

**Handel med  
fupmedicin et  
globalt problem**

**Sidste chance  
Husk at stemme  
om OK 11**

# SYGGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING  NR. 6 • 25. MARTS 2011 • 111. ÅRGANG



**Kompetenceudvikling**

## **Robotassistenten er sygeplejerske**

**Udfordringen  
En ny beboer kommer  
sjældent alene**

**Bliv bedre til  
at hjælpe med  
spisning**



## KORT

- 4 Statistikken: Københavnerne kan deres KRAM**  
Sundhedsstyrelsens nyeste opgørelse af danskernes sundhed viser, at Region Hovedstaden klarer sig bedst, når det gælder fornuftige spisevaner, rygning og motion. Til gengæld drikker københavnerne mest.
- 5 Nederlag for den amerikanske fagbevægelse**  
Det vil ikke længere være muligt for fagbevægelsen for offentligt ansatte i staten Wisconsin at forhandle om andet end løn ved kollektive overenskomstforhandlinger.

## TEMA

- 16 Science fiction på operationsstuen**  
Sygeplejerske Jane Petersson fra Aalborg Sygehus har som den første i landet uddannet sig til robotassistent ved kikkertoperationer. En funktion, som tidligere blev varetaget af læger.
- 20 Fremtidens kirurgi i kikkerten**  
En bølge af ny robotteknologi revolutionerer i disse år kirurgien på verdensplan. Patienter og sygehuspersonale er begejstrede, men for hospitalerne kræver det millioninvesteringer.

## BAGGRUND

- 24 Udfordringen: En ny beboer kommer sjældent alene**  
Den kritiske datter, den højtråbende søn, de trætte børn, der forventer, at nu går deres demente mor eller far aldrig mere hjemmefra. Plejecenteret Carolineparken får alle slags pårørende i tale med en opfølgningssamtale tre uger efter indflytningen.
- 28 Handel med fupmedicin et globalt problem**  
Forfalsket medicin, der kan indeholde bremsevæske, skovsværte og rottegift, slår hvert år millioner af mennesker ihjel, især i verdens fattigste lande. Fortjenesten er stor, risikoen lille, og kriminelle bander tjener formuer på handlen.

## NYT FRA DSR - DIN ORGANISATION

- 36 Leder: Dialog frem for konflikt**  
Presset fra pårørende er et godt billede på, at vores fag udspiller sig i et spændingsfelt mellem samfundets krav og forventninger på den ene side og de værdier, vi sygeplejersker selv sætter for faget, på den anden side.
- 38 På patientens præmisser**  
Sygeplejerskerne Gitte Larsen og Vibeke Mortensen udgør sammen med deres 18 kolleger en del af frontlinjen i distriktspsykiatrien i Region Sjælland. Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen var inviteret en tur i klinikken af de to sygeplejersker.
- 43 OK 11: Vigtigt at stemme**  
Du kan stadig nå at stemme ja eller nej til det urafstemningsmateriale om overenskomsten, som du har fået med posten. Dansk Sygeplejeråd skal have brevstemmerne i hænde senest kl. 9.00 den 29. marts. Elektroniske stemmer skal afgives senest den 28. marts kl. 23.59.



# VELKOMMEN

## FAG

### 48 Faglig information

#### 50 Bliv bedre til at hjælpe med spising

Hjælp til at spise handler ikke blot om ernæring, men også om måltidets sanselige og emotionelle aspekter.

#### 54 Prioriteringstrappen giver styr på travlheden

Udvikling og implementering af Prioriteringstrappen er et af flere tiltag, som akutmodtageafdeling, AMA, på OUH har arbejdet med.

#### 58 Udarbejdelse af kliniske retningslinjer - en metode til kompetenceudvikling

Udvikling af kliniske retningslinjer kan øge den samlede kompetence blandt sygeplejersker såvel i sekundær som i primær sektor. Det kræver blot, at der findes kliniske specialister, der igangsætter og styrer tilblivelsen af retningslinjen.

## I HVERT NUMMER

7 Test din viden

8 Studerende i praksis

11 Dilemma

22 Anmeldelser

30 Parentes

26 5 faglige minutter

32 Navne: Mig og mit job

61 Stillingsannoncer

65 Kurser/møder/meddelelser

67 Kontakt

FORSIDEFOTO: LARS HORN

Dette nummer af *Sygeplejersken* når frem til i alt 73.367 modtagere, hovedsagelig medlemmerne af Dansk Sygeplejeråd. Det kan vi dokumentere via en organisation, der hedder Dansk Fagpresse, som blandt mange andre opgaver holder nøje øje med, hvor mange eksemplarer et blad som *Sygeplejersken* bliver distribueret i.

Et analyseinstitut, Index DK/Gallup, har via en anden undersøgelse regnet sig frem til, at hvert nummer af *Sygeplejersken* i gennemsnit læses af lidt flere end to læsere - typisk medlemmernes bo- og ægtefæller. Men også journalister, politikere, beslutningstagere og en hel masse flere mennesker i det ganske land følger med i bladet.

Men hvad mener læserne så om, hvad de præsenteres for i bladet? Det har vores egen analyseafdeling spurgt et udvalg af medlemmerne om. Og på redaktionen kan vi glæde os over, at flere end halvdelen af de adspurgte, 56 pct., siger, at de er tilfredse med bladet, 6 pct. siger, at de er meget tilfredse, og 32 pct. er hverken tilfredse eller utilfredse. Erklæret utilfredse er kun 3 pct.

Sådan en undersøgelse er ikke den endelige sandhed. Når man som testperson f.eks. kun får lejlighed til at forholde sig til et antal på forhånd formulerede svarmuligheder, går bl.a. nuancerne tabt, og derfor løfter redaktionen ikke armene i højstemt sejrstrus over de pæne tal.

Men omvendt fornemmer jeg, at redaktionen ikke er helt forkert på den, når jeg endnu en gang med god samvittighed byder velkommen til endnu et eksemplar af *Sygeplejersken*.

God læselyst.



Redaktionschef  
Henrik Boesen



[www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk)

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



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  
**Julie Winther Bengtson**  
 jwb@dsr.dk  
 Tlf.: 4695 4119

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

Journalist  
**Christina Sommer**  
 cso@dsr.dk  
 Tlf.: 4695 4264

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

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

Tryk  
**ColorPrint**

Annoncer  
**Dansk Mediaforsyning**  
 Klamsagervej 25, 1.  
 8230 Åbyhøj  
 Tlf. 7022 4088  
 Fax 7022 4077  
 E-mail:  
 Stillingsannoncer:  
 dsrjob@dmfnet.dk  
 Forretningsannoncer:  
 dsrtekst@dmfnet.dk

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

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

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

Chefredaktøren er ansvarlig for bladets indhold.

Chefkonsulent  
**Bente Sivertsen**  
 bes@dsr.dk  
 Tlf.: 4695 4016

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

Layouter  
**Anita Brogaard**  
 anb@dsr.dk  
 4695 4283

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

Distribueret oplag  
 1. januar - 30. juni 2010:  
 73.367 ekspl.  
 Medlem af Dansk Fagpresse

Årsabonnement:  
 1.100,00 kr. + moms  
 Løssalg:  
 50,00 kr. + moms  
 Kontakt  
 Dansk Mediaforsyning  
 på dsravn@dmfnet.dk

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

# Københavnerne kan deres KRAM

AF MILLE DREYER-KRAMSHØJ, JOURNALIST

*Sundhedsstyrelsens nyeste opgørelse af danskernes sundhed viser, at Region Hovedstaden klarer sig bedst, når det gælder fornuftige spisevaner, rygning og motion. Til gengæld drikker københavnere mest.*

I marts offentliggjorde Sundhedsstyrelsen tal for befolkningens sundhed med udgangspunkt i ca. 180.000 danskeres oplysninger. De indsamlede data, der bl.a. fortæller om livsstilsvaner og sygdomme, viser, at Region Hovedstadens indbyggere generelt klarer sig bedst, når de skal spise sundt og skodde smøgerne.

Ifølge Sundhedsstyrelsens oplysninger er det kun ca. 19 pct. af regionen, der ryger dagligt, hvorimod naboerne i Region Sjælland topper listen med godt 23 pct. faste rygere.

Københavnerne er også mest villige til at sætte grønt og fisk på bordet. Mens 28 pct. i regionen har skåret ned på mættet fedt og skruet op for sunde fibre, er det kun 18 pct. i Nordjylland, der husker de gode kostvaner.

"Tallene afspejler socialklasseopdelingen i landet. Vi ved, at folk med lavere uddannelse lever mere usundt. Der er langt flere på overførselsindkomster på landet og flere højtuddannede i hovedstadsområdet, og det viser sig i folks sundhedsvaner," fortæller direktør for Statens Institut for Folkesundhed, Morten Grønbæk.

Et helt stort KRAM (kost, rygning, alkohol og motion) er der dog ikke til Østdanmark. Alkoholvanerne i øst er langt dårligere end i resten af landet. Knap 29 pct. af Region Hovedstadens indbyggere overholder ikke Sundhedsstyrelsens råd om højst syv genstande for kvinder om ugen og 14 for mænd, de såkaldte lavrisikogrænser for alkoholindtag.

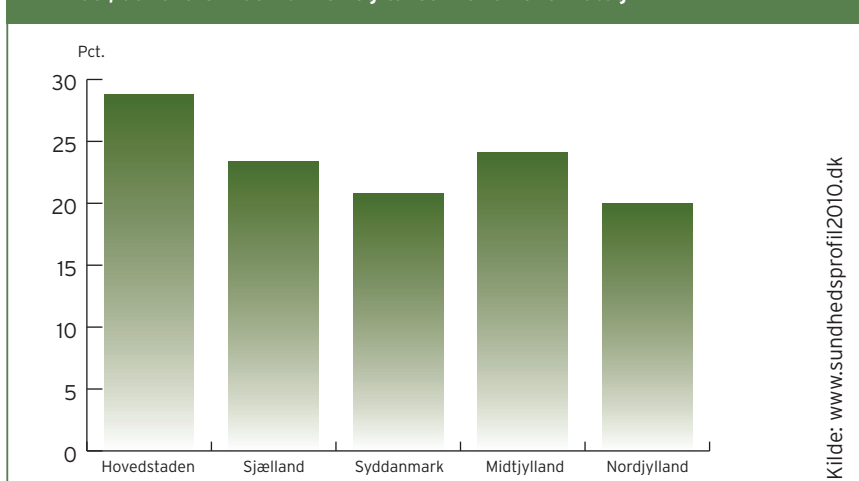
## Moderat forbrug i Nordjylland

I Nordjylland er befolkningen langt bedre til at moderere deres alkoholindtag. Her er det kun 20 pct., der ikke overholder vejledningerne.

"Når det gælder genstandsgrænserne, ser vi et paradoks i folks adfærd. Sundhedsstyrelsen har oplyst om grænserne de sidste 20 år, men alligevel er der stadig mange, der ikke holder sig under dem. Samtidig er der mange højtuddannede, der har et relativt højt forbrug af alkohol. Her er også sociale forskelle, de vender bare den anden vej," siger Morten Grønbæk og oplyser, at det ikke er klarlagt, hvorfor folk ikke overholder grænserne.

"Vi ved, at stort set alle kender alkoholgrænserne, men der er ikke ret mange, der retter sig efter dem. Noget tyder på, at folk ikke helt ved, hvorfor de er sat. De kender lidt til f.eks. skrumpelever, men alle de andre følgesygdomme mangler de viden om. Det skal vi være bedre til at oplyse om," siger han.

Andel, der overskrider lavrisikogrænsen for alkoholindtag





Flere sygehuse bruger operationsrobotter, og de yngre læger har taget teknikken, som minder om computerspil, til sig. Læs artiklerne side 16-21

## Nederlag for den amerikanske fagbevægelse

AF JULIE WINTHER BENGTSON, JOURNALIST

*Det vil ikke længere være muligt for fagbevægelsen for offentligt ansatte i staten Wisconsin at forhandle om andet end løn ved kollektive overenskomstforhandlinger.*

Efter mange ugers demonstrationer måtte borgerne i den amerikanske delstat Wisconsin alligevel erkende, at et lovforslag, der vil fratage fagforeningerne i staten retten til at forhandle alt andet end løn, blev stemt igennem i senatet i Madison den 9. marts 2011 og således er en realitet.

I sidste nummer af *Sygeplejersken* fortalte sygeplejerske Elise Janssen og sygeplejelærer Thomas Doherty fra Madison, at de frygtede for patientsikkerheden og for kvaliteten i uddannelses- og sundhedssystemet, hvis fagforeningerne i staten ikke længere kan forhandle om arbejdsvilkår. Sammen med 100.000 andre borgere har de i flere uger demonstreret mod lovforslaget.

I Dansk Sygeplejeråd er formand Grete Christensen chokeret over udviklingen i USA:

"Der er tale om angreb på helt fundamentale principper og rettigheder. Hvis vi ikke støtter op om vores kolleger i Wisconsin nu, kan det få store konsekvenser ikke bare for sygeplejerskernes arbejdsvilkår, men også for patienterne og sundhedsvæsenet," siger hun.

### Støtteerklæring

Da det stod klart, at lovforslaget var blevet vedtaget, sendte Dansk Sygeplejeråd en officiel støtteerklæring til the National Federation of Nurses i USA. I den udtrykker Grete Christensen sin fulde sympati og støtte til kollegerne i Wisconsin. Formanden for National Federation of Nurses i USA, Barbara Crane, har i et svar til støtteerklæringen skrevet, at: "Det er en sorgens dag for os alle. Der er ikke længere demokratiske tilstande i staten Wisconsin."

Selvom det demokratiske mindretal i senatet havde prøvet at forhindre vedtagelsen ved at forlade staten, lykkedes det alligevel det republikanske flertal at vedtage lovforslaget på trods af en regel, som siger, at der skal være 20 senatorer til stede ved en vedtagelse.

"På 30 minutter ophævede 18 af statens senatorer 50 års civile rettigheder i Wisconsin," lød det umiddelbart efter fra lederen af senatets demokratiske medlemmer, Mark Miller, som samtidig kalder vedtagelsen "respektløs".

Kampen mellem fagbevægelsen og den republikanske guvernør Scott Walker har ansporet til kampe for offentligt ansattes ret til at forhandle kollektive overenskomster i hele USA. I staterne Ohio, Michigan, Iowa og Indiana har der været lignende scenarier, og det forventes, at diskussionen breder sig til flere stater.



Temadag om  
hjernens  
følelsesmæssige  
udvikling med

**Susan Hart**

2. maj 2011  
kl 9.00-16.00

UCSL i Odense

Se mere på  
foreningens  
hjemmeside:

**martemeo.dk**

## PROMUSA

### Professionsrettet musikanvendelse

**PROMUSA** er en deltidsuddannelse for dig, der er interesseret i musik som en vej til kontakt og kommunikation.

**PROMUSA** har fokus på anvendelsen af musik i arbejdet med mennesker, der har særlige behov.

**PROMUSA** udspringer af uddannelsen i Musikterapi.

**Læs mere:**

[www.evu.aau.dk/heltid-paa-deltid/promusa](http://www.evu.aau.dk/heltid-paa-deltid/promusa)

**Skriv til:**

Charlotte Lindvang, musikterapeut og  
koordinator: [chli@hum.aau.dk](mailto:chli@hum.aau.dk)

**Ansøgningsfrist:**

1. maj 2011

**Studiestart:**

1. september 2011



**AALBORG UNIVERSITET**  
KØBENHAVN - BALLERUP

Sekretariat for Efter- og Videreuddannelse  
9940 9420 · [evu@aau.dk](mailto:evu@aau.dk) · [www.evu.aau.dk](http://www.evu.aau.dk)

## KORT

### Kun to sygehuse har helt droppet papirjournalerne

Sygehus Thy-Mors i Region Nordjylland og Regionshospitalet Viborg er de eneste to ud af 31 danske sygehuse, der helt har droppet papirjournaler til fordel for elektroniske patientjournalssystemer, EPJ. Det fremgår af en beretning fra Rigsrevisionen, som avisen Dagens Medicin omtaler. Langt flere sygehuse har EPJ-systemer, men typisk er arbejdsgangen sådan, at patientoplysningerne bliver registreret elektronisk, hvorefter de printes ud og lægges i en papirjournal. Dagens Medicin citerer fra Rigsrevisionens beretning: "Disse arbejdsgange er mindre effektive og udgør en risiko for patientsikkerheden. Jo flere patientoplysninger sygehuse opbevarer i papirform, jo flere unødvendige og u hensigtsmæssige arbejdsgange er der risiko for på sygehuset."

Selvom nogle sygehuse er langt fremme med at anvende EPJ-systemer, kommer flere af dem til at skrotte systemerne i de kommende år, fordi regionerne har besluttet at anvende nogle andre systemer end dem, de enkelte sygehuse har valgt. Det gælder både Sygehus Thy-Mors og Regionshospitalet Viborg. Dagens Medicin har bedt alle regioner svare på, hvordan det går med udrulningen af elektroniske patientjournaler. *Læs regionernes svar på [www.dagensmedicin.dk/epj](http://www.dagensmedicin.dk/epj)* (sbk)

” Der er en nedprioritering af de medicinske patienter på de intensive afdelinger. Vi har jo en behandlingsgaranti, hvilket er godt, men det betyder også, at det er på operationer, at indsatsen sættes ind, fordi ventetiderne skal holdes nede. Og det er på bekostning af de medicinske patienter.

Direktør fra Danske Patienter, Morten Freil i Ekstra Bladet den 16. marts 2011

### Norsk Sykepleierforbund afslører skandale hos anerkendt vikarbureau

Norsk Sykepleierforbund har afsløret bedrag hos Norges største leverandør af vikarierende sygeplejersker. Igennem længere tid har vikarbureauet Adecco systematisk brudt arbejdsmiljølovgivningen og bl.a. snydt deres medarbejdere for overtidsbetaling og ordentlige logiforhold.

”Sygeplejerskerne måtte f.eks. sove i en kælder i noget, der lignede en sovesal, eller i kontorer på afdelingerne. Deres vagter var oftest dobbeltvagter. Selvom Adecco siger, at de ansatte selv har ønsket det, er det klare lovbrud,” siger specialrådgiver i NSF’s kommunikationsafdeling, Berit Berg.

Indtil videre har sagen fået store konsekvenser for Adecco i Norge. Siden afsløringen begyndte i slutningen af februar, er direktøren trådt af efter offentligt at have indrømmet, at han gennem længere tid havde kendskab til problemerne.

Desuden har flere kommuner opsagt deres kontrakter med bureauet, og Adecco overvejer nu, om de helt skal droppe rekruttering til plejehjem.

(mdk)



ARKIVFOTO: ISTOCK

## Sparsom barsel til danske mænd

Sammenlignet med mænd i andre nordiske lande er de danske blandt dem, der holder allermindst barsel. Det viser tal fra Statistisk Årbog, som FTF's nyhedsbrev omtaler. I Danmark tager 7,3 pct. af mændene barselsorlov, i Norge er tallet næsten det dobbelte, mens der er fire gange så mange mænd i Sverige, der tager orloven. På Island gælder det hele 33,9 pct. Kun Finland ligger under Danmark med 6,7 pct. Hvis tendensen skal vendes, skal en del af barslen afsættes konkret til mændene, ifølge professor Nina Smith, Aarhus Universitet.

I Danmark har kvinder som hovedregel ret til fire ugers barsel før fødsel og 14 uger efter. Til sammenligning har mænd kun ret til to ugers orlov inden for de første 14 uger efter fødslen. Reglerne varierer derudover meget i det private, hvor forholdene for mændene i mange tilfælde er langt bedre.

(sbk)

## Ny diplomuddannelse i kultur og sundhed

Musik kan have en positiv indflydelse på humøret, og omvendt kan tungsindet tage over, hvis man opholder sig i et rum med rå vægge, uden vinduer og billeder. Kulturens indvirkning på sundhed er emnet for en ny forskningsbaseret diplomuddannelse, som Haderslev Kommune og UC Syddanmark udbyder fra efteråret. Uddannelsen er rettet mod bl.a. sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter og andre professionelle inden for det sundhedsfaglige område såvel som lærere, pædagoger og socialrådgivere. En af initiativtagerne, sygeplejerske og lektor ved UC Syddanmark, Merete Væрге, påpeger, at forskning på området bl.a. viser, at ballet, billedkunst, sang, dans og musik i det hele taget er med til at gøre folk sunde og give dem livskvalitet.

(cso)

Læs mere på [www.ucsyd.dk](http://www.ucsyd.dk) > skriv "kultur og sundhed" i søgefeltet øverst til højre.

## TEST DIN VIDEN

**Temaet er mundhygiejne, test dig selv eller en kollega.**

Mundpleje er en basal sygeplejeopgave, der ikke prioriteres højt ifølge undersøgelser. Det skyldes bl.a., at det sundhedsfaglige personale mangler viden om midler til pleje og indikatorer for en sund mund. Center for Kliniske Retningslinjer udgav for nylig en ny klinisk retningslinje om mundhygiejne.

**1. Hvor mange forskellige slags bakterier findes der i mundhulen?**

- a. 500.
- b. 300.

**2. Hvad hedder det scoringsredskab, som klinisk retningslinje for mundhygiejne anvender?**

- a. BOHSE.
- b. ROAG.

**3. Forbedret mundhygiejne kan betyde, at dødsfald på plejehjem kan undgås. Det anslås, at det gælder helt op til:**

- a. Hvert tredje dødsfald.
- b. Hvert 10. dødsfald.

**4. En undersøgelse har vist, at der blandt patienter på geriatrisk afdeling var en gruppe, der havde problemer relateret til**

**mundhulen. Det gjaldt:**

- a. 54 pct. af patienterne.
- b. 86 pct. af patienterne.

**5 Hvilket mundplejemiddel reducerer bedst bakterier og forebygger tandkødsbetændelse hos meget svage patienter, når almindelig tandbørstning ikke er mulig?**

- a. Svabs med klorhexidin mundskyl/mundgel.
- b. Mundskyl med fluor.

(sbk)

Svar og forklaringer på testen side 32.



ARKIVFOTO: ISTOCK

Kilde: [www.kliniskeretningslinjer.dk](http://www.kliniskeretningslinjer.dk)

” Vi er inde i en positiv spiral, og det ser ud til, at de unge ikke lader sig skræmme af, at det lige nu er svært at få arbejde som eksempelvis sygeplejerske pga. besparelser i regionerne.

Grunduddannelsesdirektør på professionshøjskolen UCC i København, Henrik Pedersen i Jyllands-Posten den 16. marts 2011

## STUDERENDE I PRAKSIS

### Ansigt til ansigt med egen sårbarhed

AF LISET HOLSE, SYGEPLEJESTUDERENDE PÅ MODUL 13 PÅ PROFESSIONSHØJSKOLEN METROPOL

*Klinik på en børnekardiologisk afdeling fik den studerende til at overveje, om man kan være i sin professionelle rolle samtidig med, at man bliver følelsesmæssigt påvirket.*

JoyceTravelbee beskriver det egentlig så fint: "(...) idet intet menneske kan klare at udsættes for mødet med sygdom og lidelse uden selv at forandres som følge af dette. Sygeplejersker og studerende vil komme til at stå ansigt til ansigt med deres egen sårbarhed på en måde, så det ikke kan ignoreres."

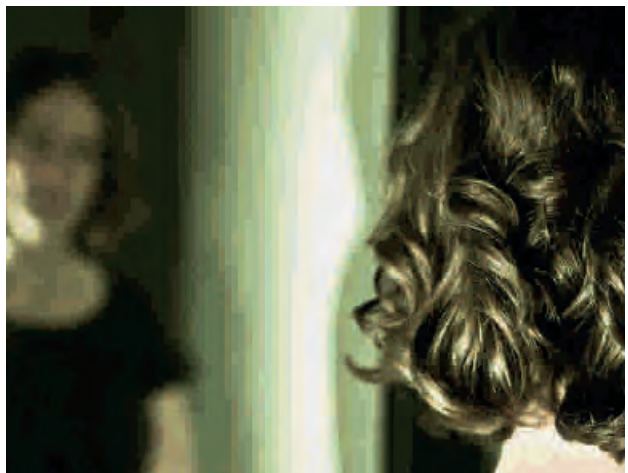
Jeg var så heldig at komme på en børnekardiologisk afdeling i modul 11 og 12. Jeg havde læst op på kardiologien og den pædiatriske sygepleje, og jeg var indstillet på, at der var en risiko for, at jeg ville komme til at stå over for børn, som måske ikke overlevede.

Meget hurtigt fandt jeg ud af, at jeg elskede specialet og arbejdet med de hjertesygge børn og deres forældre. Særlig én familie krøb ind under huden på mig, da det pludselig gik meget skidt med deres barn.

Efter en dagvagt, hvor barnets mor havde grædt meget forud for en operation, kulminerede de foregående måneders observationer, samtaler og hendes bekymrede tårer. Og da jeg forlod hospitalet den eftermiddag, trillede en tåre ned ad min kind. For første gang fandt jeg mig selv påvirket af hendes sorg, smerte og håb for fremtiden, der for hende syntes så uendelig skrøbelig, og jeg græd.

Det var ikke det faktum, at barnet var så dårligt og derfor skulle opereres, eller det at der ikke var nogen garantier for, at det ville gå godt, eller at han ville overleve. Men det var forældrenes samlede situation, der slog mig. Billedet af de to siddende på hver sin side af hans lille glasvugge på intensivafdelingen omgivet af maskiner, slanger og observationsudstyr, med bekymrede ansigter og stille tårer, havde prentet sig på min nethinde. Livets uretfærdighed, meningsløshed og den menneskelige sårbarhed tordnede i det øjeblik sammen med den moderne medicin, lægevidenskaben og min egen forestilling om professionalisme.

Det blev hospitalets kvindelige præst, som lagde øre til mi-



ARKIVFOTO: ISTOCK

ne tanker om det at være professionel og følelsesmæssigt påvirket. Det var også hende, som fik mig til at indse, at jeg på trods af den professionelle rolle stadig er et menneske, og at jeg ikke er upåvirkelig af det, jeg ser og oplever. Jeg syntes, at jeg vidste det på forhånd, men da jeg stod i det, blev jeg alligevel i tvivl om, hvorvidt det var legitimt. Jeg satte spørgsmålstegn ved min egen professionalisme.

Intellektuel forberedelse og sygeplejefaglige kundskaber er en rigtig god ting, hvis man gerne vil være en dygtig sygeplejerske, men man kan ikke altid forberede sig på mødet med livets mørke sider og dem, som står midt i det. Min egen tilgang til at være professionel, og hvad deri ligger, kom til revision, og jeg lærte noget meget værdifuldt. Jeg erkendte over for mig selv, at det at være professionel ikke er det samme som at være upåvirkelig og ufølsom.

*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](mailto:jb@dsr.dk) Den må højst fylde 2.000 tegn uden mellemrum. Du får 500 kr., når din historie bliver bragt i Sygeplejersken.*



# 1st Care

Sygeplejerske på vej til dig

2000 udækkede vikariater indenfor alle områder af sygeplejen i Norge.  
Er du arbejdsledig, eller nyuddannet sygeplejerske?

- God løn.
- Garanteret indtjening
- Forsikret gennem Gjensidige
- Tilskud til bolig & rejse

Vi hjælper med dig med:

- at ansøge om norsk autorisation
- at ansøge om norsk skattekort
- at finde et vikariat som matcher dig
- at få styrket dine kompetencer

KOM  
TIL ÅBENT HUS  
HVER LØRDAG!



1st Care Norge er godkendt af Hinas, som underleverandør til Adecco Helse i Norge. Adecco er 1. leverandør på alle norske universitetssygehuse samt en stor del af plejehjem og hjemmeplejen.



Kontakt sygeplejerske Susanne Nielsen  
**70 22 84 46**  
[www.vikarinorge.dk](http://www.vikarinorge.dk)

Bliv@vikarinorge.dk

## -BILLIGE BØGER... ENKELT OG BILLIGT

- OVER 1200 FORSKELLIGE (FORSENDELSESGBYR 24,00)

[WWW.VEROE.DK](http://WWW.VEROE.DK)

### Priseksempel:

*Basisbog i sygdomslære (Munksgaard)*

Vejl. pris 798,00 kr.

Vores pris ..... **624,00 kr.** Spar 174,00 kr.

### Priseksempel:

*Basisbog i sygepleje (Munksgaard)*

Vejl. pris 548,00 kr.

Vores pris ..... **436,00 kr.** Spar 112,00 kr.

### Priseksempel:

*Farmakologi, medicingivning og sygepleje (Nyt Nordisk forlag)*

Vejl. pris 399,00 kr.

Vores pris ..... **325,00 kr.** Spar 74,00 kr.

### Sygeplejerskeuddannelsen hitter igen i år

Sygeplejerske, fysioterapeut og lærer sætter nye rekorder i ansøgstal, melder professionshøjskole Metropol i Politiken ud fra antallet af kvote 2-ansøgninger ved fristens udløb 15. marts. På trods af fyringer i den offentlige sektor og en høj ledighed for de nyuddannede inden for hele velfærdssektoren, har over 5.000 unge søgt ind via kvote 2. Det er 19 pct. flere end sidste år.

### Svært for udenlandske sygeplejersker at få job

Jobbet som sygeplejerske optræder ikke længere på Integrationsministeriets positivliste over erhverv, som kan give opholdstilladelse i Danmark. Listen bliver reguleret to gange om året, ud fra et hensyn om, at danskere ikke må blive afskåret fra at få de ledige job.

### Pas på pærefaconen

Når det handler om risikoen for at få en blodprop, er det lige så farligt at være pæreformet som æbleformet. Det viser et internationalt studie offentliggjort i The Lancet. De bedste indikatorer for at måle risikoen for hjertesygdom er ifølge studiet ikke BMI, taljevidde og andre målinger af overvægt. Det er derimod kolesteroltal og blodtryk.  
Kilde: [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) > cardiovascular disease and BMI

### Samtalegrupper for kvinder med fødselsdepressioner

Screeninger i Region Midtjylland indikerer, at 3.000 kvinder om året på landsplan går med en ubehandlet fødselsdepression. Depressionen ville være væsentligt kortere, hvis de fik hurtig hjælp, f.eks. gennem samtaler med andre med samme problemer. Det mener et tværfagligt team i Aalborg Kommune estående af bl.a. sundhedsplejerske og psykolog, som tager sig af kvinder med fødselsdepressioner.

## Slut med at falde i løse ledninger på operationsstuen

AF TORBEN SVANE CHRISTENSEN, JOURNALIST • FOTO: PETER BJERRE

*En ledningsarm, der hænger ned fra loftet eller ud fra væggen, sikrer, at der ikke er løse ledninger, man kan falde i.*

Susanne Johansen, sygeplejerske og en af arbejdsmiljørepræsentanterne på operationsafdelingen på Holstebro Sygehus, havde længe påpeget ledninger på gulvet som et problem på operationsstuerne. Ledningerne var til fare for de ansatte, når de bevægede sig rundt under en operation, og der havde også været tilfælde, hvor medarbejderne var faldet i ledningerne. Derfor gik sikkerhedsgruppen i tænkeboks, og det har nu resulteret i en god og billig løsning.

"Vi har som sikkerhedsgruppe arbejdet meget med forskellige løsninger i ca. 10 år, og da der ikke er mange penge at rutte med i sundhedsvæsenet til den slags ting, har det været en svær opgave," siger hun.

Der blev for et par år siden lavet en tegning af en ledningsarm, men det firma, der skulle gøre idéen til virkelighed, kunne kun udføre opgaven til en pris, der ikke var penge til. For ca. et halvt år siden bevilgede HovedMedUdvalget, HMU, et beløb til udvikling og afprøvning af idéen

med en ledningsarm, og i den forbindelse kom sygehusets tekniske afdeling i kontakt med et andet firma.

