

Opfinderprisen
Iltsutten løb af
med sejren



Ny sundhedsminister
Fagligheden
skal styre



SYGGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING  NR. 21 • 14. DECEMBER 2011 • 111. ÅRGANG

**OVER DE NÆSTE TRE ÅR SENDER REGIONERNE
LANDETS SYGGEPLEJERSKER UD PÅ EN
MISSION FOR PATIENTSIKKERHED**



**I PATIENTENS
TJENESTE**

Glæd dig til
julekryds og
fem gode bøger



Specialteam hjælper
diabetespatienter





LANTUS® SoloSTAR®
(INSULIN GLARGIN)

**24 timers jævn
virkningsprofil
ved én daglig
injektion¹**



**Lantus®: verdens
mest solgte insulin²**

PRODUKTINFORMATION FINDES PÅ SIDE 8

SANOFI DIABETES  **Going beyond together**

sanofi-aventis Denmark A/S · Slotsmarken 13 · 2970 Hørsholm · Tlf.: 45 16 70 00



Contalgin®
(morphinsulfat) findes
i 3 forskellige former

- Contalgin®
depottabletter
- Contalgin® Uno
depotkapsler
- Contalgin®
depotgranulat



Hvad er dit første-
valg til behandling
af stærke smerter?

Contalgin®
(morphinsulfat)

PRODUKTINFORMATION FINDES PÅ SIDE 9

KORT

7 Mangler klare regler for patientflytninger

Danske sygehuse mangler klare kriterier for, hvilke patienter man flytter ved mangel på kapacitet, ligesom det skete, da Anders Fogh Rasmussen brækkede armen i november.

12 Tidlig indsats skal forebygge indlæggelser

To nordsjællandske hospitaler og fem kommuner har undersøgt, hvorfor hver femte patient bliver genindlagt, og de har sat 11 projekter i gang som forebyggelse.

BAGGRUND

20 Vinderne af Opfinderprisen kåret i Kvæsthuset

En iltstut, et program til beregning af sondeernærings- og væskebehov og en ny modtagelsesprocedure for gynækologiske patienter. Tre sygeplejersker vandt Opfinderprisen.

24 Patientundersøgelser maler skønmaleri

Det er problematisk, når politikere og sygehusledelser bruger patienttilfredshedsundersøgelser til at male et skønmaleri.

TEMA OM KVALITETSLØFT I REGIONERNE

26 I patientens tjeneste

Bedre forebyggelse og behandling af tryksår og sepsis på alle hospitaler og tjeklister ved samtlige operationer. Sådan lyder den mission, regionerne sender landets sygeplejersker ud på.

31 Tre afdelinger tager forskud på kvalitetsarbejdet

Systematiseret dyneløft viser trykspor hos patienter, et sepsisskema forkorter processen omkring behandling, og en tjekliste sikrer operationspatienterne.

BAGGRUND

42 Ny sundhedsminister: Fagligheden skal styre

Sygeplejersken har taget en snak med den spritnye minister for sundhed og forebyggelse, Astrid Krag, for at høre mere om hendes visioner for sundhedsvæsenet og sygeplejerskerne.

48 På job: Opdelt hjemmepleje giver specialiserede sygeplejersker

Med tålmodighed og respekt tager sygeplejerske Mette Borchardt hånd om borgere med misbrug og psykisk sygdom i Den Sociale Hjemmepleje i København.

52 Fem til ferien og julekryds

Her får du fem forslag til god ferielæsning om sygepleje, patienter, børn og mad samt en julekrydsogtværs til juleferien.

NYT FRA DSR - DIN ORGANISATION

56 Leder: Der er god økonomi i kvalitet

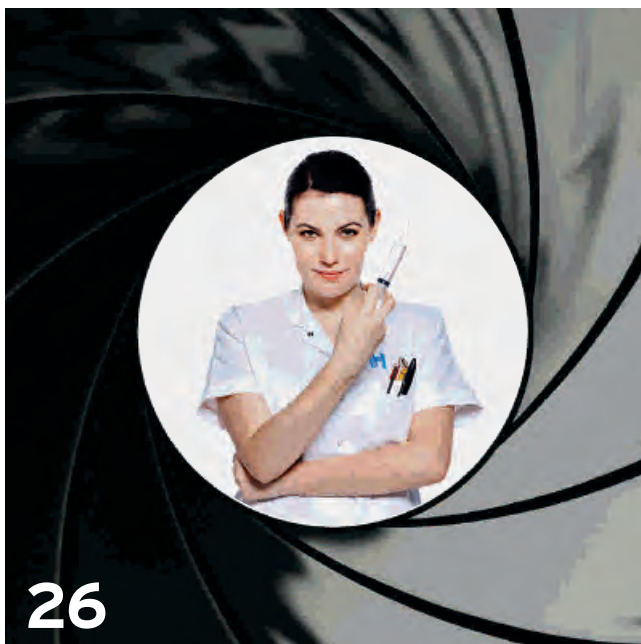
Vi har sat en bevægelse i gang, som gør op med det ensidige fokus på kvantitet frem for kvalitet. Det er helt naturligt, at det er sygeplejersker, som stiller sig i spidsen for det kursskifte.

59 Julehilsen fra Dansk Sygeplejeråd

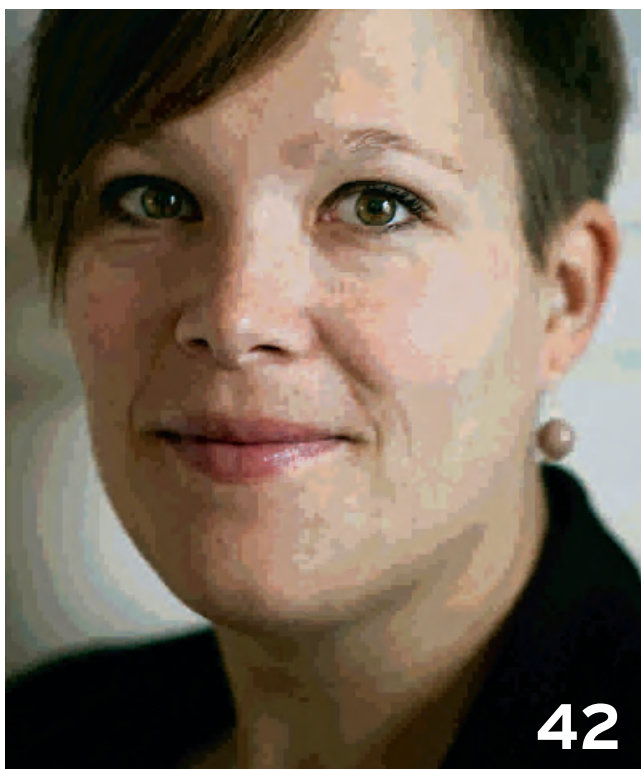
Dansk Sygeplejeråds formand og direktør ønsker alle medlemmer en glædelig jul.

62 Sygeplejens År: Tag billeder af sygeplejen

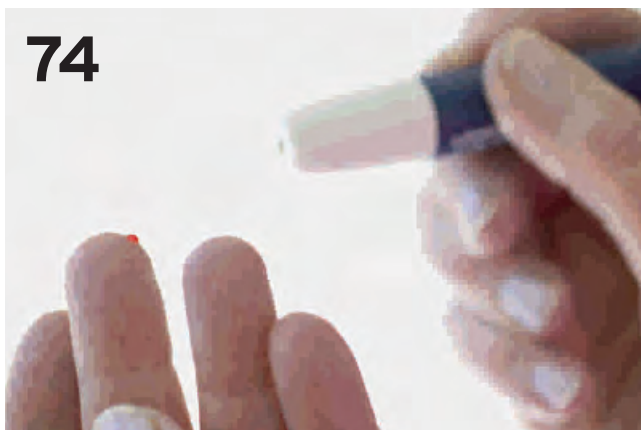
Vær med, når Dansk Sygeplejeråd inviterer alle medlemmer til at indsende billeder fra deres arbejdsliv i perioden 1. december 2011 - 31. januar 2012.



26



42



74

VELKOMMEN

FAG

70 Faglig information

74 Tværgående specialteam hjælper diabetespatienten

DiabetesUdrykningen er et udgående diabetesteam på Hillerød Sygehus, som kan tilkaldes på alle hverdage og assisterer ved behandling og undervisning.

78 Stomiskole giver nyt liv

Et udviklingsprojekt har vist, at stomiopererede patienter opnår en højere livskvalitet ved at deltage i Stomiskolen.

82 Ambulant tilbud giver færre indlæggelser

Et Akut Medicinsk Ambulatorium på Vejle Sygehus har været med til at hindre u hensigtsmæssige indlæggelser.

NÆSTE NUMMER AF SYGEPLEJERSKEN, NR. 1/2012, UDKOMMER FREDAG DEN 13. JANUAR.

I HVERT NUMMER

- 9 Test din viden
- 10 Studerende i praksis
- 14 Statistikken
- 18 Dilemma
- 39 Koks i kardex
- 40 Anmeldelser
- 46 Parentes
- 50 5 faglige minutter
- 64 Mig og mit job
- 64 Mindeord
- 65 Navne
- 66 Debat
- 87 Stillingsannoncer
- 88 Kurser/møder/meddelelser
- 90 Kontakt

FORSIDEFOTO: SØREN SVENDSEN, PER MORTEN ABRAHAMSEN OG SCANPIX

www.sygeplejersken.dk

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



Så er det lige pludselig igen blevet tid til at tænke på julegaver og nytårsforsætter og alt det, der i øvrigt følger med traditionerne for årets sidste uger. Og årets sidste udgave af *Sygeplejersken* lader da heller ikke juletid og årsskifte gå upåagtet hen. Jeg henviser til både den traditionelle julekrydsogtværs og til forslagene om fem gode, læseværdige bøger til juleferien. Det sidste forudsætter naturligvis, at du har tid til at kaste dig over bøgerne. Og her ved jeg godt, at også i juledagene er der patienter og borgere, som har krav på pleje og omsorg, hvilket fører til, at rigtig mange sygeplejersker må arbejde, hvor vi andre holder fri.

Næste gang, du får *Sygeplejersken* i hånden, ser bladet lidt anderledes ud. Fra januar overgår vi til at udkomme 14 gange om året, og det betyder, at der går tre-fire uger mellem hver udgivelse. Som du kan læse andetsteds i bladet, så har det økonomiske konsekvenser, at stillingsannoncerne stort set er forsvundet ud af bladet, og at det er dyrt at trykke og ikke mindst distribuere et stort antal blade hver 14. dag. Men vi kompenserer ved at lægge flere sider ind i hver af de færre udgivelser.

Desuden vil vi opruste vores arbejde med at lægge mere indhold og flere aktiviteter over på vores hjemmeside, www.dsr.dk

Glædelig jul og godt nytår til alle

Redaktionschef
Henrik Boesen



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

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

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

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

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

Journalist
Katrine Raahauge Nygaard
 4695 4288
 krn@dsr.dk

Journalist
Eva Rose Waldorff
 4695 4287
 ewa@dsr.dk

Journalist
Signe Lene Christiansen
 4695 4108
 slc@dsr.dk

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

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

Tryk
ColorPrint

Annoncer
Dansk Mediaforsyning Aps.
 OBS: Ny adresse pr. 1. december 2011:
 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 tidsskriftet.

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

Chefredaktøren er ansvarlig for bladets indhold.

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

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

Layouter
Anita Brogaard
 anb@dsr.dk
 4695 4283

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

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

Årsabonnement:
 1.100,00 kr. + moms
 Løssalg:
 50,00 kr. + moms
 Kontakt
 Dansk Mediaforsyning
 på dsrabn@dmfnet.dk

Ændring af medlemsoplysninger:
 Kontakt Medlemsregisteret • Tlf. 3315 1555
 medlemsregisteret@dsr.dk

Måling af social kapital

Med 12 spørgsmål i hånden kan ledere og ansatte nu selv måle, hvor meget social kapital deres arbejdsplads råder over. Begrebet social kapital dækker bl.a. over emner som graden af tillid, samarbejde, fravær og trivsel. Det er kendt, at både produktivitet og trivsel stiger, når kapitalen er høj.

Arbejdsmiljørådet og Det Nationale Forskningscenter har i fællesskab udviklet måle-metoden, der grundlæggende handler om at afdække, hvordan det står til med relationerne og samarbejdet omkring kerneopgaven på den enkelte arbejdsplads.

Spørgsmålene lyder bl.a.:

- Bliver de ansatte involveret i beslutninger om forandringer på arbejdspladsen?
- Hjælper man nye kolleger til rette, selv om det ikke er ens opgave?
- Hjælper man kolleger, der har for meget at lave?
- Kan man stole på de udmeldinger, der kommer fra ledelsen?
- Bliver man anerkendt for et godt stykke arbejde?

(ah)

Læs mere om "Guide til måling af social kapital" på Arbejdsmiljørådets hjemmeside: www.amr.dk

Kilde: FTF og Arbejdsmiljørådet.

10 års indsats for patientsikkerhed

Sygeplejersken og Ugeskrift for Læger udkommer i denne uge med et fælles magasin, der har titlen "Patientsikkerhed". Anledningen er, at det nu er 10 år siden, Dansk Selskab for Patientsikkerhed blev stiftet som en fælles interesseorganisation.

"Vi udgiver magasinet om patientsikkerhed ud fra en grundlæggende erkendelse af, at kampen for et mere sikkert sundhedsvæsen kun vindes ved, at vi løfter i flok," fremgår det af magasinets leder, der er underskrevet af formændene for de tre organisationer, Grete Christensen, Mads Koch Hansen og Ulla Astman.

Dansk Sygeplejeråd og Lægeforeningen var i 2001 sammen med Amdsrådsforeningen hovedarkitekterne bag dannelsen af Dansk Selskab for Patientsikkerhed, og organisationerne har siden sammen med en lang række af de øvrige hovedinteressenter i sundhedsvæsenet - bakket op om patientsikkerhedsarbejdet.

Magasinet præsenterer resultater fra 10 års fælles indsats for større patientsikkerhed og kommer med en række bud på, hvordan patientsikkerheden yderligere kan styrkes i fremtiden. Læs f.eks.:

- Velkommen til fremtidens patient

- De bygger sikkerheden ind i de nye sygehuse
- 35 år gammelt tryksår giver stadig gener
- Hillerød Hospital halverer antallet af hjertestopalarm
- Her er patientsikkerhed en god forretning
- Helt slut med ure og smykker på Næstved Sygehus

Magasinet kan også læses på www.patientsikkerhed.dk





ILLUSTRATION: GITTE SKOV

Indsatsen i forhold til tryksår kan i den kommende kvalitetsdagsorden på hospitalerne forbedres uden de store investeringer, mener professor i sundhedsøkonomi. Læs artiklen "Kvalitetsløft i regionerne: I patientens tjeneste" på side 26.

Mangler klare regler for patientflytninger

AF MARIANNE BOM, JOURNALIST

Danske sygehuse mangler klare kriterier for, hvilke patienter man flytter ved mangel på kapacitet, ligesom det skete, da Anders Fogh Rasmussen brækkede armen i november. Klare kriterier vil ellers fremme patientsikkerheden, siger lægelig direktør Henrik Villadsen fra Odense Universitetshospital.

Hvem skal ud af stuerne, og hvem skal ind, når der ikke er plads? Den prioritering stod Rigshospitalet for nylig med, da NATO's generalsekretær Anders Fogh Rasmussen skulle opereres i skulderen. Ind på stuen kom Fogh. Ud røg en kræftsyg kvinde til et rum uden alarm, men blot en kop og en ske til at "ringe" efter hjælp. En håndtering, Rigshospitalets direktør Torben Stentoft siden har beklaget.

Lignende prioriteringer må jævnligt foretages på danske sygehuse, og sjæl-

dent ligger der klare kriterier til grund. På trods af, at medicinske og visse kirurgiske afdelinger år efter år kører med overbelægning, er det ifølge *Sygeplejerskens* research tilsyneladende kun intensivafdelinger, der har klare retningslinjer for, hvilke patienter der kan flyttes.

Ofte under hektiske forhold

"Jeg har aldrig set kriterier på det medicinske eller det kirurgiske område. Der klarer man det typisk "fra hånden til munden", dvs. ud fra et skøn. Men ud fra et patientsikkerhedsperspektiv kunne det være interessant at udarbejde kriterier. Det kan godt være til ulempe eller fare for en patient at blive flyttet, og derfor er det en god idé at have klare retningslinjer for, hvilke patienter man bedst kan flytte," siger lægelig direktør ved Odense Universitetshospital Henrik Villadsen, som i øvrigt sidder i bestyrelsen

for Dansk Selskab for Medicinsk Prioritering.

Når patientflytninger udføres i praksis, foregår det ofte under hektiske forhold. Det opleves, som om presset er vokset de seneste år, siger en erfaren afdelingssygeplejerske, Lotte Jensen. På Nefrologisk klinik på Rigshospitalet medvirker hun i prioriteringen af patienter i spidsbelastede situationer. For det meste klarer man sig på kollegial vis med drøftelser mellem afdelinger og sygehuse om, hvem der kan tage patienterne hvornår.

"Men alle er pressede. Kampene bliver barskere og barskere, og det er ikke altid, de aftaler, der er indgået, bliver overholdt. Det er bestemt ikke tilfredsstillende for patienterne," siger hun.



FOTO: FLEMING SCHILLER

KOL-test på chokoladefabrikken. Lugesygeplejersker og -læger testede lungefunktionen på chokoladefabrikken Toms' medarbejdere den 16. november. Testen var en del af den landsdækkende "Ånd Lettet Op"-kampagne, hvis mål er tidlig opsporing af lungesygdommen KOL. Flere end 400.000 danskere skønnes at lide af KOL - op mod halvdelen uden at vide det. Hvert år indlægges næsten 25.000 danskere pga. KOL. KOL er den hyppigste enkeltdiagnose på de medicinske afdelinger. På billedet se sygeplejerske Malene Holm (t.v.), som til daglig arbejder på Lungemedicinsk Afdeling på Gentofte Sygehus. Bag "Ånd Lettet Op" står patientforeningerne Lungepatient.dk og Danmarks Lungeforening. Den sponseres af AstraZeneca, Pfizer og Boehringer-Ingelheim. Læs mere på www.aandlettetop.dk

1) Lantus Produktresumé

2) IMS data (MAT* M€), juni 2011. (*Moving Annual Total)

Produktinformation

De med * markerede afsnit er omskrevet/forkortet i forhold til de godkendte produktresuméer. De godkendte produktresuméer kan vederlagsfrit rekvireres fra sanofi-aventis Danmark A/S. **Lantus® insulin glargin 100 E/ml**, injektionsvæske, opløsning, i cylinderampul, 100 E/ml. **Lantus® insulin glargin 100 E/ml** Injektionsvæske, opløsning i fyldt pen, **OptiSet. Lantus® insulin glargin 100 E/ml** Injektionsvæske, opløsning i fyldt pen, **SoloSTAR®**. **Indikation:** Til behandling af voksne, unge og børn fra 6 år med insulin-krævende diabetes mellitus. **Dosering*:** Styrken af dette præparat er angivet i enheder. Disse enheder gælder specielt for Lantus og er ikke det samme som IE eller enhederne for andre insulin analoger. Lantus indeholder insulin glargin, en insulin-analog med lang virkningsvarighed. Lantus skal doseres én gang dagligt. Det kan gives på et hvilket som helst tidspunkt af dagen, men på samme tid hver dag. **Børn:** Sikkerhed og effekt for Lantus hos børn er kun påvist, når det doseres om aftenen. Lantus's sikkerhed og effekt er kun påvist hos voksne og børn på 6 år og ældre. **Omstilling fra andre insulin til Lantus:** Omhyggelig metabolisk kontrol er nødvendig ved omstilling og i de første uger herefter. På grund af forbedret metabolisk kontrol og deraf følgende øget insulinfølsomhed kan yderligere dosisjustering blive nødvendig. Dosisjustering kan også blive nødvendig, hvis f.eks. patientens vægt eller livsstil ændres, ændring af tidspunkt for insulinindosis, eller hvis andre omstændigheder gør, at følsomheden for hypo- eller hyperglykæmi øges. **Administration*:** Lantus indgives subkutan. Subkutan injektion af Lantus er en forudsætning for den lange virkningsvarighed. **Intravenøs** indgift af den normale subkutane dosis kan føre til alvorlig hypoglykæmi. Der er ikke set kliniske relevante forskelle i serum-insulin og glukoseniveau efter indgift af Lantus på abdomen, lår eller overarm. Injektionsstedet skal skiftes inden for det enkelte injektionsfelt fra injektion til injektion. Lantus må ikke blandes med andre insulin eller fortyndes. **Ældre (≥ 65 år):** En fremadskridende forringelse af nyrefunktionen kan føre til et stadigt nedsat insulinbehov. **Nedsat nyrefunktion:** Insulinbehovet kan være reduceret på grund af nedsat insulinmetabolisme. **Nedsat leverfunktion:** Ved svært nedsat leverfunktion kan insulinbehovet mindskes på grund af nedsat evne til glukoneogenese og nedsat insulinmetabolisme. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for insulin glargin eller nogen af de øvrige indholdsstoffer. **Særlige advarsler*:** Lantus er ikke det insulinpræparat, man først skal vælge til behandling af diabetisk ketoacidose. I sådanne tilfælde anbefales det i stedet for at indgive regulær insulin intravenøst. I tilfælde af utilstrækkelig glukosekontrol eller ved tendens til udvikling af hyper- eller hypoglykæmi skal det vurderes, hvorvidt patienten har overholdt den ordnede behandlingsforskrift, injektionssteder og korrekt injektionsteknik og alle øvrige relevante faktorer, inden en dosisjustering overvejes. Hvis en patient skal omstilles til en anden type eller brand af insulin, bør det gøres under omhyggelig medicinsk kontrol. Behandling med insulin kan føre til dannelse af antistoffer mod insulin. I sjældne tilfælde kræver forekomsten af sådanne insulinantistoffer justering af insulinindosis for at korrigere for tendensen til hyper- eller hypoglykæmi. **Hypoglykæmi:** Hvor når en eventuel hypoglykæmi opstår, afhænger af det anvendte insulins virkningsprofil, og kan derfor ændre sig, hvis behandlingen ændres. På grund af et mere vedvarende tilskud af basal insulin ved Lantus kan de forventes færre natlige men flere tidlige morgen hypoglykæmier. Særlig forsigtighed bør udvises og intensiveret blodglukosekontrol tilrådes til patienter med betydende stenoser i koronararterierne eller i hjernens forsyningskar (risiko for kardielle eller cerebrale hypoglykæmikomplicationer) og også til patienter med proliferativ retinopati, især hvis denne ikke er laserbehandlet (risiko for forbigående amaurose efter hypoglykæmi). Patienter skal være opmærksomme på situationer, hvor advarselssymptomerne på hypoglykæmi kan være nedsatte. Risikogrupper omfatter: Patienter, hvor den glykæmiske kontrol er forbedret betydeligt, patienter, hvor hypoglykæmi udvikles gradvist, ældre patienter, efter omstilling fra animalsk insulin til human insulin, patienter, som lider af autonom neuropati, patienter med en lang diabetes-anamnese, patienter, som har en psykisk lidelse, patienter, som er i samtidig behandling med visse andre lægemidler. Sådanne situationer kan føre til alvorlige tilfælde af hypoglykæmi (og eventuelt bevidsthedstab) uden at patienten forudgående har erkendt hypoglykæmien. Den forlængede virkning af subkutan insulin glargin kan forsinke hypoglykæmiens ophør. Såfremt normale eller endda nedsatte værdier af glykosyleret hæmoglobin observeres, skal muligheden for tilbagevendende, ikke-erkendte (især natlige) hypoglykæmiske anfald overvejes. For at mindske risikoen for hypoglykæmi er det vigtigt, at patienten overholder dosering og diæt, administrerer insulin korrekt, og er opmærksom på symptomer på hypoglykæmi. Faktorer, der øger risikoen for hypoglykæmi, kræver nøje kontrol og dosisjustering kan blive nødvendig. Disse omfatter: skift til andet injektionsfelt, forbedret insulinfølsomhed (f.eks. pga. fjernelse af stressfaktorer), uvant, øget eller længerevarende fysisk aktivitet, anden samtidig sygdom (f.eks. opkastning, diarré), utilstrækkelig fødeindtagelse, oversprungne måltider, alkoholindtagelse, visse ukompenserede endokrine lidelser (f.eks. hypothyroidisme, hypofyseforlaps- eller binyrebarkinsufficiens) og samtidig behandling med visse andre lægemidler. **Interkurrante sygdomme:** Kræver en intensiveret metabolisk kontrol. Urinests for ketonstoffer er indiceret i mange tilfælde, og det er ofte nødvendigt at justere insulinindosis. Insulinbehovet er ofte øget. Type 1-diabetikere skal fortsætte med at indtage i det mindste små mængder af kulhydrater regelmæssigt, også selv om de kun kan spise lidt eller ingen føde, kaster op etc., og de må aldrig udelade insulin helt. **Flegangspenning:** Lantus cylinderampul må kun anvendes sammen med OptiPen, KlikSTAR, Tactipen og Autopen 24. **Kombination med Lantus og pioglitazon:** Pioglitazon bør seponeres, hvis der sker en forværring i symptomer fra hjertet. **Medicineringsfejl:** Etiketten skal altid kontrolleres inden injektion for at undgå forveksling med andre insulin. **Interaktioner*:** Stoffer, som kan forstærke den blodsukkersænkende effekt og som kan øge risikoen for hypoglykæmi: Orale antidiabetika, ACE-hæmmere, disopyramid, fibrater, fluoxetin, MAO-hæmmere, pentoxifylin, propoxyfen, salicylater og sulfonamidantibiotika. Stoffer, som nedsætter den blodsukkersænkende effekt: kortikosteroider, danazol, diazoxid, diuretika, glukagon, isoniazid, østrogene og gestagener, phenothiazinderivater, somatropin, sympatomimetika (f.eks. adrenalin, salbutamol, terbutalin) og thyroideaormid, atypiske antipsykotiske lægemidler og proteasehæmmere. Beta-blokkere, clonidin, lithiumsalte og alkohol kan enten øge eller hæmme insulins blodsukkersænkende effekt. Pentamidin kan føre til hypoglykæmi, som til tider efterfølges af hypoglykæmi. Under behandling med sympatikolytiske lægemidler som f.eks. beta-blokkere, clonidin, guanethidin og reserpin kan symptomerne på adrenerg modregulation ligeledes være reduceret eller helt mangle. **Graviditet og amning*:** **Graviditet:** Der foreligger ikke kliniske data om eksponering for insulin glargin under graviditet. Om nødvendigt kan anvendelsen af Lantus til gravide overvejes. Det er meget vigtigt for patienter med kendt eller gestational diabetes at opretholde en god metabolisk kontrol under graviditeten. Insulinbehovet kan falde i første trimester, og stiger normalt igen i andet og tredje trimester. Umiddelbart efter fødslen falder insulinbehovet hurtigt. Omhyggelig glukosekontrol er vigtig. **Amning:** Det kan være nødvendigt at justere insulinindosis og diæt hos kvinder, der ammer. **Virkninger på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner*:** Patientens koncentrations- og reaktionsevne kan svækkes som følge af hypoglykæmi, hypoglykæmi, eller nedsat syn. Patienter skal rådes til at tage forholdsregler for at undgå hypoglykæmi under bilkørsel eller betjening af maskiner. **Bivirkninger*:** Hypoglykæmi, synsforstyrrelse, retinopati. Lipohypertrofi, lipoatrofi. Dysgeusia. Myalgia. Reaktionen på injektionsstedet, allergiske reaktioner. **Overdosering*:** Kan medføre svært, til tider langvarig og livstruende hypoglykæmi. **Pakninger og priser pr. 31-10-2011:** Lantus, injektionsvæske, opløsning, i cylinderampuller, 3 ml x 5 (Vnr. 08 47 46) kr. 644,05 (ESP); kr. 634,05 (AUP, registerpris). Lantus injektionsvæske, opløsning i fyldt pen, OptiSet, 3 ml x 5 (Vnr. 08 82 70) kr. 701,10 (ESP); kr. 691,10 (AUP, registerpris). Lantus injektionsvæske, opløsning i fyldt pen, SoloSTAR, 3 ml x 5 (Vnr. 08 19 96) kr. 716,00 (ESP); kr. 706,00 (AUP, registerpris). Se dagsaktuel pris på www.medicinpriser.dk **Registreringsindehavere:** Sanofi-Aventis GmbH, Tyskland. **Udleveringsgruppe:** B. Tilskud: Generelt tilskud. **sanofi-aventis Danmark A/S - Slotsmarken 13 - 2970 Hørsholm - Tlf. 45 16 70 00 - Fax 45 16 70 10**

Tuberkulose potentielt på retræte

Ny vaccination mod tuberkulose er afprøvet i Sydafrika. Danske Peter Lawætz Andersen fra Statens Serum Institut er manden bag den banebrydende vaccine, der ikke alene kan forebygge tuberkulose, men potentielt også udrydde den dødelige sygdom. Man regner med, at ca. to mia. mennesker verden over bærer på tuberkulosesmitten, og sygdommen går i udbrud hos ni millioner om året. De nuværende vacciner gives til børn og er kun effektive indtil op til puberteten. (s/c)

TEST DIN VIDEN

Emnet er diabetes, test dig selv eller en kollega.

Diabetes er grundlæggende viden for sygeplejersker. Men er du helt ajour?

1. Findes der andre former for diabetes end type 1 og type 2?

- Ja.
- Nej.

2. Hvad skyldes det høje blodsukker hos type 1-diabetikere?

- Insulinresistens.
- Nedsat eller ødelagt insulinproduktion.

3. Der findes 220.000 danskere med kendt type 2-diabetes. Hos hvor mange kan sygdommen sættes i forbindelse med overvægt og manglende motion?

- 80 pct.
- 95 pct.

4. Hvad måler man med en HbA1c-måling?

- Det aktuelle blodsukker.
- Middelglukoseniveauet de sidste 8-12 uger.

5. Senkomplikationer til diabetes ses både hos type 1 og type 2. Hvor længe er de normalt om at udvikle sig hos type 2-diabetikere?

- 5-10 år.
- De er ofte til stede, allerede når sygdommen konstateres.

(kb)

Se svar og forklaringer på side 13.

Læs også artiklen "Tværgående specialteam hjælper diabetespatienten" på side 74.

Kilde: steno.dk

Produktinformation til annonce side 3

Forkortet produktinformation for **Contalgin®** og **Contalgin® UNO** (morphinsulfat)

Contalgin: Depottabletter 5 mg, 10 mg, 30 mg, 60 mg, 100 mg og 200 mg **Afdelte depotgranulater til oral suspension, enkelt-dosisbeholder** 20 mg, 30 mg og 60 mg. **Contalgin UNO:** Depotkapsler, hårde 30 mg, 90 mg og 150 mg **Indikationer:**

Stærke smerter. **Afdelte depotgranulater:** Længerevarende lindring af stærke, intractable smerter. **Dosering*:** Må ikke deles, tygges eller knuses. **Depottabletter:** 30-100 mg hver 12. time. **Hårde depotkapsler:** individual, anvendes hver 24. time. **Afdelte depotgranulater:** anvendes hver 12. time. Dosis er afhængig af smerternes sværhedsgrad, patientens alder og tidligere analgetiske behov. Dosisreduktion nødvendig ved nedsat lever- og nyrefunktion samt hos ældre. **Kontraindikationer*:**

Kendt morfinoverfølsomhed, respirationsdepression, kranietraume, paralytisk ileus, akut abdomen, tardiv mavetømning, obstruktiv lungesygdom, akut leversygdom, samtidig indgift af monoaminoxidasehæmmere eller indgift indenfor de seneste to uger. Børn < 1 år. Præoperativ administration af Contalgin anbefales ikke. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedr. brugen*:** Reduceret dosis til ældre, til patienter med hypotyreose og patienter med væsentligt nedsat nyre- eller leverfunktion. Anvendes med forsigtighed til patienter med nedsat respirationsfunktion, krampelidelser, akut alkoholmisbrug, delirium tremens, forhøjet intrakranielt tryk, hypotension i forbindelse med hypovolæmi, alvorlig cor pulmonale, lægemiddel-misbrug i anamnesen, galdevejssygdomme og pancreatitis, inflammatoriske tarm-sygdomme, prostatahypertrofi, adreno-cortical insufficiens, og opioidafhængige patienter. Morphin kan nedsætte anfaldstærsklen hos patienter med epilepsi. Afbryd omgående behandlingen ved paralytisk ileus eller ved mistanke herom. Patienter, som skal have foretaget cordotomi eller anden smertereducerende kirurgi, bør ikke indtage Contalgin 24 timer inden operationen. Hvis yderligere behandling er indiceret, bør dosis justeres efter de nye postoperative behov. Anvendes med forsigtighed postoperativt efter abdominalkirurgi, og bør ikke anvendes før tarmfunktionen er normaliseret. Bør ikke anvendes præoperativt eller indenfor 24 timer postoperativt. Det anbefales ikke at skifte til andet præparat med langsom, forsinket eller kontrolleret frigivelse af morfin eller andre potente narkotiske analgetika uden en ny justering og klinisk vurdering. Den største risiko ved for høj morphindosis er respirationsdepression. Ved kronisk brug af Contalgin kan patienten udvikle tolerance, som nødvendiggør en højere dosis for at bevare smertekontrol. Ved lang tids brug kan patienten udvikle fysisk afhængighed og pludselig seponering af behandlingen kan føre til seponeringssyndrom. Når patienten ikke har brug for morfinbehandling længere, bør dosis aftrappes gradvist for at undgå seponerings symptomer. Morphin har en misbrugsprofil der svarer til andre stærke opioidagonister. Morphin kan misbruges af patienter med latent eller manifesteret afhængighedssygdom. Contalgin bør anvendes med forsigtighed til patienter med tidligere alkohol- eller stofmisbrug. Misbrug af de orale morfin-lægemiddel-formuleringer ved parenteral administration, kan føre til alvorlige bivirkninger, som kan være fatale. Hvis Contalgin tages sammen med alkohol, kan bivirkningerne af Contalgin øges; samtidig brug bør undgås. **Interaktioner*:** Forstærker virkningen af beroligende midler, anæstetika, phenothiaziner, hypnotika, sedativa, gabapentin, muskelrelaxantia og antihypertensiva. Samtidig anvendelse kan medføre respirationsdepression, hypotension, udtalt sedation eller koma. Medicin, der blokerer virkningen af acetylcholin, f.eks. antihistaminer, antiparkinson-medicin og antiemetika, kan forstærke de antikolinerge bivirkninger. Alkohol bør undgås. Samtidig indgift af antacida kan medføre hurtigere frigørelse af morfin end forventet; dosering bør derfor ikke ske samtidig, men forskudt med mindst 2 timer. Cimetidin hæmmer morfinmetabolismen. Morphin bør ikke anvendes sammen med MAO-hæmmere eller indenfor 14 dage efter seponering af MAO-hæmmere. Rifampicin reducerer plasmamorphinkoncentrationen. Kombinationen morfinagonister/-antagonister (buprenorfin, nal-bufin, pentazocin) bør ikke administreres til patienter, som har fået behandling med ren opioid-agonist-analgetika. **Graviditet og amning*:** Bør ikke anvendes under graviditet og fødsel. Bør ikke anvendes af ammende kvinder. **Trafikfarlighed*:** Mærkning. **Bivirkninger*:** Almindelige bivirkninger: Mykonus, søvnighed, tankeforstyrrelser, hovedpine, ufrivillige muskelkontraktioner, myoclonus, søvnighed, bronkospasmer, nedsat hosterefleks, abdominalsmerter, appetitløshed, obstipation, mundtørhed, dyspepsi, forværring af pancreatitis, kvalme, opkastning, perspiration, udslæt, asteni, pruritus. Ikke almindelige: allergisk reaktion, anafylaktiske reaktioner, anafylaktoide reaktioner, agitation, afhængighed, dysfori, eufori, hallucinationer, humørsvingninger, krampes, hypertoni, paræstesi, synkope, vertigo, miosis, synsforstyrrelser, bradycardi, palpitationer, takykardi, ansigtsrodmen, hypotension, hypertension, pulmonal ødem, respiratorisk depression, mave-tarmforstyrrelser, paralytisk ileus, kolik, smagsforstyrrelser, galdevejssmerter, forhøjede levertal, urticaria, urivejskrampes, urinretention, amenorré, nedsat libido, erektil dysfunktion, tolerans, abstinenssymptomer, utilpashed, perifert ødem. **Overdosering*:** Forgiftningsdosis: 5-10 gange terapeutisk dosis. Behandling: Etablering af frie luftveje og hjælp til vejtrækning. Mave-tømning kan være nødvendig for at fjerne ikke-absorberet lægemiddel, især når patienten har indtaget et depotpræparat. Naloxon kan anvendes som antidot ved massiv overdosering. **Priser og pakninger inkl. recepturgebyr (AUP) pr. 17. oktober 2011:** Vnr 563502 Depottabletter 5 mg 100 stk. 112,70 kr.; Vnr 466086 Depottabletter 10 mg 25 stk. 75,85 kr.; Vnr 466094 Depottabletter 10 mg 100 stk. 147,85 kr.; Vnr 466169 Depottabletter 30 mg 25 stk. 148,50 kr.; Vnr 466269 Depottabletter 30 mg 100 stk. 390,60 kr.; Vnr 466466 Depottabletter 60 mg 25 stk. 261,80 kr.; Vnr 055277 Depottabletter 60 mg 100 stk. 871,00 kr.; Vnr 466680 Depottabletter 100 mg 25 stk. 425,30 kr.; Vnr 085068 Depottabletter 100 mg 100 stk. 858,50 kr.; Vnr 443358 Depottabletter 200 mg 90 stk. 2397,10 kr.; Vnr 041392 Afdelt depotgranulat til oral suspension, enkelt-dosisbeholder 20 mg 30 stk. 359,65 kr.; Vnr 041723 Afdelt depotgranulat til oral suspension, enkelt-dosisbeholder 30 mg 30 stk. 380,50 kr.; Vnr 042218 Afdelt depotgranulat til oral suspension, enkelt-dosisbeholder 60 mg 30 stk. 757,30 kr.; Vnr 433292 Depotkapsler, hårde 30 mg 28 stk. 191,85 kr.; Vnr 433318 Depotkapsler, hårde 90 mg 28 stk. 370,45 kr.; Vnr 433342 Depotkapsler, hårde 150 mg 28 stk. 567,85 kr. Dagsaktuel pris findes på www.medicinpriser.dk. **Udlevering:** A\$4 kopieringspligtig. **Tilskud:** Generelt tilskud

De med * mærkede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af EMEA godkendte produktresumé dateret den 17. juni 2011. Produktresuméet kan vederlagsfrit rekvireres hos Pfizer ApS, Lautrupvang 8, 2750 Ballerup, tlf. 44 20 11 00.

(CONT 040 ASmPC V2.3 06Oct2011)

Et hul i maven, hvor tarmen stikker ud

AF GINA RASMUSSEN, SYGEPLEJESTUDERENDE PÅ MODUL 6, UC SYD, SØNDERBORG SYGEPLEJESKOLE

Da en sygeplejestuderende for første gang blev konfronteret med en patient med stomi, havde hun mest af alt lyst til at løbe langt væk. I stedet blev hun en vigtig erfaring rigere.

Som studerende på modul 6 i hjemmeplejen skulle jeg ud til en borger med kolostomi. Hans kone tog sig som regel af plejen af stomien, men da jeg skulle lære det, havde vi bedt hende om at lade den være.

Det var første gang, jeg selv skulle prøve det efter at have observeret et par gange. Jeg kunne mærke på mig selv, at jeg på en eller anden måde syntes, det var lidt mere ubehageligt at skulle pleje stomien, end det er at udføre normalt nedre toilette hos en borger eller patient.

Måske var det den blottede tarm og selve tanken om, at det rent faktisk var en tarm, der bare stak ud af maven. Måske var det lugten fra afføringen, eller også var det min egen blufærdighed, jeg følte ubehag ved. Jeg kunne nemlig ikke lade være med at tænke på, hvordan jeg selv ville have det, hvis jeg skulle ende med en stomi. Et hul i maven, hvor tarmen stikker ud. Jeg ville føle det nedværdigende, at jeg ikke kunne gå på toilettet som alle andre normale mennesker. Jeg ville skjule mig, grave mig ned i et hul og aldrig komme ud.

Derfor spurgte jeg min borger, hvordan han oplevede at leve med sin stomi. Han fortalte, at det ikke var noget problem, den generede ham ikke. Men nu havde han også haft den i snart to år, så han havde lært at leve med den. Han hjalp så vidt muligt til med at varme pladen op under blusen, lukkede posen til og klikkede den også gerne selv på.

Samtidig med, at stomien var en smule ubehagelig, var jeg også meget fascineret af den. Det er sært, at man kan gå på toilettet ud af et hul i maven, hvis man kan sige det sådan. Jeg blev fanget af hans måde at håndtere det på. Det er utroligt, at man kan opretholde sit gode humør, selvom man har en stomi.

Det kunne have været interessant at have været med helt fra starten - at have mødt ham, da han fik beskeden om can-



FOTO: OLE BO JENSEN

ceren og dermed også stomien. Hvordan tog han det, og hvilken krise havde han gennemlevet? Hvis han da oplevede det som en krise?

Jeg overvejede, hvordan jeg selv ville reagere, hvis jeg kom i en situation, hvor jeg skulle have stomi, ville jeg så kunne håndtere det lige så godt som Bent?

