


Juletid: **Krydsord
og ferielæsning**



Diabetes
Sådan undgås insulinpuder

SYGGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING  NR. 14 • 7. DECEMBER 2015 • 115. ÅRGANG

Arbejdsmiljøet kørt i sæk



**Det betyder finansloven
for sundhedssektoren**

**Hun tog til Lesbos med
doneret sygeplejestyk**

Græsset ER grønnere på den anden side – Kom til Norge for at arbejde!

AMBIO Helse søger både nyuddannede og erfarne sygeplejersker til jobs i Norge.

Kombiner værdifuld og relevant erfaring med smukke oplevelser – og tjen samtidig gode penge. AMBIO Helse leverer vikarer til kommune og sygehuse i hele Norge, til både korte og lange vikariater.

Ambio Helse er også Norges største leverandør av e-oplæringskurser indenfor helsesektoren; www.helsekursportalen.no. Registrer dig hos os, og få alle kurser gratis.

Vi tilbyder:

- Gratis rejse og bolig.
- Gode forsikringsordninger.
- Mulighed for at rejse flere sammen.
- Gratis medicinkursus.
- Hjælp med alt det praktiske omkring dit ophold i Norge.
- Personlig opfølgning.

**Vi har egen dansk kontaktsygeplejerske:
mie@ambiohelse.no**

**Registrer dig i dag:
www.ambio-helse.no**

**VI HAR OGSÅ
SOMMERJOB TIL
SYGEPLEJERSKE-
STUDENTER**

HJÆLP TIL DINE PATIENTER DER LIDER AF MUNDTØRHED!

NYHED

FUGTER
BESKYTTER
SMØRER
HELER

Ring og få GRATIS
prøver på GUM® Hydral gelen!

Den nye GUM® HYDRAL serie tilfører
fugt og giver øjeblikkelig og langvarig
lindring af mundtørhed.

- HELE DAGEN, HVER DAG

Baseret på nyere forskning!



Rekvirer nærmere info og prøver ved din lokale GUM® konsulent:

- Midt- & Nordjylland 25 64 70 76
 - Sjælland/Lolland-Falster 21 20 54 45
 - Sydjylland & Fyn 31 32 43 44
- www.SunstarGUM.dk

SUNSTAR
G·U·M HYDRAL™
HEALTHY GUMS. HEALTHY LIFE.®

KORT

- 6 Nyt fokus på sygeplejerskers ret til at ordinere medicin**
Kommunale sundhedsdirektører opfordrer til, at sygeplejersker får adgang til at ordinere medicin. Sundhedsministeren vil undersøge muligheden, og Danske Regioner foreslår en ny masteruddannelse, der kan kvalificere til det.

TEMA OM PSYKISK ARBEJDSMILJØ I KOMMUNERNE

14 Brug for et pitstop

Kommunerne er ikke gearret mandskabsmæssigt og teknologisk til at tage sig af de særligt syge borgere, og sygeplejerskerne bliver overladt alene med ansvaret for de nye komplekse opgaver.

16 6 ud af 10 kan ikke arbejde fagligt forsvarligt

Arbejds miljøet for kommunalt ansatte sygeplejersker er blevet væsentligt forværret på få år. Tempo og arbejdsmængde er steget markant. Ny undersøgelse viser, at seks ud af 10 sygeplejersker i hjemmeplejen og på plejehjem har svært ved at arbejde fagligt forsvarligt.

24 "Det er ikke borgere, men patienter, vi kommer ud til"

For et år siden følte sygeplejerskerne i hjemmesygeplejen i Rødovre Kommune sig presset af akutte kald, komplicerede opgaver og et for stort ansvar. Nu har en planlægger overtaget ansvaret for kørelisten, mens de udekørende er ansvarlige for indsatsen på stedet.

BAGGRUND

28 Flygtninge er afhængige af os

Sygeplejerske Rikke Fedders Melchior brænder for nødhjælp og er to gange taget til Lesbos for egen regning og risiko for at hjælpe bådflygtningene.

30 2 pct. mere

I november indgik fire borgerlige partier forlig om finansloven for 2016. Partierne sagde bagefter, at der kommer et "markant løft" af sundhedsområdet på knap 2,4 mia. kr. Men hvor markant er det egentlig, og hvad skal pengene gå til?

32 På job: En brugerstyret indlæggelse kan give sindet ro

Hos Psykiatrien i Vordingborg har 40 patienter en kontrakt med afsnit S3. De kan indlægge sig selv i op til syv dage ad gangen, når de mærker, at de er ved at komme for langt ud.