I samarbejde med sygehusets tekniske afdeling og firmaet blev der udarbejdet en løsning, der opfylder alle sikkerhedskrav til den slags installationer, hvor man enten kan trække en stikdåse med 16 stik ned fra loftet eller ud fra væggen. Når ledningsarmen ikke bruges, kan den blot skubbes væk, så den ikke er til gene for personalet. Samtidig er det en ret billig løsning. Det koster ca. 15.000 kr. pr. operationsstue.

"Vi har set løsninger, der koster op til 100.000 kr., og det er der ikke råd til i disse sparetider," siger hun og fortsætter.

"Den nye løsning er installeret på en stue, og sygeplejersker og læger har været meget begejstrede. Vi håber med tiden at få ledningsarmen opsat på resten af OP-stuerne. Der har været et godt samarbejde mellem de involverede, og det er et bevis på, at nye idéer kan realiseres, hvis man er vedholdende og hjælpsom," siger Susanne Johansen, der har været sygeplejerske på operationsafdelingen i 25 år.



Arbejdsmiljørepræsentant Susanne Johansen har samarbejdet med teknisk afdeling og en leverandør om at få styr på ledningsrodet på operationsafdelingen.

# En meget bange operationspatient

*Tjek ind-proceduren før operation er for patientens sikkerhed, men hvad stiller man op, hvis proceduren forværrer patientens angst?*

En yngre, mandlig patient skal bedøves pga. et knoglebrud på underbenet. Skadestuen har givet op, fordi patienten ikke kan samarbejde pga. smerter og angst for hvide kitler.

Patienten er ved ankomsten til operation meget angst og trækker tæppet tæt rundt om sig. Efter en afklaring af, at patienten ønsker behandling, siger han, at han er ked af ikke at kunne styre sin angst og bekymring, men flytter sig så over på operationslejet. Anæstesisygeplejersken forsøger at skabe et rum for sig selv og patienten, så hun kan forklare om bedøvelsen, monitoreringsudstyret og tale med ham om hans angst. Patienten har store pupiller, er kold, og alle blodkar er kontraherede. Høj puls, højt blodtryk.

Det lykkes anæstesisygeplejersken at tale patienten til ro ... Patienten holder fast om anæstesisygeplejerskens ene hånd, som roligt berører hans kind. Patientens puls bliver roligere, han taler sammenhængende og siger, at han er klar til at blive bedøvet.

"Du lover at være her, når jeg vågner," siger han til anæstesisygeplejersken, og det lover hun. Personalet skal nu foretage "tjek ind", som foregår personalet imellem, mens patienten er vågen. Her bekræftes eventuelle allergier, mærkning af operationssted, om udstyret er parat, om anæstesisikkerhedstjek er udført, om der er luftvejsproblematikker, om der er aspirationsrisiko, om det forventede blodtab er større end 500 ml, og om der er pulsoximeter på patienten. Under proceduren bliver patienten igen urolig og utryk, pulsen stiger, og han græder. Anæstesisygeplejersken taler patienten til ro, lægger hånden på kinden og lover at være der, når patienten vågner.

*Hvad tænker du om forløbet? Læs nedenfor, hvad vores pannelmedlemmer mener, og skriv evt. dit svar på [www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk) under dilemma eller på [facebook.com/sygeplejersker](https://www.facebook.com/sygeplejersker)*

**Svar 1.** For mig at se handler anæstesisygeplejersken dybt etisk: Patienten er kompetent til at træffe sit valg, og der er på ingen måde tale om tvang eller overtalelse via løgne. Sygeplejersken forsøger at hjælpe patienten igennem den procedure, han selv har valgt.

Det kan virke, som om systemverdenen vælter ind over patientens livsverden, og det vil være lige til højrebent at skrive, at det er tjek ind-proceduren, der skal arbejdes med. Men det kan være så meget andet, og derfor vil jeg foreslå, at man opsporer patienten for at få talt situationen igennem og på den måde få et billede af, hvad der udløste den sidste reaktion. Man kan fortælle patienten, at interviewet har til formål at forhindre, at andre angstpatienter skal igennem samme oplevelse.

*Af Dorte E. M. Holdgaard, oversygeplejerske, exam.art., SD, MPA, formand for den lokale kliniske komité.*

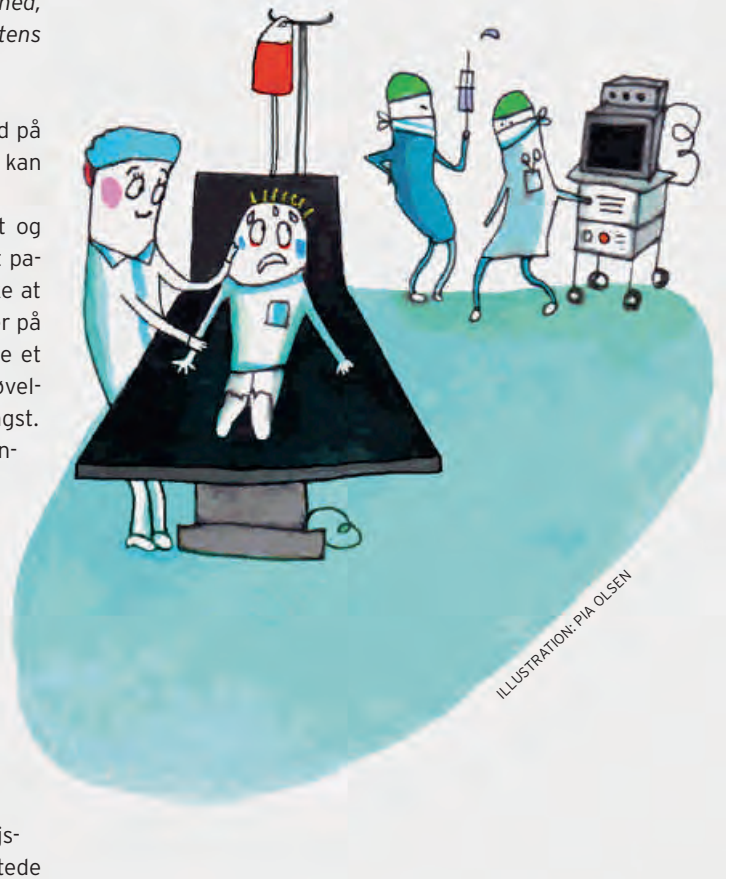


ILLUSTRATION: PIA OLSEN

**Svar 2.** Anæstesisygeplejersken står i et svært krydsfelt med en skrækslagen patient på den ene side og sikkerhedsprocedurer, der skal overholdes, på den anden side. Dybest set gennemføres tjek ind-proceduren for at sikre patienten, men er det afgørende, at patienten hører alt vedrørende "tjek ind"? Kunne det tænkes, at tjekket inddeles i to tempi, hvor de spørgsmål, som kræver patientens svar, overstås inden bedøvelsen, og resten venter, indtil patienten sover?

Når nu det altid er patientens ve og vel, der er omdrejningspunktet for sygeplejerskers virke, så er vi nødt til at tage procedurer og sædvaner op med jævne mellemrum. Vi bør udfordre hinanden og os selv på, om alt, hvad vi gør, tjener det gode formål, eller om det er bevidstløs videreførelse af ting, der engang gav mening. Det kunne være en overvejelse værd at spørge en udenforstående, hvilke spørgsmål der rejser sig.

Men det kræver mod - har vi det?

*Af Grete Bækgaard Thomsen, formand for Sygeplejeetisk Råd, [www.dsr.ser](http://www.dsr.ser)*

## De private skal selv tage sig af komplikationerne

Sundhedsminister Bertel Haarder (V) ser gerne, at flere nye sygehuse bliver indrettet med plads til, at private aktører kan leje sig ind og byde på at overtage flere af det offentlige operationer. Er det en god idé?

AF SUSANNE BLOCH KJELDSEN, JOURNALIST



FOTO: MICHAEL BO RASMUSSEN

**Jette Nordberg, sygeplejerske, kirurgisk afdeling 106. Sygehus Vendsyssel, Hjørring.**

"Det er et mærkeligt forslag, når man sammenholder det med udmeldinger om, at vi skal behandle så meget så muligt i det offentlige og spare på private behandlinger. Ved Skejby Sygehus ligger der en hel del privatklinikker på samme vej og i nærområdet, men man bruger ikke de samme operationsfaciliteter. Jeg ved ikke, om det kan fungere, spørgsmålet er, om det offentlige kan frigive tid og pladser til det, hvis vi skal beholde det offentlige også."



FOTO: SØREN HOLM

**Inger Sønderholm, sygeplejerske, kirurgisk gastroenterologisk afdeling L3, Århus Sygehus.**

"Jeg synes ikke, det er den mest fantastiske idé, hvis det bliver på den måde, at de private udbydere tager alle de nemme operationer og behandlinger, mens det offentlige sygehusvæsen skal reparere på fejloperationer og tage sig af de tunge ting. Det offentlige sygehusvæsen er hårdt ramt af besparelser og overbelægning, der er rigtig mange steder, hvor vi ikke kan opfylde behandlingsgarantien. Jeg kan godt se en fordel for patienterne, hvis det betyder, at de hurtigere kan blive opereret i et privat sygehusvæsen, men så skal de private udbydere selv tage sig af komplikationerne."



FOTO: LENE ESTHAVE

**Sygeplejerske Dorthe Møhring Thomsen, onkologisk ambulatorium, Sygehus Sønderjylland Sønderborg.**

"Hvis det er bedre og billigere at lade de private operere på de offentlige sygehuse, så synes jeg, det er helt fint. Men jeg kan godt forestille mig, at det kan give nogle problemer med, hvad der skal betales for, og hvad der kan lade sig gøre. Og det skal ikke være sådan, at det offentlige skal "rydde op" og tage sig af komplikationerne."

### Japans nødhjælpsberedskab på hårdt arbejde

Japan har ikke brug for ekspertbistand fra danske sygeplejersker til at koordinere arbejdet efter jordskælvskatastrofen, fortæller Lisbeth Elvekjær, der er nødhjælpskoordinator i Dansk Røde Kors.

"Heldigvis har Røde Kors i Japan nogle af verdens bedste nødhjælpsfolk, som bl.a. har været sendt til Haiti" fortæller hun.

### Undersøgelse af sundhedsprofessionelles alkoholvaner

2.219 sundhedsprofessionelle er blevet spurgt om deres alkoholvaner i en undersøgelse udarbejdet på John Mooeres University i Liverpool. 41 pct. af de adspurgte var sygeplejersker, 19 pct. af dem drak mere end de anbefalede grænser, og 2 pct. af disse drak på et højt risikoniveau. Jo mere de sundhedsprofessionelle drak i løbet af en uge, jo mere tilbøjelige var de til at mene, at de anbefalede grænser for alkoholindtag skulle sættes op.

Læs "Know your limits" i *Nursing Standard* february 16: vol 25 no. 24: 2011. [www.nursing-standard.co.uk](http://www.nursing-standard.co.uk)

### Blod bliver bragt med blå blink

"Brug en Blood Bike" kan sygeplejersker sige til hinanden, hvis de f.eks. arbejder i Bristol i England. En Blood Bike er en motorcykel med blå blink, der ud over blod også kan anvendes til at transportere mindre utensilier, røntgenbilleder, prøver og journaler mellem hospitaler, når det haster. Motorcyklernes førere er frivillige, nogle af dem fordi de engang har modtaget livreddende behandling og dermed synes, de skylder systemet noget. Alle motorcyklisterne modtager træning i at distribuere medicinsk udstyr forsvarligt.

Læs "Ticket to ride" i *Nursing Standard* february 16: vol 25 no. 24: 2011. [www.nursing-standard.co.uk](http://www.nursing-standard.co.uk)



## 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](http://www.dfd.dk)

# SID DIG STÆRK PÅ 14 DAGE!



Hjælp dig selv og dine kolleger med at undgå ryg-, skulder- og nakkesmerter, samt kredsløbsproblemer. Designet sikrer en oprejst position så musklerne har fuld bevægelsesfrihed, blodcirkulationen forbedres, og ledbåndene arbejder optimalt.

**PRØV DEN GRATIS I 14 DAGE. BESTIL NU:**

tel. 4675 0970 eller

[www.dynamostol.dk/gratis14dage](http://www.dynamostol.dk/gratis14dage)

SID DIG STÆRK  
**dynamostol®**



ARKIVFOTO: SCANPIX

## Overvægt er den hyppigste obstetriske risikofaktor

Et norsk litteraturstudie viser, at overvægt øger risikoen for, at mor og barn får skader under og efter fødslen. Studiet peger på behovet for forebyggelse og yderligere forskning på området.

Verdenssundhedsorganisationen WHO anslår, at inden år 2015 vil 2,3 milliarder mennesker være overvægtige og mere end 700 millioner voksne have et Body Mass Index, BMI, over 30, som indikerer fedme.

En norsk jordemoder har undersøgt, hvilken betydning overvægt i svangerskabet har for fødselsforløbet og udfaldet. Undersøgelsen er baseret på et litteraturstudie. Det viser, at overvægt øger risikoen for, at der ikke sker en spontan fødselsstart, hvilket kan føre til, at kvinden går over tiden, og at fødslen skal sættes i gang. Men overvægt kan også resultere i for tidlig fødsel.

Risikoen for kejsersnit, både planlagte og akutte, stiger parallelt med øget BMI og kan være øget med 50 pct. hos overvægtige. Et stort antal studier viser sam-

menhæng mellem forlænget fødselsforløb og obstruktive årsager som øget fedtvæv i bækkenet, stort barn, reduceret evne til at presse samt vesvækkelse.

Konsekvenser for moderen er øget risiko for blødninger, rifter og sårinfektion efter kejsersnit. Desuden ses traumatiske fødselsoplevelser hyppigere hos overvægtige kvinder.

Børn, der er store i forhold til gestationsalder (4-4,5 kg), kommer ofte selv til at lide af overvægt, og flere studier viser øget risiko for misdannelser, men her er yderligere forskning påkrævet. Børn af overvægtige mødre bliver oftere indlagt på intensiv afdeling, hvilket kan hindre kontakten mellem mor og barn og påvirke amningen negativt.

Fedme er den hyppigste obstetriske risikofaktor, derfor er der behov for øget viden, opdaterede procedurer for fødslen, forebyggelse og yderligere forskning, konkluderer forfatteren.

(jb)

Læs artiklen på [www.sykepleien.no/](http://www.sykepleien.no/)  
Overvekt gir fødselskomplikasjoner

## Kirsten Stallknecht Prisen 2011 Skulderklap til ytrende sygeplejerske



*Kender du en sygeplejerske, som er stået frem i offentligheden med en vigtig sygeplejefaglig sag, og som derfor fortjener hæder?*

Kirsten Stallknecht Prisen skal ses som en opfordring til sygeplejersker om at træde frem på den offentlige arena, når et emne eller område fortjener omtale.

Prisen kan tildeles en sygeplejerske, som har brugt ytringsfriheden til at markere sig i den offentlige debat om sygeplejefaglige, etiske eller sundhedspolitiske problemstillinger for at forbedre sygeplejerskers arbejdsvilkår eller de sundhedsmæssige vilkår for særlige patient- eller befolkningsgrupper.

Sygeplejersken kan have benyttet sin ytringsfrihed i radio, tv, i landsdækkende eller lokale dagblade eller i fagbladet Sy-

geplejersken inden for de sidste to år. Prisen er på 10.000 kr. og en gave.

### Indstilling

Alle sygeplejersker kan indstille en sygeplejerske til prisen.

Indstillingen er skriftlig og skal indeholde navn, adresse, medlemsnummer og mobilnummer på den, som indstilles og en detaljeret begrundelse for, hvorfor sygeplejersken er en værdig modtager af Kirsten Stallknecht Prisen. Indstillingen må højst fylde en A4-side og skal være skrevet på computer.

### Send ind

Indstillingen skal sendes til: Redaktionen, Sygeplejersken, Sankt Annæ Plads 30, Postboks 1084, 1008 København K

Mærk kuverten "Kirsten Stallknecht Prisen" i nederste venstre hjørne. Indstillingen kan også sendes som vedhæftet fil til [redaktionen@dsr.dk](mailto:redaktionen@dsr.dk)

Vi skal have indstillingen senest fredag den 1. april med morgenposten. Husk navn og medlemsnummer på den eller dem som indstiller. Prisen bliver uddelt af Kirsten Stallknecht den 12. maj på Florence Nightingales fødselsdag.

Har du spørgsmål, kan du ringe til fagredaktør Jette Bagh, 4695 4187 eller sende en mail til [jb@dsr.dk](mailto:jb@dsr.dk)

Master i

# offentlig ledelse

Som leder i den offentlige sektor står du over for store strategiske udfordringer. Strukturreformen, politireformen, kvalitetsreformen osv. medfører høje forventninger til professionel ledelse, effektiv kommunikation, udvikling af medarbejdere, smidige organisationer og strategisk tænkning.

Masteruddannelsen sætter fokus på den offentlige sektors særlige forhold og spilleregler samt forventninger til offentlige ledere. Du lærer nyt om ledelse og strategi og får plads til at reflektere over din organisation, din karriere og din personlige lederstil.

Uddannelsen foregår i Odense og Aarhus. Uddannelsen varer to år på deltid, men er fleksibelt opbygget, så du kan strække den over seks år. Søg nu og senest 1. maj. Uddannelsen starter 1. september.

■ Kontakt os på tlf. 65 50 43 20, e-mail: [masteroffentligledelse@sam.sdu.dk](mailto:masteroffentligledelse@sam.sdu.dk) eller gå ind på [www.sdu.dk/masteroffentligledelse](http://www.sdu.dk/masteroffentligledelse)



Holdet bag uddannelsen består af professor i offentlig forvaltning Jørgen Grønnegaard Christensen og professor i arbejds- og organisationspsykologi Hans Jeppe Jeppesen fra Aarhus Universitet samt professor i offentlig organisation og ledelse Kurt Klaudi Klausen fra Syddansk Universitet.



## Bariatric Rehabilitation Congress

9.-11. november 2011  
- 360° rundt om den bariatriske patient

Sæt kryds i kalenderen allerede nu...

International kongres og udstilling med fokus på bariatrisk rehabilitering. På kongressen flyttes blikket 360° rundt om den bariatriske patient.

Anerkendte danske og internationale foredragsholdere kommer omkring emner som: hjælpemidler, psyke, vægttab, motion, ernæring, hygiejne, hud/sårpleje, behandlingsforløb, forflytning og kirurgi. Kongressen vil primært afdække, hvordan teori udføres i praksis.

Kongressen foregår på engelsk og afholdes i Tivoli Congress Center i København.

Tilmeldingen er startet på [www.brc2011.com](http://www.brc2011.com)  
Glæd dig til 3 dage hele vejen rundt om bariatrien!

[www.brc2011.com](http://www.brc2011.com)

**BRC 2011**  
360° around the bariatric patient

Tilmeld dig  
BRC2011 Newsletter på  
[www.brc2011.com](http://www.brc2011.com)

Bariatric Rehabilitation Congress afholdes af:  
HEALTH & REHAB

I samarbejde med:  
LEDER FORUM<sup>+</sup>  
XXL REHAB

HJÆLPEMIDLER . PSYKE . VÆGTTAB . MOTION . ERNÆRING . HYGIEJNE . HUD/SÅRPLEJE . BEHANDLINGSFORLØB . FORFLYTNING . KIRURGI

# Science

A female surgeon in a blue surgical cap, mask, and glasses is focused on her work in an operating room. She is wearing blue scrubs and white gloves. To her right, a robotic arm is visible, holding surgical instruments. The background shows a typical hospital operating room environment with various medical equipment and bright lighting.



AF JULIE WINTHERR BENGTSO, JOURNALIST • FOTO: LARS HORN

Sygeplejerske Jane Petersson fra Aalborg Sygehus har som den første i landet uddannet sig til robotassistent ved kikkertoperationer. En funktion, som tidligere blev varetaget af læger. ▶

# fiction

## på operationsstuen



Jane Petersson kaster et sidste blik i spejlet, inden hun om lidt skal assistere kirurgen ved sin prostatektomi nummer 41.

Der er ganske stille på den kølige operationsstue. Kun en systematisk bippen fra apparaterne, der overvåger patienten, blander sig med lyden fra to små sakse. ”Tak, tak, tak,” siger det. Saksene sidder for enden af en ca. to meter høj operationsrobot, hvis fire stærke arme bevæger sig i små ryk inde i patientens bug. Snart er hans kræftsyge prostata adskilt fra blæren. Kirurgen sidder på flere meters afstand ved en konsol og styrer instrumenterne. I stedet er det sygeplejersken, som står ved patienten.

Jane Petersson er den første operationssygeplejerske i Danmark, som er assistent ved kikkertoperationer, hvor kirurgen opererer via en robot. Hun fungerer som kirurgens forlængede arm og suger blod, trækker væv til side og sætter små clips ind i samspil med robotens instrumenter. Normalt varetages opgaven af en læge, men Jane Petersson har siden efteråret 2010 været en fast del af operationsteamet på Aalborg Sygehus’ urologiske operationsafsnit, og i dag assisterer hun ved sin prostatektomi nummer 41.

### Et rutineret team

”Det er sindssygt spændende, og jeg får faglige udfordringer, så det batter,” ryger det ud af hendes mund, mens hun koncentreret holder øje med skærmen, der viser billeder fra patientens indre. Ved

konsollen kan kirurgen se det samme billede i 3D.

Kun maven og kønsdelene på den 64-årige patient er blottede, resten er skjult under sterile turkise afdækningsstykker. I maven, som er pumpet op med kuldioxid, sidder fem porte, hvor et kamera og instrumenterne er ført ind.

Ikke mange ord bliver udvekslet mellem Jane Petersson og overlæge og kirurg Johan Poulsen i kommunikationssystemet med mikrofoner og højttalere. De kender rutinen. Hun fortæller i detaljer om, hvad billedet på skærmen viser, alt imens hun med millimeters præcision med et suge- og skylleinstrument assisterer Johan Poulsens redskaber og lytter til hans fåmælte instrukser.

”Den røg, man kan se nu, skyldes, at robotens instrumenter brænder blodkarrene samtidig med, at de klipper. Det mindsker blødningen,” fortæller Jane Petersson, mens hun suger røgen væk, så saksene kan fortsætte deres færd.

Det eneste synlige blod er en lille dråbe, som uskyldigt triller ned over patientens

mave fra en af portene. Som var den hovedperson i en science fiction-film, har robotten med dens krogede arme og blinkende lamper den altdominerende rolle på operationsstuen. Sammen med Johan Poulsen har den nu arbejdet i et par timer, og prostata er fri. Jane Petersson stikker en miniudgave af et fiskenet ned gennem porten. Det har en lille plastikpose for enden i stedet for net, og de lægger prostata ned i posen og snører den til.

### Inspiration fra USA

Jane Petersson har været operationssygeplejerske på Urologisk Afdeling i tre et halvt år og var med til at implementere robotkirurgien på sygehuset. Nu assisterer hun fast robotten to dage om ugen, og resten af tiden er hun almindelig operationssygeplejerske. Det var lægernes idé, at en sygeplejerske kunne indgå som fast assistent, som man ser det i bl.a. England og USA. Samtidig støttede både afdelingssygeplejersken og oversygeplejersken op om idéen som en måde at kompetenceudvikle inden for operationssygeplejen.

”Det er sindssygt spændende, og jeg får faglige udfordringer, så det batter.”

Jane Petersson, operationssygeplejerske på Aalborg Sygehus.



På taburetten ved patienten er lægen skiftet ud med operationssygeplejerske Jane Petersson, som har overtaget assistentfunktionen ved nogle robotoperationer. Kirurgen styrer robotens instrumenter fra en konsol nogle meter derfra.

”Jeg syntes, det lød vildt spændende og sagde straks ja, da de spurgte mig,” fortæller Jane Petersson og tilføjer, at en sådan idé dog tager en rum tid at få igennem opadtil i hospitalssystemet. Det var en konference i Florida, der gjorde forskellen:

”Her blev det gang på gang understreget, hvor vigtigt det var med en fast ”first assistant”, og efter det insisterede afdelingslæge Grazvydas Tuckus på at få mig med som en fast del af holdet.”

I september 2010 kom hun i gang med uddannelsen i minimal invasiv kirurgi, der er et kursus, som læger normalt følger i laparoskopisk kirurgi med både teori og praksis. Jane Petersson fik også en kasse med hjem, hvor hun kunne øve sig i at håndtere instrumenterne under en plade ved at kigge på en skærm. De afsluttende prøver bestod hun med topkarakter.

”Jeg er god til præcisionen i arbejdet, så jeg må være født med en god øje-håndkoordination. Men jeg gør aldrig noget, som overskrider mine kompetencer, og jeg spørger lægerne, hvis jeg er i tvivl.”

Med Jane Petersson som robotens faste makker har afdelingen hver onsdag den seneste måned lavet prostatektomier på to patienter i stedet for én.

Det er blevet tid til at skifte sakseinstrumenterne ud med nåleinstrumenter.

”Jo dybere og bredere, vi som sygeplejersker kan gå, jo bedre. Så længe det er fagligt forsvarligt.”

Jane Petersson, operationssygeplejerske på Aalborg Sygehus.

”Nu skal vi sy blæren og urinrøret sammen,” fortæller hun og peger på skærmen på tomrummet, hvor prostata før sad.

### Sygepleje i bredden og dybden

Johan Poulsen guider Jane Petersson og giver faglig respons og ros. Mens han arbejder videre i stilhed, fortæller Jane Petersson om det bedste ved jobbet:

”Jeg føler både, jeg får bredden og dybden i sygeplejen. I bredden er jobbet som operationssygeplejerske alsidigt med både små og store operationer. Dybden ligger i robotkirurgien, fordi jeg har en specialistfunktion, der kræver faglig indsigt, og jeg får mange udfordringer under operationerne.”

At sygeplejersker får nye funktioner og udvider spektret af kvalifikationer, er den helt rigtige udvikling, mener hun:

”Jo dybere og bredere, vi som sygeplejersker kan gå, jo bedre. Så længe det er fagligt forsvarligt.”

Det giver dog særlige udfordringer at være sygeplejerske i en lægefunktion. På afdelingen skulle kollegerne lige vænne

sig til hendes nye rolle, og hun er samtidig opmærksom på, at hun ikke har den naturlige autoritet, som en læge har. Bl.a. derfor går meget af fritiden med at læse litteratur om robotkirurgien:

”Jo dygtigere jeg er, jo mere bliver jeg brugt, og jo federe er det at sidde på taburetten. Jeg skal virkelig bevise, at jeg er værdig til at sidde der som assistent. Tanken om, hvorfor jeg ikke har læst til læge, har da strejft mig, men jeg kunne ikke tænke mig kun at lave den robotassisterende del under operationerne. Sygeplejedelen er lige så spændende, og jeg er stolt af mit job som sygeplejerske.”

Science fiction-filmen er ved at være slut, tre timer efter roboten først rørte på sig. Den er nu koblet fra, og Jane Petersson hjælper Johan Poulsen med at tage posen med prostata ud gennem et hul i navlen, hvor kameraet før sad. Patienten kan gå hjem i morgen. Og Jane Petersson kan glæde sig til, at hun i de kommende uger skal assistere ved både nyre- og blæreoperationer.

jwb@dsr.dk

# Fremtidens kirurgi i kikkerten

En bølge af ny robotteknologi revolutionerer i disse år kirurgien på verdensplan. Patienter og sygehuspersonale er begejstrede, men for hospitalerne kræver det millioninvesteringer.

AF JULIE WINTHER BENGTON, JOURNALIST • FOTO: LARS HORN

Robotter har gjort deres indtog på operationsstuerne på alverdens hospitaler, og det betyder nye tider. Modsat i diverse skrækkfilm er virkelighedens robotter ikke en trussel for menneskeheden. Tværtimod sørger de for præcise og effektive canceroperationer, som giver patienterne færre smerter og mindsker risikoen for komplikationer.

Operationsrobotten bruges til laparoskopisk kirurgi, og den styres af en kirurg fra en konsol et andet sted på stuen. Den registrerer kirurgens bevægelser i fingrene og oversætter dem til mikrobevægelser i instrumenterne, som kun er otte millimeter i diameter. Ved patienten supplerer en assistent robotten med manuelle instrumenter og skifter instrumenterne for enden af dens arme.

## Potensen kan bevares

Fem danske sygehuse har taget robotkirurgen til sig, heriblandt Aalborg Sygehus. På stue 3 på urologisk og gynækologisk operationsafsnit står robotten ”da Vinci Surgical System”, som blandt personalet bedst kendes som ”Roberta”.

Johan Poulsen er overlæge i urologi på afdelingen, og han har været med, siden sygehuset implementerede robotkirurgien i efteråret 2008. Stolt fremviser han det knivskarpe 3D-billede af patientens indvolde i konsollen, som forstørres synsfeltet 15 gange. Imens fortæller han om, hvorfor en dyr investering i robotten betaler sig i bedre kvalitet:

”De små detaljer, som du kan se, og de præcise bevægelser og snit, du kan lave med robotten, kan du ikke opnå ved en åben operation. Når du åbner folk op, ligner det tomatketchup. Nu kan du rent faktisk se, hvad du laver, for alle blodårer, kar og nerver bliver synlige. Og så ryster robotten ikke på hånden,” fortæller han og tilføjer, at også finmotorikken forbedres, da 10 cm i virkeligheden kun giver udslag i 1 cm, når robotten arbejder.

På Aalborg Sygehus oplever de, at patienterne bliver udskrevet langt hurtigere end tidligere, da de fleste kan gå hjem dagen efter operationen. Desuden bløder patienterne kun omkring en tiendedel i forhold til en almindelig operation. Og så

## Robotter i tal



Der er omkring 1.800 da Vinci-operationsrobotter i verden, ca. 350 af dem er i Europa, heraf er 32 i arbejde på hospitaler i Norden.

Syv af robotterne findes i Danmark på hospitalerne i Aalborg, Skejby, Gentofte, Rigshospitalet og på Herlev Hospital, hvor der er tre robotter.

På verdensplan bliver der årligt udført omkring 300.000 operationer med da Vinci-robotterne.

Det er i forbindelse med avanceret cancerkirurgi, at operationsrobotten især har sine fordele, og den bruges typisk ved operationer for f.eks. kræft i prostata, livmoderen, nyrer, tarme og i blæren.

Kilde: Henrik Lassen, Intuitive Surgical.

De små instrumenter, som klipper og syr er kun 8 millimeter store. Deres bevægelighed er 360 grader i alle retninger.

er der en ekstra fordel for de mandlige patienter, som får fjernet prostata:

”Ved en åben operation er det mere vanskeligt at lave en nervebevarende operation, så potensen kan helt forsvinde. Men hvis ikke kræften har spredt sig for meget, kan vi ved robotoperationerne se nerverne og sørge for, at de bliver bevaret, så han kan fungere som normalt,” forklarer Johan Poulsen.

### Sygeplejersker ved robotten

Johan Poulsen har som kirurg gode erfaringer med sygeplejersker som assistenter fra Kings College Hospital i London. Derfor var han med til at presse på for at gøre operationssygeplejerske Jane Petersson til den første danske sygeplejerske, der er blevet uddannet som robotassistent.

”Et fast operationsteam gør kommunikationen nemmere, og det øger kvaliteten af operationen,” siger Johan Poulsen og tilføjer:

”Det er egentlig pudsigt, at den teknologiske udvikling stiller højere krav til det menneskelige samspil.”

Han er bevidst om, at det at lade en sygeplejerske overtage lægeopgaver på sigt betyder forandringer i opgavefordelingen:

”I disse år, hvor vi har lægemangel, ser vi en helt klar opgaveglidning. Og al erfaring viser, at hvis sygeplejerskerne først har overtaget en opgave, så giver de den ikke fra sig igen.”