Læs også artiklen "Stomiskolen giver nyt liv" side 78.

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.

National arbejdsmiljøpris til Rigshospitalet

Rigshospitalet modtog 30. november Arbejdsmiljørådets pris for "Arbejdsmiljø som strategisk element". 47 virksomheder var indstillet til prisen. Dommerkomiteen skriver bl.a. i begrundelsen: Et væsentligt konkret tiltag har været en ændring i organiseringen af arbejdsmiljøarbejdet. Arbejdsmiljø er blevet nærværende i det daglige arbejde, og nødvendigheden af et godt arbejdsmiljø er blevet synliggjort hos medarbejderne såvel som topledelsen. (sbk)

Læs mere på Arbejdsmiljørådets hjemmeside: www.amr.dk

” Det er uholdbart, at humanitære organisationer skal bruge millioner på at konkurrere med hinanden om danskernes opmærksomhed.

Cand. scient. soc. med speciale udviklingsstudier og internationale forhold, Brian Esbensen, i Kristeligt Dagblad den 2. december 2011.

Ekstra polstring gør ikke ældre sundere

AF MILLE DREYER-KRAMSHØJ, JOURNALIST

Er rund lig med sund? Det er en udbredt misforståelse, at ældre raske borgere har godt af at have et BMI på mellem 24-29, mener seniorforsker Merete Platz fra Gerontologisk Institut. Hun står bag en ny rapport, der vil sætte fokus på de ældres vægt.

Er det godt med lidt ekstra sul på sidebenene, når man er ældre? Hidtil har det været en udbredt opfattelse, at ældre mennesker har godt af at have et BMI på mellem 24-29, der er lidt højere end Verdenssundhedsorganisationen WHO's normale anbefaling om BMI på mellem 18,5-25. Men nu sætter en ny rapport spørgsmålstegn ved den anbefaling.

”Vi kan ikke finde nogen grund til at operere med særlige vægtgrænser for ældre raske borgere,” siger seniorforsker og mag.scient.soc. Merete Platz fra Gerontologisk Institut. Hun har udarbejdet rapporten ”Hvornår er man undervægtig som gammel?“, der gør op med forestillingen om, at raske ældre har brug for at have en højere vægt.

”Jeg vil gerne sætte fokus på, om vi overhovedet kan bruge BMI til noget. Det handler i høj grad om at bruge vores øjne, ører, sunde fornuft og faglighed. Der er flere gamle, der kan blive ramt af sygdom og undervægt, men den kombination rammer også yngre mennesker. Vi skal blive bedre til at tænke undervægt som et problem for syge mennesker, ikke for ældre som sådan,” siger hun og uddyber: ”En forhøjet vægt kan være godt, hvis man er syg, uanset om man er gammel eller ung.”

Analyserne af de ældres vægt er baseret på interviews med ca. 4.700 raske ældre i aldersgruppen 62-87 år, og Merete Platz har ikke kunnet finde belæg for, at moderat undervægtige ældre med BMI

under 24 har en dårligere fysisk og psykisk sundhedstilstand end over 25.

”Man har antaget, at hvis man er gam-

80-årige have ca. 40 pct. mindre muskelmasse, men samme BMI som den 20-årige. Derfor kan der være højere risikofak-



ARKIVFOTO: SCANPIX

Det er et livgivende budskab, at man godt må tage et ekstra glas rødvin og et stykke chokolade, når man kommer op i alderen, men højere vægt giver ikke bedre sundhed til ældre mennesker. Arkivfoto: Scanpix

mel, er rund lig med sund, men det kan jeg ikke bekræfte. Det er ellers et livgivende budskab, at man lige kan tage et ekstra glas rødvin og et stykke chokolade, men umiddelbart er der ikke belæg for det,” siger Merete Platz.

Lektor og ph.d. på afdeling for Sygeplejevidenskab ved Aarhus Universitet, Preben Ulrich Pedersen, er enig i, at BMI er en forenklet måde at tænke sundhed på, men påpeger, at der er forskel på yngre og ældre.

”Aldersgrænserne er kunstigt sat, men tager man to personer på f.eks. 20 og 80 år med samme vægt og højde, så vil den

torer forbundet med at være ældre, hvis man bliver syg og indlagt,” siger han og fortsætter:

”BMI-tallet skal kombineres med andre faktorer som funktionsniveau, evne til at spise osv., og det gælder uanset alder. Bliver en 25-årig, der kun har siddet og surfet på nettet, ramt af sygdom, vil han sandsynligvis klare sig dårligere end en 65-årig, der stadig løber maraton, selv om maratonløberen har et lavere BMI. Det er den samlede kropsmasse og funktionsniveauet, der er interessant.”

Tidlig indsats skal forebygge indlæg

AF JULIE WINTHER BENGTSOEN, JOURNALIST

Hver femte ældre patient blev i 2001 genindlagt kort efter udskrivelse fra hospital. To nordsjællandske hospitaler og fem kommuner har undersøgt, hvad der går galt, og de har sat 11 projekter i gang for at komme de uheldige tal til livs.

For at modvirke en tendens med mange unødvendige indlæggelser er de nordsjællandske kommuner Allerød, Frederikssund, Gribskov, Halsnæs og Hillerød gået sammen i et projekt med Frederikssund og Hillerød Hospitaler. Som et af de første steder i landet har de undersøgt, hvad der går galt, når ældre borgere bliver indlagt eller genindlagt akut. Desuden har de igangsat initiativer, der skal modvirke de mange unødvendige ture på hospitalet. Koordinator på projektet, Karen Gliese Nielsen, fortæller, at projektet hurtigt fik et bredere udgangspunkt end forventet:

”Vi startede med kun at have fokus på genindlæggelser, men vi fandt ud af, at det faktisk er få af genindlæggelserne, vi kan forebygge ved hjælp af et tværsektorielt samarbejde. I stedet viste det sig at være meget relevant i forhold til forebyggelige indlæggelser af ældre medicinske patienter, så de blev også inkluderet,” siger hun.

Ud over en kvantitativ undersøgelse af problemets omfang har medarbejderne på projektet også lavet en kvalitativ undersøgelse af 80 forløb, der er endt med indlæggelser eller genindlæggelser af seks diagnoser, som de betegner som mulige at forebygge.

Potentiale for forebyggelse

Forløbene er nøje gennemgået sammen



ARKIVFOTO: SØREN HOLM

med bl.a. hjemmesygeplejerskerne, visitationen og egen læge. Denne granskning tog udgangspunkt i både kommunens og hospitalets journaler.

”Vi har undersøgt, hvad der skete, og hvad vi kunne have gjort. Medarbejderne kunne ”spole tilbage” og f.eks. sige: Jeg havde godt set, at hun var begyndt at ”skrante” lidt eller ikke ville drikke. Og det viste sig, at langt de fleste indlæggelser ud af de 80 kunne være forebygget,” siger Karen Gliese Nielsen.

Hun understreger samtidig, at de patienter, som blev indlagt, rent faktisk var syge. Derfor var indlæggelserne på de givne tidspunkter nødvendige, men de kunne være undgået ved tidligere indgriben.

”Vi kunne konstatere, at der ikke har været opmærksomhed på genindlæggelser hverken på hospitalerne ved udskrivelsen eller i kommunerne og hos egen læge ved modtagelsen. Så man har ikke set de forebyggelige potentialer,” siger hun.

” Det er jo spild af ressourcer, når personalet sidder og venter og har gjort plads i skemaet, og det skal vi til livs. Det kan ske med sms-beskeder til patienterne dagen før og ved, at vi tager højde for afbuddene og simpelt hen overbooker ligesom flyselskaberne. Dermed kommer vi tættere på at bruge tiden fornuftigt.

Oversygeplejerske på Frederiksberg Hospital, Tina Lyngø, i Jyllands-Posten den 29. november 2011.

gelsler

Fokus på seks diagnoser

I projektet mellem de to hospitaler og fem kommuner er der fokuseret på at forebygge indlæggelser og genindlæggelser med disse seks diagnoser for borgere over 60 år: lungebetændelse, urinvejsinfektion, dehydrering, obstipation, KOL og brud på grund af fald.

Nu har de to hospitaler og de fem kommuner igangsat 11 forskellige initiativer, som skal forebygge både indlæggelser og genindlæggelser i meget bedre tid.

Brug observationer aktivt

Observationer af borgerne i deres eget hjem går igen som et redskab i flere af de nye måder at forebygge unødvendige ture til sygehuset på. Et af eksemplerne ligger i arbejdet med KOL-patienter. Iltsygeplejerske på Hillerød Hospital, Charlotte Elving, kører ud og besøger hospitalets KOL-patienter i Hillerød og Halsnæs Kommuner. Besøgene varer en time og indeholder bl.a. målinger af iltmætning og lungefunktion og længere samtaler om, hvordan borgeren klarer sig i hjemmet. Hun har dermed mulighed for at gøre sig mange observationer om borgeren, som tidligere ikke rigtig kom videre. Gennem projektet er det nu blevet sikret, at oplysningerne bliver givet videre til kommunens plejemedarbejdere.

"Vi kan som iltsygeplejersker f.eks. opdage, om patienten hoster mere, end han

plejer, om der kan være en lungebetændelse på vej, og om han tager medicinen, som han skal. Alt det har vi nu mulighed for at sende videre som et notat til kommunen," fortæller Charlotte Elving, som har gjort det til rutine at tænke kommunens opgaver ind i sit arbejde:

"Nu ved jeg præcis, hvem jeg skal kontakte, hvis der er noget, jeg vil drøfte om en patient," siger hun.

Sådan forebygger vi meningsfuldt

Der er investeret 2 mio. kr. i projektet fra både forebyggelsespuljen i Region Hovedstaden og de fem deltagende kommuner. Pengene er gået til analysen, interventionerne og til en evaluering af projektet. Desuden vil der komme en sundhedsøkonomisk evaluering af effekten for kommunerne.

Resultaterne af interventionerne ligger først klar til februar, og selv om Karen Gliese Nielsen ikke kan sige, om frekvensen af indlæggelser er gået ned, håber hun at kunne give svar på, hvordan det er bedst at forebygge:

"Vi vil kunne sige noget om, hvordan vi meningsfuldt forebygger indlæggelserne. Og hvad der er nemt at bruge i hverdagen."

Læs mere om projektet på www.hillerodhospital.dk > *Kvalitet og forskning* > *Tværasektorielt samarbejde* > *Projekt om forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser*

Svar på testen om diabetes på side 9.

1. a. Der findes flere diabetesformer, der ligner type 1. De opstår ofte hos unge (Maturity Onset Diabetes of the Young, MODY) og optræder meget hyppigt i samme familie. Man har identificeret seks forskellige genetiske mutationer, der disponerer for MODY.
2. b. Det er type 2-diabetes, der skyldes insulinresistens. Type 1 skyldes, at kroppens immunforsvar har angrebet de insulinproducerende celler i bugspytkirtlen. Hvorfor kroppen danner disse antistoffer, ved man ikke.
3. a.
4. b. Det, man måler, er, hvor meget glukose blodets hæmoglobin har bundet til sig. HbA1c anses for det bedste mål for, hvor godt reguleret patienten er.
5. b.

Medbring din egen sygeplejerske ved indlæggelse

Private sygeplejersker på offentlige sygehuse er blevet en ny tendens i England ifølge det britiske dagblad Daily Mail, der kører kampagnen "Dignity for the elderly". Patienter og pårørende betaler op til 200 britiske pund om dagen (1.700 kr.) for at sikre basal sygepleje som hjælp til at spise, komme i bad og blive vendt i sengen. Ofte er det private sygeplejersker, der har hjulpet den ældre hjemme, som fortsætter arbejdet under patientens indlæggelse. Ifølge Daily Mail har nogle hospitaler nægtet patienter at have privat sygeplejerske med under indlæggelse.

Britiske hospitaler ramt af omfattende strejke

Hospitaler, skoler, lufthavne og andre offentlige instanser i England blev lammet den 30. november, da 30 fagforeninger afholdt en 24 timer lang strejke for at protestere mod en fireårig spareplan, som skal nedbringe landets gæld. To millioner offentligt ansatte nedlagde arbejdet. Ifølge BBC var der varslet over 1.000 demonstrationer. Royal College of Nursing, som organiserer sygeplejersker, opfordrer medlemmerne til at tage del i demonstrationerne.

Læs mere på: www.rch.org.uk/frontlinefirst

Da vibratoren kom til verden

I den amerikanske sydstat Alabama skal man have en lægeklæring for at købe en vibrator. Også i staterne Georgia og Texas er salg af sexlegetøj forbudt. Det skriver dagbladet Information i forbindelse med den danske premiere på komediefilmen "Hysteria", der handler om såkaldte hysteripatienter. Filmen fortæller den sandfærdige historie om opfindelsen af verdens mest populære sexlegetøj, vibratoren.

Netværk for hjertesygplejersker

Sygeplejersker, der til hverdag arbejder med hjerte-kar-patienter, har fået et nyt fagligt forum, hvor de kan få ny viden og udveksle erfaringer. Hjerteforeningen har etableret et netværk målrettet sygeplejersker, der arbejder i klinisk praksis med hjerte-kar-patienter som speciale. Interesserede kan henvende sig til et af Hjerteforeningens syv rådgivningscentre via www.hjerteforeningen.dk

Kilde: Hjerteforeningen.

Brug sladder konstruktivt

Sladder mellem kolleger er ikke – som man måske skulle tro det – den rene gift for arbejdspladsen.

Lektor i HRM, Human Resource Management, ved Syddansk Universitet, Jeanette Lemmergaard mener ligefrem, at ledere med fordel kan bruge sladder som strategisk værktøj, skriver e-LEDEREN. Hvis ledelsen bare sorterer i al snakken, kan meget af det bruges til at skabe en bedre arbejdsplads, lyder konklusionen i et forskningsprojekt, som Jeanette Lemmergaard har gennemført om sladder.

Kilde: e-LEDEREN

Erfaren direktør til Filadelfia

Efter en hård periode med økonomiske problemer får epilepsihospitalet i Dianalund ny direktør. Den nye mand i spidsen bliver Jens-Otto Skovgaard Jeppesen, 55 år. Han kommer fra en stilling som vicedirektør inden for Velfærdsinnovation i Region Syddanmark, og tidligere var han administrerende direktør på Odense Universitetshospital i 15 år. Den nuværende direktør Flemming Christensen stopper ved årets udgang fem år på posten. Han blev i september ramt af en blodprop og fik derefter en ballonudvidelse. Hertil ønskede bestyrelsen andre kompetencer på direktørposten.

Kilde: www.dr.dk

Sårpatienter vil have sygeplejersken med hjem

AF MILLE DREYER-KRAMSHØJ, JOURNALIST

Patienter med tryksår får lige så god behandling, når sårsygeplejersken kommer hjem til dem, som når de selv tager i ambulant behandling på sygehuset. Patienterne sparer en oftest smertefuld og tidskrævende transport, og sårsygeplejersken og hjemmesygeplejersken får en værdifuld faglig sparring. Det viser en ny MTV fra Sundhedsstyrelsen.

Tryksårpatienter er glade for at blive behandlet i deres eget hjem af en udgående sårsygeplejerske, og sårene heler lige så godt som i ambulant behandling på sygehuset. Det viser en ny medicinsk teknologivurdering (MTV) fra Sundhedsstyrelsen.

"Patienterne er meget glade for, at de ikke skal transporteres til sygehuset, men kan få hjælp i deres eget hjem. Flere af dem er meget smertepåvirkede, og kørslen til sygehuset kan være stressende," siger afdelingssygeplejerske Inger Futtrup fra Universitetscenteret for Sårheling på Odense Universitetshospital. Hun har været med til at udarbejde MTV'en: "Når sygehus og kommune samarbejder om sårbehandling af patienter i eget hjem", der netop er offentliggjort af Sundhedsstyrelsen den 9. december 2011.

Igennem et halvt år blev 76 patienters sårbehandling sammenlignet, når de blev behandlet i enten deres eget hjem eller ambulant på sygehuset. Det viste sig, at

det ikke kun var patienterne, der fik gavn af de udgående sårsygeplejerskers faglige kunnen.

"Hjemmesygeplejerskerne har været meget glade for den faglige sparring, de har fået med vores sårsygeplejersker. Det har for dem betydet, at de kunne gå videre til den næste borger med ny viden, og de har bedre kunnet følge op i det daglige på patienternes behov," fortæller Inger Futtrup.

Hjemmebehandling er billigere

Samtidig har det vist sig, at besøg i patienternes hjem er godt 800 kr. billigere, end når patienten går i ambulant behandling på sygehuset.

"Det giver god anledning til at overveje, hvordan sårbehandling organiseres. Ansvar for organiseringen ligger imidlertid dels i regionerne, dels i de sundhedsaftaler, der indgås mellem regioner og kommuner," siger enhedschef i Sundhedsstyrelsen, Lene Vistisen, og fortsætter:

"Økonomisk er der ikke den store gevinst, men andre faktorer har også betydning. MTV'en viser, at patienterne bliver behandlet lige så godt derhjemme, hvis man flytter specialisten hjem til dem i samarbejde med hjemmesygeplejerskerne, og vi har kunnet se, det også øger vindingen mellem sygehusets sygeplejersker og hjemmesygeplejerskerne," siger hun.

Sådan er tilfredsheden med de udgående sårsygeplejersker

Patienten vil anbefale sårsygeplejersken til andre	94 pct.
Patienten ved ikke/har ikke svaret	6 pct.
Patienten vil ikke anbefale	0 pct.

Patientens tilfredshed med tilbud om udgående sårsygeplejerske

I høj grad	93 pct.
I nogen grad	7 pct.
I mindre grad/slet ikke/ved ikke	0 pct.

Kilde: "Når sygehus og kommune samarbejder om sårbehandling af patienter i eget hjem", Sundhedsstyrelsen, december 2011.

98%
ER ENIGE*
"FØLGER MIN
KROPSFACON"

SenSura® Mio



*Kilde: Produktevaluering – resultater DK, UK, FI, NL, CH. Total antal respondenter: 218.

Tilpasser sig individuelle kropstyper. Føles sikker

En kolostomibandage der følger alle kroppens naturlige bevægelser

SenSura® Mio tilpasser sig individuelle former, og følger kroppen naturlige bevægelser. Når du bukker dig, strækker eller drejer dig, vil du opleve, at SenSura Mio fastholder en sikker vedhæftning takket være den elastiske klæber. Med SenSura Mio kan du føle dig sikker.

“Det har givet mig den bedste tryghed. Jeg kan ikke bede om mere”.

Vanessa, SenSura Mio bruger, England

Bestil en gratis vareprøve på SenSura Mio på www.sensuramio.coloplast.dk



Se nogle af reaktionerne på SenSura Mio. Videoen kan også ses på www.sensuramio.coloplast.dk

Drejebog giver svar på spørgsmål om

AF JAKOB KEHLET, JOURNALIST

Århus Universitetshospital er et af de tre danske sygehuse, der har taget imod libyske krigsofre. Personalet på den nyindrettede afdeling E12 bruger en drejebog til at give svar på alle de spørgsmål, som den nye patientgruppe rejser.

Der var hurtig udrykning på Århus Universitetshospital, der sammen med Odense Universitetshospital og Hvidovre Hospital blev udpeget til at modtage 50 libyere til behandling for skud- og andre krigsskader.

For tre uger siden hørte afdelingssygeplejerske Dorte Baarup første gang om initiativet, og halvanden uge senere blev fem libyere båret ind på den nyindrettede afdeling, hvor et hold sygeplejersker og tolke i 12-timers-vagt stod klar til at tage imod dem.

De forudgående 10 dage var hektiske, men effektive. Alle detaljer helt ned til at skaffe klokkestrengene til stuerne blev styret med sikker hånd.

"Vi fik meget hurtigt oprettet en drejebog, som blev gjort tilgængelig på nettet

Libyske krigsofre i Danmark

- 50 libyere skal behandles for krigsskader i Danmark.
- 15-20 i Århus, 5-10 i Odense og 20-25 i København (på Hvidovre Hospital og senere på Rigshospitalet).
- Patienterne isoleres i første omgang for at undgå smittespredning af eksempelvis multiresistente bakterier.
- De libyske patienter skal forvente at opholde sig i Danmark mellem seks og 12 måneder.
- Den libyske overgangsregering betaler for opholdet via Udenrigsministeriet.

for personalet på afdelingen. Alle beslutninger omkring proceduren blev lagt ud, og hver dag indløb der ca. 100 spørgsmål fra personalet, men vi fik spørgsmålene grupperet og tematiseret, så alle fik svar," siger Dorte Baarup, der sammen

med sygeplejerskerne Louise Momme, Louise Nørgaard og Lotte Schumacher og serviceassistent Berin Tecer har givet sig tid til at fortælle om den usædvanlige periode.

Brugte netværk

Dorte Baarup fik til opgave at samle et personale, der kunne klare den sundhedsfaglige indsats, men som desuden også skulle være rustet til at klare sproglige og kulturelle udfordringer.

"Jeg brugte mit netværk blandt afdelingssygeplejersker til at finde personer med de rette kvalifikationer, men jeg har også spurgt på afløserkontoret, på jobcentre, på sygeplejeskolen og blandt de medicinstuderende. Jeg har sågar søgt kvalificeret personale gennem et interview på DR P4, det gav faktisk mange henvendelser," siger Dorte Baarup, der dagen inden interviewet havde 17 personer til jobsamtale.

En særlig udfordring har været at finde frem til menuer, som de fem nye patienter synes om. En libanesisk kvinde er an-

Filadelfia blev reddet på finansloven



ARKIVFOTO: POLIFOTO

Regeringen og Enhedslisten er enedes om, at Danmarks eneste epilepsihospital, Filadelfia, i Dianalund på Vestsjælland får 40 millioner over de næste to år. Det er et skridt i den rigtige retning, lyder det fra Enhedslisten i dagbladet B.T.

Filadelfia får 25 mio. kr. i 2012 og 15 mio. kr. i 2013. Pengene rækker dog kun til at redde det resterende hospital og ikke de to afdelinger, der tidligere i år er blevet lukket, Havehuset og afdelingen for ungdomspatienter. Sygeplejerske og tillidsrepræsentant på Filadelfia, Louise Sjøberg, har haft et travlt år i 2011, hvor epilepsihospitalet gentagne gange har været i medierne som lukningstruet. "Sundhedsministeren har stillet krav om, at vi fortsat skal kunne rumme alle typer epilepsipatienter, og den ro og glæde, det umiddelbart gav at få sikkerhed for vores fortsatte eksistens, er nu afløst af bekymring for, hvordan vi kan leve op til kravene. Og så er fremtiden kun sikret to år frem, så for de ansatte er der fortsat mange uafklarede spørgsmål," siger Louise Sjøberg.

Læs også interviewet med Louise Sjøberg på navnesiderne under "Mig og mit job" på side 64. (sbk)

libyske patienter



Det første hold sårede civile fra Libyen ankom til Københavns Lufthavn den 15. november. Patienterne er fordelt på universitetshospitalerne i Aarhus og Odense og Hvidovre Hospital.

sat til at give maden et arabisk pift, og centralkøkkenet har været på besøg for at tale livretter med dem.

Afdeling E12 har nu samlet erfaringer

om, hvordan libyske patienter skal plejes, og de erfaringer kan de bruge, når de modtager næste hold krigs ofre i december.

Hospitalsansatte chatter og dater i arbejdstiden

En intern undersøgelse fra Hvidovre Hospital viser, at personalet i oktober 2011 brugte næsten 4.000 timer på privat surfing på nettet, skriver Ekstra Bladet.

Ifølge Ekstra Bladet er top 3-listen over mest besøgte hjemmesider: Facebook, Google og Dating.dk Siden undersøgelsen blev offentliggjort, har debatten i medierne



ARKIVFOTO: ISTOCK

gået på, om det er i orden, at ansatte surfer på internettet i arbejdstiden. Ledelsen på Hvidovre Hospital har endnu ikke taget endelig stilling til, om den nye undersøgelse vil få konsekvenser i form af filter mod visse hjemmesider.

(sbk)

I fremtiden forbindes alternativ og etableret behandling!



Lær Tankefeltterapi

- en let dialog kombineret en let banken på akupunktur punkter afhjælper både fysiske og psykiske smerter. Læs mere på www.tankefeltterapi.info

Lær Metamedicin

- hvordan fremmer man kroppens egen naturlige helbredelse? Metamedicin er ikke noget man spiser, men en biologisk forståelsesmodel af kroppens biologiske processer som vender op og ned på sundhed og sygdom. Læs mere på www.metamedicin.dk



FOKUSERET STUDIEBESØG



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

Dato: 13.3.12, kl. 8.30 -16.30

Sted: Videncenter for Sårheling, Bispebjerg Hospital

Pris: kr. 1.000,00.

Tilmeldingsfrist: 13.1.12. Tilmelding og yderligere information findes på www.CWHC.dk

Nej til behandling

Patienten er livstruende syg, men vil ikke give informeret samtykke til ECT-behandling. For ægtefællen er der derimod ingen tvivl om, at det er den rigtige behandling.

En kvinde med alvorlig fødselsdepression, Jasmin, er frivilligt indlagt. Jasmin er i løbet af kort tid blevet meget dårlig, og man har afprøvet alle mulige behandlingstiltag. Nu overvejes ECT-behandling (elektrochokbehandling), men denne behandling kræver informeret samtykke. Ægtefællen Anders ønsker, at denne behandling foretages, patienten nægter. Ved udførelse af elektrochokbehandling bliver patienten bedøvet først, hvorfor der ud over psykiatere og sygeplejersker kræves medvirken af narkoseteam.

Anæstesipersonalet vægrer sig ved at medvirke ved behandlingen, eftersom patienten ikke har indvilget i denne.

Howdan skal personalet agere i den konkrete situation?

Læs nedenfor, hvad vores panelmedlemmer mener, og skriv evt. dit svar på www.sygeplejersken.dk under dilemma eller på [facebook.com/sygeplejersker](https://www.facebook.com/sygeplejersker)

Svar 1. Det forudsættes, at der ikke er indikation for tvangsbehandling. Juridisk skal fravalget respekteres. Selv når en patient er tildelt værge, må tvang ikke finde sted, hvis en patient i ord eller handling afværger. Men etisk kan det forsvares at forsøge at overtale eller lokke patienten til behandling, da patienten oprindeligt er kommet frivilligt ind i afdelingen for at få hjælp. Det vil sige, at patienten tidligere i sin næsten habitualtilstand selv har udtrykt ønske om behandling, men under en forværring af sygdommen ikke kan se ECT-behandlingen som en hjælp. Kunne man måske kalde ECT-behandlingen for noget andet, således at hjælpen i behandlingen bliver tydeligere for Jasmin, end måden behandlingen bliver givet på? Hensigten med at forsøge at overtale eller lokke patienten er ønsket om at ville patienten det bedste med baggrund i Jasmins tidligere valg og holdninger, hvilket er en anerkendt etisk begrundelse, når et klinisk dilemma optræder.

Svar 2. Jasmin er i en ulykkelig situation. Det faglige psykiatriske team omkring Jasmin har bragt ECT-behandlingen på bane som en behandlingsmulighed. Skønner det psykiatriske team, at Jasmin ikke har evne til at tage ansvar, eller at hun er til fare for sig selv og andre, har teamet mulighed for at behandle Jasmin med tvang ifølge psykiatrilovgivningen. Det anæstesiologiske team er også underlagt denne lovgivning.

Alligevel rejser der sig spørgsmål om etiske værdier i vurderingen af Jasmins situation. Værdier som tryghed, tillid og åbenhed er vigtige at afklare i forhold til Jasmin og hendes ægtefælle. Hvad er årsagen til, at Jasmin ikke er tryk ved ECT-behandling? Hvad er årsagen til, at ægtefællen ønsker den? Hvordan påvirker det tilliden og åbenheden i deres forhold? Disse spørgsmål kan stilles til refleksion. Der er brug for meget hjælp og information til familien. Endvidere bør det psykiatriske team være afklarede i forhold til behandlingsmuligheder og konsekvenser, da det

behandlingsmæssige ansvar ligger hos teamet.

Om en afklaring af forholdene vil bringe Jasmin til at give samtykke til videre behandling, er uklart.

Af Erik Weye Herskind, anæstesisygeplejerske, SD, medlem af Sygeplejeetisk Råd, www.dsr/ser



Efter mange års rygning kan 12 uger med CHAMPIX® VARENICLIN hjælpe dine patienter til at blive røgfri¹

- Ved at opmuntre dine patienter til at stoppe med at ryge før 50-års-alderen, kan du forlænge deres forventede levetid med omtrent 6 år²
- CHAMPIX er en 12 ugers behandling, der øger chancen for et succesfuldt rygestop¹
- CHAMPIX reducerer rygetrang og abstinenssymptomer samt følelsen af belønning ved at ryge^{1,3,4}
- Mere end 15 millioner CHAMPIX behandlinger er initieret verden over⁵



Forkortet produktinformation for Champix® (vareniclin) (vareniclin) (vareniclin)

Filmovertrukne tabletter, 0,5 mg og 1 mg

Indikationer: Rygeophør hos voksne.

Dosering*: Behandlingen startes efter følgende skema:

Dag 1 – 3:	0,5 mg 1 gang dagligt
Dag 4 – 7:	0,5 mg 2 gange dagligt
Dag 8 – resten af behandlingen	1 mg 2 gange dagligt

Patienten bør fastsætte en dato for rygestop. Champix-behandlingen bør sædvanligvis begynde 1-2 uge før denne dato. Den samlede behandlingsperiode er 12 uger. Mild til moderat nedsat nyrefunktion: Dosisjustering ikke nødvendig. Svært nedsat nyrefunktion: 1 mg 1 gang dagligt efter 3 dages dosisjustering (0,5 mg 1 gang dagligt). Nedsat leverfunktion: Dosisjustering ikke nødvendig. Ældre: Dosisjustering ikke nødvendig. Børn: Anbefales ikke til børn og unge under 18 år.

Kontraindikationer: Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne.

Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedr. brugen*: Dosisjustering kan være nødvendig hos patienter, der samtidig anvender theophyllin, warfarin og insulin. Nedtrykthed kan være en følge af nikotinophør. Rygestop kan resultere i en exacerbation af underliggende psykiatrisk lidelse (f.eks. depression). Sådanne symptomer er også set hos patienter, der forsøgte at holde op med at ryge ved hjælp af Champix. Behandlere bør være opmærksomme på evt. udvikling af depressive symptomer hos patienter og behandling bør seponeres ved bekymrende agitation, nedtrykthed, eller ændringer i adfærd eller tankegang, og der bør ske opfølgning, indtil symptomerne ophører. Der bør udvises forsigtighed ved behandling af patienter med alvorlige psykiatriske lidelser. Der er ingen klinisk erfaring med behandling af patienter med epilepsi med Champix. Lægen bør altid informere patienten om, at man kan opleve irriterabilitet, rygetrang, depression og/eller søvnløshed efter endt behandling og lægen bør overveje nødvendigheden af aftrapning. Der er

set overfølsomhedsreaktioner herunder angioødem samt Stevens-Johnsons syndrom og erythema multiforme. Sikkerhed og effekt hos rygere med kardiovaskulær sygdom er tilsvarende den for rygere, der ikke har kardiovaskulær sygdom.

Der er ikke set lægemiddelinteraktioner af klinisk betydning.

Graviditet og amning*: Champix bør ikke anvendes under graviditet. Det vides ikke om vareniclin udskilles i modermælk hos mennesker. Beslutningen om hvorvidt amning skal fortsættes/standses eller hvorvidt behandling med Champix skal fortsættes/standses bør tage højde for fordele for barnet ved amning sammenlignet med rygeophør for moderen.

Trafikfarlighed*: Champix kan i mindre eller moderat grad påvirke evnen til at føre bil eller betjene maskiner, da der kan forekomme svimmelhed eller søvnighed under behandlingen.

Bivirkninger*: Rygeophør er, hvad enten det gennemføres med eller uden behandling, forbundet med forskellige symptomer, f.eks. dysfori og nedsat sindstilstand, søvnløshed, irriterabilitet, frustration, angst, koncentrationsbesvær, rastløshed, nedsat hjerterytme, øget appetit og vægtøgning. I de kliniske forsøg er der ikke skelnet mellem hvorvidt bivirkningerne var forbundet med nikotinophør eller den anvendte forsøgsmedicin. Kliniske forsøg omfatter omkring 4.000 patienter, der blev behandlet med Champix i op til 1 år. Bivirkningerne var milde til moderate og forekom typisk inden for den første uge af behandlingen. Meget almindelige bivirkninger (≥10%): Kvalme, hovedpine, drømmeforstyrrelser, søvnløshed. Almindelige bivirkninger (≥1% og ≤10%): Øget appetit, søvnighed, svimmelhed, smagsforstyrrelser, opkastning, forstoppelse, diarré, udspilet abdomen, maveubehag, dyspepsi, flatulens, mundtørhed, træthed. Ikke almindelige bivirkninger (≥0,1% og ≤1%): depression, angst, hallucinationer, atrefieflimren og brystsmerte. Der er efter markedsføring rapporteret om myokardieinfarkt, hallucinationer, angioødem, Stevens-Johnsons syndrom, depression, selvmordstanker, psykose, hallucinationer, angst, aggressiv og irrationel adfærd (se Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedr. brugen) hos patienter, der anvendte vareniclin. For ikke almindelige og sjældne bivirkninger henvises til det fulde produktresumé afsnit 4.8.

Overdosering*: Understøttende behandling efter behov.

Priser og pakninger inkl. recepturgebyr (AUP) pr. 29. november 2011:

Vnr	Lægemiddel- form og styrke	Pakningsstørrelse	Pris
13 05 96	Filmovertrukne tabletter 0,5 mg og 1 mg	11+42 (blister) (Startpakke)	874,10 Kr.
05 80 14	Filmovertrukne tabletter 1 mg	112 stk. (blister) (Vedligeholdelses- pakning)	1.488,50 Kr.

Dagsaktuel pris findes på www.medicinpriser.dk

Udlevering: B

Tilskud: Nej

De med * mærkede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af EMEA godkendte produktresumé dateret den 17. juni 2011. Produktresumét kan vederlagsfrit rekvireres hos Pfizer ApS, Lautrupvang 8, 2750 Ballerup, tlf. 44 20 11 00.

Referencer: 1. CHAMPIX Produktresumé. Dec 2010. 2. Doll R et al. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004; 328:1519-1528. 3. Jorenby D et al. Efficacy of varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation. A randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 296:56-63. 4. Coe JW et al. Varenicline: An $\alpha 4\beta 2$ nicotinic receptor partial agonist for smoking cessation. *J Med Chem* 2005; 48:3474-3477. 5. Data on file - IMS Midas Data: July 2006 - June 2010.





VINDERNE AF OPFINDERPRISEN KÅRET I KVÆSTHuset

En iltstut, et program til beregning af sondeernærings- og væskebehov samt en ny modtagelsesprocedure for gynækologiske patienter. Sygeplejersker bag de tre opfindelser, der vandt Sygeplejerskens Opfinderpris.

AF KATRINE RAAHAUGE NYGAARD, JOURNALIST • FOTO: SIMON KLEIN KNUDSEN

Tre sygeplejersker modtog torsdag den 24. november Sygeplejerskens Opfinderpris i anledning af Sygeplejens år. Administrerende direktør i Dansk Sygeplejeråd, Anne Granborg, stod for uddelingen af priserne i Kvæsthuset.

”Vi satte Opfinderprisen i søen for at vise, at sygeplejersker stadig er fremme i skoene for at gøre det bedre, mere bekvemt og effektivt for patienterne. Og det har vist sig at holde stik,” sagde Anne Granborg i sin tale.

Førstepremien på 10.000 kr. gik til sygeplejerske Signe Bjørn fra anæstesiafdelingen på Aalborg Sygehus. Hun har opfundet en iltstut, som gør det nemmere for helt små børn at få ilt postoperativt. Idéen opstod, fordi hun ikke ville acceptere, at de helt små ikke kunne få et optimalt postoperativt forløb, og fordi hun kunne se potentialet i noget så hverdagsnært som en sut.

Sygeplejerskers idéer er i høj kurs

Sygeplejersker har alle dage været kreative og praktisk anlagt, mener konsulent i Dansk Sygeplejeråd, Gunilla Svensmark, og giver et par eksempler.

”Dansk Sygeplejeråds første formand, Henny Tscerning, var i 1880’erne den første danske sygeplejerske, der introducerede kogning af instrumenter før en operation. Hun arbejdede dengang på kirurgisk afdeling på Københavns Kommunehospital og havde overtaget opgaven med at gøre instrumenterne klar til operation.

Et andet eksempel er sygeplejerske Bodil Lund, som i 1952 opfandt en holder til urinkolber med hjælp fra sin far, som var gas- og vandmester. Hun var indstillet til Opfinderprisen for sin historiske opfindelse,” fortæller Gunilla Svensmark.

Gennem tiden er der mange eksempler på samarbejde mellem sygeplejersker og teknikere, typisk om diverse holdere.

”Sygeplejersker har traditionelt været dem, der havde ansvar for, at der var orden i sagerne,” siger Gunilla Svensmark.

Sygeplejersker har også stået bag industrielle opfindelser. Et af de bedste eksempler er sygeplejersken Elise Sørensen, der opfandt stomiposen. Hendes søster fik kolostomi, og Elise Sørensen fandt på løsningen med poser, der kan klæbes direkte fast på huden. Patentet fik hun godkendt i 1954, og opfindelsen ligger til grund for den store danske virksomhed Coloplast.

(sbk)

Opfinderprisen blev overrakt af administrerende direktør i Dansk Sygeplejeråd, Anne Granborg (t.v.). Fra venstre vinderen af 3. præmien, Hanne M. Gravgaard, vinderen af 1. præmien, Signe Bjørn og til højre vinderen af 2. præmien, Mette Svendstorp.

NYE VEJE I SYGEPLEJE

OPFINDERPRISEN

”Børn bruger sut helt reflektorisk, og selv i dyb søvn har de et stærkt tag i sutten, den skal nok blive på plads. Desuden ved jeg, at de altid trækker vejret gennem næsen. Deraf kom idéen med en iltsut,” skrev Signe Bjørn i sin præsentation af idéen, der blev kåret som den bedste med hjælp fra tre eksterne bedømmere.

Effektiv innovation

Sygeplejestuderende Mette Svendstorp fra Næstved modtog andenpræmien på 5.000 kr. for at have udviklet et program til beregning af sondeernærings- og væskebehov. Under sin klinik på neurologisk afdeling blev hun introduceret til sondegivning med manuel udregning af rette mængde sondeernæring og væskebehov. Det måtte kunne gøres mere effektivt, mente Mette Svendstorp, og så udviklede hun en regnemodel med hjælp fra en programmør. Tredjepremien, som også er på 5.000 kr., gik til specialeansvarlig sygeplejerske Hanne M. Gravgaard på vegne af hele Urogynækologisk afdeling på Århus Universitetshospital, Skejby. Afdelingen har udviklet en ny modtagelse af gynækologiske patienter til gavn for såvel patienter som personale. Patienterne bliver introduceret til afdelingen i grupper på tre ad gangen, hvilket letter planlægning og trækker færre veksler på personalet. Patienterne får en følelse af fællesskab.

Vinderne blev præmieret til klapsalver, blomster, bogen Innovatørens ABC, og imens blitzede kameraer ivrigt.

Fagbladet Sygeplejersken søsatte konkurrencen Opfinderprisen 1. januar 2011, og konkurrencen løb i seks måneder. Tre eksterne bedømmere var med til at udpege vinderne: sygeplejefaglig leder i Københavns Kommune, Evy Ravn, leder af Idéklinikken på Aalborg Sygehus, Pernille Mejer Højholt, og chefkonsulent i rådgivervirksomheden Alectia, Michael Møller. Der kom i alt 35 indstillinger til prisen.

krrn@dsr.dk

DET ER DRØMMEN

De har tænkt innovativt og er blevet anerkendt for det, men hvad skal der ske videre med deres kreative opfindelser?



1.-præmien

”Jeg tænkte aldrig iltsutten som en stor opfindelse. Det var bare så logisk, at vi førte ilt op til sutten, og egentlig tænkte jeg, at det kunne vores tekniske afdeling nok lige fikse til os. Men optimalt bliver iltsutten et af de redskaber, jeg kan hente ude i skabet. Jeg håber, det bliver sådan på alle sygehuse, for den er så nem at bruge. Og så ville jeg da have sådan en ”Yes, den har jeg lavet”-følelse,” siger sygeplejerske på Aalborg Sygehus, Signe Bjørn.

Idéklinikken på Aalborg Sygehus har indsendt en patentansøgning med henblik på at opnå patent på iltsutten, og klinikken er i dialog med potentielle samarbejdspartnere.



2.-præmien

”Man er altid glad, når folk kan bruge det, man har lavet. Drømmescenariet er, at programmet bliver udbredt til alle afdelinger, det er relevant for. Både for at lette personalets arbejde, men også for at sikre patienterne – programmet kan jo ikke regne forkert, men det kan ske for os, når vi f.eks. bliver afbrudt, mens vi laver en udregning,” siger sygeplejestuderende fra Næstved, Mette Svendstorp. Hun vil skrive bacheloropgave om sondeprogrammet og håber i den forbindelse at kunne sammenligne resultater med og uden brug af programmet.



