

DANISH JOURNAL OF NURSING

Sygeplejersken

Hjemmesygeplejerske
PIA RØGE har skrevet dagbog:

ENDNU EN ARBEJDS DAG PÅ 10 TIMER

SIDE 46

27

Så mange projekter
kom der til Spirekassen.
Se de udvalgte

SIDE 34

FRONTLØBER I ODENSE

Sygeplejersker retter kuske- fingre ud

SIDE 52

Sygeplejerske **ANETTE LARSEN**
del af psykiatrisk succes:

Her må patienten gerne kaste med stolen

TVANGFRI. Brugen af tvang i psykiatrien er stadig udbredt, selvom mange patienter oplever at få det værre. Men på flere og flere psykiatriske afdelinger har man fundet en vej væk fra tvangsmedicinering og fastspænding.

TEMA SIDE 20



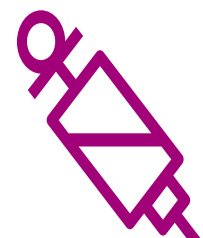
Lungebetændelse kan ramme året rundt

Selvom influenza vaccinationssæsonen er forbi, kan der stadig være indikation for vaccination mod pneumokok pneumoni. Prevenar 13 udløser klausuleret tilskud til KOL patienter over 65 år eller ved FEV1 < 40% af forventet uanset alder samt hjerteinsufficiens patienter over 65 år¹.



Forkortet produktinformation findes på side

For mere info: www.lungebetændelse.dk



Husk at patienter, som er omfattet af tilskudsklausulen for Prevenar 13 skal have en recept og købe vaccinen på apoteket, før tilskuddet kan udløses

Prevenar 13 kan opbevares ved temperaturer op til 25 grader i op til 4 dage²

Prevenar 13 indikation: Aktiv immunisering til forebyggelsen af invasiv sygdom, pneumoni og akut otitis media forårsaget af Streptococcus pneumoniae hos spædbørn, børn og teenagere i alderen fra 6 uger og op til 17 år. Aktiv immunisering mhp. forebyggelse af invasiv sygdom og pneumoni forårsaget af Streptococcus pneumoniae hos voksne fra 18 år og ældre personer¹

1: <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/vaccinationer/-/media/1029E1F9A9EF464489EAECAD88DF388F.ashx>
2: Prevenar 13[®] SmPC, 24. juni 2015

Sammen om DSR

Hvilken organisation vil DSR være – et forsikringselskab eller en kamporganisation? Sådan spørger et medlem på vores fælles debatside "Sammen om DSR" på Facebook. En anden ønsker udvikling af professionen. En tredje efterlyser, at lønnen modsvarer ansvaret.

Holdningerne er mange, hvilket man kan læse mere om i dette nummer af *Sygeplejersken*. Ikke alle er enige. Fælles for mange indlæg er en grundlæggende følelse af, at det er tid til udvikling. Af professionen såvel som løn og ansættelsesvilkår. Og der er en stor forventning om, at DSR stiller sig i spidsen for at skabe den forandring.

Jeg vil gerne give mit besyv med i debatten. DSR skal være en handlekraftig organisation, der bygger på fællesskab og solidaritet. Vi skal hver eneste dag udfordre arbejdsgiverne på, at hvis de fortsat vil sikre sig kompetente medarbejdere i fremtiden, så er det ikke nok at anerkende indsatsen med flotte ord. Ansvar og kompetencerne skal modsvarer af en ordentlig løn og rimelige

ansættelsesvilkår. Samtidig har vi et ansvar for at påvirke det samfund, vi er en del af, i forhold til bl.a. sygeplejerskernes uddannelsesmuligheder og sundhedsvæsenets udvikling.

De gode resultater opnås kun ved forhandlingsbordet, hvis grundlaget er lagt. Det kræver, at vi alle taler vores sag og tydeliggør, hvad vi er værd – hele tiden. I samtalen med egen leder, i lokalpolitiske debatter, gennem de landsdækkende medier osv. Sammen er vi stærke!

I starten af februar samler vi en række af de medlemmer, som har været aktive i debatten, til et udviklingslaboratorium, hvor vi skal nogle skridt nærmere konkrete udviklings tiltag til behandling på den ekstraordinære kongres i juni. Samtidig fortsætter debatten bl.a. på Facebook.

Kom og vær med. Det er nu, vi lægger fundamentet for fremtidens DSR.

Grete Christensen

Grete Christensen,
formand



I JANUAR HAR DANSK SYGEPLEJERÅD VÆRET I MEDIERNE MED BL.A. DISSE EMNER

AVISEN DK

"Et er, at sygeplejerskerne ikke får så høj en løn, som vi synes, at vi fortjener. Men vi skal i hvert fald have den løn, som vi har tjent. Arbejdsgiverne gør simpelthen ikke deres arbejde godt nok."

ANNI PILGAARD, næstformand for Dansk Sygeplejeråd, som kommentar til nyheden om, at organisationen i 2016 har hjulpet med at sikre medlemmerne 10 mio. kr. i bl.a. efterbetalt løn.

Jyllands-Posten

"Regeringens ansvar er ikke til at tage fejl af: Uden en langtidsholdbar og visionær plan for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen vil vi ikke kunne yde patienterne den pleje og behandling, vi ønsker. Og som patienterne har brug for."

GRETE CHRISTENSEN, formand for Dansk Sygeplejeråd og Sundhedskartellet, i et debatindlæg om Sundhedskartellet forventninger til regeringens plan for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Jyllands-Posten

"Intentionen er god, men vi må desværre sige, at mulighederne for at udøve tvang mod borgerne er så voldsomme, at det strider mod vores sædvanlige værdisæt."

GRETE CHRISTENSEN, formand for Dansk Sygeplejeråd, der sammen med Socialpædagogernes Landsforbund afviser lovforslaget om udvidet brug af tvangsforanstaltninger på de nye specialafdelinger for psykisk syge.

Ansvh. chefredaktør
KATRINE NIELSEN
knl@dsr.dk
Telefon: 4695 4282

Redaktionssekretær
LOTTE HAYEMANN
lha@dsr.dk
Telefon: 4695 4179

Redaktionschef
JAKOB LUNDSTEEN
jlu@dsr.dk
Telefon: 4695 4180

Redaktionssekretær
HENRIK BOESEN
hbo@dsr.dk
Telefon: 4695 4189

Fagredaktør
JETTE BAGH
jb@dsr.dk
Telefon: 4695 4187

Journalist
SUSANNE BLOCH KJELDSSEN
sbk@dsr.dk
Telefon: 4695 4178

Art Director
MATHIAS N JUSTESEN
mnj@dsr.dk
Telefon: 4695 4280

Journalist
CHRISTINA SOMMER
cso@dsr.dk
Telefon: 4695 4264

Webredaktør
CHARLOTTE TROLLE
ctr@dsr.dk
Telefon: 4695 4111

Journalist
ANNE WITTHØFFT
awi@dsr.dk
Telefon: 4695 4108

Sekretær, kurser,
møder, meddelelser
BIRGIT NIELSEN
bn@dsr.dk
Telefon: 4695 4186

Journalist
BRIIT LINDEMANN
brl@dsr.dk
Telefon: 4695 4118

Hvis Sygeplejersken udebliver

Giv os venligst en besked med dit medlemsnummer til udeblevetblad@dsr.dk, så retter vi fejlen.

Distribueret oplag:

1. januar – 30. juni 2015: 75.465 ekpl.
Medlem af Danske Medier

Årsabonnement:

(pr. januar 2016) 875,00 kr. + moms

Løssalg:

65,00 kr. + moms. Kontakt Dansk Mediaforsyning på dsravn@dmfnet.dk

Ændring af medlemsoplysninger:

Kontakt Medlemsregisteret, telefon: 3315 1555, medlemsregisteret@dsr.dk

Tryk: ColorPrint

annoncer: Dansk Mediaforsyning,

Elkjærvej 19, st., 8230 Åbyhøj, telefon: 7022 4088

Stillingsannoncer: dsrjob@dmfnet.dk

Forretningsannoncer: dsrtekst@dmfnet.dk

Manuskriptvejledning, udgivelsesplan m.m:

www.sygeplejersken.dk

Ophavsret: Enhver anvendelse af hele eller dele af artikler, fotos og illustrationer fra Sygeplejersken, såvel papirudgaven som den elektroniske udgave, er kun tilladt med skriftligt samtykke fra redaktionen eller forfatteren/fotografen/illustratoren jf. lov om ophavsret.

Ansvar: Dansk Sygeplejeråd har intet ansvar for produkter og ydelser, som omtales i Sygeplejerskens annoncer eller indstik. Redaktionen påtager sig intet ansvar for materialer, der indsendes uopfordret. Holdninger, der tilkendegives i artikler og andre indlæg, udtrykker ikke nødvendigvis Dansk Sygeplejeråds synspunkter.

Forsidefoto: Michael Drost-Hansen

Udgiver: Dansk Sygeplejeråd, Sankt Annæ Plads 30, 1250 København K, telefon: 3315 1555, redaktionen@dsr.dk, www.sygeplejersken.dk ISSN 0106-8350



TEMA

MULIGT AT NEDBRINGE TVANG

Psykiatrien skal halvere brugen af tvang frem mod 2020, og flere steder har allerede nået målet. Bl.a. ved hjælp af respekt og inddragelse af patienterne. Resultaterne sætter spørgsmålstegn ved, hvor tit tvang egentlig er nødvendigt.

SIDE

20

22 NYE MÅDER AT SE PATIENTERNE PÅ NEDBRINGER TVANG

26 PATIENTEN SOM PARTNER

28 MÅSKE ER DER OGSÅ NOGET I VEJEN MED SYSTEMET

30 VI ER BLEVET BEDRE TIL AT LYTTE TIL PATIENTERNE

Sygeplejersker flygter fra Spanien

Den økonomiske krise får spanske sygeplejersker til at søge job i udlandet. Dog de færreste i Danmark.

SIDE

54

10 timers maraton

Sundhedsplejerske **PIA LÜDERS RØGE** beskriver sin arbejdsdag i denne time til timeberetning fra Odense, der har Danmarksrekord i overarbejde blandt hjemmesygeplejersker.

SIDE 46



Skiftedag

NU VURDERER HUN KOMMENDE REJSENDES HELBRED

HANNE DAM-HENDRIKSEN ville væk fra hospitalsgangene og arbejder i dag som sygeplejerske hos Falck Global Assistance.

SIDE 66



TENDENTIOST

SYGEPLEJE I LØBESKO

Når man siger, at sygeplejersker løber stærkt, er det anerkendende ment.

SIDE

19

HØRT!

Fokus på KRAM er for snævert

Et slag billard kan være mere sundhed for Hr. Pedersen end sund kost og livsstil, mener cand.cur.-studerende **JESPER BØG-MOSE HANSEN**.

SIDE

17

Substral fra Spirekassen

Seks udvalgte projekter fik i alt **55.000 kr.** og Koldingfjord-ophold fra puljen Spirekassen.

SIDE 34



STUDERENDE I PRAKSIS



Det er farligt at sige, at en patient er vanskelig eller besværlig

Modul 12-studerende **EVA K. ANDERSEN** så bort fra sine kollegers fordomme og fik god kontakt til patienten.

SIDE

57



JENS-CHRISTIAN HOLM

- DET NYE PARADIGME

Behandling af svært overvægtige børn ved JENS-CHRISTIAN HOLM

Vist i
Generation XL på DR1
og
BBC World Health Check



Jens-Christian Holm udbyder kurser til behandling af svært overvægtige børn og unge. Kurserne er en introduktion til samt kompetenceudvikling af den pædagogiske metode som medfører vægttab hos 75 – 85 procent af de svært overvægtige børn og unge, samt fald i fedtlever, blodtryk, kolesteroler og forældre overvægt. Årsagen til den effektive behandling med anvendelse af 5 timer pr. barn pr. år er den direkte og effektive kommunikation som på een gang kommunikerer alvoren bag problemstillingerne, men som samtidig drager omsorg for de problemstillinger som ofte er vanskelige.

Kursus 1: Introduktionskursus. Vægtregulation, komplikationer til overvægt, behandlingsmetode, pædagogik.

29. og 30. aug 2017. Hotel Scandic, Brøndby
24. og 25. okt 2017. Hotel Scandic, Brøndby

Kursus 2: Opfølgingskursus. Forventninger til behandlingsforløb, kropssammensætning, justering på behandling, relapse, drop out, normalisering, afslutninger.

25. og 26. april 2017. Hotel Scandic, Ringsted
21. og 22. nov 2017. Hotel Scandic, Brøndby

Kursus 3: Nuancering, empati, kommunikationsflow, autenticitet, selv-identifikation, forventninger, udfordringer, perspektiv. Behandlingens direkte og indirekte effekter. Paradigmeskiftet.

6. og 7. juni 2017. Hotel Scandic, Ringsted
5. og 6. dec 2017. Hotel Scandic, Brøndby

Brush-up kursus: Onsdag den 15. marts 2017.
Hotel Scandic, Ringsted

Se www.jenschristianholm.dk
Mail overvaegt.behandling@gmail.com
Facebook Jens-Christian Holm
Twitter JC_Holm

Forkortet produktinformation for Prevenar 13 injektionsvæske, suspension.

Konjugeret pneumokok polysaccharidvaccine (13-valent, adsorberet)

1 dosis (0,5 ml) indeholder 2,2 µg pneumokokpolysaccharid af serotyperne 1, 3, 4, 5, 6A, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F, 23F og 4,4 µg af serotype 6B. Konjugeret til CRM₁₉₇-bærerprotein og adsorberet på aluminiumphosphat (0,125 mg).

Indikationer: Aktiv immunisering til forebyggelse af invasiv sygdom, pneumoni og akut otitis media forårsaget af *Streptococcus pneumoniae* hos spædbørn, børn og teenagere i alderen fra 6 uger op til 17 år. Aktiv immunisering mhp. forebyggelse af invasiv sygdom og pneumoni forårsaget af *Streptococcus pneumoniae* hos voksne fra 18 år og ældre personer. Se fuldt produktresumé pkt. 4.4 og 5.1 vedr. beskyttelse mod specifikke pneumokokserotyper. Anvendelsen bør baseres på officielle anbefalinger under hensyntagen til risikoen for invasiv sygdom og pneumoni hos forskellige aldersgrupper, underliggende komorbidity samt variabiliteten af serotype-epidemiologi i forskellige geografiske områder.

Dosering: Intramuskulær injektion (anterolateralt på låret (m.vastus lateralis)) hos spædbørn eller m.deltoideus hos børn og voksne. **Spædbørn, børn og teenagere (til og med 17 år):** vaccinationsplanen bør baseres på officielle anbefalinger. **Voksne fra 18 år og ældre personer:** En enkelt dosis. Behovet for revaccination er ikke fastlagt. Hvis brugen af 23-valent polysaccharidvaccine anses for hensigtsmæssig, skal Prevenar 13 gives først uanset tidligere pneumokokvaccinationsstatus. **Særlige populationer:** Personer med underliggende sygdom der kan disponere for invasiv pneumokoksygdom (f.eks. seglcelleanæmi eller hiv-infektion) herunder tidligere vaccinerede (med en/ flere doser 23-valent pneumokok polysaccharidvaccine) må få mindst 1 dosis Prevenar 13. Ved hæmatopoietisk stamcelletransplantation (HSCT) består den anbefalede vaccinationsserie af 4 doser a 0,5 ml startende 3-6 måneder efter HSCT og indgivet med et interval på mindst 1 måned. 4. dosis anbefales det at give 6 måneder efter 3. dosis.

Kontraindikationer: Overfølsomhed over for indholdsstofferne, eller difteritoksofied. Administration af Prevenar 13 udskydes, ved akut svær febersygdom (gælder ikke lettere infektion).

Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedr. brugen: Må ikke administreres intravaskulært. Medicinsk behandling og overvågning skal altid være til rådighed i tilfælde af sjældne anafylaktisk reaktion. Bør ikke gives til personer med trombocytopeni eller koagulopati, som kontraindicerer i.m. injektion, men kan gives subkutan hvis den potentielle fordel klart opvejer risici. Personer med nedsat immunrespons kan have nedsat antistof respons på aktiv immunisering og data for sikkerhed og immunogenicitet findes kun på et begrænset patienttal for seglcelleanæmi og hiv-infektion (ingen data for andre immunkompromitterede grupper). Potentielt risiko for åben og behov for respiratorisk overvågning i 48-72 timer bør overvejes hos børn født meget for tidligt (≤ 28 ugers svangerskab). Febernedsettende behandling bør påbegyndes iht. lokale retningslinjer til børn med krampeanfald eller med en anamnese med febrile kramper og til alle børn, som får Prevenar 13 samtidig med vacciner, som indeholder helle-celle-pertussis.

Interaktioner: **Fra 6 uger til 5 år:** Kan gives samtidigt med alle følgende vaccineantigener, enten som monovalente eller kombinationsvacciner: difteri, tetanus, acellulær -pertussis eller helcelle-pertussis, *Haemophilus influenzae* type b, inaktiveret poliomylitis, hepatitis B (se også under bivirkninger), meningokok serogruppe C, mæslinger, fåresyge, røde hunde, skoldkopper og rotavirus-vaccine. **Fra 6-49 år:** Ingen data for samtidig administration af andre vacciner. **Over 50 år:** Kan indgives samtidig med den sæsonbestemte trivalente (TIV) og tetravalente (QIV), inaktiverede influenza vaccine. Samtidig administration med andre vacciner er ikke undersøgt. Forskellige vacciner til injektion bør altid gives på forskellige vaccinationssteder.

Fertilitet, graviditet og amning: Bør ikke anvendes under graviditet. Ukendt om vaccinen udskilles i modermælk.

Virkninger på evnen til at føre køretøj eller betjene maskiner: Nogle af bivirkningerne kan midlertidigt have en indvirkning.

Bivirkninger: Der er set øget forekomst af krampeanfald (med/uden feber) og hypotoniske hyporesponsive episoder ved samtidig administration af Infanrix hexa. **Fra 6 uger til 5 år:** Meget almindelige: nedsat appetit, pyreksi, irritabilitet, erytem, induration/hævelse eller smerte/omhed på vaccinationsstedet. Erytem eller induration/hævelse 2,5-7 cm (efter booster dosis og hos børn på 2-5 år), dosighed, dårlig søvnkvalitet. Almindelige: pyreksi > 39°C, bevægelsehæmning på vaccinationsstedet (pga. smerter), erytem eller induration/hævelse 2,5-7,0 cm (efter spædbørns serien) på vaccinationsstedet, udslæt, opkastning, diarre. Ikke almindelige: Erytem, induration/hævelse > 7,0 cm på vaccinationsstedet, gråd, urticaria/urticarialignende udslæt, kramper (herunder feberkramper). Sjældne: overfølsomhedsreaktion, herunder ansigtsodem, dyspnø, bronkospasmer, hypotonisk, hyporesponsiv episode. Hyppighed ukendt: Lymfadenopati (omkring vaccinationsstedet), anafylaktisk /anafylaktoid reaktion herunder shock, angioedem, erythema multiforme, urticaria/dermatitis/ kløe på vaccinationsstedet, flushing. **Specielle populationer:** Apno hos spædbørn, født meget for tidligt (≤ 28 ugers svangerskab). **Fra 6-17 år:** Meget almindelige: nedsat appetit, irritabilitet, erytem, induration/hævelse eller smerte/omhed på vaccinationsstedet (herunder nedsat bevægelighed), dosighed, dårlig søvnkvalitet. Almindelige: hovedpine, udslæt, urticaria/urticarialignende udslæt, pyreksi. Ikke almindelige: opkastning, diarre. Bivirkninger set hos børn i alderen 6 uger til 5 år kan være relevante for denne aldersgruppe også. **Fra 18 år og de ældre:** Meget almindelige: nedsat appetit, hovedpine, diarre, opkastning (aldersgruppen 18-49 år), udslæt, kulderystelser, træthed, erytem, induration/hævelse og smerte/omhed på vaccinationsstedet (svær smerte/omhed meget almindelig i aldersgruppen 18-39 år), begrænsning i armens bevægelighed (svær begrænsning meget almindelig i aldersgruppen 18-39 år), artralgi, myalgi. Almindelige: opkastning (aldersgruppen ≥ 50år), pyreksi (meget almindelig i aldersgruppen 18-29 år). Ikke almindelige: kvalme, overfølsomhedsreaktion herunder ansigtsodem, dyspnø og bronkospasmer, lymfadenopati omkring vaccinationsstedet. Der er observeret en højere frekvens af nogle af de systemiske reaktioner ved administration sammen med trivalent inaktiveret influenza vaccine.

Overdosering: Ikke sandsynlig, da Prevenar 13 leveres i en fyldt injektionsprojte. Ved doser, administreret tættere på den tidligere dosis end anbefalet er de indberettede uønskede hændelser, i overensstemmelse med de hændelser, som blev indberettet med doser givet i de anbefalede pædiatriske tidsplaner for Prevenar 13.

Udl. B. Tilskud: Klausuleret.

Indehaver af markedsføringstilladelsen: Pfizer Limited, Ramsgate Road, Sandwich, Kent CT13 9NJ, Storbritannien.

Lægemiddelform og styrke	Pakningsstørrelse
Injektionsvæske, suspension	1 x 0,5 ml

Dagsaktuel pris findes på www.medicinpriser.dk

De med * mærkede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af EMA godkendte produktresumé dateret den 15. juli 2016. Produktresumét kan vederlagsfrit rekvireres hos Pfizer ApS, Lautrupvej 8, 2750 Ballerup, tlf. 44 20 11 00.

prevenar13 046 ASmPC V23.0 15juli2016

Produktinformationer for annonce side 2.



MINUTTER MED...

TANJA SØRENSEN

44 år, Palliativt afsnit, Rigshospitalet.

Tekst **ANDREAS RASMUSSEN**



☉ Hvorfor valgte du at blive sygeplejerske?

”Jeg var ung i arbejde på et plejehjem, og det fik mig til at søge ind på sosu-uddannelsen. En af mine kollegaer på plejehjemmet sagde: ”Dig? Du vil bestemme alt for meget til at blive sosu. Der er en ledig plads på sygeplejeskolen i Sønderborg.” Tre måneder senere var jeg optaget på skolen.”

☉ Hvad var dit første job?

”Jeg gik direkte fra praktik til fastansættelse på medicinsk visitationsafsnit i Haderslev.”

☉ Hvorfor valgte du at specialisere dig inden for palliation?

”Jeg havde lært at udføre personlig pleje på plejehjemmet. Det så de erfarne sygeplejersker, så jeg fik lov at hjælpe til med de terminale patienter, når der var brug for at være to. Siden da har jeg haft med cancer at gøre, og derfor var palliation en naturlig udvikling for mig.”

☉ Hvem har du lært mest af i din karriere?

”Det er helt klart patienterne. Jeg lærer noget nyt af stort set hver patient. Deres sygdomme er forskellige, patienterne er forskellige, og de har forskellige behov og prioriteringer. Det er udfordrende, og det sætter livet i perspektiv.”

☉ Hvad kendetegner en god sygeplejerske?

”Man skal være venlig, åben, nysgerrig og imødekommende. Man skal turde være i et rum, uanset hvor svært det er. Nogle gange er det sværeste at være til stede.”

☉ Hvilket råd vil du give en nyuddannet?

”De er nødt til at forstå, at det, man lærer på skolen, er et ideal. I praksis ser det tit helt anderledes ud. Man må indstille sig på, at det er meget forskelligt. Derudover er det vigtigt, at man beder om hjælp, hvis der er noget, man ikke forstår eller kan finde ud af.”

☉ Hvad er det mest tilfredsstillende ved dit job?

”Mine patienter. At møde dem og hjælpe dem, og så senere se, at indsatsen har gjort en forskel. At bidrage til at give dem en bedre livskvalitet indenfor de rammer, deres sygdom, netværk, de fysiske rammer og sundhedsvæsenet udstikker.

Samtidig er der værdifuld læring og sparring, både mono- og tværfagligt, der skaber stof til refleksion, udvikling og eftertanke.”

☉ Hvad er det mest udfordrende ved dit job?

”Det er patienterne. Vi møder dem i alle stadier af deres cancer og i mange forskellige livssituationer. Det er let at blive berørt. Samtidig er det også en udfordring. **Mange af patienterne kender deres sygdom bedre end os, fordi de lever med den og ofte har sat sig grundigt ind i den. Men de har ikke nødvendigvis viden om symptomlindring, hverken farmaceutisk eller non-farmaceutisk.**”

☉ Hvad kan holde dig vågen om natten?

”Mit fag holder mig heldigvis ikke vågen om natten. Jeg har lært at lægge tingene

fra mig, når jeg går hjem. Hvis jeg ligger og tænker, at der er noget, jeg har glemmt, så står jeg op og skriver en seddel på køkkenbordet og tager hånd om det næste dag.”

☉ Hvad er du mest stolt af i din karriere?

”Jeg er mest stolt af de gode forløb, som vi bidrager til at skabe for vores patienter, der er i nogle svære situationer, som de ikke selv har ansvar for eller kontrol over. Jeg er også stolt over, hvordan det palliative felt udvikler sig. Det er fantastisk at være med til.”

☉ Hvis du kunne ændre en ting i sundhedsvæsenet, hvad skulle det så være?

”Jeg ville sikre en øget fokus på palliation til non-maligne patienter med f.eks. KOL, hjerteproblemer eller sklerose. De burde få palliationstilbud på samme niveau som cancerpatienter.”

☉ Hvor ser du dig selv om fem år?

”Jeg flytter mig ikke ud af det palliative felt. Det er min hylde.”

☉ Hvordan tror du, at sygeplejen vil udvikle sig de næste 10 år?

”Jeg er bekymret for, at de flere ambulante besøg og kortere kontakter vil betyde, at flere falder igennem sikkerhedsnettet og får en dårligere behandling, hvor de f.eks. ikke bliver tilbudt palliation. Jeg håber, at palliation bliver anerkendt som speciale, og at der bliver oprettet flere tilbud og sengepladser til patienter med palliationsbehov.” ☉

Stop patienternes fald mellem systemerne

Fælles økonomi vil tvinge kommuner og regioner til at tænke mere i patienternes ve og vel end på økonomien. Det påpeger patienter og sundhedspersonale i et nyt fælles udspil til organisering af fremtidens sundhedsvæsen.

Tekst ANNE WITTHØFFT og MAYA BILLE · Illustration MIKKEL HENSSEL

Kommuner og regioners opdelte økonomi på sundhedsområdet er i mange tilfælde uhensigtsmæssig og fører til, at patienter oplever at falde igennem systemet. For opdelingen indbyder til kassetænkning og står alt for ofte i vejen for sammenhængende forløb. Det mener Dansk Sygeplejeråd, der sammen med Danske Patienter, Lægforeningen og FOA nu udfordrer den måde, som indsætter i sundhedsvæsenet er finansieret på.

Organisationerne foreslår, at kommuner og regioner skal lede og planlægge patientforløb ud fra en fælles økonomisk ramme på fire udvalgte områder: forløbskoordination, akutfunktioner, psykiatriske og sundhedshuse.

Her kan fælles finansiering ifølge organisationerne være med til at skabe sammenhæng og forhindre, at vigtig viden går tabt, når patienter f.eks. bevæger sig fra sygehus til kommunalt regi.

Formand for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, peger på, at der i dag er alt for mange eksempler på, at borgerne kommer i klemme, fordi kommuner og regioner bliver fristet til kassetænkning fremfor at styre efter det,

der er bedst for den enkelte patient:

”Fælles økonomi vil give regioner og kommuner bedre mulighed for at vælge de mest helhedsorienterede løsninger og sætte patienten før systemet,” siger hun.

Organisationerne mener, at det vil skabe tryghed for patienter med eksempelvis flere kroniske sygdomme. De har ofte komplekse forløb, der involverer mange møder med sygehusvæsenet på tværs af sektorer, med kontroller på ambulatorier, besøg af hjemmesygeplejerske og genoptræningsforløb med terapeuter. Derfor anbefales forsøg med fælles koordinatore med tilhørsforhold og kendskab til alle dele af sundhedsvæsenet, som kan være bindeled mellem de borgernære indsatser og hospitalet.

Formand for sundhedsudvalget i Danske Regioner, Ulla Astman, er positiv over for forslaget, men har også betænkeligheder over for en central pulje:

”Jeg er enig i, at fælles finansiering kan være et middel til at skabe mere sammenhæng, men det er afgørende, hvordan modellerne bliver skruet sam-

men (...) Jeg tror mere på lokale løsninger, hvor vi f.eks. i psykiatrien ved, at der vil være meget at hente, hvis vi bliver bedre til at samarbejde. Vi skylder borgerne at få løst de her problemer. Men jeg er bekymret over risikoen for centrale puljer, der vil give mere afrapportering og bureaukrati,” siger Ulla Astman i en pressemeddelelse fra Danske Regioner.



Hjælp til bedre integration af flygtninge

Nordea-fonden bevilger 21 mio. kr. til efteruddannelse af sundhedsplejersker.

Tekst **MAYA BILLE**

Flygtninge, som kommer til Danmark, skal forholde sig til meget og kan have svært ved at falde til. Nordea-fonden har derfor bevilget 21 millioner til projektet "Sundhedsplejersker styrker integrationen", hvor sundhedsplejersker skal hjælpe flygtninge med at få en god hverdag og falde til i samfundet. Knap halvdelen af landets kommunale sundhedsplejersker får derved muligheden for at blive klogere på flygtningenes baggrund og særlige udfordringer.

Formand for Dansk Sygeplejeråd Grete Christensen kalder pengene til efteruddannelsen for tiltrængte:

"Det er et rigtig godt initiativ, hvor mange sundhedsplejersker får mulighed for at blive opkvalificeret. Med den her efteruddannelse får vi klædt sundhedsplejerskerne endnu bedre på til at hjælpe en gruppe ofte udsatte mennesker, der kan have svært ved at falde til i et nyt land."

17,5

MIA. KR. Så meget har pensionsforsikringselskabet PFA tjent på sine investeringer i 2016. Selskabet hæver derfor forrentningen af medlemmernes penge til 5 pct. PFA administrerer tre pensionskasser, herunder Pensionskassen for Sygeplejersker og Lægesekretærer.

(mmj)



Sundhedsvæsenet er blevet farligt

Syv år med påholdenhed i det græske sundhedsvæsen har ført til højere dødelighed, mangel på personale og en stigning i antallet af livstruende infektioner. Nogle steder er situationen så presset, at én sygeplejerske står med ansvaret for 40 patienter.

10 pct. af patienterne er i fare for at udvikle sygehusinfektioner, der potentielt kan være dødelige, viser tal fra European Centre for Disease Prevention and Control, ifølge The Guardian. Samtidig meddeler græsk sundhedspersonale, at der ofte er så travlt, at patienter anbringes i senge, der ikke er blevet desinficeret.

Det største problem for både patienter og personale er dog manglen på hænder, som gør, at der ofte må arbejdes hurtigere, end hvad der er helbredsmæssigt forsvarligt.

Den græske regering handler nu på problemet og har lovet at ansætte 8.000 ekstra læger og sygeplejersker i løbet af 2017.

(brl)

Tilsyn arbejder nu risikobaseret

Styrelsen for Patientsikkerhed, der fører tilsyn med sundhedsvæsenet, er pr. 1. januar overgået fra de tidligere faste tilsyn til at arbejde risikobaseret. Det vil sige, at tilsynet med sundhedspersoner og behandlingssteder nu sættes ind der, hvor risikoen for patientsikkerheden er størst. Der vælges årligt temaer for de planlagte tilsyn ud fra en risikovurdering eller ved stikprøve. I 2017 er der fokus på medicin håndtering og prøvesvar i patientforløb. På styrelsens hjemmeside www.stps.dk kan man se temaer, indsatsområder, og hvordan et tilsynsbesøg konkret kommer til at foregå. Til at rådgive styrelsen er der nedsat en strategisk følgegruppe, hvor DSR og DASYS har hver en repræsentant.

(ctr)

Stomiposens opfinder får et vejnavn

Hjemmesygeplejerske Elise Sørensen opfandt stomiposen i 1954. Den bedrift medfører nu, at hun 30 år efter sin død får opkaldt en vej efter sig ved Bispebjerg Hospital.

Tekst **CHRISTINA SOMMER**

I løbet af 2017 får fire veje omkring Bispebjerg Hospital nye navne, og på et af skiltene kommer der til at stå Elise Sørensen. Som eneste sygeplejerske er hun sammen med tre andre kvinder – alle læger – fundet værdig nok til at få mejslet sit navn på et vejskilt til evigt minde om, at hun har gjort ”en bemærkelsesværdig samfundsindsats inden for sundhedsvæsenet”.

Hendes indsats består i at have opfundet kolostomiposen i 1954 og ikke mindst i stædigt at have kæmpet for at få den patenteret og sat i produktion.

I løbet af sin karriere som hjemmesygeplejerske mødte Elise Sørensen mange kolostomiopererede, og hun havde altid interesseret sig for patienternes psykiske vanskeligheder. Men hun begyndte først at eksperimentere med en decideret kolostomipose, da hendes egen lillesøster Thora i en alder af 32 år fik stomi pga. kræft i tyktarmen.

