



Den terrængående
problemløser

Spørg om Fag
Hyperventilerer
patienter med KOL?

SYGGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING  NR. 20 • 19. NOVEMBER 2010 • 110. ÅRGANG



Pneumoni
**Kliniske
retningslinjer
reducerer
dødelighed**

Bliv klogere
på OK 11

**Når patienten
giver røde kinder**



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

Har du tænkt over, om du har råd...?



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

Januvia® (sitagliptin, MSD)

Enhancing incretins.
Enhancing physiologic control.

I kombination med andre hyppigt ordinerede midler

JANUVIA giver mulighed for substantiel glukosereduktion hos patienter med type 2-diabetes¹

JANUVIA har i kliniske studier²

- vist substantielle HbA_{1c}-reduktioner ved en fysiologisk virkningsmekanisme¹
- vist at være generelt vægtneutralt og med lav risiko for hypoglykæmi¹
- vist at være generelt veltolereret¹
- altid doseret 1 gang dagligt¹

Se venligst EMAs godkendte produktresumé inden receptudskrivelse.

Til patienter med type 2-diabetes mellitus. JANUVIA er indiceret til at forbedre den glykæmiske kontrol: Som monoterapi hos patienter, der ikke er tilstrækkeligt kontrolleret ved diæt og motion alene, og når metformin ikke er hensigtsmæssig pga. kontraindikationer eller intolerance. Som dual oral behandling sammen med metformin i de tilfælde, hvor diæt og motion plus metformin alene ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol; sammen med et sulfonylurinstof, når diæt og motion plus maksimal tolereret dosis af et sulfonylurinstof alene ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol, og når metformin ikke er hensigtsmæssig pga. af kontraindikationer eller intolerance; sammen med en PPAR γ -agonist (dvs. et glitazon), når anvendelse af en PPAR γ -agonist er hensigtsmæssig, og når diæt og motion plus PPAR γ -agonisten alene ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol. Som tripel oral behandling sammen med et sulfonylurinstof og metformin, når diæt og motion plus dual behandling med disse lægemidler ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol; sammen med en PPAR γ -agonist og metformin, når anvendelse af en PPAR γ -agonist ikke er hensigtsmæssig, og når diæt og motion plus dual behandling med disse lægemidler ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol.

Januvia er også indiceret som tillægsbehandling til insulin (med eller uden metformin), når diæt og motion plus stabil dosering af insulin ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol.

Janumet® (sitagliptin/metformin, MSD)

Changing the course to glucose control.

Til patienter, der ikke er velkontrollerede med metformin²

JANUMET giver mulighed for markante HbA_{1c}-reduktioner²

JANUMET har i kliniske studier²

- vist markante HbA_{1c}-reduktioner²
- vist vægttab og færre tilfælde af hypoglykæmi (med sitagliptin 100 mg + metformin) vs glipizid, SU + metformin³
- demonstreret omfattende virkning rettet mod 3 primære defekter ved type 2-diabetes²

Se venligst EMAs godkendte produktresumé inden receptudskrivelse.

Til patienter med type 2-diabetes mellitus. JANUMET er indiceret som supplement til diæt og motion til forbedring af den glykæmiske kontrol hos patienter, der ikke er tilstrækkeligt kontrolleret på den max. tolererede dosis metformin alene eller hos de patienter, som allerede er i behandling med kombinationen af sitagliptin og metformin. JANUMET er indiceret som supplement til diæt og motion i kombination med et sulfonylurinstof (dvs. tripel kombinationsbehandling) hos patienter, der ikke er tilstrækkeligt kontrolleret på den max. tolererede dosis metformin og sulfonylurinstof. JANUMET er indiceret som tripel kombinationsbehandling sammen med en PPAR γ -agonist (dvs. et glitazon) som supplement til diæt og motion hos patienter, der ikke er tilstrækkeligt kontrolleret på den max. tolererede dosis metformin og PPAR γ -agonist. JANUMET er også indiceret som tillægsbehandling til insulin (dvs. tripel kombinationsbehandling) som supplement til diæt og motion til forbedring af den glykæmiske kontrol hos patienter, når stabil dosering af insulin og metformin alene ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol.

Se venligst EMAs godkendte produktresumé inden receptudskrivelse.

© MSD

*Varemærke registreret af Merck & Co. Inc., Whitehouse Station, N.J., USA

www.januvia.dk www.univadis.dk

Illustrationen er en kunstnerisk gengivelse og repræsenterer ikke nødvendigvis den kliniske effekt.

PRODUKTINFORMATION FINDES PÅ SIDE 9

 MSD DIABETES

20 INDHOLD

KORT

- 7 Kendskab til accelererede forløb skal speedes op**
Sygeplejestuderende mangler viden om de accelererede forløb, og det vil et studenternetværk nu lave om på.
- 14 Mindre sympati for lungekræftpatienter**
Mere end hver sjette dansker har mindre sympati for patienter med lungekræft, viser en undersøgelse. Det er især unge, der udtrykker mindre sympati for patientgruppen.

TEMA OM BLUFÆRDIGHED

- 16 Når patienten giver røde kinder**
For mange studerende er det første møde med en patients nøgenhed omgærdet af stor blufærdighed, som kan forstærkes af manglende erfaring og tabu om f.eks. nedre toilette. Nutidens forestilling om den perfekte krop spiller også ind.
- 20 Fra sippet sekretær til sej sygeplejerske**
Et sommerferiejob og 10 ugers klinik på et kardiologisk sengeafsnit har forvandlet Katja Pihl fra sippet til sej. Et par hurdler skulle overvindes, men nu kaster hun sig uden problemer over opgaver som patientbade og nedre toilette.
- 22 Plads til at dumme sig**
Øvelse gør mester, siger et ordsprog. Øvelse gør tryk, siger man på sygeplejeuddannelsen i Næstved. Her får de studerende den praktiske sygepleje i hænderne, allerede før de kommer ud i klinik. Konceptet kaldes skill lab.

BAGGRUND

- 26 Portræt: Den terrængående problemløser**
Grete Christensen er typen, som ikke kan lade være med at finde løsninger. Hvad enten det drejer sig om konflikter i en gruppe eller om en firehulstrækker, der bryder sammen i Afrika. For godt et år siden blev hun formand for Dansk Sygeplejeråd.
- 40 På job: Skønt, at det også kan gå fremad**
Sygeplejerske Grethe Garonfolo, Århus, har udviklet en metode til supervision af personalet i plejeboligerne, hvor hun arbejder. Den hedder kvalitetsbesøg.

NYT FRA DSR – DIN ORGANISATION

- 32 Leder: Forhandlinger i et forandret Danmark**
Det bliver en udfordring at få lønforbedringer, der er store nok til at dække prisstigningerne de kommende år og regningen fra reguleringsordningen. Men vi vil kæmpe for, at ingen sygeplejersker skal sidde tilbage med færre penge end i dag, når huslejen og regningerne er betalt.
- 36 Bliv klogere på overenskomst 2011**
OK 11 er fire tegn, du som sygeplejerske vil støde på mange gange i løbet af de næste måneder, i bl.a. Sygeplejersken og på www.dsr.dk. Her kan du løbende følge overenskomstforhandlingerne og få præsenteret en række centrale begreber og aktører.

Forsidefotos: IStock og Søren Svendsen



VELKOMMEN

FAG

50 Faglig information

54 Patientforløb for patienter indlagt med pneumoni

En audit viser store variationer mellem afdelingers praksis i forhold til patienter indlagt med pneumoni.

62 Omsorg for børn, hvis forældre er ramt af psykisk lidelse

Psykiatrisk Team Vordingborg har gennem syv år arbejdet målrettet med familiesamtaler og samtalegrupper for børn af forældre med psykiske lidelser.

66 Lær at kommunikere, mens du arbejder

60 sygeplejersker i Gynækologisk Klinik på Rigshospitalet har haft fokus på kommunikation. 76 pct. af sygeplejerskerne oplevede sig efterfølgende bedre rustede til bl.a. de svære patientsamtaler.

I HVERT NUMMER

- 10 Test din viden
- 13 Dilemma
- 14 Statistikken
- 15 Studerende i praksis
- 24 Anmeldelser
- 31 5 faglige minutter
- 38 Parentes
- 43 Spørg om Fag
- 44 Navne: Mig og mit job
- 46 Debat
- 69 Stillingsannoncer
- 72 Kurser/møder/meddelelser
- 74 Kontakt

BEMÆRK VENLIGST

NÆSTE NUMMER AF
SYGEPLEJERSKEN,
NR. 21/2010,
UDKOMMER
FREDAG DEN
10. DECEMBER 2010

www.sygeplejersken.dk

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



Kulturfænomener bevæger sig i bølger. Det opdager man, hvis man lever længe nok.

Her gik vi og troede, at vi var blevet fuldstændig uden hæmninger og løsslupne, da de frække tekster og billeder blev fuldt legale, og så vokser der nye generationer op, som genopdager blufærdigheden. Det er interessant. Det må være den indbyggede chip med blufærdighed, vi fik som mennesker, da vore tidligste forgængere demonstrerede ulydighed, blev selvbevidste og af samme grund fik det røde kort og måtte forlade Paradiset.

I dette nummer af Sygeplejersken belyses blufærdigheden blandt danske sygeplejestuderende anno 2010. Kliniske vejledere fortæller, at blufærdigheden blandt sygeplejestuderende er blevet mere synlig i de senere år. Til gengæld er vi – paradoksalt nok – blevet bedre til at tale om blufærdigheden, og plejepersonalet er jo nødt til at kunne håndtere sin egen blufærdighed i forhold til patienterne. Hjælp med nedre toilette, som det hedder på plejesprog, er en del af basal pleje. Personalets indbyggede blufærdighed har imidlertid den sidegevinst, at der bliver taget større hensyn til patienternes blufærdighed. Det er jo ikke af vejen, når patienterne har det ubehageligt nok i forvejen.

God læselyst!

Søren Palsbo

Søren Palsbo, journalist
sp@dsr.dk



Danskerne kan selv

Danskernes evne til at lede sig selv er Danmarks stærke kort i overgangen fra industrisamfund til videnssamfund. 52 pct. af den danske arbejdsstyrke har en høj kompetence inden for selvledelse, mens 41 pct. har en middelhøj kompetence. Næsten lige så stærkt står den danske arbejdsstyrke med hensyn til kommunikationskompetence, mens det i den anden ende af skalaen står skidt til med kendskabet til andre lande og kulturer.

Kilde: Det Nationale Kompetenceregnskab 2005.

Nye ord og regler om arbejdsmiljø

Fra den 1. oktober hedder det ikke længere sikkerhedsrepræsentant, men arbejdsmiljørepræsentant. Det er en af de ændringer, den nye arbejdsmiljølov har ført med sig. Andre ændringer er, at virksomheder får friere hænder til at vælge, hvordan arbejdsmiljøindsatsen skal organiseres, og at ledelsen skal inddrages mere i arbejdet.

Kilde: www.arbejdsmiljoviden.dk

Ost eller ymer?

Et netbaseret opslagsværk om screening, kostformer, diæter, persongrupper og dagkostforslag er nu tilgængeligt for sygeplejersker. Afsenderen af "Den nationale Kosthåndbog" er bl.a. Sundhedsstyrelsen og Fødevarestyrelsen. Bogen skal gøre det nemt at finde aktuell viden om den rette ernæring til den spisende, hvad enten hun er gammel og småtspisende eller nyopereret.

Prøv kosthåndbogen på www.kostforum.dk

Nye besparelser for 2011 på vej i Region Midtjylland

En ny sparerunde truer på de midtjyske sygehuse. Regionen skal finde 192 mio. kr. på næste års budget.

To måneder efter, at politikerne i Region Midtjylland indgik forlig om næste års budgetter, har regionen varslet nye besparelser for 192 mio. kr. på 2011-budgettet og yderligere 263 mio. kr. i 2012.

"De varslede besparelser både forurodiger og harmer mig," siger kredsformand Else Kayser, Dansk Sygeplejeråd, i en pressemeddelelse.

"Patienter, pårørende og de ansatte vil i den grad blive ramt af endnu en sparerunde," fremhæver Else Kayser, der opfordrer regionens politikere, organisationer og borgere til fælles reaktion på planerne.

Efter kommunalreformen har Region Midtjylland været utilfreds med fordelingen af de statslige bloktilskud, som udgør størstedelen af regionernes indtægter. Og da regionen lagde budget for de kommende år, var det med den forudsæt-

ning, at fordelingsnøglen blev lavet om. De midtjyske regionspolitikere budgettede med en stigning i bloktilskuddene på 193 mio. kr. næste år i forventning om, at regeringen ville fremsætte et lovforslag om ændring af fordelingsnøglen. Men det er ikke sket, og derfor må regionen nu skære budgettet tilsvarende ned.

"Konsekvensen af endnu en sparerunde vil være, at de ansatte igen skal opleve, at man skalter og valter med dem. På den ene side skal de hele tiden øge produktiviteten, på den anden side bliver de løbende udsat for omplaceringer og fusioner – og nogle af dem i værste fald fyret," siger Else Kayser.

Hun opfordrer nu til, at der bliver lagt pres på regeringen for at ændre fordelingen af bloktilskuddene:

"Den har ansvaret for de forringelser på sundhedsområdet, som vil ramme befolkningen i Region Midtjylland. Jeg frygter, det her vil skabe øget ulighed i sundhed."

(kb)



FOTO: SCANPIX

Sygeplejerskerne Lisbeth Rodian og Margit Engberg (th.) er ved at gøre en patient klar til strålebehandling på Rigshospitalet. Kræftområdet får med Kræftplan III ekstra 810 mio. kr. i perioden 2011-2014 bevilget på finansloven. Beløbet afsættes bl.a. til screening for tyktarms- og endetarmskræft for personer i alderen 50-74. Kræftplan III går også ud på at indføre en samlet diagnostisk pakke for at sikre hurtig, specialiseret udredning af patienter med uspecifikke symptomer, der kan tyde på kræft. Endelig handler kræftplanen om bedre smertelindring og udvidelse af antallet af hospicepladser.

(sbk)

Hvad skal satiretegningen hedde? Illustrator Gitte Skov giver i hvert nummer af Sygeplejersken sin satiriske kommentar til en aktuel problemstilling. Vi vil gerne finde en fast titel til tegningen f.eks. "Diagnosen", "Over strengen" eller "Refleksion". Men vi vil gerne invitere læserne til at komme med et bud. Send dit forslag til redaktionssekretær Susanne Bloch Kjeldsen på sbk@dsr.dk senest den 1. december.



Mange studerende finder nedre toilette grænseoverskridende.

Kendskab til accelererede forløb skal speedes op

AF JULIE WINTHER BENGTON, JOURNALIST

Mange patienter oplever under deres indlæggelse et accelereret forløb, som bygger på særlige principper og metoder. Alligevel mangler mange sygeplejestuderende viden om de accelererede forløb. Det vil et studenternetværk nu lave om på.

Accelererede forløb bruges efterhånden på de fleste af landets sygehuse og afdelinger. Men ofte kommer nyuddannede sygeplejersker ud fra studiet uden at kende ret meget til begrebet. Og det er en skam, mener klinisk oversygeplejerske Dorthe Hjort fra Enhed for Perioperativ Sygepleje (EPS) på Rigshospitalet.

"Der er et stigende politisk krav om, at alle kirurgiske afdelinger skal have accelererede forløb, og det begynder også at brede sig til medicinske afdelinger. Derfor er det relevant for alle at have den nyeste viden," siger hun.

Hun understreger, at accelererede operationsforløb er en del af undervisningen på studiet, men at de studerende ofte ikke finder det dækkende.

Derfor startede EPS sammen med en gruppe studerende i 2009 netværket Stud Agent 009, som arbejder for at forbedre kendskabet til accelererede operationsforløb blandt studerende.

"Målet med Stud Agent 009 er at formidle viden og skabe debat og interesse omkring evidens i sygeplejen og accelererede operationsforløb. Den evidensbaserede sygepleje taler i de termer, der kræves af samfundet i dag, så vi kan bruge arbejdet til at skabe den nødvendige faglige respekt," forklarer medstifter Karen Majgaard.

Fra oplysning til undervisning

Netværket startede med at lave oplysning i form af konferencer, Facebook-aktivitet og informationsmateriale. I øjeblikket arbejder Stud Agent 009 på at sætte konkrete undervisningsinitiativer i gang. Det står nuværende formand Janni Hynkemejer Martlev for på Gastroenheden på Hvidovre Hospital, hvor hun blev ansat i sommer. Hun mener, at et undervisningsforløb i accelererede operationsfor-

løb for studerende i klinik er yderst relevant: "Efter jeg selv har fået hele evidensgrundlaget på plads, kan jeg bedre forklare patienterne, hvorfor forløbet er, som det er. Desuden kan jeg bedre give en individualiseret pleje og i højere grad bruge teorier og inddrage humanistiske værdier i sygeplejen."

Uddannelsen af studerende i accelererede forløb har også et andet formål, påpeger Dorthe Hjort fra EPS. De nyuddannede skal bidrage med den nyeste viden om feltet og forbedre plejen ude på afdelingerne.

"De kommer ud og skal præge afdelingerne og kan være med til at efterspørge de nye principper i klinikken, så implementeringsprocessen går lidt hurtigere," siger hun.

Flere sygeplejerskoler arbejder allerede på at give de studerende den nyeste viden på området. Metropol i København har således flere gange inviteret EPS til at komme og undervise i den nyeste viden om accelererede forløb.

Klar til den første klinik

Som sygeplejestuderende kan det være grænseoverskridende at pleje patienter for første gang. På nogle sygeplejeskoler får de studerende lov at øve det praktiske i et såkaldt skill lab, inden de kommer ud i klinik.

AF JULIE WINTHER BENGTSON, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN



Ditte Hvilsom, 1. modul på sygeplejerskeuddannelsen Næstved

Hvad er du mest nervøs for, når du skal ud i din første klinik?

"Jeg er nok mest nervøs for det, man ikke er forberedt på. Jeg har hørt nogle ubehagelige historier fra andre, f.eks. om at komme ind til en patient, hvor livmoderen hang ud af underlivet, og de ikke vidste, hvad de skulle gøre."

Hvilke tanker gør du dig om at skulle vaske og pleje patienter i intime situationer?

"Jeg vil bare tage det, som det kommer, og prøve at sætte mig i patientens sted."

Gør skill lab dig bedre rustet til din første uge i klinik?

"Det er i hvert fald lækkert at have prøvet det i praksis, så på den måde kan man godt sige, at jeg føler mig bedre rustet."



Kamilla Pedersen, 1. modul på sygeplejerskeuddannelsen i Næstved

Hvad er du mest nervøs for, når du skal ud i din første klinik?

"Der er ikke noget, jeg er decideret nervøs for. Jeg er uddannet social- og sundhedsassistent, så derfor har jeg været i klinik før."

Hvilke tanker gør du dig om at skulle vaske og pleje patienter i intime situationer?

"I starten syntes jeg, det var grænseoverskridende. Men jeg prøver at tænke på, at patienterne har brug for min hjælp til den pleje. Og det er jo lige så grænseoverskridende for dem."

Gør skill lab dig bedre rustet til din første uge i klinik?

"Selvom jeg har prøvet meget af det, så får jeg opfrisket en del ting, og det er jo rart, før jeg kommer ud."



Mie Rahn, 1. modul på sygeplejerskeuddannelsen i Næstved

Hvad er du mest nervøs for, når du skal ud i din første klinik?

"Jeg er da lidt spændt på, hvor meget vi må lave, når vi kommer ud på afdelingerne."

Hvilke tanker gør du dig om at skulle vaske og pleje patienter i intime situationer?

"Jeg har ingen erfaring, så det kan måske godt blive lidt grænseoverskridende. Men jeg må jo bare tage det, som det kommer. Jeg har i hvert fald mod på at gå ind til det."

Gør skill lab dig bedre rustet til din første uge i klinik?

"Det tager nok lidt af nervøsiteten."

Ny FN-organisation for ligestilling

FN har samlet sin indsats for lige muligheder for kvinder og pigebørn i en ny enhed, UN Women. I spidsen for den nye enhed står den første kvindelige præsident i Chile, Michelle Bachelet, der satte kvinders interesser på dagsordenen i sin tid som præsident. Samtidig kanaliserer FN væsentlig flere penge ind i arbejdet.

Kilde: www.icn.ch

Sygeplejerskemangel bag engelsk plejetragedie

I 2009 blev en handicappet englænder hjerneskadet, da en vikarsygeplejerske ved en fejl slukkede for hans respirator i 20 minutter. For nogle uger siden besluttede den lokale anklagemyndighed, at der ikke skulle rejses tiltale mod sygeplejersken. Sagen har skabt debat i den engelske offentlighed om sygeplejerskemangel i primærsektoren og mangelfuld instruktion af de vikarsygeplejersker og andre faggrupper, der må tage over. De nyeste tal viser, at antallet af uddannede sygeplejersker i den engelske primærsektor fra 1999 til 2009 er faldet med 31 pct. fra 13.475 til 9.327.

Kilde: www.nursingtimes.net

USA: Nu mangler 50 millioner sundhedsforsikring

På et år er antallet af amerikanere uden sundhedsforsikring steget med 10 pct.

Økonomisk krise og arbejdsløshed har medført, at antallet af amerikanere med en sundhedsforsikring er faldet fra 2008 til 2009. Det seneste tal er 253,7 millioner forsikrede, 2,5 millioner færre end året før. Det er første gang, siden man begyndte at opgøre antallet i 1987, at der ligefrem er tale om et fald. Antallet af uforsikrede var til gengæld steget fra 46,7 millioner til 50,7 millioner.

Kilde: New York Times

(♥) **INDIKATIONER:** Til patienter med type 2-diabetes mellitus. JANUVIA er indiceret til at forbedre den glykæmiske kontrol: Som **monoterapi** hos patienter, der ikke er tilstrækkeligt kontrolleret ved diæt og motion alene, og når metformin ikke er hensigtsmæssig pga. kontraindikationer eller intolerance. Som **dual oral behandling** sammen med metformin i de tilfælde, hvor diæt og motion plus metformin alene ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol; sammen med et sulfonylurinstof, når diæt og motion plus maksimalt tolereret dosis af et sulfonylurinstof alene ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol, og når metformin ikke er hensigtsmæssig pga. af kontraindikationer eller intolerance; sammen med en PPAR γ -agonist (dvs. et glitazon), når anvendelse af en PPAR γ -agonist er hensigtsmæssig, og når diæt og motion plus PPAR γ -agonisten alene ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol. Som **tripel oral behandling** sammen med et sulfonylurinstof og metformin, når diæt og motion plus dual behandling med disse lægemidler ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol; sammen med en PPAR γ -agonist og metformin, når anvendelse af en PPAR γ -agonist ikke er hensigtsmæssig, og når diæt og motion plus dual behandling med disse lægemidler ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol. Januvia er også indiceret som tillægsbehandling til insulin (med eller uden metformin), når diæt og motion plus stabil dosering af insulin ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol.

(♥) **LÆGEMIDDELFORM OG DOSERING:** Filmovertrukne tabletter 100 mg. Dosis er 100 mg én gang dagligt. Når JANUVIA anvendes sammen med metformin og/eller en PPAR γ -agonist, bør dosis af metformin og/eller PPAR γ -agonisten opretholdes. Når JANUVIA anvendes i kombination med et sulfonylurinstof eller sammen med insulin, kan en lavere dosis af sulfonylurinstof eller insulin overvejes for at reducere risikoen for hypoglykæmi. Kan tages med eller uden mad.

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

(♥) **INTERAKTION:** Patienter med risiko for digoxinforgiftning bør monitoreres.

(♥) **GRAVIDITET OG AMNING:** Bør ikke anvendes.

(♥) **BIVIRKNINGER OG RISICI:** **Kombinationsbehandling med metformin alene:** *Almindelig ($\geq 1/100$, $< 1/10$):* Kvalme. *Ikke almindelig ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$):* Døsighed, diarré, øvre abdominalsmerter, anorexi, nedsat blodglucose, nedsat kropsvægt. **Kombinationsbehandling med et sulfonylurinstof:** *Almindelig ($\geq 1/100$, $< 1/10$):* Hypoglykæmi. **Kombinationsbehandling med metformin og et sulfonylurinstof:** *Meget almindelig ($\geq 1/10$):* Hypoglykæmi. *Almindelig ($\geq 1/100$, $< 1/10$):* Obstipation. **Kombinationsbehandling med en PPAR γ -agonist (pioglitazon):** *Almindelig ($\geq 1/100$, $< 1/10$):* Hypoglykæmi, flatulens, perifert ødem. **Kombinationsbehandling med metformin og en PPAR γ -agonist (rosiglitazon):** *Almindelig ($\geq 1/100$, $< 1/10$):* Hovedpine, hoste, diarré, opkastning, hypoglykæmi, perifert ødem, svampeinfektion i huden, infektion i øvre luftveje. **Kombinationsbehandling med insulin og metformin:** *Almindelig ($\geq 1/100$, $< 1/10$):* Hovedpine, hypoglykæmi, influenza. *Ikke almindelig ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$):* Tør mund, obstipation. **Undersøgelser af JANUVIA alene** er der set følgende formodede bivirkninger: Hovedpine, hypoglykæmi, obstipation, svimmelhed. **Efter markedsføring:** *Hypoglykæmi ukendt:* Overfølsomhedsreaktioner inklusive anafylaksi, angioødem, udslæt, urticaria, kutan vaskulitis og eksfoliative hudreaktioner, herunder Stevens-Johnsons syndrom, pankreatitis, nedsat nyrefunktion inkl. akut nyresvigt (som kan kræve dialyse). *Risici:* JANUVIA bør ikke anvendes til patienter med moderat eller svær nyreinsufficiens.

PAKNINGER OG PRISER: (AUP, oktober 2010, inkl. recepturgebyr). Vnr. 076024, 100 mg 28 stk. kr. 420,80; Vnr. 076033, 100 mg 98 stk. kr. 1.396,85. Der henvises til dagsaktuelle priser på www.medicinpriser.dk.

UDLEVERING: B

TILSKUD: Generelt tilskud.

JANUMET® (sitagliptin og metformin, MSD) (♥) **INDIKATIONER:** Til patienter med type 2-diabetes mellitus. JANUMET er indiceret som supplement til diæt og motion til forbedring af den glykæmiske kontrol hos patienter, der ikke er tilstrækkeligt kontrolleret på den max. tolererede dosis metformin alene eller hos de patienter, som allerede er i behandling med kombinationen af sitagliptin og metformin. JANUMET er indiceret som supplement til diæt og motion i kombination med et sulfonylurinstof (dvs. tripel kombinationsbehandling) hos patienter, der ikke er tilstrækkeligt kontrolleret på den max. tolererede dosis metformin og sulfonylurinstof. JANUMET er indiceret som tripel kombinationsbehandling sammen med en PPAR γ -agonist (dvs. et glitazon) som supplement til diæt og motion hos patienter, der ikke er tilstrækkeligt kontrolleret på den max. tolererede dosis metformin og PPAR γ -agonist. JANUMET er også indiceret som tillægsbehandling til insulin (dvs. tripel kombinationsbehandling) som supplement til diæt og motion til forbedring af den glykæmiske kontrol hos patienter, når stabil dosering af insulin og metformin alene ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol.

(♥) **LÆGEMIDDELFORM OG DOSERING:** Filmovertrukne tabletter. Doseringen er individuel. *Til patienter, der ikke er tilstrækkeligt kontrolleret på max. tolereret dosis af metformin-monoterapi, bør den normale startdosis for JANUMET doseres som 50 mg sitagliptin to gange dagligt plus den dosis metformin, som allerede tages. Til patienter, der skifter fra samtidig administration af sitagliptin og metformin, bør JANUMET initieres med den dosis af sitagliptin og metformin, som allerede tages. Til patienter, der ikke er tilstrækkeligt kontrolleret på dual kombinationsbehandling med den max. tolererede dosis af metformin og et sulfonylurinstof, bør JANUMET doseres som sitagliptin 50 mg to gange dagligt, og metformin bør gives i en dosis svarende til den, som allerede tages. Når JANUMET anvendes sammen med sulfonylurinstoffer er der risiko for hypoglykæmi. Til patienter, der ikke er tilstrækkeligt kontrolleret på dual kombinationsbehandling med den max. tolererede dosis af metformin og en PPAR γ -agonist, bør JANUMET doseres som sitagliptin 50 mg to gange dagligt, og metformin bør gives i en dosis svarende til den, som allerede tages. Til patienter, der ikke er tilstrækkeligt kontrolleret på dual kombinationsbehandling med insulin og den max. tolererede dosis af metformin, bør Janumet doseres som sitagliptin 50 mg to gange dagligt, og metformin bør gives i en dosis svarende til den, som allerede tages. Når JANUMET anvendes sammen med insulin er der risiko for hypoglykæmi. Bør tages sammen med et måltid.*

(♥) **KONTRAIKATIONER:** Overfølsomhed over for de aktive stoffer eller over for et eller flere af hjælpestofferne; diabetisk ketoacidose; diabetisk prækoma; moderat eller svær nyreinsufficiens (kreatininclearance < 60 ml/min); akutte tilstande med risiko for ændring af den renale funktion; akut eller kronisk sygdom, som kan medføre vævshypoxi; leverinsufficiens; akut alkoholforgiftning; alkoholisme.

(♥) **INTERAKTION:** I.v. administration af jodholdige kontraststoffer kan føre til nyresvigt. JANUMET bør seponeres før testen og tidligst genoptages 48 timer efter, og kun efter at nyrefunktionen er blevet revurderet og fundet normal. Patienter, med risiko for digoxinforgiftning, bør monitoreres.

(♥) **GRAVIDITET OG AMNING:** Bør ikke anvendes.

(♥) **BIVIRKNINGER:** **Sitagliptin og metformin kombinationsbehandling:** *Almindelig ($\geq 1/100$, $< 1/10$):* Kvalme. *Ikke almindelig ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$):* Fald i blodglucose, døsighed, diarré, øvre abdominalsmerter, anorexi, nedsat kropsvægt. **Kombinationsbehandling med metformin og et sulfonylurinstof:** *Meget almindelig ($\geq 1/10$):* Hypoglykæmi. *Almindelig ($\geq 1/100$, $< 1/10$):* Obstipation. **Kombinationsbehandling med metformin og en PPAR γ -agonist (rosiglitazon):** *Almindelig ($\geq 1/100$, $< 1/10$):* Hovedpine, hoste, diarré, opkastning, hypoglykæmi, perifert ødem, svampeinfektion i huden, infektion i øvre luftveje. **Kombinationsbehandling med metformin og insulin:** *Meget almindelig ($\geq 1/10$):* Hypoglykæmi. *Ikke almindelig ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$):* Hovedpine, tør mund. **Sitagliptin:** Hovedpine, hypoglykæmi, infektion i øvre luftveje, nasopharyngitis, osteoarthritis, smerter i ekstremiteterne, obstipation, svimmelhed. **Metformin:** *Meget almindelig ($\geq 1/10$):* Symptomer fra mave-tarmkanalen. *Almindelig ($\geq 1/100$, $< 1/10$):* Metallisk smag i munden. *Meget sjældent ($< 1/10.000$):* Urticaria, erythema, pruritus, laktacidose, B12-vitaminmangel, leverinsufficiens, hepatitis. **Efter markedsføring:** *Hypoglykæmi ukendt:* Overfølsomhedsreaktioner, inklusive anafylaksi, angioødem, udslæt, urticaria, kutan vaskulitis, eksfoliative hudreaktioner, herunder Stevens-Johnsons syndrom; pankreatitis, nedsat nyrefunktion inkl. akut nyresvigt (som kan kræve dialyse).

PAKNINGER OG PRISER: (AUP, oktober 2010, inkl. recepturgebyr). Vnr. 143609, 50 mg/850 mg, 56 stk. kr. 558,55; Vnr. 028110, 50 mg/850 mg, 196 stk. kr. 1.910,90; Vnr. 143631, 50 mg/1.000 mg, 56 stk. kr. 558,55; Vnr. 028121, 50 mg/1.000 mg, 196 stk. kr. 1.910,90. Der henvises til dagsaktuelle priser på www.medicinpriser.dk.

UDLEVERING: B.

TILSKUD: Generelt tilskud.

INDEHAVER AF MARKEDSFØRINGSTILLADELSEN: Merck Sharp & Dohme, dmail@merck.com Baseret på produktresumé dateret: (06.08.2010)

REFERENCER: 1. EMA godkendte produktresumé for JANUVIA (sitagliptin, MSD) 2. EMA godkendte produktresumé for JANUMET (sitagliptin/metformin, MSD) 3. Nauck MA, Meininger G, Sheng D, et al; for Sitagliptin Study Group 024. Efficacy and safety of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor, sitagliptin, compared to the sulfonylurea, glipizide, in patients with type 2 diabetes inadequately controlled on metformin alone: a randomized, double-blind, non-inferiority trial. Diabetes Obes Metab. 2007;9:194-205.

Præparat	Lægemedel-gruppe	Pris pr. DDD	Indikation	Doser	Særlige informationer
glipizid	Sulfonylurinstof	Fra 1,03 kr.	Glipizid er indiceret til behandling af stabil type 2-diabetes mellitus.	Individuel dosering. Initial dosis er 5 mg glipizid daglig og titrering op til ønskede niveau. Den maksimale anbefalede daglige dosis er 40 mg.	Glipizid har interaktion med en lang række af lægemidler. Almindelige bivirkninger: Hypoglykæmi, diarré, kvalme, abdominal smerter og gastralg.
metformin	Biguanid	Fra 1,40 kr.	Metformin er indiceret til behandling af type 2-diabetes mellitus, især hos overvægtige patienter, når diæt-kontrol og motion ikke resulterer i tilstrækkelig glykæmisk kontrol. Kan anvendes som monoterapi eller i kombination med andre orale antidiabetiske midler eller insulin.	Den sædvanlige startdosis er 500-850 mg metformin 2-3 gange dagligt, herefter individuel titrering. Den maksimale anbefalede dosis er 3 g dagligt fordelt på 3 doser.	Metformin kan forårsage laktacidose. Almindelige bivirkninger: Kvalme, opkast, diarré, abdominalsmerter og appetitløshed.
sitagliptin	DPP-4-hæmmer	Fra 14,25 kr.	Sitagliptin er indiceret til behandling af type 2-diabetes mellitus: Som monoterapi hvor metformin ikke er velegnet pga. kontraindikationer eller intolerance. Som kombinationsbehandling sammen med metformin, sulfonylurinstof eller glitazon. Som tripel kombinationsbehandling sammen med metformin og sulfonylurinstof eller med metformin og glitazon. JANUVIA er også indiceret som tillægsbehandling til insulin (med eller uden metformin), når diæt og motion plus stabil dosering af insulin ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol.	Dosis er 100 mg sitagliptin én gang dagligt.	I undersøgelser af sitagliptin henholdsvis som monoterapi og som del af kombinations-behandling med metformin, var frekvensen af hypoglykæmi, rapporteret for sitagliptin , den samme som ved placebo. I undersøgelser af sitagliptin alene er der set følgende formodede bivirkninger: Hovedpine, obstipation og svimmelhed. Sitagliptin anbefales ikke til patienter med moderat til svær nyreinsufficiens.