3.-præmien

”Jeg håber, at modellen med at modtage flere patienter sammen kan bruges til andre patientgrupper. Sygeplejerskerne sparer tid, og patienterne får et sammenhold af at blive introduceret til afdelingen sammen. De bliver ved med at holde sammen på afdelingen, husker hinanden på de informationer, vi har givet dem, og spiser frokost sammen. Det sammenhold har vi ellers aldrig kunnet give dem, men nu sker det bare,” siger specialeansvarlig sygeplejerske på Urogynækologisk klinik/Y6 på Århus Universitetshospital, Hanne M. Gravgaard.

Personalet på Urogynækologisk klinik/Y6 anbefaler modellen til andre behandlerteam og oplever allerede interesse for modellen hos behandlerteam med andre typer patienter.

Der er ikke profitdrevne interesser bag nogen af opfindelserne. Det er et krav til deltagerne i Sygeplejerskens Opfinderpris.



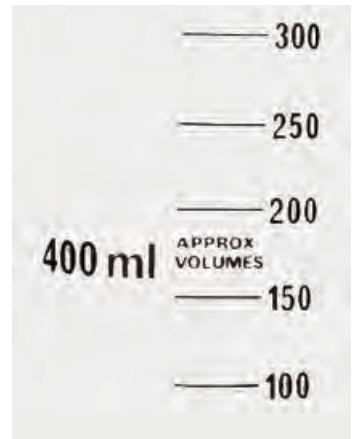
PRIVATFOTO

PLASTVUGGE TIL CT-SCANNING

Grethe Vitus Mortensen fra Børneafdelingen på Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg har fundet på en anderledes udnyttelse af plastikvugger. Børn, der skal scannes, bliver puttet med deres egen dyne i plastikindsatsen, hvorefter de løftes op i en barnevogn. Derefter kører forældrene en lille tur, til barnet er faldet til ro. Turen går til røntgenafdelingen, hvor vuggen med det sovende barn kan løftes forsigtigt ind i scanneren.

BÆKKEN MED MILLILITERAFMÆRKNING

Sygeplejerske Louise Skolnik Sørensen har en meget enkel idé. Hvorfor ikke forsyne bækkener med milliliterenheder afmærket på undersiden? Idéen fik hun, da hun en dag skulle måle patienternes væskeindtag og væskeafgivelse på et døgn. ”Jeg er ikke 100 pct. sikker på, at det ikke allerede findes, men jeg er aldrig stødt på det på de hospitaler, jeg har arbejdet på,” siger Louise Skolnik Sørensen i sin indstilling.



SMARTE OPFI GØR HVERDAGEN LETTERE

Dropstativ til barnevognen, en babyvugge til CT-scanneren, en sokkesnor og en ble med opsamlingskammer til urin. Sygeplejerskers idérigdom er stor, når det handler om at finde på smarte ting og små dimser, der gør hverdagen lettere for personale og patienter.

AF SUSANNE BLOCH KJELDSSEN, JOURNALIST

DROPSTATIV TIL BARNEVOGN

Grethe Vitus Mortensen står også bag opfindelsen af dropstativet til barnevognen. Forældre til indlagte små børn gav udtryk for, at de godt kunne tænke sig at køre en tur med deres barn. Grethe Vitus Mortensen fandt strips, pap og tape frem og gik i gang med at udforme en model. En hjælpsom tekniker lavede herefter en løsning ud fra modellen. I dag er alle barnevogne på børneafdelingen på Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg forsynet med dropstativ.



PRIVATFOTO



PRIVATFOTO

PRISVINDEREN

Sygeplejerske på Anæstesiaafdelingen på Aalborg Sygehus, Signe Bjørns, iltstut er lavet, så ilten føres hen til pladen lige under barnets næsebor. Der er intet, der rører ved barnet udover sutten. Den kan bruges postoperativt til alle børn, som bruger sut, men også mange steder på børneafdelinger, modtagelser, skadestuer og i ambulancer.

SOKKESNOR TIL BABYSOKKER

Sundhedsplejerske Maria Pilegaard Prammann fra Korsør har fundet en løsning på det evindelige sokkeproblem. ”En dag kom jeg ud til en mor, der sad og græd af udmattelse og måske lidt fødselsreaktion, og nu manglede en af bedstemors strikkede sokker til det lille pus,” fortæller hun i sin indstilling. Det satte tankerne i gang og en idé opstod. Man sætter en nål med en bomuldssnor ved vasketøjskurven, som de snavsede sokker sættes ned over. Snoren med sokkerne puttes i vaskepose, og når sokkerne skal tørre, hænger de allerede på en tørresnor.



ARKIVFOTO/ISTOCK

INDELSER



ARKIVFOTO: ISTOCK

BLE MED OPSAMLINGSKAMMER TIL URIN

Sygeplejerske Christine Schjøtt fra børneafdelingen på Sygehus Vendsyssel Hjørring har en idé til en ble med opsamlingskammer, hvorfra man med en kanyle og sprøjte vil kunne udtrække urinen fra. ”En sådan ble ville spare utrolig meget tid for både personale og forældre og også indlæggelsestid, da behandlingen ville kunne opstartes endnu tidligere,” skriver hun i sin indstilling.

Hvis du har en god idé

Her er et par gode råd til dig, der har en god idé, men ikke ved, hvor du skal gå hen:

- Først og fremmest er det væsentligt, at du holder idéen fortrolig – eller i hvert fald holder den inden for en sluttet kreds. Det er for at undgå, at idéen bliver taget af andre, inden du evt. har afklaret, om den skal beskyttes med patent eller lignende.
- Der er i alle danske regioner inden for det senere år skudt enheder op, som er gearret til at håndtere medarbejdernes idéer. Kommunalansatte sygeplejersker kan kontakte kommunens eventuelle innovations- eller udviklingsafdeling eller de lokale erhvervs-kontorer/vækstshuse. Her kan du få hjælp til at afdække idéens bæredygtighed og det videre forløb.

Kilde: Leder af Idéklinikken på Aalborg Sygehus, Pernille Mejer Højholt.

Hvis man spørger patienterne, om de har været tilfredse med den samlede indlæggelse på sygehuset, svarer over 90 pct. ja, viser den årlige landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser (LUP). Men det er problematisk og unuanceret, når politikere og sygehusledelser bruger undersøgelsen til at tegne et skønmaleri af kvaliteten i sundhedsvæsenet, siger direktøren i Danske Patienter, som har været ansvarlig for LUP.

Patientundersøgelser at male skønmaleri

AF SØREN OLUFSEN, JOURNALIST • ILLUSTRATION: BOB KATZENELSON

Sundhedsvæsenet har de seneste år været igennem omfattende sparerunder, nedlæggelse af afdelinger og fyringer af personalet. Alligevel mener 93 pct. af patienterne, at deres indlæggelse samlet set har været tilfredsstillende. Det viser den seneste patienttilfredshedsundersøgelse (LUP) fra 2010, som er foretaget af Enheden for Brugerundersøgelser i Region Hovedstaden.

Og det flotte tal kan få politikere, sygehusledelser og medier til at bruge undersøgelsen til at bekræfte, at kvaliteten i sundhedsvæsenet er i top. Men det er en forkert sammenkobling, mener Morten Freil, direktør i Danske Patienter og tidligere chef i Enheden for Brugerundersøgelser.

”Det er problematisk og unuanceret at bruge patienternes store tilfredshed i undersøgelsen til at konkludere, at alting bare er i den skønneste orden i sundhedsvæsenet. Men det er der desværre nogen, der af og til gør, og det kan give et helt forvrænget billede af den faktiske tilstand,” siger Morten Freil.

Lav kvalitet giver høj tilfredshed

Han henviser bl.a. til, at Politiken i slutningen af maj havde en forside med overskriften ”Spareunder giver succes på syge-

huse”. Her brugte man bl.a. patienttilfredshedsundersøgelsen til at dokumentere, at nedskæringer og fyringer ikke havde haft nogen negativ betydning for patienterne. Og Danske Regioners formand Bent Hansen har også sendt en pressemeddelelse ud, hvor han kobler patienternes store tilfredshed sammen med en stærk indsats på sygehusene.

”At der på landsplan er over 93 pct., der er tilfredse, siger ikke noget om kvaliteten på sygehusene. Faktisk peger den internationale litteratur på, at de høje tilfredshedsscorer kan skyldes mange andre forhold, end at patienterne oplever gode indlæggelsesforløb,” siger Morten Freil og fortsætter:

”Patienterne har en tendens til at bakke op om personalet, når de kan se, at de er stressede i forbindelse med besparelser og fyringer. Og patienter støtter også op, hvis det lokale sygehus eksempelvis er lukningstruet. Derfor kan dårligere kvalitet på sygehusene paradoksalt nok medvirke til, at flere patienter siger, at de er tilfredse.”

Tag de kritiske svar alvorligt

Men patienttilfredshedsundersøgelsen er bestemt ikke ligegyldig. Ifølge Morten Freil kan man bruge resultaterne som et

vigtigt ledelsesværktøj, og det er især de utilfredse svar, man skal tage meget alvorligt og bruge i videreudviklingen af sygeplejen og behandlingen.

”Der er mange forskellige spørgsmål i tilfredshedsmålingen. Og der er flere steder, hvor patienterne påpeger væsentlige problemer. De er ofte kritiske, når det handler om overgangene mellem afdelinger og personale. Og det er selvfølgelig vigtigt, at lederne får viden om, hvilke områder der er størst behov for at forbedre, og så handler på det,” siger Morten Freil.

Direktøren for Danske Patienter forklarer, at der er dokumentation for, at man i højere grad kan stole på patienters negative oplevelser af sundhedsvæsenet. De kritiske svar findes typisk på de spørgsmål, der fokuserer på specifikke hændelser i forløbet. Morten Freil siger:

”Når patienten svarer kritisk, er det oftest fordi patienten har oplevet, at noget i forløbet er gået galt. Ledelserne bør derfor fokusere på kritiske svar på spørgsmål, hvor patienterne spørges om deres specifikke oplevelser og erfaringer i forskellige dele af forløbet. Det kan man i langt højere grad bruge til noget fremadrettet.”

sbo@dss.dk

Patienttilfredshed måles hvert år

Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) er gennemført siden år 2000. Tidligere blev undersøgelsen gennemført hvert andet år, men nu sker det hvert år.

Siden 2009 er stikprøven for undersøgelsen udvidet, således at alle sygehusene modtager resultater på afdelings- og ambulatorieniveau.

I LUP 2010 besvarede ca. 145.000 patienter, som var i behandling på et sygehus i perioden august-oktober 2010, spørgeskemaet. Dette giver en svarprocent på 61.

bruges til



KVALITETSLØFT I REGIONERNE

I PATIENT TJENESTE

Bedre forebyggelse og behandling af tryksår og sepsis på alle hospitaler og tjeklister ved samtlige operationer. Sådan lyder den mission, regionerne sender landets sygeplejersker ud på. Over de næste tre år skal sygeplejerskerne gå forrest og sikre patienterne ved at implementere nye arbejdsgange inden for de tre udvalgte områder.

AF KATRINE RAAHAUGE NYGAARD, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

”Kvalitet er svaret på udfordringerne.” Sådan stod der i den PowerPoint-præsentation, Danske Regioner leverede på en pressekonference om kvalitet i sundhedsvæsenet i februar. Sundhedsvæsenet er under pres bl.a. pga. den demografiske udvikling, der betyder flere ældre patienter, og en pose penge, der ikke vokser med opgaven, fremgik det af oplægget. Det understregede også, at regionerne vil tage ansvaret på sig ved at fokusere på kvalitet i stedet for som hidtil på kvantitet. Dermed var regionernes fælles kvalitetsdagsorden introduceret. ▶

ENS



► Nu er regionerne kommet frem til de tre områder, kvalitetsdagsordenen i første ombæring skal udmøntes på. Der skal sættes ind på nationalt niveau mod tryksår og sepsis, ligesom en tjekliste, der skal gøre livet på operationsgangen sikrere for patienterne, skal implementeres på alle regionale hospitaler. Fokus bliver

” Det handler i virkeligheden om at sørge for, at man følger de retningslinjer, man burde følge, og det behøver jo dybest set ikke at koste penge.

Sundhedsøkonom Kjeld Møller Pedersen.

dermed på patientnære indsatser inden for sygeplejerskernes arbejdsområde.

”Der har været meget fokus på at måle aktivitet, og nu vil vi gerne være sikre på, at det at have en høj aktivitet også kombineres med, at man laver den rigtige kvalitet, og dermed at man gør det bedst muligt for patienterne,” siger Bent Hansen (S), formand for Danske Regioner.

Indsatser på de tre områder skal være første skridt mod at nå fire overordnede mål for den nye kvalitetsdagsorden: Patienttilfredsheden skal stige, fejl, der fører til patientskader, skal ned med 20 pct., dødeligheden skal ned med 10 pct., og levetiden skal forlænges. De mål skal nås på tre år fra 2012.

Sygeplejersker skal gå forrest

De tre indsatsområder er blevet valgt, fordi der i udlandet er gode erfaringer med at sætte fokus på dem, ligesom der foreløbigt er gode resultater fra projekter herhjemme, og de enkelte regioners kvalitetsafdelinger har vurderet, at de områder kan løftes med en national indsats.

”Vi er klar til at sætte fokus på de her områder, det er også, hvad vi hører fra sygeplejerskerne på sygehusene gennem kvalitetsafdelingerne. Derudover har vi valgt områderne, fordi de umiddelbart kan give en bedre målbar kvalitet for patienterne,” uddyber Bent Hansen.

Valget af de tre indsatsområder som de første betyder, at det i høj grad bliver sygeplejersker, der kommer til at gå forrest i arbejdet med kvalitetsdagsordenen på hospitalerne. Og det er en fornuftig prioritering, at sygeplejersker står for første

spadestik i det kommende kvalitetsløft, vurderer Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd.

”Det er positivt, at regionerne på denne måde sætter fokus på kvalitet for patienterne. Sygeplejersker har størstedelen af patientkontakten på sygehusene, så det giver rigtig god mening, at de skal

være frontløbere i denne proces,” siger Grete Christensen.

Et stærkt signal

I hver af de fem regioner er der sat projekter i gang, der skal forbedre indsatserne mod tryksår og sepsis, ligesom tjeklisterne er indført på nogle operationsgange. Derfor findes der allerede nogle etablerede interventioner, som regionerne kan bygge videre på uden at skulle udvikle fremgangsmåden først. Det er endnu en grund til, at de tre områder er blevet vurderet som klar til et nationalt løft.

”Der findes projekter på pilotafdelinger, men den nationale ind-

sats sigter mod at indarbejde rutiner og fokus på de tre områder på alle regionale hospitaler, sådan at de bliver en del af den normale arbejdsrutine hele vejen rundt. Det er rigtig godt, at der er nogen, der går forrest, men der kommer jo et tidspunkt, hvor man skal rulle det ud over hele landet på alle hospitaler, og det er det, vi går efter nu,” siger Bent Hansen og uddyber: ”Noget af det, hospitalerne og vi i sygehusvæsenet har været for dårlige til, er at lade de gode eksempler brede sig. De gode eksempler, man har på afdeling X, skal også brede sig til afdeling Q, også selv om afdeling Q er i en anden region. Det at forpligte sig på tværs af landet skulle jo gerne være et stærkere signal, end at enkelte afdelinger arbejder med det.”

Dansk Sygeplejeråd bakker op om den fælles indsats.

”Pleje og behandling skal have samme



” Vi skal have personalet med os, og indsatserne skal på en normal måde ind i de rutiner, der er på de enkelte afdelinger, så f.eks. arbejdet med at forhindre tryksår er en del af det faglige tjek.

Formand for Danske Regioner, Bent Hansen (S).

høje kvalitet over hele landet, det er det eneste rimelige over for patienterne. Derfor er forbedrede muligheder for at lade gode eksempler sprede sig velkomne,” siger formand Grete Christensen, der også peger på nødvendigheden af godt arbejdsmiljø, en stærk ledelsesmæssig prioritering og fornuftige normeringer.

”Hvis vi for alvor skal rykke på kvaliteten, skal de rette forudsætninger være til stede,” opsummerer Grete Christensen.

Rutine i 2014

I løbet af 2012 skal de regionale hospitaler begynde at arbejde med fokus på de tre indsatsområder, forventer Danske Regioner. Bent Hansen forventer yderligere, at indsatserne på områderne i løbet af de næste tre år og senest i 2014 vil være reel rutine på alle sygehuse. Aktuelt er processen med at vurdere, hvordan de forskellige hospitaler skal arbejde med områderne, sat i gang.

Her vil regionerne bl.a. inddrage erfaringer fra projektet ”Patientsikkert Sygehus”, hvor et hospital i hver region har forpligtet sig til at arbejde ekstraordinært med patientsikkerhed. Det projekt er en del af grunden til, at hver region allerede er i gang med at sætte fokus på de tre indsatsområder.

Andre lokale projekter på områderne med gode resultater vil dog også blive tænkt ind i planlægningen for implementeringen af indsatsen på områderne. ”Det er vigtigt, at de forskellige hospitalsledelser får ejerskab over indsatserne. Det kan jo ikke nytte noget, at de tænker, at nu kommer de der politikere med noget nyt, og så skal vi også gøre det. Vi skal have personalet med os, og indsatserne skal på en normal måde ind i de rutiner, der er på de enkelte afdelinger, så f.eks. arbejdet med at forhindre tryksår er en del af det faglige tjek, som vores sygeplejersker skal have inde i hovedet, så de fra starten tænker ”hvad er det, jeg skal gøre,

for at forhindre tryksår her?”” siger Bent Hansen.

Kvalitet skal belønnes

Det skal kunne betale sig for sygehuse at levere god kvalitet. Regionerne ønsker at understøtte kvalitet i behandlingen og plejen på sygehuse ved at skabe økonomiske incitamenter for at prioritere den bedste behandling. Det kan også godt lade sig gøre, men det er ikke uden udfordringer, vurderer professor Mickael Bech fra Syddansk Universitet, hvis forskning har fokus på brug af økonomiske styringsinstrumenter.

”De har nogle reelle muligheder for at understøtte kvalitet økonomisk, men der er hele tiden den restriktion, at de på marginalen er afregnet med en eller anden form for takst, og det gør, at fokus stadigvæk er på aktivitet,” vurderer Mickael Bech.

At fokus bliver på aktivitet, hænger sammen med systemet med Diagnose-Relateret Gruppering (DRG-systemet), der bruges ved udmøntning af den stats-

” Hvis vi for alvor skal rykke på kvaliteten, skal de rette forudsætninger være til stede.

Formand for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen.

lige aktivitetspulje. DRG-systemet er bl.a. udformet til at belønne de sygehuse, der producerer mest. Regionerne har nedsat et udvalg, der skal se på, hvordan incitamenterne i systemet virker.

”Her skal vi arbejde mod et DRG-system, som uden at skabe mere bureaukrati understøtter kvalitetssammenhænge og forebyggelse. Gennem udvalgsarbejdet og også sammen med den nye sundhedsminister håber jeg, at vi kan få tænkt det her fornuftigt igennem. Så man hele tiden kan have fokus på at få den bedste faglige kvalitet og den nyeste behandling uden samtidig at underminere

sin egen økonomi,” siger Bent Hansen. Regionerne er endnu ikke kommet i gang med møder med den nye regering, derfor er det uvist, hvornår et bud på en sådan model af DRG-systemet er klar.

Sparer penge

Når kvalitet ifølge regionerne er svaret på sundhedsvæsenets udfordringer, handler det ikke kun om en bedre behandling og pleje af patienterne nu. Det handler i høj grad også om, at højere kvalitet i længden skal dæmme op for, at den demografiske udvikling med flere ældre vil kræve flere behandlinger fra sundhedsvæsenet.

”Vi håber, at vi kan tage toppen af det pres, der kommer, ved at blive bedre til at undgå utilsigtede hændelser og genindlæggelser. Så det er den vej rundt,” fortæller Bent Hansen. Det håb kan blive indfriet, vurderer Kjeld Møller Pedersen, professor i sundhedsøkonomi fra Syddansk universitet.

”Der er samlet set en ganske god økonomi i kvalitetsdagsordenen,” vurderer Kjeld Møller Pedersen og peger på, at forebyggelse af infektioner og liggesår er områder, hvor den sundhedsfaglige kvalitet kan forbedres med helt åbenbare besparelser. Professoren vurderer også, at indsatsen på områderne kan forbedres uden de store investeringer.

”Det handler i virkeligheden om at sørge for, at man følger de retningslinjer,

man burde følge, og det behøver jo dybest set ikke at koste penge. Men på nogle områder kan det kræve, at man ser på normeringerne, eksempelvis vil sygeplejersker nok interessere sig for, at hvis der skal gøres en indsats mod liggesår, hvad skal vi så gøre der? Men selv hvis vi tager den tanke med, er der rigtig god ræson i at forbedre den faglige kvalitet. Det er i min overbevisning i forhold til økonomien en god ting og i forhold til patienten en supergod ting,” siger Kjeld Møller Pedersen.

krm@dss.dk



BESPARELSER, NORMERINGER, TID TIL PATIENTEN, DOKUMENTATION. HVORDAN HÆNGER DE EVIGE BEKYMNINGER PÅ SYGEHUSENE SAMMEN MED REGIONERNES FOKUS PÅ KVALITET? SYGEPLEJERSKEN HAR SPURGT FORMAND FOR DANSKE REGIONER, BENT HANSEN (S)

Hvordan skal sygeplejerskerne rustes til at ændre rutiner?

”Ledelsen på sygehusene skal sørge for, at personalet er i stand til at holde fokus på de tre områder. Hvis der er brug for omlægning af arbejdsrutiner eller opkvalificering af personalet, så må man gøre det.”

Hvordan skal sygeplejerskerne belønnes for at være omstillingsparate og gå forrest for at skabe bedre kvalitet på sygehusene?

”Jeg tror, at alle sygeplejersker opfatter det som en normal del af deres arbejde at levere den bedst mulige kvalitet til patienterne. Så belønningen er, at de får mere tilfredse patienter, der kommer lettere igennem.”

Hvordan vil regionerne sikre sig, at det nationale kvalitetsløft ikke bare bliver et krav om mere dokumentation?

”Selvfølgelig skal der følges op på det, og der skal laves stikprøver for at se, om man nu også forebygger tryksår og sepsis, og om tjeklisten bliver brugt, men vi sætter ikke et nyt stort kontrolapparat i gang.”

Mere tid til patienterne står i forvejen øverst på mange sygeplejerskers ønskeliste – hvor skal den ekstra tid til de nye rutiner omkring patienterne komme fra?

”Virkeligheden er ikke sådan, at der kommer ekstra penge til at ansætte personale, så vi er nødt til at se på, hvordan vi kan gøre det bedre med de ressourcer, vi nu engang har til rådighed, og tænke mere klogt og innovativt. At sige, at vi bare skal ansætte mere personale, ville ikke være seriøst.”

Sundhedsøkonom Kjeld Møller Pedersen vurderer, at der er penge at spare ved at forebygge tryksår, også selv om man ansætter flere sygeplejersker, som der sandsynligvis vil blive brug for i indsatsen. Hvad siger du til den udregning?

”Ja, man kan sige, at nu har vi et argument for at løfte normeringerne i en periode, mens man sætter projektet i gang, og så efterfølgende finansiere de ekstra timer med det, man sparer på færre genindlæggelser osv. Men sådan permanent at løfte normeringerne på den måde kan jeg ikke se, at jeg har pengene til.”

I hvor høj grad er kvalitetsdagsordenen en spareøvelse?

”Det er ikke en spareøvelse. Vi håber, der er en økonomisk sidegevinst, fordi man kan forkorte liggetider og lignende, men vi går ikke ud og tager penge fra hospitalerne, fordi de forhindrer genindlæggelser. Hospitalerne kan godt selv bruge dem.”



ARKIVFOTO: SCANPIX

Hvordan skal personalet på de regionale hospitaler forholde sig til en udmelding om, at der nu skal være fokus på kvalitet – hvad tror du, de har fokuseret på indtil nu?

”De siger nok, at de faktisk fokuserer på kvalitet hver eneste dag. Derudover tror jeg, at de siger, at hvis der er nogle redskaber, der gør, at de kan blive bedre til det, er de klar til at bruge dem.”

Hvad er næste skridt i arbejdet med kvalitetsdagsordenen?

”Når de tre konkrete projekter er sat i værk, skal vi se på, hvor vi næste gang kan løfte kvaliteten. Det kunne f.eks. være på psykiatriområdet. Vi skal have nye områder frem, hvor man kan arbejde med kvalitet på samme måde som de tre første, der er valgt her.”

(krn)

**SYSTEMATISK DYNELØFT
VISER TRYKSPOR HOS
PATIENTER, ET SEPSIS-
SKEMA FORKORTER
PROCESSEN OMKRING
BEHANDLING, OG EN
TJEKLISTE SIKRER
OPERATIONSPATIENTER**



**TRE AFDELINGER PÅ
SYGEHUSE I THY-MORS,
KOLDING OG NÆSTVED*
HAR TAGET FORSKUD
PÅ KVALITETSARBEJDET ▶**

*Alle tre sygehuse er med i projektet "Patientsikkert Sygehus" og implementerer såkaldte "pakker" på flere områder.

”VI TROEDE,



Sygeplejerske Hove demonstrerer her, hvordan man vender en patient. Seneste tryksår på kirurgisk sengeafsnit K1 var i august, og seneste trykspor udviklet - og bremset - på afdelingen forekom i begyndelsen af november. Såret er ikke opstået på afdelingen, det er tryksårsteamet næsten villige til at lægge hovedet på blokken på. Danske undersøgelser har vist, at 13-43 pct. af indlagte patienter har tryksår. Langt de fleste tryksår opstået under indlæggelse kan forebygges.

VI GJORDE DET SÅ GODT”



Det var en øjenåbner for sygeplejerskerne på sengeafdeling K1 at erfare, at der var patienter, som havde trykspor. Den viden blev omsat i en fokuseret indsats mod trykspor og tryksår, der har resulteret i bedre behandling og større faglig stolthed.

AF KATRINE RAAHAUGE NYGAARD, JOURNALIST • FOTO: SØREN PALMELUND

Kirurgisk sengeafsnit K1 har fungeret som pilotafdeling for implementering af tryksårspakken på Sygehus Thy-Mors. Arbejdet med pakken begyndte i sensommeren 2010, og egentlig valgte afdelingen at sætte fokus på tryksår før andre områder, fordi der var en forventning om, at de slet ikke havde den slags.

”Vi tænkte, det ville være nemt klaret. Det var det så ikke,” fortæller Bente Margrethe Ringgaard, afdelingssygeplejerske på K1.

Arbejdet begyndte bogstaveligt talt med dyneløfteri, for der skulle etableres et udgangspunkt. Det viste sig, at ud af 22 patienter havde fem trykspor.

”Det var et chok. Vi troede, at vi gjorde det så godt, og at vi gjorde alt, hvad vi havde lært, men så havde flere af patienterne trykspor. Det gjorde ondt at opdage,” siger Anna Marie Clausen, sygeplejerske og en del af tryksårsteamet på afdelingen. Optællinger viste også, at kun 40 pct. af patienterne blev tryksårsscreenet inden for 24 timer.

Chokket var god motivation for at sætte fokus på arbejdet med at forebygge tryksår. ”Når der bliver rykket ved folks faglighed på den måde, så vil de jo gerne gøre noget ved det,” siger Bente Margrethe Ringgaard.

Isvaffel er indikator

I dag bliver alle patienters risiko for tryksår vurderet, når de kommer til afdelingen. Patienternes mobilitet, ernæringstilstand, og følsomhed samt fugttilstande vurderes, og den samlede score angiver, hvor høj risiko patienten har for at udvikle tryksår. Den score revurderes hver dag. Patienter i højrisikogruppen skal minimum stillingsændres hver anden time, og på afdelingens kontor er der urskiver, som sygeplejerskerne løbende indstiller til at vise, hvornår de patienter sidst er

blevet vendt, så der hele tiden er tjek på, hvor lang tid der er gået siden sidst. Har patienterne den mindste risiko for tryksår, får de et lamineret print hængt op over sengen, hvor alle kan se det. Printet viser en hospitalsseng og en vaffelis. Det fungerer som en reminder for personalet om, at her er en patient i øget risiko for at udvikle tryksår, derfor skal personalet være ekstra opmærksomme på mobilisering og ernæring.

”Det kan virke fjollet, men det virker, for alle ved, hvad den betyder,” fortæller Anna Marie Clausen og understreger, at de visuelle elementer har været vigtige for implementeringen af tryksårspakken på K1.

”Der skal både være noget for øjet og øret. Det visuelle og kreative er vigtigt, har vi erfaret, fordi vi bliver husket på, hvad vi skal gøre, når vi ser os omkring,” fortæller Anna Marie Clausen, som også peger på vigtigheden af, at ledelsen har prioriteret tiltagene på området.

”Hvis jeg ikke giver dem tid, så får vi ikke resultaterne,” byder Bente Margrethe Ringgaard ind og tilføjer, at hun som afdelingssygeplejerske oplever, at den ledelsesmæssige prioritering af projektet også giver en respekt omkring indsatsen.

Det skal være simpelt

Implementeringen af tryksårspakken er i overensstemmelse med de anbefalinger, der ligger i projekt ”Patientsikkert Sygehus”, sket i små trin. Sygeplejerskerne Sara Hove, Anna Louise Pedersen og Anna Marie Clausen, der sammen med Bente Margrethe Ringgaard udgør afdelingens tryksårsteam, begyndte med at udfordre hinandens arbejdsrutiner. De demonstrerede for hinanden, hvordan de plejede at forflytte, og det viste sig, at de gjorde selv basale ting lidt forskelligt. Netop den fælles og ensartede viden og

tilgang til pleje og forebyggelse af tryksår har haft afgørende betydning for de gode resultater, vurderer Anna Marie Clausen. ”Det handler ikke om at gøre noget helt nyt, men om at systematisere det, man gør, så patienten får den bedste behandling hver gang. Og det skal være så simpelt, at man ikke kan lade være med at gøre det,” siger Anna Marie Clausen og understreger, at det ikke er muligt at indføre nogen ændringer uden stor åbenhed fra hele personalegruppen på afdelingen.

”Det er jo dem, der udfører det her. Vi har tænkt over, hvordan de her arbejds-gange kunne blive rutine, men det er jo hele afdelingens indsats, der skaber resultaterne.” Arbejdet med og mod tryksår har skabt en kulturændring på arbejdspladsen.

”Vi kan kigge hinanden over skulderen, uden at det bliver at overskride hinandens grænser, fordi vi gør det som led i et fælles projekt, der er i patientens interesse,” fortæller Anna Marie Clausen.

Bevidstheden om, at alle patienter nu får samme gode behandling, betyder meget for teammedlemmernes hverdag.

”Det giver en anden stolthed at gå på arbejde. Den fornemste opgave som sygeplejerske er jo at behandle patienten godt, og nu gør vi det endnu bedre,” siger Anna Louise Pedersen. Også Sara Hove mærker en forskel:

”Man bliver gladere for at gå på arbejde, når man ved, at man gør sit job ordentligt.”

krn@dsr.dk



Akutafdelingen i Kolding har udviklet et sepsisspørgeskema. Det gør sygeplejerskerne i stand til at varetage mere af undersøgelsen af patienten, så behandlingen kan ske hurtigere. Men det er benhårdt arbejde at implementere de nye rutiner, fortæller oversygeplejerske Helle Madsen.

AF KATRINE RAAHAUGE NYGAARD • FOTO: NILS LUND PEDERSEN

Akutafdelingen på Kolding Sygehus begyndte pilotarbejdet med at implementere den såkaldte sepsispakke i sommeren 2010. Afdelingen havde som mål at udvikle en prototype på den bedste og mest systematiske fremgangsmåde i arbejdet med at forebygge og behandle sepsis.

”Vi skulle teste, hvad der virkede, og hvad der ikke virkede,” opsummerer oversygeplejerske på Akutafdelingen Helle Madsen.

Resultatet af arbejdet blev et sepsisskema med to sider, hvori alle elementer i sepsispakken indgår. Den første side bru-

”De fleste steder er det en lægeopgave at udføre arteriepunktur, men ledelsen har uddelegeret opgaven til os. Det betyder, at patienterne får en mere glidende behandling. Sygeplejerskerne skal ikke vente på lægen, fordi de med skemaet ved, hvad de skal gøre, uden at konferere med en læge. Man kan sige, at ventetid er blevet procestid,” siger Pernille Flyvbjerg Svold og understreger, at det vigtigste er at give patienten den bedste behandling.

”Det giver arbejdsglæde, og vi kan behandle hurtigere, fordi vi har resultater på prøverne hurtigere og fokus på at sæt-

dring at finde en fremgangsmåde for, hvordan rutinen skal være, når patienten allerede er indlagt.

”Alle patienter skal nu have målt vitale værdier en gang i døgnet. Det er en opgave, der egentlig altid har været der, men som er gledet lidt ud af systemet, så det var virkelig en back to basics/basis-oplevelse for sygeplejerskerne,” siger Helle Madsen og fortsætter om arbejdet med at implementere rutinerne:

”Det er ikke piece of cake, selv om man skulle tro det. Det er benhårdt arbejde.”

Da skemaet var udarbejdet på akutaf-

”SYGEPLEJERSKERNE SKAL

ger sygeplejerskerne, hvis en patients værdier ved ankomst påviser sepsis eller giver anledning til mistanke om sepsis. Patientens blodtryk, iltmætning og temperatur måles, og hvis der er udsving, tager sygeplejersken sepsisspørgeskemaet i brug og bestiller bloddyrkninger hos laboranterne og udfører arteriepunktur. Derefter kan en læge bruge den anden side af skemaet til at se resultaterne af sygeplejerskernes arbejde og ordinere antibiotika.

Sygeplejerske og praktik- og uddannelsesansvarlig på Akutafdelingen, Pernille Flyvbjerg Svold, har været med til at udvikle spørgeskemaet, og hun vurderer, at en akutafdeling har en force i forhold til at indarbejde tjek af patienter ved ankomst.

”Fordi vi er en akutafdeling, er det forholdsvis nemt for os at implementere tjek af værdier i forbindelse med, at en patient ankommer til afdelingen. Til gengæld har det været svært at få indført forståelse for, at alle patienter kan få sepsis, også de kirurgiske patienter, hvor man ikke plejer at tænke på den risiko,” fortæller Pernille Flyvbjerg Svold.

Hurtigere behandling, større arbejdsglæde

Skemaet betyder, at sygeplejerskerne er mere involverede i at sætte processen omkring en patient i gang end traditionelt.

te ind inden for den tidsramme, sepsispakken giver,” siger hun.

Det har kunnet lade sig gøre at uddelegere mere ansvar til sygeplejerskerne pga. den lokale faktor, at personalet på akutafdelingen får et ”mini akut kursus” af en læge, og fordi flere af sygeplejerskerne supplerer deres uddannelse med et diplomkursus inden for området.

Det tog nogle måneder at udvikle skemaet på afdelingen. Sygeplejersker afprøvede løbende skemaet ved møder med patienterne og foreslog ændringer.

”Vi havde svært ved at finde en metode. Jeg tror sagtens, det kan gøres på et par uger eller tre, når man først har fået styr på, hvordan man kan teste hurtigt og småt. Men det kræver nogen, der er projektansvarlig, og som bliver ved med at holde fast i det,” vurderer Helle Madsen.

På akutafdelingen var det en udfor-

delingen, meldte Helle Madsen ud til de øvrige afdelinger på Kolding Sygehus, at de kunne implementere det. En del afdelinger har efterfølgende fået præsenteret spørgeskemaet og erfaringerne fra akutafdelingen.

Akutafdelingens ledelse har i fællesskab med sygehusets øvrige kliniske afdelingsledelser diskuteret, hvordan skemaet og indsatsen mod sepsis skulle rulles ud på sygehusets afdelinger, og i processen har konceptet ændret facon, fortæller Helle Madsen:

”Vi har ændret et stringent koncept til et med langt mere kunstnerisk frihed så at sige, så afdelingerne har rum til at implementere i eget tempo og til egne forhold.” Flere afdelinger på sygehuset er begyndt at implementere skemaet.

krrn@dssr.dk

Halveret dødelighed

Ca. 12.000 danskere udvikler hvert år sepsis, og heraf vil ca. 2.000 dø. I 2005 viste de første erfaringer med den aktuelle sepsispakke, at dødeligheden blev halveret for de patienter, hvor alle elementer af pakken blev gennemført, i forhold til de patienter, hvor kun nogle af elementerne blev gennemført. Der foreligger endnu ikke målbare kliniske resultater for arbejdet med sepsispakken på akutafdelingen i Kolding.

Kilde: Dansk Selskab for Patientsikkerhed og oversygeplejerske Helle Madsen.



IKKE VENDE PÅ LÆGEN”

På en akutafdeling er det forholdvis nemt at implementere tjek af værdier i forbindelse med, at en patient ankommer, vurderer sygeplejerske Pernille Flyvbjerg Svold fra Akutafdelingen på Kolding Sygehus, som indførte sepsispakken i 2010.

”DET ER JO IKKE RAKETVIDENSKAB”

Næstved Sygehus har som et af de første sygehuse herhjemme implementeret en tjekliste på operationsgangen.

AF KATRINE RAAHAUGE NYGAARD, JOURNALIST • FOTO: HANNE LOOP



I sommeren 2009 påbegyndte Næstved Sygehus en pilottest af en kirurgisk tjekliste, der skal sikre, at operationsteam gennemgår sikkerhedstjek i tre faser – før patienten bedøves, før operationen går i gang og efter operationen. Listen skal også sikre god kommunikation blandt medlemmerne af operationsteamet.

Pilottesten på Næstved Sygehus foregik inden for det urologiske speciale, og den involverede personalegruppe fik undervisning i de basale processer omkring at bruge tjeklisten.

”Det er ikke nok bare at krydse et punkt af på listen. Folk skal have samme opfat-

telse af, hvad det punkt indebærer. Nogle af punkterne på listen er komplicerede, fordi der ligger en hel procedure bagved, men ofte var det jo procedurer, vi i forvejen gjorde eller skulle gøre, så det er jo ikke raketvidenskab,” siger Jens Anders Bach Hoelgaard, operationssygeplejerske med funktion som kvalitetsansvarlig for operationspersonalet på Næstved Sygehus. Pilottesten førte til flere lokale justeringer af listen, bl.a. er der indført et felt sidst i skemaet til bemærkninger, så operationsteamet har mulighed for at beskrive eventuelle uforudsete hændelser.

I efteråret 2009 efter tre-fire måneders test blev tjeklisten implementeret i stor skala på Næstved Sygehus, og det gik forholdsvis gnidningsfrit.

”Tjeklisten er et universalt redskab,

men det er vigtigt, at folk selv får lov til at arbejde med den, lære den at kende og justere lidt på den,” tilråder Jens Anders Bach Hoelgaard.

krn@dsr.dk

Læs mere i Sygeplejersken nr. 17/2011, hvor anæstesisygeplejerske Marianne Nielsen fortæller om, hvordan det er at arbejde med tjeklisten på Næstved Sygehus. I samme nummer af bladet kan du læse artiklen ”Patientsikkerhed på operationsstuen” af assisterende afdelingssygeplejerske Susanne Skovsø Petersen. Artiklen handler om baggrunden for og implementeringen af tjeklisten og processen med at justere den efter lokale forhold på Hvidovre Hospital.



Anæstesisygeplejerske på Næstved Sygehus, Marianne Nielsen (blå hætte i midten), har arbejdet med tjeklisten. Tjeklisten er afprøvet ved ca. 4.000 operationer på otte hospitaler verden over, hvor dødelighed og komplikationer er dokumenteret reduceret signifikant. Næstved Sygehus arbejder nu på at få antallet af operationer, hvor tjeklisten har fået 100 pct. besvarelser, op over 90 pct.

Til type 2-diabetes

Klar



Parat



Start



**VICTOZA®
(LIRAGLUTID)**



– så enkelt er det!