Milliardforretning

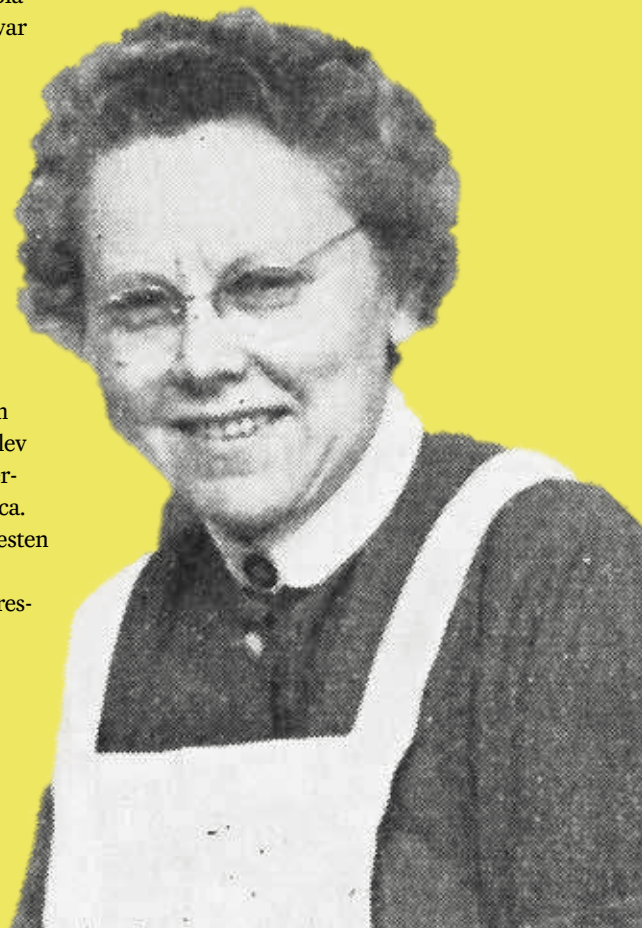
Vejen fra idé til produkt var dog besværlig. Men med stor stædighed og hjælp fra bl.a. Teknisk Hjælp for Ubemidlede og Dansk Sygeplejeråds advokat kunne hun i

1954 anmelde patent nr. 86860: Kolostomipose af væsketæt, tyndt, elastisk plademateriale – en engangspose, som var udstyret med en klæber, som kunne sidde direkte på huden.

At få sat posen i produktion var også en kamp. Første henvendelse til plasticfabrikant Aage Louis-Hansen fra Dansk Plastic Emballage blev afvist, men fabrikantens kone Johanne Louis-Hansen var sygeplejerske og så et potentiale. Posen blev sat i produktion, og produktnavnet på verdens første stomipose blev Coloplast. Resten er historie, som man siger. Dansk Plastic Emballage blev siden til Coloplast, som i dag er en verdensomspændende virksomhed med ca. 9.500 ansatte og en omsætning på næsten 14 mia. kr. alene i 2015.

Elise Sørensen kæmpede med depressioner hele sit liv og trak sig tilbage allerede i 1957. Hun levede et stille liv frem til sin død i 1977, men Dansk Sygeplejeråd kårede hende til Årets Sygeplejerske i 1963.

Kilder: www.coloplast.dk og Sygeplejersken nr. 10/2013 samt nr. 3/1955



Fag & Forskning

Mere nyt fra Fag&Forskning Du kan finde flere nyheder på dsr.dk/fagogforskning. Tjek os løbende på mobilen, eller få en daglig nyhedsopdatering direkte i din mailboks.

Bekymring for hvert femte barn i 0. klasse

20 procent af landets børnehaveklassebørn har fået en bemærkning i deres journal om mad- og måltidsvaner fra bekymrede sundhedsplejersker. Det fremgår af en rapport fra Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed. Rapporten bygger på sundhedsplejerskernes journaloplysninger

fra over 5.600 børn, som gik i 0. klasse i skoleåret 2015-2016. Bemærkningerne handler om, at børnene enten ikke spiser morgenmad eller får for meget sukker og for lidt frugt og grønt eller ikke drikker nok mælk. Og det er bekymrende, fordi kostvaner ofte føres videre ind i voksenlivet.

Tre vil være formand for Danske Regioner

Tre regionsrådsformænd har meldt deres kandidatur til den post i sundhedsvæsenet, som centrale aktører sidste år vurderede som den mest indflydelsesrige.

Tekst ANNE WITTHØFFT

Mere magtfuld end sundhedsministeren. Sådan blev Bent Hansen (S), formand for Danske Regioner, vurderet, da 12 centrale sundhedsaktører, heriblandt formand for Dansk Sygeplejeråd Grete Christensen, sidste år af Dagens Medicin blev bedt om at rangere, hvem der er de mest magtfulde personer i sundhedssektoren.

Og det er den formandspost, som 34-årige Stephanie Lose (V), formand for Region Syddanmark, den 8. januar bekendtgjorde, at hun går målrettet efter, når der den 21. november skal afholdes valg til regionerne. En tilkendegivelse, der fem dage efter fik 42-årige Sophie Hæstorp Andersen (S), formand for Region Hovedstaden, til også at annoncere sit kandidatur. Og ugen efter, den 20. januar, blev hun så udfordret på posten af en anden socialdemokrat, den 46-årige Ulla Astman, formand for Region Nordjylland, som annoncerede, at hun også stiller op.

Den nuværende formand, 68-årige Bent Hansen (S), har meddelt, at han træder tilbage efter 35 år i regionspolitik.

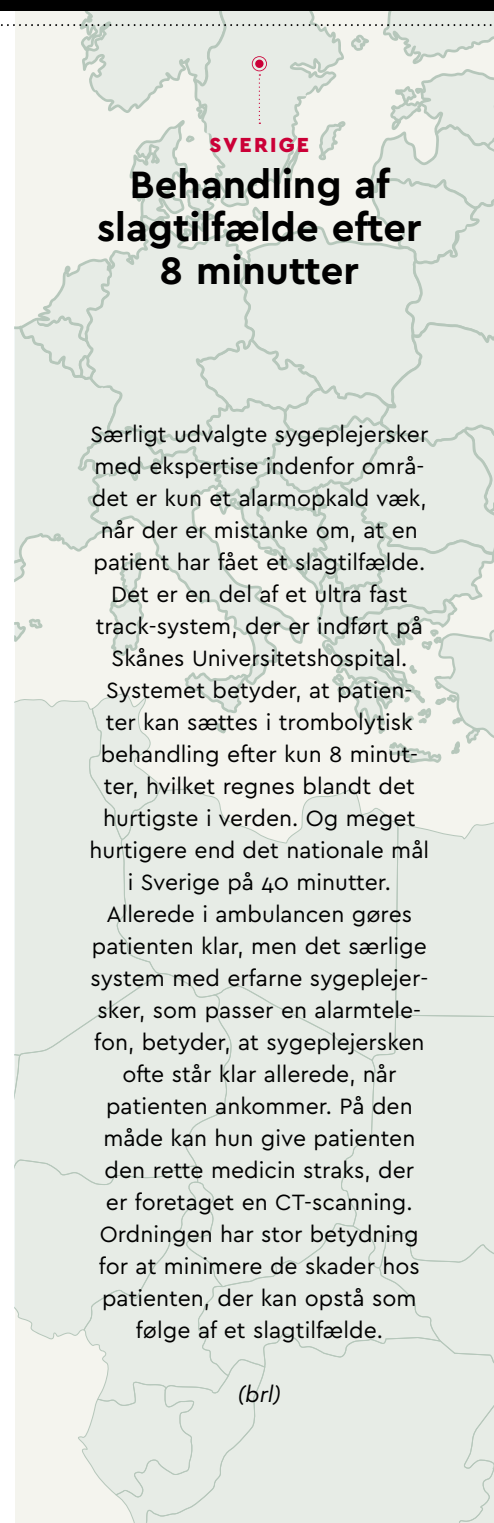
På selvsamme magtliste i Dagens Medicin blev Sophie Hæstorp Andersen udråbt som den 4.-mest magtfulde person i sundhedssektoren. Ulla Astman

blev nummer 10, mens Stephanie Lose, som var ny på listen, fik en 25.-plads.

Ifølge kommunalforsker og lektor på Danmarks Medie- og Journalisthøjskole Roger Buch er der da også stor sandsynlighed for, at det igen bliver en socialdemokrat, som kan sætte sig for bordenden i Danske Regioner, når de fem regionsrådsformænd efter valget skal beslutte, hvem der som formand skal stå i spidsen for organisationen. Han baserer sin antagelse på seneste landsdækkende meningsmåling fra december, der viser, at rød blok i dag står stærkere end ved forrige regionsrådsvalg i 2013.

Kommunalforskeren mener dog, at der er grænser for, hvor stor betydning man skal tillægge netop titlen som formand for Danske Regioner.

”Personer gør selvfølgelig altid en forskel, og nogen er bedre end andre. Det, man skal være god til her, er at forhandle aftaler med regeringen, og det gør man ikke som enkeltperson, men efter at have forberedt sig med regionsrådsformændene og de administrative medarbejdere i regionen. I virkeligheden er det et hold, der forhandler med regeringen,” siger han.



Særligt udvalgte sygeplejersker med ekspertise indenfor området er kun et alarmopkald væk, når der er mistanke om, at en patient har fået et slagtilfælde.

Det er en del af et ultra fast track-system, der er indført på Skånes Universitetshospital. Systemet betyder, at patienter kan sættes i trombolytisk behandling efter kun 8 minutter, hvilket regnes blandt det hurtigste i verden. Og meget hurtigere end det nationale mål i Sverige på 40 minutter.

Allerede i ambulancen gøres patienten klar, men det særlige system med erfarne sygeplejersker, som passer en alarmtelefon, betyder, at sygeplejersken ofte står klar allerede, når patienten ankommer. På den måde kan hun give patienten den rette medicin straks, der er foretaget en CT-scanning. Ordningen har stor betydning for at minimere de skader hos patienten, der kan opstå som følge af et slagtilfælde.

(brl)

Nudg patienten til en sundere livsstil

Små tallerkner i stedet for store. En stor ske i salatskålen og en lille i sovsen. Det er eksempler på nudging, som gør den sunde vej nemmere og de usunde valg mere besværlige. ”Nudging er en metode, som puffer mennesker i retning af at foretage et forudbestemt valg, dog uden at de fratages det frie valg,” skriver klinisk diætist, Lotte

Juul Madsen i artiklen ”Sund vane kan blive den nemme løsning”. Her giver hun en række konkrete eksempler på, hvordan sygeplejersker gennem nudging aktivt kan påvirke og ændre patientens vaner i forhold til f.eks. mængden af mad og slik, der bliver indtaget, og motion. *Læs hele artiklen på www.dsr.dk/fag-og-forskning*

Ekstra millioner til Køges intensivafdeling

Intensivafdelingen på Sjællands Universitetshospital Køge har fået tildelt 12,8 mio. kr. årligt til at forbedre arbejdsforholdene på afdelingen, skriver dr.dk. Det sker efter, at det i august sidste år kom frem, at sygeplejerskerne var så arbejdspressede, at de dagligt måtte sedere patienterne for at kunne gå fra dem for at hjælpe til andre steder på afdelingen.

Styrelsen for Patientsikkerhed oprettede efterfølgende en tilsynssag, som blev afsluttet kort før jul. Den konkluderede, at ledelsen havde handlet kritisabelt. Samtidig frikendte den sygeplejerskerne, som flere gange uden held havde forsøgt at råbe ledelsen op.

”Det er vi rigtig glade for, og det er også rimeligt. De har jo arbejdet ud fra vilkår, som de ikke var skyld i. De har jo også gjort ledelsen opmærksom på problemerne, så ledelsen kunne jo have reageret på det noget før,” siger fællestillidsrepræsentant for sygeplejerskerne Susann Carlsen til DR.

De 12 mio. kr. skal bl.a. bruges til mere personale og en ekstra seng. Pengene tages fra sygehusdriften andre steder på Sjællands Universitetshospital i Køge og Roskilde.

(awi)

Skuffende rapport om lægemangel

Ny rapport har for lidt fokus på, hvordan alle sundhedsfaglige kompetencer kan udnyttes bedre.

Tekst PETER AAGAARD BRIXEN

Et udvalg nedsat af sundhedsministeren er netop kommet med en række anbefalinger om, hvordan der opnås bedre lægedækning i hele Danmark. Rapporten om lægedækningen har været imødeset med spænding – også blandt sygeplejersker. Desværre skuffer den.

”Rapporten fra regeringens lægedækningsudvalg har alt for lidt opmærksomhed på, hvordan alle sundhedsfaglige kompetencer kan udnyttes bedre. Udenlandske erfaringer har vist, at der er et meget stort potentiale i at bruge sygeplejersker i nye funktioner, f.eks. i forhold til kroniske patienter. Her er rapporten helt utilstrækkelig,” siger næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Dorte Steenberg.

Rapporten understreger behovet for en politisk drøftelse af, hvordan man bedst og mest effektivt bringer andre sundhedsprofessionelles kompetencer og ressourcer mere i spil.

”Set fra patientens synsvinkel vil større ansvar og flere opgaver til sygeplejersker give større patient-

tilfredshed, bedre sammenhæng på tværs af afdelinger og over sektorgrænser og skabe bedre helhed i behandlingen,” vurderer Dorte Steenberg.

Hun finder det afgørende, at spørgsmålet om sygeplejerskers rolle og opgaver fastlægges på nationalt niveau, så der kommer en ensartet praksis overalt i Danmark til gavn for alle.

OECD udgav i starten af december sidste år en rapport, som slår fast, at det i Danmark er vigtigt at udvikle sygeplejerskens rolle i det nære sundhedsvæsen. Sygeplejerskernes rolle er i dag i modsætning til de nordiske lande, England og Holland relativt ikke-udviklet. F.eks. slår OECD på tromme for, at de danske sygeplejersker får ordinationsret til visse typer medicin. Det er et ønske, som endnu ikke er indført til trods for, at det er et klart ønske fra stort set alle kommuner, og der er gode erfaringer med det i udlandet.

BEHANDLINGSTESTAMENTE VIL SVIGTE PATIENTERNE

Flere partier på Christiansborg påtænker at indføre et behandlingstestamente for at sikre, at borgernes ønsker om genoplivning bliver respekteret. Dansk Sygeplejeråd advarer mod det politiske initiativ:

”Det er både menneskeligt og sundhedsfagligt problematisk at parkere genoplivning som en sag, der kan klares ved at oprette et testamente. Ønsket om genoplivning er et kompliceret spørgsmål,

som skal tages i dialog med patienten og de pårørende. Men det er i sidste instans en sundhedsfaglig vurdering, om der er et liv efter et hjertestop,” siger formand for Dansk Sygeplejeråd Grete Christensen.

Næstformand for Fagligt Selskab for Palliationssygeplejersker Lisa Nørgaard Lauritsen påpeger, at læger og sygeplejersker har et ansvar for at tage spørgsmålet om genoplivning op med patienterne.

”Jeg oplever i min hverdag ofte et massivt pres fra pårørende og medierne om, at patienterne skal holde modet oppe og kæmpe mod deres sygdom. Men det har den konsekvens, at vi udskyder drøftelsen om døden, som det er vigtigt, at sygeplejersker og læger får taget med patienter og pårørende,” siger Lisa Nørgaard Lauritsen.

(pab)

Kirsten Stallknecht Prisen 2017

Hvem har brudt tavshedskulturen?

Nominér en sygeplejerske, som har vist, at hun eller han kan argumentere for sin sag.

Tekst **JETTE BAGH**, cand.cur., fagredaktør

Hvem skal være den næste på listen over modtagere af Kirsten Stallknecht Prisen? Prisen gives til en eller eventuelt to sygeplejersker, som gennem brug af ytringsfriheden har gjort en indsats for at fremme en sygeplejefaglig sag.

Det er op til dig eller jer at nominere en eller eventuelt to sygeplejersker til Kirsten Stallknecht Prisen. Hvem har sagt til eller fra i fuld offentlighed? Hvem har på overbevisende og sober vis illustreret, at ytringsfriheden er til for at blive brugt?

Se krav, kriterier og deadline i *Sygeplejersken* 2017(1):15.

Tidligere modtagere af Kirsten Stallknecht Prisen

2001: Forstander Thyra Frank, plejehjemmet Lotte, Frederiksberg.

2003: Forstander Robert Olsen, Mændenes Hjem, København.

2005: Sygeplejerske Connie Svit, (død 2011) som arbejdede på medicinsk afdeling i Aarhus.

2007: Sygeplejerskerne Bettina Kølle og Stine Kongsgart Reunert, som arbejdede på medicinske afdelinger i København.

2009: Sundhedsplejerske Lone Kjær Hein, Holstebro.

2011: Sygeplejerskerne Leif Nielsen og Martin Carlson, København.

2013: Prisen ikke uddelt.

2015: Sygeplejerske Lisbeth Wium-Andersen, distriktpsikiatrien, Herning.

Fag& Forskning

Mere nyt fra Fag&Forskning
Du kan finde flere nyheder på dsr.dk/fagogforskning.
Tjek os løbende på mobilen, eller få en daglig nyhedsopdatering direkte i din mailboks.

Identificér vanskelige situationer

Sygeplejestuderendes vejledning i klinisk praksis er ikke altid optimal. Brug af Vindmøllemodellen kan hjælpe studerende og vejleder med i fællesskab at identificere vanskelige situationer på forhånd og dermed gøre det lettere for den studerende at forberede sygeplejen. Det skriver lektor Linda Kragelund i sin peer reviewed artikel på Fag&Forskning, hvori hun gennemgår modellen og giver empiriske eksempler. Læs hele artiklen på www.dsr.dk/fag-og-forskning



Mindfulness Baseret Kognitiv Terapi

Trænerkursus trin 2
Opstart 25.04.2017

Grund- og videreuddannelse i kognitive behandlingsformer
Opstart efterår 2017

2-årig uddannelse i medfølelsesfokuseret terapi
med Paul Gilbert, Deborah Lee og Chris Irons
Inkl. 3 dages retreat
Opstart 19.09.2017

Læs mere på www.kognitivcenterfyn.dk
Målgruppe: Læger, psykologer og tværfagligt personale.

Kontakt: Sekretær Yvonne Wintcentsen,
tlf.tid onsdag 17-19, 5124 0450 eller
yw@kognitivcenterfyn.dk

Bliv Akupunktør

på en af Danmarks mest omfattende akupunkturuddannelser

3 års uddannelse med weekendundervisning.

Skolen har som den eneste i landet flere undervisere, som har en kandidatgrad i kinesisk medicin, fra et europæisk universitet.

Den ene er **Nigel Ching** som også er lærebogsforfatter og international foredragsholder.

Vibeke Bergfors
Skoleleder, akupunktør og sygeplejerske

Nordisk Akupunkturuddannelse
Skolen for akupunktur og kinesisk medicin
Bagsværd. København

www.noakud.dk
Tlf. 20 24 14 37



THE
HYPNO ACADEMY



PROFESSIONELLE UDDANNELSER
Masteruddannelser i NLP, HNLP & hypnose
Coaching & mentoring
Stresskonsulent, virksomhed & ledelse
Salg & kommunikation

HOLDSTART I 2017

*Et af Europa's
BEDST certificerede
allround akademier*



VI TILBYDER
OGSÅ ONLINE
KURSER



THE HYPNO ACADEMY er et Internationalt prisvindende akademi, med mange aktiviteter over hele verden, selvom det er en dansk ejet virksomhed. Vi tilbyder uddannelse og mentoring til erhverv og privat på højt niveau hos os eller hos jer.

WWW.THEHYPNOACADEMY.DK - TLF: 71990204

novo nordisk **fonden**

INVITATION

Sygeplejefaglig Dag 2017

5. april 2017 kl. 9.30-16.30

Novo Nordisk Fonden har i samarbejde med Komite for Sygepleje inviteret en række oplægsholdere, der hver især vil bidrage med en vinkel på årets tema **"Fagligt og tværfagligt forsknings-samarbejde – hvad kan man opnå og hvordan etablerer man et frugtbart samarbejde?"**

Læs mere og tilmeld dig senest 24. marts på www.novonordiskfonden.dk/da/content/symposier-og-events

SILENTIA SKÆRMSYSTEM
Skabt til særlige behov – dine og dine patienters



Silentia Skærmsystem er en patenteret skærmløsning, som bidrager til optimal hygiejne, fleksibilitet og praktisk håndtering.

EasyClean™
Let at rengøre

EasyReturn™
Let at folde sammen og trække ud

EasyClick™
Mobil eller fast monteret

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




THE FUTURE IN PRIVACY & HYGIENE SOLUTIONS
Silentia ApS – Tel: 39 90 85 85 • info@silentia.dk | www.silentia.dk

Kender du et skyggebarn under 19 år?

Et skyggebarn er et barn eller en ung, der lever i skyggen af en søskende eller forælder, som taler om, truer med - og måske har udført - selvmordsforsøg.

Har du ikke den fornødne tid eller de faglige kvalifikationer - så lad NEFOS hjælpe.

NEFOS-rådgivere kan besøge familien og støtte børnene med op til 10 samtaler.

Kontakt NEFOS
på mail: kontakt@nefos.dk
eller pr. telefon 6312 1226

Se mere på www.nefos.dk



Indsatsen gennem 3 år er støttet af Social- og Indenrigsministeriet

LEMPET UDDANNELSESLOFT ER EN STOR SEJR

Regeringen har indgået en ny aftale om at justere uddannelsesloftet, så man kan tage en ny uddannelse efter seks år. En sejr for fornuften, siger Dansk Sygeplejeråds næstformand, Dorte Steenberg.

Tekst **MADS MOSTRUP JENSEN**

Efter massiv kritik fra flere sider har regeringen besluttet at lempe det såkaldte uddannelsesloft. Loftet gjorde det forbudt for studerende, som allerede har afsluttet én uddannelse, at tage en ny uddannelse på samme eller lavere niveau. I praksis betød det f.eks., at en socialrådgiver ikke ville kunne læse til sygeplejerske, hvis hun fik lyst til at skifte spor.

Men i slutningen af januar indgik regeringen en aftale med Dansk Folkeparti og Socialdemokraterne om at lempe uddannelsesloftet, så man også fremover får mulighed for at tage en ny uddannelse. Man må dog først

begynde på den nye uddannelse seks år efter afslutningen af den første.

Dansk Sygeplejeråd har været stærkt kritisk over for uddannelsesloftet gennem hele forløbet, og næstformand Dorte Steenberg er begejstret over lempelsen.

“Det er en stor sejr for fornuften,” siger hun og uddyber:

“Selvfølgelig ville det have været bedre, hvis loftet var blevet helt afskaffet. Men jeg er glad for, at regeringen nu har indset, at det ikke giver mening at stavnsbinde folk til én uddannelse,” siger Dorte Steenberg.



Ekstra brandtilsyn i Holbæk

Massiv overbelægning har medført otte ekstraordinære brandtilsyn på Holbæk Sygehus siden 1. december. Når patienterne ligger på gangene, kan de ikke evakueres hurtigt nok ved en brand. Det medfører i yderste konsekvens, at brandmyndighederne sætter en brandvagt på afdelingen, hvilket skete tre gange i december sidste år. Hospitalets vicedirektør Knut Borch-Jensen forklarer til DR Sjælland overbelægningen med den årlige influenzaepidemi og en lang periode med koldt og fugtigt vejr – noget, som har ramt alle landets sygehuse. Ingen andre hospitaler i regionen har dog haft ekstra brandtilsyn. Ifølge Knut Borch-Jensen skyldes det, at de har bedre muligheder for at udnytte ledige rum til patienter.

(CSO)

Overvejer du at deltage i ICN-kongressen i Barcelona 2017?

Tilmeld dig senest
17. februar
og spar 1.000 kr.

For så skal du være opmærksom på, at tilmelding er billigere før 17. februar. Efter den dato stiger prisen for deltagelse fra 525 euro til 660 euro. Så der er omkring 1.000 kr. at spare på en tidlig tilmelding. Sygeplejersker fra hele verden mødes til ICN's verdenskongres fra 27. maj til 1. juni i Barcelona. Dansk Sygeplejeråd plejer at være flot repræsenteret af medlemmer, der deltager for at udveksle erfaringer og hente inspiration til udvikling af sygeplejen.

Læs mere på temasiden om ICN Barcelona:
<https://dsr.dk/fag-og-forskning/icn-2017-i-barcelona>



Byg videre på din karriere

med en kandidat- eller masteruddannelse

- Kandidat i klinisk sygepleje
- Sundhedsfaglig kandidatuddannelse
- Master i offentlig kvalitet og ledelse
- Master i offentlig ledelse
- Master i rehabilitering
- Master of Public Management



Kom til Åbent hus d. 8. marts
kl. 12-18 på SDU i Odense

Læs mere på sdu.dk/efteruddannelse

HØRT! QUINOA ELLER FORLOREN HARE

Fokus på de traditionelle KRAM-faktorer er malplaceret i forhold til mange af de ældre patienter. Det mener sygeplejerske og cand.cur.-studerende **Jesper Bøgmose Hansen**.

Tekst **BRITT LINDEMANN** · Foto **CLAUS BECH**

Det er ikke alle, der har lyst til at skifte cigaretter, øl og forloren hare ud med gulerodsstænger og quinoa. På det intensive ældrepsykiatriske sengeafsnit, hvor Jesper Bøgmose Hansen har arbejdet i seks år, bliver ældre indlagt med f.eks. depression, mani eller angst. Mange af dem interesserer sig ikke ret meget for kostpyramiden og kondital, selvom kost, rygning, alkohol og motion (KRAM-faktorer, red.) er politisk valgt som forebyggende indsatspunkter imod overdødelighed blandt ældre. De bekymrer sig om ensomheden efter udskrivelse, og/eller hvordan de skal finde rundt i deres medicin. Det oplever sygeplejerske Jesper Bøgmose Hansen ofte, når han taler med ældre patienter.

”Hvis vi ensidigt fokuserer på KRAM, overser vi andre faktorer, der er medvirkende til et godt ældre liv. Et slag billard er måske sundhed for Hr. Pedersen, for alternativet er, at han sidder derhjemme alene,” siger han om baggrunden for at skrive et debatindlæg bragt i Weekendavisen.

Jesper Bøgmose Hansen anser det for oplagt, at ældre patienter ikke skal vurderes ud fra de samme standarder,



Hvorfor er det ikke sundhed at tage sine børnebørn med på legepladsen?



som selv mange unge har svært ved at leve op til. I stedet skal man se på, hvordan deres aktiviteter og valg bidrager til den samlede livskvalitet.

”Hvorfor er det ikke sundhed at tage sine børnebørn med på legepladsen og mærke solen og vinden i ansigtet? Hvis man er glad, så får man det bedre, det er jeg sikker på,” mener Jesper Bøgmose Hansen.

Forloren hare slår quinoa

Hvis man har levet et helt liv med forloren hare, pilsnere og cigarer som brændstof, så er det de færreste, der har lyst til at lægge det på hylden, når de når til livets sidste år, pointerer Jesper Bøgmose Hansen:

”De har hørt det hele før og har ikke lyst til at leve af quinoa og grøn salat. Er det ikke okay, de siger fra og lever deres eget liv?”

En tjekliste med et antal af krydser siger ikke meget om, hvordan patienten virkelig har det.

”Jeg vil gerne rejse en kritik af den politiske tænkning, der handler om at måle på en hel masse fastlagte parametre. Fokus er alt for snævert, og vi gør det ikke for de ældres skyld. Vi gør det, fordi de skal passes ind i et sundhedsideal. Den tid bruger vi bedre på at gøre dem trygge inden udskrivelsen eller erkende, hvad der reelt giver dem livskvalitet,” siger Jesper Bøgmose Hansen. ●

”De har hørt det hele før og har ikke lyst til at leve af quinoa og grøn salat. Er det ikke okay, de siger fra og lever deres eget liv?,” spørger Jesper Bøgmose Hansen de ansvarlige, der prøver at passe alle ind i samme KRAM.

Psykiatri⁺

Plus



Psykiatri Plus for mennesker og samfund. Professionelt og med respekt og omsorg sikrer vi en faglig og dynamisk stræben efter det ekstra plus, der giver den bedste livskvalitet.



- + Kortere og længere skærpningsopgaver af borgere med demens og udadreagerende adfærd.
- + Akut vikarservice til demens og pleje i hele Danmark.
- + Teams sammensættes i forhold til opgaven og den enkelte borger.
- + Respekt og omsorg giver tryghed, ro og forudsigelighed



- + Aflastnings- og vurderingsophold på egne bo- og behandlingscentre.
- + Vi løser opgaver i private hjem, på plejecentre og sygehuse.
- + Opgavebeskrivelse udarbejdes i et samarbejde.
- + Opfølgning og statusmøder afholdes efter aftale.

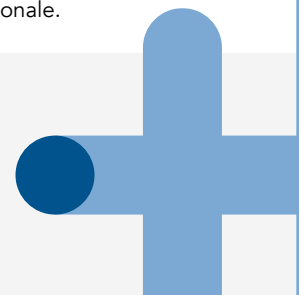


- + Vikarer med solid erfaring fra psykiatrien og plejesektoren.
- + Minimum 2 års erfaring.
- + Landsdækkende med mange hundrede vikarer.
- + Indsigt i konflikthåndtering ift. pårørende og personale.
- + Vejledning og faglig sparring til det faste personale.



KONTAKT OS ALLE UGENS DAGE FRA 06 TIL 20
Tlf. 70 210 211

TILMELDING TIL NYHEDSBREV OG INFO
www.psykiatriplus.dk



Sygepleje er den nye ekstremsport

Sygeplejersker over hele landet løber stærkt. Men spørgsmålet er, om det er udtryk for en ny ekstremsport, eller er det nedskæringer, der kan have en dødelig udgang? Hvad sker der, hvis man pludselig taler om at løbe for stærkt?

Tekst **BRITT LINDEMANN**
Illustration **JØRN VILLUMSEN**

Efter en enkelt dags praktik som sygeplejerske på Hvidovre Hospital i slutningen af 2016 skrev Mette Frederiksen (S) på Facebook: "De løber stærkt. Tempoet er højt, og da mange flere patienter i dag udskrives tidligere, så er dem, der er indlagt på sygehuset, også ofte meget plejkrævende. De ansatte løber stærkt."

Og hun er ikke den eneste. Hver dag kan man finde journalister, sygeplejersker, pårørende, patienter og politikere, der skriver eller siger, at sygeplejerskerne "løber stærkt". På sygeplejerskeskolerne i 1970'erne fik eleverne at vide, at man ikke måtte løbe på gangene, bl.a. fordi det stresser patienterne. Virkeligheden er helt anderledes i dag, hvor "løbe stærkt" bruges som anerkendelse.

"Når man bruger udtrykket "at løbe stærkt", så vælger man nogle positive ladninger i et samfund, hvor Facebook flyder med opdateringer om, hvor langt man har løbet i dag, og hvilken ironi man er på vej til. Hvis bare man er fit nok, så er det ikke noget problem," fastslår kommunikationsrådgiver Anne Katrine Lund.

Så når Mette Frederiksen skriver, at sygeplejerskerne løber stærkt, så bruger hun det ifølge Anne Katrine Lund

ikke til at kritisere forholdene, og hun er påpasselig med ikke at skrive, at de løber FOR stærkt.

"Hvis hun havde skrevet, at de løb for stærkt eller halsede rundt, så ville man opfatte det som et usundt tempo, men at løbe stærkt, det vil vi alle sammen gerne, så vi kan leve op til idealerne," siger hun.

