

**T&P: Sådan behandler
du diabetiske fodsår**

**Én koordinerende
sygeplejerske – to specialer**

SYGGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING  NR. 6 • 3. MAJ 2013 • 113. ÅRGANG

TEMA

Kræftpatienter kan sagtens tåle hård træning



**Sygeplejerskerne
stemte JA til OK13**

Tilbage på job

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

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

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

► gjob.dk

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

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

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



Det Grønlandske Sundhedsvæsen

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

JANUMET®

(SITAGLIPTIN/METFORMIN)

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



JANUMET

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

Se venligst EMA godkendte produktresumé inden receptudskrivelse.

MSD, Lautrupbjerg 4, 2750 Ballerup

Produktinformation findes på side 8



KORT

6 Kommunale sygeplejersker lærer af utilsigtede hændelser

Der er rapporteret knap 100.000 utilsigtede hændelser fra den kommunale sundhedssektor i 2012, og de skal bruges til at begrænse kommende fejl.

TEMA OM KRÆFT OG MOTION

18 Pulsens skal op

Al ny forskning viser, at motion nedsætter risikoen for at få kræft og forlænger kræftpatienters levetid. Sygeplejersker kan være med til at oplyse patienterne om motionens gavnlige effekt.

22 Fysisk overskud giver mentalt overskud

Kræftpatienter kan sagtens tåle hård fysisk træning, viser forskningsprojektet "Krop og Kræft". Den giver mindre træthed, bedre velbefindende og øget energi.

OK13

26 Et stort ja til OK13

87,5 pct. af de sygeplejersker, som stemte, gav deres ja til OK13-forligene med regioner og kommuner.

TEMA OM SYGEPLEJERSKERS NYE ROLLER

30 Sygepleje ved en skillevej

Sundhedsvæsenet er under hastig forandring, og det betyder nye opgaver til sygeplejersker. De skal arbejde i et system, hvor grænserne mellem sektorerne bliver gradvist mere udvisket.

32 Sygeplejersker overtog behandling mod leversvigt

Siden oktober 2012 har leverintensive sygeplejersker på Rigshospitalet med succes overtaget livreddende behandling af akut leversvigt, som tidligere var en lægeopgave.

BAGGRUND

36 PÅ JOB: Operation og anæstesi har fælles koordinator

På operationsgangen i Aarhus Universitetshospitals gynækologisk-obstetriske afdeling koordinerer én sygeplejerske dagsprogrammet på tværs af specialerne.

NYT FRA DSR – DIN ORGANISATION

44 Landsdækkende miljø for scanningssygeplejersker

Det tværfaglige samarbejde er højt prioriteret på den gynækologisk-obstetriske afdeling på Sygehus Vendsyssel, hvor flere faggrupper er sammen om at give tilbud til gravide og fødende. Her var Grete Christensen på besøg.

FAGLIG INFORMATION

58 Bedre information om kontaktpersonordningen

Patienterne på en medicinsk afdeling savnede information om, hvad de kunne forvente af kontaktpersonordningen, viste undersøgelse.

59 Ph.d.-forsvar: Samarbejde øger chancen for succes

Sygeplejerske cand.pæd.pæd. Dorte Sørensens forsvarede ph.d.-afhandling om samarbejde mellem sygeplejerske og patienter med KOL.



60 Hvornår skal man slukke for respiratoren?

Sygeplejersker føler sig mindst tilfredse med samarbejdet i beslutningsprocessen omkring ophør af behandling.

62 Projekt om systematisk behovssamtale til uafvendeligt døende patienter

Projekt skal undersøge, om en systematisk behovssamtale med uafvendeligt døende kan lette den sidste fase i livet for patient og pårørende.

FAGLIGE ARTIKLER

64 Der mangler fokus på ernæring i sundhedssektoren

Ernæring har ikke den store bevågenhed blandt personalet på en infektionsmedicinsk afdeling. Patienterne udskrives uden ernæringsplan, så heller ikke i primærsektor bliver der taget vare på ernæringsstatus.

68 Screening for mikroalbuminuri i

almen praksis kan udføres af sygeplejersker

Praksispersonale kan med relevant efteruddannelse varetage undervisning af patienter med diabetes og screening for mikroalbuminuri, hvilket er væsentligt i forhold til at undgå komplikationer i form af nyreskader.

TEORI OG PRAKSIS

73 Forebyggelse af diabetiske fodsår

Gennem et litteraturstudie beskrives, hvordan forebyggelse af diabetiske fodsår bør tilrettelægges ud fra fokuserede spørgsmål, fodinspektion, vurdering af patientens sko, risikovurdering og ikke mindst inddragelse af patienten.

I HVERT NUMMER

- 11 Testen
- 13 Dilemma
- 14 Historisk
- 17 Studerende i praksis
- 34 Parentes
- 46 5 faglige minutter
- 48 Boganmeldelser
- 52 Debat
- 54 Facebook
- 56 Mindeord
- 58 Fagtanker
- 61 Fra forsker til fag
- 84 Stillingsannoncer
- 87 Kurser/møder/meddelelser
- 91 Kontakt

FORSIDEILLUSTRATIONER: SØREN SVENDSEN, SIMON KLEIN-KNUDSEN

NÆSTE NUMMER UDKOMMER 31. MAJ

Læs bl.a.:

- Tema om ADHD hos voksne
- Trykbare skærme giver færre fejl
- Forebyggelse af alkoholmisbrug i hospitalsregi

Sygeplejersker tager medansvar under krisen

Afstemningen om OK13 for regioner og kommuner er slut, og 87,5 pct. har stemt ja til vores forlig.

Først og fremmest vil jeg gerne takke alle jer, som har deltaget i afstemningen og bidraget til medlemsdemokratiet i Dansk Sygeplejeråd. For kun en stærk organisation med et levende demokrati kan stå op imod arbejdsgivernes krav og være en med- og modspiller, som politikerne lytter til. OK13 er ikke nogen prangende overenskomst. Men jeg er alligevel glad for, at Dansk Sygeplejeråds medlemmer har stemt ja til aftalen. Det er der tre årsager til:

For det første: Nu kan sygeplejerskerne få de forbedringer af løn og pension, som aftalen trods alt indebærer. Samtidig bliver kandidaterne dækket af vores overenskomster, lederne kan vælge tillidsrepræsentanter, og vi får flere kliniske retningslinjer i kommunerne.

For det andet: Nu har Dansk Sygeplejeråds medlemmer vist, at vi er parate til at finde løsninger og tage medansvar for sundhedsvæsenet i en krisetid. Det skal vi nok huske arbejdsgiverne på i fremtiden.

For det tredje: Nu kan vi fortsætte alt det vigtige arbejde, vi som faglig organisation også skal prioritere. Vi skal arbejde for et sundt og sikkert arbejdsmiljø, mere efter- og videreuddannelse, indflydelse på arbejdspladserne og en mere ambitiøs sundhedspolitik til gavn for patienter og medarbejdere.

På en stor del af underviserområdet fik vi desværre ikke et overenskomstresultat i stand. Her skulle vi igennem en lockout og et regeringsindgreb, før underviserne på sosu-skolerne fik arbejdsro. Jeg synes, det er ærgerligt, at finansministeren ikke ville give forhandlingerne en chance. For OK13 i kommuner og regioner har vist, at sygeplejersker er

til at tale med, og at vi kan finde løsninger i en krisetid. Det gælder naturligvis også i staten. Nu vil vi kigge ind i fremtiden og ruste os!



Grete Christensen

Grete Christensen, formand

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

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

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

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

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

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

Årsabonnement
 840,00 kr. + moms
 Løssalg:
 64,00 kr. + moms
 Kontakt Dansk Mediaforsyning på dsravn@dmfnet.dk

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

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

Tryk
ColorPrint

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

Hvis Sygeplejersken udebliiver kan du sende en mail til: udeblevetblad@dsr.dk Oplys medlemsnummer.

Redaktionen forbeholder sig ret til elektronisk lagring og udgivelse af de faglige artikler i tidskriftet.

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

Chefredaktøren er ansvarlig for bladets indhold.

Journalist
Christina Sommer
 cso@dsr.dk
 Tlf. 4695 4108

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

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

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

Dømt for drabsforsøg på en læge og to sygeplejersker

Den 16. marts sidste år overfaldt en psykiatrisk patient en læge og to sygeplejersker og sårede dem så alvorligt med en kniv, at den psykisk syge mand nu er kendt skyldig i tre drabsforsøg og dømt til anbringelse på ubestemt tid.

En 49-årig mand blev ved Retten i Odense den 16. april kendt skyldig i tre forsøg på drab på en læge og to sygeplejersker på psykiatrisk afdeling på Odense Universitetshospital den 16. marts sidste år, skriver Ritzaus Bureau. Han skal endvidere betale erstatning til ofrene.

Den 49-årige var meget vred og ophidset over, at han skulle tvangsindlægges, og under tumult angreb han de ansatte på hospitalet med en kniv, mens han råbte, at de skulle dø.

Manden jog en kniv i lægen, så denne fik en 30 centimeter lang flænge i bugen. Det resulterede i alvorlige skader. Lægen fik

også snitlæsioner i tyndtarmen og fik en urinleder og en pulsåre skåret over. Derudover blev lægen stukket i brystet og i halsen.

Den ene sygeplejerske blev stukket fire gange i brystkassen, mens den anden sygeplejerske bl.a. fik skåret luftrøret over og desuden fik adskillige knivstik. Den psykisk syge mand blev idømt en tidsubestemt anbringelsesdom. Han har anket dommen, men er, indtil ankesagen kommer for retten, anbragt på Sikringen i Nykøbing Sjælland.

De to sygeplejersker vendte sidste sommer tilbage i arbejde. Den ene sygeplejerske og lægen er stadig ansat på samme afdeling, mens den anden sygeplejerske har fået nyt job. Dansk Sygeplejeråd har støttet sygeplejerskerne efter hændelsen og været bisidder under retssagen for den ene af de to.

(sbk)

Kommunale sygeplejersker lærer

TEKST: MARIANNE TROELSEN SKOU

Der er rapporteret næsten 100.000 utilsigtede hændelser fra den kommunale sundhedssektor i 2012, viser årsberetningen fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase.

En beboer får en anden beboers medicin. En dement plejehjemsbeboer forlader plejehjemmet og er væk i flere timer. Eller beboerkald, der ikke virker, fordi de mangler batteri.

Antallet af rapporter om utilsigtede hændelser i det kommunale sundhedsvæsen er fordoblet i forhold til 2011. I 2012 er der rapporteret over 98.000 utilsigtede hændelser, fremgår det af en ny årsberetning fra Patientombuddet.

Det er to år siden, rapporteringssystemet i det kommunale sundhedsvæsen blev indført, og Beth Lilja, der er direktør for Dansk Selskab for Patientsikkerhed, anser systemet for at være en succes. "Antallet

af rapporter tyder på, at personalet på plejecentre og i hjemmeplejen finder systemet meningsfuldt. De kan se, at der er problemer med sikkerheden og ønsker at gøre noget ved det," siger Beth Lilja og uddyber:

"Indrapporteringen skal bruges til læring og til at begrænse utilsigtede hændelser. På sigt får man håndteret problemerne. F.eks. var der en sag med patientalarmer, der ikke virkede ordentligt, men det kom der styr på. Men det er jo en never ending story, for der kommer jo bare et nyt problem, der skal løses. Indrapporteringssystemet er et godt ledelsesværktøj," siger hun.

De mange rapporter kommer især fra plejeboliger og hjemmepleje. Og næsten 70 pct. af rapporterne handler om medicin, mens godt 20 pct. handler om patientuheld. Men ifølge Beth Lilja er de knap



ILLUSTRATION: GITTE SKOV

Forhåbentlig bliver tallene for indrapporterede utilsigtede hændelser i 2013 til Dansk Patientsikkerhedsdatabase ligeså relative lave, som de næsten 100.000 sidste år ...

af utilsigtede hændelser

100.000 rapporter pr. år ikke mange. "Det svarer til en enkelt rapport pr. medarbejder i kommunerne pr. år," siger hun.

Godt værktøj

Leder af Plejecentret Sophienborg i Hillerød og risikomanager for hele Hillerød Kommune, Jeanette Hjermand, er også glad for muligheden for at indrapportere utilsigtede hændelser.

"Det her er et værktøj, der giver lederen en mulighed for at gøre arbejdet mere sikkert for beboerne. Det handler ikke om at slå hinanden i hovedet med fejl, tværtimod. Det handler om at lære af fejlene. Det giver også mere villighed til at indrapportere, hvis det ikke får personalemæssige konsekvenser at lave en fejl," siger Jeanette Hjermand.

En konkret sag på Plejecentret Sophienborg, hvor en dement beboer forlod sin

bolig og var væk i seks timer, før hun blev fundet - heldigvis uden mén - førte til, at der blev sat en mekanisme på dørene, så personalet får en alarm på mobiltelefonen, hvis nogen går ud.

"Vi fandt en løsning, fordi vi satte os ned og diskuterede, hvordan vi kunne forbedre sikkerheden for beboerne," siger Jeanette Hjermand.

På Plejecentret Sophienborg med 60 boliger fordelt på syv enheder blev der sidste år rapporteret 311 utilsigtede hændelser.

Hej Sundhedsvæsen

Dansk Selskab for Patientsikkerhed lancerede den 22. april kampagnen "Hej Sundhedsvæsen" for at opfordre til, at sundhedsvæsenet er til at tale med.

Forskning viser, at jo mere informerede og deltagende patienterne er i at træffe beslutninger om deres behandling, jo bedre udbytte får de af behandlingen, og jo oftere vælges den rette behandling. Der er også forskning, der tyder på, at patient-involvering kan være med til at reducere omkostningerne til unødvendige behandlinger.

Læs mere om kampagnen på www.hejsundhedsvaesen.dk og på [facebook.com/hejsundhedsvaesen](https://www.facebook.com/hejsundhedsvaesen)

(sbk)

Produktinformation for annonce side 3

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

PAKNINGER OG PRISER: (AUP, april 2013, inkl. recepturgebyr). Vnr. 143609, 50 mg/850 mg, 56 stk. kr. 430,90; Vnr. 028110, 50 mg/850 mg, 196 stk. kr. 1.456,30; Vnr. 143631, 50 mg/1.000 mg, 56 stk. kr. 423,05; Vnr. 028121, 50 mg/1.000 mg, 196 stk. kr. 1.411,80. Der henvises til dagsaktuelle priser på www.medicinpriser.dk. **UDLEVERING:** B. **TILSKUD:** Generelt tilskud. **INDEHAVER AF MARKEDSFØRINGSTILLADELSEN:** Merck Sharp & Dohme. Repræsentant: MSD Danmark ApS, dkmail@merck.com. **Baseret på produktresumé dateret:** 18.12.2012.

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

PAKNINGER OG PRISER: (AUP, april 2013, inkl. recepturgebyr). Vnr. 076043, 50 mg, 98 stk. kr. 1.411,80; Vnr. 076052, 50 mg, 98 stk. kr. 1.411,80; Vnr. 076024, 100 mg, 28 stk. kr. 423,05; Vnr. 076033, 100 mg, 98 stk. kr. 1.411,80. Der henvises til dagsaktuelle priser på www.medicinpriser.dk. **UDLEVERING:** B. **TILSKUD:** Generelt tilskud. **INDEHAVER AF MARKEDSFØRINGSTILLADELSEN:** Merck Sharp & Dohme. Repræsentant MSD Danmark ApS, Lautrupbjerg 4, 2750 Ballerup (dkmail@merck.com, tlf. 44 82 40 00). **Baseret på produktresumé dateret:** 17.12.2012.

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

| Præparat | Lægemiddel-gruppe | Pris pr. DDD | Indikation | Doser | Særlige informationer |
|-------------|-------------------|---------------|--|--|--|
| glipizid | Sulfonylurinstof | Fra 1,59 kr. | Glipizid er indiceret til behandling af stabil type 2-diabetes mellitus. | Individuel dosering. Initial dosis er 5 mg glipizid daglig og titrering op til ønskede niveau. Den maksimale anbefalede daglige dosis er 40 mg. | Glipizid har interaktion med en lang række af lægemidler. Almindelige bivirkninger: Hypoglykæmi, diarré, kvalme, abdominal smerte og gastralgi. |
| metformin | Biguanid | Fra 0,79 kr. | Metformin er indiceret til behandling af type 2-diabetes mellitus, især hos overvægtige patienter, når diætkontrol og motion ikke resulterer i tilstrækkelig glykæmisk kontrol. Kan anvendes som monoterapi eller i kombination med andre orale antidiabetiske midler eller insulin. | Den sædvanlige startdosis er 500-850 mg metformin 2-3 gange dagligt, herefter individuel titrering. Den maksimale anbefalede dosis er 3 g dagligt fordelt på 3 doser. | Metformin kan forårsage laktatacidose. Almindelige bivirkninger: Kvalme, opkast, diarré, abdominalsmerter og appetitløshed. |
| sitagliptin | DPP-4-hæmmer | Fra 14,41 kr. | Sitagliptin er indiceret til behandling af type 2-diabetes mellitus. Som monoterapi hvor metformin ikke er velegnet pga. kontraindikationer eller intolerance. Som kombinationsbehandling sammen med metformin, sulfonylurinstof eller glitazon. Som triple kombinationsbehandling sammen med metformin og sulfonylurinstof eller med metformin og glitazon. JANUVIA er også indiceret som tillægsbehandling til insulin (med eller uden metformin), når diæt og motion plus stabil dosering af insulin ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol. | Dosis er 100 mg sitagliptin én gang dagligt. | <i>Almindelig ($\geq 1/100$, <1/10):</i> Øvre luftvejsinfektion, nasopharyngitis, hypoglykæmi, hovedpine, osteoarthritis og ekstremitetssmerter. |

Der henvises til dagsaktuelle priser på www.medicinpriser.dk.
Baseret på Lægemiddelstyrelsens godkendte produktresumé for de nævnte produkter.

(▼) Afsnit omskrevet og/eller forkortede i forhold til EMA's godkendte produktresumé, som vederlagsfrit kan rekvireres fra MSD.



Løft øger risiko for abort

TEKST: MARIANNE TROELSEN SKOU

Gravide med mange løft på jobbet har øget risiko for ufrivillig abort - særligt i graviditetens første måneder, viser ny forskning. På Nordsjællands Hospital er der indført en gravid-APV.

Tunge løft, allerede fra det øjeblik man bliver gravid, kan føre til ufrivillig abort, viser ny forskning fra "Bedre sundhed for mor og barn-projektet" på Rigshospitalet.

"Overordnet set viser studiet, at gravide med tunge løft har en risiko for en tidlig spontan abort inden 12. graviditetsuge. Men vi finder også, at der er en risiko for sen abort i graviditetsuge 12-22. Her er sammenhængen bare ikke lige så tydelig," fortæller forsker, jordemoder og ph.d. Mette Juhl.

Hun har stået i spidsen for et forskningsprojekt, hvor man har fulgt 71.500 erhvervsaktive gravide fra perioden 1996 til 2002. Af dem oplevede 2.886 en spontan abort.

Projektet viser, at kvinder, der i løbet af en dag løfter over 1.000 kg, fik fordoblet deres risiko for spontan abort sammenlignet med kvinder, som ikke har tunge løft på jobbet. Men ifølge Mette Juhl var risikoen allerede forhøjet, når kvinderne løftede mere end 100 kg om dagen og ved løft over 20 kg.

"I vores studie fandt vi, at risikoen steg, jo mere kvinderne løftede. Det gjaldt både det samlede antal kilo løftet om dagen og ved enkelte løft over 20 kg," siger Mette Juhl.

Risiko ved personløft

Tidligere lød anbefalingerne fra Arbejdstilsynet, at gravide ikke måtte løfte mere end 12 kg ad gangen og ikke mere end 1.000 kg om dagen. I de nuværende retningslinjer er der ingen præcise grænser for, hvor meget gravide må løfte, fordi der ikke er videnskabelig evidens for lige præcis de ovennævnte grænser.

"Det er sådan set fornuftigt nok, men på den anden side giver det et rådgivningsproblem for læger, jordemødre og arbejdspladsen. For her mangler man vejledning og retningslinjer. Derfor ville det

være smart at kigge på de her retningslinjer igen," siger Mette Juhl. Hun oplyser, at man ud fra resultaterne fra dette ene studie skulle fraråde gravide kvinder at løfte enkelte ting over 20 kg og over 100 kg i alt om dagen.

Forskerne så også på, om løft af personer betød noget for abortrisikoen. De fandt, at blandt kvinder i jobs med personløft var der en næsten tredobbel risiko for tidlig spontan abort sammenlignet med ingen løft eller med løft op til 100 kg om dagen.

Gravid-APV

En analyse fra Dansk Sygeplejeråd fra november 2012 viser, at 7 pct. af sygeplejerskerne mindst halvdelen af arbejdstiden er udsat for tunge løft. Det er især de unge sygeplejersker under 30 år, der er udsat for tunge løft. Her melder hele 16 pct. om tunge løft i mindst halvdelen af arbejdstiden.

På Nordsjællands Hospital indførte man i 2007 en gravid-APV, der netop har til formål at vejlede og hjælpe de gravide til et mere sikkert arbejdsmiljø. Årsagen er, at der tidligere var en del gravide, der blev sygemeldt 2-3 måneder inde i graviditeten, fordi de var bange for de fysiske arbejdsopgaver.

"Vi ville gerne gøre det sikkert for de gravide at passe deres arbejde. Det er ikke godt for dem at komme ud af arbejdsmarkedet i så lang tid. Desuden vil vi jo gerne gøre brug af deres kompetencer i så lang tid som muligt," fortæller Bette Lundh, der er arbejdsmiljøkonsulent på Nordsjællands Hospital.

De enkelte afsnit på hospitalet er blevet vurderet, og arbejdsopgaverne er inddelt i kategorierne rød, gul, grøn, hvor røde arbejdsopgaver ikke skal varetages af en gravid medarbejder.

"Det er lederens opgave i afdelingen at udarbejde en gravid-APV og gennemgå arbejdsopgaverne punkt for punkt sammen med den gravide medarbejder," siger Bette Lundh, der videre oplyser, at nogle af de røde arbejdsopgaver f.eks. kunne være forflytning af en patient.

Frivillige reddede bombeofre

Bomberne i Boston kostede tre livet, men det kunne have gået langt værre, hvis ikke maratonets frivillige sygeplejersker og læger havde været der.

"Min træning har forberedt mig på, hvad man skal gøre, men der er intet, der kan forberede én på, hvad man ser," siger intensivsygeplejerske Stephen Segatore, som arbejder som frivillig i det telt, der var opstillet til at behandle dehydrering og skader. Efter bomberne sprang, blev teltet taget i brug til de hundredvis af løbere og tilskuere, der blev såret.

"Det var fantastisk, hvordan alle arbejdede sammen. Vi behøvede ikke sige et ord til hinanden. I de 20 år, jeg har været sygeplejerske, var det de mest utrolige to timers sygepleje i mit liv," fortæller Stephen Segatore til CNN.

"Jøder bliver aldrig tilfredse"

En svensk sygeplejerske har anmeldt sin arbejdsgiver til diskrimineringsombudsmanden. Det sker, efter at sygeplejersken havde spurgt sin chef, hvorfor han ikke havde fået lige så stor lønforhøjelse som kollegerne.

"Han svarede mig, at "folk, som kommer fra dit hjemland, bliver aldrig tilfredse med deres løn", fortæller sygeplejersken, der arbejder for Beroendecentrum Stockholm og oprindeligt er israelsk jøde. Ifølge Sveriges Radio P4 optog sygeplejersken samtalen, og det kan blive afgørende bevis i afgørelsen af sagen.

Arbejdsglæde giver god søvn

Medarbejdere, som har opbakning på jobbet, kontrol over deres arbejde og føler, de bliver retfærdigt behandlet, sover bedre om natten. Det viser en ny rapport fra Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering i Sverige. Her dokumenteres også, at for høje krav, psykisk dårligt miljø, mobning og manglende påskønnelse omvendt er forbundet med en højere forekomst af søvnforstyrrelser. Forskerne har desuden bekræftet, at skifteholdsarbejde er forbundet med dårlig søvn, men at søvnen bliver bedre, når arbejdstiderne bliver normaliseret.

Tidligt sundhedsplejerskebesøg skal hindre genindlæggelser

En ny landsdækkende undersøgelse fra Danske Regioner viser, at hver tredje fødende efterlyser mere støtte til amning og ernæring af barnet efter udskrivelsen, skriver Kristeligt Dagblad. På fem år er antallet af nyfødte, der bliver indlagt pga. dårlig trivsel og ernæring, næsten fordoblet. Sundhedsminister Astrid Krag (SF) vil nu prøve at komme det stigende antal genindlæggelser til livs med et forslag om, at alle familier, der udskrives inden tre dage efter fødslen, skal tilbydes et besøg af en sundhedsplejerske på fjerde- eller femtedagen efter fødslen.

Enhedslisten: Transkønnede er ikke psykisk syge

Enhedslisten vil fjerne transkønnede fra listen over psykiske lidelser. I april fremsatte partiets ordfører for sundhed og psykiatri Stine Brix et forslag om, at regeringen skal fjerne kategorien transseksuelle fra sundhedsvæsenets klassifikationssystem, hvor transpersoner klassificeres i kategorien "psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser".

"Inklusionen på listen over psykiatriske lidelser må betragtes som forældet og stødende for de transpersoner, der søger behandling i sundhedssystemet, og bør fjernes derfra," skriver Enhedslisten i beslutningsforslaget.

"Vi synes faktisk, at det er pinligt, at Danmark fastholder, at transkønnethed skal stå på listen over psykiatriske diagnoser," siger Stine Brix til Politiken.

Jo tættere relation til stalker, desto grovere chikane

Personer udsat for stalking af en tidligere partner eller bekendt bliver typisk udsat for flere og grovere stalkingteknikker end de, der bliver udsat for stalking af en ukendt. Det viser den første kvalitative undersøgelse af stalking i Danmark.

Kilde: Statens Institut for Folkesundhed

Ingen prisuddeling i år

Ingen indstillede kandidater opfyldte kriterierne for tildeling af Kirsten Stallknecht Prisen 2013.

Kirsten Stallknecht Prisen uddeles ikke i 2013. Bedømmelseskomitéen, som består af Kirsten Stallknecht, sygeplejerske og tidligere formand for Dansk Sygeplejeråd, Steen Bach, advokat, Jette Hvidtfeldt, journalist, Leif Nielsen og Martin Carlson, tidligere prismohtagere, samt Jette Bagh, fagredaktør, *Sygeplejersken*, har vurderet et snævert felt af indstillede, syv i alt, og fundet, at kandidaterne hver for sig var kvalificerede, men at prisens hovedformål dog ikke blev opnået blandt de indstillede.

Kirsten Stallknecht Prisen uddeles hvert andet år og er en pris, der gives til en eller flere sygeplejersker, som enten har

- brugt ytringsfriheden til at markere sig i den offentlige debat om sygeplejefaglige, etiske og/eller sundhedspolitiske

problemstillinger for at forbedre sygeplejerskers arbejdsvilkår eller de sundhedsmæssige vilkår for særlige patient- eller befolkningsgrupper

eller har

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

Kirsten Stallknecht Prisen blev uddelt første gang i 2001 og er siden blevet uddelt hvert andet år, i alt seks gange.

Det er blevet besluttet, at Kirsten Stallknecht Prisen vil blive forsøgt uddelt næste gang i 2015.

(jb)

Danskerne undervurderer mot

AF MARIANNE TROELSEN SKOU

Halvdelen af danskerne ved ikke, at overvægt og fysisk inaktivitet har stor betydning for risikoen for at få kræft.

Vi ved godt, at rygning og for meget sol kan give kræft. Men kun halvdelen af danskerne ved, at fysisk inaktivitet, vægt og alkohol har stor eller meget stor indflydelse på kræft. Det viser en spørgeskemaundersøgelse fra Kræftens Bekæmpelse, hvor 1.181 danskere har deltaget.

"Mange danskere undervurderer, hvor meget overvægt, for lidt motion og for meget alkohol betyder for risikoen for at få kræft. Næst efter rygning er det de tre faktorer, som betyder allermost," siger Hans Storm, forebyggelseschef i Kræftens Bekæmpelse.

Samtidig svarer ca. halvdelen af danskerne i undersøgelsen, at stress har stor eller meget stor betydning for udviklingen af kræft. Men det er også en myte, der ikke holder i virkeligheden. Der er nemlig ikke

bevis for, at der er en sammenhæng mellem stress og kræft.

"Vores tanker og følelser kan ikke skabe den mutation i cellerne, som kræft starter med. Men der kan være en indirekte risiko, hvis man forsøger at håndtere stress ved at ryge og drikke alkohol eller mister overskuddet til at dyrke motion og spise sundt. Men det er altså ikke stressen i sig selv, der kan give kræft," siger Hans Storm.

Ingen dødsdom

Ifølge Kræftens Bekæmpelse fik ca. 36.000 danskere konstateret kræft i 2012, men mange tilfælde kunne være undgået. Ca. en tredjedel af alle kræfttilfælde og halvdelen af alle kræftdødsfald kunne forebygges, hvis vi alle levede efter anbefalingerne, og hvis vi indrettede samfundet efter den viden, vi har i dag.

Bliver man ramt, behøver kræft heldigvis ikke at være en dødsdom. Ca. 51 pct. af

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



1. Hvor mange af Dansk Sygeplejeråds medlemmer, som underviser på sosu-skolerne, blev ramt af lockouten i april?

- a: Ca. 250.
b: Ca. 350.
c: Ca. 400.

2. "Der er brug for, at der bliver taget hånd om de mange svækkede

patienter, der ligger på gangene," mener Dansk Folkepartis sundhedsordfører, som hedder ...?

- a: Liselott Blixt.
b: Marie Krarup.
c: Kristian Thulesen Dahl.

3. Forskningsprojektet "Krop og kræft" viser, at kræftpatienter får reduceret træthed og oplever bedre velbefindende og øget energi, når de dyrker hård fysisk træning. Projektet startede i 2001, hvor mange patienter har været gennem forløbet?

- a: 1.250.
b: 1.420.
c: 1.650.

4. Hvor mange danskere har eller har haft kræft?

- a: 170.000.
b: 210.000.
c: 350.000.

5. Hvor mange pct. af landets kommuner har ifølge Kommunernes Landsforening et sundhedscenter?

- a: 60 pct.
b: 70 pct.
c: 80 pct.

(sbk)

Send dit svar til: testen@dsr.dk senest den 22. maj. Kun medlemmer af Dansk Sygeplejeråd kan deltage i lodtrækningen. Vinder af Testen i Sygeplejersken nr. 5 blev Gunhild Christensen. De rigtige svar var: 1: b, 2: c, 3: a, 4: c, 5: a.

ionens effekt



Deltagere i projekt "Krop og Kræft" i gang med hård træning på Rigshospitalet: Boldspil, styrke- og vægttræning i maskiner, spinning på cykler og til sidst afspænding og massage.

mændene og 56 pct. af kvinderne er i live fem år efter, de har fået en kræftdiagnose. At det forholder sig sådan, ved under halvdelen af deltagerne i Kræftens Bekæmpelses spørgeundersøgelse. Der er dog lige så mange, der tror, det er færre, som der tror, det er flere.

Læs tema om kræft og motion side 18.

Nedsæt risikoen selv

Det kan du selv gøre for at nedsætte din risiko for kræft:

- Spis sundt og bevæg dig.
- Bliv vaccineret og screenet. Undgå rygning og røg.
- Undgå overvægt og for meget alkohol.
- Lad være med at gå i solarium.

Kilde: Kræftens Bekæmpelse.

FOTO: SØREN SVENDSEN

De første koloskopisygeplejersker uddannet

TEKST: ANNETTE HAGERUP

Regionerne har i fællesskab etableret en national uddannelse til koloskoperende sygeplejerske. Indførelsen af tarmkræftscreening har skabt øget behov for sundhedspersonale, der er uddannet i at opspore tarmkræft.

De første danske sygeplejersker har nu gennemført den nye nationale uddannelse til koloskoperende sygeplejerske. Der er tale om en efteruddannelse, der kvalificerer sygeplejersker til at udføre koloskopi (kikkertundersøgelse af hele tyktarmen, red.) på egen hånd.

Dermed kan sygeplejersker være med helt i front til tidlig opsporing af tarmkræft, som hvert år rammer omkring 3.000 danskere. Koloskopi har hidtil været en lægeopgave. Dog har bl.a. Region Syddanmark haft deres egen efteruddannelse i koloskopi for sygeplejersker.

Baggrunden for at indføre en national koloskopiuddannelse er den nye landsdækkende tarmkræftscreening, som starter 1. januar 2014. Sundhedsstyrelsen forventer, at der årligt vil blive behov for at gennemføre 22.000 koloskopier på landsplan, og det har skabt et behov for, at sygeplejerskerne også kan varetage denne opgave, fortæller Janet Samuel, kontorchef i Center for sundhedspolitik, økonomi og socialpolitik, Danske Regioner.

Ifølge Janet Samuel er den koloskoperende sygeplejerske et eksempel på fleksibel

opgavevaretagelse, som vi vil se meget mere af i fremtiden.

”Sundhedsvæsenet vil i stigende grad være kendetegnet ved den fysiske samling af funktioner og kompetencer i større enheder, nære regionale sundhedstilbud, udgående funktioner og behandling i borgerens hjem. Denne øgede kompleksitet betyder, at pleje og behandling ikke kan varetages af enkelte faggrupper, og fleksibel opgavevaretagelse mellem faggrupperne er derfor en af løsningerne. Derudover skal fremtidens sygeplejerske have

Uddannet til at opspore tarmkræft

Den nationale koloskopiuddannelse blev udbudt første gang i november 2012. Her gennemførte 26 sygeplejersker den teoretiske del. Disse sygeplejersker er nu i gang med den praktiske del af uddannelsen, hvor de får sidemandsoplæring med fast mentor på eget sygehus. Under den praktiske oplæring foretages 150 koloskopier under supervision, og der afsluttes med en praktisk prøve. Tre sygeplejersker har indtil videre gennemført hele uddannelsen. Til efteråret starter et nyt hold på den teoretiske del. Den teoretiske del udbydes af Region Syddanmark, og den praktiske foregår i den enkelte region.

flere færdigheder inden for tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, forløbskoordination, kommunikation og inddragelse af patienten som partner i sit eget forløb, siger hun og tilføjer:

”Der kan også være behov for, at sygeplejersker i fremtiden får nye kompetencer f.eks. i forhold til at varetage behandling og pleje af kronisk syge patienter. Her kan de gode erfaringer med ekspertsygeplejersken i udlandet være en kilde til inspiration.”

Danske Regioners ønske om at se på erfaringerne med ekspertsygeplejersker vækker begejstring i Dansk Sygeplejeråd. Formand Grete Christensen peger på, at Dansk Sygeplejeråd længe har argumenteret for, at sygeplejersker med særlige kompetencer kan spille en større rolle i forhold til det stigende antal kronisk syge danskere.

”En række lande, f.eks. England, har indført ekspertsygeplejersker, som har et stort selvstændigt virksomhedsområde. Det betyder, at den samme sundhedsperson kan tilbyde patientrettet forebyggelse, undervisning i sygdomsmedstrømning og justering af behandling og sygepleje. Evalueringer viser, at det fungerer sikkert, klinisk korrekt og effektivt i praksis,” siger Grete Christensen.

Læs også tema om sygeplejerskers nye roller side 28.

Med jordemoder og sundhedsplejerske i kirke

Landene i Vesteuropa, inklusive Danmark, er ved at begå kollektivt selvmord, mener sognepræst i Kirke Såby Kirke, Poul Joachim Stender. Han er bekymret over, at børnetallet daler, og derfor havde han den 10. april arrangeret en fertilitetsgudstjeneste, hvor også ledende sundhedsplejerske i Lejre Kommune, Anne Hertz, tre jordemødre og borgmester i Lejre Kommune, Mette Touborg (SF), deltog.

Forestillingen om det at blive forældre er meget ofte noget ganske andet end den

virkelige oplevelse, fortalte Anne Hertz med masser af erfaring fra sit liv som sundhedsplejerske.

”Jeg er af den klare overbevisning, at mennesker bliver klogere af at få børn. Ikke bare klogere på blepriser og på, hvor lidt søvn man egentlig kan klare sig med. Men i høj grad klogere på livet og på kærligheden – og på sig selv,” sagde Anne Hertz.

Fertilitetsgudstjenesten var tænkt som en måde at rejse debat om, hvad årsagen

er til det faldende børnetal, og temaet var ”6 gode grunde til at få børn”.

”Som sundhedsplejersker lever vi jo også af, at folk får børn, så derfor ville jeg gerne medvirke som fagperson,” siger Anne Hertz.

Læs Anne Hertz og de øvrige deltageres debatoplæg ”6 gode grunde til at få børn” på www.saabykisserup.dk

(sbk)

Den rare besøgsven

Hjemmesygeplejersken kommer jævnligt hos fru Hansen, som bor i en mindre ældrebolig med have. En dag fortæller fru Hansen, at naboen fru Jensen er død. Fru Hansen har talt med fru Jensens nevø, der fortæller, at de ikke må rydde op i plejeboligen, fordi skifteretten ikke er færdig med boet.

Fru Hansen fortæller, at det er en besøgsven, der skal arve fru Jensen, og at hun vidste, at fru Jensen var glad for besøgsvennen, "men ligefrem arve det hele ..."

Hjemmesygeplejersken lytter til fru Hansen, men kommenterer ikke sagen yderligere.

Hjemmesygeplejersken bliver imidlertid mere og mere i tvivl om, hvorvidt hun skal foretage sig noget, og hun vender situationen med en kollega, der udbrøder:

"Det var dog mærkeligt. Da fru Mikkelsen døde, var den samme besøgsven også universalarving."

Hvad skal hjemmesygeplejersken overveje?

Se, hvad to sygeplejersker med særlig interesse for etik mener om spørgsmålet.

Svar 1. Skal hjemmesygeplejersken gå videre med sine oplysninger med det formål at varetage andre medborgeres bedste, borgere, som i fremtiden kan have brug for en besøgsven? Svaret må blive et klart ja. Uanset etiske argumenter, der måtte veje for eller imod beslutningen, kan det også kun være til besøgsvennens bedste at få sammenfaldet klarlagt som en tilfældighed. En etisk vurdering vil lægge vægt på, om borgerne har foretaget kompetente og bevidste valg omkring fordeling af deres arv, og om valgene har naturlig sammenhæng med andre valg, som borgerne har foretaget i deres liv.

Er den nærmeste familie informeret om valget vedrørende arv? Ikke at alle familiemedlemmer nødvendigvis skal være enige, men hvorfor er oplysningerne holdt skjult? Kan oplysninger herom sættes ind i en naturlig sammenhæng, eller synes der at være et misforhold?

Ovenstående refleksioner er af etisk karakter. Det bliver nødvendigt med en supplerende juridisk vurdering af, hvordan man som hjemmesygeplejerske bør agere i en sådan situation. Nærmeste leder vil være en naturlig sparringspartner i forhold til, hvorledes disse oplysninger kan skaffes.

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

Svar 2. Hjemmesygeplejersken har fået en ny oplysning om, at den samme besøgsven har arvet to afdøde ældre damer, og det giver anledning til, at hun genovervejer, hvordan hun skal handle på oplysningerne. På den ene side kan den ny oplysning give grund for en vis forargelse og mistænkeliggørelse af besøgsvennens motiv for at være besøgsven. På den anden side kan oplysningen give mulighed for at glædes over, at besøgsvennen er i stand til at etablere stærke, omsorgsfulde relationer, som har

været værdifulde for begge de to ældre damer i den sidste tid. Relationerne kan være mere betydningsfulde for den ældre end egne familiemedlemmer. At det er den samme besøgsven, der skal arve de to ældre damer, kan være en velovervejnet handling fra de to ældre damers side.

Som frivillig besøgsven er man omgivet af den frivillige organisations etiske kodeks, og her må man formode, at det er organisationen, der tager affære, såfremt der er nogen form for mistænkeliggørelse af besøgsvennens motiv for at være besøgsven. På de foreliggende oplysninger kan hjemmesygeplejersken handle ved ikke at foretage sig yderligere og glæde sig over, at der er frivillige besøgsvenner, som kan være med til at give livskvalitet og omsorg til ældre og ensomme, som supplerer de kommunale tilbud, der tilbydes ældre borgere.

Af Randi Bligaard, klinisk udviklingskoordinator, cand.cur., Medicinsk Afdeling, Hospitalsenheden Vest, medlem af Sygeplejeetisk Råd, www.dsr.dk/ser



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

Den første sygeplejerske i verden var en barmhjertig mand

TEKST: MILLE DREYER-KRAMSHØJ

"Uden at forklejne Mændene kan man også spørge, om Mænd vil egne sig ligesaa godt til Sygepleje som Kvinder." Sådan skrev en kvinde i Aarhus Stiftstidende i 1950, da de første mænd startede som sygeplejeelever. Men de mandlige sygeplejerskers historie begynder langt tidligere end det.



