

Intensivt afsnit: **Hvem skal træne og hvordan?**

Se hvordan du tjekker din lønseddel for fejl

SYGGEPLÆJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING

NR. 13 · 16. NOVEMBER 2015 · 115. ÅRGANG



**MØD FRONTLØBERNE
I DET NÆRE
SUNDHEDSVÆSEN**

Patch Adams:
Undgå at brænde ud

Dagpengereform:
Nyuddannede må holde for

NY BEHANDLINGSMULIGHED TIL PATIENTER MED VENTRIKELCANCER

CYRAMZA ER DET FØRSTE OG ENESTE

godkendte lægemiddel til andenlinjebehandling af voksne patienter med ventrikelcancer eller adenokarcinom af gastroesophageal (GEJ).^{*} Forlænger overlevelsen og bevarer livskvaliteten.^{1,2}


CYRAMZA™
(ramucirumab)

Lilly

References: **1.** Wilke H, Muro K, Van Cutsem E, *et al*; RAINBOW Study Group. *Lancet Oncol.* 2014;15(11):1224-1235. **2.** Fuchs CS, Tomasek J, Yong CJ, *et al*; REGARD Trial Investigators. *Lancet.* 2014;383(9911):31-39.

^{*}For fuld indikation se pligtoplysninger side 7.

DKRAM00019 10/2015



– LEVER DU FOR JOBBEN? ELLER JOBBER DU FOR Å **LEVE?**

– Spesialsykepleiere har et av verdens mest meningsfulle yrker. Likevel er livet så mye mer enn jobb, sier sykepleier Petter Nyhagen, som er VD/CEO i Dedicare Norge. Han er overbevist om at det er først når balansen mellom jobb og fritid er perfekt, at livet virkelig "leker".



Siden 1996 har Dedicare rekruttert og leid ut leger, sykepleiere, spesialsykepleiere og annet helsepersonell. Dedicare har vunnet avtale med alle sykehusene i Norge og er i dag en betydelig aktør.

– Hvorfor skal danske spesialsykepleiere ta kontakt med dere?

– Mye er sagt i Dedicares slagord: "Vi bryr oss mer!" Dette er intet mindre enn Dedicares ledestjerne. Alle som jobber gjennom oss, skal merke at vi er opptatt av hver enkelt sykepleiers ve og vel. Ingen er like. Og sykepleiere er ikke mer like enn andre yrkesgrupper. Alle har forskjellige ønsker, behov og drømmer. Det tar vi hensyn til, sier Petter Nyhagen.

God lønn – som fortjent!

– I Dedicare er vi overbevist om at du jobber best når du trives og selv har innflytelse over arbeidet ditt. Derfor er vi opptatt av smidighet og fleksibilitet; sykepleierne velger selv om de vil jobbe heltid eller deltid, mye eller lite.

Kompetanse skal belønnes! For oss er det en selvfølge å tilby svært gode betingelser, ikke minst til intensiv-, anestesi- og operasjonssykepleiere. I tillegg til en meget god lønn, pensjon og forsikringer, tilbyr vi svært gode overtidsordninger og fri reise og fri bolig. Avlønning skjer fra Norge med norsk skatt.

Hele Norge kan bli din arbeidsplass.

– Dedicare er en god og trygg arbeidsgiver for alle, men spesielt attraktive er vi nok for deg som ønsker stor grad av fleksibilitet. I Norge kan du kombinere en interessant jobb med fritid i fantastisk natur. Og om du vil ta fri noen måneder og reise verden rundt... Just do it!

Vi har oppdrag på alle sykehus innenfor alle spesialiteter. Så vi kan tilby hver enkelt spesialsykepleier nettopp de oppdragene som best passer til ønsker og behov. Dermed blir både vikarene og kundene våre maksimalt fornøyd, sier Nyhagen.

– Det er deilig å være norsk i Danmark, heter det i reklamen. Men jeg kan her og nå love alle danske sykepleiere at det er minst like flott å være dansk i Norge, sier Petter Nyhagen.

Ta kontakt!

Akkurat nå er Dedicare ekstra opptatt av å knytte kontakt med flere spesialsykepleiere. Er du blant disse og interessert i å få vite mer om Dedicare? Flott! Vi gleder oss til å høre fra deg!

Registrer deg på nettsiden vår – eller ring eller send oss en mail!



Administrerende direktør i Dedicare, Petter Nyhagen, ønsker danske spesialsykepleiere velkommen til godt betalte jobber i Norge!

www.dedicare.no/nurse
+47 07480 – rekruttering@dedicare.no

KORT

6 Regeringen vil forringe tilsyn med sygeplejerskers arbejdsmiljø

Regeringen lægger op til store besparelser på Arbejdstilsynet. Det rammer bl.a. de særlige tilsyn med det psykiske arbejdsmiljø, som var planlagt på hospitalerne til næste år.

TEMA OM FREMTIDENS NÆRE SUNDHEDSVÆSEN**15 Det nære sundhedsvæsen 2020 2015**

Et kig i krystalkuglen viser, at fremtiden er fuld af faglige muligheder for sygeplejerskerne, mener en række eksperter. De accelererede patientforløb og væksten i kroniske sygdomme er blandt de udviklinger, der stiller nye krav til pleje før og efter indlæggelsen.

Mød tre af fagets frontløbere, som løfter opgaver, der med stor sandsynlighed bliver flere og flere af. I en ganske nær fremtid.

20 Sus Enebo rehabiliterer den hele borger**22 Annesofie Rensch Dorph tager imod i eget konsultationsrum****24 Mette Møller bringer ambulatoriet hjem til patienten****26 Verden efterlyser avancerede sygeplejersker**

Siden 1960'erne har Advanced Practice Nurses, APN'er, vundet frem i verden. OECD anbefaler APN'er i Danmark, fordi ordningen er omkostningseffektiv, og på den måde kan Danmark blive en del af en global tendens.

BAGGRUND**30 Har du tjek på din lønseddel?**

Mere end hver tredje sygeplejerske oplever fejl på lønsedlen, viser en ny undersøgelse. I et eksempel gennemgår vi, hvor fejlene oftest opstår, og hvad du skal være opmærksom på.

32 De nyuddannede betaler gildet

Fra 2017 får nyuddannede ledige, som ikke har børn, knap 2.000 kr. mindre i dagpenge om måneden. Den forringelse risikerer at skade opbakningen til a-kasserne og arbejdsmarkedssystemet.

36 Sæt dig selv i hovedrollen og undgå at brænde ud

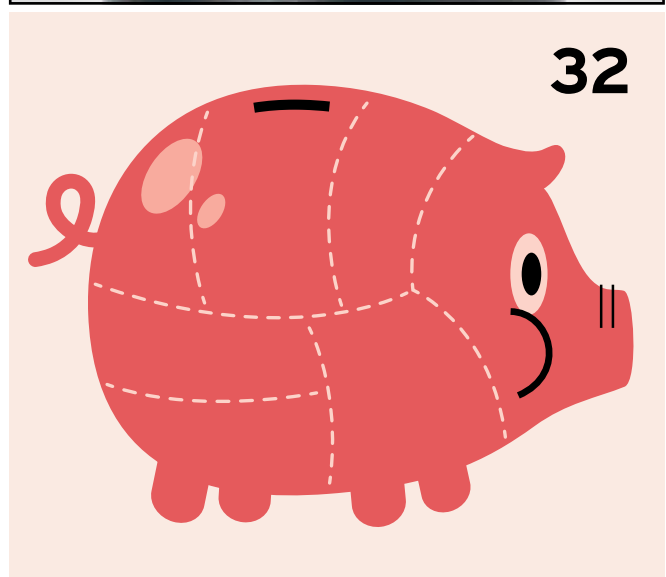
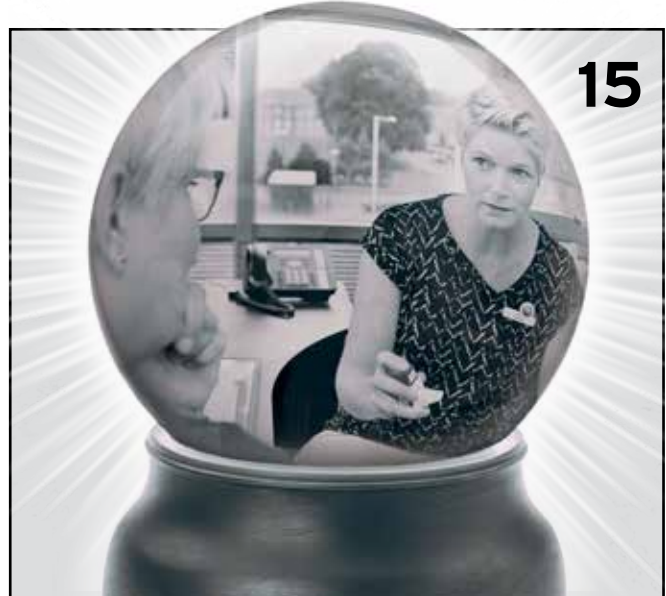
Glæd dig ikke kun over den forskel, du gør i patientens liv, men også den i dit eget liv. Sådan lyder et af rådene til plejepersonalet om at forebygge udbrændthed fra den amerikanske læge, klovn og forfatter, Patch Adams.

38 På job: Fynske sundhedsplejersker forebygger fedme og svag motorik

I Faaborg-Midtfyn Kommune tilbyder sundhedsplejerskerne hjemmebesøg til familier med 3-4-årige børn for at forebygge fedme. Efter indførelsen af tilbuddet er overvægten hos indskolingsbørnene faldet.

NYT FRA DSR - DIN ORGANISATION**49 To nye medlemmer i hovedbestyrelsen**

Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse har fået to nye medlemmer efter valget til kredsbestyrelserne: Charlotte Engell fra Kreds Hovedstaden og Ulla Birk Johansen fra Kreds Sjælland.



FAGLIG INFORMATION

- 62 Sygeplejen seksualiseres, når mænd plejer kvinder
- 66 Forvaltningsmæssigt pres på den gode sygepleje
- 69 Implementering af driftsmålstyring i klinisk praksis

FAG

70 Fysisk træning af respiratorbehandlede intensivpatienter

Et litteraturstudie undersøger evidensen for fysisk træning til forebyggelse af "Intensive Care Unit Acquired Weakness" (ICUAW).

77 Patienter med diabetiske fodsår er en sygeplejefaglig udfordring

Interview med otte patienter viser, at diabetiske fodsår håndteres meget forskelligt af patienterne. Tiltro til og respekt for patienternes evne til at tage ansvar for egen tilværelse viser sig at styrke dem.

84 Sæt mobilisering på dagsordenen

Patienter udskrives ofte fra medicinske afdelinger med ringere funktionsevne, end de havde ved indlæggelsen, men sådan behøver det ikke at være.

89 En ny måde at håndtere konflikter på

Safewards forebygger brug af kontrollerende handlinger, f.eks. tvangsfiksering og fastholdelse ved at indføre 10 relationsskabende interventioner baseret på en venlig og faglig tilgang til patienten.

I HVERT NUMMER

- 7 Diagnosen
- 8 Kulturjournalen
- 10 Dilemma
- 11 Historisk
- 40 5 faglige minutter
- 42 Boganmeldelser
- 56 Mindeord/Navne/Debat
- 60 Facebook
- 62 Fagtanker
- 64 Fra forsker til fag
- 94 Stillingsannoncer
- 97 Kurser/møder/meddelelser
- 99 Kontakt

Forsideillustration Mathias Nygaard Justesen

DANSK SYGEPLEJERÅDS KALENDER FOR 2016 ER VEDLAGT DETTE NUMMER AF SYGEPLEJERSKEN.

**VEDR. OMSLAG:
LÆS MERE PÅ WWW.DSR.DK**

NÆSTE NUMMER UDKOMMER 7. DECEMBER

Dobbelt kompetenceløft skal skabe fremtidens job

Sygeplejersker i nye roller og funktioner udgør et stort potentiale. Det kan du kan læse mere om i dette nummer af *Sygeplejersken*.

Ny sygehusstruktur og kortere indlæggelsestider betyder, at kommunerne overtager flere og mere komplicerede pleje- og behandlingsopgaver med høje krav til tæt samspil med hospital og almen praksis. Udviklingen er sket over få år - desværre uden en helhedsorienteret politisk vision for kompetencer, sammenhæng og ressourcer. Nu er der politisk opbakning til at få lavet en plan for det nære sundhedsvæsen. Vi mener, at sygeplejersker skal spille en nøglerolle i den kommende plan.

I Dansk Sygeplejeråd peger vi på, at et dobbelt kompetenceløft af sygeplejersker er nødvendigt. Der er for det første behov for et bredt kompetenceløft hos alle kommunale sygeplejersker, f.eks. i hjemmesygeplejen og på plejecentrene. Det bør ske i form af en ny specialuddannelse i kommunal sygepleje.

Men skal vi løse udfordringerne i det nære sundhedsvæsen, skal der mere til. Der skal også uddannes sygeplejersker som faglige fyrtårne med udvidede kompetencer. Derfor arbejder vi - i tråd med WHO og OECD's anbefalinger - for udviklingen af en dansk specialistuddannelse i avanceret klinisk sygepleje på mæsterniveau, hvor sygeplejersker rustes til med stor selvstændighed at varetage udvidede funktioner i forhold til at vurdere, beslutte og iværksætte tiltag i patientforløb.

Med KL's forslag om at oprette en ny specialuddannelse målrettet medicinske patienter har også andre centrale organisationer taget hul på denne vigtige dagsorden. Vi skal turde tænke nyt for at forandre fremtiden.



Grete Christensen

Grete Christensen, formand

Chefredaktør, ansvarlig efter medieansvarsloven
Katrine Nielsen
 knl@dsr.dk
 Telefon: 4695 4282

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

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

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

Journalist
Susanne Bloch Kjeldsen
 sbk@dsr.dk
 Telefon: 4695 4178

Layouter
Mathias Nygaard Justesen
 mnj@dsr.dk
 Telefon: 4695 4280

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

Layouter
Sasja Hermansen
 sh@dsr.dk
 Telefon: 4695 4117

Journalist
Christina Sommer
 cso@dsr.dk
 Telefon: 4695 4264

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

Journalist
Vinni Yang Søgaard
 vvs@dsr.dk
 Telefon: 4695 4180

Distribueret oplag
 1. januar - 30. juni 2015:
 75.465 eksp.
 Medlem af Danske Medier

Tryk
ColorPrint

Årsabonnement
 (pr. januar 2015)
 875,00 kr. + moms

Annoncer
Dansk Mediaforsyning
 Elkjærvej 19, st. - 8230
 Åbyhøj
 Telefon: 7022 4088
 Fax: 7022 4077
 info@dmfnet.dk

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

Stillingsannoncer
 dsrjob@dmfnet.dk

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

Forretningsannoncer
 dsrtekst@dmfnet.dk

Manuskriptvejledning, udgivelsesplan m.m.
 www.sygeplejersken.dk

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

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

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

Ansvar
 Dansk Sygeplejeråd har intet ansvar for indholdet/kvaliteten af produkter og/eller ydelser, som bringes i tidsskriftet Sygeplejersken på kommercielle vilkår i form af enten trykte annoncer eller indstik.

Redaktionen forbeholder sig ret til elektronisk lagring og udgivelse af de faglige artikler i tidsskriftet. Redaktionen påtager sig intet ansvar for materialer, der indsendes uopfordret.

Holdninger, der tilkendegives i artikler og andre indlæg, udtrykker ikke nødvendigvis Dansk Sygeplejeråds synspunkter.

Chefredaktøren er ansvarlig for bladets indhold.

Regeringen vil forringe tilsyn med sygeplejerskers arbejdsmiljø

Regeringen lægger op til store besparelser på Arbejdstilsynet. Det rammer bl.a. de særlige tilsyn med det psykiske arbejdsmiljø, som var planlagt på hospitalerne til næste år. "En kynisk besparelse", lyder det fra Dansk Sygeplejeråd.

Tekst **Marianne Bom**

Halvdelen af de danske sygeplejersker oplyser i en nylig analyse fra Dansk Sygeplejeråd, at deres arbejdsmiljø altid eller ofte er under så hårdt pres, at de ikke har mulighed for at løse kerneopgaverne fagligt forsvarligt. Alligevel planlægger regeringen store besparelser på Arbejdstilsynet, som til næste år bl.a. rammer planlagte, ekstraordinære tilsyn med sygeplejerskers psykiske arbejdsmiljø.

"Når nu vi ved, hvordan arbejdsmiljøet er på hospitalerne og i kommunerne, så er det en kynisk besparelse, som regeringen lægger op til. Der burde være stor bevilgning fra de andre partier på at få det stoppet. Dårligt arbejdsmiljø har store konsekvenser for de mennesker, der arbejder med det. Det går ud over patienterne, og det koster samfundet penge," siger næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Dorte Steenberg.

De planlagte besparelser er netop nu til forhandling på Christiansborg som led i finanslovsforhandlingerne. Regeringen vil spare 37 mio. kr. på tilsyn i 2016 og yderligere 50 mio. kr. i 2017. Dertil kommer, at regeringen vil udfase den særlige tilsynsindsats i nedslidningstruede brancher, herunder tilsynet med psykisk arbejdsmiljø, som finansieres af Fonden for Forebyggelse og Fastholdelse. Her lægger regeringen op til i 2016 at skære 31 mio. kr. af en planlagt bevilling på 77 mio. kr., året efter skæres yderligere 38 mio. kr., og i 2018 er der slet ingen penge.

Behov for tilsyn

Lige nu er det uvist, i hvilket omfang de tilsyn, der er fokuseret på psykisk arbejdsmiljø på hospitalerne, bliver udført til næ-

ste år. Men at behovet faktisk er der, viser resultaterne af en lignende indsats på hospitaler og i psykiatrien i 2014. På seks ud af 10 arbejdspladser traf Arbejdstilsynet dengang afgørelser om, at der skulle foretages forbedringer til. I de fleste tilfælde på grund af vold, traumatiske hændelser, stor arbejdsmængde og tidspres.

”Når nu vi ved, hvordan arbejdsmiljøet er på hospitalerne og i kommunerne, så er det en kynisk besparelse, som regeringen lægger op til.

Næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Dorte Steenberg.

Professor og arbejdsmiljøforsker på Aalborg Universitet, Peter Hasle, mener ifølge Ugebrevet A4, at de planlagte besparelser vil forringe Arbejdstilsynet væsentligt og være et tilbageskridt for arbejdsmiljøet. Lektor og arbejdsmiljøforsker Klaus T. Nielsen fra RUC siger til Sygeplejersken, at det kan få negative konsekvenser for arbejdsmiljøet generelt og ikke bare på de konkrete arbejdspladser, hvis tilsynet sjældent kommer ud. Han sammenligner effekten af tilsyn med hastighedskontrol på vejene:

”Med kontrollen fortæller vi folk, at hastighedsgrænserne skal respekteres. Det er normen og ikke kontrollen i sig selv, der virker. Hvis der er mindre kontrol, bliver reglen om at køre ordentligt ikke taget så alvorligt.”



Illustration Gitte Skov

I følge lægen, klovnen og den sociale aktivist Patch Adams er det en essentiel drivkraft, når sygeplejersken oplever sig som et menneske, der gør en positiv forskel for sin omverden. Læs også artiklen på side 36.

” Jeg oplever, at der er stor opgaveglidning fra lægerne, men igen igen glemmes lønnen. Hvorfor skal en sygeplejerske ikke honoreres for sine faglige kompetencer? Sygeplejersker gør en forskel, vi har en mellemlang videregående uddannelse, og det bør samfundet også honorere os for.

Sygeplejerske og tillidsrepræsentant, hjertemedicinsk afsnit, Holbæk Sygehus. I Dagbladet den 21. oktober.

CYRAMZA 10 mg/ml koncentrat til infusionsvæske, opløsning (ramucirumab). Indikationsområde: Cyramza i kombination med paclitaxel er indiceret til behandling af voksne patienter med fremskreden mavekræft eller adenokarcinom i den gastroøsofagale overgang med sygdomsprogression efter tidligere platin- og fluoropyrimidinbaseret kemoterapi. Cyramza er indiceret som monoterapi til behandling af voksne patienter med fremskreden mavekræft eller adenokarcinom i den gastroøsofagale overgang (GEJ) med sygdomsprogression efter tidligere platin- eller fluoropyrimidinbaseret kemoterapi, for hvem behandling med paclitaxel ikke er hensigtsmæssig. Dosering: Behandling med ramucirumab må kun initieres og administreres under tilsyn af en onkolog. Cyramza i kombination med paclitaxel: Den anbefalede dosis af ramucirumab er 8 mg/kg på dag 1 og 15 i en 28-dages-serie inden infusion af paclitaxel. Den anbefalede dosis af paclitaxel er 80 mg/m² indgivet ved intravenøs infusion over ca. 60 minutter på dag 1, 8 og 15 i en 28-dages-serie. Inden hver infusion af paclitaxel skal patienterne have foretaget en komplet blodtælling og analyse af blodets sammensætning for at vurdere leverfunktionen. Cyramza som enkeltstof: Den anbefalede dosis af ramucirumab som enkeltstof er 8 mg/kg hver anden uge. Det anbefales at fortsætte behandlingen indtil sygdomsprogression eller uacceptabel toksicitet. Præmedicinering anbefales med en histamin H1-antagonist (f.eks. diphenhydramin) inden infusion af ramucirumab. Ved infusionsrelaterede reaktioner af grad 1 eller 2, skal der gives præmedicinering ved alle efterfølgende infusioner med følgende eller tilsvarende lægemidler: En intravenøs histamin H1-antagonist (f.eks. diphenhydraminhydroklorid), paracetamol og dexamethason. Cyramza administreres efter fortynding som en intravenøs infusion over ca. 60 minutter. Bivirkninger: De mest almindelige bivirkninger, som blev observeret hos patienter behandlet med ramucirumab, er følgende: træthed/asteni, neutropeni, leukopeni, diarré, næseblod og hypertension. De mest alvorlige bivirkninger forbundet med behandling med ramucirumab (som enkeltstof eller i kombination med cytostatisk kemoterapi) var følgende: Gastrointestinale perforationer, svær gastrointestinal blødning, arterielle tromboemboliske hændelser. I produktresuméet findes fuld oversigt over bivirkninger. Kontraindikationer: Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. Særlige advarsler og forsigtighedsregler: Alvorlige og undertiden dødelige arterielle tromboemboliske hændelser, herunder myokardieinfarkt, hjertestop, hjerneblødning og cerebral iskæmi, er rapporteret. Ramucirumab er en antiangiogen behandling, som har potentiale til at øge risikoen for bl.a. gastrointestinale perforationer, svær blødning, nedsat sårhelings og fistler. Ramucirumab skal seponeres hos patienter, som oplever svære tilfælde af ovenstående. Infusionsrelaterede reaktioner blev rapporteret i kliniske studier med ramucirumab; størstedelen af hændelserne forekom under eller efter den første eller anden infusion af ramucirumab. En øget incidens af svær hypertension er rapporteret; de fleste tilfælde blev hypertension håndteret med standard antihypertensiv behandling. Ramucirumab skal anvendes med forsigtighed hos patienter med svær levercirrose. Der er rapporteret om en øget forekomst af proteinuri. Der foreligger ingen sikkerhedsdata for patienter med svær nedsat nyrefunktion (kreatininclearance < 30 ml/min). Cyramzas sikkerhed og virkning hos børn og unge under 18 år er ikke klarlagt. Interaktioner: Der er ikke observeret lægemiddelinteraktioner mellem ramucirumab og paclitaxel. Fertilitet, graviditet og amning: Reproduktionsdygtige kvinder skal rådes til at undgå graviditet under behandlingen med Cyramza og skal informeres om den potentielle risiko for graviditeten og fostret. Reproduktionsdygtige kvinder skal anvende sikker kontraktion under og i op til 3 måneder efter sidste dosis af ramucirumab. Der foreligger ingen data om brug af ramucirumab til gravide kvinder. Det er ukendt, om ramucirumab udskilles i human mælk. Der foreligger ingen data vedrørende virkningen af ramucirumab på fertiliteten hos mennesker. Overdosering: Der foreligger ingen data om overdosering hos mennesker. Cyramza er givet i et fase 1-studie med op til 10 mg/kg hver anden uge uden, at der blev nået en maksimal tolereret dosis. I tilfælde af overdosering skal der anvendes understøttende behandling. Lægemiddelformer: Koncentrat til infusionsvæske, opløsning. Pakningsstørrelser: 10 mg/ml, 10 ml 1 hætteglas, 10 mg/ml, 50 ml 1 hætteglas. For dagsaktuel pris henvises til medicinpriser.dk. Udleveringsgruppe: BEGR. Tilskudsstatus: Ingen. Indehaver af markedsføringstilladelsen: Eli Lilly Nederland B.V., Grootslag 1-5, NL-3991 RA Houten, Nederlandene. Produktresuméet er omskrevet og forkortet i henhold til det produktresumé, som er godkendt af det Europæiske Lægemiddelagentur. Det fuldstændige produktresumé kan vederlagsfrit rekvireres hos Eli Lilly Danmark A/S, Lysker 3E, 2.tv., 2730 Herlev. Telefon: 45 26 60 00.

Film



Foto: Camera Film

Dramaet *Min Mor* handler om en kvindelig filminstruktør, hvis mor er indlagt på hospitalet.

Min Mor

En amerikansk stjerne (John Turturro) bliver hyret til at spille en af hovedrollerne i en ellers helt igennem italiensk film. Hans ankomst til den italienske hovedstad er som trukket ud af en Fellini-film, men instruktøren Margherita har svært ved at se morskaben. Ud over de kvaler, hendes udenlandske stjerne volder den igangværende filmproduktion, melder der sig anderledes smertefulde problemer på familiefrenten, for hendes hospitalsindlagte mor har det værre end først antaget.

Premiere 19. november. *Biografer i hele landet.*

Teater

Det STORE depressionsshow

Et show om depression, medicering, svære følelser og andre sjove ting. Man må gerne grine af depression - rigtig gerne. Mads Holm og Ane Høgsberg har begge to haft depression tæt inde på livet. Mads direkte ramt og Ane som pårørende. I dette show får du som publikum et indblik i, hvor svært det kan være at overskue livet, når man er deprimeret, og hvor frustrerende det kan være at se én, man holder af, have det virkelig svært. En times standup om svære emner, som du har 100 pct. lov til at grine af.

18. november, NY V58, Vestergade 85P, Aarhus C

19. november, Teater 95B, Vestergade 95B, Odense C

Læs flere informationer og se andre arrangementer på www.dsr.dk/Sygeplejersken/Kulturjournalen. Kalenderen bringes i samarbejde med Kultunaut.dk. Sygeplejersken tager forbehold for datoændringer, aflysninger mv.

Er mandeloger for sygeplejestuderende sexistiske?

I en artikel i Dansk Kvindesamfunds feministiske webmagasin "Kort om Køn" beretter en tidligere sygeplejestuderende om en yderst uheldig introduktion til mandelogen MASK på Professionshøjskolen Metropol. Artiklen har vakt debat på Dansk Sygeplejeråds Facebook-side.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen**

En anonym mandlig tidligere sygeplejestuderende fortæller i Dansk Kvindesamfunds feministiske webmagasin "Kort om Køn", at han under sin introtur på det nye studie oplevede en sexistisk introduktion til mandelogen MASK, og at dette var en medvirkende faktor til, at han droppede ud af studiet.

Den tidligere studerende fortæller, at han blev mødt af en gruppe mænd, som sad i rundkreds og messede "kommer der ikke snart noget fiske til mig?" Han blev opfordret til at kalde kvinder for "ludere", hvilket han undlod. I artiklen siger han:

"Det var første gang, jeg følte mig sexistisk behandlet. Jeg stod der og skulle gøre noget, jeg ikke havde lyst til, og den eneste grund var, at jeg var mand."

På Dansk Sygeplejeråds Facebook-side har en bruger linket til artiklen, og her tager en repræsentant for MASK, Mads Vestergaard, kraftigt afstand fra den holdning, der fremstilles i artiklen.

"Vi er absolut ikke en klub for kvindehadere eller hadere af noget som helst andet. Det er ikke det, MASK handler om," skriver han.

MASK tager kritikken alvorligt

Ifølge Mads Vestergaard er MASK et frirum fra en hverdag, hvor der ikke er ret mange andre mænd, et frirum med et til tider fagligt præg, men ofte bare et frirum med "plads til mandehørm og hygge".

"At der er én, der har følt, at det ville være svært at gå på studiet, hvis han valgte MASK fra, tager vi meget alvorligt. MASK er et tilbud, og der bliver ikke set ned på dem, der vælger det fra. Dem fra MASK, der står for den første præ-

sentation af logen til nye studerende, er opmærksomme på denne mulige problemstilling og gør alt, hvad der er muligt, for kun at formidle deres egen glæde for logen og ikke et krav om deltagelse, så vi undgår, at andre får en forkert opfattelse af os," siger han og fortsætter:

"Vi er meget kede af den her negative omtale, da vores intentioner aldrig har været eller er at støde folk."

» Vi er absolut ikke en klub for kvindehadere eller hadere af noget som helst andet. Det er ikke det, MASK handler om.

Repræsentant for MASK, Mads Vestergaard, på facebook.com/sygeplejersker

Også formand for Sygeplejestuderendes Landssammenslutning, SLS, Rasmus Dedenroth, har kommenteret Facebook-opslaget. Rasmus Dedenroth skriver, at både Metropol og MASK vil arbejde aktivt for, at ingen studerende får lignende oplevelser i fremtiden.

SLS har ligesom Dansk Sygeplejeråd længe arbejdet for at få flere mænd i sygeplejen, og ifølge Rasmus Dedenroth har mandeloger betydning for at fastholde mænd på studiet.

"Vi kan se forskel på de skoler, som har mandeloger, og dem, som ikke har, i forhold til at fastholde mændene, og en undersøgelse fra skolen i Aarhus viser, at der er behov for et fælles mødested for mænd," siger Rasmus Dedenroth.



Foto: Søren Holm

SLS bag protest mod besparelser

Besparelserne rammer ikke bare studerende her og nu, men hele samfundet, fastslog næstformand Anni Pilgaard i sin tale til de protesterende i Aarhus.

Sygeplejestuderendes Landsorganisation SLS var gennem sit medlemskab af Uddannelsesalliancen aktiv, da titusindvis af studerende over hele landet torsdag den 29. oktober boykottede undervisningen og samlede sig i to store demonstrationer i Aarhus og København.

Uddannelsesalliancen er et samarbejde mellem elever og studerende på lange og mellemlange videregående uddannelser samt på ungdomsuddannelserne. Alliancen havde sendt opfordringer til en række fagforeninger om at støtte op bag aktionen, og Dansk Sygeplejeråd var blandt de fagforeninger, som bakkede op.

Derfor stod næstformand Anni Pilgaard på talerstolen i Aarhus og talte dunder til politikerne på Christiansborg, som vil barbere 8,7 mia. kr. af uddannelsesområdet:

"Besparelserne vil gå hårdt ud over kvaliteten på uddannelserne og for de ansatte på uddannelsesinstitutionerne," lød det bl.a. fra Anni Pilgaard, som konkluderede:

"Det er helt uacceptabelt. Det vil få rigtig store konsekvenser ikke bare her og nu, men langt ud i fremtiden. Det vil ramme jer studerende og undervisere, og det vil i allerhøjeste grad ramme hele samfundet. Derfor: Aflys besparelserne på uddannelsesområdet. Nu."

(kja og hbo)

” Vores hjerter og hjerner siger til os, at vi skal sætte os ned og holde de døende patienter i hånden, indtil deres pårørende kommer. Vi ved jo ikke, hvor meget de stadig registrerer. Men vi bliver nødt til at sørge for dem, der er i live, og som vi kan helbrede. Så går man hjem med dårlig samvittighed. Kun én gang har jeg holdt en døende i hånden og sunget en salme for hende, fordi hun var bange.

Sygeplejerske Heidi Hass Madsen. Har skiftet fra akutmodtagelse til hjemmepleje. Avisen.dk den 10. oktober.

Måtte tage søn med på arbejde

Den svenske sygeplejerskemangel er nu så stor, at arbejdsgiverne kalder sygeplejersker på arbejde i deres fritid. Sygeplejerske Lina Börjesson, der arbejder på en kirurgisk afdeling i Värmland Torsby, oplevede at måtte tage sin femårige søn med på arbejde, da hun fik at vide, hun skulle møde i en aftenvagte. "Jeg følte mig modløs. Det er ikke sjovt at tage sin søn med. Her er masser af bakterier udstyr. Samtidig følte jeg mig tvunget," siger hun til Vårdfokus. Den lille dreng måtte side alene i personalerummet, mens hans mor tilså patienterne. Kort før vagten havde hun ringet til sin fagforening, der i løbet af aftenen gik ind i sagen. Mor og søn fik lov til at gå hjem igen efter halvanden time.

Ebola skyld i meningitis

Den skotske sygeplejerske Pauline Cafferky, der i 2014 blev syg af Ebola efter at have arbejdet i Sierra Leone, blev i oktober indlagt igen. Cafferky, der ellers var raskmeldt, er nu diagnosticeret med meningitis, skriver BBC.com. "Det er den oprindelige Ebolavirus, hun havde for mange måneder siden, som har ligget i hjernen. Den har nu forårsaget meningitis," siger den behandlende læge Dr. Michael Jacobs, der vurderer, at sygeplejersken sandsynligvis bliver rask igen.

Sygeplejerskers evner til tjek

Britiske sygeplejersker skal hvert tredje år kunne bevise, at de er fagligt kompetente, har den engelske statslige organisation the Nursing and Midwifery Council, NMC, besluttet. Det skal bl.a. ske vha. feedback fra patienterne. "Hvor det er muligt, vil vi gerne se patienternes tilbagemeldinger. Det kan være via breve eller tilfredsundersøgelser fra personale eller ledelse," siger direktør for NMC, Jackie Smith, til the Daily Telegraph. Hun kalder det "den største ændring for faggrupperne nogensinde", men mener, at det er til gavn for sygeplejerskerne. "Vi ser det som et redskab til forbedringer, ikke noget at slå sygeplejersker i hovedet med," siger hun.

Mor med mobil

At scanne gravide er en dejlig opgave, synes fødselslægen, og de kommende forældre er almindeligvis glade og engagerede i de billeder, der kommer frem på skærmen. Men ikke alle.

Ellen er en omhyggelig fødselslæge, og når hun scanner de gravide, synes hun, det er hyggeligt at vise dem barnets hjerte, fortælle, at barnet hikker, og afsløre barnets køn - hvis forældrene ønsker at kende det. Arbejdet er normalt meget positivt og givende, mener hun. Denne torsdag morgen oplever hun for første gang at blive rigtig irriteret på en kommende mor. Jeanne er 22 år, venter barn nummer to, og uanset hvad Ellen siger og gør, ligger hun på lejret og sender sms'er og tjekker Facebook. "Se her," siger Ellen, "det er en fin nyre, og det her er ryggraden." Jeanne reagerer ikke, men ser på sin egen skærm.

"Se, barnet sutter på sin tommelfinger," tilføjer Ellen og peger entusiastisk. Jeanne løfter ikke blikket fra mobilen.

Nu bliver Ellen mere direkte: "Kan vi aftale, at du lægger den der væk, mens jeg scanner?" siger hun direkte til Jeanne og nikker mod mobilen. Jeanne lægger den modvilligt på rullebordet ved siden af lejret.

Ellen tænker på, hvordan kontakten til Jeannes ældste barn, en lille dreng på to et halvt år, mon er. Bliver han set og hørt derhjemme, eller er mobilen vigtigere?

- Skal Ellen foretage sig yderligere i forhold til Jeannes manglende engagement i sit kommende barn?
- Hvilke muligheder har Ellen i givet fald for at komme i kontakt med Jeanne?

Læs, hvad to sygeplejersker med særlig interesse for etik mener om spørgsmålene.

Svar 1. Som sundhedsprofessionelle skal vi leve op til borgerens behov for sundhedsfaglig hjælp og i videst muligt omfang også leve op til deres forventninger. Når borgerens forventninger ikke stemmer med det, vi synes er deres faglige behov, får vi det dårligt, og vi oplever et etisk dilemma. Nogle vil argumentere etisk og fagligt med, at det rette vil være at bryde borgerens forståelsesramme og fortælle, hvilke konsekvenser hendes adfærd kan afstedkomme. Men er der under et ambulatoriebesøg tid og rum til at tage vare på den reaktion, som en konfrontation med stor sandsynlighed vil udløse, og hvorfor skal borgerens adfærd egentlig problematiseres? Vil systemverdenen ikke med stor sandsynlighed forvolde skade i den gravides selvopfattelse på trods af, at dennes adfærd er normen for mange?

Af Dorte E.M. Holdgaard, RN, exam.art., SD, MPA, funktionsleder ved Tværfagligt Smertecenter, og formand for Lokal Klinisk Etisk Komité ved Aalborg Universitetshospital.

Svar 2. Ellen er oprigtigt positivt engageret, når hun scanner de gravide kvinder, og fortæller ivrigt om de fund, hun gør. Hun er klart forundret over, at den unge mor Jeanne ikke deler denne begejstring, men under scanningen i stedet er optaget af at sende sms'er og kigge på Facebook.

I stedet for irritation over Jeannes prioritering af mobiltelefonen, burde Ellen have valgt at stoppe scanningen og medinddragende og omsorgsfuldt have spurgt ind til Jeannes oplevelse af scanningen, og om noget bekymrede hende, hun har jo et lille barn derhjemme. Ellen synes forudindtaget af, at en ung mor ikke virker ansvarlig og interesseret i sin graviditet. Ellen skal være bevidst om, at hun som fagprofessionel har pligt til at oplyse om scanningsfund, men samtidig skal hun også respektere, at Jeanne har ret til at undlade at involvere sig. Jeannes autonomi går forud for Ellens professionelle begejstring.

Hvis Ellen i sin medinddragelse af Jeanne får mere viden om hendes situation, og om der er behov for hjælp i forhold til graviditet og det lille barn i hjemmet, så kan hun med Jeannes accept tilbyde at videregive oplysninger til jordemoderen. Hvis Jeanne ikke ønsker Ellens involvering, skal dette respekteres.

Af Edel Kirketerp, oversygeplejerske, Børneafdelingen Kolding Sygehus, master i etik og værdier i organisationer, MEVO, medlem af Sygeplejeetisk Råd.



Hjemmesygeplejen får et løft ind i fremtiden

Knap 60 år efter, at hjemmesygepleje blev et kommunalt tilbud, står hjemmesygeplejen over for et nyt paradigmeskifte, fordi de kommunale sygeplejersker får mange nye opgaver i fremtidens nære sundhedsvæsen på sundhedsklinikker og i ambulatorier.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen**



Foto: Dansk Sygeplejehistorisk Museum

En hjemmesygeplejerske i København ca. 1950.



Arkivfoto: Søren Holm

Sygeplejerske Mette Møller Vitting fra Viborg Kommunes akutteam kommer ud i hjemmet for at give blodtransfusion.

Dengang

I 1954 var hjemmesygepleje endnu ikke en kommunal opgave. Hjemmesygeplejersker var ansat af en forening eller et menighedsråd og var tit alene på posten.

Dansk Sygeplejeråd udgav derfor i 1954 en praktisk håndbog for hjemmesygeplejersker, der i detaljer beskriver hjemmesygeplejerskens depot, hvordan hun skal føre sin køreliste, føre journal, og ikke mindst de mange sygeplejeprocedurer ude i hjemmene. F.eks. hvordan bækkener skal koges, skures og flamberes, og hvordan man kan stoppe hullerne i en madras ud med aviser, så patienten får et bedre leje og lave bandager af damebenklæder.

Vejledningen giver et indblik i, hvor primitive forholdene kunne være, og hvor meget hjemmesygeplejersken skulle kunne klare på egen hånd. Det kunne være at fikse en sengehest til patienten ved at binde en tøjsnor to gange rundt om divanen og anbringe et par spisestole med de to bageste stoleben mellem divanen og snoren. Trykafstning af patientens underekstremiteter fra den tunge dyne kunne man klare ved at købe et tøndebånd hos en bødker og på den måde fabrikere en hjemmelavet sengekroner. Vejledningen giver også sygeplejersker opskrifter på puder, de selv kan sy til patienterne, med hirsefrø og hakkelse til trykafstning af hælene.

Hjemmesygepleje blev etableret som et kommunalt tilbud i 1957.

Dansk Sygeplejehistorisk Museum og Dansk Sygeplejeråd har genudgivet den gamle "Vejledning i Hjemmesygepleje Teknik", som kan downloades fra Dansk Sygeplejehistorisk Museums hjemmeside www.dsh.dk

Nu

Hjemmesygeplejen står i disse år over for et paradigmeskifte ifølge flere eksperter, der medvirker i artiklerne om fremtidens sygepleje i dette blad, fordi hjemmesygeplejersker overtager flere og flere opgaver fra hospitalerne. Tiden, hvor hjemmesygeplejersken primært skulle pleje sår eller dosere medicin, er forbi.

Opgaverne i fremtiden vil i højere grad også byde på peritoneal dialyse, intravenøs medicinering, blodtransfusioner og rehabilitering, og opgaverne kommer ikke kun til at foregå i hjemmene, men også på ambulatorier og i sundhedsklinikker.

De kommunale sygeplejersker får en mere fremtrædende lederrolle på tværs af sektorer, mener formand for de kommunale sygeplejersker, Inge Jekes. Og de nye opgaver kræver udvikling og oprustning af de kommunale sygeplejerskers kompetencer.

Det nære sundhedsvæsen er blevet et varmt politisk emne, og regeringen, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner er kommet med planer og visioner for det nære sundhedsvæsen. Også Dansk Sygeplejeråd er kommet med sit bud på, hvilke kompetencer og videreuddannelser der er brug for. Et af ønskerne er en specialuddannelse i kommunal sygepleje, primært målrettet alle hjemmesygeplejersker og sygeplejersker i den akutte indsats.

Læs artiklerne om fremtidens sygepleje på side 15.

Ros til akuttelefonen 1813

Akuttelefonen 1813 opfylder alle standarder i en prøvesurvey, gennemført af Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, IKAS, og 1813 får ros for på kort tid at have opnået flotte resultater.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen**

Region Hovedstaden har bedt det uvildige akkrediteringsnævn Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, IKAS, om at undersøge kvaliteten af regionens akutberedskab, herunder akuttelefonen 1813.

Ifølge en pressemeddelelse fra Region Hovedstaden er det første gang, en akuttelefon har gennemgået et akkrediteringsforløb, og 1813 opfylder alle standarder og får ros for at have styr på dokumentation og for at have en god holdånd på arbejdspladsen.

Vicedirektør på den præhospitale virksomhed, Birgitte Degenkov, siger i en pressemeddelelse:

”Patienternes tryghed er meget vigtig for os, og det glæder mig, at surveyerne har set, hvordan Akutberedskabet arbejder med patientsikkerheden i både den direkte kontakt med patienten og ved visitation af patienten ind i sundhedsvæsenet.”

Også formand for Dansk Sygeplejeråds Kreds Hovedstaden, Vibeke Westh, glæder sig over resultaterne.

”De stadfæster, at IKAS har blåstemplet kvaliteten af arbejdet på 1813 er af høj kvalitet, og resultaterne af akkrediteringen giver læger og sygeplejersker en god platform at komme videre på med videreudvikling af akuttelefonen,” siger hun og henviser til, at Region Hovedstaden har afsat

penge til at udvikle akuttelefonen og forbedre arbejdsmiljøet. Akkrediteringen af 1813 er et pilotprojekt udviklet i samarbejde mellem Region Hovedstaden og IKAS. Samarbejdet har bl.a. udmøntet sig i udviklingen af seks akkrediteringsstandarder specifikt for Akuttelefonen 1813.

De seks standarder er:

- Patientjournalen
- Sundhedsfaglig visitation og henvisninger
- Kommunikation mellem aktører
- Lægemedelordination og receptfornyelse
- Afslutning til egen omsorg
- Patientbesøg ved akutte lægebesøg i hjemmet.

Er DIN sikkerhed vigtig?

Nyhed

Introcan® Safety3

Lukket sikkerheds-PVK

- Intet blodspild
- Ingen nålestiksskader

Vasofix® Safety

Sikkerheds-PVK

- Ingen nålestiksskader



B Safe B | BRAUN

MER' af det gode fra PKA?

Få hele 4,8% i rente i både 2015 og 2016



Og der er andre fordele ved at vælge PKA til din ekstra pension:

- PKA ejes alene af dig og dine kolleger
- Så har du dine pensioner samlet et sted
- Du betaler ingen administrationsomkostninger på din ekstra opsparing

Log ind med NemID på pka.dk og **kom i gang med det samme.** Du bliver guidet hele vejen, og du kan altid stoppe dine ekstra indbetalinger.



