

**Sikre nåle giver
færre stikskader**

**Familieliv med et
menneske med ALS**

SYGGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING  NR. 4 • 23. MARTS 2015 • 115. ÅRGANG

S T R E S S
DET SVÆRE
COMEBACK



Ekstraordinær kongres
Anbefaler et ja til OK15

Praktik
Øjensygepleje i London

Jeanette Ottesen
Verdensmester i svømning

Mælk. Naturlig styrke.

Alle har brug for den naturlige styrke, og den pakke af næringsstoffer, som daglig mælk giver. Også en verdensmester som Jeanette Ottesen.

Tror du at dine patienter ved ...

... at kroppen har brug for protein, som mælken er en god kilde til? Protein bidrager til at opbygge og vedligeholde muskelmassen.

... at protein, sammen med calcium, er med til at styrke og vedligeholde vores knogler?

... at mælk og mejeriprodukter også indeholder mange andre mineraler og vitaminer, fx fosfor, kalium, jod, riboflavin og vitamin B12, som er vigtige – både for de voksende og for de voksne.

... at Fødevarestyrelsen anbefaler de magre mejeriprodukter som en del af de 10 kostråd? ¼ - ½ liter mælkeprodukt er passende i forhold til danske madvaner, som en del af en varieret kost og en sund livsstil.

Læs mere om mælkens gavnlige næringsstoffer på milkaforceofnature.dk



Til dine patienter med atrieflimren



Bestil patientværktøjet "Når hjertet flimrer"- gratis.

"Når hjertet flimrer" er et praktisk værktøj til patienter med atrieflimren. Folderen giver patienterne overblik og viden om deres sygdom, og indeholder en række enkle redskaber, der kan bruges aktivt i hverdagen og i mødet med sundhedsvæsenet.

Du kan bestille værktøjet gratis til dine patienter på t2c.dk/hjerteflimmer

"Når hjertet flimrer" er udarbejdet af SIG-atrieflimren 2014, en interessegruppe for sygeplejersker under Fagligt Selskab for Kardiologiske, Karkirurgiske og Thoraxkirurgiske Sygeplejersker under Dansk Sygepleje Råd. Folderen er udgivet af Boehringer Ingelheim Danmark A/S.



KORT

- 10 Tysk sygeplejerske fik livsvarigt fængsel for dobbeltmord**
Nyt britisk kriminologisk studie over sygeplejersker som "dødsengle" oplister fem indikatorer, som kan gøre omgivelserne opmærksom på, at noget kan være helt galt med kollegaen.

TEMA OM TILBAGEKOMST TIL ARBEJDET EFTER STRESS

- 22 En forhastet tilbagevenden er en dårlig forretning**
Professor advarer mod, at ledelserne ude på arbejdspladserne laver forhastede opstartsforløb med langtidssyge. Hvis den sygemeldte går ned igen, kan det blive meget dyrt.

- 28 Arbejdede som en Duracell-kanin**
Tre sygeplejersker fortæller deres historie om stress. Blandt dem Marianne, som startede for hurtigt på arbejde og efterfølgende blev fyret. Det var meget lettere, da hun fik en diskusprolaps, for så var det mere tydeligt, at hun var syg.

OK15 EKSTRAORDINÆR KONGRES

- 32 »Vi har sat vores fingeraftryk«**
Det blev et klart ja til overenskomstresultatet fra Dansk Sygeplejeråds kongres, der var ekstraordinært indkaldt til møde i København i starten af marts.
- 33 Kongressen anbefaler et ja til OK15-forlig**
- 34 Aftalerne i korte træk**
- 36 »Fællesskabet har bestået sin prøve«**
- 38 Det er lykkedes at sikre reallønnen**
- 40 Tid til urafstemning**

BAGGRUND

- 44 Systematisk indsats giver færre stikskader**
Regionhospitalet Horsens har i mange år arbejdet systematisk med at forebygge stik- og skæreskader. Seneste skud på forebyggelsesstammen er en app, men forebyggelsesarbejdet vægter stadig højt i form af sikre produkter samt oplæring af personale.
- 48 PÅ JOB: Ingen smitterisiko fra venflon og insulinåle**
På Regionhospitalet Horsens er antallet af stikskader blevet stærkt begrænset med en forebyggelse, der både omfatter sikkerhedsprodukter og sikre procedurer.

NYT FRA DSR - DIN ORGANISATION

- 62 Sygeplejersker får forbudte spørgsmål ved jobsamtaler**
Selvom det er en overtrædelse af ligebehandlingsloven, spørger arbejdsgiverne under jobsamtaler om sygeplejerskernes planer om at få børn. Spørgsmålene rammer også allerede ansatte.
- 64 Høj faglighed giver værdig ældrepleje**
Sct. Jørgensbjerg Plejecenter i Roskilde har fokus på at sikre beboerne en værdig pleje. Næstformand for Dansk Sygeplejeråd Dorte Steenberg og socialordfører Lotte Rod (R) besøgte centret.



FAGLIG INFORMATION

- 72 Sygeplejestuderendes oplevelser af vejledning
- 75 Kirsten Stallknecht Prisen 2015
- 76 Mennesker med Alzheimers sygdom kan sagtens træne
- 77 Konsekvenser af søvndeprivation hos intensivpatienter

FAG

78 Pårørendes oplevelse af livsforlængende behandling til mennesker med ALS

En undersøgelse af pårørendes oplevelser og reaktioner på at bo sammen med en person i respiratorbehandling viser, hvordan behandlingen influerer på livskvalitet og plejbyrde.

86 Aktivitetsbaseret ergoterapi til intensive patienter

Sygeplejersken og ergoterapeuten samarbejder om aktiviteter med fokus på patientens dagligdag, og det giver bedre ressourceudnyttelse.

89 Resuméer af international forskning

90 Forældres holdning til hørescreening af nyfødte

15 forældre blev spurgt om information og tanker om tilbudet om hørescreening af deres nyfødte barn, inden de gik ind til undersøgelse.

94 Et praktikophold på et øjenhospital i London

Dansk øjensygepleje er i top, men det er også meget givende at besøge et andet land og observere sygeplejen der.

I HVERT NUMMER

- 7 Diagnosen
- 8 Studerende i praksis
- 10 Kulturjournalen
- 15 Dilemma
- 18 Historisk
- 42 Parentes
- 50 Boganmeldelser
- 56 5 faglige minutter
- 66 Debat/Navne/Mindeord
- 70 Facebook
- 72 Fagtanker
- 74 Fra forsker til fag
- 100 Stillingsannoncer
- 103 Kurser/møder/meddelelser
- 107 Kontakt

Forsidefoto Søren Svendsen

Vi har styrket den danske model

Efter et par mørke måneder er det endelig blevet forår. Det er ikke meget, vi i forhandlingsdelegationen har set solen de seneste par måneder. De har stået i overenskomstfornyelsens tegn. Forhandlingerne har været hårde og spændende. Hektiske og trættende. Flere af runderne har strakt sig over dage og nætter. Men nu har vi aftalerne på plads.

Jeg synes, at det er nogle solide aftaler. Vi har hævet erfaringstillægget til de specialuddannede sygeplejersker og sikret de sygeplejefaglige kandidater en række forbedringer. Vi mener, at uddannelse skal kunne betale sig. Derfor er vi gået efter forbedringer til de grupper. Og det er lykkedes.

Det er også lykkedes at sikre købekraften, fordi lønstigningerne ligger over prognoserne for inflationen. Netop real-lønssikringen var en klar politisk målsætning for os, da vi tog hul på forhandlingerne. Det samme var et løft af pensionsatserne, så vi kommer tættere på målsætningen om 18 pct., samt en styrkelse af det psykiske arbejdsmiljø, som halter mange steder i sundhedsvæsenet. Begge dele kom vi i mål med.

OK15 var også den første overenskomstfornyelse for det nye forhandlingsfællesskab. Jeg synes, at fællesskabet har mere end bestået sin prøve. Vi var aldrig kommet så langt med arbejdsgiverne, som vi faktisk er, hvis det ikke var, fordi vi optrådte i samlet flok. Dannelsen af Forhandlingsfællesskabet er for mig at se en styrkelse af den danske model, fordi vi er meget mere jævnbyrdige med arbejdsgiverne, når vi i de faglige organisationer står skulder ved skulder ved forhandlingerne.

Personligt er jeg ikke i tvivl. Jeg anbefaler et ja til overenskomstresultaterne. Det samme gør hovedbestyrelsen og kongressen.

Rigtig godt forår!



Grete Christensen, formand



NÆSTE NUMMER UDKOMMER 20. APRIL

Læs bl.a.:

- Tema om brugerstøtte i psykiatrien
- På job: Skærpede rutiner i medicindoseringen
- Fag: Mundpleje til indlagte patienter

Konst. chefredaktør, ansv. efter medieansvarsloven
Anne Granborg
 ang@dsr.dk
 Tlf.: 4695 4004

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Journalist
Mikkel Søren Bødker Olesen
 mso@dsr.dk
 Tlf.: 4695 4119

Distribueret oplag
 1. januar - 30. juni 2014:
 74.822 eksp.
 Medlem af Dansk
 Fagpresse

Tryk
ColorPrint

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

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

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

Stillingsannoncer
 dsrjob@dmfnet.dk

Forretningsannoncer
 dsrtekst@dmfnet.dk

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

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

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

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

Ophavsret

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

Ansvar

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

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

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

Chefredaktøren er ansvarlig for bladets indhold.

Stik- og skæreskader Ny app sikrer hurtig indsats

På Regionshospitalet Horsens gør en ny app det nemt at registrere stik- og skæreskader. Appen giver øjeblikkeligt overblik over skaden, hvilket igen sikrer hurtig indsats overfor uhensigtsmæssige arbejdsgange og vaner.

Tekst **Christina Sommer**

På Regionshospitalet Horsens har man med succes ladet en app afløse papirskemaer, når uheldige medarbejdere skal registrere en stik- eller skæreskade. Appen er installeret på en iPad, som personalet i akutafdelingen udleverer til den tilskadekomne, når hun alligevel sidder og venter på at få taget blodprøver m.m. Det fortæller hospitalets arbejdsmiljøkoordinator Henning Rasmussen.

"Før fik man et stykke papir, nu får man iPad'en. Og det er både brugerne og personalet tilfredse med," siger Henning Rasmussen.

Sygeplejerske på akutafdelingen Anne Mette Lindegren uddyber:

"iPad'en er nem at håndtere, og man er fri for at have papirer liggende. Folk synes faktisk, det er lidt spændende, at registrering foregår på iPad," siger hun.

Hurtig tilbagemelding

Spørgsmålene i appen er inspireret af det internationalt anerkendte registreringssystem Epinet. Den skaderamte skal bl.a. svare på, hvordan de fysiske rammer og arbejdspresset var, da skaden skete, og der er også plads til fritekst. Så snart medarbejderen trykker "gem", får Henning Rasmussen automatisk besked om, at der har været et uheld. Han kan herefter kommentere på indberetningen, før han sender information og evt. egne overvejelser videre til den pågældende afdelingsledelse og lokale arbejdsmiljøgruppe.

"Appen giver mig hurtigt viden om, hvad der er sket. Det sikrer igen, at man også lokalt ved, at der har været en stik-

eller skæreskade, og den hurtige tilbagemelding gør, at man kan ændre evt. uhensigtsmæssige arbejdsgange eller defekt udstyr med det samme," siger Henning Rasmussen.

Overskuelig og logisk

En af de sygeplejersker, der har brugt appen, er Johnny Maaløe. I september 2014 stak han sig på en brugt kanyle, der uheldigvis stak op af kanyleboksen, da han selv skulle smide en anden kanyle væk.

"Appen er overskuelig og logisk at bruge, man bliver guidet godt igennem hele processen, f.eks. bliver spørgsmålene grønne, når man har svaret på dem," fortæller Johnny Maaløe og roser også den gode opfølgning.

"Bl.a. fik jeg efter en uges tid mail fra arbejdsmiljøkoordinatoren om, at jeg var velkommen til at kontakte ham, hvis jeg havde yderligere spørgsmål til skaden og evt. erstatning. Jeg slap heldigvis med skrækken. Alle mine prøver var helt normale," siger Johnny Maaløe.

Appen er blevet udviklet i samarbejde med et lille lokalt firma. Henning Rasmussen håber, at den med tiden vil blive indført på andre hospitaler. Og ikke mindst at den kommer til at tale sammen med EASY, som er Arbejdsskadestyrelsens indberetningssystem.

"I dag skal jeg taste alle vores data manuelt ind i EASY, og det er jo lidt skørt, da jeg nu allerede har det hele digitalt," siger Henning Rasmussen.

Læs også artiklen "Systematisk indsats giver færre stikskader" side 44.



Illustration Gitte Skov

Det er ikke altid, at stressramte sygeplejsker oplever opbakning og forståelse fra kolleger og ledelse, når de starter op igen efter et sygdomsforløb. Læs tema om den svære tilbagevenden til jobbet på side 20.

Tre kommuner går sammen om specialiseret sygepleje i hjemmet

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen**

Ballerup, Furesø og Herlev Kommuner har sammen med Medicinsk Afdeling på Herlev Hospital oprettet et specialiseret sygeplejeteam, som kan overtage særligt krævende opgaver fra hjemmeplejen.

En ny model for specialiseret sygepleje på tværs af kommunegrænser og på tværs af hjemmepleje og hospital bliver i en projektperiode afprøvet i Ballerup, Furesø og Herlev Kommuner.

Ifølge sygeplejerske og projektleder på Herlev Hospital, Anne-Marie Bergstrøm Mølbæk, er det teamets opgave at træde til, hvis hjemmesygeplejen ikke har et tilbud.

"Hvis borgeren gerne vil være hjemme, men hjemmeplejen mangler kompetencer til at kunne pleje borgeren i hjemmet, så

har vi nogle specialiserede redskaber, vi kan tage i brug. Vi kan f.eks. tage blodprøver, køre ind på hospitalet, få dem analyseret og have svar inden for tre timer. Og så kan vi samtidig lave en sygeplejevurdering af, hvor dårlig borgeren er og f.eks. lave en respirationsmåling og se på, om borgeren får brugt sin spacer rigtigt," siger Anne-Marie Bergstrøm Mølbæk.

Tid og tilgængelighed

Tilgængelighed og tid er to vigtige nøgleord for sygeplejeteamet.

"Hjemmesygeplejersken har måske 27 borgere på kørelisten i en aftenvagt og kan ikke smide alt, hvad hun har i hænderne, hvis en borger bliver dårlig. Her er det en stor fordel at kunne ringe til en kollega, som kan tage over. Vi kan tage ud til

borgeren og vurdere, om borgeren skal indlægges eller ej. Vi kan ringe til egen læge eller til hospitalet, og vores sygeplejersker er rutinerede i f.eks. at lægge PVK og give i.v.-væske," fortæller Anne-Marie Bergstrøm.

Inden sommerferien er det meningen, at teamet skal dække både dag- og aftenvagter alle ugens syv dage. Teamet er inspireret af Akutteamet i Viborg, som har fungeret i fire år. Men forskellen er, at det specialiserede sygeplejeteam i Ballerup, Furesø og Herlev Kommuner arbejder på tværs af kommunegrænserne.

Det specialiserede sygeplejeteam er et toårigt projekt, som er forankret i Medicinsk Afdeling på Herlev Hospital i Enhed for tværsektorielt samarbejde - forskning og udvikling.

Lyt til den enkelte patients behov

Mia Pedersen, sygeplejestuderende på modul 13, Professionshøjskolen Metropol

En studerende finder under et ophold i Israel ud af, at et snævert fokus på teorier kan skygge for det væsentligste.

I sommer besøgte jeg dialyseafdelingen på Nahariya Hospital i det nordlige Israel.

Jeg ville gerne have et indblik i, hvilke teorier de israelske sygeplejersker anvender i plejen af patienter med en kronisk sygdom. Den beslutning var baseret på den måde, vi i Danmark bliver flasket op med teorier i løbet af uddannelsen.

Jeg havde før turen lavet en aftale med to danske sygeplejersker, Lis og Jeanette. De er begge uddannet i Danmark, men i dag bosat i Israel, hvor de arbejder på Dialyseafdelingen i Nahariya.

Jeanette tog imod mig. Hospitalet virker kæmpe stort, og på vej op til afdelingen fortæller hun, at Nahariya Hospital dækker et optageområde på 600.000 borgere og har 650 sengepladser, deres dialyseafdeling har 240 patienter i behandling og 38 sygeplejersker ansat.

På afdelingen virker der utroligt hjemligt, og indretningen og fornemmelsen af gensidig tillid mellem personale og patienter forstærker det indtryk. Jeanette fortæller, at man efter så lang tid kommer til at kende sine patienter, og til en vis grad gælder det også den anden vej rundt.

Afdelingen har flere forskellige nationaliteter og kulturer, og der tales også et par forskellige sprog blandt patienter og personale.

Dette miks af kulturer og nationaliteter gør, at der på hospitalet er nogle specielle regler.

En af reglerne er, at der på hver vagt skal være sygeplejersker, som kan tale de tre mest udbredte sprog i Israel: hebraisk, arabisk og russisk.

Selv taler Jeanette hebraisk og en smule arabisk. Hebraisk har hun lært på et obligatorisk sprogkursus, som hun fik, da hun begyndte at arbejde i landet.

Desuden er det obligatorisk for udenlandske sygeplejersker at tage et specialkursus for at sikre, at de har kompetencer, som svarer til den autorisation, de har med sig.

Efter mit minimale, men alligevel overvældende indblik i en hverdag med så mange forskellige kulturer og nationaliteter kan jeg pludselig se, at det måske ikke er helt nemt at finde én teori, som kan puttes ned over plejen.

Den sidste dag skal jeg mødes med Lis. Hun har tonsvis af erfaring som dansk sygeplejerske i Israel og fortæller bl.a., at de problematikker, man møder her, ikke kan sammenlignes med dem i Danmark.

Jeg kommer pludselig i konflikt med mig selv. For selv om det står klart, at der er tale om en hverdag med forskellige kulturelle og religiøse elementer, som kan give kontroverser, så oplevede jeg det ikke under mit besøg på afdelingen. Tværtimod



Arkivfoto/Stock

”Det helt grundlæggende i sygeplejen er at være til stede, lytte og være klar over den enkelte patients behov.”

overværede jeg nogle af patienterne le og joke med hinanden indbyrdes, trods kulturelle forskelle.

Den observation førte til mit sidste spørgsmål til Lis: ”Hvad gør man som sygeplejerske for at få den bedste forståelse af så mange forskellige kulturer og nationaliteter i den samme patientgruppe?”

Efter lidt tid svarede hun overraskende enkelt: ”Det helt grundlæggende i sygeplejen; at være til stede, lytte og være klar over den enkelte patients behov. Det er det værktøj, som virker bedst i en hverdag med så mange forskellige mentaliteter og kulturer. At tage én specifik teori og putte ind i hverdagen ville være meget vanskeligt.”

Selv om turen kun har givet mig et lille indblik i, hvordan en hverdag med mange kulturer fungerer, vil jeg tage det råd med mig i min kommende tid som sygeplejerske.

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

TIL BEHANDLING AF PATIENTER MED TYPE 2-DIABETES

JANUMET®

(SITAGLIPTIN/METFORMIN)

MARKANT REDUKTION AF HbA1c¹

**NÅR DU IKKE KOMMER I MÅL
MED METFORMIN ALENE**

JANUMET
(SITAGLIPTIN/METFORMIN)

har i et klinisk studie vist **vægttab** og færre tilfælde af **hypoglykæmi** vs metformin + SU^{2*}.

Se venligst EMAs godkendte produktresumé inden receptudskrivelse. Produktresumé findes på side 12.

MSD, Lautrupbjerg 4, 2750 Ballerup

Janumet®
(sitagliptin/metformin, MSD)

Teater



Foto: Morten Fauertby

Hvorfor skød han sin kone og sig selv?

14.-24. april

Manden der ville huske

Drama

En mand vågner op i en hospitalsseng. Han aner ikke, hvorfor eller hvordan han er havnet der. Han får et spejl stukket i hånden og ser, at han har et gigantisk ar over panden, der strækker sig fra øre til øre. Han får at vide, at han har skudt sig selv i hovedet, men han husker intet. Senere samme år starter han afsoningen af 14 års fængsel for drabet på sin ekskone, som han angiveligt skulle have myrdet den aften, han forsøgte at begå selvmord. Stædigt begynder han en lang kamp for at prøve at genvinde sin hukommelse og finde sig selv. Teaterstykket er baseret på en sand historie fra Aarhus.

Teatret Svalegangen, Rosenkrantzgade 21, Aarhus C

Læs mere på www.svalegangen.dk

9. april - 5. maj

Mit mørke

Tragedie

Under Anden Verdenskrig bliver en 16-årig jysk pige, Ebba, medlem af det danske nazistparti. Hun melder sig som frivillig i Tysk Røde Kors og oplever krigen fra den anden side af grænsen. Få hundrede meter fra Førerbunkeren plejer hun sårede tyske soldater til den bitre ende. Da krigen er slut, vender Ebba hjem til Danmark. Hun fortæller ikke om sin fortid til nogen. Ikke før nu - hvor hun tager os med ned i de fortrængte og dystre minder. Ind i mørket.

PLAY, Strandlodsvej 7, København S
Læs mere på www.play-cph.dk

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

Tysk sygeplejerske fik livsvarigt fængsel for dobbeltmord

Nyt britisk kriminologisk studie over sygeplejersker som "dødsengle" oplister fem indikatorer, som kan gøre omgivelserne opmærksom på, at noget kan være helt galt med kollegaen.

Tekst **Henrik Boesen**

En 38-årig tysk sygeplejerske er af retten i den nordtyske by Oldenburg blevet idømt livsvarigt fængsel for mord på to patienter og mordforsøg på yderligere to. Pga. sagens alvorlige omstændigheder fastslog dommeren, at den dømte aldrig vil kunne prøveløslades. Fornyet efterforskning i en række endnu uopklarede mystiske dødsfald blandt patienter betyder, at manden igen kan blive stillet for retten for yderligere tiltaler for mord og mordforsøg.

Injicerede overdosis

Sygeplejersken injicerede patienterne med en overdosis hjertemedicin og forsøgte efterfølgende at genoplive patienterne. I retten gav han som forklaring, at han dels kedede sig i sit arbejde, dels ville vise sine kolleger, at han var dygtig til genoplivning - hvilket han altså ikke var i alle tilfælde.

Før retssagen blev den 38-årige mentalundersøgt, og ifølge flere tyske medier har den nu dømte mand her tilstået op imod 30 mordforsøg. Politiet har i forbindelse med retssagen fordybet sig i sygeplejerskens åbenbart langvarige synderegister og efterforsker nu omkring 200 mistænkelige dødsfald. Bl.a. skal en række lig graves op og tjekkes for mulige rester af medicin.

I søgelyset for 15 år siden

I årene 1999-2001 kom sygeplejersken første gang i politiets søgelys pga. nogle mistænkelige dødsfald på hospitalet, hvor han arbejdede. Sagerne blev imidlertid opgivet af politiet.

I 2008 blev den 38-årige idømt syv og et halvt års fængsel for mordforsøg i forbindelse med en anden ansættelse indenfor sundhedsvæsenet og fik forbud mod nogensinde at arbejde som sygeplejerske. Det var, mens han afsonede denne dom, at anklagemyndig-



Foto: Scanpix/DPA

I Tyskland er det i modsætning til i Danmark tilladt for pressen at fotografere i forbindelse med en retssag. Men den tiltalte, her den morddømte 38-årige sygeplejerske, har dog ret til at skjule ansigtet for omverdenens nysgerrige blikke.

heden begyndte at undersøge den seneste række af mistænkelige dødsfald, som også kunne sættes i forbindelse med manden.

Røde ører

Retssagen efterlader tysk politi og anklagemyndighed med røde ører, idet pårørende til de mange døde har anklaget de to instanser for ikke at gøre deres arbejde godt nok - og dermed tidligere kunne have stoppet manden. Desuden ville et veldrevet register over dødsfald samt over brug af visse typer medicin måske kunne have afsløret manden tidligere.

Hold øje med disse fem indikatorer

Et britisk kriminologisk studie offentliggjort i november sidste år sætter fokus på sygeplejersker som "dødens engle". Forskerne bag studiet har undersøgt omstændighederne ved 16 morddømte mandlige og kvindelige sygeplejerskers serielle ugerninger mod i alt over 120 patienter.

I bestræbelserne på at se fremad og forhindre sygeplejersker i at blive nye dødsengle oplister forskerne fem forhold - røde flag-indikatorer - som ledelse og kolleger bør være opmærksom på:

1. vurdering af antallet af dødsfald under en sygeplejerskes vagter sammenlignet med kollegers,
2. forekomst af f.eks. depression hos en sygeplejerske,
3. kollegers eventuelle mistanker skal tages alvorligt,
4. sygeplejerskens omgang med ikke-receptpligtig medicin og
5. mistanke om personlighedsforstyrrelser.

Forskerne lægger dog kraftigt vægt på, at en lang række af ovenstående indikatorer skal være til stede samtidig og i tilstrækkelig grad i forhold til en konkret sygeplejerske for at undgå stigmatisering og dermed ubegrundet frygt.

Kilde: Neue Osnabrücker Zeitung (www.noz.de), www.radiobremen.de og Yardley E, Wilson D. "In Search of the "Angels of Death": Conceptualising the Contemporary Nurse Healthcare Serial Killer. Journal of Investigative Psychology and Offender Profiling 11/2014;DOI: 10.1002/jip.1434 (Kræver login).

Læs også Mille Dreyer-Kramshøjs artikel "Seriemord i sygepleje" fra *Sygeplejersken* nr. 7/2010, som findes i artikelarkivet på Sygeplejersken.dk

USA: Ebolasmittet

sygeplejerske sagsøger hospital
Nina Pham var sygeplejerske på Texas Health Presbyterian Hospital i Dallas, da hun blev smittet med ebola sidste efterår. Pham behandlede Thomas Eric Duncan, der begyndte at vise symptomer på ebola, da han ankom til Dallas fra Liberia. Den 2. marts sagsøgte hun moderselskabet Texas Health Resources, der ejer hospitalet. Ifølge Pham undlod hospitalet at uddanne personalet ordentligt til at håndtere ebola, og det nødvendige udstyr var heller ikke tilgængeligt for personalet, skriver CNN.

Studietur til bæltefrit England

En delegation af danske læger og sygeplejersker har været på studietur til en psykiatrisk afdeling i England for at se, hvordan englænderne undgår brug af bæltefiksering. Sygeplejerske Marie Lund fra den psykiatriske afdeling i Viborg fortæller i en video om turen. Hun mener, at patienterne mangler menneskelig kontakt, når der bruges isolationsrum. Se videoen på www.bit.ly/tvangengland

Hudprøve kan afsløre demenssygdom

Mængden af bestemte proteiner i huden kan være et tegn på Parkinsons eller Alzheimers sygdom. På the American Academy of Neurologys årsmøde i Washington i februar blev et mexicansk forskningsprojekt præsenteret, som viser, at patienter med Parkinsons sygdom har et højt indhold af alfa-synuklein i huden. Forskergruppen håber, at hudprøver kan blive en biologisk markør. Studiet kan læses i fagtidsskriftet "Annals of Clinical and Transitional Neurology".

Kilde: Nationalt Videncenter for Demens i deres forskningsnyheder fra februar.

ONDT I RYG ELLER NAKKE?



KOM HURTIGERE PÅ HØJKANT MED BEVÆGELSE

Hvis du har ondt i ryg eller nakke, har du måske mest lyst til at ligge ned. Men du kommer hurtigere på højkant, når du holder kroppen i gang. For muskler og led har bedst af at bevæge sig. Og du kan faktisk godt gå på job, bare du aftaler med leder og kolleger, hvordan I sammen tilpasser arbejdet. Se hvordan på jobogkrop.dk

JANUMET® (SITAGLIPTIN OG METFORMIN, MSD) Produktresumé for annonce side 9

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

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

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

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

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

(*) **BIVIRKNINGER:** Sitagliptin og metformin kombinationsbehandling: *Almindelig ($\geq 1/100$, <1/10):* Hypoglykæmi, kvalme, flatulens, opkastning. *Ikke almindelig ($\geq 1/1.000$, <1/100):* Døsighed, diarré, obstipation, øvre abdominalmerter, fald i blodglucose. *Kombinationsbehandling med metformin og et sulfonylurinostof: Meget almindelig ($\geq 1/10$):* Hypoglykæmi. *Almindelig ($\geq 1/100$, <1/10):* Obstipation. *Kombinationsbehandling med metformin og en PPAR γ -agonist (pioglitazon): Almindelig ($\geq 1/100$, <1/10):* Hypoglykæmi, perifere ødemer. *Kombinationsbehandling med metformin og insulin: Meget almindelig ($\geq 1/10$):* Hypoglykæmi. *Ikke almindelig ($\geq 1/1.000$, <1/100):* Hovedpine, tør mund. *Sitagliptin:* Hovedpine, hypoglykæmi, infektion i øvre luftveje, nasopharyngitis, osteoarthritis, ekstremitetsmerter, obstipation, svimmelhed. *Metformin: Meget almindelig ($\geq 1/10$):* Symptomer fra mave-tarmkanalen. *Almindelig ($\geq 1/100$, <1/10):* Metallisk smag i munden. *Meget sjældent (<1/10.000):* Urticaria, erythema, pruritus, laktacidose, B $_{12}$ -vitaminmangel, leverinsufficiens, hepatitis. *Efter markedsføring: Hypyghed ukendt:* Overfølsomhedsreaktioner, inklusive anafylaksi, interstitiel lungesygdom, opkastning, akut pankreatitis, letal og ikke-letal hæmorragisk og nekrotiserende pankreatitis, angioødem, udsætt, urticaria, kutan vaskulitis, eksfoliative hudreaktioner, herunder Stevens-Johnsons syndrom, artralgi, myalgi, ekstremitetsmerter, rygmerter, nedsat nyrefunktion, akut nyresvigt.

PAKNINGER OG PRISER: Der henvises til dagsaktuelle priser på www.medicinpriser.dk. For pakningsstørrelser, se venligst nedenstående skema.

UDLEVERING: B. TILSKUD: Generelt tilskud.

INDEHAVER AF MARKEDSFØRINGSTILLADELSEN: Merck Sharp & Dohme. Repræsentant: MSD Danmark ApS, Lautrupbjerg 4, 2750 Ballerup (dkmail@merck.com, tlf. 44 82 40 00).

Baseret på produktresumé dateret: 25.09.2014.

REFERENCER: 1. Goldstein et al. Diabetes Care 2007;30: 1979-1987. 2. Nauck MA, Meininger G, Sheng D, et al; for Sitagliptin Study Group 024. Efficacy and safety of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor, sitagliptin, compared to the sulfonylurea, glipizide, in patients with type 2 diabetes inadequately controlled on metformin alone: a randomized, double-blind, non-inferiority trial. Diabetes Obes Metab. 2007;9: 194-205.

Præparat	Lægemiddel-gruppe	Pakningsstørrelse/pris (AUP/marts 2015)	Pris pr. døg	Indikationer	Kontraindikationer	Dosering	Bivirkninger
METFORMIN	Biguanid	Vnr. 198303, 500 mg, 120 stk. kr. 36,70; Vnr. 073196, 850 mg, 100 stk. kr. 38,75; Vnr. 093687, 1000 mg, 100 stk. kr. 49,25.	Fra 0,61 - 2,46 kr.	Til behandling af type 2-diabetes mellitus, især hos overvægtige patienter, når diætkontrol og motion ikke resulterer i tilstrækkelig glykæmisk kontrol. Kan anvendes som monoterapi eller i kombination med andre orale antidiabetika eller insulin.	Overfølsomhed over for metformin eller over for et eller flere af hjælpestofferne. Diabetisk ketoacidose, diabetisk prækoma. Nyresvigt eller nyreinsufficiens (kreatininclearance <60 ml/min). Akutte tilstande med risiko for ændring af den renale funktion, fx dehydrering, svær infektion, shock. Intravaskulær administration af jodholdige kontraststoffer. Akut eller kronisk sygdom, som kan medføre vævshypoxi fx: hjerte- eller respirationsvigt, nyligt myokardieinfarkt, shock. Leverinsufficiens. Akut alkoholforgiftning, alkoholisme. Anning.	Den sædvanlige startdosis er 500 el. 850 mg metformin 2-3 gange dagligt, under eller efter et måltid; herefter individuel titrering. Maksimal anbefalet dosis er 3 gram dagligt.	Metformin kan forårsage laktacidose. Almindelige bivirkninger: Kvalme, opkastning, diarré, abdominalmerter, appetitløshed, smagsforstyrrelser.
JANUMET (SITAGLIPTIN/METFORMIN)	DPP-4-hæmmer	Vnr. 054402, 50 mg/850mg, 56 stk. kr. 428,00; Vnr. 381413, 50 mg/850mg, 196 stk. (2x98) kr. 1.411,00; Vnr. 574264, 50mg/1.000mg, 56 stk. kr. 409,00; Vnr. 563003, 50mg/1.000mg, 196 stk. (2x98) kr. 1.400,00.	50 mg/850mg, Fra 14,38 kr. 50 mg/1.000 mg, Fra 14,25 kr.	Til behandling af type 2-diabetes mellitus. Når tilstrækkelig glykæmisk kontrol ikke kan opnås med metformin alene. I kombination med sulfonylurinostof eller PPAR γ -agonist (glitazon) (tripel kombinationsbehandling). Janumet er også indiceret som tillægsbehandling til insulin.	Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. Diabetisk ketoacidose, diabetisk prækoma. Moderat eller svær nyreinsufficiens (kreatininclearance <60 ml/min). Akutte tilstande med risiko for ændring af den renale funktion, fx: dehydrering, svær infektion, shock. Intravaskulær administration af jodholdige kontraststoffer. Akut eller kronisk sygdom, som kan medføre vævshypoxi fx: hjerte- eller respirationsvigt, nyligt myokardieinfarkt, shock. Leverinsufficiens. Akut alkoholforgiftning, alkoholisme. Anning.	Individuel dosering på basis af patientens aktuelle regime; maksimal daglig dosis 100 mg sitagliptin. Bør ikke anvendes ved moderat til svært nedsat nyrefunktion (kreatininclearance <60 ml/min). Bør ikke anvendes ved nedsat leverfunktion. Begrænsede data for patienter >75 år.	Almindelige bivirkninger: Hypoglykæmi, kvalme, flatulens, obstipation, opkastning, perifere ødemer, smagsforstyrrelser.
AMARYL (GLIMEPIRID)	Sulfonylurinostof	Vnr. 091751, 1 mg, 90 stk. kr. 194,35; Vnr. 091769, 2 mg, 90 stk. kr. 310,85; Vnr. 097881, 3 mg, 90 stk. kr. 445,85; Vnr. 004586, 4 mg, 90 stk. kr. 435,90.	Fra 2,15 - 9,88 kr.	Type 2-diabetes mellitus hvor kostregulering ikke er tilstrækkelig	Overfølsomhed over for glimepirid, andre sulfonylurinostoffer eller sulfonamider eller over for et eller flere af hjælpestofferne. Insulinkrævende diabetes. Diabetisk koma. Ketoacidose. Svære nyre- eller leversygdomme.	Individuel dosering. Initial dosis er 1 mg dagligt. Justeres med 1-2 ugers interval til 2, 3 eller 4 mg. Max. anbefalet dosis er 6 mg dagligt.	Hypoglykæmi afhænger af individuelle faktorer som kostvaner og dosering.

Sammenligningsskemaet er ikke udtømmende og der henvises til at yderligere oplysninger kan søges i de fulde godkendte produktresuméer. Der henvises til dagsaktuelle priser på www.medicinpriser.dk. Baseret på EMA's Sundhedsstyrelsens godkendte produktresuméer for de nævnte produkter.

*SU = sulfonylurea; glipizid

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

Se venligst EMA's godkendte produktresumé inden receptudskrivelse.
© 2015 MSD Danmark ApS. All rights reserved.





Har vi plads til de umotiverede patienter?

På Sygeplejersken.dk kan du læse blogs skrevet af sygeplejersker om så forskellige emner som skriveeksil, ebolapatienter og hverdagslivet på et apopleksiafsnit. Lotte Evron, som er adjunkt på Professionshøjskolen Metropol, har skrevet om en tendens til, at de skæve eksistenser udscreenes i sundhedsvæsenet.

Sygeplejerskens blogger Lotte Evron skrev i begyndelsen af marts et blogindlæg, som du her kan læse et uddrag af:

"På afdelingen havde de kendt Ole gennem flere år. Han havde en lang historie som alkoholmisbruger, skrumpelever med tilbagevendende (koma) indlæggelser, han røg og drak og havde i det hele taget vanskeligt ved at opføre sig efter de regler, som sundhedsvæsenet arbejder efter. Med andre ord: Ole havde lav compliance, manglede sygdomsindsigt, og han var ikke selv i stand til at tage ansvar for sin sundhed.

Nu var han, efter eget ønske, kommet "hjem" for at dø. I sundhedssystemet havde man gennem længere tid forsøgt at overtale Ole til at samarbejde ved at holde op med at ryge og drikke og indordne sig efter de sund-

hedsprofessionelles råd og vejledninger. Det var også flere gange blevet gjort klart for ham, at han blev nødt til at samarbejde med sundhedsvæsenet for at få tilkendt sundhedsydelse og få behandling.

Desværre var det ikke gået så godt, og Oles deroute var fortsat - med sparsom kontakt til sundhedsvæsenet. Han mistede sin lejlighed og måtte bo på gaden og herberger, eller hvor han ellers kunne finde et sted at sove.

På systemets præmisser

Oles uansvarlighed gjorde det umuligt i den sidste tid at finde et sted i sundhedssystemet, der kunne rumme ham, som han var - uden motivation og vilje til selv at tage ansvar for sin sundhed. Han var for kognitiv dårlig til hospiceophold, plejehjemmene

kunne ikke rumme ham, hjemmeplejen havde han ikke villet samarbejde med, og han var nu så syg, at han ikke længere var kandidat til herberger eller Sundholm.

Når man som patient ikke vil gøre, som sundhedsvæsenet råder og vejleder en til, er der tilsyneladende ikke så mange muligheder for behandling og omsorg i den sidste tid i dag. Selv om der lægges op til et samarbejde mellem patient og system, så foregår behandlingen og den professionelle omsorg tilsyneladende alligevel kun på systemets præmisser.

Der er en tendens til, at skæve eksistenser med sundhedsproblematikker udscreenes i sundhedsvæsenet."

Læs Lotte Evrons og andre blogs på Sygeplejersken.dk > Blogs

Muskelsvindfonden samler pårørende i grupper

Store geografiske afstande er en udfordring i bestræbelserne på at hjælpe pårørende til mennesker med ALS.

Tekst **Henrik Boesen**

Det kan være en belastning for hjemmeboende børn og ægtefæller, når mennesker med ALS, amyotrofisk lateral sklerose, vælger at forlænge livet med respiratorbehandling i hjemmet. De skal bl.a. forholde sig til, at en masse fremmede mennesker, hjælpere, opholder sig i skiftende vagter i hjemmet døgnet rundt, og at forholdet mellem den syge og familiemedlemmerne ændrer karakter. Det kan opleves som en belastning af mange pårørende.

Konsulenterne fra Rehabiliteringscenter for Muskelsvind møder ALS-patienterne landet over i deres hjem. Hvis de i den forbindelse støder på familier, som giver udtryk for, at de gerne vil i kontakt med ligestillede, så bringer konsulenten ønsket videre til medarbejdere i Muskelsvindfonden, som herefter organiserer f.eks. en temaaften med deltagelse af den faglige konsulent:

"Vi medvirker i temaaftener, hvor vi bl.a. sætter fokus på forholdet for ægtefæller/samlevende og voksne børn," fortæller Merete Vægter, ALS-konsulent i Rehabiliteringscenter for Muskelsvind.

Hun beskriver, hvordan deltagerne efterfølgende hjælpes til at danne pårørendegrupper, hvor deltagerne kan udveksle erfaringer mv., hvis de fremkommer med ønsker om, at de gerne vil deltage i sådanne grupper.

Men da ALS i sammenligning med andre sygdomme som f.eks. cancer rammer relativt få mennesker om året, så kan det være forbundet med store vanskeligheder at samle grupperne pga. geografiske afstande:

"Det er svært fysisk at samle pårørende fra Grindsted, Aarhus og Brønderslev i en enkelt gruppe, når det samtidig er forbundet med store vanskeligheder for den pårørende at forlade hjemmet," forklarer Merete Vægter.

De store geografiske afstande mellem de få patienter over hele landet er en af årsagerne til, at det er svært at gøre noget for de helt små børn, hvis ene forælder er ramt af sygdommen:

"De helt små børn kan jo ikke rejse selv over store afstande, så her har vi en udfordring," forklarer Merete Vægter. Hun oplyser, at der aktuelt arbejdes på at få lavet et konkret tilbud til børn under 18 år, men at det er for tidligt at melde noget konkret ud på nuværende tidspunkt.

Læs artiklen "Pårørendes oplevelse af livsforlængende behandling til mennesker med ALS" i dette nummer af Sygeplejersken side 78.

Rettelse

I artiklen "Sygeplejersker skal lære at tale om fejl" i *Sygeplejersken* nr. 2/2015, skulle Camilla Ahrensbach have været krediteret for den kommunikationsmodel fra Center for Konfliktløsning, som er omtalt på side 19. Redaktionen beklager fejlen.



KD-FINE
– Enkelt klik
forhindrer stik

KD-FINE er et unikt udvalg af sikkerhedskanyler.

Skarpslebne til minimering af penetrationssmerten, bedst mulige kanyler for hver situation og patient.

- Sortiment tilpasset Nordiske lande – 50 mm længde.
- Distinkt klik-lyd, når kanylen sikres.
- Sikker lås – ingen genbrug mulig efter sikkerhedslåsning.
- Markedets største sortiment

For yderligere information, venligst kontakt:
jonna.kilpatrick@onemed.dk

OneMed A/S
Tlf.: 86 109 109
www.onemed.dk

ONEMED

Vask dig!

Jette Bagh, cand.cur., fagredaktør

Abir er fra Eritrea og ved at uddanne sig til social- og sundheds-hjælper. Planen er at gå videre med uddannelsen til assistent, men først skal hjælperuddannelsen i hus. Praktikuddannelsen i hjemmeplejen er dog noget af en udfordring for Abir. Først skal hun lære at cykle. Da hun er blevet en habil cyklist og kører rundt på villavejene i den lille by, hvor hun er i praktik, oplever hun for første gang under sit ophold i Danmark, at nogen råber "skrid" efter hende.

Hun kender ikke ordet og tror, der bliver sagt "skid", hvilket forvirrer hende endnu mere. Hos en ældre gnaven mand lyder ordren "gå ud og vask dig," hvilket Abir ikke kan få til at harmonere med, at hun faktisk er kommet for at hjælpe den ældre mand med at blive vasket.

Hun spørger, hvad han mener ... "Jeg skal ikke vaskes af sorte," lyder svaret. Abir prøver at forklare ham, at hun vasker lige så godt som hvide, brune eller gule mennesker, men det hjælper ikke. Abir cykler tilbage til hjemmeplejen og fortæller sin vejleder om oplevelsen.

Vejlederen sender en garvet, hvid hjælper ud til manden, som så får det, som han vil have det.

- Hvad tænker du om problemstillingen?
- Hvordan kunne vejlederen have håndteret situationen anderledes?
- Hvad kan kollegerne gøre for at støtte Abir?

