

Velkommen til forsiden
og indholdet af et helt nyt blad med endnu mere
fagligt stof og en ny sektion om din organisation

SYGGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING  NR. 17 • 8. OKTOBER 2010 • 110. ÅRGANG

TEMA
OM FEJL

Sygeplejersker i klagesag

Som at blive anklaget for mord

Patienter går selv
til operation

Formand i klinik
Besøgte landets
dårligste patienter





SPIRIVA®
TIOTROPIUM

Et fundament til KOL i alle stadier^{1,2}

610-Spi-08-02-45 - Sep. 2010

TIDLIG BEHANDLING³ – et bedre liv⁴

TIDLIG BEHANDLING MED
SPIRIVA® GIVER DINE PATIENTER
ET BEDRE LIV MED KOL
– OGSÅ PÅ LANGT SIGT^{†5,6}

Spiriva® er udviklet af Boehringer Ingelheim og markedsføres af Boehringer Ingelheim og Pfizer.

At starte med SPIRIVA® i GOLD Stadium II (moderat KOL) giver dine patienter vedvarende forbedring af lungefunktion, øget fysisk formåen og livskvalitet med færre og senere eksacerbationer, der fører til indlæggelser.^{5,6}

† Op til 4 års behandling



Pfizer Danmark

Lautrupvang 8 • 2750 Ballerup
Telefon 44 20 11 00 • Telefax 44 20 11 01



**Boehringer
Ingelheim**

Boehringer Ingelheim Danmark A/S
Strødamvej 52 • 2100 København Ø
Telefon 39 15 88 88 • Telefax 39 15 89 89

PRODUKTRESUME FINDES PÅ SIDE 8



Mepilex[®] familien

Bandager til alle typer sår uanset størrelse eller form

Minimerer smerte og traume ved bandageskift, takket været den unikke Safetac[®] teknologi

- God og effektiv væskehåndtering til let, moderat eller kraftigt væskende sår
- Blød med høj patientkomfort
- Kan løftes og justeres uden at miste klæbeevnen

 **Mepilex[®]**
Sårbandager



Mölnlycke Health Care ApS, Gydevang 33, 3450 Allerød. Telefon 48 168 168, www.molnlycke.dk
Mölnlycke Health Care navn og logo, Safetac[®] og Mepilex[®] er registrerede varemærker, som tilhører Mölnlycke Health Care AB.

 **MÖLNLYCKE**
HEALTH CARE

15 INDHOLD

KORT

- 6 Sundhedsforsikringer – kurven er knækket**
Antallet af sundhedsforsikringer er steget kraftigt siden 2003 og nåede i 2008 op over en million, men siden er udviklingen gået i stå.
- 8 Ethiske komitéer hjælper til at træffe svære valg**
Et etisk dilemma for en medarbejder i Psykiatrien i Region Syddanmark var den direkte årsag til, at der nu er etableret en klinisk etisk komité på Almenpsykiatrisk Afdeling Odense, som skal hjælpe de ansatte med at træffe de svære valg.

TEMA

- 18 Vi blev i realiteten anklaget for mord**
"Klagesagen er det værste, jeg har været ude for i min karriere," siger en sygeplejerske. Her fortæller hun sammen med en kollega om de personlige omkostninger ved en klagesag, der strakte sig over næsten to år.
- 22 Skyldfølelsen og tvivlen nager**
"Det er helt afgørende, at arbejdspladserne taler åbent om klagesager, siger psykolog Joanna Wieclaw."
- 23 Sygeplejersker frygter at begå fejl**
Halvdelen af alle sygeplejersker er bekymrede for at begå fejl på arbejdspladsen, og bekymringen skyldes først og fremmest forstyrrelser og afbrydelser, viser undersøgelse fra Dansk Sygeplejeråd.

BAGGRUND

- 32 Når livet pludselig bliver revet bort**
Ingen protokol kan fortælle, hvordan de pårørende til et ulykkesoffer skal håndteres. Fremvisning af døde patienter er en vigtig del af akutsygeplejerskens arbejde.
- 36 Patienten gik sine egne veje**
Nogle patienter er så tolvkantede, at de ikke passer ind i de firkantede kasser, der er beregnet på psykisk syge uden for sygehuset. Et psykoseafsnit har en forløbskoordinator, der støtter efter udskrivelsen.

NYT FRA DSR – DIN ORGANISATION

- 38 Leder: Vi skal lære af fejlene**
I Dansk Sygeplejeråd gør vi alt for at hjælpe de medlemmer, som får en klagesag. Vi får flere og flere henvendelser fra medlemmer, som har brug for hjælp. Det er endnu en god grund til at være medlem, mener formand for Dansk Sygeplejeråd Grete Christensen.
- 42 Formanden i klinik: "Vi har landets dårligste patienter"**
Svært forbrændte børn og voksne, sårede soldater fra Afghanistan og ofre for den københavnske bandekrig. Det var blot et udsnit af de patienter på Rigshospitalets Intensiv terapi afsnit 4131 som Dansk Sygeplejeråds formand, Grete Christensen, mødte under sit ophold på afsnittet.
- 44 Sosu-assisterter har overtaget sygeplejerskers arbejde**
Efter en turbulent sommer med fyringer er det blevet hverdag i Odder. Kommunen har fyret halvdelen af sygeplejerskerne. Formand for Dansk Sygeplejeråd Kreds Midtjylland, Else Kayser, advarer mod at erstatte sygeplejersker med sosu-assisterter.



FAG

54 Gå selv til operation – et pilotprojekt

Almindeligvis bliver patienterne kørt fra kirurgisk afsnit til operationsafdelingen. Nu har et pilotprojekt på Glostrup Hospital afdækket, at 93 pct. af patienterne fandt det positivt selv at gå.

60 Strategier leder udvikling af sygeplejen

På Århus Sygehus har strategier inden for ledelse, uddannelse, forskning, evidensbaseret viden og dokumentation synliggjort sygeplejen som et værdifuldt fag.

64 10 råd om patientsikkerhed til forældre med indlagte børn

Spørg hellere for meget end for lidt. Fagligt selskab for Børnesygeplejersker har i samarbejde med Juliane Marie Centret og Dansk selskab for Patientsikkerhed udarbejdet 10 gode råd om patientsikkerhed til forældre med syge børn på hospitalet.

67 Videnskab og sygepleje

Ekstremt præmature børn tolererer hud mod hud-kontakt
På baggrund af en kontinuerlig måling af 22 stabile præmature børns fysiske parametre to timer før, under og to timer efter hud mod hud-kontakt er artiklens hovedbudskab, at ekstremt præmature børn kan holde adækvat hudtemperatur og adækvat fysisk stabilitet under hud mod hud-kontakt med deres forældre.

52 Fagtanker

52 Faglig information

63 Resuméer

I HVERT NUMMER

28 Parentes

30 Bøger

34 Faglig brevkasse

34 5 faglige minutter

46 Navne: Mig og mit job

48 Debat

73 Stillingsannoncer

78 Kurser/møder/meddelelser

81 Kontakt

www.sygeplejersken.dk

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

Jeg håber, at du allerede nu, hvor du læser disse linjer, har lagt mærke til, at du sidder med et helt anderledes Sygeplejersken.

Vi har ikke lavet bladet om bare for at forandre. De seneste år har vi på forskellig vis via fokusgrupper, medlemsundersøgelser, medlemsmøder etc. haft fat i rigtig mange af jer og har spurgt ind til forhold vedrørende medlemskabet.

Ønsker, krav og forventninger til jeres fagblad har bestemt også været et emne, og en af de meldinger, vi har kunnet mærke, har været et ønske om mere fag, mere sygepleje, mere fokus på emner, der berører dagligdagen for hver enkelt af jer, og flere informationer om Dansk Sygeplejerskeråd.

Den udfordring har vi taget op. Vi har skabt en ny sektion for at vise, at vi skaber resultater, informerer og hjælper. Vi samler information og artikler med forankring i organisationens arbejde, stort som småt, i en særlig sektion midt i bladet, og vi håber, at I vil læse med.

Vores bærende tema i denne udgave af Sygeplejersken handler om angsten for at begå fejl. Den angst ligger dybt i enhver, hvad enten arbejdet udføres i hjemmeplejen eller på sygehuset. Det fremgår klart af vores tema i dette nummer af bladet om patientsikkerhed. På baggrund af en konkret begivenhed fortæller sygeplejersker om, hvad det betød for dem, at de fik en klagesag på halsen.

Ønsket om mere sygepleje – mere fag – i bladet har vi også forsøgt at efterkomme. Vi har lavet en brevkasse med svar på faglige spørgsmål. Jeg tror, brevkassen kan være med til at dække et behov for konkret viden på konkrete problemstillinger. Jeg håber, du synes det samme.

Og så håber jeg, du vil bruge tid på at læse dette blad godt igennem og forhåbentlig finde de mange nye ting, vi har lavet, interessante og relevante – de udspringer alle sammen fra ønsker fra jer – god læselyst!



Sigurd Nissen-Petersen,
kommunikationschef
snp@dsr.dk



Vejle forebygger akutte indlæggelser

Akut Medicinsk Ambulatorium på Vejle Sygehus vil konvertere tre indlæggelser/døgn til patientforløb i ambulant regi svarende til ca. 750 færre indlæggelser årligt.

Når patienten henvises af egen læge eller vagtlæge til indlæggelse, foretager en visitator på Akut Visitation Afdeling en vurdering af patientens samlede tilstand, og hvis det er medicinsk forsvarligt, får patienten tilbudt en tid dagen efter på Akut Medicinsk Ambulatorium.

Ifølge udviklingssygeplejerske Janne Christina Frølund er de tre afsatte tider i ambulatoriet eftertragtede, og patienterne udtrykker stor tilfredshed med en akut ambulant tid frem for indlæggelse. (er)

Sundhedsprojekt gav flere sygedage

Et projekt til 30 mio. kr. skulle begrænse sygefraværet i 11 kommuner. Men der skete det modsatte, da projekt "RaskiJob" satte fokus på kondital, blodtryk og et sundere liv, skriver avisen Kommunen. De 7.000 medarbejdere, der var omfattet, havde 15 pct. mere fravær end medarbejdere, der ikke deltog. Problemer i gennemførelsen af projektet er en del af forklaringen, lyder evalueringen. En anden forklaring kan være, at folk blev mere opmærksomme på, at de ikke havde det helt godt. (kb)

Højtuddannede på efterløn er en myte

Har journalister totalt mistet fornemmelsen for livet blandt buschauffører og murersvende? spørger journalisten Lars Olsen i det nyeste nummer af fagbladet Journalisten.

"Kun 2 pct. af efterlønnere – to procent! – har en akademisk uddannelse. 83 pct. er ufaglærte eller faglærte som f.eks. håndværkere og kontoruddannede," skriver Lars Olsen, som undrer sig over de mange golfspillende tandlæger og direktører, der optræder i de danske medier. "Gode historier – der desværre er totalt atypiske," siger han. (kb)

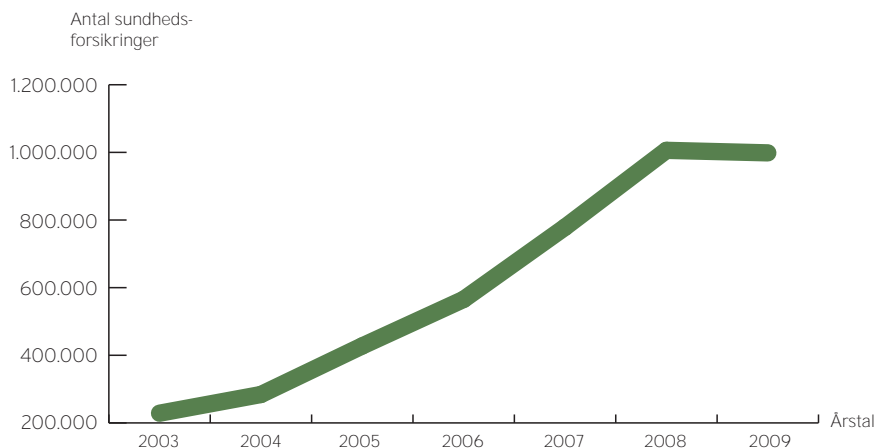
Sundhedsforsikringer – kurven er knækket

AF JULIE WINTHER BENGTSON, JOURNALIST

Antallet af sundhedsforsikringer er steget kraftigt siden 2003 og nåede i 2008 op over en million, men siden er udviklingen gået i stå. Den knækkede kurve skyldes ifølge sundhedsøkonom Kjeld Møller Pedersen fra Syddansk Universitet, at markedet er mættet af sundhedsforsikringer, som er tegnet af arbejdsgivere.

"Mange af de arbejdspladser, der endnu ikke har tegnet forsikringerne, har en generel modstand mod sådanne forsikringer, det har LO bl.a. meldt ud. Derudover er præmierne steget, så det ikke længere er lige så billigt for arbejdspladserne at tegne forsikringerne," forklarer han. Den manglende udvikling får ifølge Kjeld Møller Pedersen betydning for landets private hospitaler:

"Allerede nu kan vi registrere en tilbagegang i form af lukninger og sammenlægninger," siger han. Antallet af forsikrede vil ifølge Kjeld Møller Pedersen formentlig holde sig stabilt i 2010.



Antallet af sundhedsforsikringer i Danmark er næsten femdoblet siden 2003. Men fra 2008 til 2009 er der sket et lille fald i antallet af forsikrede.

Kilde: Forsikring og Pension

Rygestopguide på fremmedsprog

"Hambalyo, waxaad joojisay sigaarcabkii. Waa goaan sax ah oo naftaada u fiican." På dansk: "Til lykke med, at du vil stoppe med at ryge, det er en rigtig god beslutning."

Endelig er sundhedsprofessionelle i stand til at viderebringe budskabet "Til lykke med, at du vil stoppe med at ryge, det er en rigtig god beslutning" til mennesker, der taler bedre tyrkisk, arabisk, urdu, somali og engelsk end dansk. Det nye materiale "Et godt liv uden røg" informerer om rygning og motiverer til rygestop via en dvd med en 25 minutters film og tilhørende pjecer – på hver sit sprog.

I alle film er hovedpersonen en autentisk person med den pågældende etniske baggrund, som fortæller om sit forhold til rygning og erfaringerne med rygestop. De helbredsmæssige konsekvenser formidles på en naturlig og pædagogisk måde. Sidst, men ikke mindst gives der konkrete anvisninger på, hvordan man holder op med at ryge. (er)

Den lille rygestopguide, der omfatter film og pjecer på arabisk, somali, urdu, engelsk og dansk, kan gratis downloades på: www.stoplinien.dk eller rekvireres gratis hos forlaget Rosendahl-Schultz. Tlf. 7026 2636.

Sygeplejersken vil være din bedste kollega

Sygeplejersken relancerer og satser på endnu mere fagligt stof og interaktion med læserne i den forreste del af bladet. Fremover samler vi alt nyt fra Dansk Sygeplejeråd i en sektion midt i bladet.

"Vi vil være din bedste kollega". Sådan lyder det ambitiøse motto for det nye Sygeplejersken, som satser på endnu flere faglige nyheder og interaktion med læserne i den forreste sektion af bladet.

Som noget nyt vil du kunne finde en faglig brevkasse, "Spørg om Fag", hvor et panel af fem sygeplejersker inden for forskellige kliniske områder svarer på spørgsmål. I hvert nummer bringer vi et etisk dilemma, hvor du kan byde ind med dilemmaer fra din hverdag. Både "Spørg om Fag" og "Dilemma" får egen underside under fanebladet "Fag & Viden" på Dansk Sygeplejeråds nye portal, der har premiere 1. november. Her kan du se de faglige og etiske spørgsmål og debattere med kolleger over hele landet. Samme

mulighed har du allerede nu på Dansk Sygeplejeråds side på Facebook. Vi starter desuden en serie med titlen "Studerende i praksis", hvor studerende skriver om oplevelser i mødet med virkelighedens patienter. De faglige artikler bagest i bladet er Sygeplejerskens særkende, og dem finder du stadig i sin egen sektion med egen faglig forside.

Nyt fra DSR – din organisation

Fremover samler vi alt stof om Dansk Sygeplejeråd i én sektion midt i bladet "Nyt fra Dansk Sygeplejeråd – din organisation". Her kan du læse om Dansk Sygeplejeråds holdninger til aktuelle spørgsmål, om det arbejde, organisationens formænd udfører, og om, hvordan organisationen hjælper medlemmer. Her finder du også nyt om konferencer, hvilke medlemstilbud du får, og hvad der rører sig i organisationen.

Når du trænger til en pause fra alt læsestoffet, så kig efter "Parentes". Her har vi



givet en fotograf næsten frit spil, og billedet fortæller sin egen historie, næsten uden ord. Vi byder også velkommen til en ny tegner i bladet, Gitte Skov, som fremover giver sit satiriske bud på en aktuel problemstilling i sygeplejerskeverdenen.

Der er mange andre nyheder i det nye Sygeplejersken, både når det gælder indhold og layout. Det vil du kunne se allerede på forsiden, og når du bladrer igennem bladet. Redaktionen vil meget gerne have læsernes syn på bladet. Send ris og ros til redaktionschef Henrik Boesen på: hbo@dsr.dk

(sbk)

TEST DIN VIDEN

Temaet er mentalobservation, test dig selv eller en kollega

En del personer indlagt til mentalobservation på psykiatriske hospitaler er i den seneste tid flygtet fra hospitalerne, men hvad dækker begrebet mentalobservation over?

1. Hvem bestemmer, at en person skal indlægges til mentalobservation?

- Det gør egen læge. Hvis hun skønner det nødvendigt, indlægges patienten, eller han vurderes ambulant.
- Mentalobservation er et led i straffesagsforberedelse og bestemmes af retten i henhold til retsplejeloven.

2. Hvornår vil det være indiceret at foretage en mentalobservation?

- Når en person er meget udadreagerende, aggressiv og råbende.
- Når det forventes at være af betydning for sagens afgørelse.

3. Hvornår foretages en mentalundersøgelse?

- Når den sigtede er psykotisk pga. årelangt alkohol- og hashmisbrug.
- Når den sigtede er påfaldende i psykopatologisk henseende, hvis den strafbare handling er af en sådan art, at man må formode, at den sigtede er afvigende, eller hvis sigtelsen angår en grov forbrydelse (drab, røveri, brandstiftelse eller sexkriminalitet).

4. Hvordan udarbejdes en mentalerklæringskonklusion?

- Den er narrativ for at nærme sig patientens eget sprog og egen livsver-

den mest muligt.

- Den følger en specifik disposition, som f.eks. kan følge traditionen fra Retspsykiatrisk Klinik.

5. Hvad er formålet med en mentalerklæring?

- At beskrive den sigtedes psykiske tilstand på gernings- og undersøgelsestidspunktet.
- At hjælpe den sigtede til selvindsigt og motivere ham til eventuelt at lade sig behandle, hvis det skønnes påkrævet.

(jb)

Se svarene på side 47

Spiriva® (tiotropium). Forkortet produktresumé. **Indikationer:** Tiotropium er en symptomlindrende bronkodilatator til vedligeholdelsesbehandling af kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). **Kontraindikationer:** Overfølsomhed overfor tiotropium, atropin eller dets derivater samt indholdsstoffet lactose-monohydrat (indeholder mælkeprotein). **Bivirkninger*:** *Almindelige (1-10%):* Mundtørhed er set hos ca. 4% af patienterne. *Ikke almindelige (0,1-1%):* Svimmelhed, hovedpine, smagsforstyrrelser, sløret syn, atrieflimren, faryngitis, dysfoni, hoste, stomatitis, gastroesophageal reflux, obstipation, kvalme, udslæt, dysuri, urinretention. *Sjældne (mindre end 0,1%)* bivirkninger samt bivirkninger med ukendt hyppighed, herunder angioødem, takykardi og paralytisk ileus, er anført i det fulde produktresumé. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen*:** Bør ikke anvendes som initialbehandling ved akutte episoder af bronkospasmer, dvs. som akut behandling. I overensstemmelse med tiotropiums antikolinerge virkning skal tiotropium anvendes med forsigtighed til patienter med snærvinklet glaukom, prostatahyperplasi eller blærehalsobstruktion. Inhalerede lægemidler kan forårsage inhalationsinduceret bronkospasme. Tiotropium må ikke anvendes oftere end én gang dagligt. **Interaktioner*:** Der er ikke set bivirkninger ved anvendelse sammen med andre lægemidler inkl. sympatomimetiske bronkodilatatorer, methylxantiner, orale og inhalerede steroider. Samtidig indgift af andre antikolinerge midler er ikke undersøgt og kan derfor ikke anbefales. **Graviditet og amning*:** Bør ikke anvendes. **Dosering:** Inhalation af indholdet af 1 kapsel én gang dagligt med HandiHaler® på samme tidspunkt. **Farmakologiske egenskaber:** I et 4-årigt studie sås en forbedring af lungefunktionen (FEV1). Forbedringen forblev konstant i alle 4 år. I behandlingsperioden sås en reduktion på 16% i risikoen for død. Behandling med tiotropium reducerede risikoen for respirationssvigt med 19%. **Lægemiddelformer:** Inhalationspulver i kapsler. **Pakninger og priser (uge 39-40/2010):** Spiriva®, 30 kapsler med HandiHaler®, kr. 552,95, Spiriva®, 30 kapsler, kr. 507,20, Spiriva®, 90 kapsler, kr. 1511,25. (Priserne er inkl. recepturgebyr). Dagsaktuel pris findes på www.medicinpriser.dk. **Udlevering:** B. Tilskudsberettiget. **Registreringsindehaver:** Boehringer Ingelheim International GmbH. **Markedsføres i samarbejde med:** Pfizer Danmark, Lautrupvang 8, 2750 Ballerup. De med * markerede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af Lægemiddelstyrelsen godkendte produktresumé af 05.05.2010. Produktresuméet kan vederlagsfrit rekvireres fra den danske repræsentant Boehringer Ingelheim Danmark A/S, Strødamvej 52, 2100 København Ø, telefon: 39 15 88 88, Medicinsk Information eller via info@cop.boehringer-ingelheim.com

Spiriva® Respimat® (tiotropium). Forkortet produktresumé. **Indikationer:** Tiotropium er en symptomlindrende bronkodilatator til vedligeholdelsesbehandling af kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). **Kontraindikationer:** Overfølsomhed overfor tiotropium, atropin eller dets derivater eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Bivirkninger:** *Almindelig (1-10%):* Mundtørhed er set hos ca. 6% af patienterne – oftest mild og forbigående. *Ikke almindelige (0,1-1%):* Svimmelhed, hovedpine, sløret syn, palpitationer, supraventrikulær takykardi, atrieflimren, hoste, faryngitis og anden irritation på applikationsstedet, dysfoni, oral candidiasis, gastroesophageal reflux, dysfagi, pruritus, dysuri, urinretention. Ikke kendte bivirkninger (frekvensen kendes ikke, men bivirkningen er ikke set hos 849 patienter) er anført i det fulde produktresumé. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen*:** Bør ikke anvendes som initialbehandling ved akutte episoder af bronkospasmer, dvs. som akut behandling. I overensstemmelse med tiotropiums antikolinerge virkning skal tiotropium anvendes med forsigtighed til patienter med snærvinklet glaukom, prostatahyperplasi eller blærehalsobstruktion. Inhalerede lægemidler kan forårsage inhalationsinduceret bronkospasme. Tiotropium må ikke anvendes hyppigere end én gang dagligt. **Interaktioner*:** Der er ikke set bivirkninger ved anvendelse sammen med andre lægemidler inkl. sympatomimetiske bronkodilatatorer, methylxantiner, orale og inhalerede steroider. Samtidig indgift af andre antikolinerge midler er ikke undersøgt og kan derfor ikke anbefales. **Graviditet og amning*:** Bør ikke anvendes. **Dosering:** To pust inhaleres én gang om dagen på samme tidspunkt. **Lægemiddelformer:** Inhalationsvæske, opløsning i patron. **Pakninger og priser (uge 39-40/2010):** Spiriva® Respimat® inhalationsvæske, 1 patron med 60 pust: kr. 552,95 (Priserne er inkl. recepturgebyr). Dagsaktuel pris findes på www.medicinpriser.dk. **Udlevering:** B. Tilskudsberettiget. **Registreringsindehaver:** Boehringer Ingelheim International GmbH. **Markedsføres i samarbejde med:** Pfizer Danmark, Lautrupvang 8, 2750 Ballerup. De med * markerede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af Lægemiddelstyrelsen godkendte produktresumé af 26.08.2009. Produktresuméet kan vederlagsfrit rekvireres fra den danske repræsentant Boehringer Ingelheim Danmark A/S, Strødamvej 52, 2100 København Ø, telefon: 39 15 88 88, Medicinsk Information eller via info@cop.boehringer-ingelheim.com

Referencer:

1) Lægemiddelstyrelsens godkendte produktresumé af 5.maj 2010 for Spiriva® inhalationspulver i kapsler. 2) Lange P et al. Medicinsk Kompendium; 17. udgave: s. 1359, 2009. 3) Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: pocket guide to COPD diagnosis, management, and prevention. Updated 2009. <http://www.goldcopd.com>. Accessed December 8th, 2009. 4) Troosters T et al; on behalf of the UPLIFT® investigators. Tiotropium as a First Maintenance Drug in COPD: Secondary Analysis of the UPLIFT® trial. ERJ Express, February 2010, doi: 10.1183/09031936.00127809. 5) Tashkin DP et al. On behalf of the UPLIFT® (Understanding Potential Long-term Impacts on Function with Tiotropium) study investigators. A 4-year trial of tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med. 2008;359:1543–1554. 6) Decramer M et al on behalf of the UPLIFT® investigators. Effects of tiotropium on outcomes in GOLD stage II COPD: subgroup analysis from the UPLIFT® (Understanding Potential Long-term Impacts on Function with Tiotropium) study. Lancet 2009;374: 1171–1178.

Produktinformation
fås på telefon 39 15 88 88 kl. 9-16

KORT

Hjælp til at træffe de svære valg

AF TORBEN SVANE CHRISTENSEN, JOURNALIST

Tvang i forbindelse med en spiseforstyret patient. Hasteflytning af en patient til en anden afdeling uden for normal arbejdstid. Det er nogle af de spørgsmål, der har været taget op i den nyoprettede Klinisk Etisk Komité i Psykiatrien i Region Syddanmark.

Ansatte i psykiatrien har en dagligdag fyldt med svære valg og etiske dilemmaer. Det kan være i forbindelse med tvang, spisning, medicinering eller i forhold til balancegangen mellem patientens ret til selvbestemmelse og behovet for omsorg. Eller i forhold til tavshedspligten over for de pårørendes forventning om inddragelse.

En henvendelse fra en medarbejder i Psykiatrien i Region Syddanmark var den direkte årsag til, at der nu er etableret en klinisk etisk komité på Almenpsykiatrisk Afdeling Odense, som skal hjælpe de ansatte med at træffe de svære valg.

Professor og ledende overlæge Thorkil Sørensen fra Almenpsykiatrisk Afdeling Odense er formand for komitéen.

"Fagfolkene i klinikken har stadig det fulde ansvar. Komitéen skal ikke dømmе handlinger og beslutninger. Vi skal ikke være et facitorgan, for det er ikke resultatet, som er vigtigt. Det er processen. Vi kan støtte medarbejderne i at blive bedre til at reflektere over etiske problemstillinger," siger han.

De sager, der bliver drøftet på møderne, kan ansatte læse om i de referater, som komitéen lægger ud på nettet. Der bliver også lavet en årsrapport med de mest relevante sager.

Tværfagligt forum

Idéen med komitéen er at skabe et tværfagligt forum, hvor de etiske dilemmaer kan drøftes systematisk og med henblik på læring. I Norge har man arbejdet med klinisk etiske komitéer siden 1996, og erfaringerne er så gode, at det i dag er et lovkrav, at samtlige sygehuse og kommuner skal have en klinisk komité.

For at udbrede kendskabet til Klinisk Etisk Komité skal hver afdelingsledelse udpege en ambassadør, som skal være opsøgende og fortælle om komitéens arbejde. Ambassadørerne skal desuden være med til at skabe åbenhed og debat om de mange etiske dilemmaer i psykiatrien. På den måde sikres det, at komitéens arbejde forankres lokalt i organisationen.

Inspireret af arbejdet med at etablere en klinisk etisk komité for Psykiatrien i Region Syddanmark vedtog Dansk Sygeplejeråd et forslag fra Kreds Syddanmark på kongressen i maj 2010:

"DSR vil arbejde for at udbrede klinisk etiske komitéer på alle landets sygehuse – somatiske og psykiatriske – samt i kommunerne."

Læs mere på www.psykiatrisyddanmark.dk >"Klinisk Etisk Komité". Læs også artikler om Klinisk Etisk Komité på Aalborg Sygehus fra Sygeplejersken nr. 22/2009.

VERDEN RUNDT

Mobilt sygeplejebibliotek i udviklingslande

ICN sender jævnligt et mobilt sygeplejebibliotek til fjerntliggende steder over hele verden. Det indeholder ca. 90 sygepleje- og sundhedsrelaterede bøger, kliniske retningslinjer og læringsprogrammer, der opdateres jævnligt. Biblioteket sendes i en stålkuvert, der er modstandsdygtig over for fugt, varme, vand, insekter og slag.

Læs mere om biblioteket på: www.icn.ch/projects/Mobile-Library.

Færre hiv-smittede i Afrika

22 af de allerfattigste lande i Afrika kan melde om et fald i antallet af nye hiv-smittede på 25 pct. Den positive udvikling skyldes større bevidsthed om hiv-smitte og udbredt brug af kondomer. Til gengæld stiger antallet af nye hiv-smittede i Østeuropa og Kina. Det fremgår af en ny opgørelse fra FN-organisationen UNAids.

Krop og sind hænger sammen

Søndag den 10. oktober er det WHO's internationale psykiatridag, Sindets Dag. Fokus i år er vigtigheden af at tilbyde integreret omsorg inden for psykisk sygdom og fysiske kroniske lidelser. Dagen markeres gennem en række arrangementer i landet, og The World Federation for Mental Health, WFMH, har i den anledning udgivet et programhæfte "The Great Push for Mental Health", der angiver strategier for en bedre integration.

Læs mere om programmet; www.wfmh.org > World Mental Health Day

Tredobling i antallet af demente

Udgifterne til at behandle og pleje demente udgør nu 1 pct. af verdens samlede bruttonationalprodukt. Antallet af demente vil være fordoblet i 2020 og tredoblet i 2050 ifølge en ny rapport fra den globale sammenlutning af Alzheimer-organisationer. Læs også World Alzheimer Report på: www.alz.co.uk/research/worldreport

PRODUKTRESUMÉ FOR ANNONCE SIDE 13

Vagifem® (17β-estradiol) 10 mikrogram.

Forkortet produktresumé

Lægemiddelform: Vaginaltabletter. Vagifem® indeholder 10 mikrogram estradiolhemihydrat i en vaginaltablett indsat i en engangsapplikator. **Indikation:** Behandling af atrofisk vaginitis forårsaget af østrogenmangel. Erfaring med behandling af kvinder over 65 år er begrænset. **Dosering:** Vagifem® administreres intravaginalt ved hjælp af en applikator. Initialdosis: 1 vaginaltablett daglig i 2 uger. Vedligeholdelsesdosis: 1 vaginaltablett 2 gange om ugen. Behandlingen kan starte en hvilken som helst dag. Hvis en dosis glemmes, bør den tages, så snart patienten husker det. Dobbeldosis bør undgås. Skift til produkt med højere dosis, Vagifem® 25 mikrogram, kan foretages såfremt der efter 3 måneders behandling ikke er opnået tilfredsstillende symptomlindring. Vagifem® kan bruges af kvinder med eller uden intakt uterus. Ved behandlingen kan der specielt i de første 2 uger observeres en minimal systemisk absorption. Det er ikke anbefalet at give et tilskud af progesteron, eftersom plasmaestradiolniveauerne sædvanligvis ikke overstiger de postmenopausale niveauer. **Kontraindikationer:** Kendt, tidligere brystcancer eller mistanke om brystcancer. Kendte eller mistænkte, tidligere eller mistænkte østrogenafhængige, maligne tumorer, f.eks. endometrie-cancer, udiagnosticeret genitalblødning, ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere idiopatisk eller aktuel venøs tromboembolisme. Aktuel eller nylig arteriel tromboembolisk sygdom. Akut eller tidligere leversygdom, hvor leveralt endnu ikke er normaliserede. Kendt overfølsomhed over for estradiol eller et eller flere af de øvrige indholdsstoffer. **Porfyri. Særlige advarsler og forsigtighedsregler:** For hormonsubstitutionsbehandling startes eller genoptages, bør der optages en komplet anamnese og indhentes oplysninger om familiær disposition. Fysisk (inklusive bækken og bryst) undersøgelse skal sammenholdes med dette og kontraindikationer og advarsler for brug. Regelmæssig kontrol anbefales under behandlingen. Hvor ofte og hvordan afhænger af den enkelte kvinde. Kvinder bør lære, hvilke slags forandringer i brystet, som bør rapporteres til en læge eller sygeplejerske. Undersøgelser inklusiv mammografi bør foretages i henhold til gældende screeningspraksis, tilpasset behovet herfor hos den enkelte kvinde. Behandlingen bør seponeres i tilfælde af, at en kontraindikation konstateres, og i de følgende situationer: Gulsot eller svækkelse af leverfunktionen, signifikant forøgelse af blodtryk, nyt anfald af migræne-lignende hovedpine og graviditet. **Endometriehyperplasi:** Kvinder med intakt uterus og unormal blødning af ukendt årsag eller kvinder med intakt uterus, som tidligere er blevet behandlet med østrogen alene, bør undersøges nøje med henblik på at udelukke hyperplasi/malignitet af endometriet før behandling med Vagifem® startes. Generelt bør østrogensubstitutionsbehandling ikke gives mere end 1 år, uden at der foretages en opfølgende gynækologisk undersøgelse. *Da Vagifem® administreres lokalt og indeholder en lav dosis estradiol, er forekomsten af de nedenfor nævnte forhold mindre sandsynlig end ved systemisk østrogenbehandling.* **Brystcancer:** Systemisk østrogen eller østrogen-progesteron behandling kan øge risikoen for brystcancer. **Venøs tromboembolisme:** Systemisk HRT er associeret med en højere relativ risiko for udvikling af venøs tromboembolisme, f.eks. dyb venetrombose eller lungeemboli. **Lidelser i koronararterierne:** Det er i randomiserede, kontrollerede forsøg ikke påvist, at østrogener kombineret østrogen/progesteron beskytter mod lidelser i koronararterierne. **Overicancer:** Behandling med systemisk østrogen samt progesteron i mindst 5-10 år har været forbundet med en let øget risiko for ovariecancer i nogle epidemiologiske studier. **Andre forhold:** Østrogen kan forårsage væskeophobning, og patienter med kardial eller renal dysfunktion bør derfor overvåges nøje under de første uger af behandlingen. **Graviditet og amning:** Vagifem® er ikke indiceret under graviditet eller amning. **Bivirkninger:** Østrogen-relaterede bivirkninger såsom brystmerter, perifere ødemer og postmenopausale blødninger er rapporteret svarende til placebo og mest til stede i begyndelsen af behandlingen. **Almindelige:** Hovedpine, Mavesmerter, Vaginal hæmorrhagi, vaginalt udflåd eller vaginalt ubehag Ikke almindelige: Vulvovaginal mycotisk infektion, kvalme, udslæt, vægtstigning, hedeure eller hypertension. **Farmakologisk oplysning:** Østrogen holder pH i vagina på ca. 4,5, hvilket forøger den normale bakterielle flora. **Opbevaring:** Må ikke opbevares i køleskab. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Novo Nordisk A/S, Novo Alle, 2880 Bagsværd. **Pakninger og priser (inkl. moms):** Vagifem®, 18 vaginaltabletter i applikator enkeltvis indpakket i blisterpakning Pris 169,20, Dato September 2010. Se evt. www.medicinpriser.dk for aktuel dagspris. **Udlevering B:** Lægemidlet er generelt tilskudsberettiget. Komplet produktresumé og yderligere information kan rekvireres vederlagsfrit ved henvendelse til Novo Nordisk Scandinavia AB, Kundeservice tlf.: +45 80200240. Vagifem® er et registreret varemærke af Novo Nordisk. Dato for udarbejdelse: Februar 2010.



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

Ring og bestil demonstration eller prøver på 86 21 08 00

SIDSTE CHANCE

EFTERUDDANNELSE FOR SUNDHEDSPLEJERSKER

– der skal varetage ind- og udskolingsundersøgelser

Opnå de supplerende kundskaber, der er obligatoriske for at kunne varetage de lovpligtige ind- og udskolingsundersøgelser af skolebørn, og vær med til at sikre rettidig og relevant lægefaglig bistand, hvor det er påkrævet.

Hvor og hvornår?

Det sidste hold i 2011 afholdes i Odense i marts.

Pris

7.950 kr.



RING til Martha Højgaard på 4029 0659 – hvis du har spørgsmål.



LÆS MERE OG TILMELD DIG på www.cok.dk



Flere mænd i sygeplejen – ja tak!

Antallet af mænd, der vil læse til sygeplejerske, er det højeste i mere end 10 år. Der går naturligvis nogle år, før det kan mærkes på landets arbejdspladser, hvor der p.t. kun er én mandlig sygeplejerske for hver 28. kvindelige sygeplejerske. Savner du mandlige sygeplejerskekolleger?

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST



FOTO: SØREN SVENDSEN

Pia Feldthusen,
sygeplejerske, Neurointensivt
Terapiafsnit 2093, Rigshospitalet

”Det gør jeg i høj grad, selvom vi på min afdeling har en del af dem. Vi har samme uddannelse, men omvendt nogle forskellige sociale kompetencer, som kommer til udtryk i vores tilgang til både patienterne og de pårørende. F.eks. kan unge mandlige patienter have en lidt hård overflade, og derfor synes de måske, at vi kvinder er lidt for mor-agtige og følelsesladede i vores pleje nogle gange. Her sker der ofte noget andet, hvis det er en mandlig sygeplejerske, der går til dem. Mændene er nok lidt mere barske og direkte med samme humor og tilgang til livet som drenge selv.”



FOTO: SØREN SVENDSEN

Pernille Friis Andersen,
afdelingssygeplejerske,
P2, Sikringen, Nykøbing Sjælland

”Jeg har mænd, men ingen mandlige sygeplejersker ansat på mit afsnit lige nu. Det er fint med mænd i sygeplejen, men jeg savner ikke mænd frem for kvinder, jeg savner overordnet sygeplejersker. Vi har generelt svært ved at rekruttere, geografien trækker nok lidt ned. Det er svært for ægtefæller at få job heroppe, og så er der jo også ansættelsesstop i øjeblikket. Men hos os er mandlige sygeplejersker selvfølgelig altid en god ting, vi har mange mandlige patienter, og vi har også en mandesikkerhedsnormering, vi skal opfylde.”



FOTO: SØREN SVENDSEN

Bente Nisted Olsen,
afdelingssygeplejerske, Ortopædkirur-
gisk Ambulatorium, Herlev Hospital

”Ja, vi har ingen ansat i øjeblikket. Blandede køn skaber en god atmosfære fagligt og socialt, det giver et andet med- og modspil. Jeg er tilknyttet både ambulatoriet og et sengeafsnit, og på sengeafsnittet føler de ældre patienter sig – uden saglig grund – mere sikre, hvis det er en mand, der støtter dem, når de skal ud og gå. Det tricker et eller andet hos dem psykisk. Jeg er så heldig at have en mandlig afdelingssygeplejerske at sparre med, og det er rart. Mænd ser tingene på en anden måde, og jeg så meget gerne, at flere mandlige sygeplejersker valgte de ordinære ”bløde” somatiske afdelinger til. Det er, som om de søger andre steder hen, de finder nicherne som anæstesi, traumeafdelinger eller det private. Da jeg læste til sygeplejerske for mange år siden, var otte ud af 24 i min klasse mænd, jeg er nærmest opvokset med mænd. Det var helt specielt.”