FOTO: ISTOCK

Den gode samaritaner fra Det Nye Testamente var mand og sygeplejerske.

Dengang

Den første sygeplejerskole i verden åbnede angiveligt i Indien i år 250 f.Kr. Den var kun for mænd, fremgår det i teksten "Charaka Samhita" om ayurveda, den indiske traditionelle medicin. Mændene skulle ifølge kapitlet om sygepleje være venlige, kløgtige og dygtige, og af praktiske opgaver blev bl.a. nævnt: "Dygtig til bad og vask, gnide og massere ben, løfte og bistå patienter til at gå, være veluddannet i at rengøre og rede senge, kunne klargøre patienten og have tålmodighed med dem, der skranter."

Også i Det Ny Testamente er sygeplejen omtalt som noget, der udføres af mænd. Bl.a. i Lukasevangeliet, hvor Jesus fortæller om den gode samaritaner: "Han fik medynk med ham, da han så ham. Han gik hen og hældte olie og vin i hans sår og forbandt dem, løftede ham op på sit ridedyr og bragte ham til et herberg og sørgede for ham."

Senere i middelalderens klostervæsen i Europa systematiserede munken Benedikt af Nursia sygeplejen, da han skrev Benediktinerreglen i år ca. 530 i Italien. Reglen, der bl.a. omhandlede, hvordan klosterlivet skulle leves i kyskhed, fattigdom og lydighed, pålagde først munkene og senere nonnerne at pleje og behandle syge og nødlidende. Under Reformationen i 1500-tallet opløstes klostrenes organisation af sygeplejen, og i perioden efter blev funktionerne overtaget af stuekoner.

Nu

Kun ca. 3 pct. af de danske sygeplejersker er af hankøn, men at påstå, at sygeplejen er et job kun for kvinder, er en fordom, som er udtalt i de nordiske lande. I hvert fald stiger andelen af mandlige sygeplejersker, jo længere sydpå man kommer. I Spanien, Portugal, Tjekkiet og Italien er over 20 pct. sygeplejersker mænd, og i de fleste afrikanske lande er der flere mandlige sygeplejersker, end der er kvindelige. I USA og Canada er 5,4 pct. af sygeplejerskerne mænd.

I 2008 satte chefkonsulent Jesper Langergaard fokus på rekruttering af mandlige sygeplejersker, da han vandt en pris udskrevet af Danske Regioner for en opgave om fremtidens rekruttering i sundhedsvæsenet.

"Hvis vi skal have fat i nogle flere, skal vi søge i andre målgrupper end de traditionelle. Det, der virkelig springer i øjnene, er, at så få mænd vælger sygeplejen," sagde han dengang til Sygeplejersken og nævnte bl.a., at faget ikke er domineret af særlige kvindelige værdier:



ARKIVFOTO: SØREN SVENSDEN

Behandlersygeplejerske på Akutklinikken på Glostrup Hospital, Klaus Østergaard, er en af Danmarks kun 3 pct. mandlige sygeplejersker.

"Faget appellerer til maskuline sider. Jobbet kræver overblik og evnen til at bevare ro i pressede situationer. Sygeplejersker skal kunne organisere, og der er mange muligheder for at avancere og specialisere sig og gøre karriere i udlandet."

Kilder: www.mandligesygeplejersker.dk Gyldendals åbne encyklopædi, Encyclopædia Britannica, www.wikipedia.org. Lukasevangeliet 10:3, Sygeplejersken 11/2008 og DSR Analyse.

NYHED

www.tresiba.dk



57
mmol/mol

69
mmol/mol

TRESIBA®
(INSULIN DEGLUDEC)
Ny basal insulin til behandling af
voksne med diabetes mellitus

**BRINGER
HbA_{1c}
NED₁**

53*
mmol/mol



FlexTouch® og Tresiba® er registrerede varemærker tilhørende Novo Nordisk A/S, DK/TBA/112/0018 - Februar 2013

- God glykæmisk kontrol¹
- Signifikant lavere risiko for natlig hypoglykæmi i forhold til Lantus® (insulin glargin)^{2,3}
- Fleksibelt injektionstidspunkt ved behov – én gang dagligt¹



* Over halvdelen af personerne med type 2-diabetes opnåede et HbA_{1c} ≤ 53 mmol/mol ved behandling med Tresiba®²
Ref 2 og 3: HbA_{1c} primært endepunkt opnået.

Produktresumé findes på side 16



changing
diabetes®

Hos Novo Nordisk ændrer vi kursen for diabetes. I vores tilgang til at udvikle behandlinger, i vores løfte om at arbejde profitabelt og etisk og i vores søgen efter en helbredelsesmulighed.

**TRESIBA®
INSULIN DEGLUDEC**

Kommunale visitatorer rykker ind på hospitalet

Regionshospitalet i Viborg har fået tilført to kommunale visitatorer, som hver dag går rundt og snakker med de patienter, som snart skal udskrives og får brug for hjælp efterfølgende. Det skriver Viborg Stifts Folkeblad.

"Det startede som et prøveprojekt i akut-, hjerte- og neurologisk afdeling, men siden august har det været strakt ud til

alle sygehusets patienter, som har haft behov for det. Vi synes, at det har været et rigtig stort kvalitetsløft," siger udviklingskoordinator på Regionshospitalet Viborg, Anette Fenger, til avisen.

(sbk)

Vidne til overgreb på patient

AF IDA ØSTERGAARD GRANHØJ, SYGEPLEJESTUDERENDE PÅ MODUL 7, PROFESSIONSHØJSKOLEN METROPOL

En studerende bryder sammen, fordi hun oplever, at en sygeplejerske behandler en patient på en meget hårdhændet måde, der for den studerende er grænseoverskridende. Det er vigtigt at forberede de studerende på, hvordan de skal agere, hvis de oplever overgreb mod patienter.

På modul 4 bliver de unge sygeplejestuderende sendt ud på det første lange praktikforløb. Min medstuderende havde desværre en meget ubehagelig oplevelse tidligt i sit praktikforløb.

Det var en af de første dage, og hun var stadig på udebane og nervøs ved at være på afdelingen. Hun blev sat til at følge en ældre, robust sygeplejerske, og dagens første opgave bestod i at udføre personlig pleje på en ældre patient med osteoporose.

Min medstuderende oplevede, at sygeplejersken trådte ind på stuen, rev gardinerne fra hinanden og talte grimt til patienten. Derefter påbegyndte sygeplejersken den personlige pleje ved at rive benene fra hinanden på den stakkels patient, der samtidig ømmede sig. Dette lod sygeplejersken sig ikke påvirke af og fortsatte med at beskyldte patienten for at være sur og modarbejdende. Min medstuderende var i chok over at se dette overgreb og ude af stand til at reagere. Efter hændelsen brød hun sammen og satte sig ud i personalestuen, hvor der kom andre sygeplejersker til, som fik historien ud af hende. Sygeplejersken, hun havde fulgt, kom ikke længere til at arbejde på denne afdeling.

Min pointe med denne fortælling er selvfølgelig, at sådanne mennesker skal indberettes, for der er tale om en umenneskelig og uacceptabel behandling af en patient. Men mest af alt vil jeg understrege, hvor vigtigt det er at forberede de unge studerende på, hvordan de skal agere, hvis de kommer ud for sådanne overgreb, for de studerende er underlegne og deres position usikker.

Heldigvis er det sjældent, man hører om den slags hændelser, og langt de fleste af mine medstuderende har haft fantastiske og lærerige praktikforløb og har mødt kompetente og søde



ARKIVFOTO: THOMAS TOLSTRUP

sygeplejersker. Alligevel vil jeg opmuntre jer til at tage jer godt af de studerende derude, og til de udbrændte sygeplejersker: Få styr på etikken!

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

Hvad er kræft?

Kræft eller cancer er benævnelsen for en gruppe sygdomme domineret af ukontrolleret celledækning, hvilket resulterer i kompression, invasion og nedbrydning af nærliggende friskt væv.

Kilde: Det Nationale Råd for Folkesundhed.

Al nyere forskning viser, at motion nedsætter risikoen for at få kræft og forlænger kræftpatienters levetid. Sygeplejersker kan være med til at oplyse patienterne om motionens gavnlige effekt.

TEKST: MARIANNE TROELSEN SKOU • FOTO: SØREN SVENDSEN

En halv times motion dagligt, lyder anbefalingen fra Sundhedsstyrelsen. Og det er ikke længere nok at slentre en tur med hunden, cykle en tur til bageren eller cykle på arbejde i første gear.

Pulsen skal op.

Til gengæld viser al forskning, at hvis du følger anbefalingerne, nedsætter du risikoen for at få kræft betydeligt.

Ifølge forsker ved Kræftens Bekæmpelse, Nina Føns Johnsen, handler størstedelen af den viden, vi har om de to største kræftformer i Danmark, nemlig tarmkræft og brystkræft. For kræft i tyktarmen viser flere studier en overbevisende evidens for, at fysisk aktivitet beskytter mod udvikling af kræft.

”Der er ca. 30 pct. lavere risiko for at få kræft i tyktarmen, hvis man sørger for at dyrke motion. Når det gælder brystkræft (efter man er gået i overgangsalderen) og livmoderkræft, siger eksperterne, at der sandsynligvis er ▶

Pulsen



Hold 54 Uge 4

| | 100% | 90% | 85% | 80% | 70% | | | |
|--------|------|------|------|------|-----|--|--|--|
| 3. uge | 100 | 90 | 80 | 70 | 60 | | | |
| | 22,5 | 20,0 | 17,5 | 15,0 | | | | |
| | 15 | 10 | | | | | | |

| | 75% | 70% | 65% | | | |
|--------|------|------|------|--|--|--|
| 2. uge | 7,5 | 5,0 | 2,5 | | | |
| | 17,5 | 15,0 | 12,5 | | | |

skal op

- en sammenhæng mellem motion og lavere risiko for at udvikle kræft,” konkluderer Nina Føns Johnsen ud fra den seneste rapport ”Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer”.

Lever længere

Også når det gælder mennesker, der allerede har en kræftdiagnose, viser al forskning, at motion er særdeles gavnligt.

”Flere studier viser, at jo mere fysisk aktivitet, jo bedre prognose dvs. jo længere levetid,” siger Nina Føns Johnsen, som anbefaler, at man retter sig efter Sundhedsstyrelsens anbefalinger, der lyder på en halv times fysisk aktivitet dagligt af minimum moderat intensitet.

”Så det med at gå en tur tæller ikke mere. Man skal have gang i pulsen. Men undersøgelserne viser, at den største risikoreduktion sker, når man går fra at lave ingenting til bare lidt motion. Men der er også en gevinst for dem, der i forvejen dyrker motion,” siger Nina Johnsen.

Det er lige meget, hvilken motion man dyrker, men der skal være moderat til høj puls. Børn skal have en times motion om dagen. For ældre og syge anbefales det at konsultere en læge eller en fysioterapeut, så man tager hensyn til funktionsevne og ikke overanstrenger sig.

Træning hæmmer kræftceller

På Center for Inflammation og Metabolisme på Københavns Universitet forsker man også i motionens påvirkning af kræftceller. I et forsøg, hvor unge kvinder cyklede i to timer på en kondicykel og løbende fik taget blodprøver, fandt man, at træningen hæmmede kræftcellerne i at vokse.

”Muskler, der arbejder under træning udskiller proteiner, som påvirker kræftceller, så de ikke længere vokser,” forklarer Pernille Højman, seniorforsker på Center

Sammenhæng mellem inaktivitet og risiko for kræft

En rapport fra den internationale kræftforsknings sammenslutning IARC peger på, at overvægt og manglende fysisk aktivitet er årsagen til 25-30 pct. af alle tilfælde af brystkræft, tyktarmskræft og kræft i livmoderhulen.

Jo mere fysisk aktiv man er, jo mindre er risikoen for at få disse kræftformer. Dette gælder både, når man vurderer fysisk aktivitet på arbejde og fysisk aktivitet i fritiden. Formentlig kunne man spare 700 kræfttilfælde om året i Danmark, hvis alle mennesker bevægede sig mindst 30 minutter hver dag.

Kilde: Det Nationale Råd for Folkesundhed.

Den trætte kræftpatient

Træthed er et helt dominerende symptom. Det er ikke kun patienter med pågående kræft, der er trætte. Trætheden opleves også hos radikalt behandlede patienter. Selv om man umiddelbart bliver mere træt, når man træner, bliver man mindre træt på længere sigt.

Kilde: Det Nationale Råd for Folkesundhed.

Generelle råd til den indlagte kræftpatient

- Sørg for ofte at skifte stilling, når du ligger ned. På den måde får du bevæget musklerne.
- Det er en god idé at begrænse den tid, hvor du ligger ned. Når du sidder op, får du nemlig brugt musklerne mere aktivt end i liggende stilling. Sid op i sengen eller i en stol på stuen, på gangen eller i opholdsstuen.
- Gå en tur. Du kan gå rundt på stuen. Du kan også gå en tur til kiosken - også selv om du ikke skal købe noget. Gå ned i opholdsstuen. En tur på trapperne giver meget motion.
- En tur udenfor i den friske luft kan også være en god idé. Når du har besøg, så spørg, om dine gæster ikke har lyst til, at I går en tur og snakker sammen.

Kilde: Det Nationale Råd for Folkesundhed.

for Inflammation og Metabolisme.

Hun vil dog ikke gå så langt som at sige, at motion holder kræften fra døren.

”Man skal huske på, at kræft er en sygdom i ens gener. Og jeg tror ikke, at træning kan forebygge de mutationer af cel-

lerne, som fører til kræft. Men træning kan holde kræftcellerne i skak,” siger Pernille Højman.

Og der er mange andre grunde til at dyrke motion som kræftpatient.

”Når man er kræftpatient, er der tre for-

skellige hypoteser, som vi arbejder ud fra i forhold til motion. Dels nedsætter motion inflammationen hos kræftpatienter. Og jo mere muskelmasse, jo bedre klarer patienterne kemoterapien. Og jo mere muskelmasse, jo bedre er du til at distribuere næringsstoffer rundt i kroppen, og jo bedre kan du klare kemoterapien,” forklarer Pernille Højman.

Hjælper også psyken

Således er motionen særdeles godt for fysikken. Men der er også masser af forskning, der viser, at fysisk aktivitet hjælper på kræftpatientens psyke. Lis Adamsen, sygeplejerske, professor og forskningsleder på Universitetshospitalernes center for Sygepleje- og omsorgsforskning, UCSF, har været leder af flere forskningsprogrammer, der viser, at kræftpatienter tåler højintens træning. Og resultaterne er ikke til at tage fejl af.

”Det viste sig, at træthed blev reduceret markant, patienterne fik øget deres muskelmasse med 34 pct., og de havde en fremgang på 9 pct. på konditionen. Motionen havde en stærk effekt på energi og velbefindende, og patienterne havde reduceret depressionsniveau sammenlignet med en gruppe patienter, der ikke fik hård motion,” siger Lis Adamsen, som videre fortæller, at patienterne meget gerne vil deltage i den hårde træning.

”Studier i bl.a. USA viser, at mere end 80 pct. af patienterne ønsker tilbud om fysisk aktivitet. De vil gerne styrke deres krop.”

Tænk kreativt

Ifølge den danske kvalitetsmodel skal alle patienter have vurderet deres behov for genoptræning gennem en tværfaglig indsats. Der skal være en dialog om sund levevis med patienterne. Og det er her, sygeplejerskerne, ifølge Ditte Naundrup

Therkildsen, udviklingssygeplejerske på Hæmatologisk afdeling i Odense, kommer ind i billedet.

”På sengeafdelingerne må man tænke kreativt. Man kan f.eks. have små håndvægte liggende eller sengecykler. De patienter, som ikke er indlagt, skal også opfordres til motion. Der har tidligere været en tradition og opfattelse af, at patienten ikke selv kan gøre noget under sygdomsforløbet. Men nu er der evidens for, at kost og motion har stor betydning,” siger Ditte Naundrup Therkildsen, der også er næstformand i Fagligt Selskab for Kræftsygeplejersker.

Ifølge hende er motion et vidt begreb. Det vigtigste er, at sygeplejersken tager udgangspunkt i det enkelte menneske og selve diagnosen.

”Det behøver ikke være en løbetur på tre kilometer. Det kan også være tre små ture ud i haven. Al forskning viser, at trætheden bliver afhjulpnet med motion. Det hjælper ikke at lægge sig på sofaen. Man kan ikke sove trætheden væk,” siger Ditte Naundrup Therkildsen.

Mere systematik ville gavne

På hæmatologisk afdeling i Odense, hvor Ditte Naundrup Therkildsen arbejder, er der for nylig blevet indrettet et motionsrum midt i afdelingen. Her kan patienterne få introduktion i brug af rummet, få lavet individuelle træningsprogrammer og få timer hos en fysioterapeut. Patienterne får professionel vejledning og er aldrig alene i træningslokalet.

Men Ditte Naundrup Therkildsen efterspørger en mere systematisk tilgang til at vejlede patienter i motion.

”Det er op til de enkelte afdelinger at lave indsatser i forhold til motion. Måske vil det være en idé at lave nogle overordnede anbefalinger målrettet grupper af

patienter. Så vil usikkerheden om vejledning formentlig ikke være så stor, og vejledningen ville måske blive betragtet som et indsatsområde,” siger Ditte Naundrup Therkildsen.

Nina Føns Johnsen fra Kræftens Bekæmpelse opfordrer også sygeplejerskerne til at tilskynde patienterne til motion.

”Man skal ikke være bange for at røre sig, så snart lægen vurderer, at det kan lade sig gøre. Det er vigtigt at få patienterne hurtigt i gang igen. Sygeplejerskerne skal opmuntre patienterne til at gå en tur på gangen. Og opmuntre de pårørende til at hjælpe patienterne med det. Det er vigtigt at snakke med patienterne om det, så de fortsætter den linje, når de kommer hjem fra hospitalet,” siger Nina Føns Johnsen.

Vigtigt at screene patienter

Lis Adamsen er enig i, at sygeplejerskerne skal opfordre kræftpatienter til at røre sig. Men hun gør også opmærksom på, at så længe folk er under lægelig behandling, skal den hårde motion være overvåget og foregå i samarbejde med den behandlende afdeling:

”Man kan ikke anbefale alle i kemoterapi, at de kan gå i gang med hård træning. Det er vigtigt at screene folks blodværdier, inden de træner, så man ikke risikerer utilsigtede negative hændelser som f.eks. besvimelsesanfald. Vores erfaringer viser, og internationale guidelines siger, at når folk har afsluttet behandling – altså når f.eks. brystkræftpatienter er færdige med kemo- og strålebehandling – kan de lave motion som den raske del af befolkningen.”

Kilde: Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Udgivet af World Kræft Research Fund og American Institute for Cancer Research. Den er fra 2007, men blev opdateret i 2012.



Helge Schytte (i midten) og de andre motionister i projekt "Krop og Kræft" er i gang med at varme op til dagens træning med boldspil. Det går ikke stille af.

Fysisk overskud giver

TEKST: MARIANNE TROELSEN SKOU • FOTO: SØREN SVENDSEN

Mindre træthed, bedre velbefindende og øget energi. Kræftpatienter kan sagtens tåle hård fysisk træning, viser forskningsprojektet "Krop og Kræft".

"Kom så – 10 omdrejninger mere!"

Der er ingen kære mor, når det gælder motion. Heller ikke selvom man har kræft. For her i træningslokalerne, hvor "Krop og Kræft" hører til, er man ikke patient. Her er man motionist.

Derfor bliver der trådt i pedalerne, som havde man fanden i hælene, der bliver prustet og stønnet og svedt i maskinerne, og der bliver skubbet og kæmpet under boldlegen, hvor to hold dystes mod hinanden.

Men der bliver også grint og pjattet høilydt. For motion gør godt.

"Det giver mig glæde at få brugt kroppen. Her er skønne mennesker, og jeg har noget at stå op til. Her er et fællesskab – alle ved, hvad kvalme og tørhed i munden er. Men det er også hårdt," siger Helge Schytte.

Alle deltagere i projekt "Krop og Kræft" er i kemoterapi for deres kræftsygdom. De deltager i seks ugers hård træning tre gange om ugen i to en halv time samt to timers lavintens træning en gang om ugen. Træningen

Om CIRE

Center for Integreret Rehabilitering af Kræftpatienter, CIRE, er tværvideenskabeligt, tværfagligt og etableret i et samarbejde mellem forskere og klinikere fra Københavns Universitet - Institut for Folkesundhedsvidenskab, Rigshospitalet, Bispebjerg Hospital, Universitetshospitaernes Center for Sygepleje- og omsorgsforskning, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed samt Sundhedscenter for Kræfttramte. CIRE ledes af sygeplejerske og sociolog, professor Lis Adamsen, forskningsleder ved Universitetshospitaernes center for Sygepleje- og omsorgsforskning, UCSF, der er beliggende på Rigshospitalet.

Novo Nordisk Fonden og Kræftens Bekæmpelse har bevilget 30 mio. kr. over de næste fem år til CIRE.

Fakta om kræftrehabilitering

- Flere end 210.000 danskere har eller har haft kræft
- Kræftpatienter har en øget risiko for at komme på førtidspension, blive fysisk inaktive og få en depression
- En videnskabelig gennemgang af kræftrehabilitering (MTV) viser, at kræftrehabilitering har effekt på træthed, depression, angst og livskvalitet

Kilde: Lis Adamsen, Forskningsleder, UCSF.



Når éns træningsmakker knokler, har den anden tid til lidt afslapning.

mentalt overskud

består af opvarmning med f.eks. boldspil. Derefter styrke- og vægttræning i maskiner efterfulgt af spinning på cykler. Og der sluttes af med afspænding og massage.

Kræftpatienter, der er i kemoterapi, kan nemlig godt tåle hård fysisk træning. Det øger tilmed både deres fysiske og psykiske velbefindende. Det har professor Lis Adamsen, der er leder af Universitetshospitaernes Center for Sygepleje- og omsorgsforskning (UCSF), dokumenteret i forskningsprojektet ”Krop og Kræft”.

”Vi har en bevidst strategi om, at vi kun går i sportstøj, vi spiller høj musik og taler ikke sygdom. Vi skal være en modvægt til hospitalet. Og patienterne siger, at de føler, de bliver støttet i deres normalitet. De elsker at blive kostet rundt med af os,” siger Lis Adamsen, der nu også leder et nyt stort forskningsprogram, CIRE, der bygger ovenpå erfaringerne fra ”Krop og Kræft”.

Inden den hårde tur i træningslokalerne bliver alle deltagere tjekket hos sygeplejer-

sken. De får målt blodtryk, puls, temperatur, tjekket deres blodværdier og taler med sygeplejersken om, hvordan de har det.

”Hvis en patient føler sig utilpas og svimmel, guides patienten under træningen, og efter aftale kan den behandlende afdeling kontaktes,” fortæller forsknings-sygeplejerske Christina Andersen, der kort forinden har afleveret sin ph.d.-afhandling om ”Krop & Kræft”, symptomer og bivirkninger.

Der er nemlig krav for at kunne deltage ▶



Forskningssygeplejerske Christina Andersen guider motionisterne i træningsmaskinerne og holder øje med, at de ikke bliver dårlige under træningen.



Professor Lis Adamsen er leder af forskningsprojektet "Krop og Kræft".

► i den hårde træning. Deltagerne må bl.a. ikke være fuldt sengeliggende, de må ikke have haft en blodprop i hjertet indenfor de sidste tre måneder, og der skal minimum være gået seks uger efter operationen.

"Hvis vi er i tvivl, kontakter vi den ansvarlige, behandlende læge og spørger mht. træning efter operation. Og vi følger op, hvis en af deltagerne har en lav blodprocent," siger Christina Andersen og uddyber:

"Vi har en koordinerende, superviserende, guidende og rådgivende funktion. Der er lige en pårørende, der har ringet, fordi hendes mand ikke kommer i dag. Han var for dårlig. Jeg anbefalede, at de kontaktede afdelingen," fortæller Christina Andersen.

Holder øje med deltagerne

Tilbage i træningslokalerne er deltagerne i fuld sving ved maskinerne. Der bliver trænet ryg, arme, ben, mave. Ingen muskler slipper. Heller ikke dem i ansigtet. For der bliver grinnet og joket undervejs.

Der er altid to trænere med på holdet. En sygeplejerske og en fysioterapeut. Udover at stå for selve træningen og opmuntring holder de øje med de enkelte deltagere. Hvis en af deltagerne forlader rummet,

Tydelige fremskridt

Inden deltagerne startede deres seks ugers træningsforløb, blev de cykeltestet og testet i maskinerne for at udregne kondital og styrke. På baggrund af testen, fik alle et individuelt skema, og hver 14. dag bliver træningen intensiveret.

I alt 1.420 patienter har været gennem forløbet "Krop og Kræft", og der er en tydelig reduktion af træthed, og deltagerne får bedre velbefindende og øget energi. Desuden er der en forbedring i kondition og styrke.

Halvdelen af deltagerne er i forebyggende behandling, den anden halvdel har udvidet sygdom. Yngste deltager er 20 år. Den ældste 79 år.

følger en af trænerne diskret med for at tjekke, at vedkommende ikke bliver dårlig. Hvis én bliver bleg og stille, spørger de ind til deltagerens velbefindende.

"Vi observerer hele tiden nøje deltagerne og holder øje med, om der er én, der får det dårligt. Vi sørger også for at være træningsmakker med dem, der har det dårligt, og dem, der har dårlige blod-

værdier. Vi har indsigt i, hvilke symptomer og bivirkninger de enkelte behandlinger giver, og det holder vi øje med," fortæller Christina Andersen.

I dag er det Klaus Moltved, der må ud og ligge lidt på sofaen i et tilstødende lokale. Han har lige fået kemoterapi, så kvalmen har overmandet ham. Trænerne er flere gange ude og kigge til ham. Men efter lidt kvalmestillende medicin er han igen klar på motionscyklen – om end lidt bleg i ansigtet.

"Jeg oplever et fællesskab ved at komme her. Det er dejligt at snakke med andre i samme situation. Og jeg får meget mere energi og overskud," siger Klaus Moltved.

Neel Schalck Bisgaard er enig:

"Det giver mig en masse energi. Træning giver velvære. Og det er godt at komme ud ad døren. Her er supergod stemning," siger hun forpustet.

Og den positive stemning går, ifølge Christina Andersen, igen hos alle deltagere.

"Deltagerne synes, det er rart, at de kan få lov til at grine. En kræftsygdom kan være meget stigmatiserende. Der er mange fordomme om kræft. Man skal helst ikke være for glad, og helst være tynd. Og jeg mener også, at behandlerne til dels er med



Hver dag bliver der målt blodtryk, puls, temperatur og tjekket blodværdier inden dagens træning. Her er det sygeplejerske, Birgit Nielsen, der måler pulsen på Vibeke Mangor.



Den yngste deltager på holdet er 20 år, den ældste er 79 år. Men aldersforskellen betyder intet, når der knokles på, og sveden drypper fra panden.

til at trække det ned over hovedet på folk,” siger Christina Andersen og uddyber:

”Fysisk overskud giver også det mentale overskud. Når man er i kemoterapi, får man en følelse af at miste kontrollen over sin krop. I 2001, da vi startede ”Krop og

Kræft”, rådgav man stadig patienterne til at gå hjem og hvile sig efter kemoterapi. I dag ved man, det er godt at træne.”

Fem forskningsprojekter

Det tværfaglige forskerteam på CIRE har iværksat fem forskningsprojekter med i alt ni forskellige diagnosegrupper, der alle har fysisk aktivitet som omdrejningspunkt.

Børn med kræft

Kræftramte børn mister ofte delvist kontakten til deres sociale liv. Derfor startes et projekt, hvor de indlagte børn får to raske ”væbnere” fra deres skole/netværk, som skal være med til at normalisere indlæggelsen og holde fast i kontakten med skole og fritidsinteresser. Desuden tilbydes de indlagte børn hjælp til it-kommunikation med deres kammerater under indlæggelsen.

Lungekræft

Her er planlagt to projekter målrettet lungekræftpatienter med hhv. god og dårlig prognose. Patienterne skal gennemføre træningsprogrammer, og der måles på symptomer, bivirkninger, generel livskvalitet og overlevelse. Der er allerede gennemført pilottest på den dårligste gruppe, som er patienter, der ikke tilbydes operation, og her er tilbagemeldingerne fra patienterne meget positive.

Stillesiddende livsstil

I dette projekt indgår brystkræftpatienter og tarmkræftpatienter med en stillesiddende livsstil før deres diagnose. De tilbydes forskellige træningsformer og -intensitet, og effekten på sundhedsadfærd, bivirkninger, livskvalitet samt tilbagefald bliver monitoreret i to grupper med hhv. høj og lav træningsintensitet.

Mænd med kræft

Mandlige kræftpatienter er underrepræsenteret i de eksisterende rehabiliteringstilbud. Derfor undersøges effekten af fysisk træning på to diagnoser: testikelkræft og prostatakkræft. De unge testikelkræftpatienter tilbydes styrketræning, mens de ældre prostatakkræftpatienter kommer på fodboldskole.

Komplekse symptombyrder

Patienter med akut leukæmi tilbydes en skræddersyet træningsindsats for at reducere deres symptomer og bivirkninger af behandlingen og senere lette deres tilbagevenden til arbejdsmarkedet.



FOTO: SIMON KLEIN-KNUDSEN

Sosu-undervisere tilbage på job

Aftalerne på det regionale og kommunale område er stemt hjem, og på statens område betyder regeringens forventede lovindgreb, at underviserne på sosu-skolerne igen kan gå på arbejde – efter planen fra den 29. april. Den 22. april markerede ca. 40 sosu-undervisere deres utilfredshed og krævede reelle forhandlinger på underviserområdet gennem en event foran SOPU-skolen i Vognmagergade i København. Ca. 350 af Dansk Sygeplejeråds medlemmer på sosu-skolerne var ramt af lockouten, der nåede at vare næsten fire uger.

Beklageligt indgreb

TEKST: SØREN OLUFSEN

Det er dybt beklageligt, at der ikke kunne findes en forhandlingsløsning på underviserområdet i stat og kommuner. Det mener Dansk Sygeplejeråd, der har haft medlemmer, som har været lockoutet på sosu-skolerne.

”Et regeringsindgreb er aldrig nogen god løsning, og det er dybt beklageligt, at der ved disse forhandlinger – især fra arbejdsgiversiden – ikke har været vilje til at nå et fælles resultat, som imødekommer alle parter,” siger Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd. Sygeplejerådet har repræsenteret ca. 350 lockoutede sygeplejersker på sosu-skolerne.

Formanden peger også på, at regeringen i højere grad har tilgodeset arbejdsgiverne frem for medarbejderne:

”På vores område har vi oplevet at blive lockoutet, uden at der har været ført reelle forhandlinger. Og det er ærgerligt, at regeringen har valgt at gå ind og lave om på de arbejdsvilkår, som har vist sig at fungere rigtig godt. Sosu-underviserne påtager sig et stort ansvar for at få mange sårbare unge og ældre, der vil omskoles, igennem en solid uddannelse, og der er en meget høj gennemførelsesprocent.”

Grete Christensen opfordrer lederne på sosu-skolerne til at indgå en tæt dialog med medarbejderne om de fremtidige arbejdsbetingelser.

”De nye vilkår træder først i kraft fra august 2014, så der er tid til at forberede sig på, hvordan man kan indrette den bedst mulige arbejdsform. Og det er vigtigt, at

ledelse og tillidsrepræsentanter går i meget tæt dialog omkring udfordringerne og i det hele taget mødes, så der bliver skabt en fremadrettet og konstruktiv stemning,” siger Grete Christensen.

Sygeplejerskeformanden glæder sig over, at den planlagte kompensation til folkeskolelærerne ikke kommer til at påvirke andre offentligt ansattes løn.

”Skolelærerne får en portion penge i kompensation for, at deres 60-årsregel bliver udfaset. Og det er positivt, at regeringen har besluttet, at andre offentligt ansatte ikke skal betale for det. Vi har også i forvejen vist ansvarlighed og løntilbageholdenhed, så det er helt på sin plads.”

Et stort ja til OK13

TEKST: SIGURD NISSEN-PETERSEN

87,5 pct. af de sygeplejersker, som stemte, gav deres ja til OK13-forligene med regioner og kommuner. Dermed er aftalerne endeligt godkendt.

OK13-forligene med regioner og kommuner har været til afstemning blandt de stemmeberettigede medlemmer af Dansk Sygeplejeråd.

Resultatet af afstemningen blev, at 38,1 pct. deltog, 87,5 pct. stemte ja, 6,9 pct. stemte nej, og 5,6 pct. stemte blankt.

"Medlemmerne har vist stor ansvarlighed ved at stemme ja til en smal aftale. Dermed viser vi igen, at sygeplejersker

gerne vil tage ansvar og finde løsninger. Det bør arbejdsgiverne skrive sig bag øret ikke mindst i forhold til de næste overenskomstforhandlinger om to år," siger Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd.

Grete Christensen er tilfreds med, at et stort flertal har stemt ja, men bider også mærke i, at lidt færre har deltaget i afstemningen end i 2011.

"Vi har nu to forhandlinger i træk forhandlet smalle aftaler, og det forpligter frem mod 2015. Der skal være en langt større vilje til at gå i dybden med, hvordan vi kan skabe gode rammer for arbejdet,

kvalitet og faglig udvikling, samtidig med at vi skaber mere effektivitet," siger Grete Christensen.

Begge aftaler gælder for en periode på to år.

"Vi har fået to store aftaler på plads, og de skal nu ud og fungere på arbejdspladserne i regionerne og kommunerne. Der venter alle et stort arbejde med at realisere indholdet," siger Grete Christensen.

Sådan stemte sygeplejerskerne

Sygeplejerskerne i Kreds Sjælland var flinkere til at stemme. Østpå i hovedstadsregionen var der knap så mange, der benyttede muligheden for at stemme om OK13. Se, hvordan sygeplejerskerne stemte, i skemaet nedenfor.

Ved den netop afsluttede afstemning om OK13-aftalerne for regioner og kommuner faldt stemmerne igen forskelligt fra kreds til kreds. Den totale stemmeprocent var på 38,1, hvilket betyder, at ca. hver fjerde sygeplejerske benyttede sig af muligheden for at stemme ja, nej eller blankt til forligene om OK13. Ud af dem, der deltog i afstemningen, stemte 87,5 pct. ja.

6,9 pct. stemte nej, 5,6 pct. stemte blankt.

Alle stemmeberettigede sygeplejersker har haft mulighed for at stemme, også sygeplejersker ansat i f.eks. staten og det private.

Ved tidligere afstemninger har de nordjyske sygeplejersker været de mest flittige til at stemme, men denne gang er billedet et andet. Nordjyderne er dumpet ned på en fjerdeplads, mens sygeplejerskerne i Kreds Sjælland, Syddanmark og Midtjylland ligger i toptre med hensyn til stemmeflittighed.

Den samlede stemmeprocent på 38,1 er et lille fald i forhold til OK11, hvor stemmeprocenten var på 43,9. I 2011 stemte 88,9 pct. ja til forligene. Fordelingen af ja, nej og

blanke stemmer var ligeligt fordelt over kredse. I Kreds Midtjylland var der flest, der havde stemt ja med et lille forspring til Kreds Syddanmark.

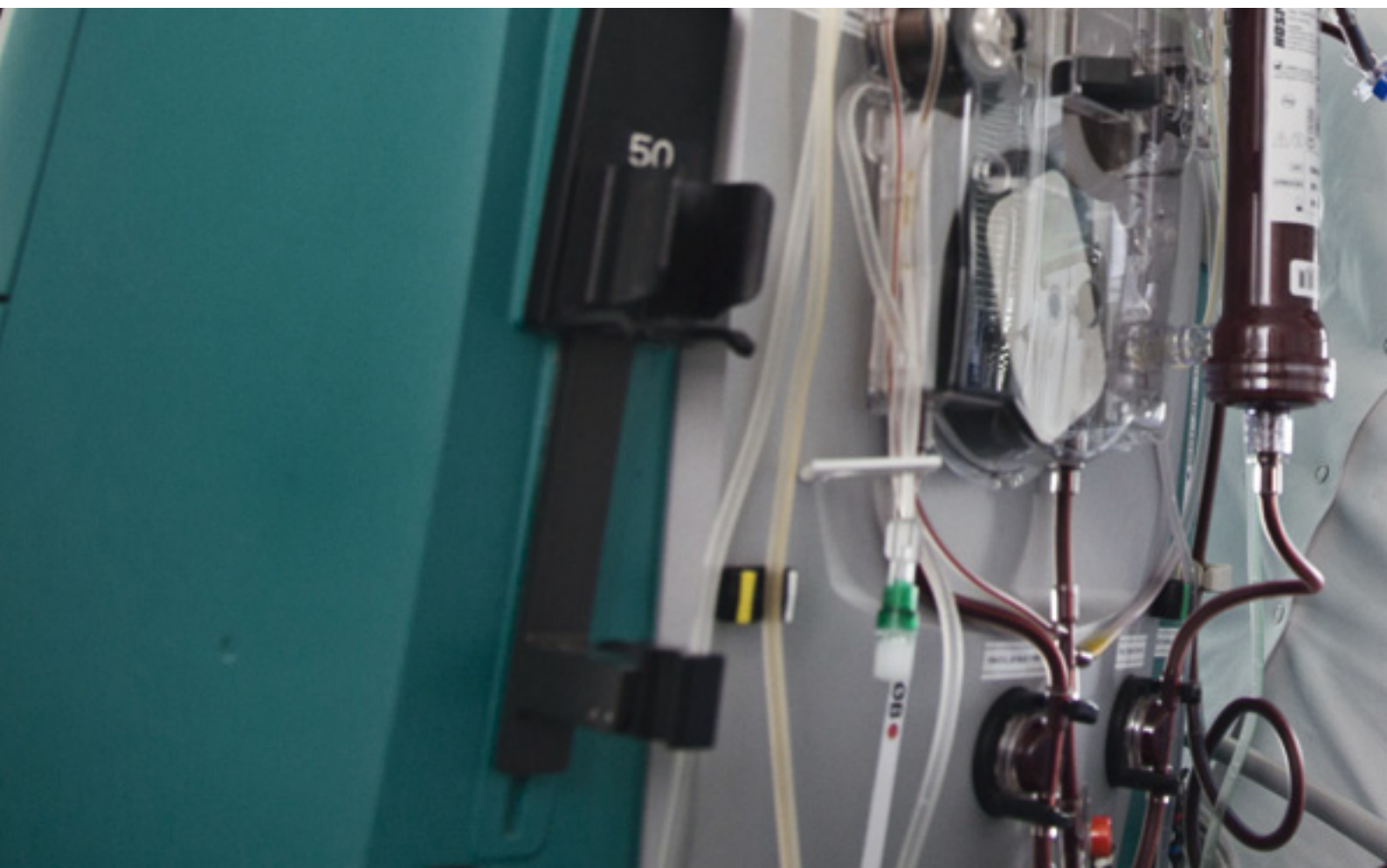
For første gang i Dansk Sygeplejeråds historie var afstemningen om overenskomsterne rent elektronisk, hvilket betød, at man denne gang kun kunne stemme via internettet og sms.

Læs mere om afstemningen og indholdet af de nye overenskomster på www.dsr.dk/ok13

| Kreds | Stemmeberettigede | Stemmeprocent | Ja | Nej | Blank |
|-------------|-------------------|---------------|--------|-------|-------|
| Hovedstaden | 18.300 | 34,96 | 5.463 | 521 | 414 |
| Midtjylland | 14.936 | 39,28 | 5.194 | 350 | 323 |
| Nordjylland | 7.157 | 39,14 | 2.440 | 232 | 129 |
| Sjælland | 7.408 | 40,11 | 2.620 | 203 | 148 |
| Syddanmark | 13.400 | 39,57 | 4.689 | 316 | 298 |
| I alt | 61.201 | 38,14 | 20.406 | 1.622 | 1.312 |



Behandlingen af akut leversvigt må udelukkende udføres af sygeplejersker med indgående kendskab til hepatologisk sygepleje. Apparaturet, der erstatter leverens normale funktion, svarer i princippet til det, der benyttes til kontinuerlig dialysebehandling.