Victoza® (liraglutid) 6mg/ml. Forkortet Produktresumé

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

forsinkelse af absorptionen. **Paracetamol:** Dosisjustering ved samtidig brug af paracetamol er ikke nødvendig. **Atorvastatin:** Justering af atorvastatindosis er ikke nødvendig ved administration sammen med liraglutid. **Griseofulvin:** Dosisjustering for griseofulvin og andre forbindelser med lav opløselighed og høj permeabilitet er ikke nødvendig. **Lisinopril og digoxin:** Dosisjustering for lisinopril eller digoxin er ikke nødvendig. **Oral kontraception:** Der var ingen klinisk relevant virkning på den overordnede eksponering for hverken ethinyløstradiol eller levonorgestrel. Det forventes derfor ikke, at kontractionsmidlernes virkning påvirkes ved samtidig administration med liraglutid. **Warfarin:** Der er ikke udført interaktionsundersøgelser. En klinisk relevant interaktion med aktive stoffer med lav opløselighed eller snævert terapeutisk indeks, f.eks. warfarin, kan ikke udelukkes. Ved initiering af behandling med liraglutid hos patienter i behandling med warfarin anbefales mere hyppig overvågning af INR (International Normalised Ratio). **Insulin** Kombination af liraglutid og insulin er ikke blevet vurderet og anbefales derfor ikke. **Graviditet og amning:** **Graviditet:** Data for anvendelse af Victoza® til gravide er utilstrækkelige. Dyreforsøg har påvist reproduktionstoksicitet. Den potentielle risiko for mennesker er ukendt. Victoza® må ikke anvendes under graviditet, og det anbefales at anvende insulin i stedet. Hvis en patient ønsker at blive gravid, eller der konstateres graviditet, bør Victoza® seponeres. **Amning:** Det vides ikke, om liraglutid udskilles i modermælken. Dyreforsøg har påvist, at liraglutid og metabolitter, der er nært strukturelt beslægtede, kun i ringe omfang udskilles i modermælken. Ikke-kliniske undersøgelser har påvist en behandlingsrelateret reduktion af neonatal vækst hos diende rotteunger. På grund af den manglende erfaring må Victoza® ikke anvendes under amning. **Virkning på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner:** Der er ikke foretaget undersøgelser af virkningen på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner. Patienterne bør rådes til at udvise forsigtighed for at undgå hypoglykæmi, mens de fører motorkøretøj eller betjener maskiner, særligt hvis Victoza® anvendes i kombination med sulfonylurinstof. **Bivirkninger: Infektioner og parasitære sygdomme:** Nasofaryngitis, bronkitis. **Metabolisme og ernæring:** Hypoglykæmi, anoreksi, nedsat appetit. **Nervesystemet:** Hovedpine, svimmelhed. **Mave-tarm-kanalen:** Kvalme, diarré, opkastning, dyspepsi, smerter i øvre abdomen, konstipation, gastrit, flatulens, abdominal distension, gastroesofageal reflukssygdom, abdominalt ubehag, tandsmerter, viral gastroenteritis. **Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet:** Der er rapporteret om reaktioner på injektionsstedet. Reaktionerne var i reglen milde og førte ikke til seponering af Victoza®. Træthed, pyreksi (feber). **Hypoglykæmi:** Der blev ikke observeret episoder af svær hypoglykæmi i studiet med Victoza® som monoterapi. Svær hypoglykæmi er ikke almindelig og er primært observeret, når Victoza® kombineres med sulfonylurinstof. Der blev observeret meget få med administration af Victoza® i kombination med andre orale antidiabetika end sulfonylurinstoffer. **Pankreatitis:** Der er rapporteret om få (< 0,2 %) tilfælde af akut pankreatitis under de langvarige kliniske studier med Victoza®. **Thyroidea-relaterede bivirkninger:** Hos patienter behandlet med liraglutid er thyroidea adenom, øget calcitonin i blodet og struma de mest hyppige thyroidea-relaterede bivirkninger. **Immunogenicitet:** Patienterne kan udvikle antilraglutid-antistoffer efter behandling med Victoza®, hvilket er konsistent med de potentielt immunogene egenskaber ved lægemidler indeholdende proteiner eller peptider. Dannelse af antistoffer er ikke blevet forbundet med nedsat virkning af Victoza®. Der er rapporteret få tilfælde af angioødem. **Overdosering:** I et klinisk studie af Victoza® fik én patient med type 2-diabetes en enkelt overdosis på 17,4 mg subkutant (10 gange den maksimale anbefalede dosis på 1,8 mg). Virkningerne af denne overdosis inkluderede svær kvalme og opkastning, men ikke hypoglykæmi. Patienten restituerede uden komplikationer. I tilfælde af overdosis bør der initieres passende understøttende behandling baseret på patientens kliniske tegn og symptomer. **Opbevaring og holdbarhed:** Opbevares i 30 måneder i køleskab (2°C - 8°C), ikke for tæt på køleelementerne. Må ikke fryses. Efter ibrugtagning: Opbevares under 30°C eller opbevares i køleskab (2°C - 8°C) i maksimum 1 måned. Opbevar pennen med penhætten påsat for at beskytte mod lys, når den ikke er i brug. **Udlevering:** Receptpligtigt lægemiddel. Lægemidlet er generelt tilskudsberettiget. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Novo Nordisk A/S. **Pakninger og priser (inkl. moms):** Hver pen indeholder 3 ml injektionsvæske, opløsning, der giver 30 doser på 0,6 mg, 15 doser på 1,2 mg eller 10 doser på 1,8 mg. Victoza® 2 x 3 ml Pris 1014,30 kr. Dato december 2011. Aktuelle priser findes på www.medicinpriser.dk (Ver. 02/2011.1) **Læs altid indlægssedlen omhyggeligt inden produktet tages i brug. Den fuldstændige produktinformation kan vederlagsfrit fås ved henvendelse til Novo Nordisk Scandinavia, telefon +45 80 200 240. Besøg også www.novonordisk.dk**



Nogle af de sprogbøffer, Sygeplejerskens læsere har sendt ind, kræver en lille forklaring. Her er en samling af de bedste.

"T. er tiltagende dårlig, der er brug for en vekselstrømsmadras inden weekenden." (Mon ikke der menes en vekseltryksmadras? Ellers stakkels borger).

"Sår på alveol på venstre u.e." (Såret sad på malleolen, alveolerne sidder i lungerne - hvordan mon man behandler det sår?).

"Vi afventer røntgen af taget." (Vi afventer, at røntgen er taget, skulle der have stået).

"Patienten fik extuberet sine hæmorider i spinal anæstesi." (Av, for en mundfuld ...).

"Der er gjort rectoscopi af højre knæ." (Hmm ... man siger jo, at alle veje fører til Rom).

"Ringet til borger som ikke har hørt chauffør. Oplyser hun godt selv kan tage varer ind. Ok." (NB: Denne borger har afasi og er lammet).

Sidste omgang koks i kardex

Denne Koks i kardex er den foreløbigt sidste i Sygeplejersken. Redaktionen siger tak for de mange sprogbøffer og -blomster, som Sygeplejerskens læsere har sendt ind med rund hånd. Nu er lageret af de udvalgte imidlertid brugt op.

Igen et pletskud



Oluf Nielsen og Anni Springborg
Biokemi og genetik
 Nyt Nordisk Forlag, 5. udgave, 2011
 324 sider - 349,95 kr.
 ISBN 978-87-17-04172-1

Som overskriften tilkendegiver, så er femte udgave af bogen "Biokemi" nu blevet udvidet til "Biokemi og genetik", hvilket må siges at være det mest opsigtsvækkende i forhold til den foregående udgave.

Dette skal imidlertid ikke opfattes som noget negativt. Tværtimod, så fremstår bogen til stadighed som det fremmeste bud på en lærebog i biokemi for sygeplejestuderende. Fokus i denne grundbog i biokemi er nemlig stadig, at faget biokemi og nu også genetik er støttediscipliner til fysiologien og i sidste instans en hjælp til at kunne lede de sygeplejefaglige handlinger.

Derfor rammer forfatterne igen plet, når deres sigte har været at skrive en lærebog, hvor biokemien og genetikken skal kunne læses og begribes uden særligt forhåndskendskab til de nævnte fag. Det fungerer således fortsat godt med en elementær del, hvor stoffet er forklaret og beskrevet med mange ord og få formler, så den studerende får overblik over de vigtigste områder inden for biokemien og det med en pædagogisk tilgang til stoffet. I forlæn-

gelse af denne elementære del findes den udvidede del, som er skrevet på grøn baggrund, hvor læseren med særlig interesse og særlige forkundskaber kan finde fordybelse i biokemien på formler. Ydermere er bogen udstyret med diverse illustrationer og et indledende kapitel i almen kemi, der gør den indbydende for den studerende, som skal indføres i faget for første gang.

Skal bogen imidlertid gøres endnu mere vedkommende, kan emnerne i bredere udstrækning relateres til fagene sygdomslære og sygepleje og derved understøtte disse fag optimalt. Forståelsen for biokemiens relevans vil dermed få et ekstra løft i en tid, hvor vi som undervisere ikke har mange lektioner til lige netop dette.

Sammenfattende fremstår denne femte udgave bestemt styrket både som grundbog og opslagsværk i biokemi, ligesom dens indhold og niveau gør den brugbar på beslægtede mellemlange videregående sundhedsuddannelser.

*Af Sonni Thelmark, underviser, cand.scient.,
 University College Lillebælt.*

Læs fra A til Z



Arvid Birkeland og Anne Marie Flovik
Sykepleie i hjemmet
 Akribe 2011
 209 sider - 349 kr.
 ISBN 978-82-7950-149-7

Hvad kendetegner primærsygeplejen som fagområde teoretisk og praktisk? Hvordan varetager primærsygeplejersken borgers grundlæggende behov og funktioner, så den enkelte kan bo hjemme?

Det beskriver bogen på en god måde i et flydende sprog. Den er skrevet på letforståeligt norsk og er en god grundbog i primærsygepleje generelt. De organisatoriske forhold svarer dog ikke overens med de danske.

Bogen er først og fremmest beregnet som en grundbog til bachelorstuderende i primærsygepleje. Den er også nyttig læsning til sygeplejersker og andet sundhedspersonale i primærsektoren herunder fysio- og ergoterapeuter.

Fremtidens primærsektor står over for udfordringer, både når det gælder samarbejde, koordinering og organisering af pleje og omsorg. Bogen belyser derfor disse udfordringer og beskriver samarbejdet mellem kommunerne og sygehusene.

Mange aspekter inden for primærsygeplejen behandles, fra den ældre borgers sociale situation, de pårørendes rolle til psykiatriske lidelser og lægemiddelhåndtering.

Bogen kan derfor læses fra A til Z, og da vil man få en bred beskrivelse af primærsygeplejen som speciale. Det er også en glimrende opslagsbog, hvor indholdsfortegnelsen er fyldig og giver et godt overblik. At indholdet er krydret med gode fotos supplerer teksten på en positiv og indbydende måde.

Sidst i bogen beskrives, hvordan omsorgsteknologi vil spille en stadigt større rolle over for den enkelte borger fremover.

Bogen er vedkommende læsning og giver et grundlæggende overblik over forskellige facetter inden for primærsygeplejen.

*Af Anette Pedersen, primærsygeplejerske,
 Vejle Kommune.*

Hvorfor er denne bog ikke skrevet noget før?

Bogen er ikke en metodebog i gængs forstand, hvor én metodetilgang beskrives, men den giver et godt indblik i de forskellige metodiske tilgange, der er anvendelige i et bachelorprojekt. Hvert indblik og beskrivelse følges op med henvisning til relevante og opdaterede kilder.

Bogen er en antologi, hvor de respektive kapitler er skrevet af forfattere med stort kendskab til professions-, diplom-, master- og kandidatuddannelserne på sundhedsområdet og med specifik viden og erfaring med de konkrete metoder.

De metodiske tilgange beskrives i relation til studier af litteratur, interview og observation, narrativer, spørgeskemaundersøgelser og afsluttes med studier med intervention som sigte. Trods forskellige forfattere er der sammenhæng mellem kapitlerne, og bogen er logisk opbygget svarende til en struktureret tilgang til et bachelorprojekt. Således er der også gode sider at læse om opstart af projektet, jura og etiske overvejelser, diskussion og konklusion. Specielt vil jeg fremhæve kapitlet om litteratursøgning, der er meget anvendeligt allerede tidligt i uddannelsen. Et kapitel, der også henvises til af flere forfattere i bogen. Bogen er virkelig

velskrevet, således er der ikke gået på kompromis med niveauet i bogen trods en læsevenlig tekst, der desuden fremmes med bokse, hvor essenser og eksempler fremhæves.

Målgruppen er primært studerende og undervisere inden for professions- og diplomuddannelserne på sundhedsområdet. Bogen udfylder uden tvivl et tomrum i litteraturen for denne målgruppe. Forfatterne mener, at bogen bør introduceres til de studerende i begyndelsen af deres uddannelse, så de løbende oplæres i at gøre brug af en eller flere metoder gennem deres projekter og eksamensopgaver. Flere undervisere og studerende på forskellige moduler på mit uddannelsessted har gennemset hele eller dele af bogen, og der er bred enighed om, at den er yderst egnet til at indgå i pensum på sygeplejerskeuddannelsen.

Lidt undrende kan man spørge: Hvorfor er denne bog ikke skrevet noget før? Men nu er den her, og den har været værd at vente på.

Af Anne Garcia Colina, lektor, cand.cur., sygeplejerske, VIA University College, Sygeplejerskeuddannelsen i Viborg.



Redaktion Stinne Glasdam
Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område - indblik i videnskabelige metoder
 Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck 2011
 264 sider - 299,95 kr.
 ISBN 978-87-17-04194-3

KORT NYT OM BØGER

Slip fuldkornet løs

Søren Damgaard
 Gyldendal 2011
 217 sider - 299,95 kr.
 ISBN 978-87-021-0006-8

Kornbølgen er over os, og fuldkorn har erstattet ren hvede i pasta og brød. Vil man med på bølgen, har bogen mange lokkende opskrifter på alt fra laks til lun pæresalat ledsaget af en eller anden form for korn. Bogen har et fint afsnit om de fire kornsorter og argumenterer grundigt for, hvorfor korn i langt højere grad skal indgå i den daglige kost. (jb)

Velfærdens pris

Kurt Jacobsen
 Arbejderbeskyttelse og arbejdsmiljø gennem 150 år
 Gads Forlag 2011
 492 sider - 349 kr.
 ISBN 978-87-12-04681-3

Bogen er skrevet af en historiker og belyser bl.a. den første lov om arbejderbeskyttelse i Danmark, der er fra 1873. Siden er mange andre love kommet til, og bogen gør rede for arbejdsmiljøets historie herunder indsatsen mod arbejdsulykker og arbejdsbetingede sygdomme. (jb)

Mennesket - led for led

Anne Meyer Knudsen, Jarno Falkø
 Munksgaard Danmark og forfatterne 2011
 156 sider - 185 kr.
 ISBN 978-87-628-0990-1

To fysioterapeutstuderende står bag denne meget appetitlige opslagsbog om kroppens led. Illustrationerne er bearbejdede ud fra et 3D-billedprogram, og de er bemærkelsesværdigt klare og tydelige. Bogen må være bestemt en dejlig ledsager på ortopædkirurgiske afdelinger og i almen praksis. (jb)



Minister med

Den gravide SF-minister Astrid Krag skal på barsel med barn nummer to i slutningen af januar. Tidligere har hun udtalt, at hendes mand er indstillet på at tage en stor del af barslen.

Et regeringsskifte er forbundet med spænding og forventning. Det gælder også på sundhedsområdet. Astrid Krag (SF) er en af de yngste ministre på et af de sværeste og tungeste områder. Sygeplejersken har taget en snak med den spritnye minister for sundhed og forebyggelse for at høre mere om SF'ernes visioner for sundhedsvæsenet og sygeplejerskerne.

AF EVA ROSE WALDORFF, JOURNALIST • FOTO: PER MORTEN ABRAHAMSEN

Astrid Krag sætter sig afslappet til rette og begynder at tale om sin start som frontfigur for et af de vigtigste områder i dansk politik. Hun virker direkte og klar, og taler som én, der har været minister i to år i stedet for to måneder.

Ministeren, der netop har fejret sin 29-års fødselsdag, har endnu ikke flyttet sine møbler ind i kontoret i det nye Forebyggelses- og Sundhedsministerium, og langt fra alle af ministeriets medarbejdere er flyttet på plads. Det har altså taget lidt tid at komme i gang. Men ikke politisk. Med en færdig finanslovsaftale for 2012 og de overordnede aftaler for satspuljen på plads har den nye regering lagt sig fast på, hvordan den nærmeste fremtid ser ud for sundhedsvæsenet. Og den ser godt ud, mener Astrid Krag.

”Der er masser af udfordringer. Men vores velfærdsmodel og dermed også vores sundhedsvæsen er stadig ét, hvor det er sygesikringsbeviset og ikke dankortet, du skal have op af lommen, når du skal behandles,” siger hun og tilføjer, at den

nye finanslov er et skridt på vejen for at få et mere lige sundhedsvæsen. Blandt lovens initiativer er fjernelse af fradraget på arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer, og der er afsat penge til udarbejdelse af kliniske retningslinjer for bedre kvalitet i sundhedsvæsenet.

” Vores velfærdsmodel og dermed også vores sundhedsvæsen er stadig ét, hvor det er sygesikringsbeviset og ikke dankortet, du skal have op af lommen, når du skal behandles.

Væk fra behandlingsgaranti

Det stærke ved den danske velfærdsmodel er ifølge Astrid Krag, at man prioriterer ud fra sundhedsfaglige argumenter om mest sundhed for pengene. God prioritering står derfor højt på hendes liste, når hun tager de langsigtede briller på. Den gode prioritering inkluderer i Astrid Krag's øjne ikke en styrkelse af det private marked for

sundhed. Derfor mener hun, at den tidligere regerings behandlingsgaranti på en måned er meget problematisk.

”Vi bliver nødt til at komme væk fra den her mekaniske enmåneds grænse, der ikke giver rum for den lægefaglige prioritering. Grænsen er med til at presse vores sundhedsvæsen til at prioritere nogle

ting, som i virkeligheden godt kunne vente. Og dermed også nedprioritere noget, som ikke kan,” siger hun.

Men en differentiering af behandlingsgarantien må vente lidt endnu. Netop fordi sundhedsfaglighed – og ikke politik – skal styre garantien, er den ikke klar til dette års finanslov, men vil i stedet ligge klar som lovforslag i løbet af 2012. Sund- ▶

forebyggelse på sinde

Blå bog: Astrid Krag Kristensen, minister for sundhed og forebyggelse.

Astrid Krag er 29 år og fra Tørring. I dag bor hun på Amager med sin mand, rapperen Andreas Seebach, og deres datter. Hun er gravid og skal nedkomme med barn nummer to i starten af februar.

Det er endnu ikke klart, hvor længe hun går på barsel. Mens hun er væk, vil der være en vikar.

Astrid Krag er den yngste sundhedsminister, Danmark har haft. Hun har været medlem af Folketinget for SF siden valget i 2007. Hun har studeret Statskundskab på Københavns Universitet, men afbrød uddannelsen til fordel for folketingsarbejdet.

Inden Astrid Krag kom i Folketinget, fik hun bl.a. lidt erfaring fra sundhedsvæsenet. Hun arbejdede i en periode i hjemmeplejen og var studentermedhjælper på Social- og Sundhedsskolen i København fra 2003 til 2005.

Tre skarpe fra Sygeplejerskens læsere:

Pernille Lysholm Vandborg:

Hvordan kan en afskaffelse af fradrag for sundhedsforsikringer hjælpe det danske sundhedssystem? Er risikoen ikke blot dårligere vilkår for patienter samt længere ventetid?

"Afskaffelse af skattefritagelse af arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer skaber lige adgang til sundhedsvæsenet, hvilket er helt afgørende for regeringen. Personer uden for arbejdsmarkedet - pensionister, arbejdsløse etc. - har slet ikke mulighed for at være omfattet af disse sundhedsforsikringer. Men vi mener, at folk skal have behandling efter, hvor syge de er, og ikke ud fra, om de har en sundhedsforsikring eller ej. Vi vil sikre, at opdelingen i A- og B-hold afløses af mere lige vilkår, og det ser jeg som en styrkelse af det danske sundhedssystem."

Signe Hagel Andersen:

Regeringen vil have et sundhedsvæsen i verdensklasse. Men virkeligheden er, at der spares og fyres. Hvordan vil du takle borgernes høje forventninger til sundhedsvæsenet og det faktum, at der ikke er uanede ressourcer til rådighed?

"Det bliver ikke let at gøre det danske sundhedsvæsen endnu bedre, for vi overtager en slunken statskasse. Og vi må se i øjnene, at den

måde, pengene til sundhed er blevet brugt på de seneste år, ikke har sikret tilstrækkelig høj kvalitet eller behandling til tiden i sundhedsvæsenet. Men det kan lade sig gøre at få de mest presserende lidelser behandlet først, opprioritere de psykiatriske sygdomme og skabe mindre ulighed, hvis vi er villige til at prioritere og træffe modige valg. Det handler om at få ressourcerne til at strække længere, og det har vi flere forslag til."

Tina Hald Dannerfeldt:

Hvilke konkrete handlingsplaner har du til at sikre penge til efter- og videreuddannelse af det sundhedsfaglige personale?

"Det er kommunerne og regionerne, der har ansvaret for at sikre, at deres ansatte - sundhedspersonalet - har de rette kompetencer og er kvalificerede til at løse de sundhedsfaglige opgaver. Det er dem, der skal prioritere opgaven inden for de samlede økonomiske rammer for regionerne og kommunerne, der hvert år aftales med regeringen. Når det er sagt, er vi selvfølgelig også fra centralt hold optaget af, at sundhedspersonalet er kvalificeret til at varetage de udfordringer, som de møder i hverdagen. Derfor har Sundhedsstyrelsen også etableret seks specialuddannelser for sygeplejersker på forskellige områder."

- hedsstyrelsen står for udarbejdelsen i samarbejde med faglige selskaber.

Ulighed skal forebygges væk

Til gengæld understreger Astrid Krag, at højt på hendes politiske dagsorden står der forebyggelse.

Men når du siger forebyggelse, hvad lægger du så i det?

"Skal vi for alvor gøre noget ved ulighed i sundhed, så handler det om forebyggelse," siger hun og forklarer, at danskerne skal leve længere med flere sunde år. Der skal også sættes en stopper for afbrudte patientforløb og genindlæggelser, og ministeren har øje for løsningen.

"Der er utrolig meget musik i at forbedre overgangen mellem det regionale og kommunale sundhedsvæsen," siger hun, inspireret af tiltag fra kommuner og regioner, hvor man har arbejdet med at have kommunalt sundhedspersonale på hospitalerne eller udgående hospitalsansatte, der samarbejder med sundhedsfaglige i kommunerne.

Men også på andre måder skal der sættes ind med mere forebyggelse.

"Hvis vi vil noget med forebyggelse, og ikke kun i overgangen mellem hospital og eget hjem, så er det klart, at det borgerne nære sundhedsvæsen, der ligger i kommunerne, skal spille en langt større rolle fremover," siger Astrid Krag, som dog må

erkende, at der kun har været plads til en styrket indsats for enkelte af de nære sundhedstilbud i kommunerne. Der bliver afsat penge på finansloven til den ældre medicinske patient, og særligt psykiatrien får en håndsrækning.

” Der er utrolig meget musik i at forbedre overgangen mellem det regionale og kommunale sundhedsvæsen.

Et af de udeladte områder er sundhedsplejen, men den skal ses på i fremtiden, lover Astrid Krag, som mener, at et vigtigt led i god forebyggelse netop er, at danske familier kommer godt fra start.

Sygeplejefaglighed i kommunerne

Har I tænkt over, hvordan man skal kunne håndtere det stigende antal borgere, der har behov for kompleks sygepleje i kommunerne?

"Behovet for noget mere specialviden i den nære kommunale sygepleje er en vigtig diskussion. Det kunne være specialuddannede sygeplejersker, der har den faglige viden," siger hun og tilføjer, at flere sygeplejersker i kommunerne også er en af de løsninger, der skal til.

Dansk Sygeplejeråd har bl.a. foreslået kliniske ekspertsygeplejersker. Er det sådan

noget, du tænker, når du siger "specialuddannede"?

"Det vigtigste er, at vi har nogle aktører, der spiller sammen, så der er sammenhængende patientforløb. Men der skal også være en faglighed til stede. Og i takt

med, at vi specialiserer mere og mere, når vi snakker sygehuse, så vil der også være flere opgaver, der løber tilbage til kommunerne. Der ser jeg da sygeplejerskerne spille en vigtig rolle. Både som generalister, men også for at sørge for, at der er en stærk sundhedsfaglighed til stede."

På trods af behovet for specialisering i kommunerne er Astrid Krag ikke villig til at give specialuddannede sygeplejersker ordinationsret.

"Vi skal gøre tingene med så lidt bøvl som muligt, så måske er der noget, der skal kigges på. Men det er ikke noget, der ligger lige for. Danskeres øgede medicinforbrug bekymrer mig meget, og derfor vil jeg være meget varsom med at give mere fri med, hvem der kan ordinere." Hun fortsætter:

"Umiddelbart har jeg ingen planer om



Patienter skal ikke falde i et hul mellem regioner og kommuner, mener Astrid Krag, som også erkender, at det borgernære sundhedsvæsen vil spille en større rolle fremover.

at åbne op for, at andre end læger kan ordinere, for det gør det lettere at få kontrolleret, hvorfor medicinforbruget udvikler sig, som det gør, når det kun er lægen, der sidder med receptblokken.”

Alligevel er Astrid Krag en fortaler for opgaveglidning i sundhedsvæsenet:

”Vi går ikke ind for stærk grænsekontrol. Heller ikke, når det kommer til faggrænser. I kommer ikke til at se mig som en minister, der kæmper for stærke faggrænser. Tværtimod. Vi skal kigge på, hvordan faggrupperne kan spille sammen dynamisk.”

Interviewet er ved at være slut, men som det sidste punkt i en travl ministers arbejdsdag deler Astrid Krag sit første minde om sygeplejersker og sit syn på den stærke sygeplejefaglighed.

”Da jeg var fem år, var jeg indlagt alene på et sygehus. Og dem, der sørgede for, at det var trygt og rart, var sygeplejerskerne. Jeg syntes, at lægerne var de der lede nogen, der kom og trykkede på mig, og så kom der altid en sygeplejerske og tog sig af hele mig bagefter. Hvis jeg tænker videre, så er det jo i høj grad det, de kan. En faglighed, hvor man ser på hele mennesket. Det har jeg stor respekt for, og jeg tror, det betyder meget for danskernes møde med sundhedsvæsenet.”

Hvad mener Astrid Krag om Dansk Sygeplejeråds mærkesager?

Fjernelse af skattefradrag for sundhedsforsikringerne

”Det er et rigtig godt eksempel på, hvordan vi sikrer mest mulig lighed i vores sundhedsvæsen. Jeg mener, det er forkert, at f.eks. pensionistens og den studerendes skattebillet er med til at betale for, at nogle kan komme foran i køen.”

Forbedrede forhold i psykiatrien

”Det er meget vigtigt. Derfor er jeg glad for, at vi er med til at løfte området med 830 mio. over fire år. Vi har som mål at få ligestillet psykiatrien og somatikken. Og det her er et første skridt. Desuden gælder den differentierede behandlingsgaranti også for psykiatrien. Ligesom når vi snakker om at lave langsigtede handlingsplaner eller bygningsmæssig opgradering i sundhedsvæsenet.”

Ingen patienter på gangene

”Det klare politiske budskab er, at der ikke skal ligge patienter på gangene. Det er ikke værdigt for patienten, og det er sådan set heller ikke særlig klogt i forhold til arbejdsvilkår, hvis man gerne vil have et personale, som holder i det lange løb. Her ligger en vigtig opgave hos hospitalsledelserne.”

ewa@dsr.dk

PARENTES



Lad dem lege i livstræets krone

Hver morgen kl. 9.30 samles personalet på onkologisk sengeafsnit på Vejle Sygehus for at synge morgensang. Fredag den 11. november 2011 synger personalet "Livstræet". Dagens pianist er patient på afdelingen, Bodil Lind Gregersen, som i sine unge dage har spillet i et salonorkester. Traditionen med morgensang blev indført for ca. fem år siden i en periode med personalemangel.

"Det er en god måde lige at stoppe op og se hinanden i tre-fire minutter. Når vi er heldige at have patienter med, synger vi gerne et par sange, typisk højskolesange, men også meget årstidsbestemte sange. I øjeblikket synger vi julesange," fortæller afdelingssygeplejerske Hanne Nafei.

(sbk)





”Jeg er gæst i borgerens hjem, så det foregår på deres præmisser,” siger Mette Borchardt og sludrer om den nye regering med borgeren Jørgen Christiansen.



Hvis borgeren selv kan tage deres medicin, doserer Mette Borchardt den i portioner til 14 dage.

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

”Der var en borger, der kunne huske mit navn. Hende kommer jeg hos dagligt, og hun spørger som regel, hvem jeg er, og hvad jeg hedder. Forleden sagde hun mit navn, da jeg spurgte om det. Det var helt utroligt.”

Opdelt hjemmepleje giver spe

Med tålmodighed og respekt tager sygeplejerske Mette Borchardt hånd om borgere med misbrug og psykisk sygdom i Den Sociale Hjemmepleje i København. Her er hjemmeplejen opdelt i to, og det gør sygeplejerskerne mere specialiserede.

AF SIGNE LENE CHRISTIANSEN, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

”Hvornår må jeg ryge? Jeg vil ryge,” hylér kvinden. Hun lider af sklerose og depression og er en af de borgere på Vesterbro i København, som sygeplejerske Mette Borchardt besøger i løbet af sin arbejdsdag. Som udekørende sygeplejerske i Den Sociale Hjemmepleje plejer hun borgere i alle aldre med misbrug, handicap og psykiske lidelser.

”Man skal kunne lide at komme i borgerens hjem og være tålmodig og fleksibel,” forklarer Mette Borchardt, mens hun renser borgerens tryksår på balden.

I Københavns Kommune er hjemmeplejen opdelt i Den Sociale Hjemmepleje og Ældreplejen, som er for borgere over 65 år uden misbrug og psykiske lidelser.

”Ikke alle borgerne i Den Sociale Hjemmepleje er samarbejdsvillige. De kan finde på at købe øl og stoffer i stedet for medicin. Jeg forholder mig ikke moraliserende til deres misbrug, men giver dem

sundhedsfaglige råd og vejledning,” forklarer Mette Borchardt. Hun har været sygeplejerske siden 2002 og ansat i Den Sociale Hjemmepleje siden april i år. Fordelen ved en opdelt hjemmepleje er, ifølge Mette Borchardt, at man specialiserer sig i en bestemt type borger. Hun har tidligere arbejdet i Ældreplejen, som var mere resultatorienteret.

”I Ældreplejen behandlede jeg øjenbetændelse for at fjerne det. I Den Sociale Hjemmepleje handler det f.eks. mere om at vedligeholde borgerne i deres misbrug på en værdig måde. Denne type borger kræver, at jeg møder dem, hvor de er, skaber tillid og respekterer de valg, de nu engang har truffet,” siger hun.

Lugten af urin rammer Mette Borchardt som det første, da hun åbner døren hos den næste borger. ”Må jeg åbne vinduet?” spørger hun høfligt. Manden har bundet sin grønne pullover rundt om maven og

har ingen bukser på. Han har skizofreni og sukkersyge, så Mette Borchardt giver ham insulin og et glas juice for at stabilisere hans lave blodsukker. Bagefter hjælper hun ham med at få bukser på, mens hun spørger, hvad hans planer for dagen er. I løbet af formiddagen ringer hun for-gæves på hos et par borgere. Nogle er helt ned til 22 år, så de kan være ude at rende. Hun sørger dog altid for at lokalisere borgerne enten ved at ringe til kollegerne eller opsøge bodegaer og barer for at sikre sig, at borgeren er i live.

”Man må være omstillingsparat og kreativt tænkende for at arbejde her,” siger Mette Borchardt og fortæller om, dengang hun gav en borger insulin, mens han sad på bænken med sine kammerater.

”Selvom man ikke opnår så store resultater, synes jeg stadig, at jeg gør en forskel,” siger Mette Borchardt.

slc@dsr.dk



Kl. 7.30 møder Mette Borchardt til morgenbriefing, hvor medicin-skemaer og sårplejeprodukter bliver delt ud, mens der gøres status over borgerne.

cialiserede sygeplejersker



"Man ved aldrig, hvilken tilstand borgeren er i, når man åbner døren. Derfor skal man kunne handle her og nu," siger Mette Borchardt.

Mette Borchardt cykler ud til borgerne, der alle bor i området omkring Vesterbro og Valby i København.

Siden april 2011 har der været sygeplejersker ansat i Den Sociale Hjemmepleje i København. Det er bl.a. deres ansvar at opdatere borgerens medicinske.



Af Jette Bagh, cand.cur., fagredaktør



Sygeplejerskernes årshoroskop 2012 lover godt

”Vil du sende mig det vigtigste og det bedste, I har haft i *Sygeplejersken* om åndelig omsorg fra 1995 og til i dag, da jeg skal bruge det i mit bachelorprojekt?”

Sådan lød anmodningen fra sygeplejestuderende Anine-Bolette for et års tid siden. Hun hører heldigvis til sjældenhederne, de fleste kan selv søge litteratur og gør det også gerne, for sygeplejen er i hastig forandring. Fra totalt fravær af forskning til udbredt aktivitet i forskning og udvikling og tildeling af private fondsmidler til denne. En samtidig bevægelse fra praktisk hånddelagssygepleje til samtalesygepleje.

Søren Kierkegaards meget brugte sygeplejecitat:

”At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der,” er samtidig på det nærmeste forsvundet ud af sygeplejen efter 10 års omfattende brug og erstattet af ordet evidens. I samme periode er filosofien røget hen på sygeplejens fjernlager og erstattet af konkreter som palliation, skizofreni, kræftsygepleje og andre håndgribelige dele af menneskeliv og krop tilsat en god portion interesse for etik i mange afskygninger.

Stadigt flere sygeplejersker får efter tre år på forskervejen og den rituelle forsvarshandling tildelt en ph.d.-grad. Lige nu er der ca. 115 af slagsen.

Deres forskning præsenteres på symposier, konferencer, i tidsskrifter og via abstracts.

Vældig godt og nyttigt, hvis forskningen når ud, hvor den skal. For hvorfor forsker sygeplejersker? Det er naturligvis ikke for at få stjerner på skuldrene, men for at gøre det nemmere at være patient.

Forhåbentlig er sygeplejen endnu ikke ramt af klog-, kloge-, ledig- syndromet, som blev beskrevet i *Weekend Avisen* den 18. november. Artiklen problematiserer den ensidige sætning på ph.d.-uddannelser inden for alle fagområder og benævner bl.a. lægeområdet som vanskeligt.

”Det er svært at forestille sig, at det at holde tre år fri fra den kliniske verden skulle forbedre ens kliniske vurderingsgrundlag,” skriver en medicinstuderende. Men det er ikke en farbar vej til en glørværdig karriere at sige nej tak.

I sygeplejen er der oprettet flere postdocstillinger, så forskerne kan gøre det, de er uddannede til: forske videre. Men spørgsmålet er, om der er postdocstillinger nok?

I artiklen i *Weekend Avisen* opfordrer en lægelig direktør til, at der bliver tilført færre midler til ph.d.-studerende og flere til postdocstillinger. Den strategi er måske en overvejelse værd i sygeplejen?

Den næste barriere, der skal håndteres, er brugen af forskningsresultater: En svensk undersøgelse fra 2010 viste, at svenske sygeplejersker kun sjældent søgte forskningsresultater, og at den gruppe, der ikke særlig hyppigt søgte efter forsk-

” I samme periode er filosofien røget hen på sygeplejens fjernlager og erstattet af konkreter som palliation, skizofreni, kræftsygepleje og andre håndgribelige dele af menneskeliv og krop tilsat en god portion interesse for etik i mange afskygninger.

ning, blev endnu dårligere til det med årene. Det er med andre ord ikke en del af praksis at søge ny viden, anvende den eller lade sig inspirere til nye tanker af den. I Sverige.

Derfor lover det godt for fremtiden, at danske sygeplejerskers årshoroskop for 2012 lyder:

I vil møde krav om inddragelse af patienterne, brug af kliniske retningslinjer og læsning af forskningslitteratur. Uge 38 bliver en hygiejnisk udfordring, og 42 vil kræve en alvorlig indsats på alkoholområdet.

God jul.

”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.



Dansac Novalife lukkede og tømbare poser

Helene, ileostomi siden 1998

Fleksibilitet

Designet til **det aktive liv**

Sikker klæber

Pladens overflade er tykkest omkring stomien og bliver tyndere ud mod kanterne. Det giver et sikkert og skånsomt klæb på huden og forlænger bæretiden.

Orange aftagningsøre

Takket være det synlige orange, klæbefrie aftagningsøre, kan pladen let og enkelt tages af huden uden at kradsse i den.

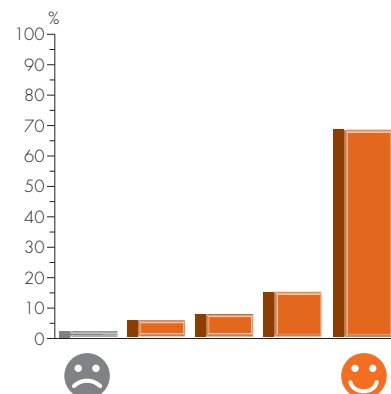
Sikker og fleksibel kobling

Posen og pladen sættes sammen med et sikkert, patenteret koblingssystem. Ringen på pladen er løftbar og minimerer dermed tryk på maven. Ringene er bevægelige og tillader pladen at følge kroppens bevægelser, hvilket øger komforten for brugeren.



Fakta

Løftede pladen sig fra huden?



☹ Ja, hver gang.

☺ Nej, aldrig.

Kilde: Dansac Novalife Lukket, Nordisk produktevaluering 2010

SKØNLITTERATUR MED EN SNERT AF FAGLIGHED

AF JETTE BAGH, FAGREDAKTØR

Der er ikke noget så dejligt som en god bog, og er der faglighed på sidelinjen, kan fornøjelsen blive endnu større. Her præsenteres fire romaner med sygepleje, patienter eller uønskede og forsømte børn som en del af handlingen samt en enkelt kogebog til de børn, der ikke er tid til i køkkenet. Så kan de tage sagen i egen hånd.



Sørgeligt aktuel

En ond, men nødvendig bog om, hvordan børn undgår at fortælle omverdenen sandheden om deres dysfunktionelle familie og en far, som begår overgreb på sine børn. Faderen bruger en halv lørdag på at lave gourmetmad til familien, herefter drikker han sig beruset, og til slut forgriber han sig på sit eget barn. Så trist er forløbet. Og medarbejderen fra kommunen kommer aldrig til bunds i, hvad der reelt foregår, for han spørger ikke ordentligt ind til tingene. En sørgeligt aktuel bog, som skiller sig ud pga. en særlig sproglig fortællemåde.

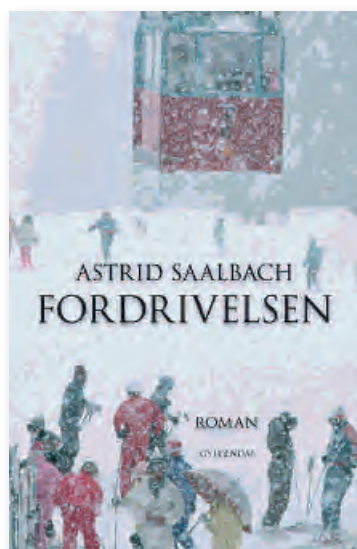
Christel Wiinblad

Prolog

Gyldendal 2011

200 sider - 179 kr.

ISBN 9788702116878



Astrid Saalbach

Fordrivelsen

Gyldendal 2011

333 sider - 299 kr.

ISBN 9788702070163

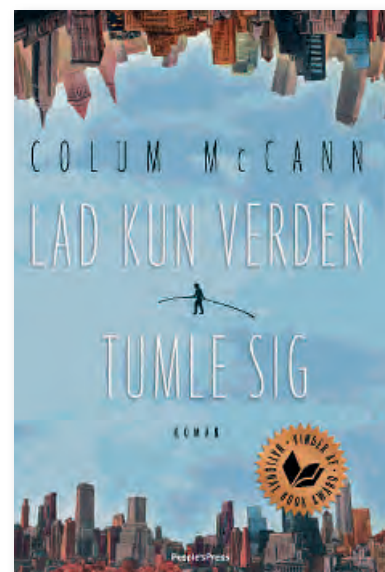
Hukommelsestab i detaljer

Velskrevet og underholdende roman om et trist emne. Andreas får hukommelsestab pga. et voldsomt hovedtraume, og herefter forvandler hans liv sig meget hurtigt fra succes til fiasko. Han mister alt, hvad han har, og ender som en person uden impuls kontrol og med et ovenud dominerende sexbehov. Samtidig bliver han clairvoyant – eller gør han ...? Der er en ret morsom beskrivelse af hans oplæring i det clairvoyante miljø, hvor han også bevæger sig fra succes til fiasko. Beskrivelsen af, hvordan en patient med hukommelsestab oplever verden og sygehusmiljøet, er interessant for sygeplejersker.

En linedans der påvirker

En bog, der bliver i tankerne, længe efter at den sidste side er vendt. Rammen om det store persongalleri er franskmændene Philippe Petits vandring mellem Twin Towers i New York i 1974, en linedans, der ses af mange og påvirker endnu flere. Hovedpersonernes liv og skæbne flettes langsomt sammen, mens bogen skrider frem, og en sygeplejerske med hjertet på rette sted spiller en væsentlig rolle. Hun arbejder under temmelig kummerlige vilkår, men formår fantasifuldt at gøre noget særligt for de gamle mennesker, hun tager vare på.

Eventuelt kan bogen få følgeskab af filmen "Man on Wire", der handler om Petits planlægning af linedansen mellem de to nu ikke eksisterende bygninger.



Colum McCann

Lad kun verden tumle sig

People's Press 2011

414 sider - 299 kr.

ISBN 978-87-7108-108-4



Erik Valeur

Det Syvende Barn

Politikens Forlag 2011

692 sider - 300 kr.

9788756799133

De uønskede spædbørn

Forfatteren fik årets debutantpris 2011 på Bogforum for denne fortælling om syv børn, som bor på børnehjemmet Kongslund i Skodsborg, indtil de kan bortadopteres. Bogen indledes med fundet af en død kvinde på en strandbred, kalenderen viser den 11. september 2011, hvilket er grunden til, at det gådefulde dødsfald ikke får nogen særlig opmærksomhed i medierne. En krimibeslægtet roman om børn, som begynder livet som uønskede og bærer den følelse med sig videre. Ingen basic trust her.