” Politikerne mener åbenbart, at en paramediciner kan gøre det lige så godt som en uddannet narkose-sygeplejerske, men en paramediciner er en falckred-der med nogle års erhvervserfaring og to fem-ugers efteruddannelseskurser.

Narkosesygeplejerske Anita Lyngesen i Holbæk Amts Vestreblad 28. september 2010 i anledning af, at akutbilen i Nykøbing nedlægges fra marts 2011.

Socialt udsatte tror på rygestop

Socialt udsatte har mere tiltro til, at de kan droppe tobakken, end medarbejderne på landets kommunale tilbud. Det viser en ny undersøgelse fra projektet Røgfrihed for alle.

AF JULIE WINTHER BENGTON, JOURNALIST

Socialt udsatte borgere, der har psykiske lidelser, er misbrugere eller hjemløse ryger mere end andre borgere. Mange er brugere af væresteder og lignende kommunale tilbud, hvor man tidligere ikke har fokuseret på rygestop. Men en ny undersøgelse viser, at en tredjedel af brugerne tror på, at de godt kan kvitte tobakken, mens kun hver sjette af medarbejderne har samme tiltro. Det er projektet "Røgfrihed for alle", der har undersøgt holdningerne blandt medarbejdere og brugere rundt om i landet.

Projektleder Helle Stuart mener, at resultaterne viser, at det betaler sig at satse på rygestop.

"Resultaterne er opmuntrende på den måde, at de viser, at borgerne selv ønsker at holde op. Derfor bør man arbejde mere med at understøtte dette ønske," siger hun.

I projekt "Røgfrihed for alle" arbejder 12 modelkommuner systematisk med rygestop på væresteder og andre tilbud til socialt udsatte.

"Det handler om at skabe rammer, der understøtter rygestop. Og så uddanner vi medarbejdere i rygestop, så de kan tage en snak med brugerne om deres rygevaner," fortæller Helle Stuart.

Hun påpeger samtidig det vigtige i, at der er en fælles holdning blandt medarbejderne til rygning, også selvom de selv er rygere.

Ingen brok over rygeforbud

Et af de steder, der arbejder aktivt for at reducere rygning blandt socialt udsatte, er værestedet Fristedet i Faxe Kommune. Her har en af de faste medarbejdere, Annette Pedersen, uddannet sig til rygestopinstruktør. Fristedet har bl.a. ændret de fysiske rammer, så rygning nu er bandlyst indenørs.

"Faktisk havde vi forventet, at brugerne ville brokke sig, da de pludselig skulle ryge udenfor, men det gjorde de overhovedet ikke," siger Annette Pedersen.

Indtil videre har ingen af brugerne droppet smøgerne helt, men det har Annette Pedersen selv. Hun ser nu sig selv som et forbillede for brugerne, som er meget interesserede i, hvordan det er at blive røgfri.



Deltag i konkurrencen Opfinderprisen

AF EVY RAVN, FAGREDAKTØR

Der bliver eksperimenteret med kreative og skæve løsningsmodeller inden for sygeplejen. I november søsætter Sygeplejersken en konkurrence, der skal vise idérigdommen. Vinderen belønnes med 10.000 kr.

Sygeplejersken inviterer alle medlemmer af Dansk Sygeplejeråd til at deltage i konkurrencen "Opfinderprisen - nye veje i sygepleje".

En opfindelse ses i konkurrencen som idéer eller nye opfindelser, der ikke er brugt på samme måde tidligere. Der kan være tale om helt nye ting eller ting, der implementeres på en ny måde.

Vinderen, der belønnes med 10.000 kr., kåres af en jury. 2.- og 3.-pladsen belønnes hver med 5.000 kr. og

kåres af Dansk Sygeplejeråds medlemmer. Opfindelser kan omfatte:

- Fysiske redskaber
- Måden arbejdet er organiseret på
- Måden arbejdet bliver ledet på
- Pædagogiske metoder
- En ny måde at anvende eksisterende viden på.

Startskuddet til konkurrencen lyder i november, samtidig med at Dansk Sygeplejeråd lancerer sin nye portal. Konkurrencen løber over seks måneder, og de nærmere regler og deltagervejledning offentliggøres i Sygeplejersken nr. 18 og på Dansk Sygeplejeråds elektroniske medier.

NYE VEJE I SYGEPLEJE
OPFINDERPRISEN

STUDERENDE I PRAKSIS

Patienten savner selskab

AF SYGEPLEJESTUDERENDE KARINA ANDERSEN, 3. SEMESTER, MODUL 5

Når patienten savner nogen at tale med, kan det udmønte sig i, at hun gerne vil have hjælp til spisning, selv om hun godt selv kan spise.

Teori og praksis går ikke altid hånd i hånd. I teorien handler alt om at tilrettelægge en individuel sygepleje til hver patient, så patienten oplever sygeplejen som værdig. Men ...

I mit tredje praktikforløb fik jeg tildelt en patient, som jeg skulle komme hos hver morgen. Patienten skulle sengebades, have hjælp til påklædning og andre personlige behov. Jeg havde inden mødet med patienten læst i journalen om sygdomsforløb, pårørende, social status og bopæl for at danne mig et billede af, hvad det var for en patient, jeg skulle besøge.

I journalen står der bl.a., at patienten ser meget dårligt, er immobil, og har slidgigt i hænder og fødder. Pga. slidgigten finder jeg det naturligt at spørge patienten, om hun skal have hjælp til indtagelse af mad og drikke, og det bekræfter hun. Patienten er meget lang tid om at spise, da maden ikke må være i for store stykker, og hun er også meget ivrig efter at snakke med mig. Derfor var det ikke unaturligt at bruge halvanden time på at hjælpe patienten med at spise.

Efter at have haft patienten i tre dage får jeg at vide, at hun ikke har problemer med at spise selv, og at jeg for eftertiden ikke skal hjælpe med det. Dagen efter, da jeg er hos patienten, gør jeg, som jeg har fået besked på. Jeg stiller morgenmaden på bordet, viser patienten, hvor på bordet maden står, og forlader rummet med et "velbekomme". Patienten protesterer og siger, at jeg skal hjælpe. Jeg konfronterer patienten med det, jeg har fået at vide, da jeg går ind for, at patienterne selv skal gøre det, de kan. Patienten går i gang med at spise.



Da jeg forlader stuen, betragter jeg patienten fra døren og står der med en følelse af, at jeg ikke har gjort noget godt for hende. Vi har lært, at det at hjælpe en patient med indtagelse af mad og drikke kan være meget nedværdigende, men jeg oplevede det modsatte, hvilket overraskede mig meget. Det fik mig til at indse, at teori er én ting og praksis noget helt andet. Denne patient manglede meget tydeligt social stimulation fra andre mennesker.

Episoden har givet stof til eftertanke. Man kan ikke altid regne med, at teori og praksis går hånd i hånd, det handler om at vurdere den enkeltes behov uden at berøve patienten sin frihed.

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 redaktionen@dsr.dk. Den må fylde højst ca. 2.000 tegn.

Vagifem® (17β-estradiol) – fås nu i markedets laveste virksomme dosis

Ny, ultra-lavdosisudgave af Vagifem® 10 µg til vaginal atrofi



- Markedets laveste virksomme dosis¹
- Signifikant langsigtet bedring i vaginal sundhed²
- Nøjagtig dosis, administreres lokalt og virker lokalt³



PRODUKTRESUMÉ FINDES PÅ SIDE 9

Referencer:

1. Lægemiddelstyrelsen, April 2010
2. Simon J et al. Obstet Gynecol 2008;112: 1053-1060
3. Det af Lægemiddelstyrelsen godkendte produktresumé

Vagifem® 10µg
(17β-estradiol)



ARKIVFOTO: POLFOTO

Claus Beck-Nielsens dødsleje uden for Glyptoteket i København, torsdag den 30. september. To frivillige sygeplejersker står sammen med kunstneren Claus Beck-Nielsen ved en silikonedukke, som er en tro kopi af kunstneren og symboliserer hans døende identitet. I en uge lå dukken til skue for offentligheden i en lille hvid bygning midt på H.C. Andersens Boulevard foran Glyptoteket, mens den omgivet af frivillige læger og sygeplejersker kæmpede en fiktiv døds-kamp. Formålet er at lægge Claus Beck-Nielsens identitet i graven sammen med silikonedukken på Assistens Kirkegård, hvor han bringes til i et ligtog den 11. oktober. Claus-Beck Nielsen er leder af kunstnervirksomheden Das Beckwerk, som arbejder på at udvikle nye måder at være menneske på uden identiteten, navnet og nummeret. Glyptoteket fortæller frem til 17. januar 2011 historien om Das Beckwerk. (jwb)

” Eftersom der ikke er kommunale sygeplejeopgaver på Tunø, kan vi som kommune ikke forsvare at bruge penge på en ordning, som der reelt ikke er behov for.

Formand for Odder kommunes social-og sundhedsudvalg, Sanne Rubinke i Århus Stiftstidende 30. september 2010 i forbindelse med at betalingen for Tunøs faste sygeplejerske stopper fra nytår.

Skrækscenarie En offentlig sektor kun for kvinder

Der er brug for at reducere uligelønnen mellem kvinde- og mandefag for at sikre rekruttering af begge køn til job i den offentlige sektor i fremtiden.

Barsel og forældreorlov gør ikke kvinder og mænd mere lige på arbejdsmarkedet, tværtimod virker det modsat. Det slog forskere fast på en høring arrangeret af Folketingets politisk-økonomiske udvalg tirsdag den 28. september med temaet ligestilling, ligeløn og kønsopdelingen i uddannelsessystemet og på arbejdsmarkedet.

Vicedirektør i Dansk Arbejdsgiverforening, Fini Beilin, forudsiger, at den offentlige sektor i løbet af få år vil beskæftige næsten udelukkende kvinder og den private sektor næsten udelukkende mænd. En situation, han betegede som "forfærdelig" for det danske arbejdsmarked.

Flere medlemmer af regeringens Lønkommission var til stede under høringen.

De påpegede, at der ikke blev opnået enighed om en dansk definition på "arbejde af samme værdi"- en definition, som ville gøre det lettere at sammenligne værdisætningen af forskellige job. Den svenske diskriminationslov nr. 567 fra 2008 kommer med et bud på en sådan definition, og en af oplægsholderne ved Folketingets høring, faglig sekretær og advokat Byriel R. Bjørst, Teknisk Landsforbund, foreslog politikerne, at man ganske enkelt oversætter den svenske definition.

Uddannelse betaler sig ikke

Kan uddannelse betale sig? Nej, mener en ung mand fra Vendsyssel, som var et af eksemplerne på de kønsbestemte uddannelsesvalg, politikerne hørte om. "Min far har ingen uddannelse og tjener 30.000 kr. Min mor er uddannet social- og sundhedshjælper og tjener ikke en skid," var ordene fra Vendsyssel.

Det politisk-økonomiske udvalgs formand, Frank Aaen (EL), lovede mødedeltagerne, at Folketingets implicerede udvalg vil drøfte de fremkomne forslag nærmere med henblik på det videre politiske arbejde.

Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen hilser det velkomment, at politikerne på Christiansborg er ved at få øjnene op for ligestillingsproblemerne.

"Det er vigtigt at holde politikerne fast på, at de har et ansvar for at skabe mere ligestilling og reducere uligelønnen mellem fag med mange kvinder og mange mænd. I dag kan det økonomisk set ikke betale sig at tage en uddannelse, der retter sig mod de kvindedominerede fag i den offentlige sektor, og det er i virkeligheden det største ligestillingsproblem i dag," siger Grete Christensen.

(sp)



Få nye kompetencer inden for dit fagområde

Tag et diplommodul eller et kursus og kom tilbage til din arbejdsplads med ny viden og inspiration til at udvikle dit daglige arbejde

SUNDHEDSFAGLIGE DIPLOMMODULER

Klinisk udvikling i professionspraksis i relation til operationspatienter

Tid: Uge 9-14, fuld tid
Tilmeldingsfrist: 1. december

Klinisk udvikling i professionspraksis i relation til mennesker med kræft

Tid: Uge 10-25, deltid
Undervisning torsdage 15.00-20.15
Tilmeldingsfrist: 1. december

Patientologi i relation til mennesker med sår

Tid: Uge 18-23, fuld tid
Tilmeldingsfrist: 1. december

Obligatorisk modul

Tid: Uge 10-15, fuld tid, eller uge 4-15, deltid
Tilmeldingsfrist: 1. november

Afgangsmodul

Tid: Uge 4-13, fuld tid, eller uge 4-24, deltid
Tilmeldingsfrist: 1. november

FAGSPECIFIKKE KURSER

Projekt og faglig ledelse i sundhedsvæsnets

Tid: 8.-16. december
Tilmeldingsfrist: 9. november

Basal stimulation i den palliative indsats

Tid: 23.-30. november
Tilmeldingsfrist: 25. oktober

Obstetrisk ultralydsskanning

Tid: 2.-10. februar
Tilmeldingsfrist: 1. november

Opfølgingskursus for kliniske vejledere

Tid: 1.-10. november + 1 opfølgingsdag forår 2011
Tilmeldingsfrist: 25. oktober

Særligt for nyuddannede ledige

Vi afholder bl.a. et kursus om sårbehandling i november måned. Hold øje med hjemmesiden for yderligere information.

Deltag i en temadag

17.11.2010: Forebyggelse af tryksår i et tværfagligt samarbejde. Tilmelding senest 1. november.

7.12.2010: Klinisk vejleder som eksaminator. Tilmelding senest 5. november.

Læs mere om vores tilbud på www.phmetropol.dk
Kontakt: Jeanie Sangill, tlf. 7248 7687, jesa@phmetropol.dk

METROPOL

Sundhedsfaglige Efter- og Videreuddannelser

Kør bil med BAUTA



Har du styr på din bilforsikring?

Du kan her se priseksempel på en bilforsikring i BAUTA, hvis du er elitebilist og bor i postnumrene 6040, 7900, 8300 og 9242. Prisen dækker over en helårlig betaling med en selvrisiko på 5.290 kr. i 2010:

Skoda Fabia 1,4
årlig pris = 3.272 kr.

Kia Cee'd 1,6 diesel
årlig pris = 3.518 kr.

Toyota Aygo 1,0
årlig pris = 3.041 kr.

Mazda 2 1,3
årlig pris = 3.272 kr.

En bilforsikring hos BAUTA giver dig klare fordele:

- Forsikringen stiger ikke i pris efter skader
- Du bliver allerede elitebilist efter fem års skadefri kørsel
- Tilvalg: Billig vejhjælp og friskadedækning
- Aldersrabat: Kaskoprisen reduceres med 6, 15 og 20% når din bil er fyldt 5, 10 og 15 år.

Det er en forudsætning, at du har/tegner BAUTA's attraktive Indboforsikring for at tegne den billige bilforsikring. Læs mere på www.bauta.dk



BAUTA FORSIKRING A/S

www.bauta.dk - Tlf.: 3315 1545

Mundpleje efter bogen

En ny godkendt klinisk retningslinje for mundhygiejne anbefaler screening og scoring.

Mundpleje er en sygeplejeopgave, der ofte ikke prioriteres særlig højt. En ny godkendt klinisk retningslinje til "identifikation af behov for mundpleje og udførelse af tandbørstning hos voksne hospitalsindlagte patienter" vil kunne råde bod på det.

En ekstra gevinst ved omhyggelig mundpleje er, at den forebygger pneumoni, idet der findes ca. 500 forskellige bakterier i mundhulen, og de øger risikoen for luftvejsinfektioner og endocarditis.

Retningslinjen anbefaler screening og scoring ved hjælp af redskabet ROAG, Revised Oral Assessment Guide. Screeningsredskabet omfatter vurdering af læber, tunge, slimhinder og tandkød, tænder, spytksekretion, gane, stemme og synkefunktion. Afhængigt af resultatet af scoringen anbefales generel eller speciel mundpleje. Generel mundpleje skal som minimum foretages efter hvert måltid, speciel mundpleje fordrer, at der bliver oprettet en plejeplan.

Retningslinjen er målrettet hospitalsindlagte patienter, men hjemmeplejen må gerne kigge med, for mundpleje har stor betydning for den enkelte patients velvære, også i hjemmet.

(jb)

Læs eller download hele retningslinjen på www.kliniskeretningslinjer.dk

Præcisering

I artiklen "Det er ikke sjovt at vide, de ikke vil have én" i Sygeplejersken nr. 15/2010 kunne man få det indtryk, at Sygehus Nord (Køge, red.) var afsender af det brev, der fortalte, at Sygehus Nord og Sygehus Syd (Næstved, red.) ikke var enige om, at en gruppe sygeplejersker skulle flyttes fra Næstved til Køge Sygehus. Det skal præciseres, at afsenderen var Sygehus Syd.

Redaktionen.

Bag tremmer

AF JETTE BAGH, FAGREDAKTØR • ILLUSTRATION: PIA OLSEN

Gunhild er sygeplejerske og skal have foretaget en gynækologisk undersøgelse, som hun har fået indkaldelse til fra regionen. Hun sidder i venteværelset hos sin praktiserende læge og hører konsultationssygeplejersken småsnakke engageret med en af de ventende mandlige patienter. Hun studser, da konsultationssygeplejersken pludselig hæver stemmen og siger: "Hold da op, hvad har du været i fængsel for?"

Gunhild kan ikke dechiffrere svaret, men undrer sig over konsultationssygeplejerskens kombination af ekstrem nysgerrighed og åbenmundethed. Hun overvejer en flabet bemærkning til konsultationssygeplejersken, når hun går forbi: "Tak for underholdningen" men forkaster idéen. For dumt, og hvad skulle det nytte. Skal man overhovedet blande sig, når en kollega overtræder tavshedspligten lige for næsen af én?



Hvad synes du? Læs nedenfor, hvad vores panelmedlemmer mener, og skriv eventuelt dit svar på www.sygeplejersken.dk under dilemma.

Svar 1. Man er i tvivl om, hvorvidt patientens autonomi er respekteret, om patienten har været kompetent til at træffe en beslutning, og om der er givet rum hertil. De Sygeplejeetiske Retningslinjer beskriver, at sygeplejersken skal arbejde for, at patienten bevarer sin værdighed og integritet, og at sygeplejersken skal værne om fortrolige oplysninger om patienten.

Det fremgår ikke af beskrivelsen, om patienten har noget imod sygeplejerskens udbrud. Det er fagligt forkert at bringe oplysningen frem uden at spørge først, men Gunhild antager med sikkerhed, at patienten føler sig stødt. Hvad jeg ville gøre? På baggrund af historien har jeg ikke noget entydigt svar, men jeg hæfter mig ved, at Gunhild ikke er på arbejde. Hun befinder sig i venteværelset som privatperson, og De Sygeplejeetiske Retningslinjer gælder for sygeplejerskens virksomhedsområde.

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

Svar 2. Der kan nemt findes gode forklaringer på ikke at gøre noget: Jeg kommer jo hos lægen som patient, Gunhild er jo ikke min kollega, og jeg kommer heldigvis ikke så tit, så jeg behøver ikke blande mig. En anden mulighed kunne være at påtage sig ansvaret i forhold til De Sygeplejeetiske Retningslinjer. Det står nu helt klart for mig: Der er intet valg! Jeg må sige noget til konsultationssygeplejersken, hvis jeg skal kunne se mig selv i øjnene. Når det så er slået fast, så er næste skridt at overveje måden, og under hvilke forhold jeg vil kontakte min kollega – og her er der intet endegyldigt svar.

Af Grete Bækgaard Thomsen, formand for Sygeplejeetisk Råd, www.dsr.dk/ser

”Vi blev i realiteten anklaget for mord”

”Klagesagen er det værste, jeg har været ude for i min karriere,” siger en sygeplejerske. Her fortæller hun sammen med en kollega om de personlige omkostninger ved en klagesag, der strakte sig over næsten to år.

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST


”Er patienten død?” Sådan spurgte Mette forundret, da hun vendte tilbage til sin arbejdsplads efter en ferie. Den ældre mands død kom uventet, og forløbet havde været helt specielt. Patientens søn havde været kontrollerende helt ned til mindste detalje. Selvom sygeplejerskerne gjorde deres bedste, var det aldrig godt nok, og de følte sig overvåget af den pårørende, som selv var ansat i sundhedsvæsenet.

Mette var på det tidspunkt afdelingssygeplejerske på en presset medicinsk afdeling i provinsen, og hun var ikke i tvivl om, at det uventede dødsfald kunne resultere i en klagesag. Hun gik derfor med det samme til den ansvarlige overlæge og gennemgik hele forløbet.

Først to måneder efter modtog afdelingen et ni sider langt brev fra Patientklagenævnet. Klagen satte en gruppe læger, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter på pinebænken i næsten to år. Sagen endte med, at Mette og hendes kollega Lise slap for påtale, mens et par af sygeplejerskerne og social- og sundhedsassistenterne fik en mild kritik.

Søvnløse nætter

Det er en grå regnvejrsdag et par måneder efter, at der omsider er blevet sat punktum i klagesagen. De to sygeplejersker, Mette og Lise, sidder ved kaffe- ▶



” I dag tror jeg ikke, jeg ville turde arbejde som menig sygeplejerske på en sengeafdeling. Når man er ærekær og gerne vil gøre sit arbejde så godt som muligt, er man utrolig udsat.

Mette, sygeplejerske.

► bordet i Mettes stue med en idyllisk udsigt over havet og fortæller om et forløb, som har resulteret i søvnløse nætter og overvejelser om helt at droppe sygeplejen. De har begge mere end 25 års erfaring i deres fag, og Lise er med Mettes ord "en af de sygeplejersker, som de unge læger kommer til, fordi hun er så suverænt dygtig i klinikken".

Den ældre mand var en kompleks patient. Da han blev indlagt på den medicinske afdeling, var han afmagret, dehydreret og tog mange slags medicin, men intet tydede på, at hans tilstand var livstruende.

” Vi manglede seks sygeplejersker, og selvom der kun var plads til 23 patienter, lå der 26 patienter på afdelingen. Kun de mest erfarne sygeplejersker blev sendt ind til den ældre mand. Set i bakspejlet kan man vel næsten sige, at han fik positiv særbehandling. Men alligevel var den pårørende ikke tilfreds.

Mette, sygeplejerske.

”Vi var på det tidspunkt en presset afdeling med overbelægning. Vi manglede seks sygeplejersker, og selvom der kun var plads til 23 patienter, lå der 26 patienter på afdelingen. Kun de mest erfarne sygeplejersker blev sendt ind til den ældre mand. Set i bakspejlet kan man vel næsten sige, at han fik positiv særbehandling. Men alligevel var den pårørende ikke tilfreds. Jeg tog på et tidspunkt et møde med ham og bad ham skrive kritikpunkterne ned, og mødet sluttede med, at han erklærede sig tilfreds med behandlingen. Dødsfaldet kom uventet, mens jeg var på ferie, og desværre blev der ikke foretaget obduktion, der kunne have klarlagt dødsårsagen. Efter dødsfaldet hen-

vendte jeg mig til den pårørende for at invitere ham ind til en samtale, men han tog ikke imod tilbuddet,” fortæller Mette.

Frygt for gabestok

Netop fordi personalet følte, de havde gjort deres yderste, føltes klagen fra Patientklagenævnet ekstra hård.

”Havde det ikke været for indlæggelsen på afdelingen, havde min far været i live i dag,” hed det i brevet, som derefter opremsede en stribe klager over plejen og den lægelige behandling. Bl.a. var patientens ernæring for dårlig, selve screeningen for tryksår blev kritiseret for at være

ge med fysisk ubehag og opkastninger. Sagen tog så hårdt på en af de unge og meget ambitiøse sygeplejersker på afdelingen, at hun i begyndelsen ikke turde gå alene ind på en stue og alvorligt overvejede at skifte fag.

”Jeg tror aldrig, jeg i min karriere som sygeplejerske har følt mig så ydmyget og demoraliseret. Jeg drømte om skemaer om natten og vågnede op og tænkte: ”Har jeg nu udfyldt den rubrik helt rigtigt?” Jeg frygtede også at blive nævnt ved navn på Patientklagenævnets hjemmeside. Vi talte meget om forløbet på arbejdspladsen, og nogle gange tror jeg, kollegerne tænkte: ”Nu gider vi altså ikke høre mere om den sag.” Selvom min familie prøvede at forstå mig, var det svært for dem at sætte sig ind i, hvor belastende sagen var,” fortæller Lise. Først efter et stykke tid blev hun bedre til at lægge sagen til side.

Hjælp fra Dansk Sygeplejeråd

Kort efter at hospitalet havde modtaget klagen, ringede Lise og et par af hendes kolleger til Dansk Sygeplejeråd for at få juridisk assistance.

”Hvis ikke det havde været for hjælpen fra fagforeningen, tror jeg ikke, vi var kommet så godt igennem forløbet. Vi fik en fantastisk faglig og personlig støtte og konkret juridisk vejledning. Når man modtager et brev fra Patientklagenævnet første gang, har man 14 dage til at lave en besvarelse. Det er meget kort tid, så konsulenten fra DSR hjalp os i første omgang med at bede om udsættelse. Herefter fik vi hjælp til at formulere vores svar.”

Lise og Mette gjorde i sagsforløbet meget ud af at komme med en indsigelse, fordi de følte, at klagen var uretfærdig. Efter årsskiftet fik de endelig besked om, at de ikke fik nogen påtale.

Mette har i dag fået en lederstilling på en anden arbejdsplads:

” Vi nærmer os en situation, hvor det nærmest er ligegyldigt, om patienten er faldet ned på gulvet, hvis bare skemaerne er udfyldt korrekt. Det er jo ikke nødvendigvis en god udvikling for patienterne, hvis sygeplejerskerne tænker mere og mere på at have ryggen fri.

Lise, sygeplejerske.

”I dag tror jeg ikke, jeg ville turde arbejde som menig sygeplejerske på en sengeafdeling. Når man er ærekær og gerne vil gøre sit arbejde så godt som muligt, er man utrolig udsat. Samtidig kan man som sygeplejerske ikke lade være med at spørge: ”Hvad er ledelsens ansvar på arbejdspladser med helt urimeligt pressede arbejdsvilkår, som øger risikoen for fejl?”

De to sygeplejersker betegner i dag klageforløbet som umenneskeligt for personalet og utilfredsstillende for den part, som klager.

”Jeg blev ked af det, fordi jeg følte mig ramt på min faglighed. Men det må også være opslidende for klageren. I den konkrete sag fik den pårørende ingen mulighed for at få afsluttet forløbet omkring faderens uventede død før efter sagens afslutning,” siger Lise.

Mette synes, det har været frustrerende

ikke at kunne mødes med den pårørende og få talt forløbet igennem:

”Vi foreslog et møde med den pårørende, men det tilbud tog han ikke imod. Jeg tror, det ville være bedre for alle parter, hvis klageren og personalet kunne mødes til en dialog om, hvad der var foregået. Som det er nu, tager angsten over, og det lærer vi ikke noget af. Vi kan godt forstå, at han er ulykkelig over at have mistet sin far, og vi er også ulykkelige over, at det gik, som det gik. Vi har jo ikke haft til hensigt at gøre skade.”

Tidligere har Lise og Mette haft et pragmatisk forhold til dokumentation. Men klagesagen har skærpet deres bevidsthed om at skrive alt ned, så de er garderet i tilfælde af en ny klagesag. Lise ser dog en bagside ved den prioritering:

”Risikoen er, at skemaerne kommer før patienten. I øjeblikket indføres Den Dan-

ske Kvalitetsmodel. Det er en god model, men spørgsmålet er, om der er ressourcer til at føre den ud i praksis. I mange tilfælde er det urealistisk at passe patienterne og samtidig udfylde alle skemaer til punkt og prikke. Desværre nærmer vi os en situation, hvor det nærmest er ligegyldigt, om patienten er faldet ned på gulvet, hvis bare skemaerne er udfyldt korrekt. Det er jo ikke nødvendigvis en god udvikling for patienterne, hvis sygeplejerskerne tænker mere og mere på at have ryggen fri.”

bso@dsr.dk

Mette og Lise har valgt at optræde under andet navn, men deres navne er redaktionen bekendt. Detaljer i forløbet er ændret, så sagen ikke kan genkendes.

” Vi var jo i realiteten blevet anklaget for mord. Jeg havde det sådan, at hvis jeg kunne få et job som kassedame i Netto, så havde jeg taget det.

Mette, sygeplejerske.



Skyldfølelsen og tvivlen nager

Det er helt afgørende, at arbejdspladserne taler åbent om klagesager, siger psykolog Joanna Wieclaw.

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST

Meningen med sygepleje er at hjælpe syge mennesker. Derfor rammes sygeplejersker ekstra hårdt, når der sker en fejl i forbindelse med en behandling, som forværrer patientens situation.

Det fortæller ledende psykolog Joanna Wieclaw fra Region Midtjylland. Hun har gennem årene hjulpet flere sygeplejersker og læger, der har været involveret i klagesager.

"Mange sygeplejersker oplever det som en jordrystelse at blive involveret i en klagesag. De kan blive i tvivl om deres faglighed og føle skam og skyld. Nogle gange begynder sygeplejersken at tænke: "Duer jeg overhovedet til det her job?" Nogle bliver overforsigtige og usikre på sig selv, og usikkerheden kan betyde, at man begår flere fejl," fortæller Joanna Wieclaw.

Ofte forsøger ledelse og kolleger at trøste den kollega, der er involveret i en klagesag, med ordene:

"Det går nok. Du har ikke gjort noget galt." Men Joanna Wieclaw advarer mod at bagatellisere klagesager i et forsøg på at vise solidaritet.

"Afdelingen skal sætte sig ned og tale åbent om det, der er sket, og hvordan situationen håndteres. Det er vigtigt, at ledelsen bakker op om den medarbejder, der går og er ængstelig og måske derfor risikerer at begå flere fejl," siger Joanna Wieclaw. Hun fremhæver, at den kliniske

Tag hånd om personalet

Joanna Wieclaw anbefaler, at arbejdspladserne støtter det personale, der har været involveret i en utilsigtet hændelse ved at:

- medarbejdere og ledelse taler åbent om den utilsigtede hændelse og lader være med at bagatellisere den.
- den sygeplejerske, der er involveret i en klagesag, finder balancen mellem at tale om sagen og ikke lade den fylde for meget.
- undlade at generalisere ud fra den enkelte sag og tænke: "Jeg er en dårlig sygeplejerske."
- få professionel hjælp i de mere alvorlige sager, eller hvis hændelsen er meget traumatiserende for den involverede.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed anbefaler, at den enkelte arbejdsplads i forbindelse med utilsigtede hændelser indfører en handlingsplan, der indeholder en klar ansvars- og opgavefordeling i forhold til pårørende, patienter og personale.

Læs mere på www.patientsikkerhed.dk

vejleder har en vigtig rolle som støtteperson i de mange måneder, der kan gå, inden klagesagen afgøres.

Leder skal sige sin mening

Joanna Wieclaw er flere gange blevet kontaktet af ledere, der spørger, hvordan de skal håndtere klagesager:

"Det er vigtigt, at lederen siger sin mening og f.eks. åbent melder ud: "Jeg er godt klar over, hvor hårdt det er. Det er ledelsens ansvar at bakke op og lære af eventuelle fejl." Hvis lederen undlader at sige sin mening, så laver medarbejderen

sine egne forestillinger," siger Joanna Wieclaw. Hun opfordrer også kollegerne til at tale åbent om hændelsen.

"Det kan være en stor hjælp, hvis en kollega f.eks. siger: "Jeg synes, du hænger lidt med næbbet. Er det den klagesag, der går dig på?" Samtidig skal både kollegerne og ledelsen anerkende, at det at begå en fejl er noget, der kan ske for alle."

Joanna Wieclaw fremhæver, at det er vigtigt at finde balancen mellem at tale om hændelsen og ikke lade den fylde for meget:

"Nogle har svært ved at sætte sagen på standby og ikke tale for meget om den derhjemme, men tværtimod i det miljø, den hører til, nemlig arbejdet. Det er vigtigt ikke at generalisere og sige: "Jeg er en dårlig sygeplejerske." Men i stedet at indkapsle situationen ved f.eks. at sige: "Mandag den 25. august begik jeg en fejl. Men det betyder ikke, at jeg er en dårlig sygeplejerske."

bs@dsr.dk

Læs i næste nummer af Sygeplejersken om den nye lov, der efter nytår vil ændre patientklagesystemet.

Få hjælp fra Dansk Sygeplejeråd

Hvert år er mindst 100 sygeplejersker involveret i utilsigtede hændelser, der resulterer i en klagesag hos Patientklagenævnet. Dansk Sygeplejeråd anbefaler sygeplejersker at kontakte DSR's jurister, hvis de bliver involveret i en klage- eller tilsynssag. Her kan de bl.a. få følgende hjælp:

- En drøftelse af sagens juridiske konsekvenser.
- Vejledning til bl.a. formulering af sagsfremstilling og gennemgang af udkast til svar.
- Orientering om hvordan klagesagen går videre hos relevante myndigheder.

Dansk Sygeplejeråd har udgivet pjecen "Klagesag - hvad gør jeg?" Pjecen kan downloades på www.dsr.dk > Fag > Nyheder

Sygeplejersker frygter at begå fejl

Halvdelen af alle sygeplejersker er bekymrede for at begå fejl på arbejdspladsen, og bekymringen skyldes først og fremmest forstyrrelser og afbrydelser, viser undersøgelse fra Dansk Sygeplejeråd.

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST

Har jeg udfyldt skemaet korrekt? Fik jeg nu givet patienten medicin på det rette tidspunkt? Har jeg glemt at bestille blodprøver?

Spørgsmål som disse nager mange sygeplejersker på jobbet. Halvdelen af alle sygeplejersker er bange for at begå fejl på deres arbejde, og bekymringen skyldes først og fremmest forstyrrelser og travlhed. Det viser en måling foretaget af Megafon for Dansk Sygeplejeråd blandt 1.870 sygeplejersker, der primært er beskæftiget i kommuner og regioner.

Analysen viser, at frygten er mest markant blandt sygeplejersker under 30 år. Her svarer syv ud af 10, at de er bekymrede for at lave fejl på arbejdspladsen. To tredjedele af sygeplejerskerne siger, at de er bekymrede for at begå fejl, fordi de bliver forstyrret eller har for mange arbejdsopgaver. Og fire ud af 10 oplever, at der er kommet flere klager end for et år siden. Samtidig svarer otte ud af 10, at der er åbenhed om fejl på deres arbejdsplads, og at de forventer at få opbakning af ledelse og kollegaer, hvis de bliver indblandet i en utilsigtet hændelse.

"Det er uheldigt, at en så stor del af sygeplejerskerne frygter at begå fejl. Men deres frygt bunder i en reel opfattelse,

som afspejler virkeligheden. Hvis du spørger patienterne, så siger hver fjerde, at de oplever fejl i forbindelse med en indlæggelse," siger sekretariatschef og overlæge Beth Lilja fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Formanden for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, forklarer resultatet af undersøgelsen med, at frygten for utilsigtet at komme til at skade en patient er en indgroet del af sygeplejerskekulturen:

"De seneste 10 år har vi været fantastisk gode til at få udrullet en ny patientsikkerhedskultur, og der er kommet langt større åbenhed om fejl. Men det ligger dybt i sygeplejerskekulturen, at det værste, der kan ske, er at lave en fejl, som går ud over en patient. Det bedste, sygeplejersker kan gøre, er at tale åbent om risikoen for fejl med deres kolleger og ledelse,

så man sammen får afværget nogle af de mekanismer, der øger antallet af fejl," lyder det fra Grete Christensen.

Besparelser øger fodfejl

Tine Jæger, som er fællestillidsrepræsentant for sygeplejersker på Hvidovre Hospital, mener, at de seneste års besparelser og nedlæggelse af sygeplejerskestillinger har øget frygten for at begå fejl:

"Angsten for at lave fejl er mere udtalt end nogensinde før. Når der er medlemsmøder om besparelser, er spørgsmål nummer et: "Hvad kan min fagforening gøre for mig?" og spørgsmål nummer to: "Hvordan er man juridisk og ansvarsmæssigt sikret som sygeplejerske, når normeringerne beskæres? Hvis ansvar er det så, hvis jeg kommer til at lave fejl?," fortæller Tine Jæger. Hun oplever lige- ▶

” De seneste 10 år har vi været fantastisk gode til at få udrullet en ny patientsikkerhedskultur, og der er kommet langt større åbenhed om fejl. Men det ligger dybt i sygeplejerskekulturen, at det værste, der kan ske, er at lave en fejl, som går ud over en patient.

Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd.

► som flere andre tillidsfolk, *Sygeplejersken* har talt med, at nedlæggelse af sygeplejerskestillinger og et stadigt mere presset arbejdsmiljø resulterer i flere fodfejl og svipsere end tidligere.

Formand for Dansk Sygeplejeråd Grete Christensen fremhæver, at der påhviler arbejdspladserne et særligt ansvar for at holde øje med patientsikkerheden i forbindelse med besparelser:

”Vi ved, at jo færre sygeplejersker pr. patient, jo flere fejl vil der ske. Derfor skal arbejdsgiverne tænke sig rigtig godt om, når de laver besparelser. Det er vigtigt, at patientsikkerheden fortsat har meget høj prioritet, og at man ikke nedprioriterer området med begrundelsen, at det har vi ikke tid til,” siger Grete Christensen.

Efterlyser dansk undersøgelse

Beth Lilja fra Dansk Selskab for Patient-sikkerhed vil heller ikke afvise, at besparelser og pressede normeringer kan resultere i flere fejl. Hun efterlyser derfor en dansk undersøgelse af sammenhængen mellem sygeplejerskenormeringer og dødeligheden blandt patienterne.

”Vi har britiske og amerikanske undersøgelser, der viser, at sygeplejerskenormeringer og dødelighed hænger sammen, og vi har en hollandsk undersøgelse, der viser, at der ikke er nogen sammenhæng. Det ville være godt at få lavet en dansk undersøgelse,” siger Beth Lilja.

Hvis sygeplejerskers frygt for at begå fejl skal minimeres, er det ifølge Beth Lilja afgørende, at arbejdspladsen udvikler en sikkerhedskultur, så både ledelsen og den enkelte medarbejder hele tiden fokuserer på, hvordan arbejdsgangene kan gøres så sikre som muligt:

”Man kan bestemt ikke afvise, at færre i

vagten giver flere fejl. Men der kan også være arbejdspladser med høj normering, som har store problemer med patientsikkerheden. Uanset hvordan normeringen er, så kommer vi aldrig uden om at tænke på mere sikre arbejds gange.”

bs@dsr.dk

Læs også Grete Christensens leder på side 38.

Oplever du, at besparelser øger frygten for at begå fejl?

Deltag i debatten på Facebook på Dansk Sygeplejeråds side:
www.facebook.com/sygeplejersker

” Det bedste, sygeplejersker kan gøre, er at tale åbent om risikoen for fejl med deres kolleger og ledelse, og at man sammen får afværget nogle af de mekanismer, som man ved øger antallet af fejl.

Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd.