Sammen giver vi mere tilbage



En **HUSFORSIKRING**
der også hjælper
inden skaden er sket

LYDER DET FOR GODT TIL AT VÆRE SANDT?

Hellere forebygge end udbedre. Så for at komme skaderne i forkøbet, kan du altid ringe på vores hotline døgnet rundt på 46 97 50 31 og få gode råd. Det er en del af den Bolighjælp, vi tilbyder alle, der har en husforsikring hos os, og som vi er ene om. Hvis der for eksempel varsles storm, kan vi også hjælpe med at fælde træer, der er ved at vælte ind over huset eller fjerne løse tagsten. Det gør ikke din forsikring dyrere.

Se hvad Danmarks 5. største forsikringselskab kan gøre for dig på bauta.dk/sandt eller ring 33 95 76 81.*

DET NÆRE SUNDHEDSVÆSEN ~~2020~~ 2015

Et kig i krystalkuglen viser en fremtid fuld af faglige muligheder for sygeplejersker, mener eksperter. Accelererede patientforløb og vækst i kroniske sygdomme er med til at stille nye krav til pleje før og efter indlæggelsen. Udviklingen er global og i flere lande er svaret at bruge *Advanced Practice Nurses* med ekstra kliniske ekspertkompetencer, der matcher de nye opgaver. Både WHO og OECD peger på sygeplejerskerne som nøglen til fremtidens sundhed. Og i Danmark har sygeplejersker også flere komplekse opgaver. Så fremtiden er her allerede, og vi har mødt den i Låsby, Roskilde og Frederikssund, hvor tre af fagets frontløbere løfter opgaver, der med stor sandsynlighed bliver flere af.

Tekst **Christina Sommer**
Illustration **iStock / Mathias Nygaard Justesen**



ET KIG I KRYSTALKUGLEN

Selvstændige konsultationer i en lægepraksis eller borgerens eget hjem. Flere komplicerede pleje- og behandlingsopgaver og færre rutineprægede opgaver. Sygeplejersker som kliniske nøglepersoner, bl.a. i rehabiliteringsforløb. Det er nogle bud på opgaver, som sygeplejersker kan forvente endnu flere af i fremtidens nære sundhedsvæsen. En fremtid, der allerede er her.

Tekst **Christina Sommer**

Illustration **iStock / Mathias Nygaard Justesen**

Det nære sundhedsvæsen er i forandring, og det går stærkt. De nye supersygehuse står efter planen færdige i 2020, og indlæggelsestiderne er faldet støt de senere år, hvorfor landets 98 kommuner allerede nu er i gang med at overtage en lang række nye og mere komplicerede pleje- og behandlingsopgaver.

” Hvis lægerne skal løfte de mange nye opgaver, kan de med fordel trække endnu mere på sygeplejerskerne, der kan løse mange opgaver selvstændigt.

Pia Kjellberg, analyse- og forskningschef i KORA.

Tiden, hvor hjemmesygeplejersken ”bare” skulle pleje hr. Olsens skinnedensår eller dosere fru Hansens medicin for den kommende uge, er forbi.

Bl.a. er komplicerede opgaver som peritoneal dialyse og intravenøs medicinering generelt blevet en del af mange hjemmesygeplejerskers arbejdsdag. Og aldrig før har behovet for at skabe velkoordinerede patientforløb på tværs af sektorer og faggrupper været større. Det er nogle af de tendenser, der præger det nære sundhedsvæsen lige nu, men i høj grad også i fremtiden.

Som beskrevet i *Sygeplejersken* de seneste måneder går forandringerne mange steder hånd i hånd med besparelser. Det presser både sygehuse og kommuner. Men forandringerne skaber også nye og spændende jobmuligheder og opgaver, som sygeplejersker kan og skal løfte.

Konsultationssygeplejersker vinder frem

Pia Kjellberg er analyse- og forskningschef i KORA, Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning. Hun har i en årrække beskæftiget sig med social- og sundhedsområdet og har et indgående kendskab til såvel almen praksis som det kommunale ældreområde.

Pia Kjellberg peger på flere områder i det nære sundhedsvæsen, hvor hun mener, at sygeplejersker for alvor kommer til at gøre sig gældende i en fremtid, hvor en større del af de komplicerede pleje- og behandlingsopgaver overgår til kommunerne og ikke mindst til almen praksis.

”Almen praksis spiller en stor rolle i fremtidens nære sundhedsvæsen, f.eks. i forbindelse med nye opgaver som kronikerkontrol, men også som læger for de patienter, der ikke er indlagt, men som stadig er midt i et pleje- og behandlingsforløb i eget hjem eller plejebolig,” siger Pia Kjellberg og fortsætter:

”Hvis lægerne skal løfte de mange nye opgaver, kan de med fordel trække endnu mere på sygeplejerskerne, der kan løse mange opgaver selvstændigt. Der er blevet

ansat mange flere sygeplejersker i almen praksis de seneste år, og den udvikling ser jeg helt klart fortsætte,” siger Pia Kjellberg.

Den tendens bekræftes af nye tal fra DSR Analyse, som netop viser, at antallet af sygeplejersker i almen praksis er mere end fordoblet fra 913 sygeplejersker i 2002 til 2.050 i 2015.

Blodtransfusioner bliver hverdag

Pia Kjellberg mener også, at sygeplejersker for alvor kan komme på banen i forhold til de mere komplicerede plejeopgaver, som der bliver stadigt flere af i kommunerne.

”Sygeplejerskerne kommer til at spille en afgørende rolle i forhold til at sikre den korrekte pleje af patienter, der teknisk set er færdigbehandlede, men som stadig kræver højt specialiseret pleje,” siger Pia Kjellberg.

I den forbindelse peger hun på, at kommunerne p.t. har en stor opgave i at definere, hvilke opgaver sygeplejerskerne konkret skal tage sig af.

”I dag kører sygeplejerskerne f.eks. rundt til borgere for at dryppe øjne eller give den daglige insulin. Disse og andre opgaver kan med fordel uddelegeres til andre faggrupper, så sygeplejerskerne kan koncentrere sig om de mere komplicerede opgaver omkring akut syge eller nyudskrevne patienter, i tæt samarbejde med bl.a. almen praksis og ambulatorier,” siger Pia Kjellberg.

Det er Inge Jekes, formand for Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne, enig i.



” Mange steder bliver sygeplejersker ansat i kommunerne stadig kaldt hjemmesygeplejersker. Det er misvisende. De udfører selvfølgelig stadig sygepleje hjemme hos borgerne, men plejen kan finde sted mange andre steder, f.eks. i sundhedshuse, sygeplejeklinikker og på arbejdspladser.

Tina Jørgensen, sygeplejerske og partner i Type2dialog.

”Der mangler stadig en plan for det nære sundhedsvæsen. Lige nu har mange kommuner svært ved at finde ud af, hvilke roller sygeplejerskerne egentlig skal have,” siger Inge Jekes.

Hun er dog sikker på, at sygeplejerskeres kliniske kompetencer kommer meget mere i spil i fremtiden.

”Vi skal være med til at løfte behandlingen i kommunerne, og vi kommer til at varetage endnu flere instrumentelle opgaver. Vi ser det allerede nu, f.eks. med telemedicin og kemo- og i.v.-behandling i borgernes egne hjem. Eller blodtransfusioner, som sygeplejersker i Viborg Kommune f.eks. tilbyder kræftpatienter og svage ældre. Det bliver generalistopgaver, inden vi får set os om,” siger Inge Jekes og tilføjer:

”Lægemanglen i almen praksis vil også betyde, at efterspørgslen på rammedelegation vokser, et eksempel på det er lak-santia.”

Hun ser dog også nogle farer i den udvikling.

”Det er et skred på godt og ondt, synes jeg. Vi kan jo sagtens ordinere og give medicinen, men vi skal også følge op på det, og spørgsmålet er, om vi har nok ressourcer til det,” siger Inge Jekes.

Gentænk den kommunale sygepleje

Tina Jørgensen er oprindelig uddannet sygeplejerske og arbejdede indtil for tre måneder siden som sundhedschef i Stevns Kommune. Her valgte hun at sætte foreløbigt punktum for en godt 30 år lang karriere i det kommunale sundhedsvæsen. Hun arbejder nu i konsulentvirksomheden Type2dialog, der bl.a. hjælper kommuner med kvalitets- og kompetenceudvikling samt implementering af faglige og organisatoriske ændringer. Tina Jørgensen er derfor på ingen måde færdig med det nære sundhedsvæsen. Tværtimod.

”Det nære sundhedsvæsen er i rivende udvikling. Det har aldrig været så spændende og interessant, som det er nu, men nok heller aldrig så svært, især fordi kommunerne har brugt en del år på at lande efter den skelsættende strukturreform i 2007,” siger Tina Jørgensen og uddyber:

”Med reformen fik kommunerne et kæmpe ansvar i det samlede sundhedsvæsen. Hverdagen er præget af mange nye opgaver og patienter, og mange steder er man ved at erkende, at de kommunale sygeplejersker ikke skal lave det samme som før. Det vigtige er nu at blive klogere på, hvordan de kommunale sygeplejersker bliver endnu bedre til at understøtte patientforløbene og sikre den rette pleje og behandling før og efter indlæggelse,” siger Tina Jørgensen med understregning af ”kommunale sygeplejersker”.

”Mange steder bliver sygeplejersker ansat i kommunerne stadig kaldt hjemmesygeplejersker. Det er misvisende. De udfører selvfølgelig stadig sygepleje hjemme hos borgerne, men sygeplejerskerne gør meget mere end det. Og plejen kan finde sted mange andre steder end i borgerens hjem, f.eks. i sundhedshuse, sygeplejeklinikker og på arbejdspladser,” siger hun.

Sygeplejersker som frontløbere

Tina Jørgensen er ikke i tvivl om, at kommunale sygeplejersker får en kæmpe rolle i netop at skabe gode koordinerede og sammenhængende patientforløb. ▶

► ”Jo mere specialiseret behandlingen bliver, jo større bliver behovet for koordinering af pleje og behandling mellem sektorerne, almen praksis, kommunale træningstilbud m.fl. Og jeg mener, at sygeplejersker som faggruppe er født til at stå for den koordinering og derfor skal spille en vigtig rolle i rehabiliteringsforløb. De lærer det på uddannelsen, og det er et af sygeplejerskernes fire virksomhedsområder – at lede sygeplejen,” siger Tina Jørgensen og uddyber:

”De skal stadig tage sig af mange af de komplicerede pleje- og behandlingsopgaver, men de skal også være frontløberne i at skabe gode og sammenhængende patientforløb på tværs af sektorerne og internt i kommunerne,” siger hun.

” Sygeplejerskerne kommer til at spille en afgørende rolle i forhold til at sikre den korrekte pleje af patienter, der teknisk set er færdigbehandlede, men som stadig kræver højt specialiseret pleje.

”Fremtidens nære sundhedsvæsen byder på mange spændende udfordringer og opgaver, ikke kun i forhold til nye kliniske opgaver, men også i forhold til det kliniske lederskab og samarbejdsevner. Det skrider nærmest på efteruddannelse,” siger hun.

Konverter empiri til viden

Det nære sundhedsvæsen har desuden en stor opgave mht. til sundhedsfremme og forebyggelse – et område, hvor sygeplejersker for alvor kan gøre en forskel, mener sygeplejerske og professor ved Institut for Læring og Filosofi på Aalborg Universitet, København, Kristian Larsen.

”De korte indlæggelser kræver, at det nære sundhedsvæsen bliver endnu bedre

producere, vurdere og kritisk evaluere viden. Altså til systematisk at blive klogere på, hvorfor de gør, som de gør, og ikke mindst på, om dét, de gør, virker efter hensigten. Der er brug for mange vidensformer, herunder for faglig udvikling, der udspringer fra klinikken,” siger Kristian Larsen og påpeger, det sagtens kan foregå i det små:

”I bund og grund handler det bl.a. om, at sygeplejerskerne mere systematisk stopper op og evaluerer deres arbejde. De er omringet af empiri, og de måler, tester og vejer allerede alt muligt hver eneste dag. Man kan og skal ikke forske i alt, men noget af empirien skal konverteres til kritisk refleksiv viden ikke mindst til gavn for patienten,” siger Kristian Larsen og uddyber:

”Man skal løbende handle som sygeplejerske, men der skal udvikles en eftertænk-somhed i forhold til den handlede, både på individ- og institutionsniveau. Det både udvikler og højner kvaliteten i sygeplejen,” siger han.

Mere rehabilitering

Både Kristian Larsen, Pia Kjellberg og Tina Jørgensen peger på, at sygeplejersker i fremtiden skal spille en større rolle på rehabiliteringsområdet, så flest mulige patienter kan vende godt tilbage til hverdagen efter deres sygdomsforløb. Pia Kjellberg uddyber:

”Der ligger så mange sygeplejefaglige opgaver i et rehabiliteringsforløb lige fra de mere komplicerede kliniske plejeopgaver til en mere styrende rolle i rehabiliteringsforløbet, hvor sygeplejerskerne med fordel igen kan gå forrest for at sikre et godt

Det synspunkt deler formand for de kommunale sygeplejersker, Inge Jekes.

”Jeg mener også, at de kommunale sygeplejersker får en mere fremtrædende klinisk lederrolle. Altså ikke i forhold til personale, men i forhold til at afdække og fordele de kliniske opgaver og sikre et godt samarbejde mellem sektorerne og de forskellige faggrupper. Vi skal alle blive bedre til at samarbejde både opad og nedad,” siger Inge Jekes og tilføjer, at behovet for flere og nye kompetencer i hjemmesygeplejen aldrig har været større.

Pia Kjellberg, analyse- og forskningschef i KORA.

til at informere og lære patienterne at mestre deres sygdom, f.eks. i forhold til det voksende antal borgere med kroniske sygdomme. Her er det oplagt, at sygeplejerskerne påtager sig flere af undervisende og vejledende funktioner,” siger han.

Kristian Larsen er desuden meget optaget af, at alle sygeplejersker skal blive bedre til at udvikle faglig viden fremfor ”blot” at bruge viden i deres arbejde.

”Jeg synes, der er behov for, at sygeplejersker som faggruppe bliver bedre til at

” Sygeplejerskerne skal stadig tage sig af mange af de komplicerede pleje- og behandlingsopgaver, men de skal også være frontløberne i at skabe gode og sammenhængende patientforløb på tværs af sektorerne og internt i kommunerne.

Tina Jørgensen, sygeplejerske og partner i Type2dialog.

samarbejde mellem de forskellige aktører, f.eks. hjemmeplejen og de kommunale træningstilbud,” siger Pia Kjellberg.

Det er Tina Jørgensen helt enig i.

” Der er behov for, at sygeplejersker som faggruppe bliver bedre til at producere, vurdere og evaluere viden. Altså til systematisk at blive kloge på, hvorfor de gør, som de gør, og ikke mindst på, om dét, de gør, virker.

Kristian Larsen, sygeplejerske og professor ved Institut for Læring og Filosofi på Aalborg Universitet, København.

”Sygeplejerskerne er bydende nødvendige i rehabiliteringsforløbene, både for pleje og behandling, men også i forhold til at koordinere forløbene og skabe sammenhæng for borgerne. Det samme gælder på plejecentrene, hvor en systematisk sygeplejefaglig udredning f.eks. kan medvirke til at forebygge indlæggelser og højne livskvaliteten i hverdagen,” siger hun og tilføjer:

”Rehabilitering er naturligvis først og fremmest vigtig for at hjælpe borgerne så godt tilbage til hverdagen som muligt. Men det er også et af de vigtigste værktøjer til at mindske det enorme pres, som især

demografiudviklingen lægger på velfærdssamfundet lige nu og i høj grad også i fremtiden. Som jeg ser det, er rehabilitering det, der gør, at vi i sidste ende overhovedet har ressourcer til at passe dem, der er svært syge,” siger Tina Jørgensen.



FRONTLØBER 1: SUS ENEBO REHABILITERER DEN HELE BORGER

Sus Enebo arbejder som udekørende sygeplejerske i Roskilde Kommunes tværfaglige rehabiliteringsteam. Kliniske opgaver som sårpleje og øreskyl er stadig en del af jobbet. Men hun er også ansvarlig for at sikre helhedsbeskrivelsen af borgerne ud fra sygeplejens 12 problemområder - i tæt samarbejde med bl.a. kolleger, hjemmepleje og almen praksis.

Tekst **Christina Sommer**
Foto **Søren Svendsen**

Alle 10 kontorstole i det lille lokale er optaget. Computerskærmene lyser lokalet op, og foran en af dem sidder sygeplejerske Sus Enebo og kigger på dagens køreliste.

Ved siden af sidder en anden sygeplejerske, mens de andre stole er besat af bl.a. ergoterapeuter, fysioterapeuter og social- og sundhedsassistenter.

Det er en grå og råkold mandag i november på Lokalcentret Kristiansminde i udkanten af Roskilde. Klokkeren er lidt over halv otte, og Roskilde Kommunes tværfaglige rehabiliteringsteam kaldet Hjælp-Til-Selv-hjælp-teamet (HTSH) er klar til ugens første triageringsmøde i det lille kontor, hvor teamet p.t. har base.

Rækker af røde, gule og grønne firkanter med borgernavne nedenunder lyser den store touchskærm på væggen op. Konstitueret afdelingsleder Ann Sivebæk står klar til at gennemgå weekendens og de mest iøjnefaldende borgere sammen med personalet, der løbende byder ind, bl.a. Sus Enebo.

”Vi skal også være ekstra opmærksomme på Kresten. Jeg besøgte ham i fredags, hans tunge var ildrød, og vi skal have hans egen læge på banen hurtigst muligt. Det går jo ud over hans ernæring,” fortæller hun.

56 pct. kan selv igen

HTSH-teamet blev søsat i januar i år og er en del af Roskilde Kommunes generelle indsats for at skabe sammenhængende rehabiliteringsforløb. Teamet begyndte i

to mindre områder, men kører nu ud i hele kommunen fra Jyllinge i nord til Truelstrup i syd. Indsatsen var for god til ikke at blive breddet ud til alle borgere.

”Vi bliver kontaktet, hver gang en borger får konstateret funktionstab. Og vores primære opgave er i tæt samarbejde med borgeren at løfte ham til at kunne det

Roskilde og rehabilitering

Roskilde Kommunes tværfaglige Hjælp-Til-Selv-hjælp-team er en del af Roskilde Kommunes arbejde med at indføre og udvikle rehabilitering i hele sin sundheds- og omsorgsorganisation. Med udgangspunkt i, hvad der er meningsfuldt for borgeren og ved at inddrage borgeren i formulering af mål og indsatser, er det lykkedes at skabe gode resultater, også i HTSH-teamet. De seneste tal fra oktober viser, at 56 pct. af borgerne tilknyttet et HTSH-forløb er blevet helt selvhjulpne igen.

HTSH-teamet er delt op geografisk i tre mindre teams, som hver har mellem 25-30 borgere tilknyttet. Foruden det daglige triageringsmøde afholder de tre teams tværfaglige møder hver uge, hvor der er tid til at diskutere udvalgte borgere nærmere.

Den 26. oktober fik kommunen Den Danske Rehabiliteringspris 2015.

Læs mere på www.roskilde.dk, skriv ”rehabiliteringspris” i søgefeltet.

samme eller mere og øge hans livskvalitet i løbet af de otte uger, et typisk forløb varer,” fortæller Sus Enebo på vej fra kontoret ud til bilen.

Da vi næsten er fremme hos dagens første borger, ringer Sus Enebos mobil. Det er en af teamets social- og sundhedsassistenter, som vil drøfte en borgers medicin.

”I modsætning til os kommer assistenterne ofte hos borgerne dagligt. De tager sig af mange af de basale plejebehov, og fagligheden er høj hos alle. Assisterne er faktisk mine øjne et langt stykke hen ad vejen. De arbejder super rehabiliterende,” siger Sus Enebo og uddyber:

”Vi deltager især i begyndelsen af forløbene, hvor vi bl.a. har en opstartssamtale med borger og evt. pårørende. Vi arbejder ud fra sygeplejens 12 problemområder og kommer derfor hele vejen rundt. Og så sætter vi i tæt samarbejde med borgeren ord på konkrete rehabiliteringsmål, f.eks. noget så banalt som at kunne gå op ad trappen til første sal igen, hvis det er det, der giver mening for borgeren,” siger Sus Enebo.

Sårpleje på gigtpatient

Sus Enebos første stop er hos en ældre kvinde et i af Roskildes villakvarterer. Hun har faktisk afsluttet sit rehabiliteringsforløb, men sygeplejerskerne besøger borgerne hhv. en og tre måneder efter afslutning, hvor fokus er evaluering, motivation og opfølgning på rehabiliteringsmålene. Borgerne triageres igen, og det sikrer tidlig opsporing.

”Jeg har en god blanding af konkrete plejeopgaver og så de mere reflekterende og koordinerende opgaver (...) Det er fremtidens sygepleje, tænker jeg.

”Hun har gennemgået et hårdt kræftforløb, hvilket resulterede i funktionstab og isolation. Nu er hun helt selvhjulpnen og går til træning to gange om ugen,” siger Sus Enebo i bilen på vej hen til dagens næste stop hos 73-årige Tove.

Hun lider af osteoporose og gigt, også i bindevævet. Det gør hende ekstra skrøbelig i forhold til slag og stød, og i dag skal Sus Enebo tilse og rense et sår ved højre ankel. Det pådrog Tove sig for nylig, da hun stødte benet ind i sengekanten på hospitalet under en indlæggelse pga. en mindre apopleksi og urosepsis. Indlæggelsen medførte desuden funktionstab.

”Assistenterne tager sig normalt af sårpleje, men jeg har kørt som almindelig hjemmesygeplejerske hos Tove og hendes mand i mange år og ved, hvordan hendes krop reagerer og heler. Det er lidt kompliceret pga. af gigtsygdommen,” siger Sus Enebo.

Fremtidens sygepleje

Tove sætter sig på ægteparrets dobbeltseng og får uden besvær benene svunget op på sengen.

”Jeg har ikke stærke smerter. Men jeg kan især mærke det, når jeg laver vepumpøvelser, så her holder jeg lidt igen,” siger den ældre kvinde.

Sus Enebo fjerner forsigtigt støttebind og plaster.

”Det er blevet mindre, det heler stille og roligt op og ser rigtig fint ud,” siger hun, mens hun renser såret, påfører medicinsk honningsalve og sætter nyt plaster og bind på, før hun aftaler at komme igen om to dage.

Tilbage på kontoret vender Sus Enebo endnu et par borgere med nogle af kollegerne. Hun snupper en hurtig frokost, før hun skal ud til dagens sidste borger. Sus Enebo er fagligt meget begejstret for at være en del af HTSH.

”Jeg udfører den sygepleje, jeg altid har drømt om. Det tværfaglige samarbejde høj-

ner virkelig kvaliteten i rehabiliteringen. Og det udfordrer og udvikler også min faglighed. Jeg har en god blanding af konkrete plejeopgaver og så de mere reflekterende og koordinerende opgaver i tæt samspil med mine kolleger og relevante aktører såsom almen praksis, hjemmeplejen og hospitalerne. Det er fremtidens sygepleje, tænker jeg,” siger Sus Enebo og tilføjer:

”I begyndelsen møder mange borgere os med en frygt for, at vi vil skære i deres ydelser. Det gør vi også nogle gange, men kun hvis vi sammen vurderer, at borgeren kan selv, f.eks. støve af eller gå ud med skrald. Folk bliver gladere, når de kan mere selv.”

Klædt på til fremtiden

Sus Enebo har arbejdet som hjemmesygeplejerske i mange år og har bl.a. været konstitueret afdelingsleder, også i Roskilde Kommune, før hun begyndte i HTSH-teamet. Hun har taget en tre uger lang efteruddannelse i fremtidens sygepleje for hjemmesygeplejersker, som UC Syddanmark, UC Lillebælt og COK udbød frem til 2014. Sus Enebo fremhæver især sit kendskab til lokalområdet og bl.a. almen praksis og hjemmesygeplejen som en stor fordel.



Sygeplejerske Sus Enebo tilser Toves sår. Det er bare én rehabiliterende indsats, der er medvirkende til, at mange borgere, der har lidt funktionstab, bliver helt selvhjulpne igen og får en højere livskvalitet.

FRONTLØBER 2: ANNESOFIE RENSCH DORPH TAGER IMOD I EGET KONSULTATIONSNUMMER

Sammen med sin kollega har konsultationssygeplejerske Annesofie Rensch Dorph op til 40 selvstændige konsultationer om dagen. Opgaverne spænder vidt fra vaccinationer, sårpleje og børneundersøgelser til øreakupunktur, samtalebehandlinger og hjemmebesøg.

Tekst **Christina Sommer**
Foto **Søren Holm**

Konsultationssygeplejerske Annesofie Rensch Dorph sætter kyndigt de små nåle i ørerne på kvinden, der har taget plads i den sorte stol med armlæn og ben i skinnende stål. Patienten er midt i 30'erne og siger ikke meget. Hun tripper nervøst med det højre ben, også da Annesofie Rensch Dorph forlader behandlerrummet for at sætte alarmen på sin iPhone til at ringe om 30 minutter, hvor nålene skal ud igen.

”Hun lider af alvorlig PTSD på tredje år og er også i et regionalt behandlingsforløb. I øjeblikket kommer hun her hver 14. dag for at få øreakupunktur, der kan mildne hendes stress-symptomer,” forklarer Annesofie Rensch Dorph, før hun kalder dagens næste patient ind i sit konsultationsrum.

Klokken nærmer sig 8.25 en kølig og regnfuld onsdag i oktober. Vi er hos Lægerne i Låsby, som ligger ca. 25 km vest for Aarhus. Som den ene af husets to konsultationssygeplejersker har Annesofie Rensch Dorph som altid travlt fra morgenstunden.

Onsdagen har allerede budt på blodprøvetagning og influenzavaccination på en patient med hypertension, mens dagens tredje patient er en kvinde sidst i 20'erne. Hun har ligesom dagens første patient en psykiatrisk baggrund og får en del forskellig medicin. Ud over kontrolblodprøver skal patienten også have foretaget et EKG i forbindelse med opstart af ny medicin.

Supplerer og substituerer lægen

At to af sygeplejerskens første patienter har psykiske problemer, er ikke tilfæl-

digt. For inden Annesofie Rensch Dorph blev ansat hos Lægerne i Låsby i 2010, arbejdede hun bl.a. som distriktssygeplejerske og som sygeplejerske på en psykiatrisk skadestue. I 2007 færdiggjorde hun specialuddannelsen i psykiatrisk sygepleje, og patienter i forløb med psykiske lidelser bliver derfor primært tilknyttet hende.

”Jeg bruger mange af mine samtaleteknikker og erfaringer fra det psykiatriske arbejdsfelt, f.eks. den motiverende samtale, i forbindelse med de psykiatriske patientforløb, men også i mit kronikerarbejde og i samtaleforløb om livsstilsomlægninger, f.eks. ryggestop og vægttab,” siger Annesofie Rensch Dorph, der sammen med sin sygeplejerskekollega både supplerer og substituerer lægehusets i alt to læger.

Et lille udpluk af opgaver:

- Giver medikamentelle injektioner som B12, P-sprøjte, testosteron etc.
- Tager på hjemmebesøg bl.a. for at foretage kliniske vurderinger/screeninger og støtte ved terminale forløb
- Fjerner suturer, limer flænger og assisterer ved syning
- Samarbejder bredt på tværs af sektorer og bl.a. med hjemmeplejen, hjemmesygeplejen, behandlere i rusmiddelcentre, privatpraktiserende psykiatere m.fl.

Lægepraksissen har ca. 3.200 patienter tilknyttet, og receptionen og telefonerne er primært bemandet med to lægesekretærer. Sygeplejerskerne laver derfor hovedsageligt konsultationsarbejde, og for en stor dels vedkommende er der tale om selvstændige konsultationer, kontroller og forebyggelsesopgaver uden lægelig støtte.

Efter møjsommeligt at have sat elektroder på den unge kvindes bryst og fjernet dem igen kigger Annesofie Rensch Dorph på EKG-strimlen.

”Umiddelbart ser det helt normalt ud, men Jette (den ene læge, red.) skal selvfølgelig lige se på det,” siger hun, mens patienten tager tøj på og får en lægetid ugen efter.

Faste samtaleforløb

Efter endnu et par konsultationer bl.a. med sårbehandling på en ældre kvinde i penicillinbehandling er det tid til at fjerne nålene fra ørerne på den kvindelige patient. Og tilbage i konsultationsrummet gør Annesofie Rensch Dorph sig klar til dagens første samtalebehandling. Patienten, en selvstændig erhvervsdrivende mand sidst i 30'erne, har fået konstateret stress. Han er med egne ord ”hamrende elendig til at prioritere sig selv”. De seneste 10 år har han haft tre depressioner, og han kommer nu i et fast samtaleforløb hos Annesofie Rensch Dorph, hvor han bl.a. får teknikker til at tackle stressen.

Han har tidligere fået instruktion i vejrtækningsøvelser, han kan lave derhjemme, men han har ikke prioriteret dem. Derfor opfordrer Annesofie Rensch Dorph ham til at sætte dem ind i kalenderen.

”Patienterne bliver typisk udredt hos en af lægerne, før de overgår til os. Men vi tager os også selvstændigt af enkelte akutte henvendelser, f.eks. ved almindelige infektioner og småskader.

”Med vejrtækningsøvelserne bliver det parasympatiske nervesystem stimuleret. Du tvinger din respiration ned i frekvens, din puls falder, og dit hjerte skal ikke arbejde så hårdt. Afsæt fem minutter et par gange om dagen, og så kan vi tage en snak igen om tre uger,” foreslår Annesofie Rensch Dorph.

Herefter følger endnu en samtalebekendelse med en ældre dame med demens, før resten af formiddagen byder på åben konsultation med influenzavaccinationer for begge konsultationssygeplejerskers vedkommende.

”I dag har vi ikke så travlt, men det skyldes nok vejret,” siger Annesofie Rensch Dorph, som mellem vaccinationerne får tid til at vende et par patienter med praksisens anden læge, Bo Christensen.

Tætte patientrelationer

På en normal arbejdsdag har de to konsultationssygeplejersker i alt ca. 40 patienter.

”Patienterne bliver typisk udredt hos en af lægerne, før de overgår til os med undtagelse af akutte besøg og et par kontrolbesøg om året. Men vi tager os også selvstændigt af enkelte akutte henvendelser, f.eks. ved almindelige infektioner og småskader. Selvom vi jævnligt får nye opgaver, er og bliver vi sygeplejersker. Er jeg i den mindste tvivl, spørger jeg altid min kollega eller en af lægerne,” siger Annesofie Rensch Dorph.

Onsdag er en kort dag for Annesofie Rensch Dorph, der arbejder 30 timer om ugen. Hun har på ingen måde fortrudt springet fra psykiatrien til almen praksis.

”Patientgrundlaget er meget bredt og i alle aldre. Jeg har mulighed for at opbygge tætte og langvarige relationer med patienterne, da vi jo ofte følger dem i flere år. Det løfter behandlingen meget. Jeg har en god blanding af somatiske og psykiatriske opgaver, hvilket er meget tilfredsstillende rent fagligt,” siger Annesofie Rensch Dorph.

Klædt på til fremtiden

Annesofie Rensch Dorph har taget specialuddannelsen i psykiatrisk sygepleje. Hun har deltaget i et tværsektorielt uddannelsesforløb i sundhedspædagogik fra Region Midtjylland. Har et basiskursus i Compassion Focused Therapy. Mulighederne for faglig sparring er høj, og praksis er uddannelsessted for læger, så personalet undervises løbende.



Oktober er højsæson for influenzavaccinationer. På billedet ses konsultationssygeplejerske sammen med Benno Holler på 77. Han møder troligt op til åben hus hvert år for at få det lille stik, der forhåbentlig kan beskytte ham mod vinterens værste vira.

FRONTLØBER 3: METTE MØLLER BRINGER AMBULATORIET HJEM TIL PATIENTEN

Som kontaktsygeplejerske for ca. 75 patienter med svær eller meget svær KOL, er Mette Møller en del af et tværfagligt behovsrettet ambulært tilbud på Nordsjællands Hospital. De faste kontroller er bl.a. blevet erstattet af en årlig såkaldt ACP-samtale, og patienterne har fået flere muligheder for at trække direkte på sygeplejersker og læger ved behov.

Tekst **Christina Sommer**
Foto **Henrik Frydkjær**

Klokken er lidt over 8 på Lunge- og Infektionsmedicinsk Ambulatorium på Nordsjællands Hospital, Frederikssund. Sygeplejerske Mette Møller sidder parat ved telefonen til at svare på opkald fra patienter med meget svær eller svær kronisk obstruktiv lungesygdom KOL, dvs. med en lungefunktion på under 50 pct.

CAPTAIN og ACP-samtale

CAPTAIN står for Comprehensive And Prospective Treatment And Individual Nursing. Det individuelle og behovsrettede tilbud er udviklet på Nordsjællands Hospital i et samarbejde mellem en række læger og sygeplejersker.

De årlige kontroller er bl.a. erstattet af åben telefontid hver formiddag, mulighed for subakutte lægebesøg samt en årlig længerevarende samtale med kontaktsygeplejerske og læge, kaldet ACP-samtalen (Advanced Care Planning). Samtalen kredser bl.a. om patientens og evt. pårørendes værdier og ønsker for fremtidig pleje og behandling, så symptomer lindres bedst muligt, også i perioder med forværring, og når livet nærmer sig sin afslutning.

Der er p.t. omkring 40 opkald om måneden på den åbne telefon. 53 pct. af opkaldene håndteres af sygeplejerskerne alene.

For yderligere information kontakt afdelingssygeplejerske Puk Vad Vestergaard eller projektleder og sygeplejerske Marie Lavesen på Puk.vad.vestergaard@regionh.dk eller Marie.lavesen.karlsson@regionh.dk

På bordet ligger to A4-ark med navne på de omkring 20 patienter, der p.t. er indlagt på hospitalets lunge- og infektionsmedicinske sengeafdeling. Mette Møller genkender straks et par stykker.

”Poul her indlagde vi i går i forbindelse med, at han havde en subakut tid i vores ambulatorium, da han havde oplevet en forværring i sin KOL,” fortæller hun.

Sammen med otte andre sygeplejersker på Nordsjællands Hospital (Frederikssund, Hillerød og Sundhedshuset i Helsingør) er Mette Møller en del af et nyt tværfagligt behovsrettet ambulært tilbud kaldet CAPTAIN.

Det betyder bl.a., at hun med mellemrum passer telefonen, som er åben hver formiddag. Hvis patienterne har spørgsmål, eller oplever en forværring i deres lungesygdom, har de direkte og nem adgang til en sygeplejerske, der kan guide dem videre til yderligere hjælp, f.eks. et tjek hos ambulatoriets læge dagen efter. I dag er telefonen dog ret stille.

”Det varierer meget, hvor mange opkald vi får,” siger Mette Møller, der deler telefonvagten med en kollega.

Hun sætter derfor telefonen på videre-send og sætter kurs mod sengeafdelingen, hvor personalet gennemgår de indlagte patienter hver morgen kl. 9.

”Vi har en masse viden om de patienter, vi er kontaktsygeplejersker for. Det kan vi lige så godt dele med de andre kolleger,” siger Mette Møller.

Sygeplejefagligheden i spil

På sengeafdelingen finder hun hurtigt Poul på gangen. Mette Møller følger ham ind til hans seng.

”Poul har som mange andre mænd sidst i 60'erne altid kunnet selv. Og de vil selv. KOL er en kronisk sygdom, og de begrænsninger, den kan give, kan være et kæmpe indgreb i deres liv,” siger Mette Møller, da hun kommer ud fra firmandsstuen.

”Jeg bruger alle facetter i sygeplejen, lige fra gennemgang af medicin, kliniske undersøgelser og kostvejledning til samtaler med patienten.

Efter morgens patientgennemgang sætter hun kurs mod ambulatoriet igen. Her skifter hun til civilt tøj og pakker sin rygsæk med bl.a. patientoplysninger og spirometer. Mange KOL-patienter har svært ved at komme til ambulatoriet, og der er derfor mulighed for hjemmebesøg.

Mette Møller har bl.a. arbejdet på kirurgiske og intensive afdelinger, før hun blev ansat på ambulatoriet i 2009, og hun har også en master i klinisk sygepleje. Trods sin store sygeplejeerfaring var de første hjemmebesøg dog udfordrende.

”Min faglighed kommer virkelig i spil, når jeg er alene hos patienterne. Vi er jo ikke læger, men får måske spørgsmål, som kun lægerne kan og skal svare på. Her skal jeg kende mine grænser. Omvendt bruger jeg alle facetter i sygeplejen, lige fra gennemgang af medicin, kliniske undersøgelser og kostvejledning

til samtaler med patienten,” fortæller Mette Møller i bilen på vej mod dagens første patient.

Kommer vidt omkring

Efter ca. 30 minutters kørsel er vi fremme hos 76-årige Jan Holm i Hundested. Han har både emfysem og lungefibrose. I sommer pådrog den socialt aktive mand sig en dobbeltsidet lungebetændelse. Det medførte flere indlæggelser, og han har haft hjemmeilt 24 timer i døgnet de seneste tre måneder. Da det er første møde, laver Mette Møller en indledende sygeplejevurdering.

”Hvad kan du så gøre for mig?” spørger Jan Holm, da Mette Møller har taget plads i stolen ved siden af ham.

Mette Møller smiler, og stille og roligt kommer der gang i snakken mellem sygeplejerske og patient. De gennemgår f.eks. Jan Holms medicin, som han faktisk har ganske godt styr på.

”De her vanddrivende piller er jeg altså holdt op med at tage om aftenen. Jeg skulle jo tisse hele tiden,” siger Jan Holm.

Mette Møller anbefaler, at han i stedet tager dagens anden pille først på eftermiddagen. Hun spørger også ind til hans netværk, som viser sig at være stort, og de kommer

også omkring hans nattesøvn, forholdet til hjemmeplejen, privatpraktiserende læge og de ret svingende oplevelser som patient på en række af regionens hospitaler. Til slut taster Jan Holm sygeplejerskens kontaktinformation ind i sin iPhone.

”Du har mit nummer, lad os holde kontakten hver tredje måned. Og oplever du forværringer, eller er du i tvivl om noget, så ring endelig,” siger Mette Møller.

Personlige og følsomme samtaler

Tilbage i bilen mod Frederikssund opsummerer Mette Møller.

”Han er jo eksemplet på en fysisk svækket mand med mange udfordringer, men som samtidig er meget ressourcestærk. Vi kredsede lidt rundt om ”iltapparat for altid eller ej”. Det fylder meget for alle patienter,” siger Mette Møller.

Efter dagens næste hjemmebesøg hos en 74-årig kvinde med meget svær KOL kan Mette Møller lige nå lidt frokost på hospitalet, før hun sammen med ambulatoriets læge Martin Døssing har to ACP-samtaler (se boks) på eftermiddagsprogrammet. Da samtalerne kan være ret personlige, må journalisten ikke deltage.

”Langt de fleste patienter oplever en forværring år for år, hvilket er meget hårdt.

Klædt på til fremtiden

Mette Møller har en master i klinisk sygepleje og Region Hovedstadens udviklingsprogram Ledelse i patientforløb. Det har givet hende en bedre forståelse for ambulatoriets opgaver i forhold til andre samarbejdsparter i regionen og kommunerne. Der er altid mulighed for sparring med kolleger i ambulatoriet, og på de månedlige supervisioner diskuterer man konkrete episoder nærmere.

Vores opgave er at sørge for, at patienterne får den rette medicin og behandling, gerne proaktivt,” siger Mette Møller og tilføjer:

”Og vi har en mindst lige så stor opgave i at klæde patienterne og evt. pårørende bedst muligt på til at mestre og leve godt med sygdommen. Også når det er svært,” siger Mette Møller.

Mette Møller og Jan Holm kommer vidt omkring ved det første hjemmebesøg. Mette Møller fokuserer ikke kun på sygdommen, men også på lindring, og på, hvordan patienterne håndterer sygdommen og de symptomer og livsvilkår, den medfører.



VERDEN EFTERLYSER AVANCEREDE SYGEPLEJERSKER

Siden 1960'erne har Advanced Practice Nurses, APN'er, vundet frem og er i dag udbredt i USA, Australien, Canada, England. Og en række europæiske og nordiske lande er fulgt efter. OECD anbefaler APN'er i Danmark, fordi ordningen er omkostningseffektiv, og på den måde kan Danmark blive en del af en global tendens.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen og Christina Sommer**
Illustration **Mathias Nygaard Justesen**



Da den internationale sygeplejerskeorganisation, ICN, holdt verdenskongres i Seoul i 2015, sagde Verdenssundhedsorganisationen WHO's formand Margaret Chan, at avanceret klinisk sygepleje – hvor sygeplejersker bl.a. kan ordinere medicin – skal være inkluderet i den globale strategi for verdens sundhed. WHO mener, at den primære udfordring ikke er at have evidens for, hvad der virker, men at mobilisere den politiske vilje og finansiering til at gennemføre det.

I USA, Australien, Canada og England har man igennem en længere årrække arbejdet systematisk med at uddanne sygeplejersker med udvidede kompetencer og

ICN's definition på Advanced Practice Nurses

En Advanced Practice Nurse ...

- yder sygepleje på et avanceret niveau
- har selvstændighed og myndighed til at kunne varetage et større ansvar for patientens pleje og behandling
- har mulighed for kontinuerlig klinisk udøvelse af den avancerede kliniske kompetence
- er uddannet ved en anerkendt uddannelsesinstitution på minimum masterniveau, som er formelt reguleret og registreret med titel.

rettigheder, de såkaldte Advanced Practice Nurses, APN'er. I dag er de forankret i landenes sundhedsvæsen som led i en strategi for at skabe bedre sundhedstilbud til kronisk syge. Det kan f.eks. være i forhold til patienter med diabetes og KOL og i opfølgingsforløb for hjerte- og kræftpatienter. De kan have mange forskellige titler og roller typisk inden for kroniske sygdomme.

APN'erne kan foretage kliniske undersøgelser og selvstændigt bedømme og diagnosticere akutte og kroniske helbredsproblemer. De kan arbejde selvstændigt i ambulatorier og sundhedscentre, og derfor har de bl.a. vundet udbredelse i lande, hvor der er mangel på læger i yderområder, som netop USA, Canada, Australien og England.

Det er ifølge Organisationen for Økonomisk Samarbejde og Udvikling, OECD, omkostningseffektivt at bruge APN'er, og derfor arbejder de også midt i byerne. OECD anbefalede i 2013 Danmark at indføre APN'er i det danske sundhedsvæsen.