Det amerikanske firma, som siden 1980'erne har udviklet teknologien og nu producerer da Vinci-robotten, hedder Intuitive Surgical. Direktøren for firmaets nordiske afdeling, Henrik Lassen, fortæller, at firmaet i USA ikke bare sælger robotten, men også uddanner sygehuspersonalet i at betjene den, herunder sygeplejersker, der uddannes som assistenter. Han regner med, at Intuitive Surgical på sigt også vil oprette en særlig assistentuddannelse i Danmark.

### Fremtidens kirurgi

Indtil videre har da Vinci ingen robotkonkurrenter på markedet, men Henrik Lassen regner med, at der inden for tre til fire år vil være flere, som producerer og

sælger operationsrobotter. Også antallet af læger, som uddannes i at operere via robotterne, øges konstant. Det er især de yngre læger, som hurtigt fanger teknikken, der minder om den, man bruger ved computerspil.

”Samtidig kan arbejdet ved konsollen være en fordel for de ældre kirurger, fordi arbejdsstillingen er bedre, så de kan blive længere i faget,” påpeger Henrik Lassen.

Selvom operationsrobotten er en stor investering for sygehusene på ca. 11 mio. kr., så oplever Henrik Lassen stor interesse, og Intuitive Surgical regner med at afsætte yderligere 10 robotter i Norden i løbet af i år.

”På sigt vil robotterne blive billigere, mindre og være hurtigere at sætte op,” fortæller Henrik Lassen, der samtidig forudsiger, at robotkirurgi i fremtiden bliver hverdag på alle operationsafdelinger.

*jwb@dsr.dk*

### Fjernoperationer i fremtiden

Operationsrobotten blev oprindeligt opfundet af det amerikanske militær, for at kirurgen kunne udføre fjernoperationer på sårede soldater i marken flere hundrede kilometer derfra. Metoden kom dog aldrig til at virke, og patentet blev solgt videre til firmaet Intuitive Surgical.

I 2001 gennemførte en kirurg, som sad i New York, en laparoskopisk galdeoperation på en patient, som lå i Strasbourg i Frankrig. Det kostede ca. 1 mio. kr. at leje satellitten, og forsøget blev hovedsagelig udført for at bevise, at det kunne lade sig gøre. Der vil formentlig gå mange år, før fjernkirurgi for alvor er en realitet.

Kilde: Henrik Lassen, Intuitive Surgical.

Operationer for kræft i prostata udføres på Aalborg Sygehus som kikkertoperationer ved hjælp af en robot. I maven sidder fem porte, hvoraf tre bruges til robotens instrumenter, en bruges til et kamera og en bruges til assistentens suge- og skylleinstrument.



## Planlægning er nøglen til ro



Jens Moberg i samarbejde med Trine Beckett

### Mission Ledelse

L&R Business 2010

240 sider - 475 kr.

ISBN 9788711415948

Bogen handler om ledelse i den offentlige sektor. Fokus er ledelse på en skole, i en børnehave, på et hospital (akut modtageafdeling, AMA), i DSB og i brandvæsenet. Bogen bør læses, mens man ser DR2's udsendelsesrække "Mission Ledelse".

I bogens første del er det klare budskab, at ledere skal kunne bede om hjælp, og i anden del beder lederne om hjælp til at håndtere stress, højt sygefravær, anerkendelse og motivation, og de får hjælp fra ledelseskonsulenter.

Sammen finder lederne og konsulenterne frem til nye måder, hvorpå lederne og deres medarbejdere kan nå deres fælles mål. Den udvikling, lederne og organisationerne gennemgår, er dokumenteret i en udsendelsesrække på DR2 i efteråret 2010. Udsendelserne kan også ses på [www.dr.dk](http://www.dr.dk) > mission ledelse.

DR2 dykker her ned i hver enkelt organisation og illustrerer, hvordan man med få og enkle værktøjer kan bygge et holdbart fundament for organisationernes udvikling.

Casen om AMA er interessant. Problemet er travlhed og et tårnhøjt sygefravær i plejegruppen. En af de konkrete løsninger var rød – gul – grøn. Klik ind på [dr.dk](http://dr.dk) og se klippet om AMA på Odense Universitetshospital. Det er meget interessant og lærerigt.

Rød, gul og grøn er et klassisk greb inden for driftsledelse. De tre kategorier hjælper både den daglige leder og plejegruppen. Lederen giver vagten en farve. Den grønne betyder: Normalt. Alle er på arbejde, og der er overensstemmelse mellem ressourcer og kapacitet. Den gule betyder: Vi er lidt pressede, og det hele strammer til. Rød er akut, man arbejder akut og gør det allermost nødvendige. Hver farve er nøje beskrevet.

Denne type driftsledelse gav medarbejderne ro. Nu vidste de, hvad der blev forventet af dem i en normal vagt i modsætning til i en akut og travl periode.

Lederen og konsulenten arbejdede sig gennem analyser med lommeregner og kurver for at skabe en robust og effektiv organisation, så ledelsen kunne have det fulde overblik over ressourcer og kapacitet. Stressniveauet faldt, sygefraværet faldt, og medarbejderne fik ro.

Anderledes planlægning var nøglen.

*Af Gitte Lindermann, cand.scient.pol., sygeplejerske, ansat som specialkonsulent i Region Hovedstadens Psykiatri.*

Læs også artiklen "Prioriteringstrappen giver styr på travlheden" side 54 i dette nummer af Sygeplejersken.

## Kan det vigtige gøres målbart, eller bliver det målbare det vigtige?

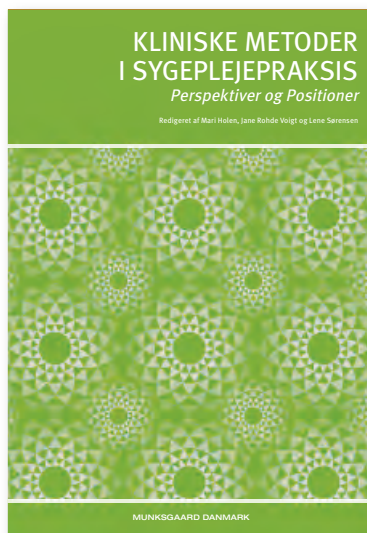
Redigeret af Mari Holen, Jane Rohde Voigt og Lene Sørensen

### Kliniske metoder i sygeplejepsis - perspektiver og positioner

Munksgaard Danmark 2011

208 sider - 249 kr.

ISBN 978-87-628-0881-2



Skønt kliniske metoder optræder i bekendtgørelsessammenhæng i 2001 og 2008, er der ikke skrevet meget om begrebet. Denne bog udfylder dermed et tomrum, samtidig med at den viser, hvordan kliniske metoder kan forstås i et større billede, så sygeplejestuderende og sygeplejersker kan forholde sig kritisk til fagets begreber.

Og billedet er stort, for bogen ønsker at vise potentialet i at tænke, praktisere og udvikle kliniske metoder både på et ideologisk, begrebsmæssigt og klinisk niveau; så det betaler sig at læse introduktionen.

Bogen kaster lys over sammenhængen mellem kliniske metoder og forskellige perspektiver.

## Undlad madmetaforer i afsnittet om obstipation, tak

”Inaktivitet og immobilitet” udkom i forsommeren 2010 i et tværfagligt perspektiv, den tidligere udgave var skrevet i et sygeplejersperspektiv. Den primære målgruppe er stadigvæk sygeplejestuderende, men bogen vil også kunne interessere fysio- og ergoterapeutstuderende. De enkelte kapitler, der har forskellige forfattere, rammes ind af bogens redaktører, som er Poulsen og Beyer. Fysisk aktivitet og især manglende fysisk aktivitet, immobilitet og risikofaktorer er bogens omdrejningspunkt.

Suzanne Forsyth Herling, der er sygeplejerske og cand.scient.san., har skrevet et kapitel om forebyggelse af tryksår, der har rigtig mange fine facetter med. Tryksårsprævalens og incidens præsenteres relevant, forfatteren tager udgangspunkt i en definition og uddyber tryksår med en overskuelig stadieinddeling. Risikofaktorer for tryksår gøres tilgængelige for læserne med henvisning til den kliniske retningslinje for tryksårforebyggelse. Betingelser for rehabilitering af patienter med tryksår inddrages, og deres livskvalitet dokumenteres med reference til et fænomenologisk studie om tryksårs virkning på patienters smerteoplevelse og body image. I modsætning til flere af de andre kapitler kombinerer forfatteren referencer til kvantitative undersøgelser med

kvalitative, hvilket giver et sammenhængende og helstøbt resultat. Desuden lægger forfatteren vægt på, at risikovurderingssystemer aldrig må anvendes alene, men altid skal ledsages af en klinisk vurdering. Den vanskelige opgave med at finde egnet forebyggelse og behandling af tryksår perspektiveres også med beskrivelse af uklarhed om produkternes effektivitet, som forfatteren begrundes med ”at mange af de undersøgelser, der udføres, finansieres af producenterne selv, hvilket kan gøre konklusionerne tvivlsomme.”

Patienterne bliver i de fleste af bogens kapitler beskrevet ud fra, hvad de ikke

gør, nogle gange defineret i forhold til alder som kategori, f.eks.: ”Hos ældre mennesker bør der være særligt fokus på at minimere tabet af muskelmasse, muskelstyrke og muskeleffekt.” Hvor bliver differentiering mellem køn, etnicitet og de socioøkonomiske faktorer af?

I kapitlet om obstipation er der et rigt varieret sprogbrug, der spænder fra den medicinske terminologi med defækation over afføring til en nøjere beskrivelse af pølsernes beskaffenhed. Det ville klæde bogen, at der ikke blev anvendt madmetaforer.

Der kommer mange aspekter med i forhold til den manglende fysiske aktivitet, og ingen kan efter endt læsning sidde mægtigt tilbagelænet.

*Af Marianne Mahler, sygeplejerske, MPH, ansat som sygeplejefaglig konsulent i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen Indre By/Østerbro i København.*



Nina Beyer, Ingrid Poulsen (red.)

**Inaktivitet & immobilitet - i et tværfagligt perspektiv**

Munksgaard Danmark 2010

230 sider - 258 kr.

ISBN 9788762810549

I et professionssociologisk perspektiv vises, at kliniske metoder ikke er neutrale, men repræsenterer bærende værdier, som det er nødvendigt at forholde sig til, hvis sygeplejen skal være en moralsk praksis funderet i fagligt skøn og dømmekraft.

I et sundhedspolitisk og samfundsmæssigt perspektiv diskuteres kliniske metoder inden for rammerne af Den Danske Kvalitetsmodel. Her vises, at kvalitetsmodellens ontologi præger udviklingen af sygeplejen. Kan det vigtige gøres målbart, eller bliver det målbare det vigtige?

I et læringsperspektiv diskuteres kompetencebegrebet, uddannelsestænkning og kritisk refleksion. Hvornår er kritisk

refleksion en læringsmetode, og hvornår er det en klinisk metode i sygeplejen?

I et professionsperspektiv diskuteres kliniske metoder som et synligt resultat af de tendenser, som uddannelsen af sygeplejersker og sygeplejefaget er under påvirkning af.

Er der tale om faglig afvikling eller udvikling?

Efterfølgende peges på udvalgte kliniske metoder og den position, de er en del af.

Metoderne diskuteres i forhold til deres rækkevidde, kundskabsgrundlag, fordele og ulemper samt udbredelse.

Med denne bog har startskuddet lydt til faglig diskussion om kliniske metoder i

sygeplejerspraksis. Målgruppen er primært sygeplejerskestuderende, og bogen har format til at indgå i uddannelsen, men jeg vil mene, at specielt studerende på de første moduler vil finde dele af bogen skrevet på et noget højt niveau. Måske skyldes det bogens intention om også at være anvendelig for sygeplejersker og studerende på efter- og videreuddannelsesniveauer, og det er den bestemt også.

*Af Anne Garcia Colina, sygeplejerske og cand.cur., adjunkt i Via University College, Sygeplejerskeuddannelsen i Viborg.*

# En ny beboer kommer

Den kritiske datter, den højtråbende søn, de trætte børn, der forventer, at nu går deres demente mor eller far aldrig mere hjemmefra. Plejecenteret Carolineparken får alle slags pårørende i tale med en opfølgningssamtale tre uger efter indflytningen.

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • ILLUSTRATION: LARS ANDERSEN

Krav og kommentarer fra pårørende, spørgsmål og forslag til den daglige pleje, sure bemærkninger og højlydte frustrationer, hvis plejecenteret ikke kan opfylde familiens forventninger.

Det er blevet en del af hverdagen i den danske ældrepleje, og for et par år siden indså lederne på Varde Kommunes plejecenter Carolineparken, at der måtte skabes plads og rammer for en ordentlig snak med de pårørende. Ikke kun ved indflytningen, men også en lille måned senere, når den praktiske del af flytningen var overstået, og man havde lært hinanden lidt at kende.

Anledningen var bl.a. en familie, hvor der var indbyrdes stridigheder, husker teamleder Karen Schultz.

”Vi havde en fornemmelse af, at de ikke rigtig kunne sammen, og så blev vi skydeskive og fik klager, mens moren stod lidt forvirret i midten og gerne ville gøre både børn og personale tilfredse.”

Moren vidste til sidst dårligt, hvad hun selv ville. Hvor hun ville spise sin middagsmad, eller hvor længe hun ville sove bagefter. Det var nemlig ting, som de to døtre havde en helt forskellig mening om.

”Den ene søster ville frygtelig gerne have, at moren var oppe kl. 3, så hun kunne komme på besøg og nå at komme hjem igen til aften. Det kunne vi fint forstå, men så kom den anden datter: Det var godt nok synd, at hendes mor, der var så dårlig, skulle op allerede kl. 3.

Vi måtte sige til dem, at det her kunne vi ikke have med at gøre. Nu måtte vi sætte os ned og snakke om det.”

## Den skræmmende søn

En anden konflikt, der tog megen tid, var en søn, der skræmte de øvrige beboere med sin måde at være på. Men hensyn til personalets arbejdsmiljø kunne også være et frustrationspunkt, husker social- og sundhedsassistent Britta Kyhn, der er sikkerhedsrepræsentant i Carolineparken.

”Vi var ude for, at en familie lagde gulvtæppe på for 6-8.000 kr. ved indflytningen. Og det gav lidt sure miner, da de måtte af igen efter en måned, fordi beboeren brækkede benet og blev afhængig af hjælpemidler, som vi ikke kunne køre ind over gulvtæpperne.”

Den almindelige indflytningssamtale med den nye beboer og familien var bare ikke nok, erkendte ledelsen.

”På det tidspunkt er familien så optaget af, at man skal flytte ind og indrette, så vi kan godt fortælle det, men de hører det ikke. Efter tre uger begynder de at have spørgsmål, og så har vi fået en fornemmelse af, hvad for en familie vi har fået ind,” siger Karen Schultz.

## Tager problemerne i optrækket

Nu aftaler Carolineparken allerede en opfølgningssamtale ved indflytningen. Den ligger tre uger senere. Her deltager teamlederen og beboerens kontaktperson,

somme tider også en repræsentant for plejeområdet. Det er ofte souschef Susanne Meinertz, som kommer ind, når der er klager eller optræk til problemer.

”Vi har også en specialkonsulent fra kommunen, som vi kan trække på, og han er rigtig god til at sætte tingene på plads,” siger hun.

Det kan f.eks. være nødvendigt at forklare reglerne for magtanvendelse, hvis børnene har svært ved at forstå, at personalet ikke må låse døren, når deres demente mor eller far vil forlade plejehjemmet.

”Men der kan også bare være pårørende, der må have at vide, at de skal opføre sig ordentligt over for personalet,” tilføjer Susanne Meinertz.

Under samtalerne er det ofte konkrete, praktiske spørgsmål, de pårørende har med. Så personalet har udarbejdet en tjekliste over spørgsmål, som erfaringen har lært dem, at det er en god idé at tage op. Blandt de faste punkter er, at Carolineparken er et åbent plejehjem, siger Karen Schultz.

”Mange kommer med deres demente mor eller far og forventer, at nu går de aldrig hjemmefra. Eller tror, at nu sker der ikke noget, når de er blevet udstyret med en GPS. Men man kan stadig gå ud og blive kørt ned, selv om man har en GPS på.”

## Mindre brandslukning

Susanne Meinertz og den øvrige ledelse oplever, at der er mindre brandslukning

### Udfordringen

*Arbejdspladsen:* Plejecenteret Carolineparken, Varde Kommune.

*Udfordringen:* Frustrationer og konflikter i samarbejdet med beboernes pårørende.

*Det gjorde de:* Indflytningssamtalen blev suppleret med en opfølgningssamtale efter tre uger, og ledelsen går ind, så snart der er utilfredshed eller problemer.

*Det har de opnået:* Det er lykkedes at få indgået og overholdt aftaler med stort set alle pårørende.

*Det er de stolte af:* At der er blevet ro og overskud til udvikling af plejen.

*Det slås de stadig med:* Der er konflikter, der ikke kan løses, fordi baggrunden f.eks. er et misbrug hos en pårørende.



# sjældent alene



for dem, efter at opfølgningssamtalerne er indført.

Det er ikke det samme, som at alle problemer er løst. Carolineparken har stadig sin andel af det, der i Varde Kommune hedder udfordrende pårørende. Men når de kommer på banen, har ledelsen gjort det meget klart, at det ikke er medarbejderens eget problem, pointerer Susanne Meinertz.

”Vi har f.eks. en pårørende for tiden, som personalet slet ikke skal diskutere med. De skal bare være høflige og smilende og henvise til Karen eller til mig.”

Det gør rigtig meget for arbejdsmiljøet, at man får talt sammen i tide, og at personalet kan stole på, at ledelsen tager hånd om eventuelle problemer, oplever Britta Kyhn.

Det giver ro til at udvikle arbejdet, og f.eks. arbejder man med livshistorier og er ved at afprøve et smiley-skema til at måle beboernes og de pårørendes tilfredshed med. Men selve opfølgningssamtalen giver også meget, der kan bruges i den daglige pleje, fortæller Karen Schultz.

”Vi har kaffe og småkager på bordet og

får mange gange ting at vide om beboeren, som vi ellers aldrig ville have hørt. F.eks. at beboerens mor blev 100 år, og at der var et par hundrede børn, børnebørn og oldebørn med til fødselsdagen. Nu kan vi gå og snakke med ham om hans store familie.”

*redaktionen@dssr.dk*

## Mere information

Kontakt: Souschef Susanne Meinertz på [sume@varde.dk](mailto:sume@varde.dk)

Af Jette Bagh, cand.cur., fagredaktør



## De kan bedst lide mig, når jeg græder

I entreen står en kurv med blå skoovertræk, som plejepersonalet trækker uden på deres saltramte og hvidrandede vinterstøvler, når de betræder hjemmet, og det gør de i en lind strøm. Fire gange i døgnnet holder hjemmeplejens lille bil foran det røde rækkehus. Det sker, når den apopleksiramte får hjælp til personlig hygiejne, og når han bliver vendt i sin hospitalsseng for at forebygge tryksår, hvilket sker både dag og nat. Tryksår har han kun haft én gang efter et ophold på hospitalet, hvor man havde glemt en kapsel under hans ene hofte. Det tog sin tid at få såret helet, men nu er det fortid.

Hvordan er det at være regerende ægtefælle under de vilkår? Ikke nemt, skal man tro min opmærksomme observatør, en afløser i hjemmeplejen. Afløseren har hæftet sig ved ægtefællernes meget forskellige måde at reagere på og har funderet over, hvor forskelligt livet med en handicappet ægtefælle kan leves. Nogle ægtefæller påtager sig rollen som overkontrollør, hvilket jeg sagtens kan forstå, når det nu er et uomgængeligt faktum, at det udøvende plejepersonale har meget forskellige opfattelser af, hvad omhyggelig og ordentlig sygepleje er.

Det kan endda komme så vidt, at lommelygten står parat på kommoden, fortæller afløseren. Efter endt sengebad tager hustruen fat i lygten, tænder den og beder afløseren skille patientens baller ad. "Så kan jeg se, om han er blevet vasket ordentligt," forklarer hustruen sin handling. Afløseren bliver en oplevelse rigere.

Andre ægtefæller er nærmest opgivende. En ægtemand bliver spurgt, hvordan konen gerne vil have sin mad serveret. "Det må I om," lyder svaret med en træthed, der er til at skære i.

En særlig kategori af ægtefæller tager over uden tøven. Da sygeplejersken spørger manden, om han vil op og sidde lidt ved vinduet, svarer hustruen straks og uden at se på sin mand: "Det vil han gerne." Manden når end ikke at spidse læberne for at svare, så har han svaret via stedfortræder.

Sådan kan livet forme sig for de mennesker, vi uden blusel benævner kronikere. Et skrækkeligt ord, for hvem har lyst til at sige til sine venner "Min far er i øvrigt kroniker ..." Men lad nu det være. Det er de meget forskellige roller, den raske ægtefælle påtager sig, der er emnet her.

Plejepersonalet har en række forventninger til den gode ægtefælle. Hun eller han skal være efterrettelig, hvis jeg skal tro Bitten, den eneste person, jeg kender, som tager vare på

en syg ægtefælle. Dvs. at rollen som overkontrollør eller trangen til at resignere ikke er i harmoni med det uskrevne kodeks for god ægtefælleopførsel, der findes i plejebevidstheden. Ifølge dette kodeks skal man være passende engageret, kritisk konstruktiv og må hjertens gerne bryde sammen en gang imellem, når presset bliver for stort. Min gode veninde spidsformulerede det endda:

"De kan bedst lide mig, når jeg græder."

Hvis det har noget på sig, må man overveje, hvorfor en velformuleret, kritisk og kvalitetsbevidst ægtefælle er mere irriterende end én, der bryder sammen nu og da: Det skulle vel ikke være, fordi plejepersonalet på den måde kan få afløb

” Andre ægtefæller er nærmest opgivende. En ægtemand bliver spurgt, hvordan konen gerne vil have sin mad serveret. "Det må I om," lyder svaret med en træthed, der er til at skære i.

for deres aldrig mættede trang til at gi'? Give trøst, give accept, give en skulder at græde ud ved? Og dermed få noget igen. Føle, at man gør en forskel.

Jeg ved det ikke.

Måske skulle man for sportens skyld nedfælde det kodeks for god ægtefælleopførsel, så kan man have en næringsrig diskussion om de ønsker og forventninger, der findes. Ny, ubehagelig erkendelse kan være konsekvensen, men det nytter ikke at være sygeplejefagligt tonedøv.

*"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.*

# Vagifem® (17 $\beta$ -estradiol) – fås nu i markedets laveste virksomme dosis

Ny, ultra-lavdosisudgave af Vagifem® 10  $\mu$ g til vaginal atrofi



- Markedets laveste virksomme dosis<sup>1</sup>
- Signifikant langsigtet bedring i vaginal sundhed<sup>2</sup>
- Nøjagtig dosis, administreres lokalt og virker lokalt<sup>3</sup>



Forfalsket medicin, der kan indeholde bremsevæske, skosvæerte og rottegift, slår hvert år millioner af mennesker ihjel, især i verdens fattigste lande. Fortjenesten er stor, risikoen lille, og kriminelle bander tjener formuer på handlen.

AF BIRGIT BRUNSTED, JOURNALIST

Forestil dig dette scenarie: Du bor i et fattigt land, hvor der ikke er adgang til sundhedsydelse og meget langt mellem lægerne.

Dit barn er dødssygt af malaria, og du går på markedet for at købe medicin, som du håber kan redde dets liv. Pillerne i den fine pakning er i bedste fald virkningsløse, i værste fald kan de være fyldt med rottegift, cement, talkum, knuste mursten, pollen, skosvæerte, bagepulver eller pesticider. Den flotte farve kan stamme fra blüholdig vejmalning.

Forestil dig det ramaskrig, der ville lyde i den vestlige verden, hvis blot ét sygt barn døde, fordi forældrene havde givet barnet rottegift i stedet for, hvad de troede var livreddende medicin.

Ifølge Verdenssundhedsorganisationen, WHO, er mellem 30 og 60 pct. af al medicin solgt i Afrika og Sydøstasien forfalsket. Handlen med forfalsket medicin er i stærk stigning verden over, men især i de fattigste lande.

Det er et problem, der lever i det skjulte

tuberkulosemedicin. I 49 lande over hele verden har man fundet en ekstremt resistent stamme, XDR-TB, som ikke kan behandles med gængse former for antibiotika. WHO anslår, at forfalsket malaria- og tuberkulosemedicin hvert år koster omkring 700.000 mennesker livet.

### Organiseret kriminalitet

Fupmedicin bliver fremstillet i baghaver, køkkener, garager og kældre. Indien og Kina er de største producenter, og Indien bliver ligefrem kaldt "ulandenes apotek". Det er en guldgrube, fordi produktionsomkostningerne er lave og risikoen lille – en ren foræring til kriminelle bander, som tjener mere på handlen med forfalsket medicin end på kvinder og narkotika.

Ifølge den internationale politiorganisation Interpol får organiseret kriminalitet og terrornetværk i stigende grad finansieret deres aktiviteter gennem handel med forfalsket medicin. Interpol siger, at det er de samme netværk, der smugler våben og narko.

samme grund ved man heller ikke, hvor mange mennesker der bliver slået ihjel af fupmedicin hvert år, men det løber op i millioner blandt verdens mest sårbare grupper.

Det er verdens mindst udviklede lande, der lider mest under problemet, men ironisk nok begyndte det i den rige verden, da internettet eksploderede i 1990'erne, og livsstilsmedicin blev almindelig. Fluks skød en stribe såkaldte internetapoteker op, som tilbød receptpligtig medicin diskret, billigt og ulovligt.

Salget af Viagra, steroider og slankemidler gik strygende på trods af, at halvdelen af de produkter, kunderne – også danske – købte, var forfalskede. Men idéen om, at det var let og ufarligt at sælge fupmedicin, spredte sig over hele verden, og nu er det kun 1 pct. af forfalsket medicin, der sælges i den vestlige verden, resten havner på markederne i verdens fattigste lande.

SKATs Task Force "Varemærkeforfalskning" har et godt øje til den ulovlige medi-

# Handel med fupmedicin -

herhjemme, måske fordi det ikke har ramt os i særlig høj grad. Endnu.

Malaria- og tuberkulosemedicin er blandt sællerterne på forbrydernes produktliste. Ofte indeholder medicinen en

Der er tale om astronomiske profitter. Det amerikanske Center for Medicine in the Public Interest anslår, at handlen med fupmedicin indbragte 75 mia. dollars i 2010. Det er et konservativt tal, og mange

cin, som de finder i containere, postforsendelser, flyfragt og folks bagage. I 2009 tilbageholdt task forcen 7.890 medicinpakninger til en værdi af 342.134 euro.

"Endnu har vi ikke set forfalsket medicin i de legale distributionsled i Danmark, men man er naiv, hvis man tror, det ikke vil ske," siger afdelingsleder Trine Dancygier fra SKATs Task Force.

"Handlen med forfalsket medicin er profitabel, og man kan frygte, at vi vil se mere af den herhjemme. Det er en bekymrende udvikling, fordi det involverer organiseret kriminalitet."

### Medicinalbranchen slår igen

Ikke alene er de menneskelige omkostninger enorme, men forfalsket medicin ud-

” Endnu har vi ikke set forfalsket medicin i de legale distributionsled i Danmark, men man er naiv, hvis man tror, det ikke vil ske.

Afdelingsleder Trine Dancygier fra SKATs Task Force.

smule af det aktive stof, men ikke nok til at slå bakterierne ihjel. Det betyder, at parasitter og bakterier kan udvikle resistens, som især er et problem med malaria- og

mener, det er langt højere, men ingen har det fulde overblik over omfanget, da det er uhyre vanskeligt at skaffe pålidelige tal og meget lidt forskning på området. Af



# et globalt problem

ARKIVFOTO: PHOTOALTO

gør også en trussel mod den farmaceutiske industri. Den mest indlysende er tab af indtægter, men det går også ud over til liden til deres produkter. Men efter en svag start er branchen gået ind i kampen mod falsknerne, og medicinalfirmaerne har forsøgt sig med forseglede pakninger, sikkerhedslabels og hologrammer. Men de har falsknerne lige i hælene, som lynhurtigt kan bestille de samme hologrammer i Kina. Og så er man lige vidt.

Senere er branchen gået over til mere sofistikerede løsninger som at forsyne pakningerne med tags, der kan udsende radiobølger, DNA-strenger, spektroskopi og skræbemærker med koder, der kan tjekkes via en mobiltelefon.

Ingen af disse metoder er 100 pct. sikre,

og fremtidens løsning er et system, hvor hver enkelt pakning er forsynet med en unik stregkode, der kan aflæses elektronisk og sendes til en sikker database. Det er Frankrig begyndt at kræve på indført medicin, og andre lande er ved at følge efter.

### Mangel på lovgivning

Det er svært at finde frem til bagmændene bag produktionen af fupmedicin, og det er endnu sværere at retsforfølge dem. Det skyldes, at lovgivningen i de fleste lande ikke er gearret til at forfølge forbydere, der arbejder internationalt. Men mange eksperter, bl.a. Lægemedelindustriforeningen, Lif, mener, at straffen for at sælge forfalskede lægemidler burde følge narkolovgivningen.

Men i Danmark er en forbruger, der er blevet skadet af forfalsket medicin, overladt til civil retssøgsmål, og det er svært at finde ud af, hvem man skal anlægge sag imod. Chancen for at finde ud af, hvem der står bag, er minimal.

”Problemet med forfalsket medicin er et område, hvor vi som toldmyndighed har en berettigelse, fordi vi beskytter forbrugernes sundhed og sikkerhed. Vi betragter det som et højrisikoområde,” siger Trine Dancygier.

*redaktionen@dsr.dk*

Kilder: IMPACT, Pharma Security Institute, WHO, Interpol, FDA, Europa-Parlamentet

# PARENTES





## I sikre hænder

TEKST OG FOTO: SIMON KLEIN KNUDSEN

"Dreng Rathje", som snart får navnet Saxe Jonathan, er netop kommet til verden længere nede ad gangen ved akut sectio i uge 27+1. Fødselsvægt: 925 gram. Han møder verden med et sagte, men insisterende langstrakt vræl. Så snart han er løftet fra sin mors varme krop, pakker sikre hænder ham hastigt ind i plastfilm og stof og ruller ham til Team 3, hvor han får antibiotika via navlen, CPAP på den lille næse og bliver puttet i en "sutsko", den kuvøse, der bliver hans hjem de næste uger.

## MIG OG MIT JOB

## NAVNE

**Navn:** Jannie Dong Juul Jensen, 38 år. Uddannet som sygeplejerske i 1998 og sundhedsplejerske i 2002.

**Stilling:** Konsultationssygeplejerske samt initiativtager til Facebookgruppen "Jeg er konsultationssygeplejerske" med p.t. 40 medlemmer.

**Arbejdsplads:** Lægerne Solrød Center ApS, der bl.a. består af fem praktiserende læger, en-to uddannelseslæger, tre sygeplejersker og en sosu-assistent, eget laboratorium med bioanalytiker samt to sekretærer.

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST



FOTO: AIGARS ZIEMLIS

*Hvad er det bedste ved dit job?*

"Alsidigheden - jeg er sygeplejerske, sundhedsplejerske og sekretær. Jeg har både patientkontakt, egne konsultationer og administrative opgaver."

*Hvad er det værste ved dit job?*

"Jeg kan blive lidt ærgerlig, hvis jeg sidder midt i noget, og tiden løber fra mig."

*Hvad ville du lave, hvis du ikke var sygeplejerske?*

"Min oprindelige drøm var at blive jordemoder, men jeg havde ikke gennemsnittet, og så valgte jeg at uddanne mig til sygeplejerske og derefter sundhedsplejerske."

*Hvad var dit første job?*

"På en øre-næse-hals-afdeling på Rigshospitalet."

*Hvad er det bedste job, du har haft?*

"Det, jeg har nu, eller min tid som sundhedsplejerske på Christianshavn."