Hvis man løber for stærkt, så dør patienterne

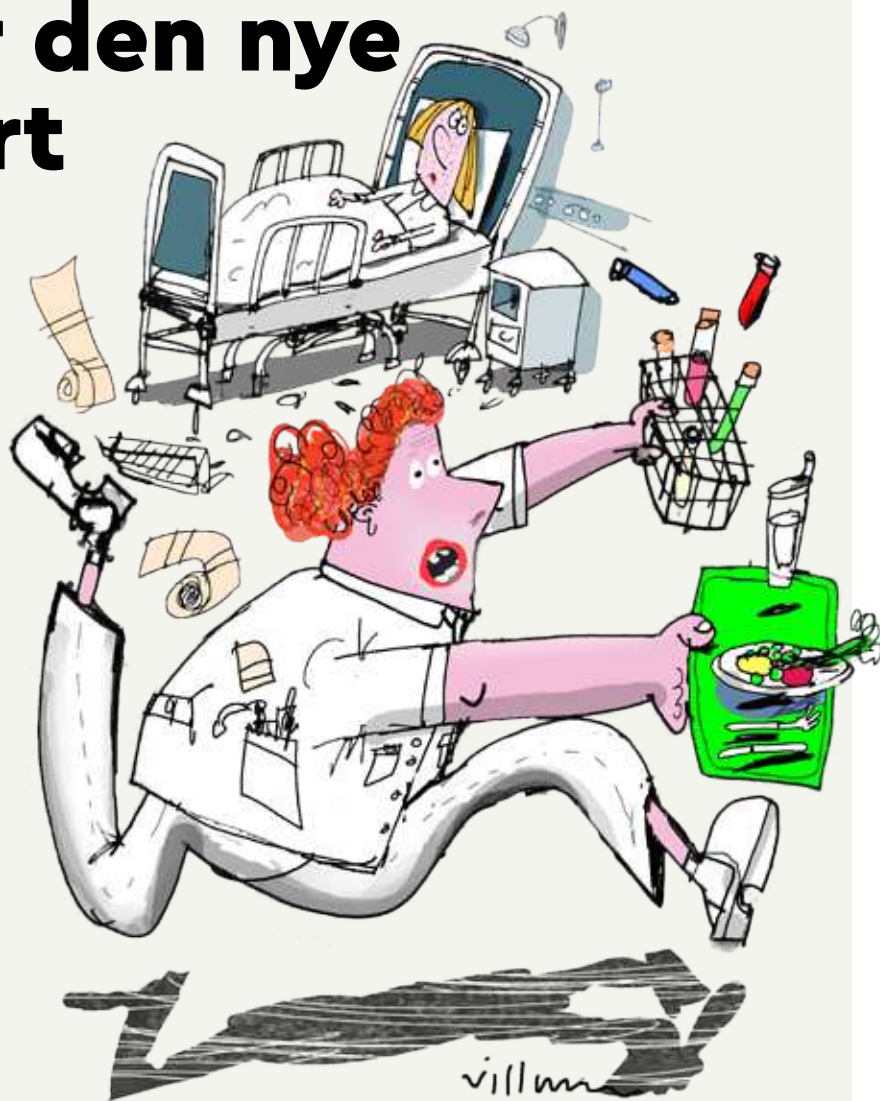
Det er ikke et tilfælde, at sygeplejerskers arbejdsvilkår bliver italesat med en sportsmetafor. Så kommer det hele nemlig til at lyde lidt mere uskadeligt og giver billeder på nethinden af sygeplejersker i hvide kitler og farverige

løbesko. Christian Kock, professor i retorik ved Københavns Universitet, er ikke i tvivl om, at der er flere meter i at tale om at løbe.

"Når man siger, at de løber stærkt, så køber man præmissen om, at man godt kan løbe stærkere, ligesom i sport."

Christian Kock har også et godt bud på, hvorfor der ikke er mange, der tør sige, at der bliver løbet for stærkt:

"For hvis det er tilfældet, så er der patienter, der dør, som ellers ville være overlevet. Det er farligt for politikerne at indrømme, fordi de så enten stiller sig selv i position til konfrontation med det nuværende system, eller fordi pølsen peger tilbage på dem selv." ●



VEJEN VÆK FRA



En vigtig del af den psykiatriske succes i Esbjerg er beroligende hjælpemidler, blandt andet denne sensi-stol, der omslutter patienten som et kærligt favntag. Her afprøvet af sygeplejerske Anette Mygind Larsen, flankeret af kollegaen Maiken Drachmann.



Mens psykiatrien kæmper med at opfylde det politiske mål om at halvere brugen af tvang frem mod 2020, så har man flere steder i landet allerede indfriet målet. I Ballerup har man reduceret brugen af bæltefikseringer med 96 pct., og på retspsykiatrisk afsnit SL8 i Slagelse har man ikke haft bælte fremme de seneste tre år. Respekt, forståelse og inddragelse af patienterne er nogle af kodeordene, siger både sygeplejersker og patienter. Og resultaterne sætter spørgsmålstegn ved, hvor ofte tvang egentlig er tvingende nødvendigt.

Tekst ANNE WITTHØFFT
Foto MICHAEL DROST-HANSEN

NYE
MÅDER AT SE
PÅ PATIENTERNE PÅ

BRINGER TVANG NED-

Projekter i hele landet viser, at det er muligt at nedbringe tvang både hurtigere og med mere end de 50 pct., som Danske Regioner og staten har sat som mål for 2020. Det sker først og fremmest med en anden tilgang til patienterne.

Tekst ANNE WITTHØFFT
Foto MICHAEL DROST-HANSEN

En gang kunne en dør, der blev knaldet hårdt i, eller en kaffekop, der røg gennem luften, være nok til, at patienterne blev bæltefikseret eller fik akut beroligende medicin. Sådan er det ikke længere. I hvert fald ikke i Ballerup, Slagelse og Esbjerg.

Her har målrettede projekter med fokus på at reducere tvang i psykiatrien allerede fået brugen af både tvangsfikseringer og anden tvang til at falde med langt mere end de 50 pct., som et bredt flertal i Folketinget har vedtaget som mål for psykiatrien i 2020.

Målet blev formuleret på baggrund af den eskalerende brug af tvang over for psykiatriske patienter op gennem 00'erne - trods politiske handleplaner og faglige indsatser. I 2013 nåede antallet af bæltefikseringer over 48 timer sit højeste nogensinde. Og lige præcis de



Nogle patienter beskriver det ligefrem som tortur eller straf.

Sygeplejerske og lektor i retspsykiatri
FREDERIK ALKIER GILDBERG.

langvarige bæltefikseringer er flere gange blevet stærkt kritiseret af Europarådets Torturkomité og kaldt for "mishandling af patienterne".

Tvang kan være tortur

"Det at blive udsat for tvang tramper på nogle helt grundlæggende værdier, og det er et fantastisk stort indgreb i ethvert menneskes autonomi," siger sygeplejerske og lektor i retspsykiatri Frederik Alkier Gildberg, der er daglig leder af Center for Psykiatrisk Sygepleje- og sundhedsforskning (CPS).

"Nogle patienter beskriver det ligefrem som tortur eller straf. Ligesom det for nogle kan forværre traumer, hvis man tidligere har været udsat for overgreb," siger han.

"Og så er der jo den fysiske del, at bæltefikseringer immobiliserer patienterne og giver risiko for alt fra blodprop i benet til dårlig respiration," siger han og påpeger, at der ingen terapeutisk effekt er ved fikseringen. "Det eneste, fiksering gør, er at stoppe et menneske, som er til fare for sig selv eller andre, og det er det eneste grundlag, vi har for at bruge tvang."

Sygeplejerske og ph.d.-studerende Ellen Boldrup Tingleff har foretaget et internationalt litteraturstudie af psykiatriske patienters opfattelse af fire udvalgte typer af tvang. Gennemgangen viser, at

patienterne overvejende oplever magtesløshed, ydmygelse, vrede, angst, skyld og skam, når de bliver udsat for tvang. Der er også positive erfaringer, om end i noget mindre grad. Men det, der ifølge Ellen Boldrup Tingleff, har størst betydning for patienterne, er interaktionen og kommunikationen med personalet, både før, under og efter tvang.

"F.eks. kan der efter tvangen, være en oplevelse af mistillid til det personale, der har udsat patienten for tvang, og en manglende tro på, at det er en god idé at udtrykke sine tanker, ønsker og behov," siger Ellen Boldrup Tingleff.

Gå-snakke-ture hjælper

En af de patienter, der har været udsat for langvarig bæltefiksering, er sygeplejerske Lisbeth Dorch Nielsen. Da en bilulykke for 10 år siden gjorde hende ude af stand til at passe sit job, røg hun ind i en langvarig depression med efterfølgende selvmordsforsøg og blev indlagt på en lukket afdeling. Siden har hun været indlagt så mange gange, at hun ikke har tal på det. Og hun har været udsat for alle former for tvang, fra tvangsendlæggelse til langvarige bæltefikseringer og tvangsmedicinering. Hun oplever, at der er sket store forbedringer i psykiatrien de seneste to år, og at der i dag skal mere til, før man kommer i bælte, ligesom man i dag også kommer hurtigere ud af bæltet.

"Den første gang, jeg blev bæltefikseret, var, fordi jeg ville stikke af, så jeg kunne slå mig selv ihjel. Jeg ville ud i haven, hoppe over hegnet og stikke af. Så førte de mig ind på mit værelse, men jeg ville bare ud. Jeg gik tæt på dem og gentog, at jeg ville ud. De sagde, at jeg havde opført mig truende, og så kom jeg i bælte et døgn tid. To gange har jeg ligget i bælte i en hel uge, fordi jeg ville skære mig, rive mig og stikke af," siger Lisbeth Dorch Nielsen.

"Det er meget ydmygende at være spændt fast og få tvangsmedicin, når de hiver ned i bukserne for at give det i ballen. Og når man ligger der i bæltet og ikke kan gøre noget," siger Lisbeth Dorch Nielsen.

Alligevel kan hun, selv om det skete mod hendes vilje, til dels godt forstå, hvorfor hun er blevet både bæltefikseret, tvangsmedicineret og tvangsendlagt.

"Når jeg skader mig selv ved at banke mit hoved imod væggen, kan jeg godt forstå, at personalet har svært ved bare at se på. Og jeg er også selv ambivalent omkring det, for jeg kan jo få en alvorlig hjerneskade," siger hun.

"I løbet af de seneste to år er der sket en milevid forskel. Og det er fedt at se og mærke på egen krop," siger hun. "Det har hjulpet at lave kædeanalyser, hvor man kigger på, hvordan handlinger, tanker og følelser hænger sammen ned i de små detaljer, og så kan man se, hvornår jeg begynder at



Det er meget ydmygende at være spændt fast og få tvangsmedicin, når de hiver ned i bukserne og giver det i ballen.

Sygeplejerske og psykiatrisk patient **LISBETH DORCH NIELSEN.**

viser tegn på, at jeg får det skidt og begynder at selvskade,” siger Lisbeth Dorch Nielsen, for hvem især massagestolene og gå-snakke-turene med personalet gør, at hun i højere grad undgår at komme ud i situationer, der ender med tvang.

Opskrift på en succes

På landsplan er antallet af personer, som bæltefikseres, i gennemsnit faldet med ca.10 pct. årligt, hvis man holder det op

imod udgangspunktet fra 2011-2013. Det viser tal fra Sundhedsstyrelsen, som halv-årligt monitorerer brugen af tvang. Antallet af bæltefikseringstimer i mere end 48 timer er i den seneste opgørelsesperiode fra juli 2015 til juli 2016 faldet med 40 pct. Til gengæld er antallet af fastholdelser steget årligt, ligesom tvangsmedicinering ifølge Sundhedsstyrelsens rapport i nogle tilfælde ser ud til at have afløst anden tvang.

I Ballerup har Projekt Bæltefrit Center reduceret brugen af bæltefikseringer med 96 pct. – fra 329 bæltefikseringer i 2013 til 13 bæltefikseringer i 2016. Og den 27. januar i år kunne projektet fejre 100 dage uden bæltefikseringer. Dertil kommer, at det ikke er sket på bekostning af andre tvangsforanstaltninger. Brugen af akut beroligende medicin med tvang og fastholdelserne er ikke steget. Tilmed er varigheden af fastholdelserne nedadgående, og det samme er antallet af arbejdsskader – især de mere alvorlige af slagsen.

De to væsentligste årsager til succesen skal ifølge projektleder på Bæltefrit Center, Eva Ørsted Sery, findes i ledelsen og de kulturændringer, personalet har skabt.

”Det handler meget om relationerne mellem medarbejdere og patienter og også om at mindske medarbejderusikkerheden, ved at personalet får nogle positive erfaringer med at sætte noget andet i stedet for bæltefikseringerne,” siger Eva Ørsted Sery.

”Det er ikke omkostningsfrit. For det kræver meget af fagligheden især i forhold til at skulle rumme meget forpinte patienter, der kan være voldsomme og udadreagerende,” siger Eva Ørsted Sery. Hun fortæller, at alle medarbejdere har

fået en kognitiv efteruddannelse bl.a. i metoder til konfliktforebyggelse og deeskalering. På Ballerup har man også lært meget af at evaluere hver enkelt bæltefiksering.

”På den måde holder vi fokus på kulturen og får talt om, hvad vi kan gøre anderledes, og det viser sig ofte, at vi kunne have gjort noget andet,” siger hun.

Og det giver rigtig god mening at have fokus på relationen mellem personale og patienterne, mener sygeplejerske og lektor i retspsykiatri, Frederik Alkier Gildberg:

”Tvang kan opstå på grund af konflikter mellem personale og patienter. Det kan være, at Jørgen har lyst til at danse nøgen rundt på

afdelingen, men det vurderer personalet er grænseoverskridende for de andre patienter og stopper ham, mens det for Jørgen opleves som en indskrænkning af hans frihed, hvorfor han selvfølgelig bliver vred,” siger Frederik Alkier Gildberg, som også peger på, at der kan være andre faktorer, der kan være med til at øge konflikterne og dermed sandsynligheden for tvang, f.eks. de fysiske rammer, stofmisbrug, meget dårlige patienter eller antallet af personale pr. patient.

Eva Ørsted Sery peger på, at ledelsen også er afgørende for at nedbringe tvang.

”Man skal først og fremmest have en ledelse og en organisation, der hele tiden holder fokus på det og vil det,” siger hun og peger på, at det også har handlet om at skabe en tro på, at der er en anden vej end tvang.

Og så handler det om at turde sætte nogle helt konkrete og ambitiøse mål.

”Da jeg startede i 2015, var bæltefikseringerne allerede blevet reduceret fra 329 i 2013 til 85 i 2014. Og vi satte os et mål om 50 bæltefikseringer året efter. Der var nogle ansatte, der sagde, at det var helt umuligt. Men med en fælles indsats nåede vi ned på 32,” siger hun.

Psykiatrien er klemt

Men det er ikke alle steder, at det går lige så godt med at nedbringe tvangen som i Ballerup.

Generelt er psykiatrien på flere måder klemt af bl.a. et voksende antal psykiatriske patienter, et stigende antal tvangsindlæggelser og mangel på psykiatriske speciallæger. Og det er i den virkelighed, at medarbejderne i psykiatrien skal nedbringe brugen af tvang. I december sidste år advarede den samlede personalegruppe på Psykiatrisk Hospital i Risskov ved Aarhus om patienter, der blev endnu mere syge, når de ventede i flere dage på at få en sengeplads, patienter, der blev udskrevet for tidligt, om flere selvmord blandt patienterne og overfald på personalet. Ifølge medarbejderne var det ikke muligt at forebygge og arbejde med nedbringelse af tvang under de forhold.

Claus Graversen er medlem af Sundhedsstyrelsens Task Force, som overvåger udviklingen af brugen af tvang, og er desuden sygeplejefaglig direktør i Region Midtjylland. Det ærgrer ham, at brugen af tvang i Region Midtjylland er steget det seneste halve år. Og han har svært ved at pege på årsagen, som han mener kan skyldes, at gruppen af patienter, der udsættes for tvang, er så lille, at en enkelt svær patient eller to kan få statistikkerne til at se meget forskellige ud.

”Vi hører også fra personalet rundt omkring, at det er svært, at der er nogle situationer på afdelingerne, som er meget voldsomme, hvor de er nødt til at reagere på et splitsekund. Nogle gange kommer patienterne ind iført håndjern eskorteret af to eller fire betjente, og så er det svært. Det er den dagligdag, personalet befinder sig i,” siger han.

Tvang: Det siger loven

Tvangsindlæggelse og tilbageholdelse kan ske, hvis patienten er til fare for sig selv eller andre. Eller hvis patienten er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der ligestilles hermed, og det vil være uforvarsligt ikke at frihedsberøve den pågældende, fordi udsigten til helbredelse eller en bedring af tilstanden ellers vil blive væsentligt forringet.

Tvang må ikke benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt, for at opnå patientens frivillige medvirken. Når forholdene tillader det, skal patienten have en passende betænkningstid.

Tvangsbehandling må kun anvendes over for personer, der opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse.

Mindste-middel-princippet tilsiger, at man skal vælge de mindst indgribende løsninger for tvang. Og at tvangen skal stå i rimeligt forhold til det, man ønsker at opnå.

Afgørelse af tvang træffes af overlægen.

Og selv om det lyder besnærende, kan man ifølge Graversen ikke bare uden videre overføre erfaringerne fra Ballerup til Midtjylland.

”Det er forskellige vilkår, der gør sig gældende de forskellige steder. Selvfølgelig arbejder vi med at blive inspireret af hinanden også på tværs af regionerne. Men lige nu er vi bl.a. ved at bygge et nyt psykiatrisk center i Aarhus, der er designet til at mindske mængden af narkotika, der bliver kastet over hækken, hvilket er et stort problem p.t.,” siger han.

Der er en grænse

I Ballerup bliver man af og til mødt af spørgsmålet om, hvordan man ved, hvornår grænsen for, hvornår man ikke kan komme uden om at tvangsfiksere en patient, er nået.

”Og der har vi nok en langt højere tærskel for, hvornår vi mener, en patient er til fare for sig selv eller andre eller bare er vred og måske berettiget vred,” siger hun, som dog også mener, at man skal passe på, at man ikke går over i den anden grøft.

”Jeg kan også se, at vores egne grænser har flyttet sig meget. Og der skal man selvfølgelig også passe på, man ikke kommer for langt ind over grænsen, så det går ud over medarbejdere og patienters sikkerhed,” siger hun.

Hvor langt ned kan man komme?

”Jeg tror ikke, at man kan komme helt ned på nul. For der er jo ekstreme situationer, der handler om liv eller død. Og hvis man ser på, hvem der er i den gruppe, der stadig bliver bæltefikseret, så er det ofte nogle mennesker, der er meget forpinte, psykotiske, udadreagerende, og som måske også har et misbrug,” siger hun.

Lektor i retspsykiatri og sygeplejerske Frederik Alkier Gildberg tror heller ikke på, at tvang kan afskaffes i den allernærmeste fremtid:

”På nuværende tidspunkt tror jeg ikke, at vi kan afskaffe tvang. Men vi skal blive meget bedre til at støtte patienter i hurtigst muligt at komme ud af bæltet. Og vi skal arbejde med det relationelle, konflikthåndtering og med, hvordan man kan forebygge tvang.” ☉

PATIENTEN SOM PARTNER

På retspsykiatrisk afsnit SL8 i Slagelse føres der statistik over tidlige tegn på aggression. Man ønsker at se patienten som en partner og arbejder for, at intet holdes hemmeligt for patienten. Afsnittet har i tre år fungeret uden bæltefikseringer.

Tekst ANNETTE HAGERUP · Foto SCANPIX

Mandag morgen, klokken er 10, og konferencen på SL8 på Psykiatrihospitalet i Slagelse går i gang.

For enden af det rektangulære bord sidder ham, det hele handler om i dag. Den midaldrende mand, som er tvangsansbragt med en dom for særlig personfarlig kriminalitet. Hans psykiatriske diagnose lyder på paranoid psykose.

Der er en særlig grund til, at netop han sidder for bordenden med let adgang til udgangsdøren.

På afsnit SL8 arbejder man med respekt for den enkelte, og hvis han føler, det hele bliver for meget, skal han have mulighed for at trække sig.

Filosofien er, at respekt og lydhørhed dæmper aggressioner. Patienten er en partner, der skal tages med på råd. Og filosofien virker.

Siden afsnittet i 2014 indførte princippet OpgaveStyret Retspsykiatri, har man ikke haft behov for at benytte bæltefiksering.

Afdelingen, som indtil for et år siden var et åbent retspsykiatrisk afsnit i Nykøbing Sjælland, flyttede i november 2015 med hele retspsykiatrien til Region Sjællands nybyggede psykiatrisygehus i Slagelse. Afsnittet har 14 pladser og rummer både patienter, som selv kan administrere udgang, og patienter, der absolut ikke må forlade stedet.

"I retspsykiatrien har man altid arbejdet ud fra tesen om, at behandlingen skal

modvirke tilbagefald. Hvis vi ukritisk sender dette mål videre til patienten, beder vi altså patienten om at arbejde mod et mål, der handler om at undgå noget. Men hjernen har svært ved at operere med et mål, der er negativt formuleret," fortæller afdelingens psykolog Steen Nath Skadhede.

"Vi må i stedet etablere et positivt mål, patienten kan stræbe efter.

Hvis det her mål giver mening for mig, og jeg kan opnå det gennem behandlingen her på stedet, stiller jeg mig som patient også mere positivt til behandlernes forslag."

Steen Nath Skadhede står sammen med afdelingssygeplejerske Jesper Skovgaard Gaasedal bag systemet OpgaveStyret Retspsykiatri, OS, som er det koncept, afdelingen stadig arbejder efter i dag.

Psykomestring

Et af hovedprincipperne i OpgaveStyret Retspsykiatri er fokus på psykomestring.

Patienten skal først og fremmest forstå sin psykiske lidelse. Han skal forstå de tidlige advarselssignaler, så en forværring kan forebygges. Og endelig skal det slås fast, at man altid er mere end sin sygdom.

Man er ikke skizofren. Man har en psykisk lidelse, som f.eks. kan være skizofreni. De egenskaber, man i øvrigt besidder, skal man så benytte til at kompensere for sin sygdom og dens følgevirkninger.

Alle patienter, der indlægges på SL8 i Slagelse, bliver tilbudt psykoedukation,

Princippet i OpgaveStyret Retspsykiatri, OS

Alle opgaver skal løses i samarbejde med den enkelte patient.
Alle tiltag SKAL skabe værdi for patienten.

OS har aktuelt fire pejlemærker:

1. **SOCIAL KAPITAL** (trivsel for alle)
2. **SAFEGARDS** (sikkerhed for alle)
3. **EMPOWERMENT** (øget myndiggørelse af den enkelte patient)
4. **PSYKOMESTRING** (patientperspektivet i fokus)

I lighed med psykiatriske afdelinger landet over benytter man sig også på SL8 af det norske scoringssystem, Bruset Violent Checklist, BVC.

Men som noget nyt har man systematiseret data og fører dagsaktuel statistik over hver enkelt patient. Patientens aktuelle score mht. irritabilitet, støjende adfærd, kasten rundt med ting, verbale eller fysiske trusler kan til enhver tid ses på en digital touchskærm.

hvor patienterne enten i grupper eller enkeltvis får en indføring i deres sygdom og dens symptomer. Målet er at lære patienten de strategier, der gør det muligt at håndtere en hverdag med alvorlig psykisk sygdom.

Herudover har man Livsfortællingsværkstedet, hvor der er vandtætte skotter mod den psykiatriske problematik.

Steen Nath Skadhede fortæller med et smil, at processen bliver styret benhårdt. ”Her skal det kun handle om de positive ting i deres liv. Vi ser sammen på tiden, før de blev syge. På de perioder i deres liv, hvor det er gået godt. De er allesammen mennesker med en masse oplevelser og livserfaring.

Det er gennem den snak, de får øje på deres glemte ressourcer. Vi løfter ved fælles hjælp patientens selvopfattelse, og med psykomestring får vi et mål, som patienten kan stræbe efter,” siger Steen Nath Skadhede.

Udgangspunktet for behandlingen er, at patienterne er her mod deres vilje. Anbragt af en statslig myndighed, oftest fordi de har lavet personfarlig kriminalitet. Og af hensyn til samfundets retsfølelse kan man ikke udskrive dem, selvom deres psykiske lidelse måske skønnes at være så velbehandlet, at de rent lægefagligt kunne udskrives.

Der arbejdes målrettet på rehabilitering for alle patienter, hvor begrænsede deres ressourcer end kan synes, eller hvor invaliderende sygdommen har været. Patienterne er en del af samfundet.

Transparens

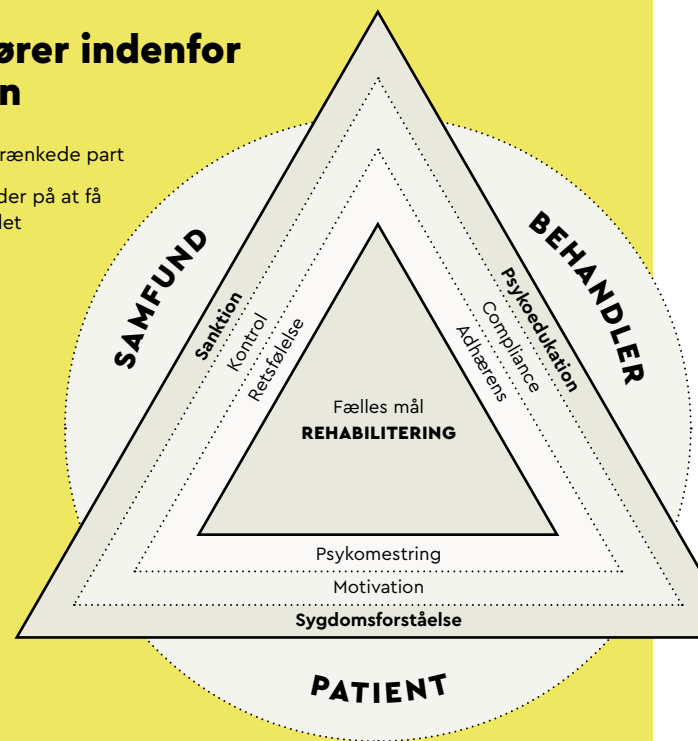
Behandlingen på SL8 bygger på gennemgribende gennemsigtighed.

Der er tre aktører indenfor retspsykiatrien

SAMFUNDET – som er den krænkede part

BEHANDLEREN – som arbejder på at få patienten tilbage til samfundet

PATIENTEN – som har en psykiatrisk diagnose og er idømt behandling.



Hvis vi kort vender tilbage til mandagens konference, oplever vi, at der er god tid til at høre den midaldrende mands udsagn. Det er tydeligt, at han har forberedt sig længe og glædet sig til muligheden for at komme til orde om sin egen situation og behandling.

Han har flere alvorlige voldssager bag sig. Siden engang i 1980'erne har han enten siddet i fængsel eller levet sit liv på lukket afdeling – kun afbrudt af kortere perioder med udgang.

Han har en stor oplevelse af at være uretfærdigt behandlet og kommer let i konflikt med personalet.

Det er netop derfor, at åbenhed og medinddragelse er så vigtigt, fortæller psykiatrisk sygeplejerske Tine Pedersen.

”Idet vi er åbne om, hvad vi gør, sænker vi det paranoide beredskab. Der er ikke noget, der er hemmeligt eller foregår bag hans ryg, og det øger tilliden til os som personale,” fortæller Tine Pedersen.

De sidste rester af autonomi

På konferencen gennemgås patientens behandlingsplan, plejeplan og ugeplan. Ethvert optræk til aggression er registreret elektronisk, og statistikken over evt. episoder bruges som udgangspunkt for en snak om, hvordan patienten har det her og nu.

”Vi siger ikke direkte til patienterne, at de er farlige. Vi siger derimod: Skal vi ikke sammen arbejde på, at du ikke kommer i risiko igen. Patienterne ved, at de bliver nægtet udgang, hvis deres score er for høj, og de er tilfredse med at få mulighed for at tøjle deres aggressioner i opløbet,” fortæller Tine Pedersen.

En gylden regel på SL8 er, at man aldrig giver en afvisning uden en anvisning.

”Man skal huske på, at alt er taget fra dem. Vi dikterer spisetider, sovnetider, udgang. Alt,” siger Tine Pedersen.

”Vi tror på, det nedsætter konfliktniveauet, hvis vi værner om de små rester af autonomi, de har tilbage.” ●



MÅSKE ER DER OGSÅ

NOGET I VEJEN

MED SYSTEMET

I august sidste år blev 38-årige Malene for første gang udsat for tvang, da hun blev indlagt på en psykiatrisk afdeling mod sin vilje. Her fortæller hun om den dag, da hendes selvbestemmelse blev taget fra hende, og om de konsekvenser, det har haft senere hen.

Tekst ANNE WITTHØFFT
Foto CLAUS BECH

Malene har en ulv tatoveret på sin højre underarm. Den ledsages af teksten: "En vild ulv kan ej tæmmes" – og er en påmindelse til hende selv om at holde fast i sin egen vilje.

”Første gang jeg blev indlagt på en psykiatrisk afdeling, var i 2011 efter en akut belastningsreaktion forårsaget af mit arbejde. Jeg følte, at hele min verden var ved at falde fra hinanden, og jeg havde brug for hjælp. Siden har jeg været indlagt ca. en gang om året. Indtil august sidste år skete det altid frivilligt.

Den dag var jeg mødt op til min aftale på psykiatrisk ambulatorium kl. 14. Jeg var depressiv og havde selvmordstanker. Og jeg havde ikke taget min medicin regelmæssigt. Samtidig var jeg fast besluttet på, at jeg ikke ville indlægges, fordi jeg havde haft en dårlig oplevelse med en læge under den forrige indlæggelse.

Min læge mente, at jeg var selvmordstruet. Men jeg mente ikke, at det var derude, jeg var. Men ligegyldigt hvad jeg sagde, blev det vendt om og sygeliggjort. Og ret hurtigt kunne jeg mærke, at ligegyldigt hvad jeg sagde, så ville jeg blive indlagt. Kl. 14.23 blev min mand ringet op med besked om, at jeg var blevet tvangsindlagt. Der var højest gået 20 minutter, fra jeg kom ind til lægen.

Panik

Mens jeg ventede på den fysiske undersøgelse, man skal have, inden man kan blive sluset over på den lukkede afdeling, blev jeg flere gange bebrejdet - både af plejepersonalet og af den politimand, der skal ledsage mig fordi jeg skal tvangsindlægges. Bebrejdet for at jeg ikke er gået med til en frivillig indlæggelse og for at have selvmordstanker, når jeg har to drenge på 7 og 10. Hvordan kan du være det bekendt, lyder det flere gange? I forvejen har jeg skyldfølelse og selvbebrejdelser én masse. Og jeg føler mig uværdig, beskidt og magtesløs og som det værste menneske i hele verden. Jeg føler, at jeg er en dårlig mor. Og det at der er en politimand tilstede får mig til at føle, at jeg er kriminel.

På intet tidspunkt i løbet af de første 15 timer blev jeg informeret om, hvad det betyder at være tvangsindlagt, og hvad der skal ske. Da jeg kom ned på afdelingen, blev jeg efterladt med mine egne tanker. Normalt lider jeg ikke af angst, men den nat var jeg angst og har også været det efterfølgende. Min hjerne forestillede sig alt muligt. Jeg tænkte, at når de kan finde på at indlægge mig imod min vilje, kan de finde på hvad som helst. Jeg er bange for, at jeg kan blive tvangsmediceret eller få tvangselektrochok. Jeg er fuldstændig rædselsslagen. Og jeg tør ikke fortælle nogen om de tanker, jeg har, for jeg er bange for, at jeg ville blive udsat for yderligere tvang.

Den manglende dialog og det, at de ikke lytter til mig og respekterer mit ønske, gør, at jeg får lyst til at modarbejde dem. Nægte. Stikke af. Begå selvmord. Lade være med at spise. Det er en helt basal form for selvoverlevelse. Jeg føler mig som en lille fugl, der nok skal finde en sprække. I kontrollerer mig, men jeg



Det hele gik alt for stærkt, og jeg fik ikke lov til at tænke mig om, så jeg kunne indgå et kompromis.

kontrollerer også noget selv, f.eks. hvad jeg spiser og tænker.

Efter

Efter jeg er blevet udskrevet har jeg flere gange drømt, at jeg befinder mig i et rum uden vinduer og døre, som jeg ikke kan komme ud af.

Derudover er der en grundlæggende tillid til psykiatrien, der er blevet brudt. Jeg vil altid frygte, at de tvangsindlægger mig igen, hvis jeg blotlægger min sjæl og siger, hvordan jeg egentlig har det.

Jeg synes, at der bør lyttes mere til, hvad patienterne siger. Jeg tror ikke, at tvang er en god løsning i særlig mange tilfælde. Men derimod at dialog kan redde meget. Jeg blev helt klemt. Det, jeg havde brug for, var at blive mødt med empati og dialog og at blive lyttet til. Der er jo en årsag til selvmordstanker, for mig handler det om, at jeg føler, at jeg er forkert.

Hvis man bliver mødt der, hvor man er, så tror jeg, at det kan tage brodden af det meste, og at man kan undgå meget tvang på den måde.

Jeg er stadig vred, og jeg føler mig dobbelt svigtet, da lægens formål med tvangen var, at jeg skulle have omsorg og passes på. Jeg føler mig svigtet, fordi jeg troede, at min læge forstod mig. Og jeg føler mig svigtet af afdelingen og systemet på grund af deres tavshed og manglende omsorg.

Det hele gik alt for stærkt, og jeg fik ikke lov til at tænke mig om, så jeg kunne indgå et kompromis. Hvis min læge f.eks. havde sagt, at vi kan ikke undgå den lukkede afdeling, men din kontaktlæge følger med på sidelinjen, så ville jeg nok have accepteret det.

Efterfølgende har jeg talt med ledelsen og fået at vide, at de var meget tidspressede den dag. Og selv om jeg set i bakspejlet måske nok er enig i, at jeg skulle indlægges, ville jeg ønske, at der var blevet gjort et forsøg mere på, at det var sket frivilligt.

Jeg kender flere, der ikke tør udtale sig om deres oplevelser, fordi de frygter repressalier eller skammer sig. Men jeg føler, at jeg tager noget tilbage. Ved at stå frem sender jeg noget af skylden tilbage og skubber den fra mig. Måske er der også noget i vejen med systemet.”

I dag er Malene diagnosticeret med en bipolar lidelse.