APN'er i Norden

Lige før sommerferien udgav den norske regering en omfattende rapport om fremtidens nære sundhedsvæsen. Her anbefaler regeringen at indføre "nurse practitioners" efter model fra USA. Hvis det norske Storting beslutter officielt at indføre en sygeplejersketitel med ret til at behandle, ordi-

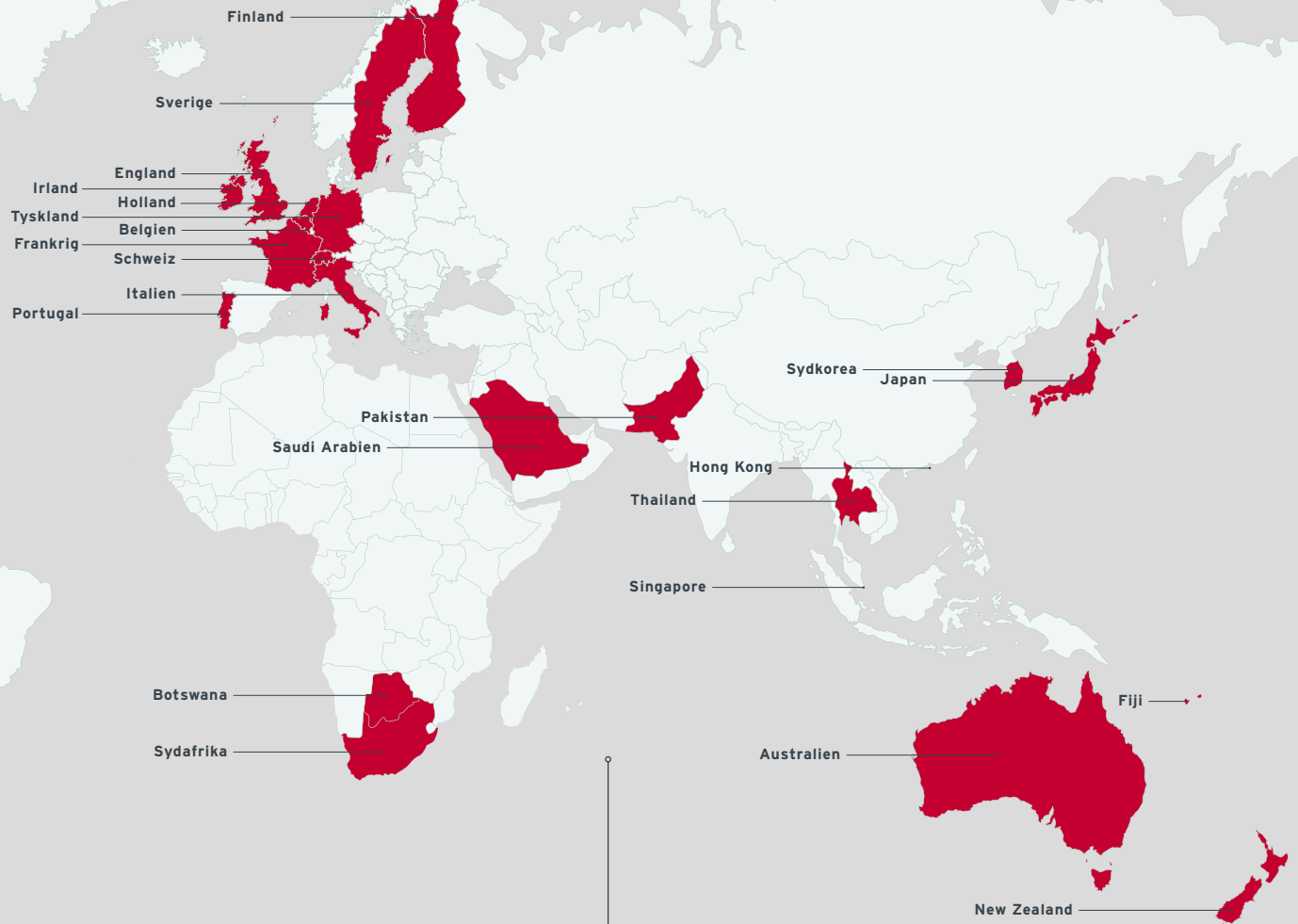
nere og udskrive recepter, så vil det være et stort skridt for indførelse af avancerede kliniske sygeplejersker i hele Norden.

Både Norge, Sverige og Finland har masteruddannelser i avanceret klinisk sygepleje, men den egentlige forankring i sundhedsvæsenet i form af stillingsbetegnelser og lovgrundlag for deres virke mangler. Det betyder, at sygeplejersker, som tager masteruddannelse i avanceret klinisk sygepleje, ikke kan være sikre på at kunne bruge de kompetencer, de er uddannet til. Først når denne forankring er på plads, kan sundhedsvæsenet udnytte de nye højtuddannede sygeplejerskers kompetencer fuldt ud. Derfor kæmper sygeplejerskeorganisationer i de nordiske lande, men også i mange andre europæiske lande, for en bred systematisk anerkendelse af APN'erne.

Finland er det nordiske land, som er længst fremme i forhold til forankring. I 2010 fik avancerede kliniske sygeplejersker ret til at ordinere en begrænset række receptpligtige lægemidler.

APN var på dagsordenen, da de nordiske sygeplejerskeorganisationer mødtes i september 2015 i regi af Sygeplejerskers Samarbejde i Norden, SSN. Her gav nyheden fra Norge om, at regeringen vil arbejde på at indføre APN'er nyt håb for de andre lande, som arbejder for det samme.

AVANCEREDE KLINISKE SYGEPLEJERSKER INDTAGER VERDEN



Flere og flere lande uddanner formelt sygeplejersker med udvidede kompetencer og rettigheder til bl.a. diagnosticering og ordination. Nogle lande opererer primært med Nurse Practitioners-titlen (NP), mens andre primært har taget Advanced Practice Nurses-titlen (APN) til sig.

Der findes ikke et samlet internationalt overblik over hvilke lande, der har NP'er og/eller APN'er. Derfor er ovenstående verdenskort ikke udtømmende. Data er primært hentet fra den internationale sygeplejerskeorganisation ICN samt OECD.

GRETE CHRISTENSEN: FREMTIDEN KALDER PÅ MERE UDDANNELSE

De store forandringer i det nære sundhedsvæsen kræver, at sygeplejersker bliver videreuddannet på flere niveauer, mener KL, regeringen og Dansk Sygeplejeråd.

Tekst **Christina Sommer**
Foto **Simon Klein-Knudsen**

De mange nye komplicerede pleje- og behandlingsopgaver og det øgede behov for koordinering og samarbejde på tværs af sektorer og faggrupper kræver, at sygeplejerskerne i det nære sundhedsvæsen bliver oprustet fagligt. Det foreslår KL bl.a. i sit nye sundhedsudspil "Sammen om sundhed" (se boks). Og så sent som i oktober erklærede sundheds- og ældreminister Sophie Løhde (V) netop i *Sygeplejersken*, at hun vil styrke det sundhedsfaglige niveau i kommunerne bl.a. gennem kompetenceudvikling.

Dansk Sygeplejeråd er helt enig, siger formand for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen.

"Virkeligheden i og omkring den kommunale sygepleje har forandret sig drastisk de seneste år, og der er derfor et stort behov for et bredt samlet løft af de kommunale sygeplejerskers kompetencer," siger Grete Christensen og uddyber:

"Sygeplejerskerne står ofte alene med komplekse problemstillinger, som de er nødt til at håndtere med stor selvstændighed. Det er ofte deres opgave at have det store overblik og sikre koordinering mellem de mange aktører, der er involveret i behandlingsforløbene, f.eks. borgerens egen læge, social- og sundhedsassistenter, ambulatorier m.fl. Og det kræver brede og avancerede kompetencer på et niveau over grunduddannelsen," siger Grete Christensen.

Kompetencer over basisniveau

Konkret foreslår Dansk Sygeplejeråd derfor, at der etableres en specialuddannelse i kommunal sygepleje primært målrettet hjemmesygeplejersker og sygeplejersker i den akutte indsats.

Målet er, at alle sygeplejersker i hjemme-sygeplejen og den akutte indsats får denne specialuddannelse. Uddannelsen tænkes bygget op af moduler, som kan tages trinvis, og som målrettes sygeplejerskernes konkrete arbejdsområde.

Det skal desuden være en klinisk forankret specialuddannelse, som er koblet med rammerne fra det formelle uddannelsessystem og derfor bl.a. er ECTS-pointgivende.

"Uddannelsen skal give sygeplejerskerne stærke teoretiske og kliniske kompetencer, som matcher nyeste evidens og retningslinjer. Men også flere organisatoriske kompetencer og viden om sundhedsvæsenets dynamik samt flere sundhedspædagogiske kompetencer til arbejdet med bl.a. borgernes egenomsorg og mestringsveje," siger Grete Christensen.

Udvidede kompetencer

Derudover mener Dansk Sygeplejeråd også, at nogle sygeplejersker skal videreuddannes til at varetage avancerede kliniske funktioner på baggrund af en APN-uddannelse, som man kender fra bl.a. Finland og USA.

APN står for Advanced Practice Nurses, på dansk "avancerede kliniske sygeplejersker". De adskiller sig fra basissygeplejersken og den specialuddannede sygeplejerske ved at kunne arbejde endnu mere selvstændigt, f.eks. i forhold til professionelle kliniske beslutninger.

Både OECD, WHO og EU's CNO-forum (Chief Nursing Officer) har de senere år peget på, at Advanced Practice Nurses kan løfte og styrke indsatsen over for især ældre medicinske patienter med en eller flere kroniske sygdomme.

"Sygeplejersker med APN-uddannelsen skal have udvidede kompetencer til at vurdere, diagnosticere, ordinere undersøgelser og

KL efterlyser specialuddannelse til sygeplejersker

I oktober offentliggjorde KL sundhedsudspillet "Sammen om sundhed". Her kommer KL med en række bud på, hvad der skal til for, at det danske sundhedsvæsen på tværs af sektorer skal fastholde og udbygge et sundhedsvæsen, der gør sig fortjent til at være i verdensklassen. I udspillet kommer KL med en række anbefalinger, og én af dem går netop på, at Sundhedsstyrelsen etablerer en specialuddannelse til sygeplejersker målrettet medicinske patienter. KL skriver bl.a.: "... der er et særligt behov for at løfte gruppen af sygeplejersker, der varetager akutte og subakutte indsatser til særligt ældre medicinske patienter og på sigt kan varetage indsatsen over for personer med kronisk sygdom eller psykiske lidelser, der fremadrettet kan løses i kommunerne."

justere i behandlingen inden for et afgrænset område. Og de samarbejder tæt med læger i almen praksis, på sygehuset og med andre faggrupper," siger Grete Christensen.

APN-uddannelsen skal være en klinisk forankret videreuddannelse på masterniveau, og der skal være mulighed for at tage et fuldt uddannelsesforløb eller et afkortet forløb, som bygger oven på sygeplejerskens allerede eksisterende uddannelse.

"Mange sygeplejersker arbejder allerede med udvidede kompetencer inden for stort set alle specialer i både det kirurgiske, medicinske og psykiatriske felt. Men der er behov for en formel APN-uddannelse for at sikre ens kvalitet og en mere systematisk tilgang til, hvordan sundhedsvæsenet udnytter sygeplejerskernes kompetencer bedst," siger Grete Christensen.





Det Grønlandske Sundhedsvæsen

”En ung fyr, fisker og opvokset i en bygd, er svært psykotisk. Han har ikke villet tage imod sin depotmedicin gennem længere tid. Han kommer forpint og fortæller på grønlandsk. Tolken lytter, og jeg kan se, hun synes, det er svært. Til sidst siger hun: ’Jeg kan ikke oversætte det, han siger. Det giver ikke mening. Patienten siger, at han ikke kan finde sit slædespor. Det er som om, der raser en snestorm i hans indre’. For mig giver det meget mening. Han forklarer jo med sit hverdagsprog, hvad han oplever. Han kan ikke finde retning, og han mærker indre kaos.”

MARIANNE SAND
PSYKIATRISK HJEMMESYGEPLEJERSKE
REGIONSSYGEHUSET AVANNAÁ
ILULISSAT

GRØNLAND
– 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.

► **gjob.dk**



Har du tjek på din lønseddel?

Mere end hver tredje sygeplejerske oplever fejl på lønsedlen, viser en ny undersøgelse, som Megafon har lavet for Dansk Sygeplejeråd. I eksemplet her på siderne kan du se, hvor fejlene oftest opstår, og hvad du skal være opmærksom på. I de to første uger af november satte Dansk Sygeplejeråd sammen med en række faglige organisationer under FTF og LO ekstra fokus på at sikre medlemmernes løn. Men hele året kan medlemmer af Dansk Sygeplejeråd få hjælp til at gennemgå lønsedler for fejl og mangler. Spørg din tillidsmand eller kontakt din lokale kreds for at høre, hvordan de bedst kan hjælpe dig.

Lønseddelnr. 04/2014 Forside 1 af 1

Sygeplejerske

Periode: november 2014
CPR-nr.:
Overenskomst: Ikke-ledende personale på SHK-området
Anciennitetsdato: 01.08.2014
Jubilæumsdato: 09.03.2014
Område: 4
Næste lønindsigtning: 01.08.2022

Inst.: Tjnr.: Afd.: **Silkeborg Løn**

Kontakt CHR på

Periode uge/måned	Tekst	Beløb
-/11/14	Fast løn for 01.11.-30.11.2014	18.125,55P
-/11/14	Grundløn trin 04 - 28 timer pr. uge	1.292,36P
-/11/14	Lukket afsnit/afd. PV	152,82P
-/11/14	Tillæg indtil 8 år	
Fast løn i alt		19.550,73
	Særydelser	
	Lørdagstillæg	17,50 67,67 1.184,22P
	Aftenstillæg	16,50 43,50 1.065,75P
	Nattillæg	16,50 52,37 964,10P
	Overarbejde udb. -50% tillæg	6,50 241,68 1.570,92*
	Søndagstillæg	16,00 67,67 1.062,72P
	For sent varslet tillæg	1,00 34,36 34,36*
	Diverse skattepligtige tillæg/afdrag	
-/11/14	Tjenestefragt	274,90
-/11/14	Atp-bidrag E-ordning	-68,40
Samlet løn før skat		25.559,30
-/11/14	Skatteberegning mv.	
-/11/14	Arbejdsmarkedsbidrag 8% af kr. 25.559,30	
-/11/14	Skat. Lønindk. 23.515,30 - fradrag 4.363 = 19.152,30 x 37%	

OVERFØRES TIL NEMKONTO DEN 28.11.2014

* Specifikation af beløb
P Specifikation af pension

• Tjek anciennitetsdato. Får du anciennitet for alle de år, hvor du har arbejdet som sygeplejerske?

• Tjek grundløn og tillæg. Får du de tillæg du skal have? Er den samlede faste løn, som den plejer at være?

I de måneder hvor der kommer lønstigninger, vil der være en ekstra side på lønsedlen, som præciserer, hvordan lønnen så ser ud.

• Tjek antal aften-, nat-, weekend-, samt øvrige tillæg. Sammenlign med din kalender. Specifikation af ulempetillæggene ses på lønsedlens side 2.

• Tjek samlet løn. Er der uforklarlige udsving?

Sygeplejerske

Periode: november 2014
CPR-nr.:
Overenskomst: Ikke-ledende personale på SHK-området
Område: 4
Næste lønindsigtning: 01.08.2022

Inst.: Tjnr.: Afd.: **Silkeborg Løn**

Lønnens sammensætning pr. 31.10.2014

	Niveau 2006-01-01	Årligt Korr./pct	Samlet pension	1/3 eget bidrag	Netto
Grundløn: Trin 04 - 28 timer pr. uge			-2.423,57	-607,79	16.125,55
Funktionsløn					
Lukket afsnit/afd. PV*	18.000,00	20,49/1,54	-172,80	-57,60	1.262,36
Begrundelse:					
Tillægget gives til ansatte på lukkede afsnit/afdeling i psykiatrien (PV). Tillægget bortfalder når funktionen ophører.					
Særlig afdelt løn					
Tillæg indtil 8 år	1.850,00	2,10/0,08	-17,76	-6,50	132,82
Begrundelse:					
Til sygeplejersker, radiografer, fysioterapeuter, ergoterapeuter, laboratorieassistenter samt laboratorie medarbejdere i forbindelse med 4-8 måneders trin 0-3 med indtil 8 års sammenlagt beskæftigelse på baggrund af grundlønssammenligning ydes der et pensionsgivende tillæg på 1.850 kr. i årligt grundbeløb (niveau 1. januar 2006).					
Klæved:					
Tillæg ydes med fuld gennemslag. Kun modregning hvis der ikke er et andet reduktion som følge af central afslatte ændringer.					
Tillægget bortfalder når der er opnået 8 års sammenlagt beskæftigelse.					
Fast løn i alt månedligt			-2.613,83	-671,31	16.550,73

• Denne side af lønsedlen kommer i de måneder, hvor der sker en regulering af lønnen. Her kan du læse begrundelsen for tillægget, samt hvor meget tillægget udmonter hver måned.

Lønseddelnr. 04/2015 Bagside 1 af 1
 CPR-nr. Tjenestevr.

Specifikation af efterregulering

Tekst	Antal	a kr.	Beløb
Skattepligtig Fast løntillæg*	april 2015 - april 2015	1 MD	214,51
Tjenesteledragt	april 2015 - april 2015	1 MD	2,64
Lørdagstillæg	marts 2015 - marts 2015	4,50	2,64
Afentillæg	marts 2015 - april 2015	37,00	0,42
Nattillæg	marts 2015 - marts 2015	15,00	0,50
Søndagstillæg	marts 2015 - marts 2015	11,00	0,85
Sh-tillæg	april 2015 - april 2015	8,00	0,77
Ansvarshav.A/N. Hvr/H-bl.	april 2015 - april 2015	8,00	0,05
I alt			256,83

*Se evt. løn- og ansættelsesoplysninger

Specifikation af særydelser 06.04.-03.05.2015 (ugerne 15-18)

Periode	Tekst	And.per	15/04	16/04	17/04	18/04	18/05	Antal		
06.04.15 - 05.04.15	Lørdagstillæg		12,00					12,00		
	Afentillæg		15,00	15,00	19,00	1,50		50,50		
	Nattillæg		1,00	1,50	1,00			3,50		
	Overarbejde udb. -50% tillæg		0,50	8,00				8,50		
	Søndagstillæg		12,50					12,50		
	Sh-tillæg		8,00				8,00	16,00		
	Ansvarshav.A/N. Pck CB10		8,00					8,00		
	For sent varsel tillæg			8,00	1,00			1,00		
	Tilgodehavende afspadsering									
Ferieregnskab mv. 06.04.-31.05.2015 (ugerne 15-18)										
Periode	Tekst	Saldo pr. 05.04.15	And.per.	15/04	16/04	17/04	18/04	18/05	Antal	Saldo pr. 31.05.15
Ferie uden løn										
Feretimer uden løn										
Feretimer uden løn										
Tilgodehavende afspadsering										
Tekst	Optjent md/år	02/15	03/15	04/15	05/15	Antal				
Ekstra timer						-6,00				
Timer i alt						-6,00				
Afspadseres senest		31.05.15	30.06.15	31.07.15	31.08.15					
Optælling af timer 06.04.-03.05.2015 (ugerne 15-18)										
Tekst	And.per	15/04	16/04	17/04	18/04	18/05	Antal			
Arbejdstimer		16,00	52,00	16,00	6,50		90,50			
Sygdom/skadedoms					24,00		8,00			
Normtimer		22,40	52,00	16,00	30,50	14,40	135,30			
Tjenestetimer		6,40					12,80			
Samlet pensionsbidrag overført til pensionskasse 3.157,02										
Pensionsbidrag af løn										
Heraf 1/3 eget bidrag										
Pensionsprocent										

Vær opmærksom på datoerne. Her er tillæg givet i uge 18 i måned 4.

Specificering af ulempetillæg. Sammenlign med din kalender for at se, om du har fået det hele med.

Tjek ferieregnskab og sammenhold med din ferieplan.

Afspadseringsregnskab.

Afspadsering optjent. Her i uge 15 i måned 5.

Pensionsregnskab. Tjek at pensionsprocenten er korrekt.

Lønseddelnr. 03/2015 Side 1 af 1

Periode fra 03.03.2015 til 05.04.2015
 CPR-nr.:
 Overenskomstapl.: Ikke-lønende personale på SHK-området
 Område: 4

Tyvr.: Afr:

Silkeborg Løn

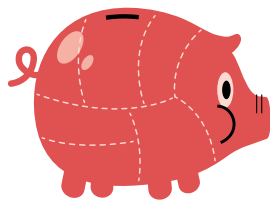
	Arbejdstid	Norm	Frasvar (løber)	Tillæg	Type Frasvar/Tillæg	Udb	Akt
11	Man 09.03.15				Almindelig thsdag		
	Tirs 10.03.15						
	Ons 11.03.15	15.30-23.30	8,00	5,00	Afentillæg	Ja	
	Tors 12.03.15	15.30-23.30	8,00	5,00	Nattillæg	Ja	
	Fre 13.03.15			0,50	Afentillæg	Ja	
	Lør 14.03.15			0,50	Nattillæg	Ja	
	Søn 15.03.15				Almindelig thsdag		
	Søn 15.03.15				Almindelig thsdag		
	Total		16,00				
12	Man 16.03.15	08.00-16.00	7,00	7,00	Kursustimer		
	Tirs 17.03.15	08.00-15.00	7,00	7,00	Kursustimer		
	Ons 18.03.15	15.30-23.30	6,00	1,00	Sygedage	Ja	
	Tors 19.03.15	15.30-23.30	8,00	5,00	Afentillæg	Ja	
	Fre 20.03.15	07.30-12.30	9,00	8,00	Nattillæg	Ja	
	Lør 21.03.15				Afspadseringstimer	Ja	
	Søn 22.03.15				Almindelig thsdag		
	Søn 22.03.15				Almindelig thsdag		
	Total		35,00				
13	Man 23.03.15	07.30-15.30	8,00		Almindelig thsdag		
	Tirs 24.03.15	07.30-15.30	8,00				
	Ons 25.03.15						
	Tors 26.03.15						
	Fre 27.03.15						
	Lør 28.03.15	19.30-07.30	12,00	1,00	Afspadseringstimer	Ja	
	Lør 28.03.15	19.30-07.30	12,00	4,50	Lørdagstillæg	Ja	
	Lør 28.03.15	19.30-07.30	12,00	3,50	Afentillæg	Ja	
	Lør 28.03.15	19.30-07.30	12,00	6,00	Nattillæg	Ja	
	Søn 29.03.15	19.30-07.30	12,00	8,50	Søndagstillæg	Ja	
	Søn 29.03.15	19.30-07.30	12,00	3,50	Afentillæg	Ja	
	Søn 29.03.15	19.30-07.30	12,00	7,00	Nattillæg	Ja	
	Søn 29.03.15	19.30-07.30	12,00	4,50	Søndagstillæg	Ja	
	Total		40,00				
14	Man 30.03.15				Almindelig thsdag		
	Tirs 31.03.15						
	Ons 01.04.15	15.00-23.00	8,00	6,40	Afentillæg	Ja	
	Tors 02.04.15	15.00-23.00	8,00	5,00	Fr på SH-dag	Ja	
	Tors 02.04.15	15.00-23.00	8,00	6,00	Afentillæg	Ja	
	Fre 03.04.15				Sh-tillæg	Ja	
	Lør 04.04.15				Ansvarshav. A/N. Pck	Ja	
	Søn 05.04.15				Fr på SH-dag	Ja	
	Lør 04.04.15				Almindelig thsdag		
	Søn 05.04.15				Almindelig thsdag		
	Total		16,00				

Side 3 på lønsedlen, med specificering af arbejdstider. Sammenlign med kalender, og tjek om alle vagter er kommet med. Tjek også om ændringer i vagtplanen er kommet med.

Gennemgang af forskellige lønsedler

Lønsedlen i dette eksempel er fra Silkeborg Løn, som primært gælder sygeplejersker ansat i regionerne, men også i nogle kommuner. I næste nummer af *Sygeplejersken* bringer vi en lignende gennemgang af en lønseddel fra KMD, som typisk modtages af sygeplejersker ansat i kommunerne.

Nogle medlemmer modtager deres lønseddel fra andre end Silkeborg Løn og KMD. Ved tvivlsspørgsmål kan alle medlemmer kontakte deres tillidsmand eller deres lokale kreds.



DE NYUDDANNED E BETALER GILDET

Fra 2017 får nyuddannede ledige, som ikke har børn, knap 2.000 kr. mindre i dagpenge om måneden. Den forringelse blev et politisk flertal enig om i oktober. De nyuddannede betaler dermed en del af regningen for de forbedringer, som andre ledige får i det kommende dagpengesystem. En arbejdsmarkedsforsker og Dansk Sygeplejeråd advarer om, at det risikerer at skade opbakningen til a-kasserne og arbejdsmarkedssystemet.

Tekst **Marianne Bom**

Illustration iStock / Mathias Nygaard Justesen

De udbrændte nytårsraketter er ikke alene om at være lidt flade 1. januar 2017. Det vil økonomien også være for de nyuddannede, som endnu ikke har fundet arbejde og er afhængige af dagpenge. I 2017 træder en række ændringer af dagpengesystemet i kraft.

En af dem er, at hvis man er dimittend og ikke-forsørger, så bliver der hen over nytårsnat barberet knap 2.000 kr. af dagpengene. Dermed er der - før skat - kun 12.800 kr. at gøre godt med om måneden. Har man børn, sker der ikke noget. Så er dagpengene fortsat 14.690 kr.

Den forringelse er for vidtgående, mener både en uafhængig arbejdsmarkedsforsker og formanden for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen.

"Jeg frygter, at der er flere af vores medlemmer, som vil sætte spørgsmålstegn ved, om det her system er godt for dem. De vil spørge sig selv, om det er værdt at være medlem af a-kassen. Det her handler ikke kun om, at det er synd for de nyuddannede. Det handler også om, at solid opbakning til a-kasserne er

Dagpenge og kontanthjælp

Som nyuddannet får man i dag 14.690 kr. om måneden i dagpenge fra første ledighedsdag, så længe man ikke har optjent ret til højeste dagpengesats (17.918 kr.) ved at arbejde tre måneder. Man skal have været medlem af a-kassen i mindst et år under studierne for at få dagpenge dagen efter sidste eksamen. Ved senere indmeldelse kan man få dagpenge en måned efter sidste eksamen. Den nye, politiske aftale om dagpenge sætter dagpengene til dimittender ned til 12.800 kr. for ikke-forsørgere og bevarer den på 14.690 for forsørgere. Til sammenligning får en udeboende kontanthjælpsmodtager under 30 år 6.992 kr. om måneden. Er man fyldt 30 år, får man som udgangspunkt 14.416 kr. i kontanthjælp som forsørger og 10.849 kr. om måneden, hvis man ikke har børn. Dagpenge er en forsikringsordning, som man har ret til, uanset hvordan ens privatøkonomi ser ud. Kontanthjælp er offentlig forsørgelse, som kun udbetales, hvis man ikke har formue eller en ægtefælle, der kan forsørge en.

en forudsætning for, at vores arbejdsmarked fungerer godt," siger Grete Christensen.

Huller i sikkerhedsnettet

Under 1 pct. af alle sygeplejersker er uden job lige nu. Og særligt i sådan et fag kan det være fristende at holde sig uden for a-kassen, når dagpengene beskæres, mener arbejdsmarkedsforsker Stine Rasmussen fra Institut for Statskundskab på Aalborg Universitet. Hun er en af de forskere, der i medierne har udtrykt bekymring for konsekvenserne af dagpengeforliget:

"Arbejdsløshedsforsikringen kan blive mindre attraktiv for nyuddannede sygeplejersker, når satsen bliver så meget lavere. Når du er under uddannelse, er du gratis medlem af a-kassen. Men når du er færdig og skal i gang med at betale til a-kassen, kan det være, at du ikke vil betale, hvis du oplever, at ydelsen ikke er god nok bl.a. i forhold til kontanthjælpen," siger hun og peger på, at ændringerne på længere sigt kan medføre et

” Vi har et fleksibelt arbejdsmarked, hvor sikkerhedsnettet understøtter os, hvis vi skulle blive ledige. Det skaber mobilitet, fleksibilitet og konkurrenceevne.

problem med opbakningen til den måde, arbejdsmarkedet fungerer på.

På det danske arbejdsmarked er der mange, der forsikrer sig mod ledighed i en a-kasse. Dermed får de ret til en vis kompensation for den tabte løn, når de bliver ledige, uanset hvordan deres pengesager og privatliv ellers ser ud. Til gengæld har arbejdsgiverne aftalt med fagforeningerne i overenskomsterne, at de kan afskedige folk med relativt kort varsel.

”Hvis vi trækker os op i helikopterperspektiv, ser vi, at dagpengesystemet giver os sikkerhed. Vi har et fleksibelt arbejds-

A-kassen DSA

Sygeplejerskernes a-kasse, DSA, er Danmarks billigste. Det koster 407 fradragberettigede kroner om måneden at være medlem. Det er gratis at være studentermedlem. Ud over arbejdsløshedsforsikring tilbyder DSA medlemmerne jobformidling og rådgivning om jobsøgning, karriereudvikling og uddannelse fra konsulenter, som kender sygeplejerskernes arbejdsmarked.

marked, hvor sikkerhedsnettet understøtter os, hvis vi skulle blive ledige. Det skaber mobilitet, fleksibilitet og konkurrenceevne. Men hvis færre melder sig i a-kasse, ændres der på balancen,” siger Stine Rasmussen.

Der kan f.eks. ske det, at fagforeningerne kræver længere opsigelsesvarsler, fordi medlemmerne ikke længere er tilfredse med dagpengesystemet.

Politikerne underbød kommission

Det er klart, at det bliver mindre attraktivt at være medlem af en a-kasse, når dagpengene til nyuddannede sættes ned, siger økonomiprofessor Nina Smith fra Aarhus Universitet. Hun var formand for dagpengekommisionen, der i oktober anbefalede, at dimittendsatsen til ledige blev sat ned fra 82 pct. af det højeste beløb, man kan få i dagpenge, til 78 pct. Politikerne gik dog mere drastisk til værks i det forlig, som umiddelbart efter blev indgået mellem Venstre, Socialdemokraterne og Dansk Folkeparti. De tre partier vil sætte dagpengene for nyuddannede ikke-forsørgere helt ned til 71,5 pct.

Men hvorfor landede dagpengekommisionen egentlig på 78 pct.? Kommissionen bestod af fagforeningsfolk, arbejdsgivere og akademikere. De mente, at en dimittendsats på mindre end 78 pct. ville komme for tæt på kontanthjælpen (se boks), og at det kunne ”medføre en risiko for, at nyuddannede vælger a-kassen fra,” som de skrev i rapporten. Det mente de, selv om kontanthjælp ikke er en forsikring, man har ret til. Kontanthjælp er offentlig forsørgelse, som

man kun kan få, hvis man populært sagt ikke har nogen penge på kistebunden eller en ægtefælle, der kan skaffe mad på bordet.

Kommissionen ville ikke - som politikerne - operere med to forskellige satser: Én for forsørgere og én for folk uden børn. Kommissionen ønskede ikke at gøre forskel på folk. Det ville være i strid med princippet om, at dagpenge er en forsikringsordning, der alene handler om forholdet mellem det enkelte individ og arbejdsmarkedet. Ikke om private forhold.

Prisen har været for høj

Sygeplejersken har spurgt dagpengekommisionens formand, Nina Smith, hvad det betyder for opbakningen til dagpengesystemet, at dimittendsatsen sættes markant længere ned, end kommissionen anbefalede.

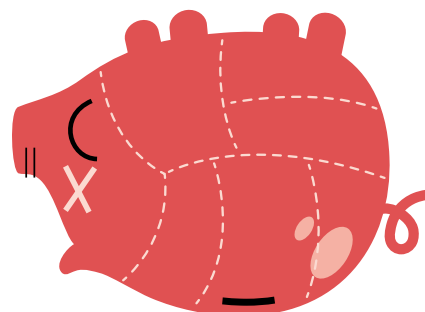
”Det er klart, at det bliver ikke mere attraktivt at være medlem af en a-kasse,” siger hun og understreger, at hun ikke kan udtale sig om effekten af den lave sats, som politikerne har valgt. For den har hun ikke undersøgt.

”Men jeg er faktisk ikke så bange for, at det med dimittendsatsen har så stor en effekt på a-kasemedlemskabet. Det kan jeg jo ikke bevise, men det siger jeg ud fra den betragtning, at vi stadig har et attraktivt forsikringsystem, som er stærkt støttet af det offentlige. Selvfølgelig betyder det noget (for opbakningen til a-kassen, red.), at sygeplejersker nok ikke får så høj en arbejdsløshed i de kommende år. Men det er stadig relativt fordelagtigt at være medlem. For hvis man bliver arbejdsløs i ▶

- ▶ kortere perioder, så har man jo en forsikring. Vi tegner også brandforsikring på vores huse, selv om de sådan set ikke brænder ret tit,” siger Nina Smith og peger på, at der er stor opbakning til a-kasserne også i lande, hvor der slet ikke er dagpenge til dimittender, såsom i Sverige.

Formand for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, håber, at Nina Smith får ret. Nu må fagforeningerne og a-kasserne ud at fortælle folk, hvilke fordele de stadig har af at være medlemmer begge steder, siger hun.

”Jeg håber, at der bliver bakket op om a-kasserne, og jeg er ærgerlig over, at politikerne i deres fokus på alle dem, der ikke har uddannelse, og dem, der er på vej til at falde ud af dagpengesystemet, ikke har haft blik for nødvendigheden af et attraktivt system for alle. Man kan sige, at det nu bliver dimittenderne, der betaler for alle de andre. Vi har fået forbedringer på nogle punkter af dagpengesystemet, men vi har betalt en for høj pris for det,” siger hun.



Sådan bliver de nye dagpengeregler

Dagpengene til nyuddannede sættes ned. Det er blot en af flere ændringer af dagpengesystemet, der træder i kraft enten fra 1. januar eller fra 1. juli 2017. F.eks.:

- Ny, fleksibel genoptjening af dagpengeret. En dags arbejde giver ret til to dages ekstra dagpenge. Den samlede dagpengeret kan dog maksimalt forlænges fra to til tre år. I dag er dagpengeperioden på to år, der dog kan være fordelt på længere tid, hvis man har haft arbejde indimellem. Når de to års dagpenge er forbrugt, skal man i dag arbejde 1.924 timer for at få dagpenge igen.
- Slut med at straffe folk økonomisk for at tage lavtlønsjob. I dag risikerer man at få sat dagpengene ned, hvis man i en periode tager et job med lavere løn, end den man havde, da man begyndte på dagpenge.
- Deltidsarbejde kan bedre svare sig. Der bliver overensstemmelse mellem det antal timer, man har arbejdet under dagpengeperioden, og det antal af timer, man har tilbage med dagpengeret. I dag bliver man f.eks. skåret en hel uge i dagpenge, hvis man tager arbejde torsdag og fredag. I fremtiden mister man kun dagpenge for de to dage i ugen, man har arbejdet.
- Karensdage. En dag hver fjerde måned får man fremover ikke dagpenge, medmindre man har arbejdet mindst 20 dage i perioden. I dag er der ikke den slags karensdage for ledige.

Kilde: DSA

»MANGE PENGE TAGES VÆK«



Anne Vagner Christensen begyndte at læse til sygeplejerske i Slagelse i februar 2015. Ikke medlem af a-kasse:

"Jeg synes, det er mange penge, der pludselig bliver taget væk fra de nyuddannede. Man står jo med store udgifter på det tidspunkt i livet. Måske har man et studielån, man har omkostninger til at etablere sig, og det er slut med studierabat. Jeg kan godt være bekymret for, om ændringen betyder, at færre vil gå ind i fællesskabet i en a-kasse. For mig personligt er der lang tid, til jeg skal træffe beslutningen. Men jeg kan være i tvivl om, om jeg overhovedet skal melde mig ind. Jeg synes ikke, det er rimeligt, at forskellen på dagpengene bliver så stor. Fællesskabet risikerer at gå i stykker, hvis der som her er en gruppe - de unge - der betaler forholdsvis meget og samtidig får mindre ud af at være med."

»KUNNE ALDRIG MELDE MIG UD«



Camille Schandorff Christensen bliver færdig som sygeplejerske næste sommer. Læser i Roskilde. Medlem af DSA.

"Når dagpengesatsen sættes ned, så gør man sig jo nogle overvejelser, om det overhovedet kan betale sig med dagpenge i forhold til kontanthjælp. Kontingentet til a-kassen er jo nogle penge, man skal hive ud af sit budget, og det er i forvejen stramt, hvis man er på dagpenge. Men jeg tror aldrig, jeg kunne finde på at melde mig ud. Jeg tænker, at det er et system, som kan hjælpe mig med andet end penge, hvis jeg bliver ledig. Samtidig har jeg det godt med, at jeg selv har bidraget økonomisk. Dagpenge er en ret, jeg har, og jeg kan føle, at jeg har gjort mig fortjent til dem, hvis det bliver nødvendigt. Jeg synes ikke, det er rimeligt, at politikerne nu vil straffe os, der ikke har børn, med en lavere takst. Vi betaler jo lige så meget som andre, hvorfor skal vi så have mindre?"

»OK STED AT SPARE«



Nadia Meinertz blev færdig som sygeplejerske i januar 2015 på Metropol. Gik ledig til marts, da hun fik sit første job på 32 timer om ugen. Medlem af DSA.

"Jeg fik dagpenge fra første dag, og jeg syntes, det var enormt mange penge efter tre et halvt år på SU, selv om jeg havde arbejde ved siden af. Det var da dejligt med så mange penge. Men når nu vi lever i en tid, hvor man skal spare, så synes jeg, at det er et OK sted. Man skal jo også have et incitament til at søge arbejde, og jeg oplevede ikke, at forskellen på dagpenge og løn for 32 timer var særlig stor. Jeg fik 15.000 kr. udbetalt den første måned, fordi jeg ikke fik nogen tillæg. Jeg bliver ved med at være i a-kasse, for man ved aldrig, hvad der sker i vores fag. Jeg vil hellere betale de penge end have ondt i maven, når jeg går i seng."

SÆT DIG SELV I HOVEDROLLEN OG UNDGÅ AT BRÆNDE UD

Glæd dig ikke kun over den forskel, du gør i patientens liv, men også den i dit eget liv. Sådan lød et af rådene til plejepersonale om at forebygge udbrændthed, som den amerikanske læge, klovn og forfatter, Patch Adams, gav under et foredrag i Aarhus.

Tekst **Miriam Lykke Schultz**
Foto **Søren Holm**

Patch Adams arbejder som læge, klovn og social aktivist. Hvis hans navn lyder bekendt, skyldes det, han har fået sit liv filmatiseret med den nu afdøde Robin Williams i hovedrollen. Men den virkelige Patch Adams er alt andet end Hollywood.

"Jeg er ikke noget monument," indskyder Patch Adams ved et foredrag i Aarhus, da en ung mand henvender sig, ivrig efter at få taget en selfie, allerede inden Patch Adams skal på scenen og holde sit foredrag "The joy of caring".

"Jeg er en person ligesom dig, og jeg vil gerne møde dig menneske til menneske," forklarer Patch Adams, inden han lægger armen om manden og sender et intenst smil i retning af mobilen for enden af den udstrakte arm.

For Patch Adams er mødet mellem mennesker alt. Han mener, man kan opnå langt mere gennem kærlighed og venskab end via recepter og medicinordninger. Og

han bruger gerne fire timer på den indledende patientkonsultation for at lære vedkommende at kende. Ikke som patient, men som menneske. Han er fuldt ud bevidst om, at det ikke kun er noget, han gør for patientens skyld, men også for sin egen.

Fremhæv dit heltemod

Lige netop det at gøre det klart for sig selv, hvad man får ud af at yde omsorg, er et væsentligt element i forebyggelsen af udbrændthed.

"Sygepleje går begge veje. Hvis ikke du som omsorgsperson får noget igen i relationen med patienten, så er det i mine øjne ikke sygepleje."

At opleve sig selv som et menneske, der gør en positiv forskel for sin omverden, er en essentiel drivkraft for omsorgspersoner, mener han.

"Se og fremhæv dig selv som den helt, du er," opfordrer Patch Adams og beder tilhørerne om at tænke tilbage på en situation, hvor de gjorde en positiv forskel, mens de erklærer højlydt: "Jeg er en helt."

"Der kan I se," konstaterer Patch Adams på baggrund af salens højlydte respons.

"Du har viet dit liv til at yde omsorg for andre, og dermed er du en del af en åndelig tradition for kærlighed. Når du plejer, er du både Jesus og Moder Teresa. Hvem kan brænde ud, når man er dem?"

Vælg din karakter

Anerkendelse er i meget høj grad det, der giver sygeplejersker næring og energi til at fortsætte arbejdet. Og heldigvis kan man ifølge Patch Adams selv gøre meget for at påvirke responsen fra sine omgivelser.

"Det, du sender ud, kommer også tilbage," siger Patch Adams og opfordrer alle, som ikke tror på karma, til at lave deres eget hjemmeksperiment.

"Den første måned opfører du dig, som om hele verden rager dig. Start dagen med at vrisse af kæresten, spark efter katten og råb til ungerne, at de selv kan smøre deres madpakker, inden du knalder døren i efter dig. Og det er kun begyndelsen," siger Patch Adams forventningsfuldt, da salen bryder ud i latter.

"Den næste måned kysser du kæresten, klapper katten, giver ungerne lige det, de beder om. Til sidst sammenligner du din karakter fra de to måneder og vælger den, du helst vil være."

Gør det, du elsker

En sygeplejerske spørger, hvordan man kan gribe hans råd an, hvis man ikke som ham har fire timer til en patient.

"Du har altid et valg," svarer han.

"Hvis dine rammer ikke giver dig mulighed for at være den sygeplejerske, du gerne vil være, så skab dig selv nogle nye rammer, eller sæt dig imod og brug den ekstra tid, du mener, det kræver."

For Patch Adams er det et valg mellem at lade sig overvælde af størrelsen på sin arbejdsbyrde og dermed se hver ny patient, man møder, som en ekstra byrde, eller holde fast i årsagen til, at man arbejder med at hjælpe mennesker.

"For hvad er vigtigere end vores passion for dette arbejde? Gør det, der føles rigtigt for dig i stedet for at forsøge at tilpasse dig andres værdier gennem præstationer. Du kan ikke brænde ud, hvis du gør det, du elsker."

Patch Adams

Patch Adams er uddannet læge, ophavsmand til hospitalsklovne og har viet 30 år af sit liv til at ændre USA's sundhedssystem. Hans ekstraordinære liv førte til skabelsen af hollywoodfilmen "Patch Adams", der skildrer Patch Adams' tidligere liv og etableringen af the Gesundheit Institute.

Instituttet blev grundlagt i år 1971 i West Virginia. Patch Adams' vision er at reformere sundhedspleje ved at erstatte grådighed og konkurrence med generøsitet og medfølelse.

Her kombineres alternativ medicin med scenekunst, kunsthåndværk, natur, landbrug og rekreation, mens latter, glæde og kreativitet er en integreret del af plejen.

FEM GODE RÅD FRA PATCH ADAMS

1. Fortæl den gode historie

Vi har en tendens til at fokusere på ting, der går dårligt, snarere end dem, der har været en succes. Men vi kan lære lige så meget af, det der lykkes, som af det der ikke gør.

2. Behandl personen frem for sygdommen

Hvis du behandler sygdommen, vil du enten vinde eller tabe. Hvis du i stedet behandler personen, vil du vinde uanset udfaldet.

3. Snak det svære let

Når du siger, at noget er svært, har du alle tiders undskyldning for ikke at gøre noget ved det. Hvis du derimod siger: "Det kan jeg sagtens", er duovre den værste forhindring.

4. "Forelsk" dig i patienten

Det er umuligt at brænde ud, når du er forelsket. Se dit omsorgsarbejde som en dans af kærlighed mellem mennesker, en ekstatiske oplevelse og en hellig situation.

5. Smid regelbøgerne ud

I en autoritær verden kommer vi ofte til at leve efter foreskrevne regler. Men glem ikke at mærke efter i dig selv og prioritere det, der har værdi for dig.

FYNSKE SUNDHEDS- PLEJERSKER FOREBYGGER **FEDME** OG **SVAG MOTORIK**

I Faaborg-Midtfyn Kommune tilbydes sundhedsplejerskerne hjemmebesøg til familier med børn mellem tre og fire år for at forebygge fedme og motorisk underudvikling. Efter indførelsen af tilbuddet er overvægten hos kommunens indskolingsbørn faldet.

Tekst **Signe Lene Christiansen** • Foto **Niils Lund Pedersen**

Sundhedsplejerske Dorete Sand kaster en blå og hvid bold til Kirstine på tre et halvt år, der griber med begge hænder og krammer bolden ind til brystet, indtil sundhedsplejersken beder hende om at kaste den tilbage.

“Ej, hvor er du god til at kaste,” roser Dorete Sand, der denne eftermiddag er på hjemmebesøg hos en familie. Siden 2007 har Faaborg-Midtfyn Kommune tilbudt alle familier med børn mellem tre og fire år et hjemmebesøg af en sundhedsplejerske. Tilbuddet startede som en sundhedsfremmende og forebyggende indsats til overvægtige børn, men har siden udviklet sig til også at have fokus på børnenes motorik, renlighed og opdragelse.

“Tre-fireårsalderen er et rigtig godt tidspunkt at tage fat i de forskellige problematikker, fordi når først barnet starter i skole, så er de dårlige vaner allerede grundlagt. En stigende BMI-kurve kan netop brydes i den alder,” forklarer Dorete Sand, der har arbejdet 15 år som sundhedsplejerske.

Og sundhedsplejerskerne i Faaborg-Midtfyn Kommune kan se en positiv ændring på vægten hos indskolingsbørn, efter at hjemmebesøget er blevet indført.

Ved indskolingsundersøgelserne i skole-

året 2006/2007 var 5 pct. af børnene ekstremt overvægtige, og andre 5 pct. af børnene var svært overvægtige.

Børn født i 2007 fik så tilbud om at få besøg af en sundhedsplejerske ved 3 1/2-årsalderen i 2010. Og af disse børn var tallene faldet til 3,6 pct. ekstremt overvægtige, mens 3,8 pct. var svært overvægtige ved indskolingsundersøgelsen i skoleåret 2013/2014.