*Hvad er det værste job, du har haft?*

"Jeg var på en pædiatrisk afdeling med meget syge børn, hvor jeg følte en meget stor opdeling mellem os nyuddannede og de gode, gamle garvede. Jeg følte mig ikke som en del af afdelingen."

*Hvordan vil du beskrive dit job i én sætning?*

"Alsidigt og inspirerende med mange muligheder."

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

"Efter jeg havde arbejdet her et års tid, kom her en akut patient med stærk hoved-

pine. Hun endte med at miste bevidstheden, og vi måtte bl.a. lægge drop, give ilt og ringe 112. Hun blev indlagt og døde som følge af flere hjerneblødninger tre dage efter. Her skulle jeg virkelig tænke klart, og det var en meget stærk oplevelse."

*Med hvilke tre ord vil dine kolleger beskrive dig?*

"De siger "favnende, empatisk og humoristisk"."

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

"Jeg siger rigtig meget: "Det er gratis motion ... " bl.a. til KOL-patienter, som synes, det kan være hårdt at komme op ad trappen til første sal, hvor vi ligger."

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

"Færre timer og højere løn."

*Hvilke arbejdsredskaber kan du ikke undvære i dit job?*

"Kolleger, empati, humor og mit holistiske menneskesyn."

*Hvordan slapper du af?*

"Om sommeren er jeg i haven så meget som muligt, og ellers hygger jeg mig med mine børn og familien og dyrker latinmiks i fitnesscentret."

*Hvornår mistede du sidst dit temperament og hvorfor?*

"Jeg har en temperamentsfyldt kollega, der nogle gange kan tale lidt respektløst til os. Det gjorde hun til mig for et par uger siden, og her blev jeg vred, hævdede stemmen og sagde fra."

## Soroptimistlegat til sygeplejestuderende

Soroptimist International Hillerød har markeret sin 60-års fødselsdag med at uddele et mindre legat til to sygeplejestuderende fra Hillerød, hhv. Caitlyn Lawton fra USA og Fariba Mehrabi fra Iran.

De to legatmodtagere er udvalgt efter følgende kriterier:

- har mod dårlige odds og samtidig med at skulle passe en familie satset hårdt på at få sygeplejerskeuddannelsen
- har trodset såvel kulturelle som samfundsmæssige normer for at nå deres opsatte mål.

Soroptimist International er en organisation, der har som formål at fremme menneskerettigheder og kvinders status.

(hbo)



Caitlyn Lawton og Fariba Mehrabi, modtagere af Soroptimistlegatet.

## Svar på testen om mundhygiejne på side 6

- 1: a.
- 2: b. ROAG står for Revised Oral Assessment Guide, og det er ifølge den kliniske retningslinje et mere robust redskab end BOHSE.
- 3: b.
- 4: b.
- 5: a.



## Hvad skal de studerende hedde?

AF CHRISTA ROSE, LEKTOR

Hvorfor kalder vi vore studerende for sygeplejestuderende og ikke sygeplejerske-studerende?

F.eks. hedder det fysioterapeutstuderende og ikke fysioterapistuderende eller ergoterapeutstuderende og ikke ergoterapistuderende.

Det kan selvfølgelig have en historisk betinget forklaring med akademiseringen af uddannelsen i 2001. Eller? Før 2001 talte vi om sygeplejeelever.

Lad mig derfor se på diverse bekendtgørelser:

1. Anordning om sygeplejerskeuddannelsen, 1956 (Lov nr. 127): Bruger betegnelsen eleven.
2. Anordning om sygeplejerskeuddannelsen, 1979 (Anordning nr. 31): Bruger betegnelsen sygeplejeeleven.
3. Bekendtgørelse om sygeplejerskeuddannelsen, 1990 (Bekendtgørelse nr. 143): Bruger betegnelsen studerende (her gøres uddannelsen til et studie = SU-berettiget).
4. Bekendtgørelse om sygeplejerskeuddannelsen, 2001 (Bekendtgørelse nr. 232): Bruger betegnelsen studerende (uddannelsen akademiseres og giver ret til betegnelsen professionsbachelor i sygepleje).
5. Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje,

2008 (Bekendtgørelse nr. 29): Anvender betegnelsen studerende.

Læg mærke til, at sygeplejerske ikke anvendes i 2008-bekendtgørelsens overskrift (som i 2001).

Hvad så med de øvrige mellemlange videregående uddannelser? Hos lærerne hedder den: Lov om uddannelsen til professionsbachelor som lærer i folkeskolen. Hos ergoterapeuterne: Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i ergoterapi.

Ak, ja. Måske er det bare "et eller andet" grammatisk betinget?

Så vidt de lovmæssige rammer for sygeplejerskeuddannelsen.

I megen sygeplejelitteratur (bl.a. Sygeplejebogen 1 og 2 fra Gads Forlag, i alt 4 bind) anvendes næsten konsekvent betegnelsen sygeplejestuderende.

Men der er også undtagelser uden for sygeplejefaget. F.eks. hedder det jurastuderende og ikke juriststuderende.

En strøtanke ... eller snarere en lidt læn-gere refleksion. Kan nogen hjælpe mig på vej, eller er der andre, der undres? Eller er det bare lidt pudsigt?

I tv-serien Matador sagde de: Det er tiderne!

*Christa Rose underviser på UC Syddanmark, Sønderborg.*

### Svar

AF DORTE STEENBERG, NÆSTFORMAND

Kære Christa Rose.

Det er en pudsigt sproglig finurlighed, du er faldet over dér. Når vi bruger betegnelsen sygeplejestuderende, tager vi udgangspunkt i det fag eller den videnskab, der studeres. Den sproglige form kender vi også fra medicinstuderende, jurastuderende og teologistuderende. Men du har jo helt ret i, at vi eksempelvis siger lærerstuderende og fysioterapeutstuderende, hvilket jo dermed tager navn efter den profession eller funktion, som man uddannes til at varetage.

Jeg har fulgt lidt op på din undren over denne sproglige forskellighed ved at slå ordene op i Retskrivningsordbogen på

nettet. Så bliver det for alvor morsomt, for her findes kun ordet sygeplejerskestuderende, men ikke sygeplejestuderende! Til gengæld kan du godt finde ordene sygeplejerske og sygeplejeelev, men ikke sygeplejerskeskole og sygeplejerskelev.

Konklusionen må være klar: Her er tale om inkonsistens i det danske sprog, som formentlig er historisk betinget. Om der er tale om tilfældigheder eller personlige præferencer, kan man jo kun gætte på. Personligt foretrækker jeg ordet *sygeplejestuderende*, da det understreger det faglige område, som den studerende uddanner sig inden for.

PRODUKTRESUMÉ FOR ANNONCE SIDE 27

Vagifem® (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 progestogen, eftersom plasmaestradiolniveauerne sædvanligvis ikke overstiger de postmenopausale niveauer. **Kontraindikationer:** Kendt, tidligere brystcancer eller mistanke om brystcancer. Kendte eller mistænkte, tidligere eller mistænkte østrogenafhængige, maligne tumorer, f.eks. endometrie-cancer, udiagnosticeret genitalblødning, ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere idiopatisk eller aktuel venøs tromboembolisme. Aktuell eller nylig arteriel tromboembolisk sygdom. Akut eller tidligere leversygdom, hvor levertal endnu ikke er normaliserede. Kendt overfølsomhed over for estradiol eller et eller flere af de øvrige indholdsstoffer. Porfyri. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler:** Før hormonsubstitutionsbehandling startes eller genoptages, bør der optages en komplet anamnese og indhentes oplysninger om familær disposition. Fysisk (inklusive bækken og bryst) undersøgelse skal sammenholdes med dette og kontraindikationer og advarsler for brug. Regelmæssig kontrol anbefales under behandlingen. Hvor ofte og hvordan afhænger af den enkelte kvinde. Kvinder bør lære, hvilke slags forandringer i brystet, som bør rapporteres til en læge eller sygeplejerske. Undersøgelser inklusiv mammografi bør foretages i henhold til gældende screeningspraksis, tilpasset behovet herfor hos den enkelte kvinde. Behandlingen bør seponeres i tilfælde af, at en kontraindikation konstateres, og i de følgende situationer: Gulsot eller svækkelse af leverfunktionen, signifikant forøgelse af blodtryk, nyt anfald af migræne-lignende hovedpine og graviditet. **Endometriehyperplasi:** Kvinder med intakt uterus og unormal blødning af ukendt årsag eller kvinder med intakt uterus, som tidligere er blevet behandlet med østrogen alene, bør undersøges nøje med henblik på at udelukke hyperplasi/malignitet af endometriet før behandling med Vagifem® startes. Generelt bør østrogensubstitutionsbehandling ikke gives mere end 1 år, uden at der foretages en opfølgende gynækologisk undersøgelse. *Da Vagifem® administreres lokalt og indeholder en lav dosis estradiol, er forekomsten af de nedenfor nævnte forhold mindre sandsynlig end ved systematisk østrogenbehandling.* **Brystcancer:** Systemisk østrogen eller østrogen-progestogen behandling kan øge risikoen for brystcancer. **Venøs tromboembolisme:** Systemisk HRT er associeret med en højere relativ risiko for udvikling af venøs tromboembolisme, f.eks. dyb venetrombose eller lungeemboli. **Lidelser i koronararterierne:** Det er i randomiserede, kontrollerede forsøg ikke påvist, at østrogener kombineret østrogen/progestogen beskytter mod lidelser i koronararterierne. **Overicancer:** Behandling med systemisk østrogen samt progestogen 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 mycotisk infektion, kvalme, udslæt, vægtstigning, hedeure eller hypertension. **Farmakologisk oplysning:** Østrogen holder pH i vagina på ca. 4,5, hvilket forøger den normale bakterielle flora. **Opbevaring:** Må ikke opbevares i køleskab. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Novo Nordisk A/S, Novo Allé, 2880 Bagsværd. **Pakninger og priser (inkl. moms):** Vagifem®, 18 vaginaltabletter i appikator enkeltvis indpakket i blisterpakning Pris 181,20, Dato November 2010. Se evt. [www.medicinpriser.dk](http://www.medicinpriser.dk) for aktuel dagspris. **Udlevering B:** Lægemidlet er generelt tilskudsberettiget. Komplet produktresumé og yderligere information kan rekvireres vederlagsfrit ved henvendelse til Novo Nordisk Scandinavia AB, Kundeservice tlf.: +45 80200240.



- organisationsudvikling
- behandling
- undervisning
- supervision og coaching

## Læs om inpraxis systemiske og narrative uddannelser, samt aktiviteter på [www.inpraxis.dk](http://www.inpraxis.dk)

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

inpraxis, Langesvej 37, 3400 Hillerød

” Konsekvenserne af alkohol fylder mere og mere blandt danskernes kroniske sygdomme. Alkoholforbruget er skyld i mange tilfælde af brystkræft, og det er i virkeligheden chokerende, at der er så få, der ved det.

Overlæge og chef for forebyggelsesafdelingen hos Kræftens Bekæmpelse, Hans Storm, i Berlingske Tidende den 16. marts 2011

## Alt for mange minusser

AF MAI-BRITT NORDENKJÆR,  
 SPECIALUDDANNET PSYKIATRISK SYGEPLEJERSKE

Kommentar til temaet om psykisk syge i *Sygeplejersken* nr. 5/2011

Glæden var stor over overskriften Tema om psykisk syge i *Sygeplejersken* 5/2011, men skuffelsen langt større.

Der findes mennesker i store psykiske vanskeligheder, og de falder hyppigt ind i den gruppe af lidende mennesker, som enhver sygeplejerske er forpligtet til at søge at drage omsorg for – uanset konteksten.

At lave et helt tema i *Sygeplejersken*, hvor det lidende menneske er afbildet som summen af befolkningens værste fordomme, ser jeg ingen nytte i. Hvordan skal jeg som psykiatrisk sygeplejerske værne om mit fag og de patienter, jeg i det daglige samarbejder med, når selv mine fagfæller formodes at forestille sig dem som grønne, truende og afvisende mennesker? Denne serie efterfølges så af en ganske kort introduktion til, hvordan man kan identificere farlighed hos retspsykiatriske patienter. Sproget skaber virkeligheden (psykcentrum.dk), og nu har I gjort en ihærdig indsats for at fastslå, at den psykiatriske patient er et menneske, vi bestemt ikke har lyst til at komme tæt på – de er jo både ulækre og farlige!

Jeg forventer, at mit fagblad som minimum forholder sig respektfuldt til alle vores patienter og ikke fremmer stigmatiserende syn på de mest udsatte. At turde være visionær og inspirerende ville være glædeligt. I har nu påpeget problemet for en patientgruppe, som i høj grad kan have glæde af sygeplejerskers nærhed – jeg håber, det følges op af en mere inspirerende reportage om, hvordan vi kan forholde os sygeplejefagligt og hjælpe denne gruppe væk fra stigmatisering og afstand.

Anmeldelsen side 26 i samme nummer af *Sygeplejersken* af ”50 recoveryhistorier” var et lille plus på de psykiatriske specialers konto, men dog et plus blandt denne udgaves alt for mange minusser.

Mai-Britt Nordenkjær er ansat i Bup-O, Psykiatrien i Syddanmark.



Living Essence

**ART SPIRIT COACHING**

Steen Lykke  
 Rialtvej 16  
 2300 København S  
 tlf: 20432115  
 e-mail: mail@steenlykke.dk  
[www.steenlykke.dk](http://www.steenlykke.dk)

**Mindfulness og spiritualitet:** 31. marts – 2. april 2011

**Introduktionskursus** i art spirit coaching, veje til det væsentlige. Coaching, der er meningsfuld, vital, kreativ og effektiv. 26. – 28. maj 2011

**Nyt hold** starter i august, **2-årig uddannelse** (60 ECTS-point)

Kursus og træning i mindfulness og meditation:  
**10-ugers fjernstudium**  
**Retreats** i marts og november

Individuel eller coaching i gruppe efter aftale

**Se hjemmesiden : [www.steenlykke.dk](http://www.steenlykke.dk)**  
**2043 2115**

# Usaglig anmeldelse

AF KATE DYBDAL GJERSTRUP, SYGEPLEJERSKE, CAND.CUR.

*Kommentar til anmeldelsen af journalist Jette Meier Carlsens bog "Thyra Frank, Livsglæde og Stjernestunder", i Sygeplejersken nr. 1/2011.*

Mage til uforskammethed skal man efter min mening lede længe efter.

Anmeldelsen af bogen om plejehjemsforstander Thyra Frank (TF) fra plejehjemmet Lotte er efter min mening bygget op over det ene postulat efter det andet og efterlader mig med indtrykket af en usaglig anmeldelse, en slags personforfølgelse og latterliggørelse af personen TF, hvad meningen så måtte være med det.

Et eksempel på et af postulaterne kan være:

"Men Thyra Frank finder ud af, at hun ikke kan få børn og angiver, ifølge JMC selv, at netop fraværet af børn gør hende i stand til at give så megen kærlighed til andre." Dette leder så videre til, at anmelderen Karen Ellen Spannow postulerer, at TF dermed også siger, at kvinder med børn i mindre grad skulle være i stand til at øse ud af varme følelser.

Det sted i bogen, hvor TF gennem JMC fortæller om, hvordan hendes barnløshed efter hendes egen opfattelse kan have haft betydning for relationerne til andre mennesker, er på side 103, hvor der står skrevet:

"Som min far lærte mig, kan det, der i nuet føles som noget af det voldsomste, være det spark, der bringer én et nyt sted hen i livet. Og fordi jeg har været barnløs, har jeg kunnet give kærlighed til mange, mange flere mennesker, end hvis jeg havde fået min egen børneflokk. Jeg er gået glip af noget afgørende vigtigt ved ikke at blive mor, men jeg har trods alt haft mine to niecer, Mette og Sanne, og mine to nevøer Thorstein og Ulrik. De fire elsker jeg højt, sammen med Peters Dorthe og Stig, og nu kan jeg glæde mig over, at de unge har sat en ny generation i verden, som jeg ser frem til at følge."

Der skal efter min opfattelse andet end gode fortolkningsevner til, for at få dette citat til at fremstå, som et generelt udsagn om, at hvis man er mor, så er man i mindre grad i stand til at øse ud af varme følelser. Det kunne derfor være interessant at finde frem til, hvad Karen Ellen Spannows ærinde er her, som så mange andre steder i anmeldelsen.

På sygeplejerskernes vegne er jeg flov over, at man i den grad på usaglig vis kan forfølge en kollega, blot fordi denne har fået udgivet en populær bog skrevet af en journalist.

Jeg ved ikke, om anmeldelser bliver redigeret af redaktionen på *Sygeplejersken*, hvis ikke synes jeg, at de burde, så vi almindelige sygeplejersker og læsere

kan blive skånet for at forholde os til perfide anmeldelser som denne. Hvis anmeldelser bliver redigeret af redaktionen, så synes jeg, *Sygeplejersken* og dermed redaktionen har et etisk problem.

*Kate Dybdal Gjerstrup er forstander på plejehjemmet Engskrænten i Rødovre.*

## Svar

AF JETTE BAGH, FAGREDAKTØR

Tak for din kommentar.

Jeg er ked af, at du synes anmeldelsen bygger på postulater, for en anmeldelse er netop alt andet end postulatbaseret personforfølgelse og latterliggørelse. I vejledningen står der: "Bogen skal vurderes på dens egne præmisser. Anmeldelsen må gerne være kritisk, men ikke ubehagelig over for forfatteren. I vurderingen kan indgå, om forfatteren når sine mål, og hvilken betydning værket kan have for sygeplejen."

Karen Ellens Spannows anmeldelse lever op til disse kriterier, tager loyalt udgangspunkt i bogen og er redigeret af undertegnede. Men redigere betyder at bringe i en vis orden. Dermed er der en afgrundsdyb modsætning til censurere, som betyder fjernelse af kommunikationsmateriale, som betragtes som kritisabelt, skadeligt eller følsomt. Det kan virke som om, det er det sidste, du beder mig om, og det kan jeg naturligvis ikke tillade mig. Så har vi først et etisk problem.

## HVAD MENER DU?

[www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk)

Denne uges spørgsmål på [www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk):

Oplever du problemer med patienters og beboeres pårørende?

Læs *Udfordringen*: "En ny beboer kommer sjældent alene" på side 24 i dette nummer af *Sygeplejersken*.

Svar på spørgsmål stillet i *Sygeplejersken* nr. 3/2011:

Har du et godt helbred?

| Svar     | antal | pct.  |  |
|----------|-------|-------|--|
| Ja       | 179   | 84,4  |  |
| Nej      | 29    | 13,7  |  |
| Ved ikke | 4     | 1,9   |  |
| I alt    | 212   | 100,0 |  |

## 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](http://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](mailto:redaktionen@dsr.dk)*

### Markant fald i antallet af udenlandske sygeplejersker

Langt færre udenlandsk uddannede sygeplejersker fik autorisation i Danmark i 2010 end i de to foregående år. Det viser tal fra Sundhedsstyrelsen. Besparelser og stillingsnedlæggelser betyder, at det danske sundhedsvæsen ikke længere er så attraktivt for sygeplejersker fra vores nabolande, lyder forklaringen fra flere sider. I 2010 er antallet reduceret med 61 pct. i forhold til 2009 og med 68 pct. i forhold til 2008. Det er specielt sygeplejersker fra de øvrige nordiske lande og Tyskland, der ikke søger dansk autorisation.

Formand for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, synes, det er fornuftigt, at regionerne ikke rekrutterer arbejdskraft fra andre lande, når der er ledighed inden for faget.

### Ledige job i Skåne

Der er mangel på sygeplejersker i det sydlige Sverige, ca. 40 km fra København. I uge 11 var der opslået 122 sygeplejerskestillinger alene i Skåne.

Anni Pilgaard, formand for Danske Sundhedsorganisationers Arbejdsløshedskasse, DSA, opfordrer ledige sygeplejersker til at søge job i Sverige. "Med Øresundsbroen er der gode og hyppige transportmuligheder til Malmø. Derfor er det muligt at blive boende i Danmark og samtidig arbejde i Sverige," siger hun og tilføjer, at et job i Sverige f.eks. har den fordel, at en nyuddannet sygeplejerske får erhvervs erfaring, som øger chancerne for senere at få arbejde i Danmark.

DSA er i kontakt med Skånes Universitetshospital i Malmö og Lund, som mangler 60-70 medarbejdere, fordelt på især sygeplejersker, men også jordemødre og radiografer. Sammen med universitetshospitalet vil DSA gerne hjælpe ledige danske sygeplejersker med at få job i Sverige.

## LEDER

### Dialog frem for konflikt

Dialogen med borgere, patienter og pårørende er et grundlæggende element i vores profession. Vi får værdifuld viden om borgerens helbred, rutiner og livssituation, når vi lytter og inddrager. Det er godt for kvaliteten og patientsikkerheden, når borgere og patienter bliver inddraget. Og det er godt for opbakningen til sundhedsvæsenet og vores indsats, når de pårørende oplever nærhed, god kommunikation og gensidig forståelse.

Derfor er de mellem menneskelige relationer vigtige for enhver sygeplejerske. Vi kan alle fortælle små og store succeshistorier, hvor kontakten til en patient eller pårørende har gjort en forskel for patientforløbet – og måske oven i købet rykket lidt ved vores verdensbillede.

Men de fleste af os har også haft mindre gode oplevelser med kontakten til f.eks. pårørende. Artiklen "En ny beboer kommer sjældent alene" i dette nummer af *Sygeplejersken* sætter fokus på nogle af de udfordringer, medarbejderne på et plejecenter oplever i mødet med de pårørende.

Jeg er sikker på, at mange sygeplejersker kan genkende billedet – uanset om vi arbejder på et hospital eller i en kommune. I langt de fleste tilfælde er samarbejdet med de pårørende helt problemfrit. Men det er mit indtryk, at konflikterne med pårørende bliver mere hyppige. Og hvis ikke sundhedsvæsenet håndterer dem i tide, er der en risiko for, at de udvikler sig mere voldsomt. Det er en trist udvikling – både for patienterne og for vores arbejdsmiljø.

Som artiklen her i *Sygeplejersken* viser, er der rigtig gode muligheder for at tage problemerne i optrækket og undgå konflikter. Som jeg ser det, er det allervigtigste, at vi sygeplejersker står sammen, når presset fra pårørende bliver for stort. Ingen sygeplejerske skal stå alene i krydspresset mellem krav fra pårørende, begrænsede ressourcer og vores professionelle viden. Det handler om, at den enkelte sygeplejerske skal have den nødvendige opbakning fra sin leder. Men lederne skal også have opbakning fra den kommunale forvaltning eller hospitalets ledelse.

Presset fra pårørende er et godt billede på, at vores fag udspiller sig i et spændingsfelt mellem samfundets krav og forventninger på den ene side og de værdier, vi sygeplejersker selv sætter for faget, på den anden side. Vi har brug for et tæt samspil med borgere, patienter og pårørende. Og vi har brug for, at dialogen ikke udvikler sig til en konflikt. Jeg synes, der er alt for meget på spil til, at vi som enkeltstående sygeplejersker skal håndtere spændingerne alene. Derfor skal vi stå tæt sammen – så vi på et fælles værdigrundlag kan styrke hinanden både som kolleger og profession.



*Grete Christensen*

Grete Christensen, formand



FOTO: GJUNILLA SVENSMARK

## Ligestillingsminister besøgte udstilling

På kvindernes internationale kampdag den 8. marts besøgte ligestillingsminister Lykke Friis (V) fotoudstillingen "Mænd er også sygeplejersker" på Glad-saxe Bibliotek.

"Det er virkelig en anerkendelse af vores arbejde, at ligestillingsministeren kommer ud og ser vores udstilling. Det er en stor cadeau. Vi talte bl.a. om nogle af de fordomme, der er om mandlige sygeplejersker," siger Leif Nielsen (billedet), som er sygeplejerske på kardiologisk ambulatorium, Gentofte Hospital og en af sygeplejerskerne bag udstillingen.

## Private overenskomster fornyet

Dansk Sygeplejeråd har fornyet privatoverenskomsterne med følgende seks firmaer:

- Thy Sygepleje Vikarbureau
- SOS Vikar A/S
- SundVikar ApS
- Transmedica A/S
- MG-V
- Salix A/S

I marts måned har Dansk Sygeplejeråd været omtalt i medierne i forbindelse med bl.a. disse emner:

### Regeringens plan mod børnevold halter

Sygeplejersker og andre fagpersoner, der arbejder med børn, får ikke undervisning i at opdage voldsramte børn. Det sker, selv om regeringen flere gange netop har lovet, at fagpersoner skal undervises i at opspore vold mod børn. En undersøgelse fra Dansk Sygeplejeråd viser, at 39 pct. af sygeplejerskerne har mødt voldsramte kvinder og børn uden at vide, hvordan de skulle reagere. "Der er et stort behov for, at vores medlemmer på grunduddannelsen får mere systematisk undervisning i, hvordan man håndterer vold, og på arbejdspladserne skal der være klare retningslinjer for, hvordan man agerer ved mistanke om vold," siger Dorte Steenberg, 2.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd, til Berlingske.

### Stadig brug for kvindekamp

"Typisk kvindedominerede faggrupper, f.eks. sygeplejersker, tjener mærkbart mindre end typisk mandsdominerede fag. Netop derfor har vi argumenteret

for, at ligelønsloven bør ændres, så det bliver muligt at sammenligne job og løn på tværs af sektorer. Men det har der ikke været gehør for." Sådan lød meldingen på kvindernes internationale kampdag den 8. marts fra Dansk Sygeplejeråds formandskab, formand Grete Christensen og næstformændene Anni Pilgaard og Dorte Steenberg, i et debatindlæg i Information.

### Sygeplejestuderende kræver kursus i førstehjælp

Det er et stort problem, at landets sygeplejestuderende ikke har et obligatorisk førstehjælpskursus. Det siger Dansk Sygeplejeråd og Sygeplejestuderendes Landsorganisation (SLS) til Politiken. "Det handler om, at man som studerende skal være tryk ved, at man kan håndtere en situation, der kræver førstehjælp. Det kan man ikke forvente, at alle studerende er uddannet i nu," forklarer Julie Asp Vonsild, formand for SLS.

## DEBAT PÅ FACEBOOK

### Stem med om OK 11

Frem til den 29. marts kan alle Dansk Sygeplejeråds aktive medlemmer stemme om OK 11. Som stemmeberettiget har du mulighed for at gøre din indflydelse gældende ved at stemme ja eller nej til aftalerne med regionerne og kommunerne. Du skal enten have modtaget et elektronisk valgkort eller have fået et brev med afstemningsmateriale.

"Har stemt..."

"Gad vide om der blandt medlemmerne er bare én, som stiller sig kritisk overfor det resultat, man er kommet frem til?"

### Adgang for pårørende på traumestuen?

Skal pårørende have lov at være på traumestuen? Se dilemmaet under "diskussioner" her på siden og skriv, hvad du synes. Dilemmaet er også bragt i Sygeplejersken nr. 5.

"Ja, hvis pårørende er en ressource for pt/personalet og kan bidrage. Hvis ikke, må der lægges op til at de skal gå. (Hvis behov skal varetages når det er akut?)"

"Kun hvis omstændighederne tillader det..."

**Hvis du selv har lyst til at deltage i debatterne på Dansk Sygeplejeråds Facebook-side, kan du gøre det på [www.facebook.com/sygeplejersker](http://www.facebook.com/sygeplejersker)**



Sygeplejerskerne holder løbende kontakt med patienterne, der bor i eget hjem. På billedet ses Michael, som sygeplejerske Gitte Larsen har besøgt ca. en gang om måneden de seneste 4½ år. Generelt varer et besøg typisk en time, men besøgstiden er fleksibel.

## På patientens præmisser

AF MADSRØLL CHRISTENSEN, JOURNALIST • FOTO: SIMON KLEIN-KNUDSEN

*Sygeplejerskerne Gitte Larsen og Vibeke Mortensen udgør sammen med 18 kolleger en del af frontlinjen i distriktspsykiatrien i Region Sjælland. Dansk Sygeplejeråds formand var i klinik på stedet, hvor besparelser og dokumentation dræner.*

"Vi yder primært sygepleje i patienternes eget hjem på patientens egne præmisser," fortæller psykiatrisk sygeplejerske Vibeke Mortensen, der sammen med sygeplejerske Gitte Larsen har inviteret Grete Christensen til den del af Region Sjællands distriktspsykiatri, som geografisk dækker Guldborgsund Kommune, dvs. hele Falster og en del af Lolland.

Gitte Larsen og Grete Christensen har netop været på dagens første besøg hos Michael, der bor i eget hjem. Sygeplejerskerne har en teambil og et par cykler til deling. Ofte kører de i egen bil, når de skal på patientbesøg. Tilbage fra besøget sidder Gitte Larsen, Vibeke Mortensen og Grete Christensen nu i sygeplejerskernes mødelokale og spiser frokost. Sygeplejerskerne har et tæt samarbejde

med lægerne i distriktspsykiatrien. Det er typisk patienter med længerevarende psykiske lidelser såsom skizofreni, bipolare lidelser, personlighedsforstyrrelser og depression, sygeplejerskerne behandler.

"Behandlingen kræver en høj grad af tværfaglig indsats. Derfor arbejder vi tæt sammen med de kommunale hjemmevejledere, hjemmesygeplejersker, egen læge, sygehuset og psykiatriens skærmede sengeafdelinger," fortæller Vibeke Mortensen.

Mødelokalet, hvor sygeplejerskerne indtager deres frokost, ligger ud til en lang fordelingsgang, som løber hele vejen gennem stueetagen. For enden af gangen snor en trappe sig op til førstesalen, som også huser distriktspsykiatrien.

### **Snørklede veje inden indlæggelse**

"Psykisk syge dør gennemsnitlig i en tidligere alder end ikke-psykisk syge. Ofte er dødsårsagen en fysisk sygdom. Hvordan bruger I jeres faglighed på det somatiske område?" spørger Grete Christensen.

"Vi er meget opmærksomme på ikke udelukkende at fokusere på den psykiske

lidelse," fortæller Gitte Larsen. Vibeke Mortensen supplerer:

"Jeg har lige haft en patient, som klagede over smerter i hovedet. Men hans praktiserende læge blev ved med at sige, at der ikke var noget galt. Det endte med, at jeg ringede 112 og fik patienten indlagt. Det viste sig at være en tumor i hovedet." De to sygeplejersker fortæller, at de brænder for deres job, men at der de seneste år er sparet så voldsomt i psykiatrien, at det rammer patienterne direkte.

"Selv om det kan være frustrerende, er det vigtigt at kunne lægge arbejdet fra sig. Der er ingen, som har gavn af, at vi ligger søvnløse om natten," siger Gitte Larsen. Vibeke Mortensen nikker indforstået:

"Dét der kan være svært at arbejde med i hverdagen, er vanskelighederne ved at få svært psykotiske mennesker tvangsindlagt. Der skal efterhånden meget til, og vejene i vores system med egen læge, politi og sengeafdeling er meget snørklede, inden en patient bliver tvangsindlagt. Det er frustrerende at se et menneske ødelægge sig selv og nogle gange familien,

inden de er dårlige nok til at blive indlagt." Tidligere havde distriktspsykiatrien i Nykøbing Falster en hotline, som patienterne kunne ringe på døgnet rundt. Også i weekenden. Medarbejdere i psykiatriens psykoseteam havde telefonen med hjem på skift. Hvis en patient ringede og havde det dårligt, kunne de tale sammen, og hvis situationen krævede det, kørte sygeplejersken ud til vedkommende.

"Det var en rigtig god ordning, som mange brugte. Nogle ringede for at få gode råd. Andre fordi de havde det virkelig dårligt. Men pga. besparelser har hotlinen nu kun åbent til kl. 22 i hverdage og begrænset åbning i weekenden. Det er meget ærgerligt for patienterne," siger Gitte Larsen.