Sygeplejersker er bekymrede for at begå fejl

1.870 sygeplejersker i regionerne og i kommunerne er blevet spurgt om deres bekymring for at begå fejl. 56 pct. er helt eller delvist enige i, at de er bekymrede for at begå fejl i deres arbejde. Ud af den gruppe svarer:

- 72 pct., at deres bekymring for at begå fejl skyldes forstyrrelser og afbrydelser i arbejdet.
- 66 pct., at bekymringen skyldes for mange arbejdsopgaver.

Af hele gruppen af adspurgte svarer:

- 42 pct., at de oplever flere klager end for et år siden.
- 77 pct., at de kan få opbakning fra ledelsen, hvis de kommer ud for at begå fejl.
- 87 pct., at de kan få opbakning fra kollegerne, hvis de begår en fejl.

Læs notatet om sygeplejerskers bekymring for at begå fejl på www.dsr.dk/analyse

Kilde: MEGAFON/Dansk Sygeplejeråds Analyseafdeling.

Halvdelen af alle sygeplejersker frygter at begå fejl på deres arbejde. Hvad kan arbejdspladsen gøre for at mindske bekymringen?



Alle læger har et hjørne på kirkegården

Torben Mogensen, lægelig direktør, Hvidovre Hospital:

”Da jeg var lægestuderende, havde vi en underviser, der sagde: ”Enhver læge er ansvarlig for et hjørne på kirkegården.” Selv om vi gør alt for at undgå det, så vil der opstå situationer, hvor der sker en utilsigtet hændelse.

De seneste 10 år er patientsikkerheden blevet bedre, og der er blevet langt større åbenhed om fejl. Vi gør meget for at bakke sundhedspersonalet op, når de bliver involveret i klagesager. Alligevel tærer sagerne meget hårdt på læger og sygeplejersker, og nogle vælger at forlade faget efter en klage. Hvis vi skal mindske bekymringen for at begå fejl, bliver vi nødt til at forberede sundhedspersonalet på, at de kommer til at lave fejl. Det er ikke det samme som at acceptere fejl, for naturligvis skal vi gøre alt for at indrette systemet, så fejl kan forebygges. Vi skal blive endnu bedre til at strukturere processerne i sundhedsvæsenet, så rutineopgaver kører på rygmarven, og vi kan bruge ressourcerne på de vanskelige opgaver. Samtidig skal sundhedsprofessionelle passe på med at sætte forventningerne til sig selv for højt og erkende, at man ikke kan alt. At der vil ske fejl – nogle gange også med dødelig udgang. Og at man ikke er en dårligere sygeplejerske eller læge af den grund. Uddannelsen skal blive bedre til at forberede de unge på det vilkår, uden at man skræmmer dem væk fra faget.”



Vigtigt ikke at sidde fast i hamsterhjulet

Beth Lilja, overlæge og sekretariatschef for Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

”I et fortroligt rum vil alle sundhedsprofessionelle have begået fejl, og når forløbene analyseres, viser det sig, at fejl i sundhedsvæsenet sjældent er personafhængige, men skyldes omstændighederne. Selvom arbejdet for patientsikkerheden er blevet styrket de seneste 10 år, er der stadig langt igen, før sikkerhedskulturen gennemsyrrer hele den måde, sundhedsvæsenet arbejder på.

Det er vigtigt ikke at sidde fast i hamsterhjulet pga. den daglige travlhed, men at den enkelte arbejdsplads har rum til at kigge på patientsikkerheden lidt fra oven.

Personalet kan gøre meget ved at kigge sine arbejds gange igennem og analysere, hvad det f.eks. er, der udløser forstyrrelser og travlhed.

Nogle gange er det små, lavpraktiske ting, som skal ændres på. Andre gange er det store initiativer. Men jo mere medarbejdere og ledelse taler åbent om deres bekymringer for patientsikkerheden og konkrete forslag til forbedringer, jo bedre.”

” Angsten for at lave fejl er mere udtalt end nogensinde før. Når der er medlemsmøder om besparelser, er spørgsmål nummer et: ”Hvad kan min fagforening gøre for mig?” og spørgsmål nummer to: ”Hvordan er man juridisk og ansvarsmæssigt sikret som sygeplejerske, når normeringerne beskæres?”

Tine Jæger, fællestillidsrepræsentant for sygeplejerskerne på Hvidovre Hospital.

SPØRG OM FAG



Anita Haahr,
cand.cur., ph.d.



Jens Peter
Hansen, cand.
cur., ph.d. stud.



Hanne Ourø
Jensen, sund-
hedsplejerske,
MPH.



Karina Bæk
cand.cur., BA.
Erhvervsprog.



Kathrine Hvid
Schwartz-Nielsen,
Sygeplejerske,
cand.scient.san.

Fem sygeplejersker med stor faglig viden inden for forskellige områder er nu klar til at besvare sygeplejefaglige spørgsmål.

AF FAGREDAKTØR EVY RAVN

Står du eller din arbejdsplads med en faglig problematik, I ikke umiddelbart kender svaret på, er det nu muligt at få en kvalificeret vurdering gennem Sygeplejerskens nye faglige brevkasse. Alle sygeplejersker og studerende, der er medlem af DSR, kan stille spørgsmål.

Spørgsmål og svar bringes i redigeret, evt. forkortet form i bladet og på www.dsr.dk

Sådan gør du

Spørgsmålene skal være klart formulerede og være af klinisk karakter, altså rettet mod den direkte patient og klientpleje. Spørgsmålene afsluttes med navn og arbejdssted samt DSR-medlemsnummer og sendes til fagredaktør Evy Ravn, mail: er@dsr.dk

Afhængigt af mængden af indsendte spørgsmål kan det blive nødvendigt at prioritere. Vi kan derfor ikke garantere, at alle får svar fra eksperterne.

Svarpanelet

Sygeplejersker i svarpanelet er valgt ud fra deres ekspertise inden for forskellige kliniske områder, og panelet vil søge at besvare spørgsmålene ud fra det aktuelle danske niveau for evidens. Spørg om Fag er ikke en sygeplejefaglig konsultation, men en brevkasse, og svarene skal udelukkende tages som vejledende og er ikke definitive. Ingen i panelet kan sagsøges eller gøres ansvarlig for det svar, der gives. Panelet består af:

Anita Haahr

Besvarer spørgsmål inden for medicinsk sygepleje, neurologi, kronisk sygdom, uddannelse, pædagogik.

Uddannelse: Sygeplejerske 1995, SD i uddannelse og undervisning 1999, cand.cur. 2005, ph.d. i sygepleje 2010.

Arbejdsfunktion: Klinisk sygeplejerspecialist på Neurologisk afdeling, Århus Sygehus.

Arbejder specifikt med: Forskning i sygepleje til patienter med Parkinsons sygdom, som bliver DBS (deep brain stimulation)-opereret, uddannelse af sygeplejestuderende i klinisk undervisning, kronisk sygdom, neurologi, patientoplevelse.

Kathrine Hvid Schwartz-Nielsen

Besvarer spørgsmål inden for intensiv terapi, anæstesiologi, ortopedkirurgi, etniske minoriteter i sundhedsvæsenet, dagbøger i intensiv terapi, psykotraumatologi, accelererede kirurgiske patientforløb, forskning og udvikling.

Uddannelse: Sygeplejerske 2004, cand.scient.san. 2008.

Arbejdsfunktion: Videnskabelig medarbejder ved Forskningsenheden for klinisk sygepleje, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.

Arbejder specifikt med: Kliniske retningslinjer, palliativ sedering, sygepleje til etniske minoriteter med hjertelidelser, casebeskrivelser af børn i skadestuen, undervisning og vejledning.

Jens Peter Hansen

Besvarer spørgsmål inden for psykiatri, psykiatrisk sygepleje, randomiserede forsøg.

Uddannelse: Sygeplejerske 1983, SD i ledelse 1992, cand.cur. 2006.

Arbejdsfunktion: Ph.d.-studerende ved Enheden for Sygeplejeforskning, Syddansk Universitet & Psykiatrien i Region Syddanmark, Almenpsykiatrisk Afdeling Esbjerg-Ribe.

Arbejder specifikt med: Effekt af kompenserende strategier rettet mod kognitive deficiitter ved skizofreni – Et randomiseret forsøg (ph.d.-projekt).

Hanne Ourø Jensen

Besvarer spørgsmål inden for sundhedspleje, amning, folkesundhed, ledelse, forebyggelse og sundhedsfremme.

Uddannelse: Sygeplejerske 1984, sundhedsplejerske 1991, MPH 2004.

Arbejdsfunktion: Leder af Roskilde Kommunes Sundhedscenter, Roskilde.

Arbejder specifikt med: Forebyggelse og sundhedsfremme efter § 119 i sundhedsloven, forebyggende hjemmebesøg til ældre +75 år, udligning af social ulighed i sundhed, ledelse.

Karina Bæk

Besvarer spørgsmål inden for hjemmesygepleje, vejledninger og instrukser i sygepleje, ensomhed og ældre, frivillige inden for den primære sektor.

Uddannelse: Sygeplejerske 1997, bachelorgrad i erhvervsprog 2001, suppleringsuddannelsen i sygepleje 2005, cand.cur. 2009, diplom i projektledelse (under uddannelse).

Arbejdsfunktion: Kvalitetskoordinator og udviklingssygeplejerske på Plejecentret Hørgården, København S.

Arbejder specifikt med: Instrukser, vejledninger og lovkrav, frivillige på plejehjem og -centre, kvalitetssikring af sygeplejen, undervisning af sygeplejestuderende, introduktionsprogrammer, Projekt "Den gode indflytning", dokumentation.

Virker mindfulness i psykiatrien?

Inden for psykiatrien er man nogle steder begyndt at bruge mindfulness ved f.eks. angstbehandling. Men eksisterer der konkrete positive resultater eller erfaringer med mindfulness i psykiatrisk regi?

Med venlig hilsen Anne-Marie Hougaard,
Helsingør/Øresund, Psyk. V-Øst,
Voksenpsykiatri.

Svar

Mindfulness er meditationsformer, som med baggrund i buddhisme og yoga søger at reducere stress, depression og angst. Mindfulness ved depression og angst indeholder både meditationsformer og elementer fra kognitiv terapi, hvor deltagerne trænes i at møde tanker og følelser fordomsfrit og åbent.

Der er ingen sikker evidens for, at mindfulness kan reducere angst og depression. Der er dog gennemført en metaanalyse, der viser moderat effekt af mindfulness på depressive symptomer og angstsymptomer. Der er imidlertid kun gennemført få randomiserede forsøg, hvorfor der er usikkerhed, om den påviste positive effekt skyldes mindfulness eller andre omstændigheder. Der pågår for øjeblikket en Cochrane-metaanalyse omkring mindfulness og depression.

Jens Peter Hansen

Kan afdelingssygeplejersken være kontaktperson?

På min afdeling har vi diskuteret, om man kan udnævne afdelingssygeplejersken til at være kontaktperson for alle patienter, som har mere end ét besøg i et ambulatorium – selv om hun ikke har direkte kontakt til alle patienter?

Med venlig hilsen Kirsten Rask,
Slagelse Sygehus.

Svar

I sundhedsloven § 90 a fremgår det, at regionsrådet skal tilbyde en eller flere kontaktpersoner til en patient, der modtages

til ambulante behandling, når behandlingsforløbet sammenlagt strækker sig over mere end to dage. Det taler for, at der umiddelbart ikke er noget juridisk til hinder for at udpege afdelingssygeplejersken til at fungere som kontaktperson. Men i lovens § 90 b, stk. 2 står også, at: "Kontaktpersonen skal være en sundhedsperson, som medvirker ved behandlingen af patienten."

Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS) har på baggrund af Den Danske Kvalitetsmodel defineret § 90 a og b i deres standarder således: "Der udpeges en sundhedsfaglig kontaktperson, som tilknyttes den enkelte patient med særligt ansvar for at sikre sammenhæng i patientforløbet under indlæggelse og i ambulante forløb." Det fremgår endvidere, at: "Den sundhedsfaglige kontaktperson er direkte involveret i patientforløbet, dvs. medvirker ved levering af en eller flere sundhedsfaglige ydelser i forløbet".

Man kan herudfra diskutere, hvilke sundhedsfaglige ydelser der skal leveres for at kvalificere til "at være direkte involveret i patientforløbet". Men hele grundtanken med kontaktsygeplejerskeordningen bygger på en idé om helhedssygepleje. Kontaktpersonens funktion er at fungere som et bindeled mellem patient og sundhedsvæsen, så patienten oplever tryk og kontinuitet i behandlingsforløbet, og kommunikationen med patienten forbedres. Hvilket synes særdeles vanskeligt at opnå, hvis patienten får tilbudt en afdelingssygeplejerske som kontaktperson uden direkte at have kontakt til vedkommende.

Kathrine Hvid Schwarz-Nielsen

Topkateter og dissemineret sklerose

Vi har en borger i hjemmesygeplejen med dissemineret sklerose. Vedkommende har et almindeligt blærekateter, men ville efter vores vurdering have glæde af et topkateter. Egen læge mener imidlertid, at man ikke kan anvende topkateter til personer med dissemineret sklerose. Da vi

har andre borgere med sygdommen, der uproblematisk har et topkateter, undrer det os. Er der kommet ny viden, der foreskriver, at dissemineret sklerose og topkateter ikke kan harmonere?

Med venlig hilsen Agnete L. Pedersen,
hjemmeplejen i Rødovre Kommune.

Svar

Jeg har ikke kunnet lokalisere ny forskningsbaseret viden, der foreskriver, at dissemineret sklerose og topkateter ikke kan harmonere.

Hovedparten af patienter med dissemineret sklerose har neurogene blæreforstyrrelser, og symptomerne er alt lige fra igangsætningsbesvær, tømningbesvær, hyppig vandladning med urge-inkontinens til total, eventuel sivende inkontinens. Et topkateter kan være en fordel, hvis mangelfuld blæretømning er hovedproblemet. Desværre virker de ofte utilfredsstillende, hvis hovedproblemet er inkontinens, idet folk med svær urininkontinens ofte fortsat er inkontinente, selvom de får et topkateter. Det kan skyldes blærekrampe, som nogle sklerosepatienter er plaget af. Patienten kan føle kraftig vandladningstrang og smerter ved blæreregionen. Det kan i nogle tilfælde afhjælpes ved medicinsk behandling f.eks. Detrusitol. Der er tale om en individuel problematik fra patient til patient, hvor også de psykosociale aspekter har indflydelse. Beslutningen omkring anlæggelse af et topkateter er derfor ligeledes individuel. Der anlægges i øvrigt stadig topkatetre på patienter med dissemineret sklerose på danske hospitaler.

Karina Bæk

Se litteraturhenvisninger på side 47.

(...)





Betaniske Lege

AF SUSANNE BLOCH KJELDSSEN, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

Konkurrencemomentet mister aldrig sin betydning. Det vidner "De Betaniske Lege" om, som Betaniahjemmet på Frederiksberg gennemfører hvert år. Blandt plejehjemmets 60 beboere deltog de 35 i legene i slutningen af august.

"Nogle af vores beboere går meget op i deres medaljer, én har f.eks. sine medaljer hængende over sin seng, og ikke engang oldebørnene får lov at røre dem," fortæller forstander Laust Sørensen.

Legene har eksisteret siden midten af 90'erne. I år var disciplinerne både faldskærmsleg, hvor det gjaldt om hurtigst at få bolden ned i hullet, dåsekast, andefiskedam og en dyst om at kunne komme i tanke om flest mulige H.C. Andersen-eventyr ved at kigge på et stort billede med mange symboler på eventyrene.

Kompetent beskrivelse af dilemmaernes arena

Bogen kan varmt anbefales, ikke mindst hvis du som kliniker er optaget af etiske dilemmaer i hverdagen, eller hvis du er i færd med at starte en lokal klinisk etisk komité. Bogen giver anvendelige bud på analyseredskaber – ikke mindst fatter man straks interesse for bogens sidste afsnit, der omhandler patientens kompetencer i relation til autonomibegrebets udfoldelse i sundhedsvæsenet. I dette afsnit, som i afsnit 1 om etik og jura, kan det dog ærgre lidt, at der refereres til norsk lovgivning, ikke mindst da bogens emner ellers er meget velgennemarbejdede.

Bogens målgruppe synes ved første øjekast lidt bred, da den omfatter såvel kandidatstuderende inden for sundhedsfagene som klinisk personale. Men bogens opbygning, der er særdeles oplysende i forhold til hverdagens mange dilemmaer, gør, at den også kan danne afsæt for teoretisk bearbejdning på de videregående uddannelser. Her kan de omfattende referencer, der også indeholder videnskabelige afhandlinger og klassisk litteratur, forventes at være nyt-

tigt materiale, og et helt kapitel beskriver overvejelser om forskning i etik.

Bogen lever op til sit formål om dels at beskrive etiske udfordringer i klinisk praksis, dels om at vise, at det gør en forskel at være bevidst om sit etiske ståsted i forhold til de enkelte dilemmaer. Meget interessant gør redaktørerne det indledningsvis klart, at etikken ikke altid kan give svaret, men den kan medvirke til at anskueliggøre valgmulighederne og hvilke etiske overvejelser, der kan begrunde de enkelte handlinger. Det er fortsat klinikerens opgave at træffe den faglige afgørelse i de enkelte situationer.

Flere steder i bogen defineres almindeligt anvendte begreber inden for etisk refleksion, hvilket gør bogen anvendelig som opslagsværk for en lokal klinisk etisk komité. Alle afsnit vidner om erfaring med refleksion over etiske dilemmaer i hverdagens klinik, og for at vende tilbage til afsnit 1 "Etik og jura" er det et godt eksempel på emnets relevans og den professionelle bearbejdning, emnet underkastes. Der re-

flekteres bl.a. over, hvor langt sundhedslovgivningen rækker, og hvorfor denne er nødt til at være suppleret af etiske handlenormer. En væsentlig pointe i afsnittet bliver også, at etikken ikke gør det alene – regulering er nødvendig til sikring af individets rettigheder. Bogen giver en kompetent beskrivelse af dilemmaernes arena og deres teoretiske forklaringsramme. Forfatterens bud på, hvordan man kan arbejde med områderne, imponerer.

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



Ashild Slettebø og Per Nortvedt (red.)
Etik for sundhedsfagene
ISBN 978-87-7955-942-3
261 sider – 299 kr.

Dannelse er et livslangt projekt

I digtsamlingen "Vi plejer" af Lene Malmstrøm spilles der i et af digtene skræmmende og klogt på dobbeltbetydningen af ordene "at pleje". Den ene betydning er at drage omsorg, tage sig af, bevirke at noget trives, den anden betydning dækker over at have for sædvane. "Vi plejer ikke at servere te midt om natten". Den, som har vagten om natten, skal afgøre, om det vil være en del af omsorgen at servere en kop te eller at tænke "Det plejer vi ikke". Dobbeltbetydningen af ordet "at pleje" har jeg haft i tankerne under læsningen af Herdis Alsvågs bog om dannelse i helsevæsenet. Bogen er en videnskabelig monografi baseret på hendes forskningsprojekt "På sporet av et dannet helsevesen".

Hun ønsker med bogen at udforske det, der får betydning for patientens og de pårørendes møde med sundhedsvæsenet og inspirere os til at rette vores opmærksomhed mod etik og dannelse.

Der ligger en bred vifte af betydninger

Herdis Alsvåg
På sporet av et
dannet helsevesen
Akribe 2010
120 sider – 230 kr.
ISBN 978-87-7950-119-0



bag ordet dannelse. Det er for stort et fænomen til, at det kan indfanges i ét ord. Elementer af det er det rent moralske, pålidelighed, ærlighed, ansvarlighed og det holdningsmæssige, engagement, ansvarlighed og pligtfølelse. Det handler både om takt, tone, æstetik, samt om handling, holdning og måden, vi møder andre mennesker på. Vi kan skelne mellem uddannelse og dannelse ved at sige, at uddannelse er afgrænset af en begyndelse og en afslutning, mens dannelsen er et livslangt projekt.

Forfatteren belyser på et letlæst norsk

viften af elementer, der indgår i dannelse. På hundrede sider læses en gennemgribende analyse af fænomenet, og i interview med patienter og pårørende får vi indsigt i, hvad dannelse kan handle om. Hvert kapitel afsluttes med refleksions spørgsmål, en håndsækning både i uddannelsessammenhæng og til studiegrupper for færdiguddannede sygeplejersker.

Dannelse er ikke noget, man har, men noget man bestandigt er på vej til eller på vej væk fra. For heri ligger miseren. Flere undersøgelser viser, at den omsorg og det engagement sygeplejestuderende har, når de påbegynder uddannelsen, reduceres i løbet af uddannelsesforløbet. At bevare og videreudvikle de studerendes dannelsespotentialer er en stor pædagogisk udfordring.

Kundskab og dannelse er ikke modsætninger, men elementer, der kan forenes.

Af Jorit Tellervo, projektmedarbejder, Palliativt Videncenter.



Overgangsalder uden hede- og svedeture

Når man først er kommet i overgangsalderen, er det mest ikke i tvivl. Kroppen reagerer nemlig på de forandringer, der sker, og helt op til 75 % kan berette om gener, som påvirker hverdagen negativt. Specielt hede- og svedeture er noget af det, mange må døje med.

Men det kan naturmidlet Meno ora løse på en helt naturlig måde.

Dokumenteret virkning

Meno oras effekt på hede- og svedeture er ikke kun noget, brugerne oplever. Det er også dokumenteret i en lang række studier, og produktet er i dag anerkendt af førende eksperter. Dette er også grunden til, at mange anbefaler og bruger Meno ora. Specielt dem, som døjer med hede- og svedeture i overgangsalderen, vil opleve en stor forskel, når de begynder at tage et dagligt tilskud af Meno ora.

Det naturlige valg

Flere tager i dag ansvar for deres egen sundhed. Det er også en af hovedårsagerne til, at mange vælger at bruge Meno ora i overgangsalderen.

Meno oras virkning er 100 % naturlig og udelukkende baseret på planteekstrakter af Salvie, Sojabønner og Rødkløver.

Styrker også knoglerne

Meno ora indeholder som noget specielt også D-vitamin, der styrker dine knogler gennem overgangsalderen. Det kan senere i livet vise sig at være vigtigt.

Læs mere på www.wellvita.dk

Nattesved... enhver kvindes mareridt

Næsten alle, som har problemer med hede- og svedeture i overgangsalderen, har problemer med nattesved. Meno oras gode effekt på disse symptomer er noget, mange er specielt glade for. De kan nu igen få deres gode nattesøvn og vågne friske og udhvilede hver morgen.



Prøv Menoflora for kun kr. 69,-
Bestil nu! Ring 82 30 30 40 eller på www.wellvita.dk

Prøv Meno ora i 45 dage til under halv pris kun kr. 69,-* Herefter sørger vores automatiske leveringsservice for, at du hver anden måned får tilsendt friske forsyninger, som dækker det daglige behov i 2 måneder til en pris af kun kr. 139,50*. Du kan holde pause eller stoppe abonnementet præcis, når du ønsker det.

Meno ora kan bestilles på telefon **82 30 30 40** (hverdage mellem kl. 8.00 og 16.00) eller på **www.wellvita.dk**.

Varen sendes sammen med et girokort, så du først betaler, når du har modtaget varen. Produktet sendes som maxibrev og bliver derfor leveret direkte til din postkasse/brevsprække.

*Der tillægges kr. 39,50 i porto pr. forsendelse

Bemærk!

Tilbuddet gælder kun 1 gang pr. person.



Når livet pludselig bliver

Fremvisning af døde patienter er en vigtig del af akutsygeplejerskens arbejde. Ingen protokol kan fortælle, hvordan de pårørende til et ulykkesoffer skal håndteres. Det er et spørgsmål om at læse de pårørendes signaler og tolke, hvor meget de magter. Og det er en udfordring til sygeplejerskens egen dødsangst.

AF ANNETTE HAGERUP, JOURNALIST • FOTO: SIMON KLEIN-KNUDSEN

De tungeste skridt, en pårørende kan tage, er skridtene ind i hospitalets fremvisningsrum, hvor man skal tage afsked med et familiemedlem.

Rummet er hvidt og stille. Dér midt i rummet på et leje – under et lagen med kun ansigt og overkrop synlig – ligger mor, far, mand, kone ...

Situationen er uvirkelig. Det er sidste gang, man ser dem. Nu og her og aldrig mere.

Nogle går direkte hen til sengen, kaster et blik og går hurtigt ud igen. Andre bliver der i timevis. Nogle besvimer allerede på dørtærsklen.

Inden de pårørende når så langt, har akutsygeplejerskerne været i gang længe. De har stået klar på akutafdelingen og har modtaget den afdøde. Sygeplejerskerne har også været inde i de svære overvejelser omkring, hvordan fremvisningen skulle foregå.

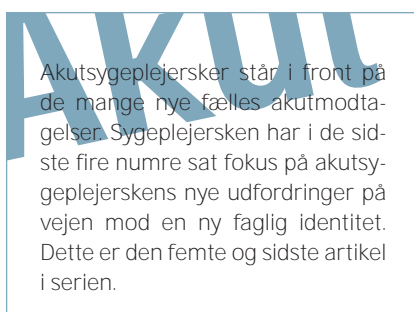
"Fremvisningen af afdøde bliver aldrig rutine," fortæller souschef og sygeplejerske på akutafdelingen på Køge Sygehus, Torben Brøgger Speldt.

Personalet har protokoller for samtlige arbejdsopgaver, de kan blive stillet over for i løbet af en vagt på akutafdelingen. Men der er ingen protokol, der kan fortælle, hvordan man bør reagere over for pårørende, der lige har mistet en datter som følge af en ulykke. Her må akutsygeplejersken trække på sin intuition og sin menneskekundskab.

Beskeden alle frygter

"Som sygeplejersker kan vi gøre forskellen på, om dette møde bliver vellykket. Vi er dem, der skal give den besked, som alle frygter at få. Manersom akutsygeplejerske nødt til at have et afklaret forhold til sin egen dødelighed, hvis man vil være rigtig god til at håndtere kontakten til de mennesker, som ulykken har ramt," fortæller Torben Brøgger Speldt.

Udfordringen for akutsygeplejersken



består hver eneste gang i at vurdere, om den patient, som lægen har erklæret død, er egnet til fremvisning for de pårørende.

"Du kan ikke forholde dig 100 pct. fagligt til den her fremvisningssituation. Du må også i nogen grad sætte din egen personlighed på spil. Det gør ikke noget, at de pårørende kan se, at du er påvirket af situationen.

De redningsfolk, der har været til stede ved ulykken, og som kører den dræbte til hospitalet, fortæller os måske, at liget i ligposen er så medtaget, at det ikke egner sig til fremvisning. Redderne har måske stået i mørke og regnvejr, og en læge har erklæret personen død på ulykkesstedet. Det er min erfaring, at vi – når den afdøde først er vasket og gjort i stand – faktisk kan gøre ganske meget for at gøre ham eller hende egnet til fremvisning," fortæller

” Som tommelfingerregel må man sige, at de pårørende bestemmer alt. Det er deres værdisæt, der er det afgørende. Vil de se, skal de have lov. Vil de ikke, skal det accepteres og bakkes op.

Torben Brøgger Speldt. Han vil vove den påstand, at der er en del afdøde, der ikke bliver fremvist, fordi sygeplejerskerne på akutafdelingerne ikke har presset sig selv nok hverken fagligt eller personligt i misforstået hensyntagen til de pårørende.

"Vi må overveje, om det er vores egen

angst, der afgør, om en afdød bliver vist frem. Personligt synes jeg ikke, at man uopfordret behøver at fortælle de pårørende, at deres familiemedlem måske mangler en arm, eller at benene er knust."

Det åbne vindue

Som sin allerførste handling åbner sygeplejersken vinduet på fremvisningsstuen, hvor den afdøde er blevet anbragt. Den efterfølgende afvaskning af den døde foregår efter en nøje fastlagt procedure og i absolut stilhed.

Det er en uskreven regel blandt personalet, at der hverken snakkes, synges, nynnens eller lignende imens. Når afvaskningen er gennemført, tager sygeplejerskerne stilling til, hvordan de skal forholde sig til de pårørende, som måske allerede er ankommet til afdelingen.

"Man må hver gang tage bestik af de pårørende. Prøve at fornemme hvad det er for nogle mennesker, man står over for. Hvem er de? Hvad kan de magte? Først når man har bedømt den døde æstetisk, efter afvaskningen, og har mødt de pårørende, kan man vurdere, om de her unikke pårørende er klar til en fremvisning. Akutsygeplejersken forbinder under afvaskningen den afdødes skader, nøjagtig som om der var tale om en levende per-

son. Det kan måske også være nødvendigt at sminke den afdøde for at skjule evt. skader. Det gør vi både af hensyn til de pårørende og i almindelig, menneskelig respekt for den afdøde. Vi er altid to om opgaven og prøver at gøre ham eller hende så pæn som muligt. Det er en betroet ►

revet bort



” Man skal aldrig presse dem til at se den afdøde, hvis de ikke har lyst eller overskud til det. Omvendt kan akutsygeplejersken være den støtte, som gør det muligt for dem at gå de sidste svære skridt hen til den døde.

- opgave, som vi aldrig må have for travlt til,” fortæller Torben Brøgger Speldt, som ser arbejdet med døde patienter og pårørende som en stor både faglig og menneskelig udfordring.

”Det er vigtigt, vi forbereder de pårørende på, hvad de skal ind og se.

Vi mennesker reagerer meget forskelligt, når vi er i chok. Det er vigtigt at have forståelse for de individuelle reaktioner og ikke pålægge de pårørende noget, de ikke ønsker. Man skal aldrig presse dem til at se den afdøde, hvis de ikke har lyst eller overskud til det. Omvendt kan akutsygeplejersken være den støtte, som gør det muligt for dem at gå de sidste svære skridt hen til den døde. Hvis du f.eks. kan fortælle, at den afdøde ser smuk og fredfyldt ud, får de pårørende som regel lidt ekstra mod.”

Betydning for sorgprocessen

”Vi ved, at nogle bagefter vil fortryde og vil have det sværere i sorgprocessen, hvis de ikke får sagt ordentligt farvel. Det kan faktisk være svært at begribe, at ens kære virkelig er død. Mange begriber det først, når de står ved siden af den afdøde.

Folk reagerer meget forskelligt. Nogle aer, krammer og kysser, mens andre nøjes med at gå ind, kaste et blik og så gå ud igen. Det er virkelig sygeplejekunst at afkode, hvem der lige har brug for at holde en hånd, og hvem man skal lade være for sig selv.

Nogle gange kan sygeplejersken bane vejen for de pårørende ved at gå helt hen til den afdøde og vise, at hun eller han står helt tæt på. Det kan hjælpe de pårørende med den berøringsangst over for døden, som mange har. Det kan i visse si-

tuationer virke naturligt, at sygeplejersken som den første, rører ved den afdøde.”

Den afdøde ligger typisk på en seng med ansigtet frit og hænderne oven på det lagen, der dækker kroppen. Mangler liget f.eks. et ben, forsøger vi at lave en slags attrap af puder o.l., så det ikke er umiddelbart synligt, at benet er væk. De fleste pårørende er meget autoritetstro og nøjes med at se på den afdødes ansigt og holde i hånd. De løfter ikke på lagnet, fortæller Torben Brøgger Speldt og fortsætter:

”Vi opererer også med kiggezoner, som bygger på vores faglige vurdering. Det kan være nødvendigt, specielt ved trafikulykker, hvor ligene ofte er voldsomt tilredt og kan mangle flere lemmer. I nogle tilfælde må vi nøjes med at fremvise en hånd eller et andet uskadt sted. Flere undersøgelser viser, at fremvisningen har stor betydning for den videre bearbejdelse af det uventede tab. Hvis de pårørende ikke får lov til at se deres afdødes krop, kan det give anledning til nogle skrækkelige billeder på nethinden, som slet ikke er i overensstemmelse med virkeligheden. Her er akutsygeplejersken nødt til at fortælle helt konkret, hvad situationen er, og forsøge at forklare, hvilke valg de pårørende skal træffe.”

Der er også tidsfaktoren at tage hensyn til. De første timer efter dødsfaldet er indtruffet, vil afdøde stadig være varm og have sin egen duft. Venter de pårørende med at komme til dagen efter, vil de møde en kold krop, hvilket for nogle kan være mere traumatisk.

”Som tommelfingerregel må man sige, at de pårørende bestemmer alt. Det er de-

res værdisæt, der er det afgørende. Vil de se, skal de have lov. Vil de ikke, skal det accepteres og bakkes op.”

Bunden opgave

Torben Brøgger Speldt fortæller, at de pårørende som udgangspunkt må blive på sygehuset lige så længe, de vil.

”Hvis det er muligt, bliver den sygeplejerske, der har taget imod de pårørende her, indtil de pårørende har fået sagt endeligt farvel og er taget hjem.”

Fremvisningen kan i øvrigt fortsætte i de kommende dage. Dette vil i så fald foregå i sygehusets kapel, hvor den døde ligger nedkølet.

Fremvisning af uventet døde er en bunden opgave for akutsygeplejersker i de akutte modtagelser.

”Men det er vigtigt, at akutsygeplejersken får lov at vokse med opgaven og ikke kastes ud i de sværeste fremvisninger som helt nyansat. Nogle fremvisninger går let og ubesværet, mens andre kræver, at man mobiliserer alle sine kræfter og mod.

Alligevel er det en opgave, der – hvor modsætningsfyldt det end kan lyde – godt kan være meget livsbekræftende,” siger Torben Brøgger Speldt, som har arbejdet som akutsygeplejerske i 10 år og har hjulpet mange pårørende med at tage afsked med et familiemedlem.

”Arbejdet er både livsbekræftende og tilfredsstillende, når man føler, at fremvisningen er gået godt, og at de pårørende har haft en efter situationen god oplevelse. Når man føler, de har fået sagt farvel på en god måde, og at man dermed har hjulpet dem et lille skridt videre ...”

redaktionen@dsr.dk

” I nogle tilfælde må vi nøjes med at fremvise en hånd eller et andet uskadt sted. Flere undersøgelser viser, at fremvisningen har stor betydning for den videre bearbejdelse af det uventede tab.

Af Jette Bagh, cand.cur., fagredaktør



Kvalitetsprodukt med begrænset holdbarhed

"Jeg tjekker lige, om der findes en klinisk retningslinje," siger den sygeplejestuderende. Hun sætter sig ved hjemmeplejens fælles computer og søger – eller hun spørger sygeplejersken.

Den sygeplejestuderende er flasket op med kliniske retningslinjer, hun bruger dem, og hun taler om dem som den naturligste ting i verden – og hun kan argumentere for sin sygepleje, så man må misunde hende. Hun ved, at retningslinjerne går på tværs af sektorerne, så om hun er i praktik det ene eller det andet sted, spiller ingen rolle. Hun er det, E.M. Rogers i sin diffusionsteori fra 1962 kalder en early adopter. Teorien beskriver, hvordan innovation bliver udbredt i et socialt system gennem kommunikation. I en gruppe udgør early adopters 13,5 pct. – og det er de 13,5 pct., ledelsen både i primær og sekundær sektor skal dyrke. Det er dem, der afprøver nye idéer uden at tøve, men gør det med omtanke og empati. "Vi prøver," siger de, når noget nyt, f.eks. en klinisk retningslinje, er klar til brug.

Når nye tiltag skal indføres blandt sygeplejersker, kan man opleve, at det sker over natten, i løbet af dage, uger eller år. Hvorfor den forskel på, hvornår ny viden får fat og bliver anvendt i praksis?

Det afhænger dels af kulturen, dels af, om early adopters bliver dyrket, stimuleret og værdsat. Resten af gruppen skal nok tage ny viden til sig efterhånden, det væsentlige er, at nogen kan og vil trække læsset. Smølehovederne, som udgør 16 pct., er meget længe om at gå i krig med forandringer, og dem kan ledelsen lige så godt lade være i fred. De prøver ikke noget nyt, før det er blevet en tradition.

Når en klinisk retningslinje skal udbredes fra computer til patient, har pjecer, nøglepersoner og audit en vis effekt, men det, der gør størst indtryk, når nyt skal bringes i omløb og leve, er gentagelser. Brug de kliniske retningslinjer, brug de kliniske retningslinjer, brug de kliniske retningslinjer. Der findes fem godkendte af slagsen i øjeblikket, og 10 er i høring. Retningslinjerne repræsenterer anbefalinger for den ypperligste sygepleje, der kan opdrives her og nu, og godkendelsesproceduren er skrap. Her er AGREE-instrumentet det blå stempel eller den syretest, der beviser, at der er tale om kvalitet med stort K. AGREE-instrumentet danner en ramme for bedømmelse af kvaliteten af den kliniske retningslinje, instrumentet anvendes af to-fire bedømmere, og det er opdelt i 23 nøgleemner og

seks hovedområder. Der skal foretages både en intern og en ekstern bedømmelse.

En klinisk retningslinje skal indledes med de rigtige spørgsmål, tingene skal undersøges til bunds, og sidst, men ikke mindst har en klinisk retningslinje, ligesom alle andre kvalitetsprodukter, begrænset holdbarhed. Tre år, så skal den revideres, sygeplejerskerne skal være helt sikre på, at retningslinjen er baseret på aktuell forskning.

” Hvis man hører til dem, der oplever, at evidensbegrebet giver akut kvalme, så tænk på, at evidens skal kobles med klinisk ekspertise og patientens præferencer.

Hvis man hører til dem, der oplever, at evidensbegrebet giver akut kvalme, så tænk på, at evidens skal kobles med klinisk ekspertise og patientens præferencer. Det er med andre ord en treleddet størrelse at arbejde ud fra evidens. En væsentlig forudsætning for at højne niveauet i sygeplejen er i øvrigt, at vi kalder tingene det samme, at vi har et fælles fagsprog. For nylig blev jeg præsenteret for ordene "sundhedsressourcer" og "trykmærke", begge nye for mig. Det kan skyldes, at jeg ikke følger med, eller at vi har ordfornyere i vor midte, som bør vaske deres mund, for det skaber forvirring på et højt plan, når tingene pludselig får nye navne.

Men brug af kliniske retningslinjer er en form for efteruddannelse i praksis, af praksis. Nemt, ikke?

Læs meget mere på www.kliniskeretningslinjer.dk

Patienten gik sine egne

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • ILLUSTRATION: LARS ANDERSEN

Nogle patienter er så tolvkantede, at de ikke passer ind i de firkantede kasser, der er beregnet på psykisk syge uden for sygehuset. Derfor har et psykoseafsnit i Århus en forløbskoordinator, der støtter særlig udsatte patienter efter udskrivelsen.

På et tidspunkt blev sygeplejerske Marianne Johansen ringet op af en bekymret beboer fra en opgang i Århus. Henvendelsen gjaldt beboerens nabo, en midaldrende skizofren kvinde, som Marianne Johansen er forløbskoordinator for.

”Nu var hun flyttet ned i kælderen og boede nærmest i ingenting dernede. Det viste sig senere, at hun havde mistet sin gadedørsnøgle,” fortæller Marianne Johansen.

Kvinden har flere langvarige indlæggelser bag sig på Århus Universitetshospital, Risskov, og da psykoseafsnit N6 for halvandet år siden besluttede at give en lille gruppe kronisk syge patienter en forløbskoordinator, var hun en af dem, der blev omfattet.

I situationen kunne naboen umiddelbart slå alarm. I forbindelse med en tidligere udskrivelse havde patienten nemlig givet Marianne Johansen lov til at kontakte vigtige personer i hendes netværk. En søn, en økonomisk værge, formanden for andelsboligforeningens og Kirkens Korshærs varmestue. Flere var der sådan set ikke.