Sygeplejersker i nye roller

TEKST: ANNETTE HAGERUP • FOTO: CHRISTOFFER REGILD

En formaliseret uddannelse til ekspertsygeplejerske, som man f.eks. kender det fra det engelske sundhedsvæsen, har i flere år været debatteret i Danmark, men der er endnu ikke truffet politisk beslutning om at igangsætte uddannelsen. I stedet foregår der i forskellig grad lokal opgaveflytning fra læger til sygeplejersker. F.eks. på akutklinikker og akutmodtagelser, hvor behandlersygeplejersker på egen hånd tager sig af bl.a. småskader, lettere brud, forstuvninger, næseblødning m.m.

OECD: Indfør kliniske ekspertsygeplejersker

I sin nyligt offentliggjorte rapport 'OECD REVIEWS OF HEALTH CARE QUALITY: DENMARK' anbefaler OECD, at Danmark indfører kliniske ekspert sygeplejersker. Det er nødvendigt i forbindelse med den danske udvikling mod højt specialiseret sundhedsvæsen, der forudsætter et styrket kommunalt sundhedsvæsen, lyder det blandt andet.

Læs hele rapporten på www.oecd.org

Kilde: OECD

Sygepleje ved en skillevej

Sundhedsvæsenet, som vi kender det, er under hastig forandring. Hospitalsindlæggelserne bliver færre, og mere behandling skal foregå i patientens hjem. Det betyder nye opgaver og nye udfordringer til sygeplejersker, der skal arbejde i et system, hvor grænserne mellem sektorerne bliver gradvist mere udvisket.

TEKST: ANNETTE HAGERUP

Ventetiden til et KOL-tjek på lungeambulatoriet på Regionshospitalet Randers er faldet med mere end seks måneder, siden KOL-sygeplejerske Mette Rothmann for 2½ år siden overtog konsultationerne fra lungeklinikens læger.

Tidligere skulle en nyhenvist KOL-patient vente mindst trekvart år på at blive set af en lungespecialist. ”I dag venter de maks. to måneder,” fortæller Mette Rothmann, som alene i 2012 havde 300 ambulante patienter i sygeplejeambulatoriet på lungeklinikken i Randers. Heraf var de 50 nyhenviste. Mette Rothmann har en engelsk diplomuddannelse i KOL og har siden 2005 været ansat på sygehuset i Randers, hvor hun på egen hånd fører tilsyn med indlagte KOL-patienter og bl.a. udfører lungefunktionstest. Desuden vejleder hun lægerne i brugen af og valg af inhalationsmedicin.

Hun er nok det nærmeste, man p.t. kommer på en egentlig ekspertsygeplejerske i KOL.

”Jeg er med til at aflaste vores lunge-læger, som bruger størstedelen af deres ambulatorietid på at opfylde udredningsgarantien for maligne sygdomme. Samtidig højner vi serviceniveauet for KOL-patienterne, som ellers risikerer at blive mere syge i ventetiden,” fortæller Mette Rothmann, der har frit råderum til at indkalde patienter til kontrol og via en rammeordination fra afdelingens specialoverlæge Terje Knudsen har lov til at justere inhalationsmedicinen.

Lungepatienter bliver ofte indlagt på afdelinger uden lungemedicinske specialister. Her rekvirerer man typisk i stedet et medicinsk lægetilsyn.

”Det tilsyn kunne specialuddannede lungesygeplejersker uden problemer varetage i langt de fleste tilfælde,” siger Birthe Hellquist, bestyrelsesformand for Fagligt Selskab for Lunge- og Allergisygeplejersker (FSLA).

Uddannelse ønskes

Allerhelst så hun en uddannelse som ekspertsygeplejerske på masterniveau.

”Der er allerede eksempler på, at sygeplejersker arbejder selvstændigt med kontrol af f.eks. diabetespatienter og patienter med KOL og astma og på delegation fra en læge kan regulere patienternes medicin-dosis. På samme måde styrer sygeplejersker hjertepatienter i antikoagulationsbehandling.

Ifølge Birthe Hellquist ville det være helt oplagt at overlade den rutinemæssige kontrol med KOL-patienter til specialuddannede lungesygeplejersker. Det er ikke sådan, at sygeplejersker skal til at være ”mini-læger”. Det er stadig en lægeopgave at stille diagnosen og planlægge behandlingen. Når det gælder patienter med KOL, har sygeplejersken med sin helhedsorienterede tilgang meget at byde på i hele forløbet, siger hun. F.eks. kan konsulta-

tionssygeplejersker i almen praksis være med til tidlig opsporing og nødvendige livsstilsændringer ved at tilbyde rygere en lungefunktionstest og indkalde patienter i risikogruppen til løbende kontrol.

”Vi ved, at kun halvdelen af alle KOL-patienter bliver diagnosticeret. Resten går rundt uden en diagnose. Hvis vi skal flytte det tal, skal vi sætte ind med tidlig opsporing. Jo tidligere vi fanger de KOL-ramte, jo længere og jo bedre kan de leve med deres sygdom,” siger Birthe Hellquist.

Involvér patienten

Sundhedsvæsenet, som vi kender det, er under hastig forandring, og det betyder nye opgaver og nye udfordringer til sygeplejerskeprofessionen.

”Grænserne mellem sundhedsvæsenets mange sektorer bliver gradvist mere udvisket. Hospitalsindlæggelser vil blive reduceret i takt med, at vi bliver bedre til at tilbyde sundhedsydelse i borgerens nærmiljø. F.eks. vil elektronisk hospitalsovervågning og dialog med patienterne hjemme hos dem selv blive almindeligt, især ved akut opblussen af kronisk sygdom, og det vil øge behovet for sygeplejer-

” Sygeplejerskerne bliver sygeplejespecialister, der arbejder selvstændigt og tager sig af hele kronikergruppen. Og så bliver de faktisk det modsatte i hospitalerne. De bliver dem, der er tæt på patienterne - de bliver dem, der koordinerer alle de andre specialister, der kommer og tilser og behandler hver sin del.

Citat fra ledende oversygeplejerske fra Dansk Sygeplejeråds debatoplæg ”Sygepleje og sygeplejerskens rolle i dagens og fremtidens sundhedsvæsen”.

Nye opgaver

Dansk Sygeplejeråds Hovedbestyrelse besluttede i 2012, at "Sygeplejerskers placering, roller og opgaver i et sundhedsvæsen under konstant forandring" skal være et indsatsområde i perioden 2012-14.

Dansk Sygeplejeråd arbejder for, at sygeplejersker i fremtiden får et større selvstændigt virksomhedsområde end i dag. Det kan være i ambulatorier, lokale sundhedsklinikker, almen praksis og i sundhedsplejen.

Dansk Sygeplejeråd arbejder for, at Danmark også får kliniske ekspertsygeplejersker - det der i udlandet svarer til "advanced nurse practitioners". I lande som f.eks. England, Holland og Sverige har sygeplejersker, der har gennemført en særlig videreuddannelse, ret til selvstændigt at anvende visse typer medicin m.v.

Sygeplejersker forebygger indlæggelser

En second opinion fra en hjemmesygeplejerske har vist sig at være et effektivt middel til at forebygge indlæggelser blandt ældre og kronisk syge. Det viser erfaringer fra Helsingør Kommune.

Her etablerede man i 2010 en ny praksis, der betyder, at hjemmeplejens grupper og kommunens plejehjem til enhver tid skal bede hjemmesygeplejen om en second opinion, hvis de er i tvivl om, hvorvidt de på forsvarlig vis kan passe og pleje en borger i eget hjem/bolig.

Helsingør Kommune har siden 1997 haft et akutteam af sygeplejersker, der i samarbejde med alment praktiserende læger, sygehus og hjemmesygepleje er med til at forebygge genindlæggelser. "Gamle fru Hansens læge har måske sat hende i medicinsk behandling for en urinvejsinfektion, men ved, at hun har svært ved at klare sin egenomsorg i hverdagen. Det er her, vores akutteam kommer ind," fortæller lederen af Helsingørs akutteam, souschef i hjemmeplejen, Pia Larsen.

Akutteamet, der p.t. består af ni sygeplejersker og tre sosu-assistenten, går aktivt ud i borgernes hjem og vurderer, hvilke hjælpeforanstaltninger der vil være nødvendige, hvis borgeren skal blive hjemme og passes og plejes dér.

"Hvis borgerens tilstand alligevel forværres, overvejer vi altid evt. indlæggelse en ekstra gang. Medmindre, der er tale om akutte, livstruende tilstande, der kræver et 112-opkald, bliver borgerne ikke indlagt, før en kollega fra akutteamet har set på borgeren med nye øjne."

På den konto er det i Helsingør lykkedes at reducere antallet af indlæggelser blandt kronikere og borgere over 65 år med 75 pct.

Som sygeplejerske, cand.cur., postdoc, Mari Holen, Center for Sundhedsfremfremforskning på Roskilde Universitetscenter og Psykiatrisk Forskningsenhed, Region Sjælland, ser det, må sygeplejersker i fremtiden navigere mellem patientens individuelle behov og hensynet til den stigende detailstyring af sygeplejedyden.

"Jeg tror, det bliver en kæmpeudfordring. Den ydelse, sygeplejersken skal yde, er i dag forudbestemt og lagt i skema. Pleje og behandling skal være evidensbaseret og følge fastlagte standarder og pakkeforløb.

Som modsætning hertil står patienten, som i takt med stigende levealder får mere og mere komplekse behov og typisk vil fejle mange ting på én gang. Sygehusbehandlingen effektiviseres til stadighed. Patienter kommer hurtigt ind og hurtigt ud, og det betyder, at en større del af sygeplejen vil foregå i patientens eget hjem. Samtidig forventes det, at patienten skal gøres medbestemmende. Derfor bliver den enkeltes sociale baggrund og aktuelle livssituation et vigtigt element i sygeplejen.

Krydspres

Hvis man vil sikre lige vilkår i sundhed, må alle nødvendigvis have det samme tilbud. Men patienter er ikke ens. Der opstår alle mulige uventede situationer og forløb, der ikke er "efter bogen". Og der opstår også komplikationer, der kræver handling her og nu," fortæller Mari Holen, som bl.a. forsker i sygeplejeroller.

Hun forudsiger, at sygeplejersken vil opleve et stigende krydspres fra patienten på den ene side og centrale standarder på den anden side. "Det bliver en stor udfordring for os som faggruppe på det kliniske niveau."

sker, der arbejder på tværs af regioner og kommuner," fortæller professor i sygepleje på Aarhus Universitet, cand.cur., ph.d. Kirsten Lomborg.

"Vi skal stadig levere den grunddydelse, vi er uddannet i, nemlig sygepleje. Vi skal bare yde den på nye måder. Borgeren bliver en langt mere aktiv medspiller i håndteringen af sin sygdom, og det påvirker den traditionelle sygeplejerolle. Vi er først ved begyndelsen af en demokratisk proces, som længe har været i gang i lande som USA, Canada og England, og som i langt højere grad involverer den enkelte pa-

tient i hans egen behandling. Sygeplejersken skal stille sin ekspertise til rådighed for patienter og pårørende og være parat til at samarbejde med patienter, der selv opsøger viden.

Samtidig skal vi som fagpersoner blive bedre til at lade os informere af patienten og finde ud af, hvor han/hun er i sit liv lige nu. Mange af de gode råd, vi giver om rygestop, sund kost, motion m.m., dem kender patienterne til hudløshed. Spørgsmålet er, hvordan vi får patienterne motiveret til at efterleve sundhedsbudskaberne i praksis?" tilføjer hun.

Sygeplejersker overtog be

Siden oktober 2012 har leverintensive sygeplejersker på Rigshospitalet med succes overtaget livreddende behandling af akut leversvigt. Behandlingen med en "kunstig lever" var tidligere en lægeopgave. Behandlingerne er nu øget med 25 pct.

TEKST: ANNETTE HAGERUP • FOTO: CHRISTOFFER REGILD

Apparatet med de mange slanger og væskefyldte poser kan bedst beskrives som en slags "kunstig lever" eller leverdialyse, der sættes ind mod pludseligt leversvigt.

Vi er på Rigshospitalets intensive leverafsnit, hepatologisk klinik A, og de to intensivsygeplejersker Rikke Parsberg Werge og Annette Idorn demonstrerer, hvordan det livreddende apparatur fungerer.

Det, der startede som en eksperimentel behandling drevet af yngre læger på forskningsbasis, er i dag en fast sygeplejerskeopgave på Rigshospitalets intensive leverafdeling. Det leverintensive team består af i alt fem specialuddannede sygeplejersker, som på skift varetager to typer af behandling, der begge har til formål at rense leveren for affaldsstoffer. Dels gennem PlasmaFerase, hvor patientens eget blodplasma renses og nye proteinstoffer tilføres. Dels gennem en metode kaldet MARS (Molecular Adsorbents Recirculating System), hvor giftstoffer bundet til leverens albumin (protein der produceres i leveren red.) udskilles.

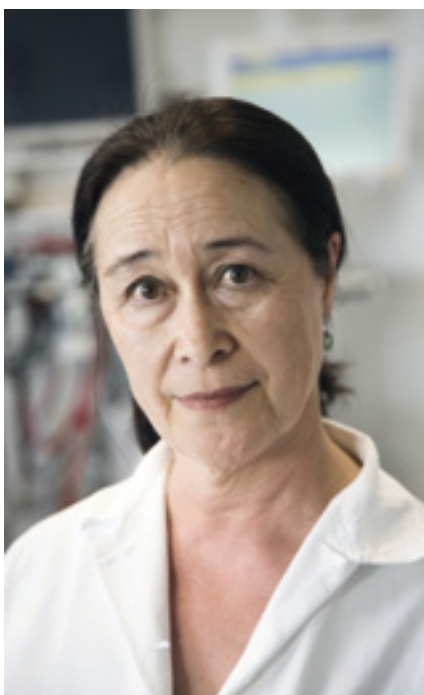
Rikke Parsberg Werge og Annette Idorn har begge været ansat på hepatologisk afdeling i 10 år og har i årenes løb assisteret mange yngre læger i eksperimentel leverdialyse. Problemet var, at de yngre læger ikke blev på afdelingen i ret lang tid, fordi de skulle videre til andre afdelinger som led i deres uddannelse.

"Behandlingen har været kørt af skiftende læger i 20 år, men fordi de yngre læger kørte behandlingen lidt på frivillig basis, var det vanskeligt at sikre kontinuiteten i behandlingen. Det betød, at der let kunne gå op til et døgn, før behandlingen kunne

Akut leversvigt

Akut leversvigt er en livstruende tilstand, som kan skyldes bl.a. virusinfektioner, forgiftninger, medicinbivirkninger og medfødte sygdomme. Hvis leveren svigter, kan kroppen ikke længere udskille affaldsstoffer og heller ikke producere de stoffer, der er nødvendige for, at resten af kroppens vitale organer kan fungere normalt. Behandlingen med den kunstige lever gør det muligt for leveren at regenerere og øger patientens muligheder for at overleve. Herved kan nogle patienter undgå en levertransplantation, eller man kan "købe tid", mens man venter på en ny lever til patienten.

Kilde: Hcau-Tin Woo, oversygeplejerske på Klinik A, Rigshospitalet.



"Patienter med akut leversvigt er en stor sygeplejefaglig udfordring, der kræver specialviden og erfaring. Samtidig har patienterne brug for meget støtte og vejledning," fortæller oversygeplejerske på Rigshospitalets hepatologiske klinik, Hcau-Tin Woo.

sættes i værk, fordi man skulle have fat i lægen udefra," fortæller Annette Idorn.

Pr. 1. oktober i 2012 blev leverdialysen imidlertid konverteret til en ren sygeplejerskeopgave. I månederne inden da blev sygeplejerskerne undervist og oplært i metoden og erhvervede sig derved den nødvendige ekspertise.

"At behandlingen nu ligger på sygeplejerskehænder, betyder, at der i dagvagtpLANEN er taget højde for, at én af os kan gå fra og sætte leverdialysen i gang, så snart behovet opstår," fortæller Annette Idorn.

Rikke Parsberg Werge fortæller, at den største udfordring har været at få styr på de formelle instrukser og faglige vejledninger.

"Selve apparaturet er det samme, som vi er vant til at benytte ved kontinuerlig dialysebehandling. Vi skal bare bruge nogle andre filtre. Vi har været vant til at udføre opgaven, men hvad angår MARS og PlasmaFerase havde vi ikke noget på skrift, som vi kunne læne os opad. Derfor har vi måttet starte fra scratch på at udarbejde nye instrukser og skriftlige vejledninger, der kan leve op til standarderne i bl.a. Den Danske Kvalitetsmodel."

handling mod leversvigt



Intensivsygeplejerskerne Rikke Parsberg Werge og Annette Idorn har mange års kendskab til behandling med "kunstig lever". I dag kører de og tre andre kolleger behandlingen selvstændigt, dog er det lægen, der ordinerer denne behandling.

Det leverintensive sygeplejersketeam har siden oktober 2012 gennemført foreløbig 50 af de livreddende leverbehandlinger på selvstændig basis.

"Fra et lægeligt synspunkt er det et kæm-

pe fremskridt, at vi nu takket være vore sygeplejersker kan tilbyde behandlingen fast i vores egen afdeling. Det sikrer både fleksibilitet og kontinuitet og øger patienternes chance for at overleve," siger klinik-

chef på Hepatologisk Klinik, Ole Hamberg.

Oversygeplejerske Hcau-Tin Woo betegner opgaveflytningen som en kæmpemæssig faglig udfordring for sygeplejerskegruppen.

"Det har været vigtigt for os at opretholde behandlingen af akut leversvigt som en del af afdelingens kerneydelse. Og jeg er da stolt over, at det er vores sygeplejersker, der klarer den opgave og på den måde får det kompetenceløft og også tilfredsstillelsen ved at se behandlingen lykkes og patienten bedres."

Antallet af behandlinger med den "kunstige lever" er øget med 25 pct., siden sygeplejerskerne overtog opgaven.

» Fra et lægeligt synspunkt er det et kæmpe fremskridt, at vi nu takket være vore sygeplejersker kan tilbyde behandlingen fast i vores egen afdeling. Det sikrer både fleksibilitet og kontinuitet og øger patienternes chance for at overleve.

Ole Hamberg, klinikchef på Hepatologisk Klinik, Rigshospitalet.



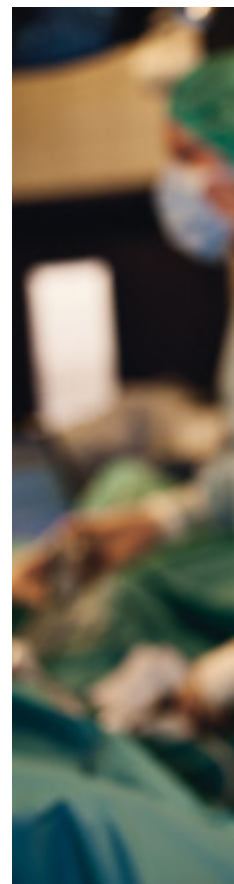
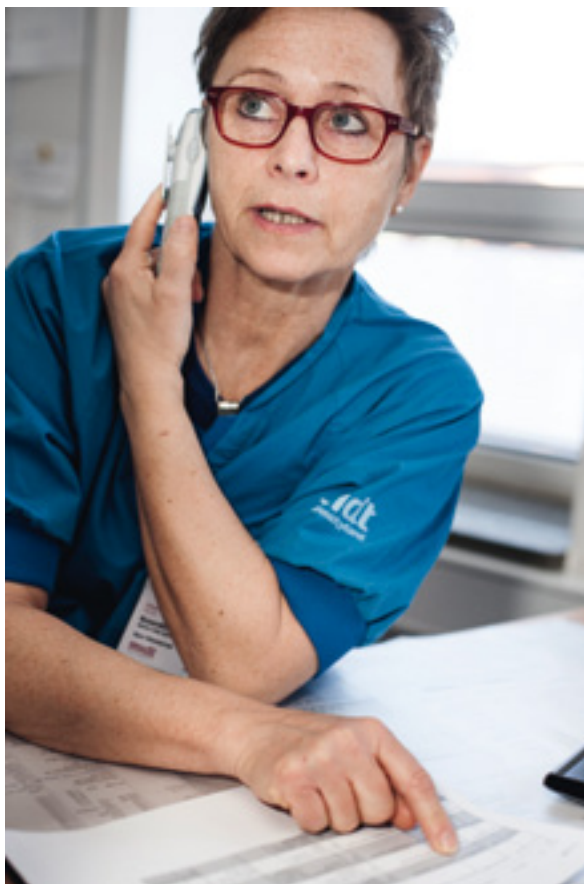


90 sekunder til afgang

En øget bevilling fra Region Midt har fra 1. april sikret Skive Kommune en akutbil døgnbemandet med en anæstesisygeplejerske og en paramediciner. Når alarmer går, har sygeplejersken og paramedicineren - her Anni Helene Kanstrup og Michael Carlsen - blot 90 sekunder, så skal akutbilen være på vej. Responsten styres fra Akut Medicinsk Koordinations Vagtcentral. Da Sygeplejerskens fotograf var på besøg, rykkede akutbil og ambulance ud til en patient med åndedrætsbesvær. På vej til hospitalet meldte Anni Helene Kanstrup om forværring, og AMK-operatøren arrangerede et møde med lægeambulancen, hvorefter lægen tog over midt på landevejen. Opgaven på akutbilerne deles af 18 anæstesisygeplejersker fra Regionshospitalet Midt i Viborg, som på skift har døgnvagt fra 8-8.

(jh)

FOTO: SØREN HOLM



Øverst: På operationsgangens oversigtsskærme kan alle relevante oplysninger om patienten og operationen kaldes frem. Nederst: Umiddelbart før operationen skal patienten bekræfte navn, CPR-nummer, og hvilket indgreb der skal foretages.

Koordinatoren kan flytte personalet rundt på stuerne, men skal nogen kaldes ind eller sendes hjem, aftaler hun med de to afdelingssygeplejersker.

På operationsgangen i Aarhus Universitetshospitals gynækologisk-obstetriske afdeling koordinerer én sygeplejerske dagsprogrammet på tværs af specialerne.

Operation og anæstesi har

TEKST: KIRSTEN BJØRNSSON • FOTO: KISSEN MØLLER HANSEN

Da anæstesisygeplejerske Anna Lisa Gandrup møder som koordinator på Y-OP i Skejby denne tirsdag morgen, ser det ud til, at der er luft i dagsprogrammet. Et par operationer blev aflyst så sent i går, at det ikke lykkedes at få kaldt nye patienter ind fra ventelisten. Så der skal kun opereres på tre af de fire operationsstuer, og et par sygeplejersker har fået lov til at afspadsere.

Men klokken halv ti kommer en af overlægerne for at høre, om hun kan få plads til en akut patient.

”Jeg har et hul med det samme,” tilbyder Anna Lisa Gandrup. ”Er der skrevet journal på patienten?”

Mens overlægen bestiller anæstesitilsyn og finder en gynækolog, der kan afløse i ambulatoriet, så længe hun opererer, går Anna Lisa Gandrup i gang med at bemande stuen.

En operationssygeplejerske, der egentlig har administrativ dag, må assistere ved operationen. Gulvfunktionen får den operationssygeplejerske, der i dag står som

sweeper, dvs. at hun afløser ved pauser, hjælper til med klargøring af stuerne m.m. Den anæstesisygeplejerske, der er sweeper på anæstesisiden, bliver også sat ind, og i løbet af en halv time kan operationen gå i gang. Så er begge sweepere optaget, men det problem løser Anna Lisa Gandrup ved selv at gå ind og hjælpe, når der er behov.

Koordinator på skift blandt fire

Før i tiden var det noget mere omstændeligt at få jongleret rundt på stuer og



Anna Lisa Gandrup er en af fire sygeplejersker, der skiftes til at være koordinator. To er fra anæstesi, to fra operation.



Anna Lisa Gandrup hjælper løbende, når hun har tid. Her med at lægge venflon på en patient, der skal ind til operation.

Min bedste oplevelse som koordinator for nylig?

"I går havde vi et program, hvor vi tænkte: Gad vidst om det vil lykkes. Men da jeg gik hjem klokken tre, var den sidste patient inde. Det er dejligt, når vi kan tilgodese alle og samtidig får udnyttet vores ressourcer."

fælles koordinator

personale, når der kom akutte patienter. Dengang var der to koordinerende sygeplejersker, én fra anæstesi, én fra operation. Men for halvandet år siden indførte afdelingen en fælles koordinator. Fire sygeplejersker skiftes til at have funktionen, to af dem er anæstesisygeplejersker, to er operationssygeplejersker.

"I starten var det meget nyt, og f.eks. var der nogen betænkelighed blandt anæstesilægerne ved at skulle give besked om anæstesi til en operationssygeplejerske.

Tilsvarende, når kirurgerne skulle aftale med en anæstesisygeplejerske," husker Anna Lisa Gandrup.

Men det viste sig hurtigt, at det fungerede. Det hele går mere smidigt, når én person har hele overblikket, og i dag bliver der ikke aflyst operationer i samme grad som før. Ligesom vigtige informationer heller ikke går tabt under koordineringen mellem de to specialer.

Det er også en fordel, at koordineringen ikke længere går på skift hos alle i de to

sygeplejerskegrupper, men ligger fast hos fire personer, siger Anna Lisa Gandrup.

"Det giver mere rutine, og planlægningen bliver mere realistisk. Når jeg f.eks. ser i journalnotatet, at patienten har et BMI på 45, så ved jeg, at operationen varer en time længere, selv om knivtiden normalt er 90 minutter."

Som en ekstra gevinst har personalet fået bedre kendskab til og respekt for hinandens specialer, tilføjer hun: "Der er mere "vi", hvor der før var "dem" og "os"."

Minister "Alle patienter bør have en seng"

TEKST: SØREN OLUFSEN • FOTO: SØREN SVENDSEN

Sundhedsminister Astrid Krag var tirsdag i samråd om overbelægning på landets hospitaler. Ifølge hende bliver overbelægning et tema, når næste års økonomi skal forhandles med kommuner og regioner.

I godt to timer blev sundhedsminister Astrid Krag (SF) afkrævet svar på, hvorfor der ofte ligger ældre patienter på gangene på medicinske afdelinger, og hvad hun vil gøre ved problemet.

"Jeg er bestemt ikke tilfreds med situationen, som vi har set denne vinter. Det er ikke i orden, at ældre patienter ligger ude på gangen foran elevatoren, og jeg mener, at alle patienter bør have en seng," sagde Astrid Krag.

Ministeren fortalte, at hun har sat gang i en række konkrete initiativer, der skal modvirke overbelægning og patienter på gangene. Der skal bl.a. i efteråret 2013 være udarbejdet faste definitioner for belægningsprocenter og sengepladser. Og så bliver et såkaldt idékatalog over akutte kommunale tilbud til den medicinske patient fremrykket.

"Vi skal have bedre data på overbelægning, så vi løbende kan følge udviklingen.



Sundhedsminister Astrid Krag (SF) i gang med at svare på spørgsmål til samrådet om overbelægning på Christiansborg.

Og så skal vi have bredt alle de gode eksempler ud på subakutte og akutte tilbud til borgerne, så kommunerne får styrket deres sundhedsindsats, og vi kan undgå

mange hospitalsindlæggelser," sagde Astrid Krag. Hun understregede dog, at hun er parat til at se på de økonomiske rammer.

Hjælpepakken fremlagt på Christiansborg

TEKST: SØREN OLUFSEN • FOTO: HENRIK FRYDKJÆR

Formand for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, var sammen med Danske Patienter og Lægeforeningen i foretræde for Folketingets Sundhedsudvalg. Her fremlagde de alle initiativerne i hjælpepakken mod overbelægning. Og den fik en positiv modtagelse fra bl.a. den nyudnævnte sundhedsordfører for Socialdemokraterne, Flemming Møller Mortensen.

"Jeg hylder virkelig, at organisationerne kommer og leverer et konstruktivt indspil til problematikken om overbelægning. Det er seriøst og noget, vi kan arbejde videre

med, fremfor at det hele bare ender i brok," siger han og fortsætter:

"Det skal altså være slut med overbelægning. Vi skal udnytte kapaciteten bedre og sørge for, at vi kan skrue op og ned. Og så skal der være en langt stærkere dialog mellem sygehuse, kommuner og praktiserende læger."

Sundhedsordføreren understøtter også, at kommunerne skal opgradere fagligheden og deres kapacitet, så de er i stand til at pleje og behandle flere patienter.

Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen venter på at komme ind til foretræde for Folketingets sundhedsudvalg sammen med organisationer bag hjælpepakken. Yderst til venstre er det næstformand i Lægeforeningen, Poul Jaszczak og til højre er det Flemming Møller Mortensen, sundhedsordfører for Socialdemokraterne.

Uddrag af Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensens kalender.



"Jeg har svært ved at se, at det her ikke bliver et tema, når vi skal forhandle økonomiaftale med regioner og kommuner næste gang," sagde Astrid Krag.

Skuffelse og glæde

Sundhedsordfører for Dansk Folkeparti, Liselott Blixt, var den, som havde kaldt ministeren i samråd om overbelægning. Hun var grundlæggende skuffet over ministerens svar.

"Det er helt fint, at ministeren har sat gang i en række initiativer. Men der er jo brug for handling nu og her. Der er brug for, at der bliver taget hånd om de mange ældre svækkede patienter, der ligger på gangene, og de medarbejdere, som kæmper for at få det til at hænge sammen," sagde Liselott Blixt til *Sygeplejersken* efter samrådet. Hun tilføjede:

"Regionerne har nedlagt senge meget hurtigere, end eksperterne har anbefalet. Og det betyder, at mange kommuner ikke er klar til at give den fornødne sygepleje og behandling til de ældre patienter."

I Dansk Sygeplejeråd er man enig i, at kapaciteten ikke står mål med behovet.

"Der mangler en grundlæggende erkendelse af, at det er gået alt for stærkt med at lukke senge. Ministeren sagde på samrådet, at nedlæggelsen af senge vil fortsætte, men jeg savner, at minister og regioner forholder sig til, at de nære sundhedstilbud skal være opbygget, inden man kan lukke senge. Ellers kommer der mere overbelægning, for patienterne bliver jo indlagt på sygehusene, hvis der ikke er et ordentligt kommunalt tilbud," siger Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd, men tilføjer også:

"Jeg er godt tilfreds med, at ministeren på samrådet lovede, at overbelægning bliver et tema ved økonomiforhandlingerne, og at der skal være opdateret data på området, så man følger det tæt. Alle initiativer er noget, vi sammen med Lægeforeningen og Danske Patienter har peget på i vores forslag til hjælpepakke mod overbelægning."

3. maj

- Møde i Udviklingspolitisk Forum, Danske Regioner, København

6. maj

- Det faglige selskab for sundhedsplejersker, overrækkelse af prisen for årets sundhedsplejerske, Kolding

7. maj

- Forhandlingsudvalgsmøde i Sundhedskartellet, Kvæsthuset, København

8. maj

- Formandskabs- og direktionmøde, Kvæsthuset, København
- Møde med Ældre Sagen, Kvæsthuset, København

15. maj-18. maj

- Council of National Representatives (CNR) møde, Melbourne, Australien

18. maj-23. maj

- International Council of Nurses (ICN) Kongres, Melbourne, Australien

27. maj

- FTF forretningsudvalgsmøde, FTF, København

28. maj

- DJØF forhandlerkonference, København

30. maj

- Bestyrelsesmøde i PKA A/S, PKA, Hellerup
- Møde i Pengefondens bestyrelse, PKA, Hellerup



Influenza ikke skyld i overbelægning

TEKST: SØREN OLUFSEN • FOTO: JONNA FUGLSANG KELDEN • ANALYSE: MORTEN BUE RATH

Denne sæsons influenzaepidemi adskiller sig ikke væsentlig fra andre år. Faktisk har antallet af patienter med influenza kun ligget over middelen enkelt uge denne vinter. De ansvarlige politikere har ellers brugt det som forklaring på den massive overbelægning på mange af landets hospitalsafdelinger.

Når toppen i Danske Regioner har forklaret, hvorfor der ligger ældre svækkede patienter på gangene på mange af landets akutte og medicinske afdelinger, har svaret mange gange lydt: Det skyldes en ualmindelig hård influenzasæson, som har peaket flere gange.

Men den forklaring møder nu modstand. En ny analyse fra Dansk Sygeplejeråd, der bygger på tal fra Statens Serum Institut, viser, at influenzaaktiviteten kun i en uge i denne vinter har været over middelen. Og kigger man på de seneste fem sæsoner, så har der kun en enkelt sæson været væsentligt lavere influenzaaktivitet end i år.

”Der har ikke været noget helt exceptionelt ved influenzaepidemien i år. Den kommer hvert år, og det må man regne med på sygehusene, ligesom isfabrikkerne kalkulerer med, at de sælger flest is om somme-

ren,” siger Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd, og fortsætter:

”At bruge influenzaen som hovedårsag til den massive overbelægning er en politisk bortforklaring. Og jeg synes, det vil være på sin plads, at de ansvarlige politikere tager det her problem meget alvorligt og får løst det for patienterne og medarbejdernes skyld.”

Brug hjælpepakken

Sygeplejerskerne formand opfordrer sundhedsvæsenet til at bruge den hjælpepakke mod overbelægning, som Danske Patienter, Lægeforeningen og Dansk Sygeplejeråd står bag.

”Vi bliver nødt til at indføre her-og-nu-stop for nedlæggelse af flere senge på de her afdelinger. Regionerne har alt for travlt, og de har overhalet eksperternes anbefalinger med otte år. Og så skal vi have skabt bedre mulighed for, at patienterne kan behandles hjemme frem for at blive indlagt. Det handler om at ansætte flere sygeplejersker i det nære sundhedsvæsen og øge samarbejdet mellem kommuner og regioner,” siger hun.

Formanden for Danske Regioner har flere gange påpeget, at overbelægningen på

mange afdelinger skyldes en særlig hård influenzasæson. Og han fastholder, at det har betydning, men han erkender, at det ikke skal have hele skylden:

”For at få pengene til at række er vi nødt til at flytte pengene fra indlæggelser, der ikke er nødvendige, over til at behandle flere,” siger Bent Hansen (S).

Ikke værre end tidligere

Ifølge Tyra Grove Krause, afdelingen for infektionsepidemiologi ved Statens Serum Institut, er denne vinters influenza ikke værre end tidligere, når man kigger flere år tilbage.

”Men den har ramt de ældre lidt hårdere end de seneste tre sæsoner, da sidste sæson var ekstremt mild, og der de to tidligere sæsoner primært cirkulerede influenza AH1N1, som de ældre havde immunitet overfor,” forklarer hun.

Seruminstituttet har ikke tal for antallet af influenzaindlagte. Men i de seneste fire sæsoner er antallet af indlagte med influenza på intensivafdelingerne blevet fulgt, og denne vinters p.t. 167 indlagte har ikke været meget værre end f.eks. for to år siden, oplyser Tyra Grove Krause.

DSR I MEDIERNE

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

Strejkekassen skal fyldes

Flere fagforeninger vil nu begynde at indkræve strejkekontingent igen. Dansk Sygeplejeråd vil også fylde strejkekassen. ”Fagbevægelsen er under angreb fra alle sider. Det virker, som om arbejdsgiverne går målrettet efter at tømme vore strejkekasser. Derfor er vi nødt til at nytænke vores konfliktberedskab. Jo mere vi tømmer vore konfliktkasser, jo mere skal vi have ind igen; og der er altså kun medlemmerne til at betale, derfor er vi nødt til at begrænse udbetalingerne og polstre konfliktfondene,” siger Dansk Sygeplejeråds formand, Grete Christensen, til Politiken.

Nej til gabestok

Står det til Lægeforeningen, skal patientklager ikke længere offentliggøres. Det krav bakker Dansk Sygeplejeråds næstformand, Dorte Steenberg, op om. ”Vi skal udvikle sundhedsvæse-

net, ikke afvikle det. Vi skal have fokus på et lærende sundhedsvæsen, ikke et straffende sundhedsvæsen. Vi skal gå efter bolden, ikke manden. Og derfor skal vi af med gabestokken i dens nuværende form,” siger hun til Ugeskrift for Læger.

Stopur skrottet i København

Sygeplejerskerne i Københavns Kommune skal ikke længere registrere deres tidsforbrug hos borgerne. Det vækker glæde hos Dansk Sygeplejeråd. ”Alle sygeplejersker er interesserede i at arbejde efter det, der reelt virker. Derfor skal vi have fokus tilbage på indsamling af viden i stedet for på registrering af handlinger og tid. Og vi bakker fuldstændig op om Københavns Kommunes beslutning og opfordrer til mere af samme skuffe,” siger Vibeke Westh, kredsformand i Dansk Sygeplejeråd i Kreds Hovedstaden, til Berlingske Nyhedsbureau.



FOTO: JONNA FUGLSANG KELDEN

Nødkald i et glas vand

Det vakte opsigt i midten af Herring, da en hospitalsseng troned på plads foran byens kongrescenter den 18. april. Her holdt Danske Regioner generalforsamling, og de delegerede blev mødt af aktionerende sygeplejersker. Fire "patienter" havde presset sig ned i hospitalssengen for at synliggøre overbelægningsproblematikken på danske hospitaler. Formand for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen (th.), benyttede anledningen til at overrække regionsrådsformand Bent Hansen (S) en ske og et glas med påskriften "nødkald". Bag smilene på billedet ligger dog den alvorlige dagsorden, at akutte og medicinske patienter fortsat bliver placeret på hospitalsgange, fordi der ikke er plads på sengestuerne. Det skyldes, at regionerne har lukket senge langt hurtigere, end eksperter har anbefalet og uden tilstrækkeligt med kvalificerede tilbud hos egen læge og i det kommunale sundhedsvæsen. Bag aktionen stod Dansk Sygeplejeråd, Kreds Midtjylland.