### Dokumentation dræner

Vibeke Mortensen fortæller, at hun og kollegerne bruger "uandede mængder" af tid på at dokumentere og registrere. Sygeplejerskerne skriver oplysninger ind i den elektroniske patientjournal og booker dato og tid for besøg ind i et andet system. Ydermere skal sygeplejerskerne skrive en ny tid for hjemmebesøg ind i en papirkalender og i kalenderen i Outlook. Derudover skal de udfylde et papirskema til sekretærene, som skal sikre, at de rigtige ydelseskoder kommer i den rigtige rækkefølge, så akkrediteringen bliver korrekt, og psykiatrien får de penge, den har krav på.

"Selv om dokumentation bestemt er vigtigt, forsvinder tiden i sidste ende fra den direkte patientkontakt. Problemet bliver forstærket af det fokus, der er på ydelser," påpeger Vibeke Mortensen og forklarer:

"Vi skal levere X antal ydelser, for at vores distrikt bevilliges den nødvendige økonomi, men der er mange ydelser, vi ikke får penge for. Når jeg f.eks. taler i telefon tre timer med patienter over en uge, så tæller det ikke som en ydelse. Derfor får vi ikke penge for det. Selv om det måske er de samtaler, der forhindrer en indlæggelse. Nogle gange får vi besked oppefra på, at vi skal præstere ydelser, fordi vi er bagud. Konsekvensen er, at tiden går fra patientarbejdet, hvor relationen er omdrejningspunktet. Skabelse og vedligeholdelse af relationer kræver tid og ro, så hverken patienterne, systemet eller os selv er tjent med, at vi skal styres af "ydelse"."

Frokostpausen er slut. Vibeke Mortensen og Grete Christensen skal på besøg hos dagens sidste patient, som bor i Saksøbing små 20 km væk.



Elin har været syg i mere end 30 år. I dag er hun meget stabil, bor i en lejlighed og klarer hverdagen på almindelig vis. Psykiatrisk sygeplejerske Vibeke Mortensen besøger ca. hver anden måned Elin. På billedet ses Vibeke Mortensen (th.), Grete Christensen (mf.) og Elin med ryggen til.

Sygeplejerskerne bruger meget tid på dokumentation og registrering. Her er psykiatrisk sygeplejerske Vibeke Mortensen i gang med at skrive en aftale for et patientbesøg ind i kalenderen. I baggrunden ses Grete Christensen.



### Sygeplejerskernes arbejdsopgaver

Sygeplejerskerne i distriktspsykiatrien i Region Sjælland varetager primært opgaver i forbindelse med behandlingen af borgere med psykiatiske lidelser. Behandlingen foregår primært i borgerens eget hjem, hvor sygeplejerskerne følger op på den medicinske behandling, ordineret af lægerne. Sygeplejerskerne vejleder og støtter patienterne og deres pårørende, hvor patienternes symptomer skaber begrænsninger eller problemer. Målet er, at borgeren mestrer hverdagen på den mest meningsfulde vis. Sygeplejerskerne planlægger selv deres hjemmebesøg. Der er ikke afsat en bestemt tidsnorm til den enkelte patient pr. uge. Nogle patienter ser sygeplejerskerne kun én gang om året, andre hver uge i kortere perioder. Alle sygeplejerskerne har mobiltelefoner, som patienterne kan ringe til, ligesom de kan kontakte sygeplejerskerne via mail.

## Seniorer: Brug os mere

AF SØREN PALSBO, JOURNALIST • FOTO: POUL RASMUSSEN

*Seniorsammenslutningen i Dansk Sygeplejeråd tæller over 6.000 erfarne sygeplejersker. De skal i nær fremtid vælge bestyrelse for en ny toårig periode.*

“Når Dansk Sygeplejeråd arbejder med ikke alene seniorpolitik, men også sundhedspolitik og udvikling af sygeplejen, vil seniorsygeplejerskerne gerne inddrages noget mere. Vi har den store faglige erfaring og kan se udviklingen i et andet perspektiv, takket være den proces, vi har været igennem i mange år.”

Ordene kommer fra Bente Pedersen, der er formand for Seniorsammenslutningen i Dansk Sygeplejeråd. Seniorerne har i nogen tid arbejdet på at blive mere synlige og få mere indflydelse i sygeplejerskernes faglige organisation. Ved Dansk Sygeplejeråds seneste kongres fik Seniorsammenslutningens formand for første gang mulighed for et indlæg under debatten om Dansk Sygeplejeråds virksomhed, og der blev ved kongressen givet tilsagn om, at der skal arbejdes for at gøre Seniorsammenslutningen mere synlig.

2011 er som bekendt valgår. Også i Seniorsammenslutningen, der iht. vedtægterne skal vælge en ny landsbestyrelse på fem medlemmer. Valget afgøres i begyndelsen af juni, og den nyvalgte bestyrelse tiltræder i august 2011. Alle medlemmer af Dansk Sygeplejeråd, der modtager pension eller efterløn, er automatisk medlemmer af Seniorsammenslutningen. Ved nytår 2011 var medlemsgruppen i sygeplejerskernes faglige organisation. Seniorsammenslutningen har fem lokale kredse ligesom Dansk Sygeplejeråd.

“Da vi var med ved Dansk Sygeplejeråds seneste kongres, kom flere delegerede og spurgte, hvilke områder af beretningen vi gerne ville kommentere. De blev overraskede over, at vi mener, vi kan bidrage med noget på de fleste områder,” siger Bente Pedersen.

“Det er selvfølgelig ikke alle medlemmer af Seniorsammenslutningen, der har lyst til at gå ind i dette arbejde. For mange betyder det sociale samvær med kolleger mest, og det er jo fuldt forståeligt,” siger seniorernes formand, der i øv-



Seniorsammenslutningen holder bestyrelsesmøde i Kvæsthuset i København. I forgrunden til højre Kirsten Vognsen Frendrup, Molbjerg, og i retning med uret Rita Kristensen, Århus, for bordenden formanden Bente Pedersen, Anisse, derefter Jytte Brix Gregersen, Aabenraa, og Gerda Jakobsen, Slagelse.

rigt genopstiller ligesom hovedparten af de nuværende bestyrelsesmedlemmer.

### Mobbet til at gå på efterløn

Det er ikke mindst seniorpolitikken, de erfarne sygeplejersker gerne vil bidrage til. For mange ældre sygeplejersker er der langt mellem arbejdsgivernes erklærede ønske om at beholde de ældre medarbejdere på arbejdspladsen så længe som muligt og de faktiske arbejdsvilkår og situationen på arbejdspladsen.

“Vi hører da ældre kolleger sige, at de nærmest har følt sig mobbet til at gå på efterløn,” siger Bente Pedersen og tilføjer: “Og der er også ældre kolleger, som føler et dilemma, når de er bevidste om, at

der er nyuddannede sygeplejersker, der har svært ved at få job, og som vi risikerer at miste i sygeplejen, fordi de vælger et andet fag.”

Seniorsammenslutningens formand lover, at seniorerne også deltager, når Dansk Sygeplejeråd om små to måneder indleder “Sygeplejens År”, hvor der sættes fokus på sygeplejen og sygeplejens rolle i det moderne velfærdssamfund. Men seniorerne vil ikke mindst markere sig ved FN’s internationale ældredag, lørdag den 1. oktober.

“Ældredagen blev indstiftet for omkring 20 år siden, men har kun været fejret i Danmark de seneste fire år. Det er jo tankevækkende,” siger Bente Pedersen.

### Opstillingsfrist den 1. maj

Kandidater til landsbestyrelsen for Seniorsammenslutningen i Dansk Sygeplejeråd skal melde deres kandidatur til deres lokale kreds i Dansk Sygeplejeråd senest den 1. maj. Der vælges desuden fem suppleanter til bestyrelsen, som er personlige suppleanter for kredsens bestyrelsesmedlemmer.



## Tjek dit arbejdssted

Du kan opdatere og ændre arbejdssted direkte fra din profil. En korrekt registrering af dit arbejdssted betyder, at hjemmesiden bedre kan målrette indholdet til dig. Klik på "Skift Arbejdssted" og følg vejledningen. Hvis dit arbejdssted mangler i oversigten, får du mulighed for at udfylde en kontaktformular, der sendes direkte til kredsen. På den måde får vi kendskab til de arbejdssteder, der endnu ikke er ændrede.

## Find artikler fra Sygeplejersken

Nu kan du finde alle tidligere udgaver af *Sygeplejersken* på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk). Alle blade er blevet overført til den nye hjemmeside, og i arkivet kan du søge efter specifikke numre af *Sygeplejersken* helt tilbage fra 1997.

## Se video fra konference om fremtidens kliniske uddannelse

Ved en konference den 28. marts bliver der sat fokus på udvikling og nytænkning af fremtidens kliniske uddannelse på sygeplejerskernes grunduddannelse. I kølvandet på konferencen bliver der oprettet en faglig temaside på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) hvor de fælles oplæg fra dagen vil ligge som videoklip sammen med konferencematerialet. Derudover vil kliniske vejledere og uddannelsesansvarlige blive opfordret til at indsende gode eksempler på udvikling og nytænkning af den kliniske uddannelse, som andre kan hente.

## Teknikken på plads

En række af de tekniske problemer, der har været i forbindelse med lanceringen af det nye [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) er nu kommet på plads. Det betyder, at det igen er muligt at udfylde og tilrette sin profil, og at man igen kan tilmelde sig nyhedsmails direkte fra sin profil.

## Valg til landsbestyrelsen i Seniorsammenslutningen

Landsbestyrelsen for Seniorsammenslutningen i Dansk Sygeplejeråd skal have nye medlemmer og afholder derfor valg i juni.

### Bestyrelsens sammensætning

Der vælges et medlem og en suppleant for hver af de fem kredse, som Seniorsammenslutningen er inddelt i. Valget foregår i de enkelte kredse.

### Medlemmerne

Alle medlemmer af Dansk Sygeplejeråd, som modtager pension eller efterløn, er automatisk medlemmer af Seniorsammenslutningen og er dermed valgbare og stemmeberettigede til bestyrelsesvalget.

Det er muligt kun at opstille som suppleant. Betingelsen er dog, at der er en, som stiller op som medlem i samme kreds.

### Konstituering

Bestyrelsen konstituerer sig umiddelbart efter valget med formand, næstformand, kasserer, sekretær og it-ansvarlig, og bestyrelsen træder i funktion umiddelbart efter generalforsamlingen, som holdes i august måned.

Læs også interview med Bente Pedersen, formand for Seniorsammenslutningen i Dansk Sygeplejeråd, side 40 i dette nummer af *Sygeplejersken*.

## KALENDERKLIP

Uddrag af Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensens kalender.



### Mandag den 28. marts

- Konference om klinisk uddannelse på grunduddannelsen, København
- Møde i FTF's forretningsudvalg, København

### Tirsdag den 29. marts

- Udvalgmøde i FTF om arbejdsliv, København
- Interne møder i Kvæsthuset, København

### Onsdag den 30. marts

- Formandskabsmøde blandt organisationerne til initiativet "Stormøde", København

### Torsdag den 31. marts

- Generalforsamling i European Federation of Nurses' Organization (EFN), Island

### Fredag den 1. april

- Generalforsamling i European Federation of Nurses' Organization (EFN), Island

### Mandag den 4. april

- Politikermøde mellem Sundhedskartellet, Yngre Læger, Speciallægerne, HK og FOA, København
- Møde med formanden for Grønlands Sygeplejerskeforening, PK, København
- Oplæg for Rotary, Stenlille

### Tirsdag den 5. april

- Interne møder i Kvæsthuset, København

### Onsdag den 6. april

- Temadag for Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse, Vilvorde

### Torsdag den 7. april

- Interne møder i Kvæsthuset, København

### Fredag den 8. april

- Bestyrelsesmøde i Pensionskassen for Sygeplejersker, København
- Generalforsamling i Pensionskassen for Sygeplejersker, København



FOTO: SIMON KLEIN-KNUDSEN

Fredag den 11. marts samledes godt 1.000 af Sundhedskartelletts tillidsrepræsentanter og fællestillidsrepræsentanter til stormøde i København. Her fik de en grundig præsentation af årets overenskomstresultater, bl.a. af Sundhedskartelletts formand Grete Christensen. De fik også mulighed for at stille detaljerede, uddybende spørgsmål, så de i ugerne op til afstemningen har kunnet informere deres kolleger bedst muligt om OK 11.

## TR-møde på statens område

Torsdag den 17. marts samledes Dansk Sygeplejeråds tillidsrepræsentanter på statens område til fællesmøde i København om OK 11-resultatet. Næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Dorte Steenberg, indledte mødet med at gennemgå resultatet, som derefter blev debatteret indgående. Mange indlæg var kritiske over for den smalle ramme, men der var samtidig også mange af de fremmødte, der udtrykte forståelse for resultatet set i lyset af finanskrisen.

## Udforsk og debatter OK 11 på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk)

Har du spørgsmål til de nye overenskomstresultater, kan du finde svar og informationer på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk)

Her finder du også et særligt debatområde om OK 11, hvor du kan stille spørgsmål, komme med kommentarer og diskutere OK 11 med andre medlemmer af Dansk Sygeplejeråd.

[www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) > Fag og viden > OK11

### 2011

| November  | December   | Januar  | Februar  | Marts   | April  |
|---|--|---|--|---|--|
| <p><b>22.:</b> Sundhedskartellet (SHK) udveksler krav med Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Kommunernes Landsforening (KL).</p> <p><b>25.:</b> Mundtlig kravpræsentation med RLTN og KL.</p> | <p><b>15.:</b> Centralorganisationernes Fællesudvalg (CFU) sender de statsansattes krav til Finansministeriet/ Personalestyrelsen.</p> <p><b>16.:</b> Første forhandlingsmøde mellem finansministeren og CFU.</p> <p><b>17.:</b> Første politiske forhandlingsmøde med RLTN og KL.</p> | <p><b>11.:</b> Forhandlinger om overordnede krav på statsområdet mellem CFU og finansministeren.</p> <p><b>17.:</b> Forhandlingsmøde på statsområdet om sosu-undervisere.</p> <p><b>21.:</b> Tværgående forhandlinger med Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN).</p> <p><b>24.:</b> Forhandlingsmøde på statsområdet om undervisere ved professionshøjskoler.</p> <p><b>25.:</b> Sundhedskartellets egne forhandlinger med RLTN.</p> <p><b>25.:</b> Sundhedskartellet forhandler med Kommunernes Landsforening (KL).</p> <p><b>27.:</b> Forhandlinger om overordnede krav på statsområdet mellem CFU og finansministeren.</p> | <p><b>10.:</b> Politisk forhandlingsmøde med KL.</p> <p><b>11.:</b> Tværgående forhandlinger med RLTN.</p> <p><b>14.:</b> Sundhedskartellets egne forhandlinger med RLTN.</p> <p><b>25.:</b> Tværgående forhandlinger med RLTN.</p> <p><b>26.:</b> Sundhedskartellets egne forhandlinger med RLTN.</p> <p><b>27.:</b> Sundhedskartellet forhandler med Kommunernes Landsforening (KL).</p> | <p>Urafstemningsmateriale udsendes, og urafstemning gennemføres. Evt. varsling af konflikt.</p> | <p><b>1.:</b> Ny overenskomst er godkendt, eller - hvis der ikke er opnået et forhandlingsresultat, eller forhandlingsresultatet forkastes ved urafstemning - en varslet konflikt begynder. I tilfælde af forhandlingssammenbrud kan Forligsinstitutionen overtage ledelsen af fortsatte forhandlinger, og forligsmanden kan evt. udsætte en varslet konflikt i op til to gange 14 dage.</p> |

# Vigtigt at stemme

1

Sidste frist  
for at stemme  
nærmer sig

## Urafstemningsmateriale med posten

Er du aktivt stemmeberettiget medlem af Dansk Sygeplejeråd, vil du i dagene efter den 11. marts 2011 have modtaget et brev med det såkaldte urafstemningsmateriale og vejledning til, hvordan du stemmer om overenskomstresultatet. Urafstemningsmaterialet præsenterer Sundhedskartellets og særligt Dansk Sygeplejeråds overenskomstaftaler med Danske Regioner og KL. Der er desuden mulighed for at finde uddybninger af overenskomstresultaterne på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk)

2

## Sådan stemmer du

Efter at Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse og kongres har godkendt overenskomstresultatet og dermed anbefalet medlemmerne af Dansk Sygeplejeråd at stemme ja til det, er det medlemmernes tur til at give deres mening til kende. Alle stemmeberettigede medlemmer kan deltage i afstemningen om overenskomstresultatet på de regionale og kommunale områder. Du kan anvende én af følgende tre afstemningsmetoder:

- internettet
- sms
- brevstemme.

De tre afstemningsmetoder er beskrevet detaljeret i den vejledning, som du i uge 11 har modtaget med posten sammen med urafstemningsmaterialet. Informationen findes også på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) Afstemningen løber frem til kl. 23.59 den 28. marts for stemmer afgivet via internet eller sms, mens brevstemmer skal være Dansk Sygeplejeråd i hænde senest kl. 9.00 den 29. marts.



3

## Er du stemmeberettiget?

Medlemmer af Dansk Sygeplejeråd, der er registreret som aktive i Dansk Sygeplejeråds medlemsregister pr. 1. marts 2011, er stemmeberettigede.

## Sidste chance for at stemme

Elektroniske stemmer skal afgives senest den **28. marts kl. 23.59**, mens brevstemmer skal være Dansk Sygeplejeråd i hænde **senest kl. 9.00 den 29. marts.**

## Konsekvens af ja og nej

Ifølge Dansk Sygeplejeråds love falder afgørelsen af afstemningen ved "simpel stemmeflerhed". Det betyder, at overenskomstresultatet er godkendt, såfremt der er afgivet flere ja- end nejstemmer og omvendt, at det er forkastet, hvis der er afgivet flere nej- end jastemmer.

### Hvis det bliver et ja

Stemmer medlemmerne af Dansk Sygeplejeråd ja til overenskomstresultatet, træder aftalerne i kraft den 1. april 2011 og gælder de næste to år, da der i år er aftalt en toårig overenskomstperiode.

### Hvis det bliver et nej

Stemmer et flertal af medlemmerne nej til overenskomstresultatet, samles Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse for at tage stilling til næste træk. Hovedbestyrelsen har herefter to muligheder:

- 1) at varsle konflikt
- 2) at forsøge at få genoptaget forhandlingerne med arbejdsgiverne med henblik på at genforhandle overenskomstresultaterne, evt. med hjælp fra Forligsinstitutionen.

» Reguleringsordningen betyder normalt, at vi får lønstigninger, men under krisen er det gået den anden vej. Vi har fået i pose og i sæk, og nu skal vi være med til at betale.

Jan Rinder, formand for 3F Nordsjælland Syd, i Frederiksborg Amt Avis, den 16. marts.

Pensionskassen for Sygeplejersker

## Indkaldelse til generalforsamling

Der afholdes i henhold til vedtægtens § 5 ordinær generalforsamling i Pensionskassen for Sygeplejersker (CVR nr. 71971511, Gentofte Kommune)

Fredag den 8. april 2011, kl. 10.30 i Forca, Tuborg Boulevard 3, 2900 Hellerup

Dagsordenen er følgende:

1. Valg af dirigent.
2. Bestyrelsens beretning.
3. Forelæggelse af årsrapport, revisionsberetning samt godkendelse af resultatopgørelse og balance.
4. Fastsættelse af stedet for næste års generalforsamling.

Materialet udsendes til samtlige delegerede senest 14 dage før generalforsamlingen.

Medlemmer, der ønsker at overvære generalforsamlingen, skal rekvirere adgangskort ved henvendelse til PKA senest den 4. april 2011. Alle interesserede medlemmer kan desuden rekvirere den skriftlige beretning ved henvendelse til PKA.

PKA kan træffes pr. e-mail: [delegeret@pka.dk](mailto:delegeret@pka.dk) eller pr. telefon: 39 45 45 22 eller ved personlig henvendelse hos PKA, Tuborg Boulevard 3, 2900 Hellerup.

I henhold til vedtægten vil dagsordenen og de fuldstændige forslag samt årsrapporten og revisionsberetningen blive bekendtgjort på hjemmesiden [pka.dk](http://pka.dk) og være fremlagt til eftersyn for medlemmerne hos PKA, Tuborg Boulevard 3, 2900 Hellerup senest 14 dage før generalforsamlingen.



Til type 2-diabetes

**Klar**



**Parat**



**Start**



PRODUKTRESUMÉ FINDES PÅ SIDE 46



**VICTOZA®  
(LIRAGLUTID)**



**– så enkelt er det!**



**VICTOZA®  
(LIRAGLUTID)**

**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 virkningsveje. **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 gastroparese, og Victoza® anbefales derfor ikke til disse patienter. Brug af Victoza® er forbundet med forbigående gastrointestinale bivirkninger, herunder kvalme, opkastning og diarré. Brug af andre GLP-1-analoger er blevet associeret med risikoen for pankreatitis. Der er rapporteret om få tilfælde af akut pankreatitis. Patienterne skal informeres om de karakteristiske symptomer på akut pankreatitis: vedvarende, kraftige abdominalsmerter. Hvis der er mistanke om pankreatitis, skal Victoza® og andre potentielt mistænkte lægemidler seponeres. Thyroidea-relaterede bivirkninger, herunder øget blodcalcitonin, struma og thyroidea adenom er blevet rapporteret i kliniske studier, særligt hos patienter med allerede eksisterende 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. Hos patienter, behandlet med Victoza®, er tegn og symptomer på dehydrering, inklusiv ændring i nyrefunktionen, blevet indrapporteret. Patienter, der behandles med Victoza®, skal informeres om den potentielle risiko for dehydrering i relation til bivirkninger fra mave-tarm-kanalen og tage forholdsregler for at undgå væskemangel. **Interaktioner:** In vitro har liraglutid udvist meget lavt potentiale for involvering i farmakokinetisk interaktion med andre aktive stoffer relateret til cytochrom P450 og plasma-proteinbinding. Den mindre forsknelse af ventrikeltømmningen, liraglutid forårsager, kan påvirke absorptionen af samtidigt oralt indgivne lægemidler. Interaktionsundersøgelser har ikke påvist nogen klinisk relevant forsknelse af absorptionen. **Paracetamol:** Dosisjustering ved samtidig brug af paracetamol er ikke nødvendig. **Atorvastatin:** Juste-

ring af atorvastatindosis er ikke nødvendig ved administration sammen med liraglutid. **Griseofulvin:** Dosisjustering for griseofulvin og andre forbindelser med lav opløselighed og høj permeabilitet er ikke nødvendig. **Lisinopril og digoxin:** Dosisjustering for lisinopril eller digoxin er ikke nødvendig. **Oral kontraktion:** Der var ingen klinisk relevant virkning på den overordnede eksponering for hverken ethinyløstradiol eller levonorgestrel. Det forventes derfor ikke, at kontraktionsmidlernes virkning påvirkes ved samtidig administration med liraglutid. **Warfarin:** Der er ikke udført interaktionsundersøgelser. En klinisk relevant interaktion med aktive stoffer med lav opløselighed eller snævert terapeutisk indeks, f.eks. warfarin, kan ikke udelukkes. Ved initiering af behandling med liraglutid hos patienter i behandling med warfarin anbefales mere hyppig overvågning af INR (International Normalised Ratio). **Insulin** Kombination af liraglutid og insulin er ikke blevet vurderet og anbefales derfor ikke. **Graviditet og amning:** **Graviditet:** Data for anvendelse af Victoza® til gravide er utilstrækkelige. Dyreforsøg har påvist reproduktionstoksicitet. Den potentielle risiko for mennesker er ukendt. Victoza® må ikke anvendes under graviditet, og det anbefales at anvende insulin i stedet. Hvis en patient ønsker at blive gravid, eller der konstateres graviditet, bør Victoza® seponeres. **Amning:** Det vides ikke, om liraglutid udskilles i modermælken. Dyreforsøg har påvist, at liraglutid og metabolitter, der er nært strukturelt beslægtede, kun i ringe omfang udskilles i modermælken. Ikke-kliniske undersøgelser har påvist en behandlingsrelateret reduktion af neonatal vækst hos diende rotteunger. På grund af den manglende erfaring må Victoza® ikke anvendes under amning. **Virkning på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner:** Der er ikke foretaget undersøgelser af virkningen på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner. Patienterne bør rådes til at udvise forsigtighed for at undgå hypoglykæmi, mens de fører motorkøretøj eller betjener maskiner, særligt hvis Victoza® anvendes i kombination med sulfonylurinstof. **Bivirkninger: Infektioner og parasitære sygdomme:** Nasofaryngitis, bronkitis. **Metabolisme og ernæring:** Hypoglykæmi, anoreksi, nedsat appetit. **Nervesystemet:** Hovedpine, svimmelhed. **Mave-tarm-kanalen:** Kvalme, diarré, opkastning, dyspepsi, smerter i øvre abdomen, konstipation, gastrit, flatulens, abdominal distension, gastroøsofageal refluks sygdom, abdominal ubehag, tandsmerter, viral gastroenteritis. **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). **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. **Pankreatitis:** Der er rapporteret om få (< 0,2 %) tilfælde af akut pankreatitis under de langvarige kliniske studier med Victoza®. **Thyroidea-relaterede bivirkninger:** Hos patienter behandlet med liraglutid er thyroidea adenom, øget calcitonin i blodet og struma de mest hyppige thyroidea-relaterede bivirkninger. **Immunogenicitet:** Patienterne kan udvikle antiliraglutid- antistoffer efter behandling med Victoza®, hvilket er konsistent med de potentielt immunogene egenskaber ved lægemidler indeholdende proteiner eller peptider. Dannelse af antistoffer er ikke blevet forbundet med nedsat virkning af Victoza®. Der er rapporteret få tilfælde af 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 køleelementerne. Må ikke fryses. Efter ibrugtagning: Opbevares under 30°C eller opbevares i køleskab (2°C - 8°C) i maksimum 1 måned. Opbevar pennen med penhætten påsat for at beskytte mod lys, når den ikke er i brug. **Udlevering:** Receptpligtigt lægemiddel. Lægemidlet er generelt tilskudsberettiget. **Indehaver af 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 1008,70 kr. Dato Marts 2011. Aktuelle priser findes på [www.medicinpriser.dk](http://www.medicinpriser.dk) **Læs altid indlægssedlen omhyggeligt inden produktet tages i brug. Den fuldstændige produktinformation kan vederlagsfrit fås ved henvendelse til Novo Nordisk Scandinavia, telefon +45 80 200 240. Besøg også [www.novonordisk.dk](http://www.novonordisk.dk)**

Redaktion: Jette Bagh, fagredaktør, og Bente Sivertsen, chefkonsulent

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](http://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](mailto:jb@dsr.dk) eller [bes@dsr.dk](mailto:bes@dsr.dk)**



## - FRA FAGPERSON TIL FAGPERSON

### INDHOLD

- 48** Faglig information
- 50** Bliv bedre til at hjælpe med spisning
- 54** Prioriteringstrappen giver styr på travlheden
- 58** Udarbejdelse af kliniske retningslinjer - en metode til kompetenceudvikling

# Relationel koordinering øger kvaliteten

AF JETTE STEENBERG HOLTZMANN, SYGEPLEJERSKE, CAND.MAG. I PÆDAGOGIK

*Jody Gittells teori om fælles sprog, fælles viden og gensidig respekt kan øge kvaliteten af pleje og behandling.*

Den amerikanske forsker Jody Gittell sætter med sin teori om relationel koordinering fokus på, hvordan koordination mellem frontlinjepersonale bidrager til kvalitet og bedre effektmål for patienter. Teorien har hun udviklet gennem studier af først flyselskaber og siden sundhedsvæsenet, da begge felter er komplekse systemer, der kræver en høj grad af koordinering mellem de ansatte for at opnå gode resultater. Hun viser, at når man på en arbejdsplads har mange fælles mål, deler viden og har gensidig respekt, får man et øget patientudbytte i form af bl.a. forbedret funktionsevne og kortere indlæggelsestider (1,2).

Jody Gittells teori ligger tæt op ad begreberne interprofessionel læring og samarbejde. Den korte definition på interprofessionel læring og samarbejde er, at to eller flere faggrupper lærer med, af og om hinanden i et interagerende samarbejde med inddragelse af patienten (3). Målet er at udvikle en sammenhængende praksis mellem professionelle fra forskellige discipliner for på den måde at forbedre behandling og pleje.

Undersøgelser viser, at interprofessionel

læring og samarbejde skaber positive effekter:

- De sundhedsfaglige medarbejdere opnår en bedre forståelse af, hvordan deres egen profession er integreret i det samlede sundhedssystem.
- Medarbejderne ændrer syn på andre faggrupper gennem øget respekt og erkendelse af betydningen af samarbejde i team.
- Medarbejderne øger deres viden om forskellige gruppers roller og ansvarsområder.
- Interprofessionel læring og samarbejde kan skabe organisatoriske forandringer gennem ændrede arbejdsgange.
- Interprofessionel læring og samarbejde har positiv betydning for kvaliteten af patientplejen, øger patienttilfredsheden og kliniske effekter som lavere infektionsrater, der sker færre kliniske fejl, samt forkorter indlæggelsestiden.

En af fordelene er, at aktørerne ændrer måden, de interagerer med hinanden på. Kulturen på arbejdspladsen og holdningerne ændrer sig og forbedrer de ansattes arbejdsvilkår.

Nogle sundhedsprofessionelle mener, at der bare er tale om tværfagligt samarbejde. Forskellen er imidlertid, at der er fokus på en systematisk patient-/borger-

inddragelse og på et mere interagerende samarbejde, hvor man som professionel bruger den viden, man opnår om samarbejdspartnerne i forhold til egen viden og dermed bliver klogere på sit eget fag og på alle professionernes bidrag i det samlede patientforløb.

Læs mere på [www.ipls.dk](http://www.ipls.dk)

*Jette Steenberg Holtzmann er ansat i Udviklingsafdelingen, Glostrup Hospital.*

### Litteratur

1. Gittell JH. High Performance Health Care: Using the Power of Relationships to achieve Quality, Efficiency and Resilience, New York, McGraw Hill, 2009.
2. Søndergaard Kristensen T. Trivsel og produktivitet – to sider af samme sag, en litteraturgennemgang. HK Danmark, Weidekampsgade 8, 0900 København 2010.
3. WHO Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice, Health Professions Networks, Nursing & Midwifery, Human Resources for Health, World Health Organization, Department of Human Resources for Health, CH-1211 Geneva 27, Switzerland 2010.

**AKTROMMET.NO**  
-nettbutikk for helsearbeidere



## Konference for alle sygeplejersker inden for ortopædkirurgi

AF PREBEN ULRICH PEDERSEN, SYGEPLEJERSKE, PH.D.

*København sætter sygeplejen på verdenskortet i juni.*

EFORT (European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology) afholder sin 12. konference i København fra 1.-4. juni 2011.

EFORT er sammenslutningen af ortopædkirurgiske selskaber i Europa. Hvert år gennemføres en imponerende konference, der omhandler forskning inden for ortopædkirurgi og traumatologi. Der deltager 4.000-5.000 sundhedsprofessionelle fra hele verden.

Siden 2008 har der på EFORT været holdt et specifikt sygeplejesymposium, som er med til at sætte sygepleje på verdenskortet og dagsordenen. Konferencen er derfor en enestående mulighed for sygeplejersker for på tværs af nationale, uddannelsesmæssige og kulturelle forhold at mødes og diskutere sygeplejemæssige problemstillinger.

Programmet er stort, det spænder over indlæg fra en række prominente hovedtalere, symposier, hvor udvalgte emner behandles af 3-4 talere, korte mundtlige præsentationer af projekter og posterudstillinger. Derfor er der rig lejlighed til at få en faglig diskussion og få knyttet kontakter både med nogle af de prominente indlægsholdere, de personer, der har holdt andre indlæg og præsenteret posters, og ikke mindst med sygeplejersker fra andre lande.