VI ER BLEVET

BEDRE TIL AT LYTTE TIL PATIENTERNE

I Esbjerg har man allerede nået regeringens mål om at halvere tvangsfikseringer. Det er sket uden at øge brugen af anden tvang. Samtidig er antallet af arbejdsulykker også faldet. Succesen skyldes især nye fysiske rammer, hvor de dårligste patienter ikke længere sættes sammen, samt en kulturændring blandt personalet.

Tekst ANNE WITTHØFFT · Foto MICHAEL DROST-HANSEN

I dag står der altid en bælt seng klar på Psykiatrisk Afdeling Esbjerg.

Og det er paradoksalt nok med til at holde brugen af tvang nede.

”Når sengen altid er redt, behøver personalet ikke overveje, om de skal gøre den klar for en sikkerheds skyld, når de modtager en udadreagerende patient. For alene det at man begynder at forholde sig til en mulig bæltefiksering, øger sandsynligheden for, at det kommer til at ske.”

Det fortæller Anne-Grethe Borch Lauridsen, sygeplejerske og funktionsleder på Psykiatrisk Afdeling Esbjerg, mens hun viser rundt på det psykiatriske hospital, som har gennemgået en større ombygning som led i regionens vision om at nedbringe tvang i psykiatrien med 50 pct. frem mod 2019 – altså et år inden tvang skal være nedbragt med 50 pct. på

landsplan. Et mål, som Psykiatrisk Afdeling Esbjerg allerede i dag har nået.

Bælt sengen står heller ikke til skue, men er gemt af vejen i et kosteskabs-lignende rum, hvor der ikke er plads til meget mere end sengen.

Og på den måde bærer både små og store ting på afdelingen præg af, at der er tænkt i mange tiltag, der skal mindske brugen af tvang – fra bedre lydisolering, som medvirker til, at udadreagerende patienter i mindre grad påvirker de andre patienter, til døgnåbent i fitnesscenteret.

Ud over de fysiske tiltag fortæller Anne-Grethe Borch Lauridsen, at der også er kommet mere fokus på dialog med patienterne og på, om personalet er med til at køre en person op eller ned: ”Vi er blevet bedre til at lytte til, hvad patienterne siger. Og når patienten

siger ”nu skal du gå”, så har man jo fået første advarsel om, at man er kommet for tæt på.”

Lader patienten kaste med ting

Sygeplejerskerne Anette Mygind Larsen og Maiken Drachmann kan også mærke, at indstillingen til patienterne har ændret sig.

”Hvis en patient kaster med noget og derefter bare går ind på stuen, så lader vi ham være. I dag skelner vi mellem, om en stol bliver kastet mod væggen eller mod en person. Det er to meget forskellige handlinger,” siger Anette Mygind Larsen.

Maiken Drachmann supplerer: ”I dag kan jeg godt se, at en bæltefiksering ikke altid er løsningen, når patienten er opkørt og kaster med noget, da det ofte kan være udtryk for frustration og vrede,



Sygeplejerskerne Anette Mygind Larsen og Maiken Drachmann viser, at bælt sengen står ret op, men den kommer sjældnere og sjældnere i brug. Den er gemt ad vejen, så patienterne ikke bliver unødigt utrygge ved synet.

uden at personalet føler sig truet, og at en tur i sportshallen eller med en boksebold havde været bedre,” siger Maiken Drachmann.

De faglige og fysiske rammer skal være i orden: Større eneværelser med plads til f.eks. en motionscykel eller crosstrainer. Mere lys og luft. Større mulighed for at kunne komme ud. En ergoterapeut, der er der helt frem til kl. 20. Én behandlingsansvarlig overlæge gennem hele forløbet. Beroligende hjælpemidler i form af vægtdyner og sensi-stole, som er sækkestole med vinger, der omslutter patienten som et kærligt favntag. Et større tværfagligt samarbejde med en daglig 30 minutters konference. Alt det bidrager til den psykiatriske succes i Esbjerg.

Synlighed skaber tryghed

Ombygningen har gjort, at der i dag bl.a. er glasvægge mellem mange af fællesarealerne og indtil kontorerne. Det skaber større gennemsigtighed både i konkret og overført betydning. Det betyder bl.a., at personalet på afstand kan holde øje med patienterne, og at patienterne kan se, hvad der foregår.

”Før kunne patienterne høre, at der foregik noget, men ikke se det – i dag kan de se, hvad der sker, og det skaber tryghed,” siger Anne-Grethe Borch Lauridsen og fortæller, at mens nogle patienter oplever det som tryghedsskabende, er der dog også nogle, der føler, at de i

3 GODE RÅD



Giv tid og rum til fælles refleksioner og sparring

Forbered hele processen via høj personaleinddragelse, vidensdeling og afholdelse af temadage for hvert afsnit

Sørg for tæt ledelsesinvolvering og opfølgning

højere grad bliver udstillet. De steder, hvor der ikke er glasvægge, er malerierne fjernet, og i stedet er væggene udsmykket med grafisk fototapet af den lokale natur.

Vejen mod en 'rundere' kultur

”Det er smart i forhold til, at vi kan have et ens kunstkoncept i både den skærmede og åbne del uden at skulle tænke over, om de udadrettede patienter kan tage billederne ned fra væggen og kaste med dem. De kan højst ridse tapetet, og så sætter vi bare en ny bane tapet op,” siger Anne-Grethe Borch Lauridsen og slår dermed de nye toner på psykiatrihospitalet an.

For blandt de allervigtigste ting, der har været med til at nedbringe tvangen, er ændringen mod det, Anne-Grethe Borch Lauridsen kalder en ”rundere” kultur.

Den er bl.a. opstået ved, at man er gået fra tidligere at have fire åbne og et lukket afsnit til i stedet for at have seks afsnit på lige fod, hvor man på hvert enkelt afsnit har mulighed for at skærme patienterne efter behov. Det betyder, at der ikke er mange dårlige patienter samlet på et sted, og at personalet fra den tidligere lukkede afdeling er blevet blandet med personalet fra de andre afdelinger.

Maiken Drachmann og Anette Mygind Larsen arbejdede førhen på den nu nedlagte lukkede

afdeling. Og de mærker helt tydeligt udtyndingseffekten i antallet af dårlige patienter.

”Den helt store forskel er antallet af dårlige patienter, der påvirker hinanden og skubber til hinandens sygdomme,” siger Maiken Drachmann.

”Jeg kan huske en gang, hvor der var seks maniske kvinder indlagt samtidig. De kørte hinanden helt op. To af dem beskyldte hinanden for at stjæle. Nogle andre ville købe alt det, der stod i ugebladet. De ville bryde vinduet op for at komme ud at handle. De kørte hinanden fuldstændig op. Og så var der nogle retspsykiatriske patienter, som styrede, hvem der måtte ryge hvornår. De andre patienter turde ikke gå ud at ryge, og så røg de på værelset, og så måtte vi sige, at det måtte de ikke, og så blev det en konflikt. Patienterne blev angste. Det spredte sig nogle gange som en steppebrand. Angste patienter kom op at køre. Og personalet blev også bange. Og så endte det med tvang. Ikke fordi man ville tvangen. Men man var nødt til det for at få skabt noget ro nogle gange,” fortæller Maiken Drachmann om, hvordan det var at være sygeplejerske på den lukkede afdeling for et par år siden.

Arbejdsmiljøet er blevet bedre

Maiken Drachmann og Anette Mygind Larsen fortæller, at de mærker en stor forskel både på, hvordan de møder patienterne, og hvordan de selv har det, når de er på arbejde.

”Det har været et stort skifte. Og i starten råbte vi ofte bål og brand,” siger Maiken Drachmann om, hvordan de mentalt skulle omstille sig til den nye struktur.

”Ja, jeg kan huske, at I ofte sagde, ”gør bæltesen klar”, når en kendt udadreagerende patients ankomst blev meldt,” siger Anne-Grethe Borch Lauridsen. ”Og den sætning hører jeg stort set aldrig mere.”

”Ja, før var man altid meget alert, for man var vant til, at der hurtigt kunne ske noget. Og derfor skulle man også hele tiden vide, hvor kollegaerne var – også hvis de bare var på toiletet,” siger Anette Mygind Larsen.

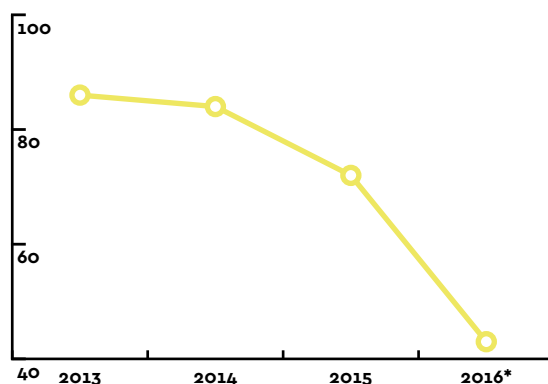
”Jeg tror, at alarmberedskabet er blevet væsentlig mindre. Og jeg tror, at vi er blevet bedre til ikke at se de værste katastrofer for os,” supplerer Maiken Drachmann.

Færre arbejdsulykker

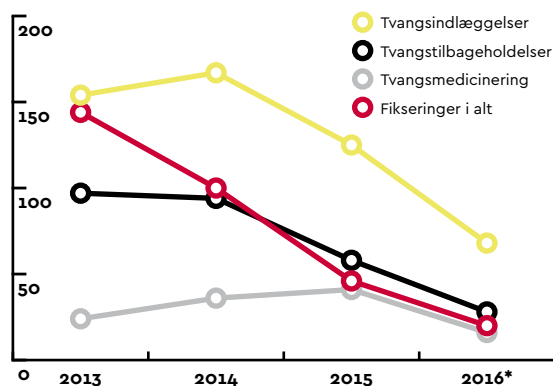
Det er ikke kun patienterne, der har fået gavn af den ”rundere” kultur. Antallet af arbejdsulykker, hvor personalet er kommet til skade i mødet med patienterne, har også været støt faldende siden 2013. Og det kan mærkes hos sygeplejerskerne, at der er færre konflikter.

”Jeg synes, at det er rart at arbejde på den nye måde. Det passer meget bedre til mit temperament,” siger Anette Mygind Larsen.

Arbejdsulykker på Psykiatrisk Afdeling Esbjerg



Anvendelsen af tvang på psykiatrisk afdeling Esbjerg 2013-2016



* Tallene for 2016 er kun for første halvår.

”Jeg tænker også, at det helbredsmæssigt er sundere, at man ikke hele tiden er i beredskab,” tilføjer Maiken Drachmann.

”Ja, og så gør det jo også en forskel, om man møder patienterne med skuldrene trukket op eller ej,” siger Anne-Grethe Borch Lauridsen. ☺

• Dengang •

SINDSSYGEHOSPITALER VAR REN OPBEVARING

For godt 100 år siden var psykiatrien samlet i store institutioner under Statens Sindssygevæsen. Psykofarmaka og de behandlingsprincipper, vi kender i dag, lå langt ude i fremtiden, og sindssygehospitalet var rene opbevaringsanstalter, hvor patienterne var indlagt i årevis. Ofte resten af livet og uden privatliv eller rettigheder. Først i 1976 blev psykiatrien lagt ud til amterne, og mere humane boformer kom til. Billedet er fra Sindssygehospitalet i Nykøbing på Sjælland. Året er 1925.

(gs)

De er groet ud af SPIREKASSEN



SAMMEN OM DSR. Seks ud af 27 Spirekasse-projekter kan realisere drømmene.

Tekst ANNE WITTHØFFT

Vinderne af de første projekter fra Spirekassen blev offentliggjort onsdag den 1. februar. Og 1.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Anni Pilgaard, er begejstret.

”Det er fantastisk at se, hvordan sygeplejerskerne er med på den form for nytænkning,” siger hun om projektet, der giver penge til initiativer, der kan styrke sygeplejefaget eller sygeplejerskers fællesskab, og er blevet til som en del af projektet SAMMEN OM DSR.

I alt søgte 27 projekter støtte fra Dansk Sygeplejeråds pulje Spirekassen. Seks af dem fik penge eller ophold på Koldingfjord.

”De ansøgninger, vi har fået til Spirekassen, viser, at der er så mange sygeplejersker, der brænder for at gøre noget og sætte noget i gang. Og som har lyst til at afprøve nye ting. Og her har Spirekassen vist sig at være et middel til at kunne komme igennem med nogle af idéerne,” siger Anni Pilgaard.

”Projekterne har vist den bredde og mangfoldighed, der kendetegner det at være sygeplejerske,” siger Anni Pilgaard med henvisning til, at projektansøgningerne har gået på alt fra sygeplejersker fra en børneonkologisk afdeling, der vil lave animationsfilm, som kan hjælpe børn med at mestre smerter, til sygeplejersker, som vil arbejde for at give sygeplejehistorien en plads i den nye uddannelse.

Og Spirekassen stopper ikke med uddelelsen af projektpengene, lover Anni Pilgaard.

”De seks projekter er starten på noget, vi skal videreudvikle, og vi skal også følge op på de projekter, vi har givet penge til, og sørge for, at den viden, man får gennem projekterne, forplanter sig og spreder sig,” siger hun.

Her kan du læse om vinderne, og hvorfor de blev valgt. ●

BRITISKE CHANGE DAY SKAL TIL DANMARK

15.000 kr. + arbejdsophold på Koldingfjord

Projekt: En gruppe sygeplejersker, som alle er aktive i faglige selskaber, har søgt om støtte til at iværksætte en såkaldt Forandringsdag – Change Day – for og med sygeplejersker i hele Danmark i april 2017.

Målet med Change Day er at få sygeplejersker til at afgive

STORMØDE OG INSPIRATIONS KATALOG

10.000 kr.

Projekt: Fire fællestillidsrepræsentanter fra tre kommuner (Morsø, Jammerbugt, Thisted) og en fra Regionshospital Nordjylland Thisted prøver at samle de nordjyske sygeplejersker i et fællesskab for at udvikle et inspirationskatalog, der skal gives videre til politikerne.

Et stormøde 4. april skal skabe et forum for dialog og udvikling af idéer til at forbedre det

nære sundhedsvæsen. Initiativtagerne søger støtte til arrangementet, som skal munde ud i formidling af vigtig inspiration til, hvordan sygeplejerskernes kompetence, kan blive videreudviklet i Nordjylland.

Motivation: »Ideen med at samle sygeplejerskers forslag i et katalog til politikerne er knippelgod, fordi erfaringer fra hverdagen dermed bliver synlige i den politiske debat.«

Spirekassens bedømmelses- panel

Anni Pilgaard,
1. næstformand DSR

Anne Marie Holst Sommer
(Kreds Sjælland)

Jeanne Koustrup Kroge
(Kreds Nordjylland)

Dorthe Reib (Hovedstaden)

Malene Dyrskog
(Kreds Midtjylland)

Kevin Vilhelmsen
(Kreds Syddanmark)

Gitte Tinning,
Organisationschef DSR

Ole Toftdahl Sørensen,
Professionschef DSR



MEDICINBEREGNEREN PHARMACUS KAN BLIVE EN REVOLUTION FOR PATIENT OG LÆGE

10.000 kr.

Projekt: En Sygeplejerske på akutafdelingen ved Slagelse Sygehus, har over lang tid registreret, at medicinering af patienter ofte er belagt med mange fejl. Patienten mister overblikket, mens lægerne har svært ved at gennemskue, hvilket præparat der skal udskrives.

Til at løse det store problem har sygeplejersken opfundet en ”tovholder”, der både er avanceret og simpel – og som i bedste fald kan revolutionere danskernes brug af medicin.

Medicinberegneren Pharmacus er en webbaseret

løsning, som skal udvikle sig til en app. Pharmacus kan være med til at forebygge, at patienten får det forkerte lægemiddel i den forkerte dosis, ad den forkerte vej, i den forkerte form eller til den forkerte tid, samtidig med at den kan trimme ordinations- og receptfornyelsesproceduren samt medvirke til, at patienten bliver en aktiv medspiller i eget behandlingsforløb.

Motivation: »Et samfundsnyttigt projekt, som kan hjælpe både patienter og sundhedspersonale med et alvorligt problem i hverdagen. Det vil være en seriøs forbedring, hvis Pharmacus kan minimere antallet af mediciningsfejl.«

løfter om at skabe store som små forandringer eller forbedringer for patienter og kolleger gennem deres egne handlinger. En bevægelse nedefra, der bygger på den enkeltes ønske om at skabe et bedre sundhedsvæsen, bygget på frihed, lighed i sundhed og arbejdsglæde.

Motivation: »Det er stort tænkt. Meget spændende initiativ, fordi det vil involvere »græsrodderne i sundhedsvæsenet« i at skabe forbedringer. Sygeplejersker med fælles interesser kan måske finde sammen om fælles løsninger på tværs af landet.«



Foto SØREN SVENDSEN

Sammen om DSR

På seneste kongres i Dansk Sygeplejeråd blev det besluttet at lancere et fornyelsesprojekt, som skulle udstikke en ny retning for fagforeningen.

”Sammen om DSR” har siden været en proces, hvor medlemmerne kan komme med input og forslag til kredse og hovedbestyrelse for at sikre fortsat indflydelse og synlighed for fremtidens DSR.

Lige nu kører debatten på den lukkede facebookgruppe ”Sammen om DSR”, hvor medlemmer frem til 15. februar kan give deres mening til kende.

Samtidig er dialogmøderne, hvor kredsene har besøgt hinanden og bl.a. diskuteret fællesskabet, synligheden og øget involvering af medlemmerne, blevet afviklet i januar. Og senest blev de foreløbige konklusioner vendt og drejet på et ”Udviklingslaboratorium” i Nyborg 1. februar.

På en ekstraordinær kongres i juni 2017 samles trådene, de mange forslag til ændringer af organisationen og resultaterne fra dialogmøderne – og grundlaget for en ny vej frem besluttet.

ANIMATIONSFILM SKAL LETTE UBEHAGELIGE PROCEDURER FOR BØRN

10.000 kr.

Projekt: To sygeplejersker fra børneonkologisk afdeling på Rigshospitalet har søgt om støtte til at lave nogle animationsfilm, der kan hjælpe børn med at mestre smertefulde eller ubehagelige procedurer.

Filmene skal skabe et trygt univers for børnene, hvor der er nogle genkendelige figurer. Figurerne skal igennem de samme procedurer som børnene, eksempelvis daglig vask af centralt venekateter (CVK) under bruseren eller sterilt plasterskift.

Motivation: »Vi kan særligt godt lide, at I tager udgangspunkt i barnets liv og hverdag med digitale og sociale medier for ad den vej at lindre deres smerter ved behandling.«

SMERTER EFTER BEHANDLING I FULD ANÆSTESI SKAL UNDERSØGES

10.000 kr.

Projekt: En gruppe sygeplejersker på Hjertemedicinsk Operationsklinik ved Gentofte Hospital vil undersøge, om patienter til RFA (radiofrekvensablation) i fuld anæstesi (UA) får gener i form af smerter/ømhed i bevægeapparatet og/eller trykspor af huden efter proceduren og i dagene efter.

Sygeplejerskerne har observeret, at nogle patienter har lidt af lejringskomplikationer i form af ledsmerter, trykspor og sår efter behandlingen.

Via en spørgeskemaundersøgelse vil sygeplejerskerne få ny viden ved at undersøge, om problemerne for patienterne er generelle.

Motivation: »Et klassisk sygeplejefagligt udviklingsprojekt, som kan komme mange patienter til gavn.«

SYGEPLEJENS HISTORIE BØR VÆRE EN DEL AF UDDANNELSEN
Arbejdsophold på Koldningfjord

Projekt: Fem sygeplejeundervisere placeret på tværs af uddannelsen sigter efter at styrke fagidentiteten blandt sygeplejestuderende – samt tydeliggøre profilen af faget.

Det skal ske henover uddannelsen ved at give sygeplejehistorien en plads i den nye uddannelse.

For at styrke tværprofessionelle kompetencer er det helt afgørende, at hver profession har en tydelig forståelse af og indsigt i egen kernefaglighed.

Motivation: »Rigtig set, at kendskabet til sygeplejens historie er vigtig, hvis vi skal bibeholde en stærk monofaglighed.«

DE ØVRIGE SPIREKASSE-FORSLAG

Arbejdsmiljø og -glæde skal reddes med fællesskabsfølelse

Besøg hos DSR skal styrke solidaritet og fællesskab

Børn af hjerneskadede forældre skal beskyttes mod angst og stress

Elastikker og øvelser vil bryde op på arbejdsgangen

Fagligheden skal spire på plejehjemmet

Fejlagtig insulinbrug kan bremses med en lille film

Flugt fra velfungerende afsnit forsøges afværget

Fælles undervisning vil samle flere faggrupper

Hjælp neonatalklinikken med at rense luften

Hvad betyder vikarer for patientplejens kvalitet?

Hårdt pressede sygeplejersker ønsker hjælp i forandringsproces

Instagram-profil skal styrke sygeplejerskers fællesskab

Kolding-modellen skal styrke sygeplejen for den akutte patient

Komplicerede patientforløb afbødes gennem ny viden

Kurser er nødvendige for at formidle ny viden

Livslang faglig udvikling skabes ved læring i arbejdet

Omskæring af drenge kan medføre lidelser og bivirkninger

Patientinvolvering har skabt behov for ny kultur

Synlighed og sammenhold til Pride

Trainee-forløb skal give studerende en god start på arbejdslivet

Uddannelsesstillinger skal sætte geriatri og primærsektoren på landkortet

Læs dem på www.dsr.dk/sammenomdsr



VI SKAL KUNNE MÆRKE, AT VI BLIVER BAKKET OP

Aktive studerende. Fra venstre er det Sara Pais, Helle Yndgaard Storm, Luna Jakobsen, Maria Ravn Fjordbo.

SAMMEN OM DSR. Sygeplejestuderende vil gerne være med til at skabe en kulturforandring blandt andet ved at fortælle de positive historier om faget. 25 studerende fra hele landet mødtes for at drøfte bekymringer, håb og forventninger til deres fremtid som sygeplejersker.

Tekst **RUDI DAMKJÆR** · Foto **SIMON KLEIN-KNUDSEN**

”Det er enormt vigtigt for mig, at jeg kan mærke, at jeg har Dansk Sygeplejeråd i ryggen, når jeg træder ind på min kommende arbejdsplads. Det kan godt være lidt skræmmende at skulle træde ind på en arbejdsplads med et højt arbejdstempo og høje krav – og der er det vigtigt for mig at have følelsen af, at der er nogen, som bakker mig op. Det kunne være fedt at få et besøg af en fra Dansk Sygeplejeråd i slutningen af studiet, som kigger en i øjnene og siger: ”Her er mit telefonnummer. Hvis du er i tvivl om noget, når du starter på dit job, så ringer du bare til mig.” Det ville også give en mere personlig relation til Dansk Sygeplejeråd.”

Sara Pais fremlagde sine ønsker og forventninger på Sygeplejestuderendes Landssammenslutnings (SLS) temadag om fremtidens Dansk Sygeplejeråd. Som et led i SAMMEN OM DSR havde SLS inviteret til en åben debat om de studerendes perspektiv på fremtiden for faget og fællesskabet. Efter en hel søndag med diskussioner om højere løn, anerkendelse for faget, etisk brug af velfærdsteknologi og en bedre indsigt i Dansk Sygeplejeråds arbejde fik formanden for SLS, Helle Ynd-

gaard Storm, til opgave at være de unges talerør i den videre proces.

”Der er nogle gennemgående temaer, som vi hører fra de studerende. Der er bl.a. en bekymring for, hvorvidt vi kommer til at have tid og ressourcer til at leve op til vores faglighed. De studerende, som læser til sygeplejersker i dag, er enormt ambitiøse og engagerede, og de vil gerne være dygtige og udvikle sig, men vi møder en heftig travlhed, når vi kommer ud på klinikkerne. Samtidig er vi optagede af, at faget og vores faglighed bliver anerkendt efter fortjeneste, og der er holdningen meget, at vi selv kan gøre en forskel. Jeg hører fra alle, at de gerne vil være med til at skabe en kulturforandring, hvor vi selv begynder at tale mere positivt om vores job og fag og begynder at fortælle de gode historier om sygeplejersker,” siger Helle Yndgaard Storm.

De studerendes input indgår i organisationsudviklingsprojektet SAMMEN OM DSR, der skal udvikle nye måder at tænke fagforening på. Læs mere om projektet på www.dsr.dk/sammenomdsr. ●



ELISA LANDGREEN,
sygeplejestuderende,
UCC Nordsjælland



Jeg synes, der skal være en større gennemsigtighed i Dansk Sygeplejeråd. Når man hører ”Dansk Sygeplejeråd”, tænker man på politik, formænd og Christiansborg. Men det kunne også være fedt, hvis man kunne få noget mere information i hverdagen – f.eks. hvis tillidsrepræsentanten havde tid til at fortælle, hvad Dansk Sygeplejeråd arbejder med.



LUCA JONATHAN PRISTED,
sygeplejestuderende,
Professionshøjskolen Metropol



Der er alt for stor forskel på sygeplejerskeuddannelserne i Danmark. Vi lærer forskellige ting, har forskellige eksamensformer, og det virker til, at hver uddannelse skal opfinde den dybe tallerken forfra. Der kunne Dansk Sygeplejeråd være et bindeled imellem de forskellige uddannelser og være med til at sikre en mere ensartet kvalitet.



Formand for Kreds Sjælland, Helle Dirksen, i livlig debat med de politisk valgte fra andre grene af Dansk Sygeplejeråd.

Foto **CLAUS BECH**



Vi er så

FASTLÅSTE

SAMMEN OM DSR. Dansk Sygeplejeråd skal hænge bedre sammen til gavn for medlemmerne. Det er en af de samlende konklusioner på de livlige dialogmøder, der er blevet afholdt i kredsene i forbindelse med ”Sammen om DSR”.

Tekst **LOTTE HAVEMANN** og **MICHAEL BECH**

I Kreds Midtjylland kalder en af de ansatte medlemshuset for ”myretuen”. Mest af alt fordi medarbejderne fra deres fjerne bopæle hver dag myldrer ind på den lange gang i ”tuen” i det tidligere møbelfirma.

Men sjældent har tilnavnet givet bedre mening, end da kredsene i Silkeborg den 24. januar fik besøg fra de andre fire kredse samt Lederforeningen og SLS til dialogmøde om fremtidens DSR.

De skarpe holdninger til emnet stod i kø på en livlig debatdag, hvor hænderne røg op på stribe og gav ordstyreren problemer med at holde styr på

talerlisten. Selv i den enlige indlagte kaffepause blev folk siddende tilbage og talte videre.

Tilbage til rødderne og fællesskabet

”I dag skal vi forstyrre hinanden på den gode måde.”

Sådan lød det, da formand for Kreds Sjælland, Helle Dirksen, bød velkommen til Borup og et tilsvarende dialogmøde til de tilrejsende fra Dansk Sygeplejeråds andre grene. Kalenderen

viste mandag den 23. januar, og dialekter fra hele landet flød livligt på tværs af bordene.

Og møderne med besøg fra andre kredse – de første af sin art i Dansk Sygeplejeråd – viste sig at være yderst kærkomne. Kredsene udtrykte nemlig en fælles fornemmelse af at befinde sig på hver sin ø i Dansk Sygeplejeråd. Alle ønskede mere sammenhæng, viden og fællesskab på tværs af organisationen.

Om det var ”stolelegen” med blandingen af folk fra andre kredse, der inspirerede, er uvist. Men i hvert fald varede det



DIALOG PÅ TVÆRS AF LANDET

I forbindelse med SAMMEN OM DSR mødtes bestyrelserne i kredsene, SLS og Lederforeningen til fælles dialogmøder hos hinanden. Det var første gang i DSR's historie, at bestyrelserne på den måde byttede plads og det skete for at stimulere debatten om at være fagforening på nye måder. Alle møderne havde de samme tre spørgsmål til debat og debatterede fællesskab, synlighed og øget involvering af medlemmerne. fra dialogmøderne – og grundlaget for en ny vej frem besluttes.



På dialogmødet hos Kreds Midtjylland var der flere, der ønskede at samarbejde mere på tværs af kredsene.

Foto MICHAEL DROST-HANSEN

ikke længe, før fokus i både grupper og i plenum var på at etablere netværk på tværs af kredsene.

”Der er altid nyt at lære blandt andre sygeplejersker, i andre kredse og i faglige sammenkomster. Så vi skal skabe og dyrke de meningsfulde fællesskaber i sygeplejen. Jeg bør jo ikke skulle løse et problem på AUH, som allerede er løst på Rigshospitalet,” sagde FTR-suppleant Vibeke Bak fra Aarhus Universitetshospital, AUH, ved mødet i Silkeborg.

Jytte Pharaon-Bonde, næstformand i Kreds Sydjylland, ville af samme grund have kredsene til at droppe, det som hun oplever som tidligere tiders interne konkurrence.

”Vi er ikke et ”vi”

”Der ligger masser af fælles viden, som vi kan høste ved at mødes mere på tværs. Vi har brug for mere kendskab til hinanden på tværs af arbejdspladser og kredse,” sagde Jytte Pharaon-Bonde.

Der er flere, der synes, der er langt til toppen, og mange har svært ved at se, at kredsbestyrelsernes beslutninger og dialog kommer videre til Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse eller afspejler sig i Dansk Sygeplejeråds politik.

”Vi er så fastlåste i de her kredse. Vi er nogle små enklaver, og vi er ikke et ”vi”,” lød det i Borup under gruppearbejdet, hvor der også var enighed om, at kredsenes viden bliver brugt for lidt af det centrale Dansk Sygeplejeråd i Kvæsthuset.

Deltagerne fra kredsene blev hurtigt enige om, at de kan få meget mere glæde af hinanden. Og at det kommer medlemmerne til gode, når kredsene deler input om, hvordan de håndterer forskellige sager og udfordringer.

”Vi skal brænde mere igennem med synlighed”

DSR kan blive bedre til at involvere den enkelte sygeplejerske.

”Grete (Christensen, red.) kan være en masse på tv og i aviserne. Men det er ikke synligt for medlemmerne, hvis sygeplejersken ikke kan se sig selv i budskabet. Derfor fokuserer vi i Kreds Nordjylland på mere nærhed og medlemsinvolvering for at skabe synlighed og indflydelse,” sagde næstformand Lene Holmberg Jensen fra Kreds Nordjylland.

Netop involveringen af medlemmet kan ifølge flere af deltagerne ved mødet i Silkeborg ende med at være den rette vej til at løse flere daglige problemer.

”Vi skal brænde mere igennem med synlighed på retningen og værdierne. Skal vi rykke, så skal de rette historier sendes de rette steder hen. Og så skal vi beslutte, om vi altid vil tage os af problemet, eller om vi vil hjælpe medlemmerne til at tage sig af problemet. Meget løses nemlig bedre af sygeplejerskerne ude på arbejdspladsen,” sagde næstformand i Kreds Midtjylland, Hanne Holst Long.

Pop op-chat og børnepasning

Men værdi for medlemmerne handler om mange ting, og dagens deltagere i Borup drøftede forslag om både hotline og udvidede åbningstider samt en pop op-chatfunktion, som spørger besøgende på hjemmesiden, om der er noget at hjælpe med. Det burde prøves af, mente mange.

Fagcaféer og andre medlemsarrangementer – med tilknyttet tilbud om børnepasning til sygeplejersker med mindre børn – var der også bred opbakning til.

Og medlemmerne skal gerne inddrages, så tilbud og arrangementer bliver tilpasset deres behov.

Flere kredse har f.eks. – med politikerne ved telefonrøret – ringet rundt til alle nyuddannede medlemmer for at høre, om der er noget, kredsen kan hjælpe med eller gøre bedre. ●

Debatten flyder på FACEBOOK

SÅDAN BLIVER DU OPTAGET I GRUPPEN

Gruppen SAMMEN OM DSR gik i luften 10. januar og fortsætter frem til den 15. februar. I skrivende stund har gruppen 3.700 medlemmer. Du kan stadig nå at være med. Søg efter gruppen SAMMEN OM DSR og klik på "bliv medlem af gruppen". Herefter vil du blive godkendt af en administrator inden for 24 timer på hverdage.

SAMMEN OM DSR. Der er højt til loftet i DSR's nye lukkede facebookgruppe, hvor medlemmer kan byde ind med idéer og perspektiver til fornyelse af organisationen og fremtidens faglige fællesskaber.