Spiriva® (tiotropium). Forkortet produktresumé. Indikationer: Tiotropium er en symptomlindrende bronkodilatator til vedligeholdelsesbehandling af kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). **Kontraindikationer:** Overfølsomhed overfor tiotropium, atropin eller dets derivater samt indholdsstoffet lactosemonohydrat (indeholder mælkeprotein). **Bivirkninger:** Almindelige (1-10%): Mundtørhed er set hos ca. 4% af patienterne. Ikke almindelige (0,1-1%): Svimmelhed, hovedpine, smagsforstyrrelser, sløret syn, atrieflimren, faryngitis, dysfoni, hoste, gastroesophageal reflux, constipation, oropharyngeal candidiasis, udslæt, dysuri, urinretention. Sjældne (mindre end 0,1%) bivirkninger samt bivirkninger med ukendt hyppighed, herunder angioødem, takykardi og paralytisk ileus, er anført i det fulde produktresumé. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** Bør ikke anvendes som initialbehandling ved akutte episoder af bronkospasmer, dvs. som akut behandling. I overensstemmelse med tiotropiums antitollinerge virkning skal tiotropium anvendes med forsigtighed til patienter med snævrinkellet glaukom, prostatahyperplasi eller blærehalsobstruktion. Inhalerede lægemidler kan forårsage inhalationsinduceret bronkospasme. Hos patienter med moderat til svær nedsat nyrefunktion (kreatinin-clearance ≤ 50 ml/min) bør tiotropium kun anvendes, hvis fordelene opvejer den potentielle risiko. Tiotropium må ikke anvendes oftere end én gang dagligt. **Interaktioner:** Der er ikke set bivirkninger ved anvendelse sammen med andre lægemidler inkl. sympatomimetiske bronkodilatorer, methylxantiner, orale og inhalerede steroider. Samtidig indgift af andre antitollinerge midler er ikke undersøgt og kan derfor ikke anbefales. **Graviditet og amning:** Bør ikke anvendes. **Dosering:** Inhalation af indholdet af 1 kapsel én gang dagligt med HandiHaler® på samme tidspunkt. **Farmakologiske egenskaber:** I et 4-årigt studie sås en forbedring af lungefunktionen (FEV1). Forbedringen forblev konstant i alle 4 år. I behandlingsperioden sås en reduktion på 16% i risikoen for død. Behandling med tiotropium reducerede risikoen for respirationssvigt med 19%. **Lægemiddelformer:** Inhalationspulver i kapsler. **Pakninger og priser (uge 17/2013):** Spiriva®, 30 kapsler med HandiHaler®: kr. 432,00; Spiriva®, 30 kapsler: kr. 415,00; Spiriva®, 90 kapsler: kr. 1215,00 (Priserne er inkl. recepturgebyr). Dagsaktuel pris findes på www.medicinpriser.dk. **Udlevering:** B. Tilskudsberettiget. **Registreringsindehaver:** Boehringer Ingelheim International GmbH. De med * markerede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af Sundhedsstyrelsen godkendte produktresumé af 19.06.2012. Produktresumet kan ved-

erlagsfrit rekvireres fra den danske repræsentant Boehringer Ingelheim Danmark A/S, Strødamvej 52, 2100 København Ø, tlf.: 39 15 88 88, Medicinsk Information eller via info.cop@boehringer-ingelheim.com

Spiriva® Resimat® (tiotropium) Forkortet produktresumé. Indikationer: Tiotropium er en symptomlindrende bronkodilatator til vedligeholdelsesbehandling af kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). **Kontraindikationer:** Overfølsomhed overfor tiotropium, atropin eller dets derivater eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Bivirkninger:** Almindelig (1-10%): Mundtørhed er set hos ca. 3,2% af patienterne - oftest mild og forbigående. Ikke almindelige (0,1-1%): Svimmelhed, hovedpine, atrieflimren, palpitationer, supraventrikulær takykardi, hoste, epitaixi, faryngitis, dysfoni, obstipation, oropharyngeal candidiasis, dyslagi, udslæt, pruritus, urinretention, dysuri. Sjældne (mindre end 0,1%) bivirkninger samt bivirkninger med ukendt hyppighed (frekvensen kendes ikke, men bivirkningen er ikke set hos 2.802 patienter), herunder glaukom, obstruktion af tarmene inkl. paralytisk ileus samt overfølsomhedsreaktioner (inkl. akutte reaktioner), er anført i det fulde produktresumé. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** Bør ikke anvendes som initialbehandling ved akutte episoder af bronkospasmer, dvs. som akut behandling. I overensstemmelse med tiotropiums antitollinerge virkning skal tiotropium anvendes med forsigtighed til patienter med snævrinkellet glaukom, prostatahyperplasi eller blærehalsobstruktion. Inhalerede lægemidler kan forårsage inhalationsinduceret bronkospasme. Hos patienter med moderat til svær nedsat nyrefunktion (kreatinin-clearance ≤ 50 ml/min) bør tiotropium kun anvendes, hvis fordelene opvejer den potentielle risiko. Spiriva Resimat skal benyttes med forsigtighed hos patienter med kendt hjerterytmeforstyrrelse. Tiotropium (to pust på én gang) må ikke anvendes hyppigere end én gang dagligt. **Interaktioner:** Der er ikke set bivirkninger ved anvendelse sammen med andre lægemidler inkl. sympatomimetiske bronkodilatorer, methylxantiner, orale og inhalerede steroider. Samtidig indgift af andre antitollinerge midler er ikke undersøgt og kan derfor ikke anbefales. **Graviditet og amning:** Bør ikke anvendes. **Dosering:** To pust inhaleres én gang om dagen på samme tidspunkt. **Farmakologiske egenskaber:** Behandling med Spiriva Resimat resulterer i en signifikant forbedring af lungefunktion, dyspnø, livskvalitet, nedsat forbrug af p.n. medicin samt reduktion af KOLEksacerbationer og hospitalisindlæggelser i forhold til placebo, hvor anden specifikationer og hospitalisindlæggelser i forhold til

delformer: Inhalationsvæske, opløsning i patron. **Pakninger og priser (uge 17/2013):** Spiriva Resimat inhalationsvæske 2,5 mikrogram, 1 patron med 60 pust: kr. 469,00. (Priserne er inkl. recepturgebyr). Dagsaktuel pris findes på www.medicinpriser.dk. **Udlevering:** B. Tilskudsberettiget. **Registreringsindehaver:** Boehringer Ingelheim International GmbH. De med * markerede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af Sundhedsstyrelsen godkendte produktresumé af 19.06.2012. Produktresumet kan ved-

Referencer: 1. Statens Serum Institut. Dataleverancer og Lægemiddelstatistik. Medstat.dk. Opdateret 22.07.2012. De 263.316 (som er det eksakte tal rundet ned til 260.000) patienter er baseret på det samlede antal solgte pakninger de sidste 10 år, samt at hver patient har brugt 12 pakninger om året. 2. Sundhedsstyrelsen godkendte produktresumé af 19. juni 2012 for Spiriva® inhalationspulver i kapsler. "Farmakologiske egenskaber: I et 4-årigt studie sås en forbedring af lungefunktionen (FEV1). Forbedringen forblev konstant i alle 4 år. I behandlingsperioden sås en reduktion på 16% i risikoen for død." 3. Casaburi R et al. A long-term evaluation of once-daily inhaled tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J 2002;19:217-224. 4. O'Donnell DE et al. Effects of tiotropium on lung hyperinflation, dyspnoea and exercise tolerance in COPD. Eur Respir J 2004;23:832-840. 5. Tashkin DP et al; for the UPLIFT® Study Investigators. A 4-year trial of tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med 2008;359:1543-54. 6. Vogelmeier C et al; for the POET/COPD Investigators. Tiotropium versus salmeterol for the prevention of exacerbations of COPD. N Engl J Med 2011;364:1093-1103. 7. Troosters T et al; for the UPLIFT® Study Investigators. Tiotropium as a first maintenance drug in COPD: secondary analysis of the UPLIFT® trial. Eur Respir J 2010;36:65-73. 8. Tonnel AB et al; for the TIPHON study group. Effect of tiotropium on health-related quality of life as a primary efficacy endpoint in COPD. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 2008;3:301-310. 9. Casaburi R et al. Improvement in Exercise Tolerance With the Combination of Tiotropium and Pulmonary Rehabilitation in Patients With COPD. Chest 2005;127:809-817. 10. Maltais F et al. Improvements in Symptom-Limited Exercise Performance Over 8 h With Once-Daily Tiotropium in Patients With COPD. Chest 2005;128:1168-1178.

Produktinformation for annonce side 47

Fyres uden god grund

Sidste år var Dansk Sygeplejeråds jurister involveret i 39 sager, hvor medlemmer var blevet uberettiget afskediget. Juridisk Videncenter hentede på sit første leveår 7,8 mio. kr. hjem i afskedigelsessager.

En af dem, der blev uretmæssigt opsagt, var Lise. Hun blev afskediget i foråret 2012. Hendes arbejdsplads havde fået ny leder, og efter få uger blev Lise via e-mail kaldt til en tjenstlig samtale. Her tog hun en juridisk konsulent fra Dansk Sygeplejeråd med.

"Jeg havde været der i to årtier, og den juridiske konsulent fortalte, at jeg var vellidt på arbejdspladsen. Alligevel blev jeg afskediget med begrundelsen, at jeg ikke kunne med mine kollegaer og kun fik dårlige evalueringer," fortæller hun.

Det harmonerede ikke med sandheden. Det lykkedes nemlig at dokumentere, at Lise primært havde modtaget positive evalueringer, og at lederen havde gemt disse væk. Det lykkedes derfor Dansk Sygeplejeråds juridiske konsulent at få lederen til at indrømme, at afskedigelsen var uretmæssig.

Udover sit opsigelsesvarsel på seks måneder fik Lise 10 ½ måneds løn i godtgørelse og blev fritstillet i opsigelsesperioden.

(anr)

Lise er et opdigtet navn. Hendes rigtige navn er redaktionen bekendt.

SPECIALUDDANNELSEN TIL SUNDHEDSPLEJERSKE

Specialuddannelsen til sundhedsplejerske foregår ved VIA University College, Aarhus og Professionshøjskolen Metropol, København. Uddannelsen varer 1½ år med uddannelsesstart 1. januar 2014 og afslutning 30. juni 2015

Læs mere om uddannelsen på viauc.dk/videreuddannelse og phmetropol.dk

Ansøgningsfrist mandag den 2. september 2013 kl. 12.00

Informationsmøder

Aarhus: 4. juni 2013 kl. 15.00-17.00
VIA University College, Hedeager 2, 8200 Aarhus N.

København: 4. juni 2013 kl. 15.00-17.00
Professionshøjskolen Metropol, Tagensvej 18, 2200 Kbh. N.

Yderligere oplysninger

VIA University College, Aarhus:
Uddannelsesansvarlig Jette Schilling Larsen, jsl@viauc.dk
eller studieseekretær Christina Aggerholm, ca@viauc.dk.

Professionshøjskolen Metropol, København:
Uddannelsesansvarlig Tina Berg Johnson tijo@phmetropol.dk
eller studieseekretær Kirsten Jakobsen kija@phmetropol.dk.

PROFESSIONSHØJSKOLEN

METROPOL

VIA
UNIVERSITY COLLEGE

Hospice kræver særligt kompetent personale

Det er positivt, at stadig flere døende vælger hospice, mener Dansk Sygeplejeråds formand, Grete Christensen. Hun påpeger, at det kræver et stærkt hold af sundhedsfaglige medarbejdere.

TEKST: SØREN OLUFSEN

Patienter, pårørende og sygeplejersker var i april samlet til årsmøde i Hospice Forum Danmark, som er en organisation for lokale hospicestøtteforeninger. Her holdt Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen et indlæg med fokus på en analyse fra Dansk Sygeplejeråd, der viser, at antallet af sengedage på hospice er steget markant de seneste år.

"Flere og flere døende vælger at komme på hospice. Det gør de for at få den særlige støtte og pleje, der er behov for i den sidste tid. En indsats, som de netop kan få fra et stærkt og kompetent hold af de sundhedsfaglige medarbejdere, som er til stede på et hospice," sagde Grete Christensen, som flere gange har været på besøg på et hospice:

"De steder, jeg har set, har haft en helt speciel atmosfære af ro, nærvær og sygepleje i den rene form. Medarbejdernes fokus er 100 pct. på den døende og de pårørende, og der er en stolthed og intensitet omkring arbejdet, som er meget prisværdig. Det kræver et særligt og kompetent personale. Det skal vi værne om." Formanden understregede samtidig, at der stadig er en del døende, som ikke får den optimale behandling. Hun opfordrede til et øget samarbejde.

"Mange danskere vil helst dø hjemme. Men noget går galt, når mange patienter alligevel tilbringer de sidste dage og timer på en sengestue. Der bør sættes fokus på, at disse borgere i stedet kan dø i ro og fred i eget hjem," sagde Grete Christensen og fortsatte:

"Kommunerne har en vigtig opgave i at støtte borgere og pårørende, så de kan blive i hjemmet. Det kan ske ved at ruste hjemmesygeplejen gennem mulighed for sparring med et palliationsteam eller et hospiceteam. Jeg ved, at flere hospicer har en udefunktion, hvor de netop fungerer som konsulenter for hjemmeplejen. Det bør være muligt alle steder i landet."

” Det er utvivlsomt rigtigt, at sygeplejerskerne oplever et spænd mellem, hvad de opfatter som det ideelle patientforløb og så virkeligheden. Problemet er bare, at der ikke er penge til de meget idealiserede forløb, som sygeplejerskerne er blevet undervist i.

Kjeld Møller Pedersen, professor i sundhedsøkonomi, Syddansk Universitet, til Ugebrevet A4.

Seniorerne tager på højskole

Seniorsygeplejerskerne afholder højskoleuge/landsmøde og generalforsamling fra den 4.-10. august 2013 på Odder Højskole, Rørthvej 34 A, 8300 Odder.

Boblende livsglæde er overskriften på alt det, Odder Højskole laver. Her fyldes man med ny energi. Odder Højskole har en lang tradition for at lave disse højskolekurser, og de sørger altid for, at der er nyt både at se og høre. Se det fulde program for højskoleugen på Seniorsammenslutningens hjemmeside: www.dsr.dk/seniorer

Tilmelding skal ske direkte til Odder Højskole på telefon 8654 0744.

Sygeplejefaglig dag

I forbindelse med højskoleopholdet på Odder Højskole inviterer Seniorsammenslutningen til sygeplejefaglig dag onsdag den 7. august kl. 10.00-18.00.

Programmet for dagen er:

kl. 10.00-12.00 "Et langt liv med samarbejde med sygeplejersker" ved læge Ole Helvig.

kl. 13.30-16.00 Seniorsammenslutningens generalforsamling.

kl. 16.00-18.00 "Humor og sjælesorg" ved provst Anders Bonde Lyngå.

For de sygeplejersker, der kun deltager i den sygeplejefaglige dag den 7. august, koster det 100 kr. for hele dagen inkl. alle måltider og aftenunderholdning. Ved deltagelse fra kl. 10-18 koster det 60 kr. inkl. frokost og kaffe.

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



**SENIOR
SAMMENS LUTNINGEN**
Dansk Sygeplejeråd



Det bedste af Israel

Fra Jerusalems helligdomme til Det Døde Hav, klippefæstningen Masada og livsnyderi i Tel Aviv – med dansk rejseleder, 8 dage.

Rejsen er en kavalkade af bibelhistorie, korsridderbyer og storslåede ørkenlandskaber. I Jerusalem besøger vi Grædemuren, i Det Døde Hav mærker vi vægtløsheden, og i Tel Aviv tager vi pulsen på det moderne Israel. Som noget helt særligt besøger vi Hadassah-hospitalet med de berømte og farvestrålende Chagall-vinduer, og vi stifter desuden bekendtskab med homøopatisk behandling, som er meget udbredt i Israel, og som bl.a. bygger på princippet om, at lige skal behandles med lige.

Dagsprogram

- Dag 1 Til Tel Aviv og videre til Jerusalem.
- Dag 2 Jerusalems gamle bydel: Grædemuren, Tempelbjerget, Via Dolorosa samt Knesset.
- Dag 3 Fødselskirken i Betlehem og Jerusalems nye bydel m. holocaust-mindesmærket Yad Vashem samt hospitalsbesøg.
- Dag 4 Grotterne i Qumran, klippefæstningen Masada, svømmetur i Det Døde Hav.

Dag 5 Romerske ruiner i Cæsarea, Bebudelseskirken i Nazaret, "mirakel-rundtur" ved Genesaret Sø.

Dag 6 Kibbutz, korsridderbyen Akko, Bahai-haven i Haifa.

Dag 7 Livsnyderi i Tel Aviv.

Dag 8 København.

Rejседato: 17.-24. november 2013

Pris kr. 11.990,-

Single tillæg kr. 1.990,-

Prisen inkluderer

- Dansk rejseleder
- Fly København – Tel Aviv t/r m. SAS
- Udflugter jf. program
- Indkvartering på mellemklassehoteller i delt dobbeltværelse
- Halvpension
- Skatter og afgifter

Bestilling og information

Tlf.: 3698 9898

Mail: grupper@albatros-travel.dk

www.albatros-travel.dk/

sygeplejersken

Rejsekode LR-SYG



Over morgenbrød og kaffe byder sygeplejerske Gitte Størup (i midten) og afsnitssygeplejerske Christina Østergaard formand Grete Christensen velkommen til Sygehus Vendsyssel i Hjørring og den Gynækologisk Obstetriske Afdeling.



Fødestuerne står altid klar til at modtage et nyt barn. Et akut kejsersnit skal klares på under 15 minutter.

Landsdækkende miljø for scannings

TEKST: SIGURD NISSEN-PETERSEN • FOTO: SIMON KLEIN-KNUDSEN

I Hjørring er det tværfaglige samarbejde højt prioriteret. Også på den gynækologisk-obstetriske afdeling på Sygehus Vendsyssel, hvor flere faggrupper er sammen om at give tilbud til gravide og fødende. Dansk Sygeplejeråds formand, Grete Christensen, var på besøg på Sygehus Vendsyssel i Hjørring.

På sygehuset i Hjørring går en ildsjæl rundt i hvide farver. Hun hedder Gitte Størup, og hun er sygeplejerske med en faglig sag. Hun har sammen med sine kolleger inviteret Dansk Sygeplejeråds formand, Grete Christensen, i klinik for at fortælle om deres arbejde og vise sin afdeling frem.

En solbeskinnede torsdag i marts byder Gitte Størup velkommen i Sygehus Vendsyssels spritnye indgangsbygning, der forbinder de nye og gamle dele af sygehuset. Sygehuset i Hjørring dækker den del af Nordjylland, der grænser op mod Nordsøen og Skagerrak - ud til begge kyster. I regionen er der, udover sygehuset i Hjørring,

kun universitetshospitalet i Aalborg, der er på samme niveau og højere, så oplandet er stort og opgaverne mange.

Gennem mere end 20 år har Gitte Størup haft sin gang på Gynækologisk Obstetriske Afdeling eller "gyn-obs", som de selv kalder afdelingen. Når hun kigger tilbage, kan hun i glimt undre sig over, at det er blevet til så mange år på det samme sted. Men det bliver hurtigt skubbet bort, for hun har aldrig kedet sig, og udfordringerne har hele tiden skiftet karakter.

Tværfagligt miljø

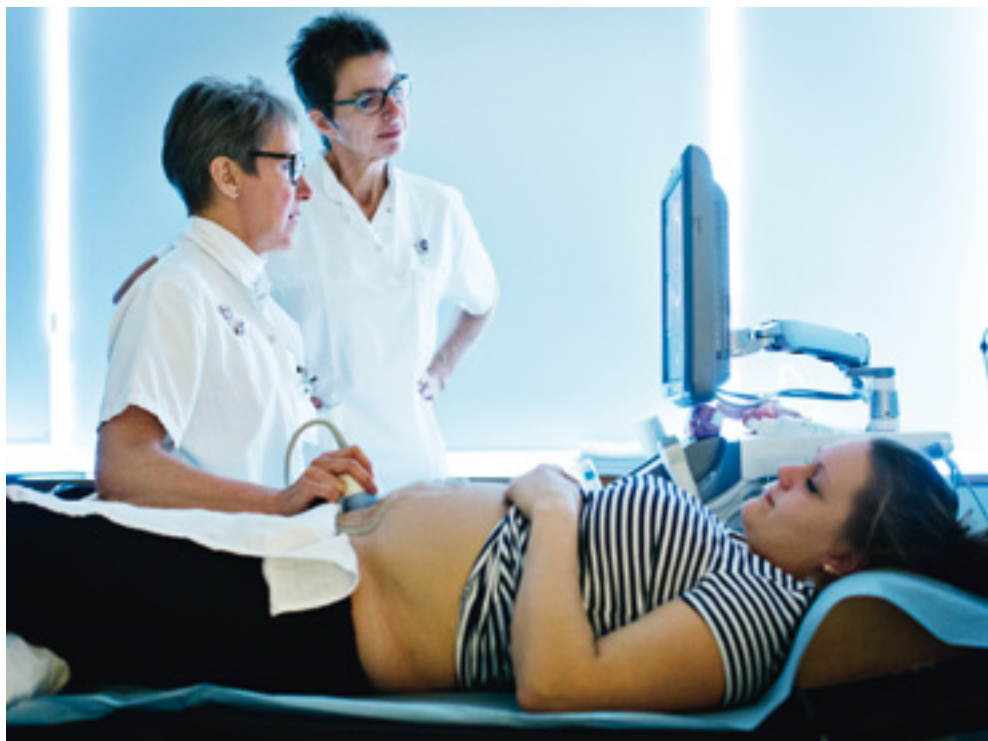
Gitte Størups brændstof alle årene synes at være et for sygeplejersker ganske velkendt brændende engagement for faget. Udover at være erfaren scanningsygeplejerske eller "sonograf" er Gitte Størup stifter af en "SiG-gruppe" (særlig interesse-gruppe, red.), som er en underafdeling af Dansk Sygeplejeråds faglige selskab for Gynækologiske og Obstetriske Sygeplejersker.

Arbejdet i gruppen har været en naturlig

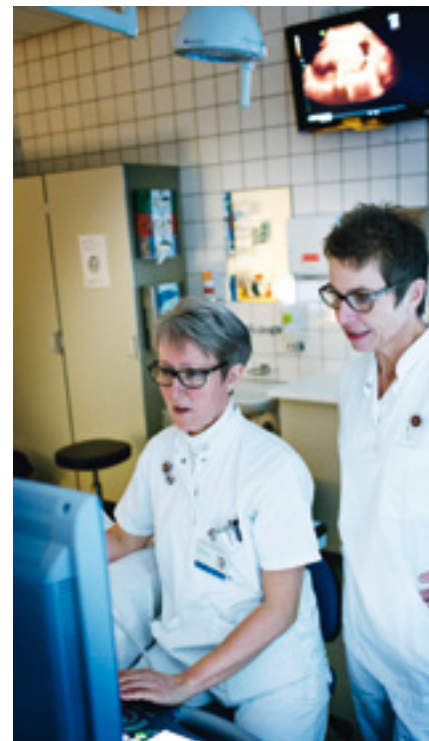
forlængelse af en af hendes store ambitioner, nemlig at skabe et landsdækkende fagligt miljø på tværs af faggrupper med fokus på prænatal diagnostik, herunder ultralydsundersøgelse af det ufødte barn. Derfor er der i dag et fortrinligt netværks-samarbejde i Dansk Føtalmedicinsk Selskab mellem forskellige faggrupper som f. eks. læger, sygeplejersker og jordemødre på tværs af regioner og landsdele. Det har Gitte Størup været med til at etablere.

"I SiG-gruppen har vi siden 2005 været på besøg på mange ultralydsafdelinger i landet: Aalborg, Skejby, Esbjerg, Horsens, Sønderborg, Odense, Hvidovre og Rigshospitalet. Det har været utrolig givende og inspirerende, når vi kommer rundt og ser, hvordan de forskellige kolleger vælger at løse opgaverne," siger Gitte Størup og tilføjer:

"Her på afdelingen har vi et rigtig godt samarbejde mellem de forskellige faggrupper. For mit vedkommende som scanningsygeplejerske arbejder jeg tæt sammen



Gitte Størup er scanningssygeplejerske med mere end 10 års erfaring i at scanne gravide. Her er det Pernille, der er til sin 2. scanning. Alt ser fint ud i løbet af de 40 minutter, scanningen varer.



Gitte Størup er initiativtager til et landsdækkende netværk af fagpersoner, der arbejder med scanninger.

sygeplejersker

med andre sygeplejersker, men også med læger og jordemødre.”

Tavler giver overblik

Inde på Christina Østergaards kontor bydes der på morgenbrød, kaffe og kringle. Christina Østergaard er afsnitssygeplejerske på afdelingen. Med ved morgenbordet er afdelingens tillidsrepræsentant, Anne Nørgaard. På afdelingen arbejder 32, heraf er syv social- og sundhedsassistenter. Afdelingen er primært aktiv i dagtimerne, hvor de planlagte besøg kommer ind hele dagen til ventelokalet og ud på undersøgelsesstuerne. Afdelingen har herudover vagtarbejde på fødestue, akutstue og operationsstue og altid med sygeplejersker i døgnvagt, f.eks. til det akutte kejsersnit.

Christina Østergaard fortæller, at de fleste af sygeplejerskerne på afdelingen har høj anciennitet. De bliver længe, og det er jo et godt tegn. Faktisk er hun den sidste tilkomne, når hun tænker sig om. Ude foran hendes kontor hænger en lille hvid tavle.

På tavlen har hun skrevet sit program for ugen. ”Så kan kollegerne se, hvor jeg er henne.”

På den anden side af gangen hænger en sort tavle inddelt med felter. Den viser, hvem der er på arbejde, og hvilke stuer man har ansvaret for. Det kan virke gammeldags, men det virker stadig i en travl hverdag, hvor meget kan dreje sig om at skabe sig et hurtigt overblik.

Klar til akutte kejsersnit

På turen rundt på afdelingen stopper man på en af de fire fødestuer. Gitte Størup peger på en rød knap på væggen ved indgangen til fødestuen. ”Rødt sectio” står der, og når man trykker på den knap, betyder det, at barnet skal ud ved et akut kejsersnit under 15 minutter.

Turen går videre forbi den nyrenoverede ”sectio-stue”. Den er naturligvis tom, da vi er der, men den er altid klar. Onsdag bliver den brugt til de planlagte kejsersnit, resten af ugen venter den på de akutte indgreb.

Som noget af det sidste kommer Grete Christensen med til en scanning af en gravid. Hun hedder Pernille og er til sin anden scanning – også kaldet en misdannelsescanning. Alt ser fint ud i løbet af de 40 minutter, scanningen varer. Gitte Størup er grundig, og de fastsatte 40 minutter bliver brugt alle sammen.

Tidligere under besøget har Grete Christensen spurgt ind til, hvorfor den anden scanning egentlig kaldes en misdannelsescanning, og om det i virkeligheden kommer til at fremkalde unødigt bekymring med sådan et navn?

Spørgsmålet sætter tanker i gang. Snakken bølger lystigt derefter. Den faglige diskussion fortsætter under resten af besøget.

Gitte Størup siger farvel. Hun nævner på vejen tilbage til udgangen af hospitalet, at hun lige har været på Haiti i en uge. For at lære haitianere op i at scanne gravide. En fantastisk oplevelse, siger hun. Mon det bliver den sidste?

Af Jette Bagh, fagredaktør



Mere mad og sex i sygeplejen

Måske en sær titel på en klumme i et fagblad. Men blandt sygeplejersker er hverken mad eller sex i høj kurs, i hvert fald ikke når det gælder sygeplejen til mennesker med behov for et opmærksomt blik på ernæringstilstanden eller på de følger, svær sygdom har på sexlivet.

Begge emner er da ellers hyggelige nok og ofte forbundet i det private liv. Men en undersøgelse beskrevet i artiklen på side 64 i dette nummer af *Sygeplejersken* viser, at ernæring ikke er moderne blandt de 56 adspurgte læger, sygeplejersker og andet plejepersonale. På den infektionsmedicinske afdeling, hvor undersøgelsen er udført, har man gjort noget så sjældent som at angribe sagen kreativt og med humor. En række skæve og motiverende initiativer har set dagens lys, og konklusionen er, at mad, kost, ernæring, eller hvad man nu foretrækker at kalde det, skal have opmærksomhed hver dag, året rundt, ikke blot ved festlige lejligheder.

Mht. sex hos borgere og patienter, som døjer med sygdom eller eftervirkninger af sygdom, trives det dobbelte tabu i bedste velgående. Det betyder, at borgeren ikke mener, at han kan eller bør tale om sex med sygeplejersken, og at sygeplejersken nødvendigvis vil krænke borgeren og derfor heller ikke bringer emnet på banen. En fastlåst situation, som uden et vågent øje på problematikken kan gøre et parforhold endnu mere belastet, end det måtte være i forvejen, når sygdom har hærget og plaget en ægtemand eller -kone.

Hvorfor ikke tage Maslows behovspyramide for pålydende frem for at marinere sygeplejen i plusord om sanselig forståelse og autentiske møder med patienten. Det gode autentiske møde kan netop handle om emner som de nævnte.

Der har altid været sygepleje med høj prestige og sygepleje med lav prestige. Prøv selv at udarbejde en rangliste, det vil ikke være den store udfordring. Men mad og sex er så væsentlige områder for borgere og patienter, at der ikke er en undskyldning for det manglende engagement i hverken det ene eller det andet felt. Men det er områder, man kan springe over, uden at sygeplejerskens faglighed bliver klandret. For hvem har mødt en borger, som har sagt: ”Hun talte ikke med mig om, at jeg var underernæret ... ” eller ”hun indbød aldrig til en snak om vores intime liv efter min kones hjertesygdom.”

Det er med andre ord ufarligt at lade være med at adressere

det, der fylder i hverdagslivet, og kan medvirke til øget sygelighed eller det modsatte. Både i *Sygeplejersken* og i litteraturen er der dog hjælp at få, hvis der opstår interesse for at hjælpe patienter og borgere på disse områder.

Den nyudnævnte professor i sexologi, læge Christian Graugaard, redigerede allerede i 2006 sammen med to andre antologien ”Krop, sygdom & seksualitet”, hvor der er noget at hente indenfor de fleste sygdomme og tilstande, f.eks. tarmsygdom og seksualitet og langesygdom og seksualitet. I 2002 skrev Joan Lindholm to artikler om kræft og seksualitet i *Sygeplejersken*, hvor hun bl.a. introducerede PLISSIT-modellen, der står for tilladelse, begrænset information, specifikke forslag, intensiv terapi (Permission, Limited Information, Specific Suggestions og Intensive Therapy). Modellen kan ses som en tilgang til rådgivning af patienten om seksualitet.

På forsiden af *Sygeplejersken* hed det dengang for næsten 13 år

” Hvorfor ikke tage Maslows behovspyramide for pålydende frem for at marinere sygeplejen i plusord om sanselig forståelse og autentiske møder med patienten. Det gode autentiske møde kan netop handle om emner som de nævnte.

siden: ”Kræftpatienters seksualitet usynlig i plejen”. Du og dine kolleger bestemmer, om vi skal skrive sådan i fremtiden.

Mere mad og sex, tak.

Læs anmeldelse af bogen ”Sex efter 50” side 48.

”5 faglige minutter” er en personlig tekst, som gør rede for sit indhold ved hjælp af fortællinger, skrøner, citater m.m. En klummeskriver skal ikke følge almindelige journalistiske krav om saglig, objektiv gengivelse af kendsgerninger.

START SPIRIVA (TIOTROPIUM)*

Dokumenteret 1. linje vedligeholdelsesbehandling. Til KOL i alle stadier.

260.000
danske patientår
med Spiriva

LIVET SKAL LEVES

SPIRIVA® TIOTROPIUM

- Et antikolinergikum med mortalitetsdata.

16%

RISIKOREDUKTION
FOR DØD²
p < 0,05



- Vedvarende reduktion af åndenød^{3,4,#}
- Signifikant risikoreduktion af KOL-eksacerbationer^{5,6,#,+}
- Signifikant forbedring af KOL-patienternes livskvalitet^{5,7,8,#,+}
- Signifikant forbedring af fysisk udholdenhed^{4,9,10,#}

De præsenterede data refererer til behandling med SPIRIVA 18 µg én gang dagligt via HandiHaler®.

+ SPIRIVA® ændrede ikke faldhastigheden på lungefunktionen. Sekundær endepunkt i UPLIFT viser, at behandlingen medfører en større forbedring i lungefunktionen vs placebo.

Produktinformation findes på side 41

* Indikation: Tiotropium er en symptomlindrende bronkodilatator til vedligeholdelsesbehandling af kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL).



SPIRIVA®
TIOTROPIUM

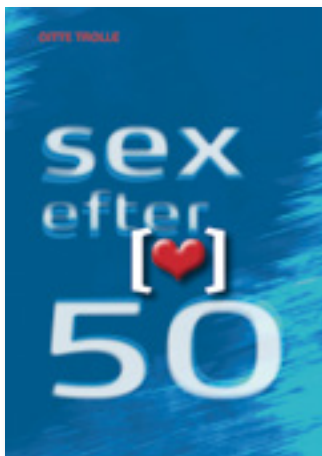
Materialet er forhåndsgodkendt af ENLI
www.TouchToConnect.dk

 Boehringer
Ingelheim

Ømhed, langsom sanselighed og kærtegn har høj værdi hos ældre

Bogen beskriver det modne menneskes sexliv og den forandring i seksualiteten, der kommer med alderen, og den giver gode råd om, hvordan man bevarer et godt og aktivt sexliv, selv om man er oppe i årene. Den svenskfødte gynækolog Ditte Trolle fra Universitetshospitalet i Aarhus kommer godt rundt om emnet på en letlæst, underholdende og oplysende måde. Der er historisk tilbageblik på især kvinders lyst eller mangel på samme. Der er tankevækkende interview med såvel danske som udenlandske ældre om deres aktuelle sexliv og beskrivelse af den tabuisering, som ældres sexliv stadig er omgærdet af mange steder i verden – trods seksuel revolution for mange år siden. Forfatteren kommer med gode eksempler på, hvordan kultur, tro og moral påvirker sexlysten. Hvem vidste f.eks., at japanske kvinder er nogle af dem, der nyder sexlivet mindst, mens svenske og danske ældre nyder det mest?

Ditte Trolle gennemgår forskellige hormoner og signalstoffer, der påvirker sexlysten, og beskriver endvidere en række sygdomme og deres indvirkning på sexlivet. Hun prøver også at indkredse, hvad der er i spil, når samfundet lukker øjnene for ældre



Ditte Trolle

Sex efter 50 - Kærlighed, krop og kultur i en moden alder

Forlaget Elven 2012

148 sider - 169,95 kr. / 195 kr.

Forhandles både som e-bog og alm. bog på alle web-sider, der sælger danske bøger.

ISBN 978-87-995480-0-3

menneskers seksuelle behov. Her er der en lille opsang til læger om, at de må smide noget af blufærdigheden og tale med deres ældre patienter om sexlivet såvel som aldersskavankernes og medicins påvirkning af selvsamme. Det er specielt her, at bogen fagligt er interessant for sygeplejersker. Inddrager vi denne del af livet

hos modne og ældre patienter i tilstrækkelig grad? Ditte Trolle har et befriende naturligt og samtidig nuanceret syn på seksualitet. Ømhed, langsom sanselighed og kærtegn kan have højere værdi end penetration for ældre i deres sexliv.

Af Vibeke Hejgaard, sundhedsplejerske og sygeplejevejleder, Obstetrisk Klinik Rigshospitalet.

En rodet omgang ny, samlet viden om senfølger

Rehabilitering og kræft blev for første gang nævnt i Kræftplan I, der udkom i 2000. Siden er der kommet yderligere to kræftplaner, og endelig udkommer den første bog på dansk, som præsenterer viden om kræft, rehabilitering og senfølger. Bogen er redigeret af nyudnævnt professor i senfølger hos kræftpatienter, Christoffer Johansen. Som advarsel skriver han i forordet:

”Det er ikke en homogen, letlæselig, lige ud ad landevejen-bog. Den er kattet, har ikke samme start på kapitler, indeholder ikke sammenlignelige informationer og har slet ikke en lærebogs velpolerede og afstemte forløb. Det er med vilje, den ser sådan ud.”

Årsagen er, at viden på området kræft, senfølger og rehabilitering er

forskellig. Jeg må tilslutte mig forordet, det er en rodet omgang, men del II af bogen om senfølger er absolut værd at læse, uanset om man er ny eller erfaren indenfor rehabilitering og håndtering af senfølger hos kræftpatienter.

Bogen udgøres af tre dele. Første del beskriver kræftsygdomme og behandling. Her burde redaktøren, uanset forordets helgardering, have strammet op

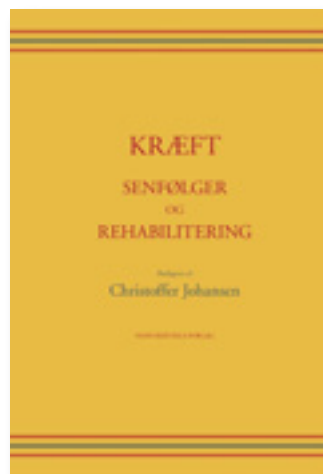
Christoffer Johansen

Kræft - senfølger og rehabilitering

Hans Reitzels Forlag 2013

558 sider - 450 kr.

ISBN 9788741255958



En god facilitator, hvad er det?

Som sygeplejerske har jeg gennem de senere år oplevet et samfund og sundhedsvæsen i forandring. Der stilles store krav om fleksibilitet, effektivitet, om besparelser samt omstrukturering. Mange nye tiltag søsættes bl.a. i forhold til kliniske retningslinjer, standarder i henhold til DDKM og krav om dokumentation.

Altsammen med stigende intensitet, når audit og akkreditering truer forude for efterfølgende at gå i glemmebogen igen.

Hvad kan vi gøre for at fastholde og udvikle de tiltag, der iværksættes, for at engagere medarbejdere og arbejde på én gang effektivt og resultatorienteret og samtidig bevare motivation og engagement?

De spørgsmål er jeg optaget af at blive klogere på.

I bogen "Velfungerende grupper og team" oplever jeg, at der gives en god indsigt i, hvad der skal til for at få et team til at arbejde og fungere på bedste vis, implementere nye tiltag samt takle de mange udfordringer, som vi møder i vores kliniske praksis. Det handler et langt stykke af vejen om at skabe ejerskab, medarbejderinddragelse og om at være en god facilitator.

Bogen henvender sig i høj grad til personer med ledelsesansvar, men er også brugbar for projektledere, proceskonsulenter og HR-ansvarlige. Der gives, udover en grundig gennemgang af, hvad rol-



Lars Borgmann & Michael Stig Ørbech

Velfungerende grupper og team - grundbog om facilitering i organisation og ledelse

Hans Reitzels Forlag 2013

336 sider - 325 kr.

ISBN: 9788741255767

len som facilitator består i, også en række meget konkrete, jordnære og brugbare værktøjer om alt, fra hvordan man afholder et konstruktivt og engageret personalemøde til planlægning og afholdelse af temadage, håndtering af modstand ved forandringsprocesser og konflikthåndtering.

Det er tydeligt, at bogens to forfattere har et solidt kendskab til organisationsudvikling, procesarbejde og teamfacilitering ikke bare på det teoretiske plan, men også i praksis, og de formår at formidle det på en letforståelig og meget motiverende facon.

*Af Sygeplejerske Sara Bodekær Clausen,
Klinik for Liaisonpsykiatri,
Afdeling for Specialfunktioner,
Psykiatrien i Region Sjælland.*

både på anvendelse af referencer og krav til, at forfatteren berører rehabilitering og senfølger, hvilket ikke er tilfældet i kapitlet om f.eks. prostatakræft. Andre kapitler f.eks. om bryst-, hoved-hals- og blodkræft giver et opdateret overblik over behandling, senfølger og rehabilitering, så man forstår, at funktionsevne, fysiske, psykosociale og eksistentielle begrænsninger og senfølger afhænger af, hvilken kræftsygdom og behandling den enkelte har modtaget.

Har man basal indsigt i kræftsygdom og behandling, så gå direkte til bogens anden del, som er den mest interessante og bibringer ny, samlet viden om senfølger, f.eks. om unge og kræft, intimitet og smerter. De fleste forfattere formår her at beskrive og kombinere viden og

samtidig koble denne til de problemstillinger, som kræftpatienter oplever, og give forslag til løsninger, som både professionelle, patienter og pårørende kan gøre brug af. Det kan dog undre, at emnet træthed (fatigue), ikke har et selvstændigt kapitel, og at der ikke er flere sygeplejersker som forfattere, idet flere har udarbejdet ph.d.-projekter om de senfølger, som kræft medfører for hverdagslivet.

Bogens sidste del omfatter øjebliksbilleder med rehabilitering af kræftpatienter fra hhv. praksissektor, rehabiliteringscenter Dallund samt to kommuner. Som ansat i hospitalsregi undrer det mig, at rehabilitering her ikke er med, når forløbsprogram for rehabilitering og palliation begynder

ved diagnosetidspunktet ved bl.a. behovsvurdering, hvilket flere specialer aktuelt arbejder med.

Bogen henvender sig til professionelle, men det angives, at den også kan læses af patienter og pårørende. Dette gælder dog ikke alle kapitler, f.eks. kapitlet om stråletarm, som diskuterer den manglende viden og mulige årsagsammenhænge helt ned på celle- og enzymniveau. Målgruppen taget i betragtning ville det være hensigtsmæssigt, at emnet medinddragelse og patienternes eget perspektiv på senfølger og rehabilitering indgik i bogen.

*Af Lise Bjerrum Thisted,
Kræftrehabiliteringssygeplejerske,
MKS, Rigshospitalet.*

Find guldgrube her, hvis du arbejder med udsatte børn

Edith Montgomery har i mange år beskæftiget sig med traumatiserede børn og unge med flygtningebaggrund. Sammen med cand.psych. Sidsel Linnet har hun samlet resultaterne af sin mangeårige forskning i en lille kompakt bog.

”Hensigten med denne bog er at omsætte forskningsresultater til praktisk brug til gavn for de mennesker, forskningen handler om,” skriver forfatterne i forordet. Traumatiske oplevelser af krig, vold og forfølgelse påvirker børn, men ikke nødvendigvis på en entydig måde. Undersøgelserne, som bogens anbefalinger er baseret på, udfordrer den traume-diskurs, som anskuer en implicit sammenhæng mellem en traumatisk oplevelse og en efterfølgende psykisk reaktion.

De oplevelser, som børn og unge har før og under flugt, kan give alvorlige psykiske problemer, men også de sociale og menneskelige forhold, som familierne lever under efter ankomsten til Danmark, har betydning for børnenes trivsel og udvikling. Børnene lever ofte ikke kun med de oplevelser, de selv har med i bagagen, men også med familiens. Mange har forældre, som har været udsat for tortur, og som har fysiske og psykiske men, der præger familiens og børnenes dagligdag og trivsel. STROF-modellen er en model, der kan bruges i en socialpædagogisk indsats til at mindske følgevirkninger og bedre livsforhold hos børn og unge, som har været udsat for traumatiske oplevelser, som præger deres hverdag.



Edith Montgomery, Sidsel Linnet
Børn og unge med flygtningebaggrund - anbefalinger til professionelle
 Hans Reitzels Forlag 2012
 140 sider - 200 kr.
 ISBN 9788741257044

S står for struktur, T for tale og tid, R for ritualer, O for organiseret leg og F for forældre støtte. Bogen er skrevet i et lettilgængeligt sprog. De mange cases letter læsehastigheden og bruges til at illustrere baggrundsteksten. Efter hvert kapitel er oplistet en række anbefalinger til målgruppen, som er de professionelle, der arbejder med børn og unge med flygtningebaggrund.