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

Svar 1. Det er fint at få ro på situationen. At det så koster i forhold til overordnede, internationalt anerkendte menneskerettigheder, må vejlederen og kollegerne kunne tale med Abir om. Ikke alle mennesker har holdninger, der harmonerer med den generelle forståelse af god moral, og de mennesker har i Danmark også ret til behandling og omsorg. Det er bl.a. i sådanne situationer, vi viser professionens etik som moralsk adfærd. Vi skal kunne se ud over sådanne holdninger, der heldigvis er få af, og også for sådanne mennesker have den barmhjertige samaritaner som forbillede. At Abir ikke skal forulempes på grund af andre menneskers holdning, står ikke til diskussion, og selvfølgelig kan det diskuteres, hvorvidt det beskrevne er krænkende. Dog, når ærindet er professionelt, er det den professionelle, der bør have det etiske overskud, uanset at det er hudfarven, der fokuseres på. Professionelle kan komme ud for uetisk adfærd, der ikke kun relaterer til hudfarven. I alle sammenhænge er det den professionelle, der bør have det moralske overskud. Hvor grænsen går, vil til stadighed udgøre et dilemma.

Af Dorte E.M. Holdgaard, RN, exam.art., SD, MPA, etik- og kvalitetskonsulent, formand for Lokal Klinisk Etisk Komité ved Aalborg Universitetshospital.

Svar 2. Abir bliver selvfølgelig ramt personligt af mandens kommentar om hendes hudfarve, men hun formår at forholde sig professionelt til manden og respekterer hans ret til selvbestemmelse at vælge ikke at få hjælp fra hende.

Abir er blevet devalueret som menneske af en racistisk kommentar, og dette må vejleder, kollegaer og lederen forholde sig til på en ordentlig og ansvarlig måde. De har ansvar for at reagere i de etiske situationer, som plejepersonalet kommer ud for i forbindelse med plejen af en borger. Samtidig må de opføre sig professionelt og respektfuldt overfor borgeren.

Vejlederen burde have reflekteret mere over denne situation både sammen med Abir og Abirs kollegaer, som også kommer hos borgeren. En mulig løsning er, at Abir besøger borgeren sammen med vejlederen, der kan støtte Abir ved eventuelle kommentarer fra borgeren. Andre kollegaer må opfordres til at italesætte det uacceptable i borgerens udtalelser, hvis det sker i deres påhør. Samtidig kræves der kollegial støtte og omsorg for Abir i denne vanskelige situation.

Af Laila Twisttmann Bay, udviklingsygeplejerske, Reumatologisk afdeling C, OUH, medlem af Sygeplejeetisk Råd, www.dsr.dk/ser



Har du et dilemma, du gerne vil have belyst? Send det til fagredaktør Jette Bagh på jb@dsr.dk. Det må højst fylde 900 tegn uden mellemrum. Husk navn og medlemsnummer på din mail.

Slut med bæltefikseringer på Hvidovre i 2017

34 afdelinger landet over har arbejdet målrettet med at nedbringe brugen af tvang. I perioden er antallet af bæltefikseringer og tvangsepisoder med remme faldet med henholdsvis 26 og 27 pct., viser en ny rapport. Sygeplejersken har besøgt én af afdelingerne.

Tekst og foto **Kristian Fristed Eskildsen**

På Hvidovre Hospital arbejder en af hospitalets tre lukkede afdelinger intensivt på at afskaffe bæltefikseringer de kommende tre år. I 2015 er ambitionen at have højst 12 bæltefikseringer. I 2016 er målet seks, mens tallet i 2017 er et rundt nul.

"Det er ikke realistisk, at vi skulle lægge ud med nul fikseringer i indeværende år," siger Lars Peter Ladefoged Jensen. Han og Katarina Nenadovic er projektsygeplejersker i afdelingen. De er klar over, det er et ambitiøst projekt. F.eks. modtog afdelingen få dage tidligere en patient - afleveret af politiet - der var meget vred og udadreagerende. Han endte med at komme i bælte.

Filosofien er at få patienterne til at være roligere, tryggere og mindre stressede på flere måder. Psykiatrisk Center Hvid-

ovre har været undervejs i flere år. Fra 1. januar 2015 er afdelingen officielt en del af Sundhedsstyrelsens forsøg med bæltfri afdelinger. Projektet løber tre år og har fået penge fra en af Sundhedsstyrelsens satspuljer. I hver region deltager mindst en afdeling i forsøget. På Hvidovre har man døbt projektet Nye Veje, så fokus ikke kun er på bælte, men mod alt, der retter sig mod handlinger, der skal forhindre brugen af bælte. Det ligger i Sundhedsstyrelsens projektbeskrivelse, at afskaffelsen af bælte ikke skal føre til højere medicinforbrug.

Patienter må også vænne sig

Den bæltfri ambition kræver en kulturforandring for både personale og patienter.

En mand i 20'erne ønskede f.eks. selv at komme i bælte, fortæller Katarina Nenadovic.

"Han oplevede selv at have det så enormt dårligt, at han mente, det var den bedste løsning for ham."

Som sygeplejersker anerkendte de, at bæltefiksering tidligere havde virket for patienten. Men fik ham til at acceptere en anden løsning, der kunne give ham følelsen af kontrol over sig selv og sin krop.

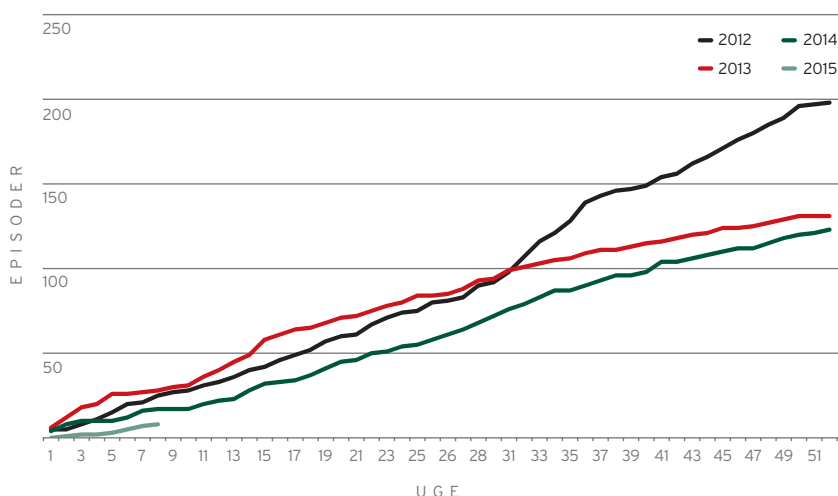
"For det første tilbød vi, at der var personale ved ham hele tiden. Vi tilbød ham kugledyne. Vi tilbød ham at lytte til noget musik. Vi tilbød også, at vi gik væk og trak os, når han bad os om det, så han kunne få lov til at være alene, når han havde mest brug for det. Han var bange for at miste selvkontrol. Vi talte med ham om, at vi godt kunne passe på ham og tage vare på ham, selv om han ikke var i bælte. Han behøvede ikke være spændt fast, for at der kunne være ro omkring ham," forklarer Katarina Nenadovic.

Situationer med risiko

Nogle situationer er mere kritiske i forhold til udadreagerende adfærd, f.eks. ankomsten til afsnittet, der somme tider sker mod patientens vilje. Derfor har personalet særligt fokus på at få patienten til at føle sig godt tilpas med det samme. Patienten bliver budt velkommen, vist rundt og talt med i en time og et kvarter lige efter ankomst. Personalet og patienten laver sammen en angst- og aggressionsplan.

Tidspunktet omkring vagtskifte kan også føre til uro, der forplanter sig til patienten.

Statistik for PCH's brug af bæltefikseringer for de sidste fire år.



terne. Derfor sørger man for, at der er aktiviteter, der kører hen over vagtskifte.

Nyrenoveret afdeling hjælper

I øjeblikket er et nyt område af hospitalet ved at blive renoveret, og afdelingen flytter ind i slutningen af april. Her får patienterne en stor gård og have med boldbane til rådighed. I dag må patienterne stå tæt sammen på få indhegnede kvadratmeter, når de skal ryge. Det kan give spændinger og føre til voldelig adfærd. I den nye gård er det nemmere at gå for sig selv. Personalets opholdsrum har en glasvæg ud mod gangen, så det bliver lettere for patienterne at kontakte personalet.

Den nye store ting er et sanserum, hvor en patient i samarbejde med personalet kan indstille lys, lyd og billedet på en stor-

skærm. Patienten kan have sin egen musik med, hvis han eller hun vil det. Afdelingen har allerede i dag skruet meget op for aktiviteter, så der foregår noget hver dag fra 9.30 til 17.30. På den nye afdeling bliver der generelt flere og smukkere kvadratmeter.

Alle får enestuer med tv. Patienten får et skab, han eller hun kan låse med sin nøglechip. Det styrker også patienten at kunne have sine private ting som f.eks. cigaretter på værelset frem for at få dem opbevaret hos personalet.

Sundhedsstyrelsen udkommer snart med en national strategi for forskning til gavn for mennesker med psykiske lidelser. Et af fokuspunkterne i strategien er tvang i psykiatrien.

Pulje førte til færre bæltefikseringer

En satspuljebevilling administreret af Sundhedsstyrelsen afsatte 15 mio. kr. til at nedbringe tvang i psykiatrien på 34 afsnit jævnt fordelt i hele landet. De grundlæggende idéer byggede videre på en række nationale gennembrudsprojekter, som var ledet af CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling i Region Midtjylland.

De seneste tre år har de 34 afdelinger så arbejdet målrettet med at nedbringe anvendelse af tvang i psykiatrien. Det har bl.a. ført til, at antallet af bæltefikseringer og tvangsepisoder med remme er faldet med henholdsvis 26 og 27 pct., viser en rapport fra CFK.

Rapporten konkluderer, at der er "skabt engagement og ændret tilgang til patienterne og kulturen på afsnittene".

Men rapporten afslører også, at der stadig er plads til forbedringer.

For selv om antallet af remme- og bæltefikseringerne er reduceret, så er former for tvang som tilbageholdelser og fastholdelser i projektperioden steget med 7 pct. Og de færre bæltefikseringer ser ikke ud til at have ændret ved patienttilfredsheden på de voksenpsykiatriske afsnit over de sidste tre år.

Kilde: CFK.

Sygeplejerske Katarina Nenadovic pakker sin kollega Lars Peter Ladefoged Jensen ind i en kuglestol, der hjælper mange patienter med at falde til ro.



Vær beredt

Med eller uden en mursten i lommen

Lommebogen Medicinske Fagudtryk har ligget i sygeplejestuderendes uniformslomme i over hundrede år, og gennem årene har der været brug for større og større lommer i takt med, at bogen er vokset fra 50 til 850 sider. Nu fås den også elektronisk til telefonen.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen**



Dengang

Abasi, abdomen, abdominalis ... "Medicinske Fagudtryk - en klinisk ord-bog med kommentarer" udkom første gang i 1911 i en tynd brun bog på 50 sider, som nemt kunne ligge i lommen. Bogen blev udgivet af Dansk Sygeplejeråd, og prisen var nogle få kroner.

Senere blev bogen udvidet med en fortegnelse over de instrumenter, som bruges ved de almindeligst forekommende operationer, foruden en huskeseddel over de forbindsstoffer, skåle, reagenser og instrumenter, der anvendes ved diagnostiske indgreb på kirurgiske og medicinske afdelinger. En del af lommebogens sider var holdt "in blanco" så man selv kunne komme med tilføjelser og rettelser, og i bogens forord var der en opfordring til, at tilføjelserne skulle foretages "med Blæk, fin Pen og ikke for store Bogstaver".

I forordet står: "Forhaabentlig kan denne Instrumentfortegnelse tjene som en Støtte for Hukommelsen - ikke for erfarne Operationssygeplejersker, som næppe vil have den nødvendig - men for yngre og mindre øvede Assistenten og Elever."

De medicinske fagudtryk blev flere og flere, og instrumentfortegnelser og forbindsstoffer blev i senere udgaver redigeret ud igen. Dansk Sygeplejeråd indgik et samarbejde med Nyt Nordisk Forlag om udgivelse af bogen.

Nu

Lommebogen er i den nye 2015-udgave stadig designet til at kunne være i en uniformslomme, men med sine 750 gram og et format på 12 x 18 cm fylder den lommen godt op. Den nye udgave er for første gang både en traditionel bog af papir og et elektronisk opslagsværk, hvor man kan slå ord op på sin smartphone, tablet og computer.

"Den elektroniske udgave har den fordel, at hvis man staver forkert, får man vist nogle forslag. Når der i teksten bliver nævnt andre medicinske fagudtryk, vil der være henvisninger, som man kan trykke på. Søger man på et ord, som ikke findes i bogen, kan man foreslå ordet, og vi kan så tage det med, når vi løbende udvider bogen, hvis det vurderes at være relevant," fortæller fagredaktør på Nyt Nordisk Forlag An-Magritt Erdal.

Fremover er det altså ikke nødvendigt at have en mursten i lommen, når man vil være beredt med forklaringen på medicinske fagudtryk. Det er muligt at købe årsabonnement til onlineudgaven ved kontakt til Nyt Nordisk Forlag.

TIL DIN TRAVLE HVERDAG



I dagligdagen er der meget, der belaster vores nervesystem og det kan være svært at give slip...

Super B-Complex indeholder B-vitaminer, der beskytter og normaliserer nervesystemet. Derfor er Super B-Complex et godt supplement til din travle hverdag.

Unik blanding af B-vitaminer og adaptogene urter.



Super B-Complex er en unik blanding af B-vitaminer og urterne astragalus, schisandra, russisk rød og rosenrod, der alle er adaptogene. Adaptogene urter indeholder plantestoffer, der er i stand til både at stimulere og hæmme de samme funktioner i kroppen, alt afhængigt af det aktuelle behov.

**NATUR DROGERIET**
LANDSKENDT FOR NATURMIDLER DER VIRKER

Natur-Drogeriet udvikler, producerer og markedsfører naturlægemidler, kosttilskud og helseprodukter til hele familien. Produkterne findes hos den autoriserede forhandler, helsekostforretninger, Matas og apoteker.



DET SVÆRE COMEBACK EFTER STRESS

Presset ude på arbejdspladserne vokser i takt med krav fra kommuner og regioner om at overholde stramme økonomier, siger professor. Mød tre sygeplejersker, der fortæller hver deres stresshistorie om en udfordrende tilbagekomst til arbejdet. Få gode råd til, hvordan den sygemeldte, ledelse og kolleger skaber den bedste tilbagekomst efter stress.

Tekst **Torben Svane Christensen**
Foto **Søren Svendsen**

EN FORHASTET TILBAGEVENDEN ER EN DÅRLIG FORRETNING



Professor advarer mod, at ledelserne ude på arbejdspladserne laver forhastede opstartsforløb med langtidssyge. Hvis den sygemeldte går ned med stress igen, kan det blive meget dyrt. I flere kredse oplever man en stigning i antallet af sygeplejersker, der henvender sig for at få hjælp til at vende tilbage til arbejdet efter stress. De vil gerne være perfekte til deres job på arbejdspladser, der i højere grad skal levere økonomiske resultater.

Tekst **Torben Svane Christensen** • Foto **Søren Svendsen**

”Det er blevet et strammere arbejdsmarked, hvor risikoen for at blive fyret er højere, og hvor forventningerne til, at en langtidssygemeldt kommer hurtigt tilbage til arbejdspladsen på fuld tid, er vokset,” siger Bent Greve, professor på Roskilde Universitet.

Han nævner manglende vikardækning og en lønrefusion for en syg medarbejder, som langtfra dækker de reelle udgifter, som nogle af de faktorer, der gør, at arbejdspladserne vil have en hurtigere tilbagekomst.

”Det er selvfølgelig rigtigt set fra et ledelsesperspektiv, hvis man kigger på det på den korte bane. Drift og økonomi skal hænge sammen. Men på længere sigt kan det være en dårlig investering, hvis en stressramt starter for hurtigt op for så at gå ned igen,” siger han.

Bent Greve mener også, at ledelsen ikke alene kan hjælpe en sygemeldt medarbejder tilbage.

”Kollegerne spiller en stor rolle. De skal være med til at hjælpe den tilbagevendte med de små ting i arbejdsdagen, det kan f.eks. være meget svært for en stressramt, hvis hukommelsen er nedsat,” siger Bent Greve.

Flere stressede søger rådgivning

I to år har Jette Wied Hatting, arbejdsmiljøkonsulent i Dansk Sygeplejeråd, Kreds Midtjylland, sammen med en kollega hjulpet sygeplejersker med stressproblematikker. I den tid har hun oplevet en stigning i henvendelser, der handler om stress-sygemeldinger.

Som en konsekvens bliver selvhjælpsgrupper i kredsen lavet om til stresshåndteringsforløb for både sygemeldte og raske sygeplejersker, fordi der er brug for,

Hver tredje sygeplejerske er stresset

Dansk Sygeplejeråd har siden 2002 med fem års mellemrum gennemført store landsdækkende undersøgelser af sygeplejerskernes psykiske arbejdsmiljø. De har vist, at hver tredje sygeplejerske oplever, at kvaliteten i sygeplejen er under pres pga. faktorer i deres arbejdsmiljø. I de medicinske afdelinger og på skadestuerne drejer det sig om over halvdelen.

På fem områder er sygeplejerskernes stress og udbrændthed særlig udtalt, nemlig på medicinske, kirurgiske og psykiatriske afdelinger samt på skadestuer og i uddannelsessektoren. Det laveste niveau af stress og udbrændthed opleves af sygeplejersker i den private sektor, i almen sektor og inden for anæstesi.

Den seneste undersøgelse fra 2012 viste, at hver sygeplejerske i gennemsnit har været udsat for mere end to større forandringer på det seneste år.

Dansk Sygeplejeråd har samlet fakta om stress, gode råd til stressramte, regler om sygefravær og meget mere på dsr.dk (under "Din situation") > Jeg er stresset

at alle sygeplejersker får viden om stress, så de undgår at blive syge selv og bedre kan passe på deres syge kollega. Sygeplejerskerne får rådgivning i forståelsen af stress, håndtering af stress, samt hvordan de bedst vender tilbage til arbejdspladsen efter sygemeldingen. Planen for sygeplejerskens tilbagevenden skal være indarbejdet i arbejdsplanen på arbejdspladsen og tager typisk ca. 12 uger. ▶

- ”Vi oplever, at det giver den sygemeldte en ro, når det er fastlagt, hvornår og hvordan de skal starte op. Så kan de lettere få fokus på at få det bedre,” siger Jette Wied Hatting.

De to arbejdsmiljøkonsulenter har udviklet et skema for samtaler om tilbagevendende efter stress.

Før opstart skal den sygemeldte gennemføre en stresstest. Scoren skal helst være under 40. Det er vigtigt, at der bliver aftalt timetal, timeoptræning, opgaver, opgaveoptræning og eventuelt længerevarende skånebehov.

Jette Wied Hatting oplever, at den stressramte er utålmodig efter at komme i gang:

”Jeg plejer at sige til dem, at de skal have følelsen af, at de godt kan lidt mere end det, de gør. Det kan være træls, men så yder de ikke mere, end de kan klare. I begyndelsen er den tilbagevendte altid tidsoptimist. Hun vil nå meget mere, end der er tid til i opstarten.”

Konsulenten har et stjernesystem, som hun opfordrer de tilbagevendte til at bruge.

”De skal score deres dage med stjerner, alt efter hvor god den har været. På den måde kan de se sammenhængen i, at dagene går bedre, jo bedre de er til at passe på sig selv.”

Hun fortæller, at tilbuddene om hjælp til stress og arbejdsmiljø er ved at være så kendte nu ude på arbejdspladserne, at medlemmer henvender sig selv, eller de bliver stillet videre til konsulenterne, når de kontakter kredsens med stressproblemer.

”Formålet med vores arbejde er jo, at vi skal gøre os selv arbejdsløse, når TR, AMIR og ledelserne går sammen om at skabe et godt arbejdsmiljø. Det håber vi, at vi hjælper med at klæde dem på til,” siger Jette Wied Hatting.

Drift presser rummelighed

En af arbejdspladserne i kredsen er Aarhus Universitetshospital, hvor Dorte Sølvkær er suppleant for fællestillidsrepræsentanten for sygeplejerskerne. Hun ser en tendens til flere afskedigelser og flere stressramte sygeplejersker. Hun kan også se, at det er svært for en sygemeldt at få fodfæste på arbejdspladsen igen.

”Arbejdspladserne er presset på driften og er ikke så rummelige som før. Kollegerne er også pressede. Derfor er det vigtigt at få meldt ud, hvilken plan der er lagt, når en sygemeldt kollega kommer tilbage,” siger Dorte Sølvkær.

På hospitalet har man udarbejdet en sygefraværspolitik, hvor formålet er at forbygge og hjælpe den stressramte tilbage i arbejde i et tæt samarbejde med den ansatte og den ansattes leder, fraværskonsulenter på hospitalet, kommunen, tillidsrepræsentant og kolleger på arbejdspladsen.

”Efter den nye dagpengereform deltager kommunen hurtigere i samarbejdet om tilbagevendende, dog er der en tendens til, at det er sværere at få bevilliget en virksomhedspraktik, siger hun.

Ofte kan det gøre en forskel, at den stressramte vender hurtigt tilbage i arbejde. Her kan en virksomhedspraktik være en mulighed. Med den kan man koncentrere sig udelukkende om at vende tilbage på arbejde uden at være en del af normeringen.

Mørketal gemmer stress

Også i Dansk Sygeplejeråds Kreds Sjælland ser man en klar stigning i sager, der handler om ”svært belastet arbejdsmiljø”.

Jacob Fage Sørensen, faglig konsulent i Kreds Sjælland, fortæller, at en subjektiv vurdering indikerer, at forholdsmæssigt mange telefoniske henvendelser omhandler brug for hjælp og sparring til håndtering af overbelastning og stress, der skyldes arbejde.

Hvad gør man i tilfælde af stress?

Gode råd til den ansatte

- Kend dine egne grænser, der skal respekteres og accepteres.
- Hvis du er i tvivl om, hvad kolleger og ledelse tænker om dig, så spørg.
- Vær realistisk i forhold til, hvad du kan klare. Brug en nær kollega eller din leder til at hjælpe og give dig feedback i forhold til hverdagsituationer.
- Arbejd afhængigt af, hvor du er i dit liv, og hvor mange ressourcer du har.
- Få passende udfordringer og respektér, når det er for meget.

Gode råd til kollegaen

- Spørg kollegaen, hvis du er usikker på, hvordan du skal forholde dig.
- Husk også at passe på dig selv.
- Bed din leder om, at I sammen i personalegruppen kigger på opgavefordeling, så I kan løfte i fællesskab, og så I oplever et fælles ansvar, uanset om der kommer en vikar eller ej.

Gode råd til ledelsen

- Del indholdet af den aftale, der bliver indgået mellem leder og den tilbagevendte, med hele personalegruppen.
- På et personalemøde kan lederen give en udmelding om aftalerne og også gerne de ønsker, den ansatte har til kontakt, hjælp, åbenhed for spørgsmål og snak om sygdommen.
- Vær opmærksom på både den ansatte og kollegerne - det er en svær balance.
- Sørg for langsom optræning, men afdæk årsagen og de stressfaktorer, der har været i arbejdet.
- Lav en individuelt tilpasset plan og følg op en gang om ugen i starten.
- Undersøg de muligheder, som jobcentret har for at hjælpe/støtte processen.
- Sørg for, at du selv oplever en opbakning i forhold til din ledelse og har nogen at vende problemerne/dilemmaerne med.

Kilde: Johanne Andersen, arbejds- og organisationspsykolog.

Han understreger, at det ikke er altid, at overbelastninger får stemplet stress. Sager, som reelt handler om stress eller symptomer på stress, kan være opstået som sager om f.eks. dårligt arbejdsmiljø. Det betyder, at der sagtens kan være flere sager om stress, end der kan ses umiddelbart.

Han slår også fast, at det ikke er alle de medlemmer, der rammes af stress eller har stress-symptomer, som har kontakt til kreds-kontoret.

”Vi har indtryk af, at en del medlemmer vælger at opsiges deres stilling eller modtager hjælp fra arbejdsmiljørepræsentanten og/eller tillidsrepræsentanten, uden at kreds-kontoret har kendskab til det.”

Hos Kreds Sjælland har man gennemgået data fra 2013 og 2014. Datamaterialet fra 2013 er ikke 100 pct. validt, idet man i 2013 ikke havde en fuldt implementeret sagsprocedure. En bred søgning viser, at man har haft 10 sager om sygeplejersker ramt af stress i 2013. Det tal er steget til 25 personsager med sygeplejersker ramt af stress i 2014.

”Vi kan se, at det er lige ”skidt”, om man arbejder på sygehus, privat eller i kommune. Der er en forholdsmæssig overrepræsentation af stress for privatansatte i licitation, men omvendt også et statistisk usikkert grundlag, idet der kun er få udlisterede sygeplejersker,” siger Jacob Fage Sørensen.

Målt på et tilfældigt udpluk af 348 telefonopkald i perioden 2013-14 er der blandt disse fire gange så mange henvendelser om belastet, stressende arbejdsmiljø i 2014 i forhold til 2013. Hertil kommer henvendelser om psykologiske og sociale belastninger som f.eks. manglende eller ændret vagtplanlægning, forstyrrelser i fritiden, ansvarsfordeling.

Kontakt og lydhørhed

Johanne Andersen, cand.psych., arbejds- og organisationspsykolog, har i mange år været ansat på Arbejds- og miljømedicinsk klinik, Nykøbing Falster Sygehus, hvor hun har hjulpet folk med arbejdsrelaterede psykiske reaktioner.

Hun peger på, at en god tilbagekomst lykkes bedst, hvis der er et godt forhold mellem leder og den ansatte, og hvis nærmeste leder eller afdelingssygeplejersken også selv har haft opbakning til de tiltag, der er lavet.

”Det er også der, hvor der har været en god kontakt under sygemeldingen. Et individuelt tilrettelagt kontaktmønster,” siger Johanne Andersen.

Hun har oplevet flere succes historier, hvor sygeplejersker er kommet tilbage på samme afdeling eller arbejdssted igen efter et nøje tilrettelagt forløb, men også flere vellykkede forløb, hvor afdelinger på sygehuset har haft et godt samarbejde og har formået at flytte en ansat fra én afdeling til en anden.

Der er også eksempler, hvor folk er flyttet fra primærsektoren til hjemmeplejen eller andet. Her er det vigtigt at være realistisk og også at have undersøgt årsagen til reaktionen.

”Når jeg har været med til at tilrettelægge en tilbagekomst, har lederne generelt været meget lydhøre. Det betyder meget for den ansatte at blive taget alvorligt, ikke at føle sig presset og samtidig at blive tilpas udfordret, så man ikke føler, at man bliver fastholdt i sygerollen. Det er en hårfin balance, og det kræver, at begge parter er åbne og har tillid til hinanden,” siger hun.

Sørg for god afslutning

Johanne Andersen har også haft samtaler med sygemeldte, som har haft det svært, fordi de har følt sig presset til at trække op for hurtigt og for tidligt. Eller har følt, at de er blevet kontrolleret for meget af ledelse eller jobcenter.

”For meget kontakt uden at føle, at den har været præget af omsorg, er ikke gavnligt. Hvis et sygdomsforløb ender med en opsigelse, så er det vigtigt, at det bliver afsluttet på en ordentlig måde, så alle kan komme videre,” siger hun og tilføjer:

”Nogle prøver at vende tilbage, men må give op. Den syge kan stå tilbage med følelsen af at være blevet svigtet af kolleger eller ledelse, hvis der ikke bliver afsluttet på en god måde.”



» VI KAN JO IKKE OGSÅ PASSE DIT JOB «

Trine oplevede ingen opbakning fra kolleger og ledelse, hverken før eller efter hun fik en stressrelateret depression. Hun har overvejet at skifte branche, men hun håber, at en nytilkommen leder kan være med til at give hende lysten til faget tilbage.

Tekst **Torben Svane Christensen** • Foto **Søren Svendsen**

For fire år siden fik Trine en stressrelateret depression. Hun var ung sygeplejerske i en personalegruppe med erfarne kolleger, der kørte deres eget løb. Stressen kom snigende. Hun bad kollegerne sige til, hvis de oplevede, at hun lavede fejl.

”Svaret var: ”Vi kan jo ikke også passe dit job.” De var jo også pressede. Men jeg undrede mig over, at vi, som er oplært til at drage omsorg, ikke kan vise den omsorg overfor kolleger, der ikke har det godt,” siger hun.

Men der var ikke tid. Hun oplevede kolleger på arbejdet, der sled sig op for at bevare deres job.

”Jeg gjorde det også. Jeg tog ekstravagter og tog over, når en kollega var syg.”

Samtidig opstod der flere tilfælde af sygdom i Trines nærmeste familie.

”Jeg var i tvivl om, hvad jeg skulle gøre. Min leder sagde, at jeg bare skulle passe mit arbejde. Jeg sagde til min leder, at jeg gerne ville undgå at pleje døende patienter i den periode pga. det, der skete i min familie.”

Det kunne ikke lade sig gøre, og kollegerne spurgte ikke til, hvordan det gik med hende i den svære tid. Hun oplevede også, at der blev snakket om fraværende kolleger.

”Jeg kan huske, at jeg sad og var ked af det på en aftenvagt. Min kæreste og jeg var gået fra hinanden. Jeg snøftede. ”Nå, er du ved at blive forkølet?” spurgte en kollega. Jeg forklarede, at jeg var ked af det. Ingen af mine kolleger spurgte nærmere ind til det.”

En halvvisen buket

Til sidst blev stressen for meget, og hun blev sygemeldt i et halvt år. Ingen af kollegerne fra arbejdspladsen tog kontakt.

”De kunne godt have sendt en sms eller være kommet på besøg, så jeg stadig følte mig som en del af arbejdspladsen. I stedet

kunne jeg ligge derhjemme med dårlig samvittighed over, at de skulle klare mine opgaver. Jo, min leder sendte en halvvisen buket fra tanken, men så måtte hun egentlig hellere have ladet være.”

Da Trine kom tilbage på arbejdet, var det ikke til åbne arme og omsorg.

”Der var ingen reaktion, hverken fra kolleger eller ledelsen. Vi havde ellers en god dialog, når det handlede om det faglige, men ikke når det kom til personlige problemer.”

Trine har altid været åben om sin stress. Det kunne både være en fordel og en ulempe.

”Hvis jeg har talt for meget om det, så har kollegerne trukket sig.”

Ryggen begyndte så at give hende problemer. Hun havde det skidt med at skulle sygemeldes igen.

Mange vil fortælle - anonymt

Da *Sygeplejersken* søgte medlemmer, der ville fortælle deres historie om stress, kom der mange henvendelser. Fælles for dem var, at de gerne ville være anonyme af frygt for, hvad det kunne betyde for deres fremtid i faget, hvis de stod frem.

Stressrelateret sygefravær er ikke ualmindeligt. Men det er stadig et tabubelagt emne, fortæller de sygeplejersker, der har prøvet turen. Det er paradoksalt, at det falder så svært for en faggruppe, der yder omsorg for patienterne, at yde den samme omsorg for en kollega, som vender tilbage efter sygdom. Det handler om manglende tid, og at kollegerne selv er pressede.

Vi har valgt, at to af de tre sygeplejersker, der ikke ønskede deres navn offentliggjort, kunne være anonyme.

De to sygeplejerskers navne er redaktionen bekendt.

”Det blev mødt med et ”det var da træls, hvornår kommer du så igen” fra lederen. Så kunne jeg gå med dårlig samvittighed i 14 dage over, at jeg var væk fra mit arbejde. Men det var nemmere med en fysisk skade. Det kunne man jo se og forholde sig til.”

Til en sygefraværssamtale blev hun spurgt, om hun var klar til at arbejde igen.

”Jeg hørte mig selv sige ”ja, nu går det fint”, men det gjorde det jo slet ikke.”

Ny ledelse giver håb

Trine har overvejet at vinke farvel til faget og lave noget helt andet.

”Et job, hvor jeg ikke skal have med mennesker at gøre. Måske noget kreativt, blive selvstændig. Men jeg tror ikke, jeg egner mig til det. Min mormor og mor var sygeplejersker. Det lå i kortene. Jeg har heller ikke fortrudt det. Det har givet mig en masse.”


Hun kunne godt have tænkt sig en mere synlig ledelse. En ledelse, der havde forståelse for at tale med et menneske, der ligger ned.

”Ikke det der med ”jeg hører, hvad du siger”. Det er til at kaste op over.”

Nu er der en ny leder på vej, som hun allerede har mødt.

”Jeg tror, at hun vil gribe tingene anderledes an. Til et personalemøde mødte jeg op syg og snottet, hun kiggede på mig, som hun tænkte, ”hvorfor kommer du på arbejde, du burde ligge hjemme i din seng”. Hun vil også holde forventningssamtaler med os alle sammen.”

Depression og stressen popper stadig frem, og hun får stadig medicin. Når hun arbejder om natten, prøver hun at køre en fast rutine om dagen, så hun belaster sin krop og psyke mindst muligt.



” Der var ingen reaktion, hverken fra kolleger eller ledelsen. Vi havde ellers en god dialog, når det handlede om det faglige, men ikke når det kom til personlige problemer.

ARBEJDEDE SOM EN DURACELL-KANIN

Marianne startede for hurtigt op efter stress og blev efterfølgende fyret. Det var meget lettere, da hun fik en diskusprolaps, for så er det mere tydeligt, at man er syg.

Tekst **Torben Svane Christensen** • Foto **Søren Svendsen**

Sygeplejerske Marianne oplevede et stort knæk på psyke og faglighed. Hun husker tydeligt et bestemt personalemøde en fredag.

”Vi diskuterede trivslen på arbejdspladsen. Jeg sagde, at jeg oplevede, at vi var pressede og havde travlt. Ingen lyttede eller kommenterede det. Jeg følte, at jeg havde blottet mig, og på vejen hjem tænkte jeg, ”det skulle jeg aldrig have sagt”.

Hun tog hjem og holdt weekend, og om mandagen sad hun ved skrivebordet på sit arbejde. Den var lidt i otte.

”En kollega spurgte, ”hvordan har din weekend været?” Jeg brød sammen og græd. Jeg kan huske, at min kollega tog mig med ind i et andet rum, og jeg var bekymret for, om der kom patienter.”

Forløbet op til sammenbruddet den mandag var præget af en stor grad af pligtfølelse.

”Jeg tog telefonnumre med hjem på patienter, der skulle have en besked, når jeg ikke havde nået det i arbejdstiden. Jeg postede også breve med beskeder til patienter i min fritid. Jeg droppede pauser for ikke at svigte en patient.”

Marianne fik betalt psykolog via arbejdspladsen samt yderligere 12 gange henvist af egen læge.

”Det hjalp mig meget, og bagefter betalte jeg selv for at blive ved med at gå hos psykologen,” fortæller hun.

Men mens hun var sygemeldt, var hun tyngt af skyld.

”Jeg havde ikke lyst til, at mine kolleger skulle se mig. Jeg var ikke hel mere, der var gået noget i stykker.”

Opsagt pr. anbefalet brev

Da hun havde fået det bedre, var hun til et møde, hvor tillidsrepræsentanten, afdelingssygeplejersken og oversygeplejersken

var med. Det blev besluttet, at hun skulle starte op med fire timer om dagen.

”Jeg arbejdede løs som en lille Duracell-kanin. Men når jeg kom hjem, begyndte jeg at kampsvede, og jeg var nødt til at sove. Jeg var helt udkørt.”

Efter tilbagekomsten blev hun sat til at ordne papirarbejde. Ingen patientkontakt. Hun holdt korte møder med afdelingssygeplejersken.

””Det går jo fint!” sagde min leder. Men jeg kunne slet ikke fornemme mig selv. Hoved og krop var adskilt. Jeg arbejdede bare løs.”

Op til påske kunne hun ikke mere. Hun sygemeldte sig. Afdelingssygeplejersken sagde, at de måtte tale sammen efter påske.

”Jeg hørte ikke noget, før jeg stod en dag og forberedte min datters fødselsdag. Der kom et anbefalet brev, hvor jeg blev opsagt. Det var underskrevet af oversygeplejersken.

Hun gjorde indsigelse mod opsigelsen og blev fritstillet i tre måneder hen over sommeren.

”Jeg fik hverken talt med afdelingssygeplejersken eller oversygeplejersken. Det tog lang tid for mig at gå hen og tømme mit skab. Ingen af mine kolleger kontaktede mig. Jo én, men hun var tro mod arbejdspladsen, og det fadede ud. Jeg mødte afdelingssygeplejersken senere, hvor hun lagde en hånd på min arm og sagde hej. Jeg havde slet ikke lyst til at tale med hende.”

Når hun tænker tilbage på sit sygdomsforløb og fyring, ville hun godt have taget ordentlig afsked med kollegerne.

Som en mindre hjerneskade

Marianne gjorde op med sig selv, at hun var nødt til at vælge en dimension af sit fag fra.

”Det var patientkontakten, der var hård, så jeg valgte at søge et job på en operati-

onsgang. Jeg var stadig skamfuld over min stressreaktion, og jeg sagde ikke noget til jobsamtalen.”

Jobbet blev hendes, men det var svært, fordi hun skulle lære et helt nyt speciale.

”Jeg skulle jo stadig passe på mig selv. Det føltes, som om jeg havde en mindre hjerneskade. Jeg skulle overholde mine sengetider. Før jeg blev syg, lavede jeg en masse på mine fridage. Nu var de nødvendige, for at jeg kunne slappe helt af. Hvis jeg bliver presset, bliver jeg syg med feber. Det er min krops måde at sige stop på,” fortæller hun.

Hun begyndte også at få mere og mere ondt i ryggen. Det viste sig at være en diskusprolaps. Denne gang var reaktionen fra kolleger og ledelsen helt anderledes end med stressen. Kolleger kom på sygebesøg. Der var løbende kontakt med afdelingssygeplejersken. Sms'er fra kolleger. Hilsner på Facebook.

”Jeg var med til juleafslutningen, selv om jeg måtte ligge på sofa det meste af tiden. Det var meget nemmere at være sygemeldt med en diskusprolaps, end det var med stress.”

Hun fulgte den plan for tilbagevenden, der var blevet lagt, og nu er hun tilbage på samme timeantal som før.

”Jeg kan godt mærke min ryg, og jeg træner fortsat to dage om ugen. Men det var dejligt at kunne være fuldstændig åben om mine rygproblemer,” siger hun og ville ønske, at hun også kunne være åben om sin stress:

”Min ugentlige fridag er nødvendig for, at jeg ikke brænder sammen i hovedet igen. Der er meget skyld og skam forbundet med det. En illusion om at være perfekt. Jeg er bare ikke klar til at være åben om det endnu.”

” Det går jo fint!« sagde min leder. Men jeg kunne slet ikke fornemme mig selv.



ALLE HAVDE TRAVLT MED DERES EGET

Sygeplejerske Marlene Lehmann gik ned med stress to gange, nu læser hun til anlægsgartner, men hun har ikke opgivet at komme tilbage til faget, hvis det rigtige job viser sig.

Tekst **Torben Svane Christensen** • Foto **Søren Svendsen**

Marlene Lehmann var glad for jobbet, da hun for to år siden blev ansat i et vikariat på et sygehus. Men hun begyndte at tabe sig, blev oftere forkølet, og ting begyndte at smage bittert. Det var en onsdag, da stressen slog hende omkuld. Hun var på arbejde. Normalt var de to om otte patienter, men kollegaen var på kursus.

”Jeg stod med ansvaret for alle otte. To skulle udskrives. En pårørende henvendte sig og sagde, at hendes far lå i sin egen afføring. Da jeg havde fri, tog jeg hjem og græd.”

Hun sygemeldte sig på moderens opfordring, men hun tog på arbejde igen om mandagen.

”Det var en kamp. Jeg kunne slet ikke koncentrere mig. Jeg følte mig presset til at tage ekstravagter. Når jeg afslog, skulle jeg forsvare min beslutning,” siger hun.

Hun blev sygemeldt. Denne gang varede sygemeldingen i et år og fire måneder.

Efter en ventetid på to måneder kom hun til psykolog. Arbejdspladsen fyrede hende, da de kunne se, at hun ikke ville komme tilbage, inden vikariatet udløb. Hun flyttede og kom i arbejdsprøvning som gartner på en kirkegård, og hun bad den nye kommune om hjælp til at komme tilbage i jobbet som sygeplejerske.

”Det ville de ikke investere i. Så jeg raskmeldte mig og søgte job indenfor mit fag.”

Hun fik nogle nattevagter på et sygehus. Hun kom også til samtale til et vikariat på fem måneder.

”Jeg kunne jo godt have digtet et eller andet om hullet i mit CV, men jeg valgte at fortælle om grunden. Det tog de fint, og jeg blev ansat.”

Hak i selvtilliden

Hun fik et par ugers ekstra oplæring, men der gik ikke længe, før hun fik stikpiller fra kolleger om, at hun var for langsom.

Det var en afdeling, hvor der var tilknyttet en trivselsgruppe og en psykolog, som hun kom til.

Psykologen mente, at specialet var for stort, når hun ikke havde mere erfaring i faget og havde været syg med stress.

”Jeg fortsatte i jobbet. Men jeg begyndte at tvivle på mig selv. Jeg fik svært ved at koncentrere mig. Begyndte at blive bange for at lave fejl. Vikariatet sluttede, og min leder sygemeldte mig de sidste to dage. De ville bare af med mig.”

Når hun var ked af det, ringede hun til fagforeningen.

”De var søde at snakke med. Jeg søgte nye stillinger. Jeg blev indkaldt til samtale to steder, men de sagde, at de ville indhente referencer, og så vidste jeg godt, at jeg ikke ville få jobbet.”

Marlene Lehmanns selvtillid var meget lille, men hun kom i virksomhedspraktik på en afdeling med 12 patienter.

”Jeg fik at vide, at jeg gjorde det godt, men alligevel sagde jeg, at de endelig måtte sige til, hvis jeg gjorde noget forkert.”

Hun blev ansat i en 32-timers stilling, men hun arbejdede i praksis op til 45 timer om ugen i dag-, aften- og nattevagter.

Denne gang gjorde familie og venner hende opmærksom på, at hun var ved at blive syg igen.

”En kollega sagde til mig: ”Det skal du ikke være ked af, der er mange, der går ned med stress.” Jeg sagde til min leder, at jeg ikke kunne klare mere. Jeg har før været under pres, men når det stod på dag og nat, uden at man kunne komme til kræfter igen, så blev det for meget.

Afdelingen blev efterfølgende lukket ned i en sparerunde.

Hun kunne godt tænke sig, at der var kurser, så sygeplejersker f.eks. kunne omskole sig til at arbejde på et hospice.

Manglede årvågen kollega

I dag læser Marlene Lehmann til anlægsgartner, men hun har ikke opgivet at komme tilbage til faget. Når hun kigger tilbage på sit forløb, så kunne ting have været anderledes.

”Jeg manglede en kollega, der tog fat i mig og gjorde mig opmærksom på, at det her går ikke. Men alle havde travlt med deres eget. Jeg havde en erfaren kollega, der på et tidspunkt viste mig en hårløs plet på størrelse med en femkrone på sit hoved. På grund af stress. Det kan ske for alle,” understreger den 31-årige sygeplejerske.

Hun har valgt at stå frem med sin historie, fordi hun håber, at arbejdsvilkårene for sygeplejersker bliver bedre i fremtiden, og at der kommer noget mere fokus på stress.

Hun siger:

”Det piner mig, at vi bliver tvunget til at yde en så dårlig omsorg overfor patienterne og dermed kommer længere og længere væk fra sygeplejerskers værdigrundlag. Jeg tænker tit på alle de patienter, jeg gang på gang har måttet ”svigte”, fordi der ikke var tid. Det kan min samvittighed ikke bære.”