For kvinden er en, der går sine egne veje. Hun kan ikke rumme at skulle møde op til en aftalt tid i distriktspsykiatrien eller trække et nummer og vente på apoteket. Hun er også for syg til at gå i banken og bruge et hævekort eller en bankbog. Så

Marianne Johansen og afdeling N6 har fået arrangeret, at hun henter både medicin og penge på sygehuset. Før gik hun rundt med sine penge på gaden, hvor de selvfølgelig blev stjålet fra hende.

Opholdet i kælderen endte med en tvangsindlæggelse. Men kvinden havde det ikke værre, end at hun kunne komme hjem igen efter et par ugers forløb.

”Mange gange er kunsten at få dem indlagt, lige inden de vælter. Det er balancen mellem at respektere deres personlige frihed og at forhindre, at de bliver så dårlige, at det koster tre måneders indlæggelse,” siger Marianne Johansen.

Væltede hele afsnittet

Kvinden tilhører en meget lille gruppe patienter, som tidligere har voldt afsnit N6 en del hovedbrud. De blev indlagt igen og igen, som regel med tvang.

”Vi havde nogle episoder, hvor patienter blev bragt ind af politiet og var så dårlige, at de væltede hele afsnittet,” fortæller afdelingssygeplejerske Lone Nørgaard Møller.

”De var stærkt psykotiske, de havde været uden medicin i lang tid, havde ikke spist eller drukket og var konfuse. De kom ind i afsnittet, løb rundt uden tøj på og var svært seksualiserende, angste og desorienterede og råbte og skreg.”

Når sådan en patient kom ind i afsnit-

Udfordringen

Afdelingen: Psykoseafsnit N6, Århus Universitetshospital, Risskov.

Udfordringen: En lille gruppe kronisk syge psykiatriske patienter var for selvstyrende til at fungere i distriktspsykiatri og kommunale tilbud efter udskrivelse.

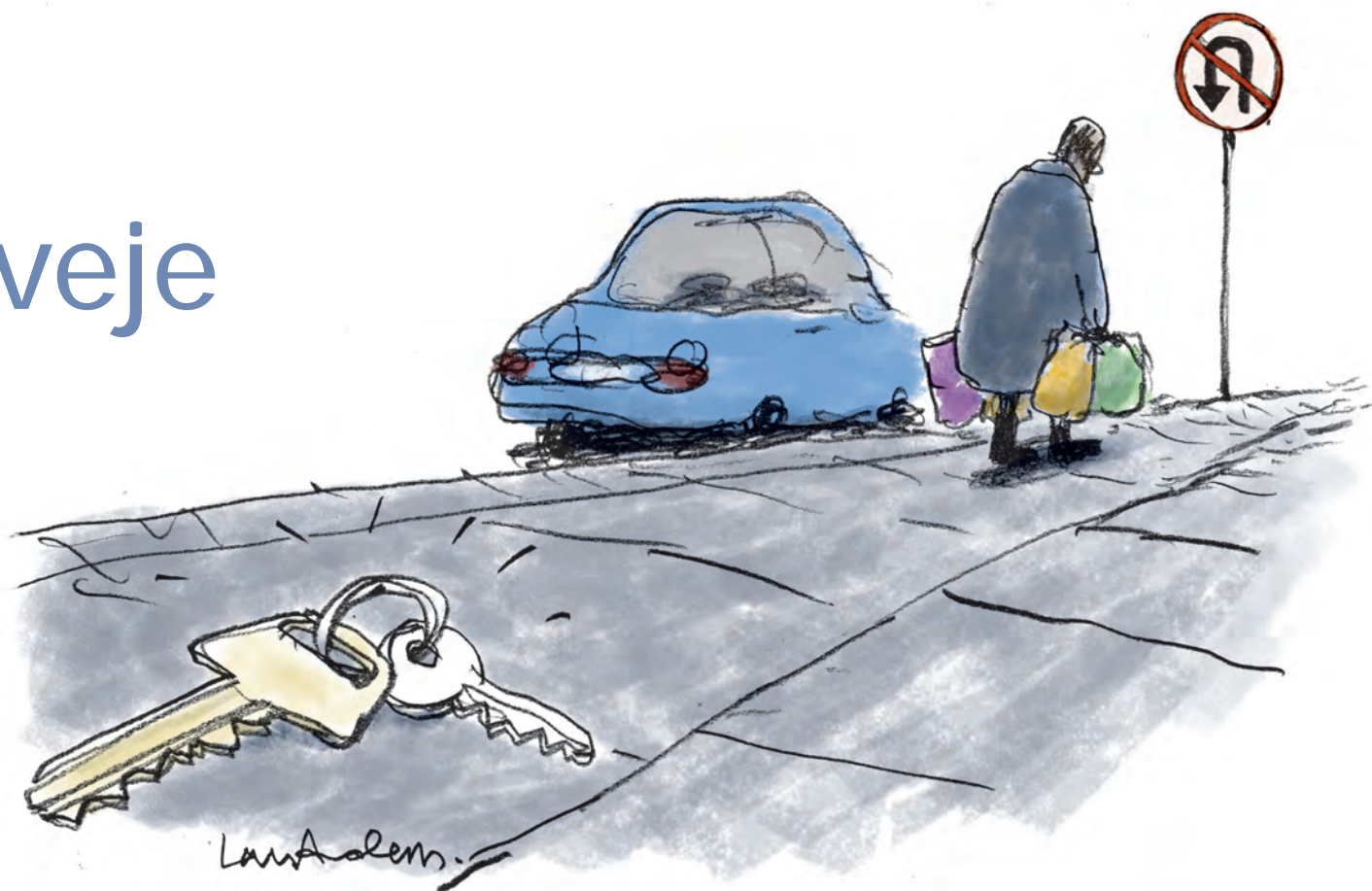
Det gjorde de: En sygeplejerske i afsnittet fik til opgave at forebygge genindlæggelser gennem fortsat kontakt til patienterne og deres omverden uden for sygehuset.

Det har de opnået: Genindlæggelserne er færre og kortere, fordi problemer og forværring i patienternes tilstand bliver opdaget i tide.

Det er de stolte af: Tvang under indlæggelsen og vold mod afsnittets personale er stærkt begrænset.

Det slås de stadig med: At få forløbskoordinatorens rolle anerkendt i de overordnede samarbejdsaftaler mellem sekundær- og primærsektor.

veje



tet, påvirkede det de andre patienter, så uroen bredte sig.

"Så er vi desværre nødt til at bæltefikser og give tvangsmedicin og skærme patienterne, indtil vi har samlet deres tanker så meget med medicin, at vi kan begynde at arbejde med den mere psykiske side af sagen."

Noget måtte der gøres, overvejede Lone Møller. Hvordan kunne man forebygge, at patienterne blev så dårlige, at de måtte indlægges med politiets hjælp?

"For det er frygteligt at se vores meget dårlige psykisk syge blive bragt ind af politiet," siger hun.

"De er så bange, og det tager så lang tid at genopbygge deres tillid og relationer til os efter det nederlag, det er at blive beskrevet og behandlet som farlig.

Men det koster også i arbejdsmiljø. Jeg stod med et personale, der blev slået til plukfisk, når patienterne slog fra sig i deres angst. Det gør virkelig ondt at se følgerne af at have så dårlige patienter."

Skræddersyede løsninger

For halvandet år siden fandt Lone Møller og Marianne Johansen i fællesskab frem til en løsning: En forløbskoordinator til de patienter, der med Lone Møllers ord er så

tolvkantede, at de ikke passer ind i de fir-kantede kasser, der er beregnet på psykisk syge uden for sygehuset.

De er kronisk syge skizofrene, de lever i deres egen verden, som regel i egen bolig eller på gaden. Har intet netværk, men ønsker heller ikke støtte fra systemet. De er ikke misbrugere og heller ikke voldelige, men deres uforståelige og grænseoverskridende opførsel skaber tit frygt og konflikter med deres omverden.

For øjeblikket er Marianne Johansen forløbskoordinator for syv patienter. Det handler om at opbygge tillid, men også om at finde den individuelle løsning til den enkelte patient.

En af dem får depotmedicin på sygehuset hver 14. dag, men hvis hun en dag er for kontrær til at møde op, kan Marianne Johansen finde på at tage hjem til hende og blive den tid, det tager at give medicinen og observere i tre timer.

En anden får sin daglige medicin i kommunens sygeplejeklinik mandag til fredag. I weekenden, hvor de hjemmesygeplejersker, han kender, ikke er til stede i sygeplejeklinikken, får han både medicin og kateterpleje i afsnit N6.

Tilbage til damen med gadedørsløsen. Da hun et halvt år senere var på syge-

huset for at hente sin medicin, fortalte hun vredt, at håndværkere i ejendommen havde gjort noget med døren, så hun ikke kunne låse op.

Marianne Johansen fik lov til at følge hende hjem til døren, der i mellemtiden var åbnet. Men i stedet for at sige farvel inviterede patienten hende op på en kop kakao.

Efter en times besøg i lejligheden, hvor der hverken var møbler eller strøm eller kakao, kunne Marianne Johansen vende tilbage til afsnittet for at ringe til kvindens værge om strømmen.

"Men jeg var helt høj, da jeg gik derfra. Før mig tror jeg kun der har været ét andet menneske oppe i den lejlighed."

kbj@dsr.dk

Mere information

Kontakt: Afdelingssygeplejerske Lone Nørgaard Møller på lonniels@rm.dk eller forløbskoordinator Marianne Johansen på marjoh@rm.dk

Hurtig udskrivning af nyfødte bekymrer



Besparelser på fødegange og i kommuner betyder, at nyfødte udskrives hurtigt, men at sundhedsplejen først kan komme på besøg en uge efter udskrivelsen. Det vækker bekymring i Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker.

”Der er behov for, at sundhedsplejersker kan komme på besøg inden for de første fem dage, efter at familien er blevet sendt hjem fra hospitalet. I dag går der som regel syv dage, før sundhedsplejersken kommer ud. Og der kan sagtens nå at være opstået alvorlige problemer med eksempelvis amning, som bliver sværere at løse, fordi der er gået syv dage,” udtaler formand for Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker, Susanne Hede.

Dansk Sygeplejeråds 2.-næstformand Dorte Steenberg er enig og siger:

”Det her er et klassisk eksempel på sektortænkning. Men sundhedsvæsenet skal ses som et sammenhængende hele. Det har faktisk aldrig været mere nødvendigt med sammenhæng i vores sundhedsvæsen. Desværre skaber politikerne slet ikke de rammer, der skal til for at skabe sammenhæng.”

SF kræver nu, at sundhedsministeren griber ind.

(sbo + mkc)

Sjællandske sygeplejersker søger psykolog

Dansk Sygeplejeråd Kredens Sjælland oplever en markant stigning i antallet af ansøgninger fra sygeplejersker, der behøver psykologhjælp. Dårligt arbejdsmiljø og højt arbejdspress bærer skylden for de psykiske lidelser.

”Langt hovedparten af ansøgningerne omhandler arbejdsrelaterede lidelser, der udspringer af et dårligt arbejdsmiljø. Derfor mener jeg principielt, at arbejdsgiverne bør vedkende sig deres ansvar og afholde udgifterne,” siger Helle Dirksen, formand for Dansk Sygeplejeråds Kredens Sjælland.

(mkc)



LEDER

Vi skal lære af fejlene

”Klagesagen er det værste, jeg har været ude for i min karriere.” Sådan lyder det fra to sygeplejersker i dette nummer af *Sygeplejersken*. Jeg synes, det er en tankevækkende artikel, som vedkommer alle sygeplejersker, uanset hvor i sundhedsvæsenet vi arbejder.

Hvert år bliver omkring 100 sygeplejersker involveret i en sag hos Patientklagenævnet. Det skal ses i lyset af, at vi er flere end 50.000 aktive sygeplejersker. Og det skal ses i lyset af, at vi er i kontakt med patienterne døgnet rundt, og at det er os, der tager hånd om alvorligt syge patienter.

Det ændrer ikke på, at det er utroligt hårdt at blive ramt af en klagesag. Derfor gør vi i Dansk Sygeplejeråd alt, hvad vi kan for at hjælpe de medlemmer, som får en klagesag. Vi får flere og flere henvendelser fra medlemmer, som har brug for hjælp. Det er endnu en god grund til at være medlem.

Noget af det, mange frygter, er at få sit navn på Patientklagenævnets hjemmeside. Det er på tide at afskaffe den gabe-stok. Der må være andre metoder at håndtere problemerne på. At hænge medarbejdere ud på den måde ligner mest af alt en falliterklæring fra myndighedernes side.

Lige nu skærer sygehuse og kommuner ind til benet, og jeg kan sagtens forstå de sygeplejersker, som oplever, besparelserne truer patientsikkerheden.

Det er ikke usandsynligt, at der kommer flere klagesager. Det hænger også sammen med, at sundhedsvæsenet – sat lidt på spidsen – i disse år lærer patienterne, hvordan de skal klage.

Frygten for klager må imidlertid ikke få os til at undlade at indberette fejl og utilsigtede hændelser. Vi skal udvikle en kultur, hvor sundhedsvæsenet lærer af fejlene, i stedet for at udpege synderbukke. Og kun ved at rapportere fejl og utilsigtede hændelser kan vi udvikle kvaliteten og dokumentere sammenhængen mellem patientsikkerheden og antallet af sygeplejersker.

På den anden side er det urimeligt, at sygeplejersker, der knokler løs på underbemandede afdelinger eller i kommuner med for få kolleger, risikerer at få kritik fra Patientklagenævnet, selvom de har gjort alt for at få enderne til at nå sammen. Derfor ser jeg frem til, at det efter nytår bliver muligt at klage over systemfejl og ikke som nu kun over enkeltpersoner. Så får arbejdsgiverne også et større medansvar for at undgå klagesager.

Vi sygeplejersker ser det som vores fornemste opgave at passe godt på patienterne. Så skal arbejdsgiverne og politikerne til gengæld passe godt på os og sikre, at vi får bedre rammer til at udføre vores arbejde uden at skulle frygte klager og gabe-stokke.

Grete Christensen

Grete Christensen, formand

På vej mod kliniske ekspertsygeplejersker

AF SØREN PALSBO, JOURNALIST

Dansk Sygeplejeråd er repræsenteret i en arbejdsgruppe, der senest i april 2011 skal udarbejde et oplæg til videreuddannelse for sygeplejersker, som selvstændigt skal arbejde med tværgående behandlingsforløb.

Ønsket om opgaveglidning fra sygehusvæsen til primærsektor og fra læger til sygeplejersker betyder, at der kan være behov for en ny videreuddannelse for sygeplejersker, som kan varetage de nævnte behandlingsopgaver "både selvstændigt og i henhold til delegation."

Sådan konstaterer Folketingets Sundhedsudvalg, der har behandlet et beslutningsforslag om kliniske ekspertsygeplejersker (B 215), i sin beretning om arbejdet.

Behandlingsopgaverne gælder især ældre medicinske patienter og patienter med kroniske sygdomme.

Arbejdsgruppen, der er nedsat af Indenrigs- og Sundhedsministeriet, skal gøre rede for de eksisterende uddannel-

sestillbud og pege på, hvilke kompetencer der er brug for, baseret på erfaringer med bl.a. de nuværende sundhedscentre og fra sundhedssektoren i øvrigt. Internationale erfaringer kan også inddrages. Arbejdsgruppen skal komme med et oplæg til den ny videreuddannelse og ikke lade sig begrænse af formelle rammer, hedder det i beretningen fra Folketingets Sundhedsudvalg.

Titlen er ikke vigtig

Til Fagpressebureauet på Christiansborg siger De Konservatives sundhedsordfører Vivi Kier, at det vigtige for hende ikke er, om det hedder kliniske ekspertsygeplejersker med speciel ordinationsret eller noget andet.

"Det vigtigste er at få gang i den egentlige opgaveflytning og dermed også få flyttet opgaver til sygeplejersker, som selvfølgelig skal kvalificeres og uddannes til det," siger Vivi Kier.

Grete Christensen, formand for Dansk

Sygeplejeråd, siger: "Jeg synes, det er en tillidserklæring til vores profession, at politikerne mener, at netop sygeplejerskerne har en nøglerolle i forhold til de udfordringer, sundhedsvæsenet står over for. Og jeg er meget tilfreds med, at Sundhedsudvalget sender et klart signal om, at nu skal der ske noget."

DSR I MEDIERNE

Dansk Dansk Sygeplejeråd er siden den 1. januar i år citeret 2.758 gange i medierne. Det er i gennemsnit ni gange om dagen. Blandt de sager, Dansk Sygeplejeråd har rejst i september, er:

Behandlingsdomme virker godt

Antallet af psykisk syge, der får en behandlingsdom, er næsten fordoblet i løbet af syv år, viser en rapport fra Justitsministeriet. Ud af gruppen af psykisk syge, der får en behandlingsdom, begår kun 13 pct. ny kriminalitet, to år efter at behandlingsdommen er ophævet. Til sammenligning falder 30 pct. af dem, der får en fængselsdom tilbage i kriminalitet i løbet af to år efter løsladelse.

"Det her viser, at det nytter noget at give behandlingsdom frem for fængselsstraf. Og det er samtidig en cadeau til medarbejderne i psykiatrien, der hver dag leverer en stor indsats for at hjælpe psykisk syge," lød det fra Dorte Steenberg, 2.-næstformand for Dansk Sygeplejeråd.

Hovedstadens sygehuse dumper i rengøring

Ny undersøgelse fra Region Hovedstaden dumper rengøringen på regionens hospitaler. Syv ud af 10 lokaler lever slet ikke op til regionens rengørings- og hygiejnestandard. "Når hospitalerne skal spare rigtig mange penge, og der bliver færre medarbejdere, så går det ofte ud over rengøringen," sagde Vibeke Schaltz, 1.-næstformand for Dansk Sygeplejeråd i Kreds Hovedstaden. Ifølge rapporten står det værst til med rengøring og hygiejne på Bispebjerg, Hillerød, Hvidovre og Amager Hospital. Bornholm og Gentofte Hospital har fået flest godkendte lokaler.

Nyuddannede sygeplejersker ramt af arbejdsløshed

Trods flere års nødråb om mangel på sygeplejersker, er fire ud af 10 nyuddannede sygeplejersker i dag arbejdsløse. Det er en tredobling alene det seneste år. Udviklingen får Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen til at frygte for fremtidens sundhedsvæsen: "Vi risikerer, at en del af de nyuddannede sygeplejersker, som vi får hårdt brug for i fremtiden, aldrig kommer i gang i sygeplejen. Derfor skal vi have lettet de nyuddannedes adgang til arbejdsmarkedet."

Læs mere på www.dsr.dk/medierne



Emblem – kvit og frit

Når du er medlem af Dansk Sygeplejeråd, får du udleveret emblemet kvit og frit, men det er ikke til evig eje. Det skal returneres til Dansk Sygeplejeråd, hvis du melder dig ud.

Tjek pensionen på din lønseddel

Når du er ansat på en overenskomst, som Dansk Sygeplejeråd har forhandlet, indbetaler både du og din arbejdsgiver til pensionskassen for Sygeplejersker, PKA. Du kan tjekke din pension på lønsedlen.

Skal lederne have deres egne tillidsrepræsentanter?

Lederforeningen i Dansk Sygeplejeråd arbejder for, at de ledende sygeplejersker skal have deres egne tillidsrepræsentanter, som bl.a. har forhandlingsret.

Overlægerne, skolelederne og de ledende pædagoger har det – tillidsrepræsentanter for lederne, som skal skabe bedre arbejds- og lønvilkår for lederne. Derfor foreslår Lederforeningen, at de ledende sygeplejersker får deres egen ledertillidsrepræsentant til at varetage deres interesser.

Læs mere på www.dsr.dk > Lederforeningen

Nyt ledelsescenter skal styrke de ledende sygeplejersker

Dansk Sygeplejeråd har besluttet at oprette et ledelsescenter, som udelukkende får til opgave at varetage ledende sygeplejerskers interesser. Centret bliver forankret i Dansk Sygeplejeråds lederforening og åbner 1. januar 2011. 15. august i år blev der ansat en ny chef til at starte og drive ledelsescentret, Bo Christensen. Han kommer fra en stilling som direktør i Foreningen af Danske Lægestuderende, FADL.

Organisationen i ledelsescenteret består af konsulenter, der arbejder ude i Dansk Sygeplejeråds lokale kredse, og som allerede har speciale i ledernes overenskomst og øvrige vilkår.

Læs mere på www.dsr.dk > Lederforeningen

SID DIG STÆRK PÅ 14 DAGE!



Hjælp dig selv og dine kolleger med at undgå ryg-, skulder- og nakkesmerter, samt kredsløbsproblemer. Dynamostol Clinical er perfekt i sterile arbejdsituationer og du opnår den bevægelsesfrihed, som er vigtig for dig.

PRØV DEN GRATIS I 14 DAGE. BESTIL NU:

tel. 4675 0970 eller

www.dynamostol.dk/gratis14dage

SID DIG STÆRK
dynamostol®

Reaktioner på fyringer på Rigshospitalet

"Hvordan skaber man et fornuftigt sundhedssystem, hvis man bliver ved at skære ind til benet? Jeg synes, det er foruroligende."

"Der er skåret til benet alt for mange gange – det næste, man får fat i, er benmarv – og så er det danske sundhedsvæsen virkelig amputeret."

"Jeg flytter hjem til Norge! Der er det mere vilje til å udvide og udvikle det, som er verdts å satse på og de effektiviserer også. Jeg tror gresset er grønnere og sneen hvitere i Norge i øjeblikket! (efter 16 år i DK)"

Hvem skal lægge vagtplanen?

"På nuværende tidspunkt er det min afdelingssygeplejerske, der planlægger arbejdsplanen. Vi har et fast grundrul, som de fleste er tilfredse med. Man har altid kunnet ønske sig fri ude i fremtiden (længere fremme end de fire uger), og dette bliver der altid taget hensyn til. På et tidspunkt skal vi gå over til selv at ordne arbejdsplanen, og dette er jeg faktisk ikke helt tryk ved. Jeg tror, det vil tage for meget af min tid også at skulle til at lave denne administrative del, og derved vil

der gå faglig ekspertise væk fra patienterne og ind på kontoret."

"Jeg kunne ikke være mere uenig. Vi lægger selv vores plan, og det skal gøres i fritiden! Dermed forsvinder ingen dyrebar tid fra patienterne. Det giver et højt tilfredshedsniveau, at både arbejdsliv og hjemmeliv kan gå op i en højere enhed, og det går stort set altid op i sidste ende..."

"I fritiden?"

"Det fungerer fint med at bruge fritiden på vagtplanlægning – jeg synes, det ville være uansvarligt at forlange, at hver enkelt medarbejder skal sidde og finde ud af, hvornår man gerne vil have fri – mens man er på arbejde. Man får det til at hænge sammen hjemmefra og har kigget i sin kalender, hvordan man gerne vil arb. osv. – for så at plote det ind i en plan på arbejde – så er der masser af tid til både det søde liv og patienterne :-)"

Hvis du selv har lyst til at følge med i debatterne på Dansk Sygeplejeråds Facebook-side og eventuelt giv dit eget besyv med, kan du blive fan af siden på www.facebook.com/sygeplejersker

” Ifølge genopretningsplanene stiger skatten også i 2012 og 2013, og ifølge oppositionens finanslovsforslag vil den gøre det endnu mere. Vi må også forvente, at renterne begynder at stige igen, og at lønstigningerne over en periode bliver ret beskedne. Den disponible indkomst vil over en årrække udvikle sig meget ringe.

Privatøkonom i Danske Bank Las Olsen til Jyllandsposten 25. september 2010.

Pas på

Der findes en række virksomheder, som Dansk Sygeplejeråd forgæves har forsøgt at indgå overenskomst med. Nogle, fordi de ikke ønsker det, andre oplyser, at de ikke har sygeplejersker ansat. I henhold til De kollegiale vedtægters § 3, stk. 2 fraråder Dansk Sygeplejeråd vores medlemmer at tage ansættelse på disse virksomheder uden først at kontakte os og søge vejledning på tlf. 4695 4063.

Se listen over virksomheder, der ikke ønsker at indgå overenskomst med Dansk Sygeplejeråd på www.dsr.dk/ingenok

Nyt dsr.dk skubbet til januar

Det bliver først i begyndelsen af 2011, at www.dsr.dk skifter til ny udgave. Årsagen er ønsket om at undersøge forskellige muligheder for at logge ind. Du vil derfor ikke modtage dine nye koder på betalingsoversigten for november, som der ellers har været skrevet tidligere. Når der er fundet en løsning, vil det straks blive meldt ud.

Portalen bliver klog på dig

Dansk Sygeplejeråds nye portal www.dsr.dk er målrettet det enkelte medlem, og det gør det nemmere fremover at finde det indhold, man interesserer sig for. De første gange du logger ind, vil du måske få vist nogle artikler og nyheder, som ikke umiddelbart interesserer dig. Det er fordi, søgemaskinen skal lære dig at kende, før den kan blive klog på dig og dine interesser. Så vær tålmodig – det skal nok blive rigtig godt og rammende. Jo mere du bruger www.dsr.dk, jo mere vil du opleve at få vist det indhold, der interesserer dig.



Vind gavekort til Matas

Der er 10 gavekort til Matas og 10 T-shirts med teksten "Proud to be a nurse" på højkant, når det nye www.dsr.dk går i luften. Det eneste du skal gøre, er at logge ind og uploade et profilbillede. Så er du med i lodtrækningen. Ligesom selve lanceringen af www.dsr.dk vil konkurrencen først gå i gang i januar. Vinderne får direkte besked umiddelbart efter.

Læs mere om konkurrencen og udviklingen af det nye site på www.dsr.dk/ny

Formanden i klinik

“Vi har landets dårligste patienter”

AF MADS KRØLL CHRISTENSEN • FOTO: SIMON KLEIN-KNUDSEN

Ny føljeton sender Dansk Sygeplejeråds formand i klinik. Andet besøg i rækken er Rigshospitalets Intensiv terapi afsnit 4131, som i trange fysiske rammer dagligt må prioritere patienterne.

Svært forbrændte børn og voksne, sårede soldater fra Afghanistan og ofre for den københavnske bandekrig. Det var blot et udsnit af de patienter på Rigshospitalets Intensiv terapi afsnit 4131, som Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen, iført kittel og nål, mødte under sit ophold på afsnittet.

Afsnittet huser 18 sengepladser, som der er et voldsomt pres på. Belægningsprocenten er konstant over 90, selv om den mest optimale belægningsprocent er på maksimalt 80.

“Vi har landets dårligste patienter, og alligevel er afdelingens fysiske rammer enormt ringe. Der er ikke plads til flere end de 18 senge, vi har. Derfor foretager vi dagligt en prioritering blandt patienterne og vurderer, hvem der kan sendes videre til forskellige sengeafdelinger eller til andre intensivafdelinger rundt omkring i landet,” fortæller Susanne Sebens, som er klinikoversygeplejerske på Intensiv terapi afsnit 4131.

Ifølge Susanne Sebens har specielt den nye redningshelikopter betydet et yderligere pres på afsnittet.

“Efter den nye redningshelikopter er startet op, får vi endnu flere patienter, fordi mange bliver fløjet direkte til Rigshospitalet. Helikopteren er en stor gevinst.



Klinikoversygeplejerske på Intensiv terapi afsnit 4131 Susanne Sebens (th.) viser Grete Christensen rundt på afdelingen. Der er ansat 130 sygeplejersker på afdelingen, hvoraf 70 pct. har specialuddannelsen i intensivsygepleje. Blandt de ansatte er 11 nationaliteter repræsenteret.

Vis Grete din arbejdsdag

“Formanden i klinik” er en ny føljeton i *Sygeplejersken*, hvor Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen besøger et bredt udsnit af sygeplejerskernes arbejdspladser i hele landet og følger en sygeplejerske i løbet af en arbejdsdag. Kunne du tænke dig, at Grete Christensen fulgte dig i dit arbejde, så send en mail til Lotte Havemann på lha@dsr.dk eller til Mads Krøll på mkc@dsr.dk

Eksempelvis overlever langt flere brandsårpatienter end tidligere.”

Trang plads på brandsårsstue

Netop afsnittets to nuværende brandsårpatienter bliver passet af intensivsygeplejerske Bente Åkerlund. Begge patienter er fløjet ind til Rigshospitalet med redningshelikopter fra Jylland.

“Vi observerer brandsårpatienterne døgnet rundt, så vi kan reagere, hvis deres tilstand ændrer sig. En tommelfingerregel siger, at hvis patientens alder plus den andel af kroppen, der er forbrændt, er un-

der 100, så er chancerne for overlevelse gode,” fortæller Bente Åkerlund inde på afsnittets specielle brandsårsstue, hvor temperaturen konstant er 32 grader.

“Desværre er det den eneste brandsårsstue, som afsnittet råder over. Derfor må vi improvisere, når der kommer flere brandsårpatienter, end der er sengepladser til. Afdelingens fysiske rammer er alt for små og trange. Der er ganske enkelt ikke plads nok. Det betyder meget irritation og en konstant omrokering af patienter,” fortæller Bente Åkerlund.

Grete Christensen påpeger, at de fysi-



Afdelingssygeplejerske Anne Friis (tv.) fortæller, at den brede vifte af specialepatienter, som er indlagt på Intensiv terapi afsnit 4131, stiller krav til samarbejdet med andre afdelinger: "Vi har landsdelsfunktion for en række specialer, f.eks. brandsår."

Specialuddannelse i intensivsygepleje

Specialuddannelsen i intensivsygepleje tager to år, heraf seks måneders introduktionsansættelse på en intensivafdeling og 18 måneders ansættelse på en intensivafdeling, der er godkendt som uddannelsessted. Uddannelsen består af ca. 200 timers teoretisk undervisning, mens resten er klinikuddannelse. Adgangskrav til uddannelsen er en dansk autorisation som sygeplejerske og mindst to års klinisk erfaring på fuld tid efter endt grunduddannelse.

Kilde: Dansk Sygeplejeråd.



Grete Christensen sammen med intensivsygeplejerske Bente Åkerlund på afsnittets brandsårsstue: "Det bedste ved afdelingen er mine gode kolleger og ledelse. Vi har et meget højt fagligt niveau. Vi er verdensmestre. Det giver en tilfredsstillelse. Men vores fysiske rammer er en stor barriere i hverdagen."



Hver dag afholder sygeplejerskerne på Intensiv terapi afsnit 4131 et møde af ca. 20 minutters varighed, hvor forskellige arbejdspladsrelaterede problemstillinger diskuteres ud fra devisen om ikke at snakke om hinanden, men med hinanden. Dagens emne er "Dårlig sygepleje – hvordan retter man på en kollega?"



Intensiv terapi afsnit 4131 er præget af erfarne sygeplejersker. Mere end hver fjerde sygeplejerske på afsnittet har over 10 års erfaring. Intensivsygeplejerske Charlotte Voss (th.) har 40-års-jubilæum som sygeplejerske på Rigshospitalet. Hun har været ansat på afsnit 4131 stort set siden 1981.

ske rammer skal være i orden: "Ikke mindst set i lyset af, at den nye akutplan vil lægge et øget pres på bl.a. et intensivafsnit som 4131, der modtager patienter fra hele landet. Det siger sig selv, at der skal være sengepladser nok. De fysiske rammer er med al tydelighed langt fra optimale på afsnit 4131."

(mkc)

Efter Grete Christensens besøg på 4131, har Region Hovedstaden indgået budgetforlig, som lægger op til fire ekstra sengepladser på afsnittet fra næste år.

Sygeplejersker på Intensiv terapi afsnit 4131

130 sygeplejersker er ansat på Intensiv terapi afsnit 4131. Sygeplejerskenormeringen er på 118 sygeplejersker, så en stor del af sygeplejerskerne er ansat på nedsat tid. Generelt er sygeplejerskernes arbejdsopgaver meget tværfaglige, og så godt som alt arbejde foregår i et samspil mellem læger og sygeplejersker. Afsnittets ledelse har i de seneste år haft stort fokus på, at flere af sygeplejerskerne tager specialuddannelsen i intensivsygepleje. Og det har givet bonus. I takt med, at antallet af sygeplejersker med specialuddannelsen er steget, er bl.a. antallet af indlæggelsesdage på 4131 faldet fra 6,1 til 5,2. I dag har syv ud af 10 af afsnittets sygeplejersker taget specialuddannelsen.

Langt størstedelen af afdelingens patienter er traume patienter, men også patienter med forskellige former for blodcancer, brandsår, bakteriesygdomme og patienter, som har været udsat for fejloperationer, behandles på afsnittet.

Kilde: Intensiv terapi afsnit 4131, Rigshospitalet.

Efter fyringerne Sosu-assistenten har overtaget sygeplej

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST

Efter en turbulent sommer er det blevet hverdag i Odder. Kommunen har fyret halvdelen af sygeplejerskerne. "Nu kan kun tiden vise, om kvaliteten af plejen kan holde," siger sygeplejerskernes tillidsrepræsentant Bodil Jeppesen.

I begyndelsen af maj i år tonede tillidsrepræsentant Bodil Jeppesen fra Odder Kommune frem på TV2 og kritiserede kommunens planer om at fyre halvdelen af kommunens sygeplejersker for at erstatte dem med social- og sundhedsassistenter. Kort efter var tillidsrepræsentanten og en sikkerhedsrepræsentant selv blandt dem, der blev varslet fyret. Beslutningen om at fyre tillidsfolkene i Odder gav genlyd over hele landet, og kommunen valgte at trække afskedigelsen af Bodil Jeppesen og sikkerhedsrepræsentanten tilbage.

Sommeren har været turbulent for Bodil Jeppesen og sygeplejerskerne i Odder Kommune, efter at ni af deres kolleger blev afskediget. Til gengæld er der blevet ansat flere social- og sundhedsassistenter, og de har overtaget en del af sygeplejerskernes mere rutinemæssige opgaver som f.eks. at skifte kateter og sonde, give insulin og dosere medicin. En struktur, som flere kommuner overvejer at kopiere.

Den nye arbejdsdeling har betydet markante ændringer i sygeplejerskernes dagligdag: Hvor de tidligere arbejdede to sygeplejersker i hvert distrikt i dagvagterne og kunne sparre med hinanden, er de i dag alene på arbejde i distriktet sammen med en gruppe assistenter, og der er ikke længere nogen sygeplejerske på nattevagt.



ARKIVFOTO: FLEMMING JEPPESEN

Tillidsrepræsentant Bodil Jeppesen (blå jakke) og formand for DSR Kreds Midtjylland Else Kayser mødtes, da Odder Kommunes hjemmesygeplejersker tidligere i år nedlagde arbejdet pga. et fyringsvarsel mod bl.a. Bodil Jeppesen. Hun fortæller nu, at sygeplejerskerne uddelegerer alle de opgaver, de kan, til sosu-assistenten.

Håber ikke, vi bliver konsulenter

"Vi uddelegerer nu alle de opgaver, som det ikke er strengt nødvendigt, at en sygeplejerske tager sig af. De seneste to måneder har sygeplejerskerne været i gang med en massiv oplæring af social- og sundhedsassistenter. Og selv om vi i dag i højere grad

Advarer mod Odder-model

Formanden for Dansk Sygeplejeråd, Kreds Midtjylland, Else Kayser, fraråder kommuner at erstatte sygeplejersker med sosu-personale.

Ældre patienter med komplekse sygdomsforløb udskrives tidligere og tidligere fra sygehuset, og der er langt større behov for sygepleje og rehabilitering i kommunerne end før. Derfor skal landets øvrige kommuner tænke sig godt om, hvis de overvejer at lade sig inspirere af Odder Kommune. Her er halvdelen af sygeplejerskerne blevet fyret og erstattet med social- og sundhedsassistenter.

Advarslen kommer fra formanden for Dansk Sygeplejeråd, Kreds Midtjylland, Else Kayser. Hun fraråder andre kommuner at kopiere Odder-modellen i forbindelse med efterårets budgetaftaler. F.eks. diskuterer politikerne i Jammerbugt Kommune i Nordjylland i øjeblikket et forslag om at konvertere 21 sygeplejerskestillinger til social- og sundhedsassistentstillinger.

"Sygeplejersker er glade for at samarbejde med sosu-hjæl-

pere og sosu-assistenten, og vi har respekt for deres faglighed, men de er ikke uddannet til komplekse forløb, som f.eks. når patienten lider af forskellige sygdomme, og det er nødvendigt at kunne gennemskue årsag og sammenhænge og overvåge, om der sker en forværring af patientens tilstand," siger Else Kayser.

Dansk Sygeplejeråds Kreds Midtjylland har i foråret arbejdet meget aktivt for at gøre opmærksom på konsekvenserne af besparelserne i Odder, og kredsens følger løbende udviklingen. Bl.a. er der aftalt et møde mellem Dansk Sygeplejeråd, en række andre faglige organisationer og kommunaldirektøren til foråret for at følge op på konsekvenserne af besparelserne.

Else Kayser peger bl.a. på:

"Odder Kommune med 20.000 indbyggere har sparet 50 mio. kr. Målt pr. borger er besparelserne i kommunen langt mere omfattende end besparelserne på sygehusene."

Læs mere om besparelserne i Odder Kommune på www.dsr.dk/midtjylland

erskers arbejde

end tidligere skal undervise andre faggrupper, oplever jeg ikke, at vi har mindre patientkontakt end tidligere. Vi er indtil videre slet ikke derhenne, hvor vi kun fungerer som konsulenter. Og jeg håber bestemt heller ikke, at den tid kommer," siger Bodil Jeppesen. Hun mener på nuværende tidspunkt, at det er svært at vurdere, om kvaliteten af sygeplejen er blevet dårligere, fordi personalet i hjemmeplejen f.eks. først er blevet pålagt at indberette utilsigtede hændelser fra 1. september i år.

Smertegrænsen ikke nået endnu

"For mig er smertegrænsen nået, hvis vi bliver nødt til at uddelegere opgaver, som vi rent sygeplejefagligt ikke kan overlade til andre, men den situation er vi ikke havnet i endnu," siger Bodil Jeppesen.

Det har gjort ondt at sige farvel til så mange gode kolleger, men heldigvis har de fleste fået job igen. I dag føler Bodil Jeppesen stadig, at hun kan sige sin mening og være en god tillidsrepræsentant:

"Jeg er tilbage i mit job og har de samme tillidsposter som tidligere. Jeg tror nok, de fleste vil sige, at jeg er, som jeg plejer. Men det er klart, at kampen om sygeplejerskestillingerne er slut. Ledelsen har besluttet sig for en ny struktur, og det må vi som medarbejdere bakke op om, hvis vi vil arbejde i Odder Kommune. Det er jo det lod, man har på enhver arbejdsplads efter en omstrukturering. Nu kan kun tiden vise, om den nye struktur holder, og om kvaliteten i sygeplejen kan holde."

bs@dsr.dk

Mindre tid til patienter

43 pct. af landets sygeplejersker har det seneste år fået mindre tid til at tage sig af patienterne, viser en ny undersøgelse fra Megafon. Det giver bl.a. dårligere information om sygdomsforløb og mangel på basal pleje. "Patienter med ikke-livstruende sygdomme kommer ofte i anden række og får ikke den optimale opmærksomhed i øjeblikket," siger Tine Jæger, fællestillidsrepræsentant for sygeplejerskerne på Hvidovre Hospital.

"Der bliver flere ældre, og derfor er der i den grad brug for kvalificeret arbejdskraft på sygehuse og i ældreplejen. Der er intet konstruktivt perspektiv i at fyre sygeplejersker, som er med til at sikre en høj kvalitet i sundhedsvæsenet," siger formand for Dansk Sygeplejeråd Grete Christensen.

(sbo)

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

Vidste du, at der findes et sårbehandlingssortiment, som er bakteriebindende?

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

Fordelene 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 "rene" sår



Få mere information og en præsentation af hele Sorbact-serien. Kontakt os! ABIGO's dygtige konsulenter/sygeplejersker ser frem til at møde dig!