Bogen har dog ikke kun appel til denne snævre gruppe. Alle, som arbejder med udsatte børn, unge og deres familier, vil kunne finde guldgrube. Der er et fint lille kapitel om bogens teoretiske forankring, hvor der kort redegøres for socialkonstruktionisme, agens og resiliens. Et lidt længere kapitel beskæftiger sig med den professionelle hjælper i arbejdet med mennesker i en svær situation. Her er gode argumenter for vigtigheden af supervision. Nyttige at have på lager i en tid med spareiver.

Af Hanne Lindhardt, MSA, sundhedsplejerske i Furesø Kommune.

KORT NYT OM BØGER

Peter Lund Madsen
Dr. Zukaroffs Testamente
En bog om menneskehjernen
 Gyldendal 2012
 549 sider - 349,95 kr.
 ISBN 978-87-02-06393-6

En meget lang og meget underholdende bog om hjernen. Kan det lade sig gøre? Ja, når Peter Lund Madsen kobler sin viden med russeren dr. Zukaroffs', sker der ting og sager. Fakta og fortællinger bliver vævet sammen og sikrer, at man ikke taber læselysten. Talrige illustrationer bringer øjnene til standsning og er med til at gøre læsningen til en fornøjelse. Bogen beskriver, hvordan hjernen fungerer, og hvad den kan, det hele i et formidrende sprog, der også får tag i den læser, som ikke under normale omstændigheder ville fordybe sig i hjernelitteratur.

Anders Ingemann Larsen, Jan Schmidt, Jørgen Riis Jepsen
Arbejdsmedicin i praksis
 Munksgaard 2013
 176 sider - 270 kr.
 ISBN 9788762812024

Moderne arbejdsmedicin er andet end sikkerhedssko, pesticider og asbest. Det handler også om forebyggelse, helbredsovervågning, sundhedsfremme og hjælp til arbejdspladserne.

Bogen har fokus på udviklingen indenfor arbejdsmedicin, og den opstiller fire teser om tilgangen til faget arbejdsmedicin, som den efter forfatterens mening bør være.

(jb)

UDNYT DINE TALENTER

Tag **Diplom i Sundhed** og bliv klar til nye udfordringer i dit arbejde. Uddannelsen styrker dine professionelle kompetencer og giver dig et nyt perspektiv på din praksis.

Vi udbyder modulerne

Demens - identificering af udviklingsbehov

9. september til 11. oktober

Mødet med den sindslidende - for kommunalt ansatte

26. august til 17. september

Visitoruddannelse - som diplommodul

2. til 23. september

Teknologi i sundhedsvæsenet, velfærdsteknologi

23. oktober til 13. december - på onsdage

Tjek ucsyd.dk/diplom og ring +45 7266 5203

UNIVERSITY COLLEGE
SYDDANMARK
UCSYD.DK

KOLDING
ESBJERG
HADERSLEV



BackUp Helsepersonell

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

Sommer 2013 i Norge?

Mange ledige oppdrag hele året - søk nå!

Vi søker:

- Sykepleiere
- Spesialsykepleiere
- Helsefagarbeidere
- Medisinstudenter
- Sykepleierstudenter

Vi tilbyr:

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

Lønnsutbetaling hver 14. dag

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

* Kontakt oss for mer info om betingelser!



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

www.backup-helse.no

BackUp[®]
Helsepersonell

- ALLTID DER -

Hepatitis B-vaccine til sygeplejestuderende

AF CECILIE DE RENOARD, SYGEPLEJESTUDERENDE

Jeg fik for nylig lavet en stikskade på mig selv og skal nu igen hele møllen med blodprøvekontroller, vaccinationer og indrapportering af arbejdsskade. Under samtalen med lægen, som skal give mig min vaccine, kommer vi til at tale om, at de medicinstuderende får hepatitis B-vaccinationen som en del af deres uddannelse, og at det egentlig er underligt, at sygeplejestuderende og sygeplejersker ikke også får denne vaccine, da vi er i mindst lige så høj risiko som lægerne for at få stikskader.

Jeg satte mig for at undersøge, hvad Sundhedsstyrelsen anbefaler i forhold til forebyggelse af stikskader. Når jeg læser i deres "Vejledning om hiv, hepatitis B og C virus", hvad de anbefaler, undrer jeg mig endnu mere:

"... ansatte i og uden for sundhedsvæsenet, som har en væsentlig risiko for smitteoverførsel og stiklæsioner, f.eks. ved stik eller skæreulykker med blodforurenede kanyler, knive m.v., herunder studerende ..."

Ville det ikke være på sin plads at indføre denne vaccine til sygeplejestuderende som en del af uddannelsen, således at der også her gøres en indsats i forhold til at forebygge smitten af hepatitis B?

Cecilie de Renouard er sygeplejestuderende på AMA, Næstved.

Svar

Kære Cecilie de Renouard

Hvor er det uheldigt, at du har haft en stikskade og skal igen gennem undersøgelses- og vaccinationsprogram. Undersøgelser viser desværre, at hver 20. sygeplejerske årligt stikker sig på en forurenede kanyle.

Derfor er der god grund til at overveje, hvordan vi kan fore-

bygge stik- og skæreheld. Det er dog vigtigt at afveje konsekvenserne af profylaktisk vaccination over for at arbejde målrettet for et sikkert arbejdsmiljø, hvor stikskader bliver stadigt mindre forekommende. Indførelsen af vaccination må afvejes i forhold til mulighederne for effektiv forebyggelse af stikskader.

Dansk Sygeplejeråd mener, at udgangspunktet altid må være at fjerne faren gennem sikre procedurer og anvendelse af sikkert udstyr og kun i sidste ende vælge metoder, hvor den enkelte bliver vaccineret for at mindske risici ved arbejdet. Derfor har vi arbejdet meget aktivt på europæisk plan for en ambitiøs og fokuseret forebyggende indsats. Det har resulteret i et EU-direktiv om stik- og skæreskader, som bl.a. har fokus på sikre procedurer og ophør med unødigt anvendelse af spidse og skarpe instrumenter.

Som du skriver, har Sundhedsstyrelsen en vejledning om forebyggelse af blodbåren smitte, som henviser til Arbejdstilsynets vejledning, hvori det fremgår, at der skal ske en konkret vurdering i forhold til, om ansatte har en væsentlig risiko for smitte. Arbejdstilsynet kan i samarbejde med Embedslægeinstitutionen afgive påbud om, at ansatte skal tilbydes vaccination.

I Danmark anmeldes der dog færre end 30 tilfælde af akut hepatitis B om året. Derfor er det vores tilgang, at der sammen med en forebyggende indsats skal foretages en konkret risikovurdering på hver enkelt arbejdsplads frem for et generelt tilbud om vaccination til alle sygeplejestuderende. For sygeplejersker, som arbejder på udsatte afdelinger, vil det være helt oplagt at tage en dialog med ledelsen herom.

*Med venlig hilsen
Dorte Steenberg,
næstformand.*

Umuligt at forudse

AF ELINOR BJØRSTED, SYGEPLEJERSKE

Kommentar til artikel i Sygeplejersken nr. 5/2013 side 20: "Fik tillid til børneafdelingen igen".

Læser om dialogsamtale i *Sygeplejersken* og glæder mig da over, at der blev et positivt resultat, og at den lille familie igen kan være tillidsfulde og glade. Men ærlig talt, hvad forventer de i grunden?

At der bliver en ventetid på fem timer, er selvfølgelig ærgerligt, men hospitalet kan da umuligt forudse, hvilke akutte ting der vil dukke op. Jeg fatter ikke, at den nybagte mor kører alene fra Åbenrå til Kolding med en syg baby. At hun så oven i købet er så vred, at hun afslår tilbudt overnatning efter behandlingen - hvis ansvar er det?

En kvinde, der også venter på skade-

stuen, tilbyder et glas vand. Fint! Men når den nybagte mor, der tager turen Åbenrå - Kolding retur, kan klare det, så kunne hun måske også selv tage sig et glas vand.

Stor ros til personalet på børneafdelingen for deres indsigtfulde håndtering af sagen.

Elinor Bjørsted er gået på pension.

Lockoutet uden forhandling

AF NINA BINNE, HELENE HELSØ, GRETE MYGIND OG ELISABETH HESSELAGER, UNDERVISENDE SYGEPLEJERSKER

Kommentar til debatindlægget "Ingen belønning - selv i opgangstider" i Sygeplejersken nr. 5/2013.

Det er win-win at støtte de 380 undervisende sygeplejersker på sosu-skolerne, der forsyner samfundet med omsorgspersonale. Vores overenskomst er ikke den, skolelærerne har. Vi har ikke samme arbejdstidsaftale, og seniorerne går ikke fra, når de er 60.

Den verserende lockout har ingen forbindelse til konflikten i 2008. Dengang strejkede udvalgte sygeplejerskegrupper. Denne gang er det en konflikt, hvor undervisende sygeplejersker er lockoutet - af Moderniseringsstyrelsen

uden forhandling. Før nuværende konflikt kunne vi måske blive enige om, at Socialdemokraterne var det parti, som historisk set har gjort mest for lønmodtagerne. Den nuværende lockout sker under en regering ledet af netop Socialdemokraterne, Radikale og SF. Det er paradoksalt, at regeringen siger, uddannelse og øget beskæftigelse er vejen ud af krisen i Danmark, samtidig med Moderniseringsstyrelsen forhindrer sosueleverne i at gå til eksamen ved at lockoute deres lærere.

Dansk Sygeplejeråd har på de undervisende sygeplejerskers vegne ikke haft adgang til seriøse forhandlinger.

Vi er kede af, at der er sygeplejersker,

som ikke forstår vores dilemma, at Kommunernes Landsforening skygger for vores mulighed for at komme i realitetsforhandlinger med vores arbejdsgivere.

Vi er lockoutet uden forhandling. Det er undervisende sygeplejersker nu. Vi tænker, I vil kunne bruge solidariske fagfæller i 2015. Send gerne støtteerklæringer.

*Forfatterne underviser på
SOPU i henholdsvis
København og Hillerød*

Jeg er blevet lockoutet og forstår ikke hvorfor?

AF ELISABETH HESSELAGER, UNDERVISENDE SYGEPLEJERSKE

Kære Bjarne Corydon.

Jeg er blevet lockoutet og forstår ikke hvorfor?

Sosuskolerne uddanner meget forskellige elevgrupper. Her uddannes blandt andet Social- og Sundhedshjælper og Social- og Sundhedsassistenter og det med meget høj gennemførelsesprocent. Her findes elevgrupper, som ikke er klassisk bogligt stærke, men som gennemfører uddannelsen og får eksamen. De resultater, skolerne har, går helt i tråd med regeringens vækstpakke. Flest mulige danskere skal have en uddannelse, så vi kan konkurrere på uddannet befolkning og sikre, at vi samler "de svageste" op og hjælper dem til et indholdsrigt arbejdsliv.

Sosuundervisere bør have arbejdsbetingelser, som gør det muligt at arbejde med mindre stærke elever. Undervisere skal også kunne planlægge indhold af undervisningen og gennemføre pædagogiske overvejelser i forhold til at det er ikke-homogene grupper, som findes i undervisningslokalet. Et hold består typisk af unge

på 18 og op til "mindre unge" i begyndelsen af 50-erne. Vi arbejder tværfagligt og nødvendigvis i Teams for at bibringe eleverne en undervisning, som er brugbar for netop dem og som afspejler den virkelighed de skal ud i. Vi har hyppige optag - ikke kun optag i august måned hvilket kræver koordinering. Lad os beholde vores overenskomst - den virker!

Netop som lockouten brød ud havde vi et stort antal elever som skulle til afsluttende eksamen, netop da lockouten brød ud havde vi et stort antal nystartede elever, som lige nåede at få de tre dage før påske (der holder vi nemlig ikke fri). Faktisk har Sosu-underviserne en overenskomst, der stort set matcher den, KL nu har lockoutet selvsamme undervisere fra, i forsøget på at tvinge en anden faggruppe (folkeskolelærerne) til at acceptere deres overenskomst.

Bjarne Corydon: i tillid til at det er et demokratisk land, jeg lever i, fortsætter jeg med at vejlede eleverne på min skole i demokratiske rettigheder og pligter. Du og

din regering kan så fortsætte med en opvisning i hvordan man gør når man gradbøjer demokratiet - nemlig lockout og indgreb uden forudgående forhandlinger?

*Elisabeth Hesselager er
underviser på SOPU, København*

SKRIV KORT

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

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

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

Debatindlæg sendes til:

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

Sundhedsaftaler og lokalt selvstyre

Statsministeren vil have færre sundhedsaftaler, så borgerne kan få den samme sygepleje og behandling, uanset hvor i landet de bor. Men det må ikke blive den laveste fællesnævner, der dikterer de nye sundhedsaftaler, mener Dansk Sygeplejeråd. Emnet blev diskuteret på Facebook.

"Jeg synes ellers, sundhedsaftalerne er noget positivt. Især med det samspil det giver mellem de to sektorer."

"Vi er helt enige med dig i, at sundhedsaftaler er en rigtig god ting. Men det er ikke optimalt at have 98 forskellige sundhedsaftaler, for så kan der være for stor forskel på, hvilken sygepleje og behandling, man som borger kan få. Derfor mener vi, at det er positivt, at statsministeren i højere grad vil harmonisere sundhedsaftalerne, så der bliver langt større lighed for borgerne. Det er selvfølgelig afgørende, at de nye fem sundhedsaftaler sætter barren højt og tager udgangspunkt i de steder, hvor det fungerer fint allerede i dag. Mvh. Grete, formand for DSR."

"Pas nu på! For hermed underminerer man de lokale muligheder og det lokale selvstyre, for hvad vi lokalt vil og prioriterer, fordi vi

ved hvor skoen trykker. Lolland og Køge har jo forskellige udfordringer, hvorfor vi i Region Sjælland har én fælles aftale, med mindre lokale allonge-aftaler til, alt efter de særlige problemstillinger og prioriteringer, vi har i de enkelte kommuner."

"Jeg mener godt, at behovet for helhedstækning og ensartet høj kvalitet i det nære sundhedsvæsen kan kombineres med behovet for lokalt råderum og kommunalt ejerskab for aftalerne. I dag er der alt for stor forskel på den kvalitet, kommunerne yder. F.eks. er der stor forskel på antallet af sygeplejersker på plejeboligerne. Samtidig tror jeg, at kommunerne kan lægge større pres på regionerne i forhold til at sikre f.eks. udgående funktioner, hvis der skal laves en stor aftale. Mvh. Grete, formand for DSR."

"Meningen med lokaldemokratiet er jo, at man indretter sig lokalt efter de forhold der er der. At alt skal dikteres fra KBH/Folketing/regering, er en meget farlig udvikling, fordi det betinger ensretning, og det får mine nakkehår til at stritte. Det ændrer ikke ved, at min lokale prioritering er flere sygeplejersker med flere kompetencer og kvalifikationer i det nære sundhedsvæsen i kommunerne."

Influenza uretmæssigt anklaget

Med en analyse afviser Dansk Sygeplejeråd influenza som årsagen til overbelagte sygehuse. Regionernes formand erkender, at influenzaen ikke skal have hele skylden.

"Jamen dog. Der har været overbelægning i 40 år, uanset der har været influenza eller ej. Politikerne vrøvler som sædvanlig."

"Nemlig, det er der intet nyt i. Det eneste nye er, at det figurerer i medierne."

"Og de sidste mange år har man samtidig skåret i resurserne indenfor pleje og omsorg ... Så vel ikke til stor undren at vore medborgere skranter. Jeg er af den opfattelse, svage medborgere bliver hurtigere syge pga. manglende psykisk pleje og omsorg ... Vi

giver dem medicin, mad og drikke, sørger for de er rene og tørre, og så er resten stort set sparet væk gennem årene ..."

"Og jo flere der stoves sammen på hospitalerne, des ringere bliver vilkårene for at overholde hygiejnen både for personale og patienterne."

"Det kniber for mig at se den ofte groteske overbelægning på psykiatriske afdelinger som følge af en hård influenzasæson."

"Mangel på personale og nedskæringer er skyldig. Ikke influenza." "Nej, men I risikerer at blive syge af utilfredsstillende arbejdsvilkår."

Oldgammel overbelægning

Sundhedsminister Astrid Krag (SF) var kaldt i samråd om patienter på gangene på landets hospitaler. Hun lovede, at der kommer nye og opdaterede tal på overbelægning, og at emnet bliver et tema, når der skal forhandles økonomi med kommuner og regioner senere på året.

"Halloooooo ... Patienter på hospitalsgangene er jo desværre et oldgammelt fænomen! Det har været et problem i de 14 år, jeg har været sygeplejerske! Hvis det lykkes Astrid Krag og regionerne

at ændre på det, hejser jeg mit flag og åbner en flaske Dom Pérignon!"

"Er mere end enig! I min Kommune fyrer man primærsygeplejersker! Der er noget der slet ikke hører sammen!"

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

SILENTIA SKÆRMSYSTEM

Optimal hygiejne & fleksibel funktion



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

hs1d

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

EasyClean™
Let at rengøre

EasyReturn™
Let at folde sammen og trække ud

EasyClick™
Mobil eller fast monteret



SKÆRMER AF UDEN AT LUKKE INDE

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

Vi søger Sygeplejersker og sidste-års sygeplejerskestuderende til Norge

Info-møder i København og Århus Tjen gode penge, få faglig udvikling og gode oplevelser

Assessit, Danmark og JobZone, Norge indbyder til Informationsmøder:

- **København** den 6. og 28. maj kl. 16-19 på Hotel Crowne Plaza, Ørestaden, København.
- **Århus** den 7. og 29. maj kl. 16-19 på adressen, Marselis Tværvej 4, 8000 Århus C.

På informationsmøderne vil du få oplysninger om:

- Ansættelsesvilkår (løn, arbejdstider etc.)
- Diverse praktiske informationer (skattekort/ telefon/ fritidsmuligheder etc.)
- Ansøgning om autorisation.
- Bolig
- Rejsen til Oslo
- Et regnestykke som viser indtægter og udgifter i forbindelse med opholdet.
- Mulighed for at signe op på et job i Norge.

Til informationsmøderne er vi klar til at svare alle de spørgsmål, du måtte have.

Tilmelding:

Du kan tilmelde dig infomøderne ved at sende en mail til info@assessit.dk
Vi glæder os til at se dig.

Hvis du har spørgsmål, kan du kontakte:

Bjørn Kristensen, Assessit Danmark på. +45 4012 3031,
Sofie Mørch Ravn, Assessit Danmark på +45 2084 1501.



Assessit Danmark

Mail: info@assessit.dk . Web: www.assessit.dk

Assessit er en af Nordens største headhunter/konsulentvirksomheder.

Vi har indgået strategisk samarbejde med JobZone, et af Norges største Vikarbureauer, med den målsætning at tilbyde danske sundhedspersonale en kortere eller længere vikarsættelse i Norge.

BESVÆR MED MAVEN?

TASTY FIBRES FROM PSYLLIUM HUSKS



Nyt kosttilskud på APOTEKET
BESTIL GRATIS VAREPRØVER

Biodane Pharma A/S

Tlf.: 75 555 777

www.biodanepharma.com

**Jeg er alkoholiker
– men jeg drikker
ikke mere**

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

Ole "Bogart" Michelsen



4 centre – også ét tæt på dig

**Døgntelefon
70 20 40 80**

www.tjele.com

NAVNE

Sygeplejerske ny sundhedsordfører for S

49-årige Flemming Møller Mortensen, sygeplejerske og medlem af Folketinget for Socialdemokraterne, er blevet udnævnt til partiets nye sundhedspolitiske ordfører.

"Der er ingen tvivl om, at dette er en drømmepost. Sundhedsområdet er helt afgørende for mig. Sundhed og trivsel er forudsætningen for det gode liv, som alle har ret til. Jeg glæder mig til at videreudvikle Socialdemokraternes sundhedspolitik," siger Flemming Møller Mortensen.

Socialdemokraternes nye sundhedsordfører har mange års erfaring med sundhedsområdet. Han er oprindeligt uddannet sygeplejerske, siden anæstesisygeplejerske og ledende sygeplejerske. Senere blev Flemming Møller Mortensen salgschef for en stor medicinalvirksomhed, inden han i 2007 blev valgt til Folketinget, hvor han bl.a. har været Socialdemokraternes forebyggelsesordfører og formand for Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg. Det er en bred erfaring, som sundhedsordføreren vil trække på i sit nye arbejde.

"Under mit arbejde som sygeplejerske i både Danmark, Indien og Grønland har jeg oplevet konsekvenserne af de forskellige vilkår, mennesker bydes. Derfor er jeg meget optaget af at sikre større lighed i sundhed, en tilstrækkelig behandlingskapacitet, høj grad af faglighed i sundhedsuddannelserne samt et godt arbejdsmiljø. Det er vigtige indsatsområder, når vi skal forebygge og behandle sygdom," siger Flemming Møller Mortensen og fortsætter:

"Men det er også nødvendigt, at vi får afklaret, hvad det er for et sundhedsvæsen, vi skal have i fremtiden. Det arbejde vil jeg sætte mig i spidsen for, og jeg glæder mig til at komme i gang."



Flemming Møller Mortensen, sygeplejerske og medlem af Folketinget, er blevet Socialdemokraternes nye sundhedspolitiske ordfører.

MINDEORD

Bodil Nicolajsen Lange

Det er med stor sorg, at vi har sagt farvel til en nær kollega og veninde.

Bodil blev født den 23. januar 1951 på Frederiksberg og voksede op i Hundested. Efter sygeplejeuddannelsen tog hun til USA.

Derefter fik hun en ansættelse på Bispebjerg Hospital på børneafdelingen, og senere blev hun afdelingssygeplejerske i børneambulatoriet på Næstved Sygehus. Via sit arbejde med de unge patienter opbyggede hun en unik erfaring og kompetence.

Kærligheden gjorde, at Bodil i 1997 flyttede til Helsingør. Hendes arbejdsliv tog en drejning, og hun blev ansat på Fysiurgisk Hospital i Hornbæk. Her medførte hendes arbejde store resultater for den paretiske patient, og hun fik gode kollegiale venskaber.

I 2001 søgte Bodil nye udfordringer, og det blev neurokirurgisk ambulatorium, der fik gavn af Bodils store faglighed. Hun var en dygtig og pligtopfyldende sygeplejerske, en omsorgsfuld og humoristisk kollega og en dejlig veninde.

For tre år siden fik Bodil uhelbredelig kræft. Vi har fulgt hendes kamp mod kræften og den imponerende støtte, hun fik af sin mand Kaj og de to piger Osla og Didde. Bodil døde den 21. februar 2013 på hospice og blev bisat fra Gurre Kirke den 2. marts.

På vegne af Neurokirurgisk Klinik, Rigshospitalet,
Dorte Aldershvile og Karin Piil.

Redaktion Jette Bagh, cand.cur., fagredaktør

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

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



- FRA SYGEPLEJERSKE TIL SYGEPLEJERSKE

Observer fødderne, test urinen og vurder ernæringstilstanden

Forebyggelse kan finde sted på tre niveauer, det ved sygeplejersker godt:

- primær, at fremme sundhed og forhindre, at sygdomme opstår
- sekundær, at opspore og behandle sygdom i et tidligt stadium
- tertiær, at forhindre tilbagefald eller sygdomsforværring.

Sygeplejerskers deltagelse i forebyggelse på forskellige niveauer er det underliggende tema i de tre faglige artikler i dette nummer af Sygeplejersken.

Patienten eller borgeren skal i alle tilfælde involveres og inddrages, så det ikke blot er sygeplejerskens dagsorden at informere, vejlede og uddele pjecer, men seriøst at lytte og guide borgeren til at håndtere sygdom og forebygge forværring.

Desuden kan sygeplejersker ikke klare sig uden det tværfaglige team. Ressourcerne skal koordineres og anvendes til borgerens bedste, det viser artiklerne også.

Der lyder en opfordring til praksissygeplejersken om at screene for mikroalbuminuri i artiklen side 68. Screeningen kan forhindre, at mennesker med diabetes type 2 på sigt får nyresvigt. Desuden skal borgeren have tilbud om diabetes-skole eller undervisning i diabetes mhp. at fremme eget engagement i sygdommen og forebyggelse af senfølger.

Teori- og praksisartiklen side 73 tager fat i borgernes fødder, vel at mærke borgerne med diabetes. Fødderne skal underkastes systematisk risikokategorisering, så patient og behandlingsteam kan forebygge udvikling af sår og på sigt amputationer. Artiklen bringer gode, konkrete råd om inddragelse af patienten, tværfagligt samarbejde og forebyggelse af fodsår.

På side 61 beskriver endnu en sygeplejerske med en ph.d.-afhandling i rygsækken sit arbejde. Denne gang er der tale om en forsker, som har beskæftiget sig med patientrelationer under indlæggelse på hospital. Og de giver stof til eftertanke: Skal en sygeplejerske f.eks. introducere en ny patient til medpatienterne?



Sygeplejerske,
cand.cur., fagredaktør.



Undersøgelse medførte bed

AF JANNIE CHRISTINA FRØLUND OG KIRSTEN BRO BRASK, SYGEPLEJERSKER,

Telefoninterview med 160 patienter afslørede, at rigtig mange patienter var tilfredse med Medicinsk Afdeling på Vejle Sygehus, men enkelte svage områder kom for dagens lys. Bl.a. savnede patienterne information om, hvad de kan forvente af en kontaktperson.

Medicinsk Afdeling, Vejle Sygehus, har taget initiativ til at gennemføre en kvalitativ opfølgning på Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) blandt tilfældigt udvalgte patienter med henblik på kvalitetsudvikling i afdelingen.

LUP er en årlig spørgeskemaundersøgelse blandt ambulante og indlagte patienter, der sætter fokus på patienternes oplevelser, og er et redskab til udvikling af kvalitet i sundhedsvæsenet. Resultaterne fra LUP kan bruges til at få en pejling om, hvilke indsatsområder der er behov for at arbejde videre med i bestræbelserne på at forbedre patienternes oplevelser og kvaliteten i sundhedsvæsenet (1).

Derfor er det vigtigt, at vi i højere grad anvender patienternes konkrete oplevelser som udgangspunkt for den fortløbende kvalitetsudvikling – med ekstraordinær tilfredshed blandt vore patienter som sigte. Således finder vi det relevant at indføre individuel patientfeedback med henblik på at få en mere detaljeret viden om patienternes oplevelser. For kun ved at spørge patienterne kan vi få en viden om, hvordan de oplever at være patient, og hvordan vi kan forbedre deres forløb.

Formål

Vi ønskede at få en dybere viden om patienternes oplevelser, behov, ønsker og forventninger med henblik på

Sådan vurderes artiklerne til FAG

Teori & Praksis har været gennem fagfællebedømmelse
Videnskab & Sygepleje har været gennem dobbelt blind bedømmelse i Sygeplejerskens videnskabelige panel
Faglige artikler er godkendt efter sygeplejefaglig vurdering og vejledning

Redaktionen forbeholder sig ret til lagring og elektronisk udgivelse af alle artikler.
 Artiklerne i "Fag" er indekseret i databaserne CINAHL, SweMed+ og bibliotek.dk

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

re information om kontaktpersonordningen

CAND.CUR.

kvalitetsudvikling, som skal vedligeholde et fortsat højt niveau i den patientoplevede kvalitet.

Metode til evaluering

Der er gennemført telefoninterview med patienterne. Dertil er udarbejdet en semistruktureret interviewguide, der er afprøvet og pilottestet inden brug. Interviewguiden er inspireret af en kvalitativ analyse af patienters oplevelse af sammenhæng, tryghed og kontaktpersonordningen (2). Interviewguiden tager udgangspunkt i de overordnede temaer i LUP, herunder ventetid og information, implementering af kontaktpersonordningen, information, samarbejde med kommuner og praktiserende læger samt håndtering af fejl (1,2).

Der er inkluderet 160 patienter. Telefoninterviewene er foretaget ad to omgange med et interval på tre måneder. De er gennemført på afsnitsniveau, hvor der løbende og systematisk er fulgt op med drøftelser i relevante personalegrupper. Data fra telefoninterviewene er samlet i såkaldte handleplaner, hvor der ud fra hvert tema er skrevet, hvad patienten har sagt, og hvilke tiltag der er iværksat.

Konklusion og perspektivering

Overordnet peger telefoninterviewene på, at patienterne generelt er meget trygge og tilfredse med afdelingen. Dog er der enkelte områder, som vi med fordel kan kigge nærmere på, herunder skriftlig patientinformation, information om ventetid samt manglende information om kontaktpersonordning.

Der er derfor taget initiativ til revision og udarbejdelse af skriftlig patientinformation både om afdelingen, diverse undersøgelser og behandlinger. Desuden er der taget initiativ til revidering af den skriftlige patientinformation om kontaktpersonordning med en præcisering af, hvad patienterne kan forvente af en kontaktperson, og hvad personalet skal informere om i relation hertil. Og endelig er der sat fokus på den mundtlige kommunikation med patienterne, hvor afdelingen bl.a. skal deltage i Lægeforeningens kommunikationskursus.

Det er planen, at telefoninterviewene fremover skal foregå som en on-going aktivitet i afdelingen, så vi kan følge op på de nye tiltag og derved øge kvaliteten af pleje- og behandlingsforløbene. Håbet er, at det fremadrettet vil komme positivt til udtryk gennem både LUP og telefoninterviewene.

Jannie Christina Frølund er
udviklingssygeplejerske på Medicinsk
Afdeling, Vejle Sygehus;
jannie.christina.froelund@slb.regionsyd-
danmark.dk Kirsten Bro Brask er
kvalitetskoordinator samme sted.

En rapport om projektet kan rekvireres på e-mailadressen ovenfor.

Litteratur

1. Enheden for Brugerundersøgelser: Baggrund og metode for den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser. København 2012.
2. Enheden for Brugerundersøgelser: "I gode hænder? En kvalitativ analyse af patienters oplevelser af sammenhæng, tryghed og kontaktpersoner". København 2010.

Ph.d.-forsvar Samarbejde øger chancen for succes

AF DORTHE SØRENSEN, SYGEPLEJERSKE, CAND.PÆD.PÆD.

Onsdag den 15. maj 2013 kl. 14.00-16.00 i Eduard Biermann Auditoriet, Søauditorierne, Aarhus Universitet, forsvarer sygeplejerske, cand.pæd.pæd., Dorthe Sørensen, ph.d.-projektet "Nurse-patient collaboration during non-invasive ventilation in patients with acute respiratory failure due to COPD".

Patientgruppen i afhandlingen er patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom. Af og til kan sygdommen blusse op og kræve akut behandling på hospitalet. Maskebehandlingen kræver, at patienten er vågen, og derfor er det også muligt at

involvere patienten i et samarbejde med sygeplejersken om at gennemføre behandlingen. Samarbejde er afgørende for, at behandlingen virker, som den skal, og opleves så skånsom som muligt.

På baggrund af interview og observation har Dorthe Sørensen udviklet to teoretiske modeller. Den ene viser tre forskellige måder at samarbejde på, og at samarbejdet nogle gange helt udebliver, så patienten ikke bliver set og hørt. Den anden model viser, at behandlingsforløbene er vidt forskellige.

Nogle patienter kan ikke udholde behandlingen, og andre oplever, at behandlingen straks hjælper på åndenøden. Men det fælles for alle behandlingsforløbene er, at behandlingen har kritiske momenter bl.a. i opstartfasen. Desuden viser undersøgelsen, at erfarne sygeplejersker håndterer kompleksiteten i behandlingen ved at opdele den i mindre komponenter. Den nye viden kan bruges til at forbedre specialuddannelsen af de sygeplejersker, som har ansvar for plejen af netop de akut indlagte KOL-patienter.

Hvornår skal man slukke for respiratoren?

Sygeplejersker er mindst tilfredse med samarbejdet omkring begrænsninger i eller ophør af behandlingen på intensivt afsnit. Det viser en spørgeskemaundersøgelse foretaget i Region Syddanmark. Undersøgelsen viser desuden, at anvendelsen af tværfaglige audit og en retningslinje for begrænsning i/ophør af aktiv behandling kan være med til at forbedre det tværfaglige samarbejde, beslutningsprocessen omkring behandlingsophør og patientbehandlingen.

AF HANNE IRENE JENSEN, PH.D., CAND.SCIENT.SAN., SYGEPLEJERSKE, JETTE AMMENTORP, LEKTOR, PH.D., CAND.SCIENT.SAN., SYGEPLEJERSKE, OG HELLE ØRDING, OVERLÆGE, DR. MED., MPM

At tage beslutninger om liv og død er ofte aktuelt på et intensivafsnit. Beslutningerne kan både handle om at undlade at sætte behandlinger i gang eller om at ophøre med behandlinger som respirator, dialyse og kredsløbsstimulerende medicin.

Fra udenlandsk litteratur ved vi, at disse beslutninger fylder meget hos personalet, men der er meget lidt dansk forskning på området. Og da der er stor forskel på praksis forskellige steder i verden, kan man ikke uden videre gå ud fra, at internationale forskningsresultater også dækker danske forhold.

I et ph.d.-projekt med titlen: "Afslutning af behandling på intensivt afsnit – faglige, etiske og samarbejds-mæssige udfordringer" har vi derfor undersøgt dansk praksis på området. Både i forhold til hvor ofte beslutninger om at begrænse og ophøre med livsforlængende behandling bliver taget på danske intensivafsnit, og i forhold til hvordan det involverede personale oplever beslutningsprocessen og det tværfaglige samarbejde i forbindelse med beslutningstagning. Endelig blev der også afprøvet forskellige metoder til at forbedre samarbejdet og patientbehandlingen.

Der blev anvendt en multi-metodetilgang, som inkluderede både journalgennemgang, interview, spørgeskemaundersøgelse, tværfaglige audit og udvikling, implementering og evaluering af en retningslinje for begrænsning i/ophør af aktiv behandling på intensivafsnit.

Journalgennemgangen havde fokus på patienter, som enten døde på intensivafsnittet eller blev udskrevet med begrænsninger i eller ophør af aktiv behandling. Dernæst blev der gennemført mono-professionelle fokusgruppeinterview med sygeplejersker og intensivlæger og individuelle interview med stamafdelingslæger. Baseret på litteratur og interviewresultaterne udviklede og testede vi et spørgeskema, der efterfølgende blev anvendt til at undersøge forskellige aspekter af behandlingsbegrænsning og ophør. Undersøgelsen blev iværksat blandt sygeplejersker, intensivlæger og stamafdelingslæger i Region Syddanmark. Endelig blev tværfaglige audit og implementering af en retningslinje for området afprøvet og evalueret med henblik på at skabe forbedringer, både i forhold til det tværfaglige samarbejde og i patientbehandlingen.

Projektet viste, at for omkring 80 pct. af de patienter, som dør på intensivafsnittene, er der taget beslutninger om begrænsning i eller ophør af aktiv behandling. Sygeplejersker, intensivlæger og stamafdelingslæger var principielt enige om,

hvad der skal foranledige overvejelser om behandlingsniveau, men de havde forskellige opfattelser af samarbejdet og andre aspekter af praksis omkring beslutningsophør i intensivafsnit. Sygeplejerskerne var mindst og stamafdelingslægerne mest tilfredse med samarbejdet. Delprojekterne tyder på, at anvendelsen af tværfaglige audit og en retningslinje for begrænsning i/ophør af aktiv behandling kan være med til at forbedre det tværfaglige samarbejde, beslutningsprocessen omkring behandlingsophør og patientbehandlingen.

Man kan læse mere om projektet og resultater derfra i nedenstående artikler (1,2,3,4,). Yderligere to artikler om oplevelsen af tværfaglige audit og effekten af at implementere retningslinjer på området er ved at blive publiceret.

Ph.d.-afhandlingen kan rekvireres hos forfatteren.

*Hanne Irene Jensen er postdoc på
Anæstesiologisk Afdeling, Vejle og Middelfart Sygehuse/
Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet;
hanne.irene.jensen@slb.regionsyddanmark.dk*

*Jette Ammentorp er forskningsleder på
Enhed for Sundhedstjenesteforskning, Sygehus Lillebælt,
Institut for Regional Sundhedstjenesteforskning,
Syddansk Universitet.*

*Helle Ørding var i projektperioden ledende overlæge på
Anæstesiologisk Afdeling, Vejle og Middelfart Sygehuse.*

Litteratur

1. Jensen HI, Ammentorp J, Ørding H. Withholding or withdrawing therapy in Danish regional ICUs: frequency, patient characteristics and decision process. *Acta Anaesthesiol Scand* 2011;55:344-51.
2. Jensen HI, Ammentorp J, Erlandsen M, Ørding H. Withholding or withdrawing therapy in intensive care units: an analysis of collaboration between healthcare professionals. *Intensive Care Med* 2011;37:1696-1705.
3. Jensen HI, Ammentorp J, Erlandsen M, Ørding H. End-of-life practices in Danish ICUs: development and validation of a questionnaire. *BMC Anesthesiology* 2012 12:16.
4. Jensen HI, Ammentorp J, Johannessen H, Ørding H. Challenges in end-of-life decisions in the intensive care unit: an ethical perspective. *Journal of Bioethical Inquiry* 2013. E-pub ahead of print. 10.1007/s11673-012-9416-5.

Forskning er systematiseret nysgerrighed

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

Mette Spliid Ludvigsen er 50 år, bor i Hinnerup og er gift. Hun har to børn. Mette Spliid Ludvigsen er ansat som forsknings-sygeplejerske på Aarhus Universitetshospital, Nyremedicinsk Afdeling.

Hvad fik dig til at forske?

”Nysgerrighed! Forskning er systematiseret nysgerrighed.”

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

”Den teoretiske del giver et bud på, hvordan man kan forstå patientologibegrebet. Den empiriske del handler om patientrelationer under indlæggelse på hospital.”

Hvor tog du din forskeruddannelse henne?

”Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet (nu Health), Aarhus Universitet.”

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

”Et stipendium fra universitetet dækkede lønnen for tre år. Fordi jeg ikke blev færdig med afhandlingen inden for de normerede tre år, måtte jeg færdiggøre arbejdet samtidig med et almindeligt fuldtidsjob.”

Hvor kan man læse om dine forskningsresultater?

”Ph.d.-afhandlingen er udgivet som en monografi med titlen ”Patient life: A qualitative study of informal relationships between hospitalised patients” (1). Dele af resultaterne er indarbejdet i et kapitel i ”Sygeplejebogen” 1, 4. udgave, som hedder ”Mødet og relationen mellem patienter” (2). Den udkom på Gads Forlag sidste år. I øjeblikket arbejder jeg på et andet lærebogskapitel, der hedder ”Patientologi”, det udkommer på Munksgaard næste år.”

Hvordan har din forskning betydning for praksis?

”Jeg håber, at sygeplejestuderende gennem læsning og refleksion over lærebogskapitlerne udvikler deres forståelse for pa-



tientologi, og hvad den indeholder. Desuden at de får øje på, hvilke temaer der har betydning for de interpersonelle relationer i patientkulturen under en sygehusindlæggelse. Dermed bidrager forskningen forhåbentlig til, at kommende sygeplejersker er rustet til at møde patienter med indlevelse, forståelse og imødekommenhed.”

Hvad forsker du i aktuelt?

”Min forskning handler om overgangsperioden fra barn til voksen set i lyset af de hospitalsrelaterede pleje- og behandlingstilbud i Danmark, hvor jeg er særligt interesseret i de ældste unge, dvs. når de er i voksenalderen. Jeg arbejder med primære og sekundære studier. I samarbejde med sygeplejersker på de nefrologiske afdelinger på hhv. Odense Universitetshospital og Rigshospitalet er jeg i gang med en spørgeskemaundersøgelse blandt unge nyretransplanterede. Dette primærstudie handler om de unges selvoplevede livskvalitet, symptomer og bivirkninger samt deres praksis med at tage immundæmpende medicin. Endvidere er jeg sammen med to kollegaer på Aarhus Universitetshospital i færd med at gennemføre et andet primærstudie, hvor vi følger tre grupper 14-15-årige med hhv. cystisk fibrose, kronisk nyresygdom og medfødt hjertesygdom, indtil de er 19 år. Vi observerer deres konsultationer på sygehuset og gennemfører kvalitative interview tre gange i forløbet.

Jeg er involveret i PRANSIT, som er et skandinavisk/tysk forskningsnetværk, der arbejder med sekundære studier i form af metastudier med henblik på at udvikle viden om patienter og pårørendes overgange (på engelsk ”transition”) samt Meleis transitions theory. Det første metastudie (dvs. en opsummering og sammenskrivning af eksisterende forskningsresultater fra primære

studier), som netop er udgivet, belyser gennem en metasynthese af kvalitativ forskning, hvordan unge med kroniske sygdomme oplever overflytningen fra børne- til voksenafdeling (3). Desuden har vi netop udgivet en metasynthese om patienters overflytninger på og mellem hospitaler (4).