“Det er dokumenteret, at mange forældre til overvægtige børn ikke kan se overvægten. Jeg skal ikke komme med en løftet pegefinger, for det giver bare modstand. Jeg åbner derimod op for en motiverende samtale med forældrene om problematikken,” siger sundhedsplejersken.

Opdager de motorisk svage børn

Ved spisebordet i familiens køkken er Kirstine blevet sat til at tegne sig selv. I løbet af hjemmebesøget er hun blevet målt og vejlet, har gået på line, kravlet under og hoppet over en snor, lagt puslespil og klippet en cirkel. Dorete Sand studerer, hvordan børnehavepigen holder om tuschen.

“Vi ved, at motorisk svage børn har det sværere både med hverdagen i børneha-

ven og med indlæring, når de starter i skolen. Derfor identificerer og vurderer vi barnets motorik,” fortæller Dorete Sand og forklarer, at hvis barnet har flere motoriske vanskeligheder, henviser hun til opfølgende besøg af en børneergo- eller fysioterapeut fra Den kommunale Sundhedstjeneste.

Inden besøget har forældrene udfyldt et spørgeskema om bl.a. søvn- og kostvaner, opdragelse, renlighed og barnets personlighed, som Dorete Sand tager udgangspunkt i under sin samtale med forældrene.

“På den måde kommer vi hele vejen rundt om barnets trivsel og udvikling,” siger hun.

Din bedste oplevelse med en familie for nylig?

“Jeg besøgte en mor med en søn, hvis BMI var lige i overkanten, og hvor måltiderne altid gav konflikter. Jeg snakkede med hende om, hvordan hun skulle håndtere konflikterne og sønnens kræsenhed, og da jeg en måned senere var på et opfølgende besøg, havde hun løst problemet. Barnet var blevet et helt andet.”



1. Hvis et barn har for høj BMI, udarbejder sundhedsplejersken en indsatsplan sammen med familien, der også får flere opfølgende besøg.

2. "Vi får mange flere historier og en meget bedre relation til familien gennem hjemmebesøgene," siger sundhedsplejerske Dorete Sand og fremhæver, at hun ellers ikke ser barnet og dets familie fra den 10. måned og til skolestart.

3. Dorete Sand tager udgangspunkt i dele af Movement ABC for at identificere og vurdere motoriske vanskeligheder hos barnet for at sikre, at hun er alderssvarende udviklet.

4. En evidensbaseret rådgivningsteknik, hvor grundtanken er at fremkalde forældrenes indre motivation for forandring, ligger til grund for sundhedsplejerskernes samtale med forældrene. "Det er forældrenes opgave og ikke min at sætte ord på den ambivalens, de ofte oplever," siger Dorete Sand.



Eva Hoffmann er 42 år og har været ansat på UC Syd-danmark siden 2001. Hun blev lektor i 2008. Eva Hoffmann blev sygeplejerske i 1996. Herefter arbejdede hun i fem år på kirurgisk afdeling på Sønderborg Sygehus. Eva Hoffmann har en diplomuddannelse i sygepleje fra 2001, hun blev master i klinisk sygepleje i 2006, certificeret coach i 2008 og cand.cur. i 2015.



Husk at se din sygdom i øjnene

Hendes fugtige hænder hænger lidt fast i det grå papir, som er rullet ud over den sorte plastikbriks. Sygeplejersken er med koncentreret blik og kyndig hånd i gang med at suge overskydende lymfевæske ud af området, hvor hun for mindre end en uge siden stadig havde sit venstre bryst. Det er ikke, fordi det gør vanvittig ondt, men alligevel mærker hun, hvordan både krop og sjæl er spændt som en overstrakt fjeder.

Hun har gjort sig pæn. Det plejer hun, og hverken sygdom, operation eller overskydende lymfевæske skal lave om på det. Tværtimod. Lysten til farver, mønstre og det at gøre noget ud af sig selv er næsten blevet et terapeutisk værn mod beskidte patientstuer, et grimt ar og tabt kropsidentitet – hendes måde at bevare sig selv på i en verden, der på så uendeligt mange måder ligger langt fra det hverdagsliv, hun normalt lever. Et hverdagsliv, der inden længe skal suppleres af brystproteser, parykker og kemoterapi.

Hun ved godt, at hun er ramt, og at der er så meget, hun endnu skal klare. At det, der venter, ikke bare er noget, der kan overdøves af pænt tøj, læbestift, stearinlys og smukke blomster. Alligevel forbeholder hun sig ret til at holde fast i at klare det her på sin egen måde og værne om det, der er vigtigt for hende. Det hele behøver ikke at være farveløst, trist og grimt, bare fordi det handler om en så alvorlig sygdom som kræft.

Hun smugkigger på sygeplejersken, som vel er ca. 15 år yngre end hende selv og med al tydelighed forsøger at balancere både hygiejniske og menneskelige hensyn, mens hun gør, hvad der skal gøres. Hendes hår er lidt fedtet, hendes fingernegle har forskellig længde, og på området lige under den nederste knap i uniformens overdel har hun spildt en lille smule kaffe. Hun er venlig og virker dygtig, men er med al tydelighed ikke et menneske, for hvem æstetikken spiller nogen særlig rolle.

Da væsken er suget ud, kan hun hurtigt mærke, hvordan vævets spændthed begynder at sive ud af hendes krop og forplanter sig som en lettelse, der giver fornyet mod og styrke. Hun rækker ud efter sin skjorte og tager derefter det smukke nye tørklæde på.

”Det lettede godt nok at få det tappet ud,” siger hun henvendt til sygeplejersken.

”Nu kan jeg igen lave de øvelser, som fysioterapeuten anbefalede.”

”Det er godt, du husker øvelserne, de er vigtige.” Sygeplejersken smiler anerkendende.

Motiveret af den fornyede styrke får hun mod på at dele nogle tanker med sygeplejersken. ”Se,” siger hun og rækker det lille hæfte, der beskriver øvelserne fra fysioterapeuten, frem mod sygeplejersken.

”Jeg har hørt, at de sygeplejestuderende skal arbejde med innovation og nye løsninger, og jeg tænkte faktisk, at der måske var nogen, der kunne arbejde med udseendet på de pjecer, som I deler ud til os patienter.”

Hun smiler forventningsfuldt til sygeplejersken, som tøvende rækker ud efter det lille hæfte, der er bundet ind i lyseblåt papir med hvide prikker. Undersøgende og næsten undrende vender og drejer sygeplejersken det lille hæfte.

”Har du bundet pjecen ind?”

”Ja, jeg syntes, forsiden så så trist og sygdomsagtig ud, og den mindede mig alt for meget om sygehuset, når den lå hjemme i vores soveværelse.”

”På en sær måde sidder hun nu der og føler sig lidt skyldig og forkert. Som om hun ikke passer ned i den form, sygeplejersken gerne vil have, at hun passer ned i. At hun ikke er ked af det på den rigtige måde.”

Mens hun siger det, kan hun allerede mærke, at det måske var en rigtig dårlig idé at dele den tanke med sygeplejersken, som nu kigger på hende med et blik, der ikke er blevet mindre forvirret. På en sær måde sidder hun nu der og føler sig lidt skyldig og forkert. Som om hun ikke passer ned i den form, sygeplejersken gerne vil have, at hun passer ned i. At hun ikke er ked af det på den rigtige måde. Som om hun har tabt fokus for det væsentlige og fejlagtigt sidder dér og fabler om farver og papir med prikker.

Sygeplejersken lægger hånden på hendes arm og hovedet lidt på skrå. Da de to har skabt øjenkontakt, siger hun andægtigt i et alvorligt, næsten medlidende tonefald: ”Det er meget vigtigt, at du giver dig selv lov til at se din sygdom i øjnene.”

Hun smiler flygtigt. Stemningen er blevet akavet, og hun skynder sig at pakke det prikkede hæfte ned i tasken igen, mens de kort aftaler, hvad hun skal gøre, hvis lymfевæsken igen bliver et problem.

”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.

VIL DU VIDE MERE OM SUNDHED?

Mad, vægt og fysisk aktivitet

Et undervisningsmateriale, som omhandler sundhedsspørgsmål, der knytter sig til mad, vægt og fysisk aktivitet.

Informationshæftet giver et godt indblik i de mange aspekter og fagudtryk, der knytter sig til overvægt, optimal fysisk aktivitet og livsstil, energi og kroppens funktioner, kostråd og madens sociale og psykologiske betydning m.m.

Hæftet er velegnet til brug i undervisning på kortere og mellemlange uddannelser og er i det hele taget relevant for alle, som interesserer sig for sundhed.



”Mad, vægt og fysisk aktivitet” er på 40 sider. Det er gratis og kan downloades eller bestilles – også som klassesæt – på www.perspektiv.nu eller hos Nordic Sugar på tlf. 32 66 25 70. Nordic Sugar, Langebrogade 1, 1014 København K

Pligtoplysninger/Forkortet produktresumé

STRATTERA® 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg, 100 mg hårde kapsler (atomoxetin)

Indikationsområde: STRATTERA er indiceret til behandling af ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder) hos børn på 6 år og ældre, hos unge og hos voksne, som en del af et omfattende behandlingsprogram. Behandlingen skal indledes af en specialist inden for behandling af ADHD, såsom en pædiater, børne- og ungdomspsykiater eller psykiater. Diagnosen bør stilles i overensstemmelse med gældende kriterier i DSM- eller retningslinjerne i ICD. Hos voksne bør tilstedeværelsen af symptomer på ADHD i barndommen bekræftes. Bestyrkelse fra en tredje part er ønskelig, og behandling med Strattera bør ikke påbegyndes, hvis forværring af ADHD-symptomer i barndommen er usikker. Diagnosen kan ikke stilles alene på baggrund af tilstedeværelsen af et eller flere symptomer på ADHD. Baseret på en klinisk vurdering bør patienten som minimum have ADHD af moderat sværhedsgrad, indikeret ved som minimum en moderat funktionsnedsættelse i to eller flere sammenhænge (f.eks. social, akademisk og/eller erhvervs-mæssig funktion), med påvirkning af flere aspekter i den enkeltes liv.

Dosering: Kan administreres som en enkelt dosis om morgenen sammen med eller uden mad. Ved utilstrækkeligt klinisk respons (tolerance (f.eks. kvalme eller somnolens) eller effekt), kan dosis deles ligeligt mellem morgen og sen eftermiddag eller tidlig aften. Børn/unge <70 kg: Anbefalet startdosis er ca. 0,5 mg/kg. Initialdosis bør fastholdes i mindst 7 dage, før dosis titreres op på baggrund af klinisk respons og tolerance. Den anbefalede vedligeholdelsesdosis er ca. 1,2 mg/kg/dag. Sikkerheden ved enkelt-doser på over 1,8 mg/kg/dag og samlede daglige doser på over 150 mg er ikke systematisk evalueret. **Leversufficiens:** Dosisreduktion til hhv 50% og 25% af sædvanlig dosis ved moderat og svær leversufficiens. **Søvnproblemer:** Abstinens-symptomer er ikke beskrevet. Behandling med Strattera er ikke nødvendigvis livslang. Behovet for behandling udover 1 år skal revideres, særligt når patienten har opnået et stabilt og tilfredsstillende respons.

Undersøgelser før og under behandling: Det er nødvendigt at optage en passende anamnese og foretage en baseline evaluering af patientens kardiovaskulære status, herunder blodtryk og puls før behandling ordineres. Den kardiovaskulære status skal følges nøje med blodtryks- og pulsmålinger efter hver dosisjustering, og derefter mindst hver 6. måned. Hos pædiatriske patienter anbefales det at benytte et percentildiagram. Hos voksne skal gældende retningslinjer for hypertension følges.

Bivirkninger hos børn og unge: Meget almindelig ($\geq 1/10$): Nedsat appetit, hovedpine og somnolens. Mavesmerter, opkastninger og kvalme. Forhøjet blodtryk og forhøjet hjertefrekvens. Almindelig ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Anoreksi (appetitløshed), irritabilitet, humorsvingninger, søvnløshed, agitation, angst, depression, nedsat stemningsleje, tics og svimmelhed. Mydriasis, forstoppelse, dyspepsi, dermatitis, kløe og udslett. Træthed, letargi, brystmerter og vægtab. Ikke almindelig ($\geq 1/1.000$ til $< 1/100$): Selvmordsrelaterede hændelser, aggression, fjendtlighed, emotionel labilitet, psykose (inklusive hallucinationer), besvimesesanfald, rysten, migræne, paræstesi, hypæstesi og krampeanfald. Hjertebanken, sinustakykardi, forlængelse af QT-interval, dyspnø, forhøjet bilirubin i blodet, hyperhidrose, allergiske reaktioner og asteni. Sjældent ($\geq 1/10.000$ til $< 1/1.000$): Raynauds syndrom, abnorme/forhøjede leverfunktionsundersøgelser, gulsot, hepatitis, leverskade, akut leversufficiens, forsinket vandladning, urinretention, priapisme og gentagne smerter hos mænd.

Bivirkninger hos voksne: Meget almindelig ($\geq 1/10$): Nedsat appetit, søvnløshed, hovedpine, mundtørhed og kvalme. Forhøjet blodtryk og forhøjet hjertefrekvens. Almindelig ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Agitation, nedsat libido, søvnforstyrrelser, depression og nedsat stemningsleje, angst, svimmelhed, dysgeusi, paræstesier, somnolens (inkluderer sedation), tremor, hjertebanken, takykardi, rødmen og hedeture. Mavesmerter, forstoppelse, dyspepsi, flatulens, opkastning, dermatitis, øget perspiration og udslett. Vandladningsbesvær, pollakiuri, vandladningssektion, urinretention, dysmenorrhoea, ejakulationsforstyrrelser, erektil dysfunktion, prostatitis og gentagne smerter hos mænd. Asteni, træthed, letargi, kulderystelser, nervøs følelse, irritabilitet, tørst og vægtab. Ikke almindelig ($\geq 1/1.000$ til $< 1/100$): Selvmordsrelaterede hændelser, aggression, fjendtlighed, emotionel labilitet, rastløshed, tics, besvimesesanfald, migræne, hypæstesi, forlængelse af QT-interval, perifer kuldefølelse og dyspnø. Allergiske reaktioner, kløe og nældefeber. Muskelkramper, akut vandladningsstrang, manglende ejakulation, uregelmæssig menstruation, unormal orgasme, kuldefølelse og brystmerter. Sjældent ($\geq 1/10.000$ til $< 1/1.000$): Psykose (inkluderer hallucinationer), krampeanfald, Raynauds syndrom, abnorme/forhøjede leverfunktionsundersøgelser, gulsot, hepatitis, leverskade, akut leversufficiens og forhøjet bilirubin i blodet. Priapisme.

Kontraindikationer: Må ikke anvendes sammen med monoaminoxidasehæmmere (MAO-hæmmere). Må ikke anvendes før mindst to uger efter, at behandlingen med en MAO-hæmmer er ophørt. Behandling med

en MAO-hæmmer må ikke påbegyndes før to uger efter, at behandlingen med STRATTERA er ophørt. Bør ikke anvendes hos patienter med snærvinklet glaukom. Må ikke anvendes hos patienter med fæokromocytom eller med fæokromocytom i anamnesen. Må ikke anvendes hos patienter med alvorlige kardiovaskulære eller cerebrovaskulære sygdomme.

Særlige advarsler og forsigtighedsregler: Selvmordsrelateret adfærd er rapporteret hos patienter i behandling med atomoxetin. Patienter bør monitoreres omhyggeligt for forekomst eller forværring af selvmordsrelateret adfærd. Hos patienter med strukturelle hjerteabnormiteter, som tager atomoxetin i normale doser, er pludselig død rapporteret. STRATTERA bør kun anvendes med forsigtighed og i samråd med hjertespecialist til patienter med kendte, alvorlige strukturelle hjerteabnormiteter. Atomoxetin kan påvirke puls og blodtryk. Bør anvendes med forsigtighed hos patienter, hvis underliggende sygdomme kan forværrer af stigninger i blodtryk og puls, såsom patienter med hypertension, takykardi eller kardiovaskulære eller cerebrovaskulære sygdomme. Patienter, som under behandlingen med atomoxetin udvikler symptomer såsom palpitationer, brystmerter ved anstrengelse, uforklarlig synkope, dyspnø eller andre symptomer, der tyder på hjertesygdom, skal omgående udredes af en kardiolog. Bør anvendes med forsigtighed hos patienter med medfødt eller erhvervet langt QT-interval eller med QT-forlængelse i familiens anamnese. Bør anvendes med forsigtighed ved enhver tilstand, der kan prædisponere patienter for hypotension eller ved tilstande forbundet med pludselige ændringer i hjerterytme eller blodtryk, da ortostatisk hypotension også er rapporteret. Behandlingen skal seponeres hos patienter med gulsot, eller hvor laboratorieundersøgelser viser tegn på leverskade, og må ikke genoptages. Patienter med yderligere risikofaktorer for cerebrovaskulære sygdomme (såsom kardiovaskulære sygdomme i anamnesen eller samtidig behandling med lægemidler, som kan øge blodtrykket) skal ved hvert besøg vurderes med henblik på neurologiske tegn og symptomer efter påbegyndt behandling med atomoxetin. Atomoxetin i sædvanlige doser kan forårsage behandlingsfremkaldte psykotiske eller maniske symptomer hos patienter uden anamnese med psykotisk sygdom eller mani. Hvis sådanne symptomer forekommer, bør atomoxetins mulige kausale rolle overvejes, og seponering af behandlingen bør overvejes. Patienterne bør følges nøje for forekomst eller forværring af aggressiv adfærd, fjendtlighed eller emotionel labilitet. Der er indberettet allergiske reaktioner, herunder anafylaktiske reaktioner, udslett, angioødem og nældefeber, hos patienter i behandling med atomoxetin. Atomoxetin bør introduceres med forsigtighed hos patienter med krampeanfald i anamnesen. Vækst og udvikling bør overvejes under behandlingen og det bør overvejes at nedsætte dosis eller afbryde behandlingen hos børn og unge, der ikke på tilfredsstillende vis vokser eller tager på i vægt. Patienter i behandling med atomoxetin, bør følges med henblik på opståen eller forværring af angstsymptomer, nedsat stemningsleje, depression og tics. **Interaktioner:** Må ikke anvendes sammen med MAO-hæmmere. Det kan være nødvendigt med langsomme titrering og lavere sludosis af atomoxetin hos patienter, der tager CYP2D6-hæmmere. Bør administreres med forsigtighed hos patienter, der behandles med høj-dosis nebuliseret eller systemisk administreret salbutamol (eller andre beta₂-agonister) Hjertefrekvens og blodtryk skal følges nøje, og dosisjustering af enten atomoxetin eller salbutamol (eller andre beta₂-agonister) kan være påkrævet. Der kan være øget risiko for forlængelse af QT-intervallet når atomoxetin administreres sammen med andre QT-forlængende lægemidler (såsom neuroleptika, klasse IA og III antiarytmika, moxifloxacin, erythromycin, metadon, mefloquin, tricykliske antidepressiva, lithium eller cisaprid), lægemidler, som medfører elektrolyt-ubalance (såsom thiazid diuretika) og lægemidler, der hæmmer CYP2D6. Forsigtighed bør udvises ved samtidig brug af lægemidler, som vides at sænke krampeærsklen (såsom tricykliske antidepressiva eller SSRI'er, neuroleptika, phenothiaziner eller propafenon, mefloquin, chloroquin, bupropion eller tramadol). Der skal udvises forsigtighed når atomoxetin anvendes samtidig med antihypertensiva p.g.a atomoxetins virkning på blodtryk. Bør anvendes med forsigtighed sammen med pressorstoffer eller lægemidler, der kan øge blodtrykket (såsom salbutamol) på grund af en mulig øget indvirkning på blodtrykket. Lægemidler, der påvirker noradrenalin, bør anvendes med forsigtighed f.eks. antidepressiva såsom imipramin, venlafaxin og mirtazapin, eller midler mod kongestion, pseudoephedrin eller phenylephrin. **Graviditet og amning:** STRATTERA bør ikke anvendes under graviditet. STRATTERA bør undgås under amning.

Overdosering: Afhjælpning: Skab passage i luftvejene, indenfor en time indgift af aktivt kul, monitorering af hjerterytme og vitale tegn samt passende symptomatisk og understøttende foranstaltninger. Patienten bør observeres i mindst 6 timer.

Lægemiddelformer: Hårde kapsler.

For dagsaktuel pris henvises til medicinpriser.dk

Strattera produktresumé 10. juli 2015

Udleveringsgruppe: B.

Tilskudsstatus: Enkelttilskud.

Indehaver af markedsføringstilladelsen: Eli Lilly Danmark A/S, Lyskær 3E, 2. tv., 2730 Herlev.

Produktresumeeet er omskrevet og forkortet i henhold til det af Lægemiddelstyrelsen godkendte produktresumé. Det fuldstændige produktresumé kan vederlagsfrit rekvireres fra Eli Lilly Danmark A/S, Lyskær 3E, 2. tv, 2730 Herlev. Telefon: 45 26 60 00.

Godt initiativ, men snævert fokus

I 2014 udkom publikationen "Forsknings- og udviklingskultur i klinisk praksis", hvor læseren kunne få indsigt i de erfaringer, man gennem de sidste fire år havde fået med at udvikle en forsknings- og udviklingskultur inden for sygeplejen og de øvrige mellemlange videregående professioner i Region Sjælland. Det var virkelig interessant læsning, og derfor var mine forventninger store, da jeg sad med dette års udgave, der har fået titlen "Forsknings- og udviklingskultur – fra projekt til publikation".

I udgaven fra 2014 handlede et af kapitlerne om, hvorledes Thora G. Thomsen og Bibi Hølge-Hazelton udviklede et artikelskrivningskursus. Man ønskede at få "projekter op af skuffen", hvorfor dette skriveforløb blev målrettet deltagere, der havde gennemført et udviklings- eller forskningsprojekt, men ikke publiceret det. Samtidig gjorde de skrivekurserne, der blev afholdt og udviklet over tre forløb i perioden 2011-2015, til genstand for forskning.

Kapitel 1 i dette års publikation består af den artikel om udviklingen af omtalte skriveforløb, som blev publiceret i Vård i Norden i 2014. De resterende 10 kapitler udgøres af 10 publicerede



FORSKNINGS- OG UDVIKLINGSKULTUR

FRA PROJEKT TIL PUBLIKATION

FORORD af Lotte Rienecker

Redigeret af
Bibi Hølge-Hazelton &
Thora Grothe Thomsen

REGION
SJÆLLAND
-is er alle fordy

Bibi Hølge-Hazelton & Thora Grothe Thomsen (red.)

**Forsknings- og udviklingskultur
- fra projekt til publikation**

Region Sjælland 2015

125 sider - kan downloades gratis som e-bog på www.regionsjaelland.dk/forskning

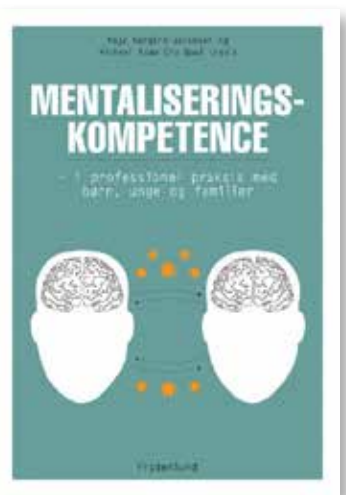
artikler, som alle er et produkt af dette skriveforløb. Det er imponerende og en fin opsamling på det flotte arbejde, man har lavet i Region Sjælland.

Jeg sidder dog tilbage med en opfattelse af, at publikationens emne i år fremstilles for snævert. Når forventningen bl.a. er at læse om processer og udfordringer ved at udvikle en forsknings- og udviklingskultur, som første publikation til fulde opfyldte, har man som læser høje forventninger, som desværre ikke opfyldes. De fleste kapitler eller artikler var jo læst på forhånd, f.eks. havde syv af de 10 artikler allerede været publiceret i SYGEPLEJERSKEN. Ud over disse produkt-kapitler kunne det have været fantastisk med et par proces-kapitler om f.eks. udfordringer ved at rekruttere og ikke mindst fastholde deltagere i et skriveforløb, inddragelse af det kliniske felt osv. Det ville have givet publikationen mere tyngde og større værdi for læseren. At det er et godt initiativ, kommer man dog ikke udenom.

Vibeke Lorentzen, forskningslektor, ph.d.,
Center for Sygeplejeforskning – Viborg

Til glæde for os praktikere

"Mentaliseringskompetence" er skrevet med det formål at give læseren et indblik i, hvordan man kan arbejde mentaliseringsbaseret med udsatte børn, unge og deres forældre. Målgruppen er professionelle praktikere. Mentalisering er at have sind på sind, både sit eget og den andens sind. Det er at kunne se sig selv udefra og den anden indefra og at kunne forstå sin egen og andres adfærd som meningsfuld ud fra mentale tilstande. For at kunne arbejde mentaliseret fordrer det, at man har mentaliseringskompetence. Mentaliseringskompetence er



Maja Nørgård Jacobsen & Michael Adam Guul (red.)

Mentaliseringskompetence - i professionel praksis med børn, unge og familier

Frydenlund 2015

253 sider - 299 kr.

den professionelle kompetence til at mentalisere i en professionel praksis. Det vedrører den professionelle faglighed og fagpersonlighed.

Bogen er inddelt i fire dele. Første og anden del er en teoretisk indføring i den mentaliseringsbaserede tilgang, tredje og fjerde del er beskrivelser fra praksis om mentaliseringsbaserede indsatser.

Selv et sygeplejehjerte rammes

Forfatteren af denne bog er imod eutanasi, og samtidig tilslutter han sig de gængse argumenter for eutanasi, nemlig at man skal undgå ubærlig lidelse og respektere selvbestemmelsesretten. Men han breder i bogen argumenterne ud for på denne måde at rokke ved det moderne menneskes opfattelse af aktiv dødsbistand som en farbar løsning. Og det lykkes rigtig godt. Hartling argumenterer og reflekterer på en klog og forståelig måde, samtidig med at han inddrager personlige fortællinger fra dødens grænseland, så selv et sygeplejehjerte rammes.

Et af argumenterne for eutanasi er at undgå eller fjerne lidelsen. Hartling gennemhuller det argument ved at sige, at eutanasi ikke er at fjerne lidelsen fra en patient, men det er at fjerne patienten. Argumentationen omkring autonomi skyder han ned på flere måder. For det første mener han, at patientens valg ikke kun er patientens valg, idet der altid skal en vurdering til fra lægens side af, hvorvidt patientens livsværdi skønnes tilstrækkeligt lav. For det andet kan alvorlige beslutninger ikke tages adskilt fra vore relationer. For det tredje afskærer man sig fra alle andre valg ved at vælge eutanasi "i respekt



Ole Johannes Hartling
Aktiv dødsbistand
Kan vi mere, end vi kan magte?
 Gyldendal 2015
 160 sider - 249,95 kr.

for din selvbestemmelse fjerner vi dig, så er det er slut med din selvbestemmelse".

Hartling skriver også om glidebaneeffekten. Man vil noget godt med eutanasi, nemlig bekæmpe lidelsen, men det kan være svært at sætte grænser for godheden. For det er også synd for den psykisk syge, den demente, det handicappede barn og den ensomme gamle, der har lidt mange funktionstab og mistet livsmodet. Ikke at sætte grænser for godheden kan føre til et brutaliseret menneskesyn. Forfatteren påviser, at denne glidebaneeffekt allerede er ved at indtræde i Holland og Belgien.

Hartling er læge, har været formand for Etisk Råd og har mødt spørgsmålet om eutanasi personligt. Og så er han en klog mand, der kan gøre vanskelige spørgsmål forståelige. Vi rækkes i denne bog en hjælpende hånd til at blive klogere på spørgsmålene om eutanasi og dermed også om etik i de vanskelige spørgsmål omkring lidelse og død. En yderst relevant bog for sygeplejersker.

*Af Rita Nielsen, forfatter,
 underviser og sygeplejerske.*

Forfatterne har alle erfaring fra arbejde med udsatte børn, unge og deres familier. Som fagbog er den i top. Indholdsfortegnelsen er detaljeret, sproget er lettilgængeligt, indledningsvis giver hvert kapitel et kort rids af indholdet og afsluttes med et kort resumé. Hvert kapitel har sin egen grundige litteraturliste. Redaktørerne har gjort sig umage og sat en bog sammen til glæde for os praktikere, som gerne vil have indføring i begreberne mentalisering og mentaliseringskompetence.

*Af Hanne Lindhardt, MSA,
 sundhedsplejerske i Furesø Kommune.*

KORT NYT OM BØGER

Jacob Riewe
Drømmehulen
 Alfa 2015
 28 sider - 200 kr.

En lille dreng står med sin mor og far ved sin døende storebrors hospitals-seng. Den lille dreng kan ikke holde sorgen og smerten ud, så han kryber ind under sengen, hvor han får selskab af sin storebror, som indgyder håb og forklarer, hvordan de to kan mødes i fremtiden i drømme. Så dør storebror, og den lille dreng glæder sig til at drømme om ham.

Illustratoren Otto Dickmeiss skildrer det hele med humor og fantasi, som små børn kan tale ud fra. Lægen er f.eks. en bjørnelæge, der brummer og har mange rynker, sygeplejersken en stork med lange ben og en tynd hage. Storken følger efter bjørnelægen ud af værelset. Bjørnelægen klapper den lille dreng på hovedet, når han kommer, men ikke når han går.

Let pludrende prosa om dette og hint

Hvor er det godt, at der skrives til pårørende, som ofte kan være overladt til sig selv i mødet med nye verdener (sundheds- og socialvæsenerne). De pårørende kan også være i en ny rolle som advokat, samtidig med at der sker forandringer i ens eget liv som ægtefælle/datter/søn/barnebarn/ven.

Forfatterne til denne håndbog er journalister, som har skrevet en letlæselig indføring i at påtage sig rollen/rollerne som pårørende. Målgruppen er naturligvis pårørende og fagfolk i den udstrækning, vi er pårørende eller ønsker at anbefale læsning til pårørende.

Forfatterne har researchet blandt ældre, pårørende, fagfolk og specialister. De har også læst litteratur. De henviser til geriatri- og gerontologilærebøger, der er rimeligt gamle i betragtning af, at der er kommet ny udenlandsk litteratur om pårørendes vilkår og roller. De lærebøger, som forfatterne har valgt at bruge som inspiration, bliver brugt til at fremstille et noget stereotypet billede af, hvad det vil sige at blive gammel. En ufordøjet deterministisk forfaldstankegang lurer



Birgitte Rask Sønderborg
Merete Rømer Engel
Når de ældre bliver gamle
Håndbog for pårørende
Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck 2015
235 sider - 249,95 kr.

lige om hjørnet. Der skimtes en populær tidstypisk motions- og sygdomsoptaget fremstilling af at blive gammel. Selvom forfatterne lægger vægt på den gamle kvindes/mands selvbestemmelse, så er det de pårørende, der beskrives som agenter.

Der forekommer mange generaliseringer. Med de forskelle, der er blandt gamle kvinder/mænd, i familiemønstre, familie kulturer, mellem land/by og ønsker til livets sidste tid, skulle forfatterne nok have valgt at præsentere et udvalg af muligheder og henvisninger i stedet for let pludrende prosa om dette og hint som f.eks. demens, alkohol og palliation.

Hvor forfatterne har samlet data om hjemmepleje, er ikke gennemskueligt. Det kan være, det er genkendeligt for nogle, men ikke for anmelderen. Nuvel, det er ikke en bog for fagfolk, men det er en bog, hvis hensigt var at hjælpe til overblik og støtte i den ofte vanskelige situation som pårørende.

Af Marianne Mahler, Dr.PH, sygeplejefaglig konsulent.

KORT NYT OM BØGER

Line Thoft Carlsen

Min far spiller fodbold i himlen

Om Sorg Kræftens Bekæmpelse 2015

60 sider - Hospitalsafdelinger, der møder børnefamilier berørt af kræft, kan bestille bogen gratis til uddeling til familierne ved at sende en mail til Andrea Nedergaard Jensen: anj@cancer.dk

Morten, Signe og Laurits har en fodboldtosset far, som bliver meget syg og skal dø. Signe er bogens fortæller, og hun beretter om familien fra det tidspunkt, faderen begynder at tabe sig, bliver vældig træt, får sin diagnose, sin kemo og ikke kan blive rask, til han dør fredeligt på hospice.

I bogen gør familien alting rigtigt, man skjuler ikke noget for børnene, man græder, når der er brug for det, involverer børnene, vennerne, skolen og skolekammeraterne. Fodbolden bliver symbol på savn, håb og liv og binder familien sammen under sygdommen og efter faderens død. Signe henter efterfølgende støtte i en sorggruppe på sin skole, hvilket giver hende forståelse for egne reaktioner og endda åbenhed overfor, at moderen en dag vil få en ny kæreste.

Illustrationerne er kantede og rå og ofte suppleret med fotografier, der viser lidt dagligstue, en flig af hospice og et hjørne af graven.

Kristina Aamand

På Tværs

Kunsten at overleve en pakistansk svigermor

Gyldendal 2015

200 sider - 249,95 kr.

Forfatteren er sygeplejerske og socialrådgiver, halvt araber og et eksotisk svar på Lotte Heise. Bramfri, grænseoverskridende, stærk og morsom. Hun fortæller i bogen, hvordan hun har oplevet at blive gift ind i en pakistansk familie med en svært dominerende og dobbeltmoralisk svigermor, få fem børn og blive skilt og gift igen.

Forfatteren er en del af Khader-klanen, hvorfra vi nok kender en anden repræsentant, og hun lægger ikke fingrene imellem, når hun beskriver kvindesyndet, fuseriet og familiemiddage under opsyn, fordi en af deltagerne er på udgang. Det går over stok og sten. En hektisk og ærlig beskrivelse af kultursammenstød og forsøget på at overkomme dem.

Nysgerrige sygeplejersker, som møder kvinder af anden etnisk herkomst end dansk på jobbet, kan have nytte og morskab ud af at læse bogen. (jb)

ADHD påvirker ofte patienterne hele døgnet¹



Strattera[®] har effekt 24 timer - med én daglig dosering^{2,3,4}



Hvornår på dagen er dine patienter udfordrede?

- Svært ved at komme ud af sengen?
- Glemmer skoletaske, nøgler eller telefon derhjemme?
- Har svært ved at følge med i timerne?
- Mangler ro til at lave lektier?
- Svært ved at sidde ned under aftensmaden?
- Kan ikke hænge ud med andre unge, uden der bliver ballade?
- Glemmer sine aftaler?
- Skaber konflikter i familien?
- Svært ved at holde sig fra alkohol/stoffer/kriminalitet?
- Har det svært med fester (inviteres ikke, undgår dem, opfører sig dårligt)?
- Svært ved at gå i seng om aftenen?
- Svært ved at falde i søvn om aftenen?

¹ Coghill D et al. Child Adolesc Psychiatry Mental Health 2008; 2: 31

² Wehmeier et al. Child Adolesc. Mental Health, 2009; 3(1): 5,

³ Strattera produktresumé 16.maj 2014

⁴ Kelsey et al. Pediatrics 2004; 114:1

Julegaver til den aktive familie? Kvalitetstøj og udstyr til den sportsglade familie

WWW.DSR.DK/WEBSHOP



Skal du holde konfirmation i 2016?

Book sygeplejerskernes
hus Vilvorde med rabat
– få et godt tilbud

www.dsr.dk/rabatter

Hold pause fra hverdagen

med et selvforkælelsesophold



www.dsr.dk/rabatter

Er kontoen klar til jul?

Fordelig bankaftale
for medlemmer



www.dsr.dk/rabatter

Højskoleuge for seniorerne i 2016

Seniorsygeplejerskerne afholder højskoleuge/landsmøde og generalforsamling fra den 4.-10. august 2016 på Bornholms Højskole, Almindingsvej 35, 3720 Aakirkeby.

Ugens emner er:

Humor. Livet er ikke det værste man har – grin dig glad, og se Bornholm i bus.

Se det fulde program for højskoleugen på Seniorsammenslutningens hjemmeside www.dsr.dk/seniorer.

Tilmelding direkte til højskolen på telefon 5697 4077/3056 2470.

Det anbefales at tilmelde sig inden den **30. december 2015**.

Sygeplejefaglig dag

I forbindelse med højskoleopholdet inviterer Seniorsammenslutningen til sygeplejefaglig dag mandag den 8. august 2016.

Programmet for dagen er:

10.00-12.00 Foredrag ved forhenværende præst Inger Lorentsen, Bornholm: "Gammel og Glad"

12.00-13.00 Middag

13.00-14.30 Generalforsamling i Seniorsammenslutningen i Dansk Sygeplejeråd

14.30-15.00 Kaffe

15.00-17.00 Foredrag ved næstformand Dorte Steenberg, Dansk Sygeplejeråd: "Den nye sygeplejerskeuddannelse"

For den sygeplejefaglige dag formiddag inkl. formiddagskaffe, middagsmad og eftermiddagskaffe koster det 180 kr.

For den sygeplejefaglige dag inkl. formiddagskaffe, middagsmad, eftermiddagskaffe og aftensmad koster det 280 kr.

Tilmelding direkte til Bornholms Højskole, tlf. 5697 4077/3056 2470.

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

SENIOR
SAMMENSLUTNINGEN
Dansk Sygeplejeråd



Uddrag af Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensens kalender.



16. november

- Fremfærdseminar 2015, København

17. november

- Møde med direktionen i Styrelsen for Patientsikkerhed, København
- OK-forhandling med PLA

18.-19. november

- FTF kongres, Frederiksberg

23. november

- Bestyrelsesmøde + Patientsikkerhedsrådsmøde, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Hvidovre

24. november

- "Women in Integrated Care", European Federation of Nurses (EFN), Bruxelles

26.-27. november

- Hovedbestyrelsesseminar, Løkken

30. november

- FTF forretningsudvalgsmøde, FTF, København
- Bestyrelsesmøde i Hotel Koldingfjord A/S, Kvæsthuset, København

1. december

- Bestyrelsesmøde i Dansk Sygeplejehistorisk Museum, Kolding

2. december

- Forhandlingsudvalgsmøde i Sundhedskartellet, Kvæsthuset, København
- Seminar hos Danske Regioner og politisk møde om borgernes sundhedsvæsen, Danske Regioner, København
- Bestyrelsesmøde i Forbrugsforeningen, København

3. december

- Bestyrelsesmøde i Pensionskassen for Sygeplejersker og Lægese-kretærer, PKA

” I mit arbejde i Dansk Sygeplejeråd møder jeg hjemmesygeplejersker, som har så travlt, at de ikke når at dokumentere eller indberette fejl. De dropper frokosten og må ofte arbejde over. De må besvare nødkald og tage telefonsamtaler, mens de kører bil. Jeg er bekymret for sygeplejerskernes arbejdsmiljø, men jeg er også bekymret for vores syge medborgere, som lades i stikken i et sundhedsvæsen, hvor økonomi og effektiviseringer har trumfet menneskeligheden og den faglige kvalitet.

Kredsnæstformand, Dansk Sygeplejeråd Kreds Sjælland, Ulla Birk Johansen i Lolland-Falster Folketidende den 27. oktober.

DSR I MEDIERNE

Hver tredje sygeplejerske udsættes for vold

36 pct. af danske sygeplejersker ansat i det offentlige er blevet udsat for vold eller en anden form for truende adfærd på jobbet det seneste år. Det viser en ny undersøgelse fra Dansk Sygeplejeråd. I februar i år indgik den daværende SR-regering sammen med SF og Enhedslisten ellers en aftale om samlet at tilføre 21 millioner fra 2015 til 2018 til forebyggelse af vold mod hospitalsansatte. Men de tiltag ønsker den nuværende regering at sløjfe sammen med en kampagne for generel voldsforebyggelse på arbejdspladser. "Det bekymrer os gevaldigt, at regeringen nu vil droppe de forebyggende indsatser, der skulle mindske volden. Det er helt uforståeligt," siger næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Dorte Steenberg, til avisen.dk

Sygeplejersker roser KL's sundhedsudspil

KL er kommet med et nyt sundhedsudspil "Sammen om sundhed", hvor de appellerer til bedre samarbejde mellem kommunerne, regionerne, regeringen og andre sundhedsaktører med 41 konkrete anbefalinger. Og samarbejde er vejen frem til at skabe et bedre sundhedsvæsen i Danmark, mener også lægerne og sygeplejerskerne. Det er den helt rigtige vej at gå, mener formanden for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen. "Det er godt at se, at kommunerne er klar til et opgør med silotænkningen, hvor hver enkelt kommune eller sygehus er ansvarlig for egen behandling. Omdrejningspunktet skal være borgerens forløb, og ikke den enkelte behandler eller institutions indsats," siger Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd, til Ritzau.

” Den tidligere regering afsatte midler til et løft af sundhedspleje til udsatte børn, hjemmebesøg i treårsalderen og til daginstitutionerne. De midler forsvinder nu med den nye finanslov. Det mener vi er kortsigtet. Investerede man i det lille barn, så det får en god start på livet, vil det gavne det først i skolen, senere i voksenlivet.

Kreds næstformand for Dansk Sygeplejeråd Kreds Hovedstaden, Signe Hagel Nielsen, og sundhedsplejerske Rosana Maria Petre i Politiken den 14. oktober.

JENS-CHRISTIAN HOLM
- FORLAG OG FORMIDLING

Behandling af svært
overvægtige børn
ved JENS-CHRISTIAN HOLM



Vist i
Generation XL på DR1
og
BBC World Health Check

Jens-Christian Holm udbyder kurser til behandling af svært overvægtige børn og unge. Kurserne er en introduktion til samt kompetenceudvikling af den pædagogiske metode som medfører vægttab hos 70-80 procent af de svært overvægtige børn og unge med en lav timeinvestering per år. Årsagen til den effektive behandling med et lavt timeforbrug er primært den direkte og effektive kommunikation som på een gang kommunikerer alvoren bag problemstillingerne, men som samtidig drager omsorg for de problemstillinger som ofte er vanskelige.

Kursus 1: Introduktionskursus. Vægtregulation, komplikationer til overvægt, behandlingsmetode, pædagogik.
Tirsdag den 26. april - onsdag den 27. april 2016

Kursus 2: Opfølgingskursus. Forventninger til behandlingsforløb, kropssammensætning, justering på behandling, relapse, drop out, normalisering, afslutninger.
Tirsdag den 29. marts - onsdag den 30. marts 2016

Kursus 3: Nuancering, empati, kommunikationsflow, autenticitet, selv-identifikation, udfordringer, etik. Behandlingens direkte og indirekte effekter.
Tirsdag den 10. maj - onsdag den 11. maj 2016
Tirsdag den 7. juni - onsdag den 8. juni 2016

Sted: Ringsted Scandic Hotel

Se www.børneovervægt.dk /
www.jenschristianholm.dk

Mail overvaegt.behandling@gmail.com
Facebook Jens-Christian Holm
Twitter JC_Holm



To nye medlemmer i hovedbestyrelsen

Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse har som følge af resultatet af valget til kredsbestyrelserne fået to nye medlemmer: Charlotte Engell fra kreds Hovedstaden og Ulla Birk Johansen fra Kreds Sjælland.

Tekst Henrik Boesen

Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse har fået indvalgt to nye medlemmer som følge af det netop overståede valg til de fem kredsbestyrelser. Charlotte Engell fra Kreds Hovedstaden afløser som nyvalgt 1.-kredsnæstformand Vibeke Scholtz, som allerede inden valget havde meddelt, at hun ikke genopstillede. Og fra Kreds Sjælland indtræder Ulla Birk Johansen i hovedbestyrelsen og afløser dermed Nils Kristian Håkansson, som hun slog med 40 stemmer.

Alle kredsformænd genvalgt

Alle kredsformænd fortsætter på posterne de næste to år. Kun i Kreds Sjælland var der spænding om udfaldet, da der her var opstillet tre kandidater til formandsposten – i de øvrige kredse skete valget uden modkandidater. Men Helle Roland Dirk-

sen formåede at holde formandsposten med 814 stemmer mod Ulla Birk Johansens 447 og Anja Pedersens 337.

Kreds Hovedstaden

I Kreds Hovedstaden var der genvalg til alle kredsnæstformænd samt nyvalg til Ken Curt Strøm Andersen, som kom ind i stedet for Vibeke Scholtz, der ikke genopstillede.

Kreds Midtjylland

I Kreds Midtjylland var der genvalg til alle fire kredsnæstformænd. Bente Alkærsig Rasmussen er fortsat kredsens medlem af Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse.

Kreds Nordjylland

Ingen ændringer i ledelsen i Kreds Nordjylland. Helle Kanstrup er fortsat kredsens medlem af hovedbestyrelsen.