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

(♥) **Afsnit omskrevne og/eller forkortede i forhold til EMAs godkendte produktresumé, som vederlagsfrit kan rekvireres fra MSD.**

© MSD

*Varemærke registreret af Merck & Co. Inc., Whitehouse Station, N.J., USA

En gang dagligt
Januvia®
(sitagliptin, MSD)

Janumet®
(sitagliptin/metformin, MSD)

Temaet er magtanvendelse i demensplejen, test dig selv eller en kollega.

Reglerne for magtanvendelse i demensplejen er blevet lempet for nylig.

1. Magtanvendelse finder sted, når man fysisk begrænser en borgers frie færden og selvbestemmelse. Er det også magtanvendelse, når borgeren forholder sig passivt over for foranstaltningen?

- Nej, borgeren skal aktivt modsætte sig handlingen, før der er tale om magtanvendelse.
- Ja, der er også tale om magtanvendelse, hvis borgeren forholder sig passivt eller ikke er i stand til at give informeret samtykke til handlingen.

2. Hvem kan beslutte at udstyre en dement borger med chips i skoene eller andre personlige alarm- og pejlesystemer?

- Det kan kommunen, men det sociale nævn skal godkende beslutningen, hvis borgeren modsætter sig.
- Det kan plejepersonalet, medmindre borgeren aktivt modsætter sig det. I så fald kan den kommunale forvaltning beslutte det.

3. Efter de gamle regler om magtanvendelse var kodelåse på udgangsdøren i plejeboligafsnit ikke lovlige. Er de blevet det med de nye regler?

- Nej, men kommunen kan give tilladelse til at bruge andre metoder, der forhindrer mennesker med svækkede åndsevner i at åbne døren, f.eks. dobbelte dørhåndtag.
- Ja, kommunen kan tillade kodelåse, hvis der også opsættes en døralarm, så andre beboere end de demente kan tilkalde hjælp, hvis de har glemt koden.

4. Hvem kan beslutte, at en dement borger skal flyttes til en plejebolig, når borgeren ikke modsætter sig flytningen, men heller ikke forstår, hvad beslutningen går ud på?

- Det kan kommunen i samråd med en eventuel ægtefælle eller andre pårørende.
- Det kan kommunen, men beslutnin-

gen skal godkendes af den dementes værge. En ægtefælle kan ikke godkende beslutningen, hvis han eller hun ikke er udnævnt til værge.

5. Hvornår skal magtanvendelse registreres og indberettes til kommunalbestyrelse eller regionsråd?

- Hvis borgeren modsætter sig handlingen, skal alle tilfælde af magtanvendelse registreres og indberettes. De former for magtanvendelse, der kan godkendes på forhånd for en vis periode, skal kun registreres og indberettes, hvis borgeren modsætter sig den konkrete udførelse.
- Alle tilfælde af magtanvendelse skal registreres og indberettes.

(jb)

Svar på testen findes på side 46

Kilde: Vejledning om magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten over for voksne, herunder pædagogiske principper (Vejledning nr. 8 til serviceloven).

Patienter i binyrebarkbehandling går sammen om sagsanlæg

Danmark er på vej mod en historisk stor sag for forkert behandling af en stor patientgruppe. De første 15 patienter med nedbrudte knogler efter behandling med prednison har fået erstatninger på i gennemsnit 440.000 kr., skriver Dagens Medicin.

Ca. 100.000 danskere indtager binyrebarkhormonerne prednisolon og prednison, der er kendt for at medføre knogleskørhed på bl.a. ryghvirvler og hofter. Sundhedsstyrelsens lægefaglige retningslinjer har gennem mere end 10 år derfor foreskrevet, at der samtidig med længerevarende binyrebarkhormonbehandling gives kalk og D-vitamin samt udføres en knoglescanning. Ikke alle læger har fulgt denne retningslinje, og indtil videre har 15 personer fået erstatning på i gennemsnit 440.000 kr.

En advokat lancerer nu i samarbejde med Osteoporoseforeningen og flere læger hjemmesiden www.knogletab.dk. Lægerne frygter, at 50.000 patienter i højdosisbehandling med binyrebarkhormon ikke har fået den anbefalede supplerende behandling med kalk, D-vitamin og knoglescanning. Hvis hjemmesiden samler et stort antal potentielt fejlbehandlede patienter, er det initiativtagernes håb, at Folketinget går ind i sagen og vedtager en særlov, så gruppen får en lettere adgang til erstatning end gennem det almindelige individuelle klagesystem.

(er)

Kilde: Dagens Medicin 5. november 2010.

Mindre stress tæt på grønne områder

Folk, der bor mere end en kilometer fra grønne områder, føler sig mere stressede end dem, der bor tæt på. Det kan man læse af Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen 2005. Personer med mere end en kilometer til grønne områder har et dårligere selv vurderet helbred end dem, der bor tættere på, og det gælder både fysisk og psykisk helbred.

Kilde: si-folkesundhed.dk (Ugens tal, uge 43).

STYRKEN TIL AT STOPPE¹⁻³



- CHAMPIX (VARENICLIN) – en 12 ugers behandling til ryggestop^{1,2}
- I to åbne undersøgelser var henholdsvis 64,1% og 55,9% røgfrie efter 12 ugers behandling^{3,4}
- Et receptpligtigt lægemiddel med en dobbelt virkningsprofil:^{1,2,5}
 - Antagonistisk virkning: reducerer nydelsen ved rygning*
 - Delvis agonistisk virkning: reducerer rygtrang og abstinenser*



PRODUKTRESUMÉ FINDES PÅ SIDE 14

CHAMPIX®
VARENICLIN
Styrken til at stoppe



Referencer: 1. Gonzales D et al. Varenicline, an $\alpha 4 \beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. A randomized controlled trial. JAMA 2006; 296(1):47-55 2. Jorenby DE et al. Efficacy of varenicline, an $\alpha 4 \beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. A randomized controlled trial. JAMA 2006; 296(1):56-63 3. Tonstad S et al. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation. A randomized controlled trial. JAMA 2006; 296(1):64-71 4. Aubin H et al. Varenicline versus transdermal nicotine patch for smoking cessation: Results from a randomised, open-label trial. Thorax online, February 8th 2008. Downloaded from thorax.bmj.com on 19. February 2008. 5. Coe JW et al. Varenicline: An $\alpha 4 \beta 2$ nicotinic receptor partial agonist for smoking cessation. J Med Chem 2005; 48:3474-3477

*Baseret på MNWS (Minnesota Nicotine Withdrawal Scale), kort spørgeskema vedrørende rygtrang samt et modificeret spørgeskema vedrørende cigaretevaluering.

Det er snart 60 år siden vi
lancerede vores første produkt



I 1949 blev det første Natusan® produkt lanceret: Natusan® Salve. Svanen symboliserer seriens oprindelse fra apoteket "Svanen", Strøget, København.



NATUSAN® INSTITUTION - hudpleje siden 1949

Terapi af en art

AF JETTE BAGH, FAGREDAKTØR • ILLUSTRATION: PIA OLSEN

Alette har taget en terapeutisk uddannelse i narrativ metode på et anerkendt uddannelsessted i Danmark. Nu vil hun gerne afprøve sine kundskaber i sundhedsplejen, hvor hun arbejder. Derfor stiller hun sine mødre og familier langt flere spørgsmål, end kollegerne gør. Hendes metode skal fremme mødrenes egen evne til at løse problemerne og kaste lys på andre historier end dem, mødrene umiddelbart fremhæver som problematiske eller negative.

En formiddag kommer Alette på etableringsbesøg hos juristen Helle, som har fået sit første barn som 35-årig. Alette vil helst ikke give konkrete råd, så hun spørger ind til Helles oplevelse af at have svært ved at læse barnets behov og dermed være en dårlig mor. Efter fire-fem spørgsmål siger Helle:

"Hvorfor spørger du hele tiden, det er ikke det, jeg har brug for, og det er heller ikke det, jeg troede, en sundhedsplejerske var ansat til. Jeg har det, som om jeg er i terapi af en art."

Alette bliver meget overrasket over Helles kommentar og ved ikke rigtigt, hvad hun skal sige. Hun afslutter hurtigt besøget og fortæller senere en god kollega om det. Hvad skal kollegaen råde Alette til?

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

Svar 1. Et klinisk etisk dilemma forholder sig til, hvorvidt patientperspektiv og fagligt perspektiv har stemt overens. Med baggrund i moderens udtalelse har hun i dette tilfælde ikke følt sit behov efterkommet. Dette uagtet at Alette har villet gøre det bedste for hende.

Spørgsmålet er, hvorvidt teoriverdenen (Alettes terapeutiske uddannelse) og dermed systemverdenen skal dominere, eller om det er moderens livsverden (ifølge Habermas), der skal bestemme metoden. Man kan argumentere for, at det over tid måske vil hjælpe moderen bedre med den spørgende tilgang, men så skal hun vel have denne oplysning med begrundelse for anbefalingen og dermed have mulighed for at foretage et kvalificeret valg? I den aktuelle case ser det ud til, at der er tale om en veluddannet person, der er vant til at foretage vurderinger af given information. Personen ser også ud til, med de givne oplysninger, at være kompetent til at træffe et kvalificeret valg.

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



Svar 2. Alettes kollega tænker sig godt om og beder Alette om at forestille sig, hvad Helle mon har oplevet ved at stille spørgsmål til en fagperson, der svarer ved at stille flere spørgsmål.

Endvidere overvejer kollegaen, hvad det kan betyde, at sundhedsplejersken i nogen grad ændrer adfærd i forhold til den eksisterende kultur i faggruppen uden at drøfte det med kolleger på forhånd. Kollegaen udfordrer Alette ved at stille spørgsmålet og fortsætter med at pointere, at i mor-sundhedsplejerske-forholdet er sundhedsplejersken den, der skal sikre sig, at informationen og dialogen er afpasset modtagerens situation.

Kollegaen konstaterer, at Alette har forskellige muligheder: Alette bør overveje, hvordan hun vil imødekomme Helle ved næste besøg, og dernæst overveje, hvordan hun vil øve sig i at bruge sin nye viden - og hvordan hun kan udvikle nye muligheder sammen med sine kolleger i fremtiden, for det værste, der kan ske, er jo, at al udvikling ophører af angst for at gøre noget forkert.

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

Forkortet produktinformation for Champix® (vareniclintratar)

Filmovertrukne tabletter, 0,5 mg og 1 mg
Indikationer: Rygeophør hos voksne. **Dosering*:** Behandlingen startes efter følgende skema: Dag 1 - 3: 0,5 mg 1 gang dagligt. Dag 4 - 7: 0,5 mg 2 gange dagligt. Dag 8 - resten af behandlingen 1 mg 2 gange dagligt. Den samlede behandlingsperiode er 12 uger. Mild til moderat nedsat nyrefunktion: Dosisjustering ikke nødvendig. Svært nedsat nyrefunktion: 1 mg 1 gang dagligt efter 3 dages dosisitrering (0,5 mg 1 gang dagligt). Nedsat leverfunktion: Dosisjustering ikke nødvendig. Ældre: Dosisjustering ikke nødvendig. Børn: Anbefales ikke til børn og unge under 18 år. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedr. brugen*:** Dosisjustering kan være nødvendig hos patienter, der samtidig anvender theophyllin, warfarin og insulin. Nedtrykthed kan være en følge af nikotinophør. Rygestop kan resultere i en exacerbation af underliggende psykiatrisk lidelse (f.eks. depression). Sådanne symptomer er også set hos patienter, der forsøgte at holde op med at ryge ved hjælp af Champix. Behandlerne bør være opmærksomme på evt. udvikling af depressive symptomer hos patienter og behandling bør seponeres ved bekymrende agitation, nedtrykthed, eller ændringer i adfærd eller tankegang, og der bør ske opfølgning, indtil symptomerne ophører. Der bør udvises forsigtighed ved behandling af patienter med alvorlige psykiatriske lidelser. Der er ingen klinisk erfaring med behandling af patienter med epilepsi med Champix. Lægen bør altid informere patienten om, at man kan opleve irritabilitet, rygetrang, depression og/eller søvnløshed efter endt behandling og lægen bør overveje nødvendigheden af aftråning. Der er set overfølsomhedsreaktioner herunder angioødem samt Stevens-Johnsons syndrom og erythema multiforme. Sikkerhed og effekt hos rygere med kardiovaskulær sygdom er tilsvarende den for rygere, der ikke har kardiovaskulær sygdom. **Interaktioner*:** Der er ikke set lægemiddelinteraktioner af klinisk betydning. Graviditet og amning*:
 Champix bør ikke anvendes under graviditet. Det vides ikke om vareniclin udskilles i modermælk hos mennesker. Beslutningen om hvorvidt amning skal fortsættes/standses eller hvorvidt behandling med Champix skal fortsættes/standses bør tage højde for fordele for barnet ved amning sammenlignet med rygeophør for moderen. **Trafikfarlighed*:** Champix kan i mindre eller moderat grad påvirke evnen til at føre bil eller betjene maskiner, da der kan forekomme svimmelhed eller søvnighed under behandlingen. **Bivirkninger*:** Rygeophør er, hvad enten det gennemføres med eller uden behandling, forbundet med forskellige symptomer, f.eks. dysfori og nedsat sindstilstand, søvnløshed, irritabilitet, frustration, angst, koncentrationsbesvær, rastløshed, nedsat hjerterytme, øget appetit og vægtøgning. I de kliniske forsøg er der ikke skelnet mellem hvorvidt bivirkningerne var forbundet med nikotinophør eller den anvendte forsøgsmedicin. Kliniske forsøg omfatter omkring 4.000 patienter, der blev behandlet med Champix i op til 1 år. Bivirkningerne var milde til moderate og forekom typisk inden for den første uge af behandlingen. Meget almindelige bivirkninger (≥10%): Kvalme, hovedpine, drømmeforstyrrelser, søvnløshed. Almindelige bivirkninger (≥1% og ≤10%): Øget appetit, søvnighed, svimmelhed, smagsforstyrrelser, opkastning, forstoppelse, diarré, udspilet abdomen, maveubehag, dyspepsi, flatulens, mundtørhed, træthed. Der kan desuden i usædvanlige tilfælde (≥0,1% og ≤1%) forekomme atriefibrillen og brystsmærter. Der er efter markedsføring rapporteret om myokardieinfarkt, hallucinationer, angioødem, Stevens-Johnsons syndrom, depression, selvmordstanker, psykose, hallucinationer, angst, aggressiv og irrationel adfærd (se Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedr. brugen) hos patienter, der anvendte vareniclin. For ikke almindelige og sjældne bivirkninger henvises til det fulde produktresumé afsnit 4.8. **Overdosering*:** Understøttende behandling efter behov. **Priser og pakninger ekskl. recepturgebyr (AUP) pr. 1. november 2010:** Vnr 13 05 96, Filmovertrukne tabletter 0,5 mg og 1 mg, 11-42 (blister) (Startpakke), 842,70 Kr. Vnr 05 80 14, Filmovertrukne tabletter 1 mg, 112 stk. (blister) (Vedligeholdelsespakning), 1.445,05 Kr. Dagsaktuel pris findes på www.medicinpriser.dk **Udlevering:** B **Tilskud:** Nej **De med * mærkede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af EMEA godkendte produktresumé dateret den 2. december 2009. Produktresuméet kan vederlagsfrit rekvireres hos Pfizer ApS, Lautrupvang 8, 2750 Ballerup, tlf. 44 20 11 00.**



Mindre sympati for lungekræftpatienter

AF JULIE WINTHER BENGTSON, JOURNALIST

Flere end hver sjette dansker har mindre sympati for patienter med lungekræft, viser en undersøgelse. Det er især unge, der udtrykker mindre sympati for patientgruppen.

Lungekræft hænger sammen med rygning, og derfor bærer patienterne selv en del af skylden for, at de er blevet syge. Det er holdningen hos mere end hver sjette dansker (17 pct.), som i en undersøgelse udtrykker at have mindre sympati for lungekræftpatienter end for sygdomsramte med andre kræftformer.

Hos Patientforeningen Lungekræft er formand Alice Skjold Braae ikke overrasket over resultaterne:

”Mange patienter oplever den manglende sympati fra andre mennesker, og ofte synes de selv, at det er flovt at have lungekræft. De bliver altid spurgt: Har du røget? Som om mængden af sympati afhænger af, om man har.”

Især de yngre aldersgrupper har mindre sympati for lungekræftpatienter. Næsten hver fjerde adspurgte mellem 15 og 34 år svarede i undersøgelsen, at de

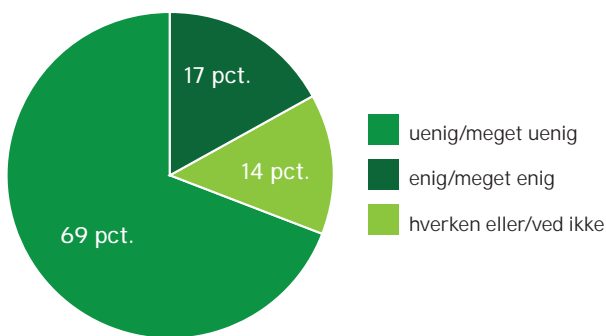
havde mindre sympati for patienter med lungekræft, mens det samme svar kun genlød hos 13 pct. af de 35-54-årige.

Uvidenhed avler fordomme

Ifølge Alice Skjold Braae kan det hænge sammen med, at de unge ikke ved nok om sygdommen. ”I foreningen ser vi ofte, at uvidenhed avler fordomme. Og der er meget, folk ikke ved. F.eks. har 10-20 pct. af de ramte aldrig røget. Og faktisk dør flere kvinder af lungekræft end af brystkræft. Derfor prøver vi også at oplyse så meget som muligt om sygdommen, bl.a. gennem kampagner og foldere,” siger Alice Skjold Braae, som desuden mener, at der er et uretfærdigt stort fokus på brystkræft i forhold til, at lungekræft slår flere kvinder ihjel hvert år.

Det er tidsskriftet Pharma, der har offentliggjort undersøgelsen, som er foretaget for den internationale patientforening Global Lung Cancer Coalition. 14 andre lande deltog også i undersøgelsen. Af dem topper Australien listen med næsten en tredjedel af befolkningen, der har mindre sympati for lungekræftpatienter.

”Jeg har mindre sympati for lungekræftpatienter end for patienter med andre typer af kræft.”



”Det er dybt problematisk, at offentlige myndigheder - for at få folk til at gøre, som man vil have det - laver en decideret skræmmekampagne, som er faktisk forkert. Man bør droppe den slags, give seriøs information i stedet og så lade folk træffe valg om deres eget liv.

Simon Emil Ammitzbøll (LA) til Berlingske Tidende den 10. november 2010 om de danske sundhedsmyndigheders planer om at gentage sidste efterårs kontroversielle oplysningskampagne ”Hver eneste cigaret skader dig”.

Testiklerne fylder

AF OLIVE AMANDA ENGSTRØM, SYGEPLEJESTUDERENDE, MODUL 6, UCSJ CAMPUS NÆSTVED

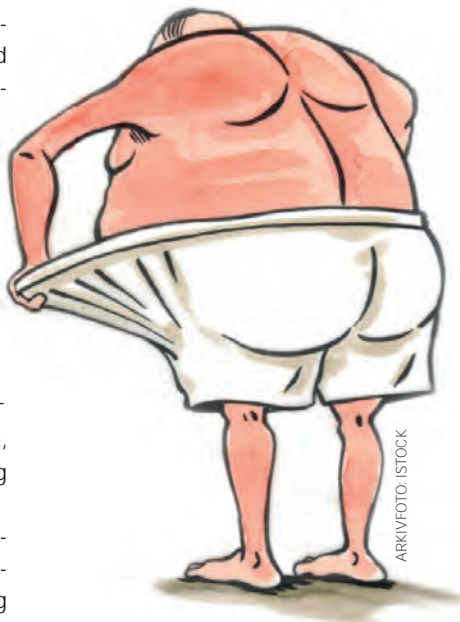
Min patient var en mand på 50 år, som var indlagt med en dissemineret NS-CLC (en form for lungecancer med spredning til andre organer) og bronkoalveolært carcinom.

En morgen skulle jeg ind og sengebade ham sammen med min vejleder, og det var en oplagt mulighed for at få øvet lidt sengebade. Så vi gik i gang med at finde de ting frem, vi skulle bruge, og læste sygeplejefjournalen, fordi han skulle smøres og vaskes med nogle forskellige midler, bl.a. et celledræbende middel, der giver et grimt udslæt. Vi fik så styr på, hvilke ting der skulle bruges hvor og hvornår, og gik ind på hans stue.

Da vi kom ind på stuen, var han vågen, og jeg lagde mærke til, at han stirrede meget på mig, og det prøvede jeg at ignorere. Vi gik i gang med at vaske hans ansigt, overkrop og arme, og jeg registrerede, at han snakkede meget langsomt og lavmælt, og det synes jeg var lidt ubehageligt, men jeg ignorerede det og koncentrerede mig om at udføre sengebadet.

Mens vi var i gang med at vaske, blev han ved med at snakke om sine testikler, de første par gange bemærkede jeg det ikke rigtigt, men da han blev ved med at gentage for femte, sjette og syvende gang, at vi skulle huske at passe på hans testikler, blev det for ubehageligt for mig. Hans stirren og lavmælte langsomme snak om sine testikler gjorde mig ilde til mode, jeg havde ikke lyst til at udføre nedre toilette. Min vejleder tog over.

Det var for grænseoverskridende for mig, normalt har jeg ingen problemer med at udføre nedre toilette på mine patienter, fordi det er rent profes-



nel, og patienten har det på samme måde, men denne patient overskred min grænse og kom for tæt på. Jeg valgte derfor at sige fra. Patienten vil også kunne mærke på én, hvis man bliver ubehagelig til mode, og det ville jeg ikke overføre til patienten og risikere, at han blev utryg. Man skal jo vise sig fra sin professionelle side, men det kunne jeg ikke i denne situation.

Læs temaet om blufærdighed på side 16.

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

Efterlysning – besøgsforbud

Pressen har for nylig bragt en række historier om plejehjem, der har udstedt besøgsforbud til pårørende på grund af vanskeligt samarbejde. Kender I problemet? Har I fundet metoder til at undgå de besøgsrestriktioner, I tidligere har været nødt til at indføre? Så vil Sygeplejersken gerne høre fra jer. På baggrund af jeres henvendelser vil vi udvælge ét plejehjem til brug i en artikel.

Kontakt journalist Kirsten Bjørnsson på kbj@dsr.dk eller tlf. 4695 4188.



En spændende fremtid som selvstændig? Grib chancen nu!

Medicinsk kosmetik Mesoesthetic (Barcelona) har fået en stor succes blandt vore kunder i Danmark. Vi søger sygeplejersker som vil repræsentere Mesoesthetics fremragende behandlinger og produkter indenfor medicinsk hudpleje i områderne Hørsholm, Helsingør, Næstved, Odense, Svendborg, Åbenrå, Vejle, Sønderborg, Kolding, Århus, Ålborg.

Efter en grundig træning og introduktion får du mulighed for at arbejde med de nyeste avancerede hudplejeprogrammer som peeling, mesoterapi, antiaging, acne og pigmentforandringer.

Du kan kontakte distributør og underviser sygeplejerske Galina Rasch på 2893 6923 eller skrive til info@bodyfokus.dk
Læs mere på www.bodyfokus.dk



Bliv Clairvoyant Healer

1 årig Uddannelse starter februar 2011 i Glostrup og Holstebro

Den Ny Tids Energi
Clairvoyance (alle former)
Healing & Kanalisering
Auralæsning & Transformation
Regression og Tidligere Liv
Kontakt til dit Højere Selv
Farver og Energilære
og meget mere.



Helle Nemborg, sygeplejerske
15 års erfaring RAB Godkendt medlem af Healer-Ringen og Clairvoyant Foreningen

Tlf. 28560066
nemborg@comxnet.dk
www.sjaelsro.dk

Vestegnens Clairvoyance og Healerskole

For mange studerende er det første møde med en patients nøgenhed omgærdet af stor blufærdighed, som kan forstærkes af manglende erfaring og tabu om f.eks. nedre toilette. Nutidens forestilling om den perfekte krop spiller også ind.

AF JULIE WINTHER BENGTSOEN OG CHRISTINA SOMMER, JOURNALISTER • FOTO: SØREN SVENDSEN

Patienten skulle vaskes, men havde svært ved at trække vejret og skulle have hjælp til alt. Klinisk vejleder på Hjerte-, Lunge- og Karkirurgisk afdeling, sengeafsnit T1 på Odense Universitetshospital, Tenna Kjær, vurderede, at den unge sygeplejestuderende efter godt en måned i klinik var klar til opgaven, og hun gik i gang uden protest, mens Tenna Kjær så til fra sidelinjen.

”Men da hun kom til nedre toilette, bad hun mig om at tage over, for det havde hun ikke prøvet før,” fortæller Tenna Kjær.

Den erfarne sygeplejerske tog over, og da patienten igen lå i sin seng, tog Tenna Kjær en snak med den fremtidige kollega.

”Hun fortalte, at det havde været mere grænseoverskridende for hende, end hun havde forestillet sig. Hun havde tænkt meget på patientens oplevelse – her stod vi to, fuldt påklædte kvinder, mens patienten var helt nøgen, og det havde hun det dårligt med. Men jeg tror også, den

studerendes egne grænser spillede ind,” siger Tenna Kjær.

Hun er bare en af flere sygeplejersker og kliniske vejledere, som *Sygeplejersken* har talt med om sygeplejestuderende og deres blufærdighed. Mange kan nikke genkendende til problematikken, deriblandt afdelingssygeplejerske Inge Aagaard, Hjerte-, Lunge- og Karkirurgisk afdeling, sengeafsnit T1, Odense Universitetshospital.

”Bare det at skulle røre ved et andet fremmed menneske kan være svært for mange unge mennesker. Så at stå over for en nøgen patient og skulle hjælpe ham med at komme på toilettet eller basal sygepleje som nedre toilette og bad kan være ekstremt grænseoverskridende og tabubelagt,” siger Inge Aagaard.

Nøgne kroppe er private

Ifølge afdelingssygeplejersken er der flere blufærdige studerende på afdelingen i dag end for fire-fem år siden, og det kan

skyldes, at nøgne kroppe er mere private i dag end tidligere.

”Unge er ikke vant til at se nøgne mennesker på samme måde, som min generation var. Jeg tror ikke, der er særligt mange 12-årige piger, der ser deres forældre nøgne derhjemme, og det italesættes heller ikke. Det er nok heller ikke intimepleje, mange tænker på som det første, når de søger ind på sygeplejerskeuddannelsen, men det er jo en vigtig del af plejen,” siger Inge Aagaard.

Studiekoordinator på sygeplejerskeuddannelsen i Esbjerg, Inge Højhus, har også bemærket en ændring i de studerendes adfærd.

”Der er måske en tendens til en anden blufærdighed i dag end tidligere. Nogle har måske mindre frihed i forhold til deres kroppe. Derfor arbejder vi meget med det, før de kommer ud i klinik. I undervisningen bruger vi både teori og forskningsbaserede artikler, der kan give de studerende redskaber, som de kan bruge i ▶

Når patienten

” Unge er ikke vant til at se nøgne mennesker på samme måde, som min generation var. Jeg tror ikke, der er særligt mange 12-årige piger, der ser deres forældre nøgne derhjemme, og det italesættes heller ikke.

Afdelingssygeplejerske Inge Aagaard, Hjerte-, Lunge- og Karkirurgisk afdeling, sengeafsnit T1, Odense Universitetshospital.



giver **røde** kinder

” Jeg lærer faktisk rigtig meget af den blufærdighed, mange studerende har. Jeg lærer af deres sårhed og følsomhed – er gardinerne nu trukket ordentligt for. Det er godt at blive husket på i en travl hverdag.

Klinisk vejleder Annemette Böttger, Geriatrik afdeling G, Bispebjerg Hospital.

- praksis. F.eks. hvordan man kan tale med patienterne om den intime pleje,” fortæller hun.

En del kliniske vejledere påpeger, at de studerendes blufærdighed også afhænger af, hvilken joberfaring de har med i bagagen, bl.a. Annemette Böttger, Geriatrik afdeling G, Bispebjerg Hospital.

”Det kan være svært for en del unge piger at udføre intim pleje, især hvis de ikke har haft studierelevante job i hjemmeplejen eller på plejehjem. Men de fleste har talt om det på skolen og gjort sig nogle overvejelser, og det er første vigtige skridt. De tør også italesætte det over for os, især når vi kliniske vejledere er opmærksomme på at åbne op for en dialog om såvel deres som patienternes skrøbelighed i plejesituationen. Og de studerende går til opgaverne og patienterne med en stor ydmyghed og respekt, hvilket jeg godt kan lide,” siger hun og uddyber:

”Jeg lærer faktisk rigtig meget af den blufærdighed, mange studerende har. Jeg lærer af deres sårhed og følsomhed – er gardinerne nu trukket ordentligt for. Det er godt at blive husket på i en travl hverdag.”

Og netop det, at de studerende tør italesætte deres blufærdighed og bekymring i forhold til intim pleje, er en positiv udvikling, flere kliniske vejledere har bidt mærke i.

”Der er kommet mere litteratur og fokus på emnet, og både vi og de studerende er blevet bedre til at tale om det. Tidligere talte man ikke om, hvad mødet med en nøgen patient gjorde ved en, man skulle bare holde det ud, men i dag er der meget mere fokus på de studerendes blufærdighed, og hvad den gør ved dem. Nogle af dem har jo aldrig set en nøgen ældre mand før,” siger klinisk vejleder Rikke Lefevre, Akutmodtagelsen, Hvidovre Hospital.

Overskrider intimsfæren

Sygeplejerske og lektor på Sygeplejerskeuddannelsen i Århus, Karin Kjærgaard

Bonde, har i mange år beskæftiget sig med intim pleje og mere specifikt hjælp til udskillelse af urin og afføring, bl.a. i sit speciale på kandidatuddannelsen i sygepleje ved Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet ved Aarhus Universitet. Her undersøgte hun, hvordan patienter med afføringsinkontinens oplevede plejepersonalets hjælp, og hendes udgangspunkt for opgaven var netop de sygeplejestuderendes forlegenhed.

”Det er meget svært for de sygeplejestuderende at tale med patienterne om deres afføring og hjælpe dem med toiletbesøg og nedre toilett. Det er grundlæggende sygepleje og har måske derfor et skær af at være let, men det er det ikke. Området er omgærdet af tabu, både fra personalets og patienternes side,” siger Karin Kjærgaard Bonde og fremhæver, at tabuisering

befindende. Derudover er det også præget af en sammenhæng til at være barn. Det er et stort tab af kontrol, hvis man ikke selv kan udskille urin og afføring og vaske sig selv,” siger hun.

Lektoren er også enig i, at der er sket en ændring i samfundets opfattelse af kroppe og nøgenhed.

”Kroppen er på én gang mere udstillet i det offentlige rum, men også blevet mere privat. Den udstillede krop er perfekt, men det er de private kroppe sjældent, og det tror jeg kan gøre de unge mere blufærdige. Noget har i hvert fald ændret sig i mine 20 år som underviser. Tidligere vakte det eksempelvis ikke væmmelse, at medstuderende havde hår på benene, når de f.eks. lavede øvelser i personlig hygiejne, men når vi har lignende øvelser i dag, kan jeg se, at der ikke er mange hår på benene.”

” Noget har i hvert fald ændret sig i mine 20 år som underviser. Tidligere vakte det f.eks. ikke væmmelse, at medstuderende havde hår på benene, når de f.eks. lavede øvelser i personlig hygiejne, men når vi har lignende øvelser i dag, kan jeg se, at der ikke er mange hår på benene.

Sygeplejerske og lektor Karin Kjærgaard Bonde, Sygeplejerskeuddannelsen i Århus.

gen også kommer til udtryk i, at der kun findes ganske lidt litteratur og forskning på området, især vedrørende afføringsinkontinens.

Der er flere grunde til, at intim pleje er så svært, siger hun.

”Det er et meget privat område i vores kultur, selv i familier lukker man jo døren, når man går på toilettet. Og intim pleje overskrider en normal intimsfære mellem mennesker. Derudover er det også i høj grad forbundet med seksualitet, som normalt er forbundet med følelser, men det er det jo ikke i sygeplejen. Her drejer det sig om at imødekomme patientens behov for ordentlig hygiejne og vel-

Som underviser gør hun alt for at forberede sine studerende på de mere intime situationer i klinikken ved bl.a. at øve forskellige situationer på helkropsmodeller i færdighedslaboratoriet og italesætte emnerne i undervisningen.

Husk at tale om nedre toilett

Klinisk vejleder Tenna Kjær fra Odense Universitetshospital har efterfølgende tænkt over, om den omtalte situation, hvor den studerende gav op ved nedre toilett, kunne være undgået. Og hun er kommet frem til, at hun som vejleder ikke kan tale for meget med de studerende om de mere intime plejesituationer.

”Som med alle andre studerende havde jeg jo haft en forventningssamtale med hende, før klinikperioden begyndte, og her kommer vi også altid ind på, om de har erfaring med basal sygepleje og nedre toilette. Men i den konkrete situation kunne jeg nok godt have talt endnu mere med den studerende om det, før hun skulle prøve det.”

cso@dsr.dk og jwb@dsr.dk

Læs mere

Karin Kjærgaard Bondes kandidat-speciale ”Når det private bliver offentligt ...” kan findes på www.folkesundhed.au.dk -> Skriv ”Når det private bliver offentligt” i søgefeltet øverst til højre.



Gode råd til sygeplejestuderende

- Inddrag patienten, men overvej, hvad hun magter. F.eks. er risikoen for en urinvejsinfektion stor, hvis patienten med afføringsinkontinens ikke bliver helt ren.
- Spørg ind til, hvordan patienten har det, og forklar, hvad der skal ske og hvorfor.
- Skærm ordentligt af, og luft ud.
- Tal situationen godt igennem med den kliniske vejleder, få talt om, hvad der er svært, og ikke mindst hvad der var godt.

Kilde: Karin Kjærgaard Bonde.

Gode råd til kliniske vejledere

- Italesæt emnet, prøv at fortælle den studerende, hvad hun kan møde.
- Lad den studerende vide, at hun kan tale med dig om alt, når det kommer til blufærdighed.
- Lad den studerende følge dig eller en kollega flere gange.
- Følg og hjælp den studerende flere gange, før hun bliver sluppet løs alene.
- Tal situationen igennem både før og efter, husk at fremhæve de positive ting.
- Hjælp den studerende med at passe på sig selv, ikke alle patienter egner sig til at blive plejet af studerende.
- Lad den studerende vide, at det kan være nødvendigt at sige fra, og at det er ok.

Kilder: Klinisk vejleder Charlotte Borg, Dermatologisk afdeling, Bispebjerg Hospital.

Fra sippet sekretær til

Et sommerferiejob og 10 ugers klinik på et kardiologisk sengeafsnit har forvandlet Katja Pihl fra sippet til sej. Et par hurdler skulle overvindes, men nu kaster hun sig uden problemer over opgaver som patientbade og nedre toilette.

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST • FOTO: FINN CARLSSON

Da Katja Pihl for et par år siden annoncerede, at hun ville droppe sit faste job som retssekretær for at læse til sygeplejerske, reagerede flere af hendes nærmeste med forbavselse, og nogle ligefrem med skepsis, deriblandt Katja Pihls egen far – hans sippede og blufærdige datter i et omsorgsfag med masser af direkte menneskekontakt?!