Endelig samarbejder jeg med en svensk kollega om kvalitetsudvikling af dialysesygepleje med særligt fokus på den problemstilling, at patienter i dialyse ofte oplever problemer med overhydrering. Sidste år udgav vi en artikel, der foreslår en specifik nefrologisk sygeplejefaglig indikator i forhold til dialyse (5). I øjeblikket arbejder vi videre med at kortlægge problemets omfang i Danmark samt at belyse dialysesygeplejerskers kliniske beslutningstagning forud for igangsætning af de enkelte dialysesessioner. Vi håber snart at kunne finde ressourcer til at validere et spørgeskema, der er oversat fra svensk, som kan anvendes til at screene og kortlægge, hvilke patienter der er i særlig risiko for at udvikle overhydrering.”

Litteratur

1. Ludvigsen MS. Patient life in hospital: A qualitative study of informal relationships between hospitalised patients [ph.d.-afhandling]. Aarhus: Faculty of Health Sciences, Aarhus University, Denmark; 2009.
2. Ludvigsen MS. Mødet og relationen mellem patienter. I: Hjortsø M, red. Sygeplejebogen. Sygeplejerske, patient, relation. 4. udgave ed. Kbh.: Gad; 2012. p. 361-76.
3. Fegran L, Hall EOC, Uhrenfeldt L, Aagaard H, Ludvigsen MS. Adolescents' and young adults' transition experiences when transferring from paediatric to adult care: A qualitative metasynthesis. Int J Nurs Stud. DOI: 2013. 10.1016/j.ijnurstu.2013.02.001.
4. Uhrenfeldt L, Aagaard H, Hall E, Ludvigsen MS, Fegran L, Meyer G. Patients' experiences of hospital transfers: A qualitative metasynthesis. J Adv Nurs. DOI: 2013. 10.1111/jan.12134.
5. Lindberg M, Ludvigsen MS. Ultrafiltration rate as a nursing-sensitive quality indicator in haemodialysis. Int J Nurs Stud. 2012;49(10):1320-4.

Projekt om systematisk behovssamtale til uafvendeligt døende patienter

AF JANNIE CHRISTINA FRØLUND, UDVIKLINGSSYGEPLEJERSKE, CAND.CUR., ANETTE RAVNSGAARD STOKLUND, SPECIALESANSVARLIG SYGE-
PLEJERSKE I PALLIATION, LONE OEHLenschLAEGER, AFDELINGSSYGEPLEJERSKE

I efteråret 2012 startede et projekt på Medicinsk Sengeafsnit på Vejle Sygehus med det formål at undersøge, om en systematisk behovssamtale med uafvendeligt døende kan lette den sidste fase i livet for patient og pårørende. Projektet forventes færdigt i foråret 2014.

På landsplan er tendensen, at behandlingsforløbet for patienter med inkurabel sygdom bliver længere og mere kompliceret end tidligere. Gruppen af patienter med behov for palliation er således stigende. Ved alvorlige sygdomstilstande, hvor helbredelse ikke er mulig, får patienterne tilbudt en åben indlæggelse. Det betyder, at patienten kan få tryk og rettidig hjælp med direkte indlæggelse på en stamafdeling udenom egen læge og sygehusets akutmodtagelse (1). Gennem de sidste år er antallet af patienter, der har en åben indlæggelse på Medicinsk Sengeafsnit, Vejle Sygehus, steget. Retrospektiv gennemgang af journaler viser en stigning på 279 pct. Denne øgning betyder et stigende behov for palliative tilbud. Undersøgelser peger desuden på en række udækkede behov blandt danske patienter, der lever med fremskreden kræft, som patienterne angav ikke at have modtaget hjælp til, selv om de ønskede det (2).

Afsættet for projektet er således at give uafvendeligt døende et afsluttende forløb på livet, hvor den lindrende pleje og behandling er optimal og tilrettelagt med udgangspunkt i patientens og familiens ønsker og behov. Derfor tilbydes en indledende systematisk behovssamtale med henblik på at dække patienternes behov.

Formålet med projektet er at undersøge:

- Hvorvidt et tilbud om en indledende systematisk behovssamtale hos uafvendeligt døende kan være med til at afdække og afhjælpe eventuelle behov og symptomer, så en for patienten unødigt

indlæggelse undgås og ønsket om at dø i eget hjem imødekommes.

- Hvorvidt den indledende systematiske behovssamtale kan være med til at sikre en bedre og mere koordineret og tryk overgang fra den behandlede afdeling til stamafdeling ved inddragelse af praktiserende læge, primærsektor og det palliative team.
- Hvordan patienter og pårørende oplever den indledende systematiske behovssamtale, og hvad den betyder for forløbet.

Indledende systematisk behovssamtale

Patienter, der tildeles Medicinsk Sengeafsnit, Vejle Sygehus, som stamafdeling, kommer til en indledende systematisk behovssamtale med specialeansvarlig sygeplejerske i palliation indenfor 14 dage.

Ved behovssamtalen afdækkes patientens viden om sygdom og forløb, og samtidig kortlægges eventuelle behov og symptomer med henblik på at bedre forløbet for patienten. Behovssamtalen tager udgangspunkt i en overordnet samtaleguide samt et valideret spørgeskema, EORTC QLQ-C15-PAL (3), der afdækker patientens palliative behov.

Evalueringsmetode

Data indhentes dels fra journalaudit, dels fra spørgeskemaundersøgelse om patientoplevelser med pårørende.

Til journalaudit uarbejdes et auditskema. Auditskemaet bygges op om forskellige kvantitative effektmål samt oplysninger i EORTC-skemaet (3).

Med henblik på at få et indblik i, hvordan patienter og pårørende oplever den indledende behovssamtale, og hvad den har betydet for forløbet, gennemføres en spørgeskemaundersøgelse med pårørende. Spørgeskemaundersøgelsen hos pårørende sker ca. tre måneder efter, at patienten er afdøet ved døden. Spørgeskemaet, der udarbejdes på baggrund af foreliggende

litteratur, er primært inspireret af en tidligere spørgeskemaundersøgelse foretaget blandt pårørende til uafvendeligt døende patienter (1). Spørgeskemaet bliver pilot-testet hos tre patienter inden udsendelse.

Status og forventet afrapportering

Projektet begyndte i efteråret 2012 og forventes afsluttet i foråret 2014.

*Jannie Christina Frølund er udviklings-
sygeplejerske på Medicinsk Afdeling, Vejle
Sygehus. E-mail: jannie.christina.froelund
@slb.regionsyddanmark.dk*

*En projektbeskrivelse om projektet kan
rekvireres hos førsteforfatteren.*

Anette Ravnsgaard Stoklund, specialeansvarlig sygeplejerske i palliation, og Lone Oehlenschlaeger, afdelingssygeplejerske, er ansat i Medicinsk Sengeafsnit.

Projektet er finansieret af TrykFonden og Medicinsk Afdeling, Vejle Sygehus.

Litteratur

1. Poulsen PB et al. Hospice uden mure – medicinsk teknologivurdering af et palliativt netværk i samspil mellem sektorer. Sundhedsstyrelsen; 2005;5(5).
2. Johnsen AT. Palliative needs in Danish patients with advanced cancer [ph.d.-afhandl.] København, Københavns Universitet 2008.
3. Groenvold M et al for the EORTC Quality of Life Group. The development of the EORTC QLQ-C15-PAL: a shortened questionnaire for cancer patients in palliative care. European Journal of Cancer 2006;42(1):55-64.

skizofre9til5.dk
til dig der møder skizofreni på arbejdet

”Jeg havde det faktisk værst, da jeg læste til sygeplejerske.”

– Læs Mariannes historie

Få den nyeste viden om skizofreni og recovery

Og følg Camillas blog
- om livet med medicin,
sort humor og fordomme

Quiz og vind!

www.skizofre9til5.dk

Vacant
MER ENN DU FORVENTER

Sommer i Norge

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

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

Vi tilbyr deg:

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

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

Vi ser frem til å høre fra deg!

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

Følg oss på facebook!

Vacant Helse AS

er spesialisert på utlese av helsepersonell til norske sykehus, kommuner og private institusjoner.

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

Vi ønsker oss deg som vår nye kollega!

Kontakt oss i dag på:

+47 23 05 55 55

www.vacant.no

cv@vacant.no



sorbact®
green wound healing



- ✓ Til alle typer sår
- ✓ Til svamp i hudfolder
- ✓ Effektivt og økonomisk
- ✓ Ingen miljøpåvirkning
- ✓ Ingen resistensudvikling
- ✓ Veldokumenteret

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



Distribution:

Mediq Danmark A/S - Tlf. 36379200

Abena A/S - Tlf. 74311818

One Med A/S - Tlf. 86109109



Kontakt os for yderligere information eller vejledning.

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

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

Der mangler fokus på ernæring

En undersøgelse viser, at ernæring ikke har den store bevågenhed blandt personalet på en infektionsmedicinsk afdeling. Patienterne udskrives uden ernæringsplan, så heller ikke i primærsektor bliver der taget vare på ernæringsstatus.

AF ANNE W. RAVN, KLINISK DIÆTIST PÅ INFEKTIONSMEICINSK AFDELING, AARHUS UNIVERSITETSHOSPITAL; ANNERAV@GMAIL.COM
 VIBEKE ENGELL-SØRENSEN, UDDANNELSES- OG UDVIKLINGSANSVARLIG SYGEPLEJERSKE, MLP, PÅ INFEKTIONSMEICINSK AFDELING, AARHUS UNIVERSITETSHOSPITAL.
 MERETE STORGAARD, OVERLÆGE, DR.MED., PÅ INFEKTIONSMEICINSK AFDELING, AARHUS UNIVERSITETSHOSPITAL.
 LOTTE ØRNEBORG RODKJÆR, FORSKNINGSSYGEPLEJERSKE, MPH, PH.D., POSTDOC, PÅ INFEKTIONSMEICINSK AFDELING, AARHUS UNIVERSITETSHOSPITAL.

Hvorfor er et så banalt og basalt behov som mad til helten i sengen ikke anerkendt i en højtspecialiseret hospitalsafdeling? Hvad skal der til for, at ernæring i højere grad bliver en integreret del af behandlingen og plejen af patienten? Hvilken faggruppe kan særligt sikre, at dårlig ernæringstilstand er i fokus og anerkendes som symptom, nøjagtig som patientens forhøjede blodtryk eller smerter? Hvordan kan vi optimere ernæringsbehandlingen af indlagte patienter og sørge for, at patienten udskrives med en ernæringsplan til eget hjem eller professionel pleje? Hvordan kan vi medvirke til at reducere antallet af u hensigtsmæssige genindlæggelser og styrke sammenhængen i og koordinationen af patientforløbet mellem hospital, almen praksis og den kommunale sektor?

Det var nogle af de spørgsmål, vi i Infektionsmedicinsk Afdeling stillede, når vi igen og igen erfarede, at en af vores patienter nok var blevet behandlet for sin infektionsmedicinske sygdom, men hverken var blevet sufficient ernæringsbehandlet under indlæggelsen eller udskrevet med en ernæringsplan og indimellem blev genindlagt bl.a. som følge af underernæring.

Ernæring til syge er en del af behandlingen

Forekomsten af indlagte patienter i ernæringsmæssig risiko vurderes til at være mellem 22 pct. og 40 pct. i Danmark. 20-50 pct. af medicinske patienter er underernærede under indlæggelsen

” En målrettet indsats reducerer underernærede patienters komplikationer med 50-100 pct., og det er fundet, at 57 pct. af indlagte patienter i Danmark ikke spiser tilstrækkeligt.

såvel som ved udskrivelsen. En målrettet indsats reducerer underernærede patienters komplikationer med 50-100 pct., og det er fundet, at 57 pct. af indlagte patienter i Danmark ikke spiser tilstrækkeligt (1,2). Patienter med infektionsmedicinske sygdomme har ofte særlige ernæringsmæssige behov under indlæggelsen og i rekonvalescenstiden. Desuden er mange indlagte patienter ældre, dvs. > 75 år, og deres rekonvalescenstid er i forvejen lang. Denne gruppe patienter når sjældent at genvinde tabt vægt, selvom de er blevet helbredt for deres sygdom. Da vægttabet primært skyldes tab af muskler, har dette store konsekvenser for ældres funktionsevne (3-4).

Infektionsmedicinsk Afdeling oplever som andre hospitalsafdelinger krav om stadigt kortere indlæggelsestider som følge af forandringer i sundhedsvæsenets struktur. På hospitalet behandles patientens primære diagnose, mens opgaven med opfølgende behandling og pleje i stort omfang må varetages af primærsektoren. En god ernæringsplan, klare behandlingsmål og udveksling af data mellem sektorer er derfor afgørende for at kunne sikre sammenhængende patientforløb med god ernæringsbehandling både under indlæggelsen og efter udskrivelsen (5).

Der er udviklet internationale og nationale guidelines og redskaber til håndtering af underernæring. I Europarådets resolution og Sundhedsstyrelsens ”Bedre mad til syge. Hvorfor? Hvordan?” pointeres betydningen af at følge den indlagte patient helt hjem (6,7). I den 2. version af Den Danske Kvalitetsmodel præciseres hospitalets ansvar for, at patienter i ernæringsmæssig risiko får et tilbud om en relevant indsats. Ud over en henvisning til lokale aftaler mangler der dog endnu detaljerede anbefalinger for, hvordan ernæringsbehandling på tværs af sektorer håndteres effektivt og systematisk.

Afslørende audit

Gennem 13 år har Infektionsmedicinsk Afdeling haft målrettet fokus på ernæringsbehandling af indlagte patienter i ernæringsmæssig risiko med screening, intervention og monitoring. Imidlertid viste jævnlige audit manglende monitoring af vægtudvikling, manglende dokumentation af ernæringsproblemer og manglende status på ernæringsproblemer ved udskrivelse.

Vi forsøgte på flere måder at rette op på indsatsen. Bl.a. gennemførte vi en ”ernæringsmåned” med særlig fokus på ernæring som en integreret del af behandlingen. På alle fælles PC-skærme kørte slogans og vidensudsagn om ernæring, patienterne fik flere informationer om det brede madtilbud fra leverandøren, centralkøkkenet, og det ledelsesmæssige fokus på ernæring var øget. Bl.a. deltog afdelingens diætist i ugentlige møder med afdelingsledelsen. Efterfølgende audit på baggrund af disse tiltag viste, at ernæringsbehandlingen fortsat var mangelfuldt iværksat og dokumenteret, men personalet udtrykte, at ernæringsmånedens var god for det faglige fokus på ernæring.

Vi fandt det derfor vigtigt at finde årsager til, hvorfor det trods evidens for ernæringens betydning for effektiv behandling ikke lod sig gøre at ernære alle indlagte patienter sufficient eller at

ng i sundhedssektoren

udskrive patienter med dokumentation af ernæringsintervention samt forslag til opfølgning.

Spørgeskemaundersøgelse

For at afdække mulige årsager til manglende handling og/eller dokumentation ønskede vi at undersøge personalets holdning til og viden om ernæring fra indlæggelse til udskrivelse. Vi gennemførte en undersøgelse i efteråret 2009 og anvendte et spørgeskema, som i 2004 var blevet brugt i en undersøgelse blandt sygehusansatte læger, sygeplejersker og kliniske diætister i Danmark og øvrige Norden.

Spørgeskemaet er udviklet og valideret af en nordisk, tværfaglig ernæringsgruppe som led i en større skandinavisk undersøgelse. Spørgsmålene omfatter en række af de barrierer vedrørende implementering af ernæringscreening og terapi, som Europarådet

» Undersøgelsens resultater viste, at der kunne være behov for at højne personalets viden om ernæring.

har identificeret i relation til brugen af klinisk ernæring, dvs. viden og holdninger, ansvarsfordeling og samarbejde, både tværfagligt og med primærsektoren (8).

Det validerede spørgeskema blev uddelt til alle læger og plejepersonale på infektionsmedicinsk afdeling (N=72) med en responsrate på 56 dvs. 78 pct.

Resultater

Resultaterne peger i retning af, at der er mange problemer med hensyn til videregivelse af ernæringsopgaven til primærsektoren. Men også internt i afdelingen er der mange barrierer for optimal ernæringsbehandling. Af resultater kan fremhæves, at 48 ud af 56 (86 pct.) af personalet vurderer, at patienter bør have ernæringstilstand monitoreret i forbindelse med epikrise, ligesom 52 (93 pct.) mener, at vejning ved udskrivelsen burde være rutine. Kun 3 (5 pct.) svarer, at de vejer patienterne i forbindelse med udskrivelse. 26 (46 pct.) rapporterer, at en ernæringsplan bør være indeholdt i epikrisen, mens 19 (34 pct.) mener, at epikrisen indeholder ernæringsplan. 14 (25 pct.) vurderer, at der bør stå i epikrisen, hvem der er ansvarlig for opfølgning på patientens ernæringsproblemer.

6 (næsten 50 pct.) af infektionsmedicinske læger anerkender ikke evidensen for, at sufficient ernæringsbehandling reducerer antallet af infektioner og tryksår, og 17 (30 pct.) af plejepersonalet svarer, at deres patienter er mangelfuldt ernærede under indlæggelsen. I alt svarer 15 (27 pct.), at hjemmesygeplejersker

kan varetage opfølgningen på patienters ernæringsproblemer. 11 (20 pct.) mener, at praktiserende læger har tilstrækkelig viden om ernæring. 25 (45 pct.) opstarter ikke ernæring før udskrivelsen pga. forventning om utilstrækkelige kompetencer hos personalet i primær sektor. 36 (64 pct.) svarer, at ernæring har lav prioritet i primær sektor.

Plads til forbedringer

Da en relativt simpel undersøgelse som monitorering af variabelen vægtudvikling kun angives at blive udført af 3 (5 pct.), må det tolkes som en indikation på mangelfuld monitorering af ernæringsstatus, i hvert fald omkring udskrivelsen. Lægernes manglende viden om betydningen af ernæring i relation til infektioner kan være meget problematisk, da en undersøgelse har vist, at lægen er katalysator for patientens egen indsats (10). Ansvarsplaceringen i forbindelse med ernæring er vigtig, og især ildsjæle og nøglepersoner angives af personalet at spille en vigtig rolle for sufficient ernæringsbehandling.

Det er velkendt, at personalets kommunikation om vigtigheden af ernæring og attitude og handlinger har stor betydning for patienter med nedsat appetit. Øget indtagelse af mad kan stimuleres ved at huske patienten på betydningen af at spise og opstille mål sammen med patienten. Fokus på at facilitere elektronisk dataudveksling på patienternes vej på tværs af sektorer kan afhjælpe manglende kommunikation. Udvikling af værktøjer hertil bør have høj prioritet, ligesom der bør udarbejdes detaljerede anbefalinger for, hvordan ernæringsbehandling på tværs af sektorer håndteres effektivt og systematisk.

Vores konklusion på undersøgelsen og senere audit er, at der på trods af guidelines og redskaber er en tendens til, at patientens ernæringsproblemer og ernæringsstatus ikke præciseres ved udskrivelse fra Infektionsmedicinsk Afdeling. Årsagerne kan være manglende viden og interesse for ernæring, manglende erkendelse af ernæringstilstand som prædikator for, hvordan det går patienten, og manglende tiltro til primærsektorens kompetence og ansvar samt mangel på nem udveksling af data på tværs af sektorer.

Hvad kan vi bruge resultaterne til?

Både i behandlingen og plejen af patienterne søger vi at styrke viden om og praktisk erfaring med mere effektiv og systematisk ernæringsbehandling fra indlæggelse til udskrivelse. Undersøgelsens resultater har givet et bidrag til diskussionen om patientinddragelse som en af mulighederne for en styrket indsats omkring ernæring. Især plejepersonale udtrykte, at de ud over at udnytte mulighederne omkring patientinddragelse og herunder også inddragelse af de pårørende oplevede et behov for et fagligt forum, hvor patienternes ernæringsproblemer kunne diskuteres. Det har ►

- ▶ således siden 2010 været rutine, at afdelingens diætist mødes med det sygeplejefaglige personale til ernæringskonferencer i sengeafdelingerne. Formålet er her at reflektere over ernæringsindsatsen, udvikling i ernæringsstatus og sikre øget fokus på udskrivelse allerede ved indlæggelsen. Patienternes ernæringscore figurerer på oversigten over afdelingens patienter, så det nemmere tydeliggøres, hvem der er i ernæringsmæssig risiko, har behov for særlig ernæringsmæssig indsats og bør rescreenses.

På ernæringskonferencerne drøftes ernæring hos udvalgte patienter, og projektoren er tændt, så vi sammen kan kigge på både god og mangelfuld dokumentation. På konferencerne drøftes ligeledes diætprincipper for indlagte og ambulante patienter med bl.a. hiv, leverbetændelse, KOL, laktoseintolerance, vægttab/overvægt, madlede m.m. I både ernærings- og dokumentationsudvalget pågår løbende koordinering og udarbejdelse og ajourføring af ernæringsinstrukser, vejledningsmateriale og diverse ernæringsarbejdsredskaber til afdelingen.

Kost- og ernæringsnøglepersoner mødes sammen med ledelsen i ernæringsudvalget tre gange årligt og drøfter problemstillinger og udviklingsområder omkring ernæring, herunder udvikling af informationsmateriale til patienter og pårørende, afdelingsspecifikke instrukser mv. For at sikre tværfaglighed er afdelingens diætist og afdelingens ernæringsansvarlige overlæge medlem af ernæringsudvalget, og to reservelæger har på skift ansvaret for den lægefaglige dokumentation af ernæring.

I den kliniske undervisning støttes de uddannelsessøgende inden for plejen i at have fokus på ernæring. Dette sker bl.a. ved, at sygepleje- og diætiststuderende bliver koblet sammen omkring løsning af ernæringsmæssige problemer hos en patient.

Undersøgelsens resultater viste, at der kunne være behov for at højne personalets viden om ernæring. Der er derfor i afdelingen udbudt en tværfaglig Journal Club, som indbefatter kritisk læsning og diskussion af forskningsartikler i relation til temaet ernæ-

” Ernæring skal uafledeligt på dagsordenen, hvis den skal være en integreret del af behandlingen og have den nødvendige plads i en fyldt og aktiv hverdag på hospitalet.

ring til infektionsmedicinske patienter. Der er god tilslutning til disse.

Bedre informerede patienter udviser større kompliance, større tilfredshed med behandlingen og bedre behandlingsresultater,

Boks 1. Aktiviteter i ernæringsmåneden ”Mad March”

Kalender

En samlet oversigt over alle aktiviteter og tider og steder gennem hele måneden. Aktiviteterne omfatter bl.a. besøg af ernæringsfirmaer, smagsprøver, undervisning i sondeernæring, Total Parenteral ernæring (TPN), udskrivelse, berigelse m.m.

Tipskupon

En kupon der inviterer sygeplejersker og afdelingens øvrige personale til at dyste om viden indenfor ernæring. Alle deltager i lodtrækning om præmier.

Nominering

Nominér din kollega til ”månedens plejeplaner”. Alle, der laver en ernæringsplan i EPJ og dermed gør det lettere for kollegaerne at videreføre og følge op på planen, kan deltage i nomineringen.

Dagens vitaminpille

”Dagens vitaminpille” som dukker op på skærmen, når pc'en tændes. Teksten er meget kort, f.eks.: Sats på ernæring og reducer komplikationer hos underernærede patienter med 50-100 pct.

Spørgeskemaundersøgelse

Kvalitativ spørgeskemaundersøgelse. Da patienten er hovedperson, er vi interesserede i at høre patientens mening om den mad og ernæring, vi tilbyder i vores afdeling.

bl.a. fordi de har en opfattelse af at have en vis kontrol jf. Sundhedsstyrelsens MTV-rapport ”Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed – En empirisk undersøgelse af fælles beslutningstagning og dagligdagens møder mellem patient og behandler”.

Med henblik på at styrke inddragelsen af patienterne og klæde dem på til selv så vidt muligt at kunne bidrage ved overgangen til andre sektorer har vi udarbejdet en patientfolder, ”Mad er en vigtig del af behandlingen, når du er indlagt hos os”, som informerer patienter og pårørende om madtilbuddene i afdelingen samt opfordrer patienten til at spise i spisestuen, rekvirere mellemåltider mv.

På baggrund af undersøgelsen har vi konkluderet, at det er nødvendigt kontinuerligt at have fokus på ernæring. Derfor besluttede ernæringsudvalget igen i år at afholde en ernæringsmåned.

Vi kaldte måneden for ”Mad March”, da den foregik i marts, og det engelske ord herfor er March, som også antyder noget med

fart på. "Mad" spiller på dobbeltbetydningen af mad på dansk og skør/vanvittig på engelsk, fordi aktiviteterne ligger ud over det, vi normalt foretager os i afdelingen. Der var konkurrencer, smagsprøver, sjove opslag og dagens "vitaminpille", der blev rundsendt via mail. Alle tiltag med det formål at sætte ekstra fokus på alt fra oralt indtag til parenteral ernæring. Vi benyttede måneden til at sikre, at vi har alt ernæringsmateriale i opdaterede udgaver, træne personale, der måtte være uøvede i f.eks. nedlæggelse af sonde, aflive myter om ernæring, inspirere til bedre dækning af patienternes ernæringsbehov f.eks. i form af nemme tilskud og hyppige mellemmåltider mv. Vi ville sætte fokus på vores procedurer og dokumentationen omkring udskrivelse og sektorovergange. Der var også fokus på at integrere ernæringsstatus i den lægefaglige epikrise.

Se i boks 1 side 66 vedrørende konkrete aktiviteter i "Mad March".

Hold gryden i kog

Vi drømmer om, at vi i fremtiden kan tilbyde vores patienter en mere tilstrækkelig ernæringsbehandling. Vi har erfaret, at instrukser, vejledninger og værktøjer ikke gør det alene, når der skal handles målrettet på patienternes ernæringsproblemer. Ernæring skal uafledeligt på dagsordenen, hvis den skal være en integreret del af behandlingen og have den nødvendige plads i en fyldt og aktiv hverdag på hospitalet.

Hvis du vil læse mere om spørgeskemaundersøgelsen, har vi netop fået accepteret en videnskabelig artikel i *Topics in Clinical Nutrition* med titlen "Attitudes, perceptions and knowledge among hospital staff concerning post discharge nutritional follow-up".

Litteratur

- Rasmussen HH, Kondrup J, Staun M, Ladefoged K, Kristensen H, Wengler A. Prevalence of patients at nutritional risk in Danish hospitals. *Clin Nutr* 2004;23:1009-15.
- Kondrup J, Sorensen JM. The magnitude of the problem of malnutrition in Europe. *Nestle Nutr Workshop Ser Clin Perform Programme* 2009;12:1-14.
- Holst M, Scand J CarSci. Nutritional screening and risk factors in elderly hospitalized patients: association to clinical outcome? 2012.
- Sullivan DH, Liu L, Roberson PK, Bopp MM, Rees JC. Body weight change and mortality in a cohort of elderly patients recently discharged from the hospital. *J Am Geriatr Soc* 2004;52:1696-701.
- Heersink JT, Brown CJ, Dimaria-Ghalili RA, Locher JL. Undernutrition in hospitalized older adults: patterns and correlates, outcomes, and opportunities for intervention with a focus on processes of care. *J Nutr Elder* 2010;29:4-41.
- Council of Europe – Committee of Ministers. Resolution ResAP (2003) 3 on food and nutritional care in hospitals.
- Bedre mad til syge. Hvorfor? Hvordan? Sundhedsstyrelsen 2003 (2003a). Kan læses på www.sst.dk.
- Lindorff-Larsen K, Hojgaard Rasmussen H, Kondrup J, Staun M, Ladefoged K. Management and perception of hospital undernutrition – a positive change among Danish doctors and nurses. *Clin Nutr* 2007;26:371-8.
- Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Irtun O. Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: a questionnaire based survey. *Clin Nutr* 2006;25:524-32.
- Holst M, Rasmussen HH, Laursen BS. Can the patient perspective contribute to quality of nutritional care? *Scand J Caring Sci*. 2011 Mar;25(1):176-84.

English abstract

Ravn AW, Engell-Sørensen V, Storgaard M, Rodkjær LØ. Lack of focus on nutrition in the health-care sector. *Sygeplejersken* 2013;(6):64-7.

The Department of Infectious Diseases at Aarhus University Hospital, Skejby, carried out a survey seeking to identify barriers to nutritional treatment of hospitalised patients. It particularly focused on barriers related to discharge procedures, because – despite guidelines and tools – there has been a tendency to not having clarified the patient's nutritional problems and nutritional status at discharge.

The questions in the survey include a number of barriers concerning implementation of the nutritional screening and therapy that the European Council has identified as concerns the application of clinical nutrition, i.e. knowledge and attitudes, as well as responsibility and cooperation – both interdisciplinary and with the primary sector.

Significant barriers include a lack of knowledge and interest in nutrition, a lack of acknowledging nutritional status as a predictor of a patient's future, a lack of confidence in the primary sector's competence and responsibility, and a lack of an easy exchange of data across sectors. The Department concludes that nutrition constantly be on the agenda if it is to be an integral part of the hospital's treatment.

Keywords: Nutrition, Primary health care, treatment.

Screening for mikroalbuminu praxis kan udføres af sygeple

Praksispersonale kan med relevant efteruddannelse varetage undervisning af patienter med diabetes og screening for mikroalbuminuri, hvilket er væsentligt i forhold til at undgå komplikationer i form af nyreskader. Forfatterne har erfaret, at screening for mikroalbuminuri ikke er tilstrækkeligt implementeret i almen praksis, og ønsker mere fokus på opgaven.

AF BIRTHA HANSEN, CAND.CUR., KLINISK SYGEPLEJESPECIALIST, AFDELING MEA, AARHUS UNIVERSITETSHOSPITAL; BH@KI.AU.DK
SØREN TANG KNUDSEN, OVERLÆGE, DR.MED., PH.D., AFDELING MEA, AARHUS UNIVERSITETSHOSPITAL.

Antallet af personer med diabetes er stigende i Danmark og i verden. I Danmark har ca. 5,2 pct. af befolkningen diabetes. Det er en fordobling af antallet af personer med diabetes på 10 år, og det skønnes, at der er lige så mange, som har sygdommen uden at vide det. I 2025 vil der være ca. 600.000 danskere med diabetes, og dette koster det danske samfund omkring 86 mio. om dagen (1,2). En væsentlig årsag til de stigende omkostninger er den forhøjede incidens af kardiovaskulær sygdom og risikoen for at udvikle sendiabetiske komplikationer, de såkaldte mikrovaskulære sygdomme i nyrer, øjne og nerver (1,2).

Sendiabetiske komplikationer medfører også store menneskelige omkostninger, og derfor er forebyggelse af disse meget vigtige. Sendiabetiske komplikationer kan udsættes i mange år gennem velregulerede blodglukoseniveauer (3).

Risikoen for at udvikle kardiovaskulære komplikationer er stærkt forhøjet ved samtidig tilstedeværelse af diabetes og nedsat nyrefunktion (4).

Et tidligt tegn på diabetisk nyresygdom er let forhøjet albuminudskillelse i urinen (mikroalbuminuri), som er tegn på beskadigelse af glomerulus og begyndende nedsættelse af nyrefunktionen hos diabetespatienter (5).

Patientinvolvering og patientuddannelse er afgørende for at opnå vellykkede behandlingsforløb med velregulerede blodglukoseniveauer.

Patientinvolvering i behandlingen er et komplekst samspil af medicinske faktorer (f.eks. at indtage/injicere medicin og monitorering af blodglukose) og livsstilsfaktorer (f.eks. at spise diabeteskost og udøve fysisk aktivitet). Disse aktiviteter kaldes diabetes self-management (DSM), fordi patienten har hovedansvaret for at håndtere disse (6). Undervisning i DSM er en forudsætning for at kunne håndtere/mestre egen sygdom. DSM-undervisning er defineret som en vedvarende proces med facilitering af viden, færdigheder og evner, som er nødvendige for at mestre diabetes. I denne proces inkorporeres behovene, målene for DSM og livserfaringerne af personen med diabetes, og processen er vejledt af evidensbaserede standarder. Målet med DSM-undervisning er at støtte personen med diabetes til at tage beslutninger på et informeret grundlag, at støtte egenomsorgsadfærd, problemløsning og aktivt samarbejde med sundhedspersonalet samt at forbedre de kliniske resultater (7).

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der på diagnosetidspunktet planlægges et struktureret patientuddannelsesprogram for at give personen med diabetes viden og færdigheder samt evne til at træffe bevidste valg ud fra egne mål og værdier. Undervisningen kan f.eks. foregå på diabetesskoler (8).

Hvis personer med diabetes oplever kontrol over egen sygdom, har det sammenhæng med psykosociale og biologiske forhold i forhold til effektiv DSM, idet det har vist sig, at træning af sundhedspersonale i at samarbejde med personen med diabetes på en måde, som øger personens kontrol, fører til forbedrede resultater (9).

Det har vist sig, DSM-undervisning reducerer risikoen for sendiabetiske komplikationer og fremmer sundheden (10). Desuden bliver personer med diabetes, som har deltaget i DSM-undervisning, oftere screenet for sendiabetiske komplikationer, hvorved

” I 2025 vil der være ca. 600.000 danskere med diabetes, og dette koster det danske samfund omkring 86 mio. om dagen.

sendiabetiske komplikationer forebygges og udsættes (11). Personer med diabetes, der ikke har deltaget i DSM-undervisning, har fire gange større risiko for at udvikle diabeteskomplikationer (12).

En nylig offentliggjort dansk undersøgelse i Ugeskrift for Læger har vist, at 42,8 pct. af personerne med type 2-diabetes ikke som anbefalet er undersøgt for mikroalbuminuri inden for en etårs periode i almen praksis. Screening for mikroalbuminuri er afgørende for at opdage begyndende diabetisk nyresygdom, som ubehandlet fører til nyresvigt og meget større risiko for kardiovaskulær sygdom. Ved at screene for mikroalbuminuri og behandle begyndende mikroalbuminuri udsættes og forebygges nyresvigt og andre sendiabetiske komplikationer samt død hos personer med diabetes (13).

Der mangler danske undersøgelser

Undersøgelser i USA har vist, at kun 52 pct. af personerne med type 2-diabetes har deltaget i diabetesundervisning, og mere end 50 pct. af deltagerne vidste ikke, at komplikationer i øjnene kan

ri i almen jersker

Tabel 1. Fordeling af patienter med type 2-diabetes i forhold til graden af nyreskade

40 pct. af patienterne havde tegn på nyreskade, heraf halvdelen moderat til svært nedsat nyrefunktion. 51 pct. havde ingen tegn til nyreskade, og for de resterende 9 pct. af patienterne var der ingen data for nyreskade (5).

| CKD Stadium | eGFR (ml/ minut) | Pct. af T2DM patienter# |
|-------------|------------------|-------------------------|
| Ingen CKD | >90* | 51 |
| 1 | >90** | 9 |
| 2 | 60-89** | 11 |
| 3 | 30-59 | 18 |
| 4-5 | <29 | 2 |

CKD: Kronisk nyresygdom. eGFR: Estimeret glomerulær filtrationsrate (GFR). T2DM: type 2-diabetes

Manglende data fra 9 pct. af patienterne

* Ingen tegn på nyreskade

** Forhøjet albuminuri - nyreskade

være uden symptomer, og at der er muligheder for at reducere problemer med øjnene (14).

På trods af at Sundhedsstyrelsen anbefaler undervisning til personer med diabetes, findes der ingen undersøgelser i Danmark, der ligesom ovenstående viser, hvor mange der har fulgt et undervisningsprogram i Danmark.

Med udgangspunkt i de tidligere omtalte danske resultater, at 42,8 pct. af personerne med type 2-diabetes ikke som anbefalet er undersøgt for mikroalbuminuri hos egen læge inden for en etårig periode, kan der kun gisnes om, hvor mange sendiabetiske nyrekomplikationer, andre komplikationer og dødsfald der kunne være undgået og forebygget med korrekt screening og behandling.

Screening for mikroalbuminuri er den bedste måde til diagnose af begyndende diabetisk nyresygdom. I ovennævnte undersøgelse havde 21 pct. af de screenede patienter mikroalbuminuri, og 3 pct. havde proteinuri til trods for, at kun 2,3 pct. af patienterne

ved måling af nyrefunktionen med plasma-kreatinin havde moderat forhøjede værdier (> 150 mikromol/l) som tegn på diabetisk nyresygdom. Det er tankevækkende, at næsten alle (97,6 pct.) var undersøgt herfor med blodprøve i stedet for screening for mikroalbuminuri (13).

I en stor amerikansk undersøgelse (se tabel 1 herover) hos personer med type 2-diabetes fandtes, at ca. 40 pct. af deltagerne havde tegn på nyreskade, hvoraf 9 pct. havde nyrepåvirkning (forhøjet albuminuri) uden påvirkning af eGFR (estimeret glomerulær filtrationsrate). Dette understreger vigtigheden af at undersøge urinen for mikroalbumin for at forhindre udviklingen til nyresvigt (5).

Rejser mange spørgsmål

Sundhedsstyrelsen anbefaler undersøgelse for diabetisk nyresygdom ved hjælp af urin-albumin-kreatinin-ratio (eller evt. døgurnin-albumin) ved konsultationen én gang om året, og ved mikroalbuminuri, da kontrolleres urinen to-fire gange årligt (8). I ovennævnte danske undersøgelse var knap 42 pct. af patienterne undersøgt med urin-albumin-kreatinin-ratio, mens knap 23 pct. var undersøgt med mindre egnede screeningsmetoder (spot urin-albumin/-protein).

Ovenstående rejser mange spørgsmål:

- Hvorfor screenes der ikke for mikroalbuminuri i almen praksis?

» En dansk undersøgelse har vist, at 42,8 pct. af personerne med type 2-diabetes ikke som anbefalet er undersøgt for mikroalbuminuri inden for en etårs periode i almen praksis.

- ▶ · Mangler praksispersonale viden om vigtigheden af at screene for mikroalbuminuri?
- Mangler praksispersonale viden om den anbefalede screeningsmetode til bestemmelse af nyrefunktionen?
- Har personerne med type 2-diabetes ikke fået undervisning, og har de derfor ikke viden om, hvor vigtigt det er, at urinen undersøges for mikroalbumin?
- Hvilket tilbud er der om undervisning i almen praksis til personer med type 2-diabetes?
- Hvordan er organiseringen af indsatsen til personer med type 2-diabetes i almen praksis med hensyn til screening for mikroalbuminuri?
- Skelnes der mellem tremåneders- og årsbesøg, mht. hvad der screenes for?
- Hvordan er ansvarsfordelingen mellem praksissygeplejersken og praktiserende læge med hensyn til tremåneders- og årsbesøgene?
- Findes der i den enkelte praksis retningslinjer for indholdet i de forskellige besøg, og hvis ansvar er det, hvilke screeninger der foretages?
- Hvorfor tages der blodprøve til undersøgelse for kreatinin hos alle, men kun urinundersøgelse hos knap halvdelen af personerne med type 2-diabetes?

» Screening for mikroalbuminuri er den bedste måde til diagnostik af begyndende diabetisk nyresygdom.

Klare anbefalinger

Sundhedsstyrelsen præciserer klart, hvad anbefalingerne er for indholdet i tremåneders- og årsbesøg-forløbsprogrammet (8):

Aftalte besøg 2-4 gange årligt

- Kontrol af risikofaktorerne: HbA1c, BT og vægt. Ved mikroalbuminuri desuden kontrol af urin.
- Gennemgang af eventuelle hjemme-blodglukosemålinger
- Samtale med patienten om oplevelsen af hverdagen med dia-

betes herunder egenomsorg, psykosociale aspekter og mulighed for inddragelse af nære pårørende, netværk mv.

- Samtale med patienten om mad-, motions- og rygevaner med henblik på at sikre indsigt og evne til at foretage bevidste valg
- Samtale med patienten om den medicinske behandling og behov for evt. justering af behandling og individuelle behandlingsmål
- Afdække behov for yderligere patientuddannelse
- Individuel risikovurdering og fastlæggelse af individuelle behandlingsmål
- Fastlæggelse/justering af en samlet behandlingsplan i samarbejde med patienten.