Jeg har deltaget i EFORT-konferencer i Wien og Madrid. Hver gang har det fascineret mig at se det stigende antal sygeplejersker, der har præsenteret mundtlige indlæg eller posters og ikke mindst at diskutere med sygeplejersker fra andre lande og finde ud af, at på trods af mange forskelligheder er der flere ting, der knytter os sammen.

Styrken ved EFORT-konferencen er, at den er ved at opbygge et forum specifikt for forskning inden for ortopædkirurgisk sygepleje. Konferencen giver en enestående mulighed for at få input fra et meget bredt felt. For at stimulere og støtte, at sygeplejersker kan deltage i konferencen, er der en særlig lav deltagerafgift for sygeplejersker. Oplysninger om konferencen og registrering på [www.efort.org/copenhagen2011/](http://www.efort.org/copenhagen2011/)

I forbindelse med konferencen arrangeres studiebesøg på relevante institutioner.

Konferencen afvikles på engelsk.

*Preben Ulrich Pedersen er ansat på  
Afdeling for Sygeplejevidenskab,  
Institut for Folkesundhed  
Aarhus Universitet;  
[pup@sygeplejevid.au.dk](mailto:pup@sygeplejevid.au.dk)*

## Jeg vil gerne se dig bruge en saks

Jeg skulle engang hjælpe en ældre mand med at spise. Efter nogen tid så han på mig og sagde: "Jeg kunne godt tænke mig at se dig klippe." Først vidste jeg ikke, hvad det skulle betyde, men så gik det op for mig, at hver gang den arme mand skulle have en skefuld mad ind i sin mund, så åbnede jeg også min mund.

Prøv at hjælpe din mand eller kone med at spise og se, hvad der sker.

Artiklen "Bliv bedre til at hjælpe med at spise" side 50 beskriver uheldige og uhyrlige sider af hjælp til at spise og anviser mulige løsninger, så den patient, der spiser, bliver behandlet med samme respekt og omhu af hjælperen, som den patient, der får taget et ekg.

En god begyndelse er at tale med den, man hjælper, frem for at have en konversation med kollegaen, der står et stykke borte.

Artiklen "Udarbejdelse af kliniske retningslinjer – en metode til kompetenceudvikling" side 58 beskriver fordelene ved at udvikle og benytte kliniske retningslinjer: Sygeplejersker bliver klogere på at tygge og anvende aktuel forskningslitteratur, og udformningen af retningslinjen gavner dermed udviklingen af sygeplejen på afdelingen/i kommunerne, forudsat at brugen af kliniske retningslinjer implementeres i praksis. Målet er, at patienterne får den bedst mulige pleje.

Det gør de så ikke nødvendigvis, når en afdeling er ramt af rød dag. Artiklen om Prioriteringstrappen på side 54 beskriver et prioriteringsredskab, der anvendes af afdelingslederne. Redskabet deler arbejdsdagene op i grønne, gule og røde dage, og farven er en indikator for det niveau, sygeplejen skal udføres på.

En opfølgende kritik af nye prioriteringsredskaber kan læses i *Sygeplejersken* nr. 8/2011.



Sygeplejerske,  
cand.cur.,  
fagredaktør



*Hjælp til at spise foregår langt fra altid respektfuldt. Det viser 42 feltobservationer gjort på to neurologiske afdelinger i Region Sjælland. Der er brug for fokus på opgaven, så omdrejningspunktet ikke blot er ernæring, men også måltidets sanselige og emotionelle aspekter – til gavn for den patient, som modtager hjælp til at spise.*

# Bliv bedre til at hjælpe med spisning

AF BENTE MARTINSEN, SYGEPLEJERSKE, PH.D.

”Ugh, der er en pille i min is,” sagde patienten, en 63-årig kvinde. Hun var indlagt i en neurologisk afdeling og så skarpt på den person, som netop havde givet hende en skefuld is uden at advare hende om, at der var blevet tilsat medicin. Patienten havde en højresidig parese og hang ud af sin kørestol, mens hun fik hjælp til at spise. Den pude, der var anvendt som kile, kunne tilsyneladende ikke korrigere hendes positur.

Ovenstående er et eksempel på en af de 42 feltobservationer, der indgik i en undersøgelse af fænomenet hjælp til at spise. Observationerne blev foretaget i to neurologiske afdelinger, og patienterne havde forskellige neurologiske sygdomme, der bl.a. betød, at deres sprog var reduceret eller uartikuleret. Plejepersonalet var en blanding af sygeplejersker, andre faggrupper og uddannelsessøgende. Observationerne blev foretaget under inspiration af Spradleys (1) metode ”deltagerobservation” (engelsk: participant observation), og der blev skrevet feltnoter undervejs. I det omfang, det var nødvendigt og muligt, blev der stillet enkelte opklarende spørgsmål til patienter og plejepersonale ved observationens afslutning. De renskrevne feltnoter blev analyseret vha. Reflective Lifeworld Research (2). (Den kvalitative tilgang, som blev anvendt til analyse af feltnoterne, er beskrevet i artiklen ”Fænomenologi som forskningsmetode” i *Sygeplejersken* nr. 13/2008).

## Hjælp til spisning er uinteressant

Det er uvist, hvor mange danskere der hver dag får hjælp til at spise i deres eget hjem eller på forskellige institutioner. En svensk undersøgelse anslår, at ca. 10 pct. af de 3.607 deltagere får hjælp til at spise. Deltagerne er plejehjemsbeboere, patienter på langtidsmedicinske og på psykiatriske afdelinger (3). Et belgisk studie vurderer prævalensen af belgiere, som får hjælp til at spise, til at være 14,4 pct. (4,5). Selv om Danmark er sammenligneligt med disse to europæiske lande, signalerer den manglende opførelse, at der herhjemme ikke er den store interesse for fænomenet.

Den gruppe, der hyppigst får hjælp til at spise, er mennesker med demenssygdomme, men det kan også gælde mennesker med f.eks. dissemineret sklerose, apopleksi eller Parkinsons syge (5). Mange, for hvem evnen til at udtrykke sig verbalt er helt eller delvist reduceret. Et vellykket samarbejde mellem en person, der modtager mad, og en, der giver mad, forudsætter, at de to parter er i stand til at koordinere deres adfærd ikke bare rent teknisk, men også på et kreativt niveau (6).

Formålet med dette studie var at undersøge fænomenet ”hjælp til at spise” ved at observere, hvordan mennesker med et reduceret eller uartikuleret sprog assisteres ved måltiderne i en hospitalsafdeling.

I det følgende vil jeg præsentere de fund fra studiet, der inde-

holder det største udviklingspotentiale for klinikere med interesse for måltidsrelateret hjælp.

## Institutionelle strukturer er afgørende

De institutionelle strukturer havde stor betydning for, hvordan hjælp til at spise blev tilvejebragt. Maden blev tilberedt fjernt fra afdelingen og fragtet i en såkaldt madvogn, der typisk blev afhentet efter en time. I løbet af denne time skulle personalet nå at udportionere maden, distribuere den og hjælpe patienter, der havde brug for det. Samtidig fortsatte alle afdelingens aktiviteter parallelt med måltidet.

Hjælp til at spise var forbundet med ventetid. Det var en op-

” Hjælp til at spise kunne også være ledsaget af et sprogligt signal om et særligt måltidsrelateret fællesskab mellem patient og fagperson, som ikke blev virkeliggjort. Dette blev bl.a. illustreret ved brugen af ”vi”.

gave, det var svært på forhånd at estimere tidsforbruget af, og plejepersonalet omdelte typisk maden til medpatienterne, før de tilbød hjælp til at spise. I situationer, hvor en fagperson skulle varetage plejen af andre patienter eller administrative opgaver og samtidig være ansvarlig for at hjælpe en patient med at spise, kunne hjælpen være forbundet med mange afbrydelser, hvor plejepersonalet forlod patienten for at varetage andre opgaver. Skift af personale midt i maden forekom også, og disse skift blev ikke altid fulgt af forklaringer til patienten. Undersøgelser (f.eks. blodprøver, røntgen) af patienten eller samtaler med andre fagpersoner afbrød også måltidet. Selv om plejepersonalet i nogle tilfælde beskrev det som ”grove løjer”, når patienten f.eks. fik taget blodprøver midt i måltidet eller blev hentet til en undersøgelse, indeholder materialet ingen eksempler på, at plejepersonalet forsøgte at frede patienternes måltider.

## Sanselighed versus målrettethed

Hjælp til at spise var en oplagt chance for at føre samtaler med patienterne, der drejede sig om andre ting. Det at have en fagperson i sin umiddelbare nærhed under det meste af den tid, måltidet varede, kunne for nogle patienter være en god mulighed for at tale om emner, som lå dem på sinde. For plejepersonalet var måltidet en situation, der gav mulighed for at indsamle vigtige data om patienten til anvendelse i den aktuelle pleje og behandling eller i beslutninger, der vedrørte patientens fremtid. Hjælp til at spise gav også mulighed for at vurdere patientens



ARKIVFOTO: SØREN HOLM

fysiske og psykiske funktionsniveau. F.eks. kunne patienten blive bedt om at ”prøve selv” eller kunne få bestik eller glas i hånden, som han eller hun forventedes at forsøge at anvende.

Hjælp til at spise blev først og fremmest ydet ud fra et ønske om at imødekomme patienternes ernærings- og væskebehov. Plejepersonalet beskrev maden som ”ernæring”, og patienter, som ikke spiste den afmålte mængde, kunne blive tilbudt supplerende kost i form af dessert eller proteindrik.

Indtagelse af medicin spillede også en meget vigtig rolle, når der blev ydet hjælp til at spise. Én eller flere, evt. knuste, tabletter blev givet sammen med en mundfuld mad. Når medicinen blev tilsat maden, kunne patienten blive orienteret om det. I andre tilfælde blev patienterne overraskede over den uventede smag af medicin i maden. Plejepersonalet besluttede, hvornår medicinen skulle gives, og fra det øjeblik patienten havde indtaget den, kunne måltidet blive mindre betydningsfuldt. De verbale opmuntringer til at spise, som var givet under måltidet, blev da reduceret. At indtagelse af medicin nedsatte nydelsen af maden, var noget, plejepersonalet vidste og gav udtryk for, mens de hjalp patienterne. Det fremgik f.eks. af kommentarer som ”nu mangler der bare én (tablet)”, eller ”nu er det (medicinindtagelsen) snart overstået”.

### Skiftende hjælpere dagen igennem

Undersøgelsen viste, at hjælp til at spise blev betragtet som en opgave, der kunne uddelegeres. Nyansat personale og personale

under uddannelse lærte hurtigt at udvælge den rigtige mad, at øse den op og distribuere den, og der var en forventning om, at de selvstændigt var i stand til at hjælpe patienterne med at spise efter ganske kort tid.

Kontinuitet i plejen behøvede ikke at omfatte hjælp til at spise. At én person hjalp en patient med ét måltid, medførte ikke med sikkerhed, at samme person assisterede ved det næste, selv om vedkommende var til stede. Ej heller forudsagde varetagelsen af anden fysisk pleje, hvem der ville assistere patienten med maden. Visse opgaver blev udelukkende varetaget af sygeplejersker. Det indebar, at ansvaret for hjælp til at spise blev uddelegeret til en kollega med en anden faglig baggrund, som ikke nødvendigvis var involveret i andre dele af den pågældendes pleje. I de tilfælde, hvor én havde ansvaret for plejen af flere patienter med behov for hjælp til at spise, blev arbejdet med at assistere den ene givet videre til en kollega for at undgå lang ventetid for patienten, som skulle have hjælp.

### Dobbelt dialog under måltidet

At hjælpe en patient med at spise så ud til at påvirke den tone, der blev anvendt, når en fagperson henvendte sig til patienten uanset dennes mentale tilstand. Korte sætninger, høj stemmeføring og vendinger, der normalt anvendes til børn, kunne optræde, når patienter fik hjælp til at spise.

Et andet fund var en udbredt brug af dobbelt-dialog: Den person, der hjalp patienten, kunne f.eks. føre en samtale med en ►

- ▶ tilstedeværende kollega, men samtidig tale med patienten om ting, der vedrørte måltidet. Den kollegiale samtale kunne dreje sig om patienten, om andre faglige forhold, eller den kunne være privat. Mens dialogen med patienten bestod af korte, koncise sætninger, var samtalen personalet imellem mere lavmælt og nuanceret.

Hjælp til at spise kunne også være ledsaget af et sprogligt signal om et særligt måltidsrelateret fællesskab mellem patient og fagperson, der ikke blev virkeliggjort. Dette blev bl.a. illustreret ved brugen af ”vi”. ”Skal vi prøve kaffen?” er et eksempel på denne sproglige fællesgørelse. Imidlertid indeholder materialet ingen eksempler på, at plejepersonalet faktisk spiste eller drak, mens de assisterede patienter med maden. Måltider kunne også anvendes til at tidsfæste særlige aktiviteter for patienterne, f.eks. ”til middag kommer du op at sidde” eller ”når du har spist, må du komme tilbage i sengen”. Måltiderne blev annonceret som begivenheder, det var værd at se frem til: ”nu er der snart mad”, og ”i dag er det søndag, så er der sodavand”. Denne positive omtale kunne imidlertid stå i kontrast til den faktiske gennemførelse af måltidet, hvor omgivelserne kunne være præget af støj fra medpatienter, personale, klokker, telefoner, tv, etc.

### En voksen iført hagesmæk

For at beskytte tøjet mod evt. pletter var et spisestykke, en hagesmæk eller en stor tøjserviet obligatorisk, medmindre patienten

**” Hjælp til at spise kunne efterlade madrester eller væske i patientens ansigt. I nogle tilfælde blev disse tørret af med spisestykket, i andre blev de skrabet af med en ske. Hvor ofte og hvordan patienten blev rengjort, afhæng af den enkelte fagperson.**

terne direkte frabad sig brugen. Dette hjælpemiddel blev bundet rundt om patientens hals eller lagt på maven uden spørgsmål. Hjælp til at spise kunne efterlade madrester eller væske i patientens ansigt. I nogle tilfælde blev disse tørret af med spisestykket, i andre blev de skrabet af med en ske. Hvor ofte og hvordan patienten blev rengjort, afhæng af den enkelte fagperson. Det skete, at patientens ansigt først blev tørret, når måltidet var bragt til ende.

Hjælp til at spise foregik i et fælles spisemiljø, på gangen eller på patientens stue. Valget afhæng primært af, hvad der var praktisk i forhold til afviklingen af det samlede måltid for alle afdelingens patienter. Dog blev patienter med koncentrationsproblemer hjulpet på deres stue. Ingen anvendte patienternes potentielle generthed eller skamfuldhed i forhold til at modtage hjælp

på steder, hvor det var synligt for andre (fremmede) som argument for valget.

### Uforvarende krænkelser af patienten

Alt i alt er det et lidt dystert billede, resultaterne tegner af fænomenet hjælp til at spise. Uden at ønske det kommer plejepersonalet til at tilsidesætte nogle konventioner, der gælder, når selvhjulpne mennesker spiser. I visse tilfælde kan handlingerne opfattes som undladelser eller krænkelser. De seneste års fokusering på hospitalsindlagte patienters ernæringsstatus (7) kan tænkes at have haft den utilsigtede konsekvens, at måltidets relationelle aspekt er blevet tilsidesat. Såfremt ernæringsscreeninger, kostberegninger, hygiejneregler og lignende faste procedurer dominerer sygeplejen, risikerer det unikke i situationen at gå tabt (8). En regelbunden adfærd kan fjerne opmærksomheden fra patientens individuelle behov og levne en sparsom plads til det faglige skøn. Opmærksomhed forudsætter en vis langsomhed, tålmodighed og ro, og i en kultur med mange faste normer, regler og rammer vil skønnet have vanskelige vilkår. Hermed kan plejepersonalet uforvarende komme til at krænke patienterne (8).

Observationerne viste, at hjælp til at spise tilvejebringes af plejepersonalet, der arbejder under tidspres. Hjælpen blev ydet, når andre opgaver tillod det, og det kunne ske på en måde, der sparede tid. Fra et fænomenologisk perspektiv kan dette ses som et skisma mellem subjektiv og objektiv tid. Subjektiv tid er en persons umiddelbare oplevelse af tid, der både omfatter fortiden og forventninger til fremtiden. Tiden kan føles lang, når man venter, eller den kan gå hurtigt, hvis man foretager sig noget sjovt. Den objektive tid kan måles f.eks. med ur eller kalender (9). Selvom subjektiv og objektiv ikke er to adskilte størrelser i den menneskelige bevidsthed, kan der være tilfælde, hvor de kommer i konflikt med hinanden (10). Oprindeligt hører det at spise til den subjektive tid, idet alle mennesker har deres egen spiserytme. Når ét menneske assisteres af et andet menneske, er spisemønstret ikke længere styret af den subjektive tid, men af den objektive, dvs. plejepersonalets, tid. På et hospital er hjælp til at spise desuden underlagt nogle strukturer, der kun tillader en afmålt tid til at assistere patienter med maden. Dette forhold kan intensivere skismaet mellem subjektiv og objektiv tid, da plejepersonalet på én gang skal tage hensyn til patienten og til institutionens tidsramme. Patientens mulighed for at øve indflydelse på denne konflikt er begrænset.

### Hjælper skærmede måltider?

Hjælp til at spise så ikke ud til at være betydningsfuldt nok til at kunne suspendere eller udsætte andre af hospitalets opgaver. Alle aktiviteter fortsatte upåagtet, selvom næsten alle patienter skulle have en eller anden form for assistance i forbindelse med

” Alt i alt er det et lidt dystert billede, resultaterne tegner af fænomenet hjælp til at spise. Uden at ønske det kommer plejepersonalet til at tilsidesætte nogle konventioner, der gælder, når selvhjulpne mennesker spiser.

maden, og det medførte en anseelig arbejdsmængde for plejepersonalet. Måltider blev afbrudt, når personalet skulle varetage andre opgaver, eller fordi patienterne skulle have foretaget undersøgelser eller lignende. Der var intet koordineret forsøg på at skærme patienternes måltider mod afbrydelser. I England har man siden 2004 udviklet begrebet protected mealtimes (PM), der betyder, at patienterne skærms mod udefrakommende personale og pårørende, når der spises (11). Formålet er at forbedre patienternes ernæring, og kun plejepersonale, der hjælper patienterne med maden, må være til stede. Patienten får hermed mulighed for at indtage maden uden forstyrrelser, og samtidig sikrer PM, at personalet har den fornødne tid til at hjælpe patienterne uden konkurrence fra andre opgaver. Resultaterne viser dog, at beslutningen om at indføre PM ikke i sig selv er nok til at sikre, at måltiderne reelt er uforstyrrede. Fristelsen til lige at tage et blodtryk midt i maden kan være stor, og arbejdet med at udbrede og konsolidere PM som almindelig praksis er langtfra afsluttet (11).

### Måltider skal være respektfulde

Måltidets strukturelle betingelser på hospitaler trænger til at blive revurderet, så plejepersonalet fritages for andre opgaver i de tidsrum, hvori måltiderne afvikles. En mere fleksibel afvikling af måltiderne, der afhænger af, hvor mange patienter der skal have hjælp til at spise, er en anden mulighed. Undersøgelsen viser, at det er af stor betydning at finde en måde, hvorpå det bliver muligt at hjælpe sårbare patienter med at spise på en respektfuld måde. De seneste års fokus på den ernæringsmæssige side af patienternes måltider kan nu med fordel følges op af en nytænkning af måltidets emotionelle og sanselige aspekter.

*Bente Martinsen er adjunkt på  
Afdeling for Sygeplejevidenskab i Århus;  
bm@sygeplejevid.au.dk*

### Litteratur

1. Spradley JP. Participant Observation. U.S.: Thomson Learning; 1980.
2. Dahlberg K, Dahlberg H, Nystrom M. Reflective Lifeworld Research. Stockholm: Studentlitteratur; 2008.
3. Sandman PO, Norberg A, Adolfsson R, Eriksson S, Nystrom L. Prevalence and characteristics of persons with dependency on feeding at institutions for elderly. *Scand.J.Caring Sci.* 1990;4(3):121-7.
4. Evers G, Viane A, Sermeus W, Simoens-De Smet A, Delesie L. Frequency of and indications for wholly compensatory nursing care related to enteral food intake: a secondary analysis of the Belgium National Nursing Minimum Data Set. *J.Adv.Nurs.* 2000 Jul;32(1):194-201.
5. Backstrom A, Norberg A, Norberg B. Feeding difficulties in long-stay patients at nursing homes. Caregiver turnover and caregivers' assessments of duration and difficulty of assisted feeding and amount of food received by the patient. *Int.J.Nurs.Stud.* 1987;24(1):69-76.
6. Martinsen B, Harder I, Biering-Sorensen F. Sensitive cooperation: a basis for assisted feeding. *J.Clin.Nurs.* 2009 Mar;18(5):708-15.
7. www.sst.dk>ernæring>Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere, og kliniske diætister. Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko.pdf Besøgt d. 04.03.11.
8. Martinsen K, editor. Sårbarheten og omveiene. Løgstrup og sygeplejen. Bugge D, Bøwardt PR, Sørensen PA ed. Frederiksberg: Forlaget Anis; 2005.
9. Van Manen M. Researching Lived Experience. Human science for an action sensitive pedagogy. New York: State University of New York Press; 1990.
10. Toombs SK. The Meaning of Illness. A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 1993.
11. <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/>protected-mealtimes>Protected-Mealtimes-Review-Finding-and-Recommendations-Report.pdf> Besøgt d. 04.03.11.

### English abstract

Martinsen B. Improve your skills in providing eating assistance. *Sygeplejersken* 2011;(6):50-3.

The purpose of this study was to investigate the phenomenon of providing eating assistance by observing patients with neurological disease. The results are based on 42 participant observations as documented using field notes. These were analyzed using a phenomenological approach.

The results show that a hospital's structure has determinative significance for how meals proceed. Food carts that arrive and leave on a fixed schedule, ringing telephones and urgent tasks of any nature mean that the quality of the meal-related assistance may be compromised.

The results may give rise to consideration of whether the meals' structural conditions at the hospital need to be revised so that assistance providers are exempted from other tasks taking place simultaneously as the meals. A more flexible provision of meals, which depends on how many patients need eating assistance, is a second possibility. The emphasis in recent years on the nutritional content of patient's meals could now be usefully followed up by thinking anew about the meal's emotional and sensual aspects. This applies in particular to patients who cannot eat without assistance.

Keywords: Assisted eating, meals, nutrition, sensuality.

# Prioriteringstrappen giver styr på travlheden

*Udvikling og implementering af Prioriteringstrappen er et af flere tiltag, som akutmodtageafdelingen AMA på OUH har arbejdet med i 2010 for at højne trivslen.*

AF LENE WICHMANN, SYGEPLEJERSKE, SD I LEDELSE, MPH, CERTIFICERET BUSINESS COACH, ANNETTE HANSEN OG ANNE METTE NIELSEN, SYGEPLEJERSKER

Prioriteringer i forhold til udførelse af plej opgaver er hverdag for langt de fleste sygeplejersker i det danske sundhedsvæsen i dag. Der er rift om ressourcerne, og behandlingsforløb gøres hurtigere og mere effektive. Der er stor fokus på den akutte patient, og i hele Danmark er man i øjeblikket i gang med at indrette nye fælles akutmodtagelser (FAM'er). Sundhedsstyrelsens anbefalinger (1) er ved at blive ført ud i livet. Patientforløbet for den akutte patient skal gøres bedre og mere effektivt. I kølvandet følger en effektivisering og en diskussion af, i hvilken rækkefølge behandling og pleje skal udføres.

Akutte afdelinger er et travlt sted at arbejde. Langt de fleste i plejegruppen har dog bevidst valgt at arbejde lige præcis der, fordi arbejdsdagen er uforudsigelig, alt kan ske, og de kan lide at have travlt og bruge alle kompetencer. Men der skal være styr på travlheden.

## Frustrationer i afdelingen

AMA blev etableret for knap tre år siden og modtager stort set alle medicinske patienter på OUH, undtagen hjertepatienter og neurologiske patienter, som fortsat kommer direkte på specialafdelingen. Afdelingen modtager mellem 25 og 30 patienter om dagen, på særligt travle dage op til 37 patienter, hvoraf de fleste kommer i tidsrummet 12-20. Afdelingen har gjort en stor forskel for de medicinske specialer i organisationen, f.eks. er der nu langt færre perioder med overbelægning, patienterne bliver korrekt visiteret og starter hurtigt behandling. Patienterne kan være indlagt på AMA i højst 72 timer, den gennemsnitlige liggetid er ét døgn, og 60 pct. udskrives direkte til hjemmet igen. Afdelingen overholder sit budget, og kvalitetsnøgletallene ligger næsten alle i top. På trods af succes i organisationen, veldefinerede overordnede mål og en klar hovedopgave: "at skabe et patientforløb af høj kvalitet for den akutte patient" (2) klager især plejepersonalet i perioder over en ustyrlig travlhed. De føler sig stressede og pressede. Afdelingen var ved etableringen præget af rekrutteringsvanskeligheder; halvdelen af personalet i plejegruppen har kun mellem et og to års anciennitet i afdelingen, og en del sygeplejersker er helt nyuddannede. Det plejepersonale, som har arbejdet i afdelingen fra begyndelsen, kom fra en helt anden type modtagerafdeling, hvor flowet var mindre og normeringen

**” Der bliver færre ressourcer, og mange sygeplejersker oplever, at det ikke er muligt at leve op til egne forventninger om at yde den kvalitet, de gerne vil i sygeplejen.**

## Udviklingsprocessen i AMA

AMA har i 2010 gennemført flere forskellige tiltag for at sænke sygefraværet og højne trivslen i afdelingen. Processen startede i marts 2010 med to temadage, som hed: "Hvorfor går vi på arbejde". Her fandt personalet, at de var rigtig glade for deres arbejde, men at der var flere ting, de gerne ville arbejde med at ændre. Langt de fleste havde netop valgt at arbejde på AMA, fordi ingen dage var ens, og fordi der skal træffes hurtige beslutninger, men travlheden blev for nogle alligevel for meget. Der var ikke en fællesforståelse af, hvornår og hvordan der var travlt. Afdelingssygeplejerske Annette Hansen havde fundet noget materiale om en prioriteringstrekant, og det var denne, som Søren Brandi blev præsenteret for som en mulig løsning. Sammen med afdelingens trivselsgruppe udviklede de over sommeren Prioriteringstrappen. Det er dette arbejde, som er gengivet i DR2's udsendelse "Mission ledelse".

Udviklingsarbejdet og implementeringen af Prioriteringstrappen er et af flere tiltag, som AMA har arbejdet med i 2010.

En opgørelse af sygefraværet viser i øvrigt, at det lave sygefravær i marts 2010 fortsætter resten af året.

højere. Nogle har haft rigtig svært ved at finde sig til rette i den nye afdeling, hvor der ikke længere er samme tid til at udføre sygepleje (3). Fælles for alle i plejegruppen er et stort engagement og et ønske om at gøre en forskel for patienten. Men trods mange initiativer i form af temadage om samarbejde, positiv psykologi, flow og forsøg med fleksible vagtplaner fremstår plejegruppen umoden og uden fælles retning (4,5). Der opstår utilfredshed hos plejepersonalet, når de oplever ikke at kunne leve op til deres egen forventning om, hvad god sygepleje er.

## Sådan prioriterer vi opgaverne

Afdelingen etablerede i foråret 2010 en "Trivselsgruppe". Den sygeplejefaglige ledelse og gruppen tog i fællesskab initiativ til at udarbejde et redskab til prioritering – "Prioriteringstrappen". Gennem møder og en fælles temadag (5) fandt vi frem til, hvordan en ideel arbejdsdag ser ud. Det er det grønne trin på trappen, hvor man kan nå alle plej opgaver – her er tilstrækkeligt med ressourcer og tid. Næste trin på trappen er det gule, der kendetegner de dage, hvor der måske kommer mange patienter inden for kort tid, eller der er en sygemelding. Her prioriterer vi i arbejdsopgaverne og tilbyder f.eks. ikke bad og sengeredning til patienterne. Det røde trin indikerer timer på de dage, hvor der kommer rigtig mange og dårlige patienter, samtidig med at der muligvis mangler en af personalet. Her er det kun de helt akutte ►

Figur 1. Prioriteringstrappen

## GRØN TILSTAND

Grøn tilstand er den normale arbejdstilstand. Her varetages **alle** opgaver.

- Væskeskemaer/væskeregnskab
- Sengeredning
- Almindelig oprydning
- Birum bord med ABL tørres af + der skiftes kanyleboks
- Kanylebokse på stuerne skiftes ved behov
- Opfyldning af depotvarer
- Opfyldning i skabe/ birum/ på stuen.....
- Opfyldning af dropvogne
- Opfyldning af BS-kasser
- Sætte depotvarer på plads
- Personlig hygiejne
- Højde + vægt + BMI

- Sygeplejedokumentation
- Forespørgsler
- Kontakt til hjemmepleje
- Forløbsplan
- At måle værdier, BT+ Tp+P+RF (alle patienter)
- Observation af stabile patienter
- Psykisk pleje
- Bestille trykafastende madras
- Udskrivelse af patient til hjemmet
- Rekvirering af undersøgelser + diverse prøver
- Supervision + undervisning
- Der kontrolleres om der er et NIV apparat i Afdelingen
- Personlig hygiejne
- Journalen læses, kun de relevante oplysninger, så der skabes et bedre overblik

- Lejring + vending af patienter + mobilisering
- Kontakt til pårørende
- Medicin
- Akut behandling/undersøgelse
- Observationsskemaer
- Visitation af patienter
- Modtagelse af patienter i prioriteret rækkefølge efter Triage-modellen
- Opfyldning af akutvogn
- Opfyldning af procedurebakker
- Observation / dokumentation / pleje af akut dårlige patienter
- Opfyldning på observationsstue
- Bestilling / udførelse af EKG + blodprøver på røde + gule patienter
- Information til patienten
- Kort briefing omkring ” rød ” patient til ny kollega
- Overflytning af patienter til samarbejdende afdelinger
- Kontrol af ilt + sug + sugekathetre
- Overblik over patienten via Bookplan
- Mad
- Væske

## GUL TILSTAND

Gul tilstand beskriver den pressede arbejdstilstand, hvor prioritering af opgaverne er nødvendigt. Her varetages de sygeplejemæssige opgaver i **prioriteret rækkefølge**.

- Sygeplejedokumentation
- Forespørgsler
- Kontakt til hjemmepleje
- Forløbsplan
- At måle værdier, BT+ Tp+P+RF (alle patienter )
- Observation af stabile patienter
- Psykisk pleje
- Bestille trykafastende madras
- Udskrivelse af patient til hjemmet
- Rekvirering af undersøgelser + diverse prøver
- Supervision + undervisning
- Der kontrolleres om der er et NIV apparat i Afdelingen
- Prioriteret personlig hygiejne
- Journalen læses, kun de relevante oplysninger, så der skabes et bedre overblik

- Lejring + vending af patienter + mobilisering
- Kontakt til pårørende
- Medicin
- Akut behandling/undersøgelse
- Observationsskemaer
- Visitation af patienter
- Modtagelse af patienter i prioriteret rækkefølge efter Triage-modellen
- Opfyldning af akutvogn
- Opfyldning af procedurebakker
- Observation / dokumentation / pleje af akut dårlige patienter
- Opfyldning på observationsstue
- Bestilling / udførelse af EKG + blodprøver på røde + gule patienter
- Information til patienten
- Kort briefing omkring ” rød ” patient til ny kollega
- Overflytning af patienter til samarbejdende afdelinger
- Kontrol af ilt + sug + sugekathetre
- Overblik over patienten via Bookplan
- Mad
- Væske

## RØD TILSTAND

Rød tilstand er den arbejdstilstand som kræver særlig fokusering og prioritering. Her varetages sygeplejemæssige opgaver som skal udføres, og ikke kan vente, i relation til **den akut dårlige patient. Må MAX vare 4 timer**

- Lejring og vending af prioriterede patienter
- Kontakt til pårørende til kritisk syge patienter
- Medicin
- Akut behandling/undersøgelse
- Observationsskemaer
- Visitation af patienter
- Modtagelse af patienter i prioriteret rækkefølge efter Triage-modellen
- Opfyldning af akutvogn
- Opfyldning af procedurebakker
- Observation / dokumentation / pleje af akut dårlige patienter
- Opfyldning på observationsstue
- Bestilling / udførelse af EKG + blodprøver på røde + gule patienter
- Information til patienten
- Kort briefing omkring ” rød ” patient til ny kollega
- Overflytning af patienter til samarbejdende afdelinger
- Kontrol af ilt + sug + sugekathetre
- Overblik over patienten via Bookplan
- Mad
- Væske

- ▶ opgaver, som klares. Tilstanden er sat til højst at måtte vare fire timer, inden den koordinerende sygeplejerske eller afdelingssygeplejersken skal sende patienter ud af afdelingen eller kalde ekstra personale ind i vagt (se figur 1 side 56).