Tekst **RIKKE BRAMS**

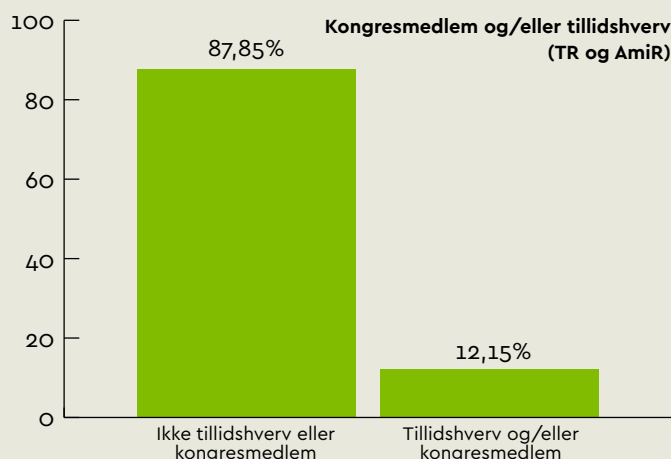
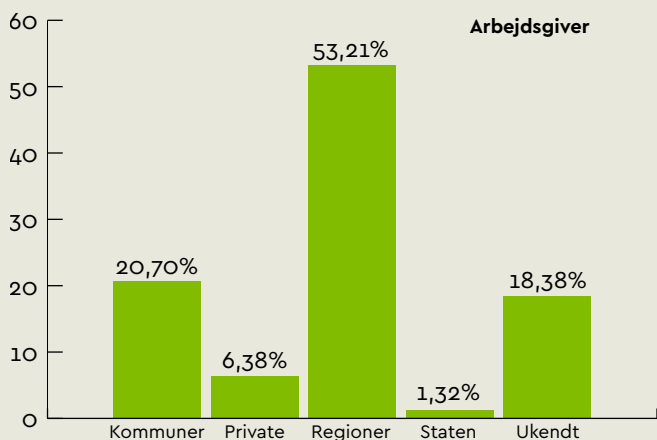
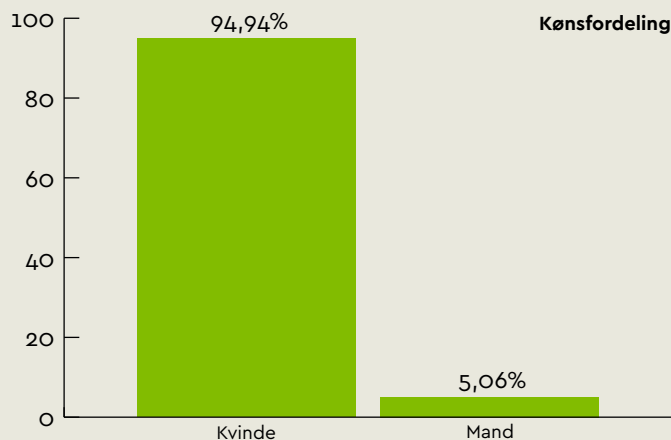
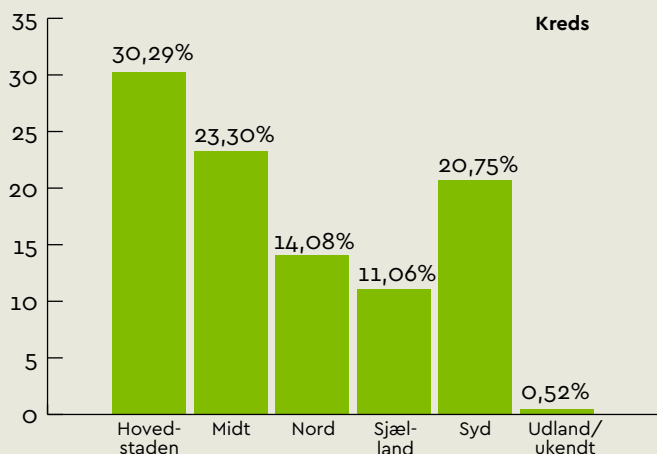
Den 10. januar gik en lukket facebookgruppe i luften, hvor medlemmer kan byde ind med idéer til at forbedre arbejdsmiljøet, skabe nye fællesskaber og tænke fagforening på nye måder. 3.700 har allerede meldt sig ind i gruppen, som kører frem til den 15. februar.

Fra løn til arbejdsmiljø og organisationsstruktur

Det skorter ikke på input i gruppen, hvor alt fra ønsket om højere løn til en anderledes struktur i organisationen og nye idéer til tillidsrepræsentanternes rolle er til debat. Ho-

vedbestyrelsen er selv til stede i gruppen og lytter med. Når gruppen lukkes ned i februar, vil forslag og idéer fra gruppen blive drøftet af hovedbestyrelsen og taget med i kongressens videre arbejde op til den ekstraordinære kongres i juni 2017, der afholdes i forbindelse med projektet SAMMEN OM DSR.

Fordelingen af medlemmer i SAMMEN OM DSR



* Figurerne er baseret på den andel af medlemmer vi kan identificere i medlemssystemet ud fra deres Facebook navn (unikke navne). Statistiken dækker 2.116 medlemmer af Facebook-gruppen.



Kuskefingre eller krum penis?

XIAPEX
collagenase clostridium histolyticum
Let's get things straight



www.kuskefingre.dk

www.krumpenis.dk

Dupuytren's kontraktur

Xiapex – minimal invasiv medicinsk behandling til kuskefingre¹

- Genbehandling: Tidligere behandlede kontrakturer kan genbehandles med positivt resultat¹
- Nu muligt at behandle 2 strenge eller led på én gang³
- Vedvarende effekt: 84% af alle behandlede led havde ikke brug for yderligere behandling inden for 5 år⁴
- Tilfredshed: Næsten 9 ud af 10 patienter er tilfredse med behandlingen^{5,6}

Peyronies kontraktur

Xiapex – minimal invasiv medicinsk behandling til krum penis¹

- 77% af mænd med Peyronies tilkendegav at sygdommen havde en psykisk påvirkning²
- Xiapex behandling forkorter ikke penis²
- 48% af mænd med Peyronies blev klassificeret til at have moderat til svær behandlingskrævende depression⁷
- Første EMA godkendte medicinske behandling til Peyronies

Referencer: 1. Xiapex Summary of Product Characteristics. 2. Gelbard et al. J Sex Med. 2013;10:2822-28-31 3. Gaston et al. J Hand Surg Am. 2015;40(10):1963-71. 4. Peimer et al. J Hand Surg Am. 2015 Aug;40(8):1597-605. 5. Warwick et al. J Hand Surg Eur Vol. 2015 Feb;40(2):124-32. 6. Verstreken et al. Acta Orthop. Belg. 2016;82:405-412. 7. Nelson CJ, et al. J Sex Med. 2008;5:1985-1990. † Patient satisfaction was graded on a 5-point scale with 1=very satisfied to 5=very dissatisfied.

Undskyld, men hvor ligger det fjerne sundhedsvæsen?

Ny lærebog med fremstillinger af aktuelle temaer og udfordringer i "det nære sundhedsvæsen". Bogens redaktører beskriver opkomsten af termen "det nære sundhedsvæsen" og ironiserer tørt over endnu en retorisk nyskabelse til beskrivelse af den kommunale og lavt specialiserede del af sundhedsvæsenet.

Bogen indeholder korte kapitler, de fleste er baseret på forfatternes egen forskning. Kapitlerne har oversigtskarakter og inviterer til videre læsning og fordybelse. Det er særligt human- og samfundsvidenskabelige traditioner, der ligger til grund for forfatternes tilgange, så bogen kan ses i forlængelse af tilsvarende udgivelser på det skandinaviske lærebogsmarked.

De fleste kapitler indeholder nuancerede fremstillinger af aktuelle temaer og problemstillinger fra den kommunale del af sundhedsvæsenet. Her fremanalyseres dilemmaer, konfliktende opfattelser og perspektiver, og det tjener til redaktionens ros, at man har bestræbt sig på at fastholde den distancerede og analytiske tone i bogen. Der er plads til kompleksitet og konfliktstof, og i de fleste kapitler har man klogeligt valgt at nedtone de mere normative og moraliserende tilgange, som traditionelt får rigelig spalteplads i tilsvarende lærebøger. I det perspektiv stiller bogen krav til læseren og understøtter nysgerrighed og kritisk tænkning.

☹☹ Der er plads til kompleksitet og konfliktstof.

Der er stærke kapitler, som udforsker dimensioner af krop og hjemlighed. Personlig hygiejne undersøges i krydsfeltet mellem intimitet og afstandsskabende strategier, og der er nuancerede beskrivelser af hjem som arena for tilbagetrækning og hjemlighed eller for behandling og arbejde. Bogen indeholder interessante



Stinne Glasdam og Jette Westenholt Jørgensen (red.)
DET NÆRE SUNDHEDSVÆSEN
 – perspektiver på samfundsudvikling og møder mellem mennesker
 Munksgaard 2016
 261 sider – 300 kr.

pointer og nye perspektiver, her skal blot fremhæves, at medicinindtagelse og -administration kan beskrives som katalysator for sociale relationer. I den mere kritiske boldgade underkastes nyere politiske plusord som "brugerinddragelse" og "aktiv aldring" skeptisk diskursteoretisk granskning, og mere klassiske konstruktioner som f.eks. "egenomsorg" og "jeg-støtte" udsættes for kritisk gennemlysning.

Flere kapitler indledes med historiske oversigter, som skitserer nuancer i fremvæksten af den danske velfærdsstat, demografiske ændringer, kommunalreformer og strukturreform. Karakteristika ved New Public Management, styringsteknologier som BUM og Fælles Sprog beskrives i flere af bogens kapitler. Redaktionen har tilsyneladende prioriteret, at hvert kapitel kan læses selvstændigt, mod til gengæld at acceptere, at bogen indeholder gentagelser.

Ambitionen med bogen er at henvende sig til en bred læserskare på bl.a. bachelor- og diplomniveau inden for det social- og sundhedsfaglige område. Niveaumæssigt rammer bogen plet, men i mange kapitler anlægges traditionelle, sygeplejefaglige perspektiver på den kommunale del af sundhedsvæsenet, idet der overvejede stilles skarpt på tematikker knyttet til sundhedspleje, hjemmepleje og hjemmesygepleje. Her lever bogen næppe op til ambitionen om at appellere til f.eks. socialrådgivere og fysio- og ergoterapeuter.

*Af Niels Sandholm Larsen, lektor, ph.d.,
 Institut for Sygepleje, Professionshøjskolen Metropol.*

Konkrete bud på bekymrende adfærd



Anna Louise Stevnhøj
og Mimi Strange
BØRN OG SEKSUALITET
Hans Reitzels Forlag 2016
164 sider - 250 kr.

Det store fokus på seksuelle overgreb mod børn har gjort, at børn og seksualitet associeres med noget negativt, skriver forfatterne i forordet. Hos forældre og professionelle opstår der usikkerhed om, hvornår børns seksuelle adfærd er normal, og hvornår der er grund til bekymring. Bogen bidrager til en forståelse for børns seksualitet, den tager udgangspunkt i den forskning, der er på området, og den praksiserfaring, forfatterne har fra deres arbejde med børn og seksualitet.

Første del beskriver den normale seksuelle udvikling og adfærd i forskellige aldre. Faktabokse giver et overskueligt overblik, og cases bidrager til forståelsen.

Sidste del beskæftiger sig med den bekymrende seksuelle adfærd. En tredjedel af seksuelle overgreb mod børn begås af andre børn og unge, men problematikken er kompleks, og de tegn, der peger i retning af overgreb, er ikke altid entydige.

Forfatterne har konkrete bud på, hvilken adfærd der i forskellige aldre giver anledning til bekymring, og på, hvordan man støtter barnet, der er udsat.

De fleste sundhedsplejersker får jævnligt opkald fra en bekymret forælder eller fra en daginstitution med et spørgsmål om et barns seksuelle adfærd. "Er det her normalt, eller skal vi være bekymrede?"

Bogen hjælper med at kvalificere svaret.

Af Hanne Lindhardt, MSA,
sundhedsplejerske i Furesø Kommune.

Fortrydelser, der trætter



Bronnie Ware
**DE 5 TING DØENDE
FORTRYDER MEST**
Hvordan mit liv blev forvandlet
af samværet med døende
Pressto 2017
320 sider - 299 kr.

"En bog, der kan ændre dit liv". Sådan lyder det på bagsideteksten, og jeg må sige, at de mange påstande om bogens dybe betydning for både Bronnie og millioner af andre mennesker meget hurtigt blev pinsomme for mig. Bogen indeholder vældigt detaljerede erindringer, hvor forfatteren altid ler højt eller smiler så meget, at "mit ansigt gjorde ondt" og i tilgift nyder det smukke vejr.

De fem ting, døende fortryder mest, er fremkommet gennem forfatterens arbejde med mennesker i palliativ behandling, og de fem fortrydelser får mæle gennem hver sin case, hvor forfatteren ofte virker som forløser, katalysator eller terapeut, hvilket hun altså ikke er. Hun er singer-songwriter, underviser i sangskrivning og er nu desuden forfatter. Men hun skulle have skrevet til skrivebordsskuffen. Teksten er ofte sentimental, og forfatteren nærer et slet skjult ønske om at være helten i de syges sidste del af livet.

Fortrydelserne er enkle bud på, hvordan et godt liv kan skrues sammen, hvis man vender dem til ønsker for nutiden: Vær tro mod dig selv, lad være med at arbejde for meget, fortæl, hvad du føler, hold kontakt med dine venner, og forsøg at være lykkelig.

De fem måger mod en blå himmel, der pryder forsiden, lover frihed og overblik, men hos mig fremkaldte bogen blot en udtalt træthedsfølelse.

Af Jette Bagh, cand.cur.,
fagredaktør, Sygeplejersken.

[På mit natbord]

Tillid skal gennemsyre sundhedsvæsenet



Tekst **ANDREAS RASMUSSEN**

BENT HANSEN
Formand for
Danske Regioner.

Hvad læser du lige nu?

""Alfabethuset" af Jussi Adler-Olsen."

Hvordan har de inspireret dig?

"Jussi Adler-Olsen kobler det historiske med problemstillinger i psykiatrien. Bogen beskriver bl.a. den måde, man drev forsøg på med manglende respekt for mennesker. Medicinering bliver misbrugt, og virkningen heraf er skræmmende. Bogen giver spænding og samtidig mulighed for at koble fra."

Hvilken bog burde alle sygeplejersker læse - og hvorfor?

""Tillid" af Gert Tinggaard Svendsen. Professoren skriver om begrebet tillid. Det er det, der skal gennemsyre en så stor organisation og et så stort netværk som sundhedsvæsenet. Ellers er den rette arbejdstilfredshed og kvalitet for patienten ikke til stede."

Hvilken bog fik du aldrig læst helt til ende?

""De velvillige" af Jonathan Littell. Bogen handler om en meget kulturel og veluddannet SS-officer. Om, hvordan han bliver gjort til en dræber og henretter jøder og andre bagved østfronten. Bogen er på 850 sider, men jeg stoppede omkring side 270. Det var simpelthen for barsk og bestialsk."

Søren Boy Skjold
SKRIV ARTIKLER
 Ajour 2016
 96 sider – 98 kr.

En ganske lille og tilgængelig bog med strukturerede råd om at gå systematisk til skriveprocessen fra den første idé til den færdige artikel. En fagbog på flere hundrede sider kan være fin og nødvendig, men her er hjælpen velformidlet og til at tygge igennem på en time eller halvanden. Bogen beskriver alle nødvendige trin i artikelskrivning: bl.a. målgruppe, artikeltyper, vinkel og nyhedskriterier. Den er en del af serien ”De små grå”, der også rummer andre hjælpsomme bøger om at skrive, blive hørt og sætte kommaer.

Kit Stender Petersen og Ditte Dalum Christoffersen
GOD STIL I PROFESSIONSOPGAVER – EN GRUNDBOG
 Hans Reitzels Forlag 2017
 157 sider – 200 kr.

Dette er en ganske udmærket og kort bog om et emne, der er skrevet store, tunge værker om. Men studerende er forskellige, så det er godt, at bøgerne også er det. Teksten gør ikke bogen til en læseletbog, men der findes f.eks. billeddannende udtryk som ”Peter Plys-afsnit”, som meget tydeligt forklarer fordelene ved at skrive en kort introduktion til hvert kapitel. Derudover gør bogen rede for det sædvanlige. Problemformulering, opgavetyper, videnskabsteori, analyse osv. Den indeholder mange eksempler. Målgruppen er studerende, som f.eks. skal skrive bachelorprojekt.

Peter Thybo
DET DOBBELTE KRAM
 Et tværfagligt arbejdsgrundlag for mental sundhed, helbred og trivsel
 Hans Reitzel 2016
 216 sider – 300 kr.

KRAM er alle sygeplejersker vel bekendt med, men det dobbelte KRAM, hvad er det? Dobbelttheden indkredser den mentale sundhed og består af Kompetencer, Relationer, Accept og Mestring. Dette KRAM er knyttet til de mange mennesker, der er påvirkede af stress, depression, angst m.m. Udgangspunktet er salutogenese, altså årsager til sundhed, dvs. hvad der gør os robuste, mentalt sunde og i stand til at genvinde balancen efter modstand og belastning. Bogen kommer vidt omkring, og hensigten er at støtte mennesker i at leve livet så godt, som det nu kan lade sig gøre – med lyst til at stå op om morgenen, gerne med et så godt helbred som muligt. Sundhed ses som en dynamisk ressource med fokus på psykisk modstandskraft, livsmod, livsglæde og handlekraft i et meningsfyldt og sammenhængende liv. Absolut et appetitvækkende og brugbart opslagsværk.

(jb)

Kig ind i fremtidens intensivterapi



Pia Dreyer, Britta Schmidt
 og Leanne Langhorn (red.)
SYGEPLEJE PÅ INTENSIV
 Munksgaard 2016
 282 sider – 350 kr.

Bogen beskriver intensivafdelingen og udvalgte emner inden for intensiv sygepleje i Danmark. Intensiv terapi er i rivende udvikling med flere paradigmeskift. Især reduktion af sedering til patienter i respirator har medført øget fokus på delirium, pårørende, kommunikation, søvn og mobilisering. Disse emner belyses med baggrund i den nyeste forskning.

Fokus er rettet mod sygeplejen, og forfatterne formår at komme detaljeret omkring mange vinkler. F.eks. at intensivpatienters overskyggende følelser er tørst og træthed, at pårørendes ønsker til inddragelse kan ændre sig undervejs i forløbet, at personalet naturligt kan blive uenige om besøgstider, og at søvnens rebound-effekt kan afhjælpes med et langt middagshvil. Kapitlet vedrørende organ donation beskriver, hvordan intensivsygeplejersken må kende de fysiologiske mekanismer ved inkarceration (nedklemning af dele af hjernen) for at kunne være på forkant med situationen. Det foreslås at inddrage de pårørende i teknologien, så de ikke føler sig fremmedgjorte på intensivafdelingen.

Bogen er overskueligt opbygget, og hvert kapitel afsluttes med ”Hovedpointer”. Den henvender sig til både nye og erfarne. De erfarne vil især finde sidste kapitel interessant. Her gives et spændende kig ind i fremtidens intensivterapi, hvor det tydeliggøres, at der er behov for prioritering, og at fokus må rettes mod patientens livskvalitet og overlevelse på lang sigt.

Jeg kan varmt anbefale bogen, da forfatterne til fulde opnår at give et indblik i den nyeste viden og inspirere til den daglige sygepleje på intensiv.

Af Birthe Husted Nielsen, udviklingssygeplejerske, MHH, Intensiv terapi afsnit, Regionshospitalet Herning.

MEDLEMSTILBUD

Skal dit barn konfirmeres i år?

Planlæg din fest på Vilvorde Kur-
suscenter til medlemspris.

www.dsr.dk/rabatter



FADL'S FORLAG
**Åndelig
stimulans til
vinterferien?**
Køb bøger med
25 pct. rabat

www.dsr.dk/rabatter



BAUTA FORSIKRING
**Skal indboet
forsikres?**
Køb forsikring til
medlemspris

www.dsr.dk/rabatter

Produktinformation for annonce side 41.

Forkortet produktinformation for: XIAPEX® (collagenase Clostridium histolyticum) 0,9 mg pulver og solvens til injektionsvæske, opløsning. Indikationer: Xiapex er indiceret til: Voksne patienter til behandling af Dupuytren's kontraktur med en palpabel streng. Voksne mænd til behandling af Peyronies sygdom med en palpabel plaque og krumning på mindst 30 grader ved begyndelsen af behandlingen. Dosering og administration: Dupuytren's kontraktur: Xiapex skal administreres af en læge som er tilstrækkeligt trænet i korrekt administration af lægemidlet, samt har erfaring i diagnosticeringen og behandlingen af Dupuytren's sygdom. Dosering: Den anbefalede dosis af Xiapex er 0,58 mg pr. injektion i en palpabel Dupuytren's streng. Volumen af rekonstrueret Xiapex, som skal administreres i Dupuytren's streng, varierer alt afhængig af den type led, som skal behandles. Injektioner i op til to strengene eller i to påvirkede led på den samme hånd kan administreres i henhold til injektionsproceduren i løbet af et besøg under behandlingen. Omkring 24 – 72 timer efter injektion kan den behandlede finger, om nødvendigt, manipuleres for at lette ruptur af strengen. Hvis der ikke er opnået et tilfredsstillende respons, kan injektionen i strengen og manipulationen af fingeren gentages efter cirka 4 uger. Injektioner i strengen og manipulationen af fingeren kan foretages op til 3 gange pr. streng med cirka 4 ugers interval. Hvis sygdommen har medført multiple kontrakturer, skal behandling af hver streng udføres i den rækkefølge, som fastsættes af lægen. Erfaringen fra kliniske studier med Xiapex er for tiden begrænset med op til 3 injektioner pr. streng og op til 8 injektioner totalt. Injektionsprocedure: Administration af lokalanæstetikum for injektion af Xiapex i en Dupuytren's streng anbefales ikke, da det kan påvirke den korrekte placering af injektionen. Injektionsproceduren er beskrevet i indlægseddelen og lægens træningsmateriale, og den skal følges. Peyronies sygdom: Xiapex skal administreres af en læge, som er tilstrækkeligt trænet i korrekt administration af lægemidlet og med erfaring i diagnosticering og behandling af urologiske sygdomme hos mænd. Patienter med en peniskrumning >90° blev ikke inkluderet i de kliniske studier. Behandling af denne gruppe kan derfor ikke anbefales. Dosering: Den anbefalede dosis Xiapex er 0,58 mg pr. injektion, administreret i en Peyronies plaque. Det volumen af rekonstrueret Xiapex, der skal administreres i en plaque, er 0,25 ml. Hvis der findes mere end en plaque, skal kun den plaque, der forårsager deformiteten, injiceres. Et behandlingsforløb består af maks. 4 behandlingscykluser. Hver behandlingscyklus består af to Xiapex injektioner og en procedure for remodellering af penis. Den anden Xiapex-injektion skal administreres 1 til 3 dage efter den første injektion. Remodellering af penis udføres 1 til 3 dage efter den anden injektion i hver behandlingscyklus. Intervallet mellem behandlingscykluserne er ca. 6 uger. Injektionsprocedure: Regionalanæstesi (anæstesi af penis) eller topikal anæstesi kan anvendes for Xiapex injektioner, når det er nødvendigt. Behandlingsområdet i en Peyronies plaque identificeres som det punkt, hvor krumningen er maksimal (eller det fokale punkt) på den erigerede penis, og det markeres med en kirurgisk tusch. Xiapex skal injiceres på det markerede sted, mens penis er afslappet. Procedure for remodellering af penis er beskrevet i indlægseddelen og lægens træningsmateriale, og den skal følges. Hvis krumningen er under 15 grader efter den første, anden eller tredje behandlingscyklus, eller hvis lægen vurderer, at yderligere behandling ikke er klinisk indiceret, skal de efterfølgende behandlingscykluser ikke administreres. Sikkerheden efter mere end ét behandlingsforløb med Xiapex for Peyronies sygdom er ukendt. Kontraindikationer: Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. Behandling af Peyronies plaques, der omfatter penisreure, på grund af en mulig risiko for denne struktur. Særlige advarsler og forsigtighedsregler *: Allergiske reaktioner: Efter injektion med Xiapex kan der opstå en svær allergisk reaktion, og patienterne skal observeres i 30 minutter, før de forlader klinikken, for at kunne overvåge for evt. tegn og symptomer på en alvorlig allergisk reaktion, f.eks. udbrudt rødme eller udslæt, hævelse, indsnoring i halsen eller vejrtrækningsbesvær. Patienterne skal informeres om straks at kontakte en læge, hvis de oplever nogle af disse tegn eller symptomer. Der skal være relevante midler til rådighed til behandling af mulige allergiske reaktioner. Seneruptur eller anden alvorlig skade på den injicerede finger/hånd ved behandling af Dupuytren's kontraktur: Xiapex må kun indsprøjtes i en Dupuytren's streng. Eftersom Xiapex lyseser kollagen, skal der udvises forsigtighed for at undgå injektion i sener, nerver, blodkar eller andre strukturer i hånden, som indeholder kollagen. Injektion af Xiapex i strukturer, som indeholder kollagen, kan medføre skade på disse strukturer og muligvis permanent skade såsom seneruptur eller ligamentskade. Når der injiceres i en streng, som påvirker PIP led på den femte finger, må kanylen ikke indstikkes mere end 2 til 3 mm i dybden og ikke mere end 4 mm distalt for palmar digital bøjeuren. Patienter med Dupuytren's kontrakturer, der klæber til huden, kan have højere risiko for at få hudlæsioner på den hud, som ligger over den injicerede streng, som et resultat af den farmakologiske virkning af Xiapex og manipulation af fingeren. Penisfraktur eller anden alvorlig skade på penis ved behandling af Peyronies sygdom: Injektionen af Xiapex i kollagenholdige strukturer, såsom corpora cavernosa på penis, kan føre til beskadigelse af disse strukturer og mulig skade, såsom penisfraktur. Derfor må Xiapex kun injiceres i Peyronies plaquen, og der skal udvises forsigtighed, så det undgås at injicere det i uretre, nerver, blodkar, corpora cavernosa eller andre kollagenholdige strukturer i penis. Penisruptur blev rapporteret som en alvorlig bivirkning efter Xiapex injektion hos 0,5% i de kontrollerede og ikke kontrollerede kliniske studier af Peyronies sygdom. Svært hæmatom på penis blev også rapporteret som en bivirkning hos 3,7% i de kontrollerede og ikke kontrollerede kliniske studier af Peyronies sygdom. Tegn og symptomer, der kan afspejle alvorlig skade på penis, skal straks evalueres for at vurdere, om det drejer sig om penisfraktur eller svært penilt hæmatom. Xiapex skal anvendes med forsigtighed til patienter med koagulationsproblemer, eller dem som tager antikoagulantia. Det kan ikke anbefales at behandle patienter, som har fået antikoagulantia (med undtagelse af acetylsalicylsyre op til 150 mg daglig) inden for de seneste 7 dage før de skal have en Xiapex injektion. Ved behandling med alle lægemidler bestående af et fremmed protein kan patienterne udvikle antistoffer mod det terapeutiske protein. Der blev ikke observeret nogen tydelig sammenhæng mellem antistofudvikling og klinisk respons eller bivirkninger. Mens der ikke er nogen klinisk evidens for udvikling af et muskuloskeletalt syndrom efter administration af Xiapex, kan potentialitet for at det forekommer, ikke udelukkes. Hvis dette syndrom skulle udvikles, ville det forekomme progressivt og er karakteriseret ved et eller flere af følgende tegn og symptomer: artralgi, myalgi, ledstivhed, stivhed af skuldrene, håndødemer, håndfladefibrose og fortykkelse eller knudedannelse i senerne. Langsigtet sikkerhed af Xiapex er ikke fuldt karakteriseret. Indvirkningen af behandling med Xiapex på efterfølgende operationer hvis det er nødvendigt, kendes ikke. Dette lægemiddel indeholder mindre end 1 mmol (23 mg) natrium pr. dosis, dvs. det er i det væsentlige natriumfrit. Interaktioner*: Der ikke udført interaktionsundersøgelser med Xiapex efter som der efter behandling ikke kan måles kvantificerbar systemisk eksposition. Brug af Xiapex til patienter, som har fået tetracyclinantibiotika (f.eks. doxycylin) inden for 14 dage før de skal have en injektion med Xiapex, anbefales ikke. Graviditet og amning*: Den potentielle risiko for mennesker ved fødsel og postnatal udvikling kendes ikke. Anvendelsen af Xiapex kan derfor ikke anbefales under graviditet, og behandling bør udskydes til efter endt graviditet. Der forventes ingen virkning på det ammede nyfødte/spædbarn eftersom den systemiske eksposition af Xiapex for den ammende kvinde er ubetydelig. Xiapex kan anvendes under amning. Trafikfarlighed*: Xiapex kan i væsentlig grad påvirke evnen til at føre motorikøretøj eller betjene maskiner som følge af hævelse og smerter, som kan hæmme brugen af den behandlede hånd. Bivirkninger*: Dupuytren's kontraktur: De hyppigst rapporterede bivirkninger i de kliniske studier med Xiapex (272 ud af 409 patienter fik Xiapex) var reaktioner lokalt på injektionsstedet såsom periferede ademer (lokalt på injektionsstedet), blå mærker (herunder blodudtrængninger), blødning på injektionsstedet og smerter på injektionsstedet. Reaktioner på injektionsstedet var meget almindelige og forekom hos langt de fleste af patienterne, de var hovedsagelig milde til moderate og aftog almindeligvis inden for 1-2 uger efter injektion. Alvorlige bivirkninger som seneruptur (3 tilfælde), betændelse i sene (1 tilfælde), anden ligamentskade (1 tilfælde) og kompleks regionalt smertesyndrom (1 tilfælde) relateret til lægemidlet blev også rapporteret. Peyronies sygdom: De fleste bivirkninger var lokale i penis og lysken, størstedelen af bivirkningerne var af let til moderat sværhedsgrad, og de fleste (79 %) gik væk i løbet af 14 dage efter injektionen. Bivirkningsprofilen var den samme efter hver injektion uanset antallet af administrerede injektioner. De hyppigst rapporterede bivirkninger i de kliniske studier med Xiapex var penilt hæmatom, hævelse af penis og penismerter. Svært penilt hæmatom, herunder svært hæmatom ved injektionsstedet, blev rapporteret med hyppigheden meget almindelig. I kontrollerede og ikke kontrollerede kliniske studier med Xiapex ved Peyronies sygdom blev der rapporteret om penisfraktur samt andre alvorlige penis-skader med hyppigheden ikke almindelig. En pøppende lyd eller pøppende fornemmelse i penis, nogle gange beskrevet som et "snap" eller et "smæld" og til tider ledsaget af detumescens, hæmatom og/eller smerter, blev rapporteret hos 13,2% af de Xiapex behandlede patienter, og hos 0,3 % af de placebobehandlede patienter, når studie 1 og 2 kombineres. Overdosering: Administration af Xiapex i doser højere end de anbefalede forventes at være forbundet med øgede lokale reaktioner på injektionsstedet. I tilfælde af overdosering må rutinemæssig understøttende pleje og symptomatisk behandling gives. Priser og pakninger: (AUP) pr. 21.november 2016, 1 stk. 7.486,80 kr. Vnr. 09 05 47. Pakningsstørrelser 1 stk. Lægemiddelform og styrke, pulver og solvens til injektionsvæske, opl. 0,9 mg. Dagsaktuel pris findes på www.medicinpriser.dk Udlevering: NBS (kun til sygehuse og speciallæger i ortopædkirurgi og urolog). Tilskud: Ingen tilskud. De med * mærkede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af EMA godkendte produktresumé dateret januar 2016. Indehaver af markedsføringstilladelse: Swedish Orphan Biovitrum AB (publ), SE 112 76 Stockholm, Sverige. Produktresuméet er forkortet i henhold til det godkendte produktresumé dateret januar 2016. Fuldt produktresumé kan rekvireres hos Swedish Orphan Biovitrum A/S, Sorgenfrivej 17, 2800 Lyngby, tlf. 32 96 68 69.

Specialisering gør HJEMMEPLEJEN SÅRBAR

ARBEJDSPRES. Stigende specialisering gør hjemmesygeplejen sårbar, f.eks. når der mangler personale, og når der bliver udskrevet særligt mange patienter fra sygehusene. Sådan lyder erfaringen fra hjemmesygeplejen i Odense Kommune, som for to år siden overgik til ny organisering.

Tekst **SUSANNE BLOCH KJELDEN**

For to år siden blev hjemmesygeplejen i Odense Kommune omorganiseret, så sygeplejerskerne ikke længere arbejder i geografiske områder, men med ansvar for grupper af borgere med f.eks. fysiske funktionsnedsættelser, sindslidelser eller pådraget hjerneskode.

Før jul skrev hjemmesygeplejerske Pia Lüders Røge i samarbejde med sine kolleger en beretning om en arbejdsdag på 10 timer. Det var fjerde dag i træk, hvor mængden af adviser og længden på kørelisten allerede fra morgenstunden gjorde det tydeligt, at det ville blive svært at nå alle opgaver. Gruppen, Pia Lüders Røge arbejder i, har ansvar for borgere inden for kategorien "Forløb Fysisk Funktionsnedsættelse". Hjemmesygeplejerskerne har delt beretningen internt, vist den til ledelsen og sendt den til Dansk Sygeplejeråd og til redaktionen på *Sygeplejersken* (læs side 48, red.).

"Jeg havde brug for at komme ud med, hvad vi sygeplejersker går og laver. Både eksternt og internt i min egen organisation. Jeg vil gerne sætte fokus på vores arbejdsmiljø og det pres, jeg er ked af at skulle udsætte mig selv for. Det er ikke alle dage, der er så lange, men det er lige før, jeg vil sige, at det er en typisk

dag for mig og alle mine kolleger, og det er forkert," siger Pia Lüders Røge.