JUL

38 Jul på kryds og tværs

48 Julehilsen

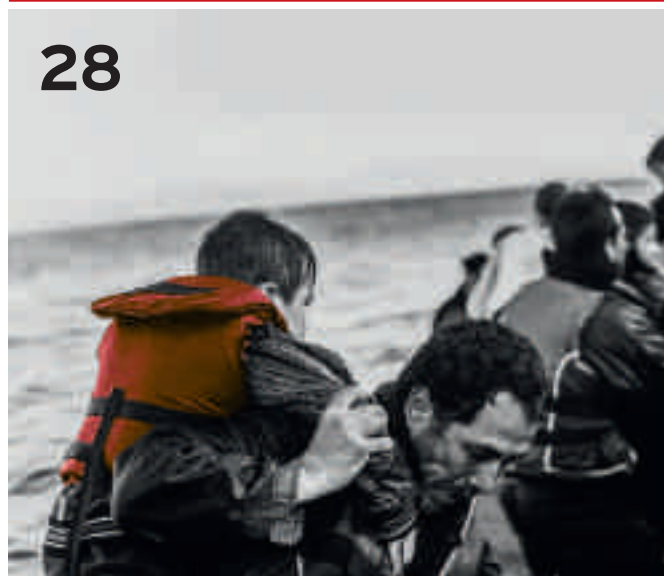
50 Fem til ferien



NYT FRA DSR - DIN ORGANISATION

44 Dsr.dk bliver klar til mobil og tablet

I januar får Dansk Sygeplejeråd en ny hjemmeside, som er mere enkel og overskuelig. Og dsr.dk bliver nu optimeret til brug på mobil og tablet.



FAGLIG INFORMATION

56 Sygeplejersker visiterer hjertepatienter i ambulancen

61 Tværfaglige bachelorprojekter burde være en mulighed

FAG

64 Brug af stikkeskemaer sikrer korrekt injektion af insulin

Et stikkeskema medvirker til systematisk rotation af stikkesteder, hvilket forebygger lipohypertrofi.

70 Behovsamtalen sikrer kontinuitet og tryghed

Uhelbredeligt syge og døende patienter får på en medicinsk afdeling tilbud om en samtale om deres behov i den sidste del af livet.

76 Sorg har ingen alder

Sundhedspersonale må være bevidst om den forståelse af sorg, der illustreres i tosporsmodellen, så de kan støtte gamle, som mister deres ægtefælle.

81 Aktionsforskning på arbejde

Afsender og modtager på tværs af sektorer i forbindelse med ældre medicinske patienters udskrivelse til pleje, træning og behandling i eget hjem forstår ikke hinanden. Et aktionsforskningsprojekt satte fokus på problemet.

I HVERT NUMMER

8 Studerende i praksis

10 Dilemma

11 Kulturjournalen

12 Historisk

34 Boganmeldelser

42 5 faglige minutter

52 Navne

54 Mindeord/Debat

56 Fagtanker

62 Fra forsker til fag

87 Stillingsannoncer

89 Kurser/møder/meddelelser

91 Kontakt

Forsideillustration **Mathias Nygaard Justesen**

En skjult prioritering for sundhedsvæsenet

En klar prioritering af sundhed. Det lovede politikerne under valgkampen. Nu er finansloven for 2016 på plads. Sundhed og ældreområdet har som et af de eneste velfærdsområder fået tilført ekstra midler. Alligevel sidder man tilbage med et blandet indtryk af de politiske løfter. Det er godt med ekstra penge, men vi må konstatere, at trods prioritering af sundhed vil 2016 byde på et misforhold mellem aktiviteter og ressourcer, og problemerne med overbelægning er ikke løst.

Konstante forandringer og utilstrækkelig bemanding er hverdag for mange sygeplejersker på landets hospitaler og i kommunerne. Det bekræfter vores seneste arbejdsmiljøundersøgelse fra 2015. Den viser bl.a., at 58 pct. af de kommunale sygeplejersker oplever, at muligheden for at løse kerneopgaver på et fagligt forsvarligt niveau altid eller ofte er under pres. Det kan du læse mere om i dette nummer af *Sygeplejersken*.

Sygeplejersker presses mere og mere, og nogle bukker under for stress. Det er ikke rimeligt! Der mangler politisk anerkendelse af vores arbejdsmiljøudfordring som et samfundsanliggende. Det står i skærende kontrast til regeringens beslutning om at nedrosle myndighedernes fokus på psykisk arbejdsmiljø, herunder at det særlige tilsyn på hospitalerne ser ud til at forsvinde. Det er et uforståeligt signal at sende til de medarbejdere, som oplever ikke at kunne få hverdagen til at hænge sammen.