” Jeg manglede en kollega, der tog fat i mig og gjorde mig opmærksom på, at det her går ikke.



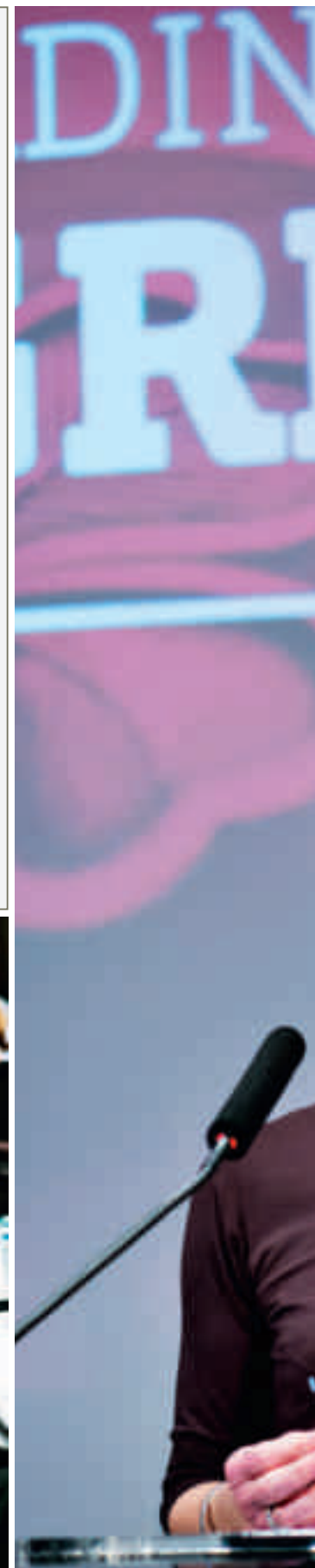
»Vi har sat vores fingeraftryk«

Højere erfaringstillæg til specialuddannede sygeplejersker, en stribe forbedringer til sygeplejefaglige kandidater, pensionsforbedringer, sikring af købekraften, styrkelse af det psykiske arbejdsmiljø og en uges øremærket barsel til fædre. Det er hovedresultaterne i OK15-forligene på det regionale og kommunale område. Det blev et klart ja fra Dansk Sygeplejeråds kongres, der var ekstraordinært indkaldt til møde i København i starten af marts.

Læs mere om OK15 og aftalerne på de følgende sider.

Reportagen fra den ekstraordinære kongres om OK15 er skrevet af **Mads Krøll Christensen, Rikke Brams og Camilla Bech Madsen**

Foto **Simon Klein-Knudsen**



Kongressen anbefaler et ja til OK15-forlig

Et klart flertal af de delegerede ved Dansk Sygeplejeråds ekstraordinære kongres den 6. marts i København stemte ja til det samlede overenskomstresultat OK15.

Fredag den 6. marts var Dansk Sygeplejeråds kongres ekstraordinært samlet for at tage stilling til overenskomstresultaterne på det regionale og kommunale område. Efter små tre timers debat skred forsamlingen til afstemning, hvor et klart flertal af de 141 fremmødte delegerede stemte ja til overenskomstresultaterne på det regionale og kommunale område.

”Vi har haft en solid og nuanceret debat på kongressen om forhandlingsresultaterne. Og jeg er glad for kongressens anbefaling,” sagde Dansk Sygeplejeråds formand, Grete Christensen, efterfølgende.

Kongressen startede med, at Grete Christensen fremlagde sit syn på forhandlingsresultaterne og forhandlingsprocessen for de delegerede.

”Der var mange faldgruber og snubletråde på vejen frem mod dette års resultat, men jeg synes, det er lykkedes at lave et balanceret forlig, hvor uddannelse kan betale sig, og pensionen er blevet hævet. Vi har afværget en række af arbejdsgivernes krav og sat vores fingeraftryk,” sagde Grete Christensen, der i sin tale også fremhævede, at det for første gang i en årrække er lykkedes at sikre reallønnen.

”Det har knebet de seneste to runder, men denne gang er skønnet over, hvor meget priserne vil stige, af en størrelsesorden, så det er ret sikkert, at vores lønstigninger ligger over. Dermed vil med-

lemmernes købekraft blive større,” sagde Grete Christensen.

Men det er ikke de eneste forbedringer.

”Vi har hævet pensionen for rigtig mange af vores medlemmer, så vi er kommet et skridt nærmere vores mål om 18 pct. Vi har fastholdt, at uddannelse skal kunne betale sig, og derfor har vi for det første forbedret lønnen for de specialuddannede sygeplejersker og for det andet aftalt løn- og pensionsvilkår for vores kandidater, der matcher AC's kandidater. Og så tager vi sammen med arbejdsgiverne en række initiativer, der skal forbedre det psykiske arbejdsmiljø.”

Efter formandens tale var der livlig debat i salen på Hotel SAS Radisson Blu på Amager i København, hvor kongressen blev holdt. Debatten kredsede især om arbejdsmiljø, privatlønsværn og ligeløn. Der var også ros til forhandlingsdelegationen fra salen.

”Det kunne være gået meget værre,” lød flere røster.

”Vi har knækket kurven for vores specialuddannede og kandidatuddannede sygeplejersker. Det er en milepæl, som vi skal være stolte af. Nu bliver de hos os frem for at søge over i andre forbund for at opnå bedre vilkår,” lød det fra en delegeret på talerstolen, inden forsamlingen stemte klart ja til resultaterne.

Alle stemmeberettigede medlemmer har modtaget et brev forud for urafstemningen. Læs mere på www.dsr.dk/OK15



Aftalerne i korte træk

I det følgende ser du en oversigt over nogle af de punkter, som der er indgået aftale om, og som du skal tage stilling til ved den kommende urafstemning. På www.dsr.dk/OK15 kan du se aftalerne i deres fulde længde.

Løn

Vi har aftalt, at gennem de næste tre år skal lønnen stige med knap 5,5 pct. for alle. I samme periode forventes priserne at stige med 4,8 pct., hvilket betyder, at din købekraft dermed er sikret.

I nedenstående tabel kan du se, hvornår du får hvilke lønstigninger.

Lønnen stiger med knap 5,5 pct. for alle

Lønstigninger	Regioner	Kommuner
1. april 2015	0,96 pct.	0,96 pct.
1. oktober 2015*	0,59 pct.	0,64 pct.
1. januar 2016	0,50 pct.	0,50 pct.
1. oktober 2016	1,00 pct.	1,00 pct.
1. januar 2017	1,20 pct.	1,20 pct.
1. oktober 2017*	1,14 pct.	1,12 pct.
Lønstigninger i alt	5,39 pct.	5,42 pct.

* Inkl. skøn for reguleringsordningen.

Regionerne

For en nyuddannet sygeplejerske stiger lønnen med 1.240-1.300 kr. pr. md. i perioden, afhængigt af hvilket område arbejdsstedet ligger i. For en sygeplejerske på trin 6 med 10 års erfaring stiger lønnen med ca. 1.500 kr. pr. md. For en specialuddannet sygeplejerske på trin 7 med 10 års erfaring stiger lønnen med over 2.100 kr. pr. md., mens lønnen for en leder på L7 stiger med mere end 1.700 kr. pr. md.

Kommunerne

For en nyuddannet sygeplejerske stiger lønnen med 1.270-1.330 kr. pr. md. i perioden, afhængigt af hvilket område arbejdsstedet ligger i. For en sygeplejerske på trin 7 stiger lønnen med ca. 1.500 kr. pr. md. For en sundhedsplejerske på trin 8 stiger

lønnen med knap 2.200 kr. pr. md., og for en leder på L10 stiger lønnen med 1.850 kr. pr. md.

Øvrige tillæg reguleres tilsvarende. Pension og særlig feriegodtgørelse stiger som følge af generelle lønstigninger. Værdien af tillæg for at arbejde i aften-, natte- og week-endvagt mv. stiger også, når lønnen stiger.

Kandidaterne

Vi har sikret, at de sundhedsfaglige kandidater har samme vilkår som de øvrige AC-kandidater i kommuner og regioner. Vi har nu samme lønskala både i regioner og kommuner og har fået harmoniseret pensionsprocenten. Sundhedsprofessionelle med en akademisk overbygning, der arbejder i en stilling, hvor faget har betydning for beskæftigelsen, får dermed samme vilkår som øvrige akademikere.

Specialuddannede

Uddannelse skal kunne betale sig, og derfor har vi aftalt et erfaringsstillæg til specialuddannede sygeplejersker. Sygeplejersker i regionerne med mindst 10 års erfaring får i dag tillæg på lidt over 1.100 kr. om måneden, og det er aftalt, at for specialuddannede sygeplejersker forhøjes tillægget med ca. 550 kr. om måneden. Tillægget er uændret for sygeplejersker uden specialuddannelse.

I kommunerne er det aftalt, at sygeplejersker med en relevant specialuddannelse skal aflønnes som sundhedsplejersker, og at der ydes et tillæg på godt og vel 550 kr. om måneden til sundhedsplejersker og sygeplejersker med relevant specialuddannelse, som har fire års erfaring eller mere.

Reguleringsordningen

Reguleringsordningen vil fortsat sikre en parallel lønudvikling mellem den offent-

lige og private sektor. Men der sker samtidig stramminger af ordningen. Det sker via det såkaldte privatlønsværn, der er en mekanisme, som sikrer en automatisk regulering af de offentligt ansattes lønstigninger, når lønudviklingen på det offentlige arbejdsmarked overhaler lønudviklingen på det private arbejdsmarked.

Pension

Ikke-ledere

For en sygeplejerske ansat på et sygehus stiger pensionen fra 13,37 pct. til 13,51 pct. En sygeplejerske ansat i en kommune med en pensionsprocent på 13,48 stiger til 13,60 pct.

Ledere

I dag er der to forskellige pensionssatser for de sygeplejefaglige ledere. For gruppen med den laveste pensionsats er niveauet blevet hævet. Det betyder, at ledere på sygehusene med den lave pensionsprocent på 13,39 stiger til 15,04 pct., mens ledere i kommunerne stiger fra 13,53 pct. til 15,18 pct. Målet er ens pensionsats for alle ledere.

ATP-pension

Indbetalingen til ATP-pensionen forhøjes med 168 kr. årligt den 1. januar 2016 og forhøjes med yderligere 389 kr. årligt den 1. april 2016.

Arbejdsliv

Godt psykisk arbejdsmiljø

Vi er enige med arbejdsgiverne om, at et godt psykisk arbejdsmiljø er en vigtig forudsætning for produktivitet og kvalitet. Derfor etablerer vi et fælles rejsehold i kommunerne og ekspertbistand i regionerne, som skal hjælpe, rådgive og inspirere arbejdspladserne til at gøre en

ekstra indsats for et bedre psykisk arbejdsmiljø.

Arbejdstid i kommunerne

På det kommunale område har vi sammen med FOA, SL og 3F imødekommet KL's krav om ensartede regler på døgnområdet i kommunerne. Samtidig har vi afværget de værste forringelseskrav fra KL's side, og den nye døgnarbejdstidsaftale betyder, at bl.a. lørdagstillægget på 28 pct. udbetales allerede fra kl. 8.00 mod tidligere kl. 11.00, at aftenstillægget på 27 pct. udbetales fra kl. 17.00 i stedet for kl. 18.00, og der indbetales 3 pct. pension af de oftest forekommende særydelser, såsom aften- og nattillæg.

Samtidig omlægges de særlige fridage, som er 1. maj, grundlovsdag, juleaftens- og nytårsaftensdag.

Med disse ændringer bidrager vi til at forenkle arbejdstidsplanlægningen og ser frem til, at det vil frigøre ledelsesmæssige ressourcer til at fokusere på det, der er vigtigt, nemlig fagligheden, kvaliteten og det gode arbejdsmiljø på de offentlige arbejdspladser.

Arbejdstid i regionerne

Sammen med regionerne har vi aftalt at indsamle erfaringer og eksempler på, hvordan vores arbejdstidsregler virker i praksis. Vi vil også i fællesskab afprøve nye måder at tilrettelægge arbejdstiden på.

Tryghedspuljen

Sundhedskartellet indgår nu som part i Tryghedspuljen i kommunerne. Puljen giver mulighed for, at medarbejdere, der afskediges pga. f.eks. personalereduktioner, budgetbesparelser og organisationsnedlæggelser, kan søge 10.000 kr. til bl.a. kom-

petenceudvikling, karrieresparring, vejledning og individuel rådgivning.

Faglig udvikling

Der lægges nye 14 mio. kr. i Forsknings- og udviklingspuljen på det regionale område. Pengene kan søges af alle Sundhedskartellets grupper, der ønsker at udvikle ny viden inden for professionerne. På samme måde sætter vi på det kommunale område fokus på rehabilitering og demens.

Ligestilling

Mere barsel til far

Offentligt ansatte fædre har fået en uges ekstra barsel med løn. Hvis faderen vælger ikke at afholde sin uges ekstra barsel, har moderen fortsat mulighed for at afholde den på barselsdagpenge. Ordningen gælder også for medlemmødre.

Ligestilling og lokal løn

Sammen med arbejdsgiverne udgiver vi en vejledning om ligestilling, ligeløn og lokal løndannelse. Vejledningen vil handle om, hvordan lønforskelle mellem mænd og kvinder kan undgås.

Video Derfor anbefaler vi at stemme ja

Formanden for Dansk Sygeplejeråd og fem tillidsvalgte sygeplejersker fortæller i korte videoer, hvorfor de anbefaler medlemmerne at stemme ja til OK15. Se videoerne på dsr.dk

Overenskomstresultaterne på det kommunale og regionale område er nu til urafstemning hos medlemmerne. Se video med Dansk Sygeplejeråds formand, Grete Christensen, og fem tillidsvalgte sygeplejersker på dsr.dk og hør, hvorfor de anbefaler medlemmerne at stemme ja til resultaterne.

I løbet af marts holder alle fem kredse medlemsmøder, hvor du kan komme og høre, hvad overenskomstresultaterne betyder for dig.

Læs mere om medlemsmøderne og se videoerne på dsr.dk/OK15. Her kan du også læse nyheder og følge med i OK15 på det statslige, regionale og kommunale område.



Ca. 1.000 tillidsvalgte fra hele Sundhedskartellet var samlet i til stormøde om OK15, hvor Grete Christensen gennemgik resultaterne. Tv. Gunner Gamborg, formand for Ergoterapeutforeningen.



Anni Pilgaard, næstformand for Dansk Sygeplejeråd, besvarede spørgsmål fra salen om OK15.

»Fællesskabet har bestået sin prøve«

Op mod 1.000 tillidsrepræsentanter fra Sundhedskartellet var den 9. marts samlet til stormøde i Tivoli Hotel & Congress Center i København for at høre om overenskomstresultaterne på det regionale og kommunale område.

I starten af marts afholdt Sundhedskartellet stormøde for kartellets tillidsvalgte om overenskomstresultaterne. Stormødet ligger traditionen tro i perioden efter, at OK-forhandlingerne med Danske Regioner og KL er afsluttet, men inden selve urafstemningerne om resultaterne sættes i gang blandt medlemmerne. Derfor var tæt på 1.000 tillidsvalgte fra Sundhedskartellet samlet til stormøde på Tivoli Hotel & Congress Center i København.

Dagen startede med, at formand for Dansk Sygeplejeråd og Sundhedskartel-

let, Grete Christensen, holdt tale for tillidsrepræsentanterne. I sin tale kom hun bl.a. ind på betydningen af, at Sundhedskartellet har forhandlet sine generelle krav i regi af Forhandlingsfællesskabet:

”OK15 var den første overenskomstfornyelse for det nye forhandlingsfællesskab. Og lad mig sige det med det samme, jeg synes, at det har været hårdt. Vi har haft mange nætter, hvor vi har ventet og ventet. Men jeg synes også, at fællesskabet har bestået sin prøve. Jeg

er sikker på, at vi aldrig var kommet så langt med arbejdsgiverne, som vi faktisk er, hvis det ikke var, fordi vi optrådte i samlet flok.”

Efter talen gennemgik Grete Christensen og forhandlingschef i Sundhedskartellet Helle Warming forhandlingsresultaterne mere detaljeret for forsamlingen, som livligt stillede opklarende spørgsmål. Senere på dagen mødtes Sundhedskartellets organisationer enkeltvis for at gennemgå resultatet for lige netop deres medlemsgrupper.

Ja fra de delegerede

Sygeplejersken talte med fem delegerede fra forskellige steder i landet på den ekstraordinære kongres. Her begrundes deres ja til OK15.



Anders Mikkelsen,
ældreplejen i Holste-
bro Kommune

"Jeg anbefaler et ja. Dels er mine medlemmer ikke parat til at strejke lige nu, og så mener jeg, at der er gode ting i dette forlig. Dansk Industri har været ude efter vores betalte frokostpause. Jeg er glad for, at den er bibeholdt, da det ville presse arbejdsmiljøet yderligere, hvis vi skulle give afkald på den. Som det er nu, kan vi holde den, når arbejdet tillader det – hvilket det i øvrigt dårligt nok gør."



Janne Horsted Grevsen,
intensivsygeplejerske
på Vejle Sygehus

"Jeg anbefaler at stemme ja. Dels er reallønnen sikret med denne aftale og formentlig også sikret et lille løft. Desuden er jeg rigtig glad for, at de specialuddannede er blevet sikret. Vi har kæmpet længe for, at uddannelse skal kunne betale sig. Sidst, men ikke mindst er mange ting blevet afværget i forhandlingerne, og vi har fået mere ud af det end forventet."



Gitte Grønlund,
røntgensygeplejerske
på Sygehus Thy-Mors

"Jeg anbefaler at stemme ja, fordi jeg mener, at vi har fået det bedst mulige resultat. Det er vigtigt, at alle faggrupper kan se sig selv i resultatet, og det synes jeg, vi kan i dette. Jeg har tillid til, at Grete Christensen gør det bedste for sygeplejerskerne."



Marianne Rasch,
FTR, Københavns
Kommune

"Jeg anbefaler at stemme ja. Jeg har været med siden 1994, og i det perspektiv mener jeg, at vi har fået de penge ud af overenskomstforhandlingerne, vi kan. Jeg er særligt glad for, at reallønnen er bevaret, og at arbejdstidsregelsættet og tillæg er blevet mere ensartet."



Søren Petersen,
anæstesisygeplejerske
på Køge Sygehus

"Jeg anbefaler at stemme ja, fordi den her overenskomst giver mulighed for at arbejde for et bedre arbejdsmiljø og psykisk arbejdsmiljø i klinikken. Med den her aftale har vi sikret reallønnen, men vi er stadig bagud. Vi skal bruge de næste tre år til at udvide rammen for kommende overenskomster. Der er økonomi i Danmark til et ligeløns- og ligestillingsprojekt."

Konsekvens af ja og nej

Du kan være med til at afgøre, om det bliver et ja eller nej til den nye overenskomst. 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.

Dansk Sygeplejeråd har fælles urafstemning med Sundhedskartellet. Stemmer Forhandlingsfællesskabet og Sundhedskartellet ja til overenskomstresultatet, træder aftalerne i kraft den 1. april 2015 og gælder de næste tre år,

da der i år er aftalt en treårig overenskomstperiode.

Kun et flertal af nejstemmer fra Sundhedskartellet medlemmer kan udløse konflikt.

Yderligere vejledning vil fremgå af det materiale, der er udsendt i forbindelse med urafstemningen.

Det er lykkedes at sikre reallønnen

Sikring af reallønnen og tillæg til sygeplejersker med en specialuddannelse. Sådan lyder nogle af de elementer, som Dansk Sygeplejeråds kredsformænd fremhæver ved overenskomstresultatet.



John Christiansen,
kredsformand Kreds
Syddanmark

"Jeg vil anbefale et ja, fordi det er lykkedes at sikre reallønnen og forbedre købekraften. Desuden sender forliget et signal til arbejdsgiverne om, at de skal spille med i forhold til den lokale lønudvikling. Vi er også lykkedes med at sygeplejersker i fleksjob nu aflønnes efter samme aftale, som de andre sygeplejersker på arbejdspladsen."



Vibeke Westh,
kredsformand Kreds
Hovedstaden

"Jeg anbefaler et ja, fordi vi har fået det bedste mulige resultat indenfor rammen. Særligt er jeg tilfreds med, at de specialuddannede sygeplejersker er blevet tilgodeset, og at vi med forliget kan bibeholde sygeplejersker med en akademisk baggrund på vores overenskomst. Derudover er jeg glad for, at vi har sikret reallønnen."



Anja Laursen,
kredsformand Kreds
Midtjylland

"Jeg vil anbefale medlemmerne at stemme ja, fordi det er lykkedes at opnå grundlønssikring for alle og real-lønsudvikling for udvalgte grupper. Derudover har vi fået lagt nogle trædesten i forhold til at få honoreret sygeplejersker med en specialuddannelse godkendt af Sundhedsstyrelsen."



Helle Dirksen,
kredsformand Kreds
Sjælland

"Jeg anbefaler et ja. Først og fremmest fordi vi har fået sikret reallønnen. Jeg vil gerne fremhæve forligets fokus på sygeplejersker med en specialuddannelse og pensionsstigningen. Til gengæld er jeg knap så glad for det såkaldte privat-lønsværn, der er en bremse for ligelønnen mellem det offentlige og det private."



Jytte Wester,
kredsformand Kreds
Nordjylland

"Jeg anbefaler et ja til forliget. Der bliver lidt flere penge til rådighed for den enkelte, når prisstigninger er trukket fra den samlede lønstigning. Der er også blevet lidt til pensionen. Et tillæg til sygeplejersker med specialuddannelse og bedre vilkår for akademisk uddannede sygeplejersker, som er en anerkendelse af, at uddannelse betaler sig"

Ny overenskomst til statsansatte sygeplejersker

De knap 1.000 statsansatte sygeplejersker har fået ny overenskomst.

Allerede i starten af februar blev aftalen på det generelle område for bl.a. sygeplejersker ansat i staten indgået. Aftalen er treårig og sikrer de statsansatte sygeplejersker en samlet lønfremgang i perioden på 4,5 pct. plus et rum for udviklingen af bl.a. den lokale løndannelse på 2,1 pct. i perioden.

I aftalen er der ydermere såkaldte partsprojekter om forbedringer af det psykiske arbejdsmiljø og om det lokale samarbejde på

arbejdspladserne. I praksis betyder det, at repræsentanter fra arbejdsgiverne og arbejdstagerne i fællesskab i den treårige overenskomstperiode vil samarbejde om at understøtte mulighederne for et godt arbejdsmiljø og et styrket samarbejde lokalt.

En måned senere faldt aftalen på det specielle område på plads. Primært omhandler det de statsansatte undervisere på landets sosu-skoler og på professionshøjskolerne.

Læs mere om aftalerne på statens område på dsr.dk/OK15/Sider/OK15-Stat.aspx

Finansminister trumfede udskældt privatlønsværn igennem

Finansministeren havde bundet Danske Regioner og KL på hænder og fødder for at få indført privatlønsværn.

Fælles for overenskomstfornyelserne på det regionale, det kommunale og det statslige område er det nye privatlønsværn, der allerede har mødt kraftig kritik fra de faglige organisationer, bl.a. Dansk Sygeplejeråd. Privatlønsværnets medfører nemlig en forringelse af den nuværende reguleringsordning, der sikrer en parallel lønudvikling mellem den private og den offentlige sektor.

Reguleringsordningen har hidtil betydet, at forskellen mellem offentlige og private lønninger en gang om året reguleres med 80 pct. Det vil sige, at hvis de offentlige lønninger halter efter det private,

stiger de med 80 pct. af forskellen og falder tilsvarende, hvis lønnen på det private arbejdsmarked bremses op.

Det nye privatlønsværn betyder imidlertid, at lønnen fremover reguleres nedad med hele beløbet, hvis den offentlige lønudvikling overhaler den private. Der er altså tale om en mekanisme, som automatisk regulerer offentligt ansattes lønstigninger ned, når lønudviklingen på det offentlige arbejdsmarked overhaler det private. Og det er en bremse for ligestillingen, fordi det rammer de store kvindedominerede faggrupper på arbejdsmarkedet, eksempelvis sygeplejersker, mener Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen.

”Privatlønsværn er ikke indført med min gode vilje, men det har i for-

handlingsforløbet stået klart for os, at når det kommer til privatlønsværn, så har regioner og kommuner været bundet på hænder og fødder af Finansministeriet,” siger Grete Christensen og fortsætter:

”Det kan man have forskellige meninger om. Men man kan ikke være uenig om, at privatlønsværn vil fastholde uligelønnen på det danske arbejdsmarked. Når mere end 70 pct. af de ansatte i den offentlige sektor er kvinder, og de i forvejen har en lavere løn end sammenlignelige grupper i den private sektor, ja, så har den nye udgave af reguleringsordningen en klar ligelønspolitisk slagside.”

I ligestillingens navn lykkedes det dog at få en ekstra uges barsel til fædre ved overenskomstforligene.

Det måtte arbejdsgiverne opgive ved OK15

Både Danske Regioner og KL havde en række skrappe krav med i tasken, da forhandlingerne om overenskomstfornyelserne på det regionale område og i kommunerne startede umiddelbart efter nytår. Flere af kravene ville direkte medføre forringelser for sygeplejerskerne. Derfor handlede en stor del af arbejdet ved forhandlingsbordene om at få arbejdsgiverne til at

opgive kravene. Det holdt hårdt, men lykkedes. Blandt de krav, som arbejdsgiverne måtte droppe, var f.eks.:

- Arbejdstidsregler på KL-området, eksempelvis krav om at reducere varslene på fire døgn og om mulighed for 12-timers vagter.
- Tilpasning af seniorordninger til tilbagetrækningsreform.

- Forringelser af medindflydelsessystemet, eksempelvis krav om afskaffelse af forhandlingsorganet på KL-området.
- Krav om færre beskyttede tillidsrepræsentanter i kommunerne.
- Udvidelse af tjenestestedsbegrebet i regionerne.

Tid til urafstemning

Når alle organisationer har afsluttet deres forhandlinger, og Forhandlingsfællesskabet har anbefalet resultatet, sendes resultatet til urafstemning blandt Dansk Sygeplejeråds medlemmer. Men hvad er en urafstemning egentlig, hvordan stemmer du, og hvorfor skal du overhovedet tage stilling?

En urafstemning er en afstemning blandt medlemmer af en faglig organisation, som oftest bliver brugt, når de skal tage stilling til resultatet af forhandlingerne om fornyelse af de kollektive overenskomster.

Der er ikke krav i lovgivningen eller i Hovedaftalen om urafstemning, men det er den hyppigst anvendte metode. På den måde får medlemmerne direkte indflydelse på afgørelsen. Urafstemningstraditionen er ikke udbredt på internationalt plan, men i Norge og Danmark er traditionen værdsat, fordi den giver medlemmerne indflydelse på resultatet og dermed er med til at styrke overenskomstens grundlag og legitimitet.

Hvorfor er det vigtigt at stemme?

Urafstemningen er din mulighed for at få indflydelse på dine arbejdsvilkår og løn

og for at bruge din demokratiske ret til at give din mening til kende. Hvad end du stemmer ja eller nej, eller blankt for den sags skyld, så er det vigtigt, at du stemmer. Hver eneste stemme tæller – også din.

”Det er utroligt vigtigt, at medlemmerne bruger vores demokrati i Dansk Sygeplejeråd til at tage stilling til resultatet. Jo højere stemmeprocent, jo mere legitimitet er der bag rewsultatet. Det betyder også, at sygeplejerskernes organisation står stærkere overfor arbejdsgiverne,” siger Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd, og fortsætter:

”I Dansk Sygeplejeråd sætter vi demokratiet højt. Det er i sidste ende medlemmerne, som afgør, om det skal være et ja eller et nej til de aftaler, vi har forhandlet hjem med Danske Regioner og KL.”

Hvem kan stemme?

Alle Dansk Sygeplejeråds aktive medlemmer pr. 1. marts 2015 har stemmeret til afstemningen inkl. sygeplejestuderende. Passive medlemmer og seniorer har ikke stemmeret. Er du i tvivl, om du er aktivt medlem, kan du tjekke dine medlemsoplysninger under Min Profil på dsr.dk

Urafstemning er i gang

Urafstemningsperioden løber fra den 16. marts kl. 23.59 til den 26. marts kl. 23.59. I perioden kan alle stemmeberettigede medlemmer afgive deres stemme om overenskomstresultatet. Læs mere om urafstemningen på dsr.dk/OK15, hvor du også kan stemme elektronisk.



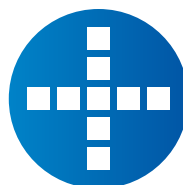
”Jeg er så glad for at undvære det personlige opkald fra afdelingen ved sygemeldinger, fordi en SMS gør det muligt for mig at vende mit merarbejde med familien inden jeg selv byder på vagten”

Citatet er fra en brugerundersøgelse på Slagelse sygehus

Sygemeldinger med kort varsel har i generationer været en særligt ressourcekrævende opgave for ledere, vagtplanlæggere og varme hænder på sygehuse og plejecentre.

Men nu er det muligt på afdelingsniveau at sætte tilkald i system i en tilkaldeportal, frigøre tid til andre opgaver, og samtidigt gøre noget godt for arbejdsmiljøet.
Plug & play via internet – ingen installationer, en adgangskode er alt hvad du behøver.

Læs mere i online brochuren på www.tilkaldeportal.dk eller ring til Peter på tlf. 4063 4020



net-nurse

hele danmarks tilkaldeportal

www.net-nurse.dk

I disse dage byder vi Louise og 475 andre nye brugere fra Holbæk sygehus, Køge og Vejen kommune velkommen til en bedre tilkaldeproces.

Flere mænd og mindre skyllerums-snak

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

Sygeplejerskerne Allan Vie Hansen (tv.) og Søren Starck er noget af et særsyn på landets hospitaler, hvor under 4 pct. af sygeplejerskerne er mænd. Men ikke på Medicinsk sengeafsnit K3 på Bispebjerg Hospital, hvor Jørgen Thrane var indlagt i begyndelsen af marts. Seks af afdelingens 26 sygeplejersker er nemlig mænd. Søren Starck har otte års erfaring, mens Allan Vie Hansen lige er begyndt i sit første job. De sætter begge to stor pris på det gode miks af mandlige og kvindelige kolleger, som de mener bl.a. er med til at skabe en mere direkte kommunikation kollegerne imellem uden skyllerumssnak.

Læs mere om sengeafsnittet og deres bud på, hvorfor mandlige sygeplejersker er vilde med at arbejde her på Sygeplejersken.dk -> artikelsøgning -> Skriv "Flere mænd og mindre skyllerumssnak"



Systematisk indsats giver færre stikskader

Regionhospitalet Horsens har i mange år arbejdet systematisk med at forebygge stik- og skæreskader. Seneste skud på forebyggelsesstammen er en app, som gør det nemt at reagere, når skaden er sket. Forebyggelsesarbejdet vægter dog stadig højt i form af bl.a. sikre produkter samt oplæring af især nyt personale.

Tekst **Christina Sommer**

En app til registrering af stik- og skæreskader er blot det seneste af mange tiltag, som arbejdsmiljøenheden på Regionhospitalet Horsens har sat i søen det forgangne år for at forebygge stik- og skæreskader. Arbejdet begyndte allerede for mere end 10 år siden, fortæller hospitalets arbejdsmiljøkoordinator Henning Rasmussen.

”Dengang havde vi ret mange stikskader med risiko for smitte, men vi syntes ikke, at vi havde et godt nok billede af, hvorfor medarbejderne stak sig. Derfor begyndte vi at arbejde med bedre og mere systematisk registrering af alle stik- og skæreskader,” siger Henning Rasmussen.

De systematiske registreringer skabte hen ad vejen et overblik over stik- og skæreskaderne. Bl.a. kunne man se, at stikskaderne især skete på venflons og insulinpenne.

E-learningkursus til nyansatte

Regionhospitalet Horsens' statistik viser, at medarbejdere med under et års anciennitet står for ca. 30 pct. af stik- og skæreskaderne. I juni 2014 indførte Region Midtjylland derfor e-learning-kurset ”Undgå stikskader på dig selv og andre”, som oprindeligt er udviklet på Hvidovre Hospital. Kurset er blevet tilpasset forholdene i Region Midtjylland, bl.a. de sikre produkter.

”Da vi vidste det, kunne vi begynde at gå spadestikket dybere og kigge nærmere på, hvad grunden til det så kunne være. Det har egentlig været en klassisk og enkel arbejdsmiljøindsats, men det tager faktisk tid at få opbygget viden om, hvor og hvorfor stikskaderne sker, hvilket er nødvendigt for at kunne forebygge mere systematisk,” forklarer Henning Rasmussen.

Forsøg med sikre produkter

Som noget af det første valgte Regionshospitalet Horsens at fokusere på sikre produkter.

”Kunne vi f.eks. finde et sikkert produkt i forhold til insulinpenne? Er nålen sikret, skal man jo være meget uheldig, hvis man stikker sig. Det lyder egentlig ret enkelt, men det har været ret udfordrende,” fortæller Henning Rasmussen.

Hver gang hospitalet ønsker at indføre et sikkert produkt, kører man først nogle forsøg.

”Et sikkert produkt skal fungere lige så godt som det konventionelle, både for personale og patient. Vi har haft nogle sikre produkter, som bare ikke var gode nok, f.eks. en insulinpen, hvor medarbejderne ikke kunne se, om patienten egentlig fik medicinen. Og medarbejderne er heldigvis gode til at fortælle os, hvis noget ikke fungerer,” siger Henning Rasmussen.

Med indførelsen af nye sikkerhedsprodukter er der ofte også et element af vane.



Har en sygeplejerske f.eks. brugt den samme type kanyler i 10 år, kan selv små ændringer i produktet være generende.

"Og her er det altafgørende, at medarbejderne med deres afdelingsledelse i ryggen kan se fornuften i at overgå til et nyt sikkert produkt," siger Henning Rasmussen.

Nye sikre produkter kræver også oplæring, og selvom enkelte medarbejdere har strittet lidt imod, har langt hovedparten været villige til at prøve noget nyt. Konkret foregår oplæringen ved, at de lokale udviklingssygeplejersker og arbejdsmiljøgrupper underviser i korrekt brug af de sikre produkter. Hospitalet er heller ikke for fint til at takke ja til producenternes tilbud om at komme ud lokalt og undervise.

"Det handler selvfølgelig også om forretning, men når tilbuddet nu indgår i den merpris, vi betaler for de sikre produkter, siger vi da ja tak til oplæringen," siger Henning Rasmussen.

Flest sikre produkter

Regionshospitalet Horsens' mangeårige fokus på sikre produkter har vist sit værd. Hospitalet anvender i dag ni sikkerhedsprodukter med aktiv og passiv sikkerhed, og på den måde sikres de fleste stikkende procedurer af et sikkerhedsprodukt. Antallet af stikskader blev næsten halveret fra 47 i 2008 til 27 i 2012, selvom aktivitetsniveauet steg meget i samme perio-

Kan det betale sig?

Forskellige beregninger viser, at en stikskade foruden de psykiske omkostninger koster mellem 6.000 og 7.500 kr. i behandlingsudgifter, løntab m.m. Før Regionshospitalet Horsens f.eks. indførte sikkerhedsprodukt til insulinpenne, havde man 8-10 stikskader årligt mod blot 1-2 stikskader nu. Den årlige merudgift til sikre insulinpenne er ca. 20.000 kr., men omvendt viser en konservativ beregning, at hospitalet har sparet 36.000 kr., da der er seks stikskader færre, altså en gevinst på 16.000 kr. i alt. Region Midtjylland har i alt ca. 500 stikskader om året, svarende til udgifter for ca. 3.000.000 kr. Kunne halvdelen undgås, ville der i princippet være sparet 1.500.000 kr., som evt. kunne bruges til indkøb af sikre produkter.

de. I 2013 modtog hospitalet desuden Arbejdsmiljøprisen for sit systematiske forebyggelsesarbejde med fokus på sikre produkter. I 2013 og 2014 er antallet af stikskader dog steget lidt igen til hhv. 31 og 36.

"Det er meget ærgerligt. Kigger vi nærmere på skaderne, kan vi se, at en del desværre stikker sig pga. overfyldte kanylebokse. Og de kan til dels forklares med, at aktivitetsniveauet og arbejdspresset fortsat er steget markant de se-

neste år. Men antallet havde nok været endnu højere, hvis vi ikke havde haft så mange sikre produkter," siger Henning Rasmussen og pointerer, at det kun har været muligt, fordi Region Midtjylland også tænker sikkerhedsprodukter ind, når der er udbud.

"Jeg tror, at vi er en af de regioner, der har flest sikre produkter til rådighed, og her skal regionen have ros. Hver gang der er udbud, kræves det, at der for hvert konventionelt produkt også skal stilles et sikkert produkt til rådighed," siger Henning Rasmussen, der dog gerne så, at de sikre produkter blev endnu mere udbredt ikke blot på hans eget hospital, men også på andre hospitaler i regionen og Danmark.

"Når nu risikoen for stikskader med smitterisiko næsten kan elimineres, er det jo ærgerligt, at man ikke vælger at tage skridtet fuldt ud," siger han, vel vidende at økonomien stadig er en stor barriere.

Økonomien udfordrer

Selvom prisforskellen er blevet mindre de seneste år, er sikre produkter stadig dyrere end de konventionelle.

"Og netop økonomien gør desværre, at brugen af sikre produkter er forskellig, også her på hospitalet fra afdeling til afdeling. En afdelingssygeplejerske skal jo sørge for, at hun ikke overskrider sit eget budget. Og når udgifter til pro-

- dukter skal findes lokalt, mens udgifterne til vaccinationer m.m. i forbindelse med en stikskade bliver betalt centralt, kan man jo godt forstå, hvis hun vælger de konventionelle frem for de sikre produkter,” siger Henning Rasmussen.

Omvendt viser alle beregninger, at forebyggelse med sikre produkter kan betale sig både økonomisk og psykisk for den enkelte medarbejder (se faktaboksen ”Kan det betale sig?”). Så arbejdsmiljøenheden på Regionshospitalet i Horsens fortsætter ufortrødent sit arbejde med at dokumentere, argumentere og forebygge stik- og skæreskader. Henning Rasmussen siger:

”Vores drømmescenarie er jo, at regionen kun stiller sikre produkter til rådighed, da de er meget bedre både for patienterne og medarbejderne, for patient-sikkerheden, hygiejnen og arbejdsmiljøet. Som jeg ser det, er der kun økonomien til hinder for det, og den barriere forsvinder desværre ikke lige med det samme, tværtimod.”

EU's stikskadedirektiv

Der er generelt kommet mere fokus på at forebygge stik- og skæreskader i Danmark, men også i hele EU de seneste år. Det skyldes bl.a. det såkaldte stikskadedirektiv, der trådte i kraft i alle 28 EU-lande i maj 2013. Direktivet har haft en positiv effekt på den daglige praksis og omgang med udstyr som kanyler og skalpeller. Og sundhedspersonalet mener, der er kommet mere styr på grundlæggende information om risici forbundet ved brug af hospitalsudstyr. Det er nogle af resultaterne i en stor spørgeskemaundersøgelse, som European Federation of Nurses foretog i efteråret 2013 blandt næsten 7.000 sygeplejersker i EU. 188 danske sygeplejersker deltog i undersøgelsen, og et nærstudie af resultaterne viser måske ikke overraskende, at Danmark generelt er langt fremme, når det kommer til forebyggelse af bl.a. stik- og skæreskader. Men også her er der plads til forbedring. Dansk Sygeplejeråds seneste undersøgelse af sygeplejerskers arbejdsmiljø, trivsel og helbred (SATH) viste bl.a., at 2.900 danske sygeplejersker stak sig på urene kanyler i 2012. Dansk Sygeplejeråd spillede en central rolle i forhold til indholdet af EU-direktivet, også i det efterfølgende arbejde med at sikre, at Danmark lever op til reglerne i EU's stikskadedirektiv. Dansk Sygeplejeråd følger fortsat området.

Læs også På job-reportagen i dette nummer ”Ingen smitterisiko fra venflon og insulinnåle” side 48.

Stikpatruljen

I kølvandet på EU's stikskadedirektiv har Region Midtjylland iværksat flere forebyggelsestiltag, bl.a. den såkaldte stikpatrulje. Med biolog Astrid Beck Vestergaard fra Koncern HR, Fysisk Arbejdsmiljø i spidsen besøger patruljen de afdelinger, som ønsker det. Hun går sammen med den lokale arbejdsmiljørepræsentant rundt og kigger på forholdene, f.eks. om kanyleboksene er overfyldte, placeret hensigtsmæssigt m.m. Med en iPad tager hun billeder og noter, som til sidst bliver genereret til en rapport, som afdelingen kan printe ud, hænge op og blive klogere af. Astrid Beck Vestergaard tilbyder også foredrag om forebyggelse og sikre produkter.



Foto: iStock

Lækre slidstærke strømper til hverdag og arbejde

Brugt af personalet i det danske, svenske og norske sundhedsvæsen siden 1995

www.SokkeSiden.dk



Specialstrikket elastisk skaft – Strammer ikke, laver ikke mærker og glider ikke ned.



Vores strømper:

- ✓ Strammer ikke
- ✓ Glider ikke ned
- ✓ God pasform
- ✓ Tynde, bløde og elastiske
- ✓ Kan vaskes ved 60° C
- ✓ Strikket i Östersund, Sverige



INTRODUKTIONSTILBUD:

5 par 150,- kr.

Normalpris 200,- kr.

Brug rabatkoden: Sygeplejersken

Fås i farverne

Hvid, lysegrå, mørkegrå, mørkeblå og sort

Str.: 36-39, 40-44 & 45-48

Test os: Få vores brochure og ét par ankelstrømper i bomuld tilsendt for kun 30,- kr. Bestil på telefon **3536 5073** eller skriv til os på ordre@sokkesiden.dk Betaling sker på faktura.

Moby Dick
strømper



”Jeg har i en årrække stået for indkøb af strømper til min afdeling, gennem Moby Dick Strømper. Personalet går meget og har skiftende arbejdstider, så det er vigtigt, at strømperne sidder godt uden at stramme rundt om anklerne.

Afdelingsbioanalytiker, Rigshospitalet

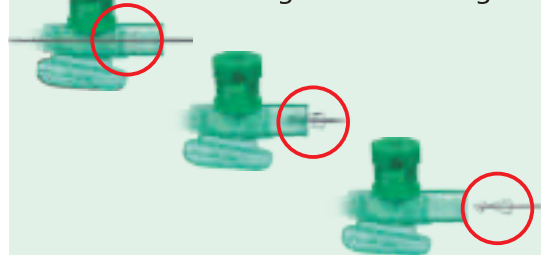
Bestil på: www.SokkeSiden.dk eller på telefon 3536 5073 (hverdag 9.00-15.00)

Vasofix® Safety



B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

Lille, smart sikkerhedsanordning udløses automatisk og kan ikke omgås



Ergonomisk design for 3-punktsgreb

Super skarp universalt slib sikrer komfortabel anlæggelse

PVC-, DEHP- og Latex-fri (PUR).

www.bbraun.dk

INGEN SMITTERISIKO FRA VENFLON OG INSULINNÅLE

På Regionshospitalet Horsens er antallet af stikskader blevet stærkt begrænset med en forebyggelse, der både omfatter sikkerhedsprodukter og sikre procedurer.

Tekst **Kirsten Bjørnsson** • Foto **Søren Holm**

Medicinsk afsnit P7 i Horsens er et stort sengeafsnit med lungemedicinske patienter i den ene side og gastroenterologiske patienter i den anden. Et afsnit, som har et stort dagligt forbrug af venflon, insulinnåle og kanyler til injektioner og optræk af medicin.