I løbet af den 10 timer lange arbejdsdag var der ingen pauser.

"Jeg ved, hvad jeg udsætter mig selv for, når jeg undgår at drikke, fordi jeg ikke har tid til at gå på toilettet, og når jeg arbejder i så højt tempo uden pauser. Skal jeg holde pauser, skal jeg arbejde mere over. Det er også vanskeligt at være nærværende over for familien, når jeg kommer hjem efter dage som denne. Jeg tænker over de langtidsskader, det kan give mig som stress og hjerte-kar-sygdom. Jeg er stolt af mit fag, men det gør mig sorgfuld, at arbejdsforholdene er sådan her," siger Pia Lüders Røge.

Længere køretid

Sygeplejerskernes fællestillidsrepræsentant Lillian Drejer Thorenfeldt genkender den skildring af en arbejdsdag med overarbejde og lange kørelister, som Pia Lüders Røge og hendes kolleger kommer med. Hun mener, at når det netop er i en gruppe som "Forløb Fysisk Funktionsnedsættelse", hvor Pia Røge arbejder, så hænger det sammen med den måde, Odense Kommune har valgt at organisere hjemmeplejen på.

"Ved at dele hjemmeplejen op efter grupper af borgere, betyder det, at sygeplejerskerne er blevet fordelt i mange tværfaglige grupper. Det gør hjemmesygeplejen sårbar," siger Lillian Drejer Thorenfeldt.

Ifølge fællestillidsrepræsentanten sker det jævnlige, at der bliver udskrevet særligt mange patienter fra sygehusene, som falder under kategorien fysisk funktionsnedsættelse, og derfor har hjemmesygeplejens organisering i praksis vist sig at være sårbar.

"Det er svært at planlægge at have ressourcer nok til at klare spidsbelastninger med det stærke fokus, der samtidig er på at overholde budgetter. Hjemmesygeplejerskerne skal så vidt muligt kunne dække ind og hjælpe hinanden inden for egen gruppe, men det er vanskeligt, hvis grupperne er for små," siger Lillian Drejer Thorenfeldt, som fortæller, at der faktisk er kommet en ny organisering fra 1. januar, som ledelsen håber vil afhjælpe problemet.

"De tværfaglige grupper er blevet større, netop for at hjemmesygeplejerskerne skal kunne dække bedre ind og hjælpe hinanden. Så må vi se, om det bliver bedre."

Sygeplejerskernes beretning om overarbejde viser sig også i statistikken

over, hvor mange lønkroner, der bliver udbetalt i overarbejde til hjemmesygeplejersker per måned. I de seneste to år har Odense Kommune ligget på et niveau, der er dobbelt så højt som landsgennemsnittet. (se figuren)

Sundhedsklinikker

Forløbschef for Forløb Fysisk Funktionsnedsættelse i Odense Kommune, Lotte Hemmingsen, har læst Pia Lüders Røges beretning om de lange arbejdsdage med mange besøg uden pauser. Hun mener, at det vil have effekt, når Odense Kommune får udbredt brugen af deres fem sundhedsklinikker. I en mail til *Sygeplejersken* skriver hun bl.a.:

”Med sundhedsklinikker kommer borgerne til os i stedet for, at vi besøger dem i hjemmet. Det er en omstilling, som også kræver en kulturændring hos os selv. Men lykkes vi med det, vil det reducere sygeplejerskernes transporttid væsentligt og dermed tage en god del af arbejdspresset.”

Lillian Drejer Thorenfeldt vil ikke afvise, at sundhedsklinikker kan ændre på arbejdspresset, men hun tvivler på, at de kan løse problemet, da hun mener, at de allerede nu anvendes, hvor det er muligt.

”Beretningen handler jo om terminale borgere, om inficerede sår og en blødende stomi, og det er ikke tilfælde, hvor det vil være hensigtsmæssigt, at borgerne skal tage til en sundhedsklinik,” siger hun.

Formand for Fagligt Selskab for sygeplejersker i kommunerne, Inge Jekes, kender ikke Odense Kommunes organisering, men hun bekræfter tendensen til den stigende specialisering i hjemmesygeplejen, der presser arbejdsmiljøet i mange kommuner.

”Specialiseringen har mange fordele, men den kan også være med til at gøre hjemmesygeplejen mere sårbar, hvis de geografiske afstande bliver så store, at sygeplejerskerne skal bruge en stor del af deres tid på landevejen,” siger Inge Jekes.

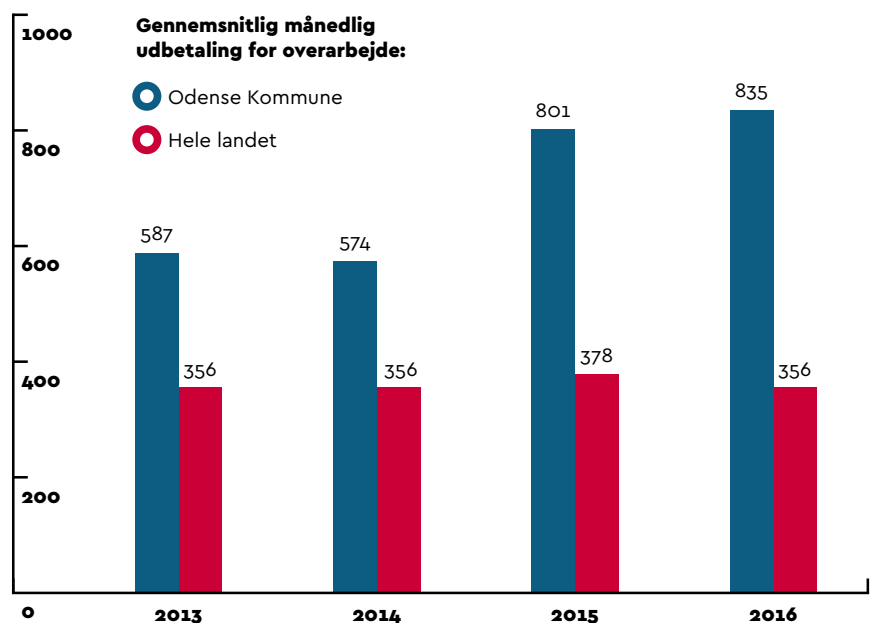
Hun mener ikke, at sundhedsklinikker eksempelvis kan reducere sygeplejerskers transporttid væsentligt, når

det handler om borgere, som har fysisk funktionsnedsættelse.

”For det betyder jo netop, at det er borgere, som ikke kan komme ud, og hvor det er nødvendigt, at der kommer en sygeplejerske ud i hjemmet for at se borgerens omgivelser i en helhed og vurdere, om der er de fornødne ressourcer,” siger Inge Jekes. ●

Rekordstort overarbejde blandt kommunale sygeplejersker i Odense Kommune

Tallene over søjlerne viser, hvor stort et beløb i kroner hver kommunale basissygeplejerske i gennemsnit har fået udbetalt i overarbejde per måned. Udviklingen viser, at Odense Kommune i 2013 og 2014 lå ca. 60 pct. over landsgennemsnittet. I 2015 og 2016 fik de udbetalt dobbelt så meget i overarbejde per måned som landsgennemsnittet.



Data fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor, KRL, for sygeplejersker i basisstillinger trin 4-7 i kommunerne. Grafik: DSR Analyse.

Arbejdsdag på 10 TIMER i hjemmeplejen

ARBEJDSPRES. Det er fjerde arbejdsdag i træk, som er 10 timer lang med 0 min. til pause. Hjemmesygeplejerske i Odense Kommune, Pia Lüders Røge, som er udekørende sygeplejerske til borgere med fysiske funktionsnedsættelser, har skrevet en time til time-beretning om en af de lange arbejdsdage.

Tekst **PIA LÜDERS RØGE** · Foto **NILS LUND PEDERSEN**

Kl. 7.30

Jeg orienterer mig om arbejdsdagen. Vi er fire faste sygeplejersker og to vikarer i dag. Der er 9 timer på min køreliste, som jeg skal køre sammen med en vikar. Jeg henter bilnøgler og telefon til vikaren. Min rute ligger i udkanten af Odense, og jeg vil i dag køre omkring 30 km. Jeg åbner computeren og taler med mine kolleger om en ung kvinde, som døde i mit nærvær i lørdags. Det var barskt, og jeg har brug for at reflektere over nogle ting. Jeg kigger adviser igennem. Der er kommet 24, siden jeg tjekkede i går sent eftermiddag. Fem af dem arbejder jeg videre med.

Kl. 8.00

Vikaren møder. Jeg fordeler borgerne og sætter hende ind i de vigtigste ting. Jeg tager 11

borgere, og hun får otte. Vikaren kender ikke området, og jeg prioriterer borgerne, så hun kan køre ruten hurtigst muligt. Gruppeleder kommer to gange og informerer om, at datteren til en af mine borgere har rykket for besøg. Morens nyanlagte stomi bløder, og der mangler stomiremedier. Jeg vælger at sende vikaren ud til denne borger, da en avis omhandler en terminal borger på min rute, som er blevet dårligere siden i går og derfor kræver hurtigt besøg og mere tid. Inden vikaren kører ud, tjekker jeg, om der er materialer, der skal med ud.

Kl. 8.30

Vikaren kører ud. Jeg når at ringe til en pårørende og arrangerer, at de henter noget medicin og handle på en korrespondance fra en læge

vedrørende en ny borger til sårbehandling i morgen. Jeg samler, hvad jeg skal bruge til min rute og kører ud til borger nr. 1. Jeg har 15 min. til at give en blodfortyndende injektion. Borgeren har nytillkomne blodpropper i lungerne, og han fortæller, at det blodfortyndende præparat ikke var i den medicin, han fik aftenen før. Det skulle det have været. Jeg giver ham den manglende medicin med lidt yoghurt, og jeg laver en seddel, der tydeliggør, hvilke æsker han skal have på hvilke dage. Jeg har taget den sidste injektion, og der mangler mindst to injektioner til de næste dage.

Kl. 9.00

Jeg har 20 min. til borger nr. 2. Hun er evnesvag og har kompliceret insulinkrævende



Jeg er bagud, fordi besøget hos den terminale borger har taget en time.

diabetes. Jeg skal yde støtte og vejledning til hendes behandling. Jeg vurderer hendes blodsukker, og vi taler om, hvornår hun skal tage hurtigtvirkende insulin. En fra kommunens administration har haft til hende angående hen-



Morgen på kontoret i Vollsmose-gruppe 1 i Odense Kommunes Forløb Fysisk Funktionsnedsættelse. Pia Lüders Røge er på vej til dagens første besøg.

des diabetesbevilling. Det viser sig, at hun har brugt remedier fra sin afdøde svigermor, og derfor er der uregelmæssigheder i hendes egen bevilling. Jeg ringer til kommunens udbyder af diabetesremedier og bestiller nye varer til hende.

Kl. 9.30

Jeg har 30 min. til borger nr. 3, som er terminal pga. lungekræft med metastaser. Jeg skal måle blodsukker, give insulin og skifte smertepaster. Han har haft en dårlig nat og ønsker at komme på hospice. Datteren, som har været der hele natten, er enig. Hun er træt. Jeg taler med egen læge om indstilling til hospice. Der er tiltagende smerter, og jeg får ordination på endnu et smertepaster. Jeg ringer til apoteket og arrangerer ud-

bringningen af dette til middag. Han skal have tudekop, men apoteket mangler en bevilling. Jeg ringer til "Indgangen" og får dem til at faxe til apoteket. Bandagen til galde drænet skal skiftes. Der er ikke flere af de specielle plaster, der benyttes, og jeg må lave en forstærkning. Senere må jeg køre tilbage til kontoret og hente sterile materialer, som kan kompensere for det specielle plaster. Jeg taler med borgeren og datteren om, at jeg vurderer, døden er nær, og hvad vi skal gøre, hvis der mod forventning ikke kommer en akut plads på hospice. Vi bliver enige om, at han skal blive hjemme, og vi skal øge besøgene, indtil der forhåbentlig, men med ringe sandsynlighed, kommer en plads.

Kl. 10.30

Jeg modtager et opkald fra vagttelefonen om, at den næste borger rykker for besøg, da hun skal akut på sygehuset. Jeg er bagud, fordi besøget hos den terminale borger har taget en time. Der er 20 min. til borger nr. 4, som har diabetiske fodsår. Hun er ude at gå tur med hunden, og jeg venter 5 min. Imens ringer jeg til gruppeleder og får hende til at effektuere flere besøg til borger nr. 3.

Der er også 20 min. til borger nr. 5, hvor jeg skal tilse venøse bensår og lægge kompression. 15 min. senere er jeg ved borger nr. 6, hvor jeg har 20 min. til behandling af et tryksår.

Borger nr. 7 skal have behandlet et kirurgisk sår efter en forfodsamputation. Han er kørestolsbruger, lam i det dårlige ben, og kendt for dårlig

compliance. Såret er kompliceret og inficeret. Jeg vurderer, at jeg skal komme hyppigere.

Kl. 12.00

Det 8. besøg er hos en terminal borger med lungesygdom, og der er 40 min. Jeg skal trække injektionsmedicin op, som borgeren selv kan administrere det næste døgn. Egentlig skal jeg have den ugentlige pallierende samtale med borgeren, men jeg har ikke tid. 15 min. senere er jeg ved borger nr. 9, hvor jeg har 60 min. til at behandle tre komplicerede bensår og skylle en byld. Det ene sår har en vakuumpumpe, der skal skiftes. Jeg skynder mig og når det på 45 min.

Kl. 13.00

Borger nr. 10 er en 96-årig mand, hvor jeg har 30 min. til



at behandle to bensår. Han har modtaget et brev med en indkaldelse til udredning for fald. Det er urealistisk, at han kan komme til sygehuset, da han er blevet dårligere, er sengeliggende og konfus. Jeg ringer til sygehuset og får tiden annulleret. Det skal jeg sende en korrespondance til egen læge om.

Kl. 13.30

Jeg er hos borger nr. 11, hvor jeg har 20 min. til at tilse et kirurgisk sår. Såret er lægt, og borger skal afsluttes.

Jeg kører herefter ind på kontoret og henter de materialer, jeg manglede hos borger nr. 3. Der er ingen af de andre på kontoret, da alle stadig har travlt. Jeg går på toilettet for første gang i dag.

Kl. 14

Vikaren ringer efter sidste besøg og vil høre, om der er noget, hun kan hjælpe mig med. Hun forklarer, at hun er stødt på en del forhindringer og har brug for hjælp til nogle administrative ting vedrørende borgerne. Vi aftaler at mødes om 30 min. Hun går i gang med det administrative. Der er noget, hun ikke kan finde ud af, noget,

hun ikke har autorisation til, og noget, hun ikke når.

Jeg er hos borger nr. 3 igen. Jeg har 15 min. til dette besøg. Jeg skal atter måle blodsukker og give insulin. Der er kommet varer fra apoteket. Jeg påsætter det nye smertepaster. Jeg klarer den nye tudekop. Jeg skifter efter sterile principper plastrer over galdedrænet. Datteren er udmattet, hun har været hos borgeren det sidste døgn. Hun er bekymret for natten, hvor borger skal ligge alene. Jeg nævner, at jeg kan forsøge at skaffe en vågekone. Det vil de tænke over.



Kl. 14 Jeg går på toilettet for første gang i dag.

Kl. 14.30

Tilbage på kontoret spiser jeg min madpakke, mens vikaren fortæller om sine problema-

tikker. Jeg danner mig et overblik over, hvad hun mangler. Noget af det, når hun at lave, mens jeg går i gang med resten. Yderligere en terminal borger skal ændres i smertebehandling, og medicinen leveres først til borger i eftermiddag. Aftensygeplejersken skal adviseres om, at der er et ekstra besøg. Hos en anden borger har vikaren haft en telefonkonsultation med diabetesambulatoriet, og der er efterfølgende ændringer i insulinen fra i morgen. Det skal dokumenteres og noteres på kørelisten til i morgen, og der skal laves nyt insulinskema.

Kl. 15.00

Vikaren er gået, og jeg fortsætter med at samle op efter hende. En af vikarens borgere har fået målt blodtryk, og værdierne skal sendes til egen læge. Borgeren skal herefter afsluttes. Jeg dokumenterer og afslutter indsatsen.

Kl. 15.30

Nu skulle jeg have haft fri. Jeg ringer tilbage til datteren til borger nr. 3 og giver hende en trist besked om, at vågekone-tjenesten er midlertidig

nedlagt grundet mangel på frivillige. Vi taler om hendes dilemma. Hun er træt, men kan risikere, at hendes far ligger og dør alene i nat. Kan hun bære dette?

Jeg går i gang med borger nr. 3. Jeg laver en palliationsstatus og sender den ud til alle vagtlag, ringer og orienterer aftensygeplejersken. Flytter besøget på drænplasterskiftet fra i morgen til i dag og dokumenterer, at borger er øget i smertebehandling.

Kl. 16.00

Dokumenterer på borger nr. 2 og noterer på kørelisten til næste besøg, at der skal samles op på, om diabetesremedierne er kommet og på dato for næste kontrol i diabetesambulatoriet. Ændrer planlægningen i Care på borger nr. 7 og afslutter indsatsen for borger nr. 11.

Kl. 16.30

Tjekker de 56 adviser, der er kommet siden i morges. Jeg mangler borger nr. 1. Jeg kan ikke finde frem til, hvor de manglende blodfortyndende injektioner er, eller hvad planen er fra lægen. Vi har ikke modtaget svar på en korre-

← Pia Lüders Røges rute ligger i udkan-
ten af Odense, og
den dag, beretnin-
gen blev skrevet,
tilbragte hun
omkring 30 km på
landevejen.

spontance fra egen læge, vi skrev i fredags. Det er vigtigt, hvis jeg skal have injektioner ud til i morgen. Jeg opretter et besøg til i morgen, hvor egen læge må ringes til. Printer en køreliste til i morgen og ser den igennem.

Kl. 17.00

Pakker remedier til mine og vikarens borgere, samt en sårkasse til en ny borger.

Herefter bruger jeg 15 min. på at lave noget nødvendigt vejlederarbejde. Jeg udfærdiger en plan for min modul 12-studerende, som starter i morgen, hvor jeg ikke er på arbejde. Det er vigtigt, at hun føler sig velkommen.

Kl. 17.30

Jeg har været på arbejde i 10 timer og har endelig fri. Jeg har ikke nået at dokumentere på alle borgerne.

Jeg havde 5 timers besøgstid i dag. Det har jeg nøjagtigt brugt.

Jeg har brugt 45 min. på køretid, 4 timer på administration og dokumentation, opfølgning og telefonsamtaler og 15 min. på min vejlederfunktion, 0 min. pause. ●



Kl. 17.30

**Jeg har været på arbejde
i 10 timer og har ikke
nået at dokumentere
på alle borgerne.**

Nu er det sygeplejerskerne, der retter kuskefinger ud

FRONTLØBER. Den medicinske behandling af Dupuytrens kontraktur på OUH er lagt i hænderne på sygeplejersker, der har deres eget sygeplejeambulatorium et par gange om måneden. Det sparer lægetid og giver bedre patientforløb.

Tekst **KIRSTEN BJØRNSSON** · Foto **NILS LUND PEDERSEN**

Der lyder et lille knæk, da sygeplejerske Dorthe Lundorff trækker forsigtigt, men sejt i Ole Ingemann Niensens ringfinger. Han har kuskefinger, Dupuytrens kontraktur, og er i gang med den medicinske behandling, som Odense Universitetshospital, OUH, for fem år siden indførte som et skånsomt alternativ til operation.

Kuskefinger skyldes, at der dannes knuder og strenge i bindevævet, som forhindrer patienten i at rette en eller flere fingre ud. I sådan en streng injicerede Dorthe Lundorff for to dage siden et stof, der nedbryder bindevævet. Nu skal hånden manipuleres, så strengen brister, selv om Dorthe Lundorff vurderer, at den allerede har givet sig noget. For fingeren er mere ret end før. Det bekræfter Ole Ingemann Nielsen, lidt forbavset, da Dorthe Lundorff fortæller ham, at knækket var lyden af den bristende streng:

”I går var der noget, der sagde næsten på samme måde,” udbryder han.

Dorthe Lundorff og hendes kollega Pia Marquard assisterede lægerne ved den medicinske behandling, da den blev indført i 2011. I dag nøjes de ikke med at trække medicin op, udføre sårbehandling og informere patienten om, hvordan han skal forholde sig efter behandlingen. De udfører hele behandlingen, når patienten er visiteret af en håndkirurg.

Ingen grund til konkurrence

Det startede med et klinisk projekt, som de to sygeplejersker gennemførte sammen med to håndkirurger. Meget hurtigt kom sygeplejerskerne til at stå for



SUNDHEDSVÆSENETS FRONTLØBERE

Arbejdet i det nære sundhedsvæsen bliver mere og mere komplekst, og allerede nu løfter sygeplejersker flere komplicerede opgaver end tidligere. Inden udgangen af januar 2017 skal et udvalg, nedsat af regeringen, KL og Danske Regioner, lave en masterplan for det nære sundhedsvæsen, så det bliver mere sammenhængende, borgernært og omkostningseffektivt. Ældre medicinske patienter, kronikere og patienter med psykiske lidelser har særlig fokus. *Sygeplejersken* sætter spot på fagets frontløbere i primærsektoren og på sygehusene.

den praktiske tilrettelæggelse af patientforløbene, og gradvist blev de også inddraget i at give injektioner og udføre den efterfølgende fingerudretning.

”Det foregik efter, at de andre patienter var gået hjem, og vi havde et tæt samarbejde, hvor vi kunne komme med forslag og gode idéer,” husker Pia Marquard.

”Lægerne kunne spørge: Skal du ikke lige prøve? Først var det bare udretningen, men siden tog det ene det andet.”

”Vi sagde lidt i sjov, at det her kunne vi da sagtens klare,” tilføjer Dorthe Lundorff.

”Og lægerne tog det op. Først satte de prikker, hvor vi skulle injicere, så satte vi selv prikkerne, mens de nøjedes med at se efter, om det var i orden, og sådan udviklede det sig.”

I dag foregår fingerudretningen i et sygeplejeambulatorium med patienter hver anden uge, typisk ni patienter, der først får injektioner om tirsdagen og siden får fingrene rettet ud torsdag.

Sygeplejerske Dorthe Lundorff viser Ole Inge-mann Nielsen de finger-øvelser, han skal gøre tre gange om dagen.



Behandlingsresultaterne lever op til forventningerne, og ventetiderne er reduceret.

Det er en opgaveglidning, som specialeansvarlig overlæge Søren Larsen i flere sammenhænge har anbefalet kolleger i andre håndkirurgiske enheder, hvor man tilbyder behandlingen.

”Der er ingen grund til, at læger og sygeplejersker skal konkurrere om de samme opgaver,” siger Søren Larsen og tilføjer:

”Her har vi sikret en høj grad af faglighed, samtidig med at vi har effektiviseret, og jeg kan sagtens se andre procedurer inden for det håndkirurgiske område, som sygeplejersker kan overtage.”

Personlig delegation

Det giver selvfølgelig en besparelse, når én sygeplejerske kan udføre den opgave, der tidligere krævede både en læge og en sygeplejerske.

”Men det er også vigtigt at fortælle, at vi har fået bedre patientforløb,” siger Pia Marqvard.

Før sygeplejeambulatoriet blev oprettet, var der op til et halvt års ventetid, også undervejs i forløbet, når flere fingre skulle behandles én ad gangen. Og der var ventetider under ambulatoriebesøgene, som opstod, fordi lægernes tid skulle udnyttes fuldt ud.

”Når lokalbedøvelsen var lagt, bad vi gerne patienten vente ude på gangen, til den virkede, og imens havde lægen måske en anden patient. Men det kunne også tit ske, at lægen blev kaldt til en stuegang eller til at medvirke på en anden stue,” husker Pia Marqvard.

”Vores eget program er tilrettelagt, så vi når at gøre den enkelte patient helt færdig. Vi skal ikke længere samle op, når patienterne er gået, og f.eks. sidde fredag eftermiddag og prøve at lave aftaler om sårpleje med hjemmesygeplejen.”

Fingerudretning kræver håndelag, og der har været meget at lære undervejs, ikke kun manipulationen, der skal få bindevævsstrengene til at bryde, men også lokalbedøvelse, injektionsteknik og optrækning af medicin i svært håndterlige små sprøjter, fortæller Dorthe Lundorff.

Opgaven kræver personlig delegation til den enkelte sygeplejerske, og der er udarbejdet en funktionsbeskrivelse, der også fastlægger kravene til oplæring.

Der er altid mulighed for at få backup fra lægerne, og de to sygeplejersker understreger, hvor vigtigt det er med tillid og samarbejde om nye opgaver.

I starten var de også spændte på, om de ville møde patienter, der hellere ville behandles af en læge. Men det er aldrig sket, tværtimod. Som Pia Marqvard siger:

”Der er mange patienter, der spørger: Nu bliver det vel dig igen næste gang?” ●

KLÆDT PÅ TIL FREMTIDEN

Dorthe Lundorff og Pia Marqvard assisterede som sygeplejersker, da medicinsk behandling af Dupuytrens kontraktur blev indført af OUH's håndkirurger i 2011. De er oplært til at udføre hele behandlingen i det løbende samarbejde med lægerne. En funktionsbeskrivelse for opgaven indeholder de formelle krav til delegation og oplæring. I praksis tager det ca. et år, og en tredje sygeplejerske er nu oplært til funktionen.

Sygeplejerske Elena Sánchez prøvede lykken og tog arbejde i England. Hjemme fik hende til at tage tilbage til Sevilla, hvor hun bor hos sin familie og lever af sin opsparing.

Spanske sygeplejersker udvandrer i tusindvis

SEVILLA. Den økonomiske krise har ført til nedskæringer i sundhedsvæsenet og ringe fremtidsudsigter, der får de nyuddannede sygeplejersker til at prøve lykken i udlandet.

Tekst og foto **JØRGEN LAURVIG**

D Elena Sánchez rører travlt sukker i sin kaffe med lidt mælk, mens hun hurtigt skimmer sin Facebook-profil og endelig sætter sig til rette på barstolen på den lokale café.

Elena har kun en kort pause fra det kursus, der forhåbentlig skal føre til en fastansættelse på et spansk hospital. Hun er netop vendt hjem efter 2 ½ år i England:

”Det var en stor beslutning. Jeg var 22 år og nyuddannet, men der var intet arbejde at få i Sevilla.”

Så Elena fandt en stilling i Bristol, hvor de første måneder var svære:

”Alting var anderledes, du er alene uden familie og venner. Og så er der klimaet ... Bristol skulle have det mildeste klima i Storbritannien, og det kan godt være, at 0 grader ikke er slemt i England, men altså ...” siger hun og bryder ud i en høj latter.

Men Elena Sánchez bed tænderne sammen og lærte meget, både menneskeligt og fagligt, før hjemveen fik overtaget. Så nu er hun tilbage i Sevilla, hvor hun bor hos familien og lever af sin opsparing.

Elena har tilmeldt sig et kursus hos sygeplejerskernes fagforening, SATSE, for at forberede sig til de særlige adgangsprøver, oposiciones, alle offentligt ansatte skal bestå for at få et job. For i Spanien kan man ikke bare søge arbejde efter endt uddannelse.

Den regionale regering slår et antal stillinger op, som ansøgere med relevant eksamen kan søge. Der bliver indkaldt til en prøve for alle ansøgere, og de bedste ved prøven får stillingerne. Der kan være flere tusinde ansøgere til få hundrede stillinger.

Derfor kan nyuddannede sygeplejersker gå arbejdsløse i årevis, indtil de består prøven og imens overleve på spredte tre-seks måneders vikariat. Eller rejse til udlandet.

Udenlandske sygeplejersker i Danmark

Der er ganske få spanske sygeplejersker, der arbejder med autorisation i Danmark, formodentlig færre end 10. Men tallet har været stigende.

Med 283 sygeplejersker toppe Norge listen over udenlandske sygeplejersker i Danmark, efterfulgt af 273 fra Tyskland, 258 fra Sverige, 147 fra Storbritannien og 121 fra Polen.

Kilde: DSR.

For nogle er et job i udlandet en oplevelse, for andre en nødvendighed for at komme videre med deres karriere. Og for nogle bliver udlandet endestationen, fordi fremtidsudsigterne i Spanien er for ringe.

Nedskæringer, nedskæringer, nedskæringer

Hendes situation er langt fra enestående, fortæller Reyes Zabala, der er forkvinde for sygeplejerskerne i Sevilla-provinsen:

”Vi har tusinder af unge nyuddannede sygeplejersker, der prøver lykken i udlandet. De seneste knap syv år er der forsvundet over 5.000 stillinger alene i Andalusien,” forklarer Reyes Zabala.

Der er 21.000 sygeplejersker i regionen Andalusien med 8,4 millioner indbyggere. Men siden 2009 har regeringen både fyret sygeplejersker og undladt at ansætte nye, når nogen gik på pension.

Samtidig er den ugentlige arbejdstid sat op fra 35 til 37 ½ time, og grundlønnen er beskåret med 10 pct. Desuden er alle ulemptillæg beskåret med 30 pct., så sygeplejerskerne har mærket nedskæringerne mere end andre offentligt ansatte. Og med en startløn på 10.500 kr. om måneden er lønnen bedre i mange andre EU-lande.

”Vort sundhedssystem har været udsat for konstante nedskæringer det seneste årti, og de mest ambitiøse sygeplejersker og læger søger nye udfordringer og bedre løn i udlandet. Desuden tjener man point ved arbejde i udlandet, der kvalificerer én til bedre stillinger i Spanien,” siger forkvinde Reyes Zabala.

Ud over sproget er det faglige en væsentlig grund til, at England er det foretrukne land for de spanske sygeplejersker. Her får de professionelle udfordringer, der udvikler dem fagligt.

Omvendt er mange vendt frustrerede hjem fra Tyskland, fortæller Reyes Zabala:

”Det er ikke kun sproget, der er svært. I Spanien har vi sygehjælpere, der klarer den mest elementære pleje af patienterne. Men i Tyskland er det også sygeplejerskernes opgave, og i det hele taget giver lægerne i Tyskland meget lidt ansvar fra sig. Så fagligt set er Tyskland ikke udfordrende for en spansk sygeplejerske,” siger fagforeningsforkvinde Reyes Zabala og tilføjer:

”Til gengæld er de få, jeg kender, der har været i Skandinavien, meget tilfredse.”

Hver femte kollega i England var spanier

Elena Sánchez følte sig ikke alene som spanier på hospitalet i Bristol – der var 11 spaniere i hendes arbejdsgruppe på 50 sygeplejersker:

”Mulighederne for at etablere sig er meget bedre end i Spanien. Med en kontrakt på fast arbejde kan du som nyuddannet 22-årig få et realkreditlån og købe dig en lejlighed. Det er umuligt i Spanien. Så flere af mine spanske kolleger i Bristol har allerede fået deres kæreste til England og er i gang med at købe lejlighed.”

Blandt de spanske indvandrere i Storbritannien er sygeplejerskerne i virkeligheden privilegerede, fordi de får lov til at arbejde inden for deres fag:

”I England mødte jeg akademikere, skolelærere og ingeniører, der var rejst fra Spanien efter flere år med arbejdsløshed eller job til 3-4.000 kr. om måneden. Nu tjener de meget mere ved at arbejde som tjener, receptionist eller ekspedient i tøjbutikker. Vi er den tabte generation – på grund af krisen har vi kun to muligheder: gå arbejdsløs, eller rejs til udlandet,” slutter Elena Sánchez. ●

FAKTA OM SYGEPLEJERSKER I SPANIEN

SEVILLA ●

Der er **266.000** sygeplejersker i Spanien.

17.500 går arbejdsløse, det svarer til **6,5 pct.** arbejdsløshed.

Men **97 pct.** af alle ansættelser i november var korttidskontrakter, så mange flere er reelt arbejdssøgende.

Der er **508** sygeplejersker pr. **100.000** indbyggere, så Spanien ligger **nr. 22** i EU.

I Danmark er der **1.609** sygeplejersker pr. **100.000** indbyggere, og vi ligger **nr. 2** i EU.

Forholdet mellem læger og sygeplejerskers andele af det samlede sundhedspersonale er **42 pct.** læger og **58 pct.** sygeplejersker. I EU er der **30 pct.** læger og **70 pct.** sygeplejersker, i Danmark er det **18 pct.** overfor **82 pct.**

Der eksisterer ingen statistik over antallet af spanske sygeplejersker i udlandet, men i 2015 var der **134.000** spaniere med mellemlang og længere videregående uddannelse, der arbejdede i andre EU-lande.

Ifølge sygeplejerskernes fagforening SATSE vender de fleste hjem til Spanien efter **to år** i udlandet.

Kilde: Organización Colegial al de Enfermería (Sygeplejerskernes Fagkollegie) WHO 2014.


cimzia[®]
(certolizumab pegol)

NYHED

CIMZIA[®]
AutoClicks[®]

Indikation til RA, PsA og axSpA²

Fås nu!