Forebyg køkken-analfabetisme

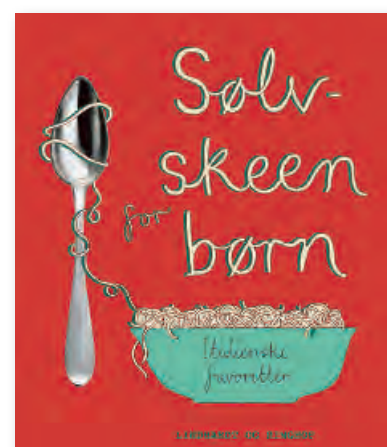
En motiverende og farverig sag i stort format for de mindste. Ungerne bliver her taget i hånden og får mulighed for at gøre erfaringer med det italienske køkken. Kogebogen "Sølvskéen" vil være kendt af mange voksne, nu er det børnenes tur til at eksperimentere med spagetti med tomatsovs, hjemmegjort pesto, bagte auberginer med tomat og andre lækkerier.

Eftersom mange unge er analfabeter i et køkken, er det oplagt at hjælpe børn i gang med at svinge grydeskeen, så snart de kan læse.

Sølvskéen for børn, Italienske favoritter

Lindhardt og Ringhof 2011. 104 sider - 199,95 kr.

ISBN 9788711424377





KRYDSORD FRA DET FAGLIGE UNIVERS

TUREN OM JULETRÆET	KONSEKVENS-LØS	GIVER DÆKKE	JEG	KODE-ORD (1. DEL)	FADER HOLLAND	LANGSOMT	SAMMENSLUTNING	BRORSØN	SUNDHEDS-MINISTER			SES	KURS	UDLÆNDINGE	EPOKEN MÅL
									SYGELIG TRÆT-HED						MÆRKE KRANSEDE
KODE-ORD (2. DEL)													KLUB		
OLD-TIDSBY					KNEB PION-TEK				KLÆDE-STOF						
KONGE	BE-NYTTES	HALV-TREDS		DRYSSE TRONE					KURSEN						
UDRÅB		AFKØLE BARNET				REND		SLÆK-KE FIN					BILDEL MASSER		
IDE								500 KØNS-SYGDOM		MANGE	FØLE-TRÆDE				
LILLE			TRÆ-NES						SØGE TRÆ					PENGE-SUM	JYSK BY
					ALDER-DOMS-LIDELSE		GREBET						VILDT BÅNDET	FUGL BE-MÆRK	
				KVOTE KONGE				STEN SVÆVET							
FERNIS	TIN POP-GRUPPE		GUD										ANTAL		
		GREN D/EMRE				SKODEL BINDE-ORD			OMIME					FUR	
DÆK-KET							NUMMER MOMENT		JAG RUM					TÅLTE FARTØJ	
DANSK SYGE-PLIJE SELSKAB														UPOLE-RET	
					FORBI							PROFET			

For 12 år siden bragte Sygeplejersken den første jul på kryds og tværs med et umiskendeligt præg af sygepleje. Nu er det atter tid at gætte sygeplejefaglige finurligheder og aktuelle tendenser i det faglige univers. (jb)

Brug slippen her på siden, og send løsningen, så vi har den senest tirsdag den 3. januar med morgenposten. Den skal sendes til: Sygeplejerskens redaktion, Sankt Annæ Plads 30, Postboks 1084, 1008 København K
 Mærk kuerten "Julekryds" i nederste venstre hjørne.

Det er også muligt at maile løsningen til julekryds@dsr.dk - Husk navn, adresse og medlemsnummer. Vi skal have mailen senest tirsdag den 3. januar 2012 kl. 12.00.

Vi trækker tre vindere, hvis navne offentliggøres i *Sygeplejersken* nr. 1/2012, der udkommer fredag den 13. januar. Vinderne får tilsendt et gavekort og en bog.

NAVN MEDLEMSNUMMER
 ADRESSE
 LØSNING



ConvaTec

Fordi jeg har
fundet en hudplade
jeg kan stole på!



ConvaTec Moldable Technology™ giver en sikker og individuel pasform!



Passer uanset
stomiens form

ConvaTec Moldable Technology™ har sat en ny standard i stomiverdenen. Det er den eneste hudplade med et aktivt, modellérbart materiale som skaber en individuel tilpasning til stomien uden brug af saks, pasta og tætningsringe. Dette unikke materiale følger stomiens bevægelser dag og nat ved at udvide sig og trække sig sammen. Hjælper til at forebygge lækage og beskytter huden. Nu blivere hverdagen lettere og du kan gøre hvad du har lyst til... ConvaTec beskytter dig.

ConvaTec Moldable Technology™ findes til både Combihesive® II Plus og Esteem synergy®

Oplev forskellen med ConvaTecs modellérbare hudplader!
Ring: 48 16 74 75 og få tilsendt en gratis vareprøve

ConvaTec Denmark Aps.
Birkerød Kongevej 2, 3460 Birkerød
Kundeservice: 48 16 74 75
www.convatec.com
convatec.danmark@convatec.com

Sygeplejersker sikrer ambulancer til folk i livsfare

Tidligere blev der sendt for mange unødvendige ambulancer ud til borgere, der har ringet 112. Men efter at sygeplejersker har fået ansvar for at modtage alarmopkald, er antallet af ambulancer med udrykning nedbragt. Det sikrer, at borgere, der virkelig er i livsfare, kan få hurtigere hjælp.

Siden maj i år har alle regioner i landet fået primært sygeplejersker til at besvare 112-opkald om sygdom og tilskadekomst i stedet for politiet. Nu viser en statusrapport fra Region Hovedstaden, at antallet af ambulancer med udrykning, der bliver sendt af sted til borgere med livs- eller førlighedstruende tilstande, er faldet. I perioden maj-august 2010 var der i alt 18.418 kørsler, mens der i samme periode i 2011 kun har været 16.862 kørsler. Det er et fald på 1.556 kørsler eller 8 pct.

”Der er ingen tvivl om, at vi udnytter vores ressourcer bedre, efter at vi har fået sygeplejersker til at tage 112-opkald. Det er medvirkende til at sørge for, at borgere i kritisk tilstand kan få hurtigere hjælp, fordi ambulancen ikke er ude at køre til en mindre alvorlig episode,” siger Mette Ørtoft, sundhedsfaglig leder på vagtcentralen i Region Hovedstaden.

Region Midtjylland har det seneste år også oplevet et fald i antallet af ambulancer med udrykning til borgere i kritisk tilstand. I en aktivitetsrapport fra regionen vurderes det, at faldet skyldes indførelsen af sundhedsfagligt personale på vagtcentralen.

Det glæder Dansk Sygeplejeråd. Formand Grete Christensen siger:

”Sygeplejersker har kompetencen til at vurdere og prioritere sygdom og skader i hektiske situationer. De er gode til at holde hovedet koldt og træffe rigtige beslutninger, når borgerne ringer ind. Og jeg er rigtig tilfreds med, at regionerne allerede kan se positive resultater med det sundhedsfaglige personale.”

LEDER

Der er god økonomi i kvalitet

Sygeplejersker er frontløbere for kvalitet. Sådan lyder budskabet i temaet om kvalitet og patientsikkerhed i dette nummer af *Sygeplejersken*. Det, synes jeg, er et rigtig stærkt budskab.

Det sidste årti har sundhedsvæsenet øget antallet af behandlinger enormt. Politikerne har presset vores arbejdspladser til det yderste med nye krav om mere aktivitet hvert eneste år. De krav har sygeplejersker på sygehusene og i kommunerne levet op til, samtidig med at hospitaler og afdelinger er lukket, kommunegrænserne er flyttet, og økonomien er presset i bund. Det er virkelig godt gået. Men i længden kan sundhedsvæsenet ikke holde til, at alt handler om mere aktivitet.

Uanset hvilke arbejdspladser jeg besøger, møder jeg sygeplejersker, som er dybt engagerede i at udvikle kvaliteten. Men politikerne på Christiansborg, i regionerne og i kommunerne har alt for længe haft blikket stift rettet mod, hvor mange operationer og hvor meget sygepleje de kan presse ud af medarbejderne. Nu er det på tide at skifte kurs og rette blikket mod kvaliteten og ikke kun fokusere på kvantiteten.

Patienter og borgere skal have den samme høje kvalitet, uanset hvor i landet de bor. Derfor skal de økonomiske styringsmekanismer ikke kun belønne kommuner og sygehuse for at få så mange borgere og patienter gennem systemet som muligt. Det skal også kunne betale sig at levere den bedste kvalitet – f.eks. ved altid at anvende best practice og evidensbaserede kliniske retningslinjer. For når det kommer til stykket, kan det altid betale sig for sundhedsvæsenet at satse på kvalitet, fordi man undgår infektioner, komplikationer og genindlæggelser. Som professor Kjeld Møller Pedersen siger her i bladet, er der samlet set en god økonomi i kvalitetsdagsordenen. Nu handler det om at komme væk fra kassetænkningen, så det enkelte sygehus eller den enkelte kommune også kan se fordelene på både kort og langt sigt.

Jeg synes, at artiklerne med al tydelighed viser, at der er gevinster at hente ved at arbejde målrettet med kvalitet og patientsikkerhed, f.eks. i form af forebyggelse af tryksår. Sygeplejerskerne får mulighed for at anvende fagligheden fuldt ud, patienterne får et bedre liv, og sundhedsvæsenet sparer ressourcer i det lange løb.

Nu har vi sat en bevægelse i gang, som gør op med det ensidige fokus på kvantitet frem for kvalitet. For mig er det helt naturligt, at det er vores profession, som stiller sig i spidsen for det kurskifte. Vi ser helheder, og vi ved, at det betaler sig at satse på sundhedstilbud af høj kvalitet. Nu gælder det om at holde fast i den nye dagsorden og få endnu flere til at se, at kvalitet betaler sig.



Grete Christensen, formand

Sygeplejersken i nyt format

Fra januar udkommer *Sygeplejersken* i et nyt format 14 gange om året mod hidtil 21. Det nye *Sygeplejersken* indeholder flere sider og vil fortsat, både journalistisk og fagligt, handle om sygeplejerskers liv og arbejde. Og du kan stadig holde dig ajour med aktiviteter, holdninger og medlemstilbud i Dansk Sygeplejeråd.

Årsagen til de færre udgivelser er besparelser dels på grund af faldende annonceindtægter, dels øgede udgifter til tryk og distribution. Samtidig er det målet at bruge flere ressourcer på at gøre porta-

len www.dsr.dk mere attraktiv for medlemmerne gennem tilbud og flere aktiviteter.

Vi håber, I vil tage godt imod forandringerne i *Sygeplejersken*.

Sygeplejersken nr. 1/2012 udkommer fredag den 13. januar

Redaktionen



DSR I MEDIERNE

Blandt de sager, Dansk Sygeplejeråd har rejst i november måned, er:

Flere sosu'er vil være sygeplejersker

Nye tal fra Undervisningsministeriet viser, at antallet af social- og sundhedsassistenter, som videreuddanner sig til sygeplejersker, er tredoblet på 10 år. "Sygeplejerskeuddannelsen er meget populær. Og det er helt naturligt, at nogle assistenter gerne vil bygge endnu mere faglighed på og få flere spændende opgaver i forhold til borgerne," lyder det fra Dorte Steenberg, næstformand i Dansk Sygeplejeråd, til Ritzaus Bureau.

Arbejdsløsheden rammer især kvinder

Nulvækst og ansættelsesstop i flere kommuner har især ramt kvinderne. Nu er deres arbejdsløshed ved at overhale mænds, viser en analyse fra Arbejderbevægelsens Erhvervsråd. Og der er ikke udsigt til nogen bedring. Dansk Sygeplejeråds formand, Grete Christensen, mener, at det handler om at skabe nye funktioner i den offentlige sektor, som kan blive til job for sygeplejersker i fremtiden. Det kunne f.eks. være funktioner i forbindelse med forebyggelse af kroniske sygdomme. En anden løsning er at se på, om flere faste sygeple-

jersker kan efteruddannes. "På den måde kan man sikre sig, at nogle af de mange nyuddannede ledige får en chance for at få fodfæste på arbejdsmarkedet. Hvis man ikke gør det, risikerer vi, at de ledige sygeplejersker forsvinder over i andre erhverv eller videreuddanner sig til noget helt andet, og så er de der ikke, når vi for alvor får brug for dem," siger Grete Christensen til Jyllands-Posten.

Sygeplejersker: Fixerum vil redde liv

Dansk Sygeplejeråd er glad for regeringens beslutning om, at der senest ved udgangen af 2013 skal etableres fixerum, hvor narkomaner kan tage deres stoffer under opsyn af sundhedsfagligt personale. "Det vil utvivlsomt betyde færre dødsfald blandt stofmisbrugerne, fordi de hygiejniske forhold vil være langt mere forsvarlige end på gaden," udtaler Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd, til Ritzaus Bureau. "En anden stor gevinst ved fixerum er, at flere narkomaner vil komme i behandling for deres stofmisbrug, fordi rummene bliver bemandet med sundhedsfagligt personale," tilføjer hun.

Lønforbedringer pr. 1. januar 2012

Resultatet af overenskomstforhandlingerne 2011 på det regionale og kommunale område betyder forbedringer på din lønseddel fra og med januar 2012-lønnen. Forbedringerne er aftalt lidt forskelligt på det regionale og kommunale område.

Ansæt på det regionale område

Her får du disse forbedringer:

- Din løn stiger med ca. 1,94 pct.
- ATP-bidraget stiger
- Du har ret til at indbetale et forhøjet bidrag til din pensionsordning.

Hvis du er fyldt 60 år, får du fordel af, at seniorordningen er blevet gjort permanent, dog med enkelte mindre tilpasninger.

Ansæt i kommunerne

Her får du disse forbedringer:

- Din løn stiger med ca. 1,91 pct. En del af stigningen er et fritvalgstillæg på 0,34 pct.
- ATP-bidraget stiger
- Du har ret til at indbetale et forhøjet bidrag til din pensionsindbetaling.

Hvis du er fyldt 60 år, får du fordel af, at seniorordningen er blevet permanent.

Du kan læse mere om de enkelte forbedringer på Dansk Sygeplejeråds hjemmeside www.dsr.dk

Uddrag af Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensens kalender:



Mandag den 12. december

- Tale ved 10-års jubilæum for Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Axelborg, København

Tirsdag den 13. december

- Møde med sundhedsordfører Sophie Løhde (V), Christiansborg, København
- Møde i akutudvalget, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København

Onsdag den 14. december

- Møde med sundhedsordfører Jonas Dahl (SF), Christiansborg, København

Torsdag den 15. december

- Møde med KTO, FOA og AC, København
- Rundbordssamtaler om forebyggelse, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København
- Forhandlingsudvalgsmøde i Sundhedskartellet, Kvæsthuset, København

Fredag den 16. december

- Rundbordssamtaler om forebyggelse, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København
- Bestyrelsesmøde Hotel Koldingfjord A/S, København

Mandag den 19. december

- Møde med social- og integrationsminister Karen Hækkerup (S), Social- og Integrationsministeriet, København
- FTF forretningsudvalgsmøde, København
- Forhandlinger med Praktiserende Lægers Arbejdsgiverforening, PLA, København

Tirsdag den 20. december

- Hovedbestyrelsesmøde i Dansk Sygeplejeråd, Kvæsthuset, København

Onsdag den 21. december

- Hovedbestyrelsesmøde i Dansk Sygeplejeråd, Kvæsthuset, København

Torsdag den 22. december

- Interne møder, Kvæsthuset, København

Fredag den 23. december

- Interne møder, Kvæsthuset, København

Private overenskomster

Dansk Sygeplejeråd har fornyet den private overenskomst med Dana Care A/S, henholdsvis Hersegade 18, 1., 4000 Roskilde, og Dronningensgade 23, lokale 10, 5000 Odense C, samt med Assistance Personaleservice A/S, der har kontorer syv steder i Danmark.

Desuden har Dansk Sygeplejeråd indgået ny overenskomst med læge Jørn Junge, Havnevej 7, 3100 Hornbæk og med læge Stine Stentoft, Østerbrogade 89, 1., 2100 København Ø.



”Jeg har rendt rundt hele morgenen, og hvor har du været?” spørger social- og sundhedsassistent Kirsten bebrejdende sygeplejersken Therese. Der er travlt på det medicinske sengeafsnit, hvor en af patienternes kateterposer er helt fyldt, uden nogen har tid til at tømme den. Therese har været inde på kontoret, og det fører til spændinger mellem de to. Therese får helt ondt i maven af, at Kirsten signalerer, hun er ”dum at arbejde sammen med.”

Video om faglig forsvarlighed

Seks korte film med temaet ”faglig forsvarlighed” sætter fokus på arbejdsmiljøet og situationer i hverdagen, hvor sygeplejen kommer under pres. Man kan se filmene på sin mobiltelefon. Se f.eks. filmen med Therese og Kirsten ved at scanne koden til højre med din mobil. I alt er der seks videoklip om faglig forsvarlighed.

”Vi har med filmene ønsket at skabe debat om situationen i hverdagen, hvor den sygeplejefaglige forsvarlighed kommer under pres, og hvordan man håndterer det på arbejdspladsen. Filmene er en ud af flere aktiviteter med temaet faglig forsvarlighed, der kører frem til næste kongres i maj 2012,” fortæller Dorte Steenberg, 2.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd.

De seks videoklip ligger på www.dsr.dk/fagligforsvarlighed



Scan koden med din mobil og se filmen.



GLÆDELIG JUL

Her i december begynder julestemningen så småt at ramme de fleste af os, og vi vil derfor ønske alle medlemmer og samarbejdspartnere en rigtig glædelig jul og et godt nytår.

Vi sender ikke traditionelle julekort, men vælger i stedet at sende en julehilsen i form af et kontant beløb til UNICEF og Julemærkefonden for at støtte deres betydningsfulde arbejde for at hjælpe børn i nød.

Rigtig glædelig jul til jer alle sammen. Vi glæder os til også at være der for sygeplejerskerne i 2012 og håber på et godt år for alle.

Venlig hilsen

Grete Christensen, formand, og Anne Granborg, administrerende direktør, Dansk Sygeplejeråd

Læs mere om Solidaritetsfonden på: www.dsr.dk/solidaritetsfonden



SILENTIA SKÆRMSYSTEM

Optimal hygiejne & fleksibel funktion



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

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

EasyClean™
Let at rengøre

EasyReturn™
Let at folde sammen og trække ud

EasyClick™
Mobil eller fast monteret



SKÆRMER AF UDEN AT LUKKE INDE

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

Kontingentsatser for 2012 - Dansk Sygeplejeråd

Medlemsstatus	Pr. år, inkl. solidaritetsfond	Pr. kvartal	Betaling
Erhvervsaktive, autoriserede	5.408,00 kr.	1.352,00 kr.	Pr. kvartal
Sygeplejestuderende	552,00 kr.	138,00 kr.	Pr. kvartal
Passive	648,00 kr.	162,00 kr.	Pr. kvartal
Passive, udland	648,00 kr.		Pr. år
Seniorer	760,00 kr.	190,00 kr.	Pr. kvartal

Erhvervsaktive, som holder pause, orlov eller arbejder maks. 12 timer om ugen i gennemsnit, har mulighed for at få kontingentet sat ned. Læs mere på www.dsr.dk

For aktive dimittender er den første måned efter uddannelsens afslutning gratis.

Passivt medlemskab er kun muligt, hvis

- dit ansættelsesforhold er ophørt
- du ikke er ansat i en stilling, hvor sygeplejerskeuddannelsen har betydning for ansættelsen
- din stilling ikke er sygeplejefaglig eller relateret til sygeplejen.

Se på www.dsr.dk hvordan du søger om ændring af kontingent og medlemsstatus.

MEDLEMSTILBUD

Rabat på bøger

For 85 år siden udgav Dansk Sygeplejeråd i samarbejde med Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck den første lærebog i sygepleje. I dag omfatter samarbejdet en bred vifte af titler inden for sygepleje, psykologi, medicin, ledelse m.m.

Som medlem af Dansk Sygeplejeråd kan du nu opnå 20 pct. rabat ved køb af disse fagbøger. Derudover vil der hver måned komme et Månedens tilbud med op til 50 pct. rabat på udvalgte titler fra Nyt Nordisk Forlag.

Står du aktuelt og mangler en julegave, eller trænger du til at få fat i din indre Pippi-kraft, markerer vi startskuddet til denne nye aftale med et særtilbud på bøgerne "Elsk dit hjem" af Ranvita la Cour samt "Pippi Power" af Gitte Jørgensen.

Rabattilbuddet gælder kun for køb af bøger via nettet.

For at købe bøger med rabat skal du bruge dit medlemsnummer. Log ind på forlagets hjemmeside via www.dsr.dk > Om DSR > Medlemsrabatter > Rabat ved køb af fagbøger

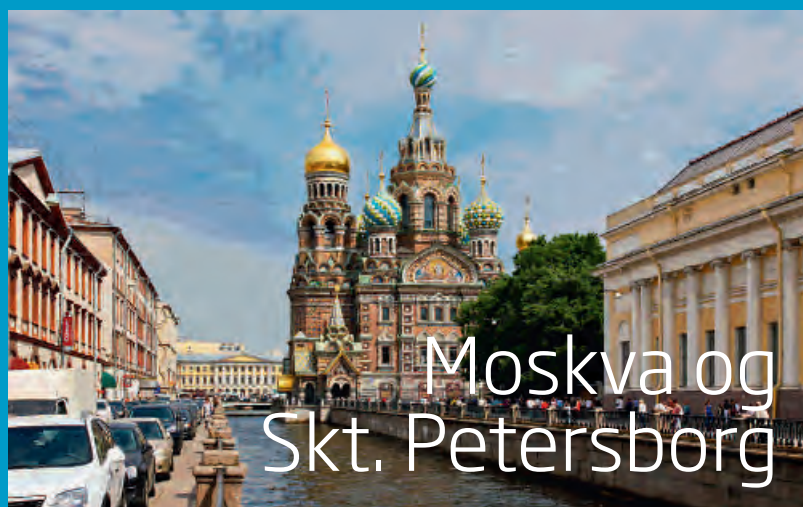


” Selvfølgelig skal medarbejderne ikke surfe rundt i arbejdstiden, men den her historie er helt ude af proportioner. Det svarer til, at medarbejderne på hospitalet bruger under én procent af deres arbejdstid på at være på internettet. Og det kunne jo også være, at de var på i deres pauser.

Kredsformand for Dansk Sygeplejeråd i Hovedstaden, Vibeke Westh, til DR-nyheder som kommentar til intern undersøgelse fra Hvidovre Hospital af medarbejdernes brug af internettet.

MEDLEMSTILBUD

KONFERENCE



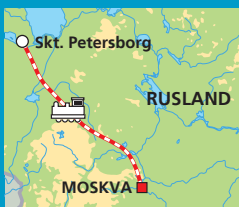
Moskva og Skt. Petersborg

Russisk storbyferie i de elegante og historiske metropoler Moskva og Skt. Petersborg inkl. alle de store seværdigheder - med dansk rejseleder, syv dage. På denne tur vil der blive indlagt et fagligt besøg, som af praktiske grunde først kan bekræftes i foråret. De rejsende vil blive orienteret i god tid inden afrejse.

Oplev Ruslands kontrastrigdom, når vi besøger landets kulturelle og politiske centrum, Moskva og Skt. Petersborg. De to byer byder på kulturrigdomme fra både zartiden, sovjettiden og det moderne Rusland. Rejsen er en velkomponeret blanding af fritid og inkluderede udflugter. I Moskva skal vi på byrundtur og besøge Kreml, og i Skt. Petersborg oplever vi ligeledes byens seværdigheder inklusive et besøg på Eremitagemuseet, der rummer mere end tre millioner kunstværker.

Dagsprogram ved køb af udflugtspakke

- Dag 1 København-Moskva. Velkomstmiddag.
- Dag 2 Moskva. Indholdsspækket byrundtur og Kreml.
- Dag 3 Tid på egen hånd og sejltur på Moskvafloden.
- Dag 4 Moskva. Tid på egen hånd, nattoget til Skt. Petersborg.
- Dag 5 Skt. Petersborg. Byrundtur inkl. Eremitagemuseet.
- Dag 6 Skt. Petersborg. Udflugt til Peterhof-paladset og kanalrundfart. Afskedsmiddag.
- Dag 7 Skt. Petersborg-København.



Afrejse og pris

25. maj 2012, kr. 9.990. Enkeltværelsestillæg kr. 1.990. Udflugtspakke kr. 990. Mulighed for tilslutning fra Århus el. Aalborg fra kr. 490. Udflugtspakken inkluderer flodsejls på dag 3 og heldagsudflugt til Peterhof inkl. frokost og kanalrundfart på dag 6.

Prisen inkluderer

Dansk rejseleder, flyrejse København-Moskva og Skt. Petersborg-København med SAS, udflugter jf. program, fem overnatninger på gode hoteller, en overnatning på nattoget mellem Moskva-Skt. Petersborg, morgenmad dagligt, frokost dag 2 og 5, middag dag 1 og 6, skatter og afgifter.

Information og bestilling hos Albatros Travel

Læs mere på www.albatros-travel.dk/sygeplejersken tlf. 3698 9898, e-mail: grupper@albatros-travel.dk Oplys venligst rejsekode LR-SYG.

Læs også på www.dsr.dk > læserrejser

Øvrige planlagte rejser:

Afrejse 25. maj 2012: Lille Tibet, 10 dage. Læs mere på ovenstående hjemmesider.

Spring meeting om kardiologisk sygepleje i København

Den 16. og 17. marts 2012 holdes det 12. "Spring meeting on cardiovascular nursing" i Bella Center, København.

På dette årlige møde har kardiologiske sygeplejersker chancen for at træffe kolleger fra hele verden og diskutere innovation, ny forskning og udfordringer for den kardiologiske sygepleje.

Programmet for de to dage byder også på bl.a. kardiologisk sygepleje i praksis, idéudveksling og workshop med adgang til eksperter. Det officielle sprog på mødet er engelsk, og alle oplæg vil blive holdt på engelsk. Bag mødet står The Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP) of the European Society of Cardiology (ESC) og Dansk Sygeplejeråd.

Program, deltagergebyrer og tilmeldingsfrister kan ses på www.escardio.org/nursing

NYHED – 4 farver i én håndeving

Med Reporter 4 fra Tombow kan du skrive i både blåt, grønt, rødt og sort i én håndeving.

Stregtykkelsen er relativt tynd og kuglepennen klatter ikke. Dette gør TOMBOW Reporter 4 fremragende til alle former for registreringer.



Læs mere og bestil på creas.com/reporter4

Reporter 4 kan også leveres med eget tryk – kontakt os gerne for mere information.

creas

T 70 25 55 55
E info@creas.com
W creas.com





Tag billeder af sygeplejen

Går du rundt med en fotograf i maven? Og har du lyst til at vise andre sygeplejersker, hvordan du arbejder med sygepleje?

Så vær med, når Dansk Sygeplejeråd inviterer alle medlemmer til at indsende billeder fra deres arbejdsliv i perioden 1. december 2011 - 31. januar 2012. Målet er at samle en udstilling af plakater og billeder på hjemmesiden, der viser sygeplejen, som den ses af sygeplejersker.

Tema: Mangfoldighed

Det overordnede tema for billederne er mangfoldighed i sygeplejen, dvs. alt det, der kendetegner sygeplejefaget, f.eks. speciale, arbejdsplads, stillingsfunktion, kolleger, instrumenter og apparater. Du må også gerne skrive et par linjer om, hvorfor du netop har valgt det motiv, du

sender ind til os, og hvad billedet betyder for dig.

Retningslinjer for billederne

Der er stillet nogle få retningslinjer op, som du skal være opmærksom på, inden du sender os dine billeder. Det er f.eks. bedst at bruge et digitalkamera, og det er kun muligt at sende billederne til os pr. e-mail. Desuden er der nogle regler, du skal følge, hvis andre optræder på dine billeder. Det kan du alt sammen læse mere om på www.dsr.dk/sygeplejensaar

Billeder kan mailes til: sygeplejensaar@dsr.dk



DEBAT PÅ FACEBOOK

Ikke-medlemmer på økonomisk frihjul

Synes du også, at ikke-medlemmer skal betale for at få del i de overenskomstgoder, som Dansk Sygeplejeråd forhandler hjem?

"Ja, helt bestemt ... de er jo bare medløbere!!!"

"Ikke-medlemmer er jo en slags sortseere. Det er bare ikke i orden at lukrere på, at kollegaerne betaler!"

"Jeg synes, det lyder som et rigtig godt forslag, og jeg kan kun tilslutte mig."

"Selvfølgelig skal der ikke lukreres på de goder, vores forbund har forhandlet igennem - f.eks. de fire ekstra ugers orlov før fødsler."

"Ja. Vil man smage kagen, så koster det."

"Selvfølgelig skal man yde, før man kan nyde."

"DSR har jo forhandlingsretten også for ikke-medlemmer, så uden fagforeningstvung er problemet vel uløseligt - eller?"

"Hvorfor er denne gode idé ikke opfundet for længe siden? Det er bare helt rimeligt."

"Det er en rigtig god idé. Det er komplet usolidarisk at stå udenfor. Alle former for rådgivning bør også kun ydes til medlemmer."

"Dansk Sygeplejeråd: Det er kun medlemmer, som får rådgivning af DSR. Men overenskomstgoderne får alle glæde af, også dem, som bare lader kollegaerne betale for, at der er en faglig organisation, der arbejder for bedre løn og arbejdsvilkår for sygeplejersker."

"Jeg er med på, at kolleger, som ikke er DSR-medlemmer, kører på økonomisk frihjul, når vore overenskomster forhandles, men hvad kan DSR gøre ved det?"

Dansk Sygeplejeråd: "Vi vil gerne starte en åben og ærlig debat om, hvorvidt det er i orden, at ikke-medlemmer lader kollegaerne betale for, at DSR forhandler overenskomstgoder hjem til alle sygeplejersker. Og forhåbentlig er det noget, som I også vil diskutere videre ude på arbejdspladserne."

"Man kunne lægge en klausul i forhandlingsresultatet, at hvis ikke-medlemmer bliver aflønnet og ansat efter overenskomsten, skal der trækkes et beløb til DSR over deres løn. Det kunne kaldes "overenskomstbidrag"."

"Dejligt at der bliver gjort noget ved det problem. Kan kun tilslutte mig."

"Skal jeg forstå det således, at alle, der er ansat på en overenskomst, skal betale kontingent til den forhandlingsberettigede organisation? Der skal således være to kontingenter: Et for dem, der vil have den fulde pakke, og et for dem, der bare vil have løn og tillidsrepræsentant."

Dansk Sygeplejeråd: "Vi har ikke lagt os fast på nogen model. Vi åbner op for en debat, som rigtig mange sygeplejersker forhåbentlig vil deltage i på en sober og ærlig facon. Og alle de kommentarer, som er kommet på Facebook, vidner jo om, at det er noget, som mange har en mening om."

Delegeretforsamling 2012-2015

Stemmetal er angivet udfor den enkelte kandidat.



Region Hovedstaden

Delegerede

142 Anette Rosenklint
100 Ann Holstein Dennit
88 Anne Birthe Storm Andersen
113 Annette Grønkær Christiansen
76 Annette Skov Andersson
114 Axel Schmidt
126 Bente Mygind
72 Birgitte Lotz
153 Eva Holst
74 Grete Mygind
66 Hanne Alexandersen
101 Hanne Juhl
168 Hanne Krogh
60 Heidi Storck
182 Henrik Scheibel
105 Ingeborg Ilkjær
158 Inger Minnasdatter
172 Jacob Paludan Truelsen
163 Jarl Damgaard Iversen
115 Jens Peter Nissen
132 Jette Schwartz
104 Jette Walsøe Kürstein
127 Joan Birgitte Røge
125 Jonas Beyer
120 Karin Tidemand Cardoso
143 Ken Curt Strøm Andersen
249 Kristina Helen Robins
91 Lars Bøgelund Elbrandt
81 Lars Nyholm Brandt
69 Lau Frode Hansen
110 Lene Henriette Skielboe
221 Lisbeth Kastrup
119 Litten Maria Flarup Emborg
130 Lonnie Rasmussen
91 Majken Linda Andersen
70 Mette Merete Kværnø Storm
86 Ole Johannes Larsen
94 Paul Erik Schlüter
140 Randi Joan Andersen
71 Susan Jochims Mortensen
74 Susanne Ingetraut Andersen
126 Susanne Meldgaard
74 Søren Gyldendal Tandrup
78 Tove Birgit Nielsen
85 Vibeke Andersen
449 Vibeke Westh
70 Yvonne Marie Petersson

Suppleanter

48 Birgitte Viby Nielsen
56 Hannah Duckert Styf Hjorth
51 Iben Margrethe Henriksen
60 Jørgen Peder Højbjerg
47 Leif Sjøgren Storgaard
40 Lene Majbritt Bührmann
52 Lonnie Ryssel
58 Stefan Vikenfolk Christiansen

Region Sjælland

Delegerede

123 Anne Lise Geertsen
132 Anne Marie Wulff Hedenborg
136 Ann-Marie Jakobsen
160 Erik Juhl Andersen
99 Hanne Fauth Hansen
164 Hanne Hansen
405 Helle Roland Dirksen
132 Johannes Michelsen
154 Karina Henriette Frølich
157 Kira Køppen
182 Lars Frandsen Kloster

129 Lene Merry
115 Lisbeth Andrea Jørgensen
134 Mette Bækgaard Udesen
131 Mette Mebus Laustsen
112 Nana Ebbell
159 Ole Sikker Bisgaard
178 Susann Carlsen
101 Vibeke Galle

Suppleanter

77 Gertrud Kirstine Christensen
78 Kristoffer Bjarne Lerager
93 Marianne Elisabeth Hauge
97 Preben Hammershøi

Region Syddanmark

Delegerede

173 Anne Nissen
488 Anni Pilgaard
145 Ayoe Annette Berg
143 Birgitte Adler Hansen
114 Birthe Susanne Vorsum
170 Bjarne Hansen
139 Christina Gildenpfennig
146 Claus Brix Pedersen
255 Dorte Ruge
129 Elna Schousboe
96 Esther Skøtt
113 Frauke Lorenzen
138 Hanne Gram
162 Helle Carlsen
105 Jette Mogensen
150 Jette Søgaard Nissen
127 Johannes Bøgebjerg Snedker
459 John Christiansen
78 Kaj Ove Larsen
160 Lars Vagn Jensen
108 Lenna Maegaard Hansen
251 Line Gessø Storm Hansen
106 Lis Bindzus Grønbech
100 Margit Molz
149 Sabine Asferg
132 Susanne Kirk May
178 Susanne Linnet
125 Thorsten Høgh Lücke
142 Tina Vadum Albert
84 Yelva Irene Bøgedal

Suppleanter

74 Bibbi Sander From
72 Karen Lis Madsen
41 Lisa Bock Tatje-Guy
42 Marianne Ingeborg Aho-Harpsøe

Region Midtjylland

Delegerede

154 Agnes Marie Nielsen
222 Anders Dalgaard Mikkelsen
99 Annalise Brændstrup
121 Anne Heltoft
145 Anni Hansen
150 Bente Foshammer
79 Birthe Marie Larsen
115 Bodil Bang Carstensen
157 Conny Stampe Sinkjær
193 Elisabet Skajaa
84 Ella Ravn Jensen
94 Ellis Susanne Jakobsen
167 Frank Christensen
193 Hannah Højgaard Pedersen
169 Helle Grønlund
188 Helle Susanne Bitsch Laursen
88 Inger Lise Rasmussen

94 Jette Nygaard
122 Julie Kirstine Præst
111 Jytte Ahlgreen Møller
126 Karen Andersen
142 Lars Degnbol Pedersen
251 Lene Jensen
188 Lis Lønbro Lehm
162 Margrethe Vad Nielsen
257 Marianne Bjørn
180 Nick From
131 Peter Knudsen
122 Pia Toft
193 Sara Hyldig
149 Trine Kjær Badstue
86 Vibeke Binnerup

Suppleanter

58 Anne Listed Jacobsen
70 Anne-Marie Knudsen
79 Eva Rosendal Østergaard
67 Gunhild Næsborg
46 Jytte Elisabeth Schmidt
44 Lene Birthe Harling Michaelsen

Region Nordjylland

Delegerede

91 Anette Jensen
159 Bente Marianne Yder
83 Carin Anette Juul
77 Edel Nygaard Rüzsz
218 Helle Kjærager Kanstrup
75 Helle Møller Kjeldsen
376 Jytte Vester
145 Kirsten Højslet
209 Leif Strickertsson
154 Lene Holmberg Jensen
108 Lone Degn
89 Lone Holmberg Busch
69 Lone Jensen
181 Poul-Erik Vinkler

Suppleanter

29 Anette Nørhave Jacobsen
56 Hanne S. Grymer-Hansen
67 Jytte Hosbond
61 Kirsten Birgitte Lervang
69 Lisbeth Isaksen
67 Magda Skovgaard Jensen
64 Ole Bysted
28 Susan Heiberg Goor

Grønland/Færøerne

Delegerede

57 Helena Dahl Joensen
15 Lissi Bech Ottosen
61 Æna Reinert

Suppleanter

31 Anna Maria Persson
21 Unnur Á Dunga

Navn: Louise Sjøberg, 34 år. Uddannet fra sygeplejerskeuddannelsen i Slagelse i 2001.

Stilling: Fastansat på børneafdelingen på epilepsihospitalet Filadelfia siden 2003. Tillidsrepræsentant siden 2007. Nu også formand for tillidsrepræsentantkollegiet, medarbejderrepræsentant i Filadelfias bestyrelse og nyvalgt kredsbestyrelsesmedlem i Dansk Sygeplejeråds Kreds Sjælland.



ARKIVFOTO: EPILEPSIHOSPITAL FILADELFIA

AF SUSANNE BLOCH KJELDSSEN, JOURNALIST

Hvad er det bedste ved dit job?

"Som sygeplejerske er det bedste, når patienterne har fået stillet den rigtige diagnose, og jeg oplever, at de og deres familier kan drage herfra glade og velfungerende efter udskrivelse. Derudover sætter jeg stor pris på mine kolleger, at vi har et godt arbejdsmiljø, selv om vi har været under pres siden februar 2011, hvor hospitalet blev lukningstruet."

Hvad er det værste ved dit job?

"Når der er eksempler på manglende kommunikation mellem de tværfaglige samarbejdspartnere. Og når nedskæringer gør, at vi ikke kan yde den behandling, vi gerne vil, og derfor kommer til kort over for familiernes behov."

Hvad er det mest fagligt udfordrende i dit job?

"At holde mig fagligt opdateret og være en dygtig epilepsisygeplejerske, samtidig med at mit TR-arbejde fylder rigtig meget. Især i dette år har det været en udfordring at skabe kontinuitet i plejen, samtidig med at jeg er blevet kaldt til møder med bestyrelse og TR-kollegiet. Det har været svært at forsøge at leve op til forventningerne fra såvel patienter som kolleger, TR-kolleger, ledelsen og ikke mindst mig selv."

Med hvilke ord tror du, at dine kolleger vil beskrive dig?

"Jeg tror, de ser mig som den unge i flokken, den spontane og ustrukturerede. Jeg tager tingene, som de kommer. Ledelsen og mine TR-kolleger ser mig fra en anden vinkel. De giver udtryk for, at de opfatter mig som superstruktureret, seriøs og velforberedt."

Tror du, at jobbet som sygeplejerske giver nogle fordele i det faglige arbejde?

"Vi sygeplejersker er vant til at arbejde sammen og løse opgaver i grupper. Derfor har vi måske også en tilgang til ledere, der handler om, at man må forsøge at få det bedst mulige ud af en situation."

Hvilke ting kan du ikke undvære i dit job?

"Jeg har engang forsværet, at jeg ville være slave af min kalender, men jeg må indrømme, at jeg ikke kan undvære kalenderen på min telefon. Derudover er fornuftige sko et must, jeg går næsten altid i løbesko, når jeg er på arbejde. Som TR kan jeg ikke undvære opbakning fra kolleger og medarbejdere, ellers har min stemme ingen vægt hverken i MED-udvalget eller i Filadelfias bestyrelse."

Hvordan slapper du af?

"Jeg har to hunde, som jeg ynder at gå og løbe ture med. Jeg slapper også af sammen med mine to børn og min mand."

Hvordan skal din karriere se ud fremover, hvis du selv kan vælge?

"Jeg er jo lige blevet valgt ind i kredsbestyrelsen i Kreds Sjælland, og jeg er ret sikker på, at det er den fagpolitiske vej, jeg skal gå, når jeg ikke er sygeplejerske på Filadelfia mere."

Dorothy C. Hall

Dorothy C. Hall, RN, MN og et af Dansk Sygeplejeråds få æresmedlemmer, er død i Canada, 88 år gammel.

Dorothy Hall arbejdede for WHO fra 1955-1990 og var i mange år Regional Policy Adviser for sygepleje i WHO EURO. I alle årene arbejdede hun passioneret for at udvikle og forbedre sygeplejerskens rolle og funktion i primærsektoren og for forskning i sygepleje.

I 1970'erne initierede Dorothy Hall The Medium Term Programme for Nursing/Midwifery, et europæisk forsøg på at implementere og dokumentere individuel sygepleje for at udvikle et fagsprog, som kunne genkendes af alle sygeplejersker i Europa, og at indsamle data og dokumentere effekten af den pleje, der blev ydet. Et ambitiøst projekt, hvor 11 europæiske lande, herunder Danmark, deltog.