Sundhed er fundamentalt for at sikre velfærd i vores samfund. Dansk Sygeplejeråd vil stå fast på, at politikere og arbejdsgiverne har et ansvar for at løse problemer med dårligt arbejdsmiljø. Vi skal som samfund investere i sunde medarbejdere - det giver mest sundhed for pengene.



Grete Christensen

Grete Christensen, formand

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tryk
ColorPrint

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

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

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

Stillingsannoncer
dsrjob@dmfnet.dk

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

Forretningsannoncer
dsrtekst@dmfnet.dk

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

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

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

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

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

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

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

Chefredaktøren er ansvarlig for bladets indhold.

Nyt fokus på sygeplejerskers ret til at ordinere medicin

En række kommunale sundhedsdirektører opfordrer til, at sygeplejersker får begrænset adgang til at ordinere medicin. Sundheds- og ældreministeren ønsker at undersøge muligheden, og Danske Regioner er klar med et forslag til en ny masteruddannelse, der kan kvalificere til det.

Tekst **Marianne Bom**

Fem kommunale sundhedsdirektører har sat fornyet liv i debatten om, at sygeplejersker skal have ret til at ordinere medicin. De fem direktører fra København, Aarhus, Aalborg, Esbjerg og Randers slog i en kommentar til Berlingske i november til lyd for, at sygeplejersker får lov til at ordinere medicin.

”Det vil kunne gavne ikke blot på plejehjemmene, men generelt i arbejdet med også hjemmeboende kronikere,” skrev bl.a. Katja Kayser, der er direktør for Sundhed og Omsorg i Københavns Kommune.

Sundhedsdirektørerne ønsker at give sygeplejersker begrænset adgang til at udskrive medicin f.eks. for at undgå, at ældre bliver sendt unødigt på sygehuset for at få sat et drop under huden med saltvand, blot fordi vagtlægen ikke kender patienten.

”Sygeplejersker kender borgerne rigtig godt. Både på plejehjem og i hjemmeplejen,” skriver sundhedsdirektørerne.

Deres forslag er i tråd med anbefalinger fra verdenssundhedsorganisationen WHO og OECD, Organisationen for Økonomisk Samarbejde og Udvikling. Begge opfordrer til, at man i lande som Danmark i højere grad anvender avancerede kliniske sygeplejersker i sundhedsvæsenet. Det kan betyde mere sundhed for pengene, forbedret klinisk udbytte og fastholdelse af dygtige sygeplejersker i klinisk praksis.

Venstre foreslog allerede i 2009, at sygeplejersker skulle have ordinationsret. Sundheds- og ældreminister Sophie Løhde (V) opfordrer i dag til, at det ekspertudvalg, som i den kommende tid skal udarbejde en plan for det nære sundhedsvæsen, tager fat på sagen. Udvalget skal bl.a. fokusere på, hvordan man optimerer håndteringen af medicin.

”I den forbindelse kunne det være relevant at se på, om eksempelvis sygeplejersker i hjemmesygeplejen efter en særlig opkvalificering skal have en begrænset ordinationsret, så de får mulighed for at forny recepter og den slags,” siger Sophie Løhde ifølge Berlingske.

Dansk Sygeplejeråd og Danske Regioner er enige i, at der er behov for at uddanne sygeplejersker med såkaldt udvidede kompetencer, så sundhedsvæsenet kan matche udviklingen med et stigende antal kronikere. I sidste uge offentliggjorde Danske Regioner derfor et forslag til en ny masteruddannelse i kliniske patientforløb.

”Hvis vores sundhedsvæsen skal matche udviklingen, også ude i lægekonsultationerne og i hjemmeplejen, så kræver det, at sygeplejersker får kompetencer til mere,” siger Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd.

”I udlandet har sygeplejersker i mange år kunnet ordinere medicin inden for et afgrænset felt. Vi må nu også i Danmark se på, hvordan sygeplejersker med udvidede kompetencer kan løfte kvalitet og patienttilfredshed i alle dele af sundhedssektoren,” siger Grete Christensen.

Ifølge de fem sundhedsdirektørers fælles kommentar har lande som Holland, Canada og Australien gode erfaringer med at give sygeplejersker ordinationsret. De henviser til et canadisk studie over 10 år, der har undersøgt sygeplejerskers ordination inden for en ramme af 10 præparater. Studiet viste, at sygeplejersker og læger ordinerer på samme vis.

Læs eller genlæs også tema om fremtidens nære sundhedsvæsen i Sygeplejersken nr. 13/2015.

Nyt center for psykiatrisk sygepleje- og sundhedsforskning

Danmarks første center for psykiatrisk sygepleje- og sundhedsforskning skal udvikle og styrke behandlingen af borgere med psykiske lidelser.