Før i tiden var det et afsnit, hvor der indtraf en hel del stikuheld. Mange unge sygeplejersker får deres første ansættelse i internmedicinske afsnit som P7, og det er velkendt, at risikoen for stikskader er størst i en sygeplejerskes første arbejdsår.

Men uheld kunne også ske for erfarne kolleger som specialeansvarlig sygeplejerske Annette Normann Andersen. For nogle år siden stak hun sig i hånden på en brugt kanyler, da hun ville lægge den i kanyleboksen. Hun måtte vaccineres ad flere omgange mod hepatitis, stivkrampe og difteri og gå til kontrol i et år efter uheldet.

Sådan et uheld ville stadig kunne ske i dag, men risikoen er betydelig mindre, forklarer Annette Normann Andersen.

"De gamle kanylebokse var ret små og havde et låg, der var svært at skubbe til side,

især når man stod med kanylen i den ene hånd. Der er bedre plads i de nye kanylebokse, og åbningen er meget større. Selve kanylen har nu en beskyttelsesanordning, man lige kan lukke nålen ned i efter brugen."

Når det gælder venflon og insulinnåle, bliver nålen dækket af i samme arbejds-gang, som man trækker den ud.

"Og vi har rigtig mange diabetikere, så det betyder meget," siger Annette Normann Andersen.

"Nålene, vi bruger, når vi måler blodsukker, forsvinder også af sig selv igen."

Siden hospitalet begyndte at indføre sikkerhedsprodukter, er antallet af stikskader faldet meget markant. I 2008 var der 47 stikskader med smitterisiko, i 2012 var tallet faldet til 27. De nye produkter er dyrere, men ekstraudgiften bliver opvejet af, hvad sygehuset sparer på fravær og behandlingsudgifter efter en stikskade.

Sikre procedurer

Der sker stadig stikuheld i P7, men ganske få om året. Afsnittet er blevet en sikrere arbejdsplads, og de mange unge sy-

geplejersker slipper for at starte deres arbejdsliv med en stikskade, som både kan påvirke deres arbejdsglæde og deres håndelag.

"Men sikkerheden ligger ikke kun i produkterne," siger Annette Normann Andersen. "Det handler lige så meget om sikre procedurer."

Når hun denne morgen går rundt og tilser venflon hos patienterne i gastrogruppen, er alt det nødvendige samlet på en venflonvogn, også en stor gul kanyleboks, så hun ikke skal tværs over stuen for at nå kanyleboksen ved vasken.

Praktiske ændringer af denne type er en del af indsatsen, men mindst lige så vigtigt er den oplæring, som studerende og nyt personale skal have, siger Annette Normann Andersen.

"Man lægger f.eks. ikke en brugt kanyler på et bord eller en madras, men direkte i kanyleboksen. Det er noget, vi gør meget ud af i vores oplæring."

Læs også artiklen "Systematisk indsats giver færre stikskader" på side 44.



1



2



3



4

1. Mary Pedersen er klar til morgenmad og bestiller hos sygeplejerske Annette Normann Andersen.

2. Annette Normann Andersen tilser en venflon hos en patient i internmedicinsk afsnit P7.

3. Når sygeplejersken har lagt en ny venflon, bliver nålen dækket, idet hun trækker den ud.

4. Patientstuerne har ikke kun separat tv til hver seng, de har også udsigt over Horsens Fjord.

Din bedste oplevelse med en patient for nylig?

”Vi har en patient, som har ligget her meget længe. Han blev overflyttet fra Aarhus, helt ukontaktbar og totalt plejkrævende. Han havde fået fjernet hele pancreas, og man tænkte, om han overhovedet ville stå det igennem. Nu er han vågnet så meget op, at han kan huske, hvad jeg hedder.”

En bog at blive klogere af, skrevet af kloge mennesker

Formålet med bogen er, skriver forfatterne i forordet, at give børnene, de unge og forældrene en egen stemme. Det lykkes til tider så levende og godt, at jeg på min vej igennem bogen fik en klump i halsen og en tåre i øjenkrogen. Især kapitlet: "Børn som pårørende til en alvorligt syg forælder" var meget bevægende. Pelle på 12 år fortæller om dagen, hvor hans far fik besked om, at der ikke var mere behandling at tilbyde ham. Forældrene græd og trøstede hinanden med støtte fra personalet, mens Pelle var alene med sin sorg. Han fortæller, at han forlod stuen og grædende gik gennem den lange hospitalsgang og på vejen passerede mange hvidkittede. Han nåede ned på parkeringspladsen uden at have talt med en eneste voksen. Undrende siger han til interviewereren: "Kan du forstå, at der ikke var nogen, der stoppede mig?"

Bogen er en antologi skrevet af en bred vifte af forskere inden for det børne-, familiemæssige og sundhedsfaglige område. Kapitlerne er skrevet på baggrund af forskernes eget forsknings- og udviklingsarbejde. Bogen er inddelt i fire hovedafsnit: Sundhedsvæsenets bevægelse fra fortid til fremtid, børneliv og familiestruktur, familiens perspektiv i mødet med sundhedsvæsenet og barnets og den unges perspektiv i mødet med sundhedsvæsenet. Antologien appellerer bredt. Den er relevant for studerende på sundheds- og børnefaglige områder. Den har de kvaliteter, man kan ønske sig af en



Claus Sixtus Jensen, Marianne Eg og Sine Maria Herholdt-Lomholdt

Børn, unge og forældres møde med sundhedsvæsenet

Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck 2014
248 sider - 299,95 kr.

lærebog. Forskningsbaseret, læsevenlig og krydret med cases, detaljeret indholdsfortegnelse, overskuelig opbygning af kapitler med abstract, litteraturliste og information om forfatterne. Appellen rækker til de professionelle både inden- og udenfor hospitalsmuren. Flere kapitler beskæftiger sig med den påvirkning, som et langvarigt indlæggelsesforløb har for en familie. Fædre kan opleve sig hægtet af og uden for indflydelse og kontrol, da det oftest er mødre, som er medindlagt. Familien bliver presset under en indlæggelse pga. de fysiske rammer i hospitalsmiljøet. Det er svært at opretholde et familie- og privatliv. Det er svært at være søskende til et indlagt barn, forældrene er både fysisk og mentalt fraværende, og der er sjældent rum og plads til indlagte børns søskende. Indlagte unge kan føle sig ensomme og isolerede. De er væk fra kammerater, for store til de små på børneafdelingen, for unge til de gamle på voksenafdelingen. De er i gang med en frigørelsesproces, som kan gøre sygdom og den medfølgende afhængighed til en ulidelig spændetrøje. Disse perspektiver er vigtige at medtænke, både for dem, som er i forbindelse med familierne indenfor murene, og for dem, som møder familierne udenfor, midt i eller efter et sygdomsforløb. En bog at blive klogere af, skrevet af kloge mennesker.

Af Hanne Lindhardt, MSA, sundhedsplejerske i Furesø Kommune.

Grundig research bringer nyt om antidepressiva

Der skal meget til for at ændre folks fordomme, men det er i høj grad lykkedes forfatteren og journalisten Signe Kierkegaard Cain, som med sin bog ønsker at kvalificere debatten om depression og antidepressiv medicin.

Cain har personlig erfaring med tilbagevendende depressioner og er frustreret over de fordomme, der eksisterer overfor sygdommen.

Signe Kierkegaard Cain
Det handler ikke om lykke
Helt tæt på antidepressiv
medicin

Møller 2014
244 sider - 250 kr.



Nyttigt supplement til den faglige værktøjskasse

Miljøterapi, som den udfolder sig i såvel behandlingspsykiatrien som socialpsykiatrien, er en behandlingsform, hvor det sociale samspil udgør selve kernen. Det er de menneskelige møder og fællesskabet omkring aktiviteter, som er metoden til forandring. God miljøterapi integrerer samtale og samvær. Mentaliseringstraditionen handler om at forstå den mentale funktion, der gør mennesker i stand til at se sig selv udefra og andre indefra, med andre ord at forstå både sit eget og andres sind. Mentaliseringsbaseret miljøterapi er således en behandlingsform, som forener principper fra begge traditioner.

Bogen giver en god indføring i mentaliseringsbegrebet og i, hvordan den mentaliseringsbaserede tilgang kan bidrage til at fremme affektregulering og reducere symptomer og dysfunktionel adfærd hos patienterne. Der gives en solid præsentation af både det teoretiske grundlag og den praktiske omsætning af principperne. Der stilles ikke mindst krav til de professionelle mentaliseringssevner og refleksioner over ekspertrollen. Betydningen af at være en god rollemodel og at skabe en undrende kultur uden skråsikkerhed og bedreviden betones. Åbenhed, autenticitet, fleksibilitet og vished om egne begrænsninger er nødvendige værdier hos behandlerne. Transparens er et centralt begreb, dvs. gennemsigtighed og dermed tydelighed, hvor behandleren tør vise usikkerhed, nysgerrighed og undren.



Finn Skårderud og
Bente Sommerfeldt
Miljøterapi bogen
**Mentalisering som holdning
og handling**
Hans Reitzels Forlag 2014
346 sider - 350 kr.

Såvel miljøterapi som mentaliseringsbaseret terapi (MBT) har stærke historiske rødder i den psykodynamiske tradition. Udviklingspsykologien og herunder tilknytningsteorier er en væsentlig del af fundamentet for forståelsen af mentaliseringsbegrebet. MBT blev oprindeligt udviklet med henblik på personer med borderline personlighedsforstyrrelser, men har vist sig gavnligt også til andre patientkategorier indenfor det ikke-psykotiske område.

Efterhånden er erfaringsgrundlaget så solidt og resultaterne så overbevisende, at der ikke kan herske tvivl om effekten og værdien af at anvende de mentaliseringsbaserede metoder i den miljøterapeutiske ramme. Som så ofte før er det nordmændene, der er frontfigurer i implementeringen af nye terapeutiske tiltag. Forfatterne henter bl.a. inspiration fra mentaliseringstraditionens centrale skikkelser Anthony Bateman og Peter Fonagy, men de er også selv særdeles velfunderede og erfarne. I Danmark er MBT en anerkendt og anvendt tilgang specielt i det ambulante felt, og der er i denne bog masser af inspiration at hente for miljøterapeutiske medarbejdere, som vil udvikle deres praksis med mentaliseringsbaserede elementer og dermed højne kvaliteten af behandlingen. Et rigtigt nyttigt bidrag til den faglige værktøjskasse.

Af Sonja Bech, visitationssygeplejerske i Den Centrale Visitation i Region Hovedstadens Psykiatri.

Den erfaring er hun ikke ene om, jf. psykologen Svend Brinkmann, som udtaler: "Hvis vi slår alle typer depression sammen og giver en masse medicin, så risikerer vi, at de, der har alvorlige depressioner, oplever, at folk ikke rigtig tror, de fejler noget. Det må være meget frustrerende, hvis man har haft en alvorlig depression, hvor man ingenting kan og virkelig er behandlingskrævende, og så kommer man tilbage i samfundet og fortæller, at man har haft en depression, og så siger alle rundt om frokostbordet, at det har de også."

Cain har selv oplevet god effekt af antidepressiv medicin, men synes, hun mangler

klare oplysninger om medicinens virkning og bivirkninger, og hvordan og hvornår den bør tages. Hun interviewer en række fagfolk og opdager, at der langtfra er konsensus på området. De fleste er dog nogenlunde enige om, at antidepressiv medicin virker overfor alvorlige symptomer, og at det er her, psykiaterne, og ikke de praktiserende læger, skal på banen. Til gengæld er det uklart, hvad virkningsmekanismen er, idet man aldrig på mennesker har kunnet påvise, at medicinen ændrer på serotoniniveauet, som fabrikanterne ellers påstår. Så meget for evidens! Bivirkninger, også efter ophør af medicinen, er der en del af - også meget alvorlige.

Patientinddragelse halter det tilsyneladende med. Først i forbindelse med sin research bliver Cain klar over, at patienter f.eks. kan få samtaleterapi hos egen læge syv gange om året. Vel at mærke hvis lægen løbende får supervision af en kollega eller en psykolog.

Cains research har bragt hende vidt omkring, og hun rapporterer med en sjælden grad af objektivitet.

En velskrevet og stærkt anbefalelsesværdig bog.

Af Bodil Gyllembourg Lissau, cand.med. vet./toksikolog, BN. Selvstændig medicinsk konsulent og vikar i primærsektoren.

Titlen kan bedrage en smule

En helt central forudsætning for realiseringen af en evidensbaseret praksis er, at sundhedsprofessionelle arbejder på grundlag af den seneste forskningsbaserede viden, men ofte er det en betydelig udfordring at identificere og opsummere denne viden. Denne håndbog tilbyder en kortfattet praktisk vejledning i identifikation og/eller oparbejdning af evidensbaseret viden, samt hvordan denne viden mest effektivt kan implementeres i klinisk praksis.

Krumtappen i bogen er den trinvis og systematiske udarbejdelse af en CAT, "Critically Appraised Topic". En CAT er en struktureret søgning og evaluering af litteratur i forhold til et meget fokuseret klinisk spørgsmål. Der lægges med gennemgangen af CATs op til en bottom-up tilgang, hvor sundhedsprofessionelle selv formulerer specifikke spørgsmål til deres kliniske praksis og selv søger og evaluerer forskningen og formulerer anbefalinger for praksis. CAT skal med andre ord fylde sprækkerne ud, når de mere generelle systematiske oversigtsartikler og kliniske retningslinjer ikke giver en tydelig besked om evidensen for konkrete praksisser i de lokale kliniske settings.



Hans Lund, Carsten Juhl, Jane Andreasen og Ann Møller

Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning
Redskaber til evidensbaseret praksis

Munksgaard 2014
253 sider 290 kr.

Vejledningen til udarbejdelsen af en CAT er logisk bygget op med konkrete anvisninger til formulering af fokuserede spørgsmål, litteratursøgning og evaluering af specifikke studiedesign. I fuld overensstemmelse med rationalet i evidensbaseret praksis afsluttes håndbogen med selvkritiske overvejelser og evaluering af en CAT samt med overvejelser omkring udfordringerne med den konkrete implementering af CAT-baserede anbefalinger.

Det stærke fokus på fokuserede kliniske spørgsmål i CAT-tilgangen er vellykket, men det markerer samtidig en begrænsning ved håndbogen. Bogens titel kan bedrage en smule, fordi "litteratursøgning" kun dækker over meget strukturerede og fokuserede søgestrategier, og fordi "kritisk læsning" hovedsageligt vedrører kvantitative (kliniske) undersøgelser. Studerende og sundhedsprofessionelle, som arbejder med opgaver og problemer, der adskiller sig fra den snævre CAT-tilgang, må derfor finde supplerende litteratur.

*Af Niels Buus, lektor. Institut for Sundheds-
tjenesteforskning, Syddansk Universitet.*

Den reservede forstanderinde

Eli Magnussen (1901-1993) var en af de store sygeplejersker i dansk sygeplejehistorie: Forstanderinde for Rigshospitalets sygeplejeskole og den første Nursing Adviser ved WHO's regionalkontor i Alexandria, Ægypten. Nu har hendes nevø, Jan Magnussen, skrevet en bog om hende på grundlag af hendes efterladte breve og dagbøger.

Gennem nogle væsentlige perioder af hendes liv er hendes breve og beretninger gengivet ordret, og man får indtrykket af en iagttagende, intelligent og kompetent kvinde, men også en meget reserveret person. Hun afslører stort set aldrig sine følelser. Men vi får en række interessante øjenvidneberetninger fra Frøsløvlejren i 1944, hvor Eli Magnussen var interneret af den tyske besættelsesmagt, og senere læser vi om hendes store arbejde i Mellemøsten 1950-52.

Ind imellem Eli Magnussens egne breve og dagbøger sætter Jan Magnussen kort hendes arbejde ind i en større sammenhæng og historisk kontekst.



Jan Magnussen
Med tålmod, mod og kræfter
Om forstanderinde frk. Eli Magnussen

Forlaget Magnus B 2014
184 sider - 180 kr.

Jan Magnussen gør opmærksom på, at hans bog ikke er en biografi, og det er måske en vis svaghed. Som læser kræver det, at man er bekendt med dansk sygeplejehistorie for at kunne danne sig det fulde billede af Eli Magnussens betydningsfulde arbejde.

Bogen har imidlertid værdi i kraft af det sjældne indblik, vi får i Eli Magnussens private skrifter, og der er ikke tvivl om, at det kildemateriale, der her bliver lagt frem, bør inspirere sygeplejehistorikere til at dykke længere ned i det for at undersøge f. eks. hendes betydning for udviklingen på Danmarks Sygeplejerskehøjskole, på den tid den eneste videreuddannelse for sygeplejersker herhjemme. Eller resultaterne af hendes arbejde med at oprette sygeplejerskoler i Mellemøsten. Hvad kom der ud af hendes mange rejser og dygtige diplomatiske arbejde i de politiske arenaer, hun agerede i?

*Af Gunilla Svensmark, specialkonsulent,
sygeplejerske MPA MI, Dansk Sygeplejeråd.*

KORT NYT OM BØGER

Jacob Anhøj

Kompendium i kvalitetsudvikling

- Rammer og redskaber

Munksgaard 2015

60 sider - 129 kr.

En pixibog til dem, som gerne vil udvikle kvalitet. Over tre kapitler får læseren indsigt i plan, do, study, act, forbedringsmodellen også kaldet, statistisk kvalitetsudvikling med seriediagrammer og dataindsamling og behandling. Over 60 overskuelige sider bliver det åbenbart, hvordan kvaliteten af det arbejde, der udføres i sundhedssektoren, kan måles og forbedres. Bogen er skrevet til studerende og klinikere, der er engagerede i at fremme den faglige indsats, de selv er en del af.

Anton Pottegård, Tore B. Stage

Praktisk Farmakologi

FADL's Forlag 2014

230 sider - 300 kr.

Den væsentligste viden serveret i tre dele:

- Information om de 100 mest solgte lægemiddelgrupper med navn på lægemidlet, anvendelse, virkning og bivirkninger.
- 25 scenarier, der kan afhjælpes med håndkøbsmedicin
- 10 introduktionskapitler med informationer om bl.a. naturlægemidler, receptlovgivning, tilskudsregler og ATC-systemet.

Der er tale om en komprimeret guide til brug af lægemidler i praksis, den er egnet til et hurtigt opslag, men bogen kræver supplerende litteratur og baggrundsviden, så dialog med patienten kan baseres på et dybere kendskab til farmakologiens finesser.

Barbro Holm Ivarsson & Liria Ortiz

Den motiverende samtale

- praktisk håndbog til samtaler med ældre

Munksgaard 2015

123 sider - 150 kr.

En komprimeret beskrivelse af den motiverende samtale, som er en evidensbaseret metode at tale om vaner og livsstil med patienter og borgere på, når målet er sundhedsfremme og forebyggelse. Bogen serverer en grundforståelse af metoden og nævner konkrete eksempler fra praksis. De tre stilarter indenfor kommunikation, den følgende, den styrende og den vejledende, bliver forklaret som det første som en forudsætning for resten af indholdet. Bogen er struktureret i 15 kapitler og indeholder bonusoplysninger om bl.a. hjemmesider, telefonlinjer og litteratur, der kan støtte og hjælpe videre.

Målgruppen er sundhedsprofessionelle med en mellemlang videregående uddannelse.

(jb)

DET FØRENDE ALTERNATIV FOR
optimal hygiejne & patient-integritet



Silentia foldeskærme er svaret på de krav, som stilles til afskærmning indenfor sygeplejen.

EasyClean™
Let at rengøre

EasyReturn™
Let at folde sammen og trække ud

EasyClick™
Mobil eller fast monteret



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



THE FUTURE IN PRIVACY & HYGIENE SOLUTIONS

Silentia ApS - Tel: 39 90 85 85 • info@silentia.dk • www.silentia.dk



Kognitiv Center Fyn tilbyder i 2015 på Kreta og i Danmark

**Mindfulness Træner (MBCT),
trin 1 - Kreta 1/10, Kerteminde 26/10
og Trin 2 - 20/5 Kerteminde**

Kognitiv Grunduddannelse – opstart 9/9

Kognitiv Videreuddannelse – opstart primo 2016

Kurserne er godkendte af de praktiserende lægers efteruddannelsesfond.

For yderligere oplysninger om uddannelserne og tilmeldingsprocedure: se

www.kognitivcenterfyn.dk

eller kontakt sekr. Yvonne Wintcentsen,
5124 0450 onsdag og fredag kl. 9-13
eller yw@kognitivcenterfyn.dk

SYGEPLEJERSKER MANGLER TEKNOLOGI- FORSTÅELSE

Et fireårigt forskningsprojekt fastslår, at sygeplejersker mangler forståelse for, hvordan teknologien påvirker relationerne til patienter og sparer tid. Det skyldes bl.a., at teknologien kun ses som et redskab.

Tekst **Mikkel Søren Bødker Olesen** • Foto **Christoffer Regild**

Et powerpointslide lyser svagt op på en interaktiv væg i et undervisningslokale på Professionshøjskolen Metropol, København. Ved tre borde har 14 hjemmesygeplejersker fra Gladsaxe Kommune fordelt sig med hver deres iPad indenfor rækkevidde. Lektorerne på Metropol, Ulla Gars Jensen og Hanne Skov, fortæller om nogle af resultaterne fra forskningsprojektet Technocation, der har undersøgt lærere og sygeplejerskers teknikforståelse.

Det vigtigste fund har været, at sygeplejersker mangler forståelse for, hvordan nye teknologier påvirker relationerne til patienterne. I hjemmesygeplejerskernes tilfælde kan deres udleverede iPads bruges til at inkludere patienterne ved at fortælle, hvad de skriver i journalen. iPads kan også bruges til at tage billeder af patienternes sår, hvis der er brug for vejledning og råd fra en sårspecialist, og det sparer tid for hjemmesygeplejersken og hospitalet, da patienten ikke selv skal komme ind.

Projektet har været undervejs i fire år, og udover at konstatere manglende teknologiforståelse har man også udviklet en teori og læringsmodel, som skal hjælpe sygeplejersker og lærere med at tilegne sig forståelse for teknologien gennem analyseredskabet TEKU-modellen. I alt er der fundet 10 pointer fra forskningen i Technocation.

Mere end blot et redskab

Ulla Gars Jensen og Hanne Skov har været involveret i Technocation-projektet, og i november 2014 havde de hjemmesygeplejerskerne til første læringslaboratorium. Nu tre måneder senere sidder de her igen og deler viden, reflekterer og diskuterer deres erfaringer med iPad'en. Hænderne skyder i vejret, da der skal laves en liste over fordele og ulemper ved at bruge teknologien ude ved borgeren.

”Jeg kan godt se fordelene ved at have iPad'en, den har en inddragende effekt,

når jeg skriver ned og viser borgeren, hvad der kommer til at stå i journalen. Men jeg synes ikke, man kan bruge den ved alle borgere. F.eks. ved palliative borgere synes jeg, det er svært,” siger en hjemmesygeplejerske.

Papiret bliver hurtigt udfyldt med forskellige situationer, hvor hjemmesygeplejerskerne bruger teknologien og ikke gør. Igennem dagen bliver der taget udgangspunkt i den nye TEKU-model, der bl.a. handler om, at sygeplejersker skal se teknologier som mere end bare et redskab.

”Det er vigtigt, at sygeplejerskerne får en større teknologiforståelse, men det betyder ikke, at de bare skal bruge teknologier hele tiden. Derimod skal de engagere sig i teknologiens betydning for deres faglighed og relationen til patienten, så de kan tage et aktivt til- og fravalg af teknologien på et oplyst og reflekteret grundlag,” siger Ulla Gars Jensen.



Dorthe Melchoirsen,
syv år i Gladsaxe Kommunes
hjemmepleje

Hvad har du fået ud af at deltage i læringslaboratoriet?

"Jeg er blevet mere bevidst om, hvornår jeg vælger den til og fra, og specielt hvor jeg gør det. Disse labs har givet mulighed for at høre, hvordan andre bruger den og ikke gør, og specielt hvorfor de ikke gør det."

Hvordan vil du anbefale andre at komme i gang med at bruge en ny teknologi?

"Den bedste måde er at få en introduktion til teknologien af én, som både ved, hvordan den teknisk fungerer, men også har erfaring med den i praksis. Derudover er det en god idé at tale med sine kollegaer om, hvordan de bruger den."



Jeanette Nielsen,
syv år i Gladsaxe Kommunes
hjemmepleje

Hvad har du fået ud af at deltage i læringslaboratoriet?

"Jeg var en af de første, der tog iPad'en til mig, så kurset her har ikke ændret så meget i min brug, men nærmere hvorfor og hvordan jeg bruger den. F.eks. hvordan det påvirker borgeren at bruge iPad'en, og generelt har de andres erfaringer også fået mig til at reflektere over min egen brug."

Hvordan vil du anbefale andre at komme i gang med at bruge ny teknologi?

"Det er vigtigt, at man får tiden til at lære teknologien at kende. Noget, der i starten kan virke tidskrævende, kan som iPad'en ende med at blive tidsbesparende. Derudover er det en god idé at vidensdele med andre om teknologien, så man får belyst redskabets positive egenskaber for fagligheden."



Anette Pedersen,
11 år i Gladsaxe Kommunes
hjemmepleje

Hvad har du fået ud af at deltage i læringslaboratoriet?

"Jeg brugte iPad'en meget før lab'et, og jeg fik hurtigt nogle vaner for, hvornår jeg kunne bruge den, og hvornår jeg ikke kunne bruge den. Lab'et har medvirket til, at jeg har fået en anden tilgang til, hvornår den kan bruges. Det har rykket sig ved at dele og høre andres erfaringer. Jeg er blevet mere modig og bruger nu iPad'en flere steder end tidligere."

Hvordan vil du anbefale andre at komme i gang med at bruge en ny teknologi?

"Teknologien ruller af sted, så det er vigtigt at være åben, modtagelig og tage sig tiden til at sætte sig ind i den. Derudover er det vigtigt at få den rette viden og introduktion både til teknologiens funktion og betydning for dagligdagen, og så er det en god idé at dele erfaringer med andre."

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



En Klovborg-ost tager den tid, en Klovborg-ost skal tage

Hun er indkaldt til at møde i ambulatoriet kl. 11.45, men hun er mødt op kl. 10.15 bare for en sikkerheds skyld. Hun ved godt, at de har travlt deroppe på sygehuset, og det skal i hvert fald ikke være hendes skyld, at der er nogen, som kommer til at vente eller have overarbejde.

Da hun har fundet afdelingen, går hun på toilettet uden egentlig at skulle tisse, men det ville jo være rigtig irriterende, hvis hun ventede, til trangen meldte sig, og så måske endte med at være ude på toilettet lige i det øjeblik, hvor hendes navn blev kaldt op. Hun har ventet længe, meget længe på den her tid, og hun er faktisk usikker på, om de mon kunne finde på at springe hende over, hvis hun ikke lige er klar, når det bliver hendes tur. Hun ved det ikke, og hun har ærlig talt heller ikke lyst til at finde ud af det, så hun tisser sådan lidt på forskud.

Efter toiletbesøget spørger hun en ekstra gang hos sekretæren i glasburet, om hun nu også sidder det rigtige sted, når hun har en tid i ambulatoriet. Det gør hun heldigvis.

Hun udser sig en af de stole, der har front mod lægens dør, og dumper ned i en af de lave grønne stole med rollatoren praktisk parkeret lige foran sig. Så er hun næsten klar. På bordet ligger der ugeblade, og der er også kaffe, men hun beslutter sig for at springe både blade og kaffe over (det ville jo også være dumt, hvis hun så skulle tisse igen) og i stedet bruge den sidste ventetid på at gennemgå sedlen, som hun har skrevet hjemmefra. Med lidt besvær får hun lynet tasken op og fisker både medicinlisten og sine egne notater frem. Hun har forberedt sig godt. Kontrollerer medicinlisten ad flere omgange, skrevet ned, hvordan det er gået siden sidst, samt formuleret en liste med spørgsmål, som hun gerne vil have svar på, inden hun går hjem. Øjnene løber ned over det, hun har skrevet. Er det bedst at læse det op, eller kan hun mon huske det udenad? Hun beslutter sig for, at det nok er bedst at læse det op eller give sedlen til lægen. Det skal jo gå hurtigt. 15 minutter pr. patient er vist det, de har, det har hun læst i avisen.

Tiden går, og præcis kl. 12.10 bliver det hendes tur. Lægen står i døren, og hun rejser sig, griber hårdt omkring rollatorens gummihåndtag og styrer i skarpt trav mod konsultationslokalet. Sætter sig skyndsomst i den anviste stol overfor lægen og begynder næsten med det samme at folde sedlen ud for at starte

højt læsningen. ”Jeg har forberedt mig derhjemme,” siger hun, ”jeg ved, I har travlt, men der er så meget, jeg har tænkt på siden sidst.” Hun kan godt selv høre det. Stemmen ryster, papiret flager hektisk i luften. Pludselig har hun også meget mere åndenød, end hun plejer, og det er, som om hun slet ikke rigtigt er til stede her i rummet sammen med lægen.

Efter noget tid læner han sig frem, lægger hånden på hendes arm og siger så: ”Nu tror jeg, vi skal sige, ligesom de gør i reklamerne: En Klovborg-ost tager den tid, en Klovborg-ost skal tage.”

” Hun har ventet længe, meget længe på den her tid, og hun er faktisk usikker på, om de mon kunne finde på at springe hende over, hvis hun ikke lige er klar, når det bliver hendes tur. Hun ved det ikke, og hun har ærlig talt heller ikke lyst til at finde ud af det, så hun tisser, sådan lidt på forskud.

”Vi har ikke travlt,” fortsætter han. Hun tror næsten ikke sine egne ører, ”ikke travlt?”

Lægen tager en dyb indånding, ser længe drømmende ud ad vinduet og siger så med bestemt, nærmest trodsig stemme: ”Jeg ved godt, at mine chefer siger, at vi skal effektivisere, men det vil jeg ærlig talt blæse på. Hvis vi vil patientinddragelse, handler det vel for fanden om at starte med at have tid til at lytte på, hvad de siger – altså patienterne. Træk nu vejret og fortæl mig, hvordan du har det.”

”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.

Prøv et effektivt jerntilskud uden forstoppelse

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

Dosering: 1 tablet dagligt
Mere information på aminojern.dk

pharmovital



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

Efteruddannelse

SYDDANSK UNIVERSITET

En håndfuld kompetencer



På Syddansk Universitet har vi et mangfoldigt udbud af masteruddannelser, som giver dig flere kompetencer. Og som øger dine muligheder for at gøre et karrierespring. Du kan blandt andet læse forskningsbaserede masteruddannelser inden for:

- Offentlig kvalitet og ledelse
- Public Management
- Offentlig ledelse
- Rehabilitering (med mulighed for at vælge et af otte forskellige specialespor inden for rehabilitering)
- Hospitalsmanagement.

FORSKNINGSBASERET EFTERUDDANNELSE

Kontakt os på tlf. 65 50 10 54
eller skriv til → efteruddannelse@sdu.dk
Se mere på → www.sdu.dk/sam/master

 SYDDANSKUNIVERSITET.DK

Deltag i undersøgelse om arbejdsmiljø, helbred og trivsel

Dansk Sygeplejeråd sætter igen fokus på medlemmernes psykiske arbejdsmiljø i en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse. Resultaterne skal bl.a. bruges til at sætte fokus på områder, der er særlig belastende i sygeplejerskers arbejdsmiljø.

I 2002, 2007 og 2012 har Dansk Sygeplejeråd gennemført tilsvarende undersøgelser. Med en ny undersøgelse får organisationen mulighed for at opdatere sin viden på området.

Godt 9.000 medlemmer har fået en mail med en invitation til at deltage i undersøgelsen, og dataindsamlingen er godt i gang. Jo flere der deltager i undersøgelsen, jo bedre bliver mulighederne for at bruge de efterfølgende svar.

Undersøgelsen er anmeldt til datatilsynet. Respondenternes besvarelser behandles fortroligt og anvendes udelukkende til statistik.

Læs mere om undersøgelsen på www.dsr.dk/sath

KONFERENCER

Lederforeningen inviterer til fagkongres

"Hands on – ledelse" er temaet for Lederforeningens faglige kongres, som holdes den 20. maj på Hotel Koldingfjord.

Lederforeningen under Dansk Sygeplejeråd inviterer onsdag den 20. maj medlemmerne – og gæster – til faglig kongres. Kongressens tema er "Hands

on – ledelse", og dagen vil bestå af oplæg, udstillinger og workshops.

Programmet er endnu ikke endeligt fastlagt, men en række ledelsesrelaterede emner er allerede sat på programmet, f.eks. "Ledelse over grænser", "Skab en effektiv ledergruppe" "Fagprofessionel ledelse i teori" m.fl.

Hotel Koldingfjord lægger rammer til begivenheden, hvortil der er tilmelding efter først til mølle-princippet. Antallet af pladser er nemlig begrænset.

Oplysning om pris for deltagelse samt det fulde program kan findes på www.dsr.dk/lederforeningen > Fagkongres 2015

DSR I MEDIERNE

I februar og marts har Dansk Sygeplejeråd været i medierne med bl.a. disse emner:

Sygeplejerskerne bliver snydt i løn

Fle gange har Dansk Sygeplejeråd kunnet fortælle om sygeplejersker, der har oplevet fejl på deres lønseddel. "Det er uholdbart, at sygeplejerskerne ikke kan være sikre på, at de får udbetalt den løn, som de har krav på. Det er udtryk for en manglende respekt for de mange, der hver dag knokler i sundhedssektoren. Arbejdsgiverne må hurtigst muligt løse problemet, og indtil det sker, må medlemmerne indstille sig på nøje at tjekke hver eneste lønseddel," skriver formand for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, i et indlæg i Nordjyske Stiftstidende.

Spil ikke hasard med sundheden

Uddannelses- og Forskningsministeriet vil ændre de sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser, herunder bl.a. sygeplejerskeuddannelsen. Debatten om uddannelsesplanlægning må involvere alle interessenter, lyder det fra næstformand for Dansk

Sygeplejeråd, Dorte Steenberg. "Derfor er det helt afgørende for os, at udformning af studieordninger – og dermed rammerne og indholdet for uddannelserne – ikke bliver noget, professionshøjskolerne kan udforme enerådigt. Det vil være at spille hasard med den faglige kvalitet," skriver hun i et indlæg i Information.

Kræftsyg sygeplejerske fik fyreseddel

Da en 46-årig sygeplejerske efter to kræftoperationer og seks ugers sygemelding genoptog sit arbejde i Frederikssund Kommune, fik hun en fyreseddel. "Set fra min optik er det helt uhørt at opsiges en kritisk syg medarbejder så hurtigt. Man har hverken indhentet lægelige oplysninger eller afprøvet, om medarbejderens plan for at vende tilbage til arbejdet holder vand. Hun er ikke blevet mødt og har ikke fået skyggen af en chance for at vise, at hun er arbejdsklar igen," siger kreds næstformand i Dansk Sygeplejeråds Kreds Hovedstaden, Mette Sofie Haulrich, til Frederiksborg Amts Avis.

PSYKOTERAPI UDDANNELSER I 2015

PSYKOTERAPI PÅ ET NEUROAFFEKTIVT

GRUNDLAG

**2-ÅRIG GRUNDUDDANNELSE. START I
AUGUST 2015.**

Deltagelse er egnet for mennesker, der ønsker at dygtiggøre sig og opkvalificere sig indenfor arbejdsområder i sygepleje, pædagogiske institutioner, undervisning og andre menneskerelaterede sammenhænge.

Bemærk: Mulighed for efterflg. specialeuddannelse mhp at blive psykoterapeut MPF.

PSYKOTERAPI

2-ÅRIG UDDANNELSE. START I MAJ 2015.

Nervesystemet og menneskelige relationer i psykoterapien.

Er du psykoterapeut eller har du tilsvarende erfaring og er du interesseret i at blive opdateret med de seneste årtiers forskning, viden og erfaring, er dette uddannelsen for dig.

De modulopdelte uddannelser foregår centralt i Aalborg.

**Mere information:
www.fuaalborg.dk
- eller ring på tlf. 98167500**

Hypertensions kursus over 3 dage - 26/5, 2-3/6 2015 for sygeplejersker

Er du interesseret i behandling af hypertensions patienter. Så ønsker vi dig velkommen i en verden af Hypertension. Kurset byder blandt andet på erfaringer fra hypertensionsklinikken med håndtering af livsstilsændringer, patient undervisning samt total gennemgang af den medicinske behandling, og bivirkninger fra denne. Virker det vi gør? Øv dig med udgangspunkt i Patient cases fra videoklip fra hypertensionsklinikken.

Kursusafgift 1.500,-.

Undervisere

Professor, overlæge,
dr. med. Hans Ibsen
Sygeplejerske Christine Aabel Helms
Overlæge Ulla Overgaard Andersen

Kontakt og tilmelding Sekr. Janni
Lindholm Ploug, Holbæk Sygehus.
E-mail japl@regionsjaelland.dk

KALENDERKLIP

Uddrag af Dansk
Sygeplejeråds formand
Grete Christensens
kalender.



23. marts

- Årskonference 2015 i Foreningen af ledere af sundhedsordninger for børn og unge i Danmark, Fredericia

24. marts

- Møde i Sygeplejerskernes Fritidsboliger, PKA, København
- Bestyrelsesmøde og generalforsamling i Hotel Koldingfjord A/S, PKA, København

27. marts

- Dialogmøde om tilsyn, Sundhedsstyrelsen, København

30. marts

- FTF forretningsudvalgsmøde, FTF, København

7. april

- Møde om akutbilen i Skive, Dansk Sygeplejeråd, Silkeborg

8. april

- Årsmøde for de Faglige Selskaber, Vilvorde KursusCenter, Charlottenlund

9. april

- Møde i politisk styregruppe, FTF, København
- Forhandlingsudvalgsmøde, Sundhedskartellet, København

10. april

- Møde med Diabetesforeningen, København
- Økonomiudvalgsseminar, Kvæsthuset, København

14. april

- Dialogmøde med Trygfonden, Kvæsthuset, København

16.-17. april

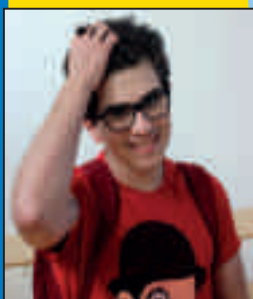
- European Federation of Nurses Associations (EFN) General Assembly, Bruxelles



BLIV KLOGERE PÅ VERDEN

Få en ekstra søn eller datter og lær en anden kultur at kende i dit eget hjem.

Bliv **værtsfamilie** for en udvekslingsstudent fra august 2015!



www.afs.dk



DMF kan nu tilbyde dig med anatomisk og fysiologisk baggrund uddannelsen til Mensendiecklærer. Undervisningen foregår 1 weekend hver mdr. i 15 mdr. med opstart i januar 2016 og eksamen i maj 2017.

For mere information og oplysning om informationsmøde kontakt formand for DMF Hanne Flensburg på tlf. 2423 0245 eller info@mensendieck.dk

Nyd påskefrokosten på Hotel Koldingfjord



WWW.DSR.DK/RABATTER



Skærtorsdag i Skærby Strand?

Tag i sommerhus til medlemspris
www.dsr.dk/rabatter

Bliv klogere for færre penge

Køb dine bøger til medlemspris
www.dsr.dk/rabatter



Styr på forårgarderoben?
Shop med bonus

www.dsr.dk/rabatter
www.forbrugsforeningen.dk



Forbrugsforeningen

LÆSERREJSE

Siciliens klassikere og Christiane Reimanns skønne Siracusa

Charmende byer, antikke templer, appelsinlunde og vulkanen Etna. Specialrejse med Sygeplejersken – med dansk rejseleder, 8 dage.

Et af højdepunkterne på denne rejse er et besøg i Christiane Reimanns villa i Siracusa. Den internationale sygeplejers store ikon bosatte sig på Sicilien, og øen satte sit præg på hende – og omvendt. Vi oplever også den græske antiks storhed i den imponerende Tempeldal i Agrigento. I den romerske kejservilla i Piazza Armerina sender de smukke mosaikker tankerne tilbage til det enorme Romerrige. Og i Palermo og Cefalù fortæller arabiske kupler og byzantinske mosaikker hver deres historie.

Sygeplejersken nr. 12/2014 beskrev udførligt historien om Christiane Reimann og hendes hus på Sicilien.

Dagsprogram

1. dag: Fly Kbh. – Sicilien
2. dag: Christiane Reimanns Siracusa – Agrigento. Byrundtur i Siracusa og keramikbyen Caltagirone
3. dag: Agrigento – Palermo. Tempeldalen. Gåtur i hovedstaden Palermo
4. dag: Palermo og domkirken i Monreale. Tid på egen hånd
5. dag: Normannernes Cefalù – Piazza Armerina – Giardini-Naxos
6. dag: Vulkanen Etna og Taormina
7. dag: Dag på egen hånd. Mulighed for udflugt til øerne Lipari og Vulcano
8. dag: Catania og fly til Kbh.

Prisen inkluderer: Dansk rejseleder. Fly, øvrig transport og udflugter jf. program. Halvpension. Delt dobbeltværelse.

AFREJSE

12. SEPTEMBER 2015

Kr. 8.998,-



Information og bestilling:

3698 9898, info@albatros-travel.dk
www.albatros-travel.dk/sygeplejersken
Rejsekode LR-SYG





Sygeplejersker får forbudte spørgsmål ved jobsamtaler

Selvom det er en overtrædelse af ligebehandlingsloven, spørger arbejdsgiverne under jobsamtaler om sygeplejerskernes planer om at få børn. De problematiske spørgsmål rammer også de allerede ansatte.

Tekst **Andreas Rasmussen** • Foto **Lena Rønsholdt**

Hver ottende sygeplejerske under 40 år, der har været til jobsamtale i løbet af de seneste to år, har fået forbudte spørgsmål af arbejdsgiveren om deres planer om at få børn, barselsplaner eller pasningsmuligheder.

Spørgsmålene er en overtrædelse af ligebehandlingsloven, fordi man ikke må lægge vægt på køn ved ansættelsessamtaler. I en afgørelse fra sidste år skriver Ligebehandlingsnævnet, at "der foreligger direkte forskelsbehandling på grund af køn ved enhver form for negativ forskelsbehandling i forbindelse med graviditet."

Hovedparten af de sager, som Ligebehandlingsnævnet har afgjort til fordel for klageren i den type sager de seneste år, har udløst en erstatning på 25.000 kr.

Ikke altid ulovligt

Det er ikke kun under jobsamtaler, at sundhedsvæsnets arbejdsgivere stiller de ulovlige spørgsmål. For første gang har Dansk Sygeplejeråd undersøgt omfanget blandt de allerede ansatte. Her er det hele 17 pct. af de allerede ansatte sygeplejersker under

40 år, altså ca. hver sjette, der i løbet af det seneste år har fået spørgsmål fra sin chef om pasningsmuligheder, graviditets- eller barselsplaner.

Det er dog ikke altid ulovligt at stille de spørgsmål. Hvis de f.eks. dukker op i forbindelse med planlægning af arbejdet, er det okay, men hvis de kommer i forbindelse med kontraktforlængelse, fastansættelser, lønforhandlinger, omplaceringer, fyringsrunder eller forfremmelser, er det en overtrædelse af ligebehandlingsloven.

Hos Dansk Sygeplejeråd er næstformand Dorte Steenberg meget utilfreds med de høje tal.