Den nu 31-årige sygeplejestuderende holdt dog fast i sin beslutning og begyndte på sygeplejerskeuddannelsen i Slagelse i foråret 2009. Men helt forkert på den var hendes far nu ikke, medgiver Katja Pihl.

”Jeg har altid været meget sippet, især da jeg var yngre. Her kunne jeg rynke på næsen af folk, der så mærkelige ud eller f.eks. lugtede,” husker hun.

I skrivende stund er hun ved at afslutte de 10 ugers klinik på uddannelsens 4. modul, som er foregået på Slagelse Sygehus, mere præcist Medicinsk afdeling, Kardiologisk afsnit B2. Og det er med hendes egne ord gået rigtig godt. Men hun har dog også gjort sit til at forberede sig bedst muligt på klinikken, som hun vidste ville blive grænseoverskridende, især når det kom til opgaver som nedre toilette og andre basale sygeplejeopgaver.

”Jeg vidste, at klinikken ville blive en stor udfordring. Selvom jeg i min første klinik (en uge, red.) så nøgne patienter, foregik det fra sidelinjen, jeg observerede

bare. Det er grænseoverskridende og meget intimt for både mig og patienten, som skal have alt tøjet af og stå nøgen på et fremmed, koldt hospitalstoilet. Og jeg ser, hvordan et andet menneske ser ud, helt nøgent, jeg har ikke set mange andre mennesker nøgne end min kæreste og lille datter på to år. Og jeg ville heller ikke bryde mig om, at andre skulle se mig nøgen,” uddyber hun.

Sommerferiejob blev ilddåb

Katja Pihl valgte derfor at søge sommerferiejob gennem et vikarbureau, og det endte med at blive noget af en ilddåb. Hun fik lidt tilfældigt job som ufaglært på et plejehjem for demente, som viste sig at være en ekstra udfordrende patientgruppe.

”Efter at have fulgt en anden medarbejder i en uge blev jeg bogstaveligt talt kastet ud i det, da jeg pludselig stod alene hos en beboer, hvor der var afføring overalt. Jeg måtte lige trække vejret og lukkede døren nærmest pr. refleks, men der var jo ikke andet for end at få beboeren ud i badet og vaske hende fra top til tå.”

En anden stor udfordring i arbejdet med de demente var kommunikationen eller rettere mangel på samme.

”Det var jo svært, nærmest umuligt at føre en samtale med dem, og kan jeg ikke kommunikere med patienterne, er det

endnu sværere for mig at spore mig ind på, hvilken patient jeg står over for. Og det er igen altafgørende for, at jeg kan give god pleje, også i mere blufærdige situationer som nedre toilette og bad,” fortæller hun og uddyber:

”Jeg taler altid så meget med patienten, som jeg kan, under seancen. Det kan være om alt muligt, og det er med til at bryde den lidt akavede situation, især for patienten.”

Andre erfaringer, Katja Pihl har gjort sig, er, at mange patienter selv kan hjælpe til, f.eks. i badet.

”Kan de selv, så lad dem være med til så meget som muligt. Har jeg en formodning om, at den ældre mand godt kan selv, men ikke rigtig vil, så siger jeg, at jeg lige skal hente et håndklæde. Når jeg kommer tilbage, er han ofte selv i gang med at vaske sig, og så klarer vi opgaven sammen. På den måde bevarer patienten også sin selvstændighed.”

Svært at sætte grænser

For andre patienter er den intime pleje ensbetydende med kontakt med et andet menneske for første gang i mange år.

”Jeg havde f.eks. en mandlig patient, som ville røre ved mine arme hele tiden. Det er svært ikke at tage det personligt, men det skal man, og her måtte jeg ventligt, men bestemt bede ham om at lade

Katja Pihls råd til andre blufærdige studerende:

- Spørg om hjælp, hvis du er det mindste i tvivl.
- Følg og observer erfarnere kolleger, før du selv går i gang.
- Få en kollega til at være med og hjælpe de første gange.
- Vær opmærksom på dine egne grænser, men overskrid dem også.
- Tag gerne et sommerferiejob, men husk også at holde mere end en uges ferie.
- Tal svære situationer igennem med din vejleder både før og efter.
- Tal med patienten om det, du skal lave, men også om hverdagsting som vejret og børnebørn.
- Inddrag patienten i den grad, det er muligt.

sej sygeplejerske



Mødet med den nøgne patient var et ivrigt debatteret emne især op til klinikken på 4. modul, husker sygeplejestuderende Katja Pihl.

være,” siger Katja Pihl, der også synes, det kan være svært at pleje patienter af eget køn.

”Det kan være mere besværligt at udføre nedre toilette på kvinder, da det er sværere at komme til. Og de første gange er det svært at vurdere, hvor langt ind man skal gå. Jeg kan også godt forestille mig, at det er svært med patienter på min egen alder. Jeg har ikke prøvet det, men med de ældre patienter er alderen nok med til at skabe en vis distance,” siger Katja Pihl, som også husker tilbage på en oplevelse med en alkoholiseret og dårligt soigneret patient, som uden tvivl tidligere ville have fået hende til at rynke på næsen.

”Han havde ikke været i bad længe og

lugtede kraftigt. Det var virkelig svært for mig. Jeg skulle ind i flere hudfolder, og skiddet sad mange steder fast, men jeg klarede den.”

Efter sommerferiejobbet og klinikken ligger Katja Pihls sippethed og blufærdighed på et meget lille sted. Hun understreger, at hun er en af de ældste på holdet, og siger, hun ikke ville have haft erfaring eller være moden nok til studiet for 10 år siden. Men lidt klicheagtigt overskygger glæden ved at gøre noget godt for andre nu alt andet.

”Når patienterne har været i bad – håret er vasket og redt, og de er kommet i rent tøj – så får jeg bare en rigtig god følelse.”

Hun er dog også meget opmærksom på, at patientpleje kun er en del af det at være sygeplejerske.

”Det er ikke plejen, der først og fremmest driver mig, men mere de mange menneskeskæbner og dialogen med den enkelte patient,” siger den tidligere retssekretær.

cso@dsr.dk

Øvelse gør mester, siger et ordsprog. Øvelse gør tryk, siger man på sygeplejeuddannelsen i Næstved. Her får de studerende den praktiske sygepleje i hænderne, allerede før de kommer ud i klinik. Konceptet kaldes skill lab.



Ind i næsen, rundt om ørene og stramme til om hagen. De studerende skal lære, hvordan man giver patienten et iltkateter på, og samtidig prøver de selv, hvordan det føles.



Mange af de studerende har aldrig før holdt et blodtryksapparat i hænderne. Her er det Mie Rahn, der koncentreret tager blodtrykket på en af sine medstuderende.

Plads til at dumme sig

AF JULIE WINTHERR BENGTSO, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

50 hvide kitler myldrer ind og ud mellem hinanden i lokalet, hvor 12 senge fylder godt langs væggene. Hver seng er udstyret med det nødvendige hospitalsudstyr som ilt og blodtryksapparat. Men der er ingen rød snor at trække i, for her er ingen patienter. Kun patientlignende dukker, som ikke brokker sig, hvis sygeplejersken fumler med forbindelserne.

Kitlerne sidder på de studerende fra modul 1 fra sygeplejeskolen i Næstved. I næste uge skal de ud i deres første klinikperiode, men inden da øver de sygepleje på skolen under vejledning af otte kliniske undervisere fra Næstved Sygehus.

I løbet af to dage skal de snuse til, hvad sygeplejefaget handler om, både menneskeligt og praktisk. De får både instrumenter, basisskemaer og rigtige mennesker i hænderne. Ifølge uddannelseskonsulent ved Næstved Sygehus, Lisbeth Trebbien, er det en god øvelse,

inden det går løs i klinik ude på afdelingerne.

"Skill lab har overordnet to formål; dels at sætte fokus på, hvad de studerende skal kunne i det praktiske sygeplejearbejde og dels at skabe mere tryghed, når de skal ud i klinik," forklarer Lisbeth Trebbien, der var med til at starte skill lab op i 2008.

Nedre toilette

Efter en kort samlet introduktion til dagen suser alle ud i otte grupper i to øvelseslokaler, hvor de i løbet af to dage bliver undervist i alt fra, hvordan man vasker en patient til lungefunktion, oralhygiejne og ernæring.

De studerende får lov at prøve patientens situation og blive vasket på arme og ben, få børstet tænder og ordnet hår.

"Der var da lige en grænse, der skulle overskrides i forhold til at udføre plejen på hinanden," fortæller en af underviser-

ne, klinisk underviser Tina Wendelbo fra Næstved Sygehus.

Også øvelse i nedre toilette stod på skemaet. Det blev dog afprøvet på en dukke.

"På den måde kunne de lære principperne for, hvordan man skal vaske og skifte klude," tilføjer Tina Wendelbo.

På andendagen er hun ansvarlig for en øvelse, der handler om spisesituation og -miljø. Også her er der fokus på, hvordan det er at være patient. Bag et diskret tilsluttet forhæng i det ene hjørne af lokalet er en frivillig fra gruppen hoppet op i sengen og har fået et stort, blomstret tørklæde for øjnene.

"Patienten hedder Ane Andersen og er blevet blind af sin sukkersyge," fortæller Tina Wendelbo til de andre studerende.

To af dem skal nu vise, hvordan de vil give patienten mad. Men det er ikke så let, for den studerende har fået instruktioner om at stritte imod: "Nej, jeg vil ikke



En af øvelserne under skill lab handler om ernæring og give mad til patienter. "Patienten" er selv studerende på holdet og bliver her lejret i sengen og madet af to medstuderende.

have mad. Min mave er helt hård, og jeg har ingen appetit," siger patienten.

"Nå, så kan det være, vi skal få dig ud af sengen og på toiletet," prøver en af de studerende, der nu skal lære at give næring til en patient, som ikke har lyst til at spise.

"Selvom nogle synes, det er grænseoverskridende, bliver de gennem øvelsen bevidste om, hvordan det er at være patient og f.eks. blive lejret i sengen og madet," siger Tina Wendelbo.

I et hjørne af lokalet lærer grupperne efter tur om puls- og blodtryksmåling.

"Pas på med at gå og skramle med stetoskopet, mens I har det i ørerne, for det gør altså ondt," lyder et af klinisk underviser Marianne Holtses første råd til sygeplejespirene, som for første gang prøver at holde et stetoskop og en blodtryksmåler.

Blodtryk trin for trin

Igen hopper en frivillig patient op i sengen, og så gennemgår de sammen, trin for trin, hvordan man måler blodtrykket. Bagefter bliver adskillige blodtryk målt i

dyb koncentration. Ikke så simpelt, som man umiddelbart skulle tro, må flere erkende.

Tina Wendelbo har været med som underviser i skill lab siden starten. Hun oplever tit, at de studerende bliver overraskede over kompleksiteten i den praktiske pleje:

"Det ser så nemt ud, når de får målt blodtrykket hos lægen, og de havde ikke drømt om, at man både skal bruge sin synssans og høresans og samtidig finde ud af, hvor man kan høre lyden i stetoskopet og åbne og lukke for ventiler," fortæller hun.

Det vigtigste er ikke, om de kan det hele fra starten. Det betyder derimod noget, at de har haft instrumenterne i hænderne:

"Så tør de vove sig ud i nogle ting," siger Tina Wendelbo og påpeger, at der under den gamle studieordning godt kunne gå lang tid, før de fik styr på den praktiske sygepleje.

"Vi kan jo lære dem det hele ude på afdelingerne, men det er lidt mere ufarligt i skill lab på skolen. Her får de lov til at dumme sig og grine lidt af sig selv."

jwb@dsr.dk

Et risikofrit miljø uden tids- og præstationspres

- Sygeplejerskeuddannelsen i Næstved startede skill lab-undervisningen i 2008 i forbindelse med den nye nationale studieordning. Formålet er at sætte mere fokus på de studerendes færdigheder og handlekompetencer og give dem mulighed for at øve sig i et risikofrit miljø – uden tids- og præstationspres.
- Der undervises to hele dage, inden de studerende kommer i klinik på modul 1. Dagene er en del af det kliniske undervisningsforløb. Derfor har de kliniske undervisere overtaget ansvaret for dagene på skolen. På modul 2 ligger endnu en undervisningsdag i skill lab.
- I evalueringen af skill lab kan de studerende angive, i hvor høj grad undervisningen er med til at øge deres tryghed i afdelingen. Sidst svarede 66 pct. "i høj grad", 26 pct. "i nogen grad" og 8 pct. "i mindre grad".

Kilde: Lisbeth Trebbien, uddannelseskonsulent ved Næstved Sygehus.

En fortælling om sygeplejen i Grønland

At skrive samtidshistorie anses ofte af historikere som en vanskelig opgave. Kilderne er mange, og det kan være vanskeligt at distancere sig nok fra stoffet til at kunne skrive og vurdere væsentligt og mindre væsentligt. Ikke desto mindre kan der være fortællinger, som fortjener at komme frem, og det er netop en fortælling, Ruth Lange har begået i denne bog.

Mange danske sygeplejersker har i kortere eller længere perioder virket i Grønland, men den grønlandske sygepleje er i sig selv en ung historie, og det er den historie, der fortælles, og forfatteren er selv en del af historien.

Derfor er bogen også rig på oplysninger og mange enkeltheder, som det indimellem kan være svært at holde linjen i, men som fængsler gennem den fortælleglæde og stolthed over resultaterne, som skinner igennem.

Bogen er krydret med små patienthistorier og med skildringer af en række af de personer, som har været aktive i processen frem mod en internationalt anerkendt sygeplejerskeuddannelse i Grønland.

Fortællingen fremstår som en meget personlig, men også autentisk beskrivelse af, hvordan situationen var omkring 1970 og frem til 2004, bl.a. takket være forfatterens store forståelse for såvel den danske sygeplejekultur som for den grønlandske kultur og de sammenstød, der nødvendigvis af og til opstod mellem de to kulturer.



Ruth Lange
Når en tanke bliver født
Sygeplejens og sundhedsuddannelsernes udvikling i Grønland 1970-2004
Milik Publishing 2010
214 sider - 249 kr.
ISBN 978-97-91359-75-0

Forfatterens indgående kendskab til både det grønlandske samfund og dets befolkning og det politiske system afspejler sig i beskrivelsen af den modningsproces, som virkeliggørelsen af tanken om en grønlandsk sygeplejerskeuddannelse har forudsat, og den faste tro på, at en uddannelse, der også kunne anerkendes uden for Grønland, var vejen frem, bliver ikke fraveget.

Det er ikke hele historien om sygeplejen i Grønland og de mange danskere, der har lagt kræfter og en stor indsats gennem en meget lang årrække i sundhedsvæsenet på den store ø, men det giver bogen sig heller ikke ud for. Det er imidlertid en fortælling, som giver øget viden om sygeplejen i Grøn-

land, og om den identitet sygeplejerskerne skal skabe. Ligeledes vil den kunne give en god indsigt i virkeligheden deroppe for de stadig mange danske og norske sygeplejersker, der tilbringer kortere eller længere tid i aktiv tjeneste i Grønland.

Bogen rummer en god litteraturliste og en række bilag, der underbygger fortællingen. Det ville have været en styrke, om der også var et stikordsregister, men med sine 213 sider er den overkommelig, og det er at håbe, at bogen vil komme bredere ud. Det har den fortjent.

Af Kirsten Stallknecht, sygeplejerske, tidligere formand for Dansk Sygeplejeråd.



Uffe Ravnskov
Hvorfor et højt kolesteroltal er nyttigt
Hovedland 2010
192 sider - 229 kr.
ISBN 9788770701761

Fra foreningen af

Styrer grådighed forebyggelsen af hjerte-kar-sygdomme? Det er det spørgsmål, som Uffe Ravnskov på en særdeles grundig og kvalificeret måde rejser og bekræfter i sin bog. Ravnskov har i mange år kæmpet mod WHO's og Sundhedsstyrelsens forklaring: At hjerte-kar-sygdomme skyldes for højt kolesterol og deres råd om at forebygge hjerte-kar-sygdomme med statiner.

Han står i spidsen for en international forening af kolesterolskæptikere, som mener, at bivirkningerne ved at indtage statiner er stærkt undervurderede. Tværtimod mener de, at kolesterol beskytter mod infektionssygdomme, og de viser, at den generelle dødelighed er større hos folk

Brugernes stemmer skal høres

Individualiseringstendenser, socialpolitisk engagement og en orientering mod kulturelle aspekter har øget interessen for livshistorier og livsfortællinger i social- og sundhedssektoren. Personorienteret omsorg og pleje, borgerperspektiv og brugerinvolvering forudsætter, at brugernes stemmer høres, og individernes erfaringer respekteres. Brug af livshistorier er derfor uundgåelig. Fossland og Thorsen hjælper læserne på vej i en velkomponeret bog, hvor livshistorier ansues som fortællinger, der giver indsigt i samfundsforhold og menneskelige erfaringer. Formålet med bogen er at stimulere til øget brug af livshistoriske tilgange.

I hverdagens travlhed kan livshistorier opfattes som trivielle og entydige. Det gør forfatterne op med via en grundig litteraturgennemgang med beskrivelse af forskellige forskningstraditioner og teoretiske tilgange til arbejdet med livshistorier. Forfatterne lægger vægt på, at fortællingerne er klassebetingede, kønnede og kulturelle måder at udtrykke sig på. Set i et livsløbsperspektiv fortæller livshistorier om individernes, stedernes og samfundets historier, de kan derved løfte personer ud af faste kategorier og vise deres mangfoldighed. Forfatterne er enige om, at livsfortællinger er konstruktioner, ikke rekonstruktioner, og at tilhøreren/forskeren er medproducent af fortællingen. Et livshistorisk interview bliver styret, be-

skåret og konstrueret af både fortæller og forsker og påvirkes af samspillet mellem dem. Forandringer ændrer fortællingen, der altid vil være præget af refleksivitet og fortalt i tilbageblik, hvilket har sine styrker og begrænsninger. Med dette udgangspunkt: at det faktiske liv er forskelligt fra fortællinger, går forfatterne over til at skrive sig ind i andre forskeres opfat-

telser af livshistorier om det lange liv, livshistorier i generationer, kroppen i livshistorier, tiden og rummet samt sygdom og selvet.

I et afsnit om livshistoriens historie problematiseres forskellen mellem begreberne reminiscens og life review. Forfatterne maner til reflekteret anvendelse af livshistorisk erindringsarbejde, hvor både erindring og tilbageblik på livet kan være måder at nærme sig fortiden på, som kan føre til revurdering af negative opfattelser af sig selv i fortiden og give støtte til mere positive fortolkninger. Erindringsarbejde er også identitetsarbejde, hvilket er udbredt i demensomsorgen, men forfatterne henviser også til erindringsarbejde individuelt og i grupper på andre felter.

For dem, der vil være klogere på forsknings- og skriveprocessen i livshistoriestudier, er der god hjælp at hente i det afsluttende kapitel, hvor systematikken gennemgås. Bogen som helhed udmærker sig ved at bidrage til det praktiske arbejde med gerontologiske refleksioner, og forfatterne gør deres til, at livsfortællinger kan blive forstået med stor indsigt.

Af Marianne Mahler, sygeplejefaglig konsulent i lokalområde Indre By Østerbro.



Trine Fossland og Kirsten Thorsen
Livshistorier i teori og praksis
 Fagbokforlaget 2010
 232 sider – 318 kr.
 ISBN 978-87-450-0873-9

kolesterolskeptikere

med lavt kolesterol. Ravnskovs hovedpointe er, at medicinalindustrien ikke er tilbøjelig til at opgive den indtægtskilde, som advarslerne mod forhøjet kolesterol giver. Slet ikke, da den også producerer medicin mod nogle af statinernes bivirkninger, f.eks. Viagra mod impotens.

Ravnskovs tekniske argumentation kan være svær at følge for folk uden den store biokemiske indsigt, men der er solide henvisninger på alt. Ravnskov viser således, at der ikke er sammenhæng mellem den kost, man indtager, og ens kolesterol. Han viser også, at åreforkalkning og hjertetilfælde ikke følges med høje kolesteroltal. Ydermere sandsynliggør han, at kolesterolet snarere end at være skadeligt er

gavnligt ved at påvise sammenhængen mellem et langt liv og et relativt højt kolesteroltal. Han hævder, at der byttes om på årsag og virkning, idet et højt kolesteroltal ikke er problemet, men kroppens naturlige og positive reaktion på andre problemer.

Ravnskovs beretning om sin kamp mod WHO og alverdens sundhedsstyrelser er medrivende, fordi der er mange andre tegn på, at medicinalindustrien og de internationale sundhedsorganisationer er lidt for gode venner. For nylig havde vi historien om den unødvendige vaccine mod svineinfluenza, hvor de ansatte i WHO, som stod bag den overdrevne vurdering af influenzaen, også var på medicinalindu-

striens lønningslister. Mine personlige erfaringer med at finde vestligt produceret medicin i tredjeverdenslande, som er forbudt i vestlige lande, skærper mistilliden.

Hvis Ravnskov har ret i sin teori, er han oppe mod meget stærke og meget sammenspiste kræfter. Millioner af mennesker får i skrivende stund statiner uden egentlig at fejle noget, blot fordi deres kolesteroltal er højt. Tusinder af forskere er afhængige af disse milliardindkomster. Så hvem vil save den – muligvis rådne – gren over?

Af Karen Ellen Spannow, sygeplejerske og etnograf.



Den terrængående

Grete Christensen er typen, der ikke kan lade være med at finde løsninger. Hvad enten det drejer sig om konflikter i en gruppe eller om en firhjulstrækker, der bryder sammen i Afrika. Sidste år blev hun formand for Dansk Sygeplejeråd.

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST • FOTO: PER MORTEN ABRAHAMSEN

På det hvidskurede egetræsbord i havestuen med store glaspartier og et maleri med stærke røde og gule farver på væggen står en mobiltelefon og en bærbar arbejdscomputer. Det er en af de sjældne dage, hvor Grete Christensen er hjemme i parcelhuset i Holbæk før klokken 15. Men fri har hun ikke. Under interviewet skæver hun med jævne mellemrum diskret til telefonen, og computeren står tændt til langt ud på aftenen.

Sådan har det været, siden den 53-årige Grete Christensen for et år siden blev valgt som formand for Dansk Sygeplejeråd. For selvom den tidligere intensivsygeplejerske har været fagforeningspolitiker i 20 år og næstformand for Dansk Sygeplejeråd siden 1998, så gør det alligevel en forskel at være sygeplejerskernes førstekvinde. Flere af ugens dage bliver det så sent, at hun må overnatte i Dansk Sygeplejeråds lejlighed i København.

"Selvom vi er en formand og to næstformænd med hver vores ansvarsområder, så er det især formanden for en organisation, politikere og medier efterspørger. Det er vigtigt, at vi er et talerør for alle sygeplejersker, og at fagforeningen har en tydelig stemme. Derfor bruger jeg meget tid på at fortælle om Dansk Sygeplejeråds synspunkter til omverdenen og pressen," siger Grete Christensen, mens hun byder på muffins. Hun er høj og slank og gestikulerer ivrigt, når hun taler. Kroppen er sportstrænet, og hun rejser sjældent uden at have løbeskoene med i tasken.

"Jeg får nye idéer, når jeg løber. Vi må tænke lidt anderledes og passe på, at vi ikke gør det samme, som tidligere ledere har gjort. Det er ikke nok at sidde ved forhandlingsbor- ▶

problemløser

” Hjemmefra har jeg lært, at tingene skal gøres ordentligt. Og det hænger ved. Ingen skal sige til mig, at jeg ikke gør mig umage.

Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd.

► det. Derfor bruger jeg rigtig meget tid på at møde medlemmerne på arbejdspladserne,” siger Grete Christensen og henviser til, at det seneste år har været turbulent pga. fyringer og nedlæggelse af stillinger.

Vent 10 år på efteruddannelse

Grete Christensens eget engagement i fagforeningspolitik startede i 1984. Hun var sygeplejerske på Ortopædkirurgisk Afdeling på Holbæk Sygehus. På jobbet underviste hun ofte de studerende. Derfor spurgte hun afdelingssygeplejersken

lige siden. Jeg har lært meget af uddannelsen som tillidsrepræsentant, og som formand oplever jeg hver eneste dag som ren kompetenceudvikling,” siger Grete Christensen, og de gråblå øjne lyser energisk gennem brilleglassene.

Firserne var præget af fyringsrunder i sundhedsvæsenet. Grete Christensen kombinerede det travle job som fællestillidsrepræsentant med at være mor til to små børn. En søn, der i dag arbejder i en bank, og en datter, der læser jura.

Indimellem gik bølgerne højt på Holbæk Sygehus. F.eks. da en gruppe ledere

far var lastbilchauffør og kørte ofte til udlandet. Moderen var hjemmegående.

”Det var et trygt og roligt hjem, og vi fik en fantastisk god ballast.”

I skolen var Grete nysgerrig, stille og pligtopfyldende. Men hun blev skubbet til, fordi kammeraterne på centralskolen mente, hun vidste for meget og var for ivrig i timerne.

”Man bliver nok lidt stille, når man oplever, at det ikke er i orden at stikke næsen frem. Og hjemmefra er jeg opdraget til at være ydmyg og ikke sige noget, før jeg er 110 pct. sikker. Den opdragelse har fulgt mig. Jeg har lært, at tingene skal gøres ordentligt. Og det hænger ved. Ingen skal sige til mig, at jeg ikke gør mig umage.”

I gymnasiet trivedes Grete og fik kammerater, som hun den dag i dag er venner med. Det var et sommerjob på et plejehjem, der overbeviste hende om, at hun skulle være sygeplejerske:

”Selvom det i begyndelsen var grænseoverskridende for mig at passe gamle mennesker, der ikke kunne ret meget, så var det dér, jeg fandt ud af, at jeg ville have et job, hvor jeg kunne hjælpe andre mennesker.” Umiddelbart efter studentereksamen blev hun optaget på sygeplejeskolen.

Som nyuddannet tog hun arbejde for at tjene penge til en tur til Afrika. Sammen med en gruppe gymnasiekammerater

” Når der var interne konflikter, eller firhjulstrækket på bilen gik i stykker, var jeg god til at mægle og se muligheder.

Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd.

om muligheden for at komme på efteruddannelse: Svaret lød:

”Du kan godt blive skrevet op, men det tager 10 år, inden det bliver din tur.”

”Jeg tænkte: ”Det kan ikke være rigtigt.” Da afdelingens tillidsrepræsentant flyttede til en anden afdeling, og de andre kolleger spurgte: ”Grete, kunne du ikke tænke dig opgaven?” sagde jeg ja, selvom jeg ikke vidste ret meget om, hvad det indebar. Og jeg har været bidt af fagpolitik

nedlagde arbejdet i protest mod besparelserne, selvom de var tjenestemænd:

”På den måde går tingene i ring i sundhedsvæsenet. De besparelser, vi oplever i dag, har vi set tidligere,” konstaterer Grete Christensen.

En stille pige

Grete Christensen kommer fra et arbejderhjem i St. Merløse på Sjælland og voksede op i en søskendeflok på tre. Hendes

Succes og finanskrise

Hvad har været de største succeser for Dansk Sygeplejeråd det seneste år?

”Vi har placeret sygeplejersker markant i den sundhedsmæssige debat. F.eks. har vi fået Sundhedsstyrelsen til at nedsætte en arbejdsgruppe om kliniske ekspertisygeplejersker. Vi har også fået Akutudvalget til at foreslå en national akutuddannelse for sygeplejersker, og regionerne har foreslået, at sygeplejersker indgår i vagtlægeordningen. Samtidig er det lykkedes at justere Dansk Sygeplejeråd, så vi har fået større fokus på medlemmernes behov.”

Hvad har været de største udfordringer?

”Vi er røget ind i en finanskrise, som betyder, at vi får en negativ reguleringsordning. Samtidig er det en udfordring for sygeplejersker at holde fokus på høj kvalitet og patientsikkerhed, når der hele tiden sker nedskæringer.”



Blå bog

Grete Christensen er født i 1957 og blev i 1981 uddannet til sygeplejerske ved Sygeplejeskolen i Holbæk. Hun har taget efteruddannelse som intensivsygeplejerske. Fra 1984-1990 var hun tillidsrepræsentant og fællestillidsrepræsentant på Holbæk Sygehus. Amtskredsformand i Vestsjællands Amt fra 1991-1998. 1.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd fra 1998-2009. Formand for Dansk Sygeplejeråd siden 2009. Er gift og har to voksne børn.

købte hun en gammel landrover, der blev sat i stand.

”Vi kørte gennem Egypten, Sudan og Kenya. Turen havde været planlagt gennem halvandet år, og den var meget velorganiseret. En af drengene stod for reparationer, en anden styrede alle vores papirer i forhold til rejsen, og vi var to piger, som havde ansvar for sundhed. Vi skaffede f.eks. vand og medicin.”

På turen til Afrika fandt hun ud af, at hun havde lederevner:

”Ikke at jeg gik og udøvede ledelse hele tiden, men på den tur blev det tydeligt, at jeg ikke kunne lade være med at være den, der organiserer og griber fat i tingene, når der opstår problemer. Når der var interne konflikter, eller fihjulstrækket på bilen gik i stykker, var jeg god til at mægle og se muligheder.”

Udsyn er vigtigt

De sidste mange år har Grete Christensen været aktiv i organiseringen af internationalt arbejde. Hun har rejst til sygeplejerskekonferencer over hele klo-

den og bl.a. fulgt et projekt for hiv-smittede sygeplejersker og deres familier i Swaziland støttet af Dansk Sygeplejeråd.

Siden 2007 har hun været præsident for de europæiske sygeplejerskers organisation, The European Federation of Nurses (EFN). Her har hun været involveret i patientsikkerhed og koordinering af europæisk sygeplejeforskning. Men i slutningen af oktober i år trak hun sig tilbage fra

” Det er vigtigt at tænke på solidariteten med hinanden. Der er ikke nogen, der alene kan klare de opgaver, som Dansk Sygeplejeråd løfter.

tidsskiftet, der har direkte betydning for os i Danmark,” siger hun.

Intet guld at fordele

Her og nu er det danske sygeplejerskers løn og arbejdsforhold, der trænger sig på. En af forårets store opgaver bliver overenskomstforhandlingerne. Der er ikke udsigt til store lønstigninger som i 2008.

”Det bliver hårdt. Alle ved, at der ikke bliver noget guld at fordele. Vi vil gøre,

Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd.

formandsposten i EFN for at kunne koncentrere sig 100 pct. om arbejdet i Dansk Sygeplejeråd:

”Vi er nødt til hele tiden at holde et vågent øje med, hvad der sker internationalt. I Bruxelles bliver der løbende taget beslutninger som f.eks. arbejds-

hvad vi kan, for at sikre reallønnen, og det bliver måske en udfordring i sig selv,” siger Grete Christensen. En af udfordringerne er den såkaldte reguleringsordning:

”Siden firserne har der været enighed om, at de offentligt ansatte ikke må være ▶



5 hurtige til formanden

Har du et idol blandt sygeplejersker?

"Jeg har mødt rigtig mange dygtige sygeplejersker både nationalt og internationalt. Jeg synes faktisk, at mit idol er alle de sygeplejersker, der knokler i dagligdagen. Det, der driver mig i min hverdag, er at se, at der er så meget drive i sygeplejersker, selvom de nogle gange arbejder under svære omstændigheder."

Hvad kan gøre dig vred?

"Jeg bliver vred, når nogen bryder en aftale. Men det er ikke så tit, jeg bliver vred."

Hvad får dig til at grine?

"Jeg får ofte et godt grin på mit arbejde."

Hvordan lader du op?

"Jeg lader op ved at løbe, for det er en sport, jeg kan dyrke hvor som helst og uden at være afhængig af andre."

Hvis du ikke var blevet politiker i Dansk Sygeplejeråd, hvor var du så i dag?

"Så var jeg ansat et eller andet sted i sundhedsvæsenet. Jeg ved ikke helt hvor."

Hvor meget tid bruger du på arbejde, fritid og søvn?

Min arbejdsdag er som regel 12 timer, så sover jeg 6-7 timer, og resten er fritid.

► lønførende, men at deres løn skal afspejle, hvad der sker i det private. Det seneste år har de private lønninger stået stille, mens vores løn er steget. Dermed skal sygeplejerskerne modregnes for deres lønstigning," fortæller Grete Christensen.

Kulturkamp for ligestilling

Selvom der lægges op til hårde forhandlinger, så understreger Grete Christensen, at Dansk Sygeplejeråds langsigtede mål er at skaffe sygeplejersker en løn, så de haler ind på privatansatte med tilsvarende uddannelsesniveau.

Over halvdelen af landets sygeplejersker arbejder i dag på nedsat tid, og undersøgelser viser, at det danske arbejdsmarked er et af de mest kønsopdelte i Europa. Mens danske mænd får højere løn og lægger flere arbejdstimer, jo flere børn de har, så er tendensen den stik modsatte for kvinderne.

mange sygeplejersker er på deltid. Vores arbejde bliver lavstatus, og vi genererer ikke særligt gode pensioner. Det er nødvendigt, at sygeplejersker tager diskussionen med deres mænd om arbejdsdelingen i hjemmet. Det må heller ikke være sådan, at dårligt arbejdsmiljø tvinger sygeplejersker på deltid."

Sygeplejersker kan ikke stå alene

Og så er der selve organisationen, Dansk Sygeplejeråd, med 73.000 medlemmer. Organisationsprocenten var i mange år 95. I øjeblikket er den omkring 90, og selvom det er en høj organisationsgrad sammenlignet med de fleste andre fagforeninger, så er udviklingen ifølge Grete Christensen en klar udfordring:

"Vores styrke afhænger af organisationsprocenten. Hvis vi skal kunne noget over for arbejdsgiverne, så kræver det, at vi er organiserede."

hjælp til f.eks. at klare en arbejdsskadesag eller har brug for hjælp i en klagesag," svarer Grete Christensen og fortsætter:

"Man må tænke lidt længere end til sin egen næsetip. Det er vigtigt at tænke på solidariteten med hinanden. Der er ikke nogen, der alene kan klare de opgaver, som Dansk Sygeplejeråd løfter. Ud over hjælpen til den enkelte er sygeplejerskernes faglige organisation afgørende for professionens udvikling. Hvis ikke det var for Dansk Sygeplejeråd, hvem skulle så skubbe på i forhold til regeringen, regionerne og kommunerne og på den måde sikre nye tiltag på sundhedsområdet. F.eks. var den nye uddannelse for akutsygeplejersker, der er ved at være bred opbakning til, aldrig blevet til noget, hvis ikke det havde været for Dansk Sygeplejeråd."

Der er også medlemmer, der kritiserer Dansk Sygeplejeråd for at være for langt væk fra medlemmernes hverdag. Hvad siger du til den kritik?

"Det seneste år har jeg brugt rigtig meget af min tid på at besøge arbejdspladser, og det samme gør kredsene. Den kurs skal vi fortsætte, så flere medlemmer oplever, at vi er tæt på deres hverdag. En af de ting, vi arbejder meget med i øjeblikket, er at møde medlemmerne på en ny måde. Dansk Sygeplejeråd skal ikke være ekspert i alt, men skal i højere grad bruge medlemmernes erfaringer og muligheder for at skabe netværk med hinanden f.eks. via den ny hjemmeside, som vi lancerer efter nytår."

bs@dsr.dk

” Alle ved, at der ikke bliver noget guld at fordele. Vi vil gøre, hvad vi kan, for at sikre reallønnen, og det bliver måske en udfordring i sig selv.

Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd.

"Der er ikke noget galt ved at være på deltid i en periode. Men hvis kvinderne nedprioriterer deres arbejde i en lang periode, så får de en dårligere pension og en dårligere løn ud af det," siger Grete Christensen:

"Hvis vi vil have ændret værdisætningen af sygeplejerskers arbejde, er det nødvendigt, at flere arbejder på fuld tid. For øjeblikket betaler vi prisen for, at

Men hvordan skal sygeplejersker argumentere, hvis deres kolleger spørger: Hvad får jeg ud af at være medlem af Dansk Sygeplejeråd?

"Presset fra arbejdsgiverne i både kommuner og regioner er ekstremt hårdt i de her år. Jeg kan ikke forstå, at nogle vil stå op imod det pres alene. Vi kan se, hvor mange sygeplejersker der har haft brug for at være med i DSR, fordi de skal have

Karen Ellen Spannow er 66 år og pensionist. Hun blev uddannet sygeplejerske i 1969, mag.art. i etnografi i 1987 og ph.d. i 1999. Hun har arbejdet inden for mange områder og i mange lande, men næsten altid tæt på sundhedsproblematikker af forskellig art.



Lad fornuften råde i sundhedssektoren

Den amerikanske komiker Jon Stewart arrangerede for nylig en demonstration i Washington med det erklærede formål at få fornuften geninstalleret i amerikansk politik. Jeg vil gerne lægge mig i slipvinden af denne forhåbentligt ikke enestående begivenhed og plædere for, at man i den danske sundhedssektor klart prioriterer behandlinger, som er veldokumenterede.

Det indebærer, som jeg ser det, at de alternative behandlinger, der ikke kan påvises nogen klinisk effekt af på den sygdom, patienten har, henvises til privat regi og ikke modtager støtte eller opmuntring fra det offentlige. Det indebærer naturligvis også, at man er kritisk over for de behandlinger, som systemet aldrig har fået undersøgt tilstrækkeligt, og får ryddet op i dem.

Selv fik jeg først rigtigt øje på alternativ medicin, da jeg for godt 20 år siden fik diagnosticeret metastaseret brystkræft. Men det var ikke på den positive måde. Tværtimod blev jeg dengang rystet over de påstande, som blev brugt til at overtale kræftpatienter til at droppe den behandling, sundhedssektoren kunne tilbyde, og i stedet kaste sig ud i alskens sære kure.

Det hed sig, at de, der fik cancer, ikke havde elsket og levet intenst nok. Det var deres undertrykte følelser, der slog ud i vildtvoksende knuder. Og det forlød, at hvis man ville livet tilstrækkeligt, så ville man også kunne overvinde kræften ved egen kraft. Når man står med fire teenagebørn og har særdeles gode grunde til at frygte døden, har man ikke behov for at få at vide, at man selv er skyld i hele redeligheden. Det er nemt at gøre mennesker usikre på, om deres følelser er lige så ægte og dybe som alle andres! Det er jo svært at måle på.

Så jeg blev vred og kom dengang i diskussion med flere, som mente, at den behandling, som jeg taknemmeligt tog imod (operation, kemoterapi og bestråling), var den sikre vej til graven. Men det blev dem og ikke mig, der måtte bukke under. Sagt uden nogen form for triumf. De var så sikre, urokkelige og endda hadefulde over for deres modstandere. Totalt afvisende over for indsigelser og det, jeg stadig vil betegne som sund fornuft. Det er muligt, at alternativ behandling ikke slår ihjel, men fravalg af relevant behandling kan være – og har været – skæbnsvangert.

Da jeg fik brystkræft, døde omkring halvdelen af de ramte, i dag er det højst 20 pct. Det skyldes med sikkerhed ikke det

stadigt voksende markedsudbud af alternative behandlinger, men minutiøse og systematiske undersøgelser, der til tider har måttet konkurrere med alternative behandlere, som gjorde, hvad de kunne for at lægge kliniske undersøgelser for had.

Så rabiat er det vel ikke mere, men den stigende velstand har betydet, at der hvert år bruges adskillige milliarder kroner på udokumenteret behandling. Hvad disse penge kunne gøre for sundhedssektoren, kan man godt dagdrømme lidt om.

Jeg mener, at mit bedste argument mod at lukke udokumenterede alternative behandlinger ind i det offentlige

” Selv fik jeg først rigtigt øje på alternativ medicin, da jeg for godt 20 år siden fik diagnosticeret metastaseret brystkræft. Men det var ikke på den positive måde.

sundhedssystem er, at de trods deres talrigdom og store udbredelse på ingen måde har medvirket til en forbedring af befolkningens selvrapporterede helbred, der bliver stadigt ringere.

Hvad den enkelte vælger at bruge sine penge på, er naturligvis helt hans/hendes egen afgørelse, men efter min mening må de, der vil have behandlinger, som udelukkende øger velbehaget, men ingen kurativ effekt har, selv betale.

”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.

WHO bekræfter kræftisiko ved natarbejde



En ny stor rapport fra WHO

bekræfter, at der kan være øget risiko for at få brystkræft, hvis man har meget nat-arbejde. I rapporten har man bl.a. fulgt sygeplejersker med nat- og skiftholds-arbejde, og seks ud af otte studier viser, at ansatte, som i flere år har haft mange nattevagter, har en øget risiko for at få brystkræft. Det bliver dog også slået fast, at risikoen er beskeden.

2.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Dorte Steenberg, vil have politikerne til at lave nogle maksimumsgrænser for natarbejde. Hun siger:

”Det drejer sig især om antallet af vagter, som sygeplejersker må have i træk. Vi ved, at flere i dag arbejder op til syv nætter i træk. Og det er alt for meget.”

Langt flere kræftpatienter får anerkendt arbejdsskade

Personer, som har fået kræft pga. deres arbejde, får i stigende grad anerkendt deres sygdom som en arbejdsskade og får erstatning, viser en opgørelse fra Arbejdsskadestyrelsen. På syv år er antallet steget med omkring 50 pct. I 2003 fik 110 kræftpatienter anerkendt deres kræftsygdom som en arbejdsskade og tilkendt erstatning. I 2009 var tallet steget til 166. Stigningen skyldes ikke nødvendigvis, at flere har fået kræft, men derimod, at flere får deres sag behandlet.

Sygesamtaler er spild af tid

Ny undersøgelse viser, at aktivering ikke bidrager til at få sygemeldte hurtigere tilbage på arbejdsmarkedet. Det samme gælder for de samtaler for syge ledige, som landets akasser er pålagt at holde. Regeringens indsats med at aktivere sygemeldte er fejlet, mener formanden for Danske Sundhedsorganisationers Arbejdsløshedskasse, Anni Pilgaard, som vil have reglerne lavet om:

”Som a-kasse bør vi bruge vores energi på de medlemmer, der har behov for hjælp til at vende tilbage til arbejdsmarkedet. Det er typisk medlemmer, der er blevet fyret pga. sygdom, eller som har haft flere længere sygdomsperioder.”

LEDER

Forhandlinger i et forandret Danmark

Om få dage tager vi sammen med arbejdsgiverne hul på de forhandlinger, der skal føre frem til en ny overenskomst. Da vi sidst forhandlede i 2008, skete det i et helt andet lys.

Dengang kunne vi se tilbage på 2007, hvor det gik godt i Danmark. Ledigheden var i bund, de privatansatte fik rekordstore lønstigninger, og finansministeren havde en hel del penge at dele ud af. Den stemning smittede af på vores forhandlinger, og vi opnåede et godt resultat.

Nu skal vi se tilbage på 2010, som ikke har været noget godt år for dansk økonomi. Virksomheder og den offentlige sektor fyrer medarbejdere. Arbejdsgivere og organisationer i det private har lavet aftaler med minimale lønforbedringer. Og finanskrisen har tømt pengebogen i Finansministeriet.

Samtidig får vi en regning fra den reguleringsordning, som udjævner lønsforskellene mellem offentligt og privatansatte. Den har før gavnet os, men i de sidste tre år har de privatansatte fået lavere lønstigninger end os, og derfor bliver vi reguleret ned.

Derfor bliver det en udfordring at få lønforbedringer, der er store nok til at dække prisstigningerne i de kommende år og regningen fra reguleringsordningen. Men jeg kunne ikke drømme om at give op på forhånd. Vi vil kæmpe for, at ingen sygeplejersker skal sidde tilbage med færre penge end i dag, når huslejen og regningerne er betalt.

Sundhedsvæsenet skal kunne rekruttere og fastholde medarbejdere i fremtiden. Derfor har både vi og arbejdsgiverne en interesse i at skabe attraktive og udviklende arbejdspladser. Jeg håber, at arbejdsgiverne vil være med til at se på indflydelse på vagtplanen, værn om fritiden og fokus på faglig udvikling. For arbejdsmiljøet er vigtigt – ikke mindst nu, hvor nedskæringer fylder meget. Og så skal vi fortsætte vores ligelønsprojekt. Meget af ansvaret for at skabe ligeløn ligger på Christiansborg, men vores arbejdsgivere skal også være med til at skabe grundlaget for ligeløn – f.eks. ved at øremærke mere barsel til mænd.

Vi har viljen til at nå et resultat, og jeg er sikker på, at arbejdsgiverne har det på samme måde. Hverken kommuner, regioner eller stat har nogen interesse i at lukke sundhedsvæsenet ned, og jeg har tillid til, at arbejdsgiverne viser interesse i og vilje til at finde fælles løsninger.

Selvom vi har en smertegrænse, har vi intet ønske om at ende i samme situation som i 2008. Strejken for tre år siden sled hårdt på os, og jeg har ingen ambitioner om endnu en konflikt. Tværtimod har jeg et eneste mål: Den bedst mulige aftale. Alle medlemmer skal opleve, at vi skaber resultater, som kan mærkes i hverdagen og i arbejdslivet.

Grete Christensen

Grete Christensen, formand



Blandt de sager, Dansk Sygeplejeråd har rejst i november 2010:

Sæt psykiatrien på finansloven

I et fælles debatindlæg i bl.a. Århus Stiftstidende og Lemvig Folkeblad skrev Dorte Steenberg, 2.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd, og Else Kayser, formand for Dansk Sygeplejeråd Kreds Midtjylland, om behovet for, at politikerne afsætter midler til psykiatrien i finansloven:

"Sandheden er, at psykiatrien skriger på ressourcer. Det skyldes ikke mindst, at finansieringsgrundlaget er alt for ustabil og usikkert. De beløb, som psykiatrien modtager via de såkaldte satspuljemidler, er alt for små i forhold til behovet. Beløbene rækker ganske enkelt ikke. Og det har store konsekvenser."

Sygeplejeråd og region i strid

Dansk Sygeplejeråd truer Region Sjælland med retssag, fordi regionen ikke længere mener, at den har ansvar for at genansætte fyringstruede medarbejdere i andre ledige stillinger. "Vi mener helt klart, at pligten gælder i hele regionen. Og hvis regionen ikke vil leve op til det, så vil vi vurdere sagen juridisk og se, om vi vil tage retslige skridt," sagde Helle Dirksen, formand for Dansk Sygeplejeråd Kreds Sjælland, til Sjællandske Medier.



ARKIVFOTO: SØREN SVENDSEN

Tæt på sidste runde. Snart er det slut med operationer på Hørsholm Hospital, der lukker den 1. februar til næste år. Torsdag morgen den 11. november fik 24 sygeplejersker på hospitalet pr. brev besked om, at de var fyret. Flere af de fyrede var erfarne sygeplejersker. I alt blev 42 afskediget, mens 122 skal arbejde på fire andre hospitaler i regionen. (snp)

Frivillig i Swaziland

Sygeplejerskerne Kirsten Salling og Ditte Maibom er i oktober og november på et femugers ophold som frivillige sygeplejersker på det sundhedscenter i Swaziland i Afrika, som Dansk Sygeplejeråd støtter. De har beskrevet og fotograferet nogle af deres oplevelser som sygeplejersker i det fattige land. Det er blevet til en artikelsamling, som du kan læse på www.dsr.dk

Du kommer direkte til artiklerne ved at skrive www.dsr.dk/kirstenditte



ARKIVFOTO: ISTOCK

Læserrejse

Vejen til Damaskus – Syriens hemmeligheder

Del oplevelser med sygeplejerskekollegaer på denne spændende rejse til Syrien. Vi ser fredfyldte gårdhaver, oldkristne kirker, moskéer med ægte tæpper, besøger hospitaler og får indblik i Syriens sundhedsvæsen – med dansk rejseleder, otte dage.

Dagsprogram

- Dag 1: København – Damaskus, Syrien.
- Dag 2: Damaskus. Det Danske Institut, basar, Umayyademoskéen.
- Dag 3: Damaskus. Nationalmuseet, Azem-paladset, hospitalsbesøg.
- Dag 4: Damaskus – Maalua – Krak des Chevaliers – Aleppo.
- Dag 5: Aleppo. Byvandring, missionæren Karen Jappes grav, hospitalsbesøg, drink på Barons Hotel.
- Dag 6: Aleppo – Skt. Simons Basilika – Hama – Palmyra.
- Dag 7: Palmyra. Besøg i den gamle oase- og karavaneby.
- Dag 8: Palmyra – Damaskus – København.

Afrejse 17. marts 2011.

Pris 10.990 kr.

Læs mere på www.sygeplejersken.dk > læserrejser, hvor du også kan dele rejseoplevelser med andre sygeplejersker.

Information og bestilling: booking@albatros-travel.dk

Tlf. 3698 9898. Oplys rejsekode LR-SYG.

Stolt over, hvad jeg afleverer

Det europæiske forbund af sygeplejersker spiller en væsentlig rolle over for EU's politikere og embedsmænd. Både som faglig rådgiver og som vagthund, hvad angår arbejdsvilkår og etiske hensyn. Det fortæller Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen, som for nylig har overladt posten som præsident for European Federation of Nurses Associations (EFN) til næstformanden for de norske sygeplejersker, Unni Hembre. Formandskiftet er sket midt i en ordinær valgperiode, fordi Grete Christensen giver arbejdet som formand for Dansk Sygeplejeråd absolut førsteprioritet.

"Jeg er stolt over det EFN, jeg afleverer til min efterfølger," lyder det fra Grete Christensen, som har været medlem af EFN's repræsentantskab siden 2005. Hun konstaterer, at det er lykkedes at engagere alle EFN's medlemsorganisationer i de fælles møder, hvor der både tages stilling til fælles udfordringer og skabes faglige netværk mellem sygeplejerskeres repræsentanter i EU. I de seneste tre år, hvor Grete Christensen har været formand for EFN, har de europæiske sygeplejersker stået over for store udfordringer, bl.a. migrationen af sygeplejersker mellem landene. Den aktuelle finansielle krise påvirker sundhedsvæsenet i alle landene og medfører, at sundhedsvæsenets medarbejdere flyttes rundt. Derfor er det vigtigt, at vi holder fast i de vedtagne etiske spilleregler om rekruttering af sygeplejerskearbejdskraft mellem landene," siger den afgangende EFN-præsident. (sp)



Ta´ veninderne med på Shopping+ miniferie

- og nyd et par dage i **Næstved** med shopping, kultur og natur.

Bestil en shopping+ miniferie og få gavekort, rabat, forkælelse og særbehandling.

Klik ind på www.visitnaestved.com







Jeg har kun mødt positive kolleger, der støtter og opmuntrer i en travl hverdag

BENTE, SYGEPLEJERSKE

► **gjob.dk**

GRØNLAND – HER ER TIDEN EN ANDEN

Find dit næste job i Grønland på **www.gjob.dk**

Her kan du også læse mere om andres erfaringer med at arbejde i Grønland.



Det Grønlandske Sundhedsvæsen

Seniorer danner netværk

Seniorsammenslutningen arbejder med at styrke netværksdannelse

Landssammenslutningen af Seniorsygeplejersker i Dansk Sygeplejeråd vil gerne synliggøre det arbejde, den udfører. Derfor har landsbestyrelsen bl.a. udarbejdet et visionspapir, som løbende udbygges og konkretiseres. Senest har seniorsygeplejerskerne arbejdet med netværksdannelse. Disse skal styrkes ved bl.a. at afholde fælles møder og arrangementer på tværs af de enkelte valgkredse. Desuden vil landsbestyrelsen være med til at markere FN's internationale ældredag den 1. oktober hvert år.

Læs mere om Seniorsammenslutningen på www.dsr.dk > Seniorer

DEBAT PÅ FACEBOOK

Ville du gå til pressen?

Hele 57 pct. af landets sygeplejersker har oplevet uholdbare forhold på arbejdspladsen, som de mente, at offentligheden burde have kendskab til. Men ni ud af 10 gik ikke videre til pressen med deres viden.

"Et mærkeligt paradoks i denne tid, hvor vi rider den høje hest, der hedder ytringsfrihed og fornærmer den halve verden i dens navn ... samtidig med at vores egne hjemlige kommunalt ansatte ikke tør kritisere noget som helst, offentligt ..."

"Er fuldstændig enig i ovenstående!! Ville så gerne råbe befolkningen op ang. vores forhold, og hvilken virkelighed vi oplever!! De ville tro, det var løgn – men vi har vel tavshedspligt? Ikke sandt??"

"Jeg har altid forholdt mig til De Sygeplejeetiske Retningslinjer, som blev vedtaget på DSR's kongres i 2004: "Sygeplejersker skal medvirke til at synliggøre de konsekvenser, de politiske prioriteringer får for sygeplejen." Jeg har selv skrevet enkelte læserbreve, da medierne havde fokus på psykiatriske patienter, der udøvede vold på personalet, hvor min holdning var, at der skulle ansættes mere personale, der kunne bruge mere tid på samtalerapi. Håber alle kolleger fatter pennen, når de politiske prioriteringer går ud over patienter eller arbejdsmiljø."

Sundhedsøkonom på anden planet

Professor i sundhedsøkonomi, Kjeld Møller Pedersen, mener ikke, at nedskæringer på hospitalerne er alarmerende. Dansk Sygeplejeråd er dybt uenig.

"Stil otte "eksperter" op ved siden af hinanden og få otte forskellige meninger! SELV-FØLGELIG MÆRKES NEDSKÆRINGER."

Hvad mener du om de aktuelle besparelser i sundhedsvæsenet?

"En forudsigelig konsekvens af et årtis lovløse slaraffenlands privatisering af sundheds- og sygehussektoren. De borgerlige vil ha' et privatiseret system, og de har kunnet gennemføre hele processen stort set uden modstand overhovedet. Hvor har f.eks. Dansk Sygeplejeråd været henne før nu? Så i stedet for at spørge, hvad vi mener om en, for det offentlige, åbenlyst håbløs problematik, skulle I hellere spørge: "Hvad havde folk ellers forestillet sig, der var planen?"

Hvis du selv har lyst til at følge med i debatterne på Dansk Sygeplejeråds Facebook-side og eventuelt give dit besyv med, kan du gøre det på www.facebook.com/sygeplejersker



Sygeplejerskens læsere kan her få et indblik i formand Grete Christensens kalender. Der er tale om et uddrag.

Mandag den 22. november

- Styremøde i SSN, Sygeplejersker-nes Samarbejde i Norden, Stockholm

Tirsdag den 23. november

- Styremøde i SSN, og konference om kvalitetsindikatorer, Stockholm

Onsdag den 24. november

- Dansk Magisterforenings repræsentantskabsmøde, Frederiksberg
- Arrangement med onkologiske afdelingssygeplejersker, Hvidovre

Torsdag den 25. november

- Møde med tillidsrepræsentanter i Staten
- Udveksling af OK 11-krav med Danske Regioner og Kommunernes Landsforening, København

Fredag den 26. november

- Planlægningsmøde med FOA om fælles temamøde om arbejdsdelingen mellem faggrupperne, København
- Internationalt koordinationsmøde FTF, København

Mandag den 29. november

- Temadag med Hovedbestyrelsen, Vilvorde

Tirsdag den 30. november

- Interne møder i Kvæsthuset, København

Onsdag den 1. december

- Møde hos Norsk Sykepleierforbund, Oslo

Torsdag den 2. december

- Møde hos Norsk Sykepleierforbund, Oslo
- Bestyrelsesmøde i Forbrugsforeningen, København

Fredag den 3. december

- Bestyrelsesmøde i Pensionskassen

Bliv klogere på OK 11

OK 11 er fire tegn, du som sygeplejerske vil støde på mange gange i løbet af de næste måneder, bl.a. i *Sygeplejersken*, på www.dsr.dk/ok11 og i nyhedsbrevet Synergi.

Overenskomstforhandlingerne dækkes løbende, og under overskriften "Bliv klogere på OK 11" vil vi kort præsentere en række centrale begreber og aktører i overenskomstforhandlingerne.

Har du spørgsmål af faktisk karakter til OK 11, er du velkommen til at maile det til redaktionen@dsr.dk Vi vil besvare alle mails, men kan ikke garantere svar på alle spørgsmål.



ARKIVFOTO: ISTOCK

Ny overenskomst – hvorfor nu det?

De nuværende overenskomster blev fornyet den 1. april 2008. Forhandlerne aftalte, at overenskomsterne skulle løbe i tre år, og de udløber derfor i 2011.

Hvem er Sundhedskartellet?

Sundhedskartellet er en forhandlings- og samarbejdsorganisation for 11 faglige organisationer (bl.a. Dansk Sygeplejeråd) for knap 120.000 beskæftigede i sundheds- og socialsektoren. Formand for Sundhedskartellet og dermed politisk chefforhandler ved OK 11 er formand for Dansk Sygeplejeråd Grete Christensen.

Hvem er Danske Regioner?

Danske Regioner er interesseorganisation for landets fem regioner, som varetager en stor del af de offentlige opgaver inden for sundhed, socialområdet og regional udvikling. Regionerne er dermed arbejdsgivere for bl.a. sygeplejersker ansat på landets sygehuse og skal derfor forhandle overenskomst med de ansatte. De forhandlinger foregår centralt gennem Regionernes Lønnings- og Takstnævn, RLTN.

Hvem er Regionernes Lønnings- og Takstnævn, RLTN?

Regionernes Lønnings og Takstnævn (RLTN) er forhandlingspart for de regionale arbejdsgivere. Nævnets formand, Jens Stenbæk (V) og næstformand, Anders Kühnau (S), ud-

gør RTNL's politiske forhandlingsdelegation, som under OK 11 skal forhandle generelle temaer og aftaler med de fire arbejdstagerparter KTO, Sundhedskartellet, AC og FOA.

Hvem er KL?

Kommunernes Landsforening (KL) er en privat interesse- og medlemsorganisation for alle 98 kommuner i Danmark. KL er dermed forhandlingspart for de kommunale arbejdsgivere, mere præcist gennem KL's Løn- og Personaleudvalg. Formand for udvalget, og dermed KL's politiske chefforhandler ved OK 11, er Michael Ziegler (K).

Hvad er en overenskomst?

En overenskomst er en kollektiv aftale indgået mellem på den ene side en faglig organisation og på den anden side en arbejdsgiverorganisation, i Dansk Sygeplejeråds tilfælde Sundhedskartellet og arbejdsgiverne (Danske Regioner, KL og Staten). En overenskomst kan være udformet forskelligt, alt afhængig af arbejdets art, men omfatter som minimum bestemmelser om løn og arbejdstid.

Hvad er en overenskomstperiode?

En overenskomstperiode er den periode, overenskomsten gælder, normalt to eller tre år. Men forhandlerne kan godt indgå kortere eller længere aftaler. Ved forhandlinger om en ny overenskomst bliver den gamle overenskomst sagt op.



Læs mere om overenskomstforhandlingerne i portræt af Grete Christensen side 26 og leder side 32.

Er dit medlemskab korrekt?

De nye overenskomster skal de næste måneder forhandles, og derfor er det vigtigt, at du er medlem af Dansk Sygeplejeråd, og at dit medlemskab er korrekt registreret. Skulle overenskomstforhandlingerne mod forventning ende i en konflikt, er det nemlig udelukkende aktive medlemmer i konfliktramte job, der får økonomisk støtte af Dansk Sygeplejeråds Garantifond.

Dit medlemskab skal være på plads, og dine oplysninger korrekt registreret, senest 31. december 2010. Der er dog visse undtagelser:

- Er du studerende, og bliver du færdig efter den 1. januar 2011, skal du melde dig ind før en evt. konflikt for at få ret til understøttelse.
- Er du på dagpenge pga. barselsorlov, anden orlov eller ledighed, og ophører orloven, eller får du job efter den 1. januar 2011, skal du melde dig erhvervsaktiv før en evt. konflikt for at få ret til understøttelse.
- Har du været i udlandet eller beskæftiget uden for sygeplejen og dermed været passivt eller udmeldt medlem, skal du, hvis du får nyt job i sygeplejen efter den 1. januar 2011, melde dig erhvervsaktiv eller ind igen før en evt. konflikt for at få ret til understøttelse.

Er du i tvivl om, hvordan dit medlemskab er registreret hos Dansk Sygeplejeråd, er du velkommen til at kontakte medlemsservice på tlf. 3315 1555 – tast 1. Nye medlemmer kan også kontakte medlemsservice eller læse mere om medlemskab af Dansk Sygeplejeråd og melde sig ind på www.dsr.dk/blivmedlem

(cso)

” Ja, der er jo lige det, at vi skal starte med at sætte de ansatte ned i løn. Det skyldes reguleringsordningen, der håndhæver, at lønningerne følger det private, og de private lønninger er ikke steget lige så meget som de offentlige.

Regionernes hovedforhandler, Jens Stenbæk (V), den 27. oktober 2010, på www.regioner.dk om forventninger til overenskomstforhandlingerne.

Går efter at sikre reallønnen

CO10, Centralorganisationen af 2010, som forhandler overenskomst for bl.a. knap 1.000 statsansatte sygeplejersker, har udtaget krav om bl.a. løn, pension og tryghed i ansættelsen:

- Generelle procentuelle lønstigninger med henblik på sikring af reallønnen.
- Reguleringsordningen videreføres.
- Længere opsigelsesvarsler for overenskomstansatte og tjenestemandslignende ansatte med en forsikringsmæssig pensionsordning.
- Forhøjelse af den særlige feriegodtgørelse.
- Ret til kompetenceudvikling.
- Fortsat ret til seniorbonus.
- Tjenestemandspensionisternes reguleringsprocent forhøjes ud over forhøjelsen af reguleringsprocenten fra generelle lønstigninger og fra reguleringsordningen.

CO10 er tilknyttet hovedorganisationen FTF.

Bliv klogere på OK 11

Se mere på www.dsr.dk/ok11

KLIP

... fra andre medier om løn og overenskomstforhandling.

Ingen job er sikre mere

Lærere, pædagoger og sygeplejersker er traditionelt anset som brancher med høj jobgaranti. Men i dag fylder de nyuddannede godt op på jobcentrene. 35 pct. af nyuddannede sygeplejersker står i dag uden job. Det svarer til en firdobling i forhold til samme tid sidste år. Samme billede tegner sig for nyudklækkede pædagoger, som for 38,4 pct.s vedkommende er på dagpenge eller supplerende dagpenge. Ledigheden for nyuddannede lærere er tredoblet på få år. En tredjedel af dem er også arbejdsløse.

Urban, den 28. oktober.

Offentlig lønfest til 40 mia. kr.

En stigning i de offentlige lønudgifter på 12,9 pct. er et resultat af generøse lønstigninger og 14.000 flere offentligt ansatte over de seneste to år. Regningen til skatteyderne lyder på knap 40 mia. kr., viser tal fra Danmarks Statistik. Erhvervslivet er chokeret over, at man ikke har tøjlet de offentlige lønudgifter, og forlanger direkte lønreduktioner i forbindelse med de offentlige overenskomstforhandling.

Børsen, den 3. november.

KTO stiller med otte nye krav

De 550.000 offentligt ansatte, som er organiseret i KTO, har otte krav til overenskomstforhandlingerne.

Et par af hovedkravene er generelle lønforbedringer og forbedring for de lavtlønnede. Herudover går KTO efter øget ligeløn og ligestilling, bedre vilkår for tillids- og arbejdsmiljørepræsentanter, bedre vilkår for medindflydelse, mere medbestemmelse og samarbejde, større tryghed ved afskedigelse og omstrukturering, bedre seniorrettigheder samt ret til at komme med nye og andre krav, hvis det bliver nødvendigt.

Berlingske Tidende, den 10. november.

Hjemmebesøg

Sundhedsplejerske Anette Larsen på arbejde i Gadehavegårds-området i Høje-Taastrup Kommune. Familien Mohamed fik deres fjerde barn Adam Ali for to måneder siden. Han har haft lidt ondt i maven, og Anette Larsen viser forældrene Fadumo og Ali Mohamed, hvordan de kan give drengen mavemassage. Han trives og pludrer allerede rigtig fint. Fadumo Mohamed har brug for at blive bekræftet i, at modermælken er god nok, Adam Ali tager fint på. Sundhedsplejen i Høje-Taastrup kommer ud til mange familier med anden etnisk herkomst end dansk, men de får ikke særlige tilbud, medmindre de har særlige behov.

(sbk)





Sygeplejerske Grethe Garonfolo deltager ikke i den personlige pleje af beboerne. Men hun superviserer en eller to gange om året.



Skønt, at



Turid Møller deltager i meget mere, efter at hun er trappet ud af sit mangeårige medicinforbrug.



Hvert afsnit i plejeboligerne Hestehavehusene har en fast sygeplejerske.



Grethe Garonfolo tjekker Turid Møllers plejeplan og andre papirer med social- og sundhedsassistent Lene Brinkkjær.



Karen Louise Gravesen (midten) kigger billeder fra grillfesten sammen med hjælper Rolande Gnaéré og assistent Lene Brinkkjær.



Et fast element i kvalitetsbesøgene er medicin-gennemgang og kontrol med, at alt lever op til reglerne.



Personalet benytter ofte frokosten til at få vendt problemer med Grethe Garonfolo (tv.). Her Dorte Bachmann (midt) og Linda Marie Kai (th.).

Sygeplejerske Grethe Garonfolo, Århus, har udviklet en metode til supervision af personalet i plejeboligerne, hvor hun arbejder. Den hedder kvalitetsbesøg.

det også kan gå fremad

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • FOTO: KISSEN MØLLER HANSEN

Gennem det sidste halve år har personalet kunnet se stadig fremgang hos Turid Møller, der bor i Århus Kommunes plejeboliger Hestehavehusene.

Hun er langsomt ved at blive trappet ud af en mangeårig medicinering med psykofarmaka, og resultaterne er tydelige: Hun bevæger sig mere og er vågen og medvirkende.

Så det er ikke akutte problemer, der er årsagen til, at den faste sygeplejerske i Hus 2, Grethe Garonfolo, har aftalt at supervisere social- og sundhedsassistent Lene Brinkkjær, mens hun hjælper Turid Møller.

Det er simpelthen et af de kvalitetsbesøg, som Grethe Garonfolo har indført. En til to gange om året er hun med ude hos hver borger for at supervisere den personlige pleje, gennemgå medicinhåndteringen og justere plejeplan og andre papirer.

Det er rigtig godt, synes Lene Brinkkjær: "Det er en lejlighed til grundig refleksion. Til hverdag tager den ene dag jo bare den anden."

Nedre toilette foregår som sengevask hos alle beboere, fordi risikoen for urinvejsinfektioner er så stor. Men Turid Møller kan selv gå ud på badeværelset med sin rollator, og efter øvre toilette griber hun kammen til den grå frisure og lægger læbestiften på med øvet hånd. Morgenmaden i den fælles opholdsstue spiser hun også selv, mens Lene Brinkkjær guider.

Et resultat af dagens besøg er, at Grethe Garonfolo og Lene

Brinkkjær vil prøve at få seponeret de panodiler, Turid Møller plejer at få om morgenen, før hun skal til træning. Lene Brinkkjær vil vende det med fysioterapeuten, så kan Grethe Garonfolo tage det op med egen læge.

"Dejligt, at der også er tilfælde, hvor vi kan se fremgang," siger hun, mens de sidder ved computeren. De aftaler, at Grethe Garonfolo retter journalens sammenfatning og helhedsbeskrivelse, mens Lene Brinkkjær skal tilrette plejeplanen, så den afspejler, hvor meget mere Turid Møller nu selv kan medvirke i den personlige pleje.

"De andre skal kunne læse, hvad vi har set, og hvad vi tænker om det, så de kan tage over, hvis vi ikke er her," siger Grethe Garonfolo.

At være sygeplejerske i en gruppe plejeboliger handler meget om at være forudseende. Det konstaterer hun, da formiddagen er ved at være slut, uden at hendes telefon har ringet en eneste gang.

"Vi starter dagen med at gennemgå, hvad nattevagten har overleveret. Og da en af beboerne var faldet i nat, valgte jeg at besøge ham med det samme. Her kl. 11 mødes vi så igen over frokosten, og derfor ved alle, at de vil få lejlighed til at vende deres spørgsmål her, hvis de har nogen."

kbj@dsr.dk

Hvad er din bedste oplevelse med en borger i denne uge?

"Det grillarrangement, vi holdt i går. Vi lagde beboernes frokost sammen med personalets frokostpause og bagte snobrød og grillede pølser. Næsten alle beboerne var med og syntes, det var dejligt, selv om det begyndte at regne, og de blev lidt våde. Det er ikke bare sansestimulerende og en god oplevelse for beboerne, det giver også os i personalegruppen noget sammen."

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

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



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



Referencer:

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

Vagifem® 10 μ g
(17 β -estradiol)

SPØRG OM FAG



Anita Haahr
Cand. cur., Ph.d.
Klinisk sygepleje-
specialist, Århus
Sygehus



Jens Peter Hansen
Cand. cur., Ph.d.-stu-
derende, psykiatri-
en Region Syddan-
mark.



Hanne Ouro Jensen
Sundhedsplejerske,
MPH.
Leder af Roskilde
Kommunes
Sundhedscenter.



Karina Bæk
Cand. cur.
Kvalitetskoordinator,
Udviklingsygeplej-
erske, Københavns
kommune.



Kathrine Hvid Schwarz-
Nielsen, Sygeplejerske,
cand. scient. san.
Videnskabelig med-
arbejder, Bispebjerg og
Frederiksberg Hospital

Hyperventilerer patienter med KOL?

Studerende fortæller ofte, at de har hørt om patienter med KOL eller pneumoni, som sidder på stuen og "hyperventilerer". Men er det egentlig fagligt korrekt at bruge begrebet hyperventilation om den type hurtige vejrtrækning?

Med venlig hilsen
Ole Bjarke, lektor på
Professionshøjskolen Metropol.

Svar

Hyperventilation i ordets forstand, som vi kender det, defineres som følgende: Hyperventilation er en hurtig eller dyb vejrtrækning. Det kaldes også overånding, og kan give en følelse af stakåndethed.

Den hyppigste årsag til hyperventilation er en bevidst eller ubevidst spændingstilstand i kroppen, der kan opstå i forbindelse med angst eller panik; psykogen hyperventilation.

Hyperventilation som et symptom på fysisk sygdom – altså ikke betinget af noget psykisk – ses ved forskydninger i syre-base-balancen; en ændring i blodets pH. Forstyrrelserne inddeles i respiratorisk og metabolisk betingede eller blandede typer, afhængigt af årsag.