Til januar åbner dørene officielt for Center for Psykiatrisk Sygepleje- og Sundhedsforskning - i daglig tale CPS.

Centeret, der er det første af sin art i Danmark, skal med sin forskning bidrage til at udvikle og styrke kvaliteten af behandlingen af borgere med psykiske lidelser. Det skal ske i tæt samarbejde med patienterne, de pårørende, de sundhedsprofessionelle og relevante institutioner i Region Syddanmark, hvor centret er forankret. To repræsentanter for patienter og pårørende skal sidde i centerets advisory board og være med til at komme med input til relevant forskning.

Centeret skal bl.a. forske inden for områder som relationel psykiatrisk sygepleje og pårørende, reduktion af tvang, forebyggelse af rekriminalisering, patientinddragelse, psykiatri og tro, Shared Care, telepsykiatri og ulighed i sundhed.

Sygeplejerske og professor Lise Hounsgaard bliver leder af centeret, som fra starten har tilknyttet en professor, to postdocer, fem ph.-studerende, otte præ-ph.d.-studerende og en lang række tværfaglige tilknyttede lektorer og professorer fra ind- og udland. Centeret er allerede i gang med en del forskning, men den officielle indvielse finder sted den 18. januar 2016.

Besparelser på arbejdsmiljøet

Arbejdstilsynet kommer til at spare penge til næste år. Det står klart, efter at regeringen har indgået forlig om finansloven. Besparelserne rammer bl.a. de særlige tilsyn med psykisk arbejdsmiljø, som var planlagt på hospitalerne til næste år. Det er konsekvensen af, at partierne bag finanslovsforliget har besluttet at udfase en særlig tilsynsindsats i nedslidningstruede brancher, som finansieres af Fonden for Forebyggelse og Fastholdelse. Her skal i 2016 skræres 31 mio. kr. af en planlagt bevilling på 77 mio. kr. Desuden skal der spares 37 mio. kr. på Arbejdstilsynets tilsyn i 2016.

Endnu er det uvist, i hvilket omfang de tilsyn, der er fokuseret på psykisk arbejdsmiljø på hospitalerne, bliver udført til næste år.

Formand for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, kalder besparelserne for uforståelige.

"Vores medlemmer oplever et stort og stigende aktivitetsniveau. Det viser sig på arbejdsmiljøet, og hvis Arbejdstilsynet ikke længere kommer ud, så er der ikke nogen, der kan give påbud om, at der skal være sammenhæng mellem krav og ressourcer."

(bom/lha)



SID DIG STÆRK

Filosofien hos Dynamostol er, at man skal aflaste kroppen gennem naturlig balance, når man sidder ned, samtidig med at man er aktiv og i bevægelse. Dynamostol Incharge sætter brugeren i kontrol i forhold til dagens skiftende arbejdspositioner.

PRØV EN STOL GRATIS I 14 DAGE

SID DIG STÆRK
dynamostol® **d**
www.dynamostol.dk

En enkelt berøring gjorde patienten tryg

Trine Ohrt Hansen, sygeplejestuderende på modul 11, UCSJ Slagelse

En patient med demens bliver dårlig, og der er kaos på stuen, fordi opkast og afføring skal fjernes, og sengetøjet skiftes. Patienten er utryg, men den studerende formår at få utrygheden vendt til tryghed ved at holde ham i hånden.

I nutidens travlhed kan det være svært at give patienterne den psykiske støtte og omsorg, de har brug for. Det har betydning for relationsdannelsen og for trygheden.

I min første lange praktik fik jeg for alvor en forståelse for, hvor betydningsfuld trygheden er for både patienter og personale.

Det var en nattevagt, hvor en sengeliggende patient med demens blev akut dårlig.

Han havde kastet op ud over både seng og gulv og havde haft afføring i sengen. På grund af demens og dårligt syn havde patienten svært ved at forstå, hvad der skete omkring ham. Jeg gik

straks i gang med at tørre op og vaske gulv samt fjerne det værste fra sengen. Alt skulle skiftes. Patienten havde ingen fornemmelse af, hvad der var sket, og hvorfor der var så meget rumsteren, hvilket gjorde ham urolig. Min vejleder måtte derfor tilkalde et ekstra personalemedlem, da patienten blev bange og modarbejdende. I håb om at kunne berolige patienten skyndte jeg mig at blive færdig med gulvet for at komme hen og holde patienten i hånden. Jeg talte langsomt og roligt til ham, forklarede, hvad der var sket, og at de to kollegaer ønskede at hjælpe ham. De lod mig føre ordet, så der kun var én stemme at forholde sig til. Patienten faldt til ro og lod dem fortsætte arbejdet. Da tøjet skulle skiftes, blev jeg nødt til at slippe hans hånd, hvorefter han igen blev bange og urolig. Jeg lagde en hånd på hans lår og talte stille til ham, hvilket atter virkede beroligende.