Senere blev samarbejdsprojektet Danish-New Foundland-Nursing PHC Project på Dorothy's initiativ etableret mellem Dansk Sygeplejeråd og Newfoundlands sygeplejerskeorganisation. Projektet tog udgangspunkt i Dorothy C. Halls publikation "Nursing-Starting Points for Reasoning", der giver Dorothy's personlige opfattelse af, hvad sygeplejerskers rolle bør være, og hvad sygeplejersker kan gøre for sundhed i samfundet, hvis det prioriteres. Beskrivelser, der ikke bærer præg af at være skrevet for 20 år siden. Jeg vil citere Dorothy: "The failure to recognize that nursing is a discrete health discipline allied to but not dependent on medicine has led to underdevelopment of care as compared to cure and has deprived people sick and well, of a wide range of therapeutic health services" (manglende erkendelse af sygeplejen som en særskilt sundhedsdisciplin, der er knyttet til, men ikke afhængig af lægefaget, har ført til underudvikling af plejen i forhold til behandling og har afskåret folk, syge såvel som raske, fra en lang række terapeutiske sundhedstilbud).

Dorothy Halls utrættelige arbejde for sygeplejen foregik i så forskellige lande som Afghanistan, Thailand, Sri Lanka, Indien og Danmark. Karakteristisk for Dorothy gik hendes sidste tanker til sygeplejersker, idet hun har bedt om donationer til den lærestol, hun siden 2002 har finansieret ved McMasters Universitetet i Hamilton, Ontario, i stedet for blomster til sin bisættelse.

*Æret være hendes minde.
Grete Christensen, formand*

NAVNE

Sammenhæng mellem uddannelse, faglig udvikling og patientsikkerhed

Sygeplejerske og klinisk vejleder Birgitte Holst Wiehl, Gynækologisk og Obstetrisk Afdeling, har modtaget Hillerød Hospitals Sygeplejerskepris 2011. Hun modtager prisen, fordi hun formår som afholdt og respekteret klinisk vejleder at skabe sammenhæng mellem uddannelse, faglig udvikling og patientsikkerhed, og hun stiller meget høje krav til en evidensbaseret udførelse af plejen til patienterne. Denne fundamentale grundholdning til faget skinner igennem i de krav, hun stiller til sig selv, de sygeplejestuderende, til sine kolleger og til sine tværfaglige samarbejdspartnere.

"Hun bidrager til, at læringen rodfæstes i sygeplejen, når afdelingen systematisk indsamler oplevelser fra nyligt udskrevne patienter og pårørende, hvis

erfaring indgår i udviklingen af de faglige ydelser. Dette er et vigtigt skridt på vejen til at ændre kulturen på hospitalet frem mod, at patientens behov og sikkerhed altid er styrende for alle opgaver, og at patientinddragelse i praksis bliver en naturlig del af den kliniske hverdag, siger ledende oversygeplejerske Charlotte Rahbek bl.a. om prismodtageren.

Det er niende gang, Hillerød Hospital uddeler Sygeplejerskeprisen.



Birgitte Holst Wiehl.

FOTO: AV-AFDELINGEN, HILLERØD HOSPITAL

Jeg er alkoholiker – men jeg drikker ikke mere

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



Behandlingscenter

T J E L E

SJÆLLAND - JYLLAND

Ole "Bogart" Michelsen

Døgntelefon

70 20 40 80

www.tjele.com

Betydningen af sanseindtryk

Sygeplejerske, cand.cur. og ph.d.-studerende Connie Timmermann, Hospitalsenheden Horsens og Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, har modtaget HN-Prisen 2011 på 900.000 kr. fra Familien Hede Nielsens Fond.

Forskningsprojektet giver Connie Timmermann mulighed for at undersøge betydningen af sanseindtryk i hospitalsmiljøet, såsom indretning, udsigt, lys og udsmykning, i forbindelse med indlagte patienter med en livstruende sygdom. Mere specifikt forventes projektet at belyse patienters evne til at håndtere sygdomme alt efter æstetikken i deres umiddelbare omgivelser.

(hbo)



Connie Timmermann

FOTO: HEDE NIELSENS FOND

Traffickingpris til to sygeplejestuderende

To sygeplejestuderende fra Professionshøjskolen Metropol, Lea Daniel og Vicki Hansen, modtog den 8. november Trafficking Prisen for deres bachelorprojekt med titlen "Sygepleje til kvinder, som har været ofre for menneskehandel - Sygeplejekvalifikationer samt redskaber til optimering af plejen". Opgaven var led i en konkurrence udskrevet tidligere af fonden Save and Alive, og den blev overrakt ved en konference på Københavns Rådhus den 8. november.



HOUNISEN
-fordi det er enkelt!

Lukket formalinsystem
Til arbejde uden for stinkskab

Ny FORBEDRET udgave

Spånde LEAK PROOF med formalin

Se mere på hounisen.com
eller ring på 86 21 08 00

Årets kræftsygeplejerske **Ny vicedirektør på Gentofte Hospital**

Sygeplejerske Irene Dyhrberg Andersen, Onkologisk Afdeling, Århus Universitetshospital, er kåret til Årets Kræftsygeplejerske 2011 af Fagligt selskab for Kræftsygeplejersker.

Irene Andersen har været hoveddrivkraften bag Onkologisk Afdelings øgede fokus på patienters behov for både motion og træning under indlæggelse og har formået at få etableret træningstilbuddet "Motion mens du er indlagt" på afdelingen i en del af opholdsarealet.

Da Onkologisk Afdeling, Århus Universitetshospital, besluttede at etablere træningsprogrammet "Krop & Kræft" for ambulante patienter i kemoterapi, var det Irene Andersen, som havde modet og sygeplejefagligheden til at tage springet fra en sengeafdeling til at blive sygeplejerske på programmet sammen med en fysioterapeut.

Irene Andersen formidler viden til patienter, pårørende, kolleger og samarbejdspartnere og har sat sygepleje og det sundhedsfaglige på dagsordenen hos samarbejdspartneren Kræftens Bekæmpelse i Hejmdal, og hun forstår at få tingene til at fungere på tværs af faggrænser og afsnit.

Nationalt har Irene Andersen sat fokus på kræft og fysisk træning med artikler i *Sygeplejersken*, *Ugeskrift for Læger* og *Helse*. På konferencer har hun haft præsentationer og posters både nationalt og internationalt. (hbo)

Birgitte Degenkolv tiltræder den 1. januar 2012 som vicedirektør på Gentofte Hospital. Hun har været ansat på Gentofte Hospital i 11 år, heraf de seneste syv år som ledende oversygeplejerske på Medicinsk afdeling F.

Som oversygeplejerske for Medicinsk afdeling F, der har mange akutte patienter, har Birgitte Degenkolv været dybt involveret i den igangværende reovering af Gentofte Hospital, som bl.a. handler om indretning af ny akutmodtagelse og skadestue.

"Jeg har været meget involveret i at fremtidssikre de nyrenoverede faciliteter, så vi kan skabe kvalitetsmæssigt gode og sikre patientforløb. Erfaringerne fra denne proces kan jeg drage stor nytte af, når vi skal planlægge reoveringen af de andre dele af Gentofte Hospital de kommende år," siger den nyansatte vicedirektør, Birgitte Degenkolv.

(hbo)

Temadag hos Protac

Speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, ph.d. Allan Hvolby vil holde et oplæg med titlen:

"Søvn og søvnforstyrrelser hos børn med ADHD"

Oplægget belyser bl.a.:

- Hvordan sover børn med ADHD?
- Har børn med ADHD flere søvnproblemer end andre børn?
- Hvad betyder det for barnets trivsel?
- Hvad kan vi gøre for at afhjælpe problemet?

Kaffe og kage

Præsentation af Protac's produkter samt udveksling af erfaringer om børn med ADHD.

Tid
Torsdag d. 26.01.2012
Kl. 12.30 – 16.30

Pris
Gratis

Sted
Århus Universitetshospital,
Skejby, Auditorium B,
indgang 6 stuen
Brendstrupgårdsvej 100
8200 Aarhus N

Tilmelding
Senest d. 17.01.2012 til
protac@protac.dk.
Venligst oplys navn, arbejdssted,
mail, tlf. nr. for hver deltager.

PROTAC®
INTEGRATING SENSES



EUROPÆISK MASTER I NARKOTIKA- OG ALKOHOLINDSATSER

Aarhus Universitet udbyder **efteråret 2012** Master i narkotika- og alkoholindsatser.

Uddannelsen er international og foregår på **deltid over 2 år**. Den er for dig, der arbejder indenfor området og har lyst til yderligere specialisering.

Du vil udvikle kompetencer til at **evaluere, implementere og lede indsatser på rusmiddelområdet**. Uddannelsen vil styrke dig til kritisk at vurdere eget arbejdsfelt, central forskning på området, samt relevante politiske beslutninger.

Find mere viden om uddannelsen på www.crf.au.dk



De gloede på mig

AF PENILLE HOLM, SYGEPLEJESTUDERENDE

Kommentar til klummen "5 faglige minutter", "Vask bilen, før du skal opereres" i Sygeplejersken nr. 19/2011.

Jeg vil gerne rose jer for at give mig et godt grin med dette nummer af *Sygeplejersken*, med historien om fasteren der følte, at hun blev behandlet anderledes pga. sin påklædning. Egentlig sørgeligt, hvis det er sådan, men årsagen til, at jeg skreg af grin, da jeg læste artiklen, var, at jeg i weekenden var af sted til rollespil (hvilket desværre er en sport, som mange har fordomme omkring).

Til rollespillet havde vi én, der var uhel-

dig at brække foden. Han kom hurtigt ind på skadestuen, og efter endt behandling var han klar til at vende tilbage til spil. Jeg blev bedt om at hente ham og hopper straks i bilen og kører af sted for at hente ham.

Jeg kommer lige så fint ind på skadestuen, og der bliver gloet ikke så lidt på mig. Jeg er jo selvfølgelig bare kørt af sted i mit kostume, så jeg står i fuldt rollespilkostume til et steampunk/sci-fi-rollespil, med flyverbriller på min hat, læderstøvler, hvor der er knivskede (kniven havde jeg heldigvis smidt sammen med mit våbenbælte), en nederdel syet

sammen af rester, og en lang sort læderjakke foruden en makeup, der er en goth værdig.

Jo, der blev gloet, men jeg fik da lov til at hente den skadede spiller (som dog så lidt mere normal ud i tøjet, selvom de også havde kigget undrende på hans skudsikre vest).

Og det bedste af det hele? Samme skadestue har lige sagt ja til, at jeg må skrive min bachelor dér til foråret, så nu håber jeg bare, at de ikke fortryder.

Pernille Holm er studerende ved Sygeplejerskeuddannelsen i Vejle.

Sundhedsplejersker skal varetage hjemmebesøg

AF MAJBRIIT SANGILD, SUNDHEDSPLEJERSKE

I dag udskrives nybagte forældre og deres spædbarn tidligere fra sygehuset end nogensinde før. Derfor er det åbenbart, at familierne har brug for tidlig støtte og vejledning umiddelbart efter udskrivelsen. Og det debatteres da også i øjeblikket i regionen og kommunerne, om de tidlige hjemmebesøg er en jordemoderopgave eller en sundhedsplejerskeopgave. For mig er der ingen tvivl om, at det skal være sundhedsplejersker, der varetager hjemmebesøgene.

For det første er sundhedsplejersken den gennemgående sundhedsfaglige person, som fortsætter kontakten med familien ved hjemmebesøg mange gange inden for barnets første leveår. Det kan derimod ikke garanteres, at den jordemoder, som forældrene har født med, kan

komme ud i hjemmet. Familien risikerer hermed at få besøg af en ukendt tredjepart, som ikke kan lave en fremadrettet plan med familien. Det øger selvsagt risikoen for kommunikationsbrist mellem sektorerne og dermed manglende kontinuitet og kvalitet for de nybagte forældre.

For det andet kører sundhedsplejersken i et afgrænset geografisk område og skal ikke som jordemødre bruge transporttid til og fra sygehuset. Sidstnævnte kan risikere at skulle bruge flere timer på transport.

For det tredje har sundhedsplejerskerne et års videreuddannelse oven på sygeplejerskeuddannelsen, hvor de bl.a. uddannes til at varetage hjemmebesøg, ammevejledning og observation af mor og barn. Jordemødrene er ikke uddannet

til at vejlede om de komplikationer, som mor og barn kan støde ind i efter udskrivelse fra sygehuset.

Sidst, men ikke mindst, så kan sundhedsplejersken oplæres i PKU (hælpøve), som kan tages ved det første hjemmebesøg senest to dage efter fødslen. Høringscreening kan foregå i sundhedsplejerskens hus.

Set med professionelle øjne er det altafgørende, at de nybagte familier kommer godt fra start. Derfor skal det selvsagt være sundhedsplejersker, der varetager de tidlige hjemmebesøg.

Maibritt Sangild er for tiden uden arbejde.

Skriv kort, når du vil deltage i debatten i Sygeplejersken.

Et debatindlæg må maksimalt være på 1.800 tegn uden mellemrum. Længere indlæg forkortes af redaktionen.

Der henvises generelt til regler for debat i Sygeplejersken på www.sygeplejersken.dk under "Manuskriptvejledning."

Debatindlæg sendes til:

Sygeplejersken, Sankt Annæ Plads 30, Postboks 1084, 1008 København K, ellervia e-mail til: redaktionen@dsr.dk

Forkortet produktinformation for Eucreas® (vildagliptin og metforminhydrochlorid) 50 mg/850 mg og 50 mg/1000 mg.

Indikation: Eucreas er indiceret til behandling af patienter med type 2-diabetes mellitus, der ikke opnår tilstrækkelig glykæmisk kontrol på monoterapi med den maksimalt tolererede dosis oral metformin, eller som allerede behandles med kombinationen af vildagliptin og metformin i form af separate tabletter.

Dosering: Baseret på patientens nuværende dosis af metformin, kan Eucreas påbegyndes med en tablet à enten 50 mg/850 mg eller 50 mg/1000 mg to gange daglig, én tablet om morgenen og én om aftenen. Den anbefalede daglige dosis er 100 mg vildagliptin plus 2000 mg metforminhydrochlorid. **Nedsat nyrefunktion:** Bør ikke anvendes til patienter med kreatininclearance < 60 ml/min. **Ældre patienter (≥ 65 år):** Ældre patienter, der tager Eucreas, skal have overvåget deres nyrefunktion regelmæssigt. **Pædiatrisk population (< 18 år):** Eucreas bør ikke anvendes til børn og unge p.g.a. manglende dokumentation for sikkerhed og virkning. **Overdosering:** Der findes ingen data vedrørende overdosering af Eucreas. Data vedrørende overdosering af vildagliptin er begrænsede. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for de aktive stoffer eller over for et eller flere af hjælpestofferne, diabetisk ketoacidose eller diabetisk præ-koma, nyrsvigt eller nyreinsufficiens defineret som kreatininclearance < 60 ml/min, akutte tilstande, der eventuelt kan ændre nyrefunktionen, f.eks. dehydrering, svær infektion, chok og intravaskulær administration af kontraststoffer, der indeholder iod, akut eller kronisk sygdom, der kan medføre væsthyppoksi, f.eks. hjerte- eller åndedrætsinsufficiens, nyligt myokardieinfarkt, chok, nedsat leverfunktion, akut alkoholforgiftning, alkoholisme, amning. **Bivirkninger:** Der er ikke foretaget nogen terapeutiske kliniske forsøg med Eucreas. Vildagliptin skal tages som en del af den samlede behandling af diabetes. **Almindelige:** hypoglykæmi, tremor, hovedpine, svimmelhed, kvalme. **Ikke almindelige:** træthed. Vildagliptin som monoterapi: **Almindelige:** svimmelhed. **Ikke almindelige:** hypoglykæmi, hovedpine, perifere ødemer, obstipation, artralgi, Meget sjældent: nye lufvejninfectioner, næsesvælgrumskatar. **Metformin-komponenten:** Meget almindelige: kvalme, opkastning, diare, mavesmerter og appetitløshed. **Almindelige:** metallisk smag, Meget sjældent: reduktion af vitamin B₁₂-absorption og laktatacidose, unormale værdier ved leverfunktionstests eller hepatitis, hudreaktioner som erytem, pruritus og urticaria. **Ukendt frekvens:** Urticaria, pancreatitis. **Interaktioner:** **Vildagliptin:** Lavt potentiale for interaktion med samtidigt administrerede lægemidler. **Metformin:** Øget risiko for laktatacidose ved akut alkoholforgiftning. Indtagelse af alkohol og lægemidler, der indeholder alkohol, bør undgås. Der skal udføres nøje overvågning af glykæmisk kontrol, dosjustering inden for den anbefalede dosering og ændringer i diabetesbehandlingen ved samtidig administration af kationiske lægemidler, der elimineres ved tubulær sekretion. I.v. administration af iodholdige kontraststoffer kan medføre nyrsvigt med deraf følgende metformin-akkumulering med risiko for laktatacidose. Glukokortikoider, beta-2-agonister og diuretika har indbygget hypoglykæmisk aktivitet. ACE-hæmmere kan reducere blodsulkeriniveauet. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** Må ikke anvendes til patienter med type 1-diabetes. **Laktatacidose:** Tilfælde af laktatacidose hos patienter på metformin er primært forekommet hos diabetespatienter med signifikant nyreinsufficiens. **Nedsat nyrefunktion:** Serum kreatininkoncentrationerne monitoreres regelmæssigt. **Nedsat leverfunktion:** Patienter med nedsat leverfunktion bør ikke behandles med Eucreas, inklusive dem der for behandlingstidspunktet har ALAT eller ASAT > 3x ULN. Patienter, som udvikler forhøjede transaminaseniveauer, skal monitoreres om en sekundær evaluering af leverfunktionen for at bekræfte resultatet og skal derefter følges med hyppige LFTs, indtil abnormaliteterne er tilbage på normalen. Hvis forhøjede leveralt værdier ved anbefales seponering. **Monitorering af leverenzymet:** Der er rapporteret sjældne tilfælde af leverenzymfunktion med vildagliptin (inklusive hepatitis). Patienterne var generelt asymptomatiske og leverfunktionstests (LFTs) blev normale efter behandlingsophør. LFTs skal udføres for initiering af behandling med Eucreas for at kende patientens baselinenværdi. Leverfunktionen skal monitoreres under behandling med Eucreas med 3 måneders interval i det første år og derefter regelmæssigt. Patienter, der udvikler symptomer, som tyder på leverdysfunktion, bør ophøre med behandling. Efter behandlingsophør med Eucreas og normalisering af LFT, bør behandling med Eucreas ikke genoptages. **Hjerteinsufficiens:** Der er begrænset erfaring med vildagliptinbehandling hos patienter med hjerteinsufficiens. **New York Heart Association (NYHA)-funktionsklasse I-II,** og derfor skal vildagliptin anvendes med forsigtighed til disse patienter. Der er ingen erfaringer med anvendelse af vildagliptin i kliniske forsøg med patienter med NYHA-funktionsklasse III-IV, og vildagliptin anbefales derfor ikke til disse patienter. **Metformin** er kontraindiceret til patienter med hjerteinsufficiens, og derfor er Eucreas kontraindiceret til denne patientgruppe. **Hudlesioner:** Hudlesioner, herunder blåser- og sårdannelse, er rapporteret for vildagliptin på ekstrimiteterne i aber på abers elektriciteter i non-kliniske toksikologi-undersøgelser. Det anbefales derfor at monitorere for hudlesioner, såsom blåser- eller sårdannelse. **Pankreatitis:** Akut pankreatitis er observeret. Patienter bør informeres om de karakteristiske symptomer (vedvarende, svære abdominalsmerter). Vildagliptin bør seponeres ved mistanke om akut pankreatitis. **Operation:** Da Eucreas indeholder metformin, skal behandlingen seponeres 48 timer før elektiv operation med helbedelse og må normalt først genoptages tidligst 48 timer efter operationen. **Administration af iodholdigt kontraststof:** I.v. administration af iodholdigt kontraststof ved radiologiske undersøgelser kan medføre nyreinsufficiens. P.g.a. metformin, skal behandling med Eucreas derfor seponeres forud for eller på tidspunktet for undersøgelsen. Må ikke genoptages før 48 timer efter undersøgelsen, og først når nyrefunktionen er vurderet igen og fundet normal. **Virkning på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner:** Patienter, der oplever svimmelhed som en bivirkning, skal undgå at føre motorkøretøj eller betjene maskiner. **Fertilitet, graviditet og amning:** Eucreas må ikke anvendes under graviditet. Eucreas bør ikke anvendes under amning. **Udleveringsgruppe:** B. Tilskudsberettiget. **Priser (AUP) og pakninger pr. 28. november 2011:** **Styrke: 50 mg/850 mg, lægemiddelform: filmovertrukne tabletter Vnr. 113394 60 stk. 556,50 kr. Vnr. 113403 180 stk. 1.610,80 kr. Styrke: 50 mg/1000 mg, lægemiddelform: filmovertrukne tabletter Vnr. 113412 60 stk. 556,50 kr. Vnr. 113421 180 stk. 1.610,80 kr.** Dagsaktuel pris kan findes på www.medicinpriser.dk. De med "m" markerede felter er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af EMA godkendte produktresumé. Baseret på produktresumé dateret: 27. oktober 2011.

For yderligere information kan hele produktresumet vederlagsfrit rekvireres hos Novartis Healthcare A/S.

DEBAT

Brug mentorordninger

AF MARIA JENSEN, SYGEPLEJERSKE

Jeg er en ud af de efterhånden mange ledige sygeplejersker. Jeg har været ledig siden sommeren 2010, men reelt set været væk fra sygeplejefaget siden 2008. Samlet set har jeg lidt under et års erfaring i faget.

Jeg står sådan set som de nyuddannede. Men jeg forstår simpelthen ikke, at hjælpen for at komme i arbejde er så ringe. Tre gange i dette år har Sygeplejen Lolland annonceret, at de mangler sygeplejersker, både til fast og vikariat. Første gang, jeg søgte, hørte jeg intet, anden gang kom jeg til samtale, hvilket i sig selv ikke kun kunne anses som en jobsamtale, men nærmere en eksamen, hvor jeg bl.a. skulle svare på sygeplejefaglige opgaver, og hvad jeg ville gøre. Endvidere fik jeg at vide, at samtalen forløb fint, men at jeg mangler erfaring, og at stillingen ville blive besat til anden side.

Nu annonceres der igen i november 2011. Det vil sige, at tredje gang er der åbenbart ikke fundet nogen sygeplejersker, hvilket jeg ikke forstår, da mange ledige sygeplejersker står i kø for at få job?

Jeg er en af dem, der kan varetage job på Lolland, da jeg er bosiddende hernede og ikke kan rejse længere væk grundet personlige omstændigheder. Jeg er vidende om, at det er nødvendigt at ajourføre sin faglige viden, men det er jo reelt set ikke muligt, da den manglende erfaring gør, at man ikke kan komme tilbage. Det finder jeg meget paradoksalt.

Jeg kan ikke forstå, hvorfor man ikke benytter sig af at udbyde dette som en "introduktionsstilling" med dertil hørende mentorordning, hvor en som mig, der brænder for at komme i gang, har en reel mulighed, også taget i betragtning, at Sygeplejen i Lolland Kommune nu har søgt en sygeplejerske i et halvt år eller mere.

Jeg forstår godt, mange af de nyuddannede vælger at se efter andre erhvervsområder, og jeg er efterhånden en af dem, for man får ikke en ærlig chance for at komme ind. Dette kan jeg også underbygge med, at sidst, jeg var til ledighedsmodet hos DSA, var det ca. 60 pct., der overvejede at skifte fag.

Jeg er glad for at bo på Lolland, men indsatsen for, at folk med en uddannelse kan komme i arbejde, er ringe. Der er mu-

lighed for job med løntilskud, men helt ærligt - ville det ikke være mere humanitært, nu hvor der mangler sygeplejersker, at blive bedre til at anvende mentorordninger og faglig sparring?

Maria Jensen er for tiden uden arbejde.

Svar

Kære Maria.

Tak for dit brev. Jeg er ked af at høre om din situation. Det er frustrerende ikke at kunne komme i gang med at bruge sin faglighed.

Desværre står du ikke alene. Den økonomiske situation og de pressede budgetter indebærer, at særligt dimittendledigheden er stigende. Det er noget, vi arbejder benhårdt på at ændre.

Bla. er bevillingen til mere jobrotation tilført 20 mio. kr. ekstra i forbindelse med finanslovsforhandlingerne. Så der i alt er 31 mio. kr. i 2012. Endvidere kan det nævnes, at vi benytter alle anledninger både nationalt og kommunalt til at påpege, at der er brug for flere sygeplejersker i kommuner. For det første får kommunerne flere opgaver fra hospitalerne, og samtidig bliver der flere ældre, hvor en forebyggende indsats vil kunne forhindre fremtidige indlæggelser.

Mentorordningen er til personer, der har særligt brug for støtte. I din konkrete situation vil jeg anbefale, at du benytter den gratis jobsøgedatabase www.dsajobsoeger.dk I den periode, hvor du har været ledig - fra august 2010 og frem til oktober 2011 - kan vi registrere, at der har været ni stillingsopslag på DSAJobsøger i Lolland Kommune for sygeplejersker.

Herudover er der en række muligheder såsom løntilskud, jobrotation og eventuel videreuddannelse. Her kan du tage kontakt til din lokale kreds i Ringsted (se adresse og telefonnummer på kredskontoret side 90 i dette nummer af *Sygeplejersken*). Her vil de kunne rådgive dig om de muligheder, der eksisterer, og hvad der passer i forhold til din situation.

Jeg ønsker dig held og lykke og håber, du ikke mister modet. Vi har brug for alle sygeplejersker.

*Med venlig hilsen
Anni Pilgaard
1. næstformand*

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

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

De er godkendt efter sygeplejefaglig vurdering og vejledning

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

"Teori & Praksis" har været igennem fagfællebedømmelse, "Videnskab & Sygepleje" har været igennem dobbelt blindt review hos to bedømmere i Sygeplejerskens videnskabelige panel.

Se panelet på www.sygeplejersken.dk

Faglige artikler er vurderet af fagredaktør.

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

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



- FRA FAGPERSON TIL FAGPERSON

INDHOLD

- 70** Faglig information
- 74** Tværgående specialteam hjælper diabetespatienten
- 78** Stomiskole giver nyt liv
- 82** Ambulant tilbud giver færre indlæggelser

FAGLIG INFORMATION

Hvordan forebygger vi dyb venterombrose gennem mobilisering?

AF JONNA GINTBERG JENSEN, SYGEPLEJERSKE, OG IBEN BEYER SØRENSEN, FYSIOTERAPEUT

Litteraturgennemgang giver ikke basis for anbefalinger om, hvornår, hvor meget og hvordan patienter bør mobiliseres for at forebygge dyb venetrombose.

En tværfaglig gruppe bestående af fysioterapeuter, ergoterapeut og sygeplejersker samarbejdede om udvikling af en evidensbaseret klinisk retningslinje for tidlig mobilisering. Gruppens erfaringer fra daglig klinisk praksis var gentagne patientforløb med hyppigt forekommende

komplikationer, som f.eks. dyb venetrombose (DVT) hos indlagte og ofte immobiliserede patienter. Desuden havde den en teoretisk viden om, at DVT rammer en stor del af de indlagte patienter. Venøstrombose (VT) er den tredjestørste kardiovaskulære sygdom efter akut myokardieinfarkt og apopleksi.

I et større norsk studie fandt man en incidensrate af VT på 1,43 pr. 1.000 personår, hvoraf dyb venetrombose (DVT) udgjorde 0,93 pr. 1.000 personår af de indlagte patienter (1).

Med afsæt i ovenstående viden ønskede vi konkretiseret, hvordan tidlig mobilisering – nemlig hvor tidligt, hvor ofte og hvor meget, f.eks. mobilisering til sengekant, til stående eller gående – kunne iværksættes som et veldokumenteret supplement til medicinsk behandling samt behandling med støttestrømper. Vi ønskede derfor qua en litteratursøgning at afdække, om der var evidens for, hvordan mobiliseringen kan foregå.

Vi operationaliserede ovenstående kliniske spørgsmål til det fokuserede spørgs-

Ph.d.-afhandling

Fra barn til voksen med cystisk fibrose

AF VIBEKE BREGNBALLE, FORSKNINGSSYGEPLEJERSKE, MHH



Forskningssygeplejerske Vibeke Bregnballe, MHH, forsvarer torsdag den 15. december 2011 kl. 13.00 ph.d.-afhandlingen "Fra barn til voksen med cystisk fibrose" på Århus Universitetshospital, Skejby, Auditorium B.

Flere end halvdelen af unge med cystisk fibrose har problemer med at passe deres behandling på grund af mangel på tid, glemsomhed eller modvilje mod at tage medicin, når de er sammen med andre – og de unges forældre er klar over disse problemer. Det viser en ny ph.d.-afhandling fra Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet på Aarhus Universitet.

I den landsdækkende undersøgelse deltog 88 unge mellem 14 og 25 år med cystisk fibrose samt 161 forældre til disse unge. Undersøgelsen viste også, at jo større behandlingsbyrde de unge har, jo

flere problemer har de med at passe behandlingen. Store problemer med at passe behandlingen viste sig desuden oftere hos unge fra familier med mange skændrier og manglende støtte. Såvel de unge, som passede behandlingen dårligst, som deres forældre gav udtryk for ønske om støtte til at passe behandlingen.

Interview viste, at unge med cystisk fibrose oplevede, at deres forældre havde brug for vejledning i, hvordan man bedst hjælper en ung med cystisk fibrose i overgangen fra barn til voksen. De unge mente, at deres forældre kunne have glæde af vejledning i at overlade ansvar for behandlingen til den unge.

Undersøgelsen påpeger, at sundhedssystemet har en opgave i at tilpasse behandlingen til den enkelte unge med cystisk fibrose samt støtte den unge i at passe behandlingen. Sundhedssystemet har også en opgave i at støtte forældre til unge i gradvist at overlade ansvar for behandlingen til den unge.

Vibeke Bregnballe er ansat på Børneafdelingen, Århus Universitetshospital, Brendstrupgårdsvej 100, 8200 Århus N; vibebreg@rm.dk

Opponenter/bedømmelsesudvalg Professor, dr.med., ph.d. Peter Vedsted (chairman), Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet, professor emeritus, ph.d. Birgitta Strandvik, Karolinska Institutet, Stockholm, Sverige, og lektor, ph.d. Birthe D. Pedersen, Enheden for Sygeplejeforskning, Syddansk Universitet.

Vejledere Professor, overlæge, dr.med. Peter Oluf Schiøtz (hovedvejleder), Cystisk Fibrose Center, Børneafdelingen, Århus Universitetshospital, afdelingsleder, lektor, ph.d. Kirsten Lomborg, Afdeling for Sygeplejevicenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, og lektor, ph.d. Mikael Thastum, Psykologisk Institut, Aarhus Universitet.

Diabetesteam på tværs af fag og specialer

mål: "Kan tidlig mobilisering reducere forekomsten af DVT i underekstremiteterne hos voksne, indlagte patienter?"

Derefter blev der foretaget en litteratursøgning i: PubMed, Cochrane, Embase, Cinahl og Trip. Limits: Voksne + 19 år. Sprog: Engelsk, dansk, norsk og svensk. Søgeordene var: *Early ambulation, Exercise therapy og DVT*. Vi søgte uden tidsbegrænsning. Søgningen resulterede i 515 hits. Abstracts og derudaf 14 artikler blev gennemlæst i henhold til det fokuserede spørgsmål. Ud af disse gav en artikel et muligt svar på mobilisering inden for første præoperative døgn.

Spørgsmålet kan ikke besvares

Artiklen, et kohortestudie, omhandlede 100 patienter, der gennemgik en total knæalloplastik. På trods af at studiet talte for mobilisering mere end 5 meter 2 gange dagligt det første præoperative døgn, kan resultaterne ikke anvendes, da studiet metodisk er utilstrækkeligt beskrevet.

Det er således ikke muligt ud fra den søgte litteratur at besvare det fokuserede spørgsmål og dermed ikke muligt at opstille evidensbaserede anbefalinger. På baggrund af litteraturgennemgangen kan der ikke opstilles anbefalinger for, hvornår, hvor meget og hvordan patienterne bør mobiliseres for at forebygge DVT. Vi arbejder aktuelt ikke videre med problemstillingen på Århus Universitetshospital, men emnet er fortsat relevant og aktuelt set i såvel et patientperspektiv som i et terapeutisk og et sygeplejersperspektiv. Vi efterlyser derfor, om nogen har viden og eller materiale, der kan gøre os klogere eller her har fundet inspiration til yderligere udforskning af emnet.

Skulle nogen have interesse i at se det fulde skrift om litteratursøgt område, så findes det på: www.kliniskeretningslinjer.dk

*Jonna Gintberg Jensen er ansat som klinisk sygeplejespecialist i afdeling MEA, Århus Universitetshospital;
Jonna.gintberg@aarhus.rm.dk*

*Iben Beyer Sørensen er ansat som klinisk undervisende fysioterapeut ved Fysioterapi- og Ergoterapiafdelingen, Århus Universitetshospital;
ibensoer@rm.dk*

Litteratur

1. Naess IA, Christiansen SC, Romundstad P, Cannegieter SC, Rosendaal FR, Hammerstrom J. Incidence and mortality of venous thrombosis: a population-based study. *J Thromb Haemost* 2007 Apr;5(4):692-9.

På Hillerød Hopsital er mennesker med diabetes i gode hænder. Et udgående diabetesteam kan i følge artiklen "Tværgående specialteam hjælper diabetespatienten" på side 74 på hverdage tilkaldes til voksne patienter med diabetes på alle kliniske afdelinger. Teamet består af fire erfarne sygeplejersker, som selvstændigt kan foreslå mindre justeringer i behandlingen og i øvrigt få assistance af en speciallæge i endokrinologi. Desuden kan teamet undervise efter behov. Det særegne ved teamets arbejde er, at det er meget veldokumenteret. Der er tal på det hele, hvilket gør det ulig meget nemmere at argumentere for ordningen, end hvis den blot var en god ide omsat til praksis uden tanke for hvem, hvad og hvor mange og hvorfor.

Teamet er blevet godt modtaget på alle afdelinger, måske fordi medlemmerne har været opmærksomme på at møde kollegerne med ydmyghed. Det samlede resultat er selv sagt til gavn for patienterne, og dem er der på landsplan 270.000 af, (heraf 10 pct. med type 1 diabetes) mens ca. 245.000 gemmer på en uopdaget type 2 diabetes.

På Hillerød Hospital har de fleste patienter i dag et generisk diabetesskema, hvilket minimerer medicineringsfejl og dokumenterer effekten af den behandling, der er valgt.

Hvordan balancen mellem forskellige specialteam skal være i fremtiden er et åbent spørgsmål. P.t findes også mobilt akutteam til tidlig opsporing af patienter med kritisk sygdom på en del hospitaler, men der er måske plads til flere team?

Hvis ja, så husk at tal skal der til.



Sygeplejerske,
cand.cur.,
fagredaktør.



FAGLIG INFORMATION

Få fat i fagligheden – med faglig dansk

AF ANNA FASTING, CAND.MAG.

Et kursus for social- og sundhedsassistenter kan være et væsentligt led i kvalitetsudviklingen i sundhedssektoren.

Kæmper social- og sundhedsassistenter på din arbejdsplads med dokumentationen eller med forståelsen af udviklede, farmakologiske tekster? Går svage læsekundskaber ud over den enkelte og arbejdspladsen som helhed? Med nytænkning inden for efteruddannelser på Arbejdsmarkedsuddannelserne (AMU) er der mulighed for faglig læring af høj kvalitet, der samtidig tager højde for og understøtter behovet for læring i faglig dansk.

I foråret 2011 løb et nytænkende projekt af stablen, udviklet og udført af uddannelsesinstitutionen Sundhed, Omsorg, Pædagogik og Uddannelse (SOPU) og Voksen Uddannelses Center (VUC) Nordsjælland.

Projektet var et nyt AMU-baseret efteruddannelsesstilbud til social- og sundhedsassistenter, som resulterede i et 20 dages AMU-undervisningsforløb i farmakologi i kombination med fag-

lig danskundervisning. Dermed er SOPU reelt frontløber på dette område.

Ifølge forløbets undervisere, Irene Werner og Birte Hjermin Jensen, er resultatet, at kursisterne efter endt kursus med sikrere hænder kunne læse og forstå de farmakologiske, udviklede tekster, samt at flere følte en større selvtillid i arbejdet, som kurset skred frem over tre måneder. En god nyhed er, at alle kursister bestod en indlagt forberedende voksenundervisningstest (FVU) i læsning til sidst i forløbet. FVU er en statsligt finansieret uddannelse, og det er gratis at deltage.

Faglig dansk læsning er ikke hverdagslæsning. Det har kursisterne, der gennemgik kurset, også erfaret. På kurset blev der spurgt ind til kursisters læsevaner. Det viste sig, at flertallet kun var vant til at læse letlæselig skønlitteratur, ugeblade mv. At lære faglig dansk var derfor en helt ny erfaring: læsning af komplicerede tekster, redskaber til at knække teksternes koder samt øvelse i dokumentation af borgeres medicin og andet farmakologisk relevant stof. Formålet var at styrke faglig viden og kompetencer til at læse, forstå og anvende farmakologiske tekster i arbejdet. For når fundamentet for at forstå de komplicerede tekster er i orden, kan den faglige undervisning i farmakologi samtidig lettere anvendes efter endt kursus. Danskundervisningen i forløbet blev tilrettelagt sådan, at læsemetoderne blev et naturligt og virksomt redskab til at få fat i sin faglighed med.

Øgede krav om kvalitet og hastighed

Behovet for en øget indsats på udvalgte faglige områder har efterhånden længe været synligt pga. de høje krav, der i dag stilles til både sosu-assistenter og -hjælpere. Det er således tydeligt, at de faglige krav om f.eks. større skriftlighed stadig øges, og at de faglige kompetencekrav generelt er blevet mere komplekse, samtidig med at hastighedskravene også er skærpede.

FVU-testene på SOPU's AMU-kurser for social- og sundhedsassistenter fra 2011 viser, at ca. 20 pct. af alle kursister kan kategoriseres som decideret ordblinde, mens ca. 45-50 pct. er svagtlæsende. Dette er en alvorlig udfordring for den enkelte medarbejder og for arbejdspladserne. Sproglig opkvalificering kan blive en nødvendig del af den faglige udvikling, og arbejdspladserne kan derfor med fordel investere i grundige efteruddannelsesforløb til deres medarbejdere. Ved at assistenterne laver mere grundige gennemgange af borgernes medicin, sikrer vi ikke blot et højere fagligt niveau. Det giver også større tryghed og kvalitet til borgerne, når assistenterne har styr på medicinen og kan navigere imellem tekster og medicin-kort og har en fagligt funderet viden, der virker i praksis.

Læs mere på www.sopu.dk

Anna Fasting er fag- og læringskonsulent på SOPU;
anf@fast@sopu.dk

Jobbe i Norge :-)



Vi trenger sykepleiere og spesialsykepleiere til oppdrag i Norge og vil ha deg om du er ny eller erfaren!

- Vi tilbyr deg god lønn
- Vi dekker reise og bolig
- Du får mye lavere skatt! (33%-36%)
- Høy UB og overtid

Ta kontakt med **Birgitte Simonsen** på mail: nurse@dedicare.no eller ring **+47 21 68 02 93**
Se også vår hjemmeside www.dedicare.no for mer informasjon.

Dedicare er et autorisert vikarbyrå med avtale med alle sykehus og mange kommuner. Vi er den største leverandør av spesialsykepleiere til norske sykehus.

DEDICARE
Vi bemanner med glede



Vildagliptin ovenpå metformin når blodsukkeret skal ned

Vildagliptin giver: Signifikant fald i HbA_{1c} på 1,1 % (12,1 mmol/mol) hos metforminbehandlede patienter. Hypoglykæmi på placeboniveau og ingen vægtøgning.¹

Produktinformation findes på side 68

Referencer:

1. Bosi E et al, *Diabetes Care* 2007;30:890-95.



Novartis Healthcare A/S
Lyngbyvej 172, DK-2100 København Ø., Tel. +45 3916 8400, Fax +45 3916 8402

DIA-11/2011-35



Tværgående specialteam hjælper diabetespatienten

AF PERNILLE BANCK-PETERSEN, PROJEKTSYGEPLEJERSKE, OG MARIE BAASTRUP, CAND.CUR.

DiabetesUdrykningen er et udgående diabetesteam på Hillerød Sygehus. Teamet består af fire sygeplejersker, som refererer til en specialeansvarlig overlæge, det kan tilkaldes på alle hverdage og assisterer ved tilrettelæggelse af patientforløb, behandling samt undervisning af personale på alle kliniske afdelinger.

En patient med diabetes indlagt på et hospital skal sikres optimal behandling af sin diabetes, uanset hvilket speciale patienten er indlagt i. Etableringen af et udgående diabetesteam kaldet DiabetesUdrykningen på Hillerød Hospital er udsprunget af en patientforløbstankegang med en målsætning om gennem ensartet behandling at sikre optimering af forløbene for indlagte, voksne patienter med diabetes.

Formålet med indførelse af DiabetesUdrykning er

- at sikre voksne patienter med diabetes optimal behandling på tværs af specialer
- at sikre videndeling, vejledning og problemløsning vedrørende diabetesbehandling af voksne på tværs af fag og specialer
- at bidrage med ny viden og erfaringer vedrørende etablering af tværgående specialteam på hospitaler.