"Det er helt grundlæggende, at alle skal behandles lige. Alligevel ser vi gang på gang, at arbejdsgiverne diskriminerer ansøgere, der er eller har planer om at blive gravide. Det bliver simpelt hen nødt til at stoppe," siger hun og tilføjer:

"Arbejdsgiverne skal alene fokusere på kvalifikationer og måle ansøgerne på dem. Det er helt urimeligt, at ansøgerne skal sættes i den ubehagelige situation, det er at få spørgsmål om graviditet."

Er du ramt af stress?

StressFokus

- Stresscoaching
- Foredrag
- Kurser
- Uddannelse
- Stressanalyse



Stress-ekspert og forfatter Camila Pearl

www.StressFokus.dk
camila@stressfokus.dk
Mobil: 2521 7499

Find balancen mellem dit arbejdsliv og privatliv

KGI Education tilbyder kursusforløb til dig, der ønsker

- ▶ at få arbejdet med din egen work-life balance
- ▶ at få opdateret din viden om de fysiske, mentale og emotionelle stresssymptomer
- ▶ at finde ressourcer og styrker i dit personlige lederskab
- ▶ at opleve hvordan nærværstræning og kropsfokus kan hjælpe dig til den rette balance

Ring til os og hør mere på tlf: **29890707**
og se kursusplanen 2015-16 på
www.kgicph.dk



Nørre Voldgade 21, 5 1358 København K



SPAR 25%
Normalpris:
700 kr.
Tilbudspris:
525 kr.

Charlieg Helicopters ønsker at give noget igen til de arbejdsgrupper, der gør en ekstraordinær indsats for andre i samfundet. Bærer du Det Gyldne Firkløver, har du og din familie lige nu mulighed for store oplevelser i luften til en rigtig god pris.



Ring på tlf. 2877 1277 eller besøg www.cgh.dk
Vi glæder os til at høre fra dig

Charlieg Helicopters ApS
Tlf. +45 2877 1277
gavekort@cgh.dk
www.cgh.dk



Norge

Oslo Stavanger Bergen
100 kommuner Sjøkonst

SOMMERVIKAR I NORGE!



Vacant har puslet ferdig:

sommerbonus
bra lønn
gratis reise
gratis bolig
mye arbeid

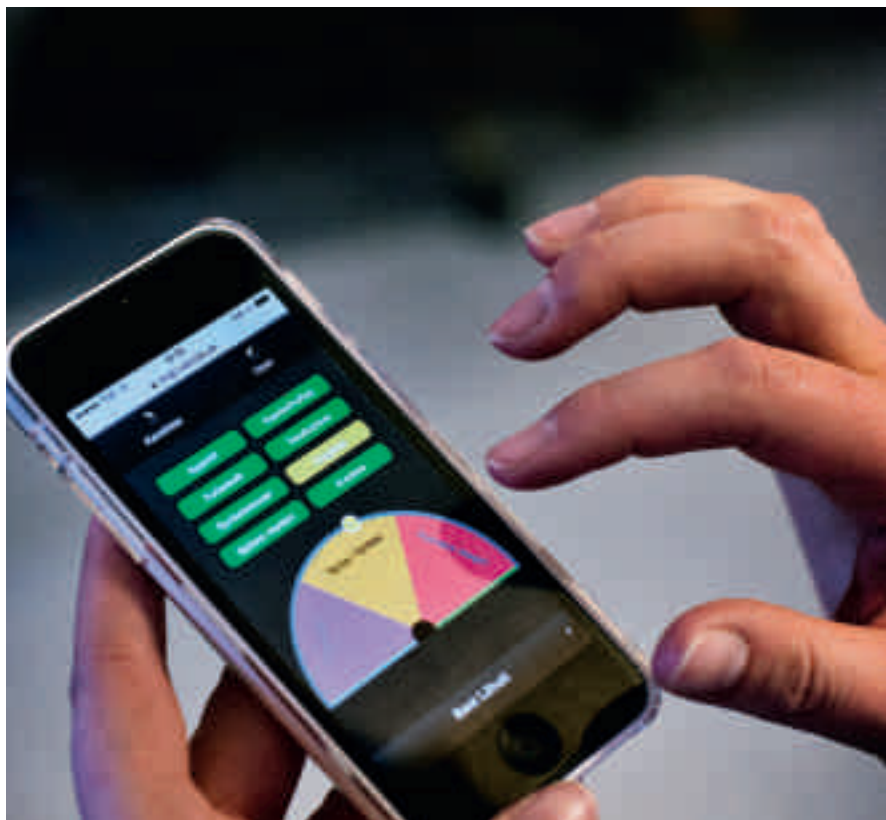
Siste brikke mangler:
DEG

Les mer på www.vacant.no

Vacant
MER ENN DU FORVENTER

+47 23055555 / www.vacant.no / cv@vacant.no / [facebook.com/vacant.no](https://www.facebook.com/vacant.no)

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



Med iPhones triagerer sygeplejerskerne beboernes tilstand i farverne rød, gul og grøn med det samme, når de er i kontakt med beboerne.

Høj faglighed giver værdig ældrepleje

Tekst Camilla Bech Madsen • Foto Simon Klein-Knudsen

Sct. Jørgensbjerg Plejecenter i Roskilde har fokus på at sikre beboerne en værdig pleje. Næstformand for Dansk Sygeplejeråd Dorte Steenberg og socialordfører Lotte Rod (R) fik indblik i sygeplejerskernes arbejde og beboernes livsglæde, da de besøgte centeret.

Mere end hver tredje af landets plejecentre har ikke sygeplejersker tilknyttet, viser tal fra Dansk Sygeplejeråd. Sådan er det ikke på Sct. Jørgensbjerg Plejecenter i Roskilde. Her er fire sygeplejersker ansat til 47 beboere, og det giver personalets faglighed et løft til gavn for beboernes pleje. Næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Dorte Steenberg, og socialordfører Lotte Rod (R) besøgte i februar centeret.

”Vi vil gerne sikre, at beboerne får en værdig pleje og føler, at de får ”et kram” af

huset. Derfor er vores vision at være banebrydende inden for dansk ældrepleje og skabe et hjerteligt hus, hvor vi bl.a. har fokus på værdier som sprog, tillid og nærvær,” fortæller sygeplejerske på Sct. Jørgensbjerg Plejecenter Maria Cisar, der har taget initiativ til besøget.

iPhones og fladskærm skaber overblik

Ligesom på de store akutafdelinger triagerer personalet beboernes tilstand i farverne rød, gul og grøn for at sikre dem den rette behandling og pleje. Før i tiden brugte personalet det såkaldte Roskilde Hjul i en papudgave til at triagere. I dag foregår det hele digitalt.

”Målet med at triagere er tidlig opsporing og at forebygge sygdom og unødvendige genindlæggelser. Via vores telefoner

kan vi notere beboernes tilstand med det samme, når vi er i kontakt med dem. Alle oplysninger bliver samlet på en fladskærm på vores kontor, som giver os et godt overblik over beboernes behov,” fortæller Maria Cisar.

Den digitale løsning er med til at planlægge arbejdsfordelingen blandt personalet.

”Det er sygeplejerskerne, der hver dag fordeler arbejdsressourcerne på baggrund af triagemodellen. De har de rette faglige kompetencer og overblik. På den måde kan vi hele tiden justere vores arbejde i forhold til kompleksiteten i beboernes helbred og personalets kompetencer. Triagemodellen er også med til at vurdere, hvilke screeningskemaer der er behov for, og giver flere faglige drøftelser blandt persona-



Visionen på Sct. Jørgensbjerg Plejecenter er at være banebrydende inden for dansk ældrepleje og skabe et hjerteligt hus. Det fik næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Dorte Steenberg, og socialordfører Lotte Rod (R) indblik i, da de besøgte centeret.



Hver tredje af landets plejecentre har ingen sygeplejersker tilknyttet. Men sådan er det ikke på Sct. Jørgensbjerg Plejecenter, der har fire sygeplejersker ansat til 47 beboere.

let,” forklarer centerleder Mette Otkjær og fremhæver, at antallet af indlæggelser og infektioner blandt beboerne er faldet.

Sygeplejersker løfter fagligheden

Udover at sikre beboerne den rette behandling og pleje, gør sygeplejerskerne også en forskel for de andre faggrupper.

”Ved at have flere sygeplejersker ansat løftes fagligheden også hos social- og sundhedshjælpere og -assistenter. Det giver bedre pleje og færre indlæggelser. Vi får også positiv respons fra de praktiserende læger, når de rykker ud på baggrund af opkald fra sygeplejersken,” siger Mette Otkjær og forklarer, at Sct. Jørgensbjerg prioriterer at efteruddanne personalet f.eks. i forhold til at styrke plejen af demente beboere.

Netop værdig ældrepleje og indsatsen overfor demente har Dansk Sygeplejeråd fokus på.

”Besøget på Sct. Jørgensbjerg Plejecenter bekræfter, at det er en god idé at have sygeplejersker ansat. Derudover skal vi huske på, at demens også er en sygdom, som kræver en sundhedsfaglig vinkel. Derfor er efteruddannelse og fokus på kliniske retningslinjer vigtige,” siger Dorte Steenberg.

Perlekæder og husorkester

Hverdagen på Sct. Jørgensbjerg Plejecenter står også på aktiviteter som morgensang, ”rend og hop-holdet” og fejring af fødselsdage. Centeret har endda sit eget husorkester.

”Vi oplever, at vores beboere går meget op i deres udseende pga. vores mange ak-

tiviteter. Der er ikke langt mellem perlekæder, læbestift og hat,” siger sygeplejerske Lisbeth Teilmann og fortsætter:

”Vi kan tydeligt mærke, at beboerne ikke har givet op overfor sig selv, fordi de kan mærke, at vi ikke har givet op. Det skaber livsglæde og arbejdsglæde.”

Besøget har gjort indtryk på socialordfører Lotte Rod.

”Hjerteligheden og nærheden på plejecenteret bekræfter mig i, at det er vigtigt at prioritere, hvordan vi er sammen. Derfor skal vi arbejde med, hvordan vi kan understøtte vidensdeling og god ledelse. Jeg tror, vi kan nå længere ved at lære af de gode eksempler på ældrepleje som f.eks. Sct. Jørgensbjerg Plejecenter frem for at lave regler på baggrund af dårlige eksempler,” siger hun.

Skuffelse over tema om telemedicin

Kommentar til temaet om telemedicin i *Sygeplejersken* nr. 2/2015.

Jette Krøjgaard, oversygeplejerske, Hanne Svenningsen, konstitueret udviklingssygeplejerske, og Anne Dichmann Sorknæs, forskningssygeplejerske

Stor var forventningen, da vi så forsiden af *Sygeplejersken* nr. 2/2015. Endelig en, der lavede den længe efterspurgte status på telemedicinens udbredelse i Danmark – og stor var stoltheden over, at det var vores fagblad, der havde påtaget sig den store og vigtige opgave.

Tilsvarende større var efterfølgende skuffelsen over selve artiklen!

Artiklen beskriver nogle generelle politiske og organisatoriske begreber og problemer vedrørende telemedicin, men gør ikke status over udbredelsen af telemedicin i Danmark.

Der er nogle gode interview med sygeplejersker vedr. deres oplevelse med telemedicin i forbindelse med de tre jyske projekter, som de er involveret i, men artiklen anvender kun i begrænset omfang den evidens, der findes bl.a. vedr. sygeplejerskers oplevelser med telemedicin.

Artiklen gør ikke status over de efterhånden mange telemedicinske tiltag, der allerede er implementeret og i drift både inden for primær og sekundær sektor samt i samarbejdet mellem de forskellige sektorer. På OUH, Svendborg Sygehus, tilbydes f.eks. telemedicinsk konsultation/monitorering mellem udskreven patient og sygeplejerske (speciallæge), træning, familiefokuseret sygeplejesamtale, tele-tolkning og telekonferencer. Vi kan derudover nævne en række kommunale telemedicinske tilbud.

En del af den forskning, der er foregået i Danmark, har været udført i et videnskabeligt samarbejde mellem nordiske og EU-lande, flere økonomisk støttet af EU.

Dansk Sygeplejeråd har selv støttet forskellige telemedicinske (ph.d.-) forskningsprojekter, hvoraf de fleste er publiceret.

Dansk Sygeplejeråd deltager desuden i et EU-projekt, ENS4care, som har til formål at lave guidelines og gøre status over telemedicin indenfor Prevention, Clinical Practice, Advanced Roles, Nurse e-Prescribing and Integrated Care.

Så set i lyset af den megen evidens, de mange og forskelligartede telemedicinske interventioner, der afprøves og er i drift i Danmark, så synes vi, det ville være både relevant og flot, hvis *Sygeplejersken* lavede en rigtig status på telemedicinens udbredelse i Danmark. Vi hjælper gerne til med det store og vigtige arbejde.

Jette Krøjgaard, Hanne Svenningsen og Anne Dichmann Sorknæs er ansat på Medicinsk afdeling M, OUH, Svendborg Sygehus.

Ærgerlige over fokus på et mindre problem

Kommentar til anmeldelsen "Få styr på referencerne" af bogen "Sundhedsinformatik - en grundbog" i *Sygeplejersken* nr. 3/2015

Af Susie Wagner Bondorf og Jytte Mørch Strømstad, redaktører

Vi er glade for den meget flotte og positive anmeldelse af vores bog "Sundhedsinformatik - en grundbog" i *Sygeplejersken*. Vi er dog ærgerlige over, at hovedfokus er rettet imod et mindre problem med bogens referencer, især i bogens korte indledning. Vi er fuldstændig enige i, at læserne bør kunne forvente fyldestgørende referencer i en bog på dette niveau. Det står ikke til diskussion. Men læser man vores bog fra start til slut, kan ingen være i tvivl om det solide vidensgrundlag og det generelt høje faglige niveau i bogen. Den simple forklaring på de manglende referencer er, at bogen også udkommer som i-bog, og at alle referencer til webressourcer, dagsaktuelle rapporter etc. derfor er lagt ind som links i den digitale udgave af teksten. Webressourcerne mangler ved en fejl i referencelisten, og derfor lægger vi naturligvis straks de manglende referen-

cer op på bogens hjemmeside. Denne teknikalitet til trods fejler bogen intet som helst kvalitetsmæssigt.

Svar

Når man som i dette tilfælde af *Sygeplejersken* bliver bedt om at anmelde en bog, så er der ikke frit valg på alle hylder. Der er eksempelvis begrænsninger i det antal tegn, anmeldelsen må fylde, og overskriften er et rent redaktionelt anliggende. Derfor har der kun været plads til at anmelde papirversionen af bogen. At anmelde en i-bog er en helt anden sag, fordi den indeholder interaktive funktioner, der skal bedømmes i sin egen ret.

I kalder det et mindre problem, at bogen sine steder mangler referencer, men det er det ikke set fra et professionshøjskoleperspektiv. Professionshøjskolerne har ikke universiteternes lange akademiske tra-

dition, og vi kæmper stadig med at få studerende til at sætte referencer ind i deres skriftlige produkter. Derfor skal et sådant forhold også påtales i en anmeldelse, bogens øvrige kvaliteter til trods.

At bogen også udkommer som i-bog, og at alle referencer til webressourcer, dagsaktuelle rapporter etc. derfor er lagt ind som links i i-bogsversionen, oplyses ingen steder i bogen. I bogens omslag henvises kun til, at der findes en i-bogsversion, ikke noget om, hvad den omfatter såsom supplerende ressourcer, dagsaktuelle rapporter med videre.

Raymond Kolbæk, anmelder, forskningslektor, ph.d., cand.cur., Center for Sygeplejeforskning - Viborg - Hospitalsenhed Midt, og Sygeplejerskeuddannelsen - Viborg/Thisted Sundhedsfaglige Højskole, Via University College.

Ny kommunikationschef i Dansk Sygeplejeråd

Dansk Sygeplejeråd har ansat 47-årige Katrine Nielsen som ny kommunikationschef og ansvarshavende chefredaktør på *Sygeplejersken*.

Katrine Nielsen kommer fra en stilling som redaktionschef på Mandag Morgen, hvor hun bl.a. stod for relanceringen af Ugebrevet som moderne printmedie, efter at bladet i en kort periode kun var digitalt. Hun har desuden været redaktionschef på Politiken, nyhedschef på Kristeligt Dagblad og har bred erfaring med strategisk kommunikation fra en årrække med egen virksomhed og fra Dansk Egyptisk Dialoginstitut i Kairo, hvor hun var kommunikationschef.

"Katrine Nielsen kommer med en overbevisende faglig tyngde og redaktionel ledelseserfaring, som skal til for at videreudvikle og styrke Dansk Sygeplejeråds kommunikationsplatforme. Samtidig rummer hendes profil en meget spændende blanding af medier og strategisk kommunikation," siger Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen.

Katrine Nielsen er optaget af at styrke sygeplejerskernes stemme i debatten



Katrine Nielsen tiltræder pr. 1. april som kommunikationschef i Dansk Sygeplejeråd.

om fremtidens sundhedsvæsen. Hun ser Dansk Sygeplejeråd som en af de helt centrale faglige organisationer - i en nøglerolle i den revolution af forandringer, der skyller indover den offentlige sektor - og det skal kommunikationen afspejle.

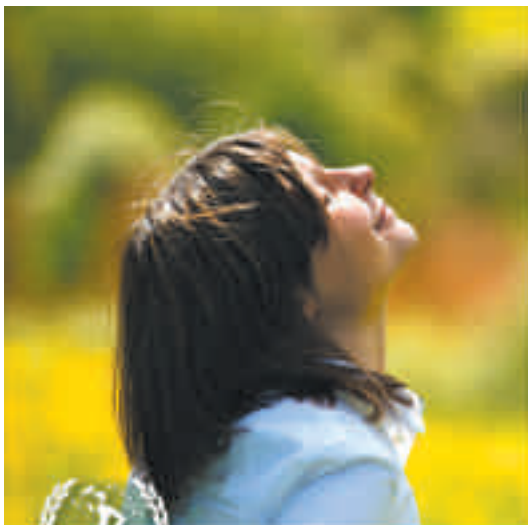
"Netop sygeplejerskerne ved, at faglighed og omsorg for patienterne skal gå hånd i hånd i et effektivt og menneskeligt sundhedsvæsen, og de oplever dagligt, at den gamle sandhed er under pres. Men den må ikke blive glemt," siger Katrine Nielsen.

Den nye kommunikationschef tiltræder den 1. april.

Docent på Metropol

Sygeplejerske, cand.cur., ph.d., Dorthe Overgaard, er pr. 1. marts ansat som docent ved Institut for Sygepleje på Professionshøjskolen Metropol.

Docent er en stillingskategori på professionshøjskolerne, som i professionsregi svarer nogenlunde til at være professor i universitetsverdenen. Metropol ansætter docenter, fordi professionshøjskolerne har fået mulighed for at varetage forsknings- og udviklingsopgaver. Det skete med lovændringen i 2013, der afsatte midler på finansloven til forskning på professionshøjskoler og erhvervsakademier.



At Work Skolen tilbyder to kurser, hvor du kan lære at hjælpe dig selv og andre i stressfyldte situationer.

Bliv Mindfulness Instruktør

kr. 8.900,-

Tilmeld dig samtidig et af vores nye specialer, Mindfulness til Børn og Mindfulness At Work Mentor

Samlet pris kr. 12.395,-
SPAR kr. 1.500,-

Bliv Positiv Psykologi Vejleder

kr. 8.900,-

Tilmeld dig samtidig vores nye overbygning Speciale i styrker, og træning af styrker

Samlet pris kr. 12.395,-
SPAR kr. 1.500,-

Læs mere og tilmeld dig på www.atwork.dk



info@atwork.dk - www.atwork.dk - Telefon 44 48 61 00

AT WORK
MED GÅRMTIL FOR FAGLIGHED

Anne Henriette Børglum Kjeldsen

Det var med stor sorg, at vi lørdag den 7. februar 2015 modtog besked om Anne Henriette Børglum Kjeldsens alt for tidlige død.

Som sygeplejerske gennem mange år på neurointensivt afsnit 2093, Rigshospitalet, blev Henriette tvunget til at stoppe sit virke i sommeren 2014 på grund af sygdom.

Arbejdet som intensivsygeplejerske betød meget for Henriette. Patienter og pårørende oplevede hende altid som en imødekommende og meget omsorgsfuld sygeplejerske. I gruppen af kollegaer tog hun ofte initiativ til faglige diskussioner -

også om de etiske spørgsmål, der altid er så nærværende.

Vi er rigtig mange, som har haft den store glæde at have arbejdet sammen med Henriette. Hun var utrolig vellidt og respekteret af alle personalegrupper. Vi var aldrig i tvivl om, hvornår Henriette var på arbejde. Hun var respekteret for den store støtte og rummelighed, som hun altid viste overfor nye såvel som gamle kollegaer. Hun var værdsat for sin personlighed og sit positive humør af alle omkring hende, og Henriette var med til at præge arbejds-

dagen med glæde og liv. Både som menneske og som sygeplejerske var Henriette en ener. Om nogen gjorde hun en forskel.

Henriettes død har ramt vores afsnit med sorg.

Vores tanker går til Henriettes mand og datter, Wadt og Sille, samt til resten af familien.

Æret være Henriettes minde.

*På vegne af hele personalet,
Charlotte, Søren og Dorte.*

Ingrid Klinting

Familie og gamle kolleger tog den 31. januar afsked med fhv. afdelingssygeplejerske Ingrid Klinting.

Vi kolleger har kendt Ingrid Klinting igennem mange år på medicinsk afdeling B, Rigshospitalet. Først i de "gamle paviljoner", siden på 14. etage, ambulatorium 2141. Ingrid Klinting var med et lille stabilt personale den sygeplejefaglige leder fra ambulatoriets start. Det voksede med årene til en vigtig del af afd. B.

Ingrid Klinting var i besiddelse af en stor faglig viden, professionel med stil og empati både overfor patienter og kolleger, elegant på alle niveauer.

Altid i godt humør og klar til at give sin mening til kende. Specielt ved strejker, som hun slet ikke forstod, man kunne byde

patienterne, eller afdelingens chefer som ansvarlige for behandling og pleje og dermed afdelingens renommé.

Der var altid orden i journaler og det voksende arkiv, også selv om det kostede overtid.

Ingrid Klinting var rummelig overfor patienter, personale og deres familie. Som præsten ved bisættelsen fremhævede, var sygeplejen og familien en stor del af Klintings mening med livet.

Ingrid Klinting blev født i 1925 på Rigshospitalet som trilling med en enægget søster og en bror.

Da tiden for uddannelse nærmede sig, fulgte moderen de to piger ind på RH med ordene: "Jeg har passet dem i 20 år, så nu må I tage over!" For Ingrid Klintings ved-

kommende blev det til over 40 år på Rigshospitalet.

Ingrid Klinting forblev ugift, men aldrig alene, hun havde til det sidste sin store familie og sin tvillingesøster Margrete Krogsgaard.

Ingrid Klintings hukommelse blev efter et fald for nogle år siden svækket, men ved besøg sidste sommer var hun utrolig glad for at gense kollegerne fra RH.

Æret været Ingrid Klintings minde.

*Gamle kolleger fra afdeling B,
Anna Gramstrup, Annelise Vogensen,
Bea Carlsen, Jette Ingelsson,
Else Clausen og Vita Buhl.*

Henrik Rostgaard

Vi har mistet vores kollega Henrik Rostgaard i en tragisk motorcykelulykke.

Som kollega havde vi Henrik som den solide mur, vi som sygeplejerske kunne læne os op ad. Med Henrik på vagt var vi altid trygge, da han var kompetent og fyldt med faglig stolthed. Patienterne var vilde med hans humor, engagement og facon. Henrik var en hel sygeplejerske uden sammenligning.

For os, der kendte Henrik privat, var han en elskværdig, kærlig og loyal ven, som brugte døgnets timer til fulde med alle de interesser, han havde.

Henrik blev desværre kun 36 år. Han efterlader sin kone Dorte og de små drenge Anders og Tobias.

Vi vil savne ham, hans faglige kunnen og professionalisme dybt hver dag.

Æret være hans minde

På vegne af kollegaer og venner gennem mange år, Karkirurgisk klinik på Gentofte Hospital og Rigshospitalet.



sorbact[®]
green wound healing

DEN NATURLIGE METODE TIL BEHANDLING AF SÅR OG SVAMP

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

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

Kontakt os for yderligere information eller vejledning.



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

En billig bil kan hurtigt ende som et **dyrt** billån

Kend dine lånebetingelser
og få et Bilkøbsbevis



Billån på EKSTRA
GODE betingelser, når
du er medlem af DSR

Som medlem af DSR får du al den hjælp, du skal bruge hos Lån & Spar. For eksempel med et Bilkøbsbevis - et realistisk bud på, hvor meget du kan låne til en ny bil. Fordi vi kender din økonomi, er billånet skruet økonomisk fornuftigt sammen. Det betyder også, at du kan få pengene hurtigt udbetalt, når drømmebilen pludselig står der!

Men uanset, hvor langt du er i processen, vil vi gerne give dig nogle gode råd med på vejen. En guide til, hvad du skal være opmærksom på, når du kigger på ny bil.

Find guiden på lsb.dk/5gode

VIL DU HURTIGT VIDERE?

Ring: Ring 3378 1927 hvis du vil tale billån med en personlig rådgiver

Online: Gå på lsb.dk/dsr og vælg 'book møde'. Så kontakter vi dig



lån & spar

din personlige bank



Mennesker i stedet for masker

I Skotland har undervisere på sygeplejestudiet forsøgt sig med at bære masker i rollespil, hvor de studerende skulle lære at tackle udfordrende situationer med psykiatriske patienter. Maskerne vakte stor harme hos interesseorganisationer, som frygter, at de stigmatiserer patienterne. Hvad synes du? Er maskerne vigtig faglig læring eller med til at stigmatisere en sårbar patientgruppe endnu mere?

Lotte Bolding

Ingen masker. Synes i forvejen, skolerne i undervisningen af de studerende stigmatiserer denne patientgruppe - sørgeligt. Og ofte er vi på uddannelsesstederne vidne til skrækslagne og bange studerende, hvor vi bruger de første dage på at afstigmatisere ...

Stinne Engholm Jensen

Ingen masker, men godt med rollespil til at afstigmatisere alle fordommene. Men det skal gøres af folk, der er i psykiatrien og ved, hvad de snakker om. Havde selv en fra det virkelige liv til at komme og fortælle, inden vi skulle ud, og det beroligede og satte virkelig perspektiv på.

Fra www.facebook.com/fagbladetsygeplejersken



Marta S.

@Marthusska



En god artikel i @_Sygeplejersken om håndteringen af stress hos sygeplejersker. Så meget NU relateret! Også på #Bornholm...

Sygeplejersken @_Sygeplejersken

Vi håber, den kan bruges til noget @Marthusska :-). Den kan også læses online her: <http://bit.ly/1DTpKkS> #stress #sygeplejerske #dkspil

Fra www.twitter.com/_Sygeplejersken

Kræftramte sygeplejerske fik pludselig fyresedlen

En 46-årig kræftramte sygeplejerske og mor til tre fik pludselig fyresedlen af Frederikssund Kommune, netop som hun efter to kræftoperationer startede i kemobehandling. I går troppede en håndfuld af hendes kolleger og kreds næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Kreds Hovedstaden, Mette Sofie Haulrich, så op på et byrådsmøde i kommunen for at gøre politikerne opmærksomme på den uacceptable fyring.

Pernille Carstens

Hvis gravide skal skånes mod fyring, så skal alvorligt syge det da som minimum også - stor opbakning herfra 👍

Heidi Bille

Jeg håber, at der er nogen, der selv bliver fyret, efter denne beslutning. Det kan simpelthen ikke være rigtigt. Udskift den ledelse med tænkende mennesker nu ...

Efterfølgende er fyringssagen bilagt med en aftale mellem Frederikssund Kommune og Dansk Sygeplejeråd, som begge parter kalder "tilfredsstillende".

Fra www.facebook.com/sygeplejersken

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

Redaktion Jette Bagh, cand.cur., fagredaktør

I sektionen "Fag" bringer vi 50-60 faglige artikler om året. Artiklerne beskriver praksis, forskning, teorier og udviklingsarbejder. Artiklerne er hovedsageligt skrevet af sygeplejersker, men også af andre sundhedsprofessionelle.

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



FACG

- FRA SYGEPLEJERSKE TIL SYGEPLEJERSKE

Familieliv med en person i hjemme-respiratorbehandling

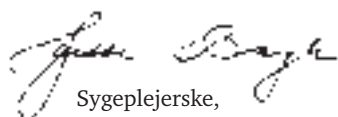
ALS betyder Amyotrofisk Lateral Sklerose, og det er en sygdom, der på sigt berører patienten evnen til at gå, stå, tale, synke og trække vejret. Forløbet kan vare fra måneder til år, og patienten bliver på et tidspunkt tilbudt livsforlængende hjemmerespiratorbehandling, der varetages af hjælpere, som er til stede i patientens hjem 24 timer i døgnet. Hvordan det er at være pårørende til patienter med ALS, som er i hjemme-respiratorbehandling, bliver foldet ud i artiklen "Pårørendes oplevelse af livsforlængende behandling til mennesker med ALS". Artiklen er baseret på en undersøgelse, der viser, at dette at forlænge livet og dermed udskyde afslutningen på en belastende livssituation på ubestemt tid påvirker hele familien. Fra hustruen, som synes, livet virker endeløst, til sønnen, som flytter i sommerhus, eller datteren, som tager tandbørsten og går.

Udsagnene fra de seks informanter, som indgik i undersøgelsen, afslørede, hvor svært det var at fungere som familie, når personen med ALS kom i respirator, og hjemmet blev omdannet til en central for talrige hjælpere.

Undersøgelsen skal komme de enkelte familier til gode i form af mere præcis og direkte kommunikation og dialog om livet i hjemmerespiratorbehandling og om de svære valg, der skal træffes.

Et nysgerrigt blik på øjensygepleje i London og en efterfølgende erkendelse af, at det danske sundhedsvæsen på mange måder er velfungerende, kan man læse om i artiklen "Et praktikophold på et øjenhospital i London", mens forældres tillid til hørescreening af nyfødte bliver belyst i "Forældres holdning til hørescreening af nyfødte".

Intensiv sygepleje, der blev behandlet i *Sygeplejersken* nr. 3/2015, får her en fortsættelse, idet ergoterapeuter og sygeplejersker gennem et frugtbart samarbejde bringer patienterne videre i verden i bedre form end tidligere, fordi træning i dagligdags aktiviteter starter, så snart patienten kan deltage i enkle gøremål som f.eks. at vaske ansigtet.



Sygeplejerske,
cand.cur., fagredaktør.



Sygeplejestuderendes ople

Karina Ploug Frandsen, sygeplejerske, stud.cur.; franz2103@hotmail.com

En lille undersøgelse af fire sygeplejestuderendes oplevelse af vejledning i klinikken viste, at vejledningen opfattes som retningsløs og uden kontinuitet, når den faste vejleder i perioder er fraværende.

Når sygeplejestuderende mangler en fast vejleder, kommer frustrationerne til at fjerne fokus fra det faglige indhold. Vejlederen skal tage sig af de studerende og skabe tryghed. Vejledning bør være en proces, men er i stedet retningsløs. En konsekvens er, at de studerende bliver tilbageholdende i forhold til egen læring.

Vejledning af sygeplejestuderende i de kliniske forløb har en afgørende rolle for, at de studerende kan opnå deres læringsmål og blive kompetente sygeplejersker. Kvaliteten i de kliniske forløb er dog ofte mangelfuld (1), og vejledning er ikke et entydigt begreb, idet der findes mere end 400 modeller for vejledning.

Udgangspunktet for undersøgelsen var: Hvordan oplevede de sygeplejestuderende vejledning i deres kliniske forløb? Empirien er indsamlet vha. et fokusgruppeinterview med fire modul 4-sygeplejestuderende (begge køn i alderen 23-53 år) på egen afdeling. Der fremkom fire temaer: "den kontinuitetsløse vejledning", "den retningsløse vejledning", "at blive taget sig af" og "at være en byrde". Her præsenteres de to første temaer.

Den kontinuitetsløse vejledning

Oplevelsen af vejledning kædes sammen med tilknytningen til vejlederen. Hovedparten af de studerende oplevede ikke at have en fast vejleder på grund af sygdom, skiftende vagter m.m. Når de hele tiden fik en ny vejleder eller en ny person at følge, oplevede de ikke at have modtaget vejledning. Vejledning skaber stabilitet,

Sådan vurderes artiklerne til FAG

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

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

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

velser af vejledning

men ved kontinuitetsløs vejledning, dvs. når de sygeplejestuderende ikke har en fast vejleder i en længere periode, oplever de, at det er "svært at bygge videre på noget", og de bliver mindre opsøgende i forhold til egen læring.

Den retningsløse vejledning

Vejlederen skal ifølge de studerende bidrage til vejledning som værende en proces ved at sikre sig, at de studerende er i "den rigtige retning". Uden en fast vejleder oplever de, at vejledningen bliver retningsløs, "etaper af intet". Uden en fast vejleder til at vise den rigtige retning har de en gennemgående følelse af uklarhed jf. ud-sagnet "at rende rundt i tåge" og "at famle i blinde". Én studerende gav udtryk for glæde ved at have haft den samme vejleder i hele sit kliniske forløb. Hun oplevede det som positivt at have en konstant retning mod læringsmålene, og at vejlederen gjorde det tydeligt, hvad hun forlangte af hende.

Dybere forståelse af oplevelsen

Overordnet bidrager undersøgelsen med en dybere forståelse af, hvordan de studerende oplever selve vejledningen og betydningen af den. Bud på implikationer til de kliniske forløb er at gøre vejledning til et fælles anliggende ved at udarbejde en samarbejdsaftale. Indholdet kan være: Hvilke personer er ansvarlige for opfølgning og vurdering af forløbet? Og hvad skal der læres? (2). Desuden kan en effektiv og refleksiv vejledningssamtale på 15-30 minutter være nyttig (3). I vejledningssamtalen sætter parterne fokus på faget, sagen og målet. Mulige bud ud fra egen undersøgelse er, at vejleder kan spørge: "Hvorfor handlede du, som du gjorde? Hvordan hænger det sammen med det, du har læst? Hvor befinder du dig i forhold til dine læringsmål?"

Samtalen skal indeholde både ris og ros. Vejledningssamtalen og samarbejdsaftalen kan forhåbentlig bidrage til, at de studerende oplever en kontinuerlig vejledning, der skaber tryk og er en proces med retning mod deres mål.

Litteratur

1. Implement Consulting Group. Kompleks fremtid og refleksive sundhedsprofessionelle. Om videreudvikling og forbedring af sundhedsuddannelserne. Afrapportering af Sundhedskartellets uddannelsesprojekt; 2014.
2. Rasmussen SP. En undersøgelse af sygeplejestuderendes trivsel i praktikuddannelse i en hospitalsafdeling og betydningen heraf i forhold til frafald. Ph.d.-afhandling. Det Humanistiske Fakultet; 2010.
3. Scheel LS. Refleksion og intuitiv didaktik-i-handling – vejledningssamtaler i praksis. DPU Institut for Curriculumforskning; 2007.



ET PUST AF FORNYELSE TIL DIN HVERDAG OG KARRIERE

**Aalborg Universitet udbyder forsknings-
baserede og fuldt akkrediterede
masteruddannelser inden for læring,
ledelse og coaching**

MASTER I LÆREPROCESSE - UDDANNELSE I FORNYELSE

For dig med erfaring inden for undervisning, medarbejderudvikling, klinisk vejledning mv. Du vil styrke og forny dine pædagogiske kompetencer, og du vil fordybe dig i viden om læring og forandring.

- Flere specialiseringsmuligheder på 2. studieår.

- Gode muligheder for at læse enkeltfag.

Seminarerne finder sted i Aalborg.

www.evu.aau.dk/master/mlp

MASTER I LEDELSES- OG ORGANISATIONSPSYKOLOGI

For dig, der arbejder med ledelses-, medarbejder- og organisationsudvikling. Du opnår en bred indføring i de dele af læringsteorien og psykologien, som har særlig relevans for ledelse og organisationsudvikling.

Seminarerne finder sted i Aalborg.

www.evu.aau.dk/master/loop

MASTER I ORGANISATORISK COACHING OG LÆRING

For dig, der arbejder med HR, procesledelse og forandringsledelse. Omdrejningspunktet er coaching som samtalebaseret læreproces.

Du opnår redskaber til at udvikle læringskulturer og til at igangsætte og fuldføre organisatoriske forandringsprocesser.

Seminarerne finder sted i Aalborg og København.

www.evu.aau.dk/master/moc

**ANSØGNINGSFRIST 1. NOVEMBER 2015
STUDIESTART FEBRUAR 2016**



AALBORG UNIVERSITET

EFTER- OG VIDEREUDDANNELSE

9940 9420 (kl. 12-15) · evu@aau.dk · www.evu.aau.dk

Hospitalsbehandling i eget hjem til børn med kræft giver familierne ro

I Danmark findes ca. 150 sygeplejersker med en ph.d. eller doktorgrad. Sygeplejersken har opsøgt nogle af dem for at finde ud af, hvorfor de valgte forskervejen, og hvordan det er gået siden, de fik deres forskertitel.



Helena Hansson, sygeplejerske, cand.scient.san. og ph.d. Hun er 45 år, bor i København, er gift og har en datter og to voksne bonusbørn.

Helena Hansson er ansat som klinisk forsker og sygeplejespecialist i BørneUngeKlinikken på Rigshospitalet.

Hvad fik dig til at forske?

"Jeg er uddannet sygeplejerske i Sverige og har siden 1997 arbejdet på børneonkologisk afdeling på Rigshospitalet. Som sygeplejerske undrede jeg mig ofte over, hvorfor vores praksis så ud, som den gjorde, og hvordan vi kunne pleje og behandle børnene og deres familier bedst muligt. Jeg ville gerne være med til at udvikle sygeplejen til børnene og deres familier, men manglede akademisk kunnen og søgte derfor ind på Den Sundhedsfaglige Kandidatuddannelse på Syddansk Universitet. Undervejs i uddannelsen var jeg assistent i et forskningsprojekt på afdelingen om bivirkninger, og da jeg talte med forældrene, viste det sig, at det, som fyldte rigtig meget for dem, efter at det første chok havde lagt sig, var, hvor svært det var at få deres familie- og hverdagsliv til at hænge sammen med langvarige indlæggelser og hyppige ambulante besøg.

Vi ved fra tidligere forskning, at det betyder rigtig meget for familierne at have en normal hverdag og at gøre almindelige ting sammen. Da jeg kom tilbage til afdelingen efter uddannelsen, spurgte afdelingsledelsen, om jeg ville udarbejde et forskningsprojekt, der kunne lette familien for nogle af de daglige belastninger, hospitalsbesøgene indebærer, og skabe en større fleksibilitet både for familierne og afdelingen. Så blev frøet til ph.d.-projektet sået: Hvis vi kunne give noget af plejen og behandlingen hjemme som alternativ til en indlæggelse eller ambulat kontrol, ville vi måske kunne imødekomme både barnets

og familiens behov, samtidig med at der blev større fleksibilitet i afdelingens resourcefordeling.

Til at begynde med ville jeg ikke lave hjemmebehandlingen som et ph.d.-projekt, fordi det føltes for stort og uoverskueligt. Men ledelsen stod fast og hævdede, at vi skulle kunne dokumentere videnskabeligt, om det havde en effekt, hvis hjemmebehandling skulle implementeres som en permanent funktion i afdelingen. Jeg troede meget på idéen, og efter mange overvejelser besluttede jeg mig for at tage springet ind på forskerstien med forestillingen om, at forskningen er vejen til at sikre barnet og familien den bedste pleje og behandling."

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

"Hospitalsbehandling i eget hjem til børn med kræft."

Hvor tog du din forskeruddannelse henne?

"På Institut for Klinisk Medicin, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet, og på Institutionen för Hälsovetenskaber på Lunds Universitet i Sverige."

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

"Jeg skulle søge eksterne fondsmidler til min egen løn i hele ph.d.-forløbet og fik bevillinger fra Trygfonden, Helsefonden, Børnecancerfonden, Lundbeckfonden, Otto Christensens fond, Vetenskapsrådet og Rosalie Petersens fond."

Hvor kan man læse om dine forskningsresultater?

"Forskningsresultaterne er publiceret i videnskabelige tidsskrifter og fagtidsskrifter. Ph.d.-studiet viste, at hjemmebehandlingen kan erstatte en hospitalsindlæggelse eller et ambulat besøg, uden at sikkerheden forringes, tilfredsheden blandt familierne

var høj, og de foretrak hjemmebesøg frem for hospitalsbesøg (1). Barnets livskvalitet kunne forbedres, og familierne oplevede, at de i langt højere grad kunne bevare deres daglige familieliv under langt mindre stressende forhold (1,2). Vi udførte også en økonomisk evaluering, hvor vi sammenlignede DRG-takst ved hospitalsbehandling med hjemmebehandlingen. Evalueringen viste, at hjemmebehandlingen var billigere end en indlæggelse og kostede stort set det samme som et ambulat besøg."

Hvordan har din forskning betydning for praksis?

"Forsøgsordningen med hjemmebehandling i ph.d.-studiet blev gennemført fra august 2008 til december 2009. Ud fra de foreløbige resultater blev det besluttet, at den udgående funktion skulle implementeres som et permanent tilbud i februar 2010. Tilbuddet er baseret på forsøgsordningen med den tilføjelse, at man tilbyder omsorgsbesøg til børn i palliativ indsats. Det betyder, at alle børn kan få en del af deres pleje og behandling hjemme, f.eks. intravenøs kemoterapi, men det er fortrinsvis børn og familier, der bor i en radius af ca. 50 km fra Rigshospitalet. Der er tilknyttet to faste sygeplejersker til funktionen, og de varetager hjemmebesøg alle ugens hverdage mellem kl. 7 og 15."

Hvad forsker du i aktuelt?

"Min forskning handler fortsat om hjemmebehandling til børn. Siden afslutningen på mit ph.d.-studie har jeg været ansat i en delestilling som klinisk forsker 50 pct. af tiden og klinisk sygeplejespecialist 50 pct. af tiden i BørneUngeKlinikken på Rigshospitalet. Forskningsdelen består af et postdocforløb, som er en forlængelse af ph.d.-studiet. Aktuelt interviewer jeg forældre, hvor barnet var uhelbredeligt sygt og fik palliativ indsats hjemme af den udgående funktion."

Der er brug for ytringsfrækhed



Litteratur

1. Hansson H, Kjaergaard H, Johansen C, Hallström I, Christensen J, Madsen M, Schmiegelow K. Hospital-based home care for children with cancer: Feasibility and psychosocial impact on children and their families. *Pediatr Blood Cancer*. 2013 May;60(5):865-72.
2. Hansson H, Kjaergaard H, Schmiegelow K, Hallström I. Hospital-based home care for children with cancer: a qualitative exploration of family members' experiences in Denmark. *Eur J Cancer Care*. 2012 Jan;21(1):59-66.
3. Hansson H, Sehested A, Rasmussen B. Palliativ hospitalsbehandling til børn i hjemmet. *Nordisk tidsskrift for palliativ medicin "OMSORG – Tema Barn og palliasjon"* nr. 4/2014.

Det er nu, man skal nominere en eller to fagfæller til Kirsten Stallknecht Prisen 2015. Overvej derfor, om I kender en eller evt. to sygeplejersker, som gennem brug af ytringsfriheden har gjort en indsats for at fremme en sygeplejefaglig sag eller for at fremme vilkårene for en specifik gruppe borgere eller patienter.

En sygeplejefaglig sag

Der kunne være tale om ernæring til svækkede patienter, kost på plejecentre eller en ny tilgang til forebyggelse af fald.