Netop der gik det op for mig, hvor meget tryghed man kan skabe ved blot en enkelt berøring. Jeg blev siddende hos patienten, efter at vi var færdige med at rydde op, for at sikre mig, at hans tilstand var bedret, og fordi han havde gjort så stort indtryk på mig. I sådan et tilfælde, hvor situationen er præget af utryghed, kan selv de mindste handlinger gavne. Jeg blev i hvert fald bevidst om, hvor meget selv min indsats som studerende kan gøre en forskel og samtidig hjælpe mine kollegaer.

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. hvis din fortælling bliver bragt i Sygeplejersken.

Audit nedbringer unødvendige genindlæggelser

På to år er det lykkedes at nedbringe antallet af genindlæggelser af nyfødte med næsten 50 pct. i Hospitalsenheden Vest og seks lokale sundhedsplejeordninger ved indførelse af fælles indsatser og faglige audit.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen**

I efteråret 2013 fik det stor mediebevågenhed, at antallet af genindlæggelser af nyfødte var steget med 117 pct. fra 2007 til 2012. Tendensen blev koblet sammen med, at mødre bliver udskrevet fra hospitalet inden for 72 timer efter fødslen. Folketinget besluttede at indføre tidligt barselsbesøg på 4.-5.-dagen, og i Hospitalsenheden Vest og seks omkringliggende kommuner blev der dannet en tværsektoriel gruppe, der skulle udarbejde fælles guidelines. Det blev startskuddet til at arbejde systematisk med at nedbringe genindlæggelser ved hjælp af faglige audit og ved at indføre en række indsatser. Et arbejde de for nylig modtog en pris for af fonden "En god Start i livet".

Fra oktober 2013 og frem til 2015 er det lykkedes at nedbringe antallet af genindlæggelser af nyfødte med næsten 50 pct. fra godt 6 pct. i 2013 til knap 4 pct. i 2014.

"De procentsatser lyder måske ret høje, da mange andre fødesteder har genindlæggelsesprocenter på f.eks. halvanden, men det skyldes, at vi regner de interne genindlæggelser med i statistikken, og her hos os har de vist sig at udgøre to tredjedele af alle genindlæggelser," fortæller kvalitets- og udviklingsjordemoder, Henriette Svenstrup, fra Hospitalsenheden Vest.

Tæt samarbejde

For jordemødre og sundhedsplejersker var det tætte samarbejde nyt. En af de første opgaver var at udarbejde et trivselsskema.

"I forbindelse med det tidlige barselsbesøg på 4.-5.-døgnnet havde vi brug for et tæt samarbejde," siger sundhedsplejerske og faglig koordinator i Holstebro Kommune, Joan Skytte.

"Vi ville gerne undgå at forvirre forældrene med forskelligartet vejledning, når jordemødrene slipper familien på 3. døgn konsultation, og vi så tager over," siger hun.

Trivselsskemaet er blevet til en tjekliste på én side til forældrene. Et meget enkelt og konkret værktøj, men af fagligt høj kvalitet, understreger Joan Skytte.

"Vi har skemaet med ude til fødselsforberedelse, hvor jordemødre og sundhedsplejersker underviser side om side. Det ligger også på fødegangen i puslerummet på barselgangen, og når vi kommer på vores første barselsbesøg, hiver vi det op af tasken. Det er et gennemgående værktøj, og forældre er ret hurtige til selv at være med og forstå, hvorfor det er så vigtigt at holde øje

med barnets tegn på trivsel, f.eks. ved antallet af måltider, bleer med urin og afføring og gulsot," siger Joan Skytte.

Trivselsskemaet har været med til at nedbringe antallet af unødvendige genindlæggelser, fordi statistikken viser, at fejlnæring og ammeproblemer er den hyppigste årsag til genindlæggelse.

Faglige audit

I det tværsektorielle samarbejde besluttede man som noget helt nyt at indføre faglige audit på genindlæggelserne for at blive kloge på, hvilke der var unødvendige. Auditgruppen, som består af barselssygeplejersker, pædiater, jordemoder og sundhedsplejersker, udvælger de forløb, der har størst læringsværdi.

"Vi bruger bl.a. audit til at finde ud af, hvordan vi kan rette indsatserne til. Hvis jordemoderen f.eks. har skrevet i en journal "fine våde bleer", så har vi fundet ud af, at vi skal være meget eksplicitte på, hvor mange bleer det er, så sundhedsplejersken kan følge forløbet godt op," siger Henriette Svenstrup.