### Fælles billede af god pleje

Det er vigtigt at diskutere, hvilke plejeopgaver der er bundet til de forskellige trin, så alle har et fælles billede af og sprog for, hvad god pleje er i netop denne situation i afdelingen. Lige så vigtigt er det at diskutere og skrive ned, hvornår man går fra den ene tilstand til den næste, hvor mange skal der være på vagt dag, aften og nat, hvor mange patienter kan vi modtage, før vi skifter til en anden tilstand, og hvordan er tyngden og flowet. Der er altid en koordinerende sygeplejerske på vagt i AMA, som har overblik over patientflow, personale og ledig sengekapacitet i de øvrige medicinske afdelinger. Alle afdelingens koordinerende sygeplejersker er blevet instrueret i at lede afdelingen ud fra prioriteringstrappen. De skal flere gange i hver vagt vurdere, hvilken tilstand afdelingen befinder sig i, og ved vagtskifte skal de rapportere til deres afløser, hvordan afdelingens tilstand er (se figur 2 side 57). Prioriteringstrappen er blevet gennemgået på flere personalemøder. Øvrige samarbejdsparter internt og eksternt i afdelingen er informeret om, at det er ud fra denne trappe, plejepersonalet prioriterer arbejdsopgaver. Afdelingen har desuden indført synlige tavler med en kort beskrivelse af de tre trin i Prioriteringstrappen.

### Vejen ud af kaos

Koordinatorer sætter et kryds ud for den tilstand, afdelingen er i, og på den måde bliver det synligt for sygeplejersker, samarbejdsparter, patienter og pårørende, om der er travlt i afdelingen, og hvad man kan forvente af plejepersonalet.

Koordinatorerne registrerer efter hver vagt, hvilket trin der har været dominerende i vagten. Afdelingens kvalitetskoordinator samler dokumentationen sammen, så det senere vil være muligt at se tilbage på, hvor ofte der er travlt i afdelingen, og hvad travlheden skyldes – er det pga. mange og meget syge patienter eller mangel på personale. Der er endnu ikke lavet en opgørelse, men afdelingen har netop været igennem en meget travl periode med stort patientflow. Her var det tydeligt, at Prioriteringstrappen gjorde en forskel. Tidligere ville personalet have sagt, at der var ulideligt travlt hele tiden. Nu var der dokumentation for, at der var flere perioder, hvor personalet arbejdede i grønt.

### Fælles sprog for travlhed

Prioriteringstrappen skal evalueres efter måneder. Det er vigtigt, at listen med parametre for, hvornår tilstanden skifter, er

opdateret og giver mening. Allerede efter kort tids anvendelse i AMA er det tydeligt, at der er kommet et fælles sprog for travlhed. Vi har ikke bare travlt, men personalet kan nu kvalificeret give udtryk for, hvorfor og på hvilket niveau de har travlt. Samarbejdet bliver også bedre.

Tidligere kunne der være meget travlt i en del af afdelingen, uden at personalet fra et mindre travlt område følte sig forpligtet til at hjælpe. Nu skifter man ikke tilstand, før hele afdelingen er på samme trin. Personalet føler, at de har fået en anden legitimitet over for deres samarbejdsparter, når de er nødt til at udskrive en patient, som ikke er blevet badet, fordi vi om morgenen havde rød tilstand.

### Patienterne ser prioriteringerne

Patienterne er generelt meget forstående over for personalets travlhed, men de kræver naturligvis en velbegrunnet forklaring på, hvad der sker i afdelingen, og hvilke prioriteringer der ligger

” Sygeplejersker kan godt lide at have travlt, men der er en hårfin balance for, hvornår travlheden kammer over og bliver til kaos.

bag den ventetid, de må acceptere. Mulighed for visuel kommunikation med tavler eller skærme opfatter mange patienter og pårørende som meget værdifuldt.

Patienter og pårørende i dag vil som udgangspunkt gerne vide alt. Derfor oplever de også synlige og forenklede prioriteringstavler i afdelingen som overvejende positive. De kan nu meget hurtigt se begrundelsen for, hvordan der prioriteres, og hvad de kan forvente. Hvis krydset er i det røde felt, kan de yderligere se, at tilstanden højst må vare fire timer.

Det er dog vigtigt, at tavlen anvendes korrekt. Har personalet travlt, og får de ikke skiftet til rød tilstand, skaber det utryghed hos patienter og pårørende, for hvis tavlen viser, at personalet arbejder grønt nu, hvor patienten ikke får sit bad, hvordan er det så ikke, når afdelingen er i rød tilstand.

Derfor er det meget vigtigt, at hele personalet forpligtiger sig til at anvende Prioriteringstrappen, fordi den ellers vil skade mere, end den gavner.

Det er vigtigt udelukkende at anvende Prioriteringstrappen som et af flere arbejdsredskaber til at styre en travl hverdag. Den må aldrig bruges som en dårlig undskyldning for ikke at være nærværende over for patienterne, men skal hjælpe til at give det overblik og dermed den tid, der skal til for at kunne kommunikere direkte med patienterne (6).



Figur 2. Prioriteringsskema

| PARAMETRE        | NORMTAL FOR HVERDAGE  |  |  |
|------------------|---|--|--|
|                  | DAG   | AFTEN  | NAT  |
| Fremmøde*        | Y   | Y  | Y  |
| Kompetencer      | X koordinater<br>X AMA D<br>X sygeplejersker<br>X assistent | X koordinater<br>X sygeplejersker<br>X assistenter | X koordinater<br>X sygeplejersker<br>X assistenter |
| Belægning**      | ≤32   | ≤32  | ≤32  |
| Patienttyngde*** | ≤4  | 3  | 2  |
| Patientflow****  | ≤10   | ≤12  | ≤3   |

\*Fremmødet Y er lig med antallet af koordinater, sygeplejersker, assistenter og AMA-D  
 \*\*Antallet af patienter  
 \*\*\*Røde eller særligt ressourcekrævende patienter  
 \*\*\*\* Antallet af indkomne og udskrevne patienter i vagten

### Andre afdelinger mangler redskaber

Prioriteringstrappen var oprindeligt udviklet til akutafdelingen, AMA, men afdelingen har fået henvendelser fra kolleger over hele landet, der mangler et lignende redskab. Vi håber derfor, at rigtig mange vil få gavn af denne artikel. Sygeplejersker har et stærkt fagfællesskab på tværs af specialer og sektorer og dermed en ofte enslydende oplevelse af, hvad et godt og et dårligt psykisk arbejdsmiljø er (7).

Det er vores erfaring, at plejepersonalet gerne vil have travlt, og at det giver tryghed, når alle har samme billede af travlheden. Så oplever personalet at have styr på travlheden, og den enkelte sygeplejerske kan godt gå hjem fra arbejde med en god fornemmelse af at have gjort, hvad der var muligt for patienterne, inden for rammerne på den givne dag.

*Lene Wichmann, Annette Hansen og Anne Mette Nielsen er alle ansat på Akut Modtager Afdeling, AMA, og Fælles Akut Modtagelse, FAM, Odense Universitetshospital; Lene.Wichmann@ouh.regionsyddanmark.dk*

*Prioriteringstrappen er udviklet i samarbejde med konsulent Søren Brandt.*

Læs anmeldelse af bogen "Mission ledelse" side 22 i dette nummer af Sygeplejersken.

### Litteratur

1. Sundhedsstyrelsens rapport om "Styrket akutberedskab" af 2007. [www.sst.dk](http://www.sst.dk)
2. Heinskou T Visholm S. Psykodynamisk organisationspsykologi. København, Gyldendals Akademiske Bogklubber 2004 (1) 8:159-73.
3. Heinskou T, Visholm S. Psykodynamisk organisationspsykologi. København, Gyldendals Akademiske Bogklubber 2004 (1) 9:174-200.
4. www.DR2.dk "Mission ledelse" afsnit 3 af 5.

5. Moberg J. Mission Ledelse. København DR og L&R Business 2010 (1) 4: 155-78.
6. Hatch & Bloom. Afrapportering, Regionshospitalet Randers og Grenaa. Patienter og pårørendes oplevelser ved akutmodtagelse. Observations- og interviewanalyse. Juni 2010.
7. Wichmann L, Hesselberg I. Krydsfeltet mellem arbejdsliv, familieliv, privatliv. 2006 (1) 24-25, 69-78.

### English abstract

Wichmann L, Hansen A, Nielsen AM. Priority scale helps regulate workload. Sygeplejersken 2011;(6) 54-7.

Prioritizing nursing tasks is a common problem for nurses in the Danish health care system. There are ever fewer resources, and many nurses experience that it is impossible to live up to one's own expectations to provide the quality to which the nurse aspires. Although nurses generally like being busy, there is a fine line between being busy and chaos.

The priority scale and an assessment of when to escalate from one level to another is one tool for gaining control over the workload and in creating a common nomenclature concerning busyness. The degree of busyness and priority level was assessed several times per work shift. The nurses experienced that there is now a common language concerning one's workload, and that everyone in the department is equally busy.

Even patients and their families benefit from a more concrete description of when the department is fully occupied by their duties, and how this affects the patients.

The priority scale was developed by the casualty ward (AMA) at Odense University Hospital, but colleagues from other types of departments throughout the country have expressed considerable interest in the model.

Keywords: management, priority setting, quality development, priority scale

# Udarbejdelse af kliniske retningslinjer – en metode til kompetenceudvikling

*Udvikling af kliniske retningslinjer kan øge den samlede kompetence blandt sygeplejersker såvel i sekundær som i primær sektor. Det kræver blot, at der findes kliniske specialister, der igangsætter og styrer tilblivelsen af retningslinjen.*

AF PREBEN ULRICH PEDERSEN, SYGEPLEJERSKE, PH.D., OG VIBEKE KRØLL, CHEFSYGEPLEJERSKE, MPH

Med etablering af Center for Kliniske Retningslinjer fik danske sygeplejersker i 2008 en enestående mulighed for at få kvalitetsbedømt kliniske retningslinjer. Centret samler, organiserer og vurderer viden, der er produceret af andre. Målet er at fastslå, hvad der kan regnes for sikker, kvalificeret viden til brug for beslutningstagere, forskere, udviklere og ikke mindst praktikere og patienter i hele det danske sundhedsvæsen (1).

En klinisk retningslinje skal understøtte daglige kliniske beslutninger. Derfor skal den være baseret på forskning af høj kvalitet, og den skal have gennemgået en intern og ekstern bedømmelsesproces, der sikrer, at kvaliteten er i orden både metodisk og fagligt (2).

Ved udvikling af kliniske retningslinjer kan man vælge to forskellige tilgange, en top-down tilgang eller bottom-up tilgang. Ved en top-down tilgang vil man fra praksis indsende emner, som man ønsker at få udviklet kliniske retningslinjer om. Denne tilgang er blandt andet valgt af Nurses Association of Ontario (3). De har oprettet et råd, der vælger og prioriterer mellem de indsendte emner, og derefter sammensætter de en gruppe af personer, der har de fornødne ekspertiser til at påtage sig opgaven.

I Danmark har vi valgt en bottom-up tilgang. Det vil sige, at det er praksis, der definerer emner, prioriterer og udarbejder de kliniske retningslinjer. Prioriteringer foregår via de ressourcer (tid og kompetencer), man lokalt er villig til og har mulighed for at afsætte til arbejdet. Ved at vælge bottom-up metoden var vi fuldt ud klar over, at vi valgte den lange og besværlige vej, men vi har også den overbevisning, at det er den vej, der i sidste instans øger kompetencerne mest og bedst hos personalet i praksis. Endvidere er vi overbeviste om, at netop denne tilgang har åbnet mulighed for curriculumudvikling (læseplansudvikling) i bacheloruddannelsen og i de videregående uddannelser. Det er dette, der vil blive beskrevet og argumenteret for i denne artikel.

Da det er et stort arbejde at udvikle en klinisk retningslinje, og da det forudsætter god metodemæssig indsigt, er det u hensigtsmæssigt, at hvert hospital eller hver kommune udarbejder kliniske retningslinjer om samme emne. Netop det var hele grundlaget for at etablere Center for Kliniske Retningslinjer. Hvis hver hospitalsenhed blot påtog sig at udvikle én klinisk retningslinje årligt, og hvis en gruppe kommuner eller University Colleges gjorde det samme, ville det hurtigt være en stor fælles vidensbase, alle kunne trække på.

## Fra forskning til klinisk praksis

Der publiceres hvert år et stort antal videnskabelige artikler, som det er vanskeligt som praktisk sygeplejerske at holde sig ajour med. Mængden er simpelthen for stor, og det vil kræve for meget oversættelsesarbejde bogstaveligt og organisatorisk. Det er nødvendigt at omsætte den viden, der publiceres i videnskabelige artikler til anbefalinger for handling i klinisk praksis. Det er den rolle, kliniske retningslinjer har.

Det er derfor aktuelt at beskæftige sig med, om det er muligt at dele viden inden for sundhedsvæsenet. Det skal forstås således, at har man identificeret et relevant klinisk problem, fundet relevant litteratur, analyseret litteraturen og draget konklusioner, ville det være ressourcebesparende, at andre ikke skal gennem samme proces, hvis de står med den samme kliniske problemstilling (se figur 1 side 59).

Praksis og kliniske beslutninger skal i videst mulig udstrækning baseres på evidens og dermed forskning. I nogle situationer kan forskningsresultaterne omsættes direkte til kliniske beslutninger, men forskning kan også handle om områder i den kliniske beslutningsproces, der ikke egner sig som grundlag for en klinisk retningslinje. Det kan f.eks. være forskning om, hvordan man etablerer en relation til en patient, indhold i omsorg eller menneskelige reaktioner på sygdom. Alt sammen viden, der er væsentlig, når man skal træffe beslutninger sammen med patienter. Derfor går der en pil direkte fra forskning til kliniske beslutninger.

En del forskning forudsætter oversættelse og omsætning til anbefalinger, før den kan lette dagligdagen for klinikere i praksis, eller man kan sammenskrive den viden, der eksisterer på et område. Derfor går der en pil fra forskning til kliniske retningslinjer og videre til kliniske beslutninger.

En del forskning, især medicinsk, men også forskning med fokus på sygepleje, peger på, at kliniske retningslinjer opkvalificerer kliniske beslutninger og reducerer variation, hvorved patienterne modtager sundhedsydelse af højere kvalitet (5,6).

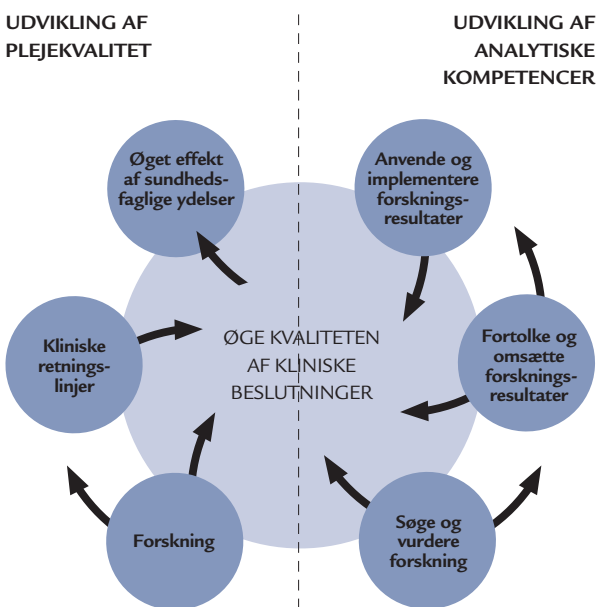
## Udvikling af personalets kompetencer

Det kræver faglig indsigt og metodisk kendskab at udvikle en klinisk retningslinje.

Da kliniske retningslinjer er en sammenskrivning af den forskningsbaserede viden, der findes på et område, må man nødven-

Figur 1. Model til beskrivelse af sammenhæng

Model til beskrivelse af sammenhæng mellem forskning, kliniske retningslinjer, klinisk beslutningstagning og kompetenceudvikling af personalet



I denne artikel er der især fokus på højre side af modellen

Kilde: (4) Pedersen, PU, 2011,

digvis være i stand til at læse videnskabelige artikler for at kunne udvikle en klinisk retningslinje.

Idéen til etablering af Center for Kliniske Retningslinjer blev født af dokumentationsrådet i Dansk Sygeplejeselskab, [www.dasys.dk](http://www.dasys.dk)

Initiativet blev hurtigt bakket op af hovedparten af chefsygeplejerskerne og sygeplejedirektørerne i Danmark. Dels fordi de så nødvendigheden af kliniske retningslinjer af høj metodisk og faglig kvalitet, dels fordi der som strategi for udvikling af kliniske retningslinjer blev valgt en bottom-up tilgang. Dvs. at idéerne til relevante områder skal fostres i klinisk praksis, og kunnen og færdighed i at udarbejde retningslinjer skal understøttes af muligheder for kompetenceudvikling.

De arbejdsgrupper, der skal forestå arbejdet, skal bestå af sygeplejespecialister og menige sygeplejersker for både at tilgode metodekrav og kravet om relevans for praksis. Derudover vil udvikling af kliniske retningslinjer lokalt på sygehusene stimulere til videndeling på tværs af landet. Ikke mindst vil de øge

personalets samlede kompetencer i forhold til at inddrage forskningsresultater, og dermed evidens, som grundlag for klinisk praksis, se figur 1.

Når forskningsresultater skal oversættes til handling i klinisk praksis, er arbejdet overskueligt, hvis man udelukkende finder fem resultater, der alle peger samme vej. Men sådan er virkeligheden sjældent. Nogle undersøgelser vil vise, at en handling er positiv, andre, at den måske ikke har nogen effekt eller er direkte skadelig. Spørgsmålet er så, hvordan man fortolker sådanne fund. Det er desværre ikke så simpelt, at hvis tre ud af fem er positive, så vælger vi handlingen. I det tilfælde er man nødt til at kende til teori om, hvordan man kan poole resultater, sammenskrive og drage konklusioner, men man er også nødt til at kunne forholde sig til, om handlingen faktisk er gennemførlig i praksis, og om den vil kunne accepteres af patienterne.

### At skabe god klinisk praksis

Faglig ledelse handler om at skabe resultater, at skabe en kultur, der kan og vil skabe disse resultater og at overvåge, at resultaterne nås (7). Kort sagt drejer ledelse sig om at skabe muligheder for, at forandringsprocesser kan finde sted og at følge, hvorvidt disse forandringer er med til at skabe bedre resultater.

Basissygeplejersker skal i daglig klinisk praksis lede og organisere samarbejdet med patienten, eventuelle hjælpegrupper og kollegaer. Målet er at skabe muligheder for, at der i det nære samarbejde kan vælges og leveres sundhedsfaglige ydelser af høj faglig kvalitet.

Det forudsætter, at basissygeplejersken skal holde sig fagligt ajour, ved, hvor der kan hentes supervision og vejledning ved behov, og kan analysere de komplekse kliniske problemstillinger, som dagens patienter ofte frembyder. Der er her tale om kompetencer, som skal trænes i praksis. Udvikler man disse kompetencer i forbindelse med en klinisk situation, kan de overføres på andre kliniske situationer.

Som det fremgår af figur 1, trænes netop disse kompetencer, når man skal identificere en klinisk problemstilling som grundlag for en klinisk retningslinje. Det anbefales, at målgruppen (personalet og ideelt set også patienterne) deltager i udviklingen af en klinisk retningslinje (2).

På centrets kurser om udvikling af kliniske retningslinjer er der to områder, der altid volder problemer. Det første er identificering af relevante kliniske problemstillinger for en klinisk retningslinje. Ofte er problemstillingerne for bredt formulerede, eller der mangler forankring i eller henvisning til relevante begreber og definitioner. Dette resulterer i meget bredt formulerede, fokuserede spørgsmål, som reelt ikke kan anvendes som baggrund for en systematisk litteratursøgning.

F.eks. kan et fokuseret spørgsmål indeholde følgende formulering: "... at øge patienternes ernæringsmæssige tilstand ...", det ►

► kan lyde meget besnærende og præcist, men hvad er det, man reelt vil? Det første spørgsmål er, mener man ernæringstilstand eller resultatet, som følger af påvirket ernæringstilstand? Ernæringstilstand kan nemlig måles og vurderes ved hjælp af antropometriske parametre (vægt, højde, overarmsomkreds etc.), immunologiske parametre (leucocyter), hypersensibilitetstest eller forekomst af plasmaproteiner (albumin, præalbumin) eller bioimpedansmåling af kroppens sammensætning af muskler, knogler, fedt og vand. Er det derimod resultat af, at ernæringstilstanden er påvirket, så bliver målene anderledes, f.eks. nedsat funktionsniveau, nedsat muskelkraft, øget forekomst af infektioner, nedsat sårheling etc.

For at kunne gennemskue dette skal man have læst sig ind på den eksisterende viden på feltet, have kendskab til basale begreber inden for emnet og kunne identificere årsagssammenhænge. Det betyder, man må vide, hvad man aktuelt ved på området. Alene denne proces vil øge kompetencer i praksis både med hensyn til præcisering af eget fag, hvad faget reelt beskæftiger sig med og kan udrette, og hvilken viden der faktisk eksisterer.

Der er ingen tvivl om, at man skal være klinisk specialist for at kunne påtage sig at lede arbejdet med at udvikle en klinisk retningslinje, men også at det er en stor udfordring for kliniske specialister at igangsætte og vedligeholde processer, hvor de øvrige medarbejdere stimuleres til at reflektere over egen handling.

I det ligger alle forudsætninger for, at arbejdet kan blive en positiv forandrings- og udviklingsproces og et kompetenceløft.

### Metoden skal ind med modermælken

Udgangspunktet for etablering og placering af centret baserer sig på nødvendigheden af en universitær tilknytning for at sikre en høj metodemæssig standard. Men metoden til at udvikle kliniske retningslinjer skal ind med modermælken og skal kontinuert udfordres og udvikles.

Uden bottom-up tilgangen havde det ikke været muligt at integrere fagområdet i bacheloruddannelsen. Alle landets syv University Colleges er medlemmer af centret. Med medlemskabet har de aktivt tilkendegivet stor faglig interesse i at lade kliniske retningslinjer indgå i curriculumudviklingen. Fra centret forventer vi os rigtig meget af dette samarbejde. Målet er, at enhver nyuddannet sygeplejerske både fagligt og metodisk har indsigt i udvikling af kliniske retningslinjer og ydermere anerkender vigtigheden af, at handlinger i praksis er baseret på den bedst tilgængelige viden.

Netop derfor er et tæt samarbejde med University Colleges af stor vigtighed, ligesom placeringen af centret i universitært regi muliggør den samme integration på master- og kandidatuddannelser og ved gennemførelse af ph.d.-forløb.

### En disciplin for flere

I centret er vi fortsat overbeviste om, at den valgte bottom-up tilgang er den, der gavner faget bedst på længere sigt. Ved de mange kontakter, vi har med sygeplejersker enten på kurserne eller ved de daglige henvendelser om vejledning, kan det konstateres, at kompetencerne øges, og bevidstheden skærpes om, hvad der er god klinisk praksis i konkrete situationer.

Selvom udvikling af kliniske retningslinjer kræver faglig og metodisk kunnen, skal det ikke være en elitær disciplin for de ganske få, men en disciplin for flere.

Ulempen er, at det tager tid at få udviklet de kompetencer, der er nødvendige for at kunne udarbejde kliniske retningslinjer. Men efterhånden som disse kompetencer udvikles, kommer de

ikke kun til anvendelse i forbindelse med udarbejdelse af kliniske retningslinjer, men ved alt udviklingsarbejde. Derfor er vi sikre på, at vi om få år vil se, at der er sket et generelt kompetenceløft og samtidig rigtig mange kliniske retningslinjer i sygepleje, som samlet kan understøtte den gode kliniske praksis og gavne patienterne.

*Preben Ulrich Pedersen er lektor på Center for Kliniske Retningslinjer, Århus; pup@kliniske retningslinjer.dk*

*Vibeke Krøll er chefsygeplejerske på Århus Universitetshospital Skejby.*

### Litteratur

1. Statusdokument for Center for Kliniske Retningslinjer – Nationalt Clearinghouse for Sygepleje. 2009. www.kliniskeretningslinjer.dk/om centret, 2. marts 2011.
2. The AGREE Collaboration. AGREE instrument. 2001. www.kliniskeretningslinjer.dk/skabeloner. 2. marts 2011.
3. Registered Nurses' Association of Ontario www.rnao.org/Page.asp 2. marts 2001.
4. Pedersen PU. Kliniske retningslinjer som udviklingsredskab for sygeplejespecialister. I Sundhedsfaglig ledelse, ed. Lisbeth Uhrenfeldt, Erik Elgaard Sørensen. København: Gads Forlag; 2011.
5. Grimshaw J, Eccles M, Thomas R, Maclennan G, Ramsay C, Fraser C et al. Toward evidence-based quality improvement. Evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966-1998. J Gen Intern Med 2006 Feb;21 Suppl 2:S14-S20.
6. Thomas LH, McColl E, Cullum N, Rousseau N, Soutter J, Steen N. Effect of clinical guidelines in nursing, midwifery, and the therapies: a systematic review of evaluations. Qual Health Care 1998 Dec;7(4):183-91.
7. Krøll V. Le-del-se. Om faglig ledelse i og af sygepleje. Klinisk Sygepleje 2004;18;2:45-9.

### English abstract

Drafting clinical guidelines – a method for developing skills  
Pedersen PU, Poulsby Krøll V. Sygeplejersken 2011;(6):58-60.

The public demands an efficacious health service. This means clinical decisions must exhibit high quality and be based in research. This article presents a model for describing the relationship between research, clinical guidelines, clinical decision-making and skills development. Operationalising research results to underpinning clinical decisions is a difficult process. This requires an ongoing development of the personnel's skills concerning the identification of relevant clinical issues, searching and reviewing the literature, and applying the results to clinical practice. The development of clinical guidelines can therefore be used as a means of skills development, for both practising nurses, students in the country's university colleges, clinical development nurses and instructors.

Key words: Clinical guidelines, skills development, clinical decision-making.

# JOB

Se alle stillinger: [www.dsr.dk/job](http://www.dsr.dk/job)

## Praktiske oplysninger til annoncører

Deadline kl. 9 for indtastning af KURSER/MØDER/MEDDELELSER på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) under Information til annoncører

**Nr. 7 - 2011**

25. marts 2011

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

**Nr. 8 - 2011**

6. april 2011

**Nr. 9 - 2011**

19. april 2011

**Nr. 10 - 2011**

4. maj 2011

**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](mailto:dsrjob@dmfnet.dk) • Internet: [www.dmfnet.dk](http://www.dmfnet.dk)  
Her kan du også rekvirere medieinformation.

Indleveringsfrister for STILLINGSANNONCER til de kommende numre

**Nr. 7 - 2011**

30. marts 2011

**Nr. 8 - 2011**

11. april 2011

**Nr. 9 - 2011**

27. april 2011

**Nr. 10 - 2011**

9. maj 2011

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

Udgivelsesdatoer

**Nr. 7 - 2011**

8. april 2011

**Nr. 8 - 2011**

20. april 2011

**Nr. 9 - 2011**

6. maj 2011

**Nr. 10 - 2011**

19. maj 2011





## Statsfængslet i Vridsløselille

# Oversygeplejerske

Vi er et lille team bestående af tre fængselspsygeplejersker, der søger en oversygeplejerske med tiltrædelse snarest muligt.

Sygeplejeopgaverne er alsidige – fra små banaliteter til pasning af alvorligt syge; akut hjælp ved pludselig sygdom eller ulykker; behandling relateret til misbrug, psykologiske og psykiatriske problematikker. Vi arbejder gerne med alternative behandlingsformer – de nuværende sygeplejersker mestrer øreakupunktur.

Sygeplejerskerne arbejder **meget** selvstændigt og skal kunne påtage sig væsentlige lægedelegerede opgaver i lægens fravær. Ansøgere skal derfor have flere års erfaring og personlige egenskaber som psykisk robusthed, evne til at træffe hurtige beslutninger, og tæft for tværfagligt samarbejde.

**Det er ønskeligt med nogen erfaring inden for et eller flere af følgende områder**

- Somatik.
- Akut modtageafdeling.
- Psykiatrien.
- Behandling af stofafhængige.

**Oversygeplejerskens arbejdsopgaver vil bl.a. være at**

- Styre områdets budgetter og økonomi
- Sikre målopfølgning
- Afholdelse af MUS med det øvrige sundhedspersonale

Til løsning af de sundhedsmæssige opgaver er der desuden tilknyttet tandlæge, klinikassistent, deltidsansatte læger, psykiater, psykolog og fysioterapeut.

Stillingen er fuldtid med planlagt tjeneste 36 timer om ugen i tidsrummet kl. 7.00-16.00 på hverdage. Rådighedsvagt hverdage kl. 16-22 hver 3. uge, og en fridag hver 3. uge.

Stillingen aflønnes efter overenskomst om reglerne om Ny løn. Der ydes et væsentligt tillæg pga. arbejdets særlige karakter.

Vi kan tilbyde et professionelt tværfagligt arbejdsmiljø med glade og positive kollegaer, med mulighed for efteruddannelse, personlig og faglig udvikling. Vi har et velfungerende kolleganetværk, som også tilbyder hjælp i og efter krisesituationer. Vi har endvidere en velfungerende sportsforening og gratis behandling hos fysioterapeut, massør og kiropraktor.

**Yderligere oplysninger** kan fås ved henvendelse til fængselspsygeplejerske Michal Dannerfjord tlf. 7255 6366 eller vicefængselsinspektør Marianne Secher tlf. 7255 6206. Du kan læse mere om Kriminalforsorgen på [www.kriminalforsorgen.dk](http://www.kriminalforsorgen.dk) eller [www.sv-info.dk](http://www.sv-info.dk).

**Skriftlig ansøgning** med dokumentation for uddannelse og tidligere beskæftigelse sendes til Statsfængslet i Vridsløselille, att. HR-afdelingen, Postbox 31, 2620 Albertslund **senest den 18. april 2011.**



## Genopslag familieterapeut til familieorienteret alkoholbehandling i Glostrup

Lænke-ambulatorierne i Danmark søger pr. 1. april eller snarest her efter en projektmedarbejder 32 timer om ugen til systemisk familieorienteret alkoholbehandling i Glostrup - Lænke-ambulatorium. Stillingen er tidsbegrænset frem til 1. oktober 2014. Glostrup Lænke-ambulatorium er - i samarbejde med 6 kommuner - udvalgt af Sundhedsstyrelsen som en af de i alt 6 alkoholbehandlingssinstitutioner/kommuner i landet, der får midler fra satspuljen. Den overordnede hensigt er at udvikle eksemplariske modelinstitutioner for kvalificeret alkoholbehandling, og sikre et systematisk samspil mellem alkoholbehandlingen og kommunens professionelle, som har kontakt til mennesker med alkoholproblemer og deres familier. Nærværende projektstillinger har den familieorienterede behandlingsdel som opgavefokus.