Kreds Sjælland

Ulla Birk Johansen skubber som ny 1.-kredsnæstformand Nils Kristian Håkansson ud af hovedbestyrelsen, men han forbliver som kredsnæstformand. Søren

Petersen bliver ny kredsnæstformand på bekostning af Jeanette Hansen, som fik 60 stemmer færre end Søren Petersen.

Kreds Syddanmark

Ingen ændringer i ledelsen i Kreds Syddanmark. Alle hidtidige kredsnæstformænd blev genvalgt, og Line Gessø Storm Hansen fortsætter som kredsens medlem af hovedbestyrelsen.

Lederforeningen

Formand Irene Hesselberg og næstformand Jeanette Krogh Palmer blev begge genvalgt uden modkandidater.

Knap hver femte stemte

12.825 af de stemmeberettigede medlemmer stemte ved valget. Det svarer til en stemmeprocent på 18,3. Flest stemte i Kreds Nordjylland, hvor valgdeltagelsen nåede op på 21,5 pct. I Kreds Sjælland, hvor der var opstillet tre kandidater til formandsposten, nåede deltagelsen op på 20,5 pct.

I Lederforeningen nåede valgdeltagelsen op på 23,8 pct.

Valgets resultat i tal

Herunder finder du resultatet af valgene til Dansk Sygeplejeråds fem kredsbestyrelser samt valget til Lederforeningens bestyrelse.

KREDS HOVEDSTADEN - KREDSFORMANDSVALG

Kandidat

Vibeke Westh

Antal stemmer

valgt uden valghandling

KREDS HOVEDSTADEN - KREDSNÆSTFORMANDSVALG

Kandidat

1 Charlotte Engell
2 Kristina Helen Robins
3 Signe Hagel Andersen
4 Mette Sofie Haulrich
5 Ken Curt Strøm Andersen
Helle Mathiasson
Solveig Olafsdottir
Blanke stemmer

Antal stemmer

1.797 valgt som 1. kredsnæstformand
1.424 valgt
1.164 valgt
1.043 valgt
889 valgt
752
618
358

**KREDS HOVEDSTADEN - VALGKREDS 1 - CENTRAL**

Kandidat	Antal stemmer	
1 Charlotte Kistrup Vallys	408	valgt
Ken Curt Strøm Andersen	398	Valgt som kreds næstformand
2 Jørn Nørby Thomasen	396	valgt
3 Mikkel Bo Andersen	334	valgt
4 Theis Liebach Smedegaard	330	valgt
5 Diana Jensen Saksulv	274	valgt
6 Marianne Rasch	249	valgt
7 Anna Kiørboe Neve	244	valgt
8 Annemarie Rasmussen	240	valgt
9 Karen Marie Grosbøll	239	valgt
10 Ida Rindorf	228	valgt
11 Trine Louise Stougaard Madsen	213	valgt
12 Eva Kristina Ohmann	212	valgt
13 Sara Smith Hald	211	valgt
14 Lotte Evron	201	valgt
15 Mette Fog Westh	199	valgt
16 Tina Charlotte Petersen	197	valgt
17 Peter Ullman Sørensen	191	valgt
18 Anja Thorslund	190	valgt
Louise Ruby	173	
Karin Tidemand Cardoso	173	
Louise Ystrøm	155	
Sarah Wahlgrén	152	
Melanie Clivaz-Nielsen	133	
Louise Borre	120	
Charlotte Kold Petersen	111	
Malene Brogård	104	
Karen Thomas	99	
Louise Kongstad Larsen	65	
Blanke stemmer	132	

KREDS HOVEDSTADEN - VALGKREDS 2 - VEST

Kandidat	Antal stemmer	
1 Helle Mathiasson	428	valgt
2 Susanne Eriksen	314	valgt
3 Annette Bang	294	valgt
4 Solveig Olafsdottir	290	valgt
5 Suzanne Agerholm	268	valgt
6 Kim Margrethe Vilsen	264	valgt
7 Cecilie Julie Kampmann Bruun (Sisse)	255	valgt
8 Kjeld Rosén	248	valgt
9 Kasper Larsen	245	valgt
10 Dorthe Marie Martinsen	243	valgt
11 Guglielmo Leif Nielsen	231	valgt
12 Jette Skalka	223	valgt
13 Susan Møller Reinholdt	221	valgt
Iben Birgitte Bruun	213	
Rikke Annette Bondorff	209	
Helle Vibeke Thorhus	201	
Jytte Byriel Kronborg	192	
Ria Bredahl	177	
Kenni Lars Rasmussen	91	
Blanke stemmer	137	

KREDS HOVEDSTADEN - VALGKREDS 3 - NORD

Kandidat	Antal stemmer	
1 Charlotte Lin Witzel Sørensen	238	valgt
2 Eva Hornnes	235	valgt
3 Dorthe Reib	219	valgt
4 Helene Miltenburg	210	valgt
5 Inger Margrete Dyrholm Siemsen	155	valgt
6 Rebekka Micola Liisborg Leth	141	valgt
Jane Roos Sørensen	135	
Blanke stemmer	76	

KREDS HOVEDSTADEN - VALGKREDS 4 - ØST

Kandidat	Antal stemmer	
1 Jette Tvede Christiansen	83	valgt
2 Yogi Christina Bej Vilhelmsen	67	valgt
Anette Lund	46	
Ida Louise Thordahl Tranberg	31	
Blanke stemmer	1	

KREDS MIDTJYLLAND - KREDSFORMANDSVALG

Kandidat	Antal stemmer	
Anja Toftbjerglund Lauersen	valgt uden valghandling	

KREDS MIDTJYLLAND - KREDSNÆSTFORMANDSVALG

Kandidat	Antal stemmer	
1 Bente Alkærsig Rasmussen	867	valgt som 1. kreds næstformand
2 Susanne Kjærsgaard Lindberg	660	valgt
3 Gert Petersen	632	valgt
4 Hanne Holst Long	410	valgt
Blanke stemmer	478	

KREDS MIDTJYLLAND - VALGKREDS 1 - VEST

Kandidat	Antal stemmer	
1 Laila Garsdal Petersen	284	valgt
2 Annette Askjær Dam	259	valgt
3 Alma Katrine Jensen	242	valgt
4 Anders Dalgaard Mikkelsen	200	valgt
5 Maritta Eline Pedersen	166	valgt
6 Birgit Oien Schmidt	144	valgt
Tina Jørgensen	137	
Majbritt Bjerregaard Petersen	128	
Blanke stemmer	47	

KREDS MIDTJYLLAND - VALGKREDS 2 - NORD

Kandidat	Antal stemmer	
1 Helle Balling Engelsen	188	valgt
2 Helle Susanne Bitsch Laursen	139	valgt
3 Jan Otkjær	125	valgt
4 Kate Ørskov Karlsen	102	valgt
Anni Helene Kanstrup	100	
Line Laursen	66	
Sandra Ileby	64	
Lars Aagaard Bank	51	
Rikke Holm	35	
Blanke stemmer	22	

KREDS MIDTJYLLAND - VALGKREDS 3 - SYD

Kandidat	Antal stemmer	
1 Anne Kirsten Boddum	147	valgt
2 Jeanet Larsen	124	valgt
3 Sascha Thorup Bjørnholdt	93	valgt
Julie Elizabeth Judge	60	
Blanke stemmer	12	



KREDS MIDTJYLLAND - VALGKREDS 4 - ØST

Kandidat	Antal stemmer	
1 Jacob Gøtzsche	672	valgt
2 Charlotte Thaarup	494	valgt
3 Vibeke Bak	480	valgt
4 Kirsten Blaabjerg Pedersen	400	valgt
5 Jane Knudstrup	378	valgt
6 Dorthe Sølvkær Ehlers	376	valgt
7 Malene Sejrup Dyrskog	373	valgt
8 Maria Greve Svendsen	371	valgt
9 Leon Sørensen	357	valgt
10 Trine Hald Thøgersen	338	valgt
11 Marianne Würtz	299	valgt
12 Pirkko J Pauku Dinnesen	290	valgt
13 Marianne Vigh-Larsen	277	valgt
14 Marianne Nørgaard Johansen	267	valgt
15 Lisbeth Reuss-Schmidt	259	valgt
16 Lotte Sloth Lave	256	valgt
17 Peder Mosekjær Svinth	251	valgt
18 Susanne Lindberg Bjerno	223	valgt
19 Rita Langelund Thomassen	212	valgt
20 Sarah Marie Tække	210	valgt
Henrik Ørskov Larsen	187	
Lone Kier Praëm	171	
Blanke stemmer	85	

KREDS NORDJYLLAND - KREDSFORMANDSVALG

Kandidat	Antal stemmer	
Jytte Wester		valgt uden valghandling

KREDS NORDJYLLAND - KREDSNÆSTFORMANDSVALG

Kandidat	Antal stemmer	
1 Helle Kjærager Kanstrup	725	valgt som 1. kreds næstformand
2 Lene Holmberg Jensen	530	valgt
Dorte Bang	451	
Jannie Elisabeth Asta Hvilsted	443	
Blanke stemmer	202	

KREDS NORDJYLLAND - VALGKREDS 1 - NORD

Kandidat	Antal stemmer	
1 Leif Strickertsson	243	valgt
2 Ida Pedersen	216	valgt
3 Anne Marie Jørgensen	183	valgt
Lene Holmberg Jensen	177	valgt som kreds næstformand
4 Maria Gade Madsen	157	valgt
5 Vibeke Blach Granberg	152	valgt
6 Tanja Høgh Søttrup Larsen	144	valgt
Marie Yde Sloth Poulsen	104	
Sanne Fuglsang Nyquist	102	
Blanke stemmer	30	

KREDS NORDJYLLAND - VALGKREDS 2 - SYD

Kandidat	Antal stemmer	
1 Kirsten Højslet	446	
Helle Kjærager Kanstrup	372	valgt som 1. kreds næstformand
2 Pia Jødal Næss-Schmidt	312	valgt
3 Christina Windau Hay Lund	301	valgt
4 Gert Sigurd Mosbæk	295	valgt
5 Anja Aase Pors	294	valgt
6 Jannie Elisabeth Asta Hvilsted	271	valgt
7 Karina Dinesen Kjeldsen	267	valgt
8 Dorte Bang	247	valgt
9 Elin Aggerholm Jensen	200	valgt
Edel Nygaard Rüz	198	
Jeanne Koustrup Kroge	198	
Britta Grøndahl Christensen	187	
Mette Wulff Nielsen	185	
Carin Anette Juul	148	
Blanke stemmer	36	

KREDS SJÆLLAND - KREDSFORMANDSVALG

Kandidat	Antal stemmer	
1 Helle Roland Dirksen	814	valgt
Ulla Birk Johansen	447	
Anja Pedersen	337	
Blanke stemmer	171	

KREDS SJÆLLAND - KREDSNÆSTFORMANDSVALG

Kandidat	Antal stemmer	
1 Ulla Birk Johansen	585	Valgt som 1. kreds næstformand
2 Nils Kristian Håkansson	548	valgt
3 Søren Petersen	487	valgt
Jeanette Hansen	428	
Anja Pedersen	419	
Britt Ekelund	219	
Pernille Wulff-Høyer	210	
Blanke stemmer	138	

KREDS SJÆLLAND - VALGKREDS 1 - CENTRAL

Kandidat	Antal stemmer	
Søren Petersen	288	Valgt som kreds næstformand
1 Susann Carlsen	191	valgt
2 Michelle Gulbæk Serve	182	valgt
3 Anja Skov Refsgaard	144	valgt
4 Britt Ekelund	133	valgt
5 Karen Inger A Jensen	109	valgt
Blanke stemmer	62	

KREDS SJÆLLAND - VALGKREDS 2 - VEST

Kandidat	Antal stemmer	
1 Anja Pedersen	276	valgt
2 Jette Nørr Møllebjerg	219	valgt
3 Annegrete Visby	181	valgt
4 Kirsten Rask	172	valgt
5 Birgit Lind Pedersen	171	valgt
6 Annette Schjermer Voss Møller	157	valgt
Heidi Egelund Kold	146	valgt ind i valgkreds 3
Anne Marie Holst Sommer	108	valgt ind i valgkreds 3
Bjarne Rask Andersen	106	
Blanke stemmer	69	



KREDS SJÆLLAND - VALGKREDS 3 - SYD

Kandidat

Grith Elisabeth Brygger
Lars Frandsen Kloster
Pernille Wulff-Høyer

Antal stemmer

valgt uden valghandling
valgt uden valghandling
valgt uden valghandling

KREDS SYDDANMARK - KREDSFORMANDSVALG

Kandidat

John Christiansen

Antal stemmer

valgt uden valghandling

KREDS SYDDANMARK - KREDSNÆSTFORMANDSVALG

Kandidat

1 Line Gessø Storm Hansen
2 Jytte Pharaao-Bonde
3 Morten Hartvig Petersen
4 Jytte Margrethe Kristensen
Mads Dippel Rasmussen
Penille Marie Vinifred Holm
Blanke stemmer

Antal stemmer

1.304
841
753
742
706
229
222

valgt som 1. kreds næstformand
valgt
valgt
valgt

KREDS SYDDANMARK - VALGKREDS 1 - ØST

Kandidat

Birgith Flyvbjerg
Rita Elisabeth Lund Hansen
Penille Marie Vinifred Holm
Betina Irosch Kristensen
Gitte Solgård Larsen
Louise Gjervig Lehn
Kirsten Elmholdt Nikolajsen
Birthe Overgaard
Rikke Kent Thomsen
Kevin Vilhelmsen
Camilla Rosager Weber

Antal stemmer

valgt uden valghandling
valgt uden valghandling
valgt uden valghandling
valgt uden valghandling
valgt uden valghandling
valgt uden valghandling
valgt uden valghandling
valgt uden valghandling
valgt uden valghandling
valgt uden valghandling
valgt uden valghandling

KREDS SYDDANMARK - VALGKREDS 2 - NORD

Kandidat

1 Christina Rosenberg
2 Janne Horsted Grevsen
3 Lisbeth Hammer Andersen
4 Dorrit Qvirin Petersen
5 Kirsten Hessellund Jensen
6 Bente Smith Bonde
Luise Hove*
Kirsten Dorthe Johansen
Blanke stemmer

Antal stemmer

190
190
190
152
150
146
127
98
62

valgt
valgt
valgt
valgt
valgt
valgt
valgt ind i valgkreds 1

KREDS SYDDANMARK - VALGKREDS 3 - SYD

Kandidat

Mette Kästner Jacobsen
Anne Lindbjerg Rasmussen
Dorte Ruge
Gitte Würtz

Antal stemmer

valgt uden valghandling
valgt uden valghandling
valgt uden valghandling
valgt uden valghandling

KREDS SYDDANMARK - VALGKREDS 4 - VEST

Kandidat	Antal stemmer	
1 Ina Kristensen	206	valgt
2 Helle Kruse Hansen	193	valgt
3 Anne Nissen	192	valgt
4 Jan Jørgen Petersen	160	valgt
5 Lone Kingbo	117	valgt
Line Nathalie Hansen*	79	valgt ind i valgkreds 1
Blanke stemmer	24	

* Opgjort efter Dansk Sygeplejeråds Love, §16, stk. 5

Hvis der ikke er nok suppleanter i valgkredsen, indtræder suppleanter fra andre valgkredse i kredsbestyrelsen efter deres procentvise antal stemmer beregnet i forhold til det samlede antal mulige stemmer i valgkredsen.



LEDERFORENINGSVALG 2015

LEDERFORENINGEN - FORMANDSVALG

Kandidat	Antal stemmer	
Irene Hesselberg	Valgt uden valghandling	

LEDERFORENINGEN - NÆSTFORMANDSVALG

Kandidat	Antal stemmer	
Jeanette Krogh Palmer	Valgt uden valghandling	

LEDERFORENINGEN - KREDS HOVEDSTADEN

Kandidat	Antal stemmer	
1 Helle Johanne Lauridsen	182	Valgt som kongresdelegeret
2 Lonnie Rasmussen	118	Valgt
Blanke stemmer	67	

LEDERFORENINGEN - KREDS MIDTJYLLAND

Kandidat	Antal stemmer	
1 Bodil Overgaard Akselsen	131	Valgt som kongresdelegeret
2 Maria Brinck Krog	65	Valgt
Blanke stemmer	27	

LEDERFORENINGEN - KREDS NORDJYLLAND

Kandidat	Antal stemmer	
1 Tina Berg Tolbod	61	Valgt som kongresdelegeret
2 Anni Wehrmann Pedersen	55	Valgt
Marianne Savkov	52	Suppleant
Blanke stemmer	9	

LEDERFORENINGEN - KREDS SJÆLLAND

Kandidat	Antal stemmer	
1 Mette Signe Otkjær	61	Valgt som kongresdelegeret
2 Maiken Ruders	47	Valgt
Blanke stemmer	21	

LEDERFORENINGEN - KREDS SYDDANMARK

Kandidat	Antal stemmer	
1 Anne Britta Nielsen	90	Valgt som kongresdelegeret
2 Hanne Friis Clausen	68	Valgt
Blanke stemmer	29	

Lene Bøtchiær Lund Nielsen

Vores kære kollega Lene Bøtchiær Lund Nielsen er ikke længere blandt os. Lene sov stille ind kun 51 år gammel efter et sygdomsforløb på knap to år.

Lene har altid været en stærk kvinde, både før og efter hun blev syg. Under hele sit sygdomsforløb formåede hun at bevare kontakten til sine kolleger på Gynækologisk operationsafsnit, OUH. Hun kom og besøgte os og holdt os opdaterede om, hvordan det gik med hende. Den sidste tid,

hvor hun ikke havde kræfter til at komme og besøge os, var hendes dør åben. Selv om Lenes situation var alvorlig, så formåede hun at skabe hygge, spørge ind til vores arbejde, kolleger og os selv.

Vi er mange, som har lært meget af Lene. Hun havde en ro, åbenhed, ærlighed og vilje til at få det bedste ud af livet. Lene har arbejdet som sygeplejerske på OUH i 25 år, og hun var meget engageret og dedikeret omkring sit arbejde. Lene arbej-

dede på Intensivafdelingen, børneafdelingen H1 og de sidste otte år på Gynækologisk operationsafsnit, hvor hun var meget afholdt af både patienter og kolleger. Vi har mistet en rigtig god kollega. Vores tanker går til de efterladte, især Brian, Sidsel, Rikke og Rasmus, hvis tab er så stort.

*På vegne af personalet,
Gynækologisk operationsafsnit, OUH,
Annette Henriksen, afdelingssygeplejerske.*

Karin Bilking

Den 10. september døde Karin Bilking efter et meget kort kræftforløb. Hun var vores dejlige kollega, indtil hun valgte at gå på efterløn for tre år siden.

Karin Bilking blev uddannet sygeplejerske fra Randers Sygeplejerskole. Karin havde arbejdet adskillige steder, bl.a. som afdelingssygeplejerske på Amtssygehuse afd. 170 og på Hudafdelingen på Marselisborg Hospital, inden hun blev ansat på Onkologisk afdeling D2.

Meget hurtigt fandt Karin interesse for det palliative felt og formåede på sin naturlige og ligefremme måde at møde patienter

og pårørende på en empatisk, omsorgsfuld og direkte måde. Ingen kunne være i tvivl om, at Karin stod på patientens side.

Karin var fast i sine holdninger og kæmpede jævnligt for de etiske overvejelser i forbindelse med patientens behandlingsintensitet.

Som kollega kunne man altid lære meget af samarbejdet med Karin, fordi patienten var omdrejningspunkt i alle opgaver og drøftelser.

Men det var også livsbekræftende og med plads til meget humor at være i vagt med Karin.

Hendes sygdomsforløb fulgte vi på nærmeste hold, idet Karin valgte at blive behandlet og plejet i kendte rammer på sin gamle afdeling. Det var et privilegium at kunne give hende den pleje med inddragelse af alt det, som hun lærte os, tilbage.

Karin efterlader sig børnene Klaus og Christina og fem børnebørn, som betød alt for Karin.

Karin vil blive savnet som kollega og veninde.

På vegne af Kræftafdeling D2, Aarhus Universitetshospital, Ilse Zacho og Else Juul

Marianne Lehrmann Sørensen

Vi har mistet vores dejlige og afholdte kollega Marianne Lehrmann Sørensen, som sov stille ind på Hospice Stavtrup efter tre års kamp mod kræften.

Marianne blev uddannet fra Silkeborg sygeplejerskole i 1990, og fra midten af 1995 var vi så heldige, at hun blev fastansat på parenkymkirurgisk afdeling Regionshospitalet Silkeborg.

Marianne arbejdede fra 1995 til 2008 i en fast stilling på afdelingen, men efter en intern omstrukturering blev hun fastansat på ortopædkirurgisk afdeling KI, Regionshospitalet Silkeborg.

Både på parenkymkirurgisk og ortopædkirurgisk afdeling bar Mariannes arbejde præg af et stort engagement, empati og omsorg for patienterne. Hun elskede at være sygeplejerske og formåede på sin naturlige og ligefremme måde at møde patienter og pårørende på en empatisk omsorgsfuld og direkte måde.

Marianne udfyldte sin rolle som sygeplejerske med stor respekt for faget og udviste stort ansvar og medindflydelse både hos patienter og i afdelingen.

Selv i den sidste del af livet formåede Marianne at have overskud til at være sam-

men med nære relationer, og hun var eminent til at skabe hygge, ro og indlevelse på trods af, at hendes liv var blevet svært.

Marianne var en dejlig person og et stort menneske, som vi alle vil mindes med respekt og glæde. Vores tanker går til Mariannes mand, børn og øvrige familie.

Æret være Mariannes minde.

*På vegne af ortopædkirurgisk afdeling KS
Regionshospitalet Silkeborg
Conny Johansen
Marianne Kildsgaard*

Årets Sygeplejerskepris 2015

Kreds Sjælland

Afdelingssygeplejerske Annette Koldborg Andersen, Hjerterafsnit 1 + 2 på Slagelse Sygehus, har på generalforsamlingen modtaget årets Sygeplejerskepris 2015 i Dansk Sygeplejeråd Kreds Sjælland.

I indstillingen stod der om Annette Koldborg Andersen bl.a., at hun

- sætter overliggeren for faget, patienterne, medarbejderne og sig selv højt,
- har tydelige ambitioner, hvor hun får andre med, fordi hun går foran og forpligter sig,
- praktiserer forandringsledelse, hvilket skaber resultater, og får andre til at gro,
- er kendetegnet ved stort engagement, dygtighed, dialog og dristighed
- har formået at vende frustrationer og mistrovisel hos medarbejderne til at få opbakning til sine idéer og ikke mindst ambitioner.

Annette Koldborg Andersen modtog en check på kr. 5.000,-

Kreds Nordjylland

Sygeplejerske Karin Rathman, afdeling O2 på Aalborg Universitetshospital, har modtaget årets Sygeplejerskepris 2015 i Dansk Sygeplejeråd Kreds Nordjylland.

Kollegerne, som havde indstillet Karin Rathman til prisen, havde i deres indstilling bl.a. skrevet:

"Hun er altid opdateret på den sidste nye forskning inden for det ortopædkirurgiske område - specielt omkring sår og amputationer. Hun forstår på ypperste vis at formidle denne viden til kollegaer, læger og andre samarbejdspartnere, også på tværs af afdelinger på hospitalet."

Prisen blev uddelt under Dansk Sygeplejeråds nordjyske generalforsamling, hvor flere end 270 sygeplejersker deltog.

Gerontologi-pris til færøsk sygeplejerske

Sygeplejerske Ása Roin fra Færøerne har på den 2. Nationale Konference om Aldring og Samfund modtaget Kirsten Avlund Gerontologi-prisen.

Ása Roin er ansat på Færøernes Universitet og har som den første forsket i livet som gammel på Færøerne, dets ældrepolitiske rammebetingelser og dominerende teoretiske forståelser af aldring. Hun har samtidig været en afgørende drivkraft i udviklingen af gerontologi-uddannelse på masterniveau på Færøerne.

Prisen på 10.000 kr. uddeles af Dansk Gerontologisk Selskab til minde om afdøde professor i gerontologi, dr.med., ph.d., ergoterapeut Kirsten Avlund og uddeles bl.a. til opmuntring til fortsat gerontologisk forskning.

(hbo)

(hbo)



IKKE AV (DIN FOD I EN ALMINDELIG SKO)



Højt tryk

MEN AHHH! (DIN FOD I EN FITFLOP-SKO)



Lavt tryk





GOGH PRO™ HVID
Vejl. udsalgspris 799,-



GOGH PRO™ SORT
Vejl. udsalgspris 799,-



FLORA™ HVID ELLER SORT
Vejl. udsalgspris 699,-



LULU™ SUPERGLITZ SLIDE SORT
Vejl. udsalgspris 699,-



SUPERLOAFER™ SORT NUBUCK
Vejl. udsalgspris 849,-

KONTAKT FOR BESTILLING ELLER FREMVISNING:
 Lene/Karina
 M: 2511 3942 / 2511 3140
 E: info@soft-spot.dk
 www.soft-spot.dk

Undlad at kalde det forskning

Kommentar til artiklen "Forældreuddannelse styrker forældreviden" i Sygeplejersken nr. 7/2015.

Af **Renata Sloth Carlsen**, sundhedsplejerske

Artiklen er skrevet på baggrund af en storstilet evaluering gennemført af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Rambøll af satspuljeprojektet "En god start sammen" (EGSS).

Evidens er i disse tider både uomgængeligt og et slagkraftigt argument, men det er vanskeligt at påvise effekten af forebyggelse. Derfor er det dejligt med en undersøgelse, der viser, at forebyggelse virker. Men hvad er det egentlig for en form for evidens, der er tale om?

Sundhedsplejen i Horsens Kommune har været med i EGSS, og vi synes helt sikkert, at det har været en god indsats. Vi er ikke i tvivl om, at de forældre, som har deltaget, har været glade for det, og vi tror på, at indsatsen har haft god effekt for forældrene, men det i sig selv er ikke udtryk for evidens, for som min tidligere chef engang sagde: "Tro hører til i kirken."

EGSS er da også blevet fulgt op af en stor evaluering, hvor såvel forældre som medarbejdere har skullet udfylde hobevis af skemaer. Når Sundhedsstyrelsen med Rambølls rapport kan konkludere, at forældrekurset EGSS styrker forældreviden, er det på grundlag af 16 forskellige spørgsmål, som prøver at indkredse forældreopfattelsen, når børnene er hhv. ca. fire måneder (efter 6. mødegang) og igen ved afslutning af forløbet, hvor børnene er 2,5 år gamle. Spørgsmålene afdækker bl.a., om man kan overskue sit ansvar som forældre, hvordan man oplever sit barn, og om man synes, at man klarer forældrerollen godt.

Der er en positiv udvikling i forældrenes svar på disse spørgsmål, fra børnene er fire måneder, til de er 2,5 år. Denne positive udvikling tilskrives man forældrenes deltagelse i forældrekurset. Men kan man drage de konklusioner på denne baggrund? Kan man udelukke, at andre forhold kan spille ind i udvikling af foræl-

dreopfattelse i løbet af de mere end to år, der er gået, hvor barnet har udviklet sig fra spædbarn til småbarn?

Det kunne man måske, hvis man havde en sammenlignelig gruppe, som ikke havde deltaget i projektet, og hvor samme udvikling ikke fandt sted. Undertegnede har adskillige gange både i Horsens Kommunes egen slutrapport og på projektets afslutningskonference påpeget det problematiske i at drage disse efter min mening uunderbyggede konklusioner.

Svaret på min problematisering har været, at man desværre ikke må lave forskning inden for rammerne af et satspuljeprojekt, da satspuljemidlerne skal komme borgerne til gode. Det har jeg fuld forståelse for. Jeg synes også, at de mange millioner bør gå til indsatser til familierne, men så synes jeg, at man skal lade være med at prøve at lade, som om man laver forskning. Som omtalt i indledningen har vi i projekterne brugt rigtig mange ressourcer på en dataindsamling, der efter min mening er nærmest ubrugelig.

Hvis man alligevel insisterer på at gennemføre en evaluering på denne måde, bør man som konsulentfirma og landets øverste sundhedsmyndighed som et minimum i sin afrapportering gøre opmærksom på de forbehold, der må tages i forhold til de opnåede resultater.

Fuldstændig at ignorere problematikken svækker efter min mening såvel Sundhedsstyrelsens som Rambølls troværdighed ganske markant!

Renata Sloth Carlsen er ledende sundhedsplejerske i Horsens Kommune.

Sundhedsstyrelsen er blevet forelagt den rejeste kritik, men ønsker ikke at svare på den.

FAM skal levere varen - hver gang

Flere af sygehusene i Region Syddanmark har alvorlige problemer med deres fælles akutmodtagelser - i daglig tale kaldet FAM.

Der er hyppigt huller i vagtplanerne, fridage bliver inddraget, og personalet presses ofte urimeligt hårdt. Patienterne bliver taberne. Mange venter alt for længe på at modtage den behandling, de har behov for.

Det er ikke i orden!

For mange patienter er FAM indgangen til sygehuset. Det er her, ambulancen kommer med syge og tilskadekomne, og det er her, borgerne bliver til patienter. Opholdet i FAM har konsekvenser for det videre sy-

domsforløb. Derfor er det vigtigt, at FAM fungerer ordentligt.

Hvis sundhedsvæsenet skal hænge sammen, så skal FAM levere varen - hver gang. Sådan er det desværre ikke i dag.

Idéen med en fælles akutmodtagelse er god. Men FAM synes at være et skrivebordsarbejde, der udfordres af virkeligheden. Pejlemærket har tilsyneladende været effektivisering frem for høj kvalitet og solid faglighed.

Det nytter f.eks. ikke at lave teoretiske beregninger, som viser, at FAM dagligt kan håndtere to alvorligt tilskadekomne i gennemsnit og udregne ressourcer efter det - hvad skal personalet så stille op den dag,

et alvorligt trafikuheld giver otte alvorligt tilskadekomne?

Det er ikke rimeligt, at de sygeplejersker, som står helt i front og skal hjælpe tilskadekomne og chokerede borgere, samtidig også skal slås med underbemanding og helt urimelige arbejdsvilkår.

Arbejds miljøet skal være i orden. Det kræver, at der er sygeplejersker nok til, at patienterne kan behandles fagligt forsvarligt - hver eneste gang de henvender sig.

Udtalelse fra Dansk Sygeplejeråd, Kreds Syddanmark, generalforsamlingen den 22. oktober.

DET FØRENDE ALTERNATIV FOR

optimal hygiejne & patient-integritet



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

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

EasyClean™
Let at rengøre

EasyReturn™
Let at folde sammen og trække ud

EasyClick™
Mobil eller fast monteret



THE FUTURE IN PRIVACY & HYGIENE SOLUTIONS

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

Prøv et effektivt jerntilskud uden forstoppelse

- To til fire gange bedre optagelse end traditionelle jerntilskud (jernsalte)
- Ingen gener som fx forstoppelse
- Ikke-animalsk - kan bruges af veganere

Dosering: 1 tablet dagligt
Mere information på aminojern.dk

pharmo  vital



Gratis vareprøver: ring 39 617 618 eller mail: info@aminojern.dk

Arbejdsro giver arbejdsglæde

I Sygeplejersken nr. 12 slog sundheds- og ældreminister Sophie Løhde (V) fast, at hun tiltænker sygeplejersker en nøglerolle i at styrke sammenhængen i sundhedsvæsenet. Men selvom hun finder sygeplejerskernes arbejdspress og store problemer med det psykiske arbejdsmiljø "dybt bekymrende", vil hun ikke love arbejdsro.

Anita Vivian Nielsen

Gud fri mig vel, hvor er damen dog intelligent. Al ny forskning viser jo netop, at når man får arbejdsro, så vokser arbejdsglæden, og dermed vokser der også nye idéer og forslag frem til lige netop at få løst de store problemer. Al nytænkning og idérighed træder i baggrunden, når der hele tiden bliver pumpet nye krav ud. Krav, som vi ikke kan leve op til uden arbejdsro. Vi er altså kun mennesker.

Anja Hamborg

Ignorant og uvidende, hun burde komme ud i den virkelige verden!

Fra www.facebook.com/fagbladetsygeplejersken

For mange senge nedlagt

På bare syv år er der nedlagt en femtedel af alle sengepladser på de danske sygehuse, viser en opgørelse, Dansk Sygeplejeråd har lavet. "Det er en urimelig situation - både for de patienter, det går ud over, men sandelig også for personalet," udtalte Grete Christensen bl.a. til Jyllands-Posten den 8. november.

Lis Kobbegaard

Og for mange stillinger tilligemed!

Vibeke Gam

Nu må de politikere stramme op, før det går helt galt 🙄

Fra www.facebook.com/sygeplejersker

Intet arbejde er det værd

Hvis regeringens kommunale udgiftslofter bliver vedtaget, vil det få markante konsekvenser for den kommunale velfærd. Over de næste tre år skal der spares 7,5 mia. kr., og bl.a. vil de ansatte på sundheds- og ældreområdet blive 3.800 færre. 470 af dem vil være sygeplejersker. Det er ikke i orden, mener Dansk Sygeplejeråd.

Frank Vind

Det bliver jo vedtaget, og som så mange gange før kan fagforingerne/befolkningen ikke gøre noget.

Marianne Bork Steffensen

Fuldstændigt vanvittigt ... Svarer til 5 færre sygeplejersker i hver af landets kommuner ... I vores hjemmepleje pukler vi godt nok meget, havde 24 besøg i aftes, så tror godt nok ikke, jeg magter eller har lyst til at være en del af det primære sundhedsvæsen fremover >:)

Lise-Lotte Pedersen

Det hænger på ingen måde sammen med, at vores sundhedsminister i sidste udgave af Sygeplejersken udtalte, at primær sektor skulle oprustes til at forebygge indlæggelser.

Følg Sygeplejersken på www.facebook.com/fagbladetsygeplejersken,
Twitter @_Sygeplejersken og Dansk Sygeplejeråd på www.facebook.com/sygeplejersker

Redaktion Jette Bagh, cand.cur., fagredaktør

I sektionen Fag bringer vi 50-60 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.sygeplejersken.dk > Manuskriptvejledning og ring eller send en mail med din idé, nummeret er 4695 4187 og mailadressen jb@dsr.dk



FAG

- FRA SYGEPLEJERSKE TIL SYGEPLEJERSKE

Træning og mobilisering på hospitalet

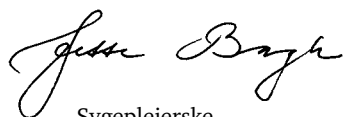
At være patient på intensiv afdeling kan trække lange spor, og nogle mennesker bliver aldrig helt sig selv igen efterfølgende. Den tilstand, patienterne plages af, kaldes ”Intensive Care Unit Acquired Weakness”. Mobilisering og fysisk træning kan afhjælpe følgerne af ICUAW, formoder man, men hvad siger forskningen om den sag? Et litteratur-review finder seks studier, der viser, at tilstanden kan reduceres eller forebygges, men også at det er vanskeligt at identificere de patienter, der skal have tilbud om træning. Der er derfor behov for mere forskning. Læs mere i ”Fysisk træning af respiratorbehandlede patienter”.

Træne skal også mennesker, som er indlagt på medicinske afdeling. Funktionstab er en konsekvens efter ganske korte ophold på et hospital, så personalet på medicinske afdelinger skal skele kraftigt til deres kirurgiske kolleger, som gennem de accelererede forløb har lært at mobilisere patienterne meget hurtigt i forløbet. Sådan skal det også være for de medicinske patienter. Bl.a. kan monitorering og vurdering af patientens aktuelle funktionsniveau og hensigtsmæssig indretning af afdelingerne hjælpe mobiliseringen på vej. Læs mere om at fremme mobilisering i ”Sæt mobilisering på dagsordenen”.

I ”En ny måde at håndtere konflikter på” beskriver forfatterne en evidensbaseret konflikthåndteringsmodel til brug på psykiatriske afdelinger. Modellen er baseret på 10 enkle interventioner. Primært satses der på at opbygge en god relation mellem personale og patienter og på et godt og trygt miljø i afsnittet. Begge dele forebygger vold og brug af tvang.

At der er langt fra god information til efterlevelse af information, er ikke ukendt. I artiklen ”Patienter med diabetiske fodsår er en sygeplejefaglig udfordring” konkluderer forfatterne, at patienternes værdier og hverdagsliv skal inddrages som basis for information.

Og i ”5 faglige minutter” har en sygeplejerske forsluttet sig på semiterapeutiske klichéer og demonstrerer meget tydeligt, at hun ikke har forstået den patient, hun står overfor. Godt set.



Sygeplejerske,
cand.cur., fagredaktør.



Sygeplejen seksualiseres, når mænd plejer kvinder

Peter Michael Halvorsen, sygeplejerske, Akut modtageafsnit, Aalborg Universitetshospital; pm.h.halvorsen@gmail.com
Dennis Østergaard Larsen, sygeplejerske, softwareingeniørstuderende ved AAU

Mænd og omsorg er en uforenelig cocktail, mente i hvert fald Florence Nightingale. To bachelorstuderende har udarbejdet et litteraturreview, som viser, at seksualisering af mandlige sygeplejerskers arbejde fortsat finder sted, når patienten er kvinde – og især, hvis hun er attraktiv.

Florence Nightingale betragtede sygeplejen som et selvstændigt fag, der var forbeholdt og anset som et naturligt kald blandt kvinder, hvorimod mænds omsorgspotentiale ikke blev anerkendt: “[...] men’s ”hard and horny” hands were not fitted ”to touch, bathe and dress wounded limbs, however gentle their hearts may be.”

Nightingales feminisering af sygeplejen har bidraget til en uforenelighed mellem mænd og sygepleje, hvor den fysiske kontakt til den kvindelige patient er underlagt stigmatisering. Den mandlige sygeplejerske pålægges herigennem karaktertræk, som er i uoverensstemmelse med den herskende maskulinitet.

Artiklen er baseret på et bachelorprojekt, som undersøger mandlige sygeplejerskers oplevelser af seksualisering af den fysiske kontakt med kvindelige patienter (1).

Metode

Der er udarbejdet et systematisk review af kvalitativ empiri. Der er udført litteratursøgning i databaserne CINAHL, PubMed, Google Scholar og SweMed+ med bloksøgning af søgetermer udledt af emnerne mand-

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

lig sygeplejerske, seksualisering, fysisk kontakt og kvindelig patient. Der er anvendt ens brug af boolske operatører og inklusionskriterier på tværs af databaserne for at sikre systematik i søgningen.

Søgningen gav sammenlagt 278 artikler, der blev sorteret på titel og abstract, hvilket reducerede antallet af artikler til 32, som efter nærlæsning blev reduceret til fem. Relevant empiri er kritisk vurderet med CASP, et instrument, som Center for Kliniske Retningslinjer anbefaler, man anvender til bedømmelse af kvalitative studier. Herefter er fire artikler af henholdsvis Evans JA (2002), Fisher MJ (2009), Inoue M, Chapman R, Wynaden D (2006) og Harding T, North N, Perkins R (2008) fundet egnede. Empiriens resultater er sammenstillet på tværs for at udlede en syntese ift. problemformuleringen (1).

Resultater

Det systematiske review viste tre gennemgående temaer: Sårbarhed, mistænkeliggørelse og barrierer.

De mandlige sygeplejersker oplever en mistænkeliggørelse af hensigten med brugen af fysisk kontakt, som i stedet for at have et sygeplejefagligt formål bliver opfattet som seksualiserende af den kvindelige patient (1). Hvis den kvindelige patient er ung eller attraktiv, opleves en forstærket sårbarhed og mistænkeliggørelse af mandlige sygeplejersker (1,2). Seksualiseringen er produkt af et samfundsskabt dobbelt kønssystem (1,2), hvor mænds omsorg bliver fremmedgjort og mangler anerkendelse. Dette syn er skabt gennem feminisering af sygeplejen, hvor omsorgsbegrebet er baseret på feminine værdier. Det skaber barrierer for de mandlige sygeplejerskers oplevelse af at kunne yde sygepleje til kvindelige patienter, hvor fysisk kontakt indgår (1,3).

Diskussion

Mandlige sygeplejersker er fanget i komplekse og selvmodsigende kønsroller som sårbare omsorgsgivere (1,3). Konsekvensen er en reduktion i anvendelsen af fysisk kontakt til kvindelige patienter og afspejles muligvis i tendensen til blandt mandlige sygeplejersker at søge stillinger, hvor fysisk kontakt med kvindelige patienter er reduceret (2,3). De mandlige sygeplejerskers oplevelse af at være sårbare og mistænkeliggjorte kan medføre, at de trækker sig fra sygepleje, som indebærer fysisk kontakt, hvilket kan have indflydelse på patientsikkerhed, kvaliteten af sygeplejen og påvirke relationen negativt (1).

Derfor må professionen gennem uddannelse, klinik og i samfundet arbejde mod en ny forståelse, hvor omsorg ikke længere er knyttet specifikt til feminine værdier (1).

Tak til Helle Enggaard, lektor, Sygeplejerskeuddannelsen ved UCN, som var vores vejleder.

Litteratur

1. Halvorsen PMH, Larsen DØ. Den mandlige sygeplejerskes brug af fysisk kontakt: Hård og rå. UC Viden. 2015. p.1-70. Located: https://www.ucviden.dk/student-portal/files/28604534/Bachelorprojekt_PDF.pdf
2. Fisher MJ. Being a Chameleon: labour processes of male nurses performing bodywork. J Adv Nurs. 2009;65(12):2668-77.
3. Evans JA. Cautious caregivers: gender stereotypes and the sexualization of men nurses' touch. J Adv Nurs. 2002;40(4):441-8.



sorbact®
green wound healing

DEN NATURLIGE METODE TIL BEHANDLING AF SÅR OG SVAMP

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

Distribution Danmark:
Mediq Danmark A/S - Tlf. +45 36379200
Abena A/S - Tlf. +45 74311818
OneMed A/S - Tlf. +45 86109109

Kontakt os for yderligere information eller vejledning.



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

Optaget af medicinsikkerhed og medicineringsfejl

I Danmark findes ca. 150 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.

Jette Bagh, fagredaktør • Arkivfoto: Søren Svendsen



Marianne Lisby, postdoc, ph.d., MHSc og sygeplejerske, er 52 år, bor i Lystrup og er gift. Hun har to børn på 17 og 19 år.

Hvad fik dig til at forske?

”Primært nysgerrighed, vilje og interesse for systematisk opsamling af viden. Egentlig har jeg nok altid drømt om forskning, men reelt ikke troet på, at det nogensinde ville blive en mulighed for mig. Jeg kan derfor ikke prale af en målrettet vej til forskning. Den har været båret af en drøm og en lille flamme af spirende håb, der nægtede at gå ud. Men ser jeg tilbage på de valg, jeg har truffet i de sidste 20 år mht. ansættelser, kurser og uddannelser, så tegner der sig alligevel et logisk mønster. At forskningsområdet i første omgang blev medicinsikkerhed, der ikke en tilfældighed, det har optaget mig siden min tid som intensivsygeplejerske.”

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

”Jeg forsvarede min ph.d. i september 2010. Titlen på afhandlingen var ”Clinically important medication errors: Definition and Intervention” (1).”

Hvor tog du din forskeruddannelse henne?

”På Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet ved Aarhus Universitet med tilknytning til Afdeling for Folkesundhed med kontorplads i Klinisk Farmakologisk Afdeling. I mit ph.d.-forløb havde jeg fem måneders studieophold hos professor David Bates ved Brigham & Womens Hospital & Harvard Medical School i Boston, USA. Han er en af de førende forskere inden for patientsikkerhed og medicinering.”

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

”Jeg fik økonomisk støtte til ph.d.-projektet fra det tidligere Aarhus Sygehus og Helsefonden. Ved hjælp af disse midler lykkedes det at gennemføre ph.d.-studiet inklusive studieophold.”

Hvor kan man læse om dine forskningsresultater?

”Resultaterne af ph.d.-projektet kan læses i ph.d.-afhandlingen (1) og i fire internationalt publicerede artikler. Herudover er jeg medforfatter på flere artikler inden for medicinsikkerhed og har skrevet et bogkapitel om medicineringsfejl (2). Under mit studieophold i Boston mødte jeg Dr. Ronen Rozenblum fra Harvard Medical School, som arbejdede med ”patient-centered care” og patienttilfredshed. I 2009 gennemførte vi en spørgeskemaundersøgelse om sygeplejersker og lægers handlinger og holdninger til patienters forventninger og tilfredshed. Undersøgelsen blev foretaget på universitetshospitaler i USA, England, Israel og Danmark og har ført til to artikler i ”BMJ Quality and Safety” og én artikel i ”Worldviews on Evidencebased Nursing”.”

Hvordan har din forskning betydning for praksis?