Den respiratoriske forskydning i syre-base-balancen ses bl.a. som komplikation til KOL og pneumoni, og her skal hyperventilationen forstås som en kompensatorisk hyperventilation, grundet en ophobning af CO₂ i blodet som resultat af den nedsatte lungefunktion.

Fælles for begge former for hyperventilation er, at der i lungerne foregår den livsvigtige optagelse af O₂ (ilt) til de røde blodlegemer, samtidig med at kroppen kommer af med affaldsproduktet CO₂ (kuldioxid). Når vi hyperventilerer, betyder det, at vi ånder mere O₂ i lungerne end det, vi har brug for, men samtidig kommer vi af med mere CO₂

end normalt. Præcis som det er tilfældet for patienter med sygdomme i luftvejene i form af bl.a. KOL, pneumoni, lungeemboli mv.

Det er altså ikke fagligt ukorrekt, hvad det så betyder, at anvende betegnelsen "hyperventilation" til patienter med KOL eller pneumoni. Men en bedre symptombetegnelse vil dog være at sige, at patienten har dyspnø eller takypnø.

Takypnø defineres som meget hurtig respiration, typisk som en respirationsfrekvens > 20, og ses også ved andre tilstande, bl.a. ved høj feber, når kroppen forsøger at skille sig af med overskudsvarme, ligesom betegnelsen også anvendes, når kroppen har brug for en tilstrækkelig CO₂-udledning, f.eks. efter træning/løb.

Kathrine Hvid Schwarz-Nielsen

Gennem Sygeplejerskens faglige brevkasse kan du få en kvalificeret vurdering af faglige spørgsmål fra én af panelets fem sygeplejersker. Spørgsmålene skal være klart formulerede og omhandle den kliniske sygepleje.

Spørgsmål og svar bringes i redigeret form i Sygeplejersken og på Dansk Sygeplejeråds elektroniske medier og Facebook side: www.facebook.com/sygeplejersken og på Dansk Sygeplejeråd og sendes til fagredaktør Evy Ravn: er@dsr.dk

Spørgsmål afsluttes med navn, arbejdssted og medlemsnummer af Dansk Sygeplejeråd og sendes til fagredaktør Evy Ravn: er@dsr.dk

Litteratur

- National Library of Medicine; www.nlm.nih.gov > hyperventilation
- www.lægehåndbogen.dk > hyperventilation
- www.wrongdiagnosis.com/t/tachypnea/causes.htm

Vagifem® (17β-estradiol) 10 mikrogram.

Forkortet produktresumé

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

MIG OG MIT JOB

NAVNE

Navn: Henny Færge Rabjerg, 48 år.

Stilling: Afdelingssygeplejerske i Lunge-medicinsk afsnit M2. Uddannet fra Sygeplejeskolen i Herning i 1986.

Arbejdsplads: Regionshospitalet Holstebro.

AF SUSANNE BLOCH KJELDEN, JOURNALIST

Hvad er det bedste ved dit job?

"Alsidigheden. At jeg aldrig ved, hvilken dag jeg møder ind til, og at mit job rummer både personaleledelse og en udviklende del."

Hvad er det værste ved dit job?

"Da jeg skulle give sygeplejersker afslag, sidst vi havde haft samtaler under til ledige stillinger. Det var sværere, end det plejer at være, fordi ledigheden er steget, og det er meget sværere for dem at få job, selv om de er toptunede og kvalificerede."

Hvad ville du være, hvis du ikke var sygeplejerske?

"Præst, helt sikkert. Pga. dybden i faget og nærheden til mennesker."

Hvad var dit første job som sygeplejerske?

"Sygeplejerske på en almen medicinsk afdeling."

Hvad er det bedste job, du har haft?

"Det var tiden, da jeg var nyuddannet, nybagt mor og arbejdede som basissygeplejerske. Jeg var ubekymret, når jeg gik på arbejde og så mit job som et dagsværk. Jo mere ansvar, man får, jo flere bekymringer følger der med."

Hvad er det værste job, du har haft?

"Ung pige i huset i Norge. Det var kedeligt, og jeg holdt kun ud i en måned."

Hvordan vil du beskrive dit job i én sætning?

"Udfordrende, udtrættende og uundværligt. Jeg er havnet på min rette hylde."

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

"Det var en far, der bad mig om at hjælpe sig med at forklare sin seksårige søn, at moderen var død. Jeg tænkte, at det måtte familien tage sig af, men han bad mig eksplicit om at hjælpe sig, og jeg greb opgaven, selv om det ikke var let."



FOTO: KESSEN MØLLER-HANSEN

Med hvilke tre ord vil dine kolleger beskrive dig?

"Idérig, åben og energisk."

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

"'Hva' så?' har jeg hørt mig selv sige tre gange i dag. Det er vist min måde at stikke en finger i jorden på."

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

"Det var en ældre patient, en kvinde, som spurgte meget ind til min situation, hvor jeg boede, om jeg var gift. Og så kom det 'for jeg har jo en hjemmeboende søn, og det er jo synd, hvis han bliver alene.' Jeg synes, det var rigtig sødt, at hun var så omsorgsfuld over for sin søn, men jeg var jo gift."

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

"At jeg fik skabt større rum til min strategiske ledelse. Jeg har det med at blive grebet af de driftsmæssige opgaver."

Hvilke tre ting kan du ikke undvære i dit job?

"Computer, plasticlommer og kaffe."

Hvordan slapper du af?

"I bilen til og fra arbejde, hvor jeg hører snakkeprogrammer i P1. Og når jeg løber en tur med min mand."

Hvornår lod du sidst dit temperament løbe af med dig?

"Det gjorde jeg i lørdags, da min datter holdt 18-års fødselsdagsfest, og de unge ikke helt tog del i oprydningen, som vi havde aftalt. Klokkeren var fire om natten, og jeg var nødt til at vise dem, at det var alvor for at få sparket dem i gang."

Formand i Grønland

Hidtidig næstformand for de grønlandske sygeplejersker, Inuuti Fleischer, er 5. november tiltrådt som ny formand for den grønlandske sygeplejerskeorganisation, Peqqissaasut Kattuffiat (PK). Dermed får de grønlandske sygeplejersker deres første grønlandske formand.



Inuuti Fleischer var ved sin tiltræden ledende regionssygeplejerske i den nordvestlige del af Grønland. Valget af hende foregik ved fredsvalg, idet der ikke var andre kandidater end hende til at afløse den hidtidige formand Karin Holler.

Inuuti Fleischer gik til formandsvalg på følgende program:

- Samle grønlandske sygeplejersker.
- Fortsat arbejde for en konkurrencedygtig løn og gode arbejdsforhold for medlemmerne.
- Sikre rekruttering og fastholdelse.
- Arbejde for udvikling, uddannelse og forskning.
- Skabe respekt omkring samarbejdet mellem selvstyrets organer og Peqqissaasut Kattuffiat.

(hbo)

Hæder til hjertesygplejerske

Susanne Hwiid Klausen, forskningssygeplejerske, cand.scient.san. fra Rigshospitalet, har modtaget et legat på 400.000 kr. af Børnehjertefonden til sin forskning i børn og unge med medfødte hjertefejl. Målet for hendes forskning er at bane vej for et tilbud om motionsrådgivning til alle børn og unge med hjertefejl. Rådgivningen omfatter konditest og et træningsprogram, hvor en personlig træner hjælper med at finde den motionsform, der passer til den enkelte.



PRIVATFOTO

Det havde selvfølgelig været passende, hvis de jubilerende fynske sygeplejersker var ankommet til Kvæsthuset i hestevogn. Det var transportmidlet, da de unge sygeplejersker fejrede veloverstået grunduddannelse i 1960.

Fynske 50-års-jubilærer besøgte Kvæsthuset

50-års-jubilæum som autoriseret sygeplejerske og medlem af Dansk Sygeplejeråd er bestemt værd at fejre. Og så er det jo meget naturligt, at festprogrammet omfatter et besøg i sygeplejerskernes hus ved Københavns havn.

Inger Koch, Marie Holst, Birthe Daldorph, Karen Hansen, Birthe Hansen, Gerda Favro, Annelise Bonn, Elsebeth Grønnegård Pedersen og Johanne Louise Rasmussen begyndte sygeplejerskeuddannelsen ved Odense Amts og Bys Sygehus' sygeplejerskole i 1957, dengang landets mest moderne sygeplejerskole og en del af det nye sygehusbyggeri i Odense. De var 30 sygeplejeelever, som begyndte uddannelsen, og 18, som fuldførte, så frafaldet var også stort dengang. 12 af elevkammeraterne fra 1957 var for tre år siden med til at fejre skolens 50-års-jubilæum, og nu har de altså kunnet fejre deres eget 50-års-jubilæum som sygeplejersker. Gruppen, der i anledning af jubilæet fik en rundvisning i det gamle hospital Kvæsthuset, talte ni af eleverne fra 1957. (sp)

Sygeplejerske udnævnt til direktør på Bispebjerg Hospital

Fra 1. december kan sygeplejerske og MPA Janne Elsborg, 51 år, kalde sig hospitalsdirektør for Bispebjerg Hospital. Hun har været konstitueret som hospitalsdirektør, siden den tidligere direktør, Søren Rohde, i januar 2010 blev direktør for Herlev Hospital. Janne Elsborg får til opgave, sammen med hospitalsdirektør Jonathan Schloss fra Frederiksberg Hospital, at stå i spidsen for den planlagte fusion af Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Janne Elsborg har siden 2001 været vicedirektør på Bispebjerg Hospital, forinden var hun sygehuschef på Helsingør Hospital.

Er du intensiv sygeplejerske

– og har lyst til at opleve Grønland?

Så kan vi tilbyde dig

- En oplevelse for livet
- Faglig og personlig udfordring
- Attraktiv løn
- Storslåede naturoplevelser
- Rigt friluftsliv
- Godt netværk

Vi sørger for

- Vikariatet
- Fri bolig
- Relevante papirer
- Fri ud- og hjemrejse fra Danmark
- Udstationeringstillæg
- Rejseforsikring

Læs mere på www.activcare.dk eller ring på 70 20 30 00.

ActivCare®
Et udfordrende job – et afvekslende arbejdsliv

ActivCare AS er Danmarks største vikarbureau for personaleløsninger til social- og sundhedssektoren i Norden og er en del af Falck-koncernen. ActivCare har overenskomster med relevante fagforbund.



Deltag i konkurrencen om et rejsegavekort på 10.000

INVITER VERDEN INDENFOR

– bliv værtsfamilie for en amerikansk studerende i fire måneder

BLIV DIS-VÆRTSFAMILIE

Bor I tæt på København, har I lyst til at få et internationalt netværk og blive bedre til engelsk? Så er det måske noget for jer at blive DIS værtsfamilie. Vi udvælger den helt rigtige studerende til jer og I modtager desuden 2400 kr. skattefrit om måneden.

Hvis I ikke har et ledigt værelse til rådighed, kan I blive **BESØGSFAMILIE** for en amerikansk studerende i stedet.

Kontakt os på familie@dis.dk eller ring til 33 11 01 44

Go to
www.dis.dk/familie
www.dis.dk/besoegsfamilie

DIS DANISH INSTITUTE FOR STUDY ABROAD

Nej til nypuritanisme

AF RACHEL ADELBERG JOHANSEN, SYGEPLEJERSKE

Berlingske Research har for nylig lavet en spørgeskemaundersøgelse blandt 62 plejehjem i landets fem største byer med henblik på at belyse, i hvor stor udstrækning plejepersonalet hjælper plejhjemsbeboere med at formidle kontakt til prostituerede. Her svarer 19 plejhjemsledere bekræftende på spørgsmålet.

Ifølge WHO og FN har alle ret til et seksualliv, og herhjemme præciserer serviceloven, at alle uanset boform har ret til et privatliv. Denne ret til et seksualliv er åbenbart ikke noget, som formanden for Sygeplejeetisk Råd, Grete Bækgaard Thomsen, kan tilslutte sig. Hun udtaler: "Sex er ikke en menneskeret, derfor mener jeg ikke, at det er plejepersonalets ansvar at formidle den kontakt og være med til at fremme handlen med kvinder."

Thomsen afslører en eklatant mangel på evne til at skelne mellem frivilligt og ufrivilligt sexarbejde, når hun kalder prostitution generelt for "handel med kvinder". Thomsen skal naturligvis ikke blande sig i, om plejepersonale hjælper plejhjemsbeboere med at få opfyldt seksuelle behov via en frivillig aftale med en prostitueret gennem et bureau, som er vant til at tage rundt på plejecentre. Må vi være fri for denne nypuritanisme og dømmesyg i forhold til salg af seksuelle ydelser fra Sygeplejeetisk Råd, som moraliserer over andre menneskers basale lystfølelser og ikke under nogen af vores allersvageste medborgere, plejhjemsbeboere, at få hjælp af plejepersonalet til kontakt med en prostitueret.

Jeg er helt på linje med sygeplejerske og sexolog Marianne Egense, som er indehaver af Center for Sex og samfund, der hjælper plejehjem med at tackle de ældres seksualitet, når hun ytrer følgende: "Vi fødes, og vi dør som seksuelle væsener, og det er lige så vigtigt for os at være seksuelle som at spise og sove. Som ældre på et plejehjem skal det være muligt at få besøg af en glædespige. Og det er plejhjemmets opgave at kontakte en prostitueret."

Det turde være indlysende, at vi som plejepersonale bør fralægge os vore egne eventuelle fordomme og tabuer om prostitution og i stedet hjælper plejhjemsbeboere med at formidle kontakt til

en prostitueret, hvis det er deres behov. Ligesom vi hjælper plejhjemsbeboere med andre basale behov som mad, drikke, aktivering etc. Sandheden i al hjælpekunst er at finde mennesket der, hvor det er.

Rachel Adelberg Johansen arbejder på
Plastikkirurgisk afdeling Z1, OUH

Svar

AF GRETE BÆKGAARD THOMSEN,
FORMAND FOR SYGEPLEJEETISK RÅD

Jeg kan forstå, at jeg opfattes som repræsentant for nypuritanismen – sådan ser jeg det imidlertid ikke. I stedet opfatter jeg min indstilling om, at sygeplejersker ikke skal formidle kontakt til prostituerede, som et udtryk for et andet syn i forhold til, hvilke opgaver der ligger inden for sygeplejen på et ældrecenter.

Jeg vil indledningsvis til fulde anerkende, at mennesker uanset alder kan have seksuelle behov, der er svære at få tilfredsstillet under de vilkår, der er umiddelbart tilgængelige.

For mig at se vil sygeplejersken i givet fald medvirke til at signalere accept af køb af seksuelle ydelser, hvilket involverer en tredje part, nemlig de kvinder, der yder de seksuelle ydelser. Her kommer synspunkterne i spil mod hinanden: Synspunktet om, at den prostituerede selv har valgt sit erhverv og retten til at sælge sin krop, og at dette valg er et personligt valg, der skal respekteres. På den anden side høres der gentagne historier om, under hvilke forhold prostituerede lever, og at det ikke altid er efter eget valg.

Efter min mening vil sygeplejerskens medvirken fremme tingsliggørelsen af de prostituerede, der kan opfattes som en handelsvare, hvilket ikke er i overensstemmelse med ønsket om at optræde respektfuldt over for andre mennesker, og lige præcis her må den enkelte sygeplejerske vælge, om han eller hun vil kontakte en prostitueret på vegne af en beboer.

Skriv kort

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

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

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

Debatindlæg sendes til:

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

Kollegaer må have et løft

AF KIRSTEN BRINCK, SYGEPLEJERSKE

Kommentar til artiklerne i Sygeplejersken nr. 18/2010 om sygeplejerskers manglende registrering af overarbejde.

Hvor er det fælt, hvad jeg læser! Skal jeg – mine kollegaer – arbejde uden at blive betalt for 1-2-3-4 timers overarbejde?

Skal mine kollegaer "kvaser", skal jeg kvaser?

Skal vi/jeg ikke ha' betaling for det arbejde, jeg udfører?

Skal mine kollegaer arbejde uden løn? Jeg og de skal ikke.

Arbejdslivet er presset. De sygeplejersker/kollegaer, der er presset mest, må ha' et løft – fagligt, kollegialt, socialt!

Kirsten Brinck arbejder på OUH,
Neurokirurgisk Operationsafdeling.

Svar på testen side 10

- 1: b. Der er dog særlige regler for brug af GPS (chips) til demente.
- 2: b. Personlige alarm- og pejle-systemer skulle tidligere godkendes af det sociale nævn, men kan nu godkendes direkte af kommunalbestyrelsen.
- 3: a.
- 4: b. De nye regler styrker ganske vist de pårørendes rolle, men i dette tilfælde skal der stadig en værge til at give et lovligt samtykke til flytningen.
- 5: a.

Kompetent indføring i alternativ behandling

AF ANITA LUNDE, CAND.CUR.

Kommentar til anmeldelsen af bogen "Komplementær og alternativ behandling - på vej mod en integreret medicin" i Sygeplejersken nr. 18/2010.

Boganmeldelser vil altid tage udgangspunkt i anmelderens synsvinkel og referencer. En anmeldelse er derfor i sin natur subjektiv og står som sådan ikke til diskussion. Jeg har alligevel lyst til at bringe et andet perspektiv på Karen Ellen Spannows anmeldelse af den danske oversættelse af Audun Myskjias bog om komplementær og alternativ behandling.

Jeg har i samarbejde med forlaget Munksgaard fungeret som fagkonsulent på oversættelsen og har i arbejdet med bogen netop værdsat, at Audun Myskja efter min opfattelse indfører læseren i området komplementær og alternativ

behandling på kompetent vis. Jeg er enig med anmelderen af den norske udgave bragt i Sygeplejersken nr. 5/2009 om, at Myskja formår at "dele sol og vind lige", og jeg deler således ikke Karen Ellen Spannows vurdering af bogen som ukritisk. Bogen er selvfølgelig personlig, idet den afspejler Audun Myskjias virke som både læge og alternativ behandler, men jeg mener netop, at denne indsigt formidles med et nuanceret og kritisk blik på både den alternative behandlerverden og det etablerede sundhedsvæsen. Således er bogen hverken præget af en ukritisk "alternativ tænkning" eller en ensidig biomedicinsk tilgang.

Audun Myskja udlægger, hvorfor traditionel effektforskning er vanskelig inden for komplementær og alternativ behandling, og bringer tværvideenskabelige vink-

ler på, hvordan dette problem kan forklares og imødekommes. Audun Myskja henviser ligeledes til relevant forskning, som allerede pågår både nationalt og internationalt, ligesom han berører etiske problemstillinger knyttet til patienters brug af alternativ behandling. Samtidig indeholder bogen også et relevant og efterspurgt kapitel om dialogen mellem patient og sundhedsprofessionel vedrørende komplementær og alternativ behandling, idet området stadig trods stigende forbrug er omgærdet af meget tabu. Min samlede vurdering af bogen er derfor, at den er egnet i en undervisningssammenhæng og nu bragt ind i en dansk kontekst.

Anita Lunde er akademisk medarbejder på Syddansk Universitet.

” Hvis min og din mormor fortsat skal have den pleje, hun har brug for, kræver det et veluddannet personale, som har viden og er til stede, når borgeren har brug for det. Der er brug for, at du og jeg stiller krav til politikerne om dagens og fremtidens sundhedsvæsen!

Sygeplejerske Lisbeth Reuss-Schmidt, Regionshospital Randers, og sygeplejerske Dorthe Sølvkær Ehlers, Århus Sygehus, i Århus Stiftstidende den 8. november 2010

HVAD MENER DU?

www.sygeplejersken.dk

Denne uges spørgsmål på www.sygeplejersken.dk:

Føler du dig nogle gange forlegen i en intim plejesituation med en patient?

Læs temaet om blufærdighed side 16.

Svar på spørgsmål stillet i Sygeplejersken nr. 18/2010:

Registrerer du altid dit overarbejde?

Svar	antal	pct.	
Ja	45	35,7	
Nej	74	58,7	
Ved ikke	7	5,6	
I alt	126	100	



HOUNISEN
-fordi det er enkelt!

Lukket formalin system



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

Ring og bestil demonstration eller prøver på 86 21 08 00

SID DIG STÆRK PÅ 14 DAGE!



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

PRØV DEN GRATIS I 14 DAGE. BESTIL NU:
tel. 4675 0970 eller
www.dynamostol.dk/gratis14dage

SID DIG STÆRK
dynamostol® 



Så behagelig, at du glemmer, du har den på

KiruSense. Ren komfort – uden kompromis.

Vores hightech KiruSense operationskitler er åndbare og giver samtidig maksimal komfort og hygiejne. Velkommen til en ny hverdag, hvor du ikke længere mærker dit arbejdstøj!

KiruSense operationskitler lever op til EN 13795 og håndteres ved validerede processer, der er godkendt til fremstilling af medicinsk udstyr, jf. ISO 13485. Som de eneste i Danmark leverer vi CE-mærkede operationskitler til flergangsbrug.

Ring til din konsulent på **41 91 87 05** for mere information eller for afprøvning af KiruSense operationskitler.



DE FORENEDE DAMPVASKERIER AS

www.dfd.dk

Redaktion: Jette Bag og Evy Ravn, sygeplejersker, fagredaktører

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

De er godkendt efter sygeplejefaglig vurdering og vejledning

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

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

Se panelet på; www.sygeplejersken.dk

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

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



– FRA FAGPERSON TIL FAGPERSON

INDHOLD

50 Faglig information

51 Fagtanker

54 Patientforløb for patienter indlagt med pneumoni

62 Omsorg for børn, hvis forældre er ramt af psykisk lidelse

64 Lær at kommunikere, mens du arbejder

FAGLIG INFORMATION

At være til stede, når patienten vågner

AF ANNE MARIE OVERGAARD, INTENSIV- OG OPVÅGNINGSSYGEPLEJERSKE, SD

Artiklen beskriver de kommunikative færdigheder, opvågnings sygeplejersker lægger vægt på i mødet med den vågnende patient.

En afgangsupgave på diplomstudiet fra 2008 danner grundlag for denne artikel om opvågnings sygeplejerskers kommunikationsfærdigheder.

Opgavens spørgsmål var: Hvilke kommunikationsfærdigheder finder opvågnings sygeplejersken vigtige i det korte møde med opvågningspatienten?

Opgaven er udarbejdet på baggrund af et fokusgruppeinterview med syv opvågnings sygeplejersker. Sygeplejerskerne fortalte om en patientsituation, hvor kommunikationen lykkedes, og en situation hvor kommunikationen var svær. Formålet med undersøgelsen var at gøre erfarne opvågnings sygeplejerskers implicite viden om kommunikation med opvågningspatienter eksplicit. Analyse af fokusgruppeinterviewet viste syv

kommunikationsfærdigheder, der er centrale for dygtige opvågnings sygeplejersker.

I det følgende nævnes de syv kommunikationsfærdigheder, med centrale citater fra den indsamlede empiri.

At have patienten i centrum

- "Jeg prøver at give alle dem, jeg passer, opmærksomhed og nærvær, så de føler sig set."

At tage initiativ til kommunikation

- "Jeg oplever, at nogle patienter har brug for nogle bestemte oplysninger fra starten om, hvad klokken er, og hvordan operationen er gået, så slapper de af."
- "Vi møder mennesker fra mange samfundslag, nogle forstår vi bedre end andre, men vi skal kunne snakke med alle."

At tage sig tid til at lytte

- "Jeg forsøgte at lytte til hende og lade hende komme til. Hun fik lov at fortæl-

le om alle de ting, der havde været i hendes forløb, jeg lyttede til hende, når hun fortalte om de gange, hun følte sig dårligt behandlet ikke bare af systemet, men også privat."

At bruge nonverbal kommunikation

- "Jeg ser på patienternes farve, om de rynker panden eller ligger uroligt i sengen. Jeg bruger mine sanser, så jeg ikke forstyrrer dem."
- "Det er det med berøring, holde i hånd og se dem i øjnene, ja bare stå ved sengen."

At rumme patientens følelser

- "Det er tit nogle personlige ting, de gerne vil af med, og der er mange ting, der letter hos dem, når de får lov at fortælle."
- "Hun gik i panik, fordi hun ikke kunne mærke sine ben. Jeg sagde til hende, at jeg ville blive hos hende hele tiden."

Livsstilsintervention virker

AF GRETHE SIMONSEN, OVERSYGEPLEJERSKE, OG ANNA MARIE MIKLOS, UDVIKLINGSSYGEPLEJERSKE

Artiklen beskriver effekten af intervention over for en række sygdomme i kombination med overvægt. Patienterne kommer fra hele Danmark og bliver behandlet på Livsstilscentret i Brædstrup, hvor de bliver indlagt.

Livsstilssygdomme er fremtidens store udfordring for sundhedsvæsenet på alle niveauer. Siden 1996 har der på Livsstilscentret i Brædstrup under Regionshospitalet Horsens og Brædstrup i Region Midt været tilbudt behandling og forebyggelse af livsstilssygdomme, når anden indsats ikke har haft effekt. På Livsstilscentret gennemføres ca. 400 patientforløb om året med henholdsvis overvægt, diabetes, lungesygdomme, hjerte-kar-sygdomme, osteoporose og uønsket barnløshed i kombination med svær overvægt. Patienter fra hele Danmark benytter Livsstilscentret. Formålet med indlæggelsen på Livsstilscentret er, at patienternes sundhedsadfærd forbedres. Gennem teori og praksislæring gives patienterne mulighed for at tilegne sig vi-

den, erfaring og færdigheder, der sætter dem i stand til at gennemføre en beslutning om at ændre usunde vaner og vælge en sundere livsstil.

Behandlingen omfatter 3 x 4 dages indlæggelse med tre måneders mellemrum. Patienterne undervises på hold, og disse er sammensat, så man er sammen med andre med lignende problemstillinger.

Personalet på Livsstilscentret er tværfagligt sammensat og består af læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, psykolog, diætister og ernæringsassistenter.

Den sundhedspædagogiske ramme

De bærende pædagogiske principper bygger på gruppeundervisning, på den motiverende tilgang (1,2) og empowerment-tankegangen (3).

Undervisningen er situeret, erfarings- og dialogbaseret og tilrettet den enkelte patientgruppe. Temaerne i undervisningen er tilrettelagt af de sundhedsprofessionelle og gennemføres i samspil med patienterne, så deres erfaringer og forståel-

ser kommer i spil. Den tværfaglige, sundhedspædagogiske praksis er værdifuld for læring af livsstilsforandringer hos patienter med kroniske livsstilsrelaterede sygdomme, hvor øget handlekompetence skal opnås.

Evaluering af Livsstilscentret

Over en femårs periode er der foretaget evaluering af patientforløbene. Der er tale om en stor datamængde med 1.055 udfyldte spørgeskemaer, hvor kun 185 er ekskluderet, fordi patienterne ikke gennemførte alle tre moduler (nogle mødte ikke op, nogle meldte afbud pga. sygdom, pga. arbejde o.l.).

De parakliniske data viser et fald i vægten hos de overvægtige patienter, et fald i blodtrykket hos hypertonerne, og et fald i langtidsblodsukkeret hos diabetikerne.

Selvurderet helbred fysisk som psykisk er en væsentlig faktor som prädiktor for fremtidig sygdom og død. Derfor betyder det meget, at patienttilfredsheden scorer

Implementering er hårdt arbejde

Curb 65-score, lungefysioterapi efter specifikke kriterier og måling af respirationsfrekvens indtil normalisering, ja - men selvfølgelig, det er sådan, vi gør, når aktuel forskning viser, at det er bedst for patienten. Men ak og ve. Selv om der er udarbejdet en forskningsbaseret forløbsbeskrivelse for patienter med pneumoni, er det langt fra sikkert, den bliver fulgt til punkt og prikke. Implementering er en vanskelig ting, det er artiklen "Patientforløb for patienter indlagt med pneumoni" side 54 et billede på.

Kulturforskelle mellem afdelinger, indbygget systemtræghed og modstand mod forandring er områder, som ledelsen kan ændre på gennem motivation, begejstring og vedholdenhed, men der er også hjælpsomme redskaber, der kan fremme en forandringsproces. F.eks. kan brug af PDSA-cirklen afværge implementering af noget, der alligevel på sigt viser sig ikke at virke. Plan, do, study, act eller på dansk: planlægning, afprøvning, vurdering og næste handling. Hensigten med testcirklen er at se på effekten af f.eks. indførelse af en forløbsbeskrivelse, lytte til indvendinger og justere forløbsbeskrivelsen gennem konkret småskala-afprøvning. Ved at arbejde med cirklen skabes dels læring i personalegruppen, dels minimeres risikoen for at indføre virkningsløse tiltag.

En quiz kan være den første appetitvækker, der identificerer personalets faglige huller og viser behovet for ændringer i plejen. Prøv den selv, den findes på side 59.



Jette Bagh,
sygeplejerske,
cand.cur.,
fagredaktør.

At give patienten plads

- "De unge mænd gider ikke snakke med os, de skal bare have det overstået og så op på afdelingen."
- "Jeg prøver ikke at hidse dem op, jeg forholder mig roligt og står ikke for tæt på sengen. De mister jo også lidt af deres panser, når de kommer i narkose, det er bestemt ikke let for dem."

At spørge patienten

- "Der har vi stor hjælp i patienten, det med at spørge patienten, hvad han er vant til, patienten er ekspert i sig selv."

De syv kommunikationsfærdigheder spejles af Kari Martinsens sygeplejeteori samt af Tom og Hilde Eides kommunikationsteori. Dette og meget mere kan man læse om i opgaven "At være til stede, når patienten vågner". Den kan fås som vedhæftet fil hos forfatteren.

Anne Marie Overgaard er ansat i opvågningsafsnittet på Middelfart Sygehus; annemarieovergaard@mail.dk

højt i rapporten. Patienterne giver udtryk for at have fået bedre livskvalitet, mere motivation og større selvværd. Indlæggelsen tillægges stor betydning af patienterne.

Grethe Simonsen er leder af Livsstilscentret i Brødstrup, Anna Marie Miklos er udviklingssygeplejerske samme sted; grethe.simonsen@horsens.rm.dk
Rapporten kan læses på www.regionshospitalet-horsensdk/ > afdelinger > livsstilscentret eller på www.legeartis.dk

Litteratur

1. Miller WR, Rollnick S. Motivationssamtalen i Sundhedssektoren, København: Hans Reitzels Forlag; 2009.
2. Mabeck CE.: Den motiverende samtale. København: Munksgaards Forlag; 2005.
3. Lundemark Andersen M, Nørlund Brok P, Mathiasen H. Empowerment på dansk København: Dafolo; 2000.



Til type 2-diabetes



Gør mere end blot at sænke blodsukker

Tag diabetes ved roden!

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

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

VICTOZA®
(LIRAGLUTID)

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

Ph.d.-afhandling

Rehabilitering af patienter

AF LEANNE LANGHORN, KLINISK SYGEPLEJESPECIALIST, CAND.CUR.



Mandag den 29. november forsvarer klinisk sygeplejespecialist, cand.cur. Leanne Langhorn sin ph.d.-afhandling "Tidlig rehabilitering af patienter med post-traumatisk amnesi i intensiv afdeling". Forsvaret finder sted kl. 14.00 i Pale Juul-Jensen Auditoriet, Dansk Neuroforskningsscenter (DNC), Nørrebrogade 44, 8000 Århus C.

Reality Orientation kan reducere graden af handicap og afhængighed hos patienter med post-traumatisk amnesi, viser en undersøgelse. Formålet med undersøgelsen var at teste effekten af et tidligt "Reality Orientation" (RO) -program på længden af post-traumatisk amnesi (PTA) og outcome. Desuden at evaluere de skalaer, der blev anvendt til at vurdere patientstatus og outcome på patienter med

traumatiske hjerneskader. PTA er en tilstand med konfusion samt nedsat hukommelse og opmærksomhed. Til trods for at længden af amnesi er negativt associeret til outcome for patienter med traumatisk hjerneskade, er der begrænset dokumentation for, hvilken indflydelse tidlig og systematisk rehabilitering kan have på at afkorte varighed af PTA og forbedre outcome. Resultaterne af forskningen viste en tendens til lavere grad af handicap og afhængighed hos de patienter med PTA, der modtog det tidlige Reality Orientation-program i intensiv afdeling.

Resultaterne tyder således på, at en tidlig og systematisk tilgang til patienter med PTA kan føre til et bedre outcome for patienter med traumatisk hjerneskade.

Leanne Langhorn er ansat på Neurokirurgisk Afdeling NK, Aarhus Sygehus/Aarhus Universitets-

hospital Nørrebrogade 44, 8000 Aarhus C; leanlang@rm.dk

Opponenters/bedømmelsesudvalg

Professor Ingegerd Bergbom, Institute of Health and Caring Sciences, Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg, Sweden, professor, dr.med. Cecilie Røe, Department for Physical Rehabilitation, Oslo University Hospital, Ullevål, Norway, og professor, dr.med. Else Tønnesen, Department of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine, Aarhus University Hospital, Denmark.

Vejledere

Associate Professor, ph.d., Preben Ulrich Pedersen, Department of Nursing Science, Institute of Public Health, Aarhus University, Denmark, og professor, ph.d., dr.med. Jens Christian Sørensen, Department of Neurosurgery NK, Aarhus University Hospital, Denmark.