Brugervenlighed¹ Knapfrit leveringssystem

Bredt, **skridsikkert** greb

Dobbelte klik og et stort kontrol-
vindue bekræfter, når injektionen starter,
og når den er færdig²



NE/C/1612/0424, December 2016

1. Barbara Domańska, Brenda VanLunen, Luke Peterson et al. (2016): Comparative usability study for a certolizumab pegol autoinjection device in patients with rheumatoid arthritis, Expert Opinion on Drug Delivery, DOI: 10.1080/17425247.2016.125628

2. Cimzia[®] SmPC, Oktober 2016

Reumatoid Arthritis: Cimzia[®] i kombination med methotrexat (MTX) er indiceret til behandling af moderat til svær, aktiv reumatoid arthritis (RA) hos voksne, hvor responsen på sygdomsmodificerende antireumatiske lægemidler (DMARDs) inklusive MTX har været utilstrækkelig, og til behandling af svær, aktiv og progressiv RA hos voksne, som ikke tidligere er blevet behandlet med MTX eller andre DMARDs. Cimzia[®] kan gives som monoterapi i tilfælde af intolerans overfor MTX, eller når fortsat behandling med MTX er uhensigtsmæssig. Det er påvist, at Cimzia[®] i kombination med methotrexat reducerer udviklingen af ledskader, målt ved hjælp af røntgen, samt forbedrer den fysiske funktion. **Aksial spondyloarthritis:** Cimzia[®] er indiceret til behandling af svær aksial spondyloarthritis (axSpA) hos voksne omfattende: **Ankyloserende spondylitis (AS):** Voksne med svær, aktiv ankyloserende spondylitis, som ikke har responderet tilstrækkeligt på eller er intolerante overfor antiinflammatoriske lægemidler (NSAID). **Aksial spondyloarthritis uden radiografiske tegn på AS:** Voksne med svær, aktiv aksial spondyloarthritis uden radiografiske tegn på AS, men med objektive tegn på inflammation påvist ved forhøjet C-reaktivt protein (CRP) og/eller ved magnetisk resonans scanning (MRI), og som ikke har responderet tilstrækkeligt på, eller er intolerante overfor NSAID. **Psoriasisarthritis:** Cimzia[®] i kombination med MTX er indiceret til behandling af aktiv psoriasisarthritis hos voksne, hvor responsen på tidligere behandling med DMARDs har været utilstrækkelig. Cimzia[®] kan gives som monoterapi i tilfælde af intolerans over for methotrexat, eller når fortsat behandling med methotrexat er uhensigtsmæssig.

EVA K. ANDERSEN
modul 12
PH MetropolRikke Winther Hansen
modul 10
UC LillebæltRenée Rajjmaekers
Kristensen
modul 7
PH MetropolMaria Strande Sørensen
modul 9
UC Horsens

☹️ Ja, han snakker godt nok meget ...

Når sygeplejersker udnævner en patient til at være vanskelig og besværlig, **hindrer det andre i en åben og fordomsfri tilgang til vedkommende**. En studerende tager ikke prædikaterne for gode varer, og det gavner relationen mellem hende og patienten.

Jeg er nu på mit sidste kliniske modul og har igennem alle mine klinikker oplevet at blive mødt af sygeplejersker, som har sagt noget i retning af ”patienten, du skal ind til, er altså ret vanskelig”.

Efterfølgende har jeg fået at vide, hvorfor patienten er vanskelig, og er dermed allerede blevet påduttet en opfattelse af, hvordan denne her patient er.

En morgen, da vi sidder og fordeler patienter, bliver jeg sat på plejen af en mand, som skal klargøres til dagen og senere overflyttes til et andet sygehus. Sygeplejersken siger: ”Han er en virkelig besværlig patient, han snakker meget, og han er ikke så samarbejdsvillig, men du må gerne skynde dig lidt, da transporten kan være her indenfor en time til halvanden.”

Jeg går ind på stuen til patienten og kan hurtigt konstatere, at ja, han snakker godt

nok meget. Jeg begynder at vaske ham og får forklaret ham, at transporten muligvis snart kommer, og at vi derfor har lidt travlt. Han kommenterer ikke dette yderligere, men fortæller derimod en historie om en tidligere indlæggelse. Jeg lytter til det, han siger, og spørger ind til det, og imens får jeg vasket og klargjort ham. Jeg spørger, hvad han tidligere har lavet, og vi får talt om lidt af hvert, snakken går om både vind og vejr, ting, der sker i verden, og hans oplevelser på sygehusene, de gange han har været indlagt. Før jeg ved af det, er vi færdige med hele den personlige hygiejne, jeg har fået pakket hans ting, og han er klar til at blive hentet.

Da jeg kommer ind til sygeplejerskerne på kontoret og fortæller, at patienten er klar til at blive hentet, kan sygeplejerskerne næsten ikke forstå, at jeg på blot

40 minutter fik nået alle de ting. De spørger: ”Hvad gjorde du?” og jeg svarer: ”Jamen, jeg talte da bare med ham.” Jeg får også sagt, at jeg syntes, det var et forkert billede, jeg havde fået af patienten ud fra det, de havde sagt til morgenrapporten.

Transporten kommer, og jeg går ind på stuen for at sige farvel til patienten. Han tager min hånd, holder den og siger: ”Tak for din hjælp og forståelse. Der er ikke mange sygeplejersker, som har overskud til at snakke med mig, men jeg har sådan brug for at snakke, for jeg er så bange.”

Jeg gav patienten et kram og ønskede ham rigtig god bedring.

Da jeg efterfølgende reflekterede over det, kom jeg frem til, at det er farligt at sige, at en patient er vanskelig eller besværlig. Vi er alle forskellige, og vi har forskellige behov for omsorg. ●

CIMZIA, (CERTOLIZUMAB PEGOL), 200 mg injektionsvæske, opløsning (injektion) i fyldt sprøjte eller 200 mg injektionsvæske i fyldt pen (AutoClicks).

Indikationer: *Reumatoid Arthritis:* Cimzia i kombination med methotrexat (MTX) er indiceret til behandling af moderat til svær, aktiv reumatoid arthritis (RA) hos voksne, hvor responsen på sygdomsmodificerende antireumatiske lægemidler (DMARDs) inklusive MTX har været utilstrækkelig, og til behandling af svær, aktiv og progressiv RA hos voksne, som ikke tidligere er blevet behandlet med MTX eller andre DMARDs. Cimzia kan gives som monoterapi i tilfælde af intolerans overfor MTX, eller når fortsat behandling med MTX er uhensigtsmæssig. Det er påvist, at Cimzia i kombination med methotrexat reducerer udviklingen af ledskader, målt ved hjælp af røntgen, samt forbedrer den fysiske funktion. *Aksial spondyloarthritis:* Cimzia er indiceret til behandling af svær aksial spondyloarthritis (axSpA) hos voksne omfattende: *Ankyloserende spondylitis (AS):* Voksne med svær, aktiv ankyloserende spondylitis, som ikke har responderet tilstrækkeligt på eller er intolerante overfor antiinflammatoriske lægemidler (NSAID). *Aksial spondyloarthritis uden radiografiske tegn på AS:* Voksne med svær, aktiv aksial spondyloarthritis uden radiografiske tegn på AS, men med objektive tegn på inflammation påvist ved forhøjet C-reaktivt protein (CRP) og/eller ved magnetisk resonans scanning (MRI), og som ikke har responderet tilstrækkeligt på, eller er intolerante overfor NSAID. *Psoriasisarthritis:* Cimzia i kombination med MTX er indiceret til behandling af aktiv psoriasisarthritis hos voksne, hvor responsen på tidligere behandling med DMARDs har været utilstrækkelig. Cimzia kan gives som monoterapi i tilfælde af intolerans over for methotrexat, eller når fortsat behandling med methotrexat er uhensigtsmæssig. **Dosering og indgivelsesmåde:** Behandling bør initieres og superviseres af specialister med erfaring i diagnosticering og behandling af sygdomme for hvilke Cimzia er indiceret. Patienterne bør få udleveret det særlige patient-informationskort. Efter passende oplæring i injektionsteknik kan patienter selv injicere Cimzia. Hele indholdet (1 ml) i den fyldte sprøjte eller pen bør udelukkende administreres som subkutan injektion. Egnede injektionssteder inkluderer låret eller maven. **Støddosis:** Den anbefalede startdosis til voksne patienter er 400 mg Cimzia (givet som 2 s.c. injektioner à 200 mg) uge 0, 2 og 4. Ved reumatoid arthritis og psoriasisarthritis bør behandling med MTX fortsættes under behandlingen med Cimzia, hvis det er hensigtsmæssigt. **Vedligeholdelsesdosis:** *Reumatoid arthritis:* Efter startdosis er den anbefalede vedligeholdelsesdosis til voksne med reumatoid arthritis 200 mg Cimzia hver 2. uge. Når klinisk respons er bekræftet, kan en alternativ vedligeholdelsesdosis på 400 mg hver 4. uge overvejes. *Aksial spondyloarthritis:* Efter startdosis er den anbefalede vedligeholdelsesdosis til voksne med aksial spondyloarthritis 200 mg Cimzia hver 2. uge eller 400 mg Cimzia hver 4. uge. *Psoriasisarthritis:* Efter startdosis er den anbefalede vedligeholdelsesdosis til voksne med psoriasisarthritis 200 mg Cimzia hver 2. uge. Når klinisk respons er bekræftet, kan en alternativ vedligeholdelsesdosis på 400 mg hver 4. uge overvejes. Tilgængelige data for ovennævnte indikationer indikerer, at der sædvanligvis opnås klinisk respons inden for 12 ugers behandling. Forsat behandling bør overvejes nøje hos patienter, som ikke viser tegn på terapeutisk effekt inden for de første 12 behandlingsuger. *Glemte doser:* Patienter, som glemmer en dosis, bør rådgives i at injicere den næste Cimzia-dosis, så snart de husker det, og derefter fortsætte injektion af efterfølgende doser som oprindeligt planlagt. *Specielle populationer:* *Pædiatrisk population (< 18 år):* Der er ingen tilgængelige data. *Ældre patienter (≥ 65 år):* Der kræves ingen dosisjustering. Farmakokinetiske populationsanalyser viste ingen effekt af alder. *Nedsat nyre- og leverfunktion:* Cimzia er ikke blevet undersøgt hos disse patientpopulationer. Der kan ikke gives dosisanbefalinger. **Overdosering:** Der er ikke observeret dosisbegrænsende toksicitet under de kliniske forsøg. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed overfor det aktive stof eller overfor et eller flere af hjælpestofferne. Aktiv tuberkulose eller andre alvorlige infektioner, såsom sepsis eller opportunistiske infektioner. Moderat til alvorlig hjerteinsufficiens (NYHA funktionsklasse III/IV). **Særlige advarsler og forsigtighedsregler:** **Infektioner:** Alvorlige infektioner som sepsis og tuberkulose samt andre opportunistiske infektioner er rapporteret hos patienter, som fik Cimzia. Patienterne bør undersøges nøje for tegn og symptomer på infektioner inklusive tuberkulose før, under og efter behandling med Cimzia. Behandling med Cimzia må ikke initieres hos patienter med en aktiv infektion af klinisk betydning, inklusive kroniske eller lokale infektioner, før infektionen er under kontrol. Patienter, der udvikler en ny infektion under behandlingen med Cimzia, bør følges tæt. Hvis en patient udvikler en ny alvorlig infektion, bør behandlingen med Cimzia afbrydes, indtil infektionen er under kontrol. **Tuberkulose:** Før behandling med Cimzia initieres, skal alle patienter vurderes for både aktiv og inaktiv (latent) tuberkulose. Det anbefales, at udførelsen af disse undersøgelser noteres på patientens informationskort. Hvis der diagnosticeres aktiv tuberkulose før eller under behandlingen, må behandling med Cimzia ikke påbegyndes, og igangværende behandling skal seponeres. Hvis latent tuberkulose diagnosticeres, skal egnet anti-tuberkulosebehandling i henhold til lokale vejledninger påbegyndes, før behandling med Cimzia initieres. På trods af tidligere eller samtidig profylaktisk behandling for tuberkulose er der forekommet tilfælde af aktiv tuberkulose hos patienter, som fik TNF-antagonister herunder Cimzia. Hos nogle patienter, som er behandlet tilfredsstillende for aktiv tuberkulose, er aktiv tuberkulose reaktiveret under behandling med Cimzia. **Reaktivering af Hepatitis B-virus (HBV):** Reaktivering af hepatitis B er forekommet hos patienter, der fik en TNF-antagonist herunder certolizumab pegol, og som var kroniske bærere af dette virus (dvs. overfladeantigen-positive). Før behandling med Cimzia påbegyndes, skal patienten testes for HBV-infektion. **Maligniteter og lymfoproliferative sygdomme:** TNF-antagonisters potentielle rolle ved udviklingen af maligniteter inklusiv lymfom og leukæmi er ikke kendt. Der er rapporteret tilfælde af melanom og Merkelcellekarcinom hos patienter i behandling med TNF-antagonister inklusiv certolizumab pegol. Det anbefales at foretage periodisk hudkontrol hos patienter med risikofaktorer for at udvikle hudcancer. Der bør udvises forsigtighed, når behandling med TNF-antagonister overvejes til patienter med maligniteter i anamnesen, eller når fortsat behandling overvejes hos patienter, som udvikler maligniteter. Der bør udvises forsigtighed, når TNF-antagonister anvendes hos KOL-patienter samt hos patienter med en forøget risiko for maligniteter på grund af massiv rygning. **Hjerteinsufficiens (CHF):** Cimzia bør anvendes med forsigtighed hos patienter med let hjerteinsufficiens (NYHA funktionsklasse I/II). Behandling med Cimzia skal seponeres hos patienter, som udvikler nye eller får forværrede symptomer på hjerteinsufficiens. **Hæmatologiske reaktioner:** Der er rapporteret sjældne tilfælde af pancytopeni, inklusive aplastisk anæmi, ved behandling med TNF-antagonister. Dette er også tilfældet ved brug af Cimzia. **Neurologiske lidelser:** Brug af TNF-antagonister har i sjældne tilfælde været forbundet med nye kliniske symptomer eller forværring af kliniske symptomer på demyeliniserende sygdomme. **Overfølsomhed:** Sjældne tilfælde af alvorlige overfølsomhedsreaktioner er blevet rapporteret efter administration af Cimzia. **Immunsuppression:** Eftersom tumornekrosefaktor (TNF) medierer betændelse og modulerer cellulært immunrespons, er der mulighed for, at TNF-antagonister, inklusive Cimzia, kan medføre immunsuppression, som kan påvirke værtens modstandsdygtighed overfor infektioner og maligniteter. **Autoimmunitet:** Behandling med Cimzia kan medføre dannelse af antinukleære antistoffer (ANA) og i sjældne tilfælde i udvikling af et lupus-lignende syndrom. Hvis en patient udvikler symptomer, der tyder på et lupus-lignende syndrom efter behandling med Cimzia, skal behandlingen seponeres. **Vaccinationer:** Patienter i behandling med Cimzia kan vaccineres undtagen med levende vacciner. **Samtidig brug af andre biologiske lægemidler:** Samtidig administration af certolizumab pegol med anakinra eller abatacept anbefales ikke. **Kirurgi:** Der er begrænset erfaring med sikkerhed ved kirurgiske indgreb hos patienter i behandling med Cimzia. Certolizumab pegols halveringstid på 14 dage bør tages i betragtning, hvis der planlægges kirurgi. En patient, som behøver kirurgi under behandling med Cimzia, bør observeres nøje for infektioner, og der bør tages passende forholdsregler. **Analyse af aktiveret partiel tromboplastintid (APTT):** Der er påvist interferens med visse koagulationsanalyser hos patienter i behandling med Cimzia. Cimzia kan forårsage fejlagtigt forhøjede APTT-analyseresultater hos patienter uden koagulationsabnormaliteter. **Ældre:** Der er set øget forekomst af infektioner blandt personer >65 år. **Interaktioner:** Der er ikke observeret interaktion i kliniske studier, hvor Cimzia blev indgivet samtidig med methotrexat, kortikosteroider, non-steroid antiinflammatoriske lægemidler (NSAID'er) og analgetika. Kombination af certolizumab pegol og anakinra eller abatacept anbefales ikke. **Graviditet, amning og fertilitet:** Der foreligger ikke tilstrækkelig dokumentation for anvendelse af Cimzia hos gravide kvinder. Cimzia anbefales ikke under graviditet. Præ-kliniske studier antyder, at et homologt Fab-fragment af certolizumab pegol i lav eller ubetydelig grad overføres via placenta. Spædbørn født af behandlede kvinder kan have øget risiko for infektion. Spædbørn der har været udsat for certolizumab in utero, bør tidligst vaccineres med levende vacciner 5 måneder efter moderens sidste Cimzia-dosis under graviditeten. Beslutningen om hvorvidt amning bør fortsætte/ophøre eller om behandlingen med Cimzia bør fortsætte/ophøre, bør tages ud fra en vurdering af fordele ved amning for barnet og fordele ved behandling med Cimzia for kvinden. I et klinisk studie til bedømmelse af Cimzias effekt på sædvaliteten blev der ikke set nogen effekt af Cimzia på sæd kvalitetsparametre sammenlignet med placebo (20 raske mandlige forsøgspersoner, enkelt SC dosis af 400 mg Cimzia, 14 ugers opfølgingsperiode). **Bivirkninger:** Almindelige (+1/100 til <1/10): bakterielle infektioner (inklusive absces), virale infektioner (inklusive herpes zoster, papillomavirus, influenza), eosinofile sygdomme, leukopeni (inklusive neutropeni, lymfopeni), hovedpine (inkl. migræne), sensoriske abnormaliteter, hypertension, kvalme, hepatitis (inkl. forhøjet leverenzym), udslet, pyreksi, smerter (hvilket som helst sted), asteni, pruritus (hvilket som helst sted), reaktioner på injektionsstedet. **Særlige opbevaringsforhold:** Opbevares i køleskab (2 - 8°C). Må ikke fryses. Opbevar den fyldte sprøjte/pen i den ydre karton for at beskytte mod lys. **Pakning:** 2 fyldte sprøjter/penne (1 ml steril opløsning) og 2 alkoholservietter. En fyldt sprøjte/pen indeholder 200 mg certolizumab pegol. For dagsaktuel pris se venligst www.medicinpriser.dk **Udlevering:** NB-S (Rheumatol.). ATC L04AB05. INDEHAVER AF MARKEDSFØRINGSTILLADELSEN: UCB S.A. **Forkortet i forhold til det godkendte produktresumé af 15. september 2016**, der kan rekvireres fra: UCB Nordic A/S, Arne Jacobsens Allé 15, 2300 København S. Opdateret 13. Oktober 2016



JOB



Se alle stillinger
www.job.dsr.dk

Praktiske oplysninger til annoncører

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

Nº 3 — 2017
8. februar 2017

Nº 4 — 2017
1. marts 2017

Nº 5 — 2017
22. marts 2017

Vejledning ved indtastning af kurser/møder/meddelelser, kontakt redaktionen, Birgit Nielsen, på tlf. 4695 4186.

Rådgivning og vejledning vedr. opsætning af annoncer

Dansk Mediaforsyning ApS · Elkjærvej 19 st. · 8230 Åbyhøj
Tlf. 7022 4088 · e-mail: dsrjob@dmfnet.dk · www.dmfnet.dk
Her kan du også rekvirere medieinformation.

Indleveringsfrister for STILLINGSANNONCER til de kommende numre

Nº 3 — 2017
13. februar 2017

Nº 4 — 2017
6. marts 2017

Nº 5 — 2017
27. marts 2017

Sidste frist for indlevering af materiale er kl. 10 hos Dansk Mediafor-
syning ApS

Udgivelsesdatoer

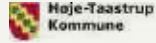
Nº 3 — 2017
27. februar 2017


Nº 4 — 2017
20. marts 2017


Nº 5 — 2017
10. april 2017


NETANNONCER

Gå ind på <http://job.dsr.dk/> og indtast Quick-nummeret, så kommer du direkte ind til netannoncen, hvor du kan læse meget mere om stillingen. Netannoncer kan indtastes hele døgnet.

Quicknr. **Hovedstaden** 
329633192 Høje-Taastrup Kommune
Akutsygeplejersker til udekørende akutteam
Ansøgningsfrist: 9. februar 2017

Quicknr. **Hovedstaden** 
329635740 Mercuri Urval
Fagligt stærk souschef, KABS Hvidovre, Glostrup Kommune
Ansøgningsfrist: 3. marts 2017

Quicknr. **Hovedstaden** 
329632349 Tårnby Kommune
Ledende sundhedsplejerske
Ansøgningsfrist: 8. februar 2017

Quicknr. **Hovedstaden** 
329633190 Høje-Taastrup Kommune
Erfarne aftensygeplejersker til Høje-Taastrup Kommune
Ansøgningsfrist: 7. februar 2017

Quicknr. **Hovedstaden** 
329635726 Mercuri Urval
Visionær afdelingsleder, KABS Hvidovre, Glostrup Kommune
Ansøgningsfrist: 16. februar 2017

Quicknr. **Sjælland** 
329634196 Greve Kommune
Ansvarshavende aftensygeplejersker
Ansøgningsfrist: 23. februar 2017

Quicknr. **Syddanmark** 
329635121 Odense Kommune
Aftensygeplejersker til Ældre- og Handicapforvaltningen
Ansøgningsfrist: 8. februar 2017

Quicknr. **Udland** 
329634932 Universitetssykehuset Nord-Norge
Operasjonssykepleier – Helse Nord
Ansøgningsfrist: 12. februar 2017

Plejecenter søger centerleder til Akaciegården



Hvem er du:

- Er en stærk personlighed med et stort menneskeligt overskud
- Har overblik og kan delegere i samarbejde med souschef
- Er god til at lytte, skære igennem og har gennemslagskraft
- Kan samarbejde og formidle et godt samarbejde
- Er glad, og positiv og udadvendt med en god portion humor
- Er åben for nye ideer og mod til at prøve dem af.

SE HELE ANNONCEN PÅ:
WWW.SYGEPLEJERSKEN.DK

S/I Akaciegården
Betty Nansens Alle 2A • 2000 Frederiksberg
Telefon: 36 17 18 22 • Fax: 36 19 77 47
CVR.nr. 19042537
e-mail: akaciegarden@frederiksberg.dk
www.akaciegaarden.dk



Sektionsleder til at styrke patientsikkerheden i Lægemeddelstyrelsen

Er du interesseret i ledelse i et fagligt stærkt og engageret miljø? Brænder du for at forbedre lægemiddelsikkerheden til gavn for borgerne? Så er du måske vores nye sektionsleder i Enhed for Lægemeddelsikkerhed & Medicinsk Udstyr.

Som sektionsleder i Enhed for Lægemeddelsikkerhed & Medicinsk Udstyr kommer du – med særligt fokus på at styrke indberetningsområdet – til at bidrage til, at Lægemeddelstyrelsen når visionen om at blive en af Europas førende lægemiddelmyndigheder.

Du bliver del af et nyt og ambitiøst ledelsesteam, der har ansvaret for at sikre høj faglighed og udvikling, effektiv driftsledelse og den bedst mulige arbejdsplads.

Læs mere om stillingen på www.lmst.dk.

Ansøgningsfristen er den 20. februar 2017.



Bliv frivillig bisidder hos Danske Patienter

Vil du bruge din faglighed og dit menneskekendskab i et meningsgivende arbejde? Er du på efterløn, pension eller har fri i dagtimerne?

Så bliv frivillig bisidder hos Danske Patienter!

Som bisidder støtter du patienter og pårørende, når de skal møde sundhedsvæsenet til lokale dialogsamtaler i forbindelse med deres klagesag.

Vi søger bisiddere i hele landet.

Læs mere om jobbet som bisidder og se hele opslaget på: www.danskepatienter.dk/job

Ansøgning sendes senest den 6. marts 2017 til Danske Patienter på mail info@danskepatienter.dk

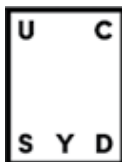
Har du spørgsmål så kontakt projektleder Anja Petersen tlf. 3341 4758 ap@danskepatienter.dk

Studieleder til sygeplejerske- uddannelse

UC SYD søger en visionær, udadvendt og faglig stærk studieleder, der med kendskab til sygepleje og sygeplejerskeuddannelsen kan sætte mål og retning for det videre arbejde med sygeplejerskeuddannelsen i Esbjerg.

Målet er, at nyuddannede sygeplejersker fra UC SYD er innovative og fagligt dygtige sygeplejersker, der naturligt arbejder på tværs af professioner og sektorer til gavn for patienter og borgere.

Se hele stillingsopslaget på ucsyd.dk/job



Ring på
tlf. 33 15 10 66
eller læs mere på:
DSA.dk/arbejdsgiver

Mangler du en sundhedsfaglig medarbejder?

Mangler du akut en medarbejder til et vikariat eller en fast stilling på fuldtid eller deltid? Kontakt vores karrierekonsulenter, så hjælper vi dig med at finde den rette kandidat.

Vi har kontakten og overblikket over vores ledige og beskæftigede medlemmer. Vi kender deres baggrund og kompetencer og har derfor de bedste muligheder for at finde den rette kandidat. Vi kan bl.a. synliggøre stillingen digitalt i vores egen jobsøger, og henvise medlemmer direkte til jobbet.

DSA.dk

DIN
SUNDHEDSFAGLIGE
A-KASSE



SENIORSAMMENSLUTNINGEN

Medlemmer, der er fyldt 55 år, er velkomne til Seniorsammenslutningens arrangementer

HOVEDSTADEN**Møde i Seniorsammenslutningen i Kreds Hovedstaden Nord**

Søren Frandsen fra Museum Nord, kommer og fortæller om, "Kaotiske oktoberdage i Gil-leleje 1943".

Tid og sted: 1. marts 2017 kl. 14:00 - 16:00, Rådhusstræde 29, 3400 Hillerød

Arrangør: Seniorsammenslutningen i Kreds Hovedstaden Nord

Tilmelding: Inden den 25.2.17, på tlf. 2345 8507 eller e-mail: bptvingsvej@gmail.com

Pris: Kr. 30 for kaffe

Sygeplejens historie

Praktiseres sygeplejens helbredende kunst i dag? V/sygeplejerske, cand.mag. Birgitte Kambay.

Tid og sted: 23. februar 2017 kl. 11:00 - 13:00, Garnisons Kirkens Menighedshus, Skt. Annæ Plads 4, København K.

Yderligere oplysninger: Se hjemmesiden

Arrangør: Seniorsygeplejerskerne central

Tilmelding: Senest 20. februar 2017, på e-mail: dora.pawlow-ski@outlook.dk eller tlf.: 4050 3579

Pris: Kr. 30

SYDDANMARK**Invitation til medlemsmøde i Seniorsammenslutningen Fyn**

Emnet er denne gang, "Fysisk og psykosocial sundhed i Verdens brændpunkter i flygtningelejre". Seniorsygeplejerske Marianne Larsen, fortæller om sine oplevelser som udsendt af Røde Kors.

Tid og sted: 2. marts 2017 kl. 13:30 - 15:30, Munkemose Plejecenter, Munke Mose Allé 2-4, 5000 Odense C

Yderligere oplysninger:

www.dsr.dk

Arrangør: Seniorsammenslutningen Fyn

Tilmelding: Senest 27. februar 2017 til Ingelise, tlf.: 5184 2275, e-mail: ibruhn@hotmail.com eller til Lisbeth, tlf.: 2496 4599, e-mail: lisbeth.aavang.jensen@gmail.com

Pris: Kr. 20 for kaffe med brød

Valg til Seniorsammenslutningen

I Landsbestyrelsen, har Kreds Syddanmark, 1 medlem og 1 suppleant. Der er den 16. maj 2017, valg til begge poster, dette for en 2-årig periode. Kandidater der ønsker at stille op, bedes meddele sit kandidatur til: Lone Blom Jørgensen, tlf.: 7021 1668, eller e-mail: syd-lbj@dsr.dk senest den 21. april 2017. Den nye bestyrelse konstituerer sig i juni 2017. Efter 1. maj, vil kandidaterne blive offentliggjort på hjemmesiden.

MIDTJYLLAND**Skæbnens spil - Nasi Habibi fortæller om sit liv**

Nasi Habibi, der kom fra Afghanistan til Danmark i 1999, fortæller ud fra sin selvbiografiske bog "Skæbnens spil", om sit barske liv som flygtning og til en tryk tilværelse i Danmark.

Tid og sted: 14. marts 2017 kl. 14:00 - 16:30, Mønsted kro, Holstebrovej 205, 8800 Viborg

Arrangør: Seniorsammenslutningen Kreds Midtjylland Viborg/Skive afd.

Tilmelding: E-mail: ingridboege@hotmail.com - tlf.: 8688 0084 eller e-mail: emjkoefoed@gmail.com - tlf.: 8664 7332

Pris: Kr. 60

MEDDELELSE**FS for Sundhedsplejersker Generalforsamling 2017**

Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker, afholder generalforsamling, mandag d. 1. maj 2017 kl. 16.30-18.00, i forbin-

delse med Landskonferencen 2017. GF afholdes, på Hotel Nyborg Strand, Østerøvej 2, 5800 Nyborg Forslag modtages senest 15. april og sendes på e-mail til: susannelucke@fs10.dk Se dagsorden på www.sundhedsplejersken.nu senest 20. april 2017.

Generalforsamling FSOS

Torsdag d. 30. marts 2017 kl. 15.30-16.30, afholdes generalforsamling i Fagligt Selskab for Ortopædkirurgiske Sygeplejersker (FSOS), på Aleris-Hamlet privathospital, Brendstrupgårdsvej 21 A, 8200 Århus N. Kandidatanmeldelse skal ske skriftligt senest 4 uger før, forslag til dagsorden fremsendes 3 uger før. Øvrigt materiale kan rekvireres 14 dage før. Tilmelding senest d. 16. marts 2017. Formand Susanne Jung kan kontaktes på e-mail: susanne.jung.hoevsgaard@rsyd.dk eller tlf.: 7940 5727/2074 2894.

Indkaldelse til ordinær generalforsamling 2017 FSSK

I forbindelse med konferencen, "Livkvalitet hele livet, sygepleje mod livets afslutning", på Hotel Kolding Fjord, Fjordvej 154, afholdes efterfølgende generalforsamling. Dagsorden ifølge vedtægterne. Forslag til behandling og kandidater til bestyrelsen sendes til formanden senest 28. februar. Tilmelding til konferencen <https://goo.gl/HsbRrb> Der er ikke tilmelding til generalforsamlingen alle er velkomne.

Generalforsamling - FS Udvikling og Forskning

Generalforsamling i Fagligt selskab for sygeplejersker der arbejder med udvikling og forskning afholdes den 23.3.2017, kl. 8.00 i DGI byen, København V. Valg til bestyrelsen. Overvejer du at stille op, kontakt formand Annesofie L. Jensen, e-mail: anejns@rm.dk, senest d. 22.2.2017. Bestyrelsesarbejdet er spændende og afvekslende. Vi arbejder med udviklingen af og forskning i sygepleje, medlemsbladet, temadage og landskonferencen.

Næstved Hold Januar 74, 40 års jubilæum

Den 25. februar 2017 er det 40 år siden, vi fik vores eksamensbevis. Vores jubilæum, vil blive afholdt, lørdag den 11.3.2017, kl. 12.30, hos: Lis Rothgart Petersen, Skovduevej 23, 4700 Næstved.

25 års jubilæum, Fensmarks-gade Hold August 88

Kære alle. Håber I også har fået indbydelse fra DSR, til at mødes den 14.3.2017, til fælles spisning og hygge. Vi foreslår, at vi hygger videre lørdag den 18.3.2017 fra kl. 18, på den nostalgiske restaurant Quatro Fontaine, Guldbergsgade 3, 2200 København N og udveksler gamle minder. SU. senest den 7.3.2017 til Henriette, på e-mail: henrietteharwigmadsen@hotmail.com eller til Maj-Britt, på e-mail: bockelund@os.dk Vi håber at se rigtig mange af jer. På gensyn.

Generalforsamling i FaSAM, FS arbejds- og miljøsygeplejersker

Indkaldelse til generalforsamling tirsdag d. 28. marts 2017, kl. 16.30- 18.00 for medlemmer af FaSAM i BUPL-huset, Kystvejen 17, 8000 Århus C. Der serveres en let anretning. Dagsorden kan ses på FaSAM's hjemmeside. Der er valg til bestyrelsen. Kandidatanmeldelse og forslag til behandling, tilmeldes formanden, på e-mail: lotte.l.falck@gmail.com senest d. 14 marts. Ved deltagelse, kontakt sekretær på e-mail: grethetind@gmail.com, senest den 24. marts.

Har du tabt dig og vil vedholde væggtabet?