”Den direkte betydning for praksis er nok ret begrænset – forekomsten af medicineringsfejl i Danmark har desværre ikke ændret sig markant gennem de seneste fem år. Erfaringerne fra min ph.d.-afhandling har til gengæld foranlediget to nye ph.d.-projekter, hvor vi undersøgte betydningen af differentieret medicingennemgang baseret på en algoritme, Medicinrisikoscore (MERIS), der skulle forudsige patienters risiko for at blive skadet af medicineringsfejl. Denne algoritme er netop blevet publiceret og kan måske være med til at gøre en forskel for patienterne, hvis medicinsikkerheden skærpes for patienter i højere risiko for medicineringsfejl (3). I mit ph.d.-projekt undersøgte vi betydningen af medicingennemgang foretaget af kliniske farmaceuter og kliniske farmakologer og fandt, at det ikke havde nogen effekt på indlæggelsestid, genindlæggelser, død eller forbrug af sundhedsvæsenets ydelser. Farmaceuter har en unik viden om lægemidler, som sygeplejersker ikke kan konkurrere med. Omvendt har sygeplejersker en stor klinisk viden og en langt tættere kontakt til patienter, som giver en unik mulighed for

viden om patienters medicinkomplians og observation af deres lægemiddelbehandling. Jeg vil i dag vove den påstand, at hvis medicinering opprioriteres i sygeplejerskers daglige arbejde, og farmakologien får en større plads i sygeplejeuddannelsen, så vil sygeplejersker være suveræne gatekeepere for medicineringshændelser. Dette må afprøves i et fremtidigt forskningsprojekt.”

Hvad forsker du i aktuelt?

”Jeg forsker i udskrivelse af medicinske patienter fra akutafdelinger. Et projekt, der er støttet af Danske Regioner, Sundhedskartellet og Dansk Sygeplejeråd, og som fokuserer på patienter med øget risiko for genindlæggelse, der udskrives direkte til eget hjem. Projektet har til formål

1. at afdække styrker, svagheder og risici i nuværende udskrivningsprocedurer mellem fælles akutafdelinger og primærsektor
2. at udvikle en udskrivningsmodel
3. at undersøge, om udskrivningsmodellen kan nedbringe antallet af genindlæggelser, øge den patientoplevede kvalitet og livskvalitet.

Projektet afsluttes i løbet af de næste par måneder, og det ultimative mål er naturligvis, at den viden, vi har fundet frem, vil gavne fremtidige patienters udskrivelser fra akutafdelinger.”

Litteratur

1. Lisby M. Clinically important medication errors: Definition and Intervention: A PhD Dissertation. The Faculty of Health Sciences, Aarhus University, Denmark. 2010.
2. Kvalitetsudvikling i praksis. Mainz J et al. (red). Lisby M. Patientsikkerhed og medicinering. København: Munksgaard; 2015.
3. Saedder EA, Lisby M, Nielsen LP, Bonnerup BK, Brock B. Detection of patients at high risk of medication errors: development and validation of an algorithm. Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology. 2015 DOI: 10.1111/bcpt.12473

En samlet publikationsliste kan fås ved henvendelse til Marianne Lisby, marilishb@rm.dk

Fleksibel arbeidstid

Du er aldri alene

Autorisasjon? Vi hjelper deg

Ja, vi forstår hva du sier

Universitetshospital

Somatikk

Psykatri

Jobb i Norge!

Vi behøver sykepleiere

Stavanger

1t 15m

Kontakt oss - enten du ønsker å se arbeidsplassen vår, eller søke jobb direkte. Vi har både vikariater og faste stillinger.

 **HELSE STAVANGER**
Stavanger universitetssjukehus

sus.no/jobb
T: +47 906 84 312

København

Forvaltningsmæssigt pres på den gode sygepleje

Professionelle oplever, at faglig viden underkendes, og at muligheden for at udøve det, som opfattes som god sygepleje, bliver vanskeligere. De vidensmedarbejdere, der forhandler på vegne af sygeplejersker, skal derfor kunne argumentere for sygeplejen med faglige og brugerorienterede argumenter hentet i praksis. Artiklen er baseret på en opgave på kandidatstudiet i sygepleje.

Inger Markussen Gryet, stud.cur., ansat på Regionshospital Silkeborg; Inger.Gryet@midt.rm.dk

Sygeplejefprofessionen er under pres bl.a. pga. af udviklingen mod central styring. Det beskrives i litteraturen (1) og i en KORA-rapport udgivet i foråret (2), og det opleves i praksis.

Retningslinjer bl.a. fra Den Danske Kvalitetsmodel og Patientsikkert Sygehus fylder meget i hverdagen, og sygeplejerskers mulighed for at foretage en faglig vurdering af, om det er relevant at følge retningslinjerne i mødet med den enkelte patient, er begrænset.

Jeg har hørt sygeplejersker komme med udtalelser som f.eks.: ”Det er, som om vi er blevet nikkedukker,” og ”der er mere fokus på, om krydsnerne er sat de rigtige steder end på reel kvalitet.” Professionsforsker Katrin Hjorth beskriver, hvordan professionelle oplever, at faglig viden underkendes, råderum indskrænkes, og muligheden for at udøve det, som f.eks. opfattes som god sygepleje, vanskeliggøres (3).

I en opgave på kandidatstudiet i sygepleje har jeg arbejdet med emnet, og formålet med opgaven var at få større indsigt i samfundsudviklingens betydning og konsekvenser for det at være professionel sygeplejerske.

Undersøgelsesspørgsmålet var: Hvilken betydning har udviklingen mod en konkurrencestat for sygeplejefprofessionen, og hvordan kan sygeplejersker som professionelle byde ind med deres faglighed i nutidens sundhedsvæsen?

Undersøgelsesmetoden var et litteraturstudie med indholdsanalyse af bogen ”Konkurrencestaten” (4) og af bogen ”Professionaliseringen i den offentlige sektor” (3). Jeg fandt frem til, at central styring i konkurrencestaten er blevet så omfangsrig og kompleks, at den er svær at reducere igen, og det kan indskrænke de profes-

nelles råderum i forhold til at træffe selvstændige beslutninger.

Kommunikative evner er vigtigere end nogensinde før, da de skal anvendes til at gå i dialog med brugere, politikere, forvaltere, medier mv. med henblik på at forhandle om, hvad god kvalitet i arbejdet er. De professionelle skal argumentere med respekt for de politisk satte rammer. At være professionel har flyttet sig fra at have en særlig viden, kunnen og vilje til også at kunne anvende den særlige viden, kunnen og vilje til at forhandle og argumentere med.

Det er væsentligt, at de sygeplejersker, som sidder med ved forhandlingsbordet, har tæt kontakt til praksis og ved, hvad der opleves som meningsfuldt i mødet med brugerne af sundhedsvæsenet.

Katrin Hjorth beskriver, hvordan det ser ud til, at der er sket en adskillelse mellem det praktiske arbejde og arbejdet med at organisere og evaluere arbejdet. Dette medfører, at autonomien bliver reduceret for de medarbejdere, der er i direkte kontakt med borgerne og i stedet bliver placeret hos intellektuelle medarbejdere, som hun kalder ”videns-relations-medarbejdere.” Det er afgørende for faget, om videns-relations-medarbejderne kan fastholde en vis professionel autonomi, og at de primært argumenterer med faglige og brugerorienterede argumenter fremfor med argumenter, der har afsæt i forvaltningsmæssige eller økonomiske hensyn.

Litteratur

1. Hjort K. Professionaliseringen i den offentlige sektor. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag; 2005.
2. Holm-Petersen C, Wadmann S, Andersen NBV. Styringsreview på hospitalsområdet – Forslag

til procedure- og regelforenklning. KORA 2015; Available at: www.kora.dk. Besøgt maj 2015.

3. Hjort K. Demokratiseringen af den offentlige sektor. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag; 2008.
4. Pedersen OK. Konkurrencestaten. København: Hans Reitzels Forlag; 2011.

Opgaven kan rekvireres på mail: inggry@rm.dk



KURSER, UDDANNELSER,
WORKSHOPS OG TEMADAGE:

**Mindre
magtanvendelse
og større tryghed
med Durewall-
metoden**

Nænsom
Nødværge®

temadag i
København
d. 26. nov.

Hvis du vil vide mere:
2620 3103 / www.durewall.dk

Har vi råd til at lade være?

Det betaler sig at skifte ...

3.177,00 kr.
sparet om året*

Kr. 789,00*

Kr. 524,25*

flutiform® 250+10
(fluticasonpropionat + formoterol)

Seretide® 25/250
(Salmeterol/fluticasonpropionat)

* Seretide® 25/250 (Salmeterol/fluticasonpropionat): Tilskudspris 789,00 kr.
flutiform® 250+10 (fluticasonpropionat + formoterol): Tilskudspris 524,25 kr.
Forskel: 264,75 kr. Hver inhalator indeholder 120 doser beregnet til 30 dages forbrug. 264,75 x 12 = 3.177,00 kr. Beregnet ud fra billigste tilskudspris den 26. oktober 2015. For dagsaktuelle priser se www.medicinpriser.dk

Produktinformation findes på side 68.



flutiform®
fluticasonpropionat + formoterol



3 forskellige styrker

flutiform® (fluticasonpropionat + formoterol) findes i 3 forskellige styrker i en spray-inhalator med tydelig dosistæller.

Dosistælleren er ...

GRØN - når der er mellem 120 og 50 doser tilbage.

GUL - når der er mellem 49 og 30 doser tilbage.

RØD - når der er mellem 29 og 0 doser tilbage.



Oversigt over væsentlige produktforskelle**

Produkt navn

Indholdsstof

Indikation

Kontraindikation

Bivirkninger
(meget alm./alm.)

Dosering, pris
(billigste AUP inkl. recepturgebyr
og pakninger pr. 26. oktober 2015)

**Kilde: Sundhedsstyrelsens godkendte produktresumé for flutiform® (fluticasonpropionat + formoterol) inhalationsspray og Seretide® (Salmeterol/Fluticasonpropionat) inhalationsspray

Seretide® inhalationsspray

(Salmeterol/Fluticasonpropionat)

Til behandling af astma, hvor behandling med et kombinationsprodukt (langtidsvirkende β_2 -agonist og inhalationssteroid) er hensigtsmæssig: hos patienter, der ikke er velkontrollerede på inhalationssteroid og korttidsvirkende β_2 -agonist ved behov, eller hos patienter, der allerede er velkontrollerede på både inhalationssteroid og langtidsvirkende β_2 -agonist.

Overfølsomhed over for indholdsstofferne.

Hovedpine, nasopharyngitis, candidiasis i mund og svælg, pneumoni, bronkitis, hypokaliæmi, hæshed/dysfoni, sinuitis, traumatisk fraktur, artralgi, myalgi.

Spray

–

25/125: 2x2 540,60 kr. / 120 doser (anbefales fra 12 år)

25/250: 2x2 789,00 kr. / 120 doser (anbefales fra 12 år)

flutiform® inhalationsspray

(fluticasonpropionat/formoterol)

flutiform® er indiceret til regelmæssig behandling af astma, hvor anvendelse af et kombinationsprodukt (inhalationssteroid og langtidsvirkende β_2 -agonist) er hensigtsmæssig hos: patienter, der ikke er velkontrollerede på inhalationssteroid og brug af korttidsvirkende β_2 -agonist ved behov, eller patienter, der allerede er velkontrollerede på både inhalationssteroid og langtidsvirkende β_2 -agonist.

Overfølsomhed over for indholdsstofferne.

Spray

50/5: 2x2 348,05 kr. / 120 doser (anbefales fra 12 år)

125/5: 2x2 434,50 kr. / 120 doser (anbefales fra 12 år)

250/10: 2x2 524,25 kr. / 120 doser (anbefales fra 18 år)

Sammenligning af inhalationsspray-kombinationsprodukter med fluticasonpropionat markedsført i Danmark

Produkt navn

Indholdsstof

Sammenligning af styrker (μ g)

Seretide® inhalationsspray

(Salmeterol/Fluticasonpropionat)

–

25/125

25/250

flutiform® inhalationsspray

(fluticasonpropionat/formoterol)

50/5

125/5

250/10

flutiform® (fluticasonpropionat / formoterolfumaratdihydrat) inhalationsspray

Indikationer*: Til regelmæssig behandling af astma, hvor anvendelse af et kombinationsprodukt (inhalationssteroid og langtidsvirkende β_2 -agonist) er hensigtsmæssig: hos patienter, der ikke er velkontrollerede på inhalationssteroid og brug af korttidsvirkende β_2 -agonist ved behov eller hos patienter, der allerede er velkontrollerede på både inhalationssteroid og langtidsvirkende β_2 -agonist. Flutiform® 50/5 mikrogram og 125/5 mikrogram pr. dosis er indiceret til voksne og unge fra 12 år. Flutiform® 250/10 mikrogram pr. dosis er kun indiceret til voksne. **Dosering*:** Patienterne skal have Flutiform® i den styrke fluticasonpropionat, der passer til sværhedsgraden af deres astma. *Voksne og unge fra 12 år:* Flutiform® 50/5 mikrogram og 125/5 mikrogram, to inhalationer (pust) to gange dagligt. *Kun til voksne > 18 år:* Hvis patientens astma fortsat er dårligt kontrolleret, kan den daglige dosis øges yderligere, dvs. til den højeste styrke, Flutiform® 250/10 mikrogram pr. dosis: to inhalationer (pust) to gange dagligt. Der bør titreres til den laveste dosis, som giver effektiv kontrol af symptomerne. Når patientens astma er tilstrækkeligt kontrolleret, kan der evt. skiftes til en lavere styrke, eller det kan overvejes om patienten skal trappes ned til inhalationssteroid alene. *Børn under 12 år:* Erfaring med Flutiform® til børn under 12 år savnes, og bør derfor ikke anvendes til denne aldersgruppe. **Specielle patientgrupper*:** Dosisjustering hos ældre er ikke nødvendig. Der foreligger ingen data for brug af Flutiform® til patienter med nedsat lever- eller nyrefunktion, dosis bør derfor regelmæssigt kontrolleres. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for et eller flere af de aktive stoffer eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Forsigtighedsregler*:** Ikke til akut brug. Bør ikke initieres hos patienter med aktuel exacerbation, eller hos patienter med signifikante eller akutte forværringer. Pludselig og tiltagende forværring af astmasymptomer er potentielt livstruende, og patienten bør straks tilses af en læge. Behandling med Flutiform® bør ikke seponeres pludseligt hos astmatikere på grund af risiko for exacerbationer, undtagen ved paradokse bronkospasmer. Flutiform® bør gives med forsigtighed til patienter med hyperthyroidisme, fæokromocytom, diabetes mellitus eller ubehandlet hypokaliæmi eller patienter, der er disponeret for lave serumkaliumkoncentrationer, hypertrofisk obstruktiv kardiomyopati, idiopatisk subvalvulær aortastenose, svær hypertension, aneurismer eller andre svære hjerte-kar-sygdomme såsom iskæmisk hjertesygdom, hjertearytmier eller svært hjertesvigt, forlænget QTc-interval, lungetuberkulose, latent tuberkulose eller svampe- eller virus-infektioner i luftvejene. Forsigtighed ved skift af behandling til Flutiform®, specielt for patienter med nedsat binyrefunktion på grund af tidligere brug af systemisk steroid. Systemisk virkning kan opstå efter inhalation af kortikosteroider, især ved høje doser givet i længere perioder, og børn og unge bør derfor tilses regelmæssigt. Dosen af inhalationssteroid bør reduceres til den laveste dosis, der giver effektiv astmakontrol. Samtidig behandling med β_2 -agonister og lægemidler, der kan inducere hypokaliæmi eller forstærke en hypokaliæmisk virkning, kan forstærke en mulig hypokaliæmisk virkning af β_2 -agonisten. Kontrol af blodsukker bør overvejes hos diabetikere. Der er en øget risiko for systemiske bivirkninger, når fluticasonpropionat kombineres med potente CYP3A4-hæmmere. Patienter bør instrueres i at tage Flutiform® regelmæssigt, også selvom de er symptomfrie. **Interaktioner*:** Samtidig langvarig behandling med CYP3A4-hæmmere bør undgås. Forsigtighed ved samtidig administration af en β_2 -agonist og ikke-kaliumbesparende diuretika. Samtidig brug af andre β -adrenergika kan have en potentielt additiv virkning. Beta-adrenerge receptoragonister (β -blokkere) og formoterolfumarat kan ophæve hinandens virkning, når de administreres samtidigt. Flutiform® bør ikke gives sammen med L-dopa, L-thyroxin, oxytocin, alkohol, tricykliske antidepressiva eller monoaminoxidasehæmmere, lægemidler der forlænger QTc-intervallet samt halogenerede kulbrinter. **Graviditet og amning*:** Der er utilstrækkelige data for anvendelse til gravide. Det er ukendt om fluticasonpropionat / formoterolfumaratdihydrat udskilles i modermælk. Fordelen af behandlingen skal afvejes mod eventuel risiko. **Bivirkninger*:** Ikke almindelige, sjældne og ikke kendte bivirkninger: Se fuldt produktresumé. **Udlevering:** B, generelt tilskud. **Indehaver af markedsføringstilladelse:** Norpharma A/S, Frydenlundsvej 30, 2950 Vedbæk, tlf. 45 17 48 00, www.norpharma.dk. **De med * mærkede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af Sundhedsstyrelsen godkendte produktresumé. Fuldt produktresumé kan vederlagsfrit rekvireres hos Norpharma A/S eller findes på www.produktresume.dk.** ©: Flutiform er et registreret varemærke. Bivirkninger, både kendte og nyopdagede, bedes indberettet hurtigst muligt til Sundhedsstyrelsen (www.meldenbivirkning.dk) eller Norpharma A/S (norpharma@norpharma.dk).

Pakninger og priser: Se www.medicinpriser.dk for pakninger og dagsaktuelle priser.

Implementering af driftsmålstyring i klinisk praksis

På Anæstesiologisk afdeling, Herlev Hospital, er driftsmålstyring implementeret på få måneder, og resultatet er stort fremmøde og engagement ved tavlemøderne og øget fokus på klinisk kvalitet.

Lulu Torm Wilenius, ledende oversygeplejerske, RN, DL, MPO, Herlev Gentofte Hospital, Herlev Matriklen, Anæstesiologisk afdeling; lulu.torm.wilenius@regionh.dk

Kan vi fokusere og måle os til bedre resultater i anæstesiologisk afdeling?

Driftsmålstyring er en del af Region Hovedstadens strategikort som et middel til at omsætte de politiske målsætninger til lokale målbare indikatorer.

Målet med strategien er at skabe tydelig sammenhæng imellem vision, mission, politiske målsætninger og regional og lokal driftsledelse. I vores afdeling med 470 medarbejdere fordelt på fem store enheder, hvor alle arbejder med forbedringer, og forandringer er en del af hverdagen, ville der være et stykke vej inden top-down og bottom-up kunne mødes. Derfor fokuserede vi ekstra meget på en solid og stram implementeringsplan.

Driftsmålstyring er baseret på indikatorer, som præsenteres ved et ugentligt tavlemøde a 15 minutters varighed. Nogle indikatorer er obligatoriske, f.eks. sygefravær på afdelingsniveau, andre områder er valgt til, f.eks. antal dage siden tryksår for intensive patienter.

Tavlemødet er et fælles møde i afsnittet, hvor ledere og medarbejdere arbejder sammen om driftsmålepunkterne med opgaver mellem møderne og tilbagemelding med data ved mødet.

Planlægningen måtte rumme både indblik og overblik, for at tavlemøderne kunne blive en gevinst for ledere og medarbejdere, det var et af vores vigtigste mål. Vi forventede, at det tværfaglige samarbejde om driftsmål og indikatorer ville være med til at fremme, at beslutninger kunne træffes hurtigere og mere sikkert, fordi de ville være baseret på aktuelt indsamlede data, som var tilgængelige for alle tavlemødedeltagere på samme tidspunkt.

Vi er en afdeling med mange store afsnit, der arbejder med højt flow på forskellige tidspunkter, hvorfor der skulle være mulighed for at planlægge tavlemøderne, så de kunne passes ind lokalt.

Ledelse af forandring kræver et stort ledelsesfokus (1), og derfor valgte vi selv at indlede processen med tavlemøder på afdelingsniveau for hele ledelsesteamet.

På den måde sikrede vi, at områdelederne fik erfaring med driftsmålstyring og tavlemøder.

Til opstart i afsnittene tilrettelagde vi en stramt styret proces på fire uger. Vi, afdelingsledelsen og kvalitetskoordinatoren beskrev ramme og opstartsfasen og planlagde møderækken. Alle områdeledere blev booket til fire ugentlige møder inden for en måned. Dagsorden til møderne var udarbejdet, mødet varede 30 minutter, og det fjerde møde var en prøve på et tavlemøde. Der var stort fokus på at få fremdrift i processen og samtidig blive klar på den nye opgave og rolle.

I perioden op til de fire uger holdt vi 15 minutters tavlemøder i ledelsesteamet for at påbegynde implementeringen. Vi havde gennemgået modellen for opstarten, introduceret til arbejdet med seriediagrammer, tavleførerrollen og opgaverne. Seriediagrammer er metoden i driftsmålstyring til at vise udvikling over tid.

Processen blev afviklet i juni, og det var fastlagt, at tavlemøderne ville starte i august i alle afsnit, og at områdelederne var tavleførere.

Alle afsnit er som planlagt i gang med driftsmålstyring. Der er engagement ved alle møderne, og i mange afsnit er der kommet flere driftsmål til allerede. Der er udarbejdet spilleregler for tavlemøderne, en af spillereglerne er f.eks., at løsninger bringes op på mødet.

Vi er stolte over at være kommet i gang med vores meget engagerede ledere og medarbejdere, og vi har store forventninger til det videre arbejde med at højne den faglige kvalitet på en synlig og fokuseret måde til gavn for patienterne.

Litteratur

1. Heinskou T, Visholm S. Psykodynamisk organisationspsykologi. På arbejde under overfladen. 1. udgave, 4. oplag. København: Hans Reitzels Forlag; 2004.

Oslo universitetssykehus

Regional seksjon for spiseforstyrrelser
ønsker velkommen til:

**Den 4. Nordiske
Miljøterapi-konferansen om
Spiseforstyrrelser**

"Relasjonen som mulighet og begrensning"

21. – 22. april 2016
på Hotell Bristol i Oslo

Påmelding starter 1. desember 2015

Frist for innsending av abstrakt til workshop: 15. desember 2015

For info om påmelding, forelesninger og abstrakt, se www.rasp.no

Fysisk træning af respiratorbehandlede intensivpatienter

Et litteraturstudie undersøger evidensen for fysisk træning til forebyggelse af "Intensive Care Unit Acquired Weakness" (ICUAW). Tidlig mobilisering og fysisk træning kan reducere eller forebygge ICUAW, men der er behov for at afprøve forskellige former for fysisk træning, før en entydig anbefaling kan opstilles.

Karina Løvendahl Dybbro, adjunkt UCN, intensivsygeplejerske, cand.cur.; koala@gvdnet.dk
Bodil Bjørnshave Noe, seniorforsker, sygeplejerske, cand.scient.san., ph.d.

"Intensive Care Unit Acquired Weakness" (ICUAW) er en betegnelse for den muskelsvækkelse og neurologiske dysfunktion, der kan opstå hos den intensive, respiratorbehandlede patient (1,2).

En definition på ICUAW lyder:

"ICUAW is a syndrome of generalized limb weakness that develops while the patient is critically ill and for which there is no alternative explanation other than the critical illness itself" (3).

Frit oversat er ICUAW et syndrom med generel fysisk svaghed, der udvikles, mens patienten er kritisk syg, og hvor der ikke er anden plausibel forklaring end den kritiske sygdom.

Tidlig mobilisering og fysisk træning forventes at kunne forebygge eller reducere graden af ICUAW (4). Vi har gennemført et litteraturstudie for at afdække evidensen for effekt på ICUAW og for at diskutere udfordringer ved implementering af mobilisering og fysisk træning til respiratorbehandlede patienter.

En deskriptiv betegnelse

ICUAW er en deskriptiv betegnelse og ikke en unik diagnose, men baseres på anamnese og eventuelt en elektrofysiologisk undersøgelse, der forudsætter, at patienten er vågen og kan bidrage hertil. Da klinisk praksis med hensyn til sedering af respiratorbehandlede patienter de senere år har ændret sig hen imod mindre sedering (3,5), vil flere patienter med ICUAW sandsynligvis kunne identificeres og medvirke ved fysisk træning tidligt i forløbet på intensivafsnit. Det er angivet, at mellem 25 og 58 pct. af de intensivpatienter, som har været respiratorbehandlet mere end en uge, har ICUAW (6). ICUAW er ikke fuldstændig reversibel (1) og kan forlænge afvænningsperioden fra respirator og komplicere den efterfølgende rehabilitering, ligesom dødeligheden øges hos patienter med ICUAW (2). Fysisk inaktivitet samt flere andre faktorer såsom multiorgansvigt, hyperglykæmi, indgift af kortikosteroider og neuromuskulær blokerende medicin kan disponere til udviklingen af ICUAW (7).

Selvom prognosen for intensive patienter er forbedret over de seneste 20 år, så kan det intensive behandlingsforløb påvirke patientens muligheder for rehabilitering (4). I et dansk studie fra 2013 blev 18 intensive patienter fulgt det første år efter udskrivelse fra intensivt afsnit. Studiet viste, at patienterne i undersøgelsen oplevede senfølger som nedsat fysisk funktion, kognitive forstyrrelser og behov for langvarig rehabilitering (8).

Tidlig mobilisering og fysisk træning i form af basale træningsaktiviteter som f.eks. aktiv deltagelse ved forflytninger, sengecykling og deltagelse i ADL-aktiviteter iværksat inden for de første to-tre uger efter indlæggelse på intensivt afsnit menes at kunne reducere ICUAW, da tabet af muskelmasse er størst i løbet af de første to-tre uger med immobilisation (9,10).

Metode

Litteratursøgningen er gennemført ud fra følgende fokuserede søgespørgsmål:

"Hvilken effekt på ICUAW har tidlig mobilisering og fysisk træning til intensive patienter, der er eller har været respiratorbehandlet?"

Anvendte databaser: The Cochrane Library, Trip Databasen, Pubmed, Embase, Cinahl, Den Danske Forskningsdatabase, Sve-Med+, Pedro samt Web of Science. Dertil er der hånd søgt på referencelister og i det globale, faglige netværk, MedConcert.

» ICUAW er ikke fuldstændig reversibel og kan forlænge afvænningsperioden fra respirator og komplicere den efterfølgende rehabilitering, ligesom dødeligheden øges hos patienter med ICUAW.

Kriterier for udvælgelse af studier: Der er fokuseret på studier, der inkluderer voksne, respiratorbehandlede patienter, som har været indlagt på intensivt afsnit i mindre end tre uger. Der er udvalgt studier, der undersøger intervention med f.eks. sengecykling, træning med fysioterapi, ergoterapi og mobilisering af patienten. Der er fokuseret på studier, der måler effekten af interventionen med validerede og reliable mål som f.eks. The Functional Independence Measure, The Barthel Index og Six Minute Walking Distance. Dertil medtages antal indlæggelsesdage på intensivt afsnit og hospital som indirekte effektmål med baggrund i, at ICUAW bl.a. kan forlænge afvænningsperioden fra respirator og dermed forlænge antallet af indlæggelsesdage.

Resultater

Vi fandt seks undersøgelser, heraf to klinisk kontrollerede randomiserede studier og fire kohortestudier (11-16), hvor effekt af

fysisk træning på ICUAW er undersøgt. Studierne er vurderet med fokus på målgruppen for interventionen, selve interventionen, de anvendte effektmål samt effekt af interventionen. Resultaterne er opsummeret i tabel 1.

De seks studier har undersøgt, om tidlig mobilisering og fysisk træning til den respiratorbehandlede patient er en sikker og effektiv intervention målt på f.eks. funktionel status, muskelstyrke og antal indlæggelsesdage. Der ses forbedring af gangdistance, funktionsniveau, muskelstyrke og hurtigere mobilisering ud af seng samt reduktion af antal indlæggelsesdage. Studierne peger på, at tidlig mobilisering og fysisk træning kan reducere eller forebygge ICUAW. For yderligere dokumentation af ovenstående henvises til specialerapport, der kan rekvireres (17).

Diskussion

Siden litteratursøgningen blev gennemført, har vi erfaret, at et Cochrane review "Early intervention (mobilization or active exercise) for critically ill patients in the intensive care unit" forventes publiceret senere på året (18).

Fysik træning er tilsyneladende sparsomt undersøgt, men aktuelt i en dansk kontekst. Til efteråret afholdes i regi af "International Early Mobilization Network" den tredje "European Conference on Weaning and Rehabilitation in Critically ill Patients" på Rigshospitalet i København.

På baggrund af de seks studier vil vi diskutere målgruppen for interventionen, selve interventionen, de anvendte effektmål samt effekt af interventionen.

Målgruppen

I de seks studier indgik både vågne og sederede patienter. De blev vurderet egnede til fysisk træning bl.a. ved en klinisk vurdering af patientens status ud fra fysiologiske grænseværdier. Intensive patienter er en heterogen gruppe med forskellige sygdomsbilleder og diagnoser. Tidlig mobilisering og fysisk træning er primært målrettet patienter, som er stabile. At finde de egnede patienter er en stor udfordring. Det viser en aktuel artikel fra *Sygeplejersken* (19). I undersøgelsen blev en screenings- og aktivitetsalgoritme brugt til vurdering af, om patienten var egnede til fysisk træning. Imidlertid konkluderer forfatterne, at

screenings- og aktivitetsalgoritmen havde sine begrænsninger, idet mange patienter blev erklæret ikkeegnet til interventionen ud fra de fysiologiske grænseværdier angivet i algoritmen. Men når de samme patienter blev klinisk vurderet, kunne langt flere patienter erklæres egnede til fysisk træning. Undersøgelsen er et vigtigt bidrag med hensyn til at implementere evidensen i klinisk praksis, selv om screenings- og aktivitetsalgoritmen på nuværende tidspunkt ikke alene kan identificere alle egnede patienter.

» Et er at identificere patienter med risiko for ICUAW – et andet er at tilbyde den rigtige dosis træning på det rigtige tidspunkt, så der er chance for at opnå effekt samtidig med, at man tager hensyn til patientens øvrige dagsprogram og kræfter.

Et er at identificere patienter med risiko for ICUAW – et andet er at tilbyde den rigtige dosis træning på det rigtige tidspunkt, så der er chance for at opnå effekt samtidig med, at man tager hensyn til patientens øvrige dagsprogram og kræfter.

Interventionen

Den træning, der blev undersøgt i de seks studier, var mobilisering f.eks. siddende på sengekant og i stol, sengecyklning, træning med fysioterapi og ergoterapi og gangtræning. Kun to af de seks studier var randomiserede, kontrollerede studier, hvilket indebærer, at det kan være vanskeligt at vurdere, om en effekt alene kan tilskrives interventionen, eller om andre forhold spiller ind.

Dertil kommer, om interventionen med fysisk træning er dose- ret hensigtsmæssigt. Er intensiteten, varigheden og hyppigheden af den fysiske træning tilstrækkelig til, at den ønskede effekt kan opnås? Kan patienterne træne hårdt nok og længe nok? Er træning en gang om dagen nok?

Interventionens hyppighed, intensitet og varighed er ikke entydigt beskrevet i alle artikler, og der er således fortsat en række uafklarede spørgsmål. Effekten af fysisk træning og mobilisering ►

Tabel 1. Oversigt over udvalgte videnskabelige undersøgelser med effekt af fysisk træning på ICUAW

Forfatter og årstal	Titel	Formål
Burtin et al. 2009.	"Early exercise in critically ill patients enhances short-term functional recovery".	Kan sengecyklning dagligt mindske tab i funktionel status?
Schweickert et al. 2009.	"Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomized controlled trial".	Kan tidlig daglig fysisk træning påvirke tabet af funktionel status?
Bailey et al. 2007.	"Early activity is feasible and safe in respiratory failure patients".	Er tidlig mobilisering muligt og sikkert hos patienter i respiratorbehandling mhp. at forbedre funktionel status målt på i form af evne til at gå mere end 100 skridt ved ICU-udskrivelse?
Morris et al. 2008.	"Early intensive care unit mobility therapy in the treatment of acute respiratory failure".	Kan mobilisering, fysisk træning og fysioterapi øge overlevelse og forbedre status hos den respiratorbehandlede patient?
Winkelmann et al. 2012.	"Examining the positive effects of exercise in intubated adults in ICU: a prospective repeated measures clinical study".	At undersøge det optimale tidspunkt for intervention med fysisk træning på den funktionelle status.
Clark et al. 2013.	"Effectiveness of an Early Mobilization Protocol in a Trauma and Burns Intensive Care Unit: A Retrospective Cohort Study"	At undersøge effekten af tidlig mobilisering og fysisk træning på komplikationer hos patienten, antal respiratordage og indlæggelsesdage på ICU og hospital hos patienter med traumer og brandsår.

Patienterne /målgruppen	Intervention/ hvilken træning	Effekt
45 patienter randomiseres til træning og 45 til kontrol. Der inkluderes vågne og sederede patienter, der har et forventet ophold på intensivt afsnit i mindst syv dage baseret på en klinisk vurdering. Størstedelen af patienterne modtager respiratorbehandling. Respiratoriske, hæmodynamiske og cerebralt ustabile patienter ekskluderes.	Intervention er en daglig session med sengecyklning i 20 min. fem gange ugentligt. Der vælges passiv eller aktiv cyklning alt efter, om patienten er sederet eller ej.	Interventionsgruppen havde en forbedring i seks minutters gangtest (6MWD), der var statistisk signifikant bedre end kontrolgruppen. Måling af muskelstyrke viste forbedring mellem udskrivelse fra ICU og hospital i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen.
49 patienter randomiseres til træning og 55 til kontrolgruppen. Både vågne og sederede patienter inkluderes, hvis respiratorbehandling har været mindre end 72 timer og med forventet behov mere end 24 timer. Dertil skal patienterne være funktionelt uafhængige målt ved Barthel Index inden indlæggelse. Respiratoriske, hæmodynamiske og cerebralt ustabile patienter ekskluderes.	Daglig fysisk træning med en fysioterapeut og ergoterapeut. Hvis patienten tåler dette, fortsættes med forskellige mobiliserings- og ADL-øvelser.	59 pct. i interventionsgruppen vender tilbage til uafhængig funktionel status mod 35 pct. i kontrolgruppen ved udskrivelse fra hospital. Den forskel er statistisk signifikant. Muskelstyrke var forbedret i interventionsgruppen, men den forskel var ikke statistisk signifikant.
Før- og eftermålinger på 103 patienter, der har modtaget respiratorbehandling i mere end fire dage.	Tre aktiviteter; siddende på sengekant, siddende i stol og at gå omkring. Udføres to gange dagligt.	Tidlig fysisk aktivitet er både muligt og sikkert målt ved fysiologiske parametre. Andelen af patienter, der kunne gå mere end 100 skridt ved udskrivelsen fra ICU, var 69,4 pct.
165 patienter i interventionsgruppen og 165 i kontrolgruppen. Patienter inkluderes indenfor 48 timer efter intubering.	Mobilisering, fysisk træning og fysioterapi udføres af et mobiliseringshold syv dage om ugen. Der er fire faser mht. varighed og intensitet af interventionen, hvor prædefinerede mål fastsætter, hvornår patienten flytter til den næste fase.	Interventionsgruppen mobiliseres hurtigere ud af sengen end kontrolgruppen. Den forskel var statistisk signifikant. Der var en statistisk signifikant forskel mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen mht. reduktion i antal indlæggelsesdage på hospital.
55 patienter i interventionsgruppen og 20 i kontrolgruppen. Patienter inkluderes, hvis de har modtaget respiratorbehandling mere end 48 timer og forventes behandlet mere end 24 timer derudover.	20 minutters daglig træning i to eller flere dage.	Interventionsgruppen har færre indlæggelsesdage på ICU med 14,6 dage sammenlignet med kontrolgruppen, der havde 19,6 dage. Den forskel var statistisk signifikant. Der var ingen statistisk signifikant forskel i forbedring af muskelstyrken mellem de to grupper.
1.044 patienter før og 1.132 efter indførelse af intervention. Patienterne modtager respiratorbehandling.	Den tidlige mobilisering udføres på baggrund af en træningsprotokol udviklet af Morris et al. 2008. Mobilisering udføres dagligt syv dage om ugen og tilpasses studiepopulationen.	Der findes reduktion i indlæggelsestiden på ICU og hospital, men den forskel er ikke statistisk signifikant.

- ▶ måles forskelligt i de seks undersøgelser. Måling af effekt af interventionen ved udskrivelse fra intensivt afsnit kan vanskeliggøres af patientens tilstand.

Konklusion og perspektivering

Formålet med litteraturstudiet var at afdække effekten af tidlig mobilisering og fysisk træning til respiratorbehandlede, intensive patienter med henblik på at forebygge og reducere ICUAW. Der identificeres et mindre antal studier, der viser nogen effekt af intervention. Der er usikkerhed og vanskeligheder forbundet med at identificere målgruppen for interventionen, ligesom der er behov

” En valid og tilstrækkelig sensitiv screenings- og aktivitetsalgoritme, eventuelt suppleret med en tværfaglig, klinisk vurdering, er en måde at identificere målgruppen på.

for præcisering af interventionens indhold, intensitet, varighed og hyppighed. En valid og tilstrækkelig sensitiv screenings- og aktivitetsalgoritme, eventuelt suppleret med en tværfaglig, klinisk vurdering, er en måde at identificere målgruppen på. Det tyder på, at der er behov for at supplere den foreliggende evidens med studier, der kaster lys over de nævnte problematikker, før der kan gives en entydig anbefaling af en specifik systematisk indsats med tidlig mobilisering og fysisk træning til voksne, stabile, respiratorbehandlede intensivpatienter med henblik på at forebygge eller reducere ICUAW.

Litteratur

- Batt J, dos Santos CC, Cameron JI, Herridge MS. Intensive care unit-acquired weakness: clinical phenotypes and molecular mechanisms. *American journal of respiratory and critical care medicine* 2013;187(3):238.
- Vincent J, Norrenberg M. Intensive care unit-acquired weakness: framing the topic. *Crit Care Med* 2009;37(10 Suppl):S296.
- Fan E, Cheek F, Chlan L, Gosselink R, Hart N, Herridge MS, et al. An official American Thoracic Society Clinical Practice guideline: the diagnosis of intensive care unit-acquired weakness in adults. *American journal of respiratory and critical care medicine* 2014;190(12):1437.
- Kayambu G, Boots R, Paratz J. Physical therapy for the critically ill in the ICU: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med* 2013;41(6):1543.
- Strøm T, Martinussen T, Toft P. A protocol of no sedation for critically ill patients receiving mechanical ventilation: a randomised trial. *Lancet* 2010;375(9713):475.
- Griffiths R. Intensive care unit-acquired weakness. *Crit Care Med* 2010;38(3):779-87.
- de Jonghe B, Lacherade J, Sharshar T, Outin H. Intensive care unit-acquired weakness: Risk factors and prevention. *Crit Care Med* 2009;37(10 Suppl):S309.
- Agård AS, Lomborg K, Tønnesen E, Egerod I. Rehabilitation activities, outpatient visits and employment in patients and partners the first year after ICU: a descriptive study. *Intensive & critical care nursing : the official journal of the British Association of Critical Care Nurses* 2014;30(2):101.
- Gruther W, Benesch T, Zorn C, Paternostro-Sluga T, Quittan M, Fialka-Moser V, et al. Muscle wasting in intensive care patients: ultrasound observation of the M. quadriceps femoris muscle layer. *Journal of rehabilitation medicine : official journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine* 2008;40(3):185.
- Calvo-Ayala E, Khan BA, Farber MO, Ely EW, Boustani MA. Interventions to improve the physical function of ICU survivors: a systematic review. *Chest* 2013;144(5):1469.
- Burtin C, Clerckx B, Robbeets C, Ferdinande P, Langer D, Troosters T, et al. Early exercise in critically ill patients enhances short-term functional recovery. *Crit Care Med* 2009;37(9):2499.
- Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, Nigos C, Pawlik AJ, Esbrook CL, et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet* 2009;373(9678):1874.
- Bailey P, Thomsen GE, Spuhler VJ, Blair R, Jewkes J, Bezdjian L, et al. Early activity is feasible and safe in respiratory failure patients. *Crit Care Med* 2007;35(1):139.
- Morris PE, Goad A, Thompson C, Taylor K, Harry B, Passmore L, et al. Early intensive care unit mobility therapy in the treatment of acute respiratory failure. *Crit Care Med* 2008;36(8):2238.
- Winkelman C, Johnson KD, Hejal R, Gordon NH, Rowbottom J, Daly J, et al. Examining the positive effects of exercise in intubated adults in ICU: a prospective repeated measures clinical study. *Intensive & critical care nursing: the official journal of the British Association of Critical Care Nurses* 2012;28(6):307.
- Clark DE, Lowman JD, Griffin RL, Matthews HM, Reiff DA. Effectiveness of an Early Mobilization Protocol in a Trauma and Burns Intensive Care Unit: A Retrospective Cohort Study. *Phys Ther* 2013;93(2):186.
- Dybbro KL. Tidlig mobilisering og fysisk træning til den intensive, respiratorbehandlede patient. 2014; Available at: <http://ph.au.dk/fileadmin/ph/Sygepleje/Publikationer/Kandidatspecialer/269KarinaLoevendahlDybbro2014.pdf>. Accessed Januar, 2015.

English abstract

Dybbro KL, Noe BB. Physical training of respirator-treated intensive-care patients. *Sygeplejersken* 2015(13):70-5.

The prognosis for intensive-care patients has improved over the last 20 years. One consequence of critical disease and intensive care can be Intensive Care Unit Acquired Weakness (ICUAW). ICUAW denotes the muscle wasting and weakness, and neurological dysfunction that may arise in respirator-treated patients. Mobility therapy and physical training are expected to prevent and reduce ICUAW.

The purpose of the article is to identify the evidence for the effect of mobility therapy and physical training on ICUAW and to discuss the challenges posed by implementation of physical training as an intervention for respirator-treated, adult patients. A systematic review found six relevant studies demonstrating some effect of such interventions on e.g. walking distance, functional level, muscle strength and a reduction in length of stay.

The studies indicate that early mobility therapy and physical training can potentially reduce or prevent ICUAW. There are major challenges in terms of identifying candidates for physical training, just as the need remains to clarify the content, intensity, duration and frequency of the intervention. The conclusion is that there is a need to trial different types of physical training and systematically evaluate efficacy and procedure with a view to supplementing the existing body of evidence before a definitive recommendation can be presented.

Keywords: ICUAW, physical training, mobility therapy, respirator treatment.

18. Doiron KA, Hoffmann T, Beller EM. Early intervention (mobilization or active exercise) for critically ill in the intensive care unit. 2013 Cochrane Database of Systematic Reviews (10).

19. Sørensen KA, Hvid S, Rolving N, Dreyer P. Tidlig struktureret mobilisering og træning af kritisk syge patienter på et dansk intensivafsnit. *Sygeplejersken* 2015;02:76

Reck Motomed Letto 2

Aktiv- Passiv træning til sengeliggende patienter.



Aktiv træning (uden motor)
patienten træner selv

Passiv træning (med motor)
patienten trænes vha motor

Forkorter
indlæggelsestiden

Forbedre
blodcirkulationen



Se også vores store udvalg i undersøgelses- og transport lejer

ProTerapi A/S | Søndre Ringvej 39 | DK-2605 Brøndby
 Tlf: +45 43 44 42 00 | Fax: + 45 43 44 42 02 | www.proterapi.dk



Lad Invacare Heel Pro Evolution gøre en forskel!

Heel Pro Evolution hælaflasteren er ideel til tryksårsforebyggelse for patienter med risiko for at udvikle tryksår og som supplement til behandling af patienter med tryksår på hæl, fod, ankel og/eller læg. Hælaflasteren aflaster effektivt trykket og reducerer smerte over en længere periode, ligesom den bidrager til at forhindre dropfod.

Heel Pro Evolution aflaster ved brug af lavfriktionsceller med indkapslet luft, baseret på den anerkendte Vicair-teknologi.

Vil du opleve, hvordan den unikke **Heel Pro Evolution** hælaflaster kan gøre en forskel for dine patienter, så book tid til en gratis demonstration.

INVACARE A/S
Tlf.: 3690 0000
e-mail: denmark@invacare.com
Sdr. Ringvej 37 - 2605 Brøndby

Trusted Solutions, Passionate People



NEUROPATI?

