sjælland

Tilmelding:

www.dsr.dk/sjaelland (under arrangementer), senest den 4. april 2013

Pris:

Gratis

Fra viden til praksis, sociale medier i ansættelsesretten

Kom og hør advokat Kia Døllerschell, som med humor og indsigt vil fortælle om bl.a. hvordan du skal tage stilling til Facebook-tekster.

Tid og sted:

18. april 2013 kl. 16:30 - 19:00
Kreds Sjælland, Mødesal, Nørregade 13, 4100 Ringsted

Arrangør:

Kreds Sjælland

Tilmelding:

www.dsr.dk/sjaelland (under arrangementer), senest den 11. april

Pris:

Gratis

Master Class, Læring i arbejdslivet

Kom og hør magister i psykologi Knud Illeris give sit bud på, hvordan arbejdspladsen kan danne rammer for læring.

Tid og sted:

14. maj 2013 kl. 16:30 - 19:00
Kreds Sjælland - Mødesal, Nørregade 13, 4100 Ringsted

Arrangør:

Kreds Sjælland

Tilmelding:

www.dsr.dk/sjaelland (under arrangementer), senest 7. maj 2013

Pris:

Gratis

Udflugt til Sukkermuseum og Sundheds- og Akuthus i Nakskov

Vi får en guidet tur og kaffen indtages på Danmarks Sukkermuseum. Derfra går turen til det gamle sygehus, hvor Judith Fredriksen fortæller om alt det nye der sker. Frokosten spises der.

Tid og sted:

10. april 2013 kl. 10:00 - 15:00
Sukkermuseet, Løjtøftevej 22 og Sundheds- og Akuthuset i Nakskov

Tilmelding:

Tilmelding til Gulle, tlf.: 5482 5684 eller Anne tlf.: 54871 755 inden den 27. marts

Pris:

Gratis for medlemmer

Dansk Røde Kors

Kom og hør Sygeplejerske Inger Noack fortælle om sygeplejen i verden, hvor der ydes nødhjælpsarbejde.

Tid og sted:

16. april 2013 kl. 13:00 - 15:30
DSR Kreds Sjælland Nørregade 13 1. sal 4100 Ringsted

Arrangør:

Kontaktudvalget Vestsjælland.

Tilmelding:

Tilmelding senest 10 april på tlf.: 5943 7716 til Ruth Hersinger

Pris:

Kr. 25 for kaffe og kage

Syddanmark**Seniorsammenslutningen Fyn inviterer til foredrag**

Velkommen til eftermiddagsmødet, hvor sygeplejerske Kirsten Müller vil fortælle om emnet "Historisk perspektiv i sårbehandlingen, med praktisk ny viden".

Tid og sted:

17. april 2013 kl. 13:30 - 15:30
Munke Mose Plejecenter, Munke Mose Allé 2-4, Odense

Tilmelding:

Tilmelding senest 5. april til Anni, tlf. 6615 2007 eller Elna, tlf. 6594 1716

Pris:

Kr. 15 for kaffe med brød

Yderligere info:

www.dsr.dk

Midtjylland**Seniorsammenslutningen Kreds Midtjylland, Viborg/ Skive afd.**

Kom og deltag i en spændende eftermiddag, hvor Ruth Østergård Poulsen fra Ålborg, vil fortælle om nogle af de opgaver og udfordringer hun dagligt møder i sit arbejde som sygehuspræst.

Tid og sted:

16. april 2013 kl. 14:00 - 16:00
Nørremarksvej 17, Viborg

Pris:

Kr. 30 for kaffe og brød

Yderligere info:

Tilmelding senest 11. april 2013 til Annelise Møller på tlf. 9752 9080 eller Esther Helmer på tlf. 2015 2055

Nordjylland**Seniorsammenslutningen i Kreds Nordjylland**

Foredrag ved sygeplejerske AnnaLise Bonde. Fra tanken fødes til at være på vej som pilgrim i Nordspanien.