Victoza® (liraglutid) 6mg/ml Forkortet Produktresumé. Lægemiddelform: Klar, farveløs, isotonisk injektionsvæske, opløsning, i en fyldt pen. **Indikation:** Victoza® er indiceret til behandling af voksne med type 2-diabetes mellitus med det formål at opnå glykæmisk kontrol i kombination med orale antidiabetika. **Dosering og indgivelsesmåde:** Victoza® er en Human GLP-1-analog (glucagon-lignende peptid 1), der anvendes i kombination med orale antidiabetika for at opnå glykæmisk kontrol. For at forbedre den gastrointestinale tolerance er startdosis 0,6 mg liraglutid dagligt. Efter mindst én uge skal dosis øges til 1,2 mg. Det forventes, at nogle patienter kan have gavn af en dosisøgning fra 1,2 mg til 1,8 mg, og baseret på det kliniske respons kan dosis efter mindst én uge øges til 1,8 mg for yderligere at forbedre den glykæmiske kontrol. Daglige doser på over 1,8 mg anbefales ikke. Victoza® kan anvendes som supplement til en eksisterende metforminbehandling eller til en kombineret metformin- og thiazolidinedionbehandling. Dosis af metformin og thiazolidinedion kan fortsætte uændret. Victoza® kan anvendes som supplement til en eksisterende sulfonylurinstofbehandling eller til en kombineret metformin- og sulfonylurinstofbehandling. Når Victoza® anvendes som supplement til sulfonylurinstofbehandling, skal det overvejes at reducere dosis af sulfonylurinstof for at mindske risikoen for hypoglykæmi. **Selv-monitorering af glucose i blodet** er ikke nødvendig for at justere patientens dosis af Victoza®. **Dog kan selv-monitorering af glucose i blodet ved behandlingsstart med Victoza® i kombination med sulfonylurinstof være nødvendig for at justere sulfonylurinstofdosis. Ældre (> 65 år):** Dosisjustering, baseret på alder, er ikke nødvendig. Erfaring med behandling af patienter ≥ 75 år er begrænset. **Nedsat nyrefunktion:** Dosisjustering er ikke nødvendig hos patienter med let nedsat nyrefunktion (kreatininclearance ≤ 60 -90 ml/min). Der er meget begrænset terapeutisk erfaring hos patienter med moderat nedsat nyrefunktion (kreatininclearance på 30-59 ml/min), og ingen terapeutisk erfaring hos patienter med svært nedsat nyrefunktion (kreatininclearance under 30 ml/min). Victoza® kan i øjeblikket ikke anbefales til patienter med moderat og svært nedsat nyrefunktion, inklusive patienter med terminal nyreinsufficiens. **Nedsat leverfunktion:** Den terapeutiske erfaring fra patienter med alle grader af nedsat leverfunktion, er i øjeblikket for begrænset til at kunne anbefales til brug af patienter med let, moderat eller svært nedsat leverfunktion. **Pædiatrisk patientgruppe:** Victoza® anbefales ikke til børn under 18 år på grund af manglende data omkring sikkerhed og virkningsevne. **Administrationsmåde:** Victoza® må ikke administreres intravenøst eller intramuskulært. Victoza® administreres én gang dagligt på et vilkårligt tidspunkt, der er uafhængigt af måltider, og kan injiceres subkutan i maven, i låret eller i overarmen. Injektionssted og -tidspunkt kan ændres uden dosisjustering. Det er dog at foretrække, at Victoza® injiceres på omtrent samme tidspunkt hver dag, når det bedst egnede tidspunkt er valgt. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler:** Victoza® må ikke anvendes til patienter med type 1- diabetes mellitus eller til behandling af diabetisk ketoacidose. Der er begrænset erfaring med behandling af patienter med kongestiv hjerteinsufficiens i NYHA (New York Heart Association)-klasse I-II. Der er ingen erfaring med behandling af patienter med kongestiv hjerteinsufficiens i NYHA-klasse III-IV. Der er begrænset erfaring med behandling af patienter med inflammatorisk tarmsygdom og diabetisk gastroparæse, og Victoza® anbefales derfor ikke til disse patienter. Brug af Victoza® er forbundet med forbigående gastrointestinale bivirkninger, herunder kvalme, opkastning og diarré. Brug af andre GLP-1-analoger er blevet associeret med risikoen for pankreatitis. Der er rapporteret om få tilfælde af akut pankreatitis. Patienterne skal informeres om de karakteristiske symptomer på akut pankreatitis: vedvarende, kraftige abdominalsmerter. Hvis der er mistanke om pankreatitis, skal Victoza® og andre potentielt mistænkte lægemidler seponeres. Thyroidea-relaterede bivirkninger, herunder øget blodcalcitonin, struma og thyroidea adenom er blevet rapporteret i kliniske studier, særligt hos patienter med allerede eksisterende thyroideasygdom. Patienter, der får Victoza® i kombination med sulfonylurinstof, kan have øget risiko for hypoglykæmi. Risikoen for hypoglykæmi kan mindskes ved at reducere patientens dosis af sulfonylurinstof. **Interaktioner:** *In vitro* har liraglutid udvist meget lavt potentiale for involvering i farmakokinetisk interaktion med andre aktive stoffer relateret til cytochrom P450 og plasmaproteinbinding. Den mindre forsikning af ventrikeltomningen, liraglutid forårsager, kan påvirke absorptionen af samtidigt oralt indgivne lægemidler. Interaktionsundersøgelser har ikke påvist nogen klinisk relevant forsinkelse af absorptionen. **Paracetamol** Dosisjustering ved samtidig brug af paracetamol er ikke nødvendig. **Atorvastatin** Justering af atorvastatindosis er ikke nødvendig ved administration sammen med liraglutid. **Griseofulvin** Dosisjustering for griseofulvin og andre forbindelse med lav opløselighed og høj permeabilitet er ikke nødvendig. **Lisinopril** og **digoxin** Dosisjustering for lisinopril eller digoxin er ikke nødvendig. **Oral kontræception** Der var ingen klinisk relevant virkning på den overordnede eksponering for hverken ethinyløstradiol eller levonorgestrel. Det forventes derfor ikke, at kontræptionsmidlerens virkning påvirkes ved samtidig administration med liraglutid. **Warfarin** Der er ikke udført interaktionsundersøgelser. En klinisk relevant interaktion med aktive stoffer med lav opløselighed eller snævert terapeutisk indeks, f.eks. warfarin, kan ikke udelukkes. Ved initiering af behandling med liraglutid hos patienter i behandling med warfarin anbefales mere hyppig overvågning af INR (International Normalised Ratio). **Insulin** Kombination af liraglutid og insulin er ikke blevet vurderet og anbefales derfor ikke. **Graviditet og amning:** **Graviditet:** Data for anvendelse af Victoza® til gravide er utilstrækkelige. Dyreforsøg har påvist reproduktionstoksicitet. Den potentielle risiko for mennesker er ukendt. Victoza® må ikke anvendes under graviditet, og det anbefales at anvende insulin i stedet. Hvis en patient ønsker at blive gravid, eller der konstateres graviditet, bør Victoza® seponeres. **Amning:** Det vides ikke, om liraglutid udskilles i modermælken. Dyreforsøg har påvist, at liraglutid og metabolitter, der er nært strukturelt beslægtede, kun i ringe omfang udskilles i modermælken. Ikke-kliniske undersøgelser har påvist en behandlingsrelateret reduktion af neonatal vækst hos diende rotter. På grund af den manglende erfaring må Victoza® ikke anvendes under amning. **Virkning på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner:** Der er ikke foretaget undersøgelser af virkningen på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner. Patienterne bør rådes til at udvise forsigtighed for at undgå hypoglykæmi, mens de fører motorkøretøj eller betjener maskiner, særligt hvis Victoza® anvendes i kombination med sulfonylurinstof. **Bivirkninger: Infektioner og parasitære sygdomme:** Nasofaryngitis, bronchitis. **Metabolsme og ernæring:** Hypoglykæmi. Der blev ikke observeret episoder af svær hypoglykæmi i studiet med Victoza® som monoterapi. Svær hypoglykæmi er ikke almindelig og er primært observeret, når Victoza® kombineres med sulfonylurinstof. Der blev observeret meget få med administration af Victoza® i kombination med andre orale antidiabetika end sulfonylurinstoffer). **Thyroidea-relaterede bivirkninger:** (Hos patienter behandlet med liraglutid er thyroidea adenom, øget calcitonin i blodet og struma de mest hyppige thyroidea-relaterede bivirkninger), anoreksi, nedsat appetit. **Nyresystemet:** Hovedpine, svimmelhed. **Mave-tarm-kanalen:** Kvalme, diarré, opkastning, dyspepsi, smerter i øvre abdomen, konstipation, gastrit, flatulens, abdominal distension, gastroesophageal refluxsygdom, abdominalt ubehag, tandsmerter, viral gastroenteritis. **Pankreatitis:** Der er rapporteret om få (< 0,2 %) tilfælde af akut pankreatitis under de langvarige kliniske studier med Victoza®. En kausal sammenhæng mellem Victoza® og pankreatitis kan hverken dokumenteres eller udelukkes. **Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet:** Der er rapporteret om reaktioner på injektionsstedet. Reaktionerne var i reglen milde og førte ikke til seponering af Victoza®. Træthed, pyreksi (feber). **Immunogenicitet:** Patienterne kan udvikle anti-liraglutid-antistoffer efter behandling med Victoza®, hvilket er konsistent med de potentielle immunogene egenskaber ved lægemidlet indeholdende proteiner eller peptider. Dannelse af antistoffer er ikke blevet forbundet med nedsat virkning af Victoza®. Der er rapporteret få tilfælde af angioødem. **Overdosering:** I et klinisk studie af Victoza® fik én patient med type 2-diabetes en enkelt overdosis på 17,4 mg subkutan (10 gange den maksimale anbefalede dosis på 1,8 mg). Virkningerne af denne overdosis inkluderede svær kvalme og opkastning, men ikke hypoglykæmi. Patienten restituerede uden komplikationer. I tilfælde af overdosis bør der initieres passende understøttende behandling baseret på patientens kliniske tegn og symptomer. **Opbevaring og holdbarhed:** Opbevares i 30 måneder i køleskab (2°C - 8°C), ikke for tæt på kolelelementerne. Må ikke fryses. Efter brugtagnig: Opbevares under 30°C eller opbevares i køleskab (2°C - 8°C) i maksimum 1 måned. Opbevar pennen med penhåften påsat for at beskytte mod lys, når den ikke er i brug. **Udlevering:** Receptpligtigt lægemiddel. Lægemidlet er generelt tilskudsberettiget. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Novo Nordisk A/S. **Pakninger og priser (inkl. moms):** Hver pen indeholder 3 ml injektionsvæske, opløsning, der giver 30 doser på 0,6 mg, 15 doser på 1,2 mg eller 10 doser på 1,8 mg. Victoza® 2 x 3 ml Pris 990,15 kr. Dato oktober 2010. Aktuelle priser findes på www.medicinpriser.dk Læs altid indlægsedlen omhyggeligt inden produktet tages i brug. Den fuldstændige produktinformation kan vederlagsfrit fås ved henvendelse til Novo Nordisk Scandinavia, telefon +45 80 200 240. Besøg også www.novonordisk.dk

Patientforløb for patienter

Trods et markant fokus på støtteredskaber til implementering af en tværfaglig patientforløbsbeskrivelse for patienter indlagt med pneumoni på Århus Sygehus viser en audit stadig store variationer mellem afdelingers praksis.

AF INGE SCHJØDT, CAND.CUR., OG ANNESOFIE LUNDE JENSEN, MSA

En ældre patient bliver indlagt med pneumoni. Det lyder tilforlædeligt, og patienten får derfor ikke højeste prioritet. Men pneumoni er en alvorlig sygdom, der kræver behandling inden for få timer. Nyere forskning viser, at implementering af kliniske retningslinjer for pleje og behandling af pneumoni kan reducere ikke blot dødelighed og indlæggelsestid hos ældre, men også afkorte tiden, til den kliniske tilstand stabiliseres. På Medicinsk Endokrinologisk afdeling MEA, THG og Medicinsk Kardiologisk afdeling A på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, har vi derfor udarbejdet og implementeret en tværfaglig patientforløbsbeskrivelse for patienter indlagt med samfundserhvervet pneumoni (lungebetændelse erhvervet uden for sygehus) (se boks 1 her på siden). Patientforløbsbeskrivelsen er funderet på evidens, konsensusbeslutninger og god klinisk praksis. Den beskriver alle de aktiviteter, der knytter sig til patientens forløb fra indlæggelse til udskrivelse, dvs. hvem der er ansvarlig for at gøre hvad og hvornår.

Denne artikel beskriver fakta om pneumoni, samt hvordan vi har arbejdet med at kvalitetsudvikle forløbet for patienterne.

Stadigt flere pneumonitilfælde

Det skønnes, at ca. 20.000 personer med pneumoni årligt indlægges på danske hospitaler (1). Tallet er nok højere, idet der i 2005 blev registreret 30.054 udskrivinger under diagnosen pneumoni (2).

Antallet af førstegangsindlagte patienter med pneumoni steg med 50 pct. fra 1994 til 2003. Stigningen skyldes ikke højere levealder, men formentlig at antallet af danskere, der lever med en eller flere kroniske lidelser, er stigende (3). Den gennemsnitlige indlæggelsestid for pneumoni er i dag 6,5 dag (2).

Pneumoni og dødelighed

Pneumoni er den infektionssygdom, der forårsager flest dødsfald i den vestlige verden (4), herunder Danmark (5), og patienter indlagt med pneumoni har en dårlig prognose. Der er forskel på publicerede tal for dødelighed for indlagte patienter med pneumoni. En dansk undersøgelse (3) viste, at dødeligheden for førstegangsindlagte patienter med pneumoni var henholdsvis 15,2 pct. og 21,9 pct. inden for 30 dage og 90 dage efter indlæggelsen. Høj alder og tilstedeværelse af konkurrerende sygdomme øgede dødeligheden betydeligt. 34,7 pct. af patienterne over 80 år døde inden for 90 dage (3).

Forløbsbeskrivelse skal give kvalitet

Patienter indlagt med pneumoni lader sig ikke afgrænse til et bestemt speciale. Tværtimod er det en patientgruppe, der går på tværs af særligt medicinske specialer. Kvalitetsudvikling af behandling og pleje af patienter med pneumoni kan derfor nemt blive nedprioriteret i forhold til specialepatienter. Det var en af grundene til, at vi i 2007 besluttede at udarbejde en tværfaglig patientforløbsbeskrivelse for patientgruppen.

Den Danske Kvalitetsmodel definerer en patientforløbsbeskrivelse som en "beskrivelse af ideel, klinisk praksis for patientforløb, aktiviteter, kontakter og hændelser for udvalgte patientgrupper". Den tværfaglige arbejdsgruppe tog afsæt i Sundhedsstyrelsens model for patientforløb og kvalitetsudvikling (6), Region Sjællands skabelon for patientforløbsbeskrivelser (7), Region Midtjyllands fælles instruks for behandling af pneumoni (8) og Den Gode Medicinske Afdeling (se boks 2 side 56). Derudover blev der foretaget en grundig litteratursøgning.

Kortlægning af eksisterende praksis

I arbejdet med forløbsbeskrivelsen i 2007 undersøgte vi først 20 tilfældigt udvalgte patientjournaler fra patienter indlagt og udskrevet med pneumoni på Medicinsk Endokrinologisk afdeling, MEA, THG og Medicinsk Kardiologisk afdeling A. Vi undersøgte 10 journaler fra hver af de to afdelinger. Gennemgangen viste, at patienterne ofte var fysisk dårlige og havde andre lidelser, som kunne være årsagen til, at deres pneumoni krævede indlæggelse (se tabel 1 side 55). Gennemgangen tog afsæt i fire registreringskemaer med auditpunkter, der havde fokus på forskellige tidspunkter og handlinger i patientforløbet (se tabel 2 side 57). På baggrund af gennemgangen, analysen og den indsamlede litteratur blev der udarbejdet en patientforløbsbeskrivelse. ▶

Boks 1. Pneumoni, symptomer og typer

Pneumoni er en betændelsesproces i lungevævet forårsaget af mikroorganismer. Sygdommen rammer oftest svækkede og ældre mennesker, men kan også ramme helt raske. De typiske symptomer på pneumoni er pludselig indsettende kulderystelser, høj feber (39-40°), hoste, åndenød og stingsmerter ved dyb vejrtrækning. Hosten er i starten ofte tør, sidenhen kommer der produktiv hoste med purulent eller blodtilblandet ekspektorat. Respirationen er hurtig og overfladisk, og der kan være cyanose (1). Ældre patienter over 75 år kan ofte have uspecifikke symptomer uden feber (4).

Der skelnes mellem forskellige typer pneumoni, idet der er forskel på patogenese, ætiologi og behandling (1):

- Samfundserhvervet pneumoni (community-acquired pneumoni (CAP). Lungebetændelse erhvervet uden for sygehus. De fleste tilfælde af pneumoni er samfundserhvervet pneumoni
- Sygehuserhvervet pneumoni (Nosokomial pneumoni). Lungebetændelse, som udvikler sig mindst 48 timer efter indlæggelsen eller mindre end 14 dage efter udskrivning fra sygehus.
- Aspirationspneumoni.
- Pneumoni hos den immuninkompetente patient. Lungebetændelse hos patienter med svækket immunforsvar enten forårsaget af medicin eller af anden sygdom.

indlagt med pneumoni



ARKIVFOTO: ISTOCK

» Pneumoni er den infektionssygdom, der forårsager flest dødsfald i den vestlige verden, herunder Danmark.

Tabel 1. Patientkarakteristika for 20 patienter i 2007 og 2010

	PATIENTGENNEMGANG 2007			PATIENTGENNEMGANG 2010		
	Afd. 1 (n = 10)	Afd. 2 (n = 10)	Afd. 1+2 (n = 20)	Afd. 1 (n = 10)	Afd. 2 (n = 10)	Afd. 1+2 (n = 20)
Køn (kvinder)	4(k)	3 (k)	7 (k)	4 (k)	7 (k)	11 (k)
Alder (år)	73,3 (42-86)	77,7 (62-90)	75,5 (42-90)	73,5 (59-89)	72,9 (42-89)	73,2 (42-89)
Indlæggelsestid (antal dage)	9,2 (7-14)	6,7 (3-15)	8,0 (3-15)	8,4 (4-15)	6,5 (4-13)	7,5 (4-15)
Komorbiditet (antal)	3,3 (2-5)	2,6 (0-4)	3,0 (0-5)	3,0 (2-4)	2,0 (0-4)	2,5 (0-4)
Alder, indlæggelsestid og komorbiditet er angivet som middelværdi (spændevide).						

► Midler til implementering

Det var en tværfaglig udfordring at integrere de nye arbejdsgange og evidensbaserede anbefalinger i forløbsbeskrivelsen til lokale forhold. Informationsmøder, diskussionsmøder, undervisning, løbende opfølgning i de enkelte afsnit og en quiz om pneumoni er nogle af de implementeringstiltag af forløbsbeskrivelsen, der er anvendt. Vi udarbejdede en sygeplejefaglig tjekliste og en lamineret lommefolder om behandlingen, og patientforløbsbeskrivelsen med diverse links blev gjort tilgængelig elektronisk.

Under processen drøftede vi hensigtsmæssige arbejdsgange, og om de sundhedsfaglige ydelser levede op til de evidensbaserede anbefalinger. Der blev truffet flere konsensusbeslutninger og pragmatiske beslutninger undervejs, når der ikke var enighed om, hvorvidt anbefalinger på et område skulle integreres i praksis og/eller gælde for alle patienter med pneumoni i afdelingerne.

Auditundersøgelsen

I det følgende beskrives resultaterne fra en audit på de to afdelinger i 2007, hvor den nye patientforløbsbeskrivelse endnu ikke var indført, og en tilsvarende audit udført i 2010 – efter indførelsen. Vi har i beskrivelsen valgt områder ud, hvor indførelsen af patientforløbsbeskrivelsen enten førte til øget indsats eller ændringer i behandlingen og plejen (se tabel 3 side 58).

Registrering af respirationsfrekvens genindføres

Registrering af respirationsfrekvensen betragtes som en vigtig observation hos patienter med pneumoni, hvor der er risiko for respirationsinsufficiens. Desuden indgår respirationsfrekvensen i vurderingen af pneumoniens sværhedsgrad (CURB65). Patientgennemgangen i 2007 viste, at alle patienter ved indlæggelsen fik målt temperatur, blodtryk, puls og ilt saturation, men kun to patienter fik målt respirationsfrekvens. Det blev derfor besluttet, at respirationsfrekvensen skulle måles sammen med øvrige værdier ved modtagelsen og monitoreres indtil normalisering. I 2009 blev det et krav i forbindelse med projektet "Tidlig Opsporing af Kritisk Sygdom" på Århus Sygehus, at der hos alle indlagte patienter systematisk observeres og dokumenteres seks vitale parametre, herunder respirationsfrekvens mindst en gang dagligt. Alle patienter i patientgennemgangen 2010 fik målt respirationsfrekvens.

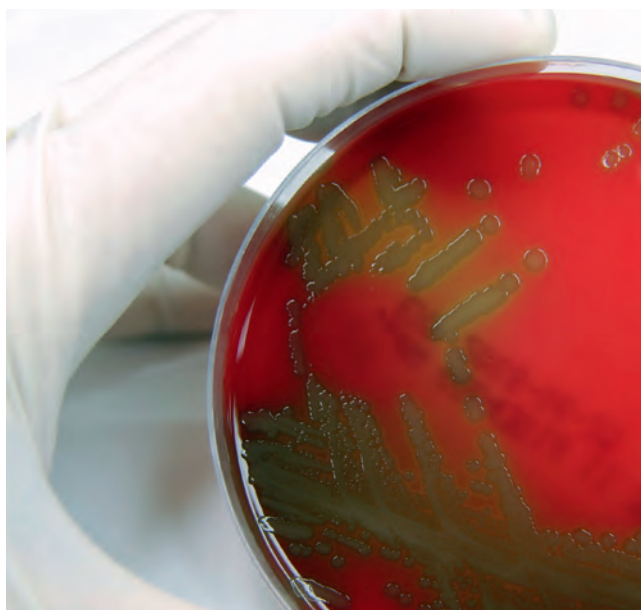
CURB65-score

Ifølge behandlingsinstruksen skal lægerne vurdere sværhedsgraden af patientens pneumoni ved hjælp af CURB65-score ved indlæggelsen (se boks 3 side 60). Samtidig skal der tages højde for, om patienten har andre lidelser eller tilstande, der kan forværre prognosen, f.eks. nyopstået atrieflimren, diabetes, KOL eller bakterier i blodet. Vurderingen danner grundlag for valg af

” Kvalitetsudvikling af behandling og pleje af patienter med pneumoni kan nemt blive nedprioriteret i forhold til specialepatienter.

undersøgelser, behandlings- og observationsniveau.

CURB65-score var kun dokumenteret i én journal i patientgennemgangen 2010. En subanalyse af ni journaler viste, at data var tilgængelige for udregning af CURB65-score ved indlæggelsen, men sammenlignes scoren med behandlingsintensiteten, f.eks. valg af antibiotika, synes CURB65 ikke at være retningsgi-



ARKIVFOTO - ISTOCK

Boks 2. Sundhedsstyrelsens model

Den tværfaglige arbejdsgruppe bestående af læger, sygeplejersker og fysioterapeuter fra de to afdelinger valgte Sundhedsstyrelsens model for patientforløb og kvalitetsudvikling som ramme for arbejdet med patientforløbsbeskrivelsen. Patientforløbet skal ifølge denne model ses med patientens øjne.

Patientforløbet blev afgrænset til patienter indlagt med pneumoni, fra patienten bliver henvist, og til patienten bliver udskrevet. Beskrivelsen af patientforløbet omfattede både en konkretisering og registrering af eksisterende forløb i 2007 (nu-forløb) – dvs. hvilke ydelser indgår i forløbet samt visionen om, hvordan forløbet bør være i forhold til at sikre kvalitet i det samlede forløb (bør-forløb) (6). Det var i forskellen mellem nu-forløbet og bør-forløbet, at kvalitetsmål og handlingsplan for forbedringer blev identificeret og fastlagt. Kvalitetsmål er indarbejdet i patientforløbsbeskrivelsen, og der er udarbejdet kvalitetstjekpunkter inden for udvalgte områder. Opfølgning i form af journalaudit blev gennemført i 2010.

vende. Derimod synes patienternes andre prognostiske faktorer/tilstande og temperatur ved indlæggelsen at have stor betydning for behandlingsintensiteten.

Bloddyrkninger

I 2007 var der patienter, som blev stukket to gange med timers mellemrum eller slet ikke fik taget bloddyrkning inden opstart af antibiotika. For at optimere forløbet må sygeplejerskerne nu uden lægeordination bestille bloddyrkning sammen med standardblodprøver, når patienten indlægges under diagnosen obs. pneumoni/pneumoni eller har temperaturforhøjelse ved modtagelsen. Men der er ingen forbedringer sket på dette område, tværtimod (se tabel 3). I begge audit var det udelukkende patienter i den ene afdeling, der ikke fik taget bloddyrkning.

Infektionstal

Tabel 3 viser, at infektionstal (leukocytter og CRP) tages hurtigt både i 2007 og 2010. Men brugen af infektionstal til at monitorere patientens tilstand i 2007 afhang af afdelingsspecifikke mønstre. I den ene afdeling blev infektionstallene taget syv (4-

10) gange mod to (1-3) gange i den anden afdeling. I forløbsbeskrivelsen er det nu indskærpet, at patienterne maksimalt skal have taget infektionstal tre gange ugentligt i ikke-komplerede kliniske forløb. Infektionstal indgår i vurderingen af behand-

” I begge audits var det udelukkende patienter i den ene afdeling, der ikke fik taget blodtrykning.

lingsresponsen 48 timer efter indlæggelsen og/eller før udskrivelsen. Det betyder, at alle patienter bør have taget infektionstal minimum to gange i forløbet. I journalgennemgangen 2010 ses et fald i det samlede antal infektionstal, men der er fortsat store afdelingsspecifikke variationer, se tabel 3.

Lungefysioterapi

Anden kendt lungelidelse, f.eks. KOL, var kendetegnende for 12 ud af de 20 patienter i 2007. Behovet for lungefysioterapi var

dog kun dokumenteret hos 25 pct. af patienterne. Der er nu udarbejdet kriterier for lungefysioterapi ved pneumoni (se boks 4 side 60). Patientgennemgangen 2010 viser en klar forbedring på dette område, idet det hos over halvdelen af patienterne er dokumenteret, om der er behov for lungefysioterapi.

Antibiotika

I 2007 stillede afdelingerne ingen eksplicite krav til, hvornår antibiotisk behandling senest skulle være indledt. Det anbefales dog, at antibiotika opstartes inden for fire timer efter indlæggelse (8). Patientgennemgangen 2007 viste, at behandling med antibiotika var startet op hos 12 patienter (60 pct.) inden for fire timer efter indlæggelsen. I 2010 var dette forbedret til 15 patienter (75 pct.). Et acceptabelt niveau sammenlignet med fund i en undersøgelse, der målte effekten af forskellige strategier til implementering af en guideline for pneumoni (9).

Overgang fra intravenøs til peroral antibiotikabehandling viste afdelingsspecifikke variationer. Forskellen kunne ikke forklares med f.eks. valg af antibiotikapreparat, samtidig blodforgift-

Tabel 2. Elementer indeholdt i de fire registreringskemaer

Akut modtagelse (< 24 timer)	Den tværfaglige fremadrettede plan	Primærbehandling > 24 timer (et skema per dag)	Udskrivelse
Alder	Problemstillinger relevante for indlæggelsen	BT/puls	Behandling
Køn	Arbejdsdiagnose og evt. andre diagnoser	Saturation	Pleje
Indlæggelse • afsnit • antal timer • dato	Planlagte undersøgelser og observationer	Temperatur	Genoptræning
Indlæggelsestid på akutafsnit	Behandling og pleje i relation til alle beskrevne problemstillinger	Respirationsfrekvens	Kontrol og opfølgning
Antal indlæggelsesdage	Tidspunkt for forventet udskrivelse /varighed af indlæggelsen	Vægt	Patientinddragelse i udarbejdelse af plan
Vigtige komorbiditeter		Skift antibiotika • Årsag • Anden type • i.v. • Tablet	
Blodtryk/ puls		Blodprøver	
Saturation		Røntgen thorax	
Temperatur		Klinisk vurdering	
Respirationsfrekvens		Ernæring	
Blodprøver /tid		Tromboseprofylakse	
Venlyer / tid		Behov efter udskrivelse • Funktionsniveau • Hjælpemidler • Mad • Hjemmehjælp • Sygepleje • Genoptræning	
Arteriepunktur / tid		Varsling af udskrivelse	
Røntgen af thorax / tid			
Ekspektorat ord. / udført			
Ittbehandling			
1. dosis antibiotika / tid			

Tabel 3. Resultater på udvalgte audit fra patientgennemgang 2007 og 2010

	Patientgennemgang 2007 (n=20)	Pct.	Patientgennemgang 2010 (n=20)	Pct.
Respirationsfrekvens målt ved indlæggelse	2	10	20	100
Infektionstal* / taget timer efter indlæggelse (gennemsnit)	1¼		1	
Bloddyrkning/ antal taget før antibiotika er opstartet	18	90	14	70
Bloddyrkning taget sammen med infektionstal	15 (n=18)	83	10 (n=14)	71
1. dosis antibiotika givet inden for 4 timer efter indlæggelse	12	60	15	75
Røntgen af thorax taget inden for 4 timer efter indlæggelse	17	85	14	70
Mobiliseret 20 minutter inden for de første 24 timer	Ikke vurderet		11	55
Lungefysioterapi vurderet første dag	5	25	11	55
Infektionstal * / antal taget under indlæggelse (SD)	4,3 (2,8)		4,5 (2,5)	
Infektionstal * / antal taget under indlæggelse Afd. 1	6,6		6,0	
Infektionstal * / antal taget under indlæggelse Afd. 2	2,0		3,0	
i.v. antibiotika /antal dage (SD)	5,3 (2,5) (n=19)		4,0 (2,8) (n=18)	
i.v. antibiotika /antal dage Afd. 1	7,1 (n=10)		5,3 (n=9)	
i.v. antibiotika /antal dage Afd. 2	3,5 (n=9)		2,7 (n=9)	
*Infektionstal = C-reaktiv protein og leukocytter				

ning, anden infektion eller forskellige kriterier for skift til peroral behandling.

Forskellen synes at være kulturelt betinget. I den nye forløbsbeskrivelse blev der lagt vægt på en klar beskrivelse af, hvornår der kan skiftes til peroral behandling, samt hvad der skal skiftes til. Det ligger fast, at der kan skiftes til tabletbehandling, når patientens temperatur (rektalt) i mere end 16 timer har været mindre end 38°, og patienten spiser og drikker. Vores instruks afvi-

” At hævde at klinisk praksis styres af evidens, er som at postulere, at veje, der er røde på landkortet, også må være det i det virkelige landskab.

ger fra den regionale instruks, der indeholder kriterier for respirations- og hjertefrekvens. Disse er fravalgt, da mange af vores patienter har kronisk atrieflimren og/eller KOL. Dette har betydet, at den gennemsnitlige varighed af i.v. antibiotika er faldet fra 5,3 til 4,0 dag. Instruksen blev dog kun fulgt i tre ud af 18 patientforløb i 2010. De afdelingsspecifikke variationer fra 2007 ses også i 2010 (se tabel 3).

Aktivitet, respiration og ernæring

Audit på sygeplejen var afgrænset til problemområderne aktivitet, respiration og ernæring og stillingtagen til relevansen af at oprette plejeplaner. I 2007 og 2010 blev alle patienter ved indlæggelsen vurderet i forhold til deres habituelle og aktuelle status inden for områderne, men vi fandt ikke det nødvendige antal plejeplaner inden for områderne.

I 2007 var der fire plejeplaner, to på henholdsvis aktivitet og ernæring. Hurtig mobilisering har vist sig at forkorte indlæggelsestiden (10). Mobilisering minimum 20 minutter inden for de første 24 timer er derfor en defineret aktivitet i patientforløbsbeskrivelsen. Patientgennemgang 2010 viste, at over halvdelen af patienterne var mobiliseret inden for de første 24 timer (se tabel 3).

Som en støtte for plejepersonalet udarbejdede vi en tjekliste med blandt andet de plejeplaner, man bør tage stilling til, samt udførelsen af en opdateret status efter 48 timers indlæggelse. Den opdaterede status skulle gøre det nemmere at identificere patienter, der f.eks. har behov for fysioterapeutisk behandling og genoptræning, samt identificere problemstillinger i relation til udskrivelsen.

Vi fandt i 2010 otte plejeplaner inden for de tre områder. Halvdelen af patienterne havde et behov for iværksættelse af sygeplejehandlinger for at opnå den nødvendige grad af mobilisering, men kun to af disse havde en plejeplan. Samme mønster viste sig i forhold til respiration og ernæring. 18 patienter havde behov for iværksættelse af fremadrettede handlinger relateret til deres respiration, men kun fem patienter havde en plejeplan. Otte patienter havde ernæringsmæssige problemer, men kun én patient havde en plejeplan. I stedet for plejeplaner var sygeplejen dokumenteret som statusnotater.

Udskrivelse

Patientforløbsbeskrivelsen indeholder krav om en hurtig stillingtagen til patientens udskrivelse. Vi har endvidere indført klart definerede udskrivelseskriterier: Sikker klinisk fremgang, fald i infektionstal og stabil tilstand i andre kroniske lidelser,

som alle skal være opfyldt, før patienten kan udskrives. I 2010 kan vi se, at alle patienterne opfylder udskrivelseskriterierne.

Implementering varer ved

Fokus på behandling og pleje af patienter med pneumoni viser væsentlige fokusområder, som har betydning for behandlingsresponsen, indlæggelsestiden og dermed de ressourcer, man bruger på patienten. Patientgennemgangen 2010 tyder på, at der er økonomiske besparelser at hente f.eks. ved at reducere antallet af blodprøver (infektionstal), behandle med mindre aggressiv antibiotika og skifte fra i.v. til peroral behandling tidligere. Sammen med en fremadrettet sygeplejefaglig indsats med fokus på ernæring, mobilisering og respiration kan dette måske afkorte indlæggelsestiden og dermed give økonomiske besparelser.

Samspillet mellem evidens og klinisk praksis er en udfordring.

Man kan f.eks. ikke indføre nye tiltag, uden at de bliver fortolket og omformuleret af sundhedspersonalet. At hævde at klinisk praksis styres af evidens, er som at postulere, at veje, der er røde på landkortet, også må være det i det virkelige landskab. Udarbejdelsen af patientforløbsbeskrivelsen har vist os, at klinisk praksis styres af andet end evidens. Implementeringsprocessen varer ved.

Inge Schjødt er ansat som klinisk sygeplejespecialist på

Medicinsk Kardiologisk afdeling A,

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus; ingeschj@rm.dk

Annesofie Lunde Jensen er ansat som

klinisk sygeplejespecialist på

Medicinsk Endokrinologisk afdeling MEA,

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus. ►

Prøv quizen om pneumoni herunder.

Quiz om pneumoni ud fra afdelingens retningslinjer		
Hvad gælder om pneumoni? Sæt kryds ved det rigtige svar		
	a.	b.
1. Antallet af patienter, der indlægges med pneumoni er inden for de sidste ca. 15 år?	Faldet	Steget
2. Hvad er risikoen for at dø som følge af pneumoni inden for en måned efter indlæggelsen?	Risikoen er lille - ca. 1-2 %	Risikoen er betydelig - ca. 10-15 %
3. Har patienter med pneumoni altid feber?	Nej, ældre patienter med pneumoni kan være afebrile	Ja, temperatur > 38 grader er et typisk tegn hos alle patienter med pneumoni
4. Patienter med pneumoni, der er rygere, bør informeres om helbredsfordele ved rygeophør, fordi?	Rygning ødelægger fimrehårene og den normale sekrettransport i lungerne, og medfører øget risiko for nedre luftvejsinfektioner.	Hoste og åndenød vil forsvinde og lungerne bliver bedre til at bekæmpe infektioner – allerede efter 24 timers rygestop.
5. Må patienter påbegynde antibiotisk behandling for pneumoni inden røntgen af thorax er taget?	Nej – aldrig, røntgen thorax skal altid tages inden antibiotisk behandling påbegyndes.	Ja, man bør nødvendigvis ikke afvente røntgen thorax inden antibiotisk behandling påbegyndes.
6. Måling af ilt saturation (SAT) bør under indlæggelsen foretages?	Hos alle patienter med pneumoni	Nej, kun hos patienter med både pneumoni og KOL
7. Patienter med pneumoni bør have ilt tilskud, hvis ilt saturation (SAT) er?	Mindre eller lig med 94 pct.	Mindre eller lig med 92 pct.
8. Patienterne skal have i/v antibiotika indtil de har haft en rektal temperatur på < 37,5° i mere end 24 timer.	Ja, dette er et af flere kriterier for skift til per oral antibiotika.	Nej patienten skal have en rektal temperatur på < 38° i mere end 16 timer inden man skifter til per oral antibiotika
9. Tidlig mobilisering af patienter med pneumoni har vist sig at være?	Forbundet med kortere indlæggelsestid.	Forbundet med lavere dødelighed
10. Hvem skal have lungefysioterapi?	Alle patienter med pneumoni bør have lungefysioterapi	Nej, kun de patienter, der opfylder de beskrevne kriterier for lungefysioterapi ved pneumoni
11. Rektaltemperatur anses for at afspejle kroppens kerntemperatur. Hvor ligger den normale temperatur i rectum?	Mellem 36,2-37,5 °C	Mellem 34,4 - 37,8 °C
12. Patienter med pneumoni kan klage over dyspnø?	Ja, ved pneumoni hæmmes iltoptagelsen i de lungeafsnit, hvor der er betændelse.	Nej, patienternes respiration er ikke påvirket.
13. Patienter med KOL skal følge samme instruks for antibiotika ved pneumoni som andre patienter	Ja, hvis de ikke har et svækket immunforsvar pga. anden behandling	Nej, der gælder særlige regler for KOL patienter.
Se de rigtige svar side 60.		