Så har du nu mulighed for at være med i et forsøg, som skal finde ud af, hvordan man kan vinde den svære kamp med at holde det. De fleste kan nemlig tabe sig, men de færreste holder de tabte kilo fra livet efter kuren. Grundidéen bag forsøget er, at det er din motivation og dine egne strategier, der er vejen til succes. I forsøget skal bl.a. apps, en elektronisk vægt og et aktivi-

testarmsbånd hjælpe dig med at fastholde væggtabet. Hvis du ønsker at deltage, eller blot er interesseret i at høre mere om forsøget, er du velkommen til at kontakte forsker Sofus C. Larsen, på telefon: 3816 3064 eller e-mail: bfh-nohow@regionh.dk. Du kan også læse mere på vores lokale hjemmeside: <http://dk.nohow.eu/> og vores internationale hjemmeside, <http://nohow.eu/> Der vil være deltagelse i 5 møder på Frederiksberg Hospital, inden for en ramme på 18 mdr.

40 års jubilæum, Hold Marts 74 Frederiksberg Hospitals Sygeplejerskole

Elevkammerater efterlyses! Vi er 8 fra holdet, som syntes det kunne være alle tiders, at mødes til vores 40 års jubilæum. Vi vil derfor gerne i kontakt med så mange som muligt. Venligst kontakt Karen Adolphsen (Wedeg-Mathiasen) på +45201 18483, e-mail: karen@adolphsen.dk eller Lili Mogensen (Nørby Ernstsén) +46 7046 96037, e-mail: limog@pc.dk

KREDSMØDE

HOVEDSTADEN

Kursus i demens

Få opdateret din viden om demens.

Tid og sted: 6. marts 2017 kl. 08:45 - 15:30, Kreds Hovedstaden, Frederiksborggade 15, 4.sal, 1360 København K
Arrangør: Kreds Hovedstaden
Tilmelding: www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer
Pris: Gratis

Sygeplejersker i front - Palliation og patienter med KOL

Kom og hør hvordan sygeplejerskerne i lungemedicinsk ambulatorium på Nordsjællands Hospital, har selvstændige ambulante forløb med patienter med KOL.

Tid og sted: 13. marts 2017 kl. 16:30 - 19:00, Kreds Hoved-

staden, Frederiksborggade 15, 4.sal, 1360 København K
Arrangør: Kreds Hovedstaden
Tilmelding: www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer
Pris: Gratis

Palliation

Få opdateret din viden indenfor basal palliation.

Tid og sted: 20. marts 2017 kl. 08:45 - 21. marts 2017 kl. 15:30
Kreds Hovedstaden, Frederiksborggade 15, 4.sal, 1360 København K
Arrangør: Kreds Hovedstaden
Tilmelding: www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer
Pris: Gratis

Sygeplejersker med varige begrænsninger i arbejdsevnen

Du er velkommen til at deltage i mødet for at se, om det er noget for dig.

Tid og sted: 11. januar 2017 kl. 13:00 - 15:30, Kreds Hovedstaden, Frederiksborggade 15, 4.sal, 1360 København K
Yderligere info: www.dsr.dk/hovedstaden/NedsatArbejdsevne
Arrangør: Kreds Hovedstaden
Tilmelding: www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer
Pris: Gratis

Sygeplejersker med varige begrænsninger i arbejdsevnen

Du er velkommen til at deltage i mødet for at se, om det er noget for dig.

Tid og sted: 22. februar 2017 kl. 13:00 - 15:30, Kreds Hovedstaden, Frederiksborggade 15, 4.sal, 1360 København K
Yderligere info: www.dsr.dk/hovedstaden/NedsatArbejdsevne
Arrangør: Kreds Hovedstaden
Tilmelding: www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer
Pris: Gratis

Når ingen siger stop

Om dilemmaer og prioriteringer, ved udsigtsløs behandling. Hospitalspræst Henning Nabe-Nielsen holder oplæg.

Tid og sted: 23. marts 2017 kl. 17:00 - 20:00, Kreds Hovedstaden, Frederiksborggade 15, 4.sal, 1360 København K

Arrangør: Kreds Hovedstaden
Tilmelding: www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer
Pris: Gratis

Farmakologi

Kom og få opdateret din viden om farmakologi og medicinregning.

Tid og sted: 16. marts 2017 kl. 08:45 - 15:30, Kreds Hovedstaden, Frederiksborggade 15, 4.sal, 1360 København K
Arrangør: Kreds Hovedstaden
Tilmelding: www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer
Pris: Gratis

Hvis jeg skulle bestemme

New Public Management er ved at blive lagt i graven, men hvad skal erstatte det? Hvordan skulle sundhedsvæsenet styres, hvis du kunne bestemme? Kom til debattmøde om styring af sundhedsvæsenet.

Tid og sted: 22. marts 2017 kl. 17:00 - 21:00, Kreds Hovedstaden, Frederiksborggade 15, 4.sal, 1360 København K
Arrangør: Kreds Hovedstaden
Tilmelding: www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer
Pris: Gratis

Forløb for stressede sygeplejersker 2017-3

Som led i kredsens samlede arbejdsmiljøindsats, tilbydes forløb for stressramte medlemmer, med start den 20. april, i alt fire torsdage. Kredsens arbejdsmiljøkonsulent faciliterer forløbet.

Tid og sted: 20. april 2017 kl. 09:00 - 11:30, Kreds Hovedstaden, Frederiksborggade 15, 4.sal, 1360 København K
Arrangør: Kreds Hovedstaden
Tilmelding: www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer
Pris: Gratis

Forløb for stressede sygeplejersker 2017-2

Som led i kredsens samlede arbejdsmiljøindsats, tilbydes forløb for stressramte medlemmer, med start den 28. februar, i alt fire tirsdage. Kredsens arbejdsmiljøkonsulent faciliterer forløbet.

Tid og sted: 28. februar 2017

kl. 09:00 - 11:30, Kreds Hovedstaden, Frederiksborggade 15, 4.sal, 1360 København K
Arrangør: Kreds Hovedstaden
Tilmelding: www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer
Pris: Gratis

Sygeplejersker med varige begrænsninger i arbejdsevnen

Du er velkommen til at deltage i mødet for at se, om det er noget for dig.

Tid og sted: 27. marts 2017 kl. 13:00 - 15:30, Kreds Hovedstaden, Frederiksborggade 15, 4.sal, 1360 København K
Yderligere info: www.dsr.dk/hovedstaden/NedsatArbejdsevne
Arrangør: Kreds Hovedstaden
Tilmelding: www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer
Pris: Gratis

Er du stresset?

Eller i fare for at blive det? Så er denne temadag noget for dig.

Tid og sted: 24. marts 2017 kl. 09:00 - 15:00, Dansk Sygeplejeråd, Frederiksborggade 15 4.sal, 1360 København K
Yderligere info: www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer
Arrangør: Kreds Hovedstaden
Tilmelding: www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer
Pris: Gratis

SJÆLLAND

Tilrettelægger du selv din arbejdstid?

Kom og hør om, regler, retigheder og muligheder, som selvtilrettelæggende og ansat i en kommune. Specialkonsulent Anne Hedin gennemgår overenskomstens bestemmelser om selvtilrettelæggelse. Der er også tid til dine egne spørgsmål.

Tid og sted: 6. marts 2017 kl. 16:30 - 19:30, Kreds Sjælland, Møllevej 15, 4140 Borup
Arrangør: Kreds Sjælland
Tilmelding: <https://dsr.dk/kredse/sjaelland/arrangementer>
Pris: Gratis

Sygepleje til patienter med KOL

Kom og bliv opdateret, om den nyeste viden inden for KOL-området. Der vil bl.a. være fokus på behandling, pleje, træning, kost og inhalationsteknik. Oplæg v/medarbejdere fra KOL-Kompetencecenter, Næstved.

Tid og sted: 4. april 2017 kl. 16:30 - 19:30, Kreds Sjælland, Møllevej 15, 4140 Borup

Arrangør: Kreds Sjælland
Tilmelding: www.dsr.dk/kredse/sjaelland/arrangementer
Pris: Gratis

Tryk stop for gult!

Workshoppen er en håndsrækning til sygeplejersker, der oplever et pres i deres arbejdsdag. Få den nyeste viden om stressmestring på det personlige plan v/cand. psyk. og arbejdsmiljøkonsulent i Kreds Sjælland Marianne Boje Andersen.

Tid og sted: 7. marts 2017 kl. 16:30 - 19:30, Kreds Sjælland, Møllevej 15, 4140 Borup
Arrangør: Kreds Sjælland
Tilmelding: www.dsr.dk/kredse/sjaelland/arrangementer
Pris: Gratis

Din arbejdsdag - trivsel og engagement

Få nogle sikre råd til, hvad du selv kan gøre for at få en bedre og rigere arbejdsdag. Find ud af, hvad der giver dig energi i dit arbejde, v/cand. psyk. og arbejdsmiljøkonsulent i Kreds Sjælland Marianne Boje Andersen.

Tid og sted: 14. marts 2017 kl. 16:30 - 19:30, Kreds Sjælland, Møllevej 15, 4140 Borup
Arrangør: Kreds Sjælland
Tilmelding: www.dsr.dk/kredse/sjaelland/arrangementer
Pris: Gratis

Patientklager og sygeplejefagligt ansvar

Kom og hør om, hvad DSR kan hjælpe dig med, hvis du har fået en patientklage. Der er også fokus på sygeplejefagligt ansvar, dokumentation, delegation samt vejledning om fravalg af livsforlængende

behandling og genoplivning.

Tid og sted: 30. marts 2017 kl. 16:30 - 19:30, Kreds Sjælland, Møllevej 15, 4140 Borup
Arrangør: Kreds Sjælland
Tilmelding: www.dsr.dk/kredse/sjaelland/arrangementer
Pris: Gratis

STRÅTÆKT IDYL PÅ NYORD

Lej vores smukke stråttækte gård på øen Nyord ved Møn. Gården ligger midt i en idyllisk landsby. Gården er nænsomt moderniseret og har 10 sengepladser (5 soveværelser). Lejepris fra 3.000 kr./uge.

Klik på:
www.nyordgaard.dk

Mail:
nyordgaard@gmail.com

LEJLIGHED I BERLIN, PRENZLAUER BERG

Lejlighed i Berlin, Prenzlauer Berg. 2 værelses lejlighed med altan, plads til 4 personer udlejes. Der er endvidere trådløst internet adgang.

Se billeder, priser mm. på vores hjemmeside:
<http://sites.google.com/site/berlinprenzlauerberg/> eller ring på tlf. 2567 1484.

FERIEANNONCER

Alle annoncer skal indtastes via DSRs hjemmeside, www.dsr.dk/annoncering Vælg "Ferieannoncer" under "Annoncer i fagbladet Sygeplejersken".

Annoncerne må maksimalt indeholde 40 ord. Priserne for medlemmer er kr. 700,- ekskl. moms, ikke-medlemmer kr. 995,- ekskl. moms.

Faktura fremsendes, når bladet er udkommet.

ITALIEN HOS HANNE

På charmerende familiehotel med hyggelige værelser og ferielejligheder i Rimini ved Adriaterhavets skønne sandstrand fra kr. 200/pers.

Eller nær TOSCANA, 2 natur-skønne landhuse med pejsestue, køkken, 2-3 værelser, 2 wc og lille have. Udlejes hele året Fra kr. 3.200/uge.

Hanne Astrup Pietroni
Tlf. +39 335 8239863
www.hotel-dalia.it
hanne@hotel-dalia.it

SOMMERHUS, BORNHOLM, SANDVIG

Dejligt sommerhus til 8 personer beliggende fredeligt og naturskønt med udsigt over Østersøen og Hammerknuden. Gode terrasser med sol fra morgen til solnedgang. 500m til Sandvig by og stranden.

Se mere:
www.fjeldvejsandvig.123hjemmeside.dk
Telefon 6156 5636

SPANIEN, ALICANTE

Dejlig ferielejlighed tæt ved børnevenlig strand og skønne promenader med palmer. Perfekt til 4 personer, mulighed for ekstra opredning. Rimelige priser.

Se mere på
www.marmenor.dk
Marianne Kieffer
tlf. 4215 3155

KOBÆKSTRAND VED SKÆLSKØR

Sommerhus 2 minutters gang til fredelig badestrand. 7 sovepladser, opvaskemaskine, brusebad, brændeovn og elvarme. Skoleferier samt juni/juli/august 3500 kr./uge, øvrige uger 2500 kr./uge. Depositum 1000 kr., elafregning efter forbrug.

Information:
www.salud.dk
e-mail: salud@mail.dk
tlf: 5782 2875

**SPANIEN****– ALICANTE**

Torre Viejas saltsøer og klare luft.

300 solskinsdage/år
12 km fra Middelhavet
190 m² feriehus i 2 etager
Danske møbler & senge
MAX 8 Prs

Fri Internet o.m.m.
+45 4077 7936
+45 2227 6936

WWW.CASALARSEN.DK



Ferieafløserer på Færøerne i 2017?

Suderø sygehus søger sygeplejersker til ferieafløsning til vores:

Almen med./kir. sengeafdeling i perioden 1. maj til 30. september 2017.

Operationsafdeling i perioden fra 1/5 - 31/8-2017.

Anæstesiafdeling i perioderne 10/7 - 9/8 og 22/8 - 12/9 2017.

Tidspunkterne er vejledende.

Har du ikke mulighed for at arbejde hele perioden, men dog en længere periode, er du velkommen at kontakte os.

Nærmere oplysninger vedrørende stillingerne fås ved henvendelse til forstanderinden eller afdelingslederen tlf. +298 343300.

Rejseudgifter til og fra arbejdsstederne refunderes. Møbleret lejlighed stilles til rådighed mod betaling efter gældende regler.

Løn og arbejdsvilkår i henhold til overenskomst mellem Felagið Føroyskir Sjúkrarøktarfrøðingar og Figjarmálaráðið.

Ansøgning med kopi af autorisationsbevis m.m. tilsendes inden 15. februar 2017 til:

Suderø Sygehus
att. Inspektøren
Sjúkrahúsbrekkan 19
FO-800 Tvøroyri
Færøerne
eller pr. mail til ssh@ssh.fo

Mindeord

JOHANNE PETERSEN

Diakonisse Johanne Petersen, 101 år, nåede næsten at fejre 75-års søsterjubilæum som diakonisse, før hun sov stille ind den 4. januar på Sankt Lukas Stiftelsens plejehjem Lindely i Hellerup. Jubilæet skulle have været fejret den 1. februar i år for at markere, at Johanne Petersen på den dato i 1942, 26 år gammel, blev optaget på foreløbig prøve i Sankt Lukas Stiftelsens fællesskab af søstre. Den 7. maj 1950 blev hun optaget som diakonisse og bar fra da af Sankt Lukas Stiftelsens diakonisedragt i sin daglige tjeneste som sygeplejerske. Johanne Petersen blev født i landsbyen Østerby i Sønderjylland i 1915 og voksede op ganske tæt på den jord, hvor guldhornene i sin tid var blevet fundet. Efter konfirmationen kom hun i første omgang ud at tjene hos en lærerfamilie på sin fødeegn, og efter syv år hos dem var

hun på et ophold på Testrup Højskole nær Aarhus. Herefter vendte hun tilbage til Sønderjylland og begyndte sin uddannelse til sygeplejerske. Det meste af uddannelsen foregik på Tønder Sygehus, men hun havde også kortere uddannelsesophold på andre sygehuse i området, og måske havde hun på Amtssygehuset i Haderslev stiftet bekendtskab med Lukas-søstrene, som ledede sygeplejen der fra 1921 til 1972. I maj 1943 begyndte søster Johanne sin tjeneste på Sankt Lukas Stiftelsens Hospital, hvor hun især assisterede som nar-kosesygeplejerske for speciallægerne på operationsgangen. Fra 1968 og fremefter tjente hun på plejehjemmet Lindely i Hellerup, som på det tidspunkt var forbeholdt søstre fra Sankt Lukas Stiftelsen.

Kilde: Kristeligt Dagblad den 14. januar 2017.

JOHANNE NØRNBERG

Pensioneret sygeplejerske Johanne Nørnberg er sovnet stille ind på plejehjemmet i Ankersgade, Aarhus, i en alder af 96 år. Hun var sammen med mig, sin tvillingsøster, den yngste af en søskendeflok på ni, hvoraf vi var fem piger, som alle gik sygeplejerskevejen. Johanne blev sammen med mig uddannet i årene 1940-45 på Centralsygehuset i Hjørring, hvor vi pga. Besættelsen bl.a. var med til at skjule modstandsfolk for tyskerne. Efter uddannelse fik vi begge ansættelse på Psykiatrisk Hospital i Risskov, hvorefter vores faglige veje skiltes. Johanne drog straks efter krigens afslutning til England og fik arbejde på et børnehospital i London. Senere fulgte ansættelser i både Boston, USA, og i Indien. Undervejs blev det også til ansættelse som sygeplejelærer på sygeplejeforsko-len i Børkop. Sit arbejdsliv

sluttede Johanne som ansat på Stefanshjemmet i Aarhus. Johanne var hele livet stærkt internationalt orienteret. Hun deltog i talrige ICN-kongresser verden over og havde til det sidste forbindelse med personer på det sygehus i Indien, hvor hun arbejdede tilbage i 1970'erne. Æret være Johanne Nørnbergs minde.

*Anna Nørnberg Semmelroth,
pensioneret sygeplejerske,
Johannes tvillingsøster.*



Jeg vil være til stede i det svære

Birgitte Vangsted er havnet på rette hylde i arbejdet med de intensive patienter, både under og efter indlæggelse.

Tekst **BRITT LINDEMANN** · Foto **CATHRINE ERTMANN**



I december 1969 blev den dengang 13-årige Birgitte Vangsted udskrevet fra Brønderslev Sygehus. Med sig hjem tog hun drømmen om at blive sygeplejerske. Hun har aldrig fortrudt det valg, selvom det var med en vis bæven, da drømmen skulle udleveres i virkeligheden.

”Første gang, jeg skulle have nattevagt, havde jeg godt nok sommerfugle i maven, fordi man var én sygeplejerske og tre sygehjælpere til 64 patienter,” fortæller Birgitte Vangsted og fortsætter med et grin:

”Jeg kan ikke lade være med at tænke, at der ikke blev dokumenteret ret meget dengang.”

Dengang var i 1981, og Birgitte Vangsted havde været færdiguddannet fra Aalborg Sygeplejerskole i et år. Et enkelt år blev det til på Lungemedicinsk afdeling, men siden har hun haft længere ansættelser på Kirurgisk og Medicinsk Afdeling i Brønderslev. De seneste 21 år har hun været på Intensiv Afdeling på Aalborg Universitetshospital, og her trives hun. Der er hele tiden noget nyt at lære.

”Den intensive sygepleje handler om at tage hånd om patienterne på en fagligt kompetent, sikker og respektfuld måde

og medvirke til at skabe tillid både hos patienterne og de pårørende. Jeg har lært at være i det, selvom det til tider er svært,” siger Birgitte Vangsted.

Udskrevet, men ikke rask

For fire år siden ringede en tidligere patient på døren til intensiv afdeling, fordi han havde brug for at få bearbejdet sit traume. Birgitte Vangsted husker ham tydeligt.

”Vi viste ham rundt på en stue, så han kunne se respiratoren, pumperne og lyset. Han fortalte, at hver gang vi dæmpede lyset, troede han, at han skulle dø,” fortæller hun om oplevelsen, der gjorde stort indtryk.

For Birgitte Vangsted og hendes kollegaer blev det klart, at mange patienter stadig har brug for hjælp, selvom de er udskrevet. En del slås stadig med psykiske, fysiske og kognitive problemer og har mareridt f.eks. om slanger, der kravler ned gennem kroppen. Birgitte Vangsted var derfor med til at starte et struktureret tilbud om opfølgende samtaler til tidligere intensive patienter.

”Alle, som har været indlagt på afdelingen i fem dage og været i respirator, bliver tilbudt en samtale tre måneder senere, ligesom vi holder cafémøder, hvor de kan mødes og snakke med andre tidligere intensive patienter. Vi har lært utroligt meget om, hvordan vi kan være med til at hjælpe dem tilbage til hverdagen,” reflekterer hun over forløbet. ●

Birgitte Vangsted arbejder videre med de intensive patienter, efter de er udskrevet. Det giver både patienter og personale ny indsigt. ”Vi har lært utroligt meget om, hvordan vi kan være med til at hjælpe dem tilbage til hverdagen.”



FULD TIL FORTJENT

Her på siden kan du møde en sygeplejerske, som netop har modtaget Dronningens fortjenstmedalje i sølv. Medaljen kan tildeles personer, som har gjort en fortjenstfuld indsats og uafbrudt har været ansat inden for den samme offentlige myndighed i mindst 40 år. Det er arbejdsgiveren for den kvalificerede medarbejder, som kan indstille til medaljen.

Sidste helbredstjek inden rejsen

En lukning af operationsgangen på Frederiksberg Hospital fik **Hanne Dam-Hendriksen** til at tage et valg. Hun ville væk fra hospitalsgangene. Så da hun så den opslåede stilling som sygeplejerske hos Falck Global Assistance, slog hun til.

Fortalt til **LAURA ELISABETH LIND**
Foto **PER MORTEN ABRAHAMSEN**

“For et par år siden skulle jeg til Prag med tre veninder. Min ene venindes mor og søster havde forhøjet blodtryk, så min veninde blev også undersøgt. Det viste sig, at hun også havde forhøjet blodtryk og skulle have medicin for det. Vi skulle til Prag ugen efter. Men hvis hun tog afsted og skulle på hospitalet, fordi hun blev syg på grund af sit forhøjede blodtryk, ville hun ikke få de økonomiske udgifter dækket. For man er ikke dækket for en skade eller sygdom, man har opdaget op til to måneder før afrejse.

Min veninde fik besked om den begrænsede dækning ved at kontakte Falck Global Assistance. I dag er det så mig, der sidder i den anden ende af røret, når de kommende rejsende ringer ind. Jeg oversætter forsikringsvilkår til de rejsende – til Hr. og Fru Danmark. De fejler alt lige fra epilepsi og sukkersyge til kræft og hjerteproblemer. Mange kan godt rejse og få fuld dækning, selvom de er alvorligt syge. Vi har eksempelvis mange cancerpatienter, der er i et stabilt kemoforløb, og som derfor sagtens kan rejse under fuld forsikringsdækning. Men vi har også mennesker, hvor det ikke er tilfældet.

Jeg står ofte i det dilemma, at deres egen læge har sagt god for rejsen, men jeg må sige det modsatte. Det kan godt være frustrerende at give dem den besked. For nogle er der meget på spil. Det er måske den sidste rejse, de kommer ud på.

Mange vil nok sige, at jeg ikke laver rigtig sygepleje, fordi jeg ikke er i direkte klinisk kontakt med patienterne. Men at være sygeplejerske er mange forskellige ting. Jeg trækker konstant på den almene medicinske erfaring, jeg bl.a. har fra mit forrige job som ortopædkirurgisk sygeplejerske og fra et tidligere job på en hjerteafdeling. Jeg har svært ved at forestille mig, at man kan være i jobbet uden at være sygeplejerske. Det er f.eks. helt naturligt for mig at spørge ind til problemer med hjertet eller for højt kolesterol, hvis de fortæller mig, at de er oppe i alderen. For så fejler man som regel også andre ting end det, man lige ringer ind omkring.

HANNE DAM-HENDRIKSEN, 51 år.

Nyt job: 1. oktober blev hun ansat som sygeplejerske ved Falck Global Assistance, hvor hun er den del af et team på 20 sygeplejersker, der laver medicinske forhåndsvurderinger for forsikringselskaberne. Hun vurderer, om syge eller klienter, der er kommet til skade, kan rejse med fuld eller begrænset forsikringsdækning.

Kom fra: Ortopædkirurgisk operationsafdeling på Frederiksberg Hospital, hvor hun var ansat i otte år.

Jeg er glad for, at jeg i mit nye job kan holde fokus på det enkelte menneske, uden at jeg samtidig skal forholde mig til flere patienter ad gangen, en ny sundhedsplatform, krav om besparelser og stressende arbejdsforhold. Jeg er i min egen lille boble med klienten. Det giver mig en enorm ro. Ofte kan jeg give dem svar efter 10 minutters telefonsamtale, men hvis det er et kompliceret forløb, ser vi på deres patientjournal fra de sidste to måneder. Her kan jeg så vende det med lægerne herinde, hvis der er brug for det.

Selvom de måske får at vide, at forsikringen ikke kan dække deres sygdom, så er det i sidste ende dem selv, der bestemmer, om de vil tage chancen og rejse alligevel.

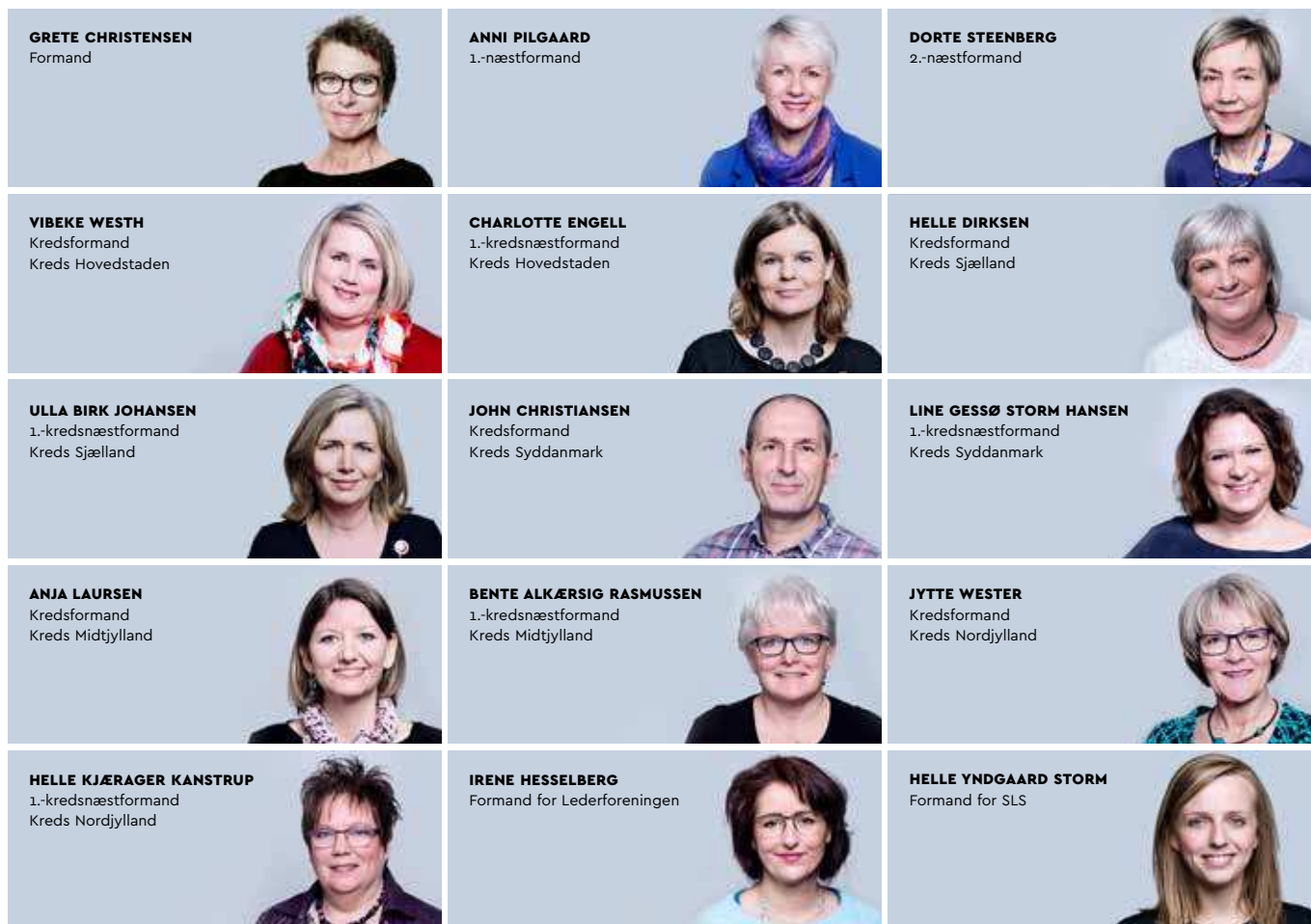
Min egen veninde valgte f.eks. at tage med til Prag. Hun skulle så også rejse med en flok veninder, hvor flere af os er sygeplejersker. Så hun tænkte måske, at det ikke kunne gå helt galt.”

SAYNER DU INSPIRATION TIL KARRIEREN?

Hent råd og vejledning om karriere og jobsøgning på dsr.dk. Som medlem kan du booke tid til personlig sparring om jobsøgning, efter- og videreuddannelse eller karrieremuligheder.

Læs mere på dsr.dk/job-og-karriere

DANSK SYGEPLEJERÅDS HOVEDBESTYRELSE



DANSK SYGEPLEJERÅD CENTRALT

Administrerende direktør
Anne Granborg

Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
Telefon: 3315 1555
Fax: 3315 2455
www.dsr.dk
dsr@dsr.dk

Åbnings- og telefontider
Man - tors 9.00 - 16.00
Fre 9.00 - 15.00

**Lederforeningen
Dansk Sygeplejeråd**
Sekretariatschef
Jonna Søgaard
Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
Telefon: 4695 3900
www.dsr.dk/lederfor-
eningen
lederforeningen@dsr.dk

**Sygeplejestuderendes
Landssammenslutning**
Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
Telefon: 4695 4234
www.dsr.dk/sls
sls@dsr.dk

Sygeplejetisk Råd
Formand
Annette Hegelund
Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
www.sygeplejetiskraad.dk

KREDS HOVEDSTADEN

Kredschef
Anne Tovborg

Frederiksborggade 15, 4.
1360 København K
Telefon: 7021 1662
Fax: 7021 1663
www.dsr.dk/hovedstaden
hovedstaden@dsr.dk

Åbnings- og telefontider
Man, tirs, tors, fre
9.00 - 14.00
Ons 13.00 - 16.00

Lokalkontor
Haslevej 50
3700 Rønne
Telefon: 7021 1662
Fax: 5695 3812

Telefontid
Man, tirs, tors 9.00 - 12.00

Hjemmesiden indeholder
individuelle kontaktop-
lysninger på kredsens
medarbejdere og for-
mandskab.

KREDS SJÆLLAND

Kredschef
Mads Hyltdgaard

Møllevej 15
4140 Borup
Telefon: 7021 1664
Fax: 7021 1665
www.dsr.dk/sjaelland
sjaelland@dsr.dk

Åbnings- og telefontider
Telefontid
Man, ons 9.00 - 14.00
Tirs, tors 13.00 - 16.00
Fre 9.00 - 13.00

Fremmøde
Man, tirs, ons 8.30 - 15.30
Tors 12.00 - 16.00
Fre 9.00 - 13.00

KREDS SYDDANMARK

Kredschef
Jan Villumsen

Vejlevej 121, 2.
7000 Fredericia
Telefon: 7021 1668
www.dsr.dk/syddanmark
syddanmark@dsr.dk

Telefontider
Man, tirs, ons, fre
8.30 - 13.00
Tors 13.00 - 16.00

KREDS MIDTJYLLAND

Kredschef
Ann Dahy

Fælles postadresse
DSR, Kreds Midtjylland
Marienlystvej 14
8600 Silkeborg
Du er altid velkommen i
åbningstiden, men ring
og aftal tid.
Telefon: 4695 4600
Fax: 7021 1667
www.dsr.dk/midtjylland
midtjylland@dsr.dk

Telefontider
Man, tirs, tors
10.00 - 15.00
Ons lukket
Fre 10.00 - 13.00

Lokale kontorer
Stationsvej 8a
7500 Holstebro
Åbent efter forudgående
aftale.

Kystvejen 17, 1. sal
8000 Aarhus C
Åbent efter forudgående
aftale.

KREDS NORDJYLLAND

Kredschef
Iben Gravesen

Sofiendalsvej 3
9200 Aalborg SV
Telefon: 4695 4850
Fax: 9634 1426
www.dsr.dk/nordjylland
nordjylland@dsr.dk

Kontorets åbningstider
Man - ons 9.00 - 15.00
Tors 13.00 - 16.00
Fre 09.00 - 12.00





Oplev fantastiske Norge med Dedicare

“At arbejde for Dedicare har udviklet mig som sygeplejerske. Jeg har været rigtig glad for at kunne kombinere at rejse og arbejde samtidig. Dedicare giver mulighed for at arbejde rundt i hele Norge. De sørger for alt i forhold til dit ophold, og det giver tryghed at vide, at de altid er tilgængelige på telefonen, hvis der skulle opstå noget uventet.”

- Ingrid Jønsson, Sygeplejerske, Danmark

Dedicare har avtale med alle sykehus i Norge samt over 100 kommuner og private virksomheter. Vi har jobb til deg enten du er nyutdannet, erfaren, spesialist eller under utdanning.

Siden 2012 har vi hatt mer enn 1000 danske sykepleiere og studenter i oppdrag i Norge. Arbeider du for oss, vil du merke at vi bryr oss om deg! Kontakt oss, så forteller vi deg om alle mulighetene.

Og vent ikke med å ta kontakt om du vil sikre deg sommerjobb.

Husk: De beste jobbene går alltid først!

www.dedicare.no/nurse

+47 07480 – rekruttering@dedicare.no



Vi bryr oss mer!

DEDICARE

Nurse