En årskonsultation

Samme ydelser som ved aftalte besøg, jf. ovenfor. Derudover:

- Stillingtagen til øjenscreening: fundusfoto og visus- eller undersøgelse ved øjnlæge hvert andet år (hyppigere ved mere udtalte nethindeforandringer samt ved graviditet).
- Fodundersøgelse: fodpuls, fejlstillinger, kallositeter, trykmærker eller manifesterede fodsår, undersøgelse med monofilament eller vibrationssans. Vurdering af evt. behov for viderehenvisning til fodterapeut og sårcenter/diabetesambulatorium.
- Vurdering af symptomer på autonom neuropati, f.eks. seksuel dysfunktion, gastroparese m.v.
- Undersøgelse for diabetisk nyresygdom: Urin-albumin-kreatinin-ratio eller døgnurin-albumin, s-kreatinin. Stillingtagen til evt. viderehenvisning.
- Undersøgelse for kardiovaskulær sygdom: symptomer og kliniske tegn på iskæmisk hjerte-, hjerne- og perifer karsygdom. Ved mindste mistanke udføres sædvanlig udredning.
- Screening for kardiovaskulære risikofaktorer i øvrigt: faste-/total-kolesterol, HDL- og LDL-kolesterol samt triglycerider.
- Sikring af, at patienten får relevante tilskud (f.eks. til medicin, testudstyr, mad).
- Opstilling af behandlingsmål.
- Fastlæggelse af behandlingsplan.

Hvorfor anbefalingerne ikke er implementeret i almen praksis, kan have mange årsager, og de følgende bud herpå er kun gisninger.

Årsager til manglende screening

Implementering af nye tiltag i almen praksis forudsætter, at personalet har viden og kompetencer til at implementere ændringerne.

Måske personalet har behov for undervisning, ny viden og handlefærdigheder indenfor diabetesbehandling, pleje og kommunikation. Dette kan opnås på videre-/efteruddannelseskurser. Desuden kunne praksissygeplejersken komme på studiebesøg i det nærmeste endokrinologiske diabetescenter og evt. følge dia-

» Måske personalet har behov for undervisning, ny viden og handlefærdigheder indenfor diabetesbehandling, pleje og kommunikation.

betesskolen. Eller måske kræves der organisatoriske ændringer, f.eks. nyt bookingsystem, hvor personen med type 2-diabetes får ny tid med hjem til næste besøg om tre måneder. Det kunne også være et system med automatisk SMS-påmindelse om næste besøg.

Personalet skal være enige om, at ændringerne indføres, samt hvornår ændringerne indføres, og hvordan ansvarsfordelingen er mellem praktiserende læge og praksissygeplejerske.

Undervisningstilbuddet i almen praksis til personer med type 2-diabetes er meget forskelligt fra praksis til praksis. Mange lægepraksis har sygeplejersker, som underviser personer med type 2-diabetes. Der findes også praksis, hvor der udelukkende er ansat sekretærer – hvem underviser der, og er der et undervisningstilbud i disse praksis?

Der skal måske udarbejdes nye patientinformationer om diabetes til brug i undervisningen til personer med type 2-diabetes, eller der kan rekvireres patientinformationer fra f.eks. Diabetesforeningen. Der mangler måske retningslinjer for, hvordan henvisningen til diabetesskolen foregår.

Måske der skal udarbejdes nye patientinformationer til brug ved de forskellige besøg, f.eks. pjecer med mulighed for at skrive de aftalte individuelle mål for livsstilsændringer samt datoer for screening af sendiabetiske komplikationer i nyrer, øjne og nerver. I forbindelse med at der aftales datoer til de forskellige undersøgelser, bør det præciseres, at det er personen med diabetes, der

selv har kontrollen over sin sygdom, og i sidste ende selv er ansvarlig for at komme til undersøgelserne og besøgene. Hvis personen med type 2-diabetes ikke bliver screenet eller ønsker screening for sendiabetiske komplikationer og derfor ikke kan starte forebyggende behandling ved eventuelle sendiabetiske komplikationer, da bør vedkommende orienteres om konsekvenserne af ikke at blive screenet.

Lige nu er et nyt system, Sentinel Data Capture system (DAK-e), der systematisk opsamler data om screeninger og undersøgelser, under implementering i almen praksis i Danmark. Sentinel laver individuelle kvalitetsrapporter til den enkelte praksis i forhold til blodprøvesvar, blodtryk, fodstatus mv., og forhåbentlig vil denne tilbagemelding og monitorering forbedre screeningerne for mikroalbuminuri i almen praksis.

Konklusion og perspektivering

Screening for mikroalbuminuri er ikke tilstrækkeligt implementeret i almen praksis i Danmark. Praksissygeplejersken kan med relevant efteruddannelse varetage denne opgave i samarbejde med praktiserende læge, f.eks. kunne sygeplejersken varetage tre-, seks- og nimbånedersbesøgene og praktiserende læge varetage årsbesøgene ud fra de beskrevne retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen. Dette ville være med til at sikre, at screening for mikroalbuminuri blev foretaget i almen praksis som anbefalet.

Der skal tilbydes undervisning til alle personer med type 2-diabetes i almen praksis, og personer med type 2-diabetes skal tilbydes henvisning til lokal diabetesskole. Dette kan være med til at sikre, at der screenes for mikroalbuminuri, fordi personen med diabetes er aktivt involveret i egen behandling og derfor medansvarlig for, at de anbefalede screeninger udføres.

Det er en nødvendighed, at ovenstående implementeres, da der i fremtiden bliver mange flere personer med type 2-diabetes, som skal behandles og undervises i almen praksis. Desuden vil ovenstående tiltag forbedre sundheden og livskvaliteten for personer med type 2-diabetes, da undervisning og screening for mikroalbuminuri kan være med til at forhindre, at mange personer med type 2-diabetes får nyresvigt og ender i dialyse.

► Litteratur

1. Sundhedsstyrelsen, Tal på Sundhed i Kommunerne. Tal på diabetes i kommunerne: Sundhedsstyrelsen; 2010.
2. Sundhedsstyrelsen. Diabetes : Tal på diabetes 1996-2010. Available at: [http://www.sst.dk/Indberetning og statistik/Sundhedsdata/Diabetes.aspx](http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Sundhedsdata/Diabetes.aspx). Accessed 7/16/2012, 2012.
3. Holman RR, Paul SK, Bethel MA, Matthews DR, Neil HA. 10-Year Follow-Up of Intensive Glucose Control in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2008 Oct 9;359(15):1577-89.
4. Foley RN. Myocardial disease, anemia, and erythrocyte-stimulating proteins in chronic kidney disease. *Rev Cardiovasc Med* 2005;6 Suppl 3:S27-34.
5. Koro CE, Lee BH, Bowlin SJ. Antidiabetic medication use and prevalence of chronic kidney disease among patients with type 2 diabetes mellitus in the United States. *Clin Ther* 2009 Nov;31(11):2608-17.
6. Feil EG, Glasgow RE, Boles S, McKay HG. Who participates in Internet-based self-management programs? A study among novice computer users in a primary care setting. *Diabetes Educ* 2000 2000;26(5):806-11.
7. Funnell MM, Brown TL, Childs BP, Haas LB, Hoseney GM, Jensen B, et al. National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care* 2012 Jan;35 Suppl 1:S101-8.
8. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Version: 1.0 ed. Kbh.: Sundhedsstyrelsen; 2008.
9. Williams GC, McGregor HA, King D, Nelson CC, Glasgow RE. Variation in perceived competence, glycemic control, and patient satisfaction: relationship to autonomy support from physicians. *Patient Educ Couns* 2005 Apr;57(1):39-45.
10. Boren SA. AADE7TM Self-care Behaviors: systematic reviews. *Diabetes Educ* 2007 ;33(6):866, 871.
11. Strine TW, Okoro CA, Chapman DP, Beckles GL, Balluz L, Mokdad AH. The impact of formal diabetes education on the preventive health practices and behaviors of persons with type 2 diabetes. *Prev Med* 2005 Jul;41(1):79-84.
12. Boren SA, Gunlock TL, Peebles MM, Krishna S. Computerized learning technologies for diabetes: a systematic review. *J Diabetes Sci Technol* 2008 Jan;2(1):139-46.
13. Knudsen ST, Mosbech TH, Hansen B, Konig E, Johnsen PC, Kamper AL. Screening for microalbuminuria in patients with type 2 diabetes is incomplete in general practice. *Dan Med J* 2012 Sep;59(9):A4502.
14. Boren SA, Gunlock TL, Schaefer J, Albright A. Reducing risks in diabetes self-management: A systematic review of the literature. *Diabetes Educ* 2007 ;33(6):1053-77.

English abstract

Hansen BP, Knudsen ST. Screening for microalbuminuria in general practice can be performed by nurses. *Sygeplejersken* 2013;(6):68-72.

Screening for microalbuminuria is not sufficiently implemented in general practice in Denmark, as 42.8% of people with Type 2 diabetes are not examined for microalbuminuria, as recommended. Screening for microalbuminuria is essential for detecting incipient diabetic kidney disease, which if untreated leads to kidney failure and increased risk of cardiovascular disease and death. General-practice nurses can, with appropriate training, perform this task in collaboration with the general practitioner.

Instruction should be offered within general practice to all patients with Type 2 diabetes, and they should be referred to a local diabetes awareness course. This may play a part in ensuring that microalbuminuria screening takes place, because the person with diabetes is actively involved in his or her own treatment and therefore shares responsibility for undergoing the recommended screening.

The above measures would improve the health and quality of life for people with Type 2 diabetes, since instruction and screening for microalbuminuria can help to prevent many people with Type 2 diabetes from developing kidney failure and ending up on dialysis.

Keywords: Diabetes, general practitioner, GP, instruction, urinary tract.

TEORI PRAKSIS

Teori & Praksis indeholder en kort test til læseren og spørgsmål, der lægger op til diskussion af egen praksis. Indholdet i artiklen er så vidt muligt forskningsbaseret.

Skribenter, der har et emne til "Teori & Praksis", kan maile til jb@dsr.dk og få mere information om rammerne for artiklen, eller se manuskriptvejledningen på www.dsr.dk/sygeplejersken

Forebyggelse af diabetiske

Artiklen er baseret på et litteraturstudie og beskriver, hvordan forebyggelse af diabetiske fodsår bør tilrettelægges ud fra fokuserede spørgsmål, fodinspektion, vurdering af patientens sko, risikovurdering og ikke mindst inddragelse af patienten. Tværfagligt samarbejde er en forudsætning for, at forebyggelse af fodsår kan lykkes, og større amputationer på sigt undgås.

Artiklen henvender sig til sygeplejersker og studerende, som er i gang med grund- eller videreuddannelse, og som deltager i omsorgen for patienter med diabetes.

AF EDDA JOHANSEN, SYGEPLEJERSKE OG MASTER I SYGEPLEJEVIDENSKAB, OG FRODE KRISTENSEN, SYGEPLEJERSKE OG LEKTOR

Mål med artiklen

Artiklens formål er at

- præsentere forslag til strukturerede vurderinger af fødderne hos patienter med diabetes med henblik på forebyggelse af sår og senere amputation
- beskrive vigtigheden af, at der ud over strukturerede vurderinger af patienternes fødder foretages en helhedsvurdering af patienterne
- synliggøre vigtigheden af risikovurdering og -klassificering
- synliggøre vigtigheden af en tværfaglig tilgang til det forebyggende arbejde
- opfordre læseren til at vurdere egen praksis med henblik på, hvorvidt den er i tråd med nationale og internationale anbefalinger.

Baggrund

Fodsår og amputationer er blandt de mest alvorlige og omkostningstunge komplikationer ved diabetes (1,2,3,4). I et norsk studie blev det påvist, at personer med diabetes faktisk havde 33 gange større risiko for underextremitetsamputationer end personer uden diabetes (5). Frem mod 2030 vil antallet af mennesker med diabetes formodentlig nå op på 550 millioner på verdensplan (6). Den generelle stigning i forekomsten af type 2-diabetes betragtes som en epidemi, som vil føre til flere sår og amputationer verden over (7). I Norge antages det, at ca. 375.000 har diabetes, hvoraf 350.000 har type 2-diabetes, som kun er diagnosticeret i 50 pct. af tilfældene (8). Personer med ikke diagnosticeret diabetes bliver ikke behandlet, hvilket øger risikoen for senkomplikationer (9).

Fodsår og amputationer kan i mange tilfælde forebygges ved at: a) udføre regelmæssig fodinspektion, b) identificere risikofødder, c) sikre brug af hensigtsmæssigt fodtøj, d) uddanne sundhedspersonale, patienter og pårørende og e) behandle hud-, negle- og foddeformiteter (2).

Sygeplejersker har en central og koordinerende rolle i det forebyggende arbejde, idet sygeplejersken holder rede på de mange eksterne aftaler, men arbejdet kræver viden om, hvordan sår opstår, og hvilke forhold der gør, at sårene ikke heler.

Blå bog

Edda Johansen er født i 1964 og blev bachelor i sygepleje ved Universitetet i Island i 1989. Efterfølgende har hun gennemført en praktisk pædagogisk uddannelse og er master i sygeplejevidenskab fra Universitetet i Oslo. For tiden er hun lektor ved Høgskolen i Buskerud i Norge, hvor hun har ansvar for videreuddannelse af sygeplejersker inden for sårbehandling. I 2010 påbegyndte hun en fireårig doktorgrad ved Glasgow Caledonian University i Skotland, en såkaldt professionel doktorgrad. Edda Johansen har klinisk erfaring fra plejehjem, hjemmesygepleje og rehabilitering, men har hovedsagelig erfaring fra intensiv afdeling, hvor hun fortsat arbejder. Email: edda.johansen@hibu.no



Frode Kristensen er født i 1954 og tog sin sygeplejerskeuddannelse ved Høgskolen i Tromsø i Norge i 1979. Efterfølgende gennemførte han en uddannelse som sygeplejerskelærer ved Universitetet i Tromsø i perioden 1983-1985. Hovedfagsopgaven blev udført ved Universitetet i Oslo, Institutt for Spesialpedagogikk, i 1998. For tiden er han førstelektor ved Høgskolen i Buskerud. De seneste år har han været tilknyttet videreuddannelse af sygeplejersker inden for sårbehandling med hovedvægt på diabetes. Han er også hovedansvarlig for undervisning i diabetes på bachelorniveau ved Høgskolen. Frode Kristensen har klinisk erfaring fra akut modtageafdeling og intensiv afdeling. I det seneste par år har han arbejdet med at kvalificere sig til docent.



Metode

Artiklen bygger på søgning efter retningslinjer (guidelines) fra NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence), SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network), norske retningslinjer og konsensusdokumenter udgivet af EWMA (European Wound

fodsår

Boks 1. Risiko for sårdannelse og forsinket sårheling

Opsummering af forhold, som kan indebære risiko for sårdannelse og forsinket sårheling:

1. Neuropati med nedsat eller manglende sensibilitet i fødderne
2. Nedsat perifer arteriel cirkulation
3. Mikrocirkulationsrelaterede forandringer, som kan nedsætte tilførslen af næringsstoffer til huden
4. Ødemer i foden
5. Forøget tryk på enkelte områder på foden på grund af hård hud (hyperkeratoser), foddeformiteter (f.eks. hammertær, tær i klostilling, nedsunken fodbue), abnormt gangmønster og/eller nedsat ledmobilitet.
6. Nedsat svedproduktion, tør og sprukken hud på fødderne (autonom neuropati), som kan føre til sårdannelse og infektioner.

Management Association) og WUWHS (World Union of Wound Healing Societies).

Der er desuden søgt med forskellige kombinationer af søgeordene: "diabetic foot", "risk assessment", "diabetic neuropathies", "ischemia", "amputation" og "practice guidelines" i CINAHL, Medline og Cochrane samt på publikationer af Boulton og Apelqvist.

Fodsår hos patienter med diabetes

Kombinationen af neuropati og nedsat perifer cirkulation gør personer med diabetes særligt udsatte for sår og amputationer (10,4).

Perifer neuropati kan ramme både sensoriske, motoriske og autonome nerver og give sensibilitetstab, foddeformiteter, tør hud (11), nedsat ledmobilitet og abnormt gangmønster (2). Sår opstår som regel på grund af tryk eller mekanisk skade (11), og patienten mærker ikke skaden på grund af den sensoriske neuropati (12). En symptomfri fod er derfor ikke et sikkert tegn hos diabetikere (2).

Sensibilitetstab, deformiteter og nedsat ledmobilitet kan give unormalt højt tryk på enkelte områder på foden og dermed hård hud (hyperkeratose) (2,4). Hyperkeratoser forekommer oftest over metatarsus (4) som følge af foddeformiteter. Hyperkerato-

sen øger trykket yderligere og kan give subkutane blødninger (2), som kan føre til nekrose og infektioner (13). Diabetiske fodsår betegnes derfor som neuropatiske tryksår (11).

Diabetiske fodsår kan i øvrigt klassificeres som neuropatiske eller iskæmiske i kombination med neuropati (neuroiskæmiske). Når der er opstået et diabetisk fodsår, er det graden af perifer aterosklerose, som afgør, om såret kan hele (11).

De vaskulære forandringer kan knyttes til både mikrocirkulationen (kapillærerne) og den generelle blodtilførsel (arterierne) (14). Perifer aterosklerose opstår omtrent som hos patienter uden diabetes (14), hvor rygning, hypertension og forhøjede lipidværdier kan forværre situationen (15).

Mikrovaskulære forandringer og følger deraf er omdiskuteret (16), men Boulton (2010) påpeger, at den perifere autonome funktionsforstyrrelse øger blodtilførslen til foden og fører til arteriovenøs shunting (17). Kapillærernes nedsatte evne til autoregulering kan også føre til dannelse af perifere ødemer (16). Foden kan derfor fremstå som ødematøs og varm til trods for de uhenigtsmæssige cirkulatoriske forhold.

Se boks 1 her på siden med opsummering af forhold, som kan indebære risiko for sårdannelse og forsinket sårheling. Se også "Stop og tænk 1" herunder.

Egenomsorg og patientundervisning

Den bedste praksis for egenomsorg har ændret sig fra en didaktisk tilgang, hvor målet var at give brugeren mest mulig information, til dagens mestringsmodeller (empowerment models), som har fokus på at give patienten de bedst mulige forudsætninger for at træffe beslutninger på eget initiativ. Diabetesomsorgen er dermed mere patientcentreret, og patienten og de nærmeste pårørende står i centrum (1).

Stop og tænk 1

- I hvilket omfang er du bekendt med, om patienter med diabetes i dit distrikt/din afdeling har neuropati og/eller nedsat perifer cirkulation?
- I hvilket omfang er du bekendt med, om sårene i dit distrikt/din afdeling er neuropatiske eller neuroiskæmiske?

► I retningslinjerne fra NICE (2004) er der ikke beskrevet eksplícitte metoder til undervisning eller oplæring, men der ser ud til at være nogle vigtige principper, som kan anbefales:

- Undervisning bør bygge på etablerede principper for voksenlæring
- Undervisning bør gennemføres af tværfagligt sammensatte teams
- Undervisning bør gennemføres i grupper, hvis der ikke er saglige argumenter, der taler imod det
- Undervisning bør gennemføres ved brug af forskellige teknikker, som stimulerer aktiv læring

Undervisningen bør tage hensyn til patientens evne til egenomsorg, erfaringer og selvbestemmelse (15). Budskabet skal være enkelt, og som sundhedsperson skal du sikre dig, at budskabet er forstået.

Indholdet bør være individuelt tilpasset, vidensbaseret og bl.a. omhandle blodsukkerkontrol, livsstil, rygning, alkoholvaner, fysisk aktivitet, kost, fodtøj, egenvurdering af fødder og fodpleje (15). Patienten med sin diagnose er ekspert i sit eget liv, mens sundhedspersonale ofte er eksperter i sygdommen. Målet må være at sikre optimal mestring, og evnen til egenomsorg skal derfor vurderes løbende. Se ”Stop og tænk 2” her på siden.

Tværfaglig tilgang

Brug af en tværfaglig tilgang har vist sig at være helt afgørende for at undgå amputationer (10). Opfølgning på patienter med diabetes kræver derfor koordinerede tværfaglige ydelser (3), hvor gode ydelser, som skaber tryghed hos patienterne, tilbydes på laveste effektive omsorgsniveau (LEON-princippet) (18).

I litteraturen nævnes en lang række fagpersoner, som bør deltage i diabetesomsorgen: en internmediciner med særlig kompetence i diabetes og nyresygdomme, en infektionsmediciner, en kardiolog, en karkirurg, en ortopædkirurg, en diabetessygeplejerske, sygeplejersker i den kommunale omsorg, en bandagist, en autoriseret fodterapeut, en fysioterapeut, en ergoterapeut, en øjenlæge og en psykolog (10,19,3).

Hvilke faggrupper som bør deltage, vil variere alt efter de individuelle behov, men organiseringen bør sikre tilfredsstillende fordeling af nødvendige beslutninger (4). Dette kræver, at alle

Stop og tænk 2

- Hvordan er patientundervisningen organiseret i dit distrikt/din afdeling?
- Hvilke patientrelaterede faktorer er efter din erfaring vigtige i forhold til nedsat evne til egenomsorg?

Stop og tænk 3

- Hvilke faggrupper indgår i arbejdet med forebyggelse af sår-dannelse og amputationer i dit distrikt/din afdeling?
- I hvilket omfang har du let adgang til udredninger og konklusioner fra alle involverede faggrupper og tjenesteniveauer?

involverede parter etablerer en god dialog med patienten (4) og samarbejder for at undgå unødige lidelser (20,19,4).

Når patienter modtager hjemmesygepleje baseret på laveste effektive omsorgsniveau (LEON), har det afgørende betydning, at patientens praktiserende læge og sygeplejerskerne har et godt samarbejde, fordi den praktiserende læge har ansvaret for de medicinske forhold og nødvendige henvisninger til specialister i den primære og sekundære sundhedssektor (19).

Specialistydelse leveres bl.a. af sårklinikker eller sårcentre, som samarbejder med en karkirurg, en ortopædkirurg, en bandagist og en socialrådgiver i forbindelse med bistands- og socialsager (19).

Udveksling af informationer mellem samtlige involverede fagpersoner kan udgøre en udfordring, fordi offentlige og private aktører ikke har et fælles journalsystem. Sygeplejersker bør derfor til enhver tid vurdere, hvorvidt de har al den information til rådighed, som er nødvendig for at sikre optimal opfølgning og behandling. Målet må være at sikre enhver patient optimal forebyggelse, hvor patienten og fagpersonerne samarbejder om de nødvendige beslutninger (4). Se ”Stop og tænk 3” her på siden.

Strukturerede vurderinger for at undgå fodsår

De fleste risikopatienter med symptomer og tegn på udvikling af

sår kan identificeres ved at stille nogle få fokuserede spørgsmål, udføre en fodinspektion og foretage nogle enkle undersøgelser (12).

Fokuserede spørgsmål

De fokuserede spørgsmål bør kunne klarlægge patientens anamnese, livsstil og psykosociale forhold og henlede diabetikerens opmærksomhed mod områder, som kan reducere eller hindre senkomplikationer (19).

Samtalen bør afdække forekomst af tidligere sår og amputationer, karkirurgiske indgreb, symptomer på nedsat perifer cirkulation og/eller perifer neuropati (1,3,19,21). Diabetikere, som tidligere har haft sår eller har fået foretaget amputationer, og som desuden har neuropati eller tegn på nedsat perifer cirkulation, har nemlig forhøjet risiko for at udvikle nye sår (15).

Neuropati kan opleves som en brændende, værkende, prikkende eller stikkende fornemmelse eller følelseløshed, træthed i benene og som at gå på glasskår (19). Derudover kan det være, at patienten ikke mærker tryk fra sine sko eller fremmedlegemer i skoene eller har en følelse af at gå på puder (22). Hos ca. 15 pct. af de patienter, som har neuropati, er neuropatien i øvrigt smertefuld (19). Under samtale med en patient er det naturligt, at sygeplejersker spørger, om der er symptomer på neuropati, fordi det er sjældent, at patienterne udvikler sår uden neuropati (12,23).

Nedsat perifer cirkulation kan give smerter ved gang, som aftager ved hvile (claudicatio intermittens). Der kan imidlertid også forekomme iskæmi uden smerteoplevelse hos patienter med neuropati (11), og derfor er fravær af smerter ved gang ikke et sikkert tegn på tilstrækkelig perifer cirkulation.

Rygning er en af flere livsstilsfaktorer, som kan give aterosklerose og nedsat evne til at transportere ilt rundt i kroppen (19) ud over forhøjet risiko for neuropati (21). Sygeplejersker bør derfor kortlægge patienternes rygevaner og tilbyde vejledning og medicin, som øger muligheden for et rygestop (19).

Dårlig blodsukkerregulation og højt langtidsblodsukker (HbA1c) kan øge risikoen for sår dannelse (3,12,19,21). HbA1c er et udtryk for det gennemsnitlige blodsukkerniveau i de seneste 6-12 uger (9), og HbA1c-målinger anbefales i den løbende opfølgning på patienter med diabetes (1). Flere studier (UKPDS, DCCT) har påvist klare signifikante sammenhænge mellem for-

bedret blodsukkerkontrol og reduceret forekomst af neuropatiske, retinopatiske og nefropatiske komplikationer (1). HbA1c-værdien bør ligge på ≤ 7 pct. (1,9), men kan påvirkes af varierende hæmoglobinniveauer (1). Målniveauet for HbA1c-værdier skal derfor altid tilpasses den enkelte patient i tæt samarbejde med den behandlende læge.

Fod- og hudpleje er af afgørende betydning for at undgå sår (1). Sygeplejersker bør derfor kortlægge patientens rutiner for hud- og fodpleje og evne til egenomsorg. Derudover bør sygeplejersker spørge til rutiner for brug af fodterapeut, hvis patienten har hyperkeratoser, fordi disse bør fjernes af en fodterapeut med særlig kompetence i diabetesfødder (19).

De fokuserede spørgsmål bør desuden afdække psykiske, økonomiske og sociale forhold, som har betydning for optimal egenomsorg.

De konklusioner, som kommer frem ud fra svarene på de fokuserede spørgsmål, bør gøres tilgængelige for alle involverede parter for at sikre optimal patientopfølgning.

Mange studier om fodinspektion

Der er publiceret særdeles mange studier om fodinspektioner og relevante tests, og ifølge ADA (2012) kan dette have bidraget til forvirring blandt klinikere i forhold til, hvad der bør undersøges og hvordan. Dette afsnit er derfor baseret på information fra flere publikationer. Læserne anbefales at søge i primærlitteraturen for at finde uddybende information (f.eks. om AAI, tåtryksmålinger, ganganalyser, MR osv.).

Fodinspektioner er af afgørende betydning for forebyggelsen af fodkomplikationer (12,21) og udgør derfor en af hjørnestenene i det forebyggende arbejde (2).

Sensibilitetstab

En fodinspektion bør afdække forekomst af sensibilitetstab (sensorisk neuropati) (1,10), fordi det kun er meget få patienter med intakt perifer følesans, der udvikler sår (12,23).

Sensibilitetstab kan opdages med enkle undersøgelser. Litteraturen giver forskellige anbefalinger, men optimalt set bør perifer følesans undersøges ved hjælp af to metoder (1,12,21). Den ene undersøgelse kan gennemføres med et 10 grams monofilament (Semmes-Weinsteins 10 grams monofilament) (1,12,21), som ►

- ▶ påviser nedsat følesans (19). Monofilamentet er billigt, nemt at bruge og kan benyttes til flere patienter, eftersom det ikke penetrerer huden, se foto 1 her på siden. Det består af et håndtag og en nylontråd, som giver et tryk på 10 gram mod huden, når det bøjer sig. Monofilamentet skal benyttes på fire steder uden hård hud under hver fod, se foto 2 her på siden, og ét ufølsomt punkt er nok til, at testen er positiv (19), og den beskyttende følesans er nedsat. Den anden sensibilitetsundersøgelse kan være en test af vibrationssansen med en 128 Hertz stemmegaffel (11,21). Enkelte steder benyttes også biothesiometer til test af vibrationssansen. I Danmark anerkendes tilskuddet til fodterapeutbehandling kun, hvis vibrationssansen er undersøgt med et biothesiometer.

Autonom neuropati

Den autonome neuropati giver tør og sprukken hud på fødderne (3). Tør og sprukken hud øger risikoen for såvel sår dannelse som infektioner, og derfor er det afgørende, at patienten selv eller sygeplejersken undersøger, om huden er tør, har sprækker eller sår (1) eller tegn på sår under den hårde hud.

Daglig vask af fødderne i lunkent vand i forbindelse med brusebad (ikke over 37° C) i 3-5 minutter) eller vask med en fugtig, lunken klud anbefales (24). Sæbe anbefales ikke, da det virker udtørrende på huden. Efter fodvasken skal fødderne tørres grundigt, især mellem tæerne, inden der påføres en fed fodcreme uden parfume og konserveringsmiddel (24). Fed fodcreme kan med fordel påføres to gange om dagen, men creme mellem tæerne bør altid undgås (24).

Fodinspektionen vil kunne afsløre eventuelle tegn på infektion. Lokale infektionstegn kan i øvrigt være mindre tydelige ved neuropati og nedsat arteriel cirkulation (10) og kan derfor blive opdaget sent og give unødige komplikationer.

Hyperkeratose

Hyperkeratoser bør tildeles ekstra opmærksomhed, idet den er tegn på tryk fra skoen, fremmedlegeme i huden eller spontan fraktur, hvorved der er opstået et knoglefremspring eller en fejlstilling. Sygeplejersker bør anbefale fjernelse af hård hud hos en fodterapeut med særlig kompetence i og interesse for patienter med diabetes (19). Hyperkeratoser, som opstår på trykudsatte områder, kan give subkutane blødninger, vævsskade (2) og underliggende sår og in-

Foto 1 og 2. Måling af sensibilitetstab



Foto 1. Sensibilitetsundersøgelsen med 10 grams monofilament. Brug kun så meget kraft, at monofilamentet bøjes lidt. Dette indikerer, at der udøves et tryk på 10 gram mod foden.



Foto 2. Fire steder under foden til test af sensibilitet ved hjælp af et 10 grams monofilament.

fektion (13). Sorte eller røde prikker i en hyperkeratose er det første tegn på subkutan blødning (22) og skal derfor gøres til genstand for særlig opmærksomhed som følge af infektionsrisikoen.

Neuroiskæmi

Hos personer med neuroiskæmi (neuropati + nedsat perifer cirkulation) er røde områder i huden, især på tryk- eller friktionsudsatte områder, et klassisk tegn på sårudvikling. Det er vigtigt at være opmærksom på, at fodsår sjældent opstår spontant, men at tryk fra sko og keratoser kan være afgørende for sår dannelsen.

Foddeformiteter kan opstå, når den motoriske neuropati fører til muskelatrofi (3,12), og både hammertæer, tær i klostilling, hallux valgus, hulfod og nedsat ledmobilitet kan opstå og forårsage tryk og sår dannelse (11,22). Der vil være individuelle forskelle,

Stop og tænk 4

- Hvor ofte palperer du fodpuls hos patienter med diabetes for at undersøge den perifere arterielle cirkulation?
- I hvilket omfang bliver der gjort brug af monofilament i dit distrikt/din afdeling til at afdække tab af beskyttende perifer følesans?
- Hvor bevidst er du om at anbefale fjernelse af hyperkeratoser hos en fodterapeut med særlig kompetence?

men enhver foddeformitet øger risikoen for neuropatiske tryksår og amputationer.

En alvorlig form for foddeformitet forekommer ved Charcot-neuropati, som rammer ben og fodled, giver forskydninger af ledflader (subluksation), dislokation og patologiske brud i foden (25). Charcot-neuropati rammer fod og ankel og meget ofte i tarsometatarsalområdet (den midterste del af foden) (26). En Charcot-fod giver helt specielle udfordringer og kræver særlig opfølgning og håndsytet fodtøj med aflastninger.

Ved fodinspektion skal neglene undersøges grundigt, ikke mindst med hensyn til længde, tryk mod nabotæer, strukturelle forandringer og infektion (neglerodsbetændelse) (21). Fødderne skal også undersøges for svampeinfektioner mellem tæerne (19). Som nævnt skal man være særligt opmærksom på, at de typiske lokale infektionstegn kan udeblive ved neuropati og nedsat cirkulation (10). Ved tegn på infektion skal personer med diabetes hurtigt henvises til specialistbehandling hos fagpersoner med særlig kompetence i diabetesfødder (19,21).

Perifær cirkulation

Den perifere cirkulation kan vurderes ved at palpere fodpuls (1). Fodpuls kan betegnes som "tilstedeværende" eller "fraværende". Fravær af palpabel fodpuls kan være et tegn på arteriel sygdom (14). I tilfælde, hvor patienten har perifere ødemer, eller hvor fodpuls ikke kan palperes, kan der med fordel benyttes et Doppler-apparat. Hvis fodpuls hverken kan findes ved palpation eller brug af Doppler, skal patienten henvises til videre udredning hos specialister i diabetes og fodsår (14). Den perifere cirkulation bør i så fald undersøges ved hjælp af AAI (ankel-arm- ▶

Læsertest

Patienten er en mand midt i 70'erne. Han har i 17 år haft type 2-diabetes, som er tabletreuleret. Han har ingen sår på fødderne, men har haft et sår under den ene fod for et år siden. Ved den seneste årlige kontrol var HbA1c 9 pct., og monofilamenttesten positiv med fravær af tryksans i to ud af fire punkter. Han har tør hud under foden og områder med hyperkeratose. Han har deformiteter i foden. Han har nedsat syn, men ser godt med de briller, han bruger.

1. Risikoklassificer patienten, og begrund din risikokategorisering.
2. Hvor ofte bør patienten følges op med kontroller?
3. Hvilke risikofaktorer ser du ud fra den begrænsede information om denne case?
4. Hvad vil du anbefale patienten at gøre i det daglige for at forebygge nye sår?

Læs svar på læsertesten side 81.



- ▶ indeks) (21), som giver information om graden af perifer arteriel sygdom. Måling af AAI hos patienter med diabetes er imidlertid ikke helt uproblematisk, eftersom arterierne bliver særligt stive, hvilket kan medføre, at AAI-målingerne bliver forkerter (21). Opstår der mistanke om AAI-fejlmålinger, anbefales det derfor at foretage tåtryksmåling (14,21). Se ”Stop og tænk 4” side 79.

Vurdering af sko

Sko udgør den vigtigste kilde til ydre tryk mod foden (27), og der kan derfor opstå sår i den neuropatiske fod som følge af tryk fra patientens egne sko (17).

SIGN (2010) anbefaler patienter med diabetes at benytte løbesko og polstrede træningssko frem for almindelige sko. Det hævdes også, at kondisko vil kunne give mindre tryk under foden sammenlignet med en lædersko med hård sål (27).

Patienter, der udvikler hyperkeratoser, bør bruge specialtilpassede skoindlæg eller specialtilpassede sko (15). Foddeformiteter øger risikoen for trykskader og sår (1), og patienter med tab af beskyttende perifer følesans i kombination med foddeformiteter bør derfor benytte specialtilpassede skoindlæg eller specialtilpassede sko (22,27). Det er som regel kun personer med store foddeformiteter, som har behov for specialsyede sko med stiv sål (22).

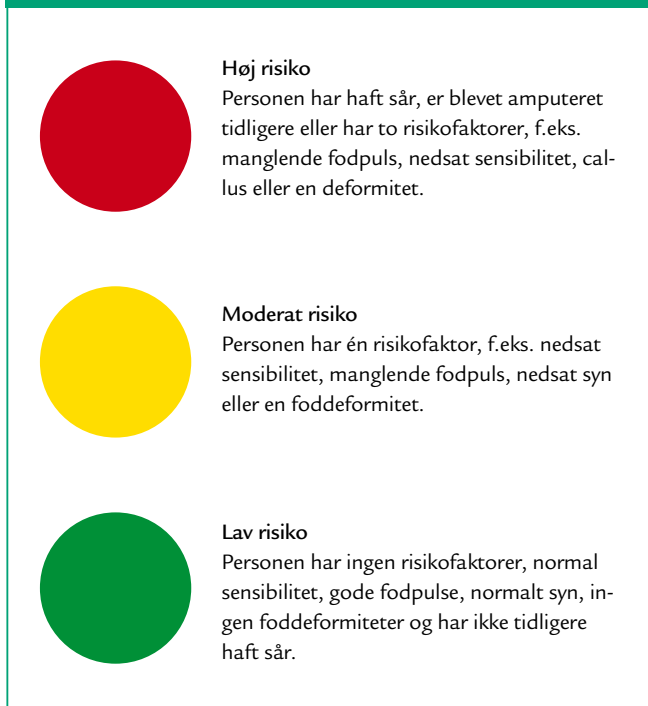
Sygeplejersker har en vigtig funktion i forbindelse med undersøgelse af skoene sammen med patienten. Følgende spørgsmål bør besvares ud fra de foretagne fodinspektioner og konklusionerne fra svarene på de fokuserede spørgsmål: Passer disse sko til denne fod? (21). Ved at tegne fodens omkreds op kan både patienten og sundhedspersonalet se, om foden er for stor til, at patienten kan bruge de pågældende sko.

Risikoklassifikation

Alle patienter med diabetes bør risikovurderes (15). Risikoklassifikation indebærer, at patienterne kategoriseres til at have lav, moderat eller høj risiko for at udvikle sår, og patienter med eksisterende fodsår placeres i en særlig kategori (15,19). Det norske Helsedirektoratet (2009) og SIGN (2010) har samme kriterier for risikoklassifikation bortset fra, at man i Norge også har valgt at medtage synsnedsettelse som en af flere risikofaktorer for sår og amputationer.

Risikovurderingen bør som minimum udføres en gang årligt

Figur 1. Risikoklassifikation for fodsår og amputationer



(1,10,11), og risikoklassifikation bør udføres, når der er foretaget strukturerede vurderinger af patienter og deres fødder (3,15,21). Graden af risiko afgør, hvilke forebyggende tiltag der bør iværksættes, hvilket omsorgsniveau patienten bør henvises til, og hvor ofte patienten bør følges op. Patienter med sår placeres i en særlig kategori, se figur 1 her på siden.

Patienter med lav risiko bør tilbydes årlig fodkontrol og desuden patientundervisning, så de selv kan stå for strukturerede vurderinger og forebyggende tiltag (15,19). Patienter med moderat eller høj risiko anbefales grundig oplæring i fodbeskyttelse, det vil sige regelmæssig inspektion, fjernelse af hård hud, brug af fugtighedscreme og information om specialsko og skoindlæg (19). Ved moderat eller høj risiko anbefales kontrol mindst hver 3. til 6. måned, og det anbefales desuden, at en fodterapeut med særlig

Svar på læsertest

Svar på læsertesten side 79:

1. Patienten har høj risiko for at få nye sår, fordi han både har haft sår tidligere og har neuropati og foddeformiteter.
2. Opfølgning bør foregå mindst hver 3. til 6. måned.
3. Hans tidligere sår udgør en væsentlig risikofaktor. Det er muligt, at hans forhøjede HbA1c kan bidrage til udvikling af neuropati og cirkulatoriske forandringer og dermed øge risikoen for sår dannelse. Hans neuropati og foddeformiteter udgør yderligere to væsentlige risikofaktorer. Hans nedsatte syn er kompenseret med briller og behøver derfor ikke udgøre en risikofaktor, men det bør vurderes løbende.
4. Hud-, fod- og neglepleje, daglig fodinspektion, regelmæssig indsmøring af fødderne med creme, fjernelse af hyperkeratose hos en fodterapeut, brug af hensigtsmæssigt fodtøj og måling af blodsukker.

interesse for diabetes deltager i opfølgningen (19). Patienter med sår og Charcot-fod skal henvises til specialistbehandling (sygehus), og ved tegn på alvorlig infektion eller kritisk iskæmi bør det vurderes, om der er behov for øjeblikkelig hjælp (19).

Målet må være, at patienterne risikoklassificeres og modtager hensigtsmæssig opfølgning.

Opsummering

Brug af nationale og internationale retningslinjer kan reducere antallet af sår og amputationer. Viden om senkomplikationer ved diabetes, årsager til sår dannelse, centrale risikofaktorer og symptomer kan bidrage til iværksættelse af hensigtsmæssige forebyggende tiltag.

Hensigtsmæssig forebyggelse og behandling bygger på strukturerede vurderinger, risikovurdering og risikoklassifikation med det formål at sikre, at patienten tilbydes sundhedsydelse på rette sted til rette tid.

Denne artikel lægger vægt på betydningen af egenomsorg, strukturerede vurderinger og brug af en tværfaglig tilgang, hvor den tværfaglige tilgang er helt afgørende for at undgå større amputationer. Sygeplejersker har derfor en vigtig rolle med hensyn

til at vurdere, om patienten selv og de nødvendige faggrupper er tilstrækkeligt involveret i det forebyggende arbejde.