Svar på quizen side 59.

1: b, 2: b, 3: a, 4: a, 5: b, 6: a, 7: b, 8: b, 9: a, 10: b, 11: b, 12: a, 13: a.

Boks 3. CURB65-score

CURB65-score er et enkelt redskab til vurdering af sværhedsgraden samt observations- og behandlingsniveau ved pneumoni. Patienten tildeles point for følgende:

CURB65-score	Betydning	Point
C	Confusion, nyopstået	1
U	Urea (Se-carbamid) > 7 mmol/L	1
R	Respirationsfrekvens > 30/min	1
B	Blodtryk < 90/60 mm Hg	1
65	Alder > 65 år	1

CURB65-score kan bruges vejledende i kliniske beslutninger om tiltag, eksempelvis hvor patienten kan eller bør behandles (hjemme, ambulantly eller indlagt på senge-/intensiv afsnit), hvilke undersøgelser, der bør tages, samt hvilken slags antibiotisk behandling, der bør startes (1,8).

Det er muligt at vurdere en patients risiko for at dø på baggrund af CURB65-score. Jo højere score jo dårligere er prognosen

En CURB65-score > 2 ved indlæggelse angiver, at patienten har en svær pneumoni, er i høj risiko, bør overvåges tæt og behandles intensivt (1). Vurdering af pneumoniens sværhedsgrad kan foretages indledningsvis, men også undervejs i forløbet.

CURB65	Mortalitet
0	0-1 %
1	1-3 %
2	5-13 %
3	14-21 %
4	32-42 %
5	28-60 %

English Abstract

Schjødt I, Lunde Jensen A. Patient care pathway for patients admitted with pneumonia. Sygeplejersken 2010;(20):54-60.

Pneumonia is a serious disease. The number of patients hospitalised with pneumonia for the first time rose by 50 per cent from 1994 to 2003. It is estimated that approximately 20,000 people are admitted annually to Danish hospitals with this diagnosis, and mortality amongst this patient population is high. Mortality increases significantly with advanced age and comorbidity.

The article describes the work of developing quality in the patient care pathway for patients admitted with pneumonia. This work delineates the process: from choice of patient group and charting of knowledge used and habits, to preparation and implementation of new procedures.

Areas in which development of a description of the patient course resulted in increased focus on—or changes in—treatment and care, are presented, together with the results from an audit on 20 patient medical records in 2007 and a corresponding follow-up audit performed in 2010.

Preparation of the description of the patient care pathway shows that clinical practice is governed by factors other than evidence-based knowledge. When evidence-based knowledge is adapted to clinical practice, for the benefit of patients, implementation is an ongoing process.

Key words: Pneumonia, quality development, description of patient care pathway, patient care pathway.

Boks 4. Kriterier for lungefysioterapi ved pneumoni

- Sekretproblemer:
 - sejt sekret, som patienten skal bruge uhensigtsmæssigt mange ressourcer på at løse
 - store og konstante mængder sekret
 - meget afkræftet patient, der ikke har kræfter til at hoste, men har rallende respiration
- CURB65-score > 2

► *Hele patientforløbsbeskrivelsen kan findes på <http://e-dok.rm.dk> > Århus Universitetshospital, Århus Sygehus > Medicinsk Endokrinologisk Afdeling MEA > 4. Intern medicin > 4.7 Lungesygdomme > 4.7.3 Patientforløbsbeskrivelse: Pneumoni (Community acquired) – CAP*

Litteratur

1. Vestbo J, Pedersen C. Infektiøse lungesygdomme. In: Schaffalitzky de Muckadell OB, Haunsø S, Vilstrup H, editors. Medicinsk kompendium. 2009. Bind 2 København: Nyt Nordisk Forlag.
2. Sundhedsstyrelsen. Sygehusstatistik: 2004-2005. København: Sundhedsstyrelsen; 2005-2008.
3. Thomsen RW, Riis A, Norgaard M, Jacobsen J, Christensen S, McDonald CJ et al. Rising incidence and persistently high mortality of hospitalized pneumonia: a 10-year population-based study in Denmark. J Intern Med. 2006 Apr;259(4):410-7.
4. Hedlund J, Stralin K, Ortvist A, Holmberg H, Community-Acquired Pneumonia Working Group of the Swedish Society of Infectious Diseases. Swedish guidelines for the management of community-acquired pneumonia in immunocompetent adults. Scand J Infect Dis. 2005;37(11-12):791-805.
5. Sundhedsstyrelsen. Dødsårsagsregistreret 2008. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2009:6. København: Sundhedsstyrelsen; 2009.
6. Sundhedsstyrelsen. Patientforløb og kvalitetsudvikling. Kbh.: Komitéen for Sundhedsoplysning; 1999.
7. Region Sjælland. Skabelon til patientforløb: Region Sjælland; 2002.
8. Kristensen LH, Prag J, Schumacher H, Lindberg J, Tarp BT, Møller JK. Pneumoni (community acquired) – CAP. Infektionsmedicinsk afdeling Q, Århus Universitetshospital, Skejby; 2006.
9. Yealy DM, Auble TE, Stone RA, Lave JR, Meehan TP, Graff LG et al. Effect of increasing the intensity of implementing pneumonia guidelines: a randomized, controlled trial. Ann Intern Med. 2005 Dec 20;143(12):881-94.
10. Mundy LM, Leet TL, Darst K, Schnitzler MA, Dunagan WC. Early mobilization of patients hospitalized with community-acquired pneumonia. Chest 2003 Sep;124(3):883-9.



5%
på din lønkonto

Du kan roligt slappe af – renten bliver ved med at være høj

Høj rente på din lønkonto

På din LSBprivat[®] Løn får du 5 % i rente på de første 50.000 kr. på kontoen og 0,25 % på resten. Begge rentesatser er variable og gældende pr. 7. juli 2010.

5 % i rente på din lønkonto er suverænt Danmarks højeste, og den bliver ved med at være høj. DSR og Lån & Spar har nemlig et samarbejde, som giver værdi for begge parter.

Det er nemt at skifte bank

Kravene for at få LSBprivat[®] Løn er, at du er medlem af DSR og samler hele din privatøkonomi hos os. LSBprivat[®] Løn får du på baggrund af en almindelig kreditvurdering.

Vi gør det til gengæld nemt for dig at skifte bank. Du skal blot investere en time til et møde, så klarer vi resten – også kontakten til din nuværende bank.

Online: Klik ind på dsrbank.dk. På forsiden vælger du "book møde", så kontakter vi dig.

Ring: Ring på 33 78 19 27 og aftal et møde – eller hold mødet telefonisk, så behøver du ikke at bruge tid på transport.



lån & spar

din personlige bank

Kære Sundhedsfaglige kollega

I uge 47 holder vi, Det Grønlandske Sundhedsvæsen, en række informationsmøder.

På møderne vil vi fortælle dig om, hvordan det er at arbejde i sundhedsvæsenet, og hvordan det er at flytte til Grønland og have sit liv og sin hverdag der. Desuden vil vi byde på smagsprøver af spændende og lækre grønlandske specialiteter.

Vi håber på at se dig ved et af informationsmøderne, som finder sted på følgende dage:

Tirsdag d. 23. november 2010

Kl. 15.30-17.30

Det Grønlandske Hus i Århus
Dalgas Avenue 52
8000 Århus

Onsdag d. 24. november 2010

Kl. 15.30-17.30

Vejle Handelsskole lokale B30
Boulevarden 48
7100 Vejle

Torsdag d. 25. november 2010

Kl. 15.30-17.30

Det Grønlandske Hus
i København
Løvstræde 6
1007 København K

Med venlig hilsen

Det Grønlandske Sundhedsvæsen

Afhensyn til planlægningen, ser vi meget gerne at du tilmelder dig på jast@peqgik.gl, med navn, telefonnummer og hvilket informationsmøde du ønsker at deltage i.

► gjob.dk

GRØNLAND – HER ER TIDEN EN ANDEN

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



Det Grønlandske Sundhedsvæsen

Omsorg for børn, hvis forældre

To børn i hver skoleklasse har en forælder, der har eller har haft en psykisk lidelse. Psykiatrisk Team Vordingborg har gennem syv år arbejdet målrettet med familiesamtaler og samtalegrupper for børn af forældre med psykiske lidelser. Målet er at integrere patienternes børn i det samlede behandlingstilbud og forebygge stigmatisering af børnene.

AF PERNILLE DITLEVSEN, SYGEPLEJERSKE

Psykiatrisk sygeplejerske Jane er på første hjemmebesøg hos en mor, der er henvist med en depressionsdiagnose. Der er en fem-årig pige i hjemmet, og under besøget finder pigen et tæppe frem til sin mors fødder, hun tilbyder at lave te og kommer senere med varm te og frugt skåret i mundrette stykker. Kompetencer, en så lille pige normalt ikke har.

Ved næste samtale, hvor pigen ikke er hjemme, tager Jane en snak med moderen om, hvordan selv helt små børn kan kompensere for forældrene. De taler om, at det er vigtigt, at pigen fritages for forpligtelser, der hører de voksne til, og at moderen, trods sin depression, må forsøge at påtage sig sit forældreansvar. Hvis hun har brug for hjælp til det praktiske, så må hun bede andre voksne om hjælp til dette. Nøjagtig som hvis hun havde en fysisk lidelse og dér fik brug for hjælp. Hvis hun ikke har hjælpemuligheder, pointerer Jane, er det muligt at etablere den nødvendige hjælp, til hun er rask igen.

Inden for psykiatrien er der sket en intensiveret indsats for patienter og deres voksne pårørende med bl.a. psykoedukation

Der er i sundhedsaftalerne mellem Region Sjælland og de 17 kommuner lavet aftaler vedrørende børn som pårørende til en forælder, der er ramt af en psykisk lidelse.

og diverse gruppetilbud, men ofte overses en vigtig, tavs og magtesløs gruppe – nemlig børnene. På landsplan eksisterer der ca. 50.000 børnefamilier, og vi ved, at ca. hver 10. dansker på et tidspunkt i deres liv får en psykisk lidelse – derfor kan der sidde op til to børn i hver skoleklasse med en forælder, der har eller har haft en psykisk lidelse (1).

Psykiatrien i Region Sjælland har gennem syv år haft en målrettet tilgang til patienter med børn. Vi har uddannede nøglepersoner, hvis opgave det er at bevare fokus på børn som pårørende, ligesom der eksisterer obligatoriske basiskurser for alt nyt personale.

Formålet med den målrettede tilgang er:

- at behandling sker ud fra et familieperspektiv med støtte til relation mellem forældre og børn
- at støtte børn af forældre med psykisk sygdom i forhold til at være pårørende
- at medvirke til, at omsorgssvigt hos børn og unge forebygges
- at medvirke til at forebygge, at børn og unge udvikler psykisk sygdom eller psykosociale vanskeligheder
- at styrke det tværsektorielle samarbejde i forhold til børn og unge.

Denne artikel beskriver vores konkrete tiltag hos patienter med børn, der er udarbejdet ud fra anbefalinger til god praksis vedr.

børn af forældre med psykisk sygdom (2), og håbet er, at andre psykiatriske afdelinger kan blive inspireret til at integrere patienternes børn i det samlede behandlingstilbud.

Systematisk registrering

Vi har en procedure, der systematisk registrerer, om patienten har børn eller søskende under 18 år. Dette dokumenteres i den elektroniske journal, og i bekræftende fald træder følgende i værk:

- En forældresamtale med patienten om barnet
- Tilbud om familiesamtale med hele familien – en samtale i "børnehøjde"
- Tilbud om samtalegruppe for børn
- Sikring af, at børn får mulighed for at besøge deres forælder under indlæggelsen
- Øget opmærksomhed på sundhedspersonalets skærpede underretningspligt.

Familiesamtaler

Mange af vores patienter er selv vokset op i familier med psykisk sygdom, hvorfor det er en mission for os at være med til at nedbryde tabu og skyld omkring psykisk sygdom – både hos de voksne og børnene. Vi kan indgå som en katalysator for at få talt om, hvordan sygdommen påvirker familielivet og forældrekompetencen i kortere eller længere tid.

Da vi begyndte for syv år siden, sagde 25 pct. af vores patienter ja tak til tilbuddet om en familiesamtale. Dette gav anledning til en del selvransagelser om, hvordan vi kunne udvide tilbuddet, således at alle takkede ja. Vi har siden arbejdet med vores sprogbrug og er meget bevidste om, at samtale med patienterne om deres forældrekompetence er et meget sårbart emne. Flere kvindelige patienter end mandlige accepterer således tilbuddet, og der kan være flere årsager til modviljen. Patienterne vil skåne børnene, for "hvad børn ikke ved, har de ikke ondt af", nogle er bange for konsekvenserne, og andre føler sig ikke selv syge og kan derfor ikke se et formål med familiesamtalen.

Selv havde vi også betænkeligheder i forhold til, om vi mistede behandlingsalliancen med patienten, men vores erfaring er, at forældrene ofte er meget bekymrede for deres børn og gør sig mange tanker om, hvorvidt deres børn også skal rammes af en psykisk lidelse. Samtalerne hjælper dem til at opleve, at de ses som hele mennesker, og de er glade for, at vi sætter ord på de tanker, som både de og børnene gør sig. I dag siger halvdelen af vores patienter ja til en børnesamtale, men vi har ambitioner om en endnu højere andel.

Samtalegrupper for børn

Vi tilbyder børnene en samtalegruppe med andre børn i samme situation. Det er ikke et behandlingstilbud, men et psykoeduka-

er ramt af psykisk lidelse

tivt tilbud til børn, hvor de kan drøfte egne oplevelser og tanker i forbindelse med forældrens sygdom.

I Psykiatrisk Distrikt Næstved har vi et samarbejde med Vordingborg Kommune og deres familieafdeling, og vi er så heldige, at deres børnepsykologer deltager i vores samtalegrupper. Det er et perfekt match, da de har viden om børns reaktioner, og vi har viden om psykisk sygdom og sygdommens indflydelse på det enkelte individ.

Vi har to samtalegrupper hvert halve år, og disse er aldersopdelt, da der er forskel på, hvordan en otteårig og en 15-årig har behov for at drøfte tingene. De otteårige har brug for mere leg, at tegne og læse historie, mens de 15-årige har brug for afklaring i forhold til sunde pubertetsreaktioner og symptomer på psykisk sygdom.

Vi har efter aftale med forældrene skrevet børnene på en venteliste, og de indkaldes til en forsamling med de to gruppeledere, når der er et tilbud til deres alderstrin. I kraft af samarbejdet med kommunens familieafdeling kan der også deltage børn, som vi ikke har kendskab til i psykiatrien, men inklusionskriteriet er, at en af forældrene har en diagnosticeret psykiatrisk lidelse. Ofte bor forældrene ikke længere sammen med barnet, men det udelukker ikke, at børnene gør sig mange tanker om psykisk sygdom.

Vi håber med denne indsats at nedbryde tabuet og minimere følelser af skyld og skam, der på sigt vil have en profylaktisk effekt, således at færre børn selv vil blive ramt af en psykisk lidelse. Vores intention er at hjælpe familien – og primært børnene – til at håndtere belastninger bedre, så vi forhåbentlig kan forebygge eller helt udskyde et evt. udbrud af sygdom hos barnet. Men også i høj grad at kunne øge barnets livskvalitet og hindre omsorgssvigt, der kan føre til alvorlige problemer senere i livet.

Besøgsforhold

Vi har udarbejdet en besøgsplan til børn, hvis forældre er ind-

” Hver 10. dansker får på et tidspunkt i deres liv en psykisk lidelse – derfor kan der sidde op til to børn i hver skoleklasse med en forælder, der har eller har haft en psykisk lidelse.

lagt på et psykiatrisk sengeafsnit. Formålet med denne er, at børn skal føle sig velkomne, og de skal opleve et godt og trykt besøg. Derfor skal personalet være imødekommende og hjælpe patient og børn til at have kontakt med hinanden under indlæggelsen. Det kan imidlertid opleves som skræmmende, svært og

uforståeligt for børn at komme på besøg. For den syge forælder kan det også være en svær situation. Men samtidig er det vigtigt for børn at se, hvor deres forældre befinder sig, og hvad en psykiatrisk afdeling er. Hvis et besøg ikke kan gennemføres, tilstræber vi, at en kontaktperson tilbyder telefonisk kontakt med barnet og en anden kendt pårørende. Vi har til hvert sengeafsnit og team indkøbt en kuffert fuld af legetøj, og vi har ophængt plakater fra Børns Vilkår for at signalere, at børn er velkomne.

Skærpet underretningspligt

Som sundhedspersonale har vi en skærpet underretningspligt, hvis vi har en formodning om, at barnet/den unge trænger til særlig støtte ifølge lov om social service § 153. Underretningspligten har været et gennemgående tema, når vi har drøftet patienter og deres børn, og vi har været bekymrede for, om vi kunne risikere at miste alliancen med patienten.

Men dette har vist sig ubegrundet. Vi sammenligner psykisk sygdom med somatisk sygdom og gør sygdommen og ikke personen til et problem. Derfor lægger vi vægt på at holde patienten fast i, at det er sygdommen, der i kortere eller længere tid kan påvirke forældreevnen. En del af vores patienter er endvidere vokset op i familier med psykisk sygdom, og mange giver udtryk for, at de ville ønske, at ”nogle havde set dem og fundet dem værd at hjælpe”.

Vi har en instruks, som giver en konkret vejledning i, hvordan vi udarbejder en underretning, og hvilken lovgivning der er omkring samtykke og forældremyndighedsforhold. Vi udleverer en kopi af den skriftlige underretning, som vi sender til kommunen og til patienten, og vi oplever stort set kun positive reaktioner fra forældrene, som vi selvfølgelig involverer mest muligt i underretningsprocessen.

Tværasektoriel netværksgruppe

Vi har etableret en tværasektoriel netværksgruppe bestående af repræsentanter fra kommunen, som har berøringsflade med børn i deres daglige virke, samt repræsentanter fra psykiatrien. Fra kommunen deltager således en skoleleder, børnesagsbehandlere, børnepsykologer, sundhedsplejersker og socialpsykiatrisk personale. Vi mødes fire gange om året af 1½ times varighed, og formålet med samarbejdet er at varetage barnets og familiens tarv.

Vi oplever, at vi har en fælles ansvarlighed, flere handlemuligheder, et fokus på problemet og ikke symptomet. Vi håber at kunne forebygge en stigmatisering af disse børn, som ifølge skoleleder Winnie Kistrup, skoleleder på Iselingskolen i Vordingborg, har op til 40 fraværsdage i skolen om året.

Det er muligt for alle personer i Vordingborg Kommune at indkalde til et dialogmøde, således at vi samlet kan støtte op om ►

- ▶ patienten og ikke opleves som parter, der modarbejder hinanden.

Nøglepersonsuddannelse

Der er i sundhedsaftalerne mellem Region Sjælland og de 17 kommuner lavet aftaler vedrørende børn som pårørende til en

” Hos nogle personaler har der manglet initiativ til at invitere til familiesamtaler.

forælder, der er ramt af en psykisk lidelse.

I Region Sjælland er det tanken, at alle sengeafsnit og team i regionen skal have uddannet 1-2 nøglepersoner, som i eget afsnit skal sikre fokus på børn som pårørende.

Region Sjælland har i forlængelse af dette etableret en nøglepersonsuddannelse i seks undervisningsmoduler, hver af to dages varighed. Vi er nu i gang med det tredje hold, og kursisterne skal gennem uddannelsen blive i stand til at:

- sikre en helhedsorienteret behandling
- støtte forældre i at tale med børnene
- gennemføre familiesamtaler
- styrke familiens og netværkets opmærksomhed på barnet
- styrke det tværsektorielle samarbejde.

Vi har fundet det hensigtsmæssigt at tilbyde børnesagkyndig supervision i grupper for at styrke uddannelsen. Derudover afholdes to basiskurser hvert år til nyt personale, således at disse orienteres om instrukser og formål.

Teamets samlede udbytte

I Psykiatrisk Team Vordingborg har vi gennem de syv år, hvor vi har arbejdet med vores familiesamtaler og samtalegrupper for børn, fået et langt mere konstruktivt syn på pårørende. Primærbehandlerne kan anvende den værdifulde viden, som de får i familiesamtalerne, i deres videre arbejde med individuelle samtaler med patienterne. Personalet inviterer mere spontant til almindelige pårørendesamtaler og ser også patienten som en forælder og giver psykoekation i forhold til dette. Vi har ikke fået tilført ekstra ressourcer, men indsatsen er integreret i det samlede behandlingstilbud.

Hos nogle personaler har der manglet initiativ til at invitere til familiesamtaler. Dette kan handle om en frygt for ikke at kunne leve op til det faglige niveau ved psykoekation, en emotionel modstand, herunder angsten for at miste kontrol med egne følelser eller en fejltolkning af formålene. Vi prøver at afhjælpe disse bekymringer ved at lave kollegial sparring og en førdning.

Det kan bestemt anbefales at etablere en specifik indsats, da det trods bekymringer og selvransagelser hos personalet giver

stor arbejds glæde. Det er en indsats, som i den grad giver mening. Ved at tale med patienterne om deres forældreansvar og gennem vores samarbejde med skoler og institutioner, hvor børn tidligere blev mødt med skældud, håber vi at kunne være med til at forebygge den stigmatisering, som børn i disse familier kan være udsat for.

Pernille Ditlevsen er ansat som teamleder i Psykiatrisk Team Vordingborg; pdk@regionsjaelland.dk

Læs mere om børn som pårørende i Region Sjælland på www.regionsjaelland.dk > Psykiatrien > Patient i psykiatrien > Børn som pårørende

Læs mere om børn som pårørende i Distrikt Næstved på www.regionsjaelland.dk > Regionens opgaver > Psykiatrien > Find din psykiatri > Vordingborg (kortet) > Distrikt Næstved > Hvordan med pårørende

Litteratur

1. Lier L, Buhl-Nielsen B, Knudsen H. Psykisk syge forældre og deres børn. Det tværministerielle børneudvalg, Socialministeriet 2001.
2. Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark 2007. Børn af forældre med psykisk sygdom – anbefalinger til god praksis i psykiatrien og det tværsektorielle samarbejde. Kan rekvireres gratis på: www.forebyggendesygehuse.dk

English Abstract

Ditlevsen P. Care of the children of mentally ill parents during hospitalisation. *Sygeplejersken* 2010;(20):62-4.

For many years psychiatry has neglected to address the entire family's interests, when a parent has a psychiatric disorder. We know that psychiatric disorders affect the entire family, and that children are particularly vulnerable, because they depend on the adult's care. They may experience guilt associated with their parent's illness, and may not have someone with whom they can talk. Children often shoulder – or have to shoulder – responsibility or partial responsibility for the sick parent. This is a role they are ill-equipped to handle, and which may be stressful in the long term.

In Region Zealand Psychiatry we have organised a concrete initiative focused on the children of mentally ill adults. In Næstved District Psychiatry we have also established a cooperation with child psychologists from Vordingborg Municipality. We offer all patients a family conference, and train psychiatric personnel to focus on children as relatives of the mentally ill.

Key words: Region Sjælland, Psychiatry, children of mentally ill adults, child-therapy.

GØR *en virkelig* FORSKEL

Det er en kendt sag, at man ikke bør gøre forskel på børn. På den anden side er det ikke alle børn, der vokser op med lige muligheder.

Nogle børn kommer skævt ind i livet med en sygdom eller et handicap, som måske vil følge dem resten af tilværelsen, og som kan betyde, at de ikke kan bo hjemme hos deres forældre.

Andre børn har forældre, der af den ene eller anden grund ikke er i stand til at tage vare på dem.

Og atter andre mister pludselig deres forældre på grund af ulykke eller sygdom.

Alle disse børn og deres historier er så vidt forskellige, at de nærmest kun har én ting til fælles: De har brug for kompetente plejefamilier, der kan give den nødvendige støtte og omsorg.

Den 1. januar 2011 træder Barnets Reform i kraft. Et af de væsentlige indsatsområder er at styrke plejefamilieområdet, så flere udsatte børn og unge kan vokse op i en kompetent plejefamilie, hvor der bliver lagt vægt på nære og stabile relationer.

Bliv plejefamilie

Er opgaven som plejefamilie noget for dig og din familie? Gå ind på www.mereatgive.dk og læs mere om, hvordan I kan gøre en virkelig forskel.



Lær at kommunikere, mens du arbejder

60 sygeplejersker i Gynækologisk Klinik på Rigshospitalet har haft fokus på kommunikation. Viden fra undervisning og øvelser blev afprøvet gennem makkerpar over en uge. 76 pct. af sygeplejerskerne oplevede sig efterfølgende bedre rustede til bl.a. de svære patientsamtaler.

AF LINDA SVENSTRUP MUNK, SPROGPSYKOLOG, CAND.MAG., SUSAN MUNCH SIMONSEN, SYGEPLEJERSKE, MASTER I SUNDHEDS-PÆDAGOGIK, OG CHARLOTTE STRØMBERG, SYGEPLEJERSKE

Traditionel undervisning med cases og øvelser kender de fleste til. Men undervisning fører ikke automatisk til ændrede vaner i praksis (1,2). Ikke fordi der er noget i vejen med undervisningen, men fordi det kræver en ekstra indsats efter undervisningen at huske og integrere det indlærte i daglig praksis.

En fokusuge som metode kan være en givende metode til at opnå kompetenceudvikling, der kan implementeres bredt i en afdeling. Vi vil i denne artikel beskrive metoden og de erfaringer, vi har gjort os med metoden i Gynækologisk Klinik på Rigshospitalet. En spørgeskemaundersøgelse dokumenterer effekten af metoden og præsenteres sidst i artiklen.

Kompetenceudvikling i kommunikation

En spørgeskemaundersøgelse blandt sygeplejerskerne i Gynækologisk Klinik på Juliane Marie Centret, Rigshospitalet, i 2008 viste et fælles ønske om at udvikle sig i forhold til anerkendende kommunikation og korttidskontakt med patienter og pårørende. Endvidere ønskede man at få flere redskaber til at tackle den svære samtale med alvorligt syge og kriseramte patienter (se

” Alle sygeplejersker medbragte en case om mindre god kommunikation.

boks 1 side 67). Ledelsen satte derfor et kompetenceudviklingsforløb i gang, hvor konstruktiv kommunikation og evnen til at give og modtage konstruktiv feedback var omdrejningspunktet.

Undervisning over tre moduler

Der blev etableret et undervisningstilbud i tre moduler for afdelingens 60 sygeplejersker i 1) Feedback, 2) Kommunikative færdigheder og 3) Korttidskommunikation og den svære samtale. Målet med undervisningen var, at sygeplejerskerne efter endt undervisning og træning skulle være bedre rustede til:

- at opstille alternativer og agere fleksibelt i forhold til egen nuværende kommunikationspraksis (ændret handle- og forandringskompetence)
- at vurdere hvorfor, hvornår og hvordan den enkelte patient er i stand til at modtage, forstå og anvende information og vejledning (ændret forandringskompetence og relationel kompetence).

Undervisningen bestod af teoretiske oplæg, cases, eksempler og øvelser over tre moduler, hvor deltagerne afprøvede teknikkerne i praksis. På første modul var der fokus på at træne feedback, som inviterer til dialog frem for forsvar (3). På andet modul var kommunikative færdigheder ud fra en sprogpsykologisk tilgang i centrum (4). Det tredje og sidste modul handlede om korttids-

kommunikation og den svære samtale, hvor ISBAR-metoden bl.a. blev gennemgået (6) (se boks 2 side 67).

Alle sygeplejersker medbragte en case om mindre god kommunikation. Denne blev sat i relation til de teoretiske oplæg om den svære samtale og reaktioner i krisekommunikation.

Fokusuge som læringsrum

For at sikre at sygeplejerskerne efterfølgende kunne arbejde med at integrere deres nye viden og få konstruktiv feedback, der i sidste ende også kunne føre til bedre samarbejde, valgte vi at lave en fokusuge på hver af de to afdelinger.

Fokusugen som metode er inspireret af teorier om erfaringsbaseret læring (7), hvor læring ses som en dialektisk proces mellem konkrete erfaringer, nye observationer og refleksion, der fører til individuel ny læring. I nogle tilfælde også til ændrede retningslinjer for fremtidige handlinger og adfærd. Metoden er også inspireret af social læringsteori, hvor læring ses som en del af det sociale samspil med vægt på mellem menneskelige relationer og kognitive processer. Observation kan her blive en kilde til læring (8,9).

Fokusugen i praksis

Fokusugen bestod af en fastlagt uge i efteråret 2009 på hver af de to afdelinger, hvor alle sygeplejersker i vagt skulle arbejde med kommunikation ud fra teorier og værktøjer fra undervisningen.

På det ene afsnit ønskede man, at sygeplejerskerne skulle få et individuelt udbytte i forhold til at styrke personlige kommunikationsevner. På det andet afsnit var målet at skabe fælles fodslag blandt sygeplejerskerne omkring forskellige patientsituationer.

Der var gået ni måneder, siden det første hold havde været på kursus. Vi forsøgte derfor at skærpe sygeplejerskernes hukommelse ved at hænge plancher op med gode råd om kommunikation og den svære samtale i begge afsnit. Plancherne opsummerede f.eks.:

- typer af åbne spørgsmål
- lytteteknikker
- hvordan man spørger ind til forforståelsen
- nøgleordsteknikken
- de 10 gode råd om den svære samtale for sygeplejersker.

Alle fik endvidere udleveret laminerede lommekort med samme råd og værktøjer.

Fælles fodslag via makkerpar

På afsnit 5032, hvor ønsket var at skabe fælles fodslag i kommunikationen med patienterne, blev sygeplejerskerne inddelt i

Boks 1. Gynækologisk klinik

I Gynækologisk klinik på Rigshospitalet er ansat 60 sygeplejersker, herunder sygeplejeledere, koordinatore og sygeplejevejledere. Sygeplejerskerne er ansat i to afsnit under hver sin afdelingssygeplejerske og en fælles oversygeplejerske. Personalegrupperne arbejder med forskellige patientforløb og modtager årligt ca. 12.000 patienter.

Boks 2. ISBAR-metoden

ISBAR er en metode til sikker mundtlig kommunikation om patienter og borgere, udarbejdet af Dansk Selskab for Patientsikkerhed:

- I – *Identificér* dig selv og patienten
- S – *Beskriv situationen*
- B – *Beskriv baggrunden* kort
- A – *Giv din analyse* af situationen
- R – *Giv eller få et råd* om problemet.

makkerpar, hvor den ene skulle agere som observatør. Observatørens opgave var at observere kommunikationen mellem sygeplejerske og patient. Sygeplejerskerne havde på forhånd udpeget følgende situationer, som de gerne ville have fokus på inden for kommunikation:

- den ambulante patient
- den akutte patient
- overdragelse af akut patient til indlæggelse.

Efter samtalen med patienten brugte makkerparret 5-10 minutter til feedback og refleksion over situationen. Ønsket var at styrke sygeplejerskernes bevidsthed om, hvorfor man gør, som man gør (9,10). På den måde vil faste vaner kunne forhindres i at fortsætte ureflekteret (11).

Dagen blev afrundet med et opsamlingsmøde, hvor alle pointer og iagttagelser blev noteret på plancher og diskuteret. Både i forhold til sygeplejemæssige problemstillinger og kommunikation i de forskellige patientsituationer. Opsamlingen viste, at sygeplejerskerne havde haft glæde af følgende metoder fra undervisningen:

- italesætte rammer for samtale og besøg
- huske at afklare patientens forforståelse
- øve sig i at stille åbne spørgsmål
- afklare den pårørendes rolle
- huske at opsummere det sagte
- være opmærksom på egen tilstedeværelse på stuen i form af nærvær og kropssprog.

Makkerparrene arbejdede resten af ugen med udvalgte problemstillinger ved, at der blev hængt plancher op, hvor alle sygeplejerskerne kunne skrive kommentarer og erfaringer. Både forslag, noter og gode sætninger blev noteret i ugen.

Individuel udvikling gennem makkerpar

På afsnit 5031 satsede man på den individuelle træning og efterfølgende videndeling i plenum med erfaringsudveksling. Sygeplejerskerne blev på samme måde inddelt i makkerpar, men fik udleveret et specifikt refleksions- og notatark for forskellige patientsituationer (forundersøgelse, indlæggelsessamtale, planlagte samtaler på stuen, udskrivningssamtale). Her skulle de

notere refleksioner og konstruktiv feedback samt gode sætninger fra samtalen med patienten. Igen for at sikre videndeling og refleksion over egne vaner

Refleksionsarkene var lavet ud fra teorier om erfaringsbaseret læring og satte fokus på det, der gik godt, og det, man ville gøre anderledes eller mere ud af i en anden eller lignende situation (7). Hver dag var der et kort møde om erfaringer og læringspointer i forhold til kommunikation med deltagelse af en kommunikationsrådgiver.

Læring og konklusion

Begge fokusugeforløb var en succes. På det ene afsnit fik man defineret de områder, man ville arbejde videre med. På det andet afsnit fik man et sæt af konkrete redskaber og huskeråd for kommunikation i de forskellige situationer, som blev hængt op som poster på afsnittet. Nyansatte og studerende i afdelingen kan via denne poster få et indblik i kommunikationsmønstre og de værdier, man sætter højt i kommunikation med patienterne.

En efterfølgende elektronisk spørgeskemaundersøgelse, hvor 34 sygeplejersker deltog, viste, at 91 pct. af disse vurderede, at deres nye viden om kommunikation og feedback er brugbar i dagligdagen på afdelingen. Og til spørgsmålet "Har du ændret en

” Fokusugen som metode er inspireret af teorier om erfaringsbaseret læring.

eller flere vaner i forhold til at kommunikere med dine patienter?" var svarene: I høj grad: 13 pct. I nogen grad: 52 pct. I mindre grad: 33 pct. Kun 2 pct. svarer slet ikke.

Sygeplejerskerne beskriver i spørgeskemaet selv ændringerne på følgende måde: "Bruger flere åbne spørgsmål", "forsøger at anvende hv-ord", "er blevet bedre til at starte med at tage udgangspunkt i patienten", "spørger ind til patientens forforståelse og bruger flere åbne spørgsmål og "min nye viden om kommunikation hjælper til at bevare roen i situationer, hvor patienter er frustrerede eller på anden måde udfordrende i kommunikationsøjemed."

I forhold til feedback blev sygeplejerskerne spurgt, om de in-

- den for den sidste måned har givet konstruktiv feedback til en kollega? Kun 6 pct. svarede "slet ikke".