En specifik gruppe borgere eller patienter

Det kunne f.eks. være borgere med en sindslidelse, pårørende til kronisk syge patienter, patienter, som stigmatiseres pga. af deres sygdom, børn med kræftsyge forældre eller nedsat trivsel hos og genindlæggelse af nyfødte.

Det er altså ikke nok, at en sygeplejerske er engageret og fagligt ajour i sit daglige arbejde eller er en rigtig dygtig tillidskvinde eller -mand.

Kriterier

Det er ottende gang, prisen skal finde en ejer, og kriterierne for at blive indstillet til prisen er, at sygeplejersken inden for de to sidste år har

- brugt ytringsfriheden til at markere sig i den offentlige debat om sygeplejefaglige, etiske og/eller sundhedspolitiske problemstillinger for at forbedre sygeplejerskers arbejdsvilkår eller de sundhedsmæssige vilkår for særlige patient- eller befolkningsgrupper
- benyttet sin ytringsfrihed i radio, tv, landsdækkende eller lokale dagblade eller i fagbladet *Sygeplejersken*.

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. Der kan vedlægges et begrænset antal bilag til indstillingen.

Send ind

Indstillingen sendes til

Redaktionen, Sygeplejersken

Sankt Annæ Plads 30, 1250 København K

Mærk kuverten "Kirsten Stallknecht Prisen" i nederste venstre hjørne. Indstillingen kan også sendes som vedhæftet fil til redaktionen@dsr.dk

Vi skal have indstillingen senest mandag den 27. april 2015 kl. 12.00.

Husk navn, medlemsnummer, adresse, e-mail og mobilnummer på den eller dem, som indstiller.

Prisen bliver uddelt af tidligere formand for Dansk Sygeplejeråd Kirsten Stallknecht mandag den 8. juni 2015 kl. 13.00.

Har du spørgsmål, kan du ringe til Jette Bagh, 4695 4187, eller maile til jb@dsr.dk

Mennesker med Alzheimers sygdom kan sagtens træne

Forskning gør op med myten om, at fysisk træning til mennesker med Alzheimers sygdom er nytteløs. Faktisk har de både glæde og gavn af at cykle og løfte vægte.

Ragna Laksáfoss Djurhuus, sygeplejerske, cand.scient.san., freelancer i Norge; ragnadj@gmail.com

Smilende ansigter med sved på panden mødte mig tre gange om ugen i fire måneder på Bispebjerg Hospital. I træningssalen blev der trampet i pedalerne og løftet jern til den store guldmedalje, og lad mig sige det med det samme: Det var noget af en øjenåbner for mig.

Motionisterne var mennesker med Alzheimers sygdom i mild grad, som jeg slet ikke på forhånd vidste var i stand til at gennemføre forholdsvis hård fysisk træning, se boks 1.

Det er velkendt fra befolkningsundersøgelser, at fysisk aktive har nedsat risiko for at udvikle Alzheimers sygdom. Andre studier har fundet positiv sammenhæng mellem bevægelse og kognitiv funktion, og så kan høj muskelstyrke være en væsentlig faktor, hvis man vil opretholde sine kognitive færdigheder, når man bliver ældre.

Men at mennesker med Alzheimers sygdom også kunne tage godt fat, selv om sygdommen allerede havde sat ind, var overraskende og meget interessant at observere og følge. Det fik jeg lejlighed til i forbindelse med mit speciale, hvor jeg fungerede som hjælpetræner på et træningshold på Bispebjerg Hospital for mennesker med en mild grad af Alzheimers sygdom.

Træningen var en del af studiet ”Opretholdelse af kognitivt og dagligt funktionsniveau, livskvalitet og fysisk funktion ved Alzheimers sygdom – effekt af fysisk træning”, som er en dansk

multicenterundersøgelse ADEX med 200 deltagere i alderen 50-90 år.

Træningen var tilpasset hver enkelt deltager, og det blev tilstræbt at opnå en puls på 70-80 pct. af maksimum ved træning på kredsløbsmaskiner.

Resultaterne fra ADEX-projektet viste bl.a., at deltagerne trænede med en gennemsnitlig træningsintensitet på 79 pct., og at de fleste foretrak kondicykel og styrketræning frem for løbebånd og crosstrainer. Alle deltagerne var glade for guldøvelser, som bestod af almindelige gymnastikøvelser, og næsten alle deltagerne ville gerne fortsætte træningen efter projektets afslutning. Fremmødet lå på omkring 90 pct., og otte ud af 10 syntes, at det var tilpas at træne tre gange om

ugen. Samtidig ville de gerne anbefale træningen til andre. Jeg hørte bl.a. bemærkninger som: ”Jeg har lettere ved at tage mig sammen og ordne lidt i haven, efter jeg er begyndt at træne regelmæssigt,” og ”Når jeg har trænet om formiddagen, føler jeg mig lettere til mode og har lyst til at gå en lille tur om eftermiddagen.” Nogle fortalte også, at de sov bedre om natten.

Alt i alt var det en meget positiv oplevelse – også for de fysioterapeuter, som stod for holdtræningen rundt omkring i landet. De oplevede sammenhold, vilje og gejst på holdene og var alle glade for at træne deltagerne.

Mine oplevelser i forbindelse med træningen af personer med Alzheimers får mig til at tænke på, om samfundet har nok fokus på forebyggelse, så forværring af den kognitive funktion hos ældre og hos mennesker med en demenssygdom forsinkes. God kognitiv funktion øger menneskers muligheder for at kunne klare sig længere i eget hjem.

Mennesker med en demenssygdom kan have praktiske eller kognitive udfordringer i forbindelse med at komme ud at gå en tur eller at komme hen til et træningscenter. Men med praktisk hjælp og psykisk støtte lyder det, som om de nok skal komme af sted til træning.

Flere resultater fra ADEX-projektet bliver publiceret i 2015.

Boks 1. Fakta om demens/Alzheimers

- Demens er en fællesbetegnelse for en række sygdomstilstande karakteriseret ved vedvarende svækkelse af mentale funktioner.
- Alzheimers er den hyppigste demenssygdom.
- Det anslås, at omkring 90.000 danskere har en demenssygdom, hvoraf mere end halvdelen menes at have Alzheimers sygdom.

Nationalt Videnscenter for Demens
<http://www.videnscenterfordemens.dk/forskning/adex/>

Konsekvenser af søvndeprivation hos intensivpatienter

Artiklen beskriver et bachelorprojekt med fokus på søvn og søvndeprivation hos patienter indlagt på intensivt afsnit. Anbefalinger for at fremme søvn hos patienterne bliver nævnt.

Mette Kristensen, sygeplejerske, Kolding Sygehus, Sygehus Lillebælt, gynækologisk/Obstetrisk afdeling; mette.kristensen@rsyd.dk
Susanne Trend, sygeplejerske, SD, cand.cur., lektor, klinisk koordinator, UCL Campus Vejle

I et bachelorprojekt (1) undersøges, hvilke konsekvenser søvndeprivation har for intensivpatienter, og hvilke kundskaber sygeplejersken bør besidde for at udøve nonfarmakologiske sygeplejeinterventioner, der kan forbedre intensivpatienters mulighed for at sove under indlæggelse.

Søvnen har bl.a. betydning for anabolisme, regenerering, immunforsvar, konsolidering af hukommelse og den kognitive funktion. Dermed kan konsekvenserne for intensivpatienter med søvndeprivation være svækket immunforsvar, påvirket langtidshukommelse, udvikling af delirium, stress, nedsat energiniveau, manglende genopbygning af kroppens væv og manglende produktion af vigtige hormoner, f.eks. væksthormoner. Udover dette øges risikoen for forlænget ophold på intensivafdelingen, og en indirekte konsekvens kan være øget mortalitet (2).

Søvn mønstre er personlige handle-mønstre, som et menneske gentager hver aften og i samme rækkefølge, før det falder i søvn. Dette kan skabe en følelse af tryk og velvære og er både personligt og kulturelt betinget. Intensivpatienters søvnmønster ændres under indlæggelse, og deres søvn bliver forstyrret. Ofte er disse forstyrrelser udefrakommende, f.eks. støj i afsnittet, stærkt lys, elektronik, interventioner og indefrakommende faktorer som f.eks. delirium, stress, dårlig liggestilling, depression og smerter (3). Støj fremhæves ofte som den væsentligste faktor.

En tværsnitsundersøgelse på en tilfældig intensivafdeling viser, at over 50 pct.

af de indlagte var over 60 år (1). Da ældre mennesker ofte sover let, har mange opvågninger i løbet af natten og vågner tidligt, er de særlig udsatte for søvndeprivation. Det højere støjniveau på en intensiv afdeling er yderligere problematisk, da ældre mennesker er lette at vække og kræver mere ro.

Hvad kan man så gøre for at fremme søvnen på en intensivafdeling? På baggrund af vores empiriske fund og den nyligt godkendte retningslinje ”Nonfarmakologiske sygeplejeinterventioner til fastholdelse og forbedring af søvnkvalitet hos voksne indlagte patienter” (4) anbefales disse interventioner:

1. Quiet time – ro på afdelingen i en afgrænset periode (1,5-2 timer) en til to gange i døgnet. I dette tidsrum er der restriktioner i forhold til besøgende, behandlingsaktiviteter og personalets aktiviteter. Derudover understøttes patienternes hvil ved lejring og smertelindring. Lys, lyd, volumen på telefoner, snak på gangen, fjernsyn og radio reduceres.
2. Rumtemperatur – man bør tilstræbe en rumtemperatur på ca. 18 grader for at opnå et optimalt mikroklima.
3. Søvnprotokol: Der bør optages en søvnanamnese eller etableres en patienthåndbog, som pårørende kan udfylde, hvor der tages udgangspunkt i patientens baggrund og søvnvaner. En sådan findes på intensiv afdeling på Kolding Sygehus.
4. Afslapning: kan bl.a. bestå af verbal guidning med fokus på afslapning af muskelgrupper. Den verbale guidning kan evt. optages på bånd.

Man må dog ikke glemme den kritiske sygdom i sig selv. Kritisk sygdom har større indflydelse på søvn, end man hidtil har været bekendt med. I forbindelse med bachelorprojektet fandt vi, at kritisk sygdom var en af de mest signifikante faktorer i forbindelse med søvnforstyrrelser. Flere forskere fastslog også, at der må forskes mere i den kritiske tilstands indflydelse på søvn (2).

Såfremt patienten får en god nattesøvn, vil det også have indflydelse på patientens velvære og restitution.

Tak til Maj Hallenberg, medforfatter på bachelorprojektet.

Litteratur

1. Hallenberg M, Kristensen M. Godnat og ha' det godt. Bachelorprojekt; 2014.
2. Jennum P. Søvn. København, Munksgaard; 2013.
3. Bastøe, LK, Frantsen AM. Behovet for søvn og hvile. I: Kristoffersen NJ et al. Grundlæggende sygepleje 2. 1. udg. 2 oplag. København: Munksgaard Danmark; 2006.
4. Institut for Medicin og Sundhedsteknologi. Beskrivelse af anbefalede interventioner; 2014. Lokaliseret på: http://www.kliniskeretningslinjer.dk/media/345337/bilag_4_beskrivelse_af_anbefalede_interventioner.pdf (27.1. 2015).

Læs også artiklen ”Nightingale til de nattergale” om søvn på intensivt afsnit i Sygeplejersken 2015;(3):70-4.

Pårørendes oplevelse af livs til mennesker med ALS

Mennesker med Amyotrofisk Lateral Sklerose (ALS) bliver i Danmark tilbudt hjemmerespiratorbehandling. Artiklen beskriver en undersøgelse af, hvordan pårørende oplever og reagerer på at bo sammen med en person i respiratorbehandling, og hvordan behandlingen influerer på livskvalitet og plejebyrde.

Birgitte Brandt Lassen, sygeplejerske, Hjemmesygeplejen Østerbro (tidligere ansat på Respirations Center Øst, Glostrup Hospital); birgittebrandt@hotmail.com
Pia Sehested, sygeplejerske, cand.pæd., sundhedskonsulent, Ballerup Kommune (tidligere ansat på Respirations Center Øst, Glostrup Hospital)

Personer med diagnosen Amyotrofisk Lateral Sklerose (ALS) er herhjemme igennem de sidste 20 år blevet tilbudt hjemmerespiratorbehandling. Intentionen er at tilbyde en respirationsstøttende behandling, der kan forlænge livet for personer med ALS, se boks 1.

Internationale studier har undersøgt livskvaliteten for personer med ALS og deres pårørende og betydningen af den arbejds-mængde, de pårørende må påtage sig i forbindelse med, at personen med ALS behandles i hjemmet (1,2,3). Studierne viser, at når pårørende medvirker i behandlingen hos en person med ALS med hjemmerespirator, er der risiko for, at der opstår symptomer som bl.a. depression, angst og isolation (1,2,3). I et studie var konklusionen, at pårørende i højere grad end personen med ALS var utilfredse med beslutningen om hjemmerespiratorbehandling, fordi de oplevede, at plejebyrden var enorm (4).

De pårørende, der fungerede bedst, anvendte tid uden for hjemmet uden at føle skyld over, at de varetog deres egne behov. Undersøgelsen viste desuden, at styrken af venskab mellem den sygdomsramte ALS-person og den pårørende, som fik støtte udefra, var af større betydning for forløbet, end hvor forberedte de var, inden beslutningen om livsforlængende behandling med respirator blev taget (4). Interview med ALS-patienter og pårørende i Danmark tyder på, at oplevelsen af livskvalitet for personer med ALS og deres pårørende afhænger af, hvordan 24 timers-hjælperordningen fungerer i hjemmet (5). I Norge tilbydes personer med ALS ligesom i Danmark hjemmerespiratorbehandling, og der etableres hjælperordning meget lig de danske forhold, hvorfor man på mange områder kan side-stille norske og danske forhold. Den norske sygeplejerske Knut Dyb-wik skrev i sin ph.d.-afhandling om hjemmerespiratorbehandling:

”Selv har jeg flere gange mødt familiemedlemmer, som efter af-sluttet hjemmerespiratorbehandling har åbnet sig og fortalt om deres store skepsis i forhold til den type livsforlængende behand-

” Internationale studier har undersøgt livskvaliteten for personer med ALS og deres pårørende og betydningen af den arbejds-mængde, de pårørende må på-tage sig i forbindelse med, at personen med ALS behandles i hjemmet.

ling pga. det liv, de selv levede, mens behandlingen foregik. Af frygt for at miste det menneske, de elskede, og i respekt for den syge kunne de ikke give udtryk for dette, mens familiemedlemmet stadig var i live. De havde affundet sig med deres livssituation, og troen på, at de gjorde det rigtige, motiverede dem til at kæmpe videre og støtte den syge” (6).

Tre respirationscentre

I Danmark varetages hjemmerespiratorbehandling af tre respirationscentre; Respirationscenter Øst (RCØ), Respirationscenter Vest (RCV) og Respirationscenter Syd (RCS). Hjemmerespiratorbehandling varetages af såkaldte respiratoriske hjælpere, som oplæres praktisk og teoretisk på et af de tre respirationscentre. Ved iværksættelse af hjemmerespiratorbehandling etableres et hold på 6-8 hjælpere, som skal være inden for syns- og høre-afstand, uanset hvor personen med ALS befinder sig, med henblik på at sikre sufficient overvågning 24 timer i døgnet (7). Ved start af behandling er personen med ALS indlagt, og oplæringen af et hjælperhold tager mellem fire og seks uger, så hjælperne på delegation fra centrene kan varetage personens respiratoriske behov, se boks 2.

En undersøgelse fra RCV viser, at livet med en respirator for en person med ALS i gennemsnit er fire år og ni måneder, knap to år længere end gennemsnittet for de personer med ALS, som fravælger en livsforlængende behandling med respirator og hjælperhold. Levetiden kan dog for begge grupper variere meget (8).

Tilbud om livsforlængende behandling

Personer med ALS har mulighed for at vælge eller fravælge tilbud om livsforlængende behandling (7). På RCØ er der i årenes løb ▶

Boks 1. Forekomst af ALS i Danmark

Der diagnosticeres i Danmark ca. 150 nye tilfælde af ALS om året, og 400 personer lever med ALS.

Kilde: Rehabiliterings Center for Muskelsvindts hjemmeside.

forlængende behandling



Invasiv respiratorbruger benytter staveplade ved hjælp af laserpind fæstnet på brillen.

Boks 2. Fakta om hjemmerespiratorbehandling

På Respirationscenter Øst er der for øjeblikket tilknyttet 24 personer med ALS i invasiv behandling og med 24 timers hjælperhold.

henvist mange personer med ALS, og i den forbindelse har afdelingens personale haft mulighed for at følge dem og deres pårørende. Personer med ALS bliver henvist til RCØ, når de første tegn på vejrtrækningsproblemer opstår, og de følges til deres død, der ofte indtræffer efter ophør af den livsforlængende behandling.

Forløbene med de ALS-syge og deres pårørende er forskellige, og på den baggrund diskuterer de involverede læger og sygeplejersker etiske spørgsmål og eventuelle dilemmaer forbundet med hvert enkelt forløb, se boks 3.

Hjælpemidler

Når personen med ALS ikke længere kan udtrykke sig verbalt, findes der forskellige former for hjælpemidler til at sikre fortsat kommunikation. Mange bruger øjenblink og stoveplader.

De etiske dilemmaer opstår bl.a., hvis det bliver usikkert, om den, der modtager beskederne, ser det, der *egentlig* bliver sagt. Blinkene kan på grund af svaghed i øjenmuskulaturen blive så ukoordinerede, at det rent faktisk er umuligt at vide med sikkerhed, om der bliver sagt ”ja” eller ”nej” til de spørgsmål, der stilles.

I disse tilfælde kan det være rigtig svært at få et klart svar fra personen med ALS, bl.a. på det meget essentielle spørgsmål om,

Boks 3. Udviklingen af ALS

ALS udvikler sig forskelligt fra person til person. Hos nogle sker udviklingen meget hurtigt (måned), hvorimod sygdommen hos andre har en noget langsommere udvikling (år). På sigt mister alle evnen til at gå, stå, tale, synke og trække vejret selvstændigt. En del, ca. 20 pct., udvikler frontotemporal demens, hvilket kan gøre personen mere apatisk og medføre, at vedkommende mister situationsfornemmelsen, evnen til at danne sig et overblik og træffe beslutninger.

hvorvidt de ønsker, at den livsforlængende behandling skal fortsætte eller ej. I denne fase vil de pårørende eller hjælperne måske synes, at de opfatter blink, som andre ikke opfatter på samme måde. Herudover kan de pårørende være bekymrede for at komme til at give udtryk for forhold, som kan medføre, at der tages beslutning om at slukke for respiratoren.

Forskellige reaktioner på respiratorbehandling

Personalet på RCØ oplever, at respiratorbehandling medfører meget forskellige reaktioner fra såvel personen med ALS som de pårørende. Reaktionerne strækker sig fra stor glæde over muligheden for nogle ekstra år sammen til stor frustration over alle de udfordringer, som følger med ved respiratorbehandling i eget hjem med en dertilhørende 24 timers hjælperordning.

For personen med ALS er det et reelt valg, når tilbuddet om livsforlængende behandling bliver truffet, men hvordan forholder det sig for de pårørende, hvis liv i høj grad bliver påvirket af denne beslutning?

Hjælperordningen

Interview med ALS-patienter og pårørende i Danmark tyder på, at oplevelsen af livskvalitet for personer med ALS og deres pårørende afhænger af, hvordan 24 timers-hjælperordningen fungerer i hjemmet (5). Se boks 4.

Metode

Der blev gennemført to interview: Et fokusgruppeinterview med fem pårørende og et semistruktureret interview med én person.

Boks 4. Baggrund for undersøgelsen

Baggrunden for at gennemføre interview med pårørende til personer med ALS var, at vi ønskede at få dybere viden om og forståelse for, hvordan det opleves at være pårørende til en person med ALS, som har respirator og 24 timers hjælpere.

Denne viden skal bruges til at optimere og styrke informationen på RCØ til de ALS-familier, som står over for valget om at modtage livsforlængende behandling i form af respirator og hjælperhold.

Inklusionskriteriet var, at deltagerne var eller havde været samlever med en person med ALS, som modtog respiratorbehandling og havde 24 timers hjælperhold. Pårørende blev rekrutteret gennem Rehabiliterings Center for Muskelsvind (RCfM).

Ved begge interview blev anvendt en semistruktureret interviewguide med åbne spørgsmål. På den måde havde deltagerne mulighed for at tale om det, de oplevede, fyldte mest.

Fokusgruppeinterview blev valgt, idet det kunne give en indsigt i en bestemt gruppes oplevelser og forståelse af et område.

Vi ønskede at udnytte, at der allerede var etableret en pårørendegruppe, hvor deltagerne tillidsfuldt ville være i stand til at interagere i diskussioner om emnet. Gruppedynamikken skulle benyttes til at opnå yderligere indsigt i emnet.

Der blev arrangeret kontakt til pårørendegruppen, som har eksisteret imellem fire og fem år. Mange af de pårørende var i løbet af disse år blevet alene, efter at deres ALS-ramte samlever var afgået ved døden.

Gruppen mødes ca. en gang om måneden på eget initiativ.

Da gruppen har eksisteret så længe og mødes så ofte, måtte vi antage, at gruppen fungerede som en tryk base for den enkelte. Det vil sige, at det ville være muligt at være ærlig, også om det, der var svært og ikke så pænt.

Det semistrukturerede interview med én person blev gennemført for at producere data om, hvordan en specifik person forstår bestemte begivenheder, situationer eller fænomener i dets eget liv.

Med dette interview kunne vi tilvejebringe en detaljeret beskrivelse af en persons oplevelser af at være samlever til en person med ALS i respiratorbehandling og med 24 timers hjælperordning.

” For nogle af de pårørende gav det mening at bakke personen med ALS op i ønsket om livsforlængende respiratorbehandling. Hverken den ALS-ramte eller dennes pårørende følte sig klar til at sige farvel på det tidspunkt, hvor behovet for en respirator viste sig.

I litteraturgennemgangen fandt vi ingen dokumentation på, hvad der foregik forud for beslutningen om respiratorbehandling, og efterfølgende hvordan det konkret var at leve med en 24 timers hjælperordning. På den baggrund blev de overordnede temaer i interviewguiden til enkeltpersons- og fokusgruppeinterviewene til.

- Kan du/I fortælle lidt om, hvad der gik forud for beslutningen om din/jeres pårørendes respiratorbehandling?
- Hvordan er det at leve med en 24 timers hjælperordning i hjemmet?

Interviewene blev efterfølgende transskriberet. Ved gennemlæsningen viste der sig følgende temaer:

- At være pårørende til en nydiagnosticeret ALS-patient
- Forberedelsen på et liv med respirator og 24 timers hjælpere
- Valget
- Tidsperspektivet
- Livet som pårørende
- Hjælpere i hjemmet
- Børnene

At være pårørende til en nydiagnosticeret ALS-patient

Beskeden om ALS-diagnosen var chokerende, især det at det var en dødelig sygdom. De pårørende taklede beskeden meget forskelligt. Nogle havde brug for at vide alt, hvad der var skrevet og forsket i om ALS, mens andre ønskede at vide så lidt som muligt.

Muskelsvindfonden og Rehabiliterings Center for Muskelsvind (RCfM) arrangerer løbende støtte- og informationskurser for personer med ALS og deres pårørende. De pårørende havde meget forskellige holdninger til sådanne arrangementer, idet de ALS-ramte deltagere var i forskellige stadier af sygdommen. Det var en voldsom oplevelse for de familier, som var i et tidligt stadie, at møde personer med ALS, der var længere henne i forløbet.

”Jeg kan huske, at der var en med rollator, og det var mere end nok for mig.”

”Hvis man lige har fået diagnosen og så ser en, der ikke kan noget, så bliver det for meget, ikke? Man lever jo med sådan et eller andet håb om, at det nok ikke er så slemt, og at det nok ikke går sådan.”

- *"Jeg tror i virkeligheden, at det er meget godt at have sådan et håb, ikke? Så kan man tage det lidt ad gangen – men så er det lige som om, man smider folk ned i sådan et hul, nærmest med det samme, når man bliver konfronteret med de meget dårlige patienter, man møder ved et sådant arrangement. Vi har faktisk ikke selv været med siden. For jeg kan godt forstå, at det simpelthen er for grænseoverskridende for andre mennesker. Man skal ikke provokere nydiagnosticerede med sin tilstedeværelse."*

Forberedelsen på et nyt liv

Informationen på RCØ om at tage imod livsforlængende behandling i form af noninvasiv og/eller invasiv behandling er ikke formaliseret, og det var meget forskelligt, hvilken information familierne forud for henvisningen til RCØ havde modtaget fra de respektive ALS-team.

RCfM har i samarbejde med læger fra RCØ, Bispebjerg, Glostrup, Hillerød, Holbæk, Næstved og Roskilde hospitaler udarbejdet en folder, der omhandler ALS, vejtrækning og respiratorbehandling. Folderen beskriver også fordele og ulemper ved at have et hjælperhold. Deltagerne i interviewene kendte til de forskellige foldere, men oplevede, at det var svært at modtage den skriftlige information. De gav udtryk for, at de havde behov for løbende kontakt med professionelle, og at det var nemmere at forstå informationerne, hvis de kom gradvist.

"De der brochurer, de er i øvrigt udmærkede, men der står bare, at det er en stor omvæltning, og at vi skal tage stilling til, om vi kan overskue at have hjælpere hele tiden. Men hvis man ikke har mistet lysten til livet, så har man jo faktisk ikke noget alternativ."

"Men spørgsmålet er også, hvor meget man kan blive klædt på, tænker jeg. I hvert fald når man lige har fået diagnosen. Sådan havde jeg det. Altså, jeg kunne slet ikke høre, hvad de sagde. Jeg forstod det ikke, fordi jeg var rystet og chokket og stresset. Men det kan være, at man skal have en tid, hvor man lige synker spytten, og hvor man så vender tilbage og taler med nogen, der sidder i det – nogle andre familier eller pårørende. Hvad er ulemperne, og hvad er fordelene ved det her? Jeg ved ikke, om

sådan noget kan arrangeres. Men samtidig er det også rigtig svært at videregive erfaringerne til andre. Vi skal jo gøre vores egne erfaringer. Der vil være gode og dårlige hjælpere, det hele vil jo være farvet af, hvad man prøver på en eller anden måde."

Valget

For nogle af de pårørende gav det mening at bakke personen med ALS op i ønsket om livsforlængende respiratorbehandling. Hverken den ALS-ramte eller dennes pårørende følte sig klar til at sige farvel på det tidspunkt, hvor behovet for en respirator viste sig.

Flere udtrykte glæde over at have haft en god tid med personen med ALS i respirator, især blev de første et til to år betragtet som gode.

"Jeg vil ikke sige, at vi har haft sådan nogle dybe samtaler om det ene eller det andet. Det var et spørgsmål om, at hvis han ikke havde fået respirator, så var han død, og det var han ikke klar til, og det var jeg jo heller ikke. Vi fik faktisk to gode år med respirator."

Andre var i tvivl om, hvilket valg der ville give mest mening.

"Jeg ved ikke rigtig i dag, hvordan jeg har det med det. Sådan som jeg lige nu sidder i dag, så kunne jeg måske have ønsket, at han havde besluttet anderledes, det tror jeg måske. Men det var jeg jo hverken helt eller halvt klar til på det tidspunkt, og familien var heller ikke."

"Det har langt hen ad vejen været det rigtige valg, men det er meget fodslæbende nu. Nu er vi inde på det, neurologen sagde om afslutningen. De første to år kan være gode, måske, de sidste to kan være behårede."

Tidsperspektivet

At få en respirator vil oftest forlænge livet, hvilket jo er hele målet med behandlingen. Nogle pårørende oplevede, at livet, når personen med ALS kom i respirator, pludselig virkede endeløst og uden afslutning. De pårørendes erfaring var, at det var specielt svært i den periode, hvor personen med ALS blev så svag, at kommunikationen blev meget ringe eller næsten ikke eksisterende og plejeopgaverne samtidig øgedes.

”Det er indlysende, at det er svært, når man ikke har et tidsperspektiv.”

”Det er jo også omgivelserne, der får at vide, at når man får ALS, så har man ... ja, så har man maks. fire år at leve i. Så det er også nogle forventninger om, at nu har han sgu været syg længe nok. Det bliver simpelthen for meget for omgivelserne, og det er det jo sådan set også blevet for mig.”

De pårørende oplevede et meget stort pres på trods af, at de havde et hjælperhold.

”Sidste sommer gik galt med hjælperholdet, og min mand bad mig om at tage en uges ferie, for at jeg kunne fungere som hjemmehjælper. Det skulle jeg nok ikke have gjort. For det tror jeg var lige der, hvor det brækkede over. Da syntes jeg, det blev endeløst ... ikke at vide ... hvornår han ville sige stop, og pludselig ønske, at det blev ... om tre måneder. Det kunne jeg ikke leve med at være i altså, at jeg ligesom ønskede, at han tog beslutningen. Og jeg kunne jo ikke tage beslutningen for ham. Jeg kunne ligesom ikke puffe til ... så jeg var nødt til selv at gøre et eller andet. Og så til sidst besluttede jeg mig for at flytte, fordi jeg ikke selv kunne holde ud at være i det mere. Fordi det blev endeløst.”

”Jeg tænkte, at min mand måske holdt et halvt til et helt år, inden han ... længere ville han ikke leve. Det var det perspektiv, jeg havde på det. Så kan man godt holde til det. Men hvis man ikke ved, om det er to år, eller tre år, eller otte år, eller 10 år, hvis man ikke ved det, ikke har noget ...

Det er da så hårdt og uoverskueligt og invaliderende, altså, ens eget liv er jo ødelagt også, ikke?”

” Hos personer med ALS, der har mistet evnen til at tage fysisk vare på sig selv, og som måske derudover har mistet talens brug, kan det være meget angstprovokerende at være afhængig af et andet menneske.

”Når de har fået respiratoren, så tænker man, hvor længe skal dette stå på?”

Livet som pårørende

Flere af de pårørende følte sig overladt til sig selv og oplevede, at der var meget lidt hjælp i forhold til alt det, der skulle tages stilling til og holdes styr på. Det kunne f.eks. dreje sig om hjælpemidler til personen med ALS, når hjælperne meldte sig syge, eller hvis de oplevede, at hjælperne ikke var oplært ordentligt til opgaven.

Flere gav udtryk for, at det var hårdt at være ressourceperson. At skulle stå op flere gange om natten for at hjælpe på trods af, at der var ansat hjælpere til det samme. Nogle af personerne med ALS ønskede ikke, at hjælperne skulle hjælpe dem med at lade vandet eller børste tænder. Det betød, at de pårørende skulle stå til rådighed i alle de timer, de ikke selv var på arbejde eller var uden for huset.

Mange af de pårørende følte, at personen med ALS stort set forventede, at de stod til rådighed i døgnets 24 timer.

”Men spørgsmålet er jo, hvad det er, der kører én ned. Om det er sygdommen, eller om det er hjælperne, der ikke fungerer. Altså, der er jo mange faktorer, der spiller ind i, om man løber sur i det og bliver træt. Både pga., at sygdommen udvikler sig, og vedkommende bliver mere og mere syg, men også hele den problematik med hjælperne.”

”Jeg føler sådan i princippet sådan groft sagt, at der ikke er nogen hjælp at hente.”

”Dengang, jeg gik hos hende den der psykolog, så sagde hun: ”Græder du så rigtig meget?” Så sagde jeg: ”Nej, det orker jeg simpelthen ikke – det har jeg virkelig ikke tid til.”

”Vi bliver syge, det er jo det, der sker, vi andre ender også med at blive syge.”

Hjælpere i hjemmet

Nogle pårørende følte sig tilsidesat pga. de mange fremmede menneskers tilstedeværelse og omsorg for patienten. Nogle af de pårørende fortalte, at det kunne være svært at få mulighed for at dyrke nærhed og intimitet dels på grund af sygdommen, dels på grund af den manglende alenetid.

- ▶ De pårørende havde generelt svært ved at føle sig hjemme i deres eget hjem. De følte et pres i forhold til f.eks. at skulle gøre ekstra rent eller til at skulle opføre sig anderledes end sædvanligt, fordi der altid var tilskuere. Samtidig skulle de forholde sig til, at deres kære var døende, og ikke mindst tage vare på eventuelle børns behov og sorg.

”Man er kun alene, når man sidder i sin bil på vej til arbejde.”

”Jeg græd hver dag i bilen.”

”Man er jo påvirket døgnet rundt. Det er den mindste dør, der lukker kl. 2 om natten, eller hvad fanden der sker, ikke. Man er jo fuldkommen oppe og køre i starten ...”

Hos personer med ALS, der har mistet evnen til at tage fysisk vare på sig selv, og som måske derudover har mistet talens brug, kan det være meget angstprovokerende at være afhængig af et andet menneske. Det påvirker de pårørende, der kan føle sig forpligtet til altid at være i nærheden af personen for at sikre, at denne modtager en korrekt og optimal hjælp.

Alle de interviewede pårørende følte sig ansvarlige for, at den syge bliver passet og plejet forsvarligt på trods af, at der faktisk var ansat et hjælperhold, der skulle varetage den respiratoriske opgave. Derfor skete det, at der opstod konflikter om, hvordan personen skulle plejes, og ikke sjældent oplevede de pårørende stor utryghed, når vikarer, der ikke var kendte, skulle afløse de faste hjælpere. Her følte den pårørende et stort ansvar for, at behandlingen blev udført optimalt.

”Hvis det er mere end fire måneder siden, en hjælper har været her sidst, så lægger min mand sig ikke til at sove i sin seng. Så sover han i kørestolen. Og det er lige meget, om det er en uddannet hjælper, eller hvad det er, han kender ikke personen, og så ved han ikke, om han kan kommunikere med ham om natten. Så lægger han sig ikke til at sove, så skal han sidde ved sin computer for at kunne kommunikere.”

Børnene

Alle pårørende i undersøgelsen på nær én havde hjemmeboende børn på det tidspunkt, hjemmerespiratorordningen blev iværksat. For de fleste af familierne havde ordningen konsekvenser i forhold til familiestrukturen.

”Vores søn flyttede hjemmefra samtidig med, at min mand kom hjem med respiratoren.”

”Børnene er flyttet hjemmefra. Tidligere måske end de ellers ville have gjort, pga. af det der hjælperhelvede.”

”Vores søn boede ofte i vores sommerhus, inden han flyttede helt hjemmefra, det blev hans helle.”

”Min datter tog tandbørsten og gik – da hun gik i 1.g.”

”Der er ingen tvivl om, at hvis der er børn i hjemmet, så er det anderledes, end hvis der ikke er nogen. Altså, nu kan jeg jo kun tale for teenagebørn. Men sådan nogle teenagebørn, de er jo lidt følsomme i forvejen, men de synes i hvert fald, det er svært, når der sidder en og kommenterer det, de siger, til deres far.”

Nogle oplevede, at det var svært at tale med børnene om sygdommen og tidsperspektivet:

”Men jeg ved ikke, altså jeg synes også, det er lidt svært, ikke. For det er jo også det der med perspektivet, ikke. For det er jo heller ikke sådan, at de skal gå hele tiden og frygte, hvordan dagen er i morgen, når vi ved, at måske er det i morgen, og måske er det om otte år. Og det er også derfor, at de skal have lov til at prøve at leve deres liv. Men jeg ved ikke, det kan også godt være, at det er lidt ligesom at feje det ind under gulvtæppet, jeg ved det ikke.”

”Engang imellem er der jo også nogen, der siger til mig: ”Hvad med at tage på weekend med dine børn.” Men jeg er bange for, at hvis jeg kom og sagde, at nu tog vi på weekend, så er jeg ikke helt sikker på, at han ikke ville sige, at han ville have slukket. Men det ved jeg jo ikke, for det har jeg jo ikke prøvet af, men det er så det, der er min bekymring. Og det, der er mit dilemma, er, at jeg har de der teenagebørn.”

Konklusion

Vores interview viste, at det er nødvendigt med et målrettet fokus på, hvordan man kan forberede de pårørende på og støtte dem igennem de udfordringer, der opstår, når en person med ALS behandles med hjemmerespiratorordning.

Tak til sygeplejerske Kirsten Stendorff for hjælp og sparring ved gennemførelse af interviewene.

Litteratur

1. Olsson AG, Strang S, Persson LI. Quality of life, anxiety and depression in ALS patients and their next of kin. 2010; Journal of clinical nursing, 20: 283-91 [PubMed].
2. Murphy V, Felgoise SH, Walsh SM, Simmons Z: Problem solving skills predict quality of life and psychological morbidity in ALS caregivers. 2009;10(3):147-53[PubMed].
3. Van Kesteren RG, Velthuis B, van Leyden LW. Psychological problems arising from home ventilation. Am J Phys Med Rehabil. 2001 Jun;80(6):439-6[PubMed].
4. Gelinas et al. Quality of life for ventilator-dependent ALS patients and their caregivers. 1998;Journal of the Neurological Science160:s134-36[PubMed].
5. Jeppesen, Jørgen RCFM. Rehabilitering med historier. En socionarratologisk undersøgelse af journalistisk fortælling som metode til at forstå patienten som menneske. Syddansk Universitet. Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet. 2013.
6. Dybwik K, Tollåli T, Nielsen EW. Fighting the system. Families caring for ventilator-dependent children and adults with complex health care needs at home. 2011;BMC Health Services Research, 11:156[PubMed].
7. Sundhedsstyrelsen. Kronisk respirationsinsufficiens som følge af neuromuskulære lidelser, thorax deformiteter m.v. – tilrettelæggelse af behandling. 2012.
8. Dreyer PS et al. Survival in ALS with home mechanical ventilation non-invasively and invasively: A 15-year cohort study in West Denmark. 2013; Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration, 2013: Early Online: 1-6. Informa healthcare.

Det blev tydeligt, hvor vigtigt det er ikke kun at have fokus på personen med ALS, men på hele familien.

Interviewene viste, at de pårørende var glade for at have mulighed for respiratorbehandling og hjælperordning. Samtidig viste interviewene, at de pårørende fortsat er meget involveret i konkrete opgaver. Det er tankevækkende, at pårørende i Danmark med de muligheder, der tilbydes, udtrykker de samme symptomer og frustrationer som pårørende fra internationale undersøgelser, hvor der ikke er mulighed for hjælperordning.

Interviewene viser, at der er behov for flere dialogmøder mellem personen med ALS, de pårørende og de sundhedsprofessionelle. Det er vigtigt, at personalet i sådanne forløb medvirker til at italesætte de svære emner og legalisere de svære og forbudte følelser.

Der bør afsættes tid til familiesamtale, når personen med ALS er indlagt eller kommer ambulat.

Pårørende bør som standard deltage, og det er vigtigt, at personalet medvirker til at identificere eventuelle problemstillinger, som kan eller skal afhjælpes.

Når det er muligt at forlænge livet for en person med ALS, bør personalet påtage sig ansvaret for at italesætte en række forhold, bl.a. om selve behandlingen, hvordan behandlingen fungerer for hele familien, og hvornår behandlingen bør afsluttes.

Det er ikke kun et spørgsmål om, hvor længe personen med ALS har lyst til at leve, men i lige så høj grad om, hvordan det er for de pårørende at leve i.

Det er en ledelsesmæssig udfordring at skabe mulighed for at hjælpe hele familier og ikke kun personen med ALS-diagnosen igennem sådanne forløb.

Og vi skal til stadighed turde tage diskussionen, så vi sikrer, at der ikke kun bliver føjet år til livet, men liv til årene.

” Vores interview viste, at det er nødvendigt med et målrettet fokus på, hvordan man kan forberede de pårørende på og støtte dem igennem de udfordringer, der opstår, når en person med ALS behandles med hjemmerespiratorordning.

English abstract

Lassen BB, Sehested P. Family caregiver perceptions of life-prolonging treatment for patients with ALS. *Sygeplejersken* 2015;(4):78-85.

In Denmark, persons diagnosed with Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS) have for the past two decades been offered home ventilator treatment.

Persons with ALS have a viable option of electing for or declining the offer of life-prolonging treatment, but how does this affect the family caregivers, whose lives are greatly affected by the patient's decision?

Interviews with the family caregivers to persons with ALS receiving home ventilator treatment indicate that perceptions depend on the effectiveness of the 24-hour help service.

Several family caregivers expressed joy over a positive period with the person with ALS on a respirator, with the initial one to two years especially regarded as good. Others were in doubt about which option made most sense.

Some family caregivers reported that once the person with ALS was on a ventilator, life suddenly seemed relentless and interminable. Interviews of family caregivers to persons with ALS show that this service impacts the family structure, and confirm the necessity of maintaining a keen focus on how to prepare family caregivers for, and support them through, the challenges that arise when a person with ALS elects to receive home ventilator care.

Keywords: Home ventilator, information, life-prolonging care, family caregivers.

Aktivitetsbaseret ergoterapi

Projektet "Aktivitetsbaseret ergoterapi til intensive patienter på Hospitalsenheden Horsens" har givet langt bedre ressourcudnyttelse, da sygeplejersken og ergoterapeuten nu samarbejder om aktiviteter med fokus på patientens dagligdag. For patienterne betyder det, at de kommer hurtigere i gang og igennem deres sygdomsforløb.

Karin Kristoffersen, sygeplejerske og forflytningsvejleder, ansat på Hospitalsenheden Horsens; karin.kristoffersen@horsens.rm.dk
Stine Langballe, ergoterapeut og forflytningsvejleder, ansat på Hospitalsenheden Horsens

Ergoterapi på intensivt afsnit er et velkendt fænomen i Danmark, men erfaringer viser, at det primært er funktionsundersøgelser i form af synkestest, der bliver foretaget (1).

På et diplommodul i "innovation og ledelse" fremkom der en hypotese om, at patienter indlagt på intensivt afsnit ofte bliver behandlet for passivt i forhold til almindelige dagligdags aktiviteter. Hypotesen blev startskuddet til en radikal ændring af tilgangen til patienter indlagt på intensivt afsnit på Hospitalsenheden Horsens.

Terapiafdelingens opgave er her at bidrage til effektive patientforløb af høj kvalitet og optimal ressourcudnyttelse på intensivt afsnit. Ergoterapeuter har særlige kompetencer i at undersøge, vurdere og behandle patienterne ud fra et aktivitetsbaseret perspektiv. Denne tilgang er helt unik i forhold til de øvrige faggrupper, hvor tilgangen retter sig mod kropsfunktionerne. Alle faggrupper omkring den intensive patient har et fælles mål om at få patienten bedst muligt tilbage til hverdagslivet.

I september 2012 tog projektet "Aktivitetsbaseret ergoterapi på intensivt afsnit" form. Formålet med projektet var at bringe aktivitetsbaseret terapi ind i patientforløbene (2).

Metode

Projektet er ikke et videnskabeligt projekt, men et projekt, hvor formålet var at finde frem til best practice.

Efter at der var udarbejdet en projektbeskrivelse, blev der nedsat en tværfaglig projektgruppe. En ergoterapeut tog på studiebesøg for at afklare, hvordan ergoterapeuter arbejder på tre andre intensive afsnit. Projektet strakte sig over et år, og der var fra starten et ønske om, at funktionen skulle fortsætte, efter at projektet var slut.

En ergoterapeut ville 30 timer om ugen være en synlig rollemodel og tage udgangspunkt i helt almindelige dagligdags aktiviteter såsom

” Ergoterapeuter har særlige kompetencer i at undersøge, vurdere og behandle patienterne ud fra et aktivitetsbaseret perspektiv. Denne tilgang er helt unik i forhold til de øvrige faggrupper, hvor tilgangen retter sig mod kropsfunktionerne.

hjælp til spisning, personlig hygiejne, dagbogsskrivning og andre aktiviteter, der er meningsfulde, selv for den kritisk syge patient.