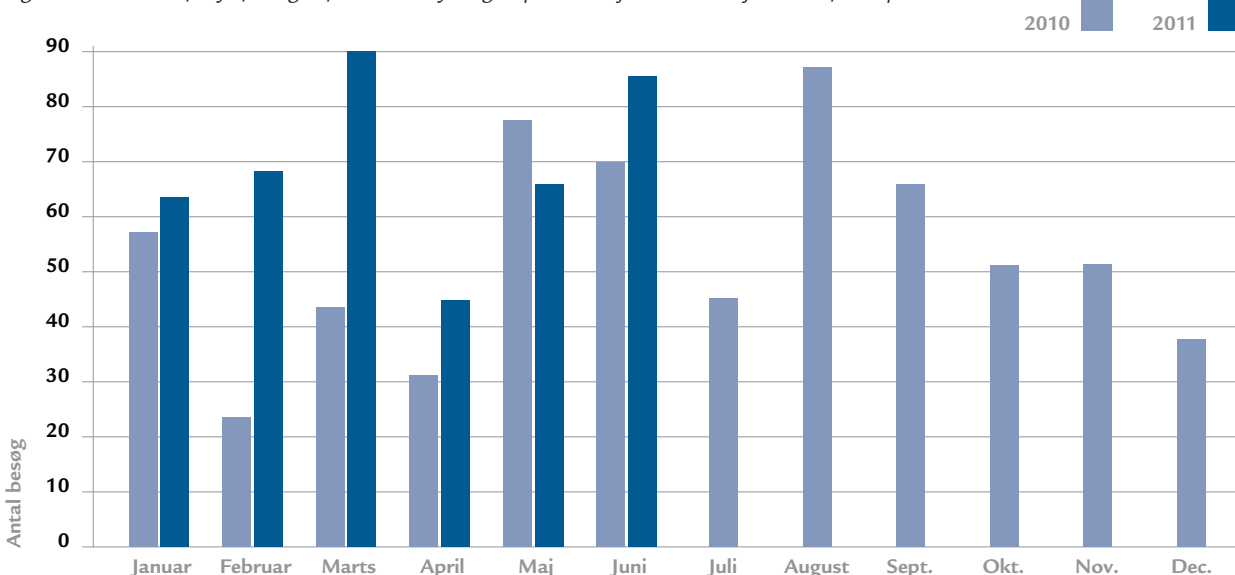
Plads til forbedringer

Omkring 270.000 danskere har diabetes (heraf 10 pct. type 1-diabetes), mens det anslås, at yderligere omkring 245.000 danskere har en uopdaget type 2-diabetes. Det afspejler sig i sygdomsbilledet på hospitalerne, idet mere end hver tiende patient indlagt på ikke-endokrinologiske afdelinger har diagnosticeret diabetes, mens det for kardiologiske afdelinger er op til hver femte patient. Hos disse patienter foreligger evidens for, at dårlig diabetesregulering forøger både dødelighed, sygelighed og indlæggelsestid (1). Optimal behandling af diabetes har derfor ofte direkte betydning for resultatet af behandlingen af den tilstand, der har medført indlæggelsen. Imidlertid er utilsigtede hændelser inden for diabetesbehandlingen hyppige, og international litteratur viser, at insulin er blandt de fem hyppigste årsager til væsentlige, medikamentelt inducerede, utilsigtede hændelser hos indlagte patienter (2,3).

Dette gør sig også gældende på Hillerød Hospital, idet en opgørelse har vist, at hændelser på Hillerød Hospital, hvor insulin indgik, udgjorde 6,2 pct. af alle hændelser i perioden 1. oktober 2009 – 30. september 2010, en andel, der kun overgås af andelen for antibiotika og antitrombosemidler. Insulinbehandling af

Figur 1. Antal tilsyn

Figuren viser antallet af tilsyn foretaget af DiabetesUdrykningen i perioden 1. januar 2010 – juni 2011 fordelt pr. måned.



Formålet med DiabetesUdrykningen på Hillerød Hospital er at sikre ensartet behandling på tværs af og specialer



diabetespatienter er således et område med væsentligt potentiale for forbedring inden for patientsikkerheden.

Personalet ønsker assistance

Viden og kompetencer inden for diabetesbehandling kan naturligvis være mindre på ikke-endokrinologiske afdelinger, hvis centrale kompetencer ligger inden for det sygdomsbillede, der har medført patientens indlæggelse (4). I forbindelse med et sygeplejeledet projekt vedrørende hypoglykæmi under indlæggelse på seks sengeafsnit på Hillerød Hospital i efteråret 2008 blev det afdækket, at personalet på ikke-endokrinologiske afsnit efterspørger assistance ved behandling af indlagte patienter med diabetes. Der efterspørges undervisning, forbedrede muligheder for kontakt med sygeplejerske med specialviden inden for diabetes samt assistance ved tilrettelæggelse af patientforløb for diabetikere. På denne baggrund blev DiabetesUdrykningen etableret ved Hillerød Hospital i september 2009.

I det følgende beskrives

- Organisering af DiabetesUdrykning
- Registrering af tilkald
- Forskellige typer tilsyn
- Monitorering via diabetesskema
- Evaluering
- Diabetesskemaet er et godt redskab.

Organisering af DiabetesUdrykningen

Teamet bag DiabetesUdrykningen består af fire sygeplejersker med specialuddannelse og minimum 15 års erfaring inden for behandlingen af patienter med diabetes. De er alle ansat i Kardiologisk-Endokrinologisk afdeling på Hillerød Hospital, og de refererer til den endokrinologiske specialeansvarlige overlæge. I hverdagen er teamet støttet af en speciallæge i endokrinologi, en sygeplejerske med speciale i sårbehandling samt en diætist. Teamet kan tilkaldes mandag til torsdag fra kl. 8-18 og fredag fra kl. 8-14.

DiabetesUdrykningen er målrettet personalet på de kliniske afdelinger, der behandler og plejer voksne med diabetes samt indlagte voksne med diabetes, som har behov for undervisning og vejledning. Tilbuddet omfatter således faglig sparring og rådgivning til personale og diabetespatienter, støtte til strukturering af patientforløb, generel undervisning af personale efter ønske og behov og specifik bedside-undervisning ved f.eks. insulinstart eller nyopdaget diabetes.

Desuden tilbydes nyansatte og studerende generel diabetesundervisning og indføring i hospitalets vejledninger og instrukser vedrørende diabetes. I særlige tilfælde tilbydes også kortvarig kontakt til patient eller hjemmepleje efter udskrivelse. Implemente-

ringen af teamet er foregået ved fremmøde og mundtlig introduktion ved teamets medlemmer på alle sengeafsnit, der behandler voksne patienter. Der er trykt postere og kort til alle afdelinger samt bragt artikler i hospitalets personaleblad. Endvidere blev der efter tre måneder reintroduceret til og præsenteret erfaringer med konceptet på Hillerød Hospitals sygeplejesymposium.

Registrering af tilkald

Ved etableringen af DiabetesUdrykningen i september 2009 blev de første fire måneder bl.a. anvendt på udvikling af en metode til dataregistrering. I det nuværende registreringsark*) noteres bl.a. årsag til indlæggelse, diabetesstatus, tidsforbrug, planlagt opfølgning, årsag til tilsyn, plan, diabetesskema, indsats og samarbejde med vagthavende endokrinolog efter hvert tilsyn. Data

” Omkring 270.000 danskere har diabetes (heraf 10 pct. type 1-diabetes), mens det anslås, at yderligere omkring 245.000 danskere har en uopdaget type 2-diabetes.

registreres løbende i en database (PASWstatistics18) af en dataansvarlig i teamet. Dokumentation af tilsynet og forslag til plan for patienten foretages i den elektroniske patientjournal samt på et hospitalsgenerisk diabetesskema.

Forskellige typer tilsyn

DiabetesUdrykningen har i perioden 1. januar 2010 – 30. juni 2011 haft i alt 1.090 tilsyn. Antallet af tilsyn pr. måned varierer kraftigt og har i perioden varieret fra 23 i startfasen til 90 i slutningen af perioden, se figur 1 side 74. I modsætning til andre tværgående specialteam på hospitaler som f.eks. Mobilt Akut Team har DiabetesUdrykningen ikke fastlagte kaldekriterier.

DiabetesUdrykningen kan tilkaldes til alle voksne patienter med diabetes, når plejepersonale eller læger er i tvivl om eller bekymrede for patientens diabetesbehandling eller interesserede i de dele af patientens forløb, der har med diabetes at gøre. Gennemsnitsalderen for patienterne, der får tilsyn, er 66 år, og 57 pct. er mænd. Sygdomsbilledet hos patienterne er, at 46 pct. er diagnosticeret med type 2-diabetes, 17 pct. er diagnosticeret med type 1-diabetes, 10 pct. er nydiagnosticeret med diabetes, 11 pct. har insulinbehandlet ukendt diabetesætiologi, mens 7 pct. har diabetes pga. pancreascancer, og 9 pct. har diabetes udløst af prednisolonbehandling.

Oversigten i boks 1 side 76 viser de hyppigste årsager til tilkald i perioden 1. januar 2010 – 30. juni 2011. Tilsynene omhandler ▶

► primært vejledning af både klinikere og patienter i forhold til især dysregulation af blodsukker, hyper- og hypoglykæmi, behandling med glukose-insulin-drop eller glukose-insulin-kalium-drop samt etablering af behandling med hurtigtvirkende insulin efter skema. Sygeplejerskerne foreslår selvstændigt mindre insulin-justeringer, og med lægelig assistance foreslås ændringer i diabetesbehandlingen, f.eks. skift fra tablet til insulinbehandling.

Tilkaldeprofilen viser således, at der er god overensstemmelse mellem det formodede og det faktuelle behov. Der er ikke begrænsning på antallet af tilkald pr. patient, hvorfor en væsentlig andel af tilsynene er opfølgningsbesøg. 30 pct. af tilsynene er engangstilsyn, mens resten dækker over to eller flere tilsyn til den samme patient. Teamet følger således ofte patienter gennem et længere forløb, hvilket også afspejles af, hvilke specialer der har flest tilsyn. Fire specia-

» DiabetesUdrykningen kan tilkaldes til alle voksne patienter med diabetes, når plejepersonale eller læger er i tvivl om eller bekymrede for patientens diabetesbehandling eller interesserede i de dele af patientens forløb, der har med diabetes at gøre.

ler tegner sig samlet for 80 pct. af tilsynene, se figur 2 her på siden. To af disse specialer er neurologi og onkologi, som netop har de længerevarende medicinske forløb. Det er disse patienter, der også ofte tilbydes kontakt efter udskrivelse enten hjemme eller ved ambulante behandling og kontrol i stamafdelingen.

Monitorering via diabetesskema

Nedbringelse af medicineringsfejl inden for insulinbehandling er en opgave, der også varetages ved tilsynene via øget opmærksomhed på dokumentation af patientens insulinbehandling på det tidligere nævnte generiske diabetesskema. I DiabetesUdrykningens halvandet år i drift har optimering af dokumentationen af diabetesbehandlingen vist sig at være en overordnet og væ-

Boks 1. Hyppigste årsager til tilkald

Oversigt over de seks hyppigste årsager til tilkald af DiabetesUdrykningen

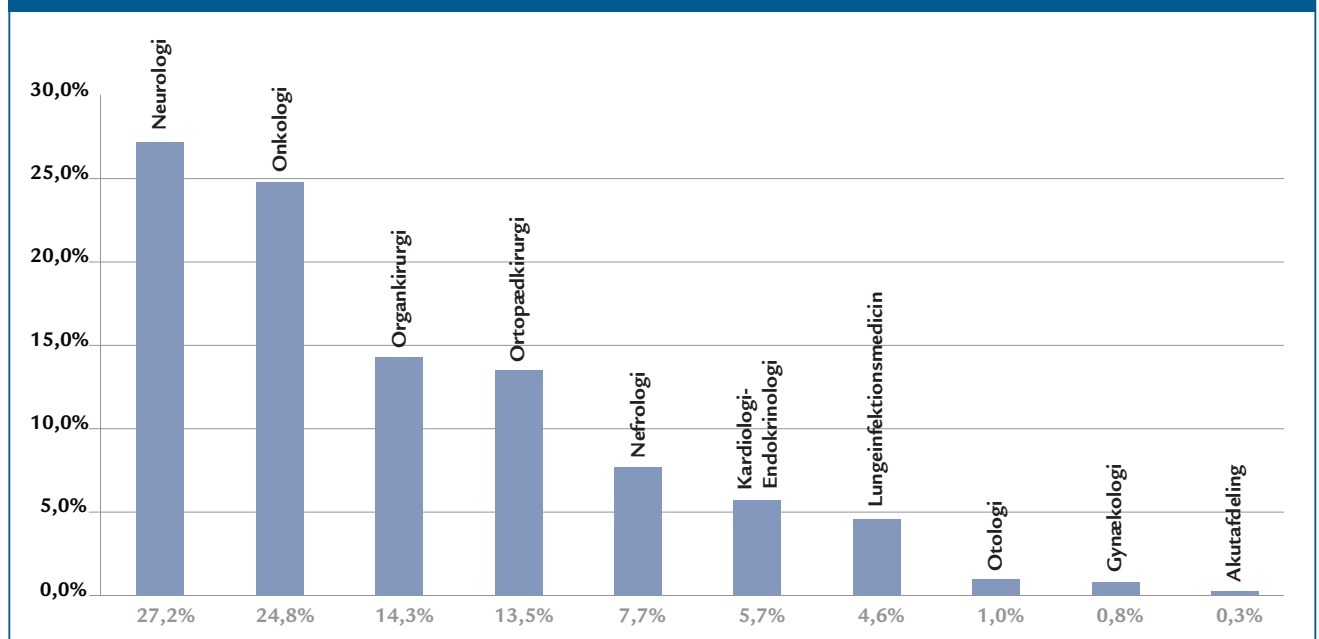
- Samtale med patient/personale/pårørende
- Dysregulation generelt
- Opfølgning
- Hyperglykæmi specifikt
- Prednisolonpåvirkning af blodsukker
- Insulin efter skema – opstart/afslutning/problemer

sentlig opgave for teamets medlemmer. Diabetesskemaet er et redskab til dokumentation af effekten af den valgte behandling via blodsuktermålinger, idet både insulin og blodsukre dokumenteres på skemaet. Ud fra denne monitorering bliver det muligt at justere, ændre og optimere diabetesbehandlingen.

For at øge det kliniske personales kompetencer inden for behandlingen af diabetes arrangerer teamet gruppeundervisning af personale efter afdelingernes behov. Undervisningen omhandler bl.a. anvendelse af diabetesskemaet, blodsuktermåling, hvordan, hvornår og hvem, hvad er diabetes, retningslinjer for diabetesbehandling, insulin typer, hypoglykæmi, behandling med glukose-insulin-kalium-drop og glukose-insulin-drop samt den småtspisende diabetiker.

Tilsyn fra DiabetesUdrykningen og den undervisning, teamet kan tilbyde, er således ikke at sidestille med lægelige tilsyn. Imidlertid har indførelsen af DiabetesUdrykningen dækket en del af behovet for regelrette endokrinologiske lægelige tilsyn. En foreløbig antagelse er, at selvom antallet af direkte kontakter mellem endokrinologiske speciallæger og ikke-endokrinologiske afdelinger er reduceret, kan antallet af forløb, hvor lægen er involveret, være konstant, da sygeplejersken fra DiabetesUdrykningen i forbindelse med 52 pct. af alle tilsyn konfererer data fra tilsyn med den endokrinologiske speciallæge og viderebringer forslag til behandling.

Figur 2. Det samlede antal tilsyn fra DiabetesUdrykningen fordelt på specialer i perioden 1. januar 2010 – 30. juni 2011.



Evaluering

Efter halvandet års drift er DiabetesUdrykningen devalueeret ud fra to målbare parametre: Antallet af tilsyn samt tilstedeværelsen af diabetesskemaer hos voksne indlagte patienter med diabetes. Derimod er evaluering ud fra indberetningen af utilsigtede hændelser i forhold til insulinbehandling ikke foretaget, da der endnu ikke foreligger data på området fra perioden efter den 30. september 2010. Overordnet set er der en stigning i antallet af tilsyn. Sammenligner man antallet af tilsyn i første halvdel af 2010 med antallet i samme periode i 2011, ses en stigning i antal af tilsyn på 28 pct.

På dokumentationsområdet har DiabetesUdrykningen bidraget til en kvalitetsforbedring. Data fra 2010 viser, at ved første tilsyn har 20 pct. af patienterne ikke et diabetesskema, hvilket står i vejen for optimal diabetesregulering og øger risikoen for utilsigtede hændelser i insulinbehandlingen. Ved andet tilsyn er antallet reduceret til 6 pct., mens det ved tredje og fjerde tilsyn er reduceret til 2 pct., og ved femte tilsyn har alle tilsete patienter et diabetesskema. I første halvår af 2011 mangler 19 pct. af patienterne stadig et diabetesskema ved første tilsyn, men allerede ved tredje tilsyn har alle de tilsete patienter et diabetesskema.

Inden for kvalitetsudvikling og -sikring i den danske sundhedssektor går udviklingen mod at optimere patienternes forløb

” For at øge det kliniske personales kompetencer inden for behandlingen af diabetes arrangerer teamet gruppeundervisning af personale efter afdelingernes behov.

på tværs af specialer og organisatoriske forhold. Samtidig medfører akkrediteringstiltag som den Danske KvalitetsModel (DDKM) øget fokus på og krav om ensartethed i behandlingen. Dette understøttes i høj grad af tværgående initiativer som DiabetesUdrykningen.

Ud over det umiddelbart målbare er det væsentligt at nævne værdien af samarbejdet på tværs. Teamets sygeplejersker bestræber sig på at være ydmyge besøgende i afdelingerne og er på alle afdelinger blevet mødt åbent og imødekommende af det kliniske personale. Især udvekslingen af viden og erfaring på tværs af specialer har bidraget til at give øget mening med DiabetesUdrykningen som funktion samt øget arbejdsglæde for teamets medlemmer.

Diabetesskemaet er et godt redskab

Med etableringen af DiabetesUdrykningen er det blevet om muligt tydeligere, at et hospitalsgenerisk diabetesskema er et uvurderligt redskab til at sikre velreguleret diabetes og klar dokumentation af behandling og virkning under hele indlæggelsen uanset speciale. Et fremadrettet fokus bliver således at arbejde med kliniske retningslinjer og patientforløbsbeskrivelser, der kan bidrage til at sikre, at der hos enhver indlagt patient med diabetes er tydelig dokumentation i journalen, og at der er lagt en konkret plan for diabetesbehandling og monitorering af blod-sukkerværdier. Når sådanne kliniske retningslinjer og patientforløbsbeskrivelser er udarbejdet, bliver næste fokus implementeringen af disse, herunder at brugen af et diabetesskema bliver en fast del af introduktionen til alle nyansatte klinikere.

Endelig er et væsentligt udviklingsperspektiv i højere grad at inspirere både sygeplejersker og læger på andre hospitaler inden

for såvel endokrinologien som andre specialer til at arbejde med idéen om tværgående specialteam på afdelinger, der har patienter indlagt, som ved siden af indlæggelsesdiagnosen lever med kronisk sygdom.

Pernille Banck-Petersen er sygeplejerske i DiabetesUdrykningen og projektsygeplejerske i Endokrinologisk Forskningsenhed; peba@hih.regionh.dk

Marie Baastrup er udviklings- og kvalitetskoordinator i Kardiologisk-Endokrinologisk Afdeling, Hillerød Hospital.

**) Registreringsarket kan rekvireres hos forfatterne.*

Litteratur

1. Baker EH, et al. Hyperglycaemia is associated with poor outcomes in patients admitted to hospital with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2006;61(4):284-9.
2. Cohen MR, Proulx SM, Crawford SY. Survey of hospital systems and common serious medication errors. *J Health Risk Manag* 1998;18:16-27.
3. Winterstein AG, Hatton RC, Gonzalez-Rothi R, Johns TE, Segal R. Identifying clinically significant preventable adverse drug event through a hospital's database of adverse drug reaction reports. *Am J Syst Pharm* 2002;59:1742-9.
4. Rubin DJ, Moshang J, Jabbour SA. Diabetes knowledge: Are resident physicians and nurses prepared to manage diabetes? *Endocr Pract* 2007;13:17-21.

English abstract

Banck-Petersen P, Baastrup M. Interdisciplinary specialist teams help diabetes patients. *Sygeplejersken* 2011;(21):74-7.

Diabetes treatment is often sub-optimal during hospital admissions. Therefore, a proactive diabetes team (Diabetes Response Team) was set up at Hillerød Hospital in 2009. The purpose was to ensure uniform treatment for hospitalised diabetes patients regardless of department or specialty. Four experienced nurses are on call on weekdays for adult diabetes patients at every clinical department. Their supervision primarily encompasses guidance to care providers and patients with regard to insulin treatment. Team nurses independently propose minor insulin adjustments, while major changes are carried out under the supervision of endocrinologists. The number of cases supervised by the Diabetes Response Team is steadily rising. In the first six months of 2011 they supervised approximately 70 cases per month, of which approximately 80% were requested by neurology, oncology and surgery. The Diabetes Response Team plans to draft and implement clinical guidelines and participate in the work of describing patient trajectories in order to provide clear documentation and concrete diabetes treatment plans.

Interdisciplinary specialist teams may be an option in other specialties with patients who have chronic diseases in addition to their specific diagnosis at admission.

Keywords: Diabetes team, interdisciplinary response team, supervision, diabetes.

Stomiskole giver nyt liv

AF ANNE GRETE OLSEN, SYGEPLEJERSKE, SD

Et udviklingsprojekt har vist, at stomiopererede patienter opnår en højere livskvalitet ved at deltage i Stomiskolen med tværfaglige undervisere efterfulgt af et gruppearbejde med metoden guidet egenbeslutning.

Stomiskolen startede i 2009 som et udviklingsprojekt og er siden gennemført tre gange om året. Stomiskolen tilbyder rehabilitering af ambulante patienter opereret i kirurgisk afdeling på Køge og Roskilde Sygehuse. En deltager fortæller, at det er svært at vågne op efter operationen med en stomi og have tanker som ”det går aldrig godt” og ”hvordan klarer jeg dette?” Og han fortsætter: ”Efter flere måneder med angst for at komme ud i samfundet meldte jeg mig til Stomiskolen, og det var lige dét, der fik mig videre. Et fantastisk godt forløb, hvor vi stomister stille og roligt drøftede de mange ting igennem, som hver deltager gik og

” Et fantastisk godt forløb, hvor vi stomister stille og roligt drøftede de mange ting igennem, som hver deltager gik og tumlede med og troede, man var alene om.

tumlede med og troede, man var alene om. Så formålet med skolen har fået os ud af tankekaosset og ind på sporet igen – hvor herligt! Jeg håber, at dette tiltag vil og må blive et tilvalg for fremtidige stomipatienter, som helt givet vil komme til at tumle med de samme tanker og problemer om livet med en pose.”

Behov for hjælp til at leve med en stomi

I Danmark er der ca. 11.000 mennesker med stomi, heraf ca. 7.000 med kolostomi, ca. 2.500 med ileostomi, og ca. 500 har urostomi (1). Stomier kan være anlagt som en midlertidig eller

en permanent løsning på baggrund af en benign eller malign sygdom. Erfaringer fra Fagligt Selskab for sygeplejersker i stomiplejen fortæller os, at der kun ganske få steder i Danmark udbydes stomiskoler.

Nyere kvalitative studier af stomipatienters livskvalitet, kropsopfattelse, seksualitet samt psykosociale og praktiske tilpasninger fastslår, at konsekvenserne efter kirurgisk anlæggelse af en stomi kan være omfattende for den enkelte og for dennes nærmeste (2).

En dansk tværsnitsundersøgelse viser, at knap halvdelen af de stomiopererede lever med hudproblemer, og at en stor del af patienterne ikke erkender disse og derfor ikke søger sundhedsprofessionel hjælp (3). Disse resultater samt erfaring fra kirurgisk afdeling er baggrunden for, at vi tilbyder rehabilitering i form af en stomiskole. Vores erfaringer er, at det er svært at få hverdagslivet til at fungere med stomi, at patienten ofte udtrykker ensomhedsfølelse, og at patienten kan have mange praktiske problemer med at takle stomitilværelsen.

I vores kirurgiske afdeling opereres ca. 250 patienter pr. år; hvor nogle får en stomi i kortere eller længere tid, og andre får stomi som en permanent løsning. I dag får patienterne kontrol i et stomiambulatorium efter udskrivelsen, og Stomiskolen er ikke ment som en erstatning for dette individuelle tilbud.

Stomiskolen består af et kursusforløb på 16 timers undervisning over syv uger. Hvert kursusforløb indeholder seks moduler, hvor de første fem moduler er med undervisning to gange om ugen, og derefter er der tre ugers pause før det sjette modul. Stomiskolen er inspireret af Kræftskolen Danmark (4), som anbefaler, at patientundervisning indeholder en kombination af tildelelse af viden og rådgivning fra tværfaglige professionelle, af handling og af støtte samt af samvær med ligestillede.

Stomiskolens undervisere er stomisygeplejersker, kirurg, diætist, fysioterapeut, psykolog, socialrådgiver samt patientrådgivere fra COPA og Colitis-Crohn Foreningen.

Tabel 1. Baggrundsoplysninger om patienterne

Spørgeskema med patientens baggrundsoplysninger målt før kursusstart:

Antal = 50	Gennemsnit	Spændvidde	Pct.
Mænd/kvinder			48/52
Alder (år)	59,3	26-79	
Måneder siden stomioperation	5,5	2-12	
Stomitype: Kolostomi/ileostomi			52/48
Stomi: Permanent/midlertidig/ikke besluttet			52/20/28
Diagnose: Kræft/inflammatorisk tarmsygdom/ikke kræft			28/38/34

Hvert af de seks moduler består af en undervisningslektion, herefter en kaffepause, der har en social funktion, og derefter et gruppearbejde. I hvert forløb kan seks til syv patienter deltage.

Undervisningsemnerne er sammensat i et tværfagligt samarbejde og fokuserer på emner som hudpleje, kost, fysisk aktivitet samt psykosociale udfordringer i hverdagslivet med en stomi. Stomiskolens indhold er løbende evalueret og tilpasset deltageres behov.

Stomiskolens gruppearbejde, som tager afsæt i metoden guidet egenbeslutning (GEB), er en metode, der faciliterer meningsfuld og effektiv problemløsning mellem patient og professionel. Gennem et randomiseret kontrolleret studie har GEB vist sig effektiv i gruppeintervention til patienter med type 1-diabetes (5). Metoden er nu omsat til stomiopererede patienter via et samarbejde med sygeplejeforsker Vibeke Zoffmann, som har udarbejdet guidet egenbeslutning i sin ph.d.-afhandling (6).

Kriterier for deltagelse

Stomiskolens deltagere er udvalgt efter flere kriterier. Det er voksne restituerede, selvhjulpne patienter, som er opereret inden for et år, der skal have stomi i en længere periode eller som en varig funktion. Patienterne skal tale og forstå dansk og hverken være i onkologisk kemokur eller være fysisk svækkede eller med mental sygdom. Det vil sige, det har været patienter, der har klaret sig selv og været på vej ud i hverdagslivet igen, nu med en stomi.

Ved tilmeldingen blev et spørgeskema udleveret, hvor patienterne angiver deres problemer i forhold til hverdagslivet med stomi, og giver den enkelte mulighed for at udtrykke ønsker til undervisningen i Stomiskolen. Vi har her valgt at vise resultaterne fra de første 50 deltagere i Stomiskolen. I spørgeskemaet er baggrundsplysninger målt, som viser en ligelig fordeling af mænd og kvinder med gennemsnitsalder på 59,3 år og aldersspredning fra 26-79 år. De fleste af dem, der har valgt undervisningstilbuddet, er

opereret med benign baggrund, se tabel 1 side 78. De oplevede problemområder er målt i forhold til at passe stomi, kost, motion, at vende tilbage til familieliv, det sociale liv, arbejdslivet, at leve med en ændret krop og at genetablere seksuallivet.

Spørgeskemaet viser, at deltagerne har mange forskellige problemer i hverdagslivet med stomi, færrest i forhold til familielivet

” Patienterne forbereder sig hjemme via udvalgte refleksionsark, og vi drøfter disse i grupper med tre til fire deltagere samt en stomisygeplejerske.

og det sociale liv, se figur 1 her på siden. Målingerne af patientproblemer samstemmer med international forskning, som beskriver flere forskellige problemområder i hverdagslivet efter en stomioperation (2). Vi er også via spørgeskemaet blevet opmærksomme på, at patienter efter stomioperationen har behov for vejledning i forhold til at få gang i motion samt træning af mavemuskler.

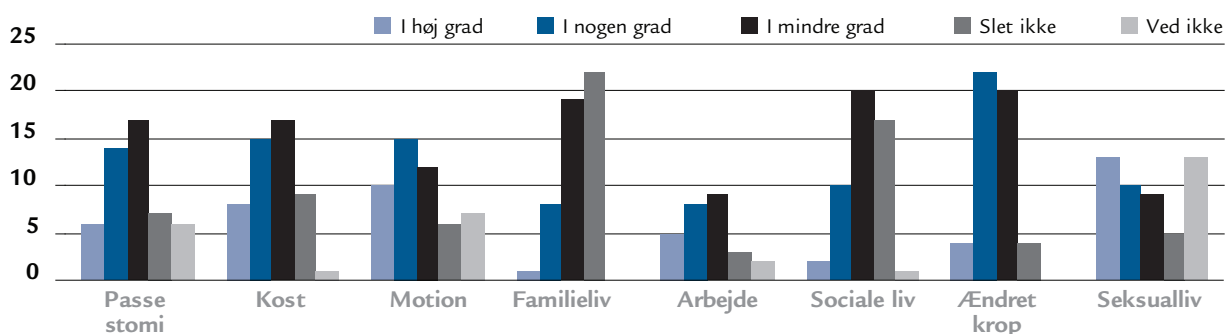
Stomiskolens gruppearbejde

Vi har valgt at inkludere gruppearbejde efter GEB-metoden i Stomiskolen, som sigter mod at øge livsdygtighed, ved at guide patienten til systematisk at udforske egne personlige vanskeligheder med sygdommen. Til gruppearbejdet anvendes refleksionsark til at udtrykke patientens vanskeligheder eller ønsker, og disse guider både patienten og underviseren, idet forskellige opfattelser anses for at kunne medvirke til forandring. Patienten guides til egen problemløsning ved at beslutte sine mål og handlinger samt at evaluere disse efter afprøvning.

Patienterne forbereder sig hjemme via udvalgte refleksionsark, og vi drøfter disse i grupper på tre til fire deltagere samt en stomisygeplejerske. Herved får deltagerne mulighed for at ud-

Figur 1. Stomiopereredes hverdagsproblemer

Spørgeskema med de første 50 deltageres hverdagsproblemer, målt før kursusstart:



► veksle erfaringer og lære af hinandens løsninger, og deltagerne inddrager input fra den tværfaglige undervisning.

Vi har arbejdet både med grupper med samme og med grupper af blandet køn. S sammensætningen er især foregået ud fra deltagerens alder eller ud fra stomitypen, som har været kolo-stomi og ileostomi, men andre modeller er også afprøvet. Det lille antal i gruppen har haft afgørende betydning for gruppearbejdets effektivitet og deltagerens åbenhed. Vores erfaringer er, at GEB-metoden fordrer en god kommunikation, hvor stomisygeplejersken anvender aktiv lytning og guider patienten til nye løsninger af egne aktuelle problemvalg eller ønsker om at forbedre et område i hverdagslivet. Refleksionsarkene er tilrettet efter stomiopereredes behov samt efter, at kursusforløbet kun omfatter syv ugers undervisning.

Guidet egenbeslutning hjælper deltagerne

Refleksionsarkene har givet deltagerne mulighed for at bearbejde egne aktuelle hverdagsproblemer eller ønsker efter deres stomioperation. I pausen mellem det femte og sjette modul har deltagerne afprøvet egne løsningsforslag, som de herefter har evalueret i det sidste modul. De emner, deltagerne har valgt, har været problemer med at passe stomien i forhold til at få færre lækager, at forebygge hudproblemer og at få større mod i dagligdagen med stomien. Sidstnævnte kunne være at skulle skifte stomibandagen uden for hjemmet, at overvinde sig selv til at overnatte hos familie og at rejse på ferie. Andre har valgt at ar-

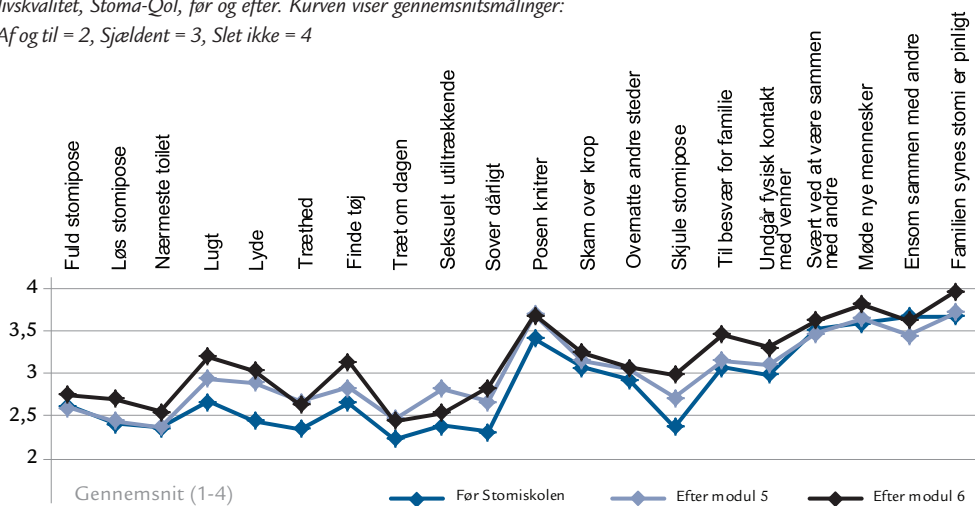
” Stoma-QoL-resultaterne er vist som gennemsnit, og resultaterne stiger fra før Stomiskolen til efter modul 5 og modul 6 op imod at være et ”ikke problem”.

bejde med at få en bedre tarmregulering ved hjælp af kosten, få igangsat fysisk træning samt at få et bedre fysisk velbefindende. Nogle har valgt at arbejde med egen accept af stomien, af kroppens ændring og at arbejde for at få igangsat sit vanlige samliv.

Via skriftlige og mundtlige evalueringer har deltagerne udtrykt, at der var et godt samarbejde i grupperne, og at det har betydning at høre om, hvordan andre takler deres problemer. De har oplevet ærlighed og åbenhed i gruppen og oplevet, at de ikke var alene om problemerne. Refleksionsarkene har givet nye tanker om problemerne; nogle udtrykker, at de er blevet mere positive ved at få vendt deres tanker, og at de nu tænker mere over tingene. Deltagerne har kunnet tage nye beslutninger til at løse egne hverdagsproblemer, og de har haft gavn af at lytte til andres løsninger. Kun få deltagere, under 5 pct., har ikke fået udbytte af at arbejde med refleksionsarkene, men har derimod haft udbytte af samtalerne i gruppen. Nogle af deltagerne har dannet netværk efter Stomiskolen. Deltagere, der har haft stomi i næsten et år, har også haft udbytte af Stomiskolen og har kunnet bidrage med egne erfaringer til nyopererede. Ganske få er udeblevet fra moduler og da ofte pga. sygdom.

Figur 2. Livskvalitet før og efter Stomiskolen

Måling af livskvalitet, Stoma-QoL, før og efter. Kurven viser gennemsnitsmålinger: Altid = 1, Af og til = 2, Sjældent = 3, Slet ikke = 4



Tabel 2. Oplevelse af livskvalitet

Stoma-QoL målt som final score, hvor 100 viser størst livskvalitet:

	Median	Spændvidde	Gennemsnit
Før Stomiskole	57,18	33,58-74,58	56,66
Efter modul 5	59,62	48,78-72,89	59,29
Efter modul 6	61,03	47,28-100	62,01

Final score stiger således signifikant gennem målingerne ($p < 0,0001$, Friedman Test).

Øget livskvalitet

Deltagerne har evalueret Stomiskolen skriftligt og mundtligt. Deltagernes livskvalitet er målt før, under og efter Stomiskolen ved hjælp af Stoma-QoL (7), som er et internationalt valideret måleredskab inddelt i 20 spørgsmål, der måler psykosociale områder i forhold til at leve med en stomi på en skala fra "altid et problem" til "ikke et problem". Stoma-QoL-resultaterne er vist som gennemsnit, og resultaterne stiger fra før Stomiskolen til efter modul 5 og modul 6 op imod at være et "ikke problem". De første af de 20 spørgsmål er de mest almindelige problemområder og har også de største gennemsnitlige stigninger, se figur 2 side 80.

Stoma-QoL er også vist ved resultaterne af final score. Disse fremkommer ved at addere de forskellige spørgsmåls pointmålinger, som omsættes i en skala fra 0-100 point, hvor 100 måler den største livskvalitet. Statistisk stiger final score signifikant gennem målingerne, $p < 0,0001$ vist i tabel 2 side 80 ved Friedman Test, som er en beregning af sandsynlighed i SPSS-datasystem. Gennemsnit af final score stiger fra 56,66 før undervisningen til 62,01 efter Stomiskolen.

Måske stomiskole i kommunalt regi

Stomiskolens evalueringer har været vejledende i forhold til udviklingen af undervisningen. Deltagerne har opnået ny viden via den tværfaglige modulundervisning, og de har haft mulighed for at drøfte forskellige emner med ligestillede. Et kritikpunkt kan dog være, at det ikke har været muligt at tilbyde Stomiskolen til alle stomiopererede inden for inklusionskriterierne. De hurtige patientforløb og specialiserede hospitalsafdelinger centraliseret på få behandlingssteder i Danmark vil sikkert fordrer, at patientundervisning udbygges. En overvejelse kunne være, om Stomiskolen i fremtiden skal tilbydes i kommunalt regi i sundhedscentre for at kunne gives som en del af et mere ensartet tilbud. En patientundervisning som denne vil passe sammen med det generelle ønske om at udbygge rehabilitering af den kroniske patient, som i dette tilfælde er den stomiopererede.

Tak til Augustinus Fonden og Tryk Fonden, som har støttet Stomiskolen.

English abstract

Olsen AG. Stoma School gives new hope. *Sygeplejersken* 2011;(21):78-81.

A pilot project at the Department of surgery provides stoma surgery patients with a new form of rehabilitation, called a Stoma School. Interdisciplinary instructors have instructed recovered and discharged patients in modules; and a follow-up group training based on Guided Self-Determination methods has been tested. The group training utilises written reflection sheets and conversation. Fellowship with peer patients helps support the individual to tackle the daily problems of living with a stoma. The Stoma School is open to ambulatory patients within a year of stoma surgery.

Results from a quality of life survey, Stoma-QoL, have shown significant improvements for the participants and provided the instructors with more experience and knowledge about these patients' problems and informational needs.

Key words: Interdisciplinary group-based patient instruction, Stoma School, Guided Self-Determination, rehabilitation.

Anne Grete Olsen er ansat som stomisygeplejerske i kirurgisk afdeling på Køge Sygehus; anol@regionsjaelland.dk

Litteratur

1. Netdoktor.dk: <http://www.netdoktor.dk/stomi/operationsform.htm> (05.11.11).
2. Brown H, Randle J. Living with a stoma: a review of the literature. *J Clin Nursing* 2005;14:74-81.
3. Herlufsen P et al. OstomySkinStudy: a study of peristomal skin disorders in patients with permanent stomas. *British Journal and Nursing* 2006;15:854-62.
4. Mose A. Patientundervisning. En handleplan 5 faser og 9 gode råd. *Kræftens Bekæmpelse* 2001. Danmark
5. Zoffmann V, Lauritzen T. Guidet egen-beslutning øger livsdygtighed med type 1 diabetes og A1C i randomiseret, kontrolleret undersøgelse. *Klinisk sygepleje* 2009;23(4):34-46.
6. Zoffmann V. Guided Self-Determination. A life skills approach developed in difficult Type 1 diabetes. PhD thesis. Aarhus: Department of Nursing Science, University of Aarhus; 2004.
7. Prieto L, Thorsen H, Juul K. Development and validation of a quality of life questionnaire for patients with colostomy or ileostomy. *Health and Quality of Life Outcomes* 2005;3:62.

Jobzone helse

Dansk sygepleier -du er POPULÆR I NORGE!

Jobzone Helse har sterk helsefaglig kompetanse og gir tett oppfølging til våre danske sygepleiere.

Vi har jobb når det skulle passe **deg!**

- Faste stillinger i Oslo og Bergen.
- Vikariat i korte og lange oppdrag



Ta kontakt med:

Birigte Strømnes
Telefon: +47 97 66 96 97
E-post: helse@jobzone.no

Vi hjelper deg!

Med autorisasjon, subsidierer bolig og betaler reise til Norge.

Vi møter **deg** i Ålborg 5. januar!
Tidspunkt: kl. 10 -18

Helnan Phønix Hotel
Vesterbro 77

Se også: www.jobzone.no/helse



www.jobzone.no

Ambulant tilbud giver færre indlæggelser

AF JANNIE CHRISTINA FRØLUND, CAND.CUR.

I Medicinsk Afdeling, Vejle Sygehus, er der i august 2010 etableret et Akut Medicinsk Ambulatorium (AMA), der har til formål at hindre uhensigtsmæssige indlæggelser. Resultaterne af evalueringen viser, at det ambulante tilbud er relevant og kan være med til at mindske antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser.