Tid og sted:

10. april 2013 kl. 14:00 - 16:00
Kredskontoret, Sofiendalsvej 3, Aalborg SV

Arrangør:

Kontaktudvalget / Seniorsammenslutningen

Tilmelding:

Senest 5. april 2013 til Birgit Hansen på tlf. 6084 6854 eller AnnaLise Bonde på tlf. 2283 4628

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/nordjylland

Patientens seksualitet - er den et tabu?

Fyraftens møde med sygeplejerske og seniorforsker Birgitte Schantz på kredskontoret, Aalborg.

Tid og sted:

24. april 2013 kl. 16:30 - 18:00
Kredskontoret, Sofiendalsvej 3, 9200 Aalborg SV

Arrangør:

DSR, Kreds Nordjylland

Tilmelding:

Tilmelding senest den 22. april på www.dsr.dk

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/nordjylland



SUNDHEDSFAGLIGT UDDANNEDE JOB RÅDGIVERE

DSA er med dig. Du kan bruge os, hvis du savner inspiration til at komme videre med karrieren eller står uden arbejde. Hver måned udbyder vi et antal karrierecoachingforløb, som du kan booke dig til. Du bliver vejledt af sundhedsfagligt uddannede jobkonsulenter, der kender dit fag og arbejdsmarked.

Vi sparrer også gerne med dig om din ansøgning, dit cv og din jobsamtale, så jobbet forhåbentlig bliver dit.

DSA er Danmarks billigste a-kasse. Læs mere om den service, vi tilbyder på dsa.dk. Du kan også være aktiv i debatten på [facebook.com/dehvidesko](https://www.facebook.com/dehvidesko)

DSA - for sundhedsprofessionelle

DANSKE
SUNDHEDSORGANISATIONERS
ARBEJDSLØSHEDSKASSE



Priser for ferieannoncer

Alle annoncer skal indtastes via DSRs hjemmeside - login rekvireres hos Dansk Mediaforsyning, dsrrubrik@dmfnet.dk

Annoncerne må maksimalt indeholde 40 ord. Priserne er for medlemmer er kr. 650,- / ikke medlemmer kr. 995,- ekskl. moms.

Faktura fremsendes når bladet er udkommet.

Holmsland Klit

Nyt luksusferiehus 400 m fra havet udlejes hele året. Huset har 3 soveværelser 2 badeværelser, trådløs internet mm - ledig uge 27-28-39-42-43. Skive v/fjorden. Udlejes lejlighed til 2-3 personer på dag/ugebasis. Få min. gang til skov, strand og lystbådehavn.

Yderligere information gives på tlf. 9752 3338 - Mail: Bregen@ofir.dk

Hus til leje i Cannes, Frankrig

Dejligt hus m. 5 sengepladser, 2 badeværelser, stor charmerende have og havudsigt, 15 min. gang til midtby og til familievenlig strand, udlejes i juli, og august. 5.500 kr. pr. uge.

Kontakt Anne Brunelli annebrunelli@yahoo.fr
Tlf. 0033-493060886

Vi mangler sygeplejersker!

ActivCare®

Vikarer til hele sundhedssektoren

København	tlf. 70 20 30 00
Roskilde	tlf. 46 31 01 20
Aalborg	tlf. 96 31 80 71
Aarhus	tlf. 86 13 24 44
Odense	tlf. 63 12 80 00

www.activcare.dk

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

Stockholms skærgård

Sommerhus med 7 sovepladser, 20 m til vandet (robåd og kano indgår) 45 min til Stockholm centrum. Udlejes uge 22 t.o.m 29 samt uge 31 og 34 - 39. Kr. 3900 pr. uge.

Anne-Mette Eilsø
tlf. 2091 6120 eller
anne.mette.eilsoe@gmail.com

En uge i Blokhus for 2450 kr.