Endnu en af de værdifulde nyskabelser, som er kommet ud af samarbejdet, er ifølge Joan Skytte og Henriette Svenstrup, at de har fundet en måde at kommunikere på ved hjælp af elektroniske korrespondancebreve på tværs af regioner, så de hele tiden kender hinandens vejledninger og på den måde kan være bedre rustet til at forebygge unødvendige genindlæggelser af nyfødte.

Se trivselsskemaet på www.sundhedsplejen-holstebro.dk og søg på "trivselsskema".



Norge Bergen Oslo Universitetssykehus Stavanger

SYKEPLEIERE SØKES TIL SYKEHUS

Vacant har avtale med alle sykehus øst og vest i Norge. Vi opplever en stor etterspørselen etter sykepleiervikarer til alle typer avdelinger.

Opplev Norge uten ekstra kostnader

"Vacant er de beste til å gi meg arbeid når det passer meg" – sykepleiervikar

Vacant
MER ENN DU FORVENTER

+47 23855555 / www.vacant.no / info@vacant.no / facebook.com/vacantnorge

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

Behandling, mens patienten sover

Sara Louise Jensen, Jakob Bo Christiansen, Christine Nørgaard og Ditte Hunsbjerg Madsen, sygeplejestuderende på modul 9, VIA Sygeplejerskeuddannelsen, Campus Aarhus N

En gammel mand lider af demens og er desuden obstiperet. På aflastningscenteret, hvor han befinder sig, har man etableret en bestemt rutine ved behandling med afføringsmiddel per rectum, men fremgangsmåden kan diskuteres.

Hr. Hansen er en ældre mand med Alzheimers demens, som gennem nogle måneder er indlagt på et aflastningscenter. Han er obstiperet og skal behandles med et rektalt afføringsmiddel. På grund af demenssygdommen kan han ikke samtykke til behandlingen.

Den studerende følger med sygeplejersken ind på hr. Hansens stue, og det er den studerende, som skal give behandlingen. Da hun opdager, at det skal gøres, mens hr. Hansen sover, siger hun fra, mens hun tænker, "der er et eller andet galt med den her situation."

Sygeplejersken giver hr. Hansen afføringsmidlet i rectum, mens han sover. Han sover tungt og vågner ikke ved behandlingen. Efter godt en halv time rejser han sig og sætter sig med bukserne nede på den nærmeste stol, den sygeplejestuderende guider ham ud på toilettet.

Det er tilsyneladende svært at give hr. Hansen afføringsmidlet, når han er vågen, da han ikke kan samarbejde, er svært at aflede og ofte er udadreagerende og opfarende. Det risikerer således at blive en vanskelig plejesituation, hvor hr. Hansen modarbejder. Formentlig vurderer sygeplejersken, at det er mere skånsomt for ham at få et afføringsmiddel, mens han sover.

- Hvad kan tale for, og hvad kan tale imod at behandle en sovende patient?
- Hvilke andre muligheder er der for at gennemføre behandlingen?

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

Svar 1. At hr. Hansen ikke kan samtykke til behandlingen, betyder konkret, at han ikke kan give samtykke til en behandling, som andre mennesker almindeligvis ville samtykke til. En dement persons svar er juridisk gældende, medmindre den demente har en værge. Det er kun få demente, der har det. Indgiften af laksantia per rectum kan således etisk betragtes som et overgreb, men i en anden etisk vinkel kan indgiften forsvares. Det kan den, hvis vi godtager, at det er hensigten med handlingen, der er den afgørende begrundelse. Sygeplejersken indgiver laksantia uden patientens samtykke for, at hr. Hansen ikke skal opleve sig fastholdt til indgiften eller opleve voldsom obstipation. Det er således omsorgen for medmennesket, der for sygeplejersken er det afgørende argument, og da indgiften ikke forvolder skade, synes den etiske argumentation med stor sandsynlighed at kunne understøtte handlingen.

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

Svar 2. Det er generelt uværdigt og en krænkelse af integriteten at behandle en patient, som sover og ikke ved, hvad der sker. Men det er en skånsom måde at udføre sygepleje på, hvor der ikke opstår utryghed og konflikt hos en sårbar patient. Det vigtige er, at sygeplejersken er bevidst om dilemmaet og reflekterer, før hun vælger at give afføringsmidlet, mens hr. Hansen sover.

Sygeplejersken må være opmærksom på den magt, hun anvender, og at hun gør det af hensyn til hr. Hansens integritet. Det er en balance mellem magt og tillid.