Patienterne blev udvalgt i tæt samarbejde mellem sygeplejersker, koordinator og ergoterapeut.

I projektperioden blev der foretaget midtvejs- og slutevaluering. Den kvantitative del bestod i optælling af de ergoterapeutiske interventioner, der var sat i gang ud fra patientjournalerne. Den kvalitative del bestod af semistrukturerede interview med læger, sygeplejersker og fysioterapeuter tilknyttet det intensive afsnit.

Resultater

Resultaterne fra projektet er åbenlyse efter halvandet år. Patienterne kommer langt hurtigere i gang med at genvinde kontrol over deres eget hverdagsliv. Afklaring omkring fysisk, psykisk og social funktionsevne før indlæggelsen er højnet ved den tidlige ergoterapeutiske intervention med det resultat, at når patienten overflyttes til stamafdelingen, er behovet for videre genoptræning afklaret (3).

I projektforsøget er det blevet tydeligt, at det tværfaglige team omkring patienten er altafgørende for, at patienten genvinder kontrollen over de daglige aktiviteter.

Patienter, som kommer fra en selvstændig livsførelse, føler ofte afmagt ved at blive indlagt på en højteknologisk afdeling, hvor alt er fremmed, og hvor de fratages selvstændighed og kontrol over deres liv.

Inden patienten selv bliver i stand til at opnå kontrol over hverdagsaktiviteterne, er det teamets væsentligste opgave at rumme hans frustrationer, angst og tvivl på, om han kommer godt igennem den kritiske sygdom.

Dermed bliver det et fælles mål, at patienten genvinder sin habituelle funktionsevne. Når patienten er stabil, guides han til at være så aktiv som muligt i sygdomsforløbet og opdager derved, at han faktisk selv kan gøre rigtig meget.

Igennem interview med patienten afklarer ergoterapeuten, hvilke daglige aktiviteter der er meningsfulde og relevante at arbejde med for at højne aktivitetsniveauet mest muligt.

På intensivt afsnit giver det optimal ressourcudnyttelse, at sygeplejersken og ergoterapeuten samarbejder om plejen af patienten og den daglige aktivitetstræning. Dermed udnyttes patientens, sygeplejerskernes og ergoterapeutens ressourcer bedst muligt.

til intensive patienter

Den højnede aktivitet og mobilisering flere gange daglig er med til at mindske risikoen for tilbagefald og genindlæggelse på intensivt afsnit. Patienterne er ikke så sårbare, når de selv kan være aktive.

Ved gennemgang af de sidste 20 journaler på udskrevne patienter fra intensivt afsnit i projektperioden er 18 ud af 20 patienter undersøgt og vurderet ud fra deres aktivitetsformåen. Derved er succeskriteriet på 90 pct. opnået.

I den kvalitative evaluering af projektet udtrykker de tværfaglige samarbejdspartnere sig således om den aktivitetsbaserede tilgang:

Sygeplejersker

Sygeplejerskerne fortæller, at de har oplevet, at patienter, de ikke kunne komme i kontakt med, vågnede, når ergoterapeuten brugte dagligdagsaktiviteter i træningen, f.eks. når patientens hænder blev guidet op i en vandbalje med varmt vand, og han blev hjulpet med at vride kluden og vaske sig i ansigtet.

Sygeplejerskerne har oplevet, at patienterne ved at udføre ADL-aktiviteter (aktiviteter i dagliglivet) får en mere normal oplevelse af sig selv. Patienterne føler sig set som et menneske igen og får en tro på, at de nok skal blive raske. Patienterne føler sig mindre livstruede, når selv de udfører almindelige dagligdags aktiviteter i modsætning til, at personalet gør alt for dem, derved føler de sig tryggere, når de skal overflyttes til stamafdelingen.

Sygeplejerskerne giver udtryk for, at det tværfaglige samarbejde er styrket ved, at ergoterapeuten kommer fast på afdelingen. I starten af projektet mente sygeplejerskerne, at ergoterapeuten kun kunne bruges til synketest, men det er nu helt åbenlyst, hvor godt det er, at ergoterapeuten observerer ting igennem aktiviteter, som sygeplejersker ikke har været så opmærksomme på. I samarbejde får vi nu drøftet, hvilke ressourcer patienten har, og derudfra hvilke aktiviteter patienten kan deltage aktivt i. Vi får en fælles forståelse for patientens aktivitetsformåen, og sygeplejerskerne er blevet bedre til at give patienten tandbørsten i stedet for at udføre mundhygiejnen for patienten (4).

Patienterne bliver mere positive, når de oplever fremskridt dag for dag. En god ADL-træning med ros og fremskridt kan påvirke patienten positivt, så de lettere motiveres til at deltage aktivt i aktiviteter og mobilisering resten af dagen.

Fysioterapeuter

ADL-træningen giver patienten en følelse af at kunne noget, derved bliver træningen med fysioterapeuten mere tiltrækkende, når det kan mærkes, at den genvundne færdighed kan bruges målrettet til en aktivitet, der gør en mere selvstændig. Patienten får ved ADL-træning trænet fysisk flere gange daglig, hvilket er en stor fordel for de meget svækkede patienter.

”Patienter, som kommer fra en selvstændig livsførelse, føler ofte afmagt ved at blive indlagt på en højteknologisk afdeling, hvor alt er fremmed, og hvor de fratages selvstændighed og kontrol over deres liv.

Læger

”Det er rigtig godt for patienterne, at de kommer i gang fra starten, og rent psykisk betyder det utroligt meget, det ville det gøre ved mig selv, hvis jeg kunne opretholde mine færdigheder og få lov til at barbere mig selv og gøre det, jeg var vant til at gøre, fremfor at ligge passivt i sengen.”

En anden læge udtaler:

”Det er jo som at vende tilbage til livet at komme i gang med små dagligdags aktiviteter.”

”Ergoterapeuten er blevet en del af afdelingen og en vigtig sparingspartner i det daglige, tværfaglige samarbejde. Jeg henvender mig ofte direkte til ergoterapeuten for at få et mere nuanceret billede af patienten.”

Ergoterapeuten

Ergoterapeuten giver udtryk for, at det giver utrolig meget arbejdsglæde og gejst at arbejde med mennesker, som svæver mellem liv og død, og igennem meningsfulde, vante aktiviteter se, hvordan patienten genvinder kontrollen over sit hverdagsliv. Ergoterapeuten benytter hverdagsaktiviteterne som døgnrytmeindikatorer, der hjælper patienten med at kunne overskue hverdagen under indlæggelsen. Noget så simpelt som at spise- og hviletider opretholdes, giver struktur og ro for patienten. Derfor udarbejdes tværfaglige døgnrytmeplaner i samråd med og til glæde for patienten (5).

Patienterne

Der er kommet flere tilkendegivelser fra patienter, som tidligere har været indlagt i længere tid på intensivt afsnit, om, at træningen også virker på langt sigt.

”Da jeg kom hjem igen og havde fået det bedre, kunne jeg se, hvor stor betydning den ergoterapeutiske træning havde haft for helbredet. Det var positivt for min fremtid, at ergoterapeuten ”maste” på og blev ved med at få mig i gang, selvom jeg på daværende tidspunkt ikke havde lyst. Jeg kunne se, at det, vi havde trænet, gav mening for mig.”

”Ergoterapeuten ville have mig i gang. På daværende tidspunkt var jeg træt af det, men hun gav ikke op. Selvom jeg sagde ”nej,” så sagde hun ”ja.” Hvis jeg ikke havde lyst til træning, overtalte hun mig alligevel ved at gøre træningen kortere eller mere overskuelig.” ▶

” I starten af projektet mente sygeplejerskerne, at ergoterapeuten kun kunne bruges til synketest, men det er nu helt åbenlyst, hvor godt det er, at ergoterapeuten observerer ting igennem aktiviteter, som sygeplejersker ikke har været så opmærksomme på.

► Diskussion

Uden ledelsesmæssig opbakning fra afdelingsledelserne fra terapiafdelingen, fra intensiv afdelingsledelse og fra hospitalsledelsen var projektet ikke blevet en realitet. Opbakningen har medvirket til den gode implementering. Projektet har været med til at åbne op for et bredere fokus på patientens liv allerede fra starten af indlæggelsen. Sygeplejen har brudt med en tidligere kultur, hvor patienterne skulle være ”gjort færdige” inden stuegangen kl. 9.00. Der har været stor åbenhed overfor at ændre på rutiner og kultur fra sygeplejerskernes side.

Aktivitetsbaseret ergoterapi 2015

Projektet ”aktivitetsbaseret ergoterapi” er nu implementeret i hverdagen. Der er kontinuerligt behov for at have fokus på den aktivitetsbaserede tilgang. Projektet har bidraget til flere underprojekter, f.eks. et skriftligt spørgeskema til patienten og dennes pårørende, et skema, der hurtigere kan være med til at afklare den habituelle aktivitetssevne og plejebehovet. Derudover arbejdes der i øjeblikket med implementering af en tværfaglig retningslinje, som har det formål hurtigt at afklare, hvilke tværfaglige mål der skal sættes for behandlingen til de langtidsindlagte patienter. Retningslinjen skal hjælpe det tværfaglige personale med at få implementeret en mere systematisk mødekultur omkring patienten.

Projektet ”aktivitetsbaseret ergoterapi” er afviklet sideløbende med andre tværfaglige projekter, der alle har haft fokus på at inddrage patienten i indlæggelsesforløbet. På Hospitalsenheden Horsens har plejersonalet og forflytningsvejlederne haft fokus på projekterne ”Fra patient til borger” og ”Aktiv mobilisering”. Der har bl.a. været fokus på plejersonalets opfattelse af den intensive patients aktivisering og på, om patienten kan mere, end vi tror.

Via fondsmidler er der skaffet penge til en sengecykel, der gør det muligt for de mest immobile patienter hurtigere at kunne deltage i aktivitetstræning.

Både terapeuter og plejersonale har prøvehandling i gang i forhold til at skabe en bedre og mere tryk overgang fra intensivt afsnit til de forskellige stamafsnit ved at følge patienten med tværfagligt personale fra intensivt afsnit. Sygeplejerskerne foranstalter en kontakt til den nye kontaktsygeplejerske på stamafdelingen og viser afdelingen

frem dagen før overflytning og går på opfølgende besøg minimum en gang efter overflytning. Terapeuterne fortsætter den fysiske træning af de langtidsindlagte intensive patienter, når de er overflyttet til stamafdelingen og følger så vidt muligt behandlingen indtil udskrivelsen.

Disse projekter går fint i tråd med de fælles sygeplejestrategier, der omhandler kvalitet og sammenhæng samt at have patienten som partner.

Litteratur

1. Rise C, Kjærgaard H. Ergoterapi til patienter indlagt på intensivt afsnit i Randers. www.yumpu.com > ergoterapi til patienter indlagt på intensiv
2. Møldrup M, Jensen RM, Langballe S. Projektbeskrivelse. Aktivitetsbaseret ergoterapi til patienter indlagt på Intensivt afsnit, Hospitalsenheden Horsens. www.hospitalsenheden.horsens.dk > terapiafdelingen > forskning og kvalitetsudvikling > kvalitetsudvikling og forskning > kvalitetsudvikling > Ergoterapi på intensiv afdeling
3. Aktive patienter får det bedre hurtigere. Inspirationspjece, som danske fysioterapeuter og ergoterapeutforeningen har samlet fra forskellige sygehuse i Region Midt. 10 eksempler på hvordan ergoterapeuter og fysioterapeuter kan medvirke til, at patienterne bliver mere sunde, selvhjulpne og hurtigere kan udskrives 2008. www.danske.fysioterapeuter.dk > fag og forskning > indtast søgeord > aktive patienter får det bedre hurtigere
4. Thougard LK. Sygeplejersken bestemmer. *Sygeplejersken* 2005;(4):26.
5. Arndal M, Mott P, Kristiansen KJ. Aktivitetsbaseret ergoterapi på intensiv. Jan 2015.

English abstract

Kristoffersen K, Langballe S. Activity-based occupational therapy for intensive-care patients. *Sygeplejersken* 2015;(4):86-8.

Occupational therapy is well-established in intensive care units, but experience shows that it is often restricted to assessment of the ability to eat and drink. In 2012, the project ”Activity-based occupational therapy for intensive-care patients” was started up at Horsens Hospital Unit.

The results of the project were greatly increased resource-efficiency, as the nurse and occupational therapist now work as a team on day-to-day activities. The occupational therapist’s special competencies lie in an activity-based perspective focusing on the patient’s everyday life.

The intensive-care team coaches the patient to be as active as possible to speed up recovery and convalescence. The project found that the patient is often capable of far more than staff assume. The majority of patients are keen to engage actively in the process and to regain their functioning. The training is therefore already fully underway when the patient is transferred to the referring unit. The transition from intensive care to the referring unit is eased by the patient visiting the referring unit and staff prior to transfer, and by the therapists following up the patient in the referring unit as far as possible.

Keywords: Occupational therapy, everyday activities, intensive care unit.

Pleje af patienter med demens i kirurgiske afdelinger set fra sygeplejerskers og lægers synsvinkel

Hynninen N, Saarnio R, Isola A. The care of older people with dementia in surgical wards from the point of view of the nursing staff and physicians. *Journal of Clinical Nursing* 2014; 24:192-201.

Formål: At undersøge, hvordan patienter med demens plejes og behandles i en kirurgisk afdeling set fra sygeplejerskens og lægens synspunkt.

Metode: 19 finske sygeplejersker og ni læger er interviewet uden struktureret interviewguide for at give deltagerne mulighed for at svare helt, som de selv ønskede. Herefter blev der foretaget en induktiv indholdsanalyse af data.

Resultater: En dement patient udviste i kirurgisk afdeling følgende kendetegn: nedsat kognitiv funktionsevne, forstærkning af adfærdssymptomer, respekt for autoriteter og truende postoperativ konfusion.

Sygeplejerskerne forsøgte i plejen af den demente patient at imødekomme fysiske, psykiske og sociale behov, at skabe et sikkert miljø, at iværksætte begrænsninger for patienten såsom enestue tæt på sygeplejekontoret samt at inddrage pårørende i plejen. Lægerne gav i højere grad udtryk for, at de ikke under indlæggelsen behandlede de demente patienter anderledes.

Det gjorde plejen bedre, hvis sygeplejersker og læger arbejdede i par, og hvis personalet fik støtte til at pleje den demente.

Sygeplejerskerne savnede kompetencer indenfor demens.

Kommentar: Undersøgelsen peger på, at sygeplejersker i kirurgiske afdelinger er væsentlig mere udfordret i plejen af demente patienter end lægegruppen. Ligeledes er der behov for større viden om pleje af demente patienter, da det ikke ligger rutinemæssigt i oplæring af sygeplejersker i kirurgiske afdelinger.

Mette Trads
RN, MKS, ph.d.-studerende,
udviklingssygeplejerske,
Ortopædkirurgisk og kirurgisk afdeling,
Regionshospitalet Randers

Forståelse af begrebet "hjem" – en forudsætning for sundhedsfremme i primær sektor

Mahler M, Sarvimäki A, Clancy A, Stenbock-Hult B, Simonsen N, Liveng A, Zidén L, Johannessen A, Hörder L. Home as a health promotion setting for older adults *Scandinavian Journal of Public Health*, 2014;42(Suppl 15):36-40. tegn i brød>

Formål: At opnå en dybere forståelse af begrebet "hjemmet" som sundhedsfremmende omgivelse for ældre, voksne mennesker.

Metode: Refleksion over tidligere udgivet litteratur. Der er anvendt en hermeneutisk tilgang til den anvendte litteratur.

Resultater: Med højere alder bliver borgernes hjem en væsentlig determinant for uafhængighed. Hjemlige omgivelser er en del af personen, der er referencer til det liv, der er levet, og hjemmet kan give oplevelsen af at høre til i et nabolag.

Forfatterne understreger, at kun ved at medtænke den enkeltes opfattelse af "hjemmet" og den enkelte ældre borgers ressourcer kan der etableres omgivelser, der er virkelig sundhedsfremmende. Hvis sundhedspersonalet udelukkende fokuserer på risikominimering, kan den ældre borgers perspektiv overses, hvilket kan føre til, at den enkelte ikke oplever empowerment, og at der ikke sker sundhedsfremme.

Bemærkning: Denne refleksion over litteraturen understreger, at det perspektiv, der er gældende for sundhedsfremme, er væsentligt. Inddragelse af, hvad der har betydning og giver mening for den enkelte, er væsentligt, hvis sundhedsfremme skal lykkes. Inddragelse af borgerens oplevelse af mening, passende? og gennemførlighed?, er udgangspunkt for en praksis, der er sand evidensbaseret. Derfor er denne artikel relevant, når evidensbaseret praksis er på dagsordenen.

Preben Ulrich Pedersen, sygeplejerske, ph.d.,
Center for Kliniske Retningslinjer, Institut
for Medicin og Sundhedsteknologi, Aalborg
Universitet.; pup@klinikeretningslinjer.dk

Tanker om at flytte eller lade være, når man er meget gammel

Löfqvist C, Granbom M, Himmelsbach I, Iwarsson S, Oswald F, Haak M. Voices on Relocation and Aging in Place in Very Old Age – A Complex and Ambivalent Matter. *Gerontologist*. 2013;(53)6:919-27.

Formål: I dette tværnationale, kvalitative studie undersøges, hvordan meget gamle mennesker reflekterer i forbindelse med at flytte.

Design og metode: Studiet er en del af ENA-BLE-AGE projektet, hvor svenske og tyske data er anvendt. 80 deltagere på 80-89 år blev interviewet hjemme. 31 mænd og 49 kvinder, hvis gennemsnitlige alder var 85 år. Der blev anvendt konventionel, kvalitativ indholdsanalyse.

Resultat: Tanker og følelser i forbindelse med at skulle flytte som gammel er præget af kompleksitet og ambivalens. Der er mange forhold for og imod. Begrundelser for at flytte er at fastholde uafhængighed, at have kontrol i sit liv og at undgå ensomhed. Ikke at flytte begrundes i forbundethed med hjemmet, med stedet, med naboskabet og med lokalsamfundet, hvor man bor. Ligeledes er der økonomiske refleksioner, der kan tale imod flytning, bekymring over anstrengelser ud over, hvad man magter, og over at miste kontinuitet i vaner og rutiner.

Implikationer: Der er brug for udvikling af særlig rådgivning og vejledning med fokus på ambivalens og praktiske spørgsmål til gamle mennesker, der har tanker om at flytte. Ligeledes opfordrer forfatterne beslutningstagere til nytænkning i boligbyggeri, herunder plejeboliger til ældre mennesker.

Marianne Mahler,
sygeplejefaglig konsulent, dr.ph.;
mm.ahlefeldt@gmail.com

Forældres holdning til hørescreening af nyfødte

Via semistrukturerede interview blev 15 forældre spurgt om information og tanker om tilbuddet om hørescreening af deres nyfødte barn, inden de gik ind til undersøgelse. Forfatterne udførte studiet, mens de var under uddannelse ved Den Sundhedsfaglige Kandidatuddannelse, Aarhus Universitet.

Cathrine Bell, cand.scient.san., sygeplejerske, laver projekt for Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus; cbel@feap.dk
Inge Berg, cand.scient.san., jordemoder, ansat ved University College Syddanmark, Jordemoderuddannelsen i Esbjerg
Ditte Jensen, cand.scient.san., fysioterapeut, ansat i Aarhus Kommune, Magistraten for Sundhed og Omsorg
Søren Mose, cand.scient.san., fysioterapeut, ansat på VIA University College, Fysioterapeutuddannelsen i Holstebro, et. al

Fordele og ulemper ved screening for sygdomme diskuteres hyppigt i vestlige samfund, hvor man har ressourcer til denne form for sundhedstilbud. Ofte er de negative konsekvenser ved screeningsprogrammer ikke tilstrækkeligt belyst. I Danmark fødes årligt ca. 60.000 børn, og samtlige nyfødte tilbydes screening for høretab i et nationalt screeningsprogram. Heraf diagnosticeres ca. 250 børn med et permanent, medfødt uni- eller bilateralt høretab (1). Høretab er den hyppigste form for medfødt forstyrrelse af sanseevnen (1), og et hørehandicap kan have store sproglige og sociale konsekvenser for barnet (2,3).

Tidlig opsporing og behandling af et høretab menes at kunne mindske nogle af de negative konsekvenser ved et hørehandicap (2-4). Universel, neonatal hørescreening blev indført i Danmark i 2004 med det formål at opspore alle børn med medfødt høretab over 30 dB HL inden tremånedersalderen (1). Til hørescreeningen anvendes en teknologi, der både har en høj præcision og ikke påfører barnet umiddelbart fysisk ubehag (5,6). Få internationale studier har haft til formål at vurdere, om hørescreening påvirker forældrene til det nyfødte barn (7-10). I et svensk studie var forældre positivt stemte overfor hørescreening, da det gav mulighed for tidligt at give den fornødne hjælp til børn med medfødt høretab. Hørescreeningen udløste meget lidt angst, og et højt informationsniveau til forældrene var en afgørende faktor for dette (9).

I det nuværende danske hørescreeningsprogram screenes tusindvis af raske, nyfødte børn for at finde forholdsvis få nyfødte børn med medfødt høretab (1). Litteraturen beskriver kun sparsomt forældreoplevelser af hørescreeningsindsatsen (7,8,10), hvilket gør det relevant at vurdere, om screeningen kan have negative konsekvenser ud fra et forældreperspektiv. Formålet med dette studie var at undersøge, hvordan forældre oplever informationen om hørescreening, hvilken følelsesmæssig påvirkning hørescreening påfører forældre, om nogen, og om det forstyrrer relationen til deres nyfødte barn.

Materiale og metode

Indsamlede kvalitative data bestod af transskriptioner fra audiooptagede individuelle forældreinterview til neonatale børn udført på Aarhus Universitetshospital, Skejby. 15 forældre deltog, hvoraf syv mødte ind til førstegangsscreening, og otte kom til andet studie-screening, som var en re-screening som følge af et positivt eller manglende testresultat ved første screening.

10 af forældrene var førstegangsførelde. Via semistrukturerede interview blev informanterne spurgt ind til information og tanker om tilbuddet om hørescreening, inden de gik ind til undersøgelse. Efter hørescreeningen blev de desuden spurgt om deres umiddelbare oplevelse af hørescreeningen. Interviewene havde en varighed på 10-15 minutter, hvor en interviewer og en observatør deltog.

Audiooptagelserne blev skrevet ud som ordret transskription, hvortil der blev anvendt en transskriptionsnøgle. Datamaterialet blev bearbejdet i databehandlingsprogrammet NVIVO og analyseret ved systematisk tekstkondensering inspireret af Giorgi.

Først blev de transskriberede interview læst igennem flere gange for at danne en intuitiv fornemmelse af materialet. Dernæst blev meningsbærende enheder identificeret og markeret med en kodning. Indholdet i de meningsbærende enheder blev kondenseret, datamaterialet blev sorteret i fem kodegrupper, og der blev udviklet kunstige citater. De fem kodegrupper var:

- Information
- Tanker om at tage imod hørescreeningstilbuddet
- Tanker inden hørescreeningen
- Tanker efter hørescreeningen
- Et henvist testresultat.

Hver kodegruppe blev valideret op imod den oprindelige kontekst.

Resultater

Information

Information om hørescreening bliver formidlet forskelligt og er af varierende karakter. Det var vanskeligt for informanterne at huske, hvilken information de havde modtaget om hørescreeningen, og hvem de havde modtaget informationen fra. Enkelte forældre kunne huske, at de havde modtaget skriftlig information inden hørescreeningen. Andre havde læst om hørescreening på nettet eller havde modtaget mundtlig information ved konsultation efter

” Til hørescreeningen anvendes en teknologi, der både har en høj præcision og ikke påfører barnet umiddelbart fysisk ubehag.

fødslen. Hertil mente hovedparten at have modtaget mundtlig information om hørescreening på fødegangen eller barselsgangen. En forælder på 25 år, som kom til re-screening, udtalte:

”Vi vidste ikke noget på forhånd eller jo, det står her (læser op af brev ...). Jeg har ikke fået det hele læst, der har været så meget.”

Informanten tilkendegav, at der blev givet mange informationer både før og efter fødslen, og det var en hektisk tid for nybakte forældre. Generelt havde forældrene ikke meget kendskab til hørescreening forinden undersøgelsen, og de havde ikke et stort behov for information. En forælder på 30 år, der kom til førstegangsscreening, svarede:

”Jeg vidste da heller ikke, at det var sådan noget med elektroder på hovedet (...) men altså det var jo fint nok [griner lidt]. Jeg havde heller ikke brug for mere information, vil jeg sige. Det var fint nok.”

Det blev via interviewene tydeligt, at forældre ikke forholder sig kritisk til den information, der gives inden og under hørescreeningen, og der er ikke noget stort behov for at undersøge, hvad hørescreeningen går ud på. Der var tilfredshed med den information, der gives af screeningspersonalet, mens hørescreeningen udføres.

Tanker om at tage imod hørescreeningstilbuddet

Mange forældre tænker ikke over hørescreeningen som værende et tilbud, man kan takke ja eller nej til. De betragter det som en selvfølge at tage til hørescreening ligesom andre undersøgelser i forbindelse med barnet, f.eks. hælblodprøven, der foretages ved samme konsultation som hørescreeningen. Det er en af flere undersøgelser, forældrene deltager i, men ikke aktivt tager stilling til. En forælder på 30 år, der kom til førstegangsscreening, angav:

”Jeg tror ikke, jeg vidste, det var et tilbud. Jeg troede, det var noget, de skulle (...) og jeg ved ikke engang, om det er frivilligt (...), nej det er slet ikke noget, vi har tænkt over.”

To forældre, der kom til førstegangsscreening, en forælder på 35 år og en forælder på 32 år, svarede:

”Jeg troede, det var almen procedure. Jeg tænkte, at vi da gerne vil have alle de tests (...) som vi kan.”

” Der var en tendens til, at interviewede forældre ikke gjorde sig store overvejelser i forhold til hørescreening og ikke gav udtryk for nogen form for bekymring.

”Det handler om tryghed, tror jeg. Ja at være sikker på, at alt er, som det skal være.”

Der var konsensus blandt forældrene om, at det er godt at få testet barnets hørelse, og de tager imod alle de tilbud, der udbydes til deres børn. Samtlige forældre gav udtryk for, at hørescreening giver en tryghed, og de betragter testresultatet som værende et udtryk for, at barnets hørelse er, som den skal være. Ingen omtalte den mulighed, at testresultatet kunne være falsk positivt eller falsk negativt. Man stoler på, at testens præcision til at detektere et høretab er god.

Tanker inden hørescreeningen

Der var en tendens til, at interviewede forældre ikke gjorde sig store overvejelser i forhold til hørescreening og ikke gav udtryk for nogen form for bekymring. Selv blandt forældre, hvis barn kom til re-screening, var der ikke bekymring at spore. F.eks. udtalte en forælder på 33 år, som kom til re-screening, følgende:

”Jeg tror ikke, vi gjorde os nogle tanker... jeg var ikke bekymret for noget. Vi havde jo set, at hun reagerede på lyd, når der var nogle høje lyde. Så vi var ikke bange for, om hun kunne høre noget.”

Til forældre, som kom til re-screening, havde screeningspersonalet informeret om, at testen oftest udføres en ekstra gang pga. problemer med apparaturet, fosterfedt i øret eller et uroligt barn. Det fremgik, at forældre, som kom til re-screening, var beroliget af hørescreeningspersonalet efter et henvist resultat fra første screeningstest og derfor ikke havde forholdt sig til, at høretab var en reel mulighed for deres barn.

Tanker efter hørescreeningen

Til trods for, at der ikke blev givet udtryk for bekymring inden hørescreeningen, udviste forældre, hvis barn gennemførte hørescreeningen uden at udvise tegn på høretab, alligevel glæde og ▶

- ▶ lettelse efter hørescreeningen. Det var tilfredsstillende, at screeningen var veloverstået, og at alt var, som det skulle være. To forskellige forældre på 33 og 28 år udtrykte det på følgende måde:

“Det er dejligt, at man ikke skal gå og tænke over det (...) til flere undersøgelser eller noget, at alt er, som det skal være.”

“Det var fint – også fordi det gik godt. Så det var dejligt (...) en positiv oplevelse, synes jeg i hvert fald.”

Et henvist testresultat

En af de interviewede forældre på 26 år oplevede, at barnet fik et positivt testsvar ved re-screeningen. Denne forælder udtrykte ønske om hurtig opfølgning på audiologisk afdeling og var bekymret og påvirket af testresultatet.

“Jeg håber bare, vi får en tid til at få det tjekket så hurtig som muligt, selvfølgelig.”

Diskussion

Forfatterens dobbelte position som både forældre og sundhedsfaglige forskere kan have influeret på tolkningen af interviewene. For at imødekomme dette, blev forforståelser diskuteret og gjort bevidste inden interviewene, og der blev anvendt en stringent og systematisk fænomenologisk tilgang ved databearbejdningen.

Interviewet var en relevant metode til at indsamle oplysninger om forældres tanker omkring at få deres børn hørescreenet og den efterfølgende oplevelse af et hørescreeningsforløb. Semistrukturen gav mulighed for at afvige fra interviewguiden og lade informanternes meningstilkendegivelser udfolde sig, samtidig med at fokus på formålet blev bevaret. Data blev indhentet i samarbejde mellem interviewer og informant, og en anden interviewer kunne have opnået andre resultater. Dialoger er komplekse og åbne over for at producere forskellige, men valide fortolkninger.

Alt er, som det skal være

Forældrene tilkendegiver, at hørescreeningen giver en tryghed og vished om, at alt er, som det skal være. Dermed henvises til et negativt testresultat, hvor screeningen ikke giver anledning til en re-screening eller videre udredning på en audiologisk afdeling. Screeningsforløb kan imidlertid både opleves som en tryghed ved at få barnet undersøgt, men kan tilsvarende give anledning

til unødigt bekymring blandt forældre. Unødigt bekymring, som måske aldrig var opstået, hvis ikke hørescreeningen eksisterede som et tilbud. Denne nuance er ikke fremtrædende i resultaterne. Trygheden ved et negativt testresultat bliver derimod en falsk bekræftelse af, at alt er, som det skal være, såfremt testresultatet er et falsk negativt svar. Tilsvarende kan et falsk positivt testresultat betyde unødigt bekymring og ængstelse, hvor et studie af Fox et al. demonstrerede, at kontakten mellem mor og barn kan påvirkes af et positivt testresultat, også selvom den endelige diagnostiske udredning ikke er foretaget (8).

Videre til udredning

Blandt testresultaterne havde 14 forældre et negativt svar ved både førstegangsscreening og re-screening i andet stadie, mens én forælder havde et positivt svar ved re-screening, som betød henvisning til videre udredning på en audiologisk afdeling. Idet denne forælder blev spurgt om umiddelbare tanker efter resultatet, er der risiko for, at tanker og følelser ikke er fæstnede, og at besvarelsen bliver afmålt og kortfattet. Det er sandsynligt, at datamætning ikke er nået ved alene ét henvist testresultat.

Generelt set fyldte hørescreening ikke meget i forældrenes bevidsthed og blev betragtet som en standardundersøgelse, ikke noget, der var tænkt videre over. Det satte sine begrænsninger på besvarelsene ift. righoldighed og uddybelse, og det blev fremtrædende, at det ikke var en aktuel forældrebekymring at tage til hørescreening med sit barn. Resultatet er samstemmigt med den svenske undersøgelse af Magnusson et al., der viste, at ængstelse ikke var aktuelt ved hørescreening blandt forældre til nyfødte (9).

15 forældres meninger

Resultaterne bidrager til en forståelse af forældreoplevelsen af at komme til hørescreening med sit nyfødte barn. I den lokale kontekst er resultaterne meningstilkendegivelser fra de 15 forældre, som kom til hørescreening. I den bredere kontekst kan resultaterne overføres til nybagte forældre, der kommer til enten førstegangsscreening eller til re-screening i sundhedssystemer, hvor information og hørescreeningsforløb svarer til det danske. Resultaterne omfatter ikke børn, der har en forøget risiko for høretab, hvor der er tale om børn, der er arveligt disponeret for høretab,

» Forældrene tilkendegiver, at hørescreeningen giver en tryghed og vished om, at alt er, som det skal være.

er for tidligt fødte, har haft infektion i fosterstadiet, har haft et ophold på en intensiv neonatalafdeling i mere end 48 timer eller børn med kraniedeformiteter eller kromosomfejl (1).

Konklusion

Resultaterne illustrerer, at der generelt gives blandet information om hørescreening, og at forældre til nyfødte har problemer med at huske den information, de får, grundet mange oplysninger i en hektisk tid. Forældre forholder sig ikke kritisk til hørescreenings-tilbuddet og har derfor ikke mange tanker eller bekymringer i forbindelse med at tage til hørescreeningen.

Projektgruppen bestod af Cathrine Bell, Inge Berg, Ditte Jensen, Søren Mose, Maria Bregnballe Christensen og Esra Öztoprak. Tak til de interviewede forældre på Aarhus Universitetshospital.

Litteratur

1. Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens retningslinjer af 12. august 2004 for neonatal hørescreening. 2004 12. august.
2. Pimperton H, Kennedy CR. The impact of early identification of permanent childhood hearing impairment on speech and language outcomes. *Arch Dis Child.* 2012;97(7):648-53.
3. Degn C, Thomsen P. Tidlig identifikation af høretab og sprogudviklings betydning af socialdemografiske faktorer for deltagelse i den nationale neonatale hørescreening i Danmark. *Dansk audiologopædi.* 2013;49(3):11-22.
4. Watkin P, Baldwin M. The longitudinal follow up of a universal neonatal hearing screen: The implications for confirming deafness in childhood. *Int J Audiol.* 2012 Jul;51(7):519-28.
5. Konradsson KS, Kjaerboel E, Boerch K. Introducing universal newborn hearing screening in Denmark: Preliminary results from the city of Copenhagen. *Audiol Med.* 2007 2007;5(3):176-81.
6. Wolff R, Hommerich J, Riemsma R, Antes G, Lange S, Kleijnen J. Hearing screening in newborns: Systematic review of accuracy, effectiveness, and effects of interventions after screening. *Arch Dis Child.* 2010 ;95(2):130-5.

7. Fitzpatrick E, Graham ID, Durieux-Smith A, Angus D, Coyle D. Parents' perspectives on the impact of the early diagnosis of childhood hearing loss. *INT J AUDIOL.* 2007 02;46(2):97-106.
8. Fox R, Minchom S. Parental experiences of the newborn hearing screening programme in Wales: A postal questionnaire survey. *Health Expect.* 2008 Dec;11(4):376-83.
9. Magnuson M, Hergils L. The parents' view on hearing screening in newborns' feelings, thoughts and opinions on otoacoustic emissions screening. *Scand Audiol.* 1999;28(1):47-56.
10. Young A, Tattersall H. Universal newborn hearing screening and early identification of deafness: Parents' responses to knowing early and their expectations of child communication development. *J Deaf Stud Deaf Educ.* 2007 Spring;12(2):209-20.

English abstract

Bell C, Berg I, Jensen D, Mose S et al. Parental attitudes to newborn hearing screening. *Sygeplejersken* 2015;(4):90-3.

Background: In Denmark, all parents are offered a screening of their newborn infant for hearing loss, which amounts to upwards of 60,000 screenings annually. The screening is performed primarily by nurses and midwives, who, in addition to performing the hearing test itself, have to handle the parents' emotional response to having their child screened, information about the test, and disruption to the child-parent relationship.

Method: The design was a qualitative study involving audio recordings and transcriptions of 15 semi-structured interviews with first-time parents at Aarhus University Hospital. The interviews were conducted immediately before and after hearing screening of the infant.

Results: Parents have a positive attitude to allowing their child to be screened without reflecting on the fact that hearing screening is an optional service. The parents report neither dissatisfaction nor anxiety, although the level of information varies. They are not anxious before the hearing screening, yet still express relief when the screening is over without the result being referral to a specialist.

Conclusion: Parents have a positive attitude to hearing screening, regard the level of information provided as adequate, and the screening as a standard test.

Keywords: Hearing screening, newborns, parental experience.

Et praktikophold på et øjen

Et praktikophold på et øjenhospital i London gjorde det klart for en øjensygeplejerske, at den danske øjensygepleje er i top, men også at det er meget givende at besøge et andet land og observere sygeplejen der.

Anne Rasmussen, øjensygeplejerske i ambulatoriet på Glostrup Hospital; anne.lykke.rasmussen@gmail.com

Med mere end syv års erfaring som sygeplejerske inden for øjenspecialitet og med den tilhørende efteruddannelse for øjensygeplejersker i bagagen fik jeg i efteråret 2014 mit ønske opfyldt om et praktikophold på øjenhospitalet Moorfields Eye Hospital i det centrale London.

Jeg arbejder til daglig i ambulatoriet på Glostrup Hospitals øjenafdeling, hvor jeg primært er tilknyttet AMD-teamet (Aldersrelateret Macula Degeneration). Desuden er jeg patientsikkerhedsrepræsentant. Mit fokus for opholdet i London var AMD, patientsikkerhed og viden om øjengener hos personer med diabetes mellitus.

Moorfields Eye Hospital

Moorfields Eye Hospital tilhører det offentlige sundhedsvæsen, dvs. National Health Service (NHS). Det er et universitetshospital, og her er både forskning om øjet samt uddannelse af læger og sygeplejersker indenfor øjenspecialitet. Hospitalet virkede gammeldags og slidt, men snart blev alle mine fordomme om engelske hospitaler gjort til skamme. Det hele fungerer utrolig godt.

Aldersrelateret Macula-Degeneration (AMD)

Et langt stykke af vejen foregår undersøgelser og behandlingen af patienter med AMD ligesom i Danmark, se boks 1. Behandlingen påbegyndes med tre injektioner med Lucentis eller Eylea, der er VEGF-hæmmere, med en måneds mellemrum, se boks 2. Med denne antiangiogene behandling opnår patienten ofte synsforbedring, og i langt de fleste tilfælde kan yderligere synstab forhindres.

Herefter følges patienterne ca. en gang om måneden for at vurdere, om der er behov for yderligere behandling. Samme præparat gives på begge behandlede øjne. Der er minimum 28 dage imellem injektionerne på samme øje, hvor vi i Danmark er nede på 26

Boks 1.

Fakta om AMD (Aldersrelateret Macula Degeneration)

Dobbelttidig øjensygdom
To former for AMD: Tør og våd
Hyppigste årsag til læseblindhed i den vestlige verden
Forekomsten er stærkt stigende med alderen
Nogle kan behandles, ingen kan helbredes

Boks 2. Behandling af våd AMD

Opstart: Tre injektioner med VEGF-hæmmer (Eylea eller Lucentis)
Indsprøjtning af karvæksthæmmende lægemiddel i øjets bagerste del.
(Minimum 26 dage/28 dage imellem hver injektion i hhv. Danmark og England).
Herefter kontrol i øjenambulatoriet. Behov for fortsat kontrol er individuelt.

dage. Der måles IOP, se boks 3, efter hver af de tre første injektioner og herefter hvert halve år.

Ligesom i Danmark er øjendrypning med kloramfenikol afskaffet i dagene efter injektionerne for at forebygge infektion. Undersøgelser har nemlig vist, at denne forebyggende behandling ikke har indflydelse på antallet af infektioner.

” Stærkt synshandicappede har desuden nogle goder i det engelske samfund. Det er bl.a. fri transport hele døgnet i undergrundsbanen og fri tv-licens.

Ved synsundersøgelserne oplever jeg, at vi i Danmark er lidt mere grundige. På Moorfields Eye Hospital måler man kun visus, se boks 3, med egen korrektion, dvs. med patientens egen brille. Jeg så ikke én eneste gang en retinomax blive udført. Det er nærmest en standardundersøgelse herhjemme. Dernæst forsøger vi også som minimum at forbedre patientens syn med ekstra plus- og minusglas. Sygeplejerskerne fortalte mig, at de ikke kunne nå at gøre alle disse ting, fordi den tid, der er afsat til den enkelte patient, er kortere i deres ambulatorium end i Danmark. Patientflowet er så til gengæld højere i England.

Der er en stor forskel i forbindelse med øjeninjektionerne af VEGF-hæmmere, idet der på Moorfields Eye Hospital injiceres begge øjne samme dag. Dog udskiftes batch-nummer på medicinen, og hele det sterile sæt udskiftes imellem de to øjne. I Danmark skal der gå mindst syv dage imellem de to øjne pga. risikoen for infektion.

På Moorfields Eye Hospital er det desuden således, at det øje, der skal injiceres, allerede markeres med tusch over øjenbrynet af ▶

hospital i London



- den læge, der stiller diagnosen, dvs. allerede i kontrollen. Der skrives et stort E, hvis Eylea skal anvendes, og L hvis det er Lucentis. På gangen foran injektionsstuerne så jeg patienterne sidde med et stort bogstav skrevet med tusch henover det ene eller begge øjne. Her i Danmark markerer personalet først på selve injektionsstuen. Patienten angiver sit syge øje, og vi tjekker i journalen inden markeringen. Selvom det er muligt at få injiceret begge øjne samme dag i England, vælger mange patienter dog fortsat at få injektionerne på to forskellige dage, da de har svært ved at klare hjemturen og dagene umiddelbart efter injektionerne, når begge øjne er injiceret samtidigt.

Ligesom i Danmark er sygeplejerskerne i England begyndt at injicere. Netop Moorfields Eye Hospital holder undervisningsseminer for sygeplejersker fra hele England. Lægerne er med til at supervisere de nye injektionssygeplejersker. Patienterne skal skrive under på, at injektionen gerne må foretages af en sygeplejerske – blot den første gang – herefter er underskriften gældende. I det hele taget benytter det engelske sundhedssystem meget skriftligt samtykke til diverse undersøgelser og behandlinger.

Opsøgende satellitenheder

Der er ca. 1.000 ansatte på Moorfields Eye Hospital fordelt på selve hospitalet samt de 7-8 satellitenheder forskellige steder i London. Selve Moorfields Eye Hospital ligger midt i den centrale, rige del af London. Satellitenhederne er placeret lidt rundt omkring i forskellige dele af byen, bl.a. i Strafford, Croydon, Northwick Park og St. Georges. Jeg tilbragte en dag på Mile End Hospital i udkanten af

London, hvor Moorfields Eye Hospital har en afdeling. Her screenes folk med diabetes for øjenkomplikationer. Netop i dette område har 6,1 pct. af befolkningen diabetes, hvilket er det højeste antal i England og noget mere end de 4,5 pct., der er gennemsnittet i England.

Området er samtidig præget af stor arbejdsløshed, høj kriminalitet, meget dårlig tandstatus og generelt dårligt helbred. En stor del af patienterne taler slet ikke engelsk, og de, der mødte op, havde mange problemer med komplians. Motion var et fremmedord. Området, hvor hospitalet lå, virkede fattigt i forhold til det centrale London. Sygeplejerskerne fortalte, at disse patienter ofte gav udtryk for, at de både var bange for en eventuel diagnose og samtidig var bange for diskriminering. Ligesom i Danmark er det også et stort problem i England, at patienter med diabetes ikke møder op til deres aftaler.

På Mile End Hospital udføres visus-måling, der tages et fundusbillede, se boks 3, men ikke et oct-billede. Når billedet vurderes, besluttet det, om det er tilstrækkeligt at undersøge patienten igen om et år, eller om en yderligere og mere grundig undersøgelse bør foretages på selve Moorfields Eye Hospital inden for et par uger eller helt akut.

Både på Moorfields Eye Hospital og på Mile End er der tilknyttet en diabetes-sygeplejerske. Hun gennemgår journalerne og udvælger patienter, hvor hun sammen med patienten gennemgår kost, livsstil og finder muligheder for forbedringer, bl.a. reduktion af sukker og andre ændringer i kost og levevis.