Alfa-lipon er til ernæringsmæssig behandling af diabetisk neuropati

Diabetisk neuropati

Diabetisk neuropati er en følgevirkning af diabetes, der ofte mærkes som føleforstyrrelser typisk i ben og fødder. Dette opleves som smerter, prikkende fornemmelse og følelsesløshed. Diabetisk neuropati er en risikofaktor for udvikling af diabetiske fodsår.

Hvad er Alfa-lipon?

Alfa-lipon er en fødevarer til særlige medicinske formål, der er udviklet til ernæringsmæssig behandling af diabetisk neuropati. Produktet tages som et tilskud ved mangel på eller øget behov for alfa-liponsyre. Alfa-lipon indeholder 120 tabletter med 300 mg alfa-liponsyre svarende til 3-4 måneders forbrug. Alfa-liponsyre er et stof, vi får igennem kosten, men vi får langt mindre fra kosten end ved at tage en Alfa-lipon tablet. Indholdet af alfa-liponsyre i én Alfa-lipon tablet svarer til indholdet i ca. 200 kg kartofler.

Alfa-lipon giver glade fødder, og glade fødder giver bonus til hele kroppen.



NATUR DROGERIET
LANDSKENDT FOR NATURMIDLER DER VIRKER

Alfa-lipon, 120 tabletter, 300 mg., vejl. udsalg kr. 340,- og Alfa-lipon, 30 tabletter, 300 mg., vejl. udsalg kr. 99,95,-. Alfa-lipon kan købes på apoteket og i helsekostforretninger, der har godkendelse til at forhandle håndkøbsmedicin. Se mere om Alfa-lipon på www.alfa-lipon.dk, hvor du også kan finde nærmeste forhandler.

Patienter med diabetiske fodsår er en sygeplejefaglig udfordring

Kvalitative, individuelle interview med otte patienter viser, at diabetiske fodsår håndteres meget forskelligt af patienterne. En autonomi-støttende tilgang, der formidler tiltro til og respekt for patienternes evne til at tage ansvar for egen tilværelse, viser sig at styrke dem, fremme deres evne til selvstændige beslutninger og give dem tillid til egne kompetencer.

Maja Vieland Grasberger, sygeplejerske, Medicinsk Endokrinologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, NBG; majaniils@rm.dk

Ellen Kudsk Baymler, sygeplejerske, Fælles Akut Afdeling, Aarhus Universitetshospital, NBG (tidligere Medicinsk Endokrinologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, NBG)

Winnie Marie Kjeldsen, sygeplejerske, Medicinsk Endokrinologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, NBG

Jonna Gintberg Jensen, sygeplejerske, ph.d., cand.pæd.soc., ansat ved Institut for Uddannelse og Pædagogik - Campus Aarhus, Aarhus Universitet (tidligere Medicinsk Endokrinologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, NBG).

Det skønnes, at 300.000 danskere har diabetes, heraf har ca. 22.000 diabetiske fodsår. Ca. 4.000 danskere lever aktuelt med amputation som følge af diabetiske fodsår. Problemer med fodsår rammer oftest mænd, primært ældre, og ses hyppigst hos patienter med type 2-diabetes (1).

Inden for problemsår indtager diabetiske fodsår en særstilling. Den diabetiske fod er truet af neuropati, arteriel insufficiens, øget infektionstilbøjelighed, vævsforandringer samt skeletforandringer. Gener som oftest opstår i kombination. Neuropatien medfører tab

” Ca. 4.000 danskere lever aktuelt med amputation som følge af diabetiske fodsår. Problemer med fodsår rammer oftest mænd, primært ældre, og ses hyppigst hos patienter med type 2-diabetes.

af føle-, temperatur-, vibrations- og smertesans samt ændringer i fodens motoriske funktion. Grundet neuropatien sløres den arterielle insufficiens ofte, idet symptomer som claudicatio intermittens samt hvilesmerter ikke mærkes. Første tegn kan derfor være gangræn. Endvidere udvikles ofte øget infektionstilbøjelighed, da smertesystemets funktion er reduceret, og immunreaktionen er påvirket. De kliniske tegn på infektion er derfor ofte fraværende. I 50 pct. af tilfældene ses afebrilitet, og der kan ses normale leukocytter og CRP. Grundet øget glukosekoncentration kan der opstå vævsforandringer, da huden bliver sårbar og mindre elastisk, leddene bliver stive, og senerne forkortes, hvilket kan medføre fejlstillinger. Skeletforandringer kan føre til spontane frakturer og Charcots fod (2).

Aflastning er afgørende

Regelmæssigt tjek af fødder kan effektivt forebygge fodsår og amputationer, men er fodsåret en realitet, er aflastning afgørende for ophealing, idet aflastningen reducerer uhensigtsmæssig tryk-påvirkning. Skønt der ikke er evidens for effekt af total aflastning (1), er denne et led i behandlingen hos patienterne i nærværende artikel.

Patienten med fodsår har typisk haft et længerevarende ambulantly forløb i ”Center for Den Diabetiske Fod”, inden forværring af

Tabel 1. Dataindsamlings- og behandlingsproces

Trin 1	Kvalitative interviews med otte patienter
Trin 2	Transskribering fra mundtlig til skriftlig form
Trin 3	Kategorisering af patientudsagn
Trin 4	Analyse
Trin 5	Diskussion
Trin 6	Konklusion
Trin 7	Implikationer for klinisk praksis

fodsåret fører til indlæggelse i sengeafsnittet. Her udføres sårbehandling, diverse diagnostiske undersøgelser, total aflastning og opstart af antibiotisk langtidsbehandling.

De gør ikke, som vi siger

Sårgruppens sygeplejersker udfordres af, at patienterne gentagne gange ikke efterlever sygeplejefaglige vejledninger om bl.a. aflastning, sårbehandling og hygiejne samt ikke udviser særlig interesse for at deltage i behandling af fodsåret. F.eks. går de til toiletet barfodet på deres fodsår eller undlader at henvende sig, hvis forbindingen falder af eller bliver fugtig.

Metode

Vi ønskede at afdække patienternes oplevelser og deres viden om betydningen af aflastning, sårbehandling og hygiejne. Derfor gennemførte vi i 2014 kvalitative, individuelle interview med otte patienter. Inklusionskriterierne var, at patienten skulle være af dansk herkomst og kognitivt velfungerende. Datatilsynet er underrettet.

På baggrund af en interviewguide interviewede vi i henhold til S. Kvaales anbefalinger (3). Informanterne var aktuelt indlagt eller havde et forløb i ambulatoriet. Syv mænd og én kvinde ønskede at deltage.

Fundamentet er tillid

Det er vigtigt at opnå tillid til patienterne, da patienternes oplevelser kan være svære at tale om. Generelt er informanterne med-

Tabel 2. Dorothea Orems hjælpemetoder i sygeplejen

At gøre noget eller handle for en anden	At vejlede og vise til rette	At støtte fysisk og psykisk	At tilrettelægge et støttende og terapeutisk miljø	At undervise
Sygeplejerskerne tager plasteret af, når jeg kommer. Så kigger de, og så skærer de noget af kanterne, tror jeg nok ... Jeg ved jo, I har tjek på det. I gør jo det, der skal gøres (patientudsagn)	Du må ikke gå, og hvis du går, er der 80 pct. risiko for, at den næste tå også ryger (patientudsagn)	Sygeplejerskerne siger, at jeg går for meget på foden, men jeg går ikke mere, end det er nødvendigt (patientudsagn)	Aflastning, det betyder sgu meget, og jeg har da også fulgt det til punkt og prikke. Ellers var jeg sgu nok heller ikke helet så flot op, som jeg har gjort (patientudsagn)	Mit største problem, tror jeg nok, hænger sammen med min manglende føleevne. Altså i fødderne. Det gør jo ikke ondt. Hvis det nu bare gjorde ondt at stå på et søm. Det er problemet med diabetisk neuropati, den slører det (patientudsagn)

delsomme og optaget af dialogen. De er informeret om anonymisering og om, at de kan trække sig fra undersøgelsen. Alle inkluderede er positive i forhold til projektet. Vi er uøvede interviewere, men forsøger at give patienterne rum til refleksion, er lyttende og stiller uddybende spørgsmål. Interviewene varer højst 20 minutter og foregår telefonisk eller på enestue i afsnittet.

Processen består af syv trin, se tabel 1. Til kategorisering af patientudsagnene anvendes D. Orems hjælpemetoder (4), der findes brugbare, da de kompenserer for patientens egenomsorgssvigt, se tabel 2.

Analytisk anvendes Kvaless tre operationelle niveauer (3), se tabel 3. I denne meningskondensering får patienternes udtryk og meninger en kortere formulering, data behandles systematisk,

” Forskning viser, at det er en krævende udviklingsproces at få diabetes integreret i sit liv, det kan kun lade sig gøre, hvis patienten tager ansvar under hensyn til værdier, reaktioner og forhold, der gør sig gældende i hans hverdag.

og analysen bygger på stringens og disciplin, uden at data derved udtrykkes kvantitativt. Til illustration er valgt et patientudsagn ud fra D. Orems 3. hjælpemetode: At støtte fysisk og psykisk, se tabel 4. Forfattergruppen diskuterer temaerne og opnår konsensus. En analyse med meningskondensering leder frem til et fund for hver af Orems fem hjælpemetoder. Disse fund præsenteres som fem temaer, se tabel 4. Det ene tema er eksemplificeret i tabel 5. De øvrige temaer præsenteres i det følgende:

Tema 1

Den passive patient

Patientens udsagn: ”De tager plasteret af, kigger, og så skærer de noget af kanterne, tror jeg nok. Jeg ved jo, I har tjek på det. I gør jo det, der skal gøres.”

Selvforståelse: Patienten spurgte ikke ind til, hvordan såret blev observeret og behandlet. Han havde tillid til sygeplejerskernes kompetencer.

Kritisk commonsense-forståelse: Fodsåret blev ikke anerkendt som værende en del af kroppen. Patienten fralagde sig ansvaret og stolede på sygeplejerskernes kompetencer.

Teoretisk forståelse: Når patienten fralagde sig ansvaret, lod han sygeplejersken tage initiativet, bestemme og vurdere re-

Tabel 3. Steinar Kvaales analysemodel med tre operationelle niveauer

	Hensigt	Stillet spørgsmål til teksten
Selvforståelse	Kondenseret opfattelse af informantens mening	Hvilke erfaringer har patienten med informationer givet af sundhedsprofessionelle?
Kritisk commonsense	Bredere forståelsesramme end patientens egen mening	Hvordan var overensstemmelsen mellem patientens forventninger og indholdet i samtaler med sundhedsprofessionelle?
Det teoretiske niveau	Rammer til fortolkning af udsagns betydning	Hvordan medinddrager de sundhedsprofessionelle patienten?

levansen af sine problemer. Hermed er der overensstemmelse med ”Jeg-du-distanceret professionel dominans”, da patientens problemer forblev uerkendte. I udtalelsen ”de skærer noget af kanterne, tror jeg nok” ses, at patienten er passiv og ikke stiller spørgsmål til behandlingen. Dette kan medføre, at sygeplejersken tænker på ham som en genstand, der skal behandles og ikke som et selvstændigt individ. Når patienten lader sygeplejersken tage ansvar for problemløsningen, underkaster han sig ”sygdom-over-liv-prioriteringen” (5). Patienten satte ikke spørgsmålstegn ved sygeplejerskens kompetencer, men studier viser, at sygeplejersker træffer rutinemæssige beslutninger ud fra egne erfaringer og en vurdering af patienten, samt at sygeplejersker i 50 pct. af tilfældene ikke forfølger de spørgsmål, de har til patientbehandling (6,7).

Tema 2

Den vejledte patient

Patientens udsagn: ”Du må ikke gå, og hvis du går, er der 80 pct. risiko for, at næste tå også ryger.”

Selvforståelse: Patienten fik information om aflastningens betydning og vigtigheden heraf.

Kritisk commonsense-forståelse: Han kendte de risici, der var forbundet med at gå på et diabetisk fodsår. På det grundlag blev han selv i stand til at træffe valg, og udsigten til at få amputeret én tå mere gjorde, at han efterlevede de givne informationer.

Teoretisk forståelse: Der er dokumentation for, at patienten har større chancer for at nå de mål, han har sat sig, hvis de er i overensstemmelse med hans egne værdier. Når han stimuleres til autonome beslutninger, påvirkes adfærden positivt. Er han informeret, har forstået informationerne og efterlever dem, kan han selv medvirke til at træffe beslutninger og være aktiv i relationen (5).

Tema 3

Den vejledte patient

Læs nærmere beskrivelse i tabel 4.

Tema 4

Patienten, som tager ansvar

Patientens udsagn: ”Aflastning betyder meget, og jeg har da også fulgt det til punkt og prikke, ellers var jeg jo nok heller ikke helet så flot op, som jeg har gjort.”

Selvforståelse: Patienten var bekendt med betydningen af aflastning, fulgte instrukserne og opnåede et resultat.

Kritisk commonsense-forståelse: Patienten gjorde en indsats, tog ansvar for sin sårbehandling og anerkendte fodsåret som en del af kroppen. Han vidste, hvor meget aflastning betød for ophelingen, udviste forståelse for det anbefalede og fortalte, at han virkelig troede på, at det virkede.

Teoretisk forståelse: I ”Jeg-du-sorteret gensidighed” er patientens perspektiv anvendt konstruktiv til at udvikle viden om sine oplevede vanskeligheder, og sygeplejersken og patienten har sporet sig ind på vigtigheden af at følge instrukser for aflastning. Når patientens perspektiv værdsættes, anerkender sygeplejersken, at han har ekspertisen i at mestre sin egen sundhed, derfor tager patienten ansvar for sin egen behandling, og tilgangen forskydes fra kompliance til konkordans, dvs. overensstemmelse og harmoni mellem patient og behandler (5).

” Anvendes en autonomi-støttende tilgang, vises patienterne tiltro og respekt, så de styrkes i selv at tage ansvar. ▶

Tabel 5. Et eksempel på analyse af udsagn på S. Kvaales tre niveauer

	Selvforståelse	Kritisk commonsense	Teoretisk niveau	Tema
Stillede spørgsmål til hvert analyse-niveau	"Hvilke erfaringer har patienten med informationer givet af sundhedsprofessionelle?"	"Hvordan var overensstemmelsen mellem patientens forventninger og indholdet i samtaler med sundhedsprofessionelle?"	"Hvordan finder videndeling sted mellem de sundhedsprofessionelle og patienten?"	
Analyse af patientudsagn	<p>"Sygeplejerskerne siger, at jeg går for meget på foden, men jeg går ikke mere, end det er nødvendigt".</p> <p>Uanset hvad personalet siger, så mener patienten ikke, det kan lade sig gøre at gå mindre på foden, end han gør.</p>	Når man skal aflaste, må der kun sporadisk støttes på foden (patientinfo), hvilket patienten er informeret om, men ikke efterlever. De sundhedsprofessionelle sætter derfor spørgsmålstejn ved, om patienten har forstået informationen.	Patienten forsøger at leve sit liv uændret og tager derfor ikke hensyn til aflastning (10). Det formodes, at patienten er informeret om vigtigheden af aflastning, men spørgsmålet er, om personalet har informeret ud fra rutinemæssig praksis eller evidensbaseret viden (1,7). Noget tyder på, at givne informationer ikke er forstået eller ikke har givet patienten mening. Derfor kan han ikke medvirke i en dialog om, hvorfor yderligere aflastning ikke er muligt for ham. Med andre ord har gensidig refleksion ikke fundet sted (5,11)	Den informerede, men ikke forstående patient

Tema 5

Den underviste patient

Patientens udsagn: "Det gør jo ikke ondt, hvis jeg står på et søm. Problemet med diabetisk neuropati er, at det slører."

Selvforståelse: Patienten gav udtryk for viden om neuropati og vidste, at det krævede opmærksomhed, når smerterne i fødderne ikke kunne mærkes.

Kritisk commonsense-forståelse: Patienten formodes at være undervist i forebyggelse af fodsår, men brugte neuropatien som forklaring på, at fodsår opstod. Han medtænkte ikke nødvendigvis andre faktorer, der kunne spille ind i forhold til udviklingen af fodsår.

Teoretisk forståelse: Personer med diabetiske fodsår har ofte en diffus sygdomsopfattelse og tendens til at undervurdere tilstandens alvor, da fodsåret ikke opfattes som en trussel mod deres generelle helbred. Patienterne bør derfor ifølge National Klinisk Retningslinje uddannes i forebyggelse, herunder bl.a. i konsekvenser af manglende fodhygiejne, dagligt tjek af fødder og anvendelse af specialfremstillet fodtøj (1).

Den Danske Kvalitetsmodels standarder fordrer, at sygeplejersker arbejder forebyggende og sundhedsfremmende, og at patienten får relevante skriftlige informationer om bl.a. behandlingsforløb (8). Men det er vigtigt, at undervisningen individualiseres og tager afsæt i patientens forudsætninger, så der er øget fokus på forståelse (5).

Ud fra behandling af de fem temaer finder vi følgende tre paradokser interessante.

- Undervisning versus læring.
- Sygeplejerskens versus patientens ansvar.
- Liv versus sygdom.

Undervisning versus læring

I udtalelsen ”Jeg ved godt, at I synes, jeg skal aflaste mere, men jeg går ikke mere på foden, end det er nødvendigt” ses, at patienten er informeret om, at han skal aflaste. Han synes selv, han gør, hvad han kan for at leve op til aflastningskravene, men ved også godt, at sygeplejerskerne ikke finder det tilstrækkeligt i forhold til anbefalingerne. Hans viden om sygdommen er en vigtig faktor, som har indflydelse på de beslutninger, han tager i forhold til livsstil (9). Det er dog problematisk, at patienternes livsførelse ikke er i overensstemmelse med den viden, de har. Dette er et almenmenneskeligt træk, men hos patienter med diabetiske fodsår kan uhensigtsmæssig livsstil få alvorlige følger. De kan have en generel viden om sygdommen, som de ikke anvender i hverdagen (10). Det er vigtigt gennem dialog at opnå indsigt i, hvilken betydning f.eks. aflastning har for den enkeltes liv, så patient og sygeplejerske kan forstå, hvad der er årsagen til problemet. Sygeplejersken vil på den måde opnå personspecifik viden og forstå, hvorfor patienten f.eks. synes, at han ”... ikke går mere, end det er nødvendigt.”

Tabel 4. Fund

Tema 1	Den passive patient
Tema 2	Den vejledte patient
Tema 3	Den informerede patient
Tema 4	Den ansvarstagende patient
Tema 5	Den underviste patient

Fokus skal derfor fremadrettet være på anvendelse af personspecifik viden frem for generel viden (5), som tendensen hidtil har været.

Sygeplejerskens versus patientens ansvar

I udsagnet: ”De tager plasteret af ... kigger ... og så skærer de ... jeg ved jo, I har tjek på det” bliver det tydeligt, at sygeplejersken tager ansvar uden at medinddrage patienten. Selv om patienten og sygeplejersken har samme mål, kan de have modstridende prioriteringer (10).

Sygeplejerskens prioritering er at give de bedste betingelser for sårheling, mens patienten er interesseret i, hvordan livet med såret kan fungere i hverdagen. Det fremgår, når han i undersøgelsen forklarende siger: ”Det er jo bare tre meter” om det at gå til toiletet på sit inficerede fodsår. Hvem har ansvaret for behandlingen? På den ene side er der en forventning om, at den velinformerede patient tager ansvaret for egen behandling, underforstået at patienten ikke gør ting, som hæmmer sårhelingen såsom at gå på foden. På den anden side har sygeplejersker et samfundsøkonomisk ansvar, hvis patienter modarbejder behandlingsplanen, hvorved indlæggelsesforløbet potentielt forlænges og kompliceres.

Forskning viser, at det er en krævende udviklingsproces at få diabetes integreret i sit liv, det kan kun lade sig gøre, hvis patienten tager ansvar under hensyn til værdier, reaktioner og forhold, der gør sig gældende i hans hverdag (10).

Sygeplejersken kan optimere betingelserne for, at velinformerede patienter benytter deres viden, hvis hun anvender en autonomistøttende tilgang, der formidler tiltro til og respekt for patientens evne til at tage ansvar for egen tilværelse. Det viser sig at styrke ham, fremme hans evne til selvstændige beslutninger og give ham tillid til egne kompetencer (10). Patienten skal med andre ord støttes i at tage ansvar for optimal aflastning. Samtalen skal udtrykkes med respekt for, at patienten selvstændigt kan træffe beslutning om aflastningens omfang, hvorved episoder, hvor patienten nedtoner sine handlinger over for sygeplejersken, undgås.

Liv versus sygdom

”Det gør jo ikke ondt ... hvis jeg stod på et søm,” fortæller en patient i forbindelse med, at han har fundet det svært at overholde aflastningen.

- ▶ Patienter forsøger ofte at leve så normalt som muligt, mens sygdommen holdes på afstand ved at nægte at integrere den i tilværelsen (4,10). Patienter med en neurogen komponent bliver ikke fysisk mindet om fodsåret (3) og risikerer derved at glemme, de ikke bør støtte på foden, da de fortsætter deres hverdagsliv og formentlig ubevidst prioriterer liv over sygdom. Plejepersonalet prioriterer modsat sygdommen frem for liv, hvorfor det kan være svært for patienterne at være indlagt.

Konklusion og perspektivering

Pga. undersøgelsesmaterialets begrænsede omfang kan følgende tendenser påpeges:

At sygeplejersker gennem dialog med patienterne kan blive bedre til at opnå indsigt i deres behov og til at afdække, hvilke værdier og forhold der gør sig gældende i deres hverdag. I praksis kan dette gøres ved at spørge ind til deres hverdagsliv og hjælpe dem med at se løsninger frem for begrænsninger.

Anvendes en autonomi-støttende tilgang, vises patienterne tiltro og respekt, så de styrkes i selv at tage ansvar. Hermed har vi bedre forudsætninger for at støtte patienterne i f.eks. at integrere den fulde aflastning i deres hverdag og dermed hurtigere nå målet.

Med disse erfaringer in mente har sårgruppen revideret det skriftlige patientmateriale, som ved indlæggelsen udleveres og gennemgås med patienten. Materialet, som forventes at bidrage til yderligere læring, er detaljeret, målrettet patienternes egen indsats og lægger op til dialog mellem patienten og sygeplejersken om den enkelte hverdagsliv og erfaringer. Desuden vil vi informere vores kollegaer om vigtigheden af at benytte deres viden om patienterne samt om anvendelse af den autonomi-støttende tilgang til patienterne.

Hensigten er at støtte patienterne i at tage ansvar for at give såret de bedste betingelser for opheling og opnå det bedst mulige hverdagsliv.

Litteratur

1. Brostrom S. National klinisk retningslinje for udredning og behandling af diabetiske fodsår. 2013;Version 1.0.
2. Gottrup F, Karlsmark T. Sår. Baggrund, diagnose og behandling. København: Munksgaard Danmark; 2008.
3. Kvale S, Brinkmann S. Interview: introduktion til et håndværk. København: Hans Reitzels Forlag; 2009.
4. Suhr LK, Winther B. Basisbog i sygepleje - krop og velvære. København: Nota; 2013.
5. Hansson B. Den professionelle relation. In: Jørgensen K(editor). Kommunikation for sundhedsprofessionelle. København: Gads Forlag 2012.
6. Del Fiol G, Workman T, Gorman P. Clinical questions raised by clinicians at the point of care: a systematic review. JAMA Intern Med. 2014 May; 174(5):710-18.
7. O'leary D, Mhaolrúnaigh S. Information-seeking behaviour of nurses: where is information sought and what processes are followed? J Adv Nurs. 2012 Feb;68(2):379-90.
8. IKAS. Den Danske Kvalitetsmodel. 2012;version 2.
9. Pagnamenta F, Cordell P. One wound seen through to pairs of eyes: a case study. British Journal of Nursing 2008;17(Sup3):21-8.
10. Zoffmann V, Kirkevoold M. Liv versus sygdom i vanskelig diabetesomsorg. Klinisk sygepleje 2009;23(1):57-70.

English abstract

Grasberger MV, Baymler EK, Kjeldsen WM, Jensen JG. Patients with diabetic foot ulcers - a nursing practice challenge. Sygeplejersken 2015;(13):77-82.

Main message: The nurse's challenge is through dialogue to gain insight into patients' daily lives and support them in seeing solutions rather than limitations. Individualised information results in well-informed patients, who are empowered to take greater responsibility. .

Methodology: Eight qualitative, individual interviews of patients with diabetic foot ulcers. The resulting material was analysed using S. Kvale's operational levels and D. Orem's methods of helping.

Findings: The interviews demonstrate that the patients are:

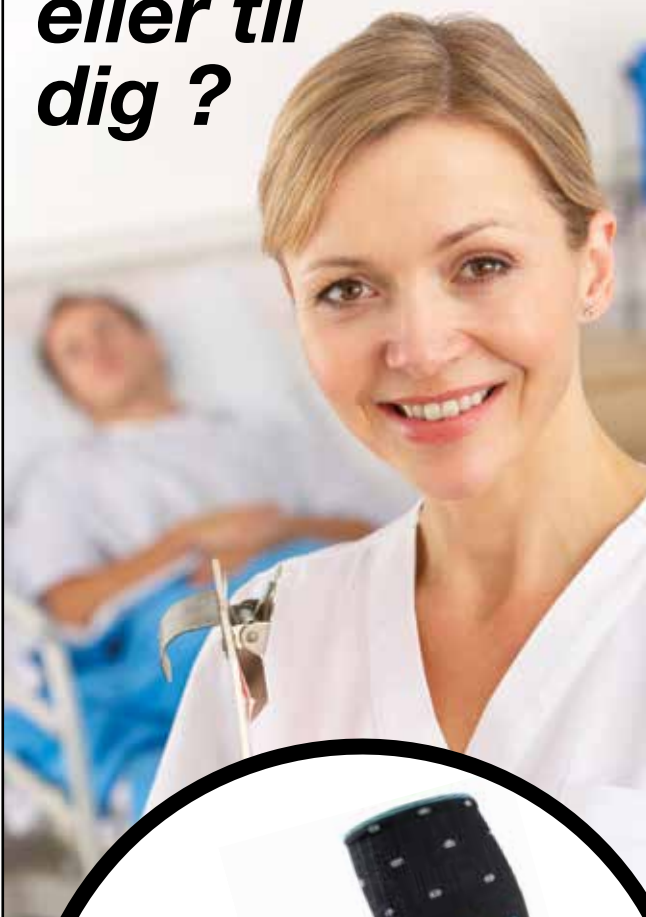
- Passive and reliant on the nurse's skills
- Given guidance and instruction, but fail to abide by this help
- Informed, but that the information does not make sense
- Capable of self-reliance once their perspective is addressed and valued
- Pleased to receive education, but that the education must be based on their own personal premises, which entails individualisation.

Implications for the nurse: That the nurse adopts an autonomy-supporting approach, individualises the information provided, and demonstrates confidence in, and respect for, the patients to empower them in achieving self-reliance. An approach of this nature gives the patient's foot ulcer the best conditions for healing, while it also optimises the balance between daily life and disease.

In addition, the department's written information materials for patients have been revised, and greater focus is now placed on sharing knowledge with colleagues.

Keywords: Diabetic foot ulcers, qualitative interviews, patient involvement .

Kompression til patient eller til dig ?



Kontakt Sahva
for mere information
om **kompression og
støttestrømper**
på tlf. 7011 0711

www.sahva.dk



Sahva
Et liv i bevægelse

*Besøg
Sahvas
webshop*

Telefon 7011 0711 · www.sahva.dk



Uddannelse for sundhedspersonale

København opstart 3. februar

Ålborg opstart 4. februar

Tilmelding og information:
mediyoga.dk
veetamo@mediyoga.com



B. Braun
infusionsæt
med **AirStop**

Se efter
den **grønne**
ring



Intrafix® SafeSet
når patient-
sikkerhed
er vigtig

B|BRAUN
SHARING EXPERTISE

June 2015

Sæt mobilisering på dagsordenen

Patienter udskrives ofte fra medicinske afdelinger med ringere funktionsevne, end de havde ved indlæggelsen, men sådan behøver det ikke at være. Et scoringsskema, tværfagligt samarbejde og en hensigtsmæssig indretning af afdelingen hjælper mobilisering på vej.

Astrid Vittrup Larsen, sygeplejerske; Astrid.v.larsen@rsyd.dk

Anne Holm Nyland, udviklingssygeplejerske, cand.cur.

Mette Juel Rothmann, sygeplejeforsker, cand.scient.san., ph.d.

Alle ansat på Endokrinologisk afdeling M, Odense Universitetshospital

Den medicinske patient, som indlægges i dag, har ofte mange komplekse problemstillinger, og samtidig er disse patienter ofte helt eller delvis immobiliseret under deres sygdomsforløb og indlæggelse. Det kan have store konsekvenser i forhold til komplikationer og i forhold til tab af funktionsevne. I en travl hverdag med mange opgaver må sygeplejersker ofte prioritere i arbejdsopgaverne. Det er dog væsentligt, at vi ikke glemmer at mobilisere patienterne.

Denne artikel sætter fokus på vigtigheden af mobilisering. Der er fokus på de udfordringer, sygeplejersker møder i det daglige arbejde, og som kan betyde, at patienterne ikke mobiliseres tilstrækkeligt under deres indlæggelse.

Konsekvenser af immobilisering

Immobilitet er en tilstand, der skyldes udefrakommende faktorer, hvor konsekvenserne kan være helt eller delvis nedsat evne til bevægelse i hele kroppen eller i dele af kroppen (1).

At blive immobil eller at miste mobiliteten ved sygdom har store konsekvenser for kroppen som helhed (1). Allerede i løbet af den første uge, hvor patienten er immobil, sker der en reduktion af iltoptagelsen, hvilket skyldes, at hjerteminutvolumen falder. Det bevirker, at patienten får mindre ilt til musklerne og derfor bliver hurtigere dyspnøisk og træt (1). Musklerne påvirkes af aktivitetsniveauet, og ved lav belastning af musklerne opstår der hurtigt atrofi af muskelvæv. Enhver reduktion i aktivitetsniveau reducerer således muskelmasse og muskelkraft. Det ses allerede efter få dages sengeleje (1).

Tab af muskelkraft har bl.a. betydning for aktiviteter som at rejse og sætte sig og at gå op og ned ad trapper (1). Det er derfor vigtigt at modvirke tab af muskelmasse, fordi muskelmassen sammen med muskelkraft har betydning for vores funktionsniveau (2). Muskelsvækkelse sker ikke kun i skeletmuskulaturen, også åndedrætsmuskulaturen påvirkes, hvilket kan svække patientens respirationskraft (2).

Udfordringer i dagligdagen

Når patienter indlægges på medicinske afdelinger, er de ofte afkræftede, har nedsat almentilstand, en eller anden form for smerteproblematik eller respiratoriske problemstillinger. Faktorer der medvirker til, at patienten er mere immobil end vanligt (1).

” Patienterne kan have svært ved at komme ud af sengen i tilstrækkeligt omfang, og de er afhængige af, at der skabes et miljø, der stimulerer til aktivitet.

Patienterne kan have svært ved at komme ud af sengen i tilstrækkeligt omfang, og de er afhængige af, at der skabes et miljø, der stimulerer til aktivitet. Når et sådant miljø skabes, kan det motivere patienterne til at finde de kræfter, det kræver, for at blive mere aktive under deres indlæggelse (1).

Der kan være en række barrierer, som gør, at patienterne ikke bliver mobiliseret i tilstrækkeligt omfang. Travlhed eller mangel på ressourcer kan være barrierer for sygeplejersken (3). De opgaver, som oftest udskydes, er den tætte patientkontakt og den nære omsorg. Undersøgelser har vist, at sygeplejerskerne oftest har mest travlt om formiddagen, og at deres arbejde er præget af mange afbrydelser i løbet af dagen (4). Det kan have betydning for, om mobilisering af patienten prioriteres.

Patienten kan også have forskellige barrierer, som vanskeliggør mobilisering eller helt hindrer mobilisering. Det kan være smerter, åndenød, træthed, inkontinens, kateter à demeure, intravenøse slanger eller angsten for at falde (2,3,5). Øget faldrisiko bliver ofte en barriere både for patient og for sygeplejerske. Patienten er bange for at falde og bliver derved tilbageholdende med at mobilisere sig. Sygeplejersken mangler måske tid eller en kollega, der kan hjælpe med at få patienten mobiliseret på sikker vis (5). Resultatet kan være, at patienten forbliver immobil for at undgå faldepisoder (3). Et godt samarbejde med fysioterapeuten er vigtigt. Fysioterapeuten kan vejlede sygeplejersken i, hvordan den enkelte patient hjælpes bedst muligt ved mobilisering, og assistere med at skaffe hjælpemidler til mobilisering.

De fysiske rammer omkring patienten er af stor betydning. Er disse gode, lettes mobiliseringen af patienten ofte. At der er plads til at benytte hjælpemidler og plads til en lænestol eller kørestol på stuen, er vigtigt, så plejepersonalet kan hjælpe og motivere patienterne til mobilisering. På sygehusene mangler der ofte steder, hvor patienten kan gå hen, og de lange gange på afdelingerne indbyder sjældent til mobilisering. Det medfører ofte, at patienterne ophol-

der sig på egen stue (1,5). En velindrettet og hyggelig opholdsstue kan skabe et alternativt opholdsrum for patienterne. Det er således væsentligt at indtænke mobiliseringsmuligheder i de nye sygehusbyggerier, så mobilisering fremmes.

Lær af accelererede patientforløb

På kirurgiske afdelinger er udviklingen gået mod kortere indlæggelse og hurtigere opgaveløsning, og de accelererede patientforløb er blevet hverdag (2).

Det er kendt, at immobilisering i forbindelse med hospitalsindlæggelser og større kirurgiske indgreb medfører øget risiko for komplikationer og funktionsnedsættelse specielt hos ældre patienter. Derfor er der fokus på, at patienterne mobiliseres hurtigt postoperativt. Ved planlagte operationer er patienterne oftest informeret om den postoperative genoptræning, og der er fokus på den postoperative smertebehandling, så smerter ikke er en hindring for mobilisering.

Ligeledes er der fokus på at optimere patienternes kostindtag samt mindske brugen af sonder, kateter etc. postoperativt, hvilket optimerer patienternes mobiliseringsevne. Størstedelen af de kirurgiske patienter er mobiliseret samme dag, de er opereret, eller 1. postoperative dag (2).

Disse elementer er alle en del af det, der kaldes det accelererede patientforløb, som har til hensigt at sygeliggøre patienterne mindst muligt.

På medicinske afdelinger er der også fokus på smertebehandling, kost og mobilisering. Der kan dog være andre ting, der vanskeliggør mobilisering, såsom at patienten skal til forskellige undersøgelser. Det kan være medvirkende årsag til, at genoptræning må aflyses eller udsættes (2).

Flere undersøgelser viser, at op til 50 pct. af de medicinske, indlagte patienter har et lavere funktionsniveau ved udskrivelsen end ved indlæggelse (6). Årsagen hertil menes i høj grad at have sammenhæng med manglende fysisk aktivitet under indlæggelsen. Den fysiske inaktivitet øger risikoen for, at patienterne får tab i deres basale funktionsevne såsom evne til at udføre personlig hygiejne, at gå på toilettet og spise uden hjælp (2). Det underbygges af studier om den ældre, medicinske, indlagte patient og dennes mobilitet under indlæggelse. Studierne viser, at patienterne

er betydeligt mindre aktive under indlæggelse end vanligt, og at det får betydning for, hvordan de klarer deres basale behov efter udskrivelse (6,7).

At fremme mobilisering i det daglige

Mobilisering er vigtigt for indlagte patienter både i forhold til deres helbredelse og i forhold til, at de kan vende tilbage til den hverdag, de havde før indlæggelsen. I forbindelse med en indlæggelse er det primære mål at begrænse de negative effekter af immobilisering mest muligt, ved at patienten mobiliseres dagligt i det omfang, han kan. Mobiliseringsevnen bør afdækkes i forbindelse med indlæggelsessamtalen. Man skal dog være opmærksom på, at sygdom nedsætter funktionsniveauet. Men aktivitet på et niveau, som er muligt for patienten at deltage i, er vigtigt for at undgå yderligere tab af funktionsniveau (2).

Vi må også se på udviklingen af vores sygekulturer. At blive patient betyder ofte, at man bliver klædt i hospitalstøj og placeret i en seng. Her behøver man i princippet ikke at bevæge sig ret meget, livet i en hospitalsseng kan hurtigt blive et passivt liv (4). Patienterne kan også føle sig sygeliggjorte eller flove over at skulle gå på gangen iført hospitalstøj (3).

Personalet kan opfordre patienterne til at komme i eget tøj, hvilket kan være med til at motivere til mobilisering (2).

Med viden om hvilke konsekvenser immobilitet har for indlagte patienter, er mobilisering et af de områder, vi skal fokusere mere på i klinisk praksis. Mobilisering af den medicinske patient bør indtænkes i alle arbejdsgange og skal være et fælles anliggende. Det er et problem, hvis mobilisering tilsidesættes på baggrund af andre aktiviteter. Sygeplejersken har derfor et logistisk arbejde i forhold til at få mobilisering til at lykkes (2).

Hvordan handler vi, hvis patienten modsætter sig mobilisering, når den tilbydes af f.eks. fysioterapeut eller sygeplejerske? Får vi patienterne motiveret til mobilisering, eller imødekommer vi for hurtigt patientens ønske om ikke at komme op og i gang? Sygeplejersken har en vigtig opgave i forhold til at motivere patienten til mobilisering bl.a. ved at forklare vigtigheden af at komme op, samt hvilke konsekvenser immobilisation kan have. Patientens ressourcer og interesser kan med fordel bruges til at motivere til mobilisering (2,8).

- ▶ Det er generelt en udbredt misforståelse, at det er i patientens interesse at vente med mobilisering og træning, til de er færdigbehandlet for deres sygdom (2).

Sæt mål for mobilisering

Mobilisering skal italesættes. Vi skal i samarbejde med fysioterapeuter og læger sætte mobilisering på dagsordenen under et indlæggelsesforløb. Vi kan med fordel lære af vores kirurgiske kollegaer, så mobilisering bliver en vigtig del af pleje- og behandlingsforløbet.

Fysioterapeuten, sygeplejersken og patienten kan i fællesskab sætte mål for mobilisering. Det kan være et langsigtet mål, f.eks. hvad skal patienten kunne inden udskrivelse? Men også kortsigtede, overskuelige mål for patienten og personalet er væsentlige, så alle får oplevelsen af succes.

Hvis der opstilles konkrete, kortsigtede mål i samarbejde med patienten, er det lettere at overskue graden af mobilisering. Sam-

tidig bliver patienten medinddraget i egen behandlingsplan. Vi skal desuden tænke over, hvilke stuer patienterne placeres på ved ankomst til afdelingen. Hvis vi f.eks. prioriterer, at de patienter, som er dårligt gående, ligger tæt på badeværelset, må det formodes, at der er større mulighed for, at patienterne kan gå frem for at blive kørt. Det er ligeledes vigtigt, at patienterne får en sufficient kost under indlæggelsen, da kosten har stor betydning for, at patienterne kan bevare og oparbejde deres funktionsniveau (1). Får patienterne ikke en sufficient ernæring, kan de have vanskeligere ved at genetablere deres funktionsevne, og immobilisering bliver en konsekvens af insufficient ernæring (2).

Monitoreringsredskab

Et tværfagligt redskab til vurdering af basismobiliteten kan anvendes til at fokusere på funktionsniveauet hos ældre, indlagte medicinske patienter. Monitoreringsredskabet Cumulated Ambulation Score (CAS) anvendes til at vurdere og visualisere patienters aktu-

Boks 1. Scoringsskema til Cumulated Ambulation Score (CAS)

Score: 0 = kan ikke, 1 = kan med personstøtte, 2 = kan selvstændigt

Niveau før brud	Indlæggelsesdag Dato	1	2	3	4	5	Niveau ved udskrivelse
	Ud af og op i seng						
	Rejse/sætte sig i stol						
	Gangramme						
	Gangbuk						
	Rollator						
	Albuestokke						
	Tapper						
	Gående uden hjælpemidler						

Basismobilitet: Ud af og op i seng (0-2) + Rejse/sætte sig i stol (0-2) + gang med aktuelle gangredskab (0-2) giver en daglig score for basismobilitet fra 0-6
Trapper tæller ikke med i basismobiliteten.

Kilde: Beyer N, Poulsen I. Inaktivitet og immobilitet - i et tværfagligt perspektiv. København: Munksgaard 2010. Skema bragt med tilladelse fra forfatter og forlag.

elle funktionsniveau. CAS er egentlig udviklet til postoperative forløb hos patienter, der indlægges med hoftefraktur (9). Redskabet bruges til at opsætte mål for mobiliteten i samarbejde med patienten. Enhver fremgang hos patienten synliggøres, og plejepersonalet kan hurtigt få et overblik over mobiliseringsfasen (2). Der er i 2014 lavet et studie, hvor bl.a. CAS valideres i forhold til medicinske patienter. Resultatet af studiet viser, at CAS er et anvendeligt monitoreringsredskab hos den medicinske patient (10), se boks 1.

Konsekvenser for praksis

På de medicinske afdelinger må man have øje for, at patienten opretholder sit funktionsniveau under indlæggelsen, se boks 2. Det må være et mål at afdække mulige udfordringer for den enkelte patient, som f.eks. kan bestå i smerter ved mobilisering, øget faldrisiko eller diverse tilkoblede slanger, som vanskeliggør mobilisering. Vi må reflektere over egen praksis herunder årsag til et eventuelt manglende fokus på mobilisering i en travl hverdag. Her kan vi med fordel hente inspiration fra accelererede patientforløb

Boks 2. Sådan kan mobilisering fremmes på medicinsk afdeling

10 anbefalinger:

- Brug indlæggelsessamtalen til at kortlægge patientens mobiliseringsevne
- Fortæl patienten, hvorfor mobilisering er en vigtig del af plejen
- Brug patientens interesser som motivationsfaktor
- Sæt konkrete mål for mobiliseringen
- Sørg for, at patienten spiser sufficient
- Benyt scoringsredskaber til at vurdere patientens mobiliseringsevne og niveau
- Gør brug af det tværfaglige team på afdelingen
- Husk, at de fysiske rammer skal være attraktive og invitere til mobilisering
- Hent inspiration i de accelererede forløb på kirurgisk afdeling
- Hjælp patienten i sit eget tøj, det styrker identitet og selvfølelse.

på kirurgiske afdelinger. Desuden er et godt tværfagligt samarbejde væsentligt, da det kan være en motivationsfaktor både for patient og plejepersonale.

” Flere undersøgelser viser, at op til 50 pct. af de medicinske, indlagte patienter har et lavere funktionsniveau ved udskrivelsen end ved indlæggelse. De fysiske rammer omkring patienten er af stor betydning. Er disse gode, lettes mobiliseringen af patienten ofte.

Personalet på medicinske afdelinger kan med fordel anvende forskellige redskaber til at holde fokus på mobilisering hos den indlagte patient. Her er CAS et muligt redskab. Det er vigtigt at opstille konkrete, individuelle mål for mobilisering, og det er oplagt at inddrage patient og pårørende, når en mobiliseringsplan tilrettelægges, så mobiliseringen bliver meningsfuld for patienten.

Litteratur

1. Maaløe L, Poulsen I. Inaktivitet, immobilitet og sygepleje. København: Munksgaard; 2002.
2. Beyer N, Poulsen I. Inaktivitet og immobilitet – i et tværfagligt perspektiv. København: Munksgaard; 2010.
3. Brown CJ, Williams BR, Woodby LL et al. Barriers to Mobility During Hospitalization from the Perspectives of Older Patients and Their Nurses and Physicians. *Journal of Hospital Medicine*, 2007;(2):305-13.
4. Holm-Petersen C, Asmussen M, Willemann M. Sygeplejerskers fagidentitet og arbejdsopgaver på medicinske afdelinger, DSI institut for sundhedsvæsen, DSI rapport 2006.08, cited 2015 april 9, available from <http://www.kora.dk/media/763539/dsi-1284.pdf>
5. Boltz M, Resnick B, Capezuit E et al. Activity restriction vs. self-direction: hospitalized older adults' response to fear of falling. *International Journal of Older People Nursing* 2012;(9):44-53.
6. Steve R, Fisher PT, Goodwin JS et al. Ambulatory Activity of Older adults Hospitalized with acute Medical Illness. *Journal of American geriatric society* 2011;(59):91-5.