Jeg formoder, at hr. Hansen har været behandlet med orale medikamenter, inden obstipationen blev så massiv. Den forebyggende og opfølgende pleje i forhold til at holde gang i maven har stor betydning for hr. Hansens velvære.

Måske har hr. Hansen nægtet at tage den orale medicin? Er den udadreagerende adfærd en reaktion på ikke at forstå, hvad der sker, eller er det en reaktion på at være obstiperet?

Etikken ligger i tilgangen til hr. Hansen, han må opleve værdighed og bevare sin integritet og tillid til sygeplejersken. Hændelsen bør under alle omstændigheder indberettes som en magtanvendelse.

Af Annette Hegelund, sygeplejerske, SD, stud.cur., projektsygeplejerske ved KOL kompetencecenter Region Sjælland, næstformand i Sygeplejeetisk Råd, www.dsr.lsr



Film

The Program

Efter en hård kamp mod kræft vendte Lance Armstrong (Ben Foster) i 1999 tilbage til cykelsporten. Han var mere fokuseret end nogensinde, og målet var at vinde Tour de France. Med hjælp fra den italienske læge Michele Ferrari (Guillaume Canet) og sportsdirektør Johan Bruyneel udviklede han det mest sofistikerede dopingprogram i cykelhistorien. Et dopingprogram, der gjorde det muligt for Armstrong og hans hold at dominere cykelsporten og vinde Tour de France syv gange. Undervejs var der få, som stillede spørgsmål til Armstrongs dominans, men en af dem var Sunday Times-journalisten David Walsh (Chris O'Dowd). Walshs kamp for at afsløre Armstrong var tæt på at koste ham jobbet, men det lykkedes til sidst Walsh at afsløre den utrolige sandhed om et af de største bedrag i nyere tid. *Premiere 26. november. Biografer i hele landet.*

Teater

Sygt sund

Lægerne ordinerer motion på recept, rygerne må søge tilflugt i træer, og politikerne vedtager nye sundhedsreformer. Man bør holde sig væk fra ALT - og huske at drikke vand til og stå på hovedet, mens man gør det. Men hvad er egentlig meningen? I denne forestilling møder vi bl.a. den unge, anorektiske Emilie og hendes forældre samt en håndfuld selvdøgnede sundhedsguruer, som alle ved bedst. Det er ikke svært at relatere til hverdagens sundhedsudfordringer, der her bliver sat på spidsen og sætter vor tids syn på sundhed til debat. *Premiere i Slagelse den 15. januar 2016, herefter flere teatre i landet, læs hvor på www.kultunaut.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.

Ebolaudbrud tæt på at være overstået

Verdenssundhedsorganisationen WHO erklærede i september Liberia for ebolafrit, men i slutningen af november døde en 15-årig dreng af sygdommen, og hans far og bror er i behandling. I Guinea blev en 19 dage gammel dreng udskrevet den 16. november, og myndighederne kender ikke til flere ebolasmittede i landet, skriver Reuters nyhedsbureau. I alt har lidt over 11.000 mennesker mistet livet til sygdommen i udbruddet, ca. 4.800 i Liberia, 4.000 i Sierra Leone, 2.500 i Guinea og otte i Nigeria.

Amerikanske APN'er fejrer 50-års jubilæum

I år fejrer de amerikanske avancerede kliniske sygeplejersker, APN'er, deres 50-års jubilæum. De ser tilbage på starten i 1965, hvor menneskerettigheder var på dagsordenen, bl.a. adgangen til sundhedsydelse. I dag er der over 205.000 nationalt certificerede APN'er, og 95,1 pct. af dem har en akademisk grad.

Læs mere på American Association of Nurse Practitioners' hjemmeside: www.aanp.org

Ud med jordemoder og sundhedsplejerske

Norsk Sykepleierforbund har netop besluttet at arbejde for kønsneutrale titler i omsorgsfagene. Målet er bl.a. at trække flere mænd til faget, da det vil bidrage til bedre kønsbalance på arbejdspladserne og have en positiv indvirkning på både arbejdsmiljø og patienterne og i sidste ende måske også lønnen. Konkret betyder det bl.a. et farvel til de norske titler "jordmor" og "helsesøster", dvs. jordemoder og sundhedsplejerske. Forbundet understreger, at evt. titelændringer skal foregå i tæt samarbejde med faggrupperne. Formanden for de norske sundhedsplejersker hilser meldingen velkommen, mens jordemødrene er direkte imod. En norsk sygeplejerske vil også fremover hedde "sykepleier", da det allerede er en såkaldt kønsneutral titel, skriver www.sykepleien.no

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

Skål og glædelig jul i 60'erne og i dag

At dømme efter det lækre julebord på Svendborg Sygehus i 1961 så gik julefrokosten forholdsvis fredeligt for sig. *Sygeplejersken* har spurgt et par sygeplejersker om deres julefrokosttraditioner for 50 år siden og i dag.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen**



Foto: Dansk Sygeplejehistorisk Museum

Julefrokost på Svendborg Sygehus i 1961 med sodavand, øl og en lille snaps til silden.