Litteratur

1. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2012. *Diabetes Care*. 2012; 35, Supplement 1: 11-63.
2. Bakker K, Apelqvist J, Schaper NC. Practical guidelines on the management and prevention of the diabetic foot 2011. *Diabetes/Metabolism Research and Review*. 2012; 28, Supplement 1: 225-231.
3. Frykberg et al. Diabetic foot disorder: A clinical practice guideline. *The Journal of Foot and Ankle Surgery*. 2006;45(5):1-66.
4. NICE Guideline. Type 2 diabetes – footcare. 2004 (Besøgt den 15. september 2012). Se <http://guidance.nice.org.uk/CG10/Guidance/pdf/English>
5. Kapelrud H. Underekstremitetsamputationer og diabetes. *Tidsskrift for Den norske legeförening*. 2006;(17)126:2261-3.
6. International Diabetes Federation and International Working Group on Diabetic Foot. The development of global consensus guidelines on the management and prevention of the Diabetic Foot 2011 (Besøgt den 28. februar 2013). Gå ind på http://www.iwgdf.org/index.php?option=com_content&task=view&id=16&Itemid=26
7. Boulton AJ. The diabetic foot: grand overview, epidemiology and pathogenesis. *Diabetes/Metabolism Research and Review*. 2008; 24, supplement 1:3-6.
8. Stene et al. Hvor mange har diabetes mellitus i Norge? *Tidsskrift for Den norske legeförening*. 2004;(11)124:1511-4.
9. Sagen, JV. Sykdomslære. I: Skaffeld og Graue (red.). *Diabetes. Forebygging, oppfølging, behandling*. Oslo: Akribes AS; 2011.
10. O' Loughlin A, McIntosh C, Dinneen SF, O' Brien T. Basic Concepts to Novel Therapies: A review of the Diabetic Foot. *The International Journal of Lower Extremity Wounds*. 2010;9(2):90-102.
11. Gürgen M, Kaal A, Witsø E. Diabetiske fotsår. *Tidsskrift for Den norske legeförening*. 2005;(7):899-902.
12. Wu S og Armstrong DG. Risk assessment of the diabetic foot and wound. *International Wound Journal*. 2005;2(1):17-24.
13. Gürgen M. Diabetiske fotsår. Forebygging og behandling. *Diabetesforum*. 2005(3):17-21.
14. Burland P, Phillips A. Vascular disease and foot assessment in diabetes. *Practice Nursing*. 2012;23(4):187-93.
15. SIGN Guidelines. Management of diabetes. A national clinical guideline. 2010 <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign116.pdf> (Besøgt den 15. september 2012).

- 16. Krishnan STM, Rayman G. Microcirculation and Diabetic Foot. I: Boulton, Cavanagh, Rayman (red.). *The Foot in Diabetes*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.; 2006.
17. Boulton AJM. What You Can't Feel Can Hurt You. *Journal of the American Podiatric Medical Association*. 2010;100(5):349-52.
18. Helse- og omsorgsdepartementet (2006-2007). Nasjonal helseplan (2007-2010). [http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Nasjonal_helseplan_Sartrykk\[1\].pdf](http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Nasjonal_helseplan_Sartrykk[1].pdf) (Besøgt den 1. november 2012).
19. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer. Diabetes. Forebygging, diagnostikk og behandling; 2009 (Besøgt den 13. september 2012). Se <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-diabetes/Publikasjoner/Nasjonal-faglig-retningslinje-Diabetes-fullversjon.pdf>
20. Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartementet. St.melding nr. 47. Samhandlingsreformen; 2009 (Besøgt den 7. september 2012). Se <http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDPDFS.pdf>
21. Boulton AJM, Armstrong SFA, Frykberg RH, Kirkman, MS, Lavery LA, LeMaster JW, Mills JL, Mueller MJ, Sheehan P, Wukich DK. Comprehensive Foot Examination and Risk Assessment: A report of the Task Force of the Foot Care Interest Group of the American Diabetes Association, With Endorsement by the American Association of Clinical Endocrinologists. *Diabetes Care*. 2008;31(8):74-80.
22. Skafjeld A. Forebygging og behandling av fotsår. I: Skafjeld og Graue (red.) *Diabetes. Forebygging, oppfølging, behandling*. Oslo: Akribe; 2011.
23. Armstrong DG, Wu SC, Crews RC. Algorithms for Assessing Risk for Ulcerations and Amputations. I: Boulton, Cavanagh, Rayman (red.). *The Foot in Diabetes*. Chichester: John Wiley & Sons; 2006.
24. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer. Diabetes. Forebygging, diagnostikk og behandling. Brukerversjon; 2010 (Besøgt den 12. februar 2013). Se http://www.lhl.no/Global/PROSJEKT/Hjertel%C3%B8ftet/Dokumenter/Diabetes_Forebygg_317439a.pdf
25. Jude EB. Charcot Foot: What's New in Pathogenesis and Medical Management? I: Boulton, Cavanagh, Rayman (red.). *The Foot in Diabetes*. Chichester: John Wiley & Sons; 2006.
26. Salamon ML, Saltzman CL. The Operative Treatment of Charcot Neuroarthropathy of the Foot and Ankle. I: Boulton, Cavanagh, Rayman (red.). *The Foot in Diabetes*. Chichester: John Wiley & Sons; 2006.
27. Cavanagh PR, Ulbrecht JS. Footwear for People with Diabetes. I: Boulton, Cavanagh, Rayman (red.). *The Foot in Diabetes*. Chichester: John Wiley & Sons; 2006.

English abstract

Johansen E, Kristensen F. Prevention of diabetic foot ulcers. *Sygeplejersken* 2013;(6):73-82.

Nurses have an important role to play in working with diabetics when it comes to preventing foot ulcers, because in many cases foot ulcers can be prevented and the number of major amputations can be reduced. Preventive care requires a multidisciplinary approach, in which a doctor, diabetes nurse, podiatrist, prosthetist, physiotherapist, occupational therapist and optometrist often should be included in prevention efforts in order to optimise treatment.

In this collaboration, the specialists involved should focus on a comprehensive assessment and provide foot inspections to identify feet at risk, categorise their risk, and ensure that the patient receives a multidisciplinary follow-up at the right place and at the right time.

Foot inspections performed by trained clinicians, using structured observations and simple equipment, can detect neuropathy and decreased peripheral circulation, which – in combination – make people with diabetes especially prone to ulcers.

Complying with national and international recommendations for risk classification and monitoring can make it easier for the patient and the treatment team to meet the individual requirements necessary for the prevention of ulcers and in turn the prevention of major amputations.

Keywords: Diabetic foot, risk assessment, amputation, diabetic neuropathies, ischemia.

DIABETES?

Alfa-lipon er en fødevarer til behandling af diabetisk neuropati



Alfa-liponsyre

Molekylær- og cellebiologi har fundet det unikt, at alfa-liponsyre kan gavne mennesker med diabetisk neuropati.



Spinat

Spinat er en af de vegetabiliske kilder, der er rig på alfa-liponsyre, men du skal spise mere end 7 kg spinat for at få bare 2 mg.

Nyhed på det danske marked: Alfa-lipon, 120 tabletter, 300 mg

Kendt uden for Danmarks grænser siden 1950. Natur-Drogeriets Alfa-lipon er nu tilgængeligt på det danske marked!

Diabetisk neuropati

Alfa-lipon er til diabetikere med diabetisk neuropati. Diabetisk neuropati kan populært oversættes med nervebetændelse på grund af sukkersyge. Det er en tilstand, hvor der kan være følelsesløshed primært i fødder og tæer.

Anvendelse

2 tabletter dagligt i 4 uger, derefter 1 tablet dagligt.

Alfa-lipon købes på apoteket.

Find nærmeste forhandler på www.alfa-lipon.dk

Vejl. pris kr. 290,-



www.alfa-lipon.dk

Reck Motomed Letto 2

Aktiv- Passiv træning til sengeliggende patienter.



Forbedrer blodcirkulationen

Forbedrer peristaltikken

Forkorter indlæggelsestiden

Passiv træning = patienten trænes vha. motor

Aktiv træning = patienten træner selv

Kontakt vores kundeservice for yderligere information
Tel: 4344 4200 • pt@proterapi.dk • www.proterapi.dk

JOB



SE ALLE STILLINGER: WWW.DSR.DK/JOB

Praktiske oplysninger til annoncører

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

Nr. 7 - 2013
13. maj 2013

Nr. 8 - 2013
4. juni 2013

Nr. 9 - 2013
8. juli 2013

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
Internet: www.dmfnet.dk
Her kan du også rekvirere medieinformation.

Indleveringsfrister for STILLINGSANNONCER til de kommende numre

Nr. 7 - 2013
16. maj 2013

Nr. 8 - 2013
7. juni 2013

Nr. 9 - 2013
2. august 2013

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

Udgivelsesdatoer

Nr. 7 - 2013
31. maj 2013

Nr. 8 - 2013
21. juni 2013

Nr. 9 - 2013
16. august 2013



Albertslund Kommune

Sundhedsplejen i Albertslund Kommune søger en leder

Sundhedsplejen består af 14 sundhedsplejersker, en fysioterapeut og en sekretær. Der er et tæt samarbejde med kommunes Familiehusholdning omkring forebyggende indsatser, og i det hele taget er der et tæt samspil med andre aktører inden for børne- og familieområdet.

Sundhedsplejen vil fra den 1. august 2013 være en del af afdelingen Social & Familie, og lederen af Sundhedsplejen vil referere til afdelingschefen og indgå i afdelingens ledergruppe. Det forventes, at vores nye leder af Sundhedsplejen kan tiltræde den 1. august 2013.

Se mere på

www.albertslund.dk/job, hvor du finder hele stillingsopslaget og en funktionsbeskrivelse.

Der er ansøgningsfrist den 21. maj 2013 kl. 9.00.

ALBERTSLUND KOMMUNE - for det gode børneliv - for et rigt kulturliv - for et bedre miljø



"At lave en primitiv filosofi med båse som mennesker indeles i er en fejl hvoraf mange folk lider. Men vi er nogle få, der kun kan forstå en måde at inddele mennesker på - man skal de dem i individer".

Dette er Bostedet Theas målsætning sagt med Piet Heins ord. Thea er 8 psykiatriske bofællesskaber hvor 35 mennesker har deres bolig.

Bostedet søger en basissygeplejerske 37 timer pr. uge med weekendvagt hver 4 weekend.
Stillingen er et vikariat til den 31. januar 2014 og ansøgningsfristen er den 29. april 2013.

Vi tilbyder:

- Supervision ved psykolog.
- 1 samarbejdsinternatkursus for alle medarbejdere 1 gang årligt.
- Gratis fitness for dig og din familie.
- God beliggenhed - nær bus, tog og metro.
- God nomering.
- Mulighed for faglig og personlig udvikling.
- Tværfaglighed.
- Medindflydelse på hverdagen.

Vi forventer:

- En høj grad af kreativ tankegang.
- En høj grad af samarbejdsevne.
- Kendskab og erfaring i arbejdet med mennesker med psykiatriske lidelser.
- At du kan arbejde selvstændigt, planlægge og tilrettelægge arbejdsdagen hensigtsmæssigt.
- At du betragter humor som en væsentlig personlig ressource.
- At du mestrer evnen til at tage udgangspunkt i menneskers ressourcer.
- At du er villig til at tage ansvar for dagligdagen og arbejdsmiljøet i Bostedet.

Hvis du er blevet nysgerrig af ovenstående kan du få yderligere oplysninger hos sygeplejerske, forstander Inge Lise Winkel alle hverdage ml. 10 og 14 på tlf. 40 46 36 31. Yderligere oplysninger fås på vores hjemmeside www.okthea.dk

Skriftlig ansøgning med relevant dokumentation, anciennitetkort stiles og sendes til forstander Inge Lise Winkel, Mariendalsvej 30, 2000 Frederiksberg.

Foto: Colourbox



Giv elever og studerende de bedste læringsmuligheder

Uddannelseskonsulent; sparringspartner; udviklingsdrivkraft; vejleder; humorfyldt kollega. Det er svært at sætte bare ét ord på dig. Bliv del af et energisk og erfarent team, og giv Furesøs elever og studerende på pleje- og sundhedsområdet et værdifuldt uddannelsesforløb.

Du kan navigere i en afvekslende hverdag præget af mange aktører og holdninger. I dialog med elever, studerende og vejledere søger du at styrke den enkeltes læring og det gode læringsmiljø. Den svære samtale er en udfordring, du arbejder etisk forsvarligt med, og du formår at træffe de nødvendige afgørelser.

Læs meget (!) mere om stillingen, og send os din ansøgning senest 20. maj via furesoe.dk/job.



FURESØ
KOMMUNE





Randers Kommune

Rusmiddelcenter Randers søger sygeplejerske 37 timer

Rusmiddelcenter Randers arbejder på at styrke den sundhedsfaglige indsats. Vi søger derfor en sygeplejerske, der kan medvirke til denne udvikling, og som med afsæt i klinikfunktionen i stofafdelingen kan medvirke til at styrke samarbejdet omkring sundhed og medicin. Stillingen omfatter også en socialfaglig behandlingsdel i forhold til borgere i substitutionsbehandling, hvilket også indebærer uddannelse i kognitiv terapi ved misbrug. Der henvises til det fulde stillingsopslag på: www.jobnet.dk eller www.randers.dk

Yderligere oplysninger kan fås ved henvendelse til faglig behandlingsleder Kirsten Kok, tlf. 8915 7083 eller mob.: 5122 9412. Ansøgningsfrist 27. maj kl. 12.



Læg dit CV på Sygeplejerskeportalen

www.dsr.dk

Dansk Sygeplejeråd



Net annoncer

Gå ind på www.dsr.dk/jobsogning

Indtast Quick-nummeret, så kommer du direkte ind til netannoncen, hvor du kan læse meget mere om stillingen.

Netannoncer kan indtastes hele døgnet.

Quicknr.

36382

Hovedstaden

Rudersdal Kommune - Ældre

Kvalitets- og udviklingssygeplejerske

Ansøgningsfrist: 17. maj 2013



Quicknr.

36395

Hovedstaden

Høje Taastrup Kommune

Demenskoordinator

Ansøgningsfrist: 23. maj 2013

PPS

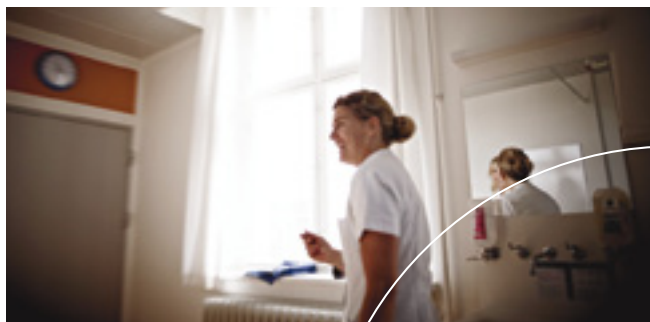
Praktiske Procedurer i Sygepleje

Fra sygeplejer til vor nye Salgschef eller nye Redaktør i København K ?

Cappelen Damm A/S, Norges største forlag, søger både salgschef og redaktør til PPS - et kundskabsbaseret, digitalt støttesystem for kliniske beslutninger og ledelsesfaglige vurderinger i sygeplejeuddannelse og - praksis. PPS giver øget kompetence, effektiv dokumentation, kontinuitet i patientbehandling og øget patientsikkerhed.

Vi er markedsledende i Norge hvor 80 000 sundhedsansatte har tilgang til PPS via web, tablets, pc og mobil.

Se www.ppsinfo.no og se stillingerne på <http://assessit.dk/ledige-stillinger>



ØKONOMISK TRYGHED GENNEM HELE ARBEJDSLIVET

DSA er med dig. Også hvis du pludselig står uden job. Vi sørger for, at du får dagpenge, mens du er arbejdsløs, og tilmelder du dig efterlønsordningen, kan du gå på efterløn. Det giver mulighed for en fleksibel tilbagetrækning.

Som medlem af DSA har du flere muligheder og større valgfrihed. Ud over økonomisk hjælp får du professionel vejledning af sundhedsfagligt uddannede jobkonsulenter, så du hurtigt finder nye udfordringer i arbejdslivet. Bliver du syg, kan du få hjælp af DSAs socialrådgivere, der kender dine rettigheder og muligheder.

DSA er Danmarks billigste a-kasse. Læs mere om den service, vi tilbyder på dsa.dk. Du kan også være aktiv i debatten på [facebook.com/dehvidesko](https://www.facebook.com/dehvidesko)

DSA - for sundhedsprofessionelle

DANSKE
SUNDHEDSORGANISATIONERS
ARBEJDSLØSHEDSKASSE



DSR Meddelelse**Generalforsamling i Fagligt Selskab for Børnesygeplejersker**

Der afholdes generalforsamling tirsdag den 7. maj fra kl. 16-17. Generalforsamlingen finder sted på Severin Kursuscenter i Middelfart. Der vil være forslag om vedtægtsændring i forhold til opstillerlisten til bestyrelsen. Se endvidere dagsorden for generalforsamlingen på hjemmesiden.

Forslag til dagsorden sendes til Lena Wittenhoff, e-mail: lenaogh@p@mail.tele.dk eller tlf.: 7444 2509 senest den 1. maj 2013.

Medlemmernes pensionsordning, overblik og indsigt

Introduktionskursus for tillidsrepræsentanter. Du og dine kolleger har via jobbet en pensionsordning. Som tillidsrepræsentant vil det ofte være dig, som får spørgsmål fra kollegerne om pension. Derfor er det vigtigt at vide i hvilke situationer, du bør tænke på pensionsordningen. PKA vil, for dine kollegers skyld, give dig et indblik i, hvordan pensionsordningen er sat sammen. Læs om disse en-dags kurser på www.pka.dk

DSR Fonde og legater**Fællesfonden til ferie- og rekreationsophold**

Fællesfonden til ferie- og rekreationsophold for sygeplejersker. Legatportioner uddeles til ferie- og/eller rekreationsophold for sygeplejersker. Ansøgninger skal være DSR i hænde senest den 28.05.13. Medlemmer der ikke bevilges legatportion, modtager ikke svar. Bevilgede medlemmer får svar ca. 3 uger efter. Ansøgningsskema findes på www.dsr.dk/legater eller telefonisk på 3315 1555.

Harboefonden Uddeling af stipendium til sygeplejersker

Til sygeplejersker der ønsker at skrive projektforslag til sit forestående ph-d studium uden fuldtidsarbejde i perioden. Stipendiet er på kr. 100.000. Ansøgningsskema findes på: www.Harboefonden.dk og skal være modtaget senest 13.06.13 hos: Harboefonden, c/o Dako Denmark A/S, Produktionsvej 42, 2600 Glostrup. Ansøgning pr. e-mail behandles ikke. Yderligere oplysning fås hos fondens administrator Annelise Hanson, tlf.: 4053 8775

DSR Kredsmøde**Hovedstaden****Medlemsmøde om det juridiske ansvar**

Kom og hør Anna Murphy, der til daglig er souschef i SST. Hun hjælper med at definere, hvorfra og hvortil det juridiske ansvar går for sygeplejersker og ledere.

Tid og sted:

23. maj 2013 kl. 14:30 - 17:45
Kreds Hovedstaden,
Frederiksborggade 15, 4. sal

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Fælles sommerudflugt for seniorer i Kreds Hovedstaden

Turen går til Kjøge Mini-By med guidet rundvisning kl. 11.30 og efterfølgende frokost på Skipperkroen.

Tid og sted:

23. maj 2013 kl. 10:45 - 14:00
Køge Station ved 7-eleven kl. 10.45

Tilmelding:

Lisbeth Vendelbo
tlf. 3675 6483 eller
Karen Kjettrup tlf. 4717 7930
e-mail: karenkjettrup@msn.com
senest den 14. maj

Pris:

Kr. 175

Seniorer på Bornholm

Besøg på Plejecentret Snorrebakken.

Tid og sted:

14. maj 2013 kl. 12:00 - 14:00
Kreds Hovedstaden, Bornholm,
Haslevej 50, 3700 Rønne

Arrangør:

Kontaktudvalget i Kreds Hovedstaden Bornholm

Tilmelding:

DSR tlf.: 4695 4917 eller
Inge-Lise Hansen tlf.: 5695 2910
senest den 10. maj

Pris:

Kr. 25 for kaffe og brød

Sjælland**Ph.d-cafe Forandring i sundhedsplejen**

Kom og hør sundhedsplejerske Gitte K. Jørgensen fortælle om hendes undersøgelser, i forbindelse med de forandringer som foregår i kommunerne, hvor konsultation nogle steder erstatter hjemmebesøg.

Tid og sted:

11. juni 2013 kl. 16:30 - 19:00
Kreds Sjælland - Mødesal,
Nørregade 13, 4100 Ringsted

Arrangør:

Kreds Sjælland

Tilmelding:

www.dsr.dk/sjaelland (under arrangementer), senest 4. juni 2013

Pris:

Gratis

Seniorsygeplejerskerne tager på sommerudflugt til Orø

Sommerudflugt med ledsager til Orø.

Der er bus fra Holbæk, middag på Orø kro, guidet rundtur og kaffe på kroen.

Vel mødt

Tid og sted:

27. maj 2013 kl. 11:00 - 18:00
Administrationscenteret
Jernbanevej 6, 4300 Holbæk

Arrangør:

Seniorsygeplejerskerne Vest-sjælland

Tilmelding:

Senest 21. maj på
tlf. 5554 8300

Pris:

Kr. 300 kr. medlemmer,
kr. 350 for ledsager

**Kreds Sjælland
Sommerudflugt for senior-
sygeplejersker**

I Absalons fodspor med historiker H.C. Eisen. På turen gennem det midtsjællandske landskab, ser vi de bygninger som Hvideslægten lod opføre. Vi hører om den betydning Absalon og slægten har haft. Frokosten spises i Sorø.

Tid og sted:

23. maj 2013 kl. 07:00 - 15:00
Bus fra Kildegården

Tilmelding:

sjaelland@dsr.dk eller
tlf.: 7021 1664 senest den
14. maj 2013

Pris:

Kr. 250

Syddanmark**Medlemsmøde for senior-
sygeplejersker i Esbjerg**

Sognepræst Ingelise Welzel vil fortælle om en arbejdsdag blandt udsatte og hjemløse.

Tid og sted:

14. maj 2013 kl. 14:00 - 16:30
Sognehuset, Vor Frelser Kirke,
Kirkegade 24, 6700 Esbjerg

Tilmelding:

Tilmelding senest kl. 12.00 dagen før til Elna Schousboe, tlf. 7511 6686 / 2334 0526 - elna@esenet.dk eller Nina Jacobsen, tlf. 7513 2246

Pris:

Kr. 20 for kaffe

**Seniorsygeplejersker i
Trekantområdet
Udflugt til Kerteminde**

Vi skal se Fjord og Bælt Centret samt Johannes Larsen museet. Der opsamles flg. steder: Vejle, Borgvold kl. 8.00. Kolding Rutebilst. kl. 8.30. Fredericia Baneg. kl. 9.00. Hjemkomst kl. 17 til 18 afhængig af opsamlingssted.

Tid og sted:

29. maj 2013 kl. 08:00 - 18:00
Se busafgang på opsamlingssteder

Tilmelding:

Senest den 14. maj til Vibeke Wellendorf tlf. 9720 9587 eller Kirsten Rasmussen tlf. 7583 2681

Pris:

Kr. 300 for medlemmer, kr. 350 for evt. ledsager og ikke-medlemmer. Prisen er inkl. forplejning undervejs, middag samt kaffe.

Yderligere info:

Vibeke Wellendorf, tlf. 9720 9587 eller Kirsten Rasmussen, tlf. 7583 2681

Midtjylland**Sommerudflugt den 11. juni
2013 for Seniorerne i Vi-
borg/Skive**

Turen går til Hvidsten kro med rundvisning og æggekage samt kaffe i Bramslev bakker.

Opsamling: kl. 7.45 v. Kjelleruphallen, kl. 8.30 v. Rutebilstationen, Skive, kl. 9.00 v. Tinghal-
len, Viborg.
Hjemkomst ca. kl. 17.30.

Tid og sted:

11. juni 2013 kl. 07:45 - 17:30
Hvidsten Kro og Bramslev Bakker

Pris:

Kr. 200 - tilmeldingen er bindende

Yderligere info:

Senest den 4. juni 2013 til Annelise Møller på 9752 9080 eller Ester Helmer på 2015 0255

**Seniorsammenslutningen
Kreds Midtjylland Århus af-
deling**

Sommerudflugt, bustur til Øm Kloster.

Opsamling kl. 8.30 ved Seven-Eleven på Grenåvej og kl. 9.00 ved Musikhuset. Hjemkomst ca. kl. 18.00.

Bemærk: Datoen for udflugten er ændret til den 4. juni.

Tid og sted:

4. juni 2013 kl. 08:30 - 18:00
Øm Kloster

Tilmelding:

Senest den 1. juni 2013 på telefon 2398 1009 eller 8698 5598

Pris:

Kr. 400, OBS! tilmeldingen er bindende

Nordjylland**Sommerudflugt i Senior-
sammenslutningen i Kreds
Nordjylland**

Sommerudflugten går til Johannes V. & Thit Jensens hjemegn.

Der er afgang fra kredskontoret, Sofiendalsvej 3, Aalborg SV.

Tid og sted:

28. maj 2013 kl. 09:00 - 17:30
Kredskontoret, Sofiendalsvej 3, 9200 Aalborg SV

Arrangør:

Kontaktudvalget / Seniorsammenslutningen

Tilmelding:

Senest 14. maj 2013 til Birgit Hansen, tlf. 6084 6854 eller AnnaLise Bonde, tlf. 2283 4628.

Pris:

Kr. 225

Yderligere info:

www.dsr.dk/nordjylland

**Fyraftensmøde for privat-
ansatte sygeplejersker i
Nordjylland**

Vil du gerne blive endnu bedre til at udnytte dine styrker? Du kan torsdag den 16. maj, på kredskontoret, Sofiendalsvej 3, 9200 Aalborg SV høre mere om emnet og få andre spændende input.

Tid og sted:

16. maj 2013 kl. 17:00 - 21:00
Kredskontoret, Sofiendalsvej 3

Arrangør:

www.dsr.dk/nordjylland

Tilmelding:

2. maj 2013

Pris:

Gratis

Andre Meddelelser

Her medtages meddelelser som ikke er i DSR regi og som ikke har kommerciel karakter. Annoncen må max. indeholde 40 ord. Pris pr. annonce kr. 975 ex. moms.

Venligst kontakt
Dansk Mediaforsyning
tlf. 7022 4088 eller
dsrrubrik@dmfnet.dk



Vi har brug for netop **DIN** hjælp til vikaropgaver i ind-og udland

Vi tilbyder:

- Høj løn Kontakt: Elsebeth og Anne
- Fleksibilitet kontakt@uni-care.dk
- Udfordringer www.uni-care.dk
- Oplevelser

Tlf. 8678 7898

1. række ved skov og strand

Hyggeligt 90m2 træsommerhus 100 m fra Limfjordsstrand på Nordmors, ugenert i lille skov. Meget familievenligt. Spændende naturområde. 7 sovepladser, 3 soveværelser.

Se <http://sites.google.com/site/skovlymors>

Kontakt thybo@dadlnet.dk

Sommerhus på Rømø

Nyrenoveret, hyggeligt sommerhus beliggende i rolige omgivelser for enden af blind vej. Stor grund, som indbyder til et aktivt udeliv. 8 sovepladser. Huset udlejes hele året.

Se mere på:
www.dkhus.com

Priser for ferieannoncer

Alle annoncer skal indtastes via DSRs hjemmeside - login rekvireres hos Dansk Mediaforsyning, dsrrubrik@dmfnet.dk

Annoncerne må maksimalt indeholde 40 ord. Priserne er for medlemmer er kr. 650,- / ikke medlemmer kr. 995,- ekskl. moms.

Faktura fremsendes når bladet er udkommet.

Ejerboligbytte ønskes

Du/I ønsker villa i Esbjerg 165 m2 i et plan, stort køkken-alrum, fire værelser, to badeværelser, pejs, stor lukket sydvendt have, carport, blind vej. Jeg ønsker en ejerlejlighed i København, to - fire værelser, mulighed for yderligere betaling.
ilse.klemp@gmail.com
Tlf. 7266 3104

Bondegaardsidyl/ sommerferie

Ferielejligheder 4 til 8 pres. på meget velholdt og idyllisk 4-længet stråttæt bondegaard ved Assens på Vestfyn udlejes i sommerferien. Der er have med grill, legeplads, boldspil, kaniner og høns. Pris fra kr. 2.500/uge inkl. forbrug.

www.kastanjegaarden.dk
Tlf. 6471 5516

Lej smuk feriebolig på Nyord

Vores smukke stråttækte Nyordgård på øen Nyord ved Møn udlejes som feriebolig fra 3.000 kr./uge i lavsæson. Gården, der ligger i en idyllisk landsby, er gennemmoderniseret og har 10 sengepladser (5 soveværelser).

Klik på www.nyordgaard.dk

ITALIEN HOS HANNE

På hyggeligt familiehotel i Rimini ved Adriaterhavets skønne sandstrand fra kr. 200/pers. Nu også med 2 ferielejligheder.

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

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

SOMMERFERIE I KØBENHAVN

Moderne 4-værelses lejlighed i centrum af København nær Amalienborg/Nyboder. Udlejes på ugebasis i ugerne 25 - 28 + 31 - 36. Pris pr. uge kr. 3000,- NO SMOKING

Henv. tlf. 2247 1179 eller 3028 0049

Trænger du til ...ferie?



Fritidshus ved Skærby Strand

DSR har i alt 41 fritidsboliger, beliggende 5 steder ved de danske kyster.

Du kan vælge mellem Gl. Skagen (4 huse og 2 lejligheder), Skærby Strand ved Nykøbing Sj (9 huse) og Dueodde på Bornholm (6 huse) alle med plads til max. 6 personer samt Løkken (11 lejligheder) og Strandfogedgården i Klegod på Holmsland Klit (9 lejligheder) med plads til max. 2, 4 eller 6 personer.

Du kan leje både weekend-, hverdags- og ugeperioder.

Ring til PKA's Boliganvisning på telefon 39 45 42 87.

Du kan se ledige lejeperioder og flere oplysninger på www.dsr-fritidsboliger.dk

TYRKIET FORÅR-SOMMER-EFTERÅR

Er sol, strand og pool på ønskesedlen for jeres ferie i 2013? Mahmutlar/Alanya er en gæstfri og hyggelig by ved Middelhavet. Fly til Gazipasa eller Antalya. Lejlighed til 4-5 personer. Pris max: 2200 kr./uge. Info:

www.123hjemmeside.dk/ferie-mahmutlar

Luxus lejlighed på over 100 m2

Beliggende direkte på stranden mellem Middelhavet og Mar Menor. Stor spise/dagligstue med DVD og fladskærm. To soveværelser, to toiletter med bad, køkken samt terrasse med super havudsigt. Swimmingpool. Direkte fly til Alicante. Kr./uge fra 2.405,-

Rekvirer brochure: tlf. 4457 0787 eller 2023 7577
www.playaprincipe.dk
booking@playaprincipe.dk

Sommerhus smukt beliggende

Udsigt over Limfjorden, 250 m. fra badestrand. 66m2 velholdt hus, max 6 personer. Hvalpsund byder bl.a. på put and take sø, golfbane og vandreruter.

Udlejes fra uge 25 til 33. Pris 3.000 kr. pr. uge + el.

Henv. tlf. 2444 5694

Lendrup - Løgstør

87 m2 velholdt sommerhus på 2615 m2 højt beliggende naturgrund med udsigt ud over Limfjorden. 300 m fra strand. Terrasser mod øst og vest. Køkken, stue, 2 soveværelser, badeværelse m/vaskemaskine, 4-6 sovepladser.

Tlf. 9868 1345 /
Mobil 2426 1521

Velholdt EBK-Sommerhus

Tuse næs Holbæk med udsigt udover Isefjorden udlejes. Plads til 6 pers, ikke ryger og ikke husdyr.

Se mere på min hjemmeside vedr. priser samt ledige perioder på :
www.123hjemmeside.dk/madsogkarina eller ring til Karina på: 2285 8491

Italiensk byhus

i mindre bjergby 50 km syd for Rom. I det historiske centrum i Cori og 20 km fra Middelhavets indbydende strande udlejes byhus med 2 lejligheder (enkeltvis eller samlet) med plads til hhv. 2 og 6 personer. Nænsomt moderniseret med prægtig udsigt mod Middelhavet. Priser fra 2200 kr. til 4200 kr. pr. uge. Henvendelse Peter Friis, tlf. 2844 2247 - friitho@hotmail.com
www.cori-hus.dk

Smukt Gl. Skagenshus

Attraktivt, oprindeligt miljø, ved by, havn, hav og hede, med dejlige terrasser udlejes af privat.

Kontakt Peder Undall
www.kaptajnens-hus.dk

Tlf. +45 8643 6839,
mobil +45 2124 3483

LYNGSÅ STRAND 9300 SÆBY

150 m til børnevenlig sandstrand. Hyggeligt sommerhus med lukkede terrasser. Værelse med 3/4 seng og køjerum med 4 sengepladser. Brændeovn, gynger, grill 2600 kr. inkl. forbrug - udlejet 28, 29, 30

Tlf. 8628 4969 eller
5094 7513
epedersen@oncable.dk

SOMMER I SMÅLAND

60 m2. med 6 sovepladser, bad, gæstetoilet, køl/frys, opvaskemaskine, pejs. Du kan spille golf, vandre, fiske, bade og sejle kano. 6 km. fra Isaberg. 200 km fra Helsingborg. 3200 kr. + strøm pr. uge .

Tlf. 8819 3325 / 2972 7624.
Mail: annikonggaard@bbsyd.dk

Skallerup klit

Sommerhus med panorama havudsigt. 5 min. til strand og feriecenter. 6 sovepladser, køleskab, brændeovn og opvaskemaskine. Udlejes pris pr uge 1800 - 4000 kr. Ledigt uge 18-22-23 -24-26-35-36 o.s.v.

Bodil Pedersen
tlf. 9899 8095
Se www.Midsommervej.dk

Lejlighed til leje

Vore 2 døtre (fysioterapeut studerende/lægestuderende Århus/ København) søger begge en lejlighed centralt beliggende i begge byer. Husleje max 4000 kr. Lejligheden i KBH kan være delevenlig til 2 personer. Begge er ikke rygere.

Marianne Petersen
Tlf. 2135 3652
mbm.petersen@gmail.com

Trænger du til ...ferie?



Fritidshus ved Dueodde

DSR har i alt 41 fritidsboliger, beliggende 5 steder ved de danske kyster.

Du kan vælge mellem Gl. Skagen (4 huse og 2 lejligheder), Skærby Strand ved Nykøbing Sj (9 huse) og Dueodde på Bornholm (6 huse) alle med plads til max. 6 personer samt Løkken (11 lejligheder) og Strandfogedgården i Klegod på Holmsland Klit (9 lejligheder) med plads til max. 2, 4 eller 6 personer.

Du kan leje både weekend-, hvedags- og ugeperioder.

Ring til PKA's Boliganvisning på telefon 39 45 42 87.

Du kan se ledige lejeperioder og flere oplysninger på www.dsr-fritidsboliger.dk

Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse



Grete Christensen
Formand



Anni Pilgaard
1.-næstformand



Dorte Steenberg
2.-næstformand



Irene Hesselberg
Formand for
Lederforeningen



**Marie Nagel
Christensen**
Formand for SLS

Kredsformænd



Vibeke Westh
Kreds Hovedstaden



Helle Dirksen
Kreds Sjælland



John Christiansen
Kreds Syddanmark



Else Kayser
Kreds Midtjylland



Jytte Wester
Kreds Nordjylland

1.-kredsnæstformænd



Vibeke Schaltz
Kreds Hoved-
staden



Nils Håkansson
Kreds Sjælland



**Line Gessø
Storm Hansen**
Kreds Syddanmark



Anja Laursen
Kreds Midtjylland



**Helle Kjærager
Kanstrup**
Kreds Nordjylland

Dansk Sygeplejeråd centralt

Administrerende direktør

Anne Granborg

Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
Tlf. 33 15 15 55 • Telefax 33 15 24 55
E-mail: dsr@dsr.dk • www.dsr.dk

Ekspeditionstid (også tlf.):

Mandag-torsdag kl. 9 - 16
Fredag kl. 9 - 15.

Lederforeningen Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
Tlf. 46 95 39 00
E-mail: lederforeningen@dsr.dk
www.dsr.dk/lederforeningen

Sygeplejestuderendes

Landssammenslutning

Sankt Annæ Plads 30,
1250 København K
Tlf. 4695 4234
E-mail: sls@dsr.dk • www.dsr.dk/sls

Sygepleetisk Råd

Formand: Grete Bækgaard Thomsen,
Sundhedschef
Sankt Annæ Plads 30,
1250 København K
www.sygeplejeetiskraad.dk

Kreds Hovedstaden

Kredschef

Anne Tovborg

Hovedtelefonnummer: 7021 1662
Hovedfaxnummer: 7021 1663
Hjemmeside:
www.dsr.dk/hovedstaden
E-mail: hovedstaden@dsr.dk

Hjemmesiden indeholder individuelle
kontaktoplysninger på kredsens
medarbejdere og formandskab

Kontor

Frederiksborggade 15, 4.
1360 København K

Åbnings- og telefontider:

Man, tirs, tors, fre: 09.00 - 14.00
Ons: 13.00 - 16.00

Lokalkontor

Haslevvej 50
3700 Rønne
Tlf: 7021 1662
Fax: 5695 3812

Telefontid

Man, tirs og tors: 09.00 - 12.00

Kreds Sjælland

Konstitueret kredschef

Ann Dahy

Hovedtelefonnummer: 7021 1664
Hovedfaxnummer: 7021 1665
Hjemmeside: www.dsr.dk/sjaelland
E-mail: sjælland@dsr.dk

Kontor

RingstedCentret
Nørregade 13
4100 Ringsted

Kontorets åbnings- og telefontider

Telefonåbent

| | |
|---------|---------------|
| Mandag | 09.00 - 14.00 |
| Tirsdag | 13.00 - 16.00 |
| Onsdag | 09.00 - 14.00 |
| Torsdag | 13.00 - 16.00 |
| Fredag | 09.00 - 13.00 |

Fremmøde

| | |
|---------|---------------|
| Mandag | 08.30 - 15.30 |
| Tirsdag | 08.30 - 15.30 |
| Onsdag | 08.30 - 15.30 |
| Torsdag | 12.00 - 16.00 |
| Fredag | 09.00 - 13.00 |

Kreds Syddanmark

Kredschef

Jan Villumsen

Hovedtelefonnummer: 7021 1668
Hjemmeside: www.dsr.dk/syddanmark
E-mail: syddanmark@dsr.dk

Kontor

Vejlevej 121, 2.
7000 Fredericia

Telefontider

Kl. 08.30 - 13.00 - mandag, tirsdag,
onsdag og fredag
Kl. 13.00 - 16.00 - torsdag

Kreds Midtjylland

Kredschef

Ann Dahy

Fælles postadresse

DSR, Kreds Midtjylland
Marienlystvej 14
8600 Silkeborg
Du er altid velkommen i åbningstiden,
men ring og aftal tid.

Hovedtelefonnummer: 4695 4600
Hovedfaxnummer: 7021 1667
Hjemmeside: www.dsr.dk/midtjylland
E-mail: midtjylland@dsr.dk

Lokale kontorer

Fredericiagade 27-29
7500 Holstebro
Åbent efter forudgående aftale.

Minddegade 10
8000 Aarhus C

Åbent efter forudgående aftale.

Telefontider

Mandag - tirsdag kl. 10.00 - 15.00
Onsdag lukket
Torsdag kl. 10.00 - 15.00
Fredag kl. 10.00 - 13.00

Kreds Nordjylland

Kredschef

Iben Gravesen

Telefon: 4695 4850
Telefax: 9634 1426
Hjemmeside: www.dsr.dk/nordjylland
E-mail: nordjylland@dsr.dk

Kontor

Sofiendalsvej 3
9200 Aalborg SV

Kontorets åbningstider

Man - ons kl. 09.00 - 15.00
Torsdag kl. 13.00 - 16.00
Fredag kl. 09.00 - 12.00

Nå bookes sommeren :-)

De beste oppdrag går først så meld deg allerede nå.

Den beste lønn får du av oss. Sykepleiere får fra 235 DKK til 280 DKK pr time inkl sommerbonus og 12% feriepenger. Spesialsykepleiere får fra 250 DKK til 310 DKK pr time inkl sommerbonus og 12% feriepenger.

Du får høy UB og overtid etter 35,5 timers uke. Husk at Dedicare er det eneste bemanningsselskap med avtale med alle norske sykehus innenfor alle fagområder.

Husk at vi betaler din reise og vi betaler din bolig i Norge. Vi hjelper deg også med norsk autorisasjon og norsk skatt.

Kontakt oss på **www.dedicare.no**
eller på mail **nurse@dedicare.no**
du kan også ringe **+47 74 80 40 70**

www.dedicare.no

DEDICARE
Vi bemanner med glede