Salg & distribution:
Mediq Danmark A/S · Tlf. 36379200
Abena A/S · Tlf. 74311818
Danpleje OneMed A/S · Tlf. 86109109

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

MIG OG MIT JOB

NAVNE

Navn: Annette Carstensen

Stilling: Kontinenssygeplejerske. Uddannet i 1981, har arbejdet som kontinenssygeplejerske de seneste otte år.

Arbejdsplads: Myndigheden i Sønderborg Kommune.



ARKIVFOTO: LENE ESTHAVE

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST

Hvad er det bedste ved dit job?

"At det er så frit. Jeg kan delvist selv bestemme mine arbejdstider, og det er meget uadvendt med masser af brugerkontakt."

Hvad er det værste ved dit job?

"At jeg en gang imellem bruger utrolig meget, irriterende ventetid foran computeren, fordi systemet ikke virker."

Hvad ville du lave, hvis du ikke var sygeplejerske?

"Så ville jeg arbejde i en Matas-forretning! Det har altid været en drøm at stå og vejlede folk om dufte, parfumer og læbestifter."

Hvad var dit første job?

"Basissygeplejerske på en almen medicinsk afdeling."

Hvad er det bedste job, du har haft?

"Det, jeg har nu. Jeg nyder, jeg selv kan tilrettelægge en stor del af min arbejdsdag."

Hvad er det værste job, du har haft?

"Det er mere en arbejdsopgave; at skifte forbindelse f.eks. på et stort diabetessår. Jeg kan sagtens fagligt, men det, at man skal rense op, klippe af og revidere, det bryder jeg mig ikke om."

Hvordan vil du beskrive dit job i én sætning?

"Jeg vejleder brugere og plejegrupper og sørger for dokumentation og bevillinger inden for urin- og afføringsinkontinens."

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

"Det er de brugere, hvor omgivelserne

synes, de lugter af urin, men det synes de ikke selv. At få dem til at indrømme det og finde ud af, at de ville få det bedre, hvis de kom i behandling, det er en udfordring."

Med hvilke tre ord vil dine kolleger beskrive dig?

"Snakkende, grundig og skeptisk på den sunde måde."

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

"'Bruger' eller 'bleer'."

Hvad er det mærkeligste, en patient nogensinde har bedt dig om?

"Kan ikke fremhæve en ting frem for noget andet, men i min tid i hjemmeplejen har jeg da fodret hunden for en gammel, dårlig mand."

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

"It, der altid fungerer."

Hvilke tre arbejdsredskaber kan du ikke undvære i dit job?

"Computer, telefon og Kraks vejviser."

Hvordan slapper du af?

"Det gør jeg bl.a. ved at spille golf."

Hvornår mistede du sidst dit temperament og hvorfor?

"Jeg bliver meget kort for hovedet, hvis en bruger angriber mig personligt, fordi hun er vred på systemet, i stedet for at holde sig til sagen og lytte til de faglige argumenter."

Får engelsk universitetstitel

Cand.cur., ph.d. Bibi Hølge-Hazelton er blevet udpeget til Honorary Teaching Fellow ved Faculty of Health and Life Sciences på Coventry University i England.

Bibi Hølge-Hazelton har siden 1. januar været ansat som sygeplejefaglig forskningsleder ved Sygehus Nord, Roskilde, Køge, Holbæk, Kalundborg og Fakse. Bibi Hølge-Hazelton er associeret forskningslektor ved Forskningsenheden for Almen Medicin ved Københavns Universitet og er endvidere medlem af Sygeplejerskens videnskabelige panel.

(er)

Ny formand for intensivsygeplejerskerne

Mette Ring bliver ny formand for Fagligt Selskab for Anæstesi-, Intensiv- og Opvågnings- og Intensivsygeplejersker, FSAIO. Birte Baktofte er stoppet som formand efter ni år på posten.

(sbk)

Chefsygeplejerske stopper

Chefsygeplejerske på Regionshospitalet Randers og Grenaa, Karin Valbæk, 62 år, går på pension den 30. november efter mere end 20 år på posten. Stillingen som chefsygeplejerske bliver opslået snarest. Den nye chefsygeplejerske vil indgå i hospitalsledelsen sammen med hospitalsdirektør Gert Sørensen og cheflæge Lone Winther Jensen.

(hbo)

Svar på testen side 7

1: b., 2: b., 3: b., 4: b., 5: a.

IN MEMORIAM

Gitte Holm

I anledning af vores kollega Gitte Holms alt for tidlige bortgang den 21. september 2010:

Kære Gitte!

Det er fuldstændigt uvirkeligt for os, at du ikke er her mere, men tænk at have kendt et menneske, om hvem man kun kan sige noget positivt!

Du var en fantastisk kollega, en fantastisk sygeplejerske og en rigtig god ven, som inspirerede mange. Det blev derfor helt naturligt, at du varetog oplæring og uddannelse af nye kolleger i afdelingen, hvilket du gjorde med stor anerkendelse.

Du søgte hele tiden nye faglige udfordringer, og du udviste stor viden, engagement og flid i de opgaver, du påtog dig. Du var rummelig, omsorgsfuld, altid retfærdig og kunne se det bedste i alle. Det bliver et stort savn at undvære dit smil og din latter.

Dit positive livssyn var smittende, og i dit selskab blev man altid i godt humør. Du stillede altid op, når en opgave skulle løses, hvad enten det var fagligt eller socialt. Du var fuld af god energi, som alle fik en bid af, og du viste os mange aspekter af livet.

Du ville så gerne livet, men tabte desværre kampen mod kræften.

Gitte, vi kommer til at savne dig rigtigt meget og tænker meget på din familie, som var der for dig til det sidste.

På vegne af personalet på
operationsafdelingen, Nykøbing F. Sygehus,
Heidi, Liselotte, Belinda, Britt, Elisabeth, Lise og Joyce.

Litteraturliste til SPØRG OM FAG

Virker mindfulness i psykiatrien?

1. Baer R. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2003;10:125-43.
2. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2010;78(2):169-83.
3. Churchill R, Moore-Theresa HM, Davies P, Caldwell D, Jones H, Lewis G, et al. Mindfulness-based "third wave" cognitive and behavioural therapies versus treatment as usual for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010; (Issue 9. Art. No.: CD008705. DOI: 10.1002/14651858.CD008705).

Kan afdelingssygeplejersken være kontaktperson?

1. Socialjura.dk: Lovændring indsat 1/1 2009 ved lov nr. 538 af 17/6, lovændring ny § 90 a indsat 1/6 2010 ved lov nr. 534 af 26/5 2010.
2. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet: www.ikas.dk > Sygehuse > Akkrediteringsstandarder for sygehuse > Generelle patientforløb > stk. 2.3.2.
3. Overgaard D, Schrader A-M, Suhr - Jessen C, Larsen C, Ladelund S. Kontaktsygeplejersker giver bedre kvalitet i sygeplejen. *Sygeplejersken* 2010;(13):52-7.

Topkateter og dissemineret sklerose

1. Jamison J, Maguire S, McCann J. Catheter policies for management of long term voiding problems in adults with neurogenic bladder disorders (Review). 2009 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
2. Dansk Selskab for Geriatri. Vandladningsforstyrrelser ved neurologisk sygdom - Klaringsrapport, 2001.
3. www.skleroseforeningen.dk > fakta om sklerose > behandling > vandladningsforstyrrelser.

AKUT BEHOV FOR UDDANNELSE?

University College Syddanmark tilbyder kurser og diplomuddannelser inden for sundhed - og vi tilrettelægger efter lokale ønsker.

I efteråret udbyder vi for eksempel:

- Akutsygepleje
- Behandlersygepleje
- Diabetes
- Nefrologi
- Palliation

UNIVERSITY COLLEGE
SYDDANMARK
UCSYD.DK

Kontakt Ruth Mikkelsen (7614 7128)
eller Merete Værgø (7322 7144)

Læs mere på ucsyd.dk



- organisationsudvikling
- behandling
- undervisning
- supervision og coaching

Læs om inpraxis systemiske
og narrative uddannelser, samt
aktiviteter på www.inpraxis.dk

Cand. psych. Anette Mortensen, am@inpraxis.dk, 28898130
Cand. psych. Ane Wermer, aw@inpraxis.dk, 22620251
Cand. pæd. psych. Dorte Nissen, dn@inpraxis.dk, 22992560
Sygeplejerske, MARC, Dorte Lund-Jacobsen, dlj@inpraxis.dk, 40828466

inpraxis, Langesvej 37, 3400 Hillerød

Også dygtige piger har valgt sygeplejestudiet

AF JEANETT MARSHALL, SYGEPLEJERSKE, SD

Kommentar til debatindlægget "Udtalelse præget af uvidenhed" i Sygeplejersken nr. 16/2010.

Marie Stegger Schmidt (MMS) undrer sig over, om Torben Pilegaard Jensen (TPJ) i artiklen "Klinik og teori skal spille bedre sammen" fra Sygeplejersken nr. 14/2010 har belæg for at udtale, at "borgerskabets dygtige piger" i dag i højere grad søger ind på f.eks. medicinstudiet frem for på sygeplejerskeuddannelsen.

Belægget må siges at være dokumenteret i boksen på side 24 i Sygeplejersken nr. 14/2010 i samme artikel. Her fremgår det, at "spekulationen", som MSS kalder det, er baseret på forskellige interviews og resultater af undersøgelser, som bl.a. TPJ har foretaget for AKF.

Til gengæld synes jeg ikke, at der ud fra ovenstående er belæg for at konkludere, at de sygeplejestuderende dermed betegnes som affald, sådan som MSS udtrykker

det. Som jeg ser det, handler det ikke nødvendigvis om prestige. Der er også dygtige piger, som har valgt sygeplejestudiet! I artiklen (Sygeplejersken nr. 14/2010, p. 26) fremgår det, at langt de fleste studerende har valgt sygeplejerskeuddannelsen af interesse for professionen.

Når det er sagt, kan jeg heller ikke lade være med at stoppe op ved TPJ's udtalelser om "borgerskabets dygtige piger". Jeg mangler en definition af begrebet "borgerskab": er det folk med en videregående uddannelse? Er det arbejderklassens modpol? Eksisterer de to klasser overhovedet i dag – eller for den sags skyld for 15 år siden?! Jeg sætter derfor spørgsmålstegn ved, om vi kan nøjes med at gå 15 år tilbage for at finde en dygtig pige fra dette sociale lag i sygeplejerskeuddannelsen. Kan vi nøjes med at se på sygeplejerskeuddannelsen i denne sammenhæng; kan man forestille sig, at en del af forklaringen på unge dygtige pigers

valg af uddannelse i dag ligger i, at f.eks. medicinstudiet samtidig har udviklet sig i retning af at blive et kvindefag? Jeg mener, at hele denne ændring blandt sygeplejerskeuddannelsens studerende, som TPJ skitserer, skal ses i et større perspektiv af både kvinders historie og uddannelsesmuligheder.

Gruppen af sygeplejestuderende er ifølge TPJ mere sammensat, og jeg er enig i, at vejledningen kræver en individuel pædagogisk tilgang. Men fastholdelse kræver også hjælp til at omsætte teoretisk viden i praksis.

Jeanett Marschall er praktik- og uddannelsesansvarlig sygeplejerske på Kolding Sygehus.

PRODUKTRESUMÉ FOR ANNONCE SIDE 50

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 \geq 75 år er begrænset. **Nedsat nyrefunktion:** Dosisjustering er ikke nødvendig hos patienter med let nedsat nyrefunktion (kreatininclearance \leq 60-90 ml/min). Der er meget begrænset terapeutisk erfaring hos patienter med moderat nedsat nyrefunktion (kreatininclearance på 30-59 ml/min), og ingen terapeutisk erfaring hos patienter med svært nedsat nyrefunktion (kreatininclearance under 30 ml/min). Victoza® kan i øjeblikket ikke anbefales til patienter med moderat og svært nedsat nyrefunktion, inklusive patienter med terminal nyreinsufficiens. **Nedsat leverfunktion:** Den terapeutiske erfaring fra patienter med alle grader af nedsat leverfunktion, er i øjeblikket for begrænset til at kunne anbefales til brug af patienter med let, moderat eller svært nedsat leverfunktion. **Pædiatrisk patientgruppe:** Victoza® anbefales ikke til børn under 18 år på grund af manglende data omkring sikkerhed og virkningsevne. **Administrationsmåde:** Victoza® må ikke administreres intravenøst eller intramuskulært. Victoza® administreres én gang dagligt på et vilkårligt tidspunkt, der er uafhængigt af måltider, og kan injiceres subkutan i maven, i låret eller i overarmen. Injektionssted og -tidspunkt kan ændres uden dosisjustering. Det er dog at foretrække, at Victoza® injiceres på omtrent samme tidspunkt hver dag, når det bedst egnede tidspunkt er valgt. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler:** Victoza® må ikke anvendes til patienter med type 1-diabetes mellitus eller til behandling af diabetisk ketoacidose. Der er begrænset erfaring med behandling af patienter med kongestiv hjerteinsufficiens i NYHA (New York Heart Association)-klasse I-III. Der er ingen erfaring med behandling af patienter med kongestiv hjerteinsufficiens i NYHA-klasse III-IV. Der er begrænset erfaring med behandling af patienter med inflammatorisk tarmsygdom og diabetisk gastroparese, og Victoza® anbefales derfor ikke til disse patienter. Brug af Victoza® er forbundet med forbigående gastrointestinale bivirkninger, herunder kvalme, opkastning og diarré. Brug af andre GLP-1-analoger er blevet associeret med risikoen for pankreatitis. Der er rapporteret om få tilfælde af akut pankreatitis. Patienterne skal informeres om de karakteristiske symptomer på akut pankreatitis: vedvarende, kraftige abdominalsmerter. Hvis der er mistanke om pankreatitis, skal Victoza® og andre potentielt mistænkte lægemidler seponeres. Thyroidea-relaterede bivirkninger, herunder øget blodcalcitonin, struma og thyroidea adenom er blevet rapporteret i kliniske studier, særligt hos patienter med allerede eksisterende 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. **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 ventrikeltømmingen, liraglutid forårsager, kan påvirke absorptionen af samtidig 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 kontraktion** Der var ingen klinisk relevant virkning på den overordnede eksponering for hverken ethinyløstradiol eller levonorgestrel. Det forventes derfor ikke, at kontractionsmidlerne 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. 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). **Thyroidea-relaterede bivirkninger:** (Hos patienter behandlet med liraglutid er thyroidea adenom, øget calcitonin i blodet og struma de mest hyppige thyroidea-relaterede bivirkninger), anoreksi, nedsat appetit. **Nervesystemet:** Hovedpine, svimmelhed. **Mave-tarm-kanalen:** Kvalme, diarré, opkastning, dyspepsi, smerter i øvre abdomen, konstipation, gastrit, flatulens, abdominal distension, gastroøsofageal refluxsygdom, abdominal ubehag, tandsmerter, viral gastroenteritis. **Pankreatitis:** Der er rapporteret om få (< 0,2 %) tilfælde af akut pankreatitis under de langvarige kliniske studier med Victoza®. En kausal sammenhæng mellem Victoza® og pankreatitis kan hverken dokumenteres eller udelukkes. **Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet:** Der er rapporteret om reaktioner på injektionsstedet. Reaktionen var i reglen milde og forte ikke til seponering af Victoza®. **Træthed, pyreksi (feber).** **Immunogenicitet:** Patienterne kan udvikle antiliraglutid-antistoffer efter behandling med Victoza®, hvilket er konsistent med de potentielt immunogene egenskaber ved lægemidler indeholdende proteiner eller peptider. Dannelse af antistoffer er ikke blevet forbundet med nedsat virkning af Victoza®. Der er rapporteret få tilfælde af angioedem. **Overdosering:** I et klinisk studie af Victoza® fik én patient med type 2-diabetes en enkelt overdosis på 17,4 mg subkutan (10 gange den maksimale anbefalede dosis på 1,8 mg). Virkningerne af denne overdosis inkluderede svær kvalme og opkastning, men ikke hypoglykæmi. Patienten restituerede uden komplikationer. I tilfælde af overdosis bør der initieres passende understøttende behandling baseret på patientens kliniske tegn og symptomer. **Opbevaring og holdbarhed:** Opbevares i 30 måneder i køleskab (2°C - 8°C), ikke for tæt på kølelementerne. 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 markedsføringstilladelse:** 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 990,15 kr. Dato september 2010. Aktuelle priser findes på www.medicinpriser.dk Læs altid indlægssedlen omhyggeligt inden produktet tages i brug. Den fuldstændige produktinformation kan vederlagsfrit fås ved henvendelse til Novo Nordisk Scandinavia, telefon +45 80 200 240. Besøg også www.novonordisk.dk

Vi vil meget gerne have nye kolleger på Køge Sygehus!

AF SUSANN CARLSEN, SYGEPLEJERSKE

Kommentar til artiklen "Det er ikke sjovt at vide, de andre ikke vil have én" i Sygeplejersken nr.15/2010.

I forlængelse af artiklen "Det er ikke sjovt at vide, de andre ikke vil have én" i Sygeplejersken 15/2010 vil jeg som fællestillidsrepræsentant på Køge Sygehus gerne give en reaktion på artiklen.

Artiklen bringer i min optik det billede, at Køge Sygehus ikke vil have andre – og det er fuldstændigt forkert. Den beskriver desværre også tydeligt, hvor galt det kan gå, når nogen sætter processer i gang

uden at involvere relevante samarbejdspartnere og ikke tænker hele vejen rundt.

Køge Sygehus er udpeget til at være kommende supersygehus i Region Sjælland, hvorfor mange vil opleve at skulle flytte til Køge og arbejde. Nogle i helt nye funktioner – andre som en overflyttet funktion.

Så for ikke at det personale, der gennem de næste mange år vil få deres nye arbejdsplads på Køge Sygehus, skal gå og have ondt i maven over det, har jeg derfor behov for at præcisere, at alle skal være så hjertelig velkomne, og at der ikke er

nogen, vi ikke vil have. Køge Sygehus vil gøre en stor indsats for, at alle nye kolleger vil blive modtaget med respekt, tillid og ansvarlighed.

Så alle, der fremover skal have arbejdsplads på Køge Sygehus, behøver ikke at frygte noget som helst. Vi vil gerne have jer alle sammen.

Susann Carlsen er fællestillidsrepræsentant på Køge Sygehus.

Svar

Kære Susann Carlsen.

Redaktionen vil gerne præcisere, at i artiklen "Det er ikke sjovt at vide, de ikke vil have én" i Sygeplejersken nr. 15/2010 kunne man få det indtryk, at Sygehus Nord (Køge, red.) var afsender af det brev, der fortalte, at Sygehus Nord og Sygehus Syd (Næstved, red.) ikke var enige om, at en gruppe sygeplejersker skulle flyttes fra Næstved til Køge Sygehus. Det skal præciseres, at afsenderen af brevet var Sygehus Syd.

Den omtalte artikel er et personligt interview med en sygeplejerske fra Næstved om, hvordan hun har oplevet fusionsprocessen. Og lige præcis ovenstående overskrift samt udtalelsen om, at Sygehus Nord og Sygehus Syd ikke var enige, og at Sygehus Nord ikke var helt klar på aftalen om at modtage personale fra Næstved, er altså sygeplejerskens personlige udlægning af og efterfølgende reaktion på det, der stod i brevet.

Den interviewede sygeplejerskes kritik er derfor rettet mod ledelsen i Sygehus Syd, som i artiklen "Der er sket beklagelige fejl" svarer på den konkrete misforståelse mellem Sygehus Syd og Sygehus Nord, men også meget andet kritik, som sygeplejerskerne i Næstved fremsætter af deres ledelses måde at håndtere fusionsprocessen på.

Redaktionen.

HVAD MENER DU?

www.sygeplejersken.dk

Denne uges spørgsmål på www.sygeplejersken.dk:

Tror du, at besparelser og pressede normeringer fører til flere fejl?

Læs tema om patientsikkerhed på side 18 i dette nummer af Sygeplejersken

Svar på spørgsmål stillet i Sygeplejersken nr. 15/2010:

Udfører du frivilligt arbejde?

Svar	antal	pct.	
Ja	32	36,0	
Nej	56	62,9	
Ved ikke	1	1,1	
I alt	89	100	

” Det er meget svært for medarbejderne på gulvet at forstå, at de skal løbe endnu stærkere og sige farvel til mange af deres kolleger, samtidig med at cheferne får store lønstigninger.

Formand for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, til Ekstra Bladet 27. september 2010.

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, eller via e-mail til: redaktionen@dsr.dk



Gør mere end blot at sænke blodsukker

Tag diabetes ved roden

Victoza® (liraglutid) én gang dagligt i kombination med tabletbehandling giver:

- Signifikant reduktion i HbA1c¹
- Signifikant reduktion i vægt¹
- Fald i systolisk blodtryk¹
- Forbedring af betacellefunktion¹

VICTOZA®
(LIRAGLUTID)

PRODUKTRESUMÉ FINDES PÅ SIDE 48

Reference 1. EMEA godkendt produktresumé på Victoza® (liraglutid).

Redaktion: Jette Bag og Evy Ravn, sygeplejersker, fagredaktører

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

De er godkendt efter sygeplejefaglig vurdering og vejledning

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

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

Se panelet på: www.sygeplejersken.dk

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

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



– FRA FAGPERSON TIL FAGPERSON

INDHOLD

52 Fagtanker

52 Faglig information

54 Gå selv til operation – et pilotprojekt

60 Strategier leder udvikling af sygepleje

64 10 råd om patientsikkerhed til forældre med indlagte børn

Vandrende patienter

Arbejder man på Glostrup Hospital, mødes man for tiden af et nyt syn på hospitalets lange gange og i elevatorer: patienter i alle aldre iført kirurgisk skjorte, bukser, strømper og sko, målrettet på vej mod operationsafdelingen. Tidligere blev de kørt i senge af portører, ofte med køresyge og vejrtrækningsbesvær til følge, og faktisk foretrækker de selv at gå. Det viser et nyt pilotstudie, præsenteret i artiklen "Gå selv til operation - et pilotprojekt" side 54. Nogle patienter foretrækker dog at "være i rollen som hjælpeløs patient", som én udtrykker det, og fortsat blive kørt, men de er få.

93 pct. af patienterne føler sig mindre sygeliggjorte ved at få en aktiv rolle i eget operationsforløb, og patienternes vilje til selv at tage ansvar er et vigtigt budskab, som sygeplejersker generelt kan få inspiration af.

Desværre blev patienter, der ikke var i stand til at forstå mundtlig og skriftlig information på dansk, ekskluderet af pilotstudiet. Jeg håber ikke, det medfører, at patienter af anden etnisk herkomst automatisk bliver kørt til operationsgangen? Jeg er sikker på, at de også gerne vil gå.

Evy Ravn

Evy Ravn,
sygeplejerske,
cand.scient.soc.,
fagredaktør.



Apotekskontaktper

AF LENE JUEL KJELDSEN, CAND.PHARM., PH.D., BIRTE NILAUSEN, CAND.

Medicinrelaterede utilsigtede hændelser sker hyppigt, og medicinhåndteringsprocedurer udgør et vigtigt grundlag for patientsikkerheden. På Sygehus Sønderjylland er det sygeplejersker, der i funktionen som apoteks-kontaktpersoner skal sikre implementeringen af nye procedurer.

Gennem de senere år er fokus på patientsikkerheden på danske sygehuse steget. I 2008 blev der rapporteret 19.866 utilsigtede hændelser (UTH) til Sundhedsstyrelsen, hvilket er fem gange flere end i 2004 (1). 34 pct. var relateret til medicin, og 2 pct. var klassificeret som meget alvorlige hændelser (1). Derudover viste en undersøgelse i 2001, at 9 pct. af indlæggelserne på udvalgte danske hospitalsafdelinger var forårsaget af UTH, og 40 pct. blev vurderet til at være mulige at forebygge (2). Medicinrelaterede utilsigtede hændelser er således et område, hvor der er mulighed for forbedring.

Sygeplejersker som bindeled

Også Sygehus Sønderjylland (SHS) har ønsket at sætte øget fokus på ordination og håndtering af lægemidler og søsatte derfor i 2006 et projekt, hvor formålet var at øge patientsikkerheden i forbindelse med medicinering. Dette skulle ske via en systematisk implementering af opdaterede medicinhåndteringsprocedurer gennem "apoteks-kontaktpersoner", som alle er sygeplejersker.

Procedurerne blev revideret i en gruppe med tre sygeplejersker og tre læger. Arbejdet resulterede i 26 reviderede procedurer, og apotekskon-

Ph.d.-forsvar

Ansigtsændringer

AF HANNE KONRADSEN,
FORSKNINGSLEDER, CAND.CUR.



Hanne Konradsen forsvarede tirsdag den 19. oktober 2010 ph.d.-afhandlingen "From silent problem to interactional integration – A qualitative longitudinal study of patients with facial disfigurement". I afhandlingen undersøges forandret udseende i ansigtet grundet kirurgisk behandling for kræft.

Formålet var at undersøge patient-sygeplejerske-interaktionen i den postoperative periode samt at følge patienterne gennem det første år. De deltagende patienter og sygeplejersker kom fra fire forskellige universitetshospitaler.

I patient-sygeplejerske-interaktionen var der tavshed omkring det forandrede udseende. Før operationen blev emnet betragtet som et luksusproblem set i lyset af kræftdiagnosen. Dette fortsatte efter operationen, og emnets betydning blev

soner sikrer procedurer

PHARM., OG TOVE SALTING, SYGEPLEJERSKE, MLP

taktpersonerne blev undervist i procedurerne under tre møder. Derefter skulle apotekskontaktpersonerne implementere procedurerne i egne afdelinger.

Før- og eftermålinger

For at måle effekten af den nye implementeringsmåde blev der foretaget en pilotundersøgelse på to afdelinger. Undersøgelsen omfattede antallet af indberettede utilsigtede hændelser samt en spørgeskemaundersøgelse vedr. personalets kendskab til medicinbehandlingsprocedurerne før og efter implementeringen.

Revisionen nåede ud til ca. 70 pct.

De tidligere medicinbehandlingsprocedurer var fra 2003 og var velkendte for det meste af personalet ved før-målingen (87-88 pct.). De nye, reviderede procedurer var efter implementeringen nået ud til 62-74 pct. af de relevante faggrupper. Der var altså færre, som havde kendskab til de ny procedurer end til de gamle.

Registrering af UTH faldt fra 32 hændelser til 13 hændelser i perioden efter implementeringen. Begge målinger viste, at under halvdelen af deltagerne i undersøgelsen havde påbegyndt registrering af

UTH, og i 80 pct. af tilfældene var det de samme personer, der registrerede UTH inden for ordination og medicingivning.

En gang registrering og flere følger

På trods af, at der var færre, der kendte til de opdaterede procedurer efter implementeringen end til de gamle, oplever vi projektet som succesfuldt på afdelinger med et til tider stort personaleflow.

Det er vanskeligt at konkludere, hvorvidt faldet i rapporteringen af UTH skyldes en lavere forekomst af UTH eller blot en yderligere underrapportering af UTH – trods projektets fokus på emnet. En årsag til faldet kunne være, at der efter før-målingen blev indført elektronisk patientjournal (EPJ), hvilket nedsatte risikoen for nogle former for tidligere utilsigtede hændelser. Men EPJ giver anledning til nye typer UTH, så vi kender ikke baggrunden for faldet med sikkerhed.

Et positivt resultat var, at det i 80 pct. af tilfældene var de samme personer, der registrerede utilsigtede hændelser inden for medicinområdet. Det tyder på, at når personalet først er begyndt at registrere, bliver det lettere at registrere de næste hæn-

delser. Det er derfor vigtigt, at de personer, der ikke har påbegyndt registrering af UTH, kommer i gang. Et fokusområde, som vi arbejder videre med.

International pris

Pilotundersøgelsen har vist, at anvendelse af apotekskontaktpersoner kan være en effektiv måde at implementere kvalitets tiltag på. Ved at implementere procedurer bredt i organisationen opnåede SHS en øget standardisering i organisationen, hvilket også resulterede i, at SHS fik tildelt den internationale Quality Improvement Award i 2007.

Lene Juel Kjeldsen er ansat som forsker i Klinisk Farmaci i Amgros I/S; ljk@amgros.dk

Birte Nilausen er farmaceut og Tove Salting kvalitetskonsulent, begge ansat på Sygehus Sønderjylland.

Litteratur

1. Sundhedsstyrelsen. Årsrapport 2008. DPSD Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Februar 2009.
2. Schiøler T, Lipczak, Pedersen BL et al. Forekomsten af utilsigtede hændelser på sygehuse. En retrospektiv gennemgang af journaler. Ugeskr Læger 2001; 163: 5370-7.

grundet kirurgisk behandling for kræft

minimeret og flyttet til et andet sted, et andet tidspunkt.

Fundene fra patienternes første år præsenteres som en model i tre stadier. I første stadie var oplevelsen "at få et forandret udseende." I stadie to oplevede patienterne at "blive det forandrede udseende". Social interaktion med andre startede en cyklisk proces mellem "at lægge mærke til" og "at lægge bag sig". Det fortsatte i en individuel tidsperiode, indtil "at bryde tavsheden" hjalp patienten videre til stadiet "at blive en person med et forandret udseende".

Overraskende fund dukkede op, da patienterne fremhævede oplevelsen af det positive ved at deltage i projektet.

Fundene i denne afhandling kan hjælpe med at belyse mulige komponenter i udviklingen af en intervention rettet mod de patienter, som oplever psykosociale problemer grundet det forandrede udseende.

Hanne Konradsen er ansat i Forskningshus, Gentofte Hospital, Niels Andersensvej 65, 2900 Hellerup; hakon@geh.regionh.dk

Opponent/bedømmelsesudvalg

Professor Eva Gjengedal, ph.d., Høgskolen i Molde, Norge, universitetslektor Jan Hartman, ph.d., Filosofiske Institutionen, Lunds Universitet, Sverige, og forskningsleder Charlotte Delmar, cand.cur., ph.d.,

Forskningsenheden for Klinisk Sygepleje, Århus Universitets Hospital, Aalborg Sygehus.

Vejledere

Professor Marit Kirkevold, RN, Ed.D., Afdelingen for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet/Oslo Universitet, seniorforsker Vibeke Zoffmann, RN, ph.d., Steno Diabetes Center, Gentofte, og overlæge, ph.d. Per Cayé-Thomasen, Gentofte Hospital, Hellerup.

Forsvaret finder sted tirsdag den 19. oktober 2010 kl. 13.00 på Gentofte Hospital, Store Auditorium opgang 28, Niels Andersensvej 65, Hellerup.

Gå selv til operation –

Et pilotprojekt på Glostrup Hospital har afdækket patienternes tilfredshed med selv at gå fra det stationære kirurgiske afsnit til operationsafdelingen, og hvilken information de har behov for. 93 pct. af patienterne fandt det positivt selv at gå, og projektet peger på vigtigheden af, at sundhedsprofessionelle fokuserer på dét, den enkelte patient selv kan og vil tilbyde.



FOTO: SØREN SVENDSEN

et pilotprojekt

AF PERNILLA QVARFORDH, ANÆSTESISYGEPELJERSKE, LOUISE ROVSING, OVERLÆGE, BENTE APPEL ESBENSEN, CAND.CUR., DR.MED.SCI.

På langt de fleste hospitaler er det sædvanlig praksis, at patienter forud for en operation bliver transporteret fra stamafdelingen til operationsafdelingen liggende i en seng kørt af portør. Konsekvenserne er, at patienterne ofte kommer til operationsafdelingen liggende fladt på ryggen i sengen med besværet vejtrækning og mild kvalme efter turen med elevator og gennem lange gange.

Ud over at det kirurgiske indgreb er en stressfaktor for den enkelte patient, er der en række komplikationer i forbindelse med anæstesi og operation. Patienter, der får fuldbedøvelse, udvikler ofte atelektaser i lungerne, hvilket kan vise sig ved, at ilt-saturationen falder (1). Herudover er der risiko for at få venetromboser under og efter operationen (2). Vejtrækningen – nærmere bestemt forholdet mellem ventilation og perfusion – er hos alle optimal i stående stilling. Endvidere er immobilisering en disponerende faktor for venetromboser (3). På den baggrund mente vi, at det kunne være hensigtsmæssigt, hvis patienterne var oppegående så længe som muligt forud for operation.

Af tidligere studier om emnet fremgår det af en spørgeskemaundersøgelse gennemført af Nagraj et al. (4), at patienterne selv ønskede at gå ned til operation. De fandt, at 64 pct. af patienterne ønskede at gå selv, 13 pct. ville transporteres i kørestol og 23 pct. i seng. Nogle af kvinderne i projektet gav endvidere udtryk for at være bange for at falde undervejs, samt at deres personlige grænser blev overskredet, når de skulle gå i hospitalstøj med "åben ryg" (4).

Et andet studie af Keegan-Doodly (5) fandt, at man kunne mindske patienternes præoperative stress og deres "sygdomsfølelse" ved at tilbyde dem selv at gå til operationsafdelingen. Patienterne havde et direkte ønske om at få større indflydelse på deres indlæggelsesforløb og være en del af beslutningstagningen. Studiet viste endvidere, at portørerne som en sidegevinst fik frigivet tid, ved at patienterne selv gik – tid, de i stedet kunne anvende på operationsstuerne, eksempelvis til at assistere ved lejrning og patienttransport til opvågningsafsnittet (5).

Samlet set er der således muligvis flere områder, som kunne profitere af at lade patienterne gå selv; dels vejtrækning og kredsløb, det samlede operationsforløbs tidsforbrug og sidst, men ikke mindst patienternes tilfredshed.

Det er på baggrund af ovenstående, at vi valgte at prøve at lade vores elektive mave-tarm-patienter gå til operationsgangen. Endvidere valgte vi i vores pilotstudie at sætte fokus på et af ovenstående emner, nemlig patienternes tilfredshed med at gå fra stationært kirurgisk afsnit til operationsafdelingen. Desuden valgte vi at evaluere den information, patienterne fik udleveret. Disse områder blev valgt, da vi mente, at de ville kunne danne et godt udgangspunkt for en evt. permanent ordning.

Metode

Deltagere i projektet

Alle deltagere til pilotprojektet blev indlagt i forbindelse med elektive operationsforløb på to forskellige mave-tarm-kirurgiske

” Hvorvidt de gående patienter har haft lavere forekomst af postoperative komplikationer som atelektaser eller tromboser, ved vi ikke, men dette ville være relevant at undersøge i et fremtidigt studie.

sengeafsnit over en periode på tre måneder. De kirurgiske indgreb var indgreb som brok, absces, kolecystektomi, hemikolec-tomi og gastrisk bypass.

I alt blev 81 patienter inkluderet. Seks patienter blev efterfølgende ekskluderet; fire pga. ufuldstændige besvarelser, og to var blevet transporteret i seng. Af de resterende 75 inkluderede patienter var 32 mænd (29-85 år, gennemsnitsalder 58 år) og 43 kvinder (15-81 år, gennemsnitsalder 53 år). Den samlede gennemsnitsalder var 52,5 år.

Inklusionskriterierne for deltagelse i projektet var, at patienterne skulle være selvhjulpne og være minimum 15 år. Som en del af pilotprojektet blev kun patienter, der var i stand til at forstå både mundtlig og skriftlig information på dansk, da det ikke lå inden for projektets ramme at få tolkebistand eller få oversat informationsmaterialet til andre sprog. Eksklusionskriterierne ►

Tabel 1. Oplevelser forbundet med selv at gå

	Mænd, n (pct.)	Kvinder, n (pct.)	Totalt, n (pct.)
God oplevelse at gå til operationsafdelingen	29 (91 pct.)	41 (95 pct.)	70 (93 pct.)
Foretrukket at blive kørt i seng	1 (3 pct.)	3 (7 pct.)	4 (5 pct.)
God oplevelse at være aktiv i eget forløb	29 (91 pct.)	41 (95 pct.)	70 (93 pct.)

Tabel 2. Patientudsagn om selv at gå

Positive udsagn	Negative udsagn
Alt perfekt, rigtig god oplevelse.	Jeg følte mig ensom og glemt i dette store system - samtidig med en kolossal angst! Var jeg dog blev modtaget med åbne arme!
Super god service. Tak for hjælpen.	Har svært ved at se meningen. En portør skal alligevel bringe sengen til op. Når man er gjort klar til op med skjorte/strømper skal man yderligere iføres bukser/sko for selv at gå.
Jeg følte mig slet ikke syg og det var dejligt	Jeg foretrækker at være i rollen som hjælpe-løs patient.
God stemning og venlighed på operationsafdelingen.	
Dejlig kort ventetid inden jeg blev hentet ind af anæstesi-lægen. Tak!	
Det var rigtigt rart, at min mand måtte gå med.	

Tabel 3. Tilfredshed med informationen forud for operationen

	Mænd, n (pct.)	Kvinder, n (pct.)	Totalt, n (pct.)
Tilfredshed med information fra afdelingen	29 (91 pct.)	38 (88 pct.)	67 (89 pct.)
Tilfredshed med information fra anæstesi-lægen (præoperativ samtale)	29 (91 pct.)	41 (95 pct.)	70 (93 pct.)
Problemer med at finde operationsafdelingen	5 (16 pct.)	2 (5 pct.)	7 (9 pct.)

- ▶ var operation i bugleje, indtagelse af beroligende præmedicin, smerter, samt at der pågik infusion af intravenøs væske.

I projektperioden blev i alt 198 elektive patienter opereret. 100 patienter opfyldte ikke inklusionskriterierne, oftest pga. sprogvanskeligheder og manglende fysisk og/eller psykisk formåen. I alt fem patienter ønskede ikke at deltage, og andre 12 fik ikke udleveret spørgeskemaet og blev hermed ikke tilbudt at deltage i projektet.

Spørgeskemaet

Vi udviklede et todelt spørgeskema, der indeholdt spørgsmål inden for fokusområderne: 1) tilfredshed med at gå selv og 2) tilfredshed med information om proceduren. Alle patienter afgav data om køn, alder og funktionsniveau. Spørgsmålene var designet til afkrydsning af ja/nej eller god/dårlig. Spørgeskemaet gav også mulighed for, at patienterne kunne skrive uddy-bende kommentarer inden for de to fokusområder.

Procedure

Sekretæren på sengeafdelingen havde ansvaret for at lægge spørgeskemaet i journalen hos alle de patienter, der blev opereret i løbet af projektet. Den ansvarlige sygeplejerske vurderede, om patienten selv kunne gå til operationsafdelingen. Patienterne blev derefter informeret mundtligt om projektet dagen før operationen af enten en af afdelingens sygeplejersker eller anæstesi-lægen. De patienter, som valgte selv at gå til operationsafdelingen, fik udleveret information om baggrunden for projektet og spørgeskemaet. De fik desuden forklaret vejen ned til operationsafdelingen. Patientens ønskede transportform blev noteret på anæstesiskemaet og på portørernes operationsprogram som "gå" eller "hentes". Patienten afleverede selv spørgeskemaet i en postkasse på sengeafdelingen.

På operationsdagen fik patienten skjorte, bukser, strømper og hjemmesko på i sengeafdelingen. Herefter fik de udleveret deres journal, som de selv medbragte til operationsafdelingen. Enkelte patienter blev ledsaget af personale fra afdelingen, oftest ikke for at dække patientens behov, men fordi personalet skulle følge et operationsforløb.

Ved ankomst til operationsafdelingen blev patienten modtaget af operations-/anæstesipersonale. I nogle tilfælde sad patienten kortvarigt og ventede på en stol i en venteniche. Når patienten var på operationsstuen, kontaktede personalet en portør, hvorefter patientens seng blev kørt til operationsafdelingen.