Synshjælpemidler

Synshjælpemidler kan der ansøges om via regeringen, men også hos organisationer som Macula Society. Her er grænsen nogenlunde den samme som i Danmark, nemlig 0,3, evt. lidt mere for at få hjælpemidlerne betalt. Stærkt synshandicappede har desuden nogle goder i det engelske samfund. Det er bl.a. fri transport hele døgnet i undergrundsbanen og fri tv-licens. Her skal visus dog være under et vist minimum, dvs. 0,1 svarende til kravet for medlemskab i Dansk Blindesamfund.

Patientsikkerhed

På Moorfields Eye Hospital modtages og behandles ikke længere utilsigtede hændelser, der er anmeldt anonymt. Da jeg talte med riskmanageren, fortalte han, at der har været tilfælde, hvor personalet har indrapporteret hændelser med det formål at chikanere

Boks 3. Undersøgelser

Visus: Synsstyrke

IOP: Intraokulært tryk. Måles med et tonometer på hornhinden.

Retinomax: Autorefraktion. Elektronisk udmåling af synsstyrke.

Fundusbillede: Fotografisk gengivelse af nethinden.

Trespejlsundersøgelse: En kontaklinse med spejle i, der muliggør inspektion af den perifere del af nethinden med henblik på påvisning af rifter eller andet sygeligt perifert i nethinden.

OCT: Optisk kohærens tomografi. Topografisk gengivelse af tværsnit gennem nethinden. Kaldes ofte et scanningsbillede af nethinden.

hinanden. Dette står i skarp kontrast til mit arbejde med patientsikkerhed i Danmark, hvor det netop er muligheden for anonymitet, der vægtes meget højt i forbindelse med indberetning af utilsigtede hændelser. Desuden har Moorfields Eye Hospital ligesom andre hospitaler tilfælde, hvor utilsigtede hændelser ikke anmeldes. Personalet er bange for at anmelde hændelserne både på grund af en eventuel klagesag og pga. risikoen for fyring eller for at få hængt kollegaer ud.

I England har borgerne ikke cpr-numre. Når patienten skal identificere sig selv, siges det fulde navn, fødselsdato og den første linje i adressen. Efter identifikationen spørges patienten om allergier samt om helbredsproblemer både mht. hjerte og lunger og generelt.

Der er en vis sikkerhed omkring flere ting. Bl.a. er nøglen til låseren låst inde i en boks, der kun kan åbnes med kode. Desuden er en del af medicinen under samme kontrol, ligeledes med kode.

Kvalitetssikring

Netop nu er NMC i samarbejde med NHS og Moorfields Eye Hospital ved at gennemføre en kvalitetsundersøgelse for at få viden om, hvor tilfredse patienter og pårørende er. Alle takkekort gemmes og læses igennem, og samtidig er der de mere officielle spørgeskemaer, der udfyldes efter hver kontakt til hospitalet. Der er nedsat en arbejdsgruppe, der mødes en gang om måneden, og som løbende følger op på undersøgelsen. Tilsvarende har vi i Danmark LUP, Den Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser, der ligeledes beder patienter udfylde spørgeskemaer om forløbet af behandlingen.

Der er også volontører, som byder velkommen og viser patienter og pårørende til afdelingerne. Dette svarer lidt til Glostrup Hospitals "Ventet og Velkommen".

Arbejdstider og kompetenceudvikling

I ambulatoriet er fuld arbejdstid 37½ time, oftest fordelt på fire dage. Herudover er der mulighed for at planlægge videreuddannelse samt studie- og kursusdage. Moorfields Eye Hospital støtter

» I England har borgerne ikke cpr-numre. Når patienten skal identificere sig selv, siges det fulde navn, fødselsdato og den første linje i adressen.

» Der blev taget utrolig godt imod mig. Der var udarbejdet en plan for, hvad jeg skulle igennem i de to uger, besøget varede, og under hele forløbet fulgtes jeg med sundhedspersonalet.

ligesom øjenafdelingen på Glostrup Hospital op om videreuddannelse og dygtiggørelse indenfor øjenspecialt.

Afdelingen behandler både akutte og planlagte patienter. Hver patient har en kontaktperson og er samtidig tildelt en læge, der er ansvarlig for behandling og forløb.

Personalet består af både yngre og af mere erfarne sygeplejersker. De mere erfarne fungerer som ansvarshavende og er desuden supervisorer for de yngre sygeplejersker. De har også nurse consultants. Det er sygeplejersker, som har opnået en udvidet kompetence på lægefagligt niveau, faktisk små læger. De kan oftalmoskopere, udføre trespejlsundersøgelse og har lov til at tage beslutninger på lægefagligt niveau.

En tredjedel mandlige sygeplejersker

Sygeplejerskegruppen på Moorfields Eye Hospital bestod af godt en tredjedel mænd. Desuden er London en by med mange nationaliteter samlet, og det afspejlede sig også i sygepleje- og lægegruppen, hvor der var nationaliteter fra Korea, Zimbabwe, Australien, Bulgarien, Polen, Indien, Kina, Saudi-Arabien, Grækenland, Sydafrika, Somalia, Kenya, Pakistan, Spanien, Filippinerne, Nigeria, Italien, Rumænien, Portugal, Malaysia, Columbia, Irland, Ghana, Tyskland og Jordan. Der var en rigtig god omgangstone.

Medicin og journaler

Der udleveres hverken medicin eller øjendråber på selve afdelingen. Der sendes en recept elektronisk til patientens apotek, hvorefter patienten har mulighed for at hente den der. Desuden findes et apotek på hospitalet, hvor patienterne også kan hente den ordinerede medicin.

Både sygepleje- og lægejournalen er skrevet elektronisk, men man benytter også papirjournaler. De kan i nogle tilfælde være ▶

- ” Mange ting ved det engelske sundhedsvæsen er godt, men min opfattelse er helt klart, at det danske øjenspecialer er i top. Vi kan være stolte af vores sundhedsvæsen.

svære at tyde, hvilket jeg selv oplevede, da vi gennemgik nogle af dem. Blodprøvesvar er ligeledes registreret elektronisk, og det er lægen, der har det fulde ansvar for at bestille og tjekke resultaterne. Her kan det stadig være lidt et problem, at hospitalernes systemer ikke er indbyrdes koordineret, også selvom det blot drejer sig om blodprøver og svar fra et andet hospital i London.

Sådan kom jeg af sted

Jeg blev registreret hos NMC (Nursing and Midwifery Council) i London, hvilket betyder, at man får en engelsk autorisation. Man kan godt komme på et praktikophold i England som sygeplejerske uden en sådan registrering, men hospitalerne foretrækker, at man har en. Desuden gør det opholdet lettere, fordi der er mulighed for at deltage en smule i enkelte situationer. Det kan godt tage 4-6 uger at få registreringen i orden, men så varer den også et år, herefter skal den fornyes.

Herefter kontaktede jeg Moorfields Eye Hospital, hvor jeg fik kontakt til en seniorsygeplejerske, der er med til at arrangere praktikophold på hospitalet for både sygeplejersker og sygeplejestuderende fra hele verden. Jeg skulle maile mine papirer til ham samt udfylde et ansøgningsskema. Et af spørgsmålene var bl.a., hvad jeg mente, jeg ville få ud af dette ophold. Et par uger før afrejsen fik jeg endelig grønt lys for opholdet, og i slutningen af oktober tog jeg af sted med stor opbakning fra mine kollegaer og min ledelse.

Jeg bookede et billigt hotel så tæt ved hospitalet som muligt, men jeg ved, at der er mulighed for at leje et værelse, der tilhører hospitalet. Her skal opholdet dog have en varighed af mindst en måned. Desuden findes der et hav af andre muligheder for at få et værelse i London. Jeg selv er uddannet fra Diakonissstiftelsens Sygeplejeskole, og derfra blev jeg tilbudt hjælp til at finde et værelse via deres kontakter.

Det var et meget lærerigt og spændende praktikophold. Jeg fik meget ud af opholdet både fagligt og personligt. Der blev taget utrolig godt imod mig. Der var udarbejdet en plan for, hvad jeg skulle igennem i de to uger, besøget varede, og under hele forløbet fulgtes jeg med sundhedspersonale.

Mange ting ved det engelske sundhedsvæsen er godt, men min opfattelse er helt klart, at det danske øjenspecialer er i top. Vi kan være stolte af vores sundhedsvæsen. Det rummer mange kvaliteter, som jeg synes bør fremhæves, når danske sygeplejersker som jeg får mulighed for at vise vores sundhedsfaglige ansigt ude i verden.

English abstract

Rasmussen A. An internship at a London eye hospital. *Sygeplejersken* 2015;(4):94-9.

Over the course of a two-week internship at Moorfields Eye Hospital in London, a Danish ophthalmic nurse studied differences and similarities in monitoring and treatment of AMD (Age-related Macular Degeneration) and eye complications in patients with diabetes mellitus.

Moorfields Eye Hospital is located in Central London. It treats all types of eye diseases. In addition, the hospital has seven satellite units across the capital. There are just over 1,000 staff. The main work at the satellite units is to screen patients with diabetes for eye complications and check for AMD, glaucoma, uveitis and other eye disorders.

Screening, checks and treatment of patients with AMD are by and large as in Denmark.

Moorfields Eye Hospital, like its Danish counterparts, is committed to improving patient safety and researching quality of care.

All in all, this was an instructive internship, but I believe we can take pride in the quality of our healthcare system in Denmark.

Keywords: AMD, diabetes, eye complications, ophthalmic nursing.

Her er jeg sammen med Nurse Consultant Adam Mapani og diabetessygeplejerske Razia Amin. Privatfoto.



JOB



SE ALLE STILLINGER: WWW.DSR.DK/JOB

Praktiske oplysninger til annoncører

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

Nr. 5 - 2015
27. marts 2015

Nr. 6 - 2015
21. april 2015

Nr. 7 - 2015
8. maj 2015

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

Rådgivning og vejledning vedr. opsætning af annoncer
Dansk Mediaforsyning ApS • Elkjærvej 19 st. • 8230 Åbyhøj
Tlf. 7022 4088 • e-mail: dsrjob@dmfnet.dk
Internet: www.dmfnet.dk
Her kan du også rekvirere medieinformation.

Indleveringsfrister for STILLINGSANNONCER til de kommende numre

Nr. 5 - 2015
1. april 2015

Nr. 6 - 2015
24. april 2015

Nr. 7 - 2015
13. maj 2015

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

Udgivelsesdatoer

Nr. 5 - 2015
20. april 2015

Nr. 6 - 2015
11. maj 2015

Nr. 7 - 2015
1. juni 2015



Halsnæs
Kommune

Natur og Udvikling



Sundhedsplejerske – Barselsvikariat 32 timer ugentlig Sundhedstjenesten

Kunne du tænke dig at arbejde i naturskønne omgivelser i et hjørne af Nordsjælland mellem fjord, sø og hav, så har vi stillingen til dig. Vi er sammen med Familieafdelingen og PPR organiseret i området SSF, Social Service og Familier. Områdets overordnede opgave er at støtte sårbare børn, unge, voksne og familier med henblik på deres trivsel, udvikling og selvforsørgelse. Sundhedstjenesten består af 9 sundhedsplejersker og 1 leder. Kontakt leder af Sundhedstjenesten Jette Kürstein, telefon 2465 9267.

Ansøgningsfrist tirsdag den 14. april 2015.

Læs mere og se flere ledige stillinger på www.halsnaes.dk

Redelighed
Helhed
Mulighed

Ansøgningen sendes online via www.halsnaes.dk - se under job - ledige job eller til Halsnæs Kommune, Rådhuspladsen, Frederiksværk

Tre docenter søges til Institut for Sygepleje Metropol

Er du erfaren forsker og kan du initiere, iværksætte, lede og gennemføre sundhedsfaglige forskningsprojekter i samarbejde med region, kommuner og universiteter?

For at realisere instituttets planer om øget forskningsaktivitet søger Institut for Sygepleje yderligere tre docenter med forsknings- og undervisningskompetence på højt niveau.

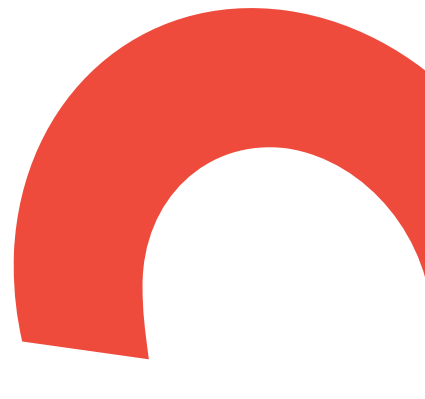
Docenterne skal stå i spidsen for forskningsprojekter og -programmer og sikre fortsat fremdrift og udvikling af instituttets forsknings- og udviklingsmiljø.

Institut for Sygepleje i Metropol danner rammen om landets største sygeplejerskeuddannelse med ca. 2.900 studerende og 140 ansatte

samt et spændende professionsrettet forskningsmiljø. Vi har en ambition om at medvirke til løsning af væsentlige samfundsudfordringer ved at uddanne dygtige sygeplejersker og ved at bidrage til udvikling af professionspraksis gennem forskning af højeste kvalitet – og vi er godt på vej.

Se det fulde opslag på www.phmetropol.dk/job

Ansøgningsfrist den 22. april 2015 via linket i opslaget på www.phmetropol.dk/job



Professionshøjskolen Metropol er en selvejende institution for videregående uddannelse med ca. 10.000 studerende og 1.000 medarbejdere i København.

Metropol skeler hverken til køn, alder, etnicitet eller lignende, men alene til kompetence og talent.

METROPOL

Klaksvíkar Sjúkrahús FO-700 Klaksvík



Ferieafløser

Anæsthesi sygeplejerske

Til vores anæstesiafdeling søger vi en fuldtidsbeskæftiget anæsthesisygeplejerske fra 01.07.15 – 31.08.15.

Dokumenterede rejseudgifter vil blive refunderet.

Der vil være mulighed for at leje møbleret værelse eller lille lejlighed.

Løn i henhold til overenskomst mellem Felagið Føroyskir sjúkráttarfrøðingar og Fíggjarmálaráðið.

Nærmere oplysninger vedrørende stillingen fås ved henvendelse til afdelingssygeplejerske Annfríð Winther, tlf. 00298 454545 lokal 4513 annfrid@ks.fo eller forstanderinde Jona Nielsen, lokal 4606 jona@ks.fo

Ansøgning vedlagt kopi af autorisation, eksamensbevis samt oplysninger om tidligere ansættelse sendes til Klaksvíkar Sjúkrahús, sygehusdirektøren, FO-700 Klaksvík.

Ansøgningsfrist 30.03.15



Sådan læser du din lønseddel ...

www.dsr.dk

Dansk Sygeplejeråd



Net annoncer

Gå ind på <http://job.dsr.dk/>

Indtast Quick-nummeret, så kommer du direkte ind til netannoncen, hvor du kan læse meget mere om stillingen.

Netannoncer kan indtastes hele døgnet.

Quicknr. **Hovedstaden**
12009894 Københavns Kommune
Ansvarshavende nattevagt til Den Sociale Hjemmepleje
Ansøgningsfrist: 24. marts 2015



Quicknr. **Hovedstaden**
12009681 Københavns Kommune
Demenssygeplejerske til Hjemmesygeplejen Bispebjerg
Ansøgningsfrist: 24. marts 2015



Quicknr. **Hovedstaden**
11806731 Københavns Kommune
Center-/udviklingssygeplejerske til socialpsykiatrien i Roskilde
Ansøgningsfrist: 6. april 2015



Quicknr. **Hovedstaden**
11714440 Ishøj Kommune
Plejehjemmet Torsbo, Ishøj Kommune
Danmarks bedste Torsbo søger gruppeleder
Ansøgningsfrist: 27. marts 2015



Quicknr. **Hovedstaden**
12032732 Halsnæs Kommune
Områdeleder
Ansøgningsfrist: 26. marts 2015



Quicknr. **Hovedstaden**
12035275 Dragør Kommune
Centerleder på Omsorgscentret Enggården
Ansøgningsfrist: 6. april 2015



Quicknr. **Hovedstaden**
12045352 Københavns Kommune
Sygeplejersker i dagvagt til Hjemmeplejecenter Nord
Ansøgningsfrist: 25. marts 2015



Quicknr. **Hovedstaden**
12055776 Københavns Kommune
Ans. sygeplejerske til aftenplejen til hjemmeplejecenter Midtbyen
Ansøgningsfrist: 25. marts 2015



SYDDANSK UNIVERSITET

WWW.SDU.DK/STILLINGER

► Projektsygeplejerske

Syddansk Universitet, Dansk Center for Aldringsforskning søger en sygeplejerske på fuld tid til et internationalt forskningsprojekt om aldring. Ansættelsen er tidsbegrænset til 2 år. Tjenestested er København og Sjælland.

Ansøgere med følgende kvalifikationer vil blive prioriteret

- Bopæl i det Storkøbenhavnske område
- Kørekort og adgang til egen bil
- Rutine i blodprøvetagning
- Erfaring med brug af PC
- Gerne flere års erfaring fra ældreområdet
- Lyst og evne til at arbejde alene og selvstændigt.

ANSØGNINGSFRIST: 15. april 2015

Læs mere og søg stillingen på www.sdu.dk/stillinger



SYDDANSKUNIVERSITET.DK

Seniorsammenslutningens arrangementer

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

Hovedstaden

Seniorsygeplejerskerne i Kreds Hovedstaden Nord

Sygeplejerske Grethe Mygind fortæller om at være udstationeret i Lesutho.

Tid og sted:

8. april 2015 kl. 14:00 - 16:00
Rådhusstræde 29,
3400 Hillerød

Arrangør:

Seniorsygeplejerskerne i Kreds Hovedstaden, Nord

Tilmelding:

Inden den 1.4.2015 på
tlf. 2345 8507 eller e-mail:
bptvingsvej@gmail.com

Pris:

30 kr. for kaffe

Møde for seniorsygeplej. Kreds Hovedstaden Vest Bemærk ny tid

Tidl. kordegn Birgitte Nielsen fortæller om sit frivillige arbejde i Nepal.

Tid og sted:

9. april 2015 kl. 14:00 - 16:00
DSR Kreds Hovedstaden,
Frederiksborggade 15, 4. sal,
1360 København K

Arrangør:

Kontaktudvalget for seniorsygeplejersker Kreds Hovedstaden Vest

Tilmelding:

Senest den 7. april:
Lisbeth Vendelbo,
tlf. 3675 6483 eller
Karen Kjettrup, tlf. 4717 7930.

Pris:

20 kr.

Senior sygeplejersker Kreds Hovedstaden

Så er der mulighed for at se Garnisonskirken. Den vil pastor Claus Oldenburg vise og fortælle om.

Tid og sted:

9. april 2015 kl. 11:00 - 13:00
Garnisonskirkens Menigheds-
hus, Skt. Annæ Plads 4,
København K

Arrangør:

Hovedstaden Central

Tilmelding:

Senest 7. april til
dora.pawlowski@outlook.dk
eller tlf. 4050 3579

Pris:

30 kr.

Yderligere info:

Se hjemmesiden

Seniormøde på Bornholm

Leder af Kvindekrisecentret i Rønne, Ingrid Funch Jørgensen fortæller om centrets opgaver og dagligdagens glæder og sorger.

Tid og sted:

16. april 2015 kl. 14:00 - 16:00
Kreds Hovedstaden, Bornholm,
Haslevej 50, 3700 Rønne

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

DSR, tlf. 4695 4917 eller Inge-
Lise Hansen, tlf. 5695 2910
senest 15.4.2015.

Pris:

25 kr. for kaffe med brød

Sjælland

Valg til landsbestyrelsen Kreds Sjælland

Der skal vælges kandidat og suppleant til Landsbestyrelsen for Seniorsygeplejersker. Alle seniorsygeplejersker som er medlem af DSR kan opstille. Er du kandidat, skal du inden 1. maj 2015, kontakte Gulle Aagaard på e-mail: aagaardgulle@gmail.com Der bliver kun valg, hvis der er flere kandidater.

Kost, gigt, motion og gode vaner

Kost-, livsstils- og stresscoach Helle Danielsen ved at træning (er fitnessinstruktør), kost og livsstilsændringer kan forøge livskvalitet for mange med gigt og lign. Vi hygger, motionerer måske lidt og får lidt sundt til kaffen!

Tid og sted:

14. april 2015 kl. 14:00 - 16:30
Mødelokale Solsikken, v/geria-
trisk afd. Fjordvej 15,
4800 Nykøbing F.

Arrangør:

Kontaktudvalget, seniorsam-
menslutningen tidl. "Stor-
strømmen"

Tilmelding:

Gulle, tlf. 5482 5684 eller
Inger, tlf. 2042 5472 senest
7.4.2015.

Pris:

50 kr. for medlemmer.

Seniorsygeplejerskerne Kreds Sjælland Roskilde

Inviterer på Forårstur til Helsingør. Vi besøger Hellebæk og ser museet ved Hammermølle. Vi har guide i Hammermølle. Der er bestilt frokost på Hotel Marienlyst.

Tid og sted:

21. maj 2015 kl. 9:00 - 17:00
Bussen kører fra Kildegården
kl. 9.00

Arrangør:

Kontaktudvalget i Roskilde

Tilmelding:

Bindende tilmelding senest
20. april på tlf. 7021 1664.

Pris:

250 kr. for medlemmer og
300 kr. for gæster, indbetales
til konto 1551 - 10351170

Yderligere info:

Tilmelding på sjælland@dsr.dk

Seniorsammenslutningen Fyn

Vi mødes og får denne gang besøg af Edel Kirketerp, der vil fortælle om arbejdet i Sygeplejeetisk Råd, samt den seneste udvikling med vedtagelse af revidering af de sygeplejeetiske retningslinier, belyst ved eksempler.

Tid og sted:

9. april 2015 kl. 13:30 - 15:30
Munke Mose Plejecenter,
Munke Mose Allé 2-4,
5000 Odense C

Arrangør:

Seniorsammenslutningen Fyn

Tilmelding:

Senest 7. april til Ingelise,
tlf. 5184 2275, e-mail:
ibruhn@hotmail.com eller
Conny, tlf. 2176 8818,
e-mail: coands@gmail.com

Pris:

20 kr. for kaffe med brød

Yderligere info:

www.dsr.dk

Seniorsammenslutningen Trekanten

Foredrag med Birgitte Arendt "Kys jorden", når glæden flyder over. Glæden i alle afskygninger og smerten og den afsindige glæde der ikke har anden årsag end jeg lever.

Afsluttende info om valg til seniorsammenslutningen.

Tid og sted:

21. april 2015 kl. 13:00 - 15:00
DSR's lokaler, Vejlevej 121,
7000 Fredericia

Arrangør:

Seniorsammenslutningen
Trekanten

Tilmelding:

Tilmelding senest 20. april
kl. 12.00 til Vibeke, tlf. 2176
7697 eller Jenny, tlf. 3123 7433.

Pris:

30 kr. kaffe med brød

Yderligere info:

www.dsr.dk

Midtjylland**Valg til Landsforeningen for Seniorer - Kreds Midtjylland**

Er der anmeldt flere kandidater til posterne, vil der blive afholdt valgcafé-møder i Kreds Midtjylland således: Den 05.05.2015 kl. 14.00 - Klostercaféen, Klostergade 37, 8000 Aarhus C. Den 11.05.2015 kl. 16.00 - Sundhedscenter Viborg, Toldbodgade 1, 8800 Viborg. Den 27.05.2015 kl. 14.00 - BUPL, Stationsvej 8 A, 7500 Holstebro. Efter den 01.05.2015 oplyser vi på vores lokale hjemmeside om der skal afholdes valg.

Kontaktudvalgene i Kreds Midt

Seniorsammenslutningen Kreds Midtjylland Viborg/Skive

Seniorsammenslutningen inviterer til foredrag med Præst ved Sorte Brødre Kirke, John Melchiorsen. Han har været udsendt som feltpræst i Afghanistan og vil fortælle om arbejdet blandt de udsendte soldater.

Tid og sted:

15. april 2015 kl. 14:00 - 16:00 Mønsted Kro, Holstebrovej 205, Mønsted, 8800 Viborg

Arrangør:

Seniorsammenslutningen Viborg/Skive

Tilmelding:

Senest 8. april 2015 til Ingrid Bøge, tlf. 8688 0084 eller e-mail: ingridboege@hotmail.com eller Else Marie Koefoed, tlf. 8664 7332 eller e-mail: emjkofoed@gmail.com

Pris:

Kr. 50

Yderligere info:

www.dsr.dk/midtjylland

Seniorsammenslutningen Aarhus/Silkeborg/Randers/Horsens

Der inviteres til møde med overskriften "Slut fred med din medicin" v/lægemedelkonsulent Kåre Sundmark.

Tid og sted:

7. april 2015 kl. 14:00 - 16:00 Kloster Caféen, Klostergade 37, 8000 Aarhus C.

Arrangør:

Seniorsammenslutningen Aarhus/Silkeborg/Randers/Horsens

Tilmelding:

På tlf. 2398 1009 (Lis Jensen) el. 8619 1708 (Rita Kristensen) senest 1. april 2015.

Yderligere info:

www.dsr.dk/midtjylland

Seniorsammenslutningen Kreds Midtjylland, Holstebro/Herning

Seniorsammenslutningen deltager i Ladywalk i Agger mandag den 18. maj 2015, kl. 18.30. Arrangementet er gratis for seniormedlemmer af DSR, Kreds Midtjylland.

OBS - Udlevering af trøjer mellem kl. 17.00 og kl. 18.00

Tid og sted:

18. maj 2015 kl. 17:00 - 21:00 Agger

Arrangør:

Kontaktudvalget for Seniorsammenslutningen Holstebro/Herning

Tilmelding:

Kirsten Sanggaard, tlf. 9741 4345 eller Karen Margrethe Kølbæk, e-mail: kmk_285@hotmail.com senest den 20. april 2015

Pris:

Arrangementet er gratis for seniormedlemmer af DSR, Kreds Midtjylland

Nordjylland**Seniorsammenslutningen i Kreds Nordjylland**

Magnet smykker - sundhed og velvære v/Gitte Brix.

Tid og sted:

7. april 2015 kl. 14:00 - 16:00 Kredskontoret, Sofiendalsvej 3, 9200 Aalborg SV

Arrangør:

kontaktudvalget / Seniorsammenslutningen

Tilmelding:

Birgit Hansen, 6084 6854 - gerne sms
Annalise Bonde, 2283 4628 - gerne sms
27. marts 2015

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk

DSR Fonde og legater**Øjensygeplejersker kan søge uddannelsesstøtte**

Medlemmer af Fagligt Selskab for Øjensygeplejersker, kan søge uddannelsesstøtte fra Øjensygeplejerskernes fond for uddannelsesstøtte. Støtten uddeles af midler fra Alcon, Novartis, AMO, Topcon og foreningens egen fond. Ansøgningsskema og vejledning kan hentes på selskabets hjemmeside. Ansøgningsfrist 1. maj 2015.

DSR Meddelelse**Generalforsamling i Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker**

FS Sundhedsplejersker afholder generalforsamling d. 5. maj 2015 kl. 8.45-10.00 på Hotel Nyborg Strand, i forbindelse med Landskonferencen. Forslag til behandling sendes til formand Susanne Hede, susannehede@fs10.dk senest 5. april 2015. Dagsorden ifølge vedtægter kan findes 14 dage før generalforsamlingen på sundhedsplejersken.nu

Sankt Lukas Stiftelsen Hold 70B

Velkommen til træf i Skovgaardsgade 38, 2100 København Ø, hos Karin Anna Petersen, fredag den 29. maj 2015 kl. 15 - ? Tilmelding snarest muligt på tlf.: 2381 5520, e-mail: karin.petersen@igs.uib.no kap1951@me.com eller på Skype: kap1951 Vi håber at finde frem til alle og at I har lyst at mødes med os. Kærlig Charlotte Millong/Rasmussen, Lisbet Kliniken og Karin Anna Petersen

Generalforsamling

Der afholdes generalforsamling i Fagligt Selskab for Sundhedsfaglige Supervisorer, onsdag den 3. juni 2015, kl. 9.00 på Hotel Park i Middelfart. Dagsorden ifølge vedtægter. Formand Mette Stevns, e-mail: mette.stevns@regionh.dk

Konference i Middelfart

Fagligt Selskab for Sundhedsfaglige Supervisorer afholder en 1 dags konference onsdag den 3. juni med overskriften: "Nye veje - og/eller omveje - en forandringstid". Se program på hjemmesiden: www.dsr.dk/fs/fs30 Ved ønske om yderligere oplysninger kontakt venligst: Bente Frederiksen, tlf. 4060 5965 eller e-mail: bente.frederiksen@regionh.dk

Generalforsamling i Daena, Fagligt Selskab for Akut-sygepleje

Mandag 27. april 2015, kl. 16.30-20.30. Sted: DSR, Kvæsthuset, Sankt Annæ Plads 30, København. Dagsorden efter vedtægter. Der vil være oplæg ved Dorte Steenberg, næstformand DSR, socialspl. Lene Damgaard og konsulent Michael Bro. Dagsorden kan findes på vores hjemmeside, Daena. Indkomne forslag til dagsorden skal være formanden i hænde senest den 13.04.2015. Af hensyn til forplejning, tilmelding til formand Annette Jakobsen, e-mail: annjak@rm.dk

DSR Kursus

Nedsættelse af infektioner. Hvordan brænder vi igennem?

Hvad skal der til for at nedsætte forekomsten af luftvejs- og urinvejsinfektioner? Hvordan bliver vi bedre til at "brænde igennem" med vores infektionshygieniske budskaber?

For alle interesserede

Tid og sted:

27. maj 2015 kl. 08:00 - 16:00
Hotel Nyborg Strand,
Østerøvej 2, 5800 Nyborg

Arrangør:

FS for Hygiejnesygeplejersker, 10

Pris:

1.600 kr. for ikke-medlemmer,
900 kr. for medlemmer af
FSFH

Yderligere info:

www.dsr.dk/fsfh - under punktet Temadage

DSR Kredsmøde

Hovedstaden

Sygeplejersker med varige begrænsninger i arbejds- evnen

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

Tid og sted:

13. april 2015 kl. 13:00 - 16:00
Frederiksborggade 15, 4. sal,
1360 København K

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/hovedstaden/NedsatArbejdsevne

Fagdag for psykiatriske sygeplejersker

Med hvilket blik møder vi mennesker med psykisk sygdom? Inspirerende fagdag for alle sygeplejersker i Kreds Hovedstaden, der arbejder med psykiatri.

Tid og sted:

8. maj 2015 kl. 08:30 - 15:15
Bethesda, Rømersgade 17,
1362 København K

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Decubitus

Opdatér din viden om forebyggelse og behandling af decubitus.

Tid og sted:

4. maj 2015 kl. 08:30 - 16:00
Dansk Sygeplejeråd,
Frederiksborggade 15, 4. sal,
1360 København K

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Pris:

Gratis

Videnscafé

Unge som pårørende til alkoholafhængige

Hvordan er det at være barn og ung i en familie, hvor mor eller far er afhængige af alkohol? Og hvordan kan man reagere som sundhedsprofessionel, når man møder disse familier?

Tid og sted:

5. maj 2015 kl. 16:30 - 19:30
Dansk Sygeplejeråd,
Frederiksborggade 15, 4. sal
1360 København K

Arrangør:

Kreds hovedstaden

Pris:

Gratis

Sjælland

Fagdag i DSR Kreds Sjælland

Kom til en spændende dag og hør bl.a. professor Bente Klarlunds peptalk om sundhed, samt Thomas Milsted tale om stress og arbejdsglæde. Dagen afvikles med 6 workshops med fokus på sygeplejeforskning.

Tid og sted:

21. maj 2015 kl. 09:00 - 18:00
Borup Erhvervscenter,
Møllevvej 15, 4140 Borup

Arrangør:

Kreds Sjælland

Tilmelding:

Senest 12. maj 2015

Yderligere info:

www.dsr.dk/sjælland under arrangementer



SUNDHEDSFAGLIGT UDDANNEDE JOBRÅDGIVERE

DSA er med dig. Du kan bruge os, hvis du savner inspiration til at komme videre med karrieren eller står uden arbejde. Hver måned udbyder vi et antal karrierecoachingforløb, som du kan booke dig til. Du bliver vejledt af sundhedsfagligt uddannede jobkonsulenter, der kender dit fag og arbejdsmarked.

Vi sparrer også gerne med dig om din ansøgning, dit cv og din jobsamtale, så jobbet forhåbentlig bliver dit.

DSA er Danmarks billigste a-kasse. Læs mere om den service, vi tilbyder på dsa.dk. Du kan også være aktiv i debatten på [facebook.com/dehvidesko](https://www.facebook.com/dehvidesko)

DSA - for sundhedsprofessionelle

DANSKE
SUNDHEDSORGANISATIONERS
ARBEJDSLØSHEDSKASSE



Priser for ferieannoncer

Alle annoncer skal indtastes via DSRs hjemmeside - login rekvireres hos Dansk Mediaforsyning, dsrrubrik@dmfnet.dk

Annoncerne må maksimalt indeholde 40 ord. Priserne for medlemmer er kr. 650,- ekskl. moms, ikke medlemmer kr. 995,- ekskl. moms.

Faktura fremsendes når bladet er udkommet.

Luxus lejlighed på over 100 m²

Beliggende direkte på stranden mellem Middelhavet og Mar Menor. Stor spise/dagligstue med DVD og fladskærm. To soveværelser, to toiletter med bad, køkken samt terrasse med super havudsigt. Swimmingpool.

Direkte fly til Alicante.

Kr. pr. dag fra 295,-.

Rekvirer brochure: tlf. 4457 0787 eller 2023 7577
www.playaprincipe.dk
booking@playaprincipe.dk

Sydfrankrig, Languedoc

Skøn ferielejlighed (4-6 pers.) i lille sydfransk landsby, 30 km til Middelhavet. Stor ugenert terrasse og have. Garage. Pris fra kr. 2.500 pr uge.

Se billeder og beskrivelser på: www.cuxac.dk
Tlf. 3026 7535 / 2084 3848
E-mail: coolrasmussen@gmail.com

LÆSØ Sommeren 2015

Hyggeligt, børnevenligt og skønt beliggende sommerhus udlejes.

Se mere på www.sommerhuset-sitka.dk

Henvendelse til Tina Erlund
e-mail: erlund@mail.dk

Sommerhus Gl. Skagen udlejes

7 sovepladser, 4 vær, store terrasser. Vaskemaskine, opvaskemaskine, internet og TV. Udlejes på ugebasis. 300 m til stranden ad stille vej, 500 m til indkøb. Juni, juli, august - kr. 6.000 inkl. slutrengøring
April, maj, sep., 5.000 inkl. slutrengøring

Kontakt:
Birgitte23@gmail.com

ITALIEN HOS HANNE

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

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

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

Juelsminde / As Vig

Sommerhus v/ Juelsminde. 70 m. fra børnevenlig sandstrand, 6 sovepladser, brændeovn, opvaskemaskine m.m.

Pris fra 1.650,00 dkr. / uge + forbrug.

Telf. 4056 1767

Berlin- Stuttgarterplatz - Charlottenburg

Meget centralt beliggende og fuld møbleret 2 værelses lejlighed med plads til 4 personer udlejes.

Pris: 600 kr./nat + 25 EUR i slutrengøring.

Henvendelse mobil 2283 3459

Mail: fam.jeppesen@hotmail.com

Trænger du til ...ferie?



Fritidshus ved Dueodde

DSR har i alt 41 fritidsboliger, beliggende 5 steder ved de danske kyster.

Du kan vælge mellem Gl. Skagen (4 huse og 2 lejligheder), Skærby Strand ved Nykøbing Sj (9 huse) og Dueodde på Bornholm (6 huse) alle med plads til max. 6 personer samt Løkken (11 lejligheder) og Strandfogedgården i Klegod på Holmsland Klit (9 lejligheder) med plads til max. 2, 4 eller 6 personer.

Du kan leje både weekend-, hvedags- og ugeperioder.

Ring til PKA's Boliganvisning på telefon 39 45 42 87.

Du kan se ledige lejeperioder og flere oplysninger på www.dsr-fritidsboliger.dk

Skønt landhus, Frankrig

i fred og ro, på grænsen mellem Limousin og Dordogne, et af Frankrigs mest seværdige områder. Midaldersbyer, grotter, etc. Udlejes juni-juli max 4 pers. Pris: 3.200 kr. ugentlig. Ingen husdyr. Ikke-rygere.

Læs mere og se billeder: www.lacroixsouspetit.dk

Bornholm

Dejligt sommerhus til 8 personer, fredeligt beliggende med pragtfuld udsigt over Østersøen og Hammerknuden. Huser er moderniseret i 2014, terrasser mod øst, syd og vest. 500 m. til stranden/byen. Ligger op til skønt fredet område.

www.fjeldvejsandvig.123hjemmeside.dk
Telefon 6156 5636

Stockholms skærgård

Sommerhus med 7 sovepladser, 20 m til vandet (robåd og kano indgår). 45 min. til Stockholm centrum med bil. Udlejes 23-31. Kr. 3.900 pr. uge.

Anne-Mette Eilsø,
tlf. 3055 2914

Mail: anne-mette@turbopost.dk

Smukt Gl. Skagenshus

Husene er oprindelige og attraktive, ligger 75 m. fra hav, havn, hede i Vesterby. Der er en god stemning og et godt miljø i huse, som er løbende renoveret. Der er 400 m² udeopholdsareal med gode terrasser.

Henvendelse: www.kaptajnens-hus.dk
Tlf. 2124 3483

Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse



Grete Christensen
Formand



Anni Pilgaard
1.-næstformand



Dorte Steenberg
2.-næstformand



Irene Hesselberg
Formand for
Lederforeningen



**Sanne Fuglsang
Nyquist**
Formand for LLS

Kredsformænd



Vibeke Westh
Kreds Hovedstaden



Helle Dirksen
Kreds Sjælland



John Christiansen
Kreds Syddanmark



Anja Laursen
Kreds Midtjylland



Jytte Wester
Kreds Nordjylland

1.-kreds næstformænd



Vibeke Schaltz
Kreds Hoved-
staden



Nils Håkansson
Kreds Sjælland



**Line Gessø
Storm Hansen**
Kreds Syddanmark



**Bente Alkærsig
Rasmussen**
Kreds Midtjylland



**Helle Kjærager
Kanstrup**
Kreds Nordjylland

Dansk Sygeplejeråd centralt

Administrerende direktør

Anne Granborg

Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
Tlf. 33 15 15 55 • Telefax 33 15 24 55
E-mail: dsr@dsr.dk • www.dsr.dk

Ekspeditionstid (også tlf.):

Mandag-torsdag kl. 9 - 16
Fredag kl. 9 - 15.

Lederforeningen Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
Tlf. 46 95 39 00
E-mail: lederforeningen@dsr.dk
www.dsr.dk/lederforeningen

Sygeplejestuderendes Landssammenslutning

Sankt Annæ Plads 30,
1250 København K
Tlf. 4695 4234
E-mail: sls@dsr.dk • www.dsr.dk/sls

Sygeplejeetisk Råd

Formand: Randi Blligaard
Udviklingskoordinator, cand.cur.
Sankt Annæ Plads 30,
1250 København K
www.sygeplejeetiskraad.dk

Kreds Hovedstaden

Kredschef

Anne Tovborg

Hovedtelefonnummer: 7021 1662
Hovedfaxnummer: 7021 1663
Hjemmeside:
www.dsr.dk/hovedstaden
E-mail: hovedstaden@dsr.dk

Hjemmesiden indeholder individuelle
kontaktoplysninger på kredsens
medarbejdere og formandskab

Kontor

Frederiksborggade 15, 4.
1360 København K

Åbnings- og telefontider:

Man, tirs, tors, fre: 09.00 - 14.00
Ons: 13.00 - 16.00

Lokalkontor

Haslevej 50
3700 Rønne
Tlf: 7021 1662
Fax: 5695 3812

Telefontid

Man, tirs og tors: 09.00 - 12.00

Kreds Sjælland

Kredschef

Mads Hyltdgaard

Hovedtelefonnummer: 7021 1664
Hovedfaxnummer: 7021 1665
Hjemmeside: www.dsr.dk/sjaelland
E-mail: sjaelland@dsr.dk

Kontor

Møllevej 15
4140 Borup

Kontorets åbnings- og telefontider

Telefonåbent

Mandag	09.00 - 14.00
Tirsdag	13.00 - 16.00
Onsdag	09.00 - 14.00
Torsdag	13.00 - 16.00
Fredag	09.00 - 13.00

Fremmøde

Mandag	08.30 - 15.30
Tirsdag	08.30 - 15.30
Onsdag	08.30 - 15.30
Torsdag	12.00 - 16.00
Fredag	09.00 - 13.00

Kreds Syddanmark

Kredschef

Jan Villumsen

Hovedtelefonnummer: 7021 1668
Hjemmeside: www.dsr.dk/syddanmark
E-mail: syddanmark@dsr.dk

Kontor

Vejlevej 121, 2.
7000 Fredericia

Telefontider

Kl. 08.30 - 13.00 - mandag, tirsdag,
onsdag og fredag
Kl. 13.00 - 16.00 - torsdag

Kreds Midtjylland

Kredschef

Ann Dahy

Fælles postadresse

DSR, Kreds Midtjylland
Marienlystvej 14
8600 Silkeborg
Du er altid velkommen i åbningstiden,
men ring og aftal tid.

Hovedtelefonnummer: 4695 4600
Hovedfaxnummer: 7021 1667
Hjemmeside: www.dsr.dk/midtjylland
E-mail: midtjylland@dsr.dk

Lokale kontorer

Stationsvej 8a
7500 Holstebro
Åbent efter forudgående aftale.

Minddegade 10
8000 Aarhus C

Åbent efter forudgående aftale.

Telefontider

Mandag - tirsdag kl. 10.00 - 15.00
Onsdag lukket
Torsdag kl. 10.00 - 15.00
Fredag kl. 10.00 - 13.00

Kreds Nordjylland

Kredschef

Iben Gravesen

Telefon: 4695 4850
Telefax: 9634 1426
Hjemmeside: www.dsr.dk/nordjylland
E-mail: nordjylland@dsr.dk

Kontor

Sofiendalsvej 3
9200 Aalborg SV

Kontorets åbningstider

Man - ons kl. 09.00 - 15.00
Torsdag kl. 13.00 - 16.00
Fredag kl. 09.00 - 12.00



Vil du arbeide i Norge?

Sykepleiere, spesialsykepleiere og sykepleierstudenter søkes!

I Dedicare bestemmer du når og hvor du jobber. Vi har gode lønnsbetingelser, sommerbonus, vervepremie og vi betaler din bolig og reise. Du får egen personlig bemanningskonsulent i Dedicare og vi veileder deg i søknad om norsk autorisasjon. **Du bestemmer!**



Jeg hadde hørt om Dedicare fra medstuderende som hadde arbeidet i Norge. Jeg valgte Dedicare da de kunne matche mine behov, tidsplan og samtidig fikk jeg muligheten for at utfordre mine kompetencer som sygeplejerske. Jeg kan klart anbefale Dedicare som Vikarbureau til at søge spændende udfordringer i Norge. - **Line Toftegaard Nielsen, dansk sygeplejerske i Norge**

Kontakt oss!

Send oss en mail på rekruttering@dedicare.no eller ring oss på **+47 07480**

Kontaktperson Anne Marit Valstad, mobil **+47 9243 5130**

Du kan og registrere deg via vår hjemmeside www.dedicare.no/nurse

Vi bryr oss mer!

DEDICARE
Nurse