Klassisk ældre sommerhus på 35 m2. 700 m fra havet og 1 km fra Blokhus. Passer til to voksne. Pris: 2.450 kr./uge inkl. forbrug
Udlejet uge 29 og 30.

www.clausgroengaard.dk
Mobil: 5373 1201

Amager

- lys 2 vær. lejlighed på 65 m2 udlejes fra 1. maj. Evt. tidligere efter aftale. Beliggende nær Lergravsparkens Metrostation og Amager Strandpark. Leje pr. måned 6600,00 kr., samt depositum svarende til 3 mdr. leje

Henvendelse på telefon:
2826 5055

Bornholm - Hele året

Hyggeligt gammelt byhus med havudsigt centralt beliggende i Hasle udlejes på weekend/ugebasis. 2 værelser med dobbeltseng samt 1 gæsteseng. Fjernvarme, brændeovn og vaske/opvaskemaskine. Priser fra 1.000 kr. Billeder kan mailes.

Henvendelse tlf. 2714 2641

Spanien, Alicante

Lejlighed med stue og 2 soveværelser med altan. 100 meter fra børnevenlig badestrand og skønne promenader. God til 4 personer mulighed for ekstra opredning. Rimelige priser. Tjek hjemmeside med video: www.marmenor.dk

Marianne Kieffer
Tlf. 3967 8027 (efter kl. 18)

Familieweekend/ ferie Assens, Fyn

4 ferielejl. med i alt 24 sovepladser. Den ene lejl. er så stor, at 24 pers. kan sidde sammen og spise. Udstyr til 24 pers samt opvaskemaskine. Have med grill, kaniner, høns, legeplads, boldspil.

Se www.kastanjegaarden.dk
Tlf. 6471 5516

Mellem Monaco og Italien

- i den smukke by mellem hav og bjerge: Bylejlighed 55 m² - 4 sal, elevator, balkoner. 10 min til Middelhavet, 15 til bycentrum. Talrige busforbindelser til bjergbyer og kystbyer inkl. Nice. Lufthavnsbus Nice. 2.500-3.500/uge. Christian Koppelgaard
pcje@email.dk
Tlf. 2328 3402

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. Swimmingpool. Direkte fly til Alicante. Kr./uge fra 2.405,-
Rekvirer brochure:
tlf. 4457 0787 eller 2023 7577
www.playaprincipe.dk
booking@playaprincipe.dk

Smukt Gl. Skagenshus

Husene er oprindelige og attraktive, ligger 75 m fra hav, havn, hede i Vesterby. Der er en god stemning og et godt miljø i huse, som er løbende renoveret. Der er 400m² udeopholdsareal med gode terrasser.

Henvendelse:
www.kaptajnens-hus.dk
Tlf. 2124 3483

Trænger du til ...ferie?



Fritidshus ved Skærby Strand

DSR har i alt 41 fritidsboliger, beliggende 5 steder ved de danske kyster.

Du kan vælge mellem Gl. Skagen (4 huse og 2 lejligheder), Skærby Strand ved Nykøbing Sj (9 huse) og Dueodde på Bornholm (6 huse) alle med plads til max. 6 personer samt Løkken (11 lejligheder) og Strandfogedgården i Klegod på Holmsland Klit (9 lejligheder) med plads til max. 2, 4 eller 6 personer.

Du kan leje både weekend-, hverdags- 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

Juelsminde/As Vig

Sommerhus v/ Juelsminde, 70 m fra børnevenlig sandstrand, 6 sovepladser, brændeovn, opvaskemaskine m.m. Pris fra 1.650,00 dkr./ uge + forbrug.

Telf. 4056 1767

ITALIEN HOS HANNE

På hyggeligt familiehotel i Rimini ved Adriaterhavets skønne sandstrand fra kr. 200/pers. Nu også med 2 ferielejligheder.

Eller nær TOSCANA, 2 natur-skønne landhuse med pejsestue, køkken, 2-3 værelser, 2 wc og lille have. Udlejes hele året Fra kr. 3.200/uge.