Etik

Der er ikke søgt tilladelse fra Videnskabsetisk Komité, da dette arbejde er et pilotprojekt. Alle patienter har fået mundtlig og skriftlig information om projektet af en sygeplejerske eller anæstesi-læge, og Helsinki-deklarationen er fulgt. Det blev påpeget over for patienterne, at det var frivilligt at deltage i projektet, samt at deres besvarelse af spørgeskemaet ville blive anonymiseret. Et muligt "nej" ville på ingen måde påvirke deres behandlingsforløb.

Analyse

Data fra spørgeskemaet blev analyseret i forhold til de to fokusområder.

Patienternes skriftlige uddy-bende kommentarer blev analyseret tekstnært og efterfølgende talt sammen og sorteret efter positive og negative kommentarer samlet i tekst og tabeller.

Vil gerne selv gå

Samlet angav 93 pct. af patienterne, at det var en god oplevelse at kunne gå til operationsafdelingen forud for operationen.

Kvinderne var mest tilfredse: 95 pct. af kvinderne havde en god helhedsoplevelse og var meget glade for selv at kunne bidrage til processen omkring deres operation. Af mændene mente 91 pct., at den samlede oplevelse af at gå ned til operation var god. Lige så mange fandt det positivt at være aktivt involveret i deres eget operationsforløb.

I alt 5 pct. af de adspurgte patienter (3 pct. af mændene og 7 pct. af kvinderne) ville have foretrukket at blive kørt i sengen til operationsafdelingen (se tabel 1 side 55). De havde svært ved at se pointen i selv at gå og var nervøse for ikke at kunne finde vej (se tabel 2 side 56).

Tilfredsstillende information

I alt var 89 pct. af patienterne tilfredse med information om selv at gå til operationsafdelingen, de havde modtaget fra personalet på afdelingen. Mændene var mest tilfredse (91 pct.), og 89 pct. af kvinderne følte, at de havde fået tilfredsstillende information på sengeafdelingen. Den information, som anæstesiologen gav i den præoperative samtale, var totalt 93 pct. af alle patienterne tilfredse med (se tabel 3 side 56).

Mindre sygeliggjorte

Det er værd at notere sig, at 93 pct. af de adspurgte patienter (91 pct. af mændene og 95 pct. af kvinderne) bekræfter, at det var en god oplevelse for dem at være aktive i eget operationsforløb ved selv at gå til operationsafdelingen frem for at blive kørt af en

95 pct. af kvinderne havde en god helhedsoplevelse og var meget glade for selv at kunne bidrage til processen omkring deres operation.

portør. De følte sig mindre sygeliggjorte ved at få en aktiv rolle og være mere involverede i eget operationsforløb. Det er et vigtigt budskab, patienterne giver her. Vi må som sundhedsprofessionelle kontinuerligt søge at minimere patienternes oplevelse af at være syge og bestandigt søge at identificere områder, hvor patienterne selv får mulighed for at tage ansvar.

Opmærksomhed på den enkelte

Det skal fremhæves, at en af de adspurgte skrev: "Jeg foretrækker at være i rollen som hjælpeløs patient," og 7 pct. af kvinderne

udtrykte, at de havde ønsket at blive kørt i sengen til operationsafdelingen. En kvinde formulerede det sådan: "Jeg følte mig ensom og glemt i dette store system," (tabel 2). Problematikken er blevet belyst tidligere af Nagraj et al., som i sit studie finder, at kvinder har lettere ved at give udtryk for, at de føler sig usikre, og at de er bange for at blive glemt (4). Det er derfor vigtigt, at sundhedsprofessionelle er opmærksomme på og respekterer forskellige patienters forskellige ønsker, så de føler sig godt tilpas under hele forløbet. Patienternes følelse af sikkerhed er essentiel, da mange er stressede, angstfulde og nervøse forud for en operation. Det kan her være en løsning, at enten personalet eller en pårørende følger patienten ned til operationsafdelingen. Dette formulerede en af patienterne sådan: "Det var rigtig rart, at min mand måtte gå med."

Kønssforskelle i tilfredshed

Resultaterne af vores undersøgelse viste, at patienterne var tilfredse med den information, de modtog fra plejepersonalet på både afdelingen (89 pct.) og fra anæstesiologen (93 pct.). Det er naturligvis glædeligt, at så mange patienter udtrykker tilfredshed, men resultatet giver også anledning til refleksioner over, hvordan vi kan forbedre dette tal.

Det er vigtigt, at plejepersonalet på sengeafdelingen og anæstesiologen ved præcis, om hvad, hvordan og hvornår man skal informere patienten. Der var flere kvinder end mænd, som angav, at informationen fra personalet på sengeafdelingen var mindre tilfredsstillende. Endvidere følte kvinderne, at de havde fået bedre information af anæstesiologen, end mændene gjorde.

Dette giver os anledning til følgende refleksioner: Informerer sundhedsprofessionelle kvinder og mænd forskelligt, altså er indholdet i informationen forskelligt? Har kønnene brug for at modtage information på forskellige måder? Hvorom alting er, indikerer de skriftlige tilbagemeldinger fra deltagerne i pilotprojektet, at information og oplevelsen af at have fået tilstrækkelig viden er afgørende for en positiv oplevelse i forløbet. Det er vigtigt, at den enkelte patient får både mundtlig og skriftlig vejledning forud for indgrebet.

Ordentlig påklædning nødvendig

Ifølge et tidligere studie (4) fremgår det, at nogle patienter oplevede at miste deres integritet pga. påklædningen. Dette øgede vores opmærksomhed på vigtigheden i, at patienterne følte sig ordentligt påklædt. De blev iført kirurgisk skjorte, bukser, strøm- ▶

Tabel 4. Patientudsagn om informationen forud for operationen

Positive udsagn	Negative udsagn
Informationsniveauet vedrørende at komme til operationsafdelingen og detaljer om narkosen var helt perfekt.	Lidt i tvivl om jeg skulle gå til 1. eller 3. etage
Fik vist hvor afdelingen var. God ide.	Svigtende information fra afdelingen
Operationen var en dejlig oplevelse også opvågningsfasen var spændende at opleve.	Dårlig forklaring og skiltning
	Synes der er for mange forskellige svar fra personalet. Ingen ved noget konkret.
	Lægen glemte at sige, jeg skulle møde på sengeafdelingen

- ▶ per og sko, og ingen patienter klagede over, at de følte sig nøgne eller udleverede, hvorfor vi vil fortsætte med denne procedure.

Tydelig skiltning og vejvisning nødvendig

I alt fandt 9 pct. af patienterne, som selv gik til operation, det vanskeligt at finde vej fra den kirurgiske afdeling til operationsafdelingen. Oftest var det mændene, som havde svært ved at finde vej til operationsafdelingen (16 pct.), hvorimod kun 5 pct. af kvinderne oplevede dette. Dårlig skiltning og uklar kommunikation syntes at være nogle af årsagerne til, at det var vanskeligt for patienter at finde vej (se tabel 4 side 57), og derfor er klar skiltning og entydig vejvisning en absolut nødvendighed. I løbet af projektperioden er der foregået et omfattende renoveringsar-

” Information fra alt personale skal være enslydende. Klar og synlig skiltning og evt. følgeskab af personale eller pårørende er også vigtigt, for at patienten kan føle sig tryk ved selv at gå.

bejde på hospitalet, hvilket uden tvivl har medført en vis forvirring og usikkerhed hos de patienter, som fandt det vanskeligt at finde vej til operationsafdelingen. Vi har intensiveret vores kommunikative indsats på forbedret dialog og samarbejdet med patienterne ved at give mere enslydende information både på stamafdelingen og af anæstesi-lægen. Endvidere har vi udarbejdet klare og synlige vejvisningsskilte med både skriftsprog og med symboler for at imødekomme de patienter, der måtte være læsesvage.

Områder til videreudvikling

Undervejs i projektet opdagede vi, at det ofte ikke var noteret på anæsthesiskemaet, om patienten selv skulle gå til operationsafdelingen. Dette gav anledning til forsinkelser, udsættelse af andre operationer og gene for portørerne, hvilket også i den sidste ende blev en u hensigtsmæssig gene for patienterne, der i forvejen var nervøse forud for det kirurgiske indgreb. Kort sagt var det en ulempe for alle personalegrupper, og derfor har vi nu ændret proceduren, så det nu er klart for alle, hvem der skal hentes, og hvem der selv går.

I videreudviklingen af arbejdet vil vi endvidere udarbejde retningslinjer for vurderingen af, om patienten umiddelbart er egnet til selv at gå. Disse kan den enkelte sygeplejerske inddrage i sin dialog med patienten.

Vores tidligere oplevelse af, at nogle patienter kommer til operationsafdelingen med let kvalme eller åndenød, har vi ikke genfundet i projektet. Hvorvidt de gående patienter har haft lavere forekomst af postoperative komplikationer som atelektaser eller tromboser, ved vi ikke, men dette ville være relevant at undersøge i et fremtidigt studie.

Udgangspunkt i det raske

Det er en indlejret tradition i det danske sundhedsvæsen, at patienter bliver kørt til operationsafdelingen forud for kirurgisk indgreb. Det var derfor med spænding, at vi afprøvede muligheden for at lade patienten gå selv i et pilotprojekt. Projektet har vist, at patienterne var positivt indstillede over for dette; de værdsætter at tage aktivt del i deres indlæggelsesforløb. For os at se er det derfor vigtigt, at vi som sundhedsprofessionelle fokuse-

rer på det raske i patienten og ikke at sygeliggøre patienterne mere end højst nødvendigt. Der skal sættes fokus på det, som den enkelte patient selv kan og vil tilbyde.

Som en konsekvens af dette projekt går alle patienter på mave-tarm-afsnittet nu selv til operationen, selv de ikke-dansktalende og personer med intravenøs væske. Dog bliver præmedicerede patienter stadig transporteret i seng. Det ortopædiske afsnit er ved at indføre en lignende ordning. De patienter, som af en eller anden grund ønsker det, får følgeskab af personale eller pårørende, for at patienten kan føle sig tryk ved selv at gå. Vores håb er, at dette vil medføre endnu større tilfredshed for vores patienter.

Pernilla Qvarfordh er specialeansvarlig anæstesisygeplejerske; ANPEQV01@glo.regionh.dk og Louise Rovsing er overlæge. Begge er ansat på Operations- og Anæstesiologisk afdeling Y, Glostrup Hospital. Bente Appel Esbensen er forskningsleder på Enhed for sygepleje- og sundhedsvidenskabelig forskning, Glostrup Hospital.

Litteratur

1. Caussa M et al. Prevention of Atelectasis Formation During Induction of General Anesthesia in Morbidly obese Patients. *Anesth Analg* [serial on the Internet]. 2004; 98.
2. Aitkenhead AR, Smith G. *Textbook of Anaesthesia*. Third Edition ed 1996.
3. Klaring rapport nr. 3, Dansk Selskab for Trombose og Hæmostase, Dansk Selskab for Intern Medicin, Dansk Ortopædkirurgisk Selskab, Dansk Kirurgisk Selskab, ISSN: 1398-1560, 2002.
4. Nagraj S, Clark CI, Talbot J, Walker S, Keegan-Doody M. Which patients would prefer to walk to theatre? Walk or be driven? A study on walking patients to the operating theatre. *Ann R Coll Surg Engl*. 2006 Mar Dec;88(2):172-3.
5. Keegan-Doody M. Walk or be driven? A study on walking patients to the operating theatre. *Br J Perioper Nurs* 2005;Dec;15(12):529-31;33-6.

English Abstract

Qvarfordh P, Rovsing L, Esbensen BA. Self moving patients to the operation theatre – a pilot study. *Sygeplejersken* 2010;(17):54-8.

The purpose of this pilot study was to investigate patients' satisfaction with walking to the operation theatre instead of being driven in a bed or wheel chair, and to identify the need for information.

In total, 75 patients (aged 15-83 years) participated in the study. A questionnaire was developed for this study with two focus areas: "Satisfaction with walking instead of being driven" and "Satisfaction with information". In total, 93pct. reported, that it was a good experience to be allowed to walk to the operation theatre, prior to their surgery. About the same proportion found it satisfying to be actively involved in own trajectory. The results emphasize the importance of health professionals maintaining a focusing on the capabilities of the patients and the patients' active involvement in their own trajectory, and further the importance of relevant information and uncomplicated access to the operation theatre.

Keywords: walk or be driven, operation theatre, patient satisfaction.



Har du også besluttet **ALDRIG AT BLIVE GAMMEL?**

Har du tænkt over, om du har råd...?



Bestil et tilbud på en supplerende opsparing på pka.dk/mer
eller ring til **39 45 45 40** og hør mere om dine muligheder.

Strategier leder udvikling af

På Århus Sygehus har strategier inden for ledelse, uddannelse, forskning, evidensbaseret viden og dokumentation synliggjort sygeplejen som et værdifuldt fag. Arbejdet med strategier kræver kontinuerlig ledelsesmæssig fokusering.

AF KIRSTEN BRUUN, CAND.CUR., OG ELSE SKÅNNING, CAND.CUR.

En patient bliver modtaget på skadestuen på Århus Universitets-hospital, Århus Sygehus. Samtidig undervises en patient med nyopdaget diabetes i blodsuktermåling på en anden afdeling. På en tredje afdeling undervises personalet i en ny instruks for sondeernæring, og på en fjerde afdeling inkluderer en sygeplejerske en patient i et forskningsprojekt om "kropspleje til patienter med KOL". På alle afdelinger udvikles løbende nye evidensbaserede retningslinjer, samtidig med at der monitoreres på kvaliteten.

Hverdagen på de danske sygehuse er kompleks. Den stiller mange forskelligartede krav til sygeplejen. Den sygeplejefaglige kunnen er konstant i bevægelse. Der arbejdes løbende med at vurdere og revurdere det faglige grundlag. En udvikling, som nødvendigvis må baseres på nytænkning og forskning.

Men hvordan organiserer vi sygeplejen med hensyn til strukturer, rammer og vilkår sådan, at vi er i stand til at forholde os

” Den sygeplejefaglige kunnen er konstant i bevægelse. Der arbejdes løbende med at vurdere og revurdere det faglige grundlag.

kritisk reflekterende til fagets udvikling? Artiklen belyser denne problemstilling ved at beskrive, hvordan vi på Århus Sygehus arbejder strategisk med en fælles vision. En vision, der handler om ledelse, uddannelse, forskning, implementering af evidensbaseret viden og dokumentation af de sundhedsfaglige ydelser.

I artiklen er der primært fokus på, hvordan en fælles stillingsstruktur for sygeplejen skaber tid, rum, ressourcer og økonomi til den nødvendige faglige udvikling. De ensartede stillingskategorier skaber transparens på tværs af centre, afdelinger og afsnit og fremmer samarbejde og netværksdannelse.

Den største viden – den bedste behandling

Med afsæt i vores overordnede vision: "Den største viden – den bedste behandling" (1) er målet for sygeplejen på Århus Sygehus, at den skal leve op til en høj faglig kvalitet. Det gælder på såvel de ledelses-, kliniske, uddannelses-, forsknings- og udviklingsmæssige områder. Målet er, at kvaliteten kan måle sig med de højeste nationale og internationale standarder. Det er intentionen, at den kliniske sygepleje skal udøves på et forsknings- og evidensbaseret grundlag båret af professionel omsorg. Vores vision har i de sidste 10 år været styrende for en forsknings- og udviklingsbaseret forandringsproces, der retter sig mod alle niveauer i organisationen. Nedenstående beskrives de mest væsentlige elementer i strukturen, som vi håber, andre kan blive inspireret af.

Ledelses - og stabsstrukturen

De ledende sygeplejersker på Århus Sygehus har udarbejdet en overordnet strategiplan for ledelses- og stabsstrukturen. Denne

skaber klare rammer og en højere grad af integration mellem forskning og klinik (2).

Strategien afspejler intentionerne i visionen for sygeplejen ved at organisere sygeplejen i en stillingsstruktur for:

- Ledelse
- Klinisk praksis og kompetenceudvikling
- Grunduddannelse
- Speciale- og efteruddannelse
- Forskning og udvikling.

Strukturen understøtter udviklingen af den faglige profil, sådan at den faglige viden er ajourført og bliver omsat til praktiske handlinger, kombineret med den enkelte patients behov og ønsker.

Formålet med stillingsstrukturen er, at den skal være så enkel, at den synliggør behovet for stillingskategorier i de respektive områder (se boks 1 side 61). Der er udarbejdet stillingsbeskrivelser efter en standardskabelon inden for alle stillingskategorier.

Afdelingsledelserne har ansvaret for at udarbejde funktionsbeskrivelser for de enkelte stillingsbeskrivelser og revidere dem i takt med udviklingen og behovet for opgaveløsning. Chefsygeplejersken planlægger og justerer hvert andet år sammen med centercheferne og de enkelte afdelingsledelser de fremtidige behov for stillingskategorier.

For at sikre, at de nødvendige kompetencer er til stede i organisationen, har ledelses- og stabsstrukturen fokus på kliniske karriereveje kombineret med efter- og videreuddannelse.

Det er chefsygeplejerskens, centerchefernes og afdelingsledelsernes ansvar at fremme sygeplejerskernes adgang til de kliniske karriereveje. På denne måde sikres den kliniske kompetenceudvikling, og udviklingen af den sundhedsfaglige kvalitet på alle niveauer bliver styrket – fra novice til ekspert. Konkret er der udarbejdet strategier for kompetenceudvikling inden for flere stillingskategorier i ledelses- og stabsstrukturen (2,3,4,5). Hospitalsledelsen har afsat et rammebeløb, som er fordelt i de enkelte centre til efter- og videreuddannelse af ledere og sundhedspersonale inden for det kliniske felt.

Krav og kompetencer

Der er forskellige krav til kvalifikationer og kompetencer for de enkelte stillingskategorier. Essensen kan beskrives således:

De sygeplejefaglige ledere

Kravene til de sygeplejefaglige ledere er, at de skal kunne arbejde visionært og strategisk og samtidig kunne udøve professionel ledelse. Dette på både det faglige, det personalemæssige og det driftsmæssige område. Det betyder, at der er en forventning om, at de videreuddanner sig inden for både ledelse og fag. Ud over de obligatoriske lederuddannelser i Region Midt og på Århus Sygehus er målet, at chefsygeplejerske, oversygeplejersker, hotelchef og vikarbureauchef er uddannet på kandidat- eller masterniveau. Alle afdelingssygeplejersker skal, afhængigt af

sygeplejen

karriereønsker, som minimum have en diplomuddannelse. Som supplerende uddannelse anbefales lederuddannelse inden for den systemiske tænkning og den lærende organisation. Alle nye ledere tilbydes supervision i grupper. Det er lederens opgave at tænke i kontinuerlig kompetenceudvikling for alle faggrupper inden for sygeplejen (6). Der stilles krav om, at de skaber vilkår og rammer, der virker befordrende for at udvikle, vurdere og anvende ny viden. Eksempelvis udvikling af evidensbaseret klinisk sygepleje inden for de enkelte specialer (7).

Klinisk praksis

Forskning og udvikling har betydet en højere grad af specialisering. Det har medført et stort behov for specialrettede efter- og videreuddannelser i den specifikke sygepleje. Inden for anæstesi, intensiv, onkologi og hygiejne er der etableret specialeuddannelser af ét til to års varighed. Det er obligatorisk for alle nyuddannede sygeplejersker, som ansættes på Århus Sygehus, at de skal deltage i en introduktion til faget "Bachelor på spring".

Grunduddannelser, speciale- og efteruddannelse

Uddannelse, introduktion og oplæring af et stadigt stigende antal studerende med mellemlange videregående sundhedsuddannelser, social- og sundhedsassistentelever og serviceassistentelever har høj prioritet. Opgaven varetages af de uddannelsesansvarlige, de kliniske vejledere og praktikvejlederne, hvis kompetenceudvikling der arbejdes målrettet med (3).

Forskning og udvikling

Der er etableret stillinger, som sikrer kliniske karriereveje og bygger bro til Aarhus Universitet. Stillingerne omfatter uddannelses- og udviklingsansvarlige, specialeansvarlige og kliniske sygeplejespecialister. For ansatte med minimum en ph.d.-grad kan der efter aftale med Aarhus Universitet skabes tilknytning til

” Strukturen understøtter udviklingen af den faglige profil, sådan at den faglige viden er ajourført og bliver omsat til praktiske handlinger, kombineret med den enkelte patients behov og ønsker.

Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet i stillinger som adjunkt, lektor og professor. Ansatte i stillingerne har reference til Klinisk Institut og Institut for Folkesundhed (se boks 2 side 62).

Stillingsstrukturen skal medvirke til at optimere den faglige ekspertise i klinikken, som er nødvendig for en løbende udvikling af den kliniske videnskabelige kompetence. De kliniske karriereveje, som er knyttet til forskning og nytænkning, skal motivere og inspirere til at søge videreuddannelse på master-, kandidat- og ph.d.-niveau. Til at understøtte sygeplejeforskningen er der etab-

Boks 1. Stillingskategorier

Stillingskategorier med antal ansatte anført i parentes

Ledelse:

Chefsygeplejerske (1), oversygeplejerske (20), hotelchef (1), iv-karbureauchef (1), afdelingssygeplejerske (89), afdelingsradiograf (3).

Klinisk praksis og kompetenceudvikling:

Projektsygeplejerske/radiograf (10), klinisk sygeplejespecialist (21), udviklings (9)- specialeansvarlig (197)- hygiejne (2), anæstesi (81)- og intensivsygeplejerske (145), klinisk koordinator (34), sygeplejerske (1.202), radiograf (90), social- og sundhedsassistent (231), sygehjælper (38) og serviceassistent (235).

Grunduddannelser, speciale- og efteruddannelse:

Uddannelsesansvarlig sygeplejerske/radiograf for grunduddannelser (14), uddannelsesansvarlig sygeplejerske for specialuddannelser (2), klinisk vejleder for grunduddannelser (76), klinisk vejleder for specialuddannelser (22), praktikvejleder for social- og sundhedsassistenter (20) og praktikvejleder for serviceassistentelever (10).

Forskning og udvikling:

Specialeansvarlig sygeplejerske (197), udviklings- og sygeplejerske (9), klinisk sygeplejespecialist (21), sygeplejekonsulent (1), ekstern lektor (1).

I samarbejde med Aarhus Universitet: Ph.d.-studerende (12), klinisk sygeplejespecialist, adjunkt (1), adjunkt (2), leder af Forskningsenheden for Sygepleje (1 i en 20 pct.-stilling).

leret en Forskningsenhed for Sygepleje og ansat en forskningsleder.

Rammer for indsatsområder

De mest væsentlige rammer for indsatsområderne er forskning, evidensbaseret og monitorering og dokumentation.

For at skabe mening og give ledere og medarbejdere en oplevelse af, at den faglige udvikling er en forudsætning, og for at kunne leve op til vores vision har chefsygeplejersken nedsat en sundhedsfaglig styregruppe og tre følgegrupper. Én for forskning, én for evidensbaseret og monitorering og én for dokumentation. Idéen med dette er, at viden, udvikling og initiativer i de enkelte følgegrupper udveksles og koordineres i den centrale styregruppe. På denne måde skabes der synergi og sammenhæng mellem gruppernes arbejde (8).

Det er følgegruppernes opgave at udarbejde og implementere en strategi for hvert område (7,9,10). Ved at nedsætte følgegrupper med ledere, forskere, ph.d.-studerende, kliniske sygeplejespecialister, udviklings- og sygeplejersker, terapeuter mv. bliver der skabt ejerskab i forhold til at udarbejde og implementere strategier og igangsætte læreprocesser.

Ud over de aktiviteter, der foregår centralt i forbindelse med implementering af strategierne, afholdes der videnskabelige møder, journal clubs og sygeplejesymposium.

Et overskueligt system

Med organiseringen af sygeplejen er der skabt et transparent system, som giver gode muligheder for, at ledere og medarbej-

► dere på alle niveauer kan overskue karrieremuligheder, uddannelsesmuligheder og de faglige strukturer. Lederne har fået nogle styringsredskaber i form af strategier, som indeholder faglige argumenter til opbygning af en kompetent stab i klinikken. De synlige karrieremuligheder og arbejdet med strategisk kompetenceudvikling, både den personlige og organisatoriske, skal også ses som et tiltag i forhold til rekruttering og fastholdelse af plejepersonale.

” Med organiseringen af sygeplejen er der skabt et transparent system, som giver gode muligheder for, at ledere og medarbejdere på alle niveauer kan overskue karrieremuligheder, uddannelsesmuligheder og de faglige strukturer.

Med den etablerede struktur har sygeplejefprofessionen endvidere kunnet rette opmærksomheden mod en mere systematisk og analytisk tænkning med afdækning af bl.a. fælles kliniske problemstillinger og konkret brug af udviklings- og forskningsresultater. Med den øgede fokus på dokumentationspraksis er der sidst, men ikke mindst skabt mulighed for en løbende vurdering af effekten af den udførte pleje og behandling.

Sygeplejen synliggjort

Strukturen har været med til at sætte faget på dagsordenen. Sygeplejen er på Århus Sygehus blevet synliggjort som noget vigtigt og værdifuldt med mulighed for en højere grad af faglig identitet og stolthed. Faget bliver herved mere synligt for andre professioner og for det overordnede administrative og politiske system. For at fremme denne profilering af sygeplejen er der etableret flere hjemmesider (se boks 2 side xx).

Arbejdet med visioner, strategier, implementering, synliggørelse og videndeling er en lang og udfordrende proces, som kræver viljen til at ville faglig udvikling – fra både ledere og medarbejdere. Det har været og er fortsat en målrettet og successiv proces, som kræver kontinuerlig overordnet ledelsesmæssig involvering med konstant fokusering på de fastlagte strategier. Derved kan strategierne få rum i konkurrencen om ressourcerne i den daglige kliniske praksis.

Kirsten Bruun er chefsygeplejerske på Århus Universitetshospital; Århus Sygehus; kirsbruu@rm.dk

Else Skåning er ansat som sygeplejekonsulent ved Afdeling for Kvalitetsudvikling og Patientsikkerhed samme sted; elsenils@rm.dk

Litteratur

1. Virksomhedsgrundlaget, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, 2008.
2. Århus Universitetshospital, Århus Sygehus. Strategiplan for Ledelses- og stabsstrukturen for sygeplejen 2009-2012.
3. Århus Universitetshospital, Århus Sygehus. Strategi for kvalificering og kompetenceudvikling af uddannelsesansvarlige, kliniske vejledere og praktikvejledere, 2010.
4. Århus Universitetshospital, Århus Sygehus. Strategi for kompetenceudvikling af afdelingsygeplejersker, 2007.

5. Århus Universitetshospital, Århus Sygehus. Strategi for uddannelse og kompetenceudvikling af specialeansvarlige sygeplejersker, 2006.
6. Århus Universitetshospital, Århus Sygehus. Strategisk kompetenceudvikling, 2007.
7. Århus Universitetshospital, Århus Sygehus. Strategi for evidensbaseret og monitorering af sygepleje, ergoterapi og fysioterapi. 2010-2012. Januar 2010.
8. Bruun K, Skåning E. Etablering af et klinisk forskningsmiljø kræver visioner og langsigtede strategier. Udviklingsinitiativet for Sygeplejerskeuddannelsen i det tidligere Århus Amt. 2007.
9. Århus Universitetshospital, Århus Sygehus. Strategi for forskning – sygepleje, ergoterapi og fysioterapi, 2005-2008.
10. Århus Universitetshospital, Århus Sygehus. Strategi for dokumentation af sygepleje, ergoterapi og fysioterapi 2009-2011. Juni 2009.

Boks 2. Hjemmesider

Læs mere om strategierne omtalt i artiklen; www.aarhussygehus.dk > sundhedsfaglig

Læs mere om Forskningsenheden for Sygepleje: www.aarhussygehus.dk > sundhedsfaglig > forskningsenheden for sygepleje

English Abstract

Bruun K, Skåning E. Strategies lead nursing development Sygeplejersken 2010;(17):60-2.

At Århus University Hospital, strategies put in place for management, training, research, evidence-based knowledge and documentation have raised the profile of nursing as a valued profession. Professional development is particularly strengthened by a shared nursing job structure. The job structure is divided into 1) management, 2) clinical practice and competency development, 3) basic training, special- and supplementary training and 4) research and development. The article describes requirements for qualifications and competencies for the individual job categories.

A targeted focus on strategies and job structure has created a transparent system that provides good opportunities for managers and staff of all levels to assess career and educational opportunities. All strategies reflect the intentions stated in the hospital's mission statement: "The greatest knowledge – the best treatment".

A steering group and three focus groups ensure that knowledge, development and initiatives in the individual focus groups are exchanged and coordinated.

Strategy-related work in nursing is a long and challenging process, and one that requires continual managerial involvement.

Key words: strategies, nursing, job structure, Århus Hospital.

Patienternes vaskefade er en potentiel smittekilde: et multicenter forskningsstudie

Johnson D, Lineweaver L, Maze LM. Patients' Bath Basins as Potential Sources of Infection: A Multicenter Sampling study. Am. J. Crit. Care, 2009, January, vol. 18, no. 1

Formål: At identificere og kvantificere bakterier fra patienters vaskefade og evaluere, om vaskefadene er et muligt reservoir (grodsted) for kolonier af bakterier og dermed en mulig risikofaktor for en følgende hospitalserhvervet infektion.

Metode: Et prospektivt studie på tre akuthospitalers intensive afdelinger. Studiet udførtes i New Mexico, Indiana og Rhode Island, USA. Mikrobiologiske prøver blev indsamlet fra patienternes vaskefade, i alt 92 vaskefade fra 92 patienter blev inkluderet, efter de havde været brugt to gange. Prøverne blev analyseret i uvildige laboratorier uden for de deltagende hospitaler. Såvel kvantitative som kvalitative test blev udført.

Resultater: Fra 98 pct. af vaskefadene kunne dyrkes bakterier. De største kolonier fordelte sig med 54 pct. enterokokker, 32 pct. Gram negative organismer, 23 pct. stafylokker aureus, 13 pct. vancomycinresistente og 8 pct. methicillinresistente (MRSA).

Konklusion: Vaskefade er reservoir for bakterier og kan være årsag til overførsel af hospitalserhvervede infektioner. Der er behov for særlig opmærksomhed på denne mulige smittekilde i forhold til de resistente bakterier. Opmærksomheden skal særligt rettes mod de patienter, der er i højrisiko-gruppe for infektioner.

Bemærkninger: Der fandtes multiresistente bakterier i vaskefade hos patienter, der ikke selv var inficerede. På denne baggrund er det vigtigt at overveje alternativer til sengebade med vaskefade, f.eks. engangsprodukter til opvarmning i mikrobølgeovn.

Af Lis Horstmann Nøddeskou, ledende oversygeplejerske, RN, SD, MKS, Medicinsk Afdeling, Køge Sygehus, og Britta Hørdam, ekstern lektor, ph.d., Afd. for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet. bhoerdam@mail.dk

Betydning af fald hos ældre mennesker

Mahler M, Sarvemäki A. Indispensable chairs and comforting cushions – Falls and the meaning of falls in six older persons lives. J Aging Stud. 2010;24:88-95.

Formål: At belyse betydning af fald for ældre mennesker i et dagligdags perspektiv. **Metode:** Denne kvalitative undersøgelse er foretaget i Danmark. Der indgik to mænd og fire kvinder i alderen 80-94 år. Alle boede i eget hjem, havde varierende grad af kontakt til kommunal hjemmepleje og havde været udsat for at falde flere gange. Data blev indsamlet ved narrative dybdeinterview. Interviewene blev optaget på bånd og transskriberet ordret. Der blev efterfølgende foretaget tematisk analyse.

Resultater: Der fremkom tre hovedtemaer: 1) Betydningen af at kunne komme op igen efter et fald, 2) Betydningen af et hjem i forandring og 3) Betydningen af at skulle kæmpe for livet. Temaerne var knyttet til "kroppen", "velvære" og "eksistens". Hver af de seks personer havde udviklet en mestringsstrategi for at håndtere og afbøde virkning af fald.

Bemærkninger: Fald er en både dramatisk og trivial begivenhed. For den ældre sættes liv, førlighed og uafhængighed på spil, for plejepersonalet kan det opfattes som blot et af mange små uheld. Hver af de seks deltagere havde udviklet deres egen strategi for at forebygge og afbøde konsekvenser af fald, nogle af strategierne var direkte skadelige, uden at den ældre var klar over dette. Ved faldforebyggelse er det således ikke nok at fokusere på løse tæpper, ledninger etc. Det er også nødvendigt at inddrage personens konkrete mestringsstrategi i planlægningen af forebyggende tiltag.

Af Preben Ulrich Pedersen, sygeplejerske, ph.d., Center for Kliniske Retningslinjer, Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet. pup@kliniskeretningslinjer.dk

Afklemning eller ikke afklemning før seponering af urinkateter

Nyman MH, Johansson J-E, Gustafson M. A randomised controlled trial on the effect of clamping the indwelling urinary catheter in patients with hip fracture. Journal of Clinical Nursing. 2010;19:405-413.

Formål: At undersøge effekten af fast afklemning i forhold til ikke afklemning af kateterslange før fjernelse af blærekateter hos patienter, der er opereret for hoftefraktur.

Metode: Klinisk kontrolleret forsøg gennemført på et svensk universitetshospital med 113 patienter. Patienter over 50 år, som ikke var kateterbrugere, var kognitivt velbevaret eller havde svære fysiske problemer ved indlæggelsen, blev randomiseret til en af to grupper. Enten fri drænage til fjernelse om morgenen 2. postoperative dag, eller til afklemning fra morgenen 2. postoperative dag og frem til normal blærefunktion var opnået. Patienter, som fik afklemt kateteret, gik på toiletet ved behov og åbnede for kateteret. Primært effekt mål var tid, til normal blærefunktion var genetableret.

Resultater: I gennemsnit gik der 7-8 timer, inden patienterne i begge grupper havde genoprettet normal blærefunktion. Der var ingen forskel i varigheden i forhold til, om urinkateteret havde stået åbent, eller om der var foretaget afklemning. Der var heller ikke forskel i hyppighed af re-kateterisationer i de to grupper.

Bemærkninger: Interessant studie, der beskæftiger sig med et af de små/store problemer fra en klinisk hverdag. Skal der foretages afklemning eller ej? Det ville være oplagt at udarbejde en klinisk retningslinje om dette spørgsmål for at få afdækket, hvad den samlede forskning finder på området.

Af Preben Ulrich Pedersen, sygeplejerske, ph.d., Center for Kliniske Retningslinjer, Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet. pup@kliniskeretningslinjer.dk

Fagligt selskab for Børnesygeplejersker har i samarbejde med Juliane Marie Centret og Dansk selskab for Patientsikkerhed udarbejdet 10 gode råd om patientsikkerhed til forældre med syge børn på hospitalet. Materialet kan bruges på alle danske børneafdelinger.

10 råd om patientsikkerhed til forældre med indlagte børn

AF BIRGIT SIMONSEN, SYGEPLEJERSKE, MPH, OG TINE BOULUND, SYGEPLEJERSKE

”Dejligt at vide, at man godt må være lidt besværlig. Tak for det.”

Så kontant var en bemærkning fra en af forældrene, som var med i afprøvningen af 10 gode råd til forældre med syge børn på hospitalet om patientsikkerhed. Denne artikel præsenterer de 10 råd, der kan bruges i alle børneafdelinger i Danmark.

Patientsikkerhed på børneområdet

Forældre til indlagte børn er en særlig slags pårørende (1), som i langt højere grad er involveret i pleje og behandling, end andre pårørende typisk er. En dimension i forældrenes omsorg for børnene er deres naturlige ret til at beslutte og tale på barnets vegne, ligesom de har krav på at blive informeret og, hvis de ønsker det, inddraget i deres barns sikkerhed under indlæggelsen. Sundhedsloven foreskriver dog, at teenagere fra deres 15. år selv skal give informeret samtykke til pleje og behandling.

I dag findes gode råd om patientsikkerhed til voksne patienter og deres pårørende, udarbejdet af en arbejdsgruppe under

” Det er en overvejelse værd, om der skal udarbejdes specifikke råd til teenagere.

Dansk selskab for Patientsikkerhed i 2006 (2) (se boks 1 her på siden). Rådene peger på, hvad man som patient selv kan gøre for at forebygge fejl og misforståelser i sit patientforløb. Rådene indarbejdes nationalt i relevant materiale om patientsikkerhed, men henvender sig til patienten som en voksen og selvstændig person (3). Fagligt Selskab for Børnesygeplejersker (se boks 2 her på siden) tog derfor i marts 2009 initiativ til, at der i samarbejde med Juliane Marie Centret på Rigshospitalet og Dansk selskab for Patientsikkerhed skulle udarbejdes 10 gode råd om patientsikkerhed til forældre med syge børn på hospitalet.

Rammen for de 10 gode råd til forældre med syge børn på hospitalet var det eksisterende læringsmateriale om de 10 gode råd til voksne patienter om patientsikkerhed. Materialet til forældre og børn skulle i sin grundform ligne det, der er til voksne patienter.

Mundtlig information foretrækkes

På Børneafdelingen i Kolding blev der lavet en række telefoninterviews, hvor forældre blev kontaktet efter udskrivelsen og spurgt til deres oplevelse af patientsikkerhed i forhold til indlagte børn. Fokus var at få belyst, hvordan forældrene ønsker at blive informeret, og i hvilken udstrækning de ønsker at blive ind-

Boks 1. Dansk Selskab for Patientsikkerhed

Dansk Selskab for Patientsikkerhed har som mål at mindske risikoen for, at patienter kommer til skade i deres møde med sundhedsvæsenet.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed arbejder ved at sprede viden, påvirke beslutningstagere og igangsætte projekter, der viser, hvordan man kan øge sikkerheden for danske patienter.

Læs mere på: www.patientsikkerhed.dk

Boks 2. Fagligt Selskab for Børnesygeplejersker

Fagligt Selskab for børnesygeplejersker er en faglig sammenlutning under Dansk Sygeplejeråd for sygeplejersker med særlig interesse for sygepleje til børn. Man skal være medlem af DSR for at blive medlem.

Selskabet arbejder for at fremme det kollegiale sammenhold mellem sygeplejersker, som arbejder med børn. Selskabets formål er at medvirke til medlemmernes fortsatte kompetenceudvikling og opdatering inden for den pædiatriske sygepleje. Hvert år afholdes landskursus og temadage.

Læs mere på: www.dsr.dk > Faglige selskaber

draget i patientsikkerheden under barnets indlæggelse. Mange forældre gav udtryk for, at de gerne vil inddrages, og at de først og fremmest ønsker mundtlig information, gerne suppleret af skriftligt materiale.

Børneafdelingerne i Juliane Marie Centret på Rigshospitalet arbejdede i forvejen med at inddrage forældreperspektivet i patientsikkerhedsarbejdet (4,5), og dette arbejde støtter op om behovet for konkrete råd om patientsikkerhed, der kan bruges i alle børneafdelinger i hele Danmark.

Pilottest

En tværfaglig arbejdsgruppe bestående af patientsikkerhedsansvarlige overlæger og sygeplejersker fra Juliane Marie Centret på Rigshospitalet gennemgik de 10 gode råd for voksne patienter og tilrettede rådene i forhold til børneområdet. Særligt mål nr. 5 blev diskuteret og afspejler nu den særlige børnekontekst. Læs de 10 råd i boks 3 side 65.

Herefter blev de 10 råd pilottestet hos udvalgte forældre og

børn på Rigshospitalet. Pilottesten var et spørgeskema med målene, hvor der også var mulighed for at skrive bemærkninger. Pilottesten foregik hos forældre og børn med lang, nogen og ingen erfaring med indlæggelse.