### Dine hovedopgaver:

- deltagelse i projektplanlægning i forhold til den familieorienterede alkoholbehandling
- terapeutiske samtaler med pårørende, par og familier
- dokumentation og journalføring
- samarbejde med den eksisterende behandling
- undervisning og supervision af relevant kommunalt personale
- udarbejdelse af undervisningsmateriale
- intern kollegial sparring
- udvikling af en samarbejdsmodel mellem alkoholbehandlingen og kommunerne.

### Dine faglige kvalifikationer:

- er uddannet som psykolog, sygeplejerske eller socialrådgiver
- er uddannet som familieterapeut, gerne på diplomniveau
- har praksiserfaring inden for alkohol- og familiebehandlingsområdet
- er hjemmefrem i forhold til systemisk teori og metode i forhold til systemisk perspektiv og tilgang til familieterapi
- har godt kendskab til motivationsarbejde samt psykoedukation inden for en kognitiv referenceramme
- har fokus på evidens og ny viden indenfor alkohol- og familiebehandlingsområdet
- har gode kommunikations- og formidlingsevner både mundtligt og skriftligt.

### Glostrup Lænke-ambulatorium tilbyder

- kompetente, engagerede og imødekommende kolleger
- deltagelse i et spændende udviklingsprojekt med visioner for fremtidens alkoholbehandling
- medbestemmelse og et varieret og selvstændigt arbejde
- et fagligt udviklende arbejdsmiljø og sparring med projekter fra andre alkoholbehandlingssinstitutioner/kommuner
- et fysisk og psykisk godt arbejdsmiljø i lyse og rummelige lokaler
- ekstern supervision.

### Ansættelsesvilkår og ansøgning

Stillingen er på 32 timer.

Løn efter principperne i Ny Løn.

Fysisk placering: Glostrup Lænke-ambulatorium.

Hvis du kan se mulighederne i at blive projektmedarbejder, skal du sende ansøgning, CV og evt. anden relevant dokumentation til os på [job@laenke-ambulatorierne.dk](mailto:job@laenke-ambulatorierne.dk) inden den 01.04.11. Ansættelses-samtaler vil løbende blive afholdt.

**Du er velkommen til at kontakte distriktsleder Mette Harms på tlf. 39 455 500 for at høre mere om stillingen.**

## Sygeplejerske til almen praksis i Glostrup

Lægepraksis i Glostrup søger erfaren sygeplejerske, arbejdstid ca. 27 timer om ugen, overvejende med tirsdag onsdag.

Klinikken bemandedes af to læger (ægtepar) og - udover dig - 2 sygeplejersker på 30 og 13 timer.

Til klinikken er aktuelt tilknyttet 4000 - oftest søde og velfungerende - patienter. Vi har en bred patientsammensætning med mange børnefamilier. I det daglige vil der være travlhed med forskelligartede opgaver som telefonvisitation, receptforlyselser, rådgivning, egne konsultationer, sårskift, vaccinationer, diverse prøvetagninger og podninger, lungefunktionsprøver o.s.v.

Vi sætter pris på en rar stemning i klinikken både indbyrdes og overfor vores patienter.

Vi prioriterer et godt arbejdsmiljø højt. Vi er stadig en "ung" klinik i udvikling og du vil få mulighed for at deltage i at præge denne proces.

Vi ønsker af dig at du er stabil, loyal, lærevillig, fleksibel, engageret, imødekommende og kan håndtere travle dage og megen patientkontakt. Du skal derfor arbejde godt under pres og kunne bevare overblikket og venligheden.

Du skal også være parat til at gøre lidt af det ingen arbejdsbeskrivelser indeholder, men som alle hjælper om, ex kaffebrøning, oprydning og ad hoc opgaver.

Har du erfaring med diabetes, hypertension eller andre kronikerområder er det velkomment.

Ansættelse pr. 1.6.2011 med oplæring. Ansøgningsfrist den 4.4.2011.

Løn ifølge gældende overenskomst mellem DSR og PLA.

Lægerne Marianne og Martin Schunck  
Nørre Allé 6, 1., 2600 Glostrup.  
Tlf. 4344 4241 (direkte)  
E-mail: m.schunck@privat.dk  
Mobil. 2751 8286, eller 2764 8280

## Lægeseekretær/sygeplejerske søges til lægepraksis i Søborg

Vi er et lægehus, i en stor samarbejdspraksis bestående af 1 fuldtidspraksis og 2 delepraksis. Teamet udgøres af 5 læger, 3 sekretærer og 1 sygeplejerske. Praksis er beliggende i et lægehus på Gladsaxevej i Søborg.

Grundet generationsskifte søges lægeseekretær/sygeplejerske til fuldtidspraksis med nyopstartet læge pr. 1/5 2011 eller efter aftale.

Arbejdstiden er 32-37 timer/uge fordelt på alle hverdage.

Vi tilbyder et dynamisk og udfordrende arbejdsmiljø, som du kan være med til at præge. Vi lægger vægt på en hyggelig, positiv og imødekommende stemning i huset med gensidig respekt for hinanden.

Hvem er du?

- uddannet lægeseekretær/sygeplejerske el. lign. gerne med sygehus- eller praksiserfaring
- dygtig, effektiv, glad og imødekommende
- selvstændig og initiativrig
- har mod på kliniske opgaver under oplæring
- har solid IT kendskab og evner at løse tekniske problemer
- kan visiter patienter ved såvel telefonisk og personlig kontakt

Vi arbejder med journalsystemet Medwin.

Løn iht. gældende overenskomst.

Har du spørgsmål, venligst kontakt læge Lizzi Hald Larsen, Tlf. nr. 2241 9107.

Ansøgning senest mandag den 4. april 2011 til:

Lizzi Hald Larsen  
Kålmarken 29  
2860 Søborg

## Fårup Lægehus søger praksis-sygeplejerske

Arbejdstid 20-25 timer/ uge.

Vi er 3 læger, 1 sygeplejerske samt en sekretær. Vi forventer du kan arbejde selvstændigt, kan samarbejde og har et godt humør.

Dit arbejde vil fortrinsvis være sygeplejerskeopgaver, men der vil også være lidt sekretærarbejde.

Vi forventer start 01.06.2011.

Løn efter overenskomst mellem DSR og PLA.

**Ansøgningsfrist**  
02.04.2011.

**Ansøgning sendes til**  
Fårup lægehus  
Butikstorvet 6  
8990 Fårup

Yderligere oplysninger kan fås, hvis du ringer til os på tlf. 8645 2211.



## Læg dit CV på Sygeplejerskeportalen

[www.dsr.dk](http://www.dsr.dk)

Dansk Sygeplejeråd



**ILISIMATUSARFIK** Grønlands Universitet. Postboks 1061. 3900 Nuuk. Tlf. +299 362300. Fax +299 362301

## Ved Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab ved Grønlands Universitet "Ilisimatusarfik" opslås:

1 fast stilling som underviser/studieadjunkt/studielektor på Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab primært til undervisning ved sygeplejerskeuddannelsen.

Stillingen er ledig til besættelse pr. 8.08.2011 eller efter aftale.

**Ansøgningsfrist: 1.5. 2011**

Har du lyst til at arbejde med uddannelse af sygeplejersker, til udvikling og til at deltage i opbygningen af det nye institut, så kan du læse stillingsopslagene i deres fulde længde på [www.uni.gl](http://www.uni.gl) eller [www.pi.gl](http://www.pi.gl), du kan høre mere om stillingerne hos Institutleder Suzanne Møller Sum@pi.uni.gl el. +299 55 13 28



I tjeneste for mennesker

Betanien diakonale høgskole eies og drives av Stiftelsen Betanien og er tilknyttet Metodistkirken i Norge. Høgskolen har ca. 350 studenter og 30 ansatte og ligger i Fyllingsdalen, Bergen (Norge). Høgskolen tilbyr bachelorutdanning i sykepleie, videreutdanning i kreftsykepleie, tverrfaglig videreutdanning i aldring og eldreomsorg, og nasjonal paramedic utdanning for ambulansespersonell.

## LEDIG STILLING SOM FOU-LEDER

Betanien diakonale høgskole har ledig fast, nyoprettet stilling i inntil 100% som professor/førsteamanuensis til å lede FoU-arbeidet. Ansvarsområde: bidra til god og bærekraftig utvikling innen høgskolens prioriterte fagområder som er sykepleie og helsefag.

Kontaktperson:

rektor Steinar Jacobsen, tlf. +47 55 50 73 00, e-mail: [steinar.jacobsen@betanien.no](mailto:steinar.jacobsen@betanien.no)

**Søknadsfrist 30. april 2011**  
Fullstendig utlysningstekst:

**[www.betanien.no](http://www.betanien.no)**



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE  
DAWVI-NORGGGA UNIVERSITEHTABUOHCCVEIUSSU



## UNN søker dyktige kandidater til følgende stillinger:

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er et universitetssykehus som tilbyr befolkningen i den nordligste landsdel medisinsk spisskompetanse av høy kvalitet. Samtidig er UNN lokalsykehus for Troms og deler av Nordland. Foretaket har 5800 ansatte. Virksomheten skal bygge på respekt, kvalitet og trygghet.

- **SYKEPLEIERE OG SPESIALSYKEPLEIERE til ferievikariater.**  
Vi har behov for ferievikarer i perioden 20.06 – 21.08 ved de fleste klinikker og avdelinger både i Tromsø, Harstad og Narvik. Se [www.unn.no/jobbsok](http://www.unn.no/jobbsok) for nærmere informasjon. Du kan også ta direkte kontakt med den avdelingen/klinikken du gjerne vil jobbe på. **Søknadsfrist: Snarest!**
- **SPESIALSYKEPLEIERE/SYKEPLEIERE, Hjerne-lungeklinikken – Hjerteroppvåkning/intermediærenhet.**  
Faste stillinger for intensivsykepleiere ved intensivsenheten. Vikariater for sykepleiere ved ved intermediærenheten.  
**Kontakt:** Fanny Solvang, tlf. +47 77 62 66 50 eller Vigdis Moe, tlf. +47 77 62 66 59.
- **SYKEPLEIERE, Hjerne-lungeklinikken.**  
Vikariater ved sengeposten, Avd. for hjerte/lunge/kar kirurgi.  
**Kontakt:** Vigdis Moe, tlf. +47 77 62 66 59 eller Siri Ottesen, tlf. +47 77 62 66 54.
- **INTENSIVSYKEPLEIERE, Hjerne- og lungeklinikken, Avd. for hjerte/lunge/kar kirurgi – Hjerteroppvåkning/intermediær.**  
Vi har behov for ferievikarer i perioden 20.06 – 21.08.2011.  
**Kontakt:** Avd.spl. Fanny Solvang, tlf. +47 77 62 66 50.

Fullstendig annonsetekst, e-postadresser og søknadsfrister m.m. finnes på [www.unn.no/jobbsok](http://www.unn.no/jobbsok) – Se også [www.jobbnorge.no](http://www.jobbnorge.no). Søknad sendes elektronisk via en av disse sidene. Har du problemer med å sende elektronisk søknad, kontakt Jobbnorges kundeservice, tlf. +47 75 54 22 29. **Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!**

jobbnorge.no

Quicknr. **Sjælland**  
**34293** Hjerteforeningen  
**Hjerteforeningen søker timelønnede hjertesygeplejersker**  
Ansøgningsfrist: 1. april 2011

Quicknr. **Sjælland**  
**34289** Lejre Kommune  
**Leder af pleje- og ældrecentret**  
Ansøgningsfrist: 28. marts 2011

Quicknr. **Sjælland**  
**34324** Nycomed  
**Senior Drug Safety Analyst to Drug Safety Surveillance, International Drug Safety**  
Ansøgningsfrist: 3. april 2011

Quicknr. **Syddanmark**  
**34302** Syddansk Universitet  
**Uddannelseskonsulent**  
Ansøgningsfrist: 11. april 2011

Quicknr. **Midtjylland**  
**34312** Lægerne Vennelystparken, Aarhus  
**Praksissygeplejerske**  
Ansøgningsfrist: 28. marts 2011

Quicknr. **Midtjylland**  **Lemvig Kommune**  
**34310** Lemvig Kommune  
**Ledende sundhedsplejerske i Lemvig Kommune**  
Ansøgningsfrist: 8. april 2011

# Netannoncer

Gå ind på [www.dsr.dk/jobsoening](http://www.dsr.dk/jobsoening)  
Indtast Quick-nummeret, så kommer du direkte ind til netannoncen, hvor du kan læse meget mere om stillingen.

Netannoncer og indtastes hele døgnet

Quicknr. **Hovedstaden**  
**34311** Københavns Kommune, Sundhed- og Omsorgsforvaltningen  
**Dygtig sygeplejerske til Center for Autisme og Specialpædagogik**  
Ansøgningsfrist: 12. april 2011

Quicknr. **Hovedstaden**  
**34284** Frederiksberg kommune  
**Sundhedsplejersker**  
Ansøgningsfrist: 4. april 2011

Quicknr. **Hovedstaden**  
**34329** Patientombuddet  
**Intern sagkyndig sygeplejekonsulent**  
Ansøgningsfrist: 11. april 2011



**DSR Meddelelse****Valg for Seniorsygeplejersker i Kreds Hovedstaden**

Der skal afholdes valg til Landsbestyrelsen for Seniorsygeplejersker i Kreds Hovedstaden. Kandidater, der ønsker at stille op som medlem af/eller suppleant til Landsbestyrelsen skal henvende sig til kontaktudvalgsformand Dora Pawlowski inden den 1/5-2011 på tlf.: 3871 4140 / 4050 3579 bedst kl. 16-17, eller på mail: vi2@uppsalahus.dk Den nye bestyrelse konstitueres sig i juni 2011.

**Valg til Landsforeningen for Seniorer i DSR (SESAM)**

Der afholdes valg til Landsbestyrelsen for Seniorsygeplejerskerne i DSR. Kandidater, der ønsker at stille op som repræsentant for Kreds Midtjylland eller som suppleant, kan henvende sig til: Birthe Larsen, Fuglebakken 3, 7600 Struer på mail-adressen: birthe\_larsen@hotmail.com senest den 30/4-2011. Såfremt der kun er anmeldt det antal kandidater og suppleanter, der skal vælges, er disse valgt uden afstemning.

**DSR Kursus****Klinisk beslutningstagning og kliniske retningslinjer**

To dages kursus for ledige sygeplejersker, med udgangspunkt i deltagernes erfaringer fra uddannelsen. Centrale problemstillinger, dilemmaer, konflikter samt interesse- og udviklingsfelter belyses og bearbejdes.

**Tid og sted:**

12. april 2011 og 26. april 2011 DSR, Marienlystvej 14, Silkeborg

**Arrangør:**

Dansk Sygeplejeråd, Kreds Midtjylland

**Tilmelding:**

midt-tilmeldinger@dsr.dk

**Yderligere info:**

www.dsr.dk/midtjylland

**DSR Fonde og legater****FS for Øjensygeplejersker Legatansøgning**

Øjensygeplejersker, som er medlem af Det faglige selskab for Øjensygeplejersker, har mulighed for at søge legat fra Øjensygeplejerskerne's Rejse- og Legatfond. Legaterne uddeles af midler fra Alcon, Novartis, AMO, Topcon og foreningens Rejsefond. Ansøgningsskema og vejledning kan hentes på selskabets hjemmeside. Ansøgningsfrist er 1. maj 2011.

**DSR Kredsmøde****Region Hovedstaden****Seniorsygeplejersker i Kreds Hovedstaden**

Den dygtige fortæller Grethe Westergaard kommer denne gang med et foredrag om Martin A. Hansens liv og forfatterskab. Tilmelding før 5.4. til Dora på tlf.: 3871 4140 eller nedenstående mail.

**Tid og sted:**

7. april 2011 kl. 11:00 - 13:00 Garnisons kirken menigheds- hus, Skt. Annæ Plads 4, København K.

**Arrangør:**

Kontaktudvalget for seniorer i Kreds Hovedstaden Central

**Tilmelding:**

rpm@meyer.dk

**Pris:**

Kr. 25 for kaffe/te og ostemad

**Seniorsygeplejerskerne i Kreds Hovedstaden, Nord**

Sygeplejerske Connie Kruckow fortæller om at gå fra for- mand for DSR til basissygeplejerske. Tilmelding på tlf. 7021 1662 eller nedenstående mail inden den 1/4-2011.

**Tid og sted:**

5. april 2011 kl. 14:00 - 16:00 Rådhusstrædet 29, 3400 Hillerød

**Arrangør:**

Seniorsygeplejerskerne i Kreds Hovedstaden, Nord

**Tilmelding:**

hovedstaden@dsr.dk

**Pris:**

Kr. 30 for kaffe

**10 temadage for nyuddannede ledige sygeplejersker**

Væketerapi, sårbehandling, farmakologi, psykiatri, færdighedstræning, hygiejne, er nogle af de sygeplejefaglige problemstillinger, der er om- drejningspunktet på kredsens 10 temadage i foråret. Se hjemmesiden.

**Tid og sted:**

26. maj 2011 kl. 08:15 - 13:15 Afhænger af den enkelte temadag. Se i programmet på kredsens hjemmeside.

**Arrangør:**

DSR, Kreds Hovedstaden

**Pris:**

Gratis for kredsens medlem- mer, som er nyuddannede og ledige.

**Seniorsygeplejersker i Kreds Hovedstaden Bornholm**

Mona Holm kommer og fortæller om sin tur til Mali. Tilmelding senest 29/3-2011 på tlf.: 4695 4917 / 4695 4930 DSR eller tlf. 5695 2910 Inge- Lise Hansen.

**Tid og sted:**

30. marts 2011 kl. 14:00 - 16:00 DSR, Haslevej 50, 3700 Rønne

**Arrangør:**

Kontaktudvalget, Kreds Hovedstaden Bornholm

**Pris:**

Kr. 25 for kaffe og brød

**Seniorsygeplejersker i Kreds Hovedstaden Bornholm**

Sommerudflugt til Havepara- diset Fuglesang, Korshøje 5, Ibsker. Vi kører i egne biler. Tilmelding senest 19/5-2011 på tlf. 4695 4917 / 4695 4930 DSR eller 5695 2910 Inge-Lise Hansen.

**Tid og sted:**

24. maj 2011 kl. 13:30 - 17:00 Haveparadiset Fuglesang, Korshøje 5, Ibsker

**Arrangør:**

Kontaktudvalget, Kreds Hovedstaden Bornholm

**Pris:**

Kr. 50 for indgang, kaffe og brød

**Region Sjælland****Min sidste vilje med min krop**

Bedemand Jacob Olsen fra Ejby ved Lille Skensved vil fortælle om sit virke og om hvad der sker med ens krop på Panum instituttet. Tilmelding til Inger tlf. 5495 3889 eller Gulle tlf. 5482 5684 se- nest den 4/4-2011.

**Tid og sted:**

12. april 2011 kl. 14:00 - 17:00 Poul Martin Møllersvej 22, 4800 Nykøbing F.

**Arrangør:**

Kontaktudvalget seniorsam- menslutningen tidligere "Storstrøms Amt"

**Pris:**

Kr. 50 for kaffe, kage og fore- drag.

**Seniorsygeplejersker i Roskilde****Besøg på Hospice Sjælland**

Invitation til besøg på Hospice Sjælland, Tønsbergvej 61, Ros- kilde. Bus 604 kører til Tre- kroner. Bussen holder lige ved Hospice.

Tilmelding senest 5/4-2011 på tlf. 7021 1664 eller via mail sjælland@dsr.dk

**Tid og sted:**

12. april 2011 kl. 13:30 - 15:30 Tønsbergvej 61, 4000 Roskilde

**Arrangør:**

Seniorsygeplejerskerne i Roskilde

**Yderligere info:**

www.dsr.dk/sjælland

**Region Midtjylland****Sygeplejens år - Busudflugt**

Tag med DSR, Kreds Midtjyl- land på en forsommer-tur med besøg på Sygeplejehisto- risk Museum og frokost på Hotel Koldingfjord.

Rundvisning begge steder. Se hjemmesiden for program, bus og tilmelding.

**Tid og sted:**

30. april 2011 kl. 09:00 - 17:00 Sygeplejehistorisk Museum, Kolding samt

14. maj 2011 kl. 09:00 - 17:00

**Arrangør:**

Dansk Sygeplejeråd, Kreds Midtjylland

**Yderligere info:**

www.dsr.dk/midtjylland



## 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](http://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](mailto:dsa@dsa.dk)

DIN SIKKERHED ALTID



## Spanien Costa del Sol Competa

Hus i hyggelig bjergby udlejes. Udsigt over by, bjerge og kyst. 7 sengepladser fordelt på 3 værelser. 2 badeværelser og 2 terrasser. Læs om huset [www.feriebolig-spanien.dk](http://www.feriebolig-spanien.dk) søg boligID 7246 Aase Birk Mortensen, tlf. 2868 0557

## Ferie i Sydfrankrig

Charmerende stenhus i Pyrenæerne, udlejes til 4 personer. Området byder på mange muligheder for vinsmagninger hos lokale vingårde, vandreture, besøge de mange kathedraleer med svimlende udsigter og smage den lokale franske gastronomi. Pris pr. uge kr. 2.100-2.600. Tlf. 2329 8954. Se mere på [axat-sydfrankrig.dk](http://axat-sydfrankrig.dk)

## Ferie på Bornholm?

Ferieboliger i vores charmerende, gamle købmandsgård i Rønne centrum. Gå afstand til strand, havnen og skønne naturområder. Alt fint renoveret og godt indrettet med alt udstyr og plads til henholdsvis 6-7 personer, 4-5 personer og 2 personer (+ evt. opredning). Stor lukket gårdhave med mange hyggelige og grill. Pris pr. uge inkl. forbrug henholdsvis kr. 3.800,-, 3.500,- og 2.800,-. Henvendelse til Grethe på telefon 2980 7171.

## Vesterhavet Svinkløv / Jammerbugten

Meget hyggeligt og stort stråtekt sommerhus udlejes. Huset ligger i lyngklædt natur tæt ved havet og indeholder 8 sovepladser (4 værelser). Spise og pejsestue m.m. Alt i udstyr. Adgang til indendørs og udendørs pool, havet, naturen, tennisbaner, fodboldbane, legeplads m.m. Huset kan lejes i hele uger og weekender. Tlf. 2176 0988. Mail: [jensa@post.tele.dk](mailto:jensa@post.tele.dk) Se huset på: [www.bj-sommerhus-udlejning.dk](http://www.bj-sommerhus-udlejning.dk)

### Andre Meddelelser

Her medtages meddelelser som ikke er i DSR regi og som ikke har kommerciel karakter. Annoncen må max. indeholde 40 ord. Pris pr. annonce kr. 975 ex. moms.

Venligst kontakt Dansk Mediaforsyning tlf. 7022 4088 eller [dsrrubrik@dmfnet.dk](mailto:dsrrubrik@dmfnet.dk)

Rubrik og ferieannoncer må maksimalt indeholde 40 ord. Fast pris for medlemmer 420,- ekskl. moms - for ikke-medlemmer 700,- ekskl. moms. Annoncen indtastes via Sygeplejerskens hjemmeside. Login rekvireres hos Dansk Mediaforsyning: [dsrrubrik@dmfnet.dk](mailto:dsrrubrik@dmfnet.dk) Faktura tilsendes efterfølgende.

## Golf på Langeland

140 m<sup>2</sup> fritidshus, 2 planer, opført 2007 ved 1. tee. Mulighed for at fiske, ride og svømme. Indeholder 10 sovepladser, 2 badeværelser, alt i hårde hvidevarer, brændeovn, Weber grill, cykler, TV oppe og nede, jordvarme samt internetforbindelse.

Henvendelse: 4499 0012 / 2714 8499  
Mail: [kiss@popo.dk](mailto:kiss@popo.dk)

## Smukt Gl. Skagenshus

Gl. Skagenshus, med dejlige terrasser, klassisk, attraktivt og oprindeligt miljø, 75 m. fra hav, hede og havn, udlejes af privat.

[www.kaptajnens-hus.dk](http://www.kaptajnens-hus.dk)  
Tlf. 8643 6839.

## ITALIEN HOS HANNE

På hyggeligt familiehotel i Rimini ved Adriaterhavets skønne sandstrand fra kr. 186/pers. Nu også med 2 ferielejligheder.

Eller nær TOSCANA, 2 natur-skønne landhuse med pejsestue, køkken, 3 værelser, 2 wc og lille have. Udlejes hele året fra kr. 3.900/uge.

Hanne Astrup Pietroni  
Tlf. +39 335 8239863  
[www.hotel-dalia.it](http://www.hotel-dalia.it)  
[hanne@hotel-dalia.it](mailto:hanne@hotel-dalia.it)

## Luxus lejlighed på over 100 m<sup>2</sup>

Beliggende direkte på stranden mellem Middelhavet og Mar Menor. Stor spise/dagligstue med DVD og fladskærm. To soveværelser, to toiletter med bad, køkken samt terrasse med super havudsigt. Swimming-pool. Direkte fly til Alicante. Kr./uge fra 2.405,-

Rekvirer brochure: tlf. 4457 0787 eller 2023 7577  
[www.playaprincipe.dk](http://www.playaprincipe.dk)  
[booking@playaprincipe.dk](mailto:booking@playaprincipe.dk)

## Ferie på Fyn

### Kerteminde v. Nordstranden.

Lille, hyggeligt sommerhus udlejes fra fredag til fredag. 4 sengepladser + 1 opredning. Køkken med opvaske-maskine. Overdækket terrasse + terrasse med havudsigt. Udebad + alm. bad. Ingen husdyr.

Nærmere oplysninger tlf. 6595 8121 el. 3062 7121

## Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse



**Grete Christensen**  
Formand



**Anni Pilgaard**  
1.-næstformand



**Dorte Steenberg**  
2.-næstformand



**Irene Hesselberg**  
Formand for  
Lederforeningen



**Julie Asp  
Vonsild**  
Formand for SLS

## Kredsformænd



**Vibeke Westh**  
Kreds Hovedstaden



**Helle Dirksen**  
Kreds Sjælland



**John Christiansen**  
Kreds Syddanmark



**Else Kayser**  
Kreds Midtjylland



**Jytte Wester**  
Kreds Nordjylland

## 1.-kreds næstformænd



**Vibeke Schaltz**  
Kreds  
Hovedstaden



**Nils Håkansson**  
Kreds Sjælland



**Linda Rise**  
Kreds Syddanmark



**Anja Laursen**  
Kreds Midtjylland



**Helle Kjærager  
Kanstrup**  
Kreds Nordjylland

## Dansk Sygeplejeråd centralt

**Administrerende direktør**

Anne Granborg

**Direktør**

Kirsten Kenneth Larsen

Sankt Annæ Plads 30, Postboks 1084,  
1008 København K.  
Tlf. 33 15 15 55 • Telefax 33 15 24 55  
E-mail: dsr@dsr.dk • www.dsr.dk

**Ekspeditionstid (også tlf.):**

Mandag-torsdag kl. 9 - 16  
Fredag kl. 9 - 15.

**Lederforeningen  
Dansk Sygeplejeråd**

Sankt Annæ Plads 30  
Postboks 1005  
1008 København K.  
Tlf. 46 95 42 92.  
E-mail: lfformand@dsr.dk

**Sygeplejestuderendes  
Landssammenslutning**

Sankt Annæ Plads 30,  
Postboks 1084  
1008 København K.  
Tlf. 33 15 15 55, lokal 3991  
E-mail: sls@dsr.dk • www.dsr.dk/sls

**Sygepleetisk Råd**

Formand: Grete Bækgaard Thomsen,  
Sundhedschef  
Sankt Annæ Plads 30,  
Postboks 1005,  
1008 København K  
www.sygeplejeetiskraad.dk

## Kreds Hovedstaden

**Kredschef**

Anne Tovborg

Hovedtelefonnummer: 7021 1662  
Hovedfaxnummer: 7021 1663  
Hjemmeside:  
www.dsr.dk/hovedstaden  
E-mail: hovedstaden@dsr.dk

Hjemmesiden indeholder individuelle  
kontaktoplysninger på kredsens  
medarbejdere og formandskab

**Kontor**

Frederiksborggade 15, 4.  
1360 København K

**Åbnings- og telefontider:**

Man, tirs, tors, fre: 09.00-14.00  
Ons: 13.00-16.00

**Lokalkontor**

Haslevej 50  
3700 Rønne  
Tlf.: 7021 1662  
Fax: 5695 3812  
**Telefontid**

Man, tirs og tors: 09.00 - 12.00

## Kreds Sjælland

**Kredschef**

Thorkild David Hay

Hovedtelefonnummer: 7021 1664  
Hovedfaxnummer: 7021 1665  
Hjemmeside: www.dsr.dk/sjaelland  
E-mail: sjaelland@dsr.dk

**Kontor**

RingstedCentret  
Nørregade 13  
4100 Ringsted

**Kontorets åbnings- og telefontider****Telefonåbent**

|         |               |
|---------|---------------|
| Mandag  | 09.00 - 14.00 |
| Tirsdag | 13.00 - 16.00 |
| Onsdag  | 09.00 - 14.00 |
| Torsdag | 13.00 - 16.00 |
| Fredag  | 09.00 - 13.00 |

**Fremmøde**

|         |               |
|---------|---------------|
| Mandag  | 08.30 - 15.30 |
| Tirsdag | 08.30 - 15.30 |
| Onsdag  | 08.30 - 15.30 |
| Torsdag | 12.00 - 16.00 |
| Fredag  | 09.00 - 13.00 |

## Kreds Syddanmark

**Kredschef**

Jan Villumsen

Hovedtelefonnummer: 7021 1668  
Hjemmeside: www.dsr.dk/syddanmark  
E-mail: syddanmark@dsr.dk

**Kontor**

Vejlevej 121, 2.  
7000 Fredericia

**Telefontider**

Kl. 08.30 - 13.00 - mandag, tirsdag,  
onsdag og fredag  
Kl. 11.00 - 16.00 - torsdag

## Kreds Midtjylland

**Kredschef**

Ann Dahy

**Fælles postadresse**  
DSR, Kreds Midtjylland  
Marienlystvej 14  
8600 Silkeborg

Hovedtelefonnummer: 4695 4600  
Hovedfaxnummer: 7021 1667  
Hjemmeside: www.dsr.dk/midtjylland  
E-mail: midtjylland@dsr.dk

**Lokale kontorer**

Fredericiagade 27-29  
7500 Holstebro  
Åbent efter forudgående aftale.

Mindegade 10  
8000 Århus C

Åbent efter forudgående aftale.

**Telefontider**

|                |               |
|----------------|---------------|
| Mandag-tirsdag | 10.00 - 15.00 |
| Onsdag         | lukket        |
| Torsdag-fredag | 10.00 - 15.00 |

## Kreds Nordjylland

**Kredschef**

Iben Gravesen

Telefon: 4695 4850  
Telefax: 9634 1426  
Hjemmeside: www.dsr.dk/nordjylland  
E-mail: nordjylland@dsr.dk

**Kontor**

Sofiendalsvej 3  
9200 Aalborg SV

**Kontorets åbningstider**

Man - ons kl. 09.00 - 15.00  
Torsdag kl. 13.00 - 16.00  
Fredag kl. 09.00 - 12.00

# Ønsker du nye udfordringer?

Så mangler vi dig og byder dig velkommen som vikar i ActivCare.

Hvornår ønsker du din første vagt?  
– vi glæder os til samarbejdet med dig!

Ring til dit lokalkontor!

**ActivCare**<sup>®</sup>  
[www.activcare.dk](http://www.activcare.dk)

København tlf. 70 20 30 00  
Roskilde tlf. 46 31 01 20

Århus tlf. 86 13 24 44  
Aalborg tlf. 96 31 80 71

Odense tlf. 63 12 80 00  
Kolding tlf. 75 10 12 80