Dengang

En festlig tid. Sådan husker pr- og it-ansvarlig i Seniorsammenslutningen, Kirsten Frendrup, julefrokosterne for sygeplejersker, sygehjælpere og rengøringspersonale på Operationsafdelingen på Nibe Sygehus, hvor hun var ansat fra 1964-84.

"De foregik tæt på sygehuset, for der var altid nogle, der havde tilkaldevagt. Der var god mad, og vi medbragte drikkevarerne. Vi havde gaver med og spillede terningspil om pakkerne. Det skete nogle gange, at vi blev tilkaldt til skader, en fødsel eller en operation. Vi kom bare tilbage, når vi var færdige," siger Kirsten Frendrup, som stadig mødes til julefrokost hvert år med syv fra det gamle slæng.

"Vi havde også i nogle år en tradition med æbleskiver og gløgg sammen med lægerne. En af lægerne kom lidt ekstra sprit i gløggen. Det gav nogle røde kinder. Det foregik i sygehusets kaffestue. På et tidspunkt blev det forbudt," siger Kirsten Frendrup.

Også formand for Seniorsammenslutningen, Bente Pedersen, kan berette om nogle forhold, der ikke ville gå an i 2015.

"Jeg blev uddannet i 1966. Jeg husker i slutningen af elevtiden på skadestuen, at vi holdt en vældig fest. Patienterne måtte vente, og der var masser af mad, øl og snaps. Alle deltog, både læger og sygeplejersker. Når jeg tænker tilbage, var det ikke just betryggende. På den første afdeling, jeg var på, var det julemiddag med rødvin - der var ingen smalle steder. Det var før, der kom alkoholpolitik," siger Bente Pedersen.



Arkivfoto: Christopher Regild

Årets tema var tyrolerfest, da hjemmesygeplejerskerne i Rødovre Kommune holdt julefrokost den 27. november.

Nu

Julefrokoster med øl og snaps på bordet hører fortiden til på hospitaler - i hvert fald inde på selve hospitalet. Med indførelsen af alkoholpolitik i 90'erne var det ikke længere tilladt at drikke alkohol på arbejdspladsen. I dag foregår julefrokoster typisk på restaurant ude i byen, fortæller fællestillidsrepræsentant for sygeplejerskerne på Aalborg Sygehus, Kirsten Højslet.

"Det var meget sjovere i gamle dage, hvor vi holdt festerne i vores konferencelokaler i kælderens. Der var underholdning med tipskuponer, sange og taler. Det er ikke så nemt at overføre til en restaurant ude i byen," siger Kirsten Højslet, som er tilknyttet Øre-, næse- og halsafdelingen.

Hjemmesygeplejerskerne har ikke en nær så lang en tradition for julefrokoster som hospitalssygeplejersker, fordi hjemmesygepleje i mange år var en ensom affære.

Det er de dog kommet efter i hjemmeplejen i Rødovre Kommune, hvor personalet hvert år booker lokaler ude i byen til store temafester, som tidligere har budt på fly-tema, gallakoncept og i år et brag af en tyrolerfest.

"Vi går all in på julefrokosten. Det er vigtigt at gøre noget for det psykiske arbejdsmiljø, og det er noget, vi lever højt på længe," siger hjemmesygeplejerske i Rødovre Kommune, Susanne Street.

NY BEHANDLINGSMULIGHED TIL PATIENTER MED VENTRIKELCANCER

CYRAMZA ER DET FØRSTE OG ENESTE

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


CYRAMZA™
(ramucirumab)

Lilly

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

^{*}For fuld indikation se pligtoplysninger på side 11.

DKRAM00019 10/2015



Brug for et pitstop

Kommunerne er ikke gearet mandskabsmæssigt og teknologisk til at tage sig af de særligt syge borgere, og sygeplejerskerne bliver overladt alene med ansvaret for de nye komplekse opgaver. De hænger i til det yderste, for arbejdsgiverne er blevet hurtigere til at afskedige stresssygemeldte. Dansk Sygeplejeråds nye arbejdsmiljøundersøgelse viser, at 6 ud af 10 sygeplejersker i hjemmeplejen og på plejehjem har svært at arbejde fagligt forsvarligt.

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



6 ud af 10 kan ikke arbejde fagligt forsvarligt

De kommunalt ansatte sygeplejerskers arbejdsmiljø er