Til gengæld ser det ud til, at der er forskel på, hvad man selv og andre mener er konstruktiv feedback: Til spørgsmålet "har du i løbet af den sidste måned modtaget konstruktiv feedback fra en kollega?" svarer kun 45 pct., at de har modtaget dette flere gange eller mindst én gang. Over 58 pct. mener, at samarbejdet er blevet bedre på egen afdeling, og hele 67 pct. mener, at kompetenceudviklingsprogrammet har haft stor betydning for egen arbejdsglæde.

I relation til den svære samtale, der var omdrejningspunkt for både modul 1 med teknikker og modul 2 med cases, svarer 76 pct. af sygeplejerskerne, at deres kompetencer er øgede, og de føler sig bedre rustede end før til den svære samtale med patienterne.

” Det var meget lærerigt både at se, hvordan andre gør, og få feedback på en konkret situation, så begge parter lærer noget om kommunikation i praksis.

Godt med en kollega på sidelinjen

Samlet viser evalueringen, at målet med undervisning og fokusugen er nået, og spørgeskemaundersøgelsen viser, at over halvdelen af sygeplejerskerne ønsker at gentage fokusugen og ønsker flere planlagte makkerpar i dagligdagen. Det at have en kollega med på sidelinjen skræmte i starten nogle af sygeplejerskerne, men med lidt overtalelse gik de med til at afprøve det, og ingen fortrød. Flere nævner i spørgeskemaet, at de ønsker at gentage makkerpar-feedback-modellen, og at det var meget lærerigt både at se, hvordan andre gør, og få feedback på en konkret situation, så begge parter lærer noget om kommunikation i praksis.

Fokusugen giver mulighed for at træne feedback, kommunikation og individuel udvikling på én og samme tid, når tilbuddet tilrettelægges på en måde, så alle deltagere får det udbytte, de har mest interesse i. Vi har opnået et generelt løft i læringsniveauet på relativt kort tid, hvilket ikke kunne nås ved traditionel kursusplanlægning rettet mod få sygeplejersker. En forudsætning for, at det er lykkedes, har været engagement og detaljeret planlægning i et tæt samarbejde mellem projektets tovholdere og afdelingssygeplejerskerne. Vi arbejder i øjeblikket på at gentage projektet med endnu en fokusuge på begge afsnit i efteråret 2010. Denne gang tværfagligt og med en før- og eftermåling.

*Linda Svenstrup Munk er ansat som kommunikationsrådgiver; lsm@rh.regionh.dk
Susan Munch Simonsen er ansat som*

kursusleder for Gynækologisk/obstetrisk efteruddannelse, og Charlotte Strømberg er oversygeplejerske. Alle tre er ansat ved Gynækologisk Klinik, Juliane Marie Centret, Rigshospitalet.

Litteratur

1. Heaven C, Clegg J, Maguire P. Transfer of communication skills training from workshop to workplace: The impact of clinical supervision. *Patient Education and Counseling* 2006;60(3):313-25.
2. Schofield NG, Green C, Creed F. Communication skills of health-care professionals working in oncology – Can they be improved? *European Journal of Oncology Nursing* 2008;12(1):4-13.
3. Haslebo G. Relationer i organisationer: en verden til forskel. 1. udgave ed. [Kbh.]: Dansk psykologisk Forlag; 2004.
4. Munk LS, Risager K, Wille NE. Den sproglige verden: sprogsociologi, sprogpsykologi, sprogfilosofi. 1. udgave ed. Århus: Systime; 2008.
5. White M. Narrativ teori. 1. udgave ed. Kbh.: Hans Reitzel; 2006.
6. Marshall S, Harrison J, Flanagan B. The teaching of a structured tool improves the clarity and content of interprofessional clinical communication. *Quality & Safety in Health Care* 2009 Apr;18(2):137-40.
7. Kolb DA. *Experiential learning: experience as the source of learning and development.* Englewood Cliffs NJ.: Prentice-Hall; 1984.
8. Bandura A. *Social learning theory.* Englewood Cliffs NJ.: Prentice-Hall; 1977.
9. Lave J, Wenger E. *Situeret læring – og andre tekster.* Kbh.: Hans Reitzel; 2003.
10. Illeris K. *Tekster om læring.* 1. udgave ed. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag; 2000.
11. RUML, Wackerhausen S. *Refleksion i praksis.* Nr. 1, 2008: Erfaringsrum, handlingsbåren kundskab og refleksion. 2008.

English Abstract

Munk LS, Simonsen SM, Strømberg C. Learn to communicate while you work. *Sygeplejersken* 2010;(20):66-8.

The article presents a focus week as a method of competency development in communication and feedback. The method was developed in connection with a competency-development program for nurses in the Gynaecological Clinic at Rigshospitalet, and has received highly positive evaluation by both the ward and the participants. In the focus week, nurses focus on communication and feedback throughout the ward over a one-week period. The nurses are allocated teams, visit patients together, and give direct feedback on the communication process after the patient contact. A "reflection" sheet guides feedback in the direction in which the ward has chosen to focus.

Key words: Competency development, communication, training, communicative competencies, feedback.



Se alle stillinger: www.dsr.dk/job

Praktiske oplysninger til annoncører

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

Nr. 21 - 2010 26. november 2010	Nr. 1 - 2011 28. december 2010	Nr. 2 - 2011 14. januar 2011	Nr. 3 - 2011 28. januar 2011
---	--	--	--

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

Rådgivning og vejledning vedr. opsætning af annoncer

Dansk Mediaforsyning ApS • Klamsagervej 25, 1. • 8230 Åbyhøj
Tlf. 7022 4088 • Fax 7022 4077 • e-mail: dsrjob@dmfnet.dk • Internet: www.dmfnet.dk
Her kan du også rekvirere medieinformation.

Indleveringsfrister for STILLINGSANNONCER til de kommende numre

Nr. 21 - 2010 1. december 2010	Nr. 1 - 2011 5. januar 2011	Nr. 2 - 2011 19. januar 2011	Nr. 3 - 2011 2. februar 2011
--	---------------------------------------	--	--

Sidste frist for indlevering af materiale er kl. 10 hos Dansk Mediaforsyning ApS

Udgivelsesdatoer

Nr. 21 - 2010 10. december 2010	Nr. 1 - 2011 14. januar 2011	Nr. 2 - 2011 28. januar 2011	Nr. 3 - 2011 11. februar 2011
---	--	--	---



Før du søger nyt job

Nyt job - brug alle muligheder

Når du indgår en ny ansættelseskontrakt er en lang række vilkår på forhånd defineret af lovgivning, overenskomster og andre aftaler. Men yderligere vilkår kan aftales mellem dig og din arbejdsgiver ved ansættelsen. Det kan f.eks. være om:

- løn
- tillæg
- uddannelse
- kompetenceudvikling

Det er vigtigt, at du ikke siger op, før du har fået en ansættelseskontrakt udleveret. Er der tale om en nyoprettet stilling eller en ny funktion, er det ekstra vigtigt, at du sikrer dig, at der er indgået en aftale med Dansk Sygeplejeråd om den løn, du skal have, før du accepterer og tiltræder stillingen.

Ved ansættelse i regioner og kommuner

Du vil blive ansat efter de gældende overenskomster samt eventuelle lokale aftaler. Du kan læse mere i "Løn - og ansættelsesvejledning for det regionale/kommunale område" på www.dsr.dk/Arbejdsvilkår/Løn.

Det er tillidsrepræsentanten eller den lokale kreds, som dækker arbejdspladsen, der forhandler vilkårene for dig, og vi anbefaler dig at tage kontakt, inden du går til ansættelsessamtale.

Ansættelse i staten

Du vil blive ansat efter gældende organisationsaftaler samt eventuelle lokale aftaler. Du kan læse mere i "Løn - og ansættelsesvejledning for staten" på www.dsr.dk/Arbejdsvilkår/Løn. Det er tillidsrepræsentanten eller Dansk Sygeplejeråd centralt, der forhandler vilkårene for dig, og vi anbefaler dig at tage kontakt, inden du går til ansættelsessamtale.

Privat ansættelse

Dansk Sygeplejeråd har indgået overenskomst med en lang række private arbejdsgivere - vikarbureauer, lægekonsultationer, speciallægeklinikker, hospitaler, firmaer, mv. Men det er ikke alle, der er dækket af en overenskomst.

På www.dsr.dk/Arbejdsvilkår/Overenskomster/Private kan du se alle de overenskomster, Dansk Sygeplejeråd har indgået med private arbejdsgivere. Kontakt den lokale kreds som dækker arbejdspladsen, hvis du har brug for gode råd og vejledning inden du går til samtale.

Hvis Dansk Sygeplejeråd ikke har indgået overenskomst med den private arbejdsgiver, skal alle vilkår være aftalt i kontrakten, herunder:

- løn
- pension
- feriefri dage
- løn under barsel, omsorgsdage, barns sygedage, mv.

Hvis du vil have gode råd og vejledning om stillingen, er du velkommen til at kontakte Dansk Sygeplejeråd centralt.

Pas på

Der findes en række virksomheder, som Dansk Sygeplejeråd forgæves har forsøgt at indgå overenskomst med. Vær derfor opmærksom på, at i henhold til De Kollegiale Vedtægters §3, stk. 2 fraråder Dansk Sygeplejeråd vores medlemmer at tage ansættelse på disse virksomheder uden først at kontakte Dansk Sygeplejeråd centralt og søge vejledning på tlf. 4695 4063.

Se liste over virksomheder, hvor Dansk Sygeplejeråd fraråder at tage ansættelse, på www.dsr.dk/Arbejdsvilkår/Overenskomst/Private.

Ansættelse i udlandet

Der er mange muligheder for at få ansættelse som sygeplejerske i udlandet, og her er der flere forhold, du skal være opmærksom på. I pjecen "Job i udlandet" finder du praktiske oplysninger i forbindelse med en ansættelse i udlandet. Du kan downloade pjecen på [www.dsr.dk/Udgivelser/Pjecer/Job i udlandet](http://www.dsr.dk/Udgivelser/Pjecer/Job_i_udlandet).

Desuden er det en god idé, inden du rejser ud at kontakte Danske Sundhedsorganisationers Arbejdsløshedskasse (DSA), tlf. 3315 1066, og Pensionskassernes Administration (PKA), tlf. 3945 4540, for at få nærmere informationer om forsikring og pension i forbindelse med ansættelse i udlandet.

Dansk Sygeplejeråd



Region Hovedstaden Vagtcentralen, Herlev

Sygeplejersker/ paramedicinere til 1-1-2 opkald

Til Region Hovedstadens døgnbemandede vagtcentral i Herlev søges ca. 35 nye sundhedsfaglige medarbejdere med forventet ansættelse pr. 1. januar, 1. februar eller 1. marts 2011.

Fra 1. april overtager regionens vagtcentral den sundhedsfaglige visitation og hastegrads vurdering af henvendelser fra borgere via 1-1-2 alarmcentralen.

Ved ansættelse på vagtcentralen vil dine opgaver være:

- Telefonkontakt med borgere, der har ringet 1-1-2 pga. sygdom eller tilskadekomst med henblik på
 - Hastegradsvurdering, af opgaven
 - Vejledning af borgerne i førstehjælp o.l.

- Kontakt med bestillere i sundhedsvæsnet præhospitalt, hospitalsafdelinger, praktiserende læger, vagtlæger og andre sundhedsprofessionelle angående hastegradsvurdering af akutte og planlagte ambulancekørsler og liggende sygetransporter.

De sundhedsfaglige vurderinger træffes med udgangspunkt i Dansk Indeks for akut hjælp.

Vi lægger vægt på, at du har bred sygeplejefaglig baggrund, gerne erfaring fra arbejde på skadestuer, akut modtagelser, eventuelt intensiv og anæstesi. Du kan også være uddannet paramediciner.

Du skal være god til at samarbejde. Du skal kunne lytte og bevare overblikket samt træffe beslutninger i pressede situationer. Du skal have lyst til, og talent for at tale med mennesker, der er syge eller tilskadekomne, og kunne vurdere hvilken hjælp de har brug for. Du skal have mod på at gå ind i en nystartet funktion, hvor opgaverne fortsat er under udvikling.

Der vil være introduktionsprogram på ca. 6 uger.

Vi søger medarbejdere der er indstillet på at arbejde i en døgnbemandet funktion med mange vagter.

Vi afholder informations møder for interesserede ansøgere den 2. december 2010, kl. 15 og 17.

Tilmelding til informationsmødet kan ske via Anni Kanstrup på tlf. 38 69 88 95, eller mail: anni.kanstrup@regionh.dk

Yderligere informationer om stillingerne hos sundhedsfaglig leder Mette Ørtoft på tlf. 51 64 97 14 eller mail: meor@regionh.dk

Som medarbejder på vagtcentralen kommer du til at præge den fortløbende udvikling af vagtcentralens funktion.

Vi arbejder tæt i tværfaglige teams med tekniske disponenter. Ligeledes er vi i tæt kontakt med ambulancepersonale, akutlæger og paramedicinere.

Vi er alle meget engagerede i at få vagtcentralen til at fungere med høj faglighed og kvalitet.

Samtaler afholdes uge 50.

Ansøgningsfrist d. 6. december kl. 12.00 på mail: mailto:anni.kanstrup@regionh.dk

Løn i henhold til gældende overenskomst.

REGION



Oversygeplejerske til Medicinsk Afdeling M

Er du en kloning af en sygeplejefaglig leder, en proceskonsulent og en økonomisk beslutningstager samt et fokuseret og rummeligt menneske, der kan skelne væsentligt fra uvæsentligt og handle konstruktiv derefter?

Læs hele stillingsopslaget på job.regionsyddanmark.dk, jobnr. 048001.

Få flere oplysninger hos
direktør Peder Jest 6541 3400 eller
ledende overlæge Mette Hallas 6320 2218

Ansøgningsfrist: 24. november.

OUH
Svendborg Sygehus

Valdemarsgade 52 · 5700 Svendborg



Dansk Sygeplejeråd Kreds Hovedstaden søger **Faglig Konsulent** til ledig stilling

Vi er en organisation, der har fokus på udvikling og forandring. Vores politiske indsatsområder er medlemsfokus, fagidentitet samt løn og ansættelsesmæssige vilkår.

Vi har en ledig stilling som faglig konsulent i Team Hospital, Psykiatri og Stat.

Kreds Hovedstaden er den største af Dansk Sygeplejeråds kredse og dækker hele Region Hovedstaden. Kredsen har ca. 21.000 medlemmer og adresse i Frederiksborggade 15, 4. sal, 1360 København K.

Stillingen har tre kerneområder

- Rådgivning, vejledning og konkret sagsbehandling for vores medlemmer
- Udvikling og understøttelse af vores tillidsvalgte
- Samarbejde med og understøttelse af vores politiske formandskab om udvikling af politiske strategiområder

Stillingen kræver:

- At du er vant til at arbejde selvstændigt
- At du kan skabe relationer med professionelt nærvær
- At du har forhandlingserfaring
- At du har viden om aftale og overenskomststof

Vi forudsætter, at du har erfaring med tilsvarende opgaver og har relevant uddannelsesmæssig baggrund. Det er en fordel, hvis du har kendskab til sundhedsområdet.

Løn og ansættelsesvilkår jf. gældende overenskomst for Faglige sekretærer og Faglige konsulenter, DSR. Ansættelse fra 1. februar 2011 eller snarest mulig. Læs mere om stillingen, om os og om kontaktmuligheder på www.dsr.dk/hovedstaden

Ansøgningsfrist: den 1. december 2010.

Ansøgningen sendes til pr. mail til teamleder Iben Frödin (ibenfrodin@dsr.dk). Vi forventer at holde ansættelsesamtaler i uge 49 (første samtale) og uge 50 (anden samtale).

Dansk Sygeplejeråd



Hälsoakademin söker

PROFESSOR i vårdvetenskap med inriktning ARBETSTERAPI

Ref nr CFP 202-86/2010

PROFESSOR i vårdvetenskap med inriktning OMVÅRDNAD

Ref nr CFP 202-87/2010

Ansökan för båda anställningarna ska vara oss tillhanda senast 2010-12-15

Fullständiga annonser finner du på www.oru.se/ledigajobb

Netannoncer

Gå ind på www.dsr.dk/jobsogning
Indtast Quick-nummeret, så kommer du direkte ind til netannoncen, hvor du kan læse meget mere om stillingen.

Netannoncer kan læses og indtastes hele døgnet.

Quicknr. **Region Hovedstaden**
33844 Furesø Kommune
Sundhedsplejerske
Ansøgningsfrist: 21. november 2010

Quicknr. **Region Hovedstaden**
33831 Læge Ann-Birgitte L. Gregersen, København
Praksissygeplejerske
Ansøgningsfrist: 24. november 2010

Quicknr. **Region Sjælland**
33845 Slagelse Kommune
Misbrugscentret i Slagelse søger sygeplejerske
Ansøgningsfrist: 23. november 2010


Quicknr. **Region Sjælland**
33836 Greve Kommune
Primær sygeplejerske til plejehjem
Ansøgningsfrist: 22. november 2010

Quicknr. **Region Syddanmark**
33842 KL's Konsulentvirksomhed KLK
Ældrechef Nyborg Kommune
Ansøgningsfrist: 25. november 2010



Quicknr. **Region Midtjylland**
33834 Lægerne Hinneruplund
Praksissygeplejerske i Hinnerup
Ansøgningsfrist: 1. december 2010

Quicknr. **Region Midtjylland**
33849 Aleris Privathospital, Herning
Operationssygeplejerske
Ansøgningsfrist: 14. december 2010

Quicknr. **Smith & Nephew A/S**
33822 
Produktspecialist inden for ortopædi
Ansøgningsfrist: 31. december 2010

DSR Meddelelse

Julehygge på kredskontoret i Nordjylland

Igen i år slår vi dørene op for julehygge på kredskontoret. I år bliver det 8. december kl. 15 - 18. Medlemmer og deres familie er velkomne. Sæt tiden af i jeres kalender til en hyggelig pause - med gløgg, æbleskiver og godter. Juletræet vil være pyntet og julemanden kigger garanteret også forbi. Der er ingen tilmelding - bare mød op.

DSR Kredsmøde

Kreds Hovedstaden

Seniorsygeplejerskerne i Kreds Hovedstaden, Nord

Vi holder vores julemøde. Medbring en pakke til ca. 25 kr. Tilmelding inden den 26.11.2010 på tlf. 7021 1662 eller mail.

Tid og sted:
7. dec. 2010 kl. 12:00 - 16:00
Rådhusstrædet 29,
3400 Hillerød

Arrangør:
Seniorsygeplejerskerne i Kreds Hovedstaden, Nord
Tilmelding:
primaerhovedstaden@dsr.dk
Pris:
Kr. 175 for mad og drikkevarer

Julehygge for seniorsygeplejersker Kreds Hovedstaden Central

Vi mødes i Klerkesalen, på det gamle Sct. Joseph. Vi får en fin buffet fra Allehaande Køkken, og Jette Thomsen spiller og synger for - og med os. Tilmelding: rpm@meyer.dk eller Dora på tlf. 3871 4140 senest d. 3.12.10.

Tid og sted:
9. dec. 2010 kl. 11:30 - 14:30
Klerkesalen,
Griffenfeldsgade 44,
2200 København N
Arrangør:
Seniorsygeplejersker Kreds Hovedstaden central
Pris:
Kr. 180

Kreds Midtjylland

Seniorsammenslutningen Kreds Midtjylland Viborg/Skive afd.

Seniorsammenslutningen Viborg/Skive afholder julefrokost m. kaffe/the og mandelgaver.

Der bliver trukket lod om gaver på indgangsbilletten.

Tid og sted:
6. dec. 2010 kl. 12:00 - 16:00
Dalsgaard Antik, Cafeteriet,
Stårupvej 29, Dommerby,
7840 Højslev

Arrangør:
Kontaktudvalget Viborg/Skive
Pris:

Kr. 130 i alt ekskl. drikkevarer
Yderligere info:
Sidste tilmelding den 29. november 2010 til Annelise Møller på 9752 9080 eller til Edna Mølgaard på 8660 2261

Kreds Syddanmark

Seniorsammenslutningen på Fyn

Så har vi snart jul igen, og i den anledning inviteres til julefrokost. Medbring en lille gave til kr. 25. Tilmelding til kredskontoret senest den 26. november kl. 13.00 på mail eller tlf. nr. 7021 1668.

Tid og sted:
2. dec. 2010 kl. 12:00 - 16:00
Radisson SAS hotel,
Claus Bergsgade 7, Odense

Arrangør:
Kontaktudvalget, Seniorsammenslutningen på Fyn
Tilmelding:
syddanmark@dsr.dk

Pris:
Kr. 150 for mad, kaffe/te ekskl. drikkevarer
Yderligere info:
Parkering: Gratis p-billet fås i receptionen.

Seniorer med ledsager i Sønderborg, Aabenraa, Haderslev m.v.

Inviteres til julefrokost med musikalsk underholdning. Medbring en pakke til ca. 25 kr. Tilmelding på tlf. 2042 4827 / kirstenvigen@tdcadsl.dk eller tlf. 3013 8852 / ds-graversen@mail.dk Hjertelig velkommen!

Tid og sted:

2. dec. 2010 kl. 12:00 - 16:30
Stubbæk Forsamlingshus,
Dybkærvej 2, Stubbæk,
6200 Aabenraa

Arrangør:

Kontaktudvalget i det sydligste DK

Pris:

Kr. 100 + drikkevarer

Yderligere info:

Tilmelding senest 26. november

Kreds Nordjylland

Seniorsammenslutningen i Holstebro afholder julearrangement

Kontaktudvalget inviterer igen i år til hyggeligt julearrangement, med sang, musik, julehistorie og godt samvær. VIA's kantine leverer gløgg, æbleskiver, kaffe/te m. småkager.

Vi mødes i forhallen på VIA kl. 14.00.

Tid og sted:

2. dec. 2010 kl. 14:00 - 16:30.
VIA University College campus Holstebro, Gl. Struervej 1, 7500 Holstebro

Arrangør:

Kontaktudvalget for Seniorsammenslutningen i Holstebro og omegn

Tilmelding:

Pr. tlf.: Birthe M. Larsen 9785 2715 - Gurli B. Larsen 9732 0272 - Kirsten Sanggaard 9741 4345

Yderligere info:

Tilmelding senest fredag d. 26. november

Seniorsammenslutningen i Kreds Nordjylland

Julefrokost afholdes i "Gæstesalen" v/Papegøjehaven. Tilmelding til Espersen på tlf.: 9814 5218 / Rasmussen tlf.: 9814 10 55 Sidste tilmeldingsfrist er den 30.11.2010.

Tid og sted:

7. dec. 2010 kl. 11:00 - 16:00
Papegøjehaven v/Aalborg Kongres & Kultur Center, Europaplads, Aalborg

Arrangør:

Kontaktudvalget / Seniorsammenslutningen

Pris:

Kr. 175 - drikkevarer for egen regning



BRUG OS, HVIS DU SØGER NYE UDFORDRINGER

DSA er din samarbejdspartner og støtte gennem hele arbejdslivet. Du kan for eksempel bruge os, hvis du savner inspiration til at komme videre med karrieren eller står uden arbejde.

Du bliver rådgivet af sundhedsfagligt uddannede jobkonsulenter, der har forstand på det du laver og kender arbejdsmarkedet inden for dit fag. Derfor er vi perfekt klædt på til at hjælpe dig med at finde den stilling, der passer til dig. Og vi rådgiver også gerne om din ansøgning og cv, så jobbet forhåbentligt bliver dit.

Vil du vide mere om, hvad DSA kan gøre for dig og din jobsituation, så besøg www.dsa.dk. Her kan du også læse mere om vores mange andre tilbud.

DANSKE SUNDHEDSORGANISATIONERS
ARBEJDSLØSHEDSKASSE

TELEFON 33 15 10 66
dsa@dsa.dk



DIN SIKKERHED ALTID

Skilejligheder i Avoriaz

2 lejligheder til 4 personer hhv. 6 personer med balcon udlejes i Avoriaz. Lejlighederne er nyrenoverede og velindrettede og ligger ud til Place Centrale i den gamle del af byen. Bilfri by. Direkte adgang til pisterne til/fra hoveddøren.

Henvendelse
tlf. 2020 0244 /
4013 0774 / 2617 7748.

ITALIEN HOS HANNE

På hyggeligt familiehotel, hvor jeg selv er værtinde i Rimini ved Adriaterhavets skønne sandstrand fra kr. 186/pers. eller nær TOSCANA. 2 naturskønne landhuse med pejsstue, køkken, 3 værelser, 2 badeværelser og lille have. Udlejes hele året fra kr. 3.900/uge.

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

Monaco/Roquebrune

Storslået udsigt over stranden, Middelhavet og Monaco. To værelses lejlighed på den klassiske franske riviera til 4 personer. Lufthavnsbus til Nice og lokalt og til Italien. Maleriske strande og stier langs vandet til Monaco/Cap Martin. Spændende middelalderby med restauranter.
www.rivieraen.dk

FERIE 2011 - skønne Mallorca

Dejlig penthouselejlighed på Mallorca udlejes. Max. 4-6 prs. Privat poolområde. 1500 m til dejlige strande. Tjek www.mallorca-dam.dk for priser, ledige perioder samt billeder af lejligheden og omegn.

Tlf. 2337 5393
E-mail:
adam@mallorca-dam.dk

DANSK SYGEPLEJERÅDS HOVEDBESTYRELSE »»»



Grete Christensen
Formand



Anni Pilgaard
1.-næstformand



Dorte Steenberg
2.-næstformand



**Julie Asp
Vonsild**
Formand for SLS



Irene Hesselberg
Formand for
Lederforeningen

Kredsformænd



Vibeke Westh
Kreds Hovedstaden



Helle Dirksen
Kreds Sjælland



John Christiansen
Kreds Syddanmark



Else Kayser
Kreds Midtjylland



Jytte Wester
Kreds Nordjylland

1.-kreds næstformænd



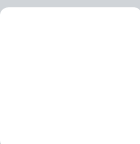
Vibeke Schaltz
Kreds
Hovedstaden



Nils Håkansson
Kreds Sjælland



Linda Rise
Kreds Syddanmark



Anja Laursen
Kreds Midtjylland



**Helle Kjærager
Kanstrup**
Kreds Nordjylland

SYGEPLEJERSKEN

Sankt Annæ Plads 30 • Postboks 1084 • 1008 København K • Tlf. 3315 1555 • redaktionen@dsr.dk • www.sygeplejersken.dk • Tryk: ColorPrint

Redaktion

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

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

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

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

Journalist
Kirsten Bjørnsson
kbj@dsr.dk
Tlf.: 4695 4188

Journalist
Maria Jørvad
mjo@dsr.dk
Tlf.: 4695 4286
(På barsel)

Journalist
Julie Winther Bengtson
jwb@dsr.dk
Tlf.: 4695 4119

Journalist
Søren Palsbo
sp@dsr.dk
Tlf.: 4695 4185

Journalist
Kristian Fristed Eskildsen
kfe@dsr.dk
Tlf.: 4695 4043

Journalist
Britta Søndergaard
bso@dsr.dk
Tlf.: 4695 4261

Journalist
Sara Holt Fischer
shf@dsr.dk
Tlf.: 4695 4042

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

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

Fagredaktør
Evy Ravn
er@dsr.dk
Tlf.: 4695 4256

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

Layout
Anita Raun Brogaard
arb@dsr.dk
Tlf.: 4695 4283
(På barsel)

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

Annoncer

Kontakt
Dansk Mediaforsyning
Tlf.: 7022 4088



Formand
Grete Christensen
Dansk Sygeplejeråds
sekretariat



1.-næstformand
Anni Pilgaard
Dansk Sygeplejeråds
sekretariat



2.-næstformand
Dorte Steenberg
Dansk Sygeplejeråds
sekretariat



**Sygeplejestuderendes
Landssammenslutning**
Formand: Julie Asp Vonsild,
Sankt Annæ Plads 30,
Postboks 1084
1008 København K.
Tlf. 33 15 15 55, lokal 3991
E-mail: sls@dsrdk • www.dsrdk/sls



**Lederforeningen
i Dansk Sygeplejeråd**
Formand: Irene Hesselberg
Sankt Annæ Plads 30
Postboks 1005
1008 København K.
Tlf. 46 95 42 92.
E-mail: lfformand@dsrdk

Dansk Sygeplejeråds sekretariat

Sankt Annæ Plads 30, Postboks 1084 • 1008 København K
Tlf. 33 15 15 55 • Telefax 33 15 24 55
E-mail: dsr@dsrdk • www.dsrdk
Ekspeditionstid (også tlf.):
Mandag-torsdag kl. 10 - 16 • Fredag kl. 10 - 15. Giro 8 001 030



Anne Granborg
Adm. direktør



Kirsten Kenneth Larsen
Direktør

Sygeplejeetisk Råd



Formand:
Grete Bækgaard Thomsen,
Sundhedschef
Sankt Annæ Plads 30,
Postboks 1005,
1008 København K
www.sygeplejeetiskraad.dk

Kreds Hovedstaden



Kredsformand
Vibeke Westh

Hovedtelefonnummer: 7021 1662
Hovedfaxnummer: 7021 1663
Hjemmeside:
www.dsrdk/hovedstaden
E-mail: hovedstaden@dsrdk

Hjemmesiden indeholder individuelle kontaktoplysninger på kredsens medarbejdere og formandskab

Lokalkontor:

Haslevej 50
3700 Rønne
Tlf.: 7021 1662
Fax: 5695 3812
Telefontid:
Man, tirs og tors: 09.00 - 12.00

Kontor

Frederiksborggade 15, 4.
1360 København K

Kredschef

Anne Tovborg

Åbnings- og telefontider:

Man, tirs, tors, fre: 09.00-14.00
Ons: 13.00-16.00

Kreds Sjælland



Kredsformand
Helle Dirksen

Hovedtelefonnummer: 7021 1664
Hovedfaxnummer: 7021 1665
Hjemmeside: www.dsrdk/sjaelland
E-mail: sjælland@dsrdk

Kontor

RingstedCentret
Nørregade 13
4100 Ringsted

Kredschef

Thorkild David Hay

Kontorets åbnings- og telefontider

Telefonåbent:	Fremmøde:
Mandag 09.00 - 14.00	Mandag 08.30 - 15.30
Tirsdag 13.00 - 16.00	Tirsdag 08.30 - 15.30
Onsdag 09.00 - 14.00	Onsdag 08.30 - 15.30
Torsdag 13.00 - 16.00	Torsdag 12.00 - 16.00
Fredag 09.00 - 13.00	Fredag 09.00 - 13.00

Kreds Syddanmark



Kredsformand
John Christiansen

Hovedtelefonnummer: 7021 1668
Hjemmeside: www.dsrdk/syddanmark
E-mail: syddanmark@dsrdk

Kontor

Vejlevej 121, 2.
7000 Fredericia

Kredschef

Jan Villumsen

Telefontider

Kl. 08.30 - 13.00 - mandag, tirsdag,
onsdag og fredag
Kl. 11.00 - 16.00 - torsdag

Kreds Midtjylland



Kredsformand
Else Kayser

Fælles postadresse Hovedtelefonnummer: 4695 4600
DSR, Kreds Midtjylland Hovedfaxnummer: 7021 1667
Marientystvej 14 Hjemmeside: www.dsrdk/midtjylland
8600 Silkeborg E-mail: midtjylland@dsrdk

Lokale kontorer
Fredericiagade 27-29
7500 Holstebro
Åbent efter forudgående aftale.

Mindegade 10
8000 Århus C
Åbent efter forudgående aftale.

Kredschef

Ann Dahy

Telefontider

Mandag-tirsdag 10.00 - 15.00
Onsdag lukket
Torsdag-fredag 10.00 - 15.00

Kreds Nordjylland



Kredsformand
Jytte Wester

Telefon: 4695 4850
Telefax: 9634 1426
Hjemmeside: www.dsrdk/nordjylland
E-mail: nordjylland@dsrdk

Kontor

Sofiendalsvej 3
9200 Aalborg SV

Kredschef

Iben Gravesen

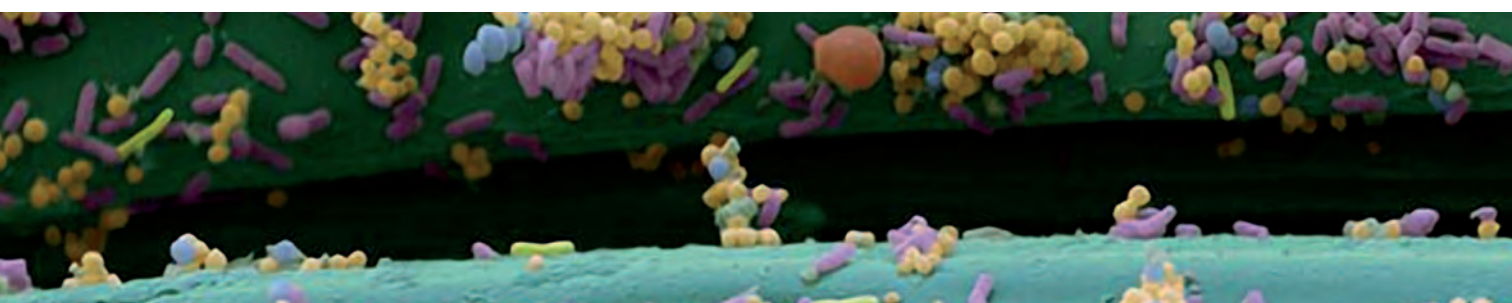
Kontorets åbningstider

Man - ons kl. 09.00 - 15.00
Torsdag kl. 13.00 - 16.00
Fredag kl. 09.00 - 12.00

Sorbact®

Grøn sårbehandling

- ✓ Ingen påvist resistensudvikling
- ✓ Ingen miljøpåvirkning
- ✓ Til alle typer sår
- ✓ Effektivt og økonomisk
- ✓ Veldokumenteret



Elektronmikroskopisk billede af Sorbact's overflade med *Stafylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* og *Candida albicans* bundet til den unikke overflade.

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

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

Fordelene er, at man får en effektiv behandling uden risiko for resistensudvikling og negative miljøkonsekvenser.

Sorbact-serien består af kompres, meche, absorptionsforbinding, gazevisker og kirurgisk forbinding med sårpude - alle i flere forskellige størrelser.

- Binder ved væskende, koloniserede og inficerede sår
- Behandler svampeinfektion i hudfolder
- Beskytter og reducerer risikoen for infektion i "rene" sår

Reference:

Using the principle of hydrophobic interaction to bind and remove wound bacteria.

"A hydrophobic dressing is a non-allergic, non-toxic alternative for reducing the microbial load of open wounds without enhancing nosocomial spread, and can reduce the use of antibiotics. Hydrophobic microorganisms bind to the dressing, preferably in a humid environment, and are removed with it. They multiply to quite a low extent when absorbed in the dressing, and may not produce extracellular toxins and enzymes. Mechanisms of resistance to hydrophobic interaction have not been described."

Journal of Wound Care vol 5; no 4; April 2006

* FUGTIG NYHED!



* Sorbact gel er en kombination af bakterie- og svampebindende egenskaber sammen med hydrogel. Fås nu i to størrelser.

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



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

Salg & distribution:
Mediq Danmark A/S · Tlf. 36379200 · www.mediqdanmark.dk
Abena A/S · Tlf. 74311818 · www.abena.dk
Danpleje OneMed A/S · Tlf. 86109109 · www.danpleje.dk