- ▶ 7. Brown CJ, Friedkin RJ, Inouye, SK. Prevalence and Outcomes of Low Mobility in Hospitalized Older Patients, Journal of American Geriatric society 2004;(52):1263-70.
- 8. Beyer N, Lund H, Klinge K. Træning – i forebyggelse, behandling og rehabilitering. København: Munksgaard; 2010.
- 9. Foss NB, Kristensen MT, Kehlet H. Prediction of postoperative morbidity, mortality and rehabilitation in hip fracture patients: the cumulated ambulation score. Clinical Rehabilitation 2006;(20):701-8.
- 10. Bodilsen AC, Juul-Larsen HG, Petersen J et al. Feasibility and Inter-Rater Reliability of Physical Performance Measures in Acutely Admitted Older Medical Patients. PLoS One 2015 Feb 23;10(2):e0118248. doi: 10.1371/journal.pone.0118248. eCollection 2015.

English abstract

Larsen AV, Nyland AH, Rothmann MJ. Placing mobility therapy on the agenda. Sygeplejersken 2015;13:xx-xx.

The purpose of the article is to place mobility therapy on the agenda in everyday practice on a medical ward. The article focuses on the importance of inpatients on medical wards receiving mobility therapy. Based on the literature and empirical findings, the article addresses the challenges and barriers facing the nurse and patient in relation to mobility therapy. The authors also point to the fact that medical wards stand to benefit from drawing inspiration from accelerated care pathways on surgical wards, and that screening tools and optimisation of multidisciplinary collaboration serve to underpin a focus on mobility therapy.

Keywords: Mobility therapy, immobilisation, medical patients, accelerated care pathways.



Mindfulness Baseret Kognitiv Terapi

Trænerkursus trin 1 og 2 (instruktør)

Intensivt internat med mulighed for fordybelse
*eller har du bare lyst til, for din egen skyld, at
lære mindfulness?*
(Trinene kan tages uafhængigt af hinanden)

Grund- og videreuddannelse i kognitive behandlingsformer

Alle kurser forventes godkendt af de Praktiserende
Lægers Efteruddannelsesfond

Læs mere på www.kognitivcenterfyn.dk

Målgruppe: Læger, psykologer
og tværfagligt personale.

For tilmeldingsprocedure, se www.kognitivcenterfyn.dk
eller kontakt sekr. Yvonne Wintcentzen 5124 0450
onsdag og fredag kl. 9-13 eller yw@kognitivcenterfyn.dk



Dobbeldiagnose I/S

Igen i 2016 tilbydes uddannelse og specialiseringskurser i forhold til arbejdet med mennesker med dobbeldiagnose (psykisk sygdom og misbrug)

- Dobbeldiagnoseuddannelse med opstart i marts 2016
- Motiverende interview (MI) ved dobbeldiagnose
- Acceptance and Commitment Therapy (ACT) ved dobbeldiagnose
- Kognitiv terapi ved mennesker med dobbeldiagnose
- Behandling af kognitive vanskeligheder ved mennesker med dobbeldiagnose i et neuropsykologisk perspektiv
- Konceptet "På vej til et bedre liv - Mestring af rusmiddelproblemer og psykiske problemer"

Nærmere information kan ses på hjemmesiden
www.dobbeldiagnose.com

En ny måde at håndtere konflikter på

Psykiatrien har fået en ny måde at håndtere konfliktfyldt adfærd på. Safewards, som er en engelsk model, forebygger brug af kontrollerende handlinger, f.eks. tvangsfiksering, p.n.-medicinering, skærmning og fastholdelse ved at indføre 10 relationsskabende interventioner, der er baseret på en venlig og faglig tilgang til patienten.

Lene Lauge Berring, SD, MNSC, ph.d.-studerende, udviklings- og forskningssygeplejerske, Psykiatrisk Forskningsenhed Region Sjælland; lele@regionsjaelland.dk

Jesper Bak, SD, MPH, ph.d., oversygeplejerske, Forskningsinstituttet, Psykiatrisk Center Sct. Hans

Safewards blev præsenteret af professor i psykiatrisk sygepleje Len Bowers i forbindelse med afslutningskonferencen for gennembrudsprojektet for nedbringelse af tvang, som foregik i Nyborg i marts 2015 (1). Her deltog fagprofessionelle, politikere, brugere og andre fra hele landet, og der var bred enighed om, at de relativt enkle og praksisnære interventioner ville være brugbare i en dansk kontekst.

Bowers fortalte på konferencen, hvordan han og hans forsker-team har udviklet Safewards på baggrund af 20 års forskning og med udgangspunkt i mere end 1.000 forskningsartikler. Konceptet har haft god indflydelse på almene psykiatriske afsnit i London og andre steder i England. Bowers konkluderer dog, at der ikke findes én mirakelløsning. Årsagen er, at forebyggelse af vold og tvang er komplekse, situationsbundne fænomener, og forebyggelse kræver omtanke og en koordineret indsats fra den samlede personalegruppe i afsnittet samt betydelig ledelsesstøtte.

Nedbringelse af tvang i Danmark

Gennem de sidste 10 år har psykiatriske afdelinger i Danmark arbejdet målrettet på at reducere anvendelsen af tvang i form af bl.a. bæltefiksering. Dette er foregået ved hjælp af Gennembruds-metoden, hvor landsdækkende satspuljeprojekter har haft fokus på at nedbringe tvang. I gennem årene har været fokus på kompetenceudvikling og uddannelse af personale, eftersamtaler med patienter efter tvangsepisoder, samarbejde med pårørende, og sidst i perioden 2012-2014 blev opmærksomheden rettet mod fysiske aktiviteter (2).

» Indtil videre er der kun identificeret to organisatoriske indsatser, der ser ud til at reducere både vold og tvang.

Konflikter i form af vold, trusler, opkørte situationer og tvang er komplekse fænomener, der kræver en betydelig samlet organisatorisk indsats (3,4).

Indtil videre er der kun identificeret to organisatoriske indsatser, der ser ud til at reducere både vold og tvang. Den ene: "Six core strategy" (5) består af seks områder, som organisationen skal have fokus på:

1. Ledelse med henblik på organisationsændringer
2. Anvendelse af data til informationsbaseret praksis
3. Personaleudvikling
4. Anvendelse af forebyggelsesværktøjer
5. Brugerens rolle i psykiatriske afsnit/afdelinger
6. Debriefingteknikker

Den anden indsats er Safewards (6), der er en ny model til forståelse af konflikter og tvang på psykiatriske afsnit. Den består desuden af 10 interventioner, som personalet kan lade sig inspirere af. Safewards er konkret og praksisnær. Det tager mindre end tre timer at orientere sig i materialet, der findes på hjemmesiden www.safewards.net. På denne hjemmeside er der også vejledning til ledelsen om, hvad det kræver at implementere Safewards, f.eks. praktiske fif om at have økonomisk råderum til at printe plakater og indkøbe musik.

Håndtering af konflikter

Safewards består af en sammensat og kompleks konflikthåndteringsmodel, der på en overskuelig måde forklarer konflikters opståen og mulige udvikling. Ud over modellen består Safewards af 10 simple og praksisnære interventioner, der giver idéer til, hvordan konfliktfyldte situationer kan forebygges i psykiatriske afsnit.

De 10 interventioner blev testet på 31 tilfældigt udvalgte afsnit fordelt på 15 forskellige hospitaler. Testen viste, at afsnittene blev betydeligt mere sikre for både personale og patienter (7). Desuden viste det sig, at forholdet mellem patienter og personale blev forbedret, personalets engagement blev øget, og at der blev brugt mindre tid på både tvang og kontrollerende handlinger, se boks 1.

Modellen

Safewards-modellen inkluderer de faktorer, der påvirker omfanget af konflikter og kontrollerende handlinger på afsnittene, se figur 1.

Med konflikter menes alle de patienthandling, der truer patientens egen eller andres sikkerhed. Konflikter kan f.eks. være vold, risiko for selvmord, selvskade eller absentering. ▶

- ▶ Med kontrollerende handlinger menes alt, hvad personalet traditionelt gør for at forhindre disse hændelser i at opstå eller for at minimere de skadelige resultater. Kontrollerende handlinger kan f.eks. være p.n.-medicinering, speciel observation, skærmning, tvangsfiksering eller fastholdelse.

Safewards-modellen beskriver seks domæner: personalet, det fysiske miljø, uden for hospitalet, patientfællesskabet, patientkarakteristika og rammebetingelser. Disse domæner giver risiko for flashpoints, der har kapacitet til at udløse konflikter og/eller kontrollerende handlinger.

Flashpoints er sociale og psykologiske situationer, der opstår ud fra egenskaber i domænerne, og som signalerer eller forudsiger en forestående konfliktadfærd.

Et flashpoint er et sammenfald af mange samtidige faktorer. Det

er ikke muligt at oversætte begrebet til et meningsgivende dansk ord, derfor valgte vi at bevare det engelske udtryk.

Intervention fra personalets side kan påvirke disse processer ved at nedbringe mængden af konfliktskabende faktorer. Interventioner kan forhindre, at flashpoints opstår, og de kan bryde koblingen mellem flashpoint og konflikter, f.eks. ved at personalet vælger ikke at anvende kontrollerende handlinger, og ved at de sikrer, at brug af kontrollerende handlinger ikke fører til yderligere konflikt.

Personalemodifikatorer er egenskaber hos personalet enten hos enkeltpersoner eller i en gruppe. Den måde, hvorpå personalet handler i omgangen med patienterne eller i deres miljø, og den måde, hvorpå personalet starter eller reagerer på interaktion med patienterne, har alle evnen til at påvirke andelen af konflikter og/eller kontrollerende handlinger.

Patientmodifikatorer er måder, patienter kan reagere og opføre sig over for hinanden på, som kan have indflydelse på hyppigheden af konflikter og/eller kontrollerende handlinger. Disse kan påvirkes af personalet.

Boks 1. Fakta om SAFEWARDS-studiet (7).

I artiklen "Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial" publiceret i *International Journal of Nursing Studies* 2015 sep;52(9):1412-22 kan man læse om effekten af at implementere Safewards.

I korte træk beskriver artiklen, hvordan Safewards gennem 10 praktiske relationsskabende interventioner formår at reducere både konflikter og tvang (kontrollerende handlinger) på psykiatriske afdelinger i og omkring London.

Forsøget var et pragmatisk cluster-randomiseret kontrolleret forsøg, hvor 31 psykiatriske afsnit på 15 forskellige hospitaler indgik. Disse afsnit blev delt i to grupper, hvor den ene gruppe gennemførte Safewards-interventionerne, og den anden gruppe gennemførte interventioner, hvor personalet bl.a. fik motion, frugt og andre arbejdsmiljøforbedrende aktiviteter i arbejdstiden. Resultatet viste, at de afsnit, der havde arbejdet med Safewards, reducerede både tvang (kontrollerende handlinger) og konflikter mest. Andelen af konflikter i afsnittene, hvor man havde implementeret Safewards, faldt med 15 pct. (95 pct. SI 5,6-23,7 pct.), og andelen af tvang (kontrollerende handlinger) faldt med 26,4 pct. (95 pct. SI 9,9-34,2 pct.) mere end i kontrolafsnittene. Konklusionen på studiet var, at simple interventioner, implementeret med det formål at forbedre relationen mellem personale og patienter, kan reducere andelen af konflikter og tvang (kontrollerende handlinger).

De 10 interventioner

Afklare gensidige forventninger

At afklare gensidige forventninger betyder, at personalet skal sikre, at patienten ved, hvilke forventninger personalet har til ham. Omvendt skal personalet også sikre, at patienten giver udtryk for, hvilke forventninger han har til personalet. Gensidige og klare forventninger udarbejdes i fællesskab med patienterne.

Kommunikativ deeskalering

Kommunikativ deeskalering er at tale patienten til ro. Modellen, der er indeholdt i Safewards, er inddelt i tre faser, hvor første fase handler om at få kontrol over situationen, i anden fase afklares problemet, og i tredje fase løses problemet sammen med patienten. Safewards har bl.a. en plakat, der kan hænges op i afsnittet, så personalet kan blive inspireret til at deeskalere patienten.

Positive ord

Positive ord betyder, at personalet altid skal sige noget positivt om patienterne. I rapportssituationer og ved vagtskifte skal personalet fremhæve noget positivt i forhold til, hvad hver patient har gjort

under vagten, eller skabe opmærksomhed på patientens ressourcer. Hvis dette ikke er muligt, skal personalet fremhæve noget positivt om måden, hvorpå personalet støttede patienten.

Støtte ved dårlige nyheder

Støtte ved dårlige nyheder betyder, at personalet skal forberede sig, før de fortæller patienten dårligt nyt. Dårligt nyt er f.eks., at patienten ikke kan få udgang eller ikke kan blive udskrevet. Dårligt nyt kan også være en kedelig besked hjemmefra om tætte familiedømlemmer som børn eller ægtefælle. Interventionen skal mobilisere personalet til at yde psykologisk og social støtte til patienten, før frustrationer og fortvivlelse udvikler sig til en konfliktepisode.

Lær hinanden at kende

Lær hinanden at kende er en intervention, hvor personale og patienter skaber mulighed for at lære hinanden at kende, selvom dagligdagen er travl og præges af store udskiftninger

i både personale- og patientgruppen. Lær hinanden at kende handler om både at afdække patientens interesser og personalets interesser. Dermed kan patienterne se, om der er nogle interessefællesskaber med personalegruppen, så det er lettere at skabe kontakt til hinanden. Safewards anbefaler, at der i hvert afsnit er en mappe, der beskriver personale- og patientgruppen i afsnittet.

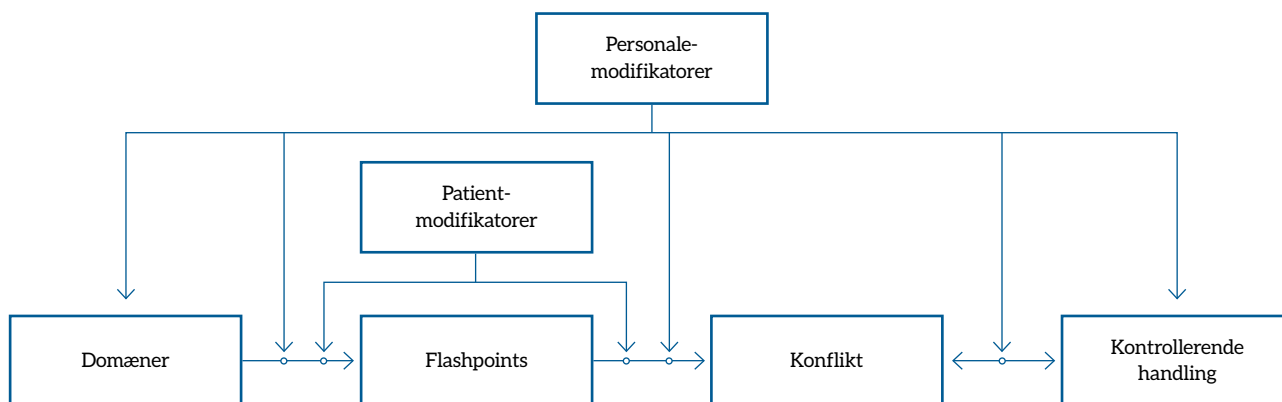
Milde ord

Milde ord er en intervention, hvor personalet mindes om respektfulde og høflige formuleringer gennem:

1. Dagens budskab, som beskriver forskellige milde ord og kan placeres på afsnittets kontor
2. Postkort med særlige tips og meddelelser i et interessant format. I beskrivelsen af interventionen findes overvejelser/tips/anbefalinger inden for områderne:
 - Respektfuld og høflig henvendelse til patienterne



Figur 1. Safewards-modellen



Figur 1 viser, hvordan domæner (personalet, det fysiske miljø, uden for hospitalet, patientfællesskabet, patientkarakteristika og rammebetingelser) giver risiko for flashpoints, der har kapacitet til at udløse konflikter og/eller kontrollerende handlinger. Intervention fra personalets side kan påvirke disse processer ved at nedbringe mængden af konfliktskabende faktorer. Interventioner kan forhindre, at flashpoints opstår, og de kan bryde koblingen mellem flashpoint og konflikter.

- ▶ • At afvise et ønske fra en patient
- At bede patienten om at gøre noget
- At bede patienten om at holde op med at gøre noget.

Hjælp hinanden

Interventionen ”Hjælp hinanden” består i et møde for alle patienter og personale. Mødet handler om, hvordan alle kan hjælpe hinanden gennem resten af dagen, og det følger en struktureret dagsorden. Dagsordenen består af fire punkter: takkerunde, nyhedsrunde, forslagsrunde og runde med ønsker og tilbud.

Beroligende metoder

Interventionen ”Beroligende metoder” består af at udstyre en calm down-kasse med beroligende udstyr til afsnittet. Når en patient virker anspændt og/eller urolig eller udviser andre velkendte tegn, der indikerer, at han kan blive vred eller aggressiv, tilbydes metoder fra calm down-kassen, før p.n.- medicinering overvejes. Kassen indeholder forskellige sansestimulerende redskaber, som personalet enten selv kan vælge at komme i eller blive inspireret til fra en vejledning på Safewards’ hjemmeside. F.eks. en ball stick-bold.

Genskabe tryghed

Interventionen ”Genskabe tryghed” handler om at genskabe tryghed blandt patienterne i afsnittet efter en voldsom eller uforståelig hændelse. Personalet skal spørge til, hvordan patienterne har oplevet det, der er sket, og hvilken virkning det har haft på dem. Patienterne skal have en forklaring på, hvad der er sket. Personalet bør i de efterfølgende dage gøre en ekstra indsats for at være synlige på afsnittet og tale med patienterne på en varm og omsorgsfuld måde. Målet med personalets tilstedeværelse, forklaring og støtte er at få alle patienter til at føle sig trygge.

Udskrivelseshilsen

Interventionen ”Udskrivelseshilsenen” består i, at alle patienter på udskrivelsesdagen anmodes om at skrive et kort til afsnittet. Udskrivelseshilsenen hænges på en fælles opslagstavle

i afsnittet. Kortet skal beskrive, hvad patienten godt kan lide ved afsnittet, ved personalet, og hvad der foregik på afsnittet i løbet af hans ophold. Formålet med interventionen er, at nye patienter kan læse disse beskeder til beroligelse og for at øge følelsen af håb.

Safewards på dansk

Len Bowers har støttet, at Safewards blev oversat til dansk. Modellen kan findes på Safewards’ hjemmeside ved siden af den tyske, hollandske, finske og tyrkiske oversættelse.

I oversættelsesarbejdet har vi tilstræbt at være tro mod den engelske kontekst, og der vil være vendinger på engelsk, og dette er meningen.

” Safewards-modellen inkluderer de faktorer, der påvirker omfanget af konflikter og kontrollerende handlinger på afsnittene.

Oversættelsen er initieret af Lene Berring, Jesper Bak og Jakob Hvidhjelm med økonomisk støtte fra Region Sjællands Psykiatri og Psykiatrisk Center Sct. Hans, der skabte mulighed for den første professionelle oversættelse af materialet.

Dette blev herefter gennemgået for forståelse af initiativtagerne, hvorefter repræsentanter fra psykiatriske afdelinger i hele Danmark bidrog med en grundig gennemskrivning af alle dokumenter. Materialet er i alt gennemskrevet tre gange.

Oversættelsen blev gennemført i sommeren 2015, og vi forventer en mindre revision af materialet inden for de kommende år. Revisionen vil inddrage sprogmæssige ændringer, når klinikken anvender de forskellige interventioner.

Præsentationen er herefter sendt til Len Bowers, som har sørget for at lægge den på Safewards hjemmeside. Interventionerne kan tilpasses egen praksis og skal opfattes som inspiration.

Det danske oversættelsesteam kan findes på hjemmesiden (www.safewards.net).

Lene Berring er med i en Safewards ledelsesgruppe, der er nedsat af Len Bowers. Formålet med gruppen er at samarbejde internationalt om implementering af Safewards og udveksle erfaringer om anvendelsen. På længere sigt er ideen også at igangsætte internationale forskningsprojekter.

Litteratur

1. Bowers L. Safewards. > <https://vimeo.com/Safewards>. Nyborg; 2015.
2. Høgh H, Thomsen SM. Inspirationskatalog Nedbringelse af tvang i psykiatrien 2012-2015. Aarhus: CFK. Folkesundhed og Kvalitetsudvikling; 2015.
3. Huckshorn KA, LeBel J, Jacobs HE. An organizational approach to reducing and preventing restraint and seclusion use with people with acquired brain injury. *NeuroRehabilitation*. 2014; 34(4):671-80.
4. Putkonen A, Kuivalainen S, Louheranta O, Repo-Tiihonen E, Rynnänen O-P, Kautiainen H et al. Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. *Psychiatr Serv Wash DC*. 2013 Sep 1; 64(9):850-5.
5. Huckshorn KA. Reducing seclusion restraint in mental health use settings: core strategies for prevention. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2004 Sep; 42(9):22-33.
6. Bowers L, Alexander J, Bilgin H, Botha M, Dack C, James K et al. Safewards: the empirical basis of the model and a critical appraisal. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014 May; 21(4):354-64.
7. Bowers L, James K, Quirk A, Simpson A, SUGAR, Stewart D et al. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2015 Sep; 52(9):1412-22.

English abstract

Bak J, Berring LL. A new approach to reducing conflict. *Sygeplejersken* 2015;(13):89-93.

Safewards is an evidence-based model for reducing conflict, which identifies a number of conflict-originating factors that give rise to particular flashpoints on psychiatric wards. These have the potential to trigger conflicts. Once staff are familiar with these flashpoints, they can then influence the scale of conflicts and reduce them on the ward. In addition, the model is supported by 10 basic, practice-centred interventions which provide suggestions for how conflicts may be prevented and reduced in psychiatric units. The intention is for the interventions to improve staff-patient relations and to create positive and peaceful settings that are conducive to preventing containment and violence.

The introduction of Safewards has greatly reduced the incidence of violence and containment in general psychiatric units in London and elsewhere in the UK. Safewards is not a miracle solution. The prevention of containment and violence requires care and a coordinated commitment on the part of the staff team unit-wide and considerable management backing. Safewards has been translated into Danish by staff from psychiatric units in Denmark, and is available on the Safewards website together with the German, Dutch, Turkish and Finnish translations.

Keywords: Safewards, conflict reduction, prevention, violence, containment, psychiatry.

Norge
Oslo Stavanger Bergen
100 kommuner Sykehus

Er DU siste brikke i puslespillet?

Vacant har puslet ferdig
god lønn,
ledig arbeid,
gratis reise,
gratis bolig

Siste brikke mangler
SYKEPLEIERE

Vacant
MER ENN DU FORVENTER

+ 47 23055555 / www.vacant.no / cv@vacant.no / facebook.com/vacanthelse

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

JOB



SE ALLE STILLINGER: WWW.JOB.DSR.DK

Praktiske oplysninger til annoncører

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

Nr. 14 - 2015 **Nr. 1 - 2016** **Nr. 2 - 2016**
18. november 2015 18. december 2015 20. januar 2016

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. 14 - 2015 **Nr. 1 - 2016** **Nr. 2 - 2016**
23. november 2015 4. januar 2016 25. januar 2016

Sidste frist for indlevering af materiale er kl. 10 hos Dansk Mediaforsyning ApS

Udgivelsesdatoer

Nr. 14 - 2015 **Nr. 1 - 2016** **Nr. 2 - 2016**
7. december 2015 18. januar 2016 8. februar 2016



Sådan læser du din lønseddel ...

www.dsr.dk

Dansk Sygeplejeråd



Sygeplejerske med ledererfaring?

En stilling som afdelingssygeplejerske på vores psykiatriske afdeling er ledig pr. 1. januar 2016.

Se hele annoncen inde på vores hjemmeside **www.dsr.dk** under 'Job i Grønland'.

midt
regionmidtjylland

Skadestuesygeplejerske ved Samsø Sundheds- og Akuthus

Vi søger en skadestuesygeplejerske til Akutklinikken, snarest muligt på fuldtid.

Klinikken modtager borgere med akutte skader og akut opstået sygdom, som tilses og behandles af vagtlæge.

Vi har fire observationspladser, hvor patienterne observeres og behandles indtil de enten afsluttes og går hjem, eller overflyttes til videre udredning og behandling på fastlandet.

Skadestuesygeplejersken foretager observationer, tager blodprøver, basale røntgenoptagelser og medvirker ved den akutte behandling.

Ansøgningsfrist den 30. november 2015

et arbejde med hjerne og hjerte

midtjob
.dk



Følg os på Facebook, hvor vi tipper om ledige stillinger og giver råd og info om job og arbejdsliv [fb.com/dsakasse](https://www.facebook.com/dsakasse)

Tryghed gennem hele arbejdslivet

DSA er med dig. Vi søger for, at du får dagpenge, hvis du pludselig står uden job. Er du tilmeldt efterlønsordningen, giver vi dig mulighed for en fleksibel tilbagetrækning med efterløn.

Som medlem af DSA får du tryghed og muligheder. Vores sundhedsfagligt uddannede karrierekonsulenter giver dig professionel vejledning, så du hurtigt kan finde nye veje i arbejdslivet. Bliver du syg, står vores socialfaglige konsulenter klar. De kender dine rettigheder og muligheder.

DSA.dk

DANSKE
SUNDHEDSORGANISATIONERS
ARBEJDSLØSHEDSKASSE



Net annoncer


Gå ind på <http://job.dsr.dk/>


Indtast Quick-nummeret, så kommer du direkte ind til netannoncen, hvor du kan læse meget mere om stillingen.


Netannoncer kan indtastes hele døgnet.


Quicknr. **Hovedstaden**
Københavns Kommune 
19613413
Dygtig og engageret afdelingssygeplejerske til Plejecentret Verdishave
Ansøgningsfrist: 19. november 2015


Quicknr. **Hovedstaden**
Områdecenter Lystoftebakken 
19534516
Dagsygeplejerske
Ansøgningsfrist: 19. november 2015


Quicknr. **Hovedstaden**
Københavns Kommune 
19108732
Teamleder til Rehabiliteringscenter Indre By-Østerbro
Ansøgningsfrist: 17. november 2015


Quicknr. **Hovedstaden**
Gentofte Kommune 
19534576
Demenskonsulent
Ansøgningsfrist: 4. december 2015


Quicknr. **Hovedstaden**
Læge Nete Hecksher, Frederiksberg 
19597194
Konsultationssygeplejerske
Ansøgningsfrist: 1. december 2015


Quicknr. **Hovedstaden**
Københavns Kommune 
19423548
Sygeplejersker til dagvagt i Hjemmeplejecenter Nord
Ansøgningsfrist: 18. november 2015


Quicknr. **Hovedstaden**
Københavns Kommune 
19676323
Sygeplejefaglig afdelingsleder til Neurologi- og rehabiliteringscenter
Ansøgningsfrist: 19. november 2015


Quicknr. **Hovedstaden** 
19746546
Amagercentrets læger, København
Konsultationssygeplejerske
Ansøgningsfrist: 4. december 2015

Quicknr. **Hovedstaden** 
19807793
Frederikssund Kommune
Planlægger til Døgnplejen og Sygeplejen
Ansøgningsfrist: 20. november 2015


Quicknr. **Hovedstaden**
Københavns Kommune 
19808710
Sygeplejerske med erfaring i demens og gerne uddannelse i demens til vores team
Ansøgningsfrist: 20. november 2015

Quicknr. **Hovedstaden** 
19801248
Brøndby Kommune
Sygeplejerske til Behandlingscenter Brøndby
Ansøgningsfrist: 7. december 2015

Quicknr. **Hovedstaden**
Københavns Kommune 
19808451
Sygeplejefaglig leder til Hjemmepleje Center Midtbyen
Ansøgningsfrist: 19. november 2015

Quicknr. **Udland** 
19425205
Dronning Ingrid Hospital, Nuuk
Sygeplejerske(-r) med lyst og interesse for psykiatrien eller psykiatrisk erfaring
Ansøgningsfrist: 15. december 2015

Quicknr. **Udland** 
19457294
Dronning Ingrid Hospital, Nuuk
Psykiatrisk område søger sygeplejersker til Rotationsordning
Ansøgningsfrist: 11. december 2015

Quicknr. **Udland** 
19425374
Dronning Ingrid Hospital, Nuuk
Afdelingssygeplejerske til psykiatrisk afdeling A1
Ansøgningsfrist: 24. november 2015

Seniorsammenslutningens arrangementer

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

Seniorsammenslutningens landsmøde 2016

Seniorsammenslutningen i DSR, afholder højskole uge, landsmøde og generalforsamling 4. - 10. august 2016, på Bornholms Højskole, Almindingsvej 35, 3720 Aakirkeby. Yderligere oplysninger tlf.: 5697 4077 eller 3056 2470 / www.bornholmshojskole.dk E-mail: kontor@bhhs.dk Tilmelding direkte til højskolen, senest den 30. december 2015. Husk at opgive medlemsnummer ved tilmelding. Pris på værelser - se program for Højskolen.

Hovedstaden

Seniorsygeplejerskerne i Kreds Hovedstaden Nord

Vi afholder vores julemøde. Medbring en pakke til max. kr. 25

Tid og sted:

2. dec. 2015 kl. 12:00 - 16:00
Rådhusstræde 29,
3400 Hillerød

Arrangør:

Seniorsygeplejerskerne i Kreds Hovedstaden Nord

Tilmelding:

Inden den 24. november på tlf.: 2345 8507 eller e-mail: bptvingsvej@gmail.com

Pris:

Kr. 100 for mad og drikke

Julemiddag

Seniorsammenslutningen Kreds Hovedstaden Vest

Vi inviterer atter til julemiddag, med vin og vand ad libitum, samt kaffe og småkager. Medbring lille gave til ca. 30 kr.

Tid og sted:

3. dec. 2015 kl. 16:00 - 20:00
Holmegårdsparken, Ordrupvej 30, 2920 Charlottenlund

Arrangør:

Seniorsygeplejersker Hovedstaden Vest

Tilmelding:

Senest den 27. november til Lisbeth Vendelbo, tlf.: 3675 6483 eller Karen Kjettrup, tlf.: 4717 7930

Pris:

Kr. 200

Julefrokost

Hovedstaden Kreds Central

Så nærmer julen sig og vores julefrokost, som vi i år skal nyde i Garnison kirkens menighedshus. Der bliver lækker julemad og lidt underholdning. Vi skal også synge sammen til flygeltoner leveret af Hans.

Tid og sted:

8. dec. 2015 kl. 11:30 - 15:00
Ganison kirkens menighedshus, Sankt Annæ Plads København K

Arrangør:

Seniorsammenslutningen

Tilmelding:

Senest d. 4.12.2015 til e-mail: dorapawlovski@outlook.dk eller på tlf.: 4050 8579

Pris:

Kr. 200

Sjælland

Kom til julefrokost på Elmely Kro

Vi spiser frokost sammen i hyggelige omgivelser, og der bliver underholdning samt lotteri.

Tid og sted:

2. dec. 2015 kl. 12:30 - 16:30
Elmely Kro, Holbæk Landevej 63, 4350 Ugerløse

Arrangør:

Seniorsygeplejerskerne i Vestsjælland

Tilmelding:

Til Ilse, tlf.: 2013 1657 eller Karen, tlf.: 2073 5006 senest den 25. november 2015

Pris:

Kr. 100 ekskl. drikkevarer

Syddanmark

Seniorsammenslutningen Fyn

Vel mødt til julefrokosten, som afholdes på Restaurant Næsbyhoved Skov.

Vi nyder en juleanretning, samt kaffe og kage.

Husk at medbringe en pakke, til en værdi af ca. 25 kr.

Tid og sted:

3. dec. 2015 kl. 13:00 - 17:00
Restaurant Næsbyhoved Skov, Kanalvej 52, 5000 Odense C

Arrangør:

Seniorsammenslutningen Fyn

Tilmelding:

Senest den 24. november til Conny, tlf.: 2176 8818, e-mail: coands@gmail.com eller til Lisbeth, tlf.: 2496 4599, e-mail: lisbeth.aavang.jensen@gmail.com

Pris:

Kr. 200 for maden, drikkevarer efter eget ønske, afregnes med restauranten

Yderligere info:

www.dsr.dk

Seniorsammenslutningen Trekanten

Så skal vi mødes til julefrokost, torsdag den 26. november.

Program: En lækker julefrokost, underholdning og kaffe. Medbring venligst selv drikkevarer.

Tid og sted:

26. nov. 2015 kl. 12:00 - 16:00
DSR's lokaler, stueetagen, Vejlevej 121, 7000 Fredericia

Arrangør:

Seniorsammenslutningen Trekanten

Tilmelding:

Senest den 23. november kl. 12.00, til Jenny Malberg, tlf.: 3123 7433 eller Kirsten Thygesen, tlf.: 7550 7881 / 3091 4184

Pris:

Kr. 100

Yderligere info:

www.dsr.dk

Midtjylland

Seniorsammenslutningen Kreds Midtjylland, Århus afdeling

Seniorsammenslutningen i Århus afholder julefrokost i Kloster Caféen.

Bemærk: Ved tilmelding betales depositum - se nærmere under pris.

Tid og sted:

8. dec. 2015 kl. 12:30 - 17:00
Kloster Caféen, Klostergade 37, 8000 Århus C

Arrangør:

Kontaktudvalget, Seniorsammenslutningen i Århus

Tilmelding:

Senest den 1. december 2015, på tlf.: 2398 1009 eller 8619 1708

Pris:

Kr. 200, ved tilmelding betales kr. 100 i depositum, som ved afbud senere end den 1. december 2015 ikke gives retur

Seniorsammenslutningen Kreds Midtjylland Viborg/ Skive afd.

Vi afholder julefrokost på Kongenshus Hotel, hvor der serveres en lækker frokostmenu. Mød op til en hyggelig eftermiddag og mød tidligere kollegaer.

Tid og sted:

3. dec. 2015 kl. 12:00 - 16:00
Kongenshus Hotel, Vestre Skivevej 142, 8800 Viborg

Arrangør:

Seniorsammenslutningen,
Kontaktudvalget for
Viborg/Skive afdeling

Tilmelding:

Senest den 26. november 2015,
til Ingrid Bøge, tlf.: 8688 0084,
mail: ingridboege@hotmail.com
eller Else Marie Koefoed,
tlf.: 8664 7332,
mail: emjkoefoed@gmail.com

Pris:

Kr. 150

Nordjylland

Seniorsammenslutningen i Kreds Nordjylland

Vi afholder julefrokost i Papegøjehaven "Gæstesalen".

Tid og sted:

1. dec. 2015 kl. 11:00 - 15:00
Aalborg Kongres & Kultur Center,
Europaplads 2, Aalborg

Arrangør:

Kontaktudvalget / Seniorsammenslutningen

Tilmelding:

Senest 27. november 2015 til
Birgit Hansen, tlf.: 6084 6854
eller AnnaLise Bonde,
tlf.: 2283 4628 - gerne sms
tilmelding

Pris:

Kr. 200

Yderligere info:

www.dsr.dk/nordjylland

DSR Meddelelse

Syng dig glad med "Piger i Pink"

Vi har et herligt kor i DSR Kreds Midtjylland, for sygeplejersker og studerende, der er medlem af DSR. Vi har en fantastisk korleder, og vi øver 2 timer en gang i måneden. Af og til giver vi koncerter med et alsidigt repertoire.

Er du interesseret i at deltage: Se www.dsr.d/midtjylland eller kontakt koordinator Ilse Larsen, tlf. 6061 4155

DSR Fonde og legater

Legatmeddelelse Maria og Johs. Herfurths fond

Fondens formål er at yde støtte til uarbejdsdygtige sygeplejersker (erhvervssygdomme). Det er vigtigt at medsende dokumentation for hvilken erhvervssygdom, der gør dig uarbejdsdygtig. Ansøgning sker elektronisk på www.dsr.dk/legater. Ansøgningsperioden er fra 16. november - 4. december 2015. Svar på ansøgning gives inden for ca. 3 uger efter ansøgningsfristen.

DSR Kredsmøde

Hovedstaden

Kend dine rettigheder

Lær, hvordan du tjekker din lønseddel og bliv klogere på vigtige forhold, der har indflydelse på dine løn- og arbejdsvilkår. Måltrettet nyuddannede, men alle er velkommen.

Tid og sted:

3. dec. 2015 kl. 16:30 - 18:30
Frederiksborggade 15, 4.
1360 København K.

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

Der er tilmelding

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Trænger du til ...ferie?



Fritidshus i Gl. Skagen

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

ITALIEN HOS HANNE

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

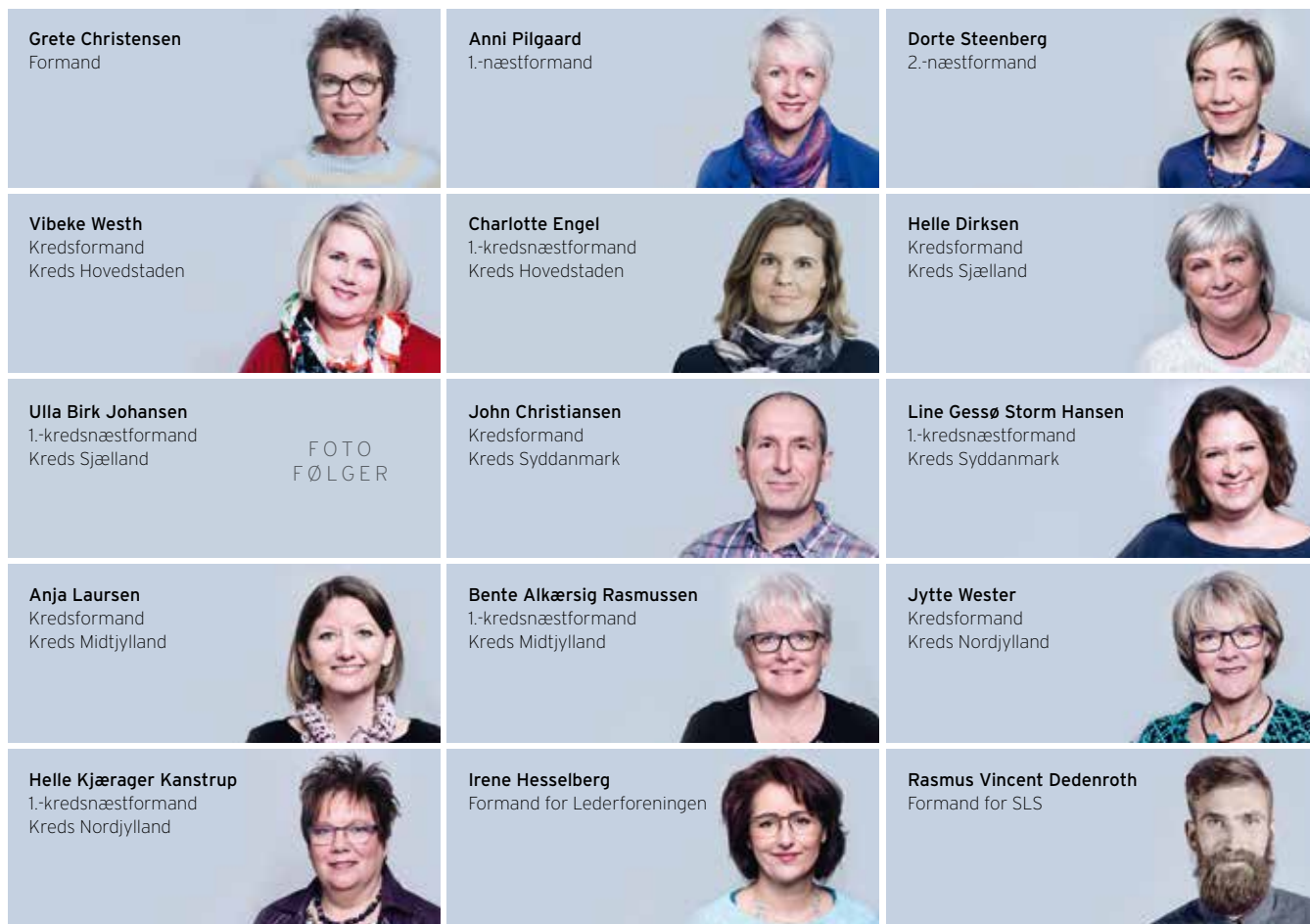
Eller nær TOSCANA, 2 natur-skønne landhuse med pejsestue, køkken, 2-3 værelser, 2 wc og lille have. Udlejes hele året Fra kr. 3.200/uge.

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

Familieweekend Vestfyn

Weekendophold max. 24 pers. 4 ferielejl., den ene med spiseplads til alle. Borde, stole, service, ovn, opvaskemask. osv. Idyllisk 4-længet stråttækt bondegård. Have med legeplads, boldspil, høns, kaniner, shelter, bålplads, ved Assens. Weekend kr. 5800,-. www.kastanjegaarden.dk
Tlf. 6471 5516 / 2015 1786.

DANSK SYGEPLEJERÅD
HOVEDBESTYRELSE



DANSK
SYGEPLEJERÅD
CENTRALT

Administrerende direktør
Anne Granborg

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

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

**Lederforeningen
Dansk Sygeplejeråd**
Sekretariatschef
Bo Christensen
Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
Telefon: 4695 3900
www.dsr.dk/lederforeningen
lederforeningen@dsr.dk

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

Sygeplejeetisk Råd

Formand
Randi Bligaard
Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
www.sygeplejeetiskraad.dk

KREDS
HOVEDSTADEN

Kredschef
Anne Tovborg

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

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

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

Telefontid
Man, tirs, tors 9.00-12.00

Hjemmesiden indeholder
individuelle kontaktoplysninger
på kredsens medarbejdere
og formandskab.

KREDS
SJÆLLAND

Kredschef
Mads Hylgaard

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

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

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

KREDS
SYDDANMARK

Kredschef
Jan Villumsen

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

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

KREDS
MIDTJYLLAND

Kredschef
Ann Dahy

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

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

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

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

KREDS
NORDJYLLAND

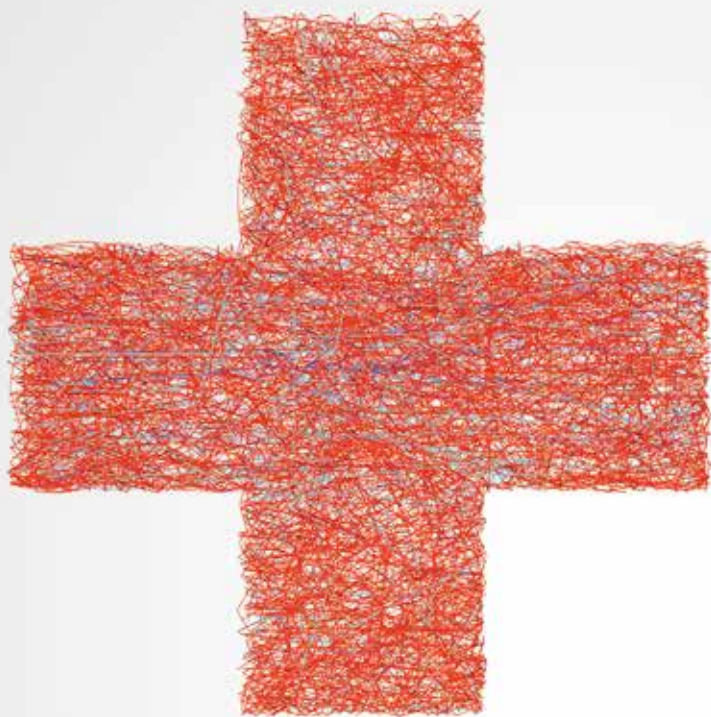
Kredschef
Iben Gravesen

Sofiendalsvej 3
9200 Aalborg SV
Telefon: 4695 4850
Fax: 9634 1426
www.dsr.dk/nordjylland
nordjylland@dsr.dk

Kontorets åbningstider
Man - ons 9.00-15.00
Tors 13.00-16.00
Fre 09.00-12.00



ER DU SYKEPLEIER OG HAR LYST TIL Å JOBBE I NORGE?



1

Mye eller lite?

Du kan velge å jobbe i korte eller lange perioder.

2

Når og med hva?

Styr din egen arbeidstid og prøv ulike arbeidsoppgaver.

3

Hvor i Norge?

I nord, syd, øst eller vest – eller litt her og litt der.

Dedicare tilbyr sykepleiere og spesialsykepleiere fleksibilitet, trygghet og uforglemmelige opplevelser. Våre kunder er alle sykehusene i Norge og mer enn 70 kommuner. Du kan for eksempel jobbe i Nord-Norge om sommeren og i Oslo om vinteren. Valget er ditt!

I Norge kan du kombinere en interessant jobb og god lønn med fantastisk natur – som høye fjell, fjorder, nordlys og skumuligheter. Dedicare betaler både reisen og boligen din!

www.dedicare.no/nurse

+47 07480 – rekruttering@dedicare.no

Vi byr oss mer!

DEDICARE
Nurse