Hanne Astrup Pietroni
Tlf. +39 335 8239863
www.hotel-dalia.it
hanne@hotel-dalia.it



SPANIEN ALICANTE

Middelhavet
Torreviejas saltsøer
og klare luft.
190 m² feriehus
i 2 etager (Max 8 prs.)
+45 4077 7936
+45 2227 6936
WWW.CASALARSEN.DK

SOMMERHUS I NR. LYNGBY

60 kvm. med stor terrasse og havudsigt. Lys stue med brændeovn, åbent køkken med opvaskemaskine. Soveværelse med dobbelt boxmadras, 2 værelser med boxmadrasser. 200 meter til stranden. Max 4 personer - ingen husdyr
Telefon: 2546 8883

SOMMERFERIE/ MINIFERIE

Hyggeligt nyere sommerhus med 6 sovepladser i Hovborg udlejes på dags- eller ugebasis. Tæt på Lalandia, lufthavn, Legoland, kyst til kyststien, fiskesø, Egtvedpigens grav, Dalgas og heden. Der er vaskemaskine, tørretumbler, opvaskemaskine, bålfad, 1 cykel.
minnasmadsens@gmail.com
Tlf. 6160 1359

6 personers sommerhus syd for Aarhus

90 m² i naturskønt område. 150 m. fra stranden. Indeholder bl.a. 2 badeværelser, sauna/spa og brændeovn. Vinterisoleret. Pris forår og efterår: Pr. uge 2.800 kr. + forbrug
Fredag - søndag 2.400 + forbrug

Henvendelse på tlf.
4091 0224 eller 2063 7572

Marielyst Falster kåret som Danmarks bedste badestrand

100m derfra 92m² sommerhus. 6 sengepladser i 3 rum. Stor stue med sovesofa, 2 tv, dvd/video, cd. Lyst og venligt. 2 terrasser. Stor græsplæne, udhus, carport, 8 cykler, grill, vaskemaskine, legetøj. 3.000/3.500 om ugen samt forbrug.

Tlf. 5470 6584 / 4041 3584.
E-mail:
orebyvej261@gmail.com

LÆSØ

Sommerhus til 6 personer udlejes. Sommerhuset er hyggeligt og børnevenligt. Beliggende på en stor lukket naturgrund tæt på indkøb og 4,5 km til Læsø's smukkeste strand. Pris pr. uge inkl. forbrug 3.000 kr.

Henvendelse til mail:
erlund@mail.dk
Mobil: 6013 7622

Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse



Grete Christensen
Formand



Anni Pilgaard
1.-næstformand



Dorte Steenberg
2.-næstformand



Irene Hesselberg
Formand for
Lederforeningen



**Marie Nagel
Christensen**
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.-kredsnæstformænd



Vibeke Schaltz
Kreds Hoved-
staden



Nils Håkansson
Kreds Sjælland



**Line Gessø
Storm Hansen**
Kreds Syddanmark



Anja Laursen
Kreds Midtjylland



**Helle Kjærager
Kanstrup**
Kreds Nordjylland

Dansk Sygeplejeråd centralt

Administrerende direktør

Anne Granborg

Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
Tlf. 33 15 15 55 • Telefax 33 15 24 55
E-mail: dsr@dsr.dk • www.dsr.dk

Ekspeditionstid (også tlf.):

Mandag-torsdag kl. 9 - 16
Fredag kl. 9 - 15.

Lederforeningen Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
Tlf. 46 95 39 00
E-mail: lederforeningen@dsr.dk
www.dsr.dk/lederforeningen

Sygeplejestuderendes Landssammenslutning

Sankt Annæ Plads 30,
1250 København K
Tlf. 4695 4234
E-mail: sls@dsr.dk • www.dsr.dk/sls

Sygepleietisk Råd

Formand: Grete Bækgaard Thomsen,
Sundhedschef
Sankt Annæ Plads 30,
1250 København K
www.sygeplejeetiskraad.dk

Kreds Hovedstaden

Kredschef

Anne Tovborg

Hovedtelefonnummer: 7021 1662
Hovedfaxnummer: 7021 1663
Hjemmeside:
www.dsr.dk/hovedstaden
E-mail: hovedstaden@dsr.dk

Hjemmesiden indeholder individuelle
kontaktoplysninger på kredsens
medarbejdere og formandskab