Pilottesten viste, at de 10 råd blev positivt modtaget af forældre og børn – som en forælder skriver: "Jeg blev mindet om mange af de ting, jeg plejer at tænke på, når jeg tager hjem, som jeg har glemt at spørge om. Rådene burde hænge på en plakat i venteværelset."

Ingen af de adspurgte forældre og børn foreslog flere eller andre råd: "Rådene er virkelig gode, specielt det med, at man må spørge og blive ved med at forlange en forklaring – til man forstår."

Flere forældre opfordrede til, at rådene skulle udleveres i starten af hospitalsopholdet.

Rådene kan ikke stå alene

Der er ingen tvivl om, at de 10 råd til forældre om patientsikkerhed i forhold til indlagte børn er anvendelige. Forældre har brug for at vide, hvad vi som sundhedspersonale forventer af dem under en indlæggelse, og rådene vil kunne danne baggrund for en sådan afklaring og samtidig være en fælles guideline for personalet, så informationer bliver ensrettede.

Rådene er efter pilottesten sprogligt tilrettede og er nu klar til implementering. Rådene kan imidlertid ikke stå alene, men skal ses i et samspil med andre faglige vejledninger om samarbejde med forældre og syge børn.

De professionelle har ansvaret for sikkerheden

Der er ingen tvivl om, at det er os som sundhedsprofessionelle, der har ansvaret for, at patientsikkerheden er i orden, men som sygeplejersker vil vi gerne have, at forældre og børn er konstruk-

” En dimension i forældrenes omsorg for børnene er deres naturlige ret til at beslutte og tale på barnets vegne.

tivt kritisk opmærksomme og aktive samarbejdspartnere. Særligt fordi forskning viser, at patienter, der er aktivt involverede i beslutninger om deres behandling og pleje, har større sandsynlighed for at opnå gode resultater og undgå fejl og utilsigtede hændelser (6,7). Netop ved at stille spørgsmål, indtil man forstår, gør, at man bliver velinformeret. Forældre og børn skal føle sig sikre og trygge, og de 10 gode råd inviterer til en systematisk

Boks 3. De 10 gode råd

1. Spørg hellere for meget end for lidt

Det er vigtigt, at I forstår, hvad jeres barn skal undersøges for, hvad lægerne har fundet ud af indtil nu, og hvilken behandling barnet skal have. Spørg til svar, I ikke forstår.

2. Fortæl os om barnets medicin og kostvaner

Det er godt at informere personalet om, hvad barnet får af medicin, også alternativ behandling, kosttilskud, naturprodukter, samt om I følger særlige kostråd. I skal også sige til, hvis barnet er overfølsomt over for medicin, mad eller andet.

3. Skriv ned undervejs

Før om muligt en dagbog over det, I oplever, mens barnet er sygt. Dagbogen kan hjælpe jer med at huske det, I oplever, og de spørgsmål I vil stille til personalet. Dagbogen kan være en hjælp til at bearbejde oplevelsen efterfølgende.

4. Flere ører hører bedre

Vær gerne to voksne, når I skal til samtaler om undersøgelser og resultater. Det er en fordel, at flere har hørt, hvad lægen siger, så alle nuancer kommer med, og I er flere til at huske og forstå, hvad der blev fortalt.

5. Lav aftaler

Lav aftaler med personalet om jeres samarbejde. Hvordan barnet skal informeres og forberedes til undersøgelser og behandling, og om I eller personalet giver barnet den ordinerede medicin.

6. Godkend dit barn

Tjek barnets navn og personnummer sammen med personalet, hver gang barnet skal undersøges, behandles eller have medicin.

7. Hør om operationen

Hvis barnet skal opereres, er det en god idé at tale det, der skal ske, igennem med lægen. Nogle gange vil lægen lige inden operationen markere med en spritpen det sted på barnets krop, der skal opereres.

8. Sig til, hvis det gør ondt

Det er vigtigt, at personalet kender barnets symptomer på smerter. Også hvis de opstår andre steder end netop dér, hvor barnet er sygt.

9. Når I skal hjem

Når I skal hjem, er det en god idé at spørge, hvordan behandlingen skal fortsætte, hvad I skal være opmærksomme på derhjemme, og hvad I kan gøre, hvis I bliver i tvivl.

10. Kend barnets medicin

I skal vide, hvad barnets medicin hedder, hvordan den virker, samt hvordan og hvor længe barnet skal tage den, og om der er bivirkninger. Få en liste over al den medicin, barnet får. Spørg, om der er særlige typer mad eller drikkevarer, som kan påvirke behandlingen. Skriv evt. svarene ned.

” Brug af storskærme kunne suppleres med interaktive skærme, hvor børn og forældre selv kunne søge information om hospitalet, børneafdelingen, patientforløb, sygdomme mv. på internettet.

fokuseret dialog om samarbejde, forventningsafklaring og vidensdeling.

Kan bruges på alle børneafdelinger

De 10 gode råd til forældre bør derfor indarbejdes i alle børneafdelingens informationsmateriale, som minimum i afdelingernes velkomstpjecer. Det vil være vigtigt at huske, at rådene medtænkes i introduktion og oplæring af nye medarbejdere.

Sammenholdes resultatet af pilottesten med telefonundersøgelsen fra børneafdelingen på Kolding Sygehus, hvor det fremgår, at mængden af skriftlig information skal begrænses og altid bør følges op af mundtlig information, vil formidling i billedform, tekst og mundtlig opsamling kunne forebygge, at forældre/børn kan blive stressede over en stor mængde skriftlig information under indlæggelsen. Rådene kan, ligesom rådene til de voksne patienter, stå ved relevante skranke og hænge på vægge i gangarealer og venteområder. Grafisk kan rådene fremstilles i en vægversion, der inviterer til, at forældre og børn vil bruge dem. Andre muligheder er at opstille storskærme i ventearealer og/eller opholdsrum, hvor de 10 råd kommunikerer ud med uddybende informationer i tekst og billede.

Brug af storskærme kunne suppleres med interaktive skærme, hvor børn og forældre selv kunne søge information om hospitalet, børneafdelingen, patientforløb, sygdomme mv. på internettet.

Teenagere måske en ny målgruppe

Det er en overvejelse værd, om der skal udarbejdes specifikke råd til teenagere – altså nogle råd, der kunne gavne børn mellem 12 og 18 år, og som er henvendt direkte til dem. Forskning viser, at direkte og målrettet inddragelse af teenagerne øger pleje og behandlingsresultater (8).

Birgit Simonsen er ansat som kvalitetskoordinator på Juliane Marie Centret Rigshospitalet; birgit.simonsen@rh.regionh.dk
Tine Boulund er patientsikkerhedsansvarlig sygeplejerske på Børneafdelingen, Kolding Sygehus.

Litteratur

1. Gallery P. Caring for parents of hospitalized children: a hidden area of nursing work. *Journal of Advanced Nursing* 1997;26:992-1998.
2. www.sikkerpatient.dk
3. Patientens Bog Enheden for Patientsikkerhed i RegionH og TrykFonden 2006.
4. Simonsen B, Carlsen AM: Patientsikkerhed og forældre til børn i semiintensivt afsnit – har personalet styr på det. *Udviklingsaktiviteter i sygeplejen 2006-2007. Symposiebogen Rigshospitalet 2008.*
5. Simonsen B, Carlsen AM, Madsen M: Påvirkning af patientsikkerhedskulturen i to specialiserede børneafdelinger – implementering af tre arbejdsrutiner. *Udviklingsaktiviteter i sygeplejen 2008. Symposiebogen Rigshospitalet 2009.*
6. Patientens møde med sundhedsvæsenet. De mellem menneskelige relationer – anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet. *Amtsrådsforeningen, Dansk selskab for kvalitet i Sundhedsvæsenet, Dansk Sygeplejeråd mfl. Århus Amt. juni 2003.*
7. Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser udarbejdet af Enheden for Brugerundersøgelser på vegne af regionerne og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2007.
8. www.ungdomsmedicin.dk

English Abstract

Simonsen B, Boulund T. 10 tips on patient safety for parents of hospitalised children. *Sygeplejersken* 2010;(17):64-6.

The article describes development and pilot-testing of 10 useful tips on patient safety for parents of hospitalised children. The advice is: 1) Better to ask too much than too little, 2) Tell us about your child's medicine and eating habits, 3) Keep a diary, 4) Many ears hear better, 5) Make agreements, 6) acknowledge your child, 7) Talk together about the operation, 8) Tell us if it's painful, 9) When you're going home and 10) Become familiar with your child's medicine.

In the pilot test parents and children found the tips relevant and helpful, and the plan is to implement the 10 tips nationally in all paediatric units. In this way, both patients and health care personnel each play their part in ensuring that treatment becomes safer. One should also consider whether a tailored version of the tips on patient safety should be created for teenagers.

Key words: Children, hospitalisation, patient safety.

Fagbladet Sygeplejerskens videnskabeligt bedømte artikler

Jette Bagh, sygeplejerske, cand.cur., fagredaktør

Evy Ravn, sygeplejerske, cand.scient.soc., fagredaktør

VIDENSKAB & SYGEPLEJE

Denne artikel har været publiceret på engelsk i Acta Pædiatrica 2010 Aug;99(8):1145-9 og bliver publiceret på dansk i Sygeplejersken med tilladelse fra Wiley-Blackwell, John Wiley & Sons A/S.

Ekstremt præmature børn tolererer hud-mod-hud-kontakt i de første leveuger

AF RAGNHILD MÅSTRUP, SYGEPLEJERSKE, IBCLC, OG GORM GREISEN, LÆGE, PROFESSOR

Introduktion

Fordelene ved hud-mod-hud-kontakt hos ekstremt præmature børn (1,2) er ikke så veldokumenterede som hos andre præmature børn (3-9). Hud-mod-hud-kontakt fremmer stabil temperatur, vægtøgning, rolig adfærd, amning og forældre-barn-tilknytning. Der vides kun lidt om gestations-, vægt- eller stabilitetsgrænser for hud-mod-hud-kontakt, hvilket resulterer i restriktioner på mange neonatalafdelinger.

Ekstremt præmature børn adskiller sig fra andre præmature børn ved en mere umoden termoregulering, mindre subkutant fedt og mere permeabel hud de første leveuger, hvilket resulterer i højere varmetab gennem fordampning. Bekymringerne går på, om ekstremt præmature børn kan holde adækvat temperatur under hud-mod-hud-kontakten, om børnene kan undvære den høje luftfugtighed i kuvøsen, kan tåle forflyttelsen fra kuvøsen til forældrenes bryst, og om børnene kan observeres ordentligt under hud-mod-hud-kontakten, hvor de er dækket af tæppe og dyne.

Undersøgelsens hypoteser var: Når forflyttelse og lejrning optimeres, kan ekstremt præmature børn holde adækvat temperatur (36,5-37,5 °C), mens de er hud mod hud med deres forældre, og børnene bliver ikke mere ustabile.

Patienter og metoder

Der blev valgt et prospektivt klinisk interventionsstudie, hvor børnene fungerede som deres egen kontrolgruppe i et prætest-test-posttest-design. Der blev indhentet tilladelse til projektet fra Videnskabetisk Komité for Region Hovedstaden (nr. H-A-2007-0110).

Ekstremt præmature børn er defineret som børn født før 28 gestationsuger. Hud-mod-hud-kontakt er defineret ved, at barnet, kun iført ble og hue, ligger opret på forældrenes bare bryst.

Børnene blev testet på Neonatalklinikken på Rigshospitalet, som er en 36-sengs niveau III-afdeling med tosengs- og femsengsstuer. Alle tretten tosengsstuer er udstyret med en forældreseng ved siden af hver kuvøse/seng. To børn på hver femsengsstue har en forældreseng ved siden af kuvøsen/sengen. Fra marts til december 2008 blev der indlagt 57 ekstremt præmature børn på afdelingen. Forskeren var ikke til stede hos 22 af børnene, hvoraf to døde. 11 børn var for ustabile til at deltage, og ni af disse børn døde. De 22 børn, som deltog i undersøgelsen, var i gennemsnit født med lavere gestationsalder og lavere fødselsvægt end gruppen som helhed, men ikke forskellige fra de børn, som var for ustabile til at deltage (se figur 1 side 69). To af de deltagende børn døde efterfølgende, men dødsfaldene var ikke relaterede til hud-mod-hud-kontakten. Ingen af forældrene nægtede at lade deres børn deltage.

Resumé

Måstrup R, Greisen G. Ekstremt præmature børn tolererer hud-mod-hud-kontakt i de første leveuger. *Sygeplejersken* 2010(17); 67-72.

Formål: At undersøge, om klinisk stabile ekstremt præmature børn kan bevare deres temperatur under hud-mod-hud-kontakt, og screene for andre negative effekter. **Metode:** Kontinuerlig måling af 22 stabile børns fysiske parametre to timer før, under og to timer efter hud-mod-hud-kontakt. Gennemsnitlig gestationsalder ved fødslen var 25 uger og fire dage, gennemsnitlig postnatal alder var otte dage, postmenstruel alder 26 uger og seks dage, gennemsnitlig aktuell vægt 702 gram. Hud-mod-hud-kontakten varede gennemsnitlig 98 minutter. 16 børn var hud mod hud med deres mor, fem med deres far og ét med en storesøster.

Resultater: Der var ingen signifikante forskelle i den gennemsnitlige hudtemperatur, puls, respirationsfrekvens eller ilt saturation før under og efter hud-mod-hud-kontakten. Den gennemsnitlige hudtemperatur steg 0,1 °C under hud-mod-hud-kontakt med moderen og faldt 0,3 °C under hud-mod-hud-kontakt med faderen ($p=0,011$, uden post hoc-korrektion), men forblev inden for normalområdet.

Konklusion: Klinisk stabile ekstremt præmature børn kan holde adækvat hudtemperatur og adækvat fysisk stabilitet under hud-mod-hud-kontakt med deres forældre.

Søgeord: Ekstremt præmature børn, hudtemperatur, hud-mod-hud-kontakt.

Baggrund

Gennemsnitsgestationsalderen for de deltagende børn var 25 uger og fire dage. På undersøgelsesdagen var børnenes gennemsnitlige postmenstruelle alder 26 uger og fem dage og gennemsnitsvægt 702 gram, dvs. børnene var i gennemsnit otte dage gamle (se tabel 1 side 70). 10 børn deltog i deres første leveuge. Den gennemsnitlige varighed af hud-mod-hud-kontakten var 98 minutter, men med betydelig variation.

Kuvøsetemperaturen inden hud-mod-hud-kontakten var høj (i snit 34,1 °C), ligesom luftfugtigheden i kuvøsen var høj (i snit 63 pct.). Fem børn fik ikke tilført ekstra fugt til kuvøsen, hvilket betød en luftfugtighed på 30 pct. (målt i en Giraffe kuvøse (GE Healthcare, Madison, WI, USA)).

10 børn havde navlekatetre, og otte børn havde perifere eller perkutane katetre (venflons/longline). Et barn lå i respirator, og de andre blev behandlet med nasal CPAP (Continuous Positive Airway Pressure), en respirationsunderstøttende behandling.

Der deltog 14 piger og otte drenge, 16 børn lå hud mod hud med moderen, fem med faderen og én med en storesøster (som havde næsten voksen kropsstørrelse). 11 forældre lå med deres barn i en seng under testen, resten sad i lænestole (hvilestole). 11 børn havde behov for ekstra ilt, og rumtemperaturen var 25-27 °C under testen.

Dataindsamling

Prætesten varede i to timer, mens barnet var i kuvøse, derefter fulgte testen, som varede hele perioden, hvor barnet var hud mod hud med sine forældre. Testen varede mellem 51 minutter og 6½ time. Posttesten begyndte, så snart barnet blev flyttet tilbage til kuvøsen, og varede i to timer.

Temperaturen blev målt kontinuerligt fra begyndelsen af prætesten til slutningen af posttesten med en Philips hudtemperaturprobe, som var fikseret nederst på barnets ryg med Mepilex® border lite (Mölnlycke Healthcare, Göteborg, Sverige) og dækket af en termal reflector Neo Guard® (Casmed, Brandford, CT, USA). Hudtemperaturværdier blev monitoreret elektronisk for hvert minut (Philips IntelliView MP 30 (Philips Healthcare, Boeblingen, Tyskland)), efterfølgende tastet i Excel 2000, og gennemsnitsværdier for hvert barns prætest, test og posttestperiode blev beregnet.

Puls, respirationsfrekvens og ilt saturation blev ligeledes monitoreret elektronisk (Philips IntelliView). Til bestemmelse af gennemsnitsværdierne blev kurver fra prætest-, test- og posttestperioderne printet på papir, klippet til korrekt tidsperiode og vurderet visuelt af en person blindet for testperioderne. 21 værdier blev genlæst blindt, og den gennemsnitlige forskel var 0,01 pct. (fra -5 til +3 pct.). Stimulationskrævende episoder blev registreret (bradykardier, ilt saturationsfald eller apnøer).

Forflyttelse mellem kuvøse og forældre blev standardiseret og optimeret for at forhindre varmetab. Før forflyttelse blev et svøb med en plasticpose indeni lagt i kuvøsen til opvarmning og opfugtning. Barnet havde en hue på, blev svøbt i det varme svøb, forflyttet og placeret på forældrens bare bryst sternum mod sternum. Svøbet blev delvist fjernet for at opnå fuld hud-mod-hud-kontakt, men stadig dækkende barnets ryg. Et andet svøb blev formet til et U og placeret omkring barnet for at skabe et varmt og fugtigt mikroklima. Yderst blev barnet dækket med en varm dyne fra kuvøsen.

Statistisk analyse

Data blev analyseret med Microsoft Excel 2000 og SPSS 12.0 (SPSS inc, Chicago). Der blev planlagt deltagelse af 22 børn, da dette antal tillader at udelukke en forskel på en standarddeviation med en p-værdi på 0,05 og en styrke på 80 pct. Alle variable, på nær antallet af stimulationskrævende apnøer, var rimelig normalfordelte. Der blev anvendt variansanalyse (repeated measures ANOVA). Ved analyse af temperatureffekten blev mor/ikke-mor anvendt som forklarende variabel. Der var ikke evidens for variansheterogenitet. Antallet af apnøer for hvert barn (varierede mellem 0 og 2), før, under og efter hud-mod-hud-kontakt blev sammenlignet ved hjælp af Kruskall-Wallis' test. P-værdi mindre end 0,05 blev betragtet som statistisk signifikant.

Inklusions- og eksklusionskriterier

Børnene skulle være mindre end 28 postmenstruelle uger på undersøgelsestidspunktet og vurderet stabile til forflyttelse mellem kuvøse og forældre, dvs. kunne tåle forflyttelse uden at få apnø eller bradykardi. Forældrene skulle indvillige i hud-mod-hud-

kontakt med deres barn og informeret samtykke fra begge forældre indhentes. Børnene måtte være respiratorbehandlet.

Eksklusionskriterier var behandling med nitrogen oxid, højfrekvent oscillation, iltbehov > 70 pct., thoraxdræn, feber hos barn eller forælder, ustabilt barn (mange stimulationskrævende apnøer eller en/flere ventilationskrævende apnøer) tre timer før prætesten.

Børn, der var yngre end 26 gestationsuger, var mindst tre dage gamle før hud-mod-hud-kontakten.

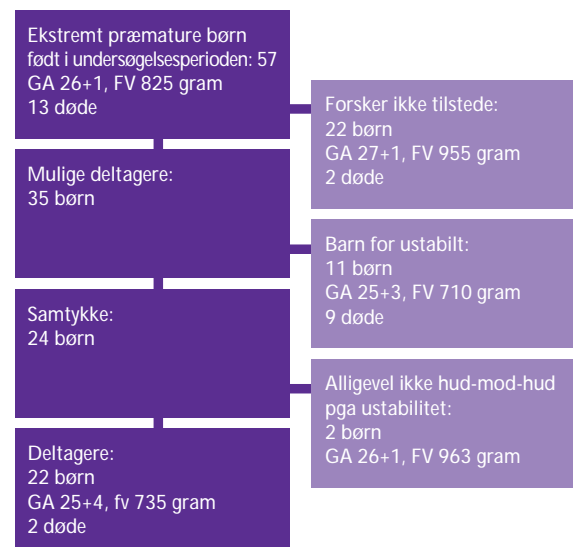
Navlekatetre og endotrakealtube blev fikseret for at undgå utilsigtet seponering under forflyttelsen. Retningslinjer for forflyttelse til og lejring hos forældrene blev fulgt for at sikre standardiserede og sammenlignelige situationer.

Hud-mod-hud-kontakten fortsatte, så længe forældrene ønskede det, hvis barnet var stabilt. Når forældrene havde givet skriftligt samtykke til undersøgelsen, deltog barnet ved førstkommande hud-mod-hud-kontakt. Alle børn havde hue på, og alle børn blev placeret i maveleje på forældrenes bryst – inklusive de 10 børn, som havde navlekatetre. I et tilfælde blev hud-mod-hud-kontakten afbrudt pga. barnets ustabilitet, og i et andet tilfælde havde moderen bh på under hud-mod-hud-kontakten. I begge tilfælde blev en ny test udført dagen efter, og kun den sidste test blev anvendt til statistik.

Resultater

Børnenes gennemsnitlige hudtemperatur under hud-mod-hud-kontakten var 37,0 °C (\pm 0,33). Der var ingen signifikante forskelle mellem gennemsnitsværdier i prætesten, testen og posttesten (se tabel 2 side 70). Den gennemsnitlige hudtemperatur faldt hos to børn til 36,3 °C og 36,4 °C og steg hos et barn til 38,0 °C under Hud-mod-hud-kontakten, alle andre gennemsnitlige hudtemperaturer var inden for normalområdet. Nogle børn havde stimulationskrævende apnøer under prætesten, testen og posttesten, med en tendens til færre apnøer under og efter Hud-mod-hud-kontakten, men dette var ikke statistisk signifikant. ►

Figur 1. Flowdiagram



GA = Gestationsalder angivet som gennemsnit, FV = Fødselsvægt angivet som gennemsnit

Tabel 1. Deltagere (n=22)

	Gennemsnit (spredning)
Gestationsalder (uger + dage)	25+4 (23+6 - 27+0)
Postmenstruel alder ved test (uger + dage)	26+5 (25+1 - 27+6)
Fødselsvægt (gram)	735 (460 - 1050)
Vægt ved test (gram)	702 (435 - 900)
Postnatal alder ved test (dage)	8 (1 - 27)
Varighed af hud-mod-hud kontakt (minutter)	98 (51 - 387)
Kuvøsetemperatur ved prætest (°C)	34,1 (29,3 - 37,5)
Kuvøsefugtighed ved prætest (pct.)	63 (30 - 84)

Tabel 2. Fysiske parametre (n=22)

	Prætest mean (±SD)	Test mean (±SD)	Posttest mean (±SD)
Gennemsnits-hudtemperatur (°C)	37,1 (± 0,33)	37 (± 0,40)	37,1 (± 0,28)
Puls (slag i minuttet)	160 (± 11)	160 (± 12)	161 (± 14)
Respiration frekvens (pr. minut)	47 (± 7)	47 (± 6)	48 (± 8)
Oxygen saturation (pct.)	95 (± 3)	96 (± 2)	95 (± 3)
Iltbehov (pct.)	25 (± 6)	24 (± 5)	24 (± 6)
Stimulationskrævende åpnøer i alt	12	5	6
Mean = Gennemsnit, SD = Standard variation			

► Temperaturvariationer

Sammenligning af gennemsnitshudtemperaturen for før og under hud-mod-hud-kontakten viste en stigning i temperatur på 0,1 °C for børn, der lå hud mod hud med deres mor, og et fald i temperatur på 0,3 °C for børn, der lå hud mod hud med deres far eller storesøster (p= 0,011, uden post hoc-korrektion). Alle seks børn, som havde hud-mod-hud-kontakt med deres far eller storesøster, faldt i temperatur (et af de seks børn var hud mod hud med både sin far og mor, hvilket resulterede i en ekstra forflyttelse). De to børn, som faldt i gennemsnitshudtemperatur til under 36,5 °C, lå hud mod hud med deres far eller storesøster. Fem børn, som var hud mod hud med deres mor, faldt også i gennemsnitshudtemperatur, og de resterende 11 børn havde stigende eller uforandret gennemsnitshudtemperatur.

Vi fandt ingen andre tendenser eller signifikante forskelle, der kunne forklare ændring i hudtemperaturen, hverken gestationsalder, levealder (postnatal alder), vægt, vægttab, kuvøse-temperatur eller fugtighed, iltbehov eller ustabilitet.

Temperaturfald under forflyttelse

Børnenes gennemsnitlige hudtemperatur pr. minut faldt med 0,1 °C i alt, når børnene blev flyttet fra kuvøse til forælder, og med 0,3 °C, når børnene blev flyttet fra forældrene og tilbage til kuvøsen (se figur 2 side 71). Efter forflyttelsen tilbage til kuvøsen faldt temperaturen over længere tid (10 minutter), og børnene var længere tid om at genvinde deres "før-temperatur".

Diskussion

Undersøgelsen bekræfter vores hypotese om, at ekstremt præmature børn kan holde adækvat temperatur under Hud-mod-hud-kontakt med deres forældre. Resultaterne harmonerer med van Zantens undersøgelse (2) af 18 børn født før 27 gestations-

uger, som havde hud-mod-hud-kontakt efter gennemsnitlig tre levedage, men er forskellige fra Bauers (1) undersøgelse af 11 børn født før 28 gestationsuger og testet under hud-mod-hud-kontakt i deres første og anden leveuge. Bauers børn faldt i rektaltemperatur under hud-mod-hud-kontakten i den første leveuge med gennemsnitlig 0,3 °C, men steg i temperatur i den anden leveuge. Disse børn havde ikke huer på og befandt sig i rumtemperatur på 26 °C. Vi testede kun børnene én gang, og kun 10 børn deltog i deres første leveuge, men vores lille antal deltagere begrænser yderligere statistiske analyser. Alle børn i vores undersøgelse havde huer på, og tæpper og dyner dækkede børnene helt.

To børns gennemsnitlige hudtemperatur faldt til 36,3 °C og 36,4 °C under hud-mod-hud-kontakten, dette blev betragtet som uden klinisk betydning. Temperaturfaldene kunne formentlig være forhindret ved at udskifte med opvarmede svøb på børnenes ryg. Denne procedure blev efterfølgende anvendt med god effekt på to andre børn, hvor vi ønskede, at hudtemperaturen skulle stige. Alle andre børn havde adækvat temperatur uden at få tilført ekstra varme.

Temperaturen faldt mere, når barnet lå hud mod hud med faderen end med moderen (p=0,011). Denne sammenligning var dog foretaget sammen med 12 andre mulige variabler, så dette fund kan være tilfældigt. Andre undersøgelser har ikke fundet temperaturforskelle hos barnet, afhængigt af om det lå hud mod hud hos sin mor eller far (2,10). På den anden side er det kendt fra bl.a. Ludinton-Hoes arbejde (3), at nybagte eller ammende mødres temperatur på forsiden af brystet er højere end hos andre kvinder og hos mænd. Det skyldes både forandringer under graviditeten (hormoner og øget brystkirtelvæv), og at blodcirkulationen i og omkring brystet er øget, når moderen producerer mælk. Alle mødre i vores undersøgelse malkede mælk ud til de-

res børn. Det er muligt, at forskellen på forældrenes brysttemperatur kun har betydning for det ekstremt præmature barn. Børn i vores undersøgelse havde lavere gestationsalder og fødselsvægt end i Bauers undersøgelse (1) og lavere fødselsvægt end i van Zantens undersøgelse (2).

Det var ikke muligt at undgå temperaturfald, når børnene blev flyttet mellem kuvøse og forældre, på trods af optimal forflyttelsesteknik. Der optrådte kun små temperaturfald, men børnene havde det største temperaturfald på 0,3 °C, når de blev flyttet fra forældrene tilbage til kuvøsen. Dette understreger vigtigheden af at planlægge længerevarende hud-mod-hud-kontakter – ikke bare for moderat præmature børn, men også for ekstremt præmature børn. Bauers undersøgelse viste også temperaturfald efter forflytninger (1).

Begrænsninger

De deltagende børn var meget unge og små. På den anden side blev kun ét barn undersøgt den første gang, hun var hud mod hud, og seks børn den anden gang. 11 børn var hud mod hud for 3., 4. eller 5. gang, og de resterende fire børn havde været hud mod hud syv eller flere gange.

Selvom børnene kunne deltage i undersøgelsen, når de blev respiratorbehandlet, var der kun ét barn, som gjorde det. (I Danmark anvendes nasal CPAP i vid udstrækning til ekstremt præmature børn direkte efter fødslen eller i løbet af få dage).

Konklusion

Klinisk stabile, ekstremt præmature børn kan holde adækvat hudtemperatur under hud-mod-hud-kontakt med deres mor og far. Fundet af lavere temperatur under Hud-mod-hud-kontakt med faderen sammenlignet med moderen kræver mere forskning.

Ragnhild Måstrup er projektansvarlig sygeplejerske på Videnscenter for amning af børn med specielle behov på

Rigshospitalet og certificeret ammekonsulent (IBCLC); ram@rh.regionh.dk

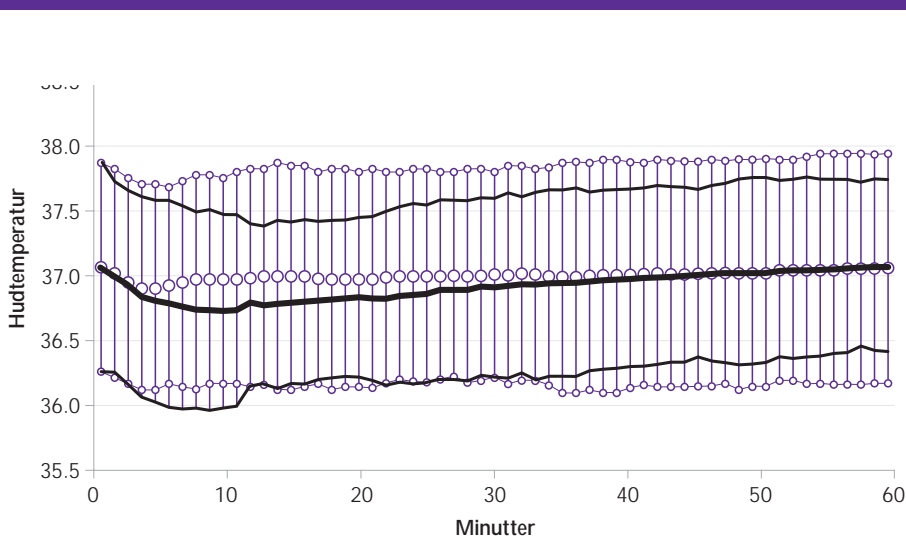
Gorm Greisen er klinikchef for Neonatalklinikken på Rigshospitalet og professor; greisen@rh.regionh.dk

Tak til forældre og børn, som deltog i studiet, samt til Aase og Ejnar Danielsens Fond for økonomisk støtte.

Litteratur

1. Bauer K, Pyper A, Sperling P, Uhrig C, Versmold H. Effects of gestational and postnatal age on body temperature, oxygen consumption, and activity during early skin-to-skin contact between preterm infants of 25-30-week gestation and their mothers. *Pediatr Res* 1998 Aug;44(2):247-51.
2. Van Zanten HA, Havenaar AJ, Stigt HJH, Ligthart PAH, Walther FJ. The kangaroo method is safe for premature infants under 30 weeks of gestation during ventilatory support. *J Neonatal Nurs* 2007 Oct;13(5):186-190.
3. Ludington-Hoe SM, Nguyen N, Swinth JY, Satyshur RD. Kangaroo care compared to incubators in maintaining body warmth in preterm infants. *Biol Res Nurs* 2000 Jul;2(1):60-73.
4. Ludington-Hoe SM, Johnson MW, Morgan K, Lewis T, Gutman J, Wilson PD, Scher MS. Neurophysiologic assessment of neonatal sleep organization: preliminary results of a randomized, controlled trial of skin contact with preterm infants. *Pediatrics* 2006 May;117(5):e909-e923.
5. Bergman NJ, Linley LL, Fawcus SR. Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization in 1200- to 2199-gram newborns. *Acta Paediatr* 2004 Jun;93(6):779-85.
6. Cattaneo A, Davanzo R, Worku B, Surjono A, Echeverria M, Bedri A, Haksari E, Osorno L, Gudetta B, Setyowireni D, Quintero S, ►

Figur 2. Temperaturændringer under forflyttelse. Gruppegennemsnit pr. minut.



Linjen med hvide punkter viser den gennemsnitlige hudtemperatur efter forflyttelse til forældrene hud-mod-hud, den fede sorte linje viser den gennemsnitlige hudtemperatur efter forflyttelse tilbage til kuvøsen. De tyndere linjer indikerer +/- 2 SD.

English abstract

Maastrup R, Greisen G. Extremely preterm infants tolerate skin-to-skin contact during the first weeks of life. *Danish Journal of Nursing* 2010(17):67-72.

Aim: To determine if clinically stable extremely preterm infants can maintain their temperature during skin-to-skin contact and to screen for other negative effects.

Methods: Continuous measurement of 22 stable infants' physical parameters two hours before, during, and two hours after skin-to-skin-contact. Mean gestational age at birth was 25 weeks and 4 days, mean post-natal age was 8 days, postmenstrual age was 26 weeks and 6 days, and mean actual weight 702 grams. Mean duration of skin-to-skin-contact was 98 minutes. 16 infants were skin-to-skin with the mother, five with the father and one with an older sister.

Results: There were no significant differences in mean skin temperature, heart rate, respiration rate, or oxygen saturation before, during, and after skin-to-skin contact. While staying within normal range, the mean skin temperature increased 0.1°C during skin-to-skin contact with the mother and decreased 0.3°C during skin-to-skin contact with the father ($p=0.011$, without post-hoc correction).

Conclusion: Clinically stable, extremely preterm infants can keep adequate skin temperature and adequate physical stability during skin-to-skin contact with their parents.

Keywords: Extremely preterm infants, skin temperature, skin-to-skin contact.

- Tamburlini G. Kangaroo mother care for low birthweight infants: a randomized controlled trial in different settings. *Acta Paediatr* 1998 Sep;87(9):976-85.
7. Charpak N, Ruiz-Pelaez JG, Figueroa de C Z, Charpak Y. A randomized, controlled trial of kangaroo mother care: results of follow-up at 1 year of corrected age. *Pediatrics* 2001 Nov;108(5):1072-9.
 8. Charpak N, Ruiz JG, Zupan J, Cattaneo A, Figueroa Z, Tessier R et al. Kangaroo Mother Care: 25 years after. *Acta Paediatr* 2005 May;94(5):514-22.
 9. Chwo MJ, Anderson GC, Good M, Dowling DA, Shiao SH, Chu DM. A randomized controlled trial of early kangaroo care for preterm infants: effects on temperature, weight, behavior, and acuity. *J Nurs Res* 2002 Jun;10(2):129-42.
 10. Bauer J, Sontheimer D, Fischer C, Linderkamp O. Metabolic rate and energy balance in very low birth weight infants during kangaroo holding by their mothers and fathers. *J Pediatr* 1996 Oct;129(4):608-11.



Så behagelig, at du glemmer, at 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 **22 49 17 17** for mere information eller for afprøvning af KiruSense operationskitler.



DE FORENEDE DAMPVASKERIER AS

www.dfd.dk

Før du søger nyt job

Nyt job - brug alle muligheder

Når du søger og får ny stilling, indgår du som ansat en aftale med en arbejdsgiver om vilkårene for din kommende ansættelse. En lang række vilkår er på forhånd defineret af lovgivningen, overenskomster og aftaler, mens andre vilkår kan aftales mellem dig og arbejdsgiveren ved ansættelsen. Det kan f.eks. være løn, tillæg, uddannelse og kompetenceudvikling.

Det er vigtigt, at du ikke siger op, før du har fået en ansættelseskontrakt eller som minimum en skriftlig bekræftelse på, at du er ansat og har modtaget de aftalte vilkår fra din nye arbejdsgiver.

Er der tale om en nyoprettet stilling eller en ny funktion, er det ekstra vigtigt at du sikrer dig, at der er indgået en aftale med Dansk Sygeplejeråd om stillingens aflønning, før du accepterer og tiltræder stillingen.

Ved ansættelse i regioner og kommuner

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

For råd og vejledning om stillingen, er du velkommen til at kontakte tillidsrepræsentanten eller den lokale kreds, der dækker arbejdspladsen. Det er tillidsrepræsentanten eller den lokale kreds, der forhandler for dig og vi anbefaler dig at tage kontakt inden du går til samtale.

Ansættelse i staten

Du vil blive ansat efter gældende organisationsaftaler samt eventuelle lokale aftaler. Du kan læse mere i "Løn - og ansættelsesvejledning for staten" på www.dsr.dk/Arbejdsvilkår/Løn.

For råd og vejledning om stillingen, er du velkommen til at kontakte tillidsrepræsentanten eller Dansk Sygeplejeråd centralt. Det er tillidsrepræsentanten eller Dansk Sygeplejeråd centralt, der forhandler for dig og vi anbefaler dig at tage kontakt inden du går til samtale.

Privat ansættelse

Dansk Sygeplejeråd har indgået overenskomst med en lang række private arbejdsgivere - vikarbureauer, lægekonsultationer, speciallægeklinikker, hospitaler og firmaer osv. - men det er ikke alle, der er dækket af en overenskomst. På www.dsr.dk/Overenskomster/Private kan du se alle de overenskomster, Dansk Sygeplejeråd har indgået med private arbejdsgivere. Vi gør opmærksom på at du ikke ved aftale med arbejdsgiveren kan frasige dig ydelser i henhold til overenskomstens bestemmelser, f.eks. kørselsgodtgørelse.

Hvis der ikke er indgået overenskomst, skal alle vilkår være aftalt i kontrakten, f.eks. løn, pension, 6. ferieuge, fuld løn under barsel osv. For råd og vejledning om stillingen, er du velkommen til at kontakte Dansk Sygeplejeråd centralt.

Se liste over virksomheder, hvor Dansk Sygeplejeråd fraråder at tage ansættelse, på www.dsr.dk > Arbejdsvilkår > Overenskomst/aftaler > Private



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. 18 - 2010
6. oktober 2010

Nr. 19 - 2010
22. oktober 2010

Nr. 20 - 2010
5. november 2010

Nr. 21 - 2010
26. november 2010

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. 18 - 2010
11. oktober 2010

Nr. 19 - 2010
27. oktober 2010

Nr. 20 - 2010
10. november 2010

Nr. 21 - 2010
1. december 2010

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

Udgivelsesdatoer

Nr. 18 - 2010
22. oktober 2010

Nr. 19 - 2010
5. november 2010

Nr. 20 - 2010
19. november 2010

Nr. 21 - 2010
10. december 2010



Sygeplejerske søges til bosted snarest muligt

Bostedet Caroline Marie er et nystartet tilbud for 20 unge mennesker ml. 16 og 25 år med psykiske sygdomme og/ eller psyko - sociale problemer.

Vi søger en medarbejder som skal kunne

- indgå i det tværfaglige samarbejde
- være medicinsvarlig
- fungere som kontaktperson

Og som

- har erfaring med målgruppen
- arbejder selvstændigt og dynamisk
- er engageret og positiv
- kan arbejde skiftende dag/aften og hver anden weekend

Vi tilbyder

- en spændende, dynamisk arbejdsplads i udvikling
- supervision
- positive, engagerede og kompetente medarbejdere med differentierede baggrunde
- indflydelse

Læs mere på hjemmesiden www.mariehjem.dk/caroline

Henvendelse til Bostedet Caroline på tlf. 3312 0913 til Forstander Gitte Munch-Hansen (mobil 2143 3913), eller stedfortræder Michael Böttger (mobil 20 377 252) eller teamleder Vibe Hundebøl (mobil 20 377 251).