Udviklingen inden for sygehusvæsenet går i retning af, at patienterne skal hospitaliseres så lidt som muligt, og derfor bør et akut ambulant tilbud altid overvejes som alternativ til indlæggelse.

De medicinske patienter udgør en stor del af sundhedsvæsenet. Der var næsten en halv million indlæggelser på de medicinske afdelinger i 2009, hvilket svarer til mere end 42 pct. af alle indlæggelser på de offentlige sygehuse. 80 pct. af dem er akutte indlæggelser (1,2).

I perioden 2001-2009 har der været en tilvækst blandt borgere over 65 år på 10,5 pct., og det medfører flere og flere kronisk syge og sårbare patienter (1). På de danske sygehuse er sengekapa- citeten samtidig reduceret (3), hvilket også er tilfældet i Medi- cinsk Afdeling, Vejle Sygehus. Her er antal senge reduceret fra 53 til 43 i perioden 2009-2010 med heraf følgende reducere- ring i personalet fra 222 fuldtidsansatte i 2009 til 214 i 2010-2011. Opgø- relser fra udlandet viser samtidig, at mellem 5,5-31 pct. af alle indlæggelser er uhensigtsmæssige (2). Med uhensigtsmæssige

” Med uhensigtsmæssige indlæggelser menes de indlæggelser, som ikke løser patientens aktuelle problem, er unødvendigt belastende for patienten og samtidig ressourcekrævende (3).

indlæggelser menes de indlæggelser, som ikke løser patientens aktuelle problem, er unødvendigt belastende for patienten og samtidig ressourcekrævende (3).

På den baggrund har vi fundet det relevant at undersøge, om det er muligt at finde nye måder at organisere behandlingen af de medicinske patienter på. Derfor har vi etableret et AMA, som skal medvirke til, at patienter kun indlægges akut på sygehus, når det er vurderet, at undersøgelse, pleje og behandling ikke kan foregå ambulant. Det betyder, at vi vil nedbringe antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser, optimere kvaliteten og effektiviteten samt forbedre det enkelte patientforløb. Vi har anslået, at tre indlæggelser pr. døgn kan konverteres til patientforløb i ambulant regi. Det betyder ca. 750 færre indlæggelser årligt. Samti- dig er forventningen, at patienterne foretrækker at få en akut ambulant tid frem for at blive indlagt.

Organiseringen af Akut Medicinsk Ambulatorium

Ambulatoriet modtager patienter med behov for indlæggelse til et hurtigt ambulant udrednings- og behandlingsforløb inden for 24-48 timer. Ved prioritering af de patientgrupper, der kan få glæde af det ambulante forløb, er der foretaget en faglig gen- nemgang af fordele, ulemper og konsekvenser for de enkelte pa- tienter. Patienterne visiteres med forskellige akutte medicinske tilstande, herunder udredning for mistanke om malignitet, dyb venetrombose m.m.

Forud for forslag om det ambulante forløb til patienten har den indlæggende læge og visitationssygeplejersken vurderet, om patientens fysiske, psykiske og sociale tilstand tillader det. Sam-

” Vi har set, at visitationssygeplejerskerne gør en forskel, og at patienterne får et mere kvalificeret forløb, hvor de visiteres til den mest hensigtsmæssige enhed under hensyn- tagen til deres fysiske, psykiske og sociale tilstand.

tidig er tilbuddet om en akut ambulant tid altid forbundet med en mulighed for ændring til akut indlæggelse. Det er erfarne sy- geplejersker med et højt kompetenceniveau, specialeerfaring, kursus i akutsygepleje (se boks 1 her på siden), som i samråd med indlæggende læge varetager visitationen af den akut syge medicinske patient. Vi har udarbejdet patientforløbsbeskrivel- ser, instrukser og flowcharts. Patienterne er ofte svære at kate- gorisere, hvorfor vi har haft vanskeligt ved at beskrive præcist, hvilke patienter der kan visiteres. Derfor er det erfarne sygeple- jersker, som har funktionen.

Vi arbejder tæt sammen med de kliniske serviceafdelinger, herunder Laboratoriet og Røntgenafdelingen. Det betyder, at

Boks 1. Kvalifikationskrav for visitationssygeplejersken:

- Fire års klinisk sygeplejeerfaring med modtagelse af akutte patienter
- Diplom i akut sygepleje
- Skal have gode kommunikationsredskaber
- Skal mestre stressede situationer og bevare overblikket
- Skal være god til at samarbejde på tværs af faggrupper
- Skal arbejde selvstændigt.
- Det vil være en individuel vurdering, hvilke sygeplejersker der kan varetage funktionen som visitationssygeplejerske. Vurde- ringen foretages af afdelingssygeplejersken i samråd med den enkelte sygeplejerske.

patienterne på baggrund af diverse undersøgelser hurtigt får stillet en diagnose og kommer i relevant behandling, uden at de skal indlægges. For oversigt over patientens vej gennem AMA se figur 1 her på siden.

Evaluering af Akut Medicinsk Ambulatorium

Vi har foretaget tre forskellige former for evaluering af AMA, dels evalueringsmøder, dels en kvantitativ effektundersøgelse og endelig en spørgeskemaundersøgelse om patientoplevelserne.

Evalueringsmøder

Vi har valgt at holde evalueringsmøder, fordi det her er muligt løbende at få et indblik i sygeplejerskernes, lægernes og ledelsens oplevelser og erfaringer fra klinisk praksis og samtidig diskutere og beslutte hensigtsmæssige ændringer. Fokus på evalueringsmøderne var organiseringen og implementeringen af den akutte ambulante funktion samt visitationssygeplejerskens funktion og øgede kompetence. Der er afholdt seks evalueringsmøder i løbet af projektperioden og fire efterfølgende møder. På evalueringsmøderne blev det klart, at visitationssygeplejerskerne med indførelsen af AMA har udviklet kompetencer inden for et område, der hidtil har været anset for et lægefagligt område. Flytningen af arbejdsopgaver er baseret på en vurdering af og i tillid til, at sygeplejerskerne har viden og erfaring til at kunne varetage disse opgaver. En høj faglighed er en væsentlig forudsætning for at kunne bidrage til en kvalificeret visitering af patienterne. Vi har set, at visitationssygeplejerskerne gør en forskel, og at patienterne får et mere kvalificeret forløb, hvor de visiteres til den mest hensigtsmæssige enhed under hensyntagen til deres fysiske, psykiske og sociale tilstand. Desuden oplever sygeplejerskerne, at det er en faglig udfor-

dring at varetage visiteringen, at de har et større ansvar og dermed indflydelse på patientforløbene.

Kvantitativ effektundersøgelse

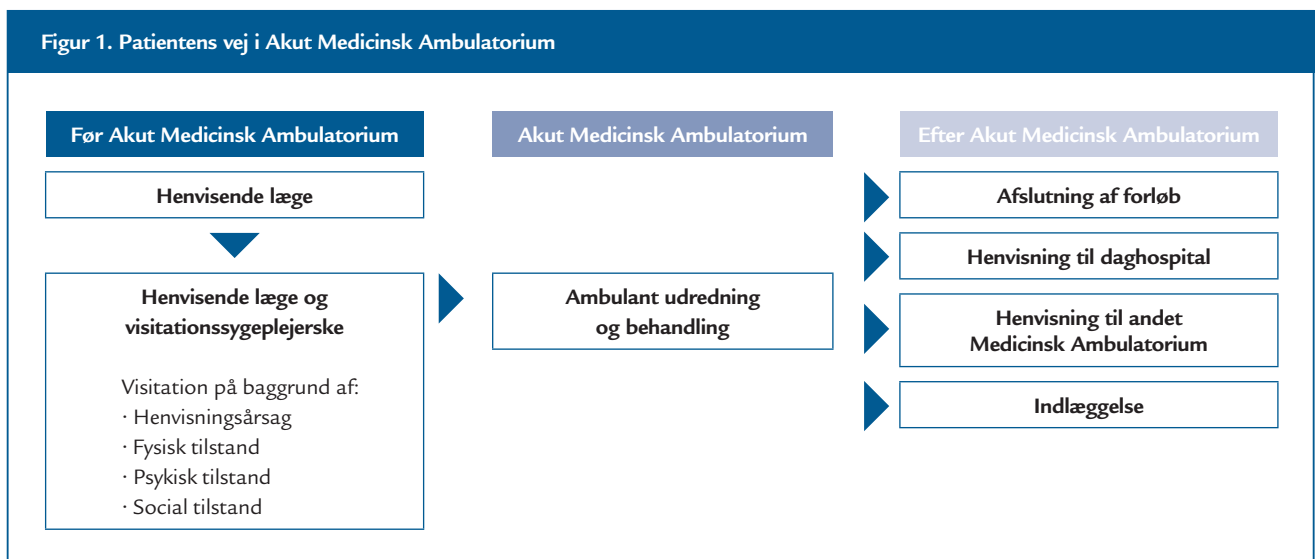
Den kvantitative effektundersøgelse er baseret på journalaudit. Data er primært fundet via Det patientadministrative Grønne System. Ved tvivlsspørgsmål er data fra den elektroniske patientjournal inddraget. Journalaudit er gennemført af tre sygeplejersker. Data er efterfølgende opgjort uafhængigt af hinanden for derved at sikre validiteten af data.

Følgende data er registreret og vurderet for perioden fra 16. august 2010 – 4. marts 2011:

- Antal patienter og besøg
- Køn og alder
- Antal patienter der afsluttes
- Antal patienter, der overgår til daghospital
- Antal patienter, der henvises til andet ambulatorium
- Antal patienter, der indlægges.

I perioden har der været 187 besøg fordelt på 146 patienter i AMA. 60 pct. af patienterne var kvinder i alderen fra 25-92 år, og 40 pct. var mænd i alderen fra 27-87 år. Der har i gennemsnit været 6-7 besøg om ugen. Det forventede antal besøg var 420 med et gennemsnit på 15 besøg om ugen. Forklaringen på forskellen mellem det estimerede antal besøg og det faktiske antal er formentlig, at dels personalet, dels indlæggende læge ikke har haft fokus på det nye tilbud om ambulant forløb. I perioden ses en stigning i antal besøg, hvilket støtter, at dels personalet, dels indlæggende læge er blevet mere opmærksomme på muligheden for et ambulant tilbud.

Figur 1. Patientens vej i Akut Medicinsk Ambulatorium





Så behagelig, at du glemmer, du har den på

KiruSense. Ren komfort – uden kompromis.

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

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

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



DE FORENEDE DAMPVASKERIER AS

www.dfd.dk

Vi dækker alt fra børn med ondt i halsen til større traumer. Det er meget alsidigt

INGIBJÖRG BJÖRNSDÓTTIR, SYGEPLEJERSKE, 37 ÅR

► gjob.dk

Gjob er en jobportal for **Det Grønlandske Sundhedsvæsen**, hvor du finder alle aktuelle ledige stillinger i Grønland.

Vi mangler specielt:
Læger til kystsygehusene
Sundhedsplejersker
Sygeplejersker med specialuddannelse i Anæstesi og intensiv pleje

Det Grønlandske Sundhedsvæsen

- ▶ Efter besøg i AMA er patienterne efterfølgende enten afsluttet med opfølgning hos egen læge (42 pct.), overgået til daghospital (34 pct.), andet ambulatorium (13 pct.) eller indlagt (11 pct.). Ud fra resultaterne ses, at et subakut ambulans tilbud er relevant og kan være med til at mindske antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser. 89 pct. af patienterne i AMA har fulgt et ambulans forløb og har undgået indlæggelse, mens de resterende 11 pct. er blevet indlagt.

Spørgeskemaundersøgelse om patienttilfredshed

Undersøgelsen omfatter overvejelser om, hvad konverteringen af et indlæggelsesforløb til et ambulans forløb betyder for patienterne. Spørgeskemaundersøgelsen er inspireret af Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) (4). Både nationale og internationale undersøgelser har vist, at spørgsmålene i undersøgelsen er centrale for et sundhedsvæsen, der ønsker at sætte patienten i centrum (4,5). Spørgeskemaet indeholder 16 spørgsmål, og svarene kan graderes særdeles tilfreds, tilfreds, hverken tilfreds eller utilfreds, utilfreds samt særdeles utilfreds. De validerede, anonyme spørgeskemaer (6,7) er givet

” Ud fra resultaterne ses, at et subakut ambulans tilbud er relevant og kan være med til at mindske antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser.

til 100 patienter i perioden fra den 1. februar 2011 til den 15. juni 2011 i umiddelbar forlængelse af deres besøg. Perioden er længere end forventet, idet ikke alle fik skemaet udleveret – enten fordi det blev glemt, eller fordi patienterne var gået fra AMA, inden det blev udleveret.

Patienterne er bedt om at besvare spørgeskemaet inden for to uger og sende det retur i den vedlagte frankerede svarkuvert. Spørgeskemaerne er dobbeltindtastet i EpiData og efterfølgende analyseret. 75 patienter, heraf 43 kvinder (median 61 (25-89)) og 32 mænd (median 66,5 (19-88)), har besvaret spørgeskemaet, hvilket giver en svarprocent på 75. Bortfald i spørgeskemaundersøgelser varierer typisk mellem 25 pct. og 35 pct. (6), hvilket stemmer overens med bortfaldet i nærværende undersøgelse. Det antages, at patienterne grundet anonymiteten har haft mulighed for at give deres mening til kende, hvorfor der kan og bør fæstnes lid til resultaterne.

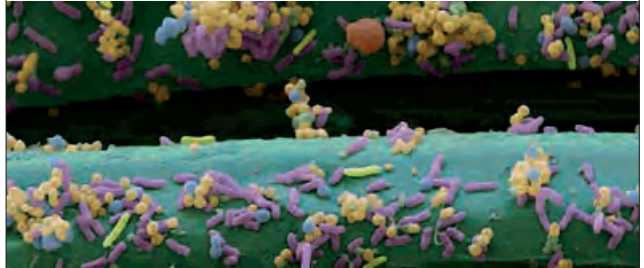
Der forekommer 21 spørgeskemaer, hvor enkelte spørgsmål ikke er besvaret, heraf er der begrundelse for manglende svar i otte af de 21. Der er inden projektets afvikling gennemført pilotundersøgelse af spørgeskemaernes anvendelighed, men alligevel ses manglende besvarelser på enkelte spørgsmål. Det kan indikere, at der eventuelt mangler svarmuligheder i spørgeskemaet, og at der muligvis ikke har været tilstrækkeligt med information til dels sygeplejerskerne, der udleverer spørgeskemaerne, dels til patienterne, der skal besvare spørgeskemaet.

Spørgeskemaundersøgelsen viser generelt positive tendenser, om end der er mulighed for forbedringer på flere fronter, herunder ventetid og information om eventuel ventetid.

Den generelle tilfredshed blandt de patienter, der kommer i AMA, er høj. Størstedelen af patienterne er positive over for forløbet. 88 pct. angiver, at de er tilfredse (47 pct.) eller særdeles tilfredse (41 pct.) med forløbet. Der ses endvidere en tendens til, at mændene generelt er mere tilfredse med forløbet, end kvinderne er. Det understøttes i en norsk doktorafhandling, der konkluderer, at kvindelige patienter, især yngre og veluddannede, er

Sorbact®

Grøn sårbehandling



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

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

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

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

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

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



Kontakt os for yderligere information eller vejledning.



Distribution:
 MediQ Danmark A/S - Tlf. 36379200
 Abena A/S - Tlf. 74311818
 Danpleje One Med A/S - Tlf. 86109109

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

mindre tilfredse med den pleje og behandling, de får på sygehuset, end de mandlige patienter (8,9).

På spørgsmålet om, hvorvidt patienterne er tilfredse med muligheden for en akut ambulant tid frem for indlæggelse, svarer 86 pct., at de er tilfredse eller meget tilfredse, 7 pct. er hverken tilfredse eller utilfredse, mens 5 pct. er utilfredse med tilbuddet. Set fra et patientsynspunkt må et ambulant tilbud frem for indlæggelse således siges at være ønskværdigt.

Konklusion

Overordnet kan det konkluderes, at AMA klart har sin berettigelse, om end der ikke har været så mange besøg, som først antaget. Det skyldes formentlig, at dels personalet, dels indlæggende læge ikke havde samme fokus på tilbuddet i starten, hvilket understøttes af, at besøgene har været stigende i perioden. Omkring 89 pct. af patientforløbene i AMA har fulgt et ambulant forløb og har dermed undgået indlæggelse. Samtidig viser patienttilfredshedsundersøgelsen, at patienterne er tilfredse med tilbuddet om at få en akut ambulant tid frem for at blive indlagt.

Efter opstart af AMA er der lavet yderligere tiltag for at undgå uhensigtsmæssige indlæggelser. Her kan bl.a. nævnes, at der den 1. marts 2011 er etableret en ny struktur og organisering for patienter, der henvises til udredning for dyb venetrombose. Hidtil er udredningen sket under indlæggelse eller via AMA med heraf følgende tidsforbrug for såvel patient som for personale og med mange unødigt iværksatte behandlinger, herunder antikoagulationsbehandling. Disse patienter henvises nu i dagtiden direkte til Røntgenafdelingen, der foretager ultralyd. Hvis mistanken om dyb venetrombose afkræftes, afsluttes patienten direkte til egen læge og skal således ikke indlægges eller ses i AMA. Foreløbige opgørelser baseret på en tomåneders periode viser, at 22 indlæggelser svarende til 72 pct. af alle forløbene er undgået efter indførelse af den nye organisering.

I Medicinsk Afdeling, Vejle Sygehus, er der således god effekt af alternative tilbud til indlæggelse, der fokuserer på at forbedre og optimere patientforløbene.

Projektet er udarbejdet af en tværfaglig projektgruppe med syv medlemmer.

*Jannie Christina Frølund er ansat som
Udviklingssygeplejerske på Vejle Sygehus;
Jannie.christina.froelund@slb.regionsyddanmark.dk*

Litteratur

1. Saabye M, Davidsen M. Forbedret indsats for medicinske patienter – i hele sundhedsvæsenet. Danske regioner og Ældre Sagen; 2010.
2. Ishøy T et al. Uhensigtsmæssige indlæggelser på medicinske afdelinger. Ugeskr. for læger; 2005.
3. Sundhedsstyrelsen. Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg til en national handlingsplan. Sundhedsstyrelsen; 2011.
4. Udarbejdet af Enheden for Brugerundersøgelser på vegne af regionerne og Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Baggrund og metode for den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser. Enheden for Brugerundersøgelser, Region Hovedstaden, maj 2011.
5. Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley J, Delbanco TL, (eds) Through The Patient's Eyes. San Francisco, California: Jossey-Bass; 9, 1993.
6. Hansen EJ, Andersen BH. Et sociologisk værktøj. Introduktion til den kvantitative metode. Hans Reitzels Forlag; 2009.
7. Vallgarda S et al. Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab. Munksgaard, Danmark; 2003.
8. Foss IC. Kjønnen kvalitet? En studie av kvinnelige og mannlige pasienters sykehusopphold. Universitetet i Oslo; 2002.
9. Foss IC. Kjønn som variabel i pasienttilfredshet. Tidsskrift for Den norske legeförening; 2001, 27:42-5.

English abstract

Frølund JC. New outpatient clinic optimises medical patient trajectories. *Sygeplejersken* 2011;(21):82-6.

This article describes the Emergency Medicine Outpatient Clinic Project. The goal of the project was to investigate whether setting up an Emergency Medicine Outpatient Clinic could help to reduce the number of unnecessary hospital admissions, and to investigate patient satisfaction when offered an outpatient Emergency Department appointment instead of admission.

The project consists of a quantitative outcome study based on an audit of patient charts, as well as a questionnaire focusing on patient satisfaction.

The results show that there were 187 visits to the Emergency Medicine Outpatient Clinic between 16 August 2010 and 4 March 2011. After visiting the Emergency Medicine Outpatient Clinic, patients either subsequently finished the trajectory with a follow-up by their general practitioner (43%), were transferred to a day hospital (34%) or to another outpatient clinic (13%), or were admitted to hospital (11%).

The patient satisfaction survey showed that approximately 88% of the patients were satisfied with the offered outpatient visit instead of being admitted.

In general it was concluded that the Emergency Medicine Outpatient Clinic is justifiable, as approximately 89% of the patients did not need to be admitted.

Key words: Emergency Medicine Outpatient Clinic, unnecessary admissions, patient satisfaction, chart audits, patient survey.

JOB

Se alle stillinger: www.dsr.dk/job

Praktiske oplysninger til annoncører

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

Nr. 1 - 2012

20. december 2011

Nr. 2 - 2012

24. januar 2012

Nr. 3 - 2012

21. februar 2012

Nr. 4 - 2012

13. marts 2012

Vejledning ved indtastning af kurser/møder/meddelelser, kontakt redaktionen, Birgit Nielsen, på tlf. 4695 4186.

Rådgivning og vejledning vedr. opsætning af annoncer

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

Indleveringsfrister for STILLINGSANNONCER til de kommende numre

Nr. 1 - 2012

30. december 2011

Nr. 2 - 2012

27. januar 2012

Nr. 3 - 2012

24. februar 2012

Nr. 4 - 2012

16. marts 2012

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

Udgivelsesdatoer

Nr. 1 - 2012

13. januar 2012

Nr. 2 - 2012

10. februar 2012

Nr. 3 - 2012

9. marts 2012

Nr. 4 - 2012

30. marts 2012





Centerchef

Akutcentret, Aarhus Universitetshospital

Centerchef med sygeplejefaglig profil søges pr. 1. marts 2012. Centerledelsen består af 2 centerchefer, hvoraf den anden har en lægefaglig baggrund.

Akutcentret har en normering på ca. 1.100 årsværk, et årligt budget på ca. 591 mio. kr. og består af en centerstab og 7 afdelinger:

Fælles Akut Afdeling, Fysioterapi- og Ergoterapi-afdelingen, Geriatrik Afdeling G, Klinisk Farmakologisk Afdeling, Klinisk Epidemiologisk Afdeling KEA, Ortopædkirurgisk Afdeling E og Medicinsk Endokrinologisk Afdeling MEA.

Se hele stillingsopslaget på www.rm.dk/job

et arbejde med hjerne og hjerte

midtjob
.dk

Quicknr.

35157

Hovedstaden

Tårnby Kommune

Dygtig personaleleder til Hjemmeplejen

Ansøgningsfrist: 14. december 2011

Quicknr.

35145

Sjælland

Privathospitalet Valdemar

Operationssygeplejersker

Ansøgningsfrist: 12. december 2011

Quicknr.

35147

Midtjylland

Aleris-Hamlet Hospitaler

Operationssygeplejerske

Ansøgningsfrist: 12. december 2011



Quicknr.

35151

Syddanmark

Parkens Privathospital

Operationssygeplejerske

Ansøgningsfrist: 15. december 2011



DSR Meddelelse

Generalforsamling i FS for lunge- og allergisygeplejersker

Indkaldelse til generalforsamling for medlemmer i FSLA. Generalforsamlingen afholdes på Hotel Svendborg den 16. marts kl. 16.45-18.00 ifm. landskursus. Dagsorden ifølge vedtægter. Forslag til behandling skal sendes skriftligt til formanden Birthe Hellquist Dahl, via mail: birthe.dahl@stab.rm.dk

DSR Kursus

Landskursus 2012 i FS for lunge- og allergisygeplejersker

Næste landskursus er sammensat som et spændende og alsidigt program som tilgodeser både børne- og voksensygeplejersker. Vi glæder os til at se kendte som nye ansigter.

Tid og sted:

15. marts 2012 kl. 11:00 - 17. marts 2012 kl. 13:00
Hotel Svendborg, Centrumpladsen 1, 5700 Svendborg

Arrangør:

Bestyrelsen i FS for lunge- og allergisygeplejersker

Pris:

Kr. 3.500 for medlemmer ved dobb. værelse, kr. 4.000 for enkelt værelse. Ikke-medlemmer kr. 4.000 for dobb. værelse, kr. 4.500 for enkelt værelse

Yderligere info:

Birthe Hellquist Dahl, mobil 2463 5490 eller birthe.dahl@stab.rm.dk

DSR Fonde og legater

Ansøgningsfrister Stipendiefonden

Arrangementer med start i januar 2012: Ansøgningsfrist 1.11., bevillingsmøde 7.12.
Arrangementer med start i februar 2012: Ansøgningsfrist 1.12., bevillingsmøde 4.1.
Arrangementer med start i marts 2012: Ansøgningsfrist 2.1., bevillingsmøde 1.2.
Uddelingerne fra Stipendiefonden går til studieophold, kongresser m.v. i udlandet.
Ansøgningsfrister, retningslinjer og ansøgningskema findes på www.dsr.dk/stipendiefonden

Net annoncer

Gå ind på www.dsr.dk/jobsogning

Indtast Quick-nummeret, så kommer du direkte ind til netannoncen, hvor du kan læse meget mere om stillingen.

Netannoncer kan indtastes hele døgnet.

Quicknr.

35155

Hovedstaden

Rudersdal Hjemmepleje

Nathjemmesygeplejen

Ansøgningsfrist: 14. december 2011

Quicknr.

35142

Hovedstaden

Københavns Kommune, Sundhed- og Omsorgsforvaltningen

Gruppeleder til hjemmeplejen Amager

Ansøgningsfrist: 12. december 2011

DSR Kredsmøde**Hovedstaden****Sundhedsgymnastik er også for senior-sygeplejersker**

Karin Nyberg kommer og fortæller om den kinesiske sundhedsgymnastik Qi Gong, som kan dyrkes af alle uanset alder. OBS. start kl. 10.30.

Tid og sted:

12. jan. 2012 kl. 10:30 - 12:30
Garnisons kirkens menigheds-
hus, Skt. Annæ plads 4,
København

Arrangør:

Kontaktudvalget for seniorsygeplejersker Kreds Hovedstaden Central

Tilmelding:

Tilmelding: paris@oncable.dk
eller tlf. til Dora: 3871 4140
senest den 9.01.2012

Pris:

Kr. 30

Qi gong for ældre

Qi gong giver gode resultater for ældre - også dem med demenssygdom. De får bedre balance og mere gå-på-mod. For alle interesserede sygeplejersker.

Tid og sted:

12. jan. 2012 kl. 14:00 - 16:00
Frederiksborggade 15, 4.sal
København K

Arrangør:

FS for alternativ og kompletter sygepleje

Tilmelding:

hovedstaden@dsr.dk

Yderligere info:

dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Syddanmark**Hør om øjensygdomme, spc. AMD**

Sygeplejerske Susanne Andersen, vil fortælle om AMD, andre øjensygdomme samt hjælpemidler, når synet svigter i hverdagen.

Vi glæder os til et godt nyt år.

Tid og sted:

19. jan. 2012 kl. 14:00 - 17:00
Poul Martin Møllersvej 22,
4800 Nykøbing F.

Arrangør:

Kontaktudvalget, seniorsygepl. tidl. "Storstrøms Amt".

Tilmelding:

Tilmelding til Rie på tlf.: 2481 8012 eller Gulle 5482 5684
senest d. 10.01.2012.

Pris:

Kr. 30 for medlemmer, gæster
kr. 50

**BRUG OS, HVIS DU SØGER NYE UDFORDRINGER**

DSA er din samarbejdspartner og støtte gennem hele arbejdslivet. Du kan for eksempel bruge os, hvis du savner inspiration til at komme videre med karrieren eller står uden arbejde.

Du bliver rådgivet af sundhedsfagligt uddannede jobkonsulenter, der har forstand på det du laver og kender arbejdsmarkedet inden for dit fag. Derfor er vi perfekt klædt på til at hjælpe dig med at finde den stilling, der passer til dig. Og vi rådgiver også gerne om din ansøgning og cv, så jobbet forhåbentligt bliver dit.

Vil du vide mere om, hvad DSA kan gøre for dig og din jobsituation, så besøg www.dsa.dk. Her kan du også læse mere om vores mange andre tilbud.

DANSKE SUNDHEDSORGANISATIONERS
ARBEJDSLØSHEDSKASSE

TELEFON 33 15 10 66
dsa@dsa.dk



DIN SIKKERHED ALTID



Vi har brug for netop **DIN** hjælp til vikaropgaver i ind-og udland

Vi tilbyder:

- Høj løn
- Kontakt:
- Fleksibilitet
- Elsebeth og Anne
- Udfordringer
- kontakt@uni-care.dk
- Oplevelser
- www.uni-care.dk

Tlf. 8678 7898

2 værelses lejlighed i Århus C

søges snarest til vores søn på 24 år, som læser økonomi på Århus Handelshøjskole. Er ikke ryger.

Kontakt sygeplejerske Inge Lise Hansen, steenlarsen@dsa-net.dk
Tlf. 2811 9052 (Mads Larsen)

SYDFRANKRIG

Cannes/Theoule sur mer Hus i 3 etager med pragtfuld udsigt over Middelhavet udlejes. Fælles swimmingpool og tennisbane. 3 soveværelser med i alt 6 sengepladser. Mange golfbaner i nærheden.

Tlf. 6089 8842 eller 4581 6968.
Se huset på www.ovebeck.dk

Priser for ferieannoncer

Alle annoncer skal indtastes via DSRs hjemmeside - login rekvireres hos Dansk Mediaforsyning, dsrrubrik@dmfnet.dk

Annoncerne må maksimalt indeholde 40 ord. Priserne er for medlemmer er kr. 650,- / ikke medlemmer kr. 995,- ekskl. moms.

Faktura fremsendes når bladet er udkommet.

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, 3 værelser, 2 wc og lille have. Udlejes hele året Fra kr. 3.900/uge.

Hanne Astrup Pietroni
Tlf. +39 335 8239863
www.hotel-dalia.it
hanne@hotel-dalia.it

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

Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse



Grete Christensen
Formand



Anni Pilgaard
1-næstformand



Dorte Steenberg
2-næstformand



Irene Hesselberg
Formand for
Lederforeningen



Niklas Kline Lange
Formand for SLS

Kredsformænd



Vibeke Westh
Kreds Hovedstaden



Helle Dirksen
Kreds Sjælland



John Christiansen
Kreds Syddanmark



Else Kayser
Kreds Midtjylland



Jytte Wester
Kreds Nordjylland

1.-kreds næstformænd



Vibeke Schaltz
Kreds
Hovedstaden



Nils Håkansson
Kreds Sjælland



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, Postboks 1084,
1008 København K.
Tlf. 33 15 15 55 • Telefax 33 15 24 55
E-mail: dsr@dsr.dk • www.dsr.dk

Ekspeditionstid (også tlf.):

Mandag-torsdag kl. 9 - 16
Fredag kl. 9 - 15.

Lederforeningen Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30
Postboks 1084
1008 København K
Tlf. 46 95 39 00
E-mail: lederforeningen@dsr.dk
www.dsr.dk/lederforeningen

Sygeplejestuderendes Landssammenslutning

Sankt Annæ Plads 30,
Postboks 1084
1008 København K.
Tlf. 33 15 15 55, lokal 3991
E-mail: sls@dsr.dk • www.dsr.dk/sls

Sygepleetisk Råd

Formand: Grete Bækgaard Thomsen,
Sundhedschef
Sankt Annæ Plads 30,
Postboks 1005,
1008 København K
www.sygeplejeetiskraad.dk

Kreds Hovedstaden

Kredschef

Anne Tovborg

Hovedtelefonnummer: 7021 1662
Hovedfaxnummer: 7021 1663
Hjemmeside:
www.dsr.dk/hovedstaden
E-mail: hovedstaden@dsr.dk

Hjemmesiden indeholder individuelle
kontaktoplysninger på kredsens
medarbejdere og formandskab

Kontor

Frederiksborggade 15, 4.
1360 København K

Åbnings- og telefontider:

Man, tirs, tors, fre: 09.00 - 14.00
Ons: 13.00 - 16.00

Lokalkontor

Haslevej 50
3700 Rønne
Tlf: 7021 1662
Fax: 5695 3812
Telefontid
Man, tirs og tors: 09.00 - 12.00

Kreds Sjælland

Kredschef

Thorkild David Hay

Hovedtelefonnummer: 7021 1664
Hovedfaxnummer: 7021 1665
Hjemmeside: www.dsr.dk/sjaelland
E-mail: sjælland@dsr.dk

Kontor

RingstedCentret
Nørregade 13
4100 Ringsted

Kontorets åbnings- og 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. 11.00 - 16.00 - torsdag

Kreds Midtjylland

Kredschef

Ann Dahy

Fælles postadresse
DSR, Kreds Midtjylland
Marienlystvej 14
8600 Silkeborg

Hovedtelefonnummer: 4695 4600
Hovedfaxnummer: 7021 1667
Hjemmeside: www.dsr.dk/midtjylland
E-mail: midtjylland@dsr.dk

Lokale kontorer

Fredericiagade 27-29
7500 Holstebro
Åbent efter forudgående aftale.

Mindegade 10
8000 Århus C
Åbent efter forudgående aftale.

Telefontider

Mandag - tirsdag kl. 10.00 - 15.00
Onsdag lukket
Torsdag kl. 10.00 - 15.00
Fredag kl. 10.00 - 13.00

Kreds Nordjylland

Kredschef

Iben Gravesen

Telefon: 4695 4850
Telefax: 9634 1426
Hjemmeside: www.dsr.dk/nordjylland
E-mail: nordjylland@dsr.dk

Kontor

Sofiendalsvej 3
9200 Aalborg SV

Kontorets åbningstider

Man - ons kl. 09.00 - 15.00
Torsdag kl. 13.00 - 16.00
Fredag kl. 09.00 - 12.00

JANUVIA®, (SITAGLIPTIN, MSD)

(▼) **INDIKATIONER:** Til 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 maksimalt tolereret dosis af et sulfonylurinstof alene ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol, og når metformin ikke er hensigtsmæssig pga. af 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 tillæggsbehandling 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 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. 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 ($\geq 1/100$, $< 1/10$):* Kvalme. *Ikke almindelig ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$):* Døsighed, diarré, øvre abdominalsmerter, nedsat 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, perifert ødem. **Kombinationsbehandling med metformin og en PPAR γ -agonist (rosiglitazon):** *Almindelig ($\geq 1/100$, $< 1/10$):* Hovedpine, hoste, diarré, opkastning, hypoglykæmi, perifert ødem. *Ikke almindelig ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$):* Svampeinfektion i huden. **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, ekstremitetsmerter. *Ikke almindelig ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$):* Svimmelhed, obstipation. **Efter markedsføring:** *Hypigthed ukendt:* Overfølsomhedsreaktioner inklusive anafylaksi, angioødem, udslæt, urticaria, kutan vaskulitis og eksfoliative hudreaktioner, herunder Stevens-Johnsons syndrom, artralgi, myalgi, akut pankreatitis omfattende letal og ikke-letal hæmorrhagisk og nekrotiserende pankreatitis; nedsat nyrefunktion, akut nyresvigt, opkastning. **Risici:** JANUVIA bør ikke anvendes til patienter med moderat eller svær nyreinsufficiens.

PAKNINGER OG PRISER: (AUP, november 2011, inkl. recepturgebyr). Vnr. 076024, 100 mg 28 stk. kr. 470,30; Vnr. 076033, 100 mg 98 stk. kr. 1.488,45. Der henvises til dagsaktuelle priser på www.medicinpriser.dk.

UDLEVERING: B

TILSKUD: Generelt tilskud.

JANUMET®, (SITAGLIPTIN OG METFORMIN, MSD)

(▼) **INDIKATIONER:** Til 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 tillæggsbehandling 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 vævshypoxi; leverinsufficiens; akut alkoholforgiftning; 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 vurderet og fundet normal. Patienter, med risiko for digoxinforgiftning, bør monitoreres.

(▼) **GRAVIDITET OG AMNING:** Bør ikke anvendes.

(▼) **BIVIRKNINGER:** **Sitagliptin og metformin kombinationsbehandling:** *Almindelig ($\geq 1/100$, $< 1/10$):* Kvalme. *Ikke almindelig ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$):* Fald i blodglucose, døsighed, diarré, øvre abdominalsmerter. **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 (rosiglitazon):** *Almindelig ($\geq 1/100$, $< 1/10$):* Hovedpine, hoste, diarré, opkastning, hypoglykæmi, perifert ødem. *Ikke almindelig ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$):* Svampeinfektion i huden. **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, smerter i ekstremiteterne, obstipation, svimmelhed. **Metformin:** *Meget almindelig ($\geq 1/10$):* Symptomer fra mave-tarmkanalen. *Almindelig ($\geq 1/100$, $< 1/10$):* Metallisk smag i munden. *Meget sjælden ($< 1/10.000$):* Urticaria, erythema, pruritus, laktacidose, B12-vitaminmangel, leverinsufficiens, hepatitis. **Efter markedsføring:** *Hypigthed ukendt:* Overfølsomhedsreaktioner, inklusive anafylaksi, angioødem, udslæt, urticaria, kutan vaskulitis, eksfoliative hudreaktioner, herunder Stevens-Johnsons syndrom; artralgi, myalgi, akut pankreatitis omfattende letal og ikke-letal hæmorrhagisk og nekrotiserende pankreatitis; nedsat nyrefunktion, akut nyresvigt (som kan kræve dialyse), opkastning.

PAKNINGER OG PRISER: (AUP, november 2011, inkl. recepturgebyr). Vnr. 143609, 50 mg/850 mg, 56 stk. kr. 563,25. Vnr. 028110, 50 mg/850 mg, 196 stk. kr. 1.915,60. Vnr. 143631, 50 mg/1.000 mg, 56 stk. kr. 430,95. Vnr. 028121, 50 mg/1.000 mg, 196 stk. kr. 1.451,75. 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:** 24.08.2011

REFERENCER: 1. EMA godkendte produktresumé for JANUVIA (sitagliptin, MSD) 2. EMA godkendte produktresumé for JANUMET (sitagliptin/metformin, MSD) 3. Nauck MA, Meininger G, Sheng D, et al; for Sitagliptin Study Group 024. Efficacy and safety of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor, sitagliptin, compared to the sulfonlylurea, 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	Lægemiddel-gruppe	Pris pr. DDD	Indikation	Doser	Særlige informationer
glipizid	Sulfonylurinstof	Fra 2,13 kr.	Glipizid er indiceret til behandling af stabil type 2-diabetes mellitus.	Individuel dosering. Initial dosis er 5 mg glipizid daglig og titring 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 0,76 kr.	Metformin er indiceret til behandling af type 2-diabetes mellitus, især hos overvægtige patienter, når diæt-kontrol 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 titring. Den maksimale anbefalede dosis er 3 g dagligt fordelt på 3 doser.	Metformin kan forårsage laktatacidose. Almindelige bivirkninger: Kvalme, opkast, diarré, abdominalsmerter og appetitløshed.
sitagliptin	DPP-4-hæmmer	Fra 15,19 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 tillæggsbehandling 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 undersøgelser af sitagliptin henholdsvis som monoterapi og som del af kombinations-behandling med metformin, var frekvensen af hypoglykæmi, rapporteret for sitagliptin , den samme som ved placebo. I undersøgelser af sitagliptin alene er der set følgende formodede bivirkninger: Hovedpine, obstipation og svimmelhed. Sitagliptin anbefales ikke til patienter med moderat til svær nyreinsufficiens.

Der henvises til dagsaktuelle priser på www.medicinpriser.dk. Baseret på Lægemiddelstyrelsens godkendte produktresumé for de nævnte produkter.

(▼) Afsnit omskrevne og/eller forkortet i forhold til EMA's godkendte produktresumé, som vederlagsfrit kan rekvireres fra MSD.

© MSD



NOVEMBER 2010 03-2015-JAN-10-DK-001-J



Januvia® (sitagliptin, MSD)

Enhancing incretins.
Enhancing physiologic control.

I kombination med andre hyppigt ordinerede midler

JANUVIA giver mulighed for substantiel glukosereduktion hos patienter med type 2-diabetes¹

JANUVIA har i kliniske studier¹

- vist substantielle HbA_{1c}-reduktioner ved en fysiologisk virkningsmekanisme¹
- vist at være generelt vægtneutralt og med lav risiko for hypoglykæmi¹
- vist at være generelt veltolereret¹
- altid doseret 1 gang dagligt¹

Se venligst EMAs godkendte produktresumé inden receptudskrivelse.

Til 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 sulfonylurin-stof, når diæt og motion plus maksimal tolereret dosis af et sulfonylurin-stof alene ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol, og når diæt og motion plus PPAR γ -agonisten alene ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol. Som tripel oral behandling sammen med et sulfonylurin-stof 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.

Janumet

(sitagliptin/metformin, MSD)

Changing the course to glucose control.

Til patienter, der ikke er velkontrollerede med metformin²

JANUMET giver mulighed for markante HbA_{1c}-reduktioner²

JANUMET har i kliniske studier²

- vist markante HbA_{1c}-reduktioner²
- vist vægttab og færre tilfælde af hypoglykæmi (med sitagliptin 100 mg + metformin) vs glipezid, SU + metformin³
- demonstreret omfattende virkning rettet mod 3 primære defekter ved type 2-diabetes²

Se venligst EMAs godkendte produktresumé inden receptudskrivelse.

Til 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 sulfonylurin-stof (dvs. tripel kombinationsbehandling) hos patienter, der ikke er tilstrækkeligt kontrolleret på den max. tolererede dosis metformin og sulfonylurin-stof. 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.

Se venligst EMAs godkendte produktresumé inden receptudskrivelse.

© MSD

www.januvia.dk www.univadis.dk

Illustrationen er en kunstnerisk gengivelse og repræsenterer ikke nødvendigvis den kliniske effekt.

 MSD DIABÈTES