Kontor

Frederiksborggade 15, 4.
1360 København K

Åbnings- og telefontider:

Man, tirs, tors, fre: 09.00 - 14.00
Ons: 13.00 - 16.00

Lokalkontor

Haslevvej 50
3700 Rønne
Tlf: 7021 1662
Fax: 5695 3812

Telefontid

Man, tirs og tors: 09.00 - 12.00

Kreds Sjælland

Konstitueret kredschef

Ann Dahy

Hovedtelefonnummer: 7021 1664
Hovedfaxnummer: 7021 1665
Hjemmeside: www.dsr.dk/sjaelland
E-mail: sjaelland@dsr.dk

Kontor

RingstedCentret
Nørregade 13
4100 Ringsted

Kontorets åbnings- og telefontider

Telefonåbent

Mandag	09.00 - 14.00
Tirsdag	13.00 - 16.00
Onsdag	09.00 - 14.00
Torsdag	13.00 - 16.00
Fredag	09.00 - 13.00

Fremmøde

Mandag	08.30 - 15.30
Tirsdag	08.30 - 15.30
Onsdag	08.30 - 15.30
Torsdag	12.00 - 16.00
Fredag	09.00 - 13.00

Kreds Syddanmark

Kredschef

Jan Villumsen

Hovedtelefonnummer: 7021 1668
Hjemmeside: www.dsr.dk/syddanmark
E-mail: syddanmark@dsr.dk

Kontor

Vejlevej 121, 2.
7000 Fredericia

Telefontider

Kl. 08.30 - 13.00 - mandag, tirsdag,
onsdag og fredag
Kl. 13.00 - 16.00 - torsdag

Kreds Midtjylland

Kredschef

Ann Dahy

Fælles postadresse

DSR, Kreds Midtjylland
Marienlystvej 14
8600 Silkeborg
Du er altid velkommen i åbningstiden,
men ring og aftal tid.

Hovedtelefonnummer: 4695 4600
Hovedfaxnummer: 7021 1667
Hjemmeside: www.dsr.dk/midtjylland
E-mail: midtjylland@dsr.dk

Lokale kontorer

Fredericiagade 27-29
7500 Holstebro
Åbent efter forudgående aftale.

Minddegade 10
8000 Aarhus C

Åbent efter forudgående aftale.

Telefontider

Mandag - tirsdag kl. 10.00 - 15.00
Onsdag lukket
Torsdag kl. 10.00 - 15.00
Fredag kl. 10.00 - 13.00

Kreds Nordjylland

Kredschef

Iben Gravesen

Telefon: 4695 4850
Telefax: 9634 1426
Hjemmeside: www.dsr.dk/nordjylland
E-mail: nordjylland@dsr.dk

Kontor

Sofiendalsvej 3
9200 Aalborg SV

Kontorets åbningstider

Man - ons kl. 09.00 - 15.00
Torsdag kl. 13.00 - 16.00
Fredag kl. 09.00 - 12.00

Vi er interessert i din fremtidige karriere – i Norge :-)

Nå trenger vi sykepleiere og spesialsykepleiere til oppdrag i hele vårt avlange land. Vi har oppdrag på både sykehus og sykehjem samt i hjemmesykepleie. Du kan få et lengre vikariat, eller komme hit og arbeide i kortere perioder. Både om du er nyutdannet eller har vært med en stund.

Hos oss får du den beste lønnen, og overtidsbetaling allerede etter 35,5 timer. Skatten er så lav som 33–36%. Vi står for reisen og ordner med bolig.

Det har med andre ord sine fordeler å arbeide i Norge, og spesielt med Dedicare. Hør fra deg, så kan vi diskutere din fremtidige karriere. Vi er veldig interessert i den

Dedicare er et autorisert vikarbyrå som har avtale med alle sykehus og mange kommuner. Vi er den største leverandør av spesialsykepleiere til norske sykehus.

Kontakt oss på **www.dedicare.no** eller på mail **nurse@dedicare.no** du kan også ringe **+47 74 80 40 70**



www.dedicare.no

DEDICARE
Vi bemanner med glede