Løn ifølge overenskomst.

Ansøgninger sendes til Bostedet Caroline Marie, Gothersgade 141, 1123 Kbh. K eller pr. mail til caroline@mariehjem.dk

EPILEPSIHOSPITALET
FILADELFA



Afdelings- sygeplejerske

til nyoprettet psykoterapeutisk afdeling på
Epilepsihospitalet Filadelfia pr. 1. december

Det forventes at afdelingen tages i brug pr. 1. februar 2011.

Ansøgningsfristen er 19. oktober 2010.

Læs mere på www.filadelfia.dk.

Yderligere oplysninger kan fås ved henvendelse til sygeplejedirektør Hanne Krogh Rasmussen på tlf. 5827 1009 eller psykiater Jens Lund Ahrenkiel på tlf. 5827 1467.

www.filadelfia.dk

Filadelfia: Epilepsihospitalet, Forskning, Neurorehabilitering, Neurofysiologi, Søvnklinik, Laboratoriet, Skoler, Botilbud, Værkstedscenter, Conferencecenter, Specialrådgivning og Diakoni

ANNONCER TIL SYGEPLEJERSKEN

Kontakt

Dansk Mediaforsyning
tlf. 7022 4088

Tekstannoncer:

Helle Hviid
tlf. 8948 5053
hhv@dmfnet.dk

Jonna Vinther
tlf. 8948 5062
jvi@dmfnet.dk

Online annoncer:

Jonna Vinther
tlf. 8948 5062
jvi@dmfnet.dk

Stillingsannoncer:

Charlotte Kornmaaler
tlf. 8948 5056
dsrjob@dmfnet.dk

Praksissyge- plejerske

Ca. 30 timer ugentlig
i Høje-Tåstrup

Selvstændig, initiativrig sygeplejerske med lyst til alsidigt arbejde søges til almen praksis fra 1. januar 2011.

Vi er et lægehus i Høje-Tåstrup med ca. 6000 patienter tilknyttet. Lægehuset udgøres i dag af 3 læger, 2 sygeplejersker, 2 sekretærer og 1 reservelæge.

Sygeplejefunktionen omfatter traditionelle sygeplejerske-opgaver som egne konsultationer med kontrol og vejledning af kroniske patienter (DM, hypertension og KOL), forebyggelseskonsultationer (vægtkontrol og ryggestop). Herudover sårbehandling, blodprøver, vaccinationer og en række laboratoriefunktioner. Sygeplejerskerne fungerer sammen med sekretærene i sekretariatet med visitation, patientmodtagelse, tidsbestilling, telefonrecepter samt depotstyring.

Personalet forventes at dække hinandens funktioner ved ferie, kurser og sygdom.

Løn efter overenskomst mellem DSR og PLA.

Du kan læse mere om Lægehuset på www.43520252.dk

Ansøgning senest fredag d. 15. oktober 2010 til Lægehuset Gadehavgård, Gadehavgårdsvej 4, 2630 Tåstrup. Ansøgningen stilles til læge Lene FINDERUP.

Har du brug for yderligere informationer er vores telefonnummer 43520252

Der forventes ansættelsessamtaler i uge 44.

LYST TIL NYT?

Er du træt af at se på din egen stillingsannonce, så kontakt Dansk Mediaforsyning og få et tilbud på en ny annonceprofil.

Vi kan hjælpe med både tekst og grafiske elementer. Og så koster det meget mindre, end du tror.

Dansk Mediaforsyning

7022 4088

info@dmfnet.dk





Anja Kromann, sygeplejerske - Sydvestjysk Sygehus

Lede eller Lære? - du ved bedst!

"Som gruppeleder går jeg stuegang, og der skal jeg uddelegere opgaver til mine ældre og mere erfarne kolleger. Men jeg har stadig mange ting at lære, og jeg læser stadig på lektien derhjemme for at kunne følge med."

Afdelingssygeplejerske

Sydvestjysk sygehus, Esbjerg Jobnr. 047032

Du brænder for at være leder og er handlekraftig. Du er lyttende, motiverende, inspirerende og tillidsvækkende. Du tager, i samarbejde med personalet, de kliniske sygeplejespecialister og afdelingsledelsen, ansvaret for de gode patientforløb. Lungemedicinsk afdeling, Esbjerg.

Sygeplejerske

Odense Universitetshospital Jobnr. 046823

Arbejder du bedst i et team med god faglig sparring, hvor du har stor indflydelse på din egen arbejdstilrettelæggelse? Så er jobbet som GCP-kordinator i GCP-enheden måske noget for dig. GCP står for Good Clinical Practice, der er et sæt internationalt standardiserede kvalitetssikringsregler for gennemførelse af forsøg med lægemidler på mennesker.

job.regionssyddanmark.dk

... fuld af muligheder

Op til 200 job • Opret en jobagent
- få besked om job via sms.



Region Syddanmark



Adjunkt/klinisk forsknings- sygeplejerske

Infektionsmedicinsk Afdeling Q
Indvandrermedicinsk Klinik
Syddansk Universitet og Odense Universitetshospital

Stillingsopslaget på jobs.sdu.dk og job.ouh.dk

Yderligere oplysninger:

65 50 40 50, kbrixen@health.sdu.dk
65 41 19 15, peter.frandsen@ouh.regionssyddanmark.dk
65 41 13 23, bent.schwartz@ouh.regionssyddanmark.dk

Ansøgningsfrist: 28/10-2010 kl. 12.00

OUH
Odense
Universitetshospital

Sdr. Boulevard 29 · 5000 Odense C


Region Syddanmark

Oversygeplejerske til områdeledelsen på Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk

For at læse mere om de spændende ledige stillinger se www.gjob.dk




Det Grønlandske Sundhedsvæsen

“Midt i alle ambitionerne må man ikke glemme de små detaljer”

Region Midtjylland arbejder for at fremme muligheden for sundhed, trivsel og velstand hos mere end 1,2 mio. borgere. Det er vores bidrag til velfærd.



et arbejde med hjerne og hjerte

midtjob
.dk

Oversygeplejerske

Anæstesiologisk afd. - Regionshospitalet Randers

Ledig stilling til besættelse pr. 1. december 2010, eller efter aftale.

Stillingen ønskes besat med en sygeplejerske med en bred sygeplejefaglig baggrund og med interesse for specialet, samt ledelseserfaring. Lederuddannelse forventes.

Nærmere oplysninger hos ledende overlæge Hans Skriver Jørgensen på tlf. 89 10 22 00, chefsygeplejerske Karin Valbæk, hospitalsdirektør Gert Sørensen, på tlf. 8910 2074.

Se hele opslaget og søg stillingen på www.midtjob.dk

Ansøgning og diverse bilag, mærkes 1746.

Modtages senest den 25. oktober 2010, kl. 10.00.

Sundhedsfaglige medarbejdere

Præhospitalet, Århus

Vi har modtaget ansøgninger fra mange kvalificerede personer til stillingerne som sundhedsfaglige medarbejdere på Region Midtjyllands døgnbemandede AMK-vagtcentral i Århus, men eftersom vi skal ansætte et stort antal kolleger vil vi meget gerne modtage flere ansøgninger. Ved ansættelse i AMK-vagtcentralen vil dine opgaver bl.a. være: Hastegradsvurdering, disponering og vejledning af borgerne ved opkald med sundhedsfaglig karakterer. Vi afholder informationsmøde onsdag den 13. oktober kl. 16 på Olof Palmes Allé 34, hvor man vil få mulighed for at få mere at vide om stillingerne samt se selve AMK-vagtcentralen.

Se yderligere oplysninger på www.midtjob.dk

Sundhedsfaglig indkøbskonsulent

Indkøb og Logistik, Regionshuset Århus

Til rådgivnings- og analyseopgaver i forbindelse med sundhedsfaglige indkøb og udbud, søges en proces- og resultatorienteret sygeplejerske.

Du har bred klinisk erfaring - eksempelvis som operations-, speciale- eller afdelingssygeplejerske.

Ansøgningen mærkes "Sygeplejerske til indkøb og udbud" og sendes til: indkoeb@rm.dk senest 29. oktober kl. 12.00. Yderligere oplysninger hos indkøbs- og logistikchef Esben Madsen, telefon 8728 5700.

Se hele stillingsopslaget på www.midtjob.dk



Ledende regions- sygeplejerske i Grønland

For at læse mere om de spændende ledige stillinger se www.gjob.dk



Gode råd før ansættelse i udlandet

På Dansk Sygeplejeråds hjemmeside www.dsr.dk, Udgifter, Pjecer, findes pjecen "Job i udlandet". Den indeholder praktiske oplysninger i forbindelse med ansættelse i udlandet. Hvis du har yderligere spørgsmål, kan du kontakte os på email dsr@dsr.dk.

Desuden er det en god idé at kontakte Danske Sundhedsorganisationers Arbejdsløshedskasse, tlf. 33151066 og Pensionskassernes Administration, tlf. 39454545 for at få nærmere informationer om forsikring og pension i forbindelse med ansættelse i udlandet.

Dansk Sygeplejeråd
Sankt Annæ Plads 30
Postboks 1084
1008 København K
Tlf. 33 15 15 55
Email dsr@dsr.dk
www.dsr.dk



Sådan læser du din lønseddel ...

www.dsr.dk/løn

Dansk Sygeplejeråd



Netannoncer

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 læses og indtastes hele døgnet.

Quicknr. **Region Hovedstaden**
33748 Lægerne Kit Christensen og
Jørgen Hoppe, København S
Konsultationssygeplejerske
Ansøgningsfrist: 21. oktober 2010

Quicknr. **Region Hovedstaden**
33762 Center Skt. Annæ, København NV
Afdelingsleder
Ansøgningsfrist: 15. oktober 2010

Quicknr. **Region Hovedstaden**
33767 CRECEA A/S, Hellerup
Arbejdsmiljøsygeplejerske
Ansøgningsfrist: 1. november 2010

Quicknr. **Region Hovedstaden**
Hvidovre Hospital
33761 **Sygeplejerske/Funktionsleder til
produktions- og kvalitetsstyring**
Ansøgningsfrist: 17. oktober 2010

Quicknr. **Region Hovedstaden**
33769 Plejehjemmet Krogstenshave
Sygeplejerske til vikariat
Ansøgningsfrist: 15. oktober 2010

Quicknr. **Region Midtjylland**
33766 Lægerne i Tranbjerg
Praksissygeplejerske
Ansøgningsfrist: 1. november 2010

Quicknr. **Udland**
33768 Akershus Universitetssykehus, Norge
Spesialsygepleiere/sygepleiere
Ansøgningsfrist: 13. oktober 2010

DSR Meddelelse**Generalforsamling i FS SASMO**

8. november 2010 kl. 14-15
 FS SASMO afholder generalforsamling i forbindelse med den årlige kongres på Hotel Svendborg den 8. - 9. november. Dagsorden ifølge vedtægter, og evt. forslag til behandling, skal være formanden for FS SASMO, Anette Pedersen, e-mail: anettepedersen@fssasmo.dk i hænde senest den 15. oktober kl. 12. Detaljeret program findes på www.fssasmo.dk

Konference om tidlig indsats – fælles dialog – alles ansvar

Konference om lovændringer vedr. udveksling af følsomme oplysninger og underretninger. Gratis deltagelse. Udbydes for Servicestyrelsen af COK og KL. Datoer: Den 7. december på Radisson Blue Scandinavia, København. Den 14. december på Radisson Blue Scandinavia, Århus. Tilmelding: www.cok.dk
 Kontakt: Lotte Hestbæk, e-mail: loh@cok.dk
 tlf. 6120 7507 eller
 COKs konference-sekretariat, cok-konference@cok.dk
 tlf. 8779 6385

Løntjek i Kreds Hovedstaden

DSR's kampagne for at hjælpe medlemmerne til at gennemskue deres lønseddel og sikre, at de får korrekt løn, er godt i gang. Hold øje med de nøjagtige datoer for din kommune/dit hospital på:
www.dsr.dk/hovedstaden
 DSR Kreds Hovedstaden

DSR Fonde og legater**Legatmeddelelse**

Fællesfonden til ferie- og rekreationsophold for sygeplejersker. Legatportioner uddeles til ferie- og/eller rekreationsophold for sygeplejersker. Ansøgninger skal DSR have senest den 29.10.10. Medlemmer der ikke bevilges legatportion, modtager ikke svar. Bevilligede medlemmer får svar ca. 3 uger efter. Ansøgningsskema findes på www.dsr.dk/legater eller telefonisk på 3315 1555.

Fællesfond for værdigt trængende sygeplejersker

Legatportioner uddeles til værdigt trængende sygeplejersker, der er medlem af DSR. Ansøgninger skal DSR have senest den 29.10.10. Medlemmer, der ikke har modtaget legat indenfor de sidste to år, har fortrinsret. Medlemmer der ikke bevilges legatportion, modtager ikke svar. Bevilligede medlemmer får svar ca. 3 uger efter. Ansøgningsskema findes på www.dsr.dk/legater eller telefonisk på 3315 1555.

De små glæders Fond

Af fonden uddeles penge eller gaver som "De små glæder". Disse kan uddeles: • Til sygeplejersker der trænger til opmuntring. • Som julehjælp til sygeplejersker. Ansøgningen skal DSR have modtaget senest den 29.10.2010. Medlemmer der ikke bevilges legatportion, modtager ikke svar. Bevilligede medlemmer får svar indenfor ca. 3 uger. Ansøgningsskema findes på www.dsr.dk/legater eller telefonisk på 3315 1555.

Legatmeddelelse Grosserer Albert Reimann-Hansens Fond

Legatportioner uddeles til 6 sygeplejersker, fortrinsvis privatsygeplejersker, som er fyldt 55 år med 3.000 kr. til hver og fortrinsvis til sygeplejersker, som bor i stiftelse eller på plejehjem. Ansøgninger skal DSR have modtaget senest den 22.10.2010. Medlemmer der ikke bevilges legatportion, modtager ikke svar. Bevilligede medlemmer får svar indenfor ca. 3 uger. Ansøgningsskema fås på tlf. 3315 1555.

Fællesfonden til huslejhjælp

Legatportioner uddeles til at yde huslejhjælp til sygeplejersker, herunder pensionerede sygeplejersker, der er medlemmer af DSR. Ansøgningsskema skal DSR have senest den 29.10.2010. Medlemmer der ikke bevilges legatportion, modtager ikke svar. Bevilligede medlemmer får svar ca. 3 uger efter. Ansøgningsskema findes på www.dsr.dk/Fonde og legater eller telefonisk på 3315 1555.

Inger Kirstine Clara Nordetsgaard's Fond

Af fonden uddeles fortrinsvis til videreudd. ell. rekreation for skolesundhedspl. helst ansat i Frederiksberg Kommune, men kan dog også bevilges til andet formål, f.eks. anvendes til socialt arbejde for børn i sådanne hjem, som skolesundhedspl. måtte have kontakt med. Ansøgn.frist: 29.10.2010. Medl. der ikke bevilges legatportion, modtager ikke svar. Bevilligede medl. får svar indenfor ca. 3 uger. Ansøgningsskema fås på tlf. 3315 1555.

Sygeplejerske Aase Jensens Fond

Formål: At yde økonomisk støtte til sygeplejersker, der søger videreuddannelse inden for faget eller til sygeplejersker til brug for ferie- eller rekreationsophold. Ansøgninger skal DSR have senest 29.10.2010. Medlemmer der ikke bevilges legatportion, modtager ikke svar. Bevilligede medlemmer får svar ca. 3 uger efter. Ansøgningsskema på www.dsr.dk/medlemmer eller på telefon 3315 1555.

DSR Kredsmøde**Kreds Hovedstaden****Sygeplejeforskning - udfordringer, rammer og vilkår**

Møde for sygeplejersker med akademisk uddannelse. Hør bl.a. om DSR's forskningsstrategi og præsentation af forskningsprojekter. Hvordan kan sygeplejeforskningens resultater udbrædes til andre medlemmer?

Tid og sted:

30. sep. 2010 kl. 16:15 - 19:00
 Kreds Hovedstaden, Frederiksborggade 15, 4., 1360 København K

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

hovedstaden@dsr.dk

Pris:

Gratis

Yderligere info:

Tilmeld.: hovedstaden@dsr.dk
 Titellinje: Akademiske sygeplejersker og oplys navn og medlemsnummer.

Seniorsygeplejerskerne, Kreds Hovedstaden, Vest

Sygeplejerske Vibeke Schu-
bert fortæller om sit arbejde
på ungdomspsykiatrisk afd.
på Hillerød Sygehus.

Tilmelding: Lisbeth Vendelbo
på tlf. 3675 6483

Jonna Ravn på tlf. 4465 6035

Tid og sted:

14. okt. 2010 kl. 14:00 - 16:00
Frederiksborggade 15, 4.,
1360 København K

Arrangør:

Seniorsygeplejerskerne,
Kreds Hovedstaden, Vest

Tilmelding:

hovedstaden@dsr.dk

Pris:

Kr. 20 for kaffe og kage

Kulturnat i din kreds midt i København

Tag din familie med på kultur-
nat og besøg din kreds - hvil
benene, få en kop kaffe, se
tryllekunst og "Mænd i Syge-
plejen". Se program på
www.dsr.dk/hovedstaden

Tid og sted:

15. okt. 2010 kl. 18:00 - 22:00
DSR, Kreds Hovedstaden,
Frederiksborggade 15,
1360 København

Arrangør:

DSR, Kreds Hovedstaden

Pris:

Gratis

Yderligere info:

Ingen tilmelding

Generalforsamling 2010

27. oktober 2010 holder Kreds
Hovedstaden generalforsam-
ling. Kom og vær med! Med-
lemmer på Bornholm invite-
res til at deltage i general-
forsamlingen på
Kredskontoret, Haslevej i
Rønne.

Tid og sted:

27. okt. 2010 kl. 17:00 - 21:00
DGI-byen, Tietgensgade 65,
København

Arrangør:

DSR Kreds Hovedstaden,
Frederiksborggade 15,
1360 København

Pris:

Gratis

Yderligere info:

Af hensyn til forplejning op-
fordres du til at tilmelde dig
på hovedstaden@dsr.dk og
oplyse navn og medlemsnum-
mer

Kreds Syddanmark

Seniorer med ledsager i Sønderborg, Aabenraa og Haderslev

Foredrag med Leif Hansen,
Varde der fortæller spæn-
dende om sin mor "Tyskertø-
sen, der levede op til sit ry"!
Tilmelding senest den 22.10.
til kirstenvigen@tdcadsl.dk
tlf. 2042 4827 eller
ds-graversen@mail.dk
tlf. 3013 8852.

Tid og sted:

26. okt. 2010 kl. 13:30 - 16:30
Stubbæk Forsamlingshus,
Dybkærvej 2, Stubbæk,
6200 Aabenraa

Arrangør:

Seniorkontaktudvalget i Syd

Pris:

Kr. 45 for kaffe

Yderligere info:

Seniorkontaktudvalget i Syd

Seniorsammenslutningen Fyn

Seniorsammenslutningen in-
viterer til foredrag med kgl.
ordenshistoriograf Knud Jes-
persen. Emne: "For en ordens
skyld".

Tilmelding inden 25.10. kl. 13
til kredskontoret tlf. 7021 1668
eller mail syddanmark@dsr.dk

Tid og sted:

28. okt. 2010 kl. 13:30 - 15:30
HK, Vindegade 72-74, Odense

Arrangør:

Seniorsammenslutningen Fyn,
Kontaktudvalget

Tilmelding:

syddanmark@dsr.dk

Kreds Sjælland

Seniorer Vestsjælland kom og mød en luksusvaga- bond

Mød op og hør luksusvaga-
bond Lis Ingemann, som vil
fortælle om turen på landeve-
jen. Tilmelding den 18. okto-
ber mellem kl. 10 og 14 på tlf.
5943 7898.

Husk at sætte kryds ved da-
toen.

Kontaktudvalget.

Tid og sted:

28. okt. 2010 kl. 13:00 - 15:30
Ringsted Centeret,
Nørregade 13, 4100 Ringsted
(DSRs lokaler)

Arrangør:

Seniorsammenslutningen
Vestsjælland.

Pris:

kr. 40 for kaffe med brød

Seniorsygeplejersker i Kreds Sjælland/Roskilde

Inviteres til møde med syge-
plejerske Lone Gravgaard,
som har modtaget Florence
Nightingale medaljen for sit
arbejde for Læger Uden
Grænser. Tilmelding senest
14.10. kl. 13 på tlf. 7021 1664.

Tid og sted:

19. okt. 2010 kl. 13:30 - 15:30
Lokale 7, Kildegården,
Helligkorsvej 5, Roskilde

Arrangør:

Kontaktudvalget

Tilmelding:

sjælland@dsr.dk

Yderligere info:

www.dsr.dk/sjælland



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



Billig andels- lejlighed til salg

Charmierende lys toværelses lejlighed på 58 m². Lejligheden er med entré, nyt toilet/badeværelse, godt køkken samt stor stue og soveværelse. Kælderrum og loftsrum på ca. 10 km² hver. Fælles vaskeri med individuelle chipkort.

Husleje inkl. vand og varme samt trådløs internet: 3.092,95 kr. Andel: 700.000 kr.

Vakt din interesse og lyst til et kig, så kontakt mig på e-mail: mtandeltilsalg@gmail.com

Skilejligheder i Avoriaz

2 lejligheder til 4 personer hhv. 6 personer med balkon udlejes i Avoriaz. Lejlighederne er nyrenoverede og velindrettede og ligger ud til Place Centrale i den gamle del af byen. Bilfri by. Direkte adgang til pisterne til/fra hoveddøren.

Henvendelse
tlf. 2020 0244 /
4013 0774 / 2617 7748.

Familie-weekend på Vestfyn

4 ferielejligheder til 24 personer på bondegaards-idyl ved Assens udlejes. I den største lejlighed kan alle sidde sammen og spise. der er borde, stole og service til alle. Opvaskemaskine. Stor have. Pris kr. 4800,-.

www.kastanjegaarden.dk
Tlf. 6471 5516

ITALIEN HOS HANNE

På hyggeligt familiehotelet, hvor jeg selv er værtinde i Rimini ved Adriaterhavets skønne sandstrand fra kr. 186/pers. eller nær TOSCANA. 2 naturskønne landhuse med pejsestue, køkken, 3 værelser, 2 badeværelser 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



Besøg vores hjemmeside og ring og få en snak om dine muligheder for at blive vikar hos det foretrukne vikarbureau inden for sundhedssektoren.

39 69 10 89

www.personalegruppen.dk

Syditalien

Jeg har valgt at leje mit hus i Calabrien ud. Det er tale om nybygget luksus, der indtil videre lejes til en billig penge.

Læs mere på
www.villacollina52.dk

Luksussommerhus Klint Bakker/ Nykøbing Sj.

LAD BATTERIERNE OP I EN WEEKEND ELLER MINIFERIE
Nyt Planethus, 100 m², 8 personer, 3 værelser + SS, 2 toiletter, spa, sauna, 2 min. gang fra strand, havudsigt, alle faciliteter.
TILBUDSPRIS (udenfor højsæsonen)

Weekend: (fre-søn) 1550 kr.
Miniferie: (ons-søn) 1900 kr.
Miniferie: (fre-tirs) 1900 kr.
Pr. uge: (fre-fre) 2600 kr.

Henvendelse:
Lone Bræstrup
lonebraestrup@nyka.dk
2043 9588

Andre Meddelelser

Her medtages meddelelser som ikke er i DSR regi og som ikke har kommerciel karakter. Annoncen må max. indeholde 40 ord. Pris pr. annonce kr. 975 ex. moms.

Venligst kontakt
Dansk Mediaforsyning
tlf. 7022 4088 eller
drrubrik@dmfnet.dk

Rubrik og ferieannoncer må maksimalt indeholde 40 ord. Fast pris for medlemmer 500,- inkl moms - for ikke-medlemmer 850,- inkl. moms.

Annoncen indtastes via Sygeplejerskens hjemmeside. Login rekvireres hos Dansk Mediaforsyning: drrubrik@dmfnet.dk
Faktura tilsendes efterfølgende.

Skiferie i de franske alper

120 kvm stenhuse til 2 familier med storslået udsigt til Val Morel skiområdet. 5 min kørsel fra liftsystemet. 2 store soverum med hver 5 sengepladser, 2 badeværelser, køkken/alrum og stue med brændeovne. Udlejes hele året fra 3.500,- kr. til 8.500,- kr. pr. uge.

Per Kessel, tlf. 2262 5700 eller 8611 9330

DANSK SYGEPLEJERÅDS HOVEDBESTYRELSE »»»



Grete Christensen
Formand



Anni Pilgaard
1.-næstformand



Dorte Steenberg
2.-næstformand



**Julie Asp
Vonsild**
Formand for SLS



Irene Hesselberg
Formand for
Lederforeningen

Kredsformænd



Vibeke Westh
Kreds Hovedstaden



Helle Dirksen
Kreds Sjælland



John Christensen
Kreds Syddanmark



Else Kayser
Kreds Midtjylland



Jytte Wester
Kreds Nordjylland

1.-kreds næstformænd



Vibeke Schaltz
Kreds
Hovedstaden



Nils Håkansson
Kreds Sjælland



Linda Rise
Kreds Syddanmark



Gert Petersen
Barselsvikar for
Anja Laursen
Kreds Midtjylland



**Helle Kjærager
Kanstrup**
Kreds Nordjylland

SYGEPLEJERSKEN

Sankt Annæ Plads 30 • Postboks 1084 • 1008 København K • Tlf. 3315 1555 • redaktionen@dsr.dk • www.sygeplejersken.dk • Tryk: ColorPrint

Redaktion

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

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

Journalist
Kirsten Bjørnsson
kbj@dsr.dk
Tlf.: 4695 4188

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

Journalist
Kristian Fristed Eskildsen
kfe@dsr.dk
Tlf.: 4695 4043

Journalist
Sara Holt Fischer
shf@dsr.dk
Tlf.: 4695 4042

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

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

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

Annoncer

Kontakt
Dansk Mediaforsyning
Tlf.: 7022 4088

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

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

Journalist
Maria Jørvad
mjo@dsr.dk
Tlf.: 4695 4286
(På barsel)

Journalist
Søren Palsbo
sp@dsr.dk
Tlf.: 4695 4185

Journalist
Britta Søndergaard
bso@dsr.dk
Tlf.: 4695 4261

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

Fagredaktør
Evy Ravn
er@dsr.dk
Tlf.: 4695 4256

Layout
Anita Raun Brogaard
arb@dsr.dk
Tlf.: 4695 4283
(På barsel)

Meddelelse om jobskifte, stilling, m.m.



PASSIVE MEDLEMMER BLIVER MELDT AKTIVE PÅ BAGGRUND AF DENNE BLANKET OG BEHØVER IKKE AT FORETAGE SIG YDERLIGERE
Blanketten sendes til: Dansk Sygeplejeråd, Sankt Annæ Plads 30, Postbox 1084, 1008 København K, Tlf. 33 15 15 55, Fax 46 95 45 28

Udfyldes med BLOKBOGSTAVER

Medl.nr.:	CPR-nr.:
Fulde navn:	
Postadresse:	

Ansæt pr. (dato):	Arbidsstedets navn:	
Arbidsstedets adresse:	Post nr.:	Telefonnr.:

AFDELINGSART (SÆT ET X)

Hvis du er ansat inden for SYGEHUSOMRÅDET, beder vi dig skrive afdelingens navn, betegnelse og nummer samt krydse af nedenfor

Hvis du er ansat inden for den PRIMÆRE SUNDHEDSTJENESTE, beder vi dig skrive evt. områdenavn/-nummer: _____

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 31 Administration | <input type="checkbox"/> 27 Ambulatorium | <input type="checkbox"/> 29 Anden behandlingsafd. | <input type="checkbox"/> 19 Anden sengeafd. |
| <input type="checkbox"/> 15 Anæstesiafd. | <input type="checkbox"/> 12 Børneafd. | <input type="checkbox"/> 14 Børnepsykiatrisk afd. | <input type="checkbox"/> 20 Gynækologisk/obstetrisk afd. |
| <input type="checkbox"/> 16 Intensiv afd. | <input type="checkbox"/> 06 Kirurgisk sengeafd. | <input type="checkbox"/> 07 Korttidsafsnit/dagklinik | <input type="checkbox"/> 05 Medicinsk sengeafd. |
| <input type="checkbox"/> 23 Modtagelsesafd. | <input type="checkbox"/> 21 Operationsafd. | <input type="checkbox"/> 33 Opvågningen | <input type="checkbox"/> 13 Psykiatrisk afd. |
| <input type="checkbox"/> 25 Røntgenafd. | <input type="checkbox"/> 22 Skadestue | <input type="checkbox"/> 35 Øre-næse-hals-afd. | <input type="checkbox"/> 24 Blandet afd. (anæstesi/intensiv afd.) |
| <input type="checkbox"/> 11 Blandet afd. (med./kir. sengeafd.) | <input type="checkbox"/> 41 Blandet afd. (op./amb.) | | |

STILLINGSKATEGORI/TITEL

Hvis den stillingsbetegnelse, der svarer til din ansættelse ikke figurerer nedenfor, bedes du sætte kryds ud for den stilling, der bedst svarer dertil, og yderligere påføre din titel.

Uden ledelsesfunktion

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 16 Afdelingssygeplejerske | <input type="checkbox"/> 46 Arbejdsmiljøsygeplejerske | <input type="checkbox"/> 94 Centersygeplejerske | <input type="checkbox"/> 14 Distriktpsykiatrisk sygeplejerske |
| <input type="checkbox"/> 13 Gruppeteleder | <input type="checkbox"/> 23 Konsulent | <input type="checkbox"/> 17 Oversygeplejerske | <input type="checkbox"/> 44 Sundhedsplejerske |
| <input type="checkbox"/> 20 Undervisende sygeplejerske | <input type="checkbox"/> 01 Sygeplejerske | | |

Evt. titel: _____

Med ledelsesfunktion

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 97 Administrativ leder | <input type="checkbox"/> 25 Afdelingsleder | <input type="checkbox"/> 04 Afdelingssygeplejerske | <input type="checkbox"/> 48 Ass. ledende sundhedsplejerske |
| <input type="checkbox"/> 28 Ass. områdeleder | <input type="checkbox"/> 38 Ass. områdesygeplejerske | <input type="checkbox"/> 36 Ass. sygeplejefaglig leder | <input type="checkbox"/> 42 Arbejdsmiljøsygeplejerske |
| <input type="checkbox"/> 09 Bestyrer/forstander | <input type="checkbox"/> 89 Centersygeplejerske | <input type="checkbox"/> 91 Chefsygeplejerske | <input type="checkbox"/> 15 Gruppeteleder |
| <input type="checkbox"/> 24 Konsulent | <input type="checkbox"/> 49 Ledende sundhedsplejerske | <input type="checkbox"/> 39 Områdeleder | <input type="checkbox"/> 37 Områdesygeplejerske |
| <input type="checkbox"/> 07 Oversygeplejerske | <input type="checkbox"/> 22 Rektor/skoleleder | <input type="checkbox"/> 95 Sygeplejefaglig leder | <input type="checkbox"/> 10 Vicechefsygeplejerske |

Evt. titel: _____

ANSÆTTELSESFORHOLD (SÆT ET X)

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 01 Tjenestemandsansat | <input type="checkbox"/> 03 Medl. af Pensionskassen for Spl. | <input type="checkbox"/> 07 Anden pensionsordning | <input type="checkbox"/> 08 Uden pensionsordning |
|--|--|---|--|

MEDLEMS/PASSIVERKLÆRING KAN INDSENDES, HVIS

- din arbejdstid ikke overstiger 8 timer om ugen i gennemsnit
- du har orlov uden løn
- dit ansættelsesforhold ophører
- du flytter til udlandet

MEDLEMS/PASSIVERKLÆRING FOR EFTERLØNSMODTAGERE OG PENSIONISTER KAN INDSENDES, HVIS

- du overgår til efterløn/pension
- dit ansættelsesforhold ophører
- du flytter til udlandet

Hvis du vil søge aktivt medlemskab med nedsat kontingent eller passivt medlemskab skal du udfylde en medlems/passiverklæring

Alle blanketter findes på DSR's hjemmeside www.dsr.dk





Formand
Grete Christensen
Dansk Sygeplejeråds
sekretariat



1.-næstformand
Anni Pilgaard
Dansk Sygeplejeråds
sekretariat



2.-næstformand
Dorte Steenberg
Dansk Sygeplejeråds
sekretariat



**Sygeplejestuderendes
Landssammenslutning**
Formand: Julie Asp Vonsild,
Sankt Annæ Plads 30,
Postboks 1084
1008 København K.
Tlf. 33 15 15 55, lokal 3991
E-mail: sls@dsrdk • www.dsrdk/sls



**Lederforeningen
i Dansk Sygeplejeråd**
Formand: Irene Hesselberg
Sankt Annæ Plads 30
Postboks 1005
1008 København K.
Tlf. 46 95 42 92.
E-mail: lfformand@dsrdk

Dansk Sygeplejeråds sekretariat

Sankt Annæ Plads 30, Postboks 1084 • 1008 København K
Tlf. 33 15 15 55 • Telefax 33 15 24 55
E-mail: dsr@dsrdk • www.dsrdk
Ekspeditionstid (også tlf.):
Mandag-torsdag kl. 10 - 16 • Fredag kl. 10 - 15. Giro 8 001 030



Anne Granborg
Adm. direktør



Kirsten Kenneth Larsen
Direktør

Sygeplekeetisk Råd



Formand:
Grete Bækgaard Thomsen,
Sundhedschef
Sankt Annæ Plads 30,
Postboks 1005,
1008 København K
www.sygeplejeetiskraad.dk

Kreds Hovedstaden



Kredsformand
Vibeke Westh

Hovedtelefonnummer: 7021 1662
Hovedfaxnummer: 7021 1663
Hjemmeside:
www.dsrdk/hovedstaden
E-mail: hovedstaden@dsrdk

Hjemmesiden indeholder individuelle kontaktoplysninger på kredsens medarbejdere og formandskab

Lokalkontor:
Haslevej 50
3700 Rønne
Tlf.: 7021 1662
Fax: 5695 3812
Telefontid:
Man, tirs og tors: 09.00 - 12.00

Kontor
Frederiksborggade 15, 4.
1360 København K

Kredschef
Anne Tovborg

Åbnings- og telefontider:
Man, tirs, tors, fre: 09.00-14.00
Ons: 13.00-16.00

Kreds Sjælland



Kredsformand
Helle Dirksen

Hovedtelefonnummer: 7021 1664
Hovedfaxnummer: 7021 1665
Hjemmeside: www.dsrdk/sjaelland
E-mail: sjælland@dsrdk

Kontor
RingstedCentret
Nørregade 13
4100 Ringsted

Kredschef
Thorkild David Hay

Kontorets åbnings- og telefontider

Telefonåbent:	Fremmøde:
Mandag 09.00 - 14.00	Mandag 08.30 - 15.30
Tirsdag 13.00 - 16.00	Tirsdag 08.30 - 15.30
Onsdag 09.00 - 14.00	Onsdag 08.30 - 15.30
Torsdag 13.00 - 16.00	Torsdag 12.00 - 16.00
Fredag 09.00 - 13.00	Fredag 09.00 - 13.00

Kreds Syddanmark



Kredsformand
John Christiansen

Hovedtelefonnummer: 7021 1668
Hjemmeside: www.dsrdk/syddanmark
E-mail: syddanmark@dsrdk

Kontor
Vejlevej 121, 2.
7000 Fredericia

Kredschef
Jan Villumsen

Telefontider
Kl. 08.30 - 13.00 - mandag, tirsdag,
onsdag og fredag
Kl. 11.00 - 16.00 - torsdag

Kreds Midtjylland



Kredsformand
Else Kayser

Fælles postadresse
DSR, Kreds Midtjylland
Marientystvej 14
8600 Silkeborg

Hovedtelefonnummer: 4695 4600
Hovedfaxnummer: 7021 1667
Hjemmeside: www.dsrdk/midtjylland
E-mail: midtjylland@dsrdk

Lokale kontorer
Fredericigade 27-29
7500 Holstebro
Åbent efter forudgående aftale.

Mindegade 10
8000 Århus C
Åbent efter forudgående aftale.

Kredschef
Ann Dahy

Telefontider
Mandag-tirsdag 10.00 - 15.00
Onsdag lukket
Torsdag-fredag 10.00 - 15.00

Kreds Nordjylland



Kredsformand
Jytte Wester

Telefon: 9634 1416
Telefax: 9634 1426
Hjemmeside: www.dsrdk/nordjylland
E-mail: nordjylland@dsrdk

Kontor
Sofiendalsvej 3
9200 Aalborg SV

Kredschef
Iben Gravesen

Kontorets åbningstider
Man - ons kl. 09.00 - 15.00
Torsdag kl. 13.00 - 16.00
Fredag kl. 09.00 - 12.00

Distribueret oplag 1. januar - 30. juni 2010: 73.367 • ISSN 0106-8350 • Medlem af Dansk Fagpresse • **Årsabonnement** 1.150,00 kr. + moms • **Løssalg** 50,00 kr. + moms. Kontakt Dansk Mediaforsyning på dsrabin@dmfnet.dk • **Annoncesalg** Dansk Mediaforsyning • Klamsagervej 25, 1. • 8230 Åbyhøj • Tlf. 7022 4088 • Fax 7022 4077 • **Stillingsannoncer** dsrjob@dmfnet.dk • **Forretningsannoncer** dsrtekst@dmfnet.dk • **Ændring af medlemsoplysninger** Kontakt Medlemsregisteret • Tlf. 3315 1555 • medlemsregisteret@dsrdk
Udgiver Dansk Sygeplejeråd • Sankt Annæ Plads 30 • 1250 København K • **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. **Sygeplejersken** redigeres efter journalistiske væsentlighedskriterier. Chefredaktøren er ansvarlig for bladet indhold.



We care about people

Dygtige og erfarne specialsygeplejersker søges til inspirerende og udfordrende opgaver i Danmark og Norge indenfor virksomhedens primære specialer:

- Intensiv
- Neonatologi
- Operation
- Dialyse
- Kardiologi
- Anæstesi



Vores koncept er leverance af specialsygeplejersker med:

- Høj faglig kompetence
- Detaljeret erfaring indenfor relevant speciale
- Gode etiske holdninger og faglig stolthed
- Et højt serviceniveau og præcision i arbejdet
- En dynamisk, energisk og omsorgsfuld personlighed

Vi kan tilbyde dig

- Høj løn
- Høje tillæg for aften-, nat-, weekend-, og overtidarbejde
- 12,5 % feriepenge
- En pakkeløsning hvor vi ordner alt: Rejse, bolig, vagtplan, grundig information om opgaven m.v.

Udstationering til Australien og Dubai

I løbet af 2011 har vi den glæde at kunne tilbyde sygeplejersker med minimum 2 års erfaring længerevarende job i Australien, Dubai m.fl. Tilbuddet retter sig primært til unge uafhængige sygeplejersker.

Matcher du vores koncept, vil det glæde os at få dig med i vores team af sygeplejersker. Kontakt os for en samtale i Århus - København:

Tlf. (+45) 45 540 540

eller send en mail til: info@powercare.dk



MEDIC STAFF BY
POWERCARE®

www.powercare.dk

Århus: Stenvej 21B · DK - 8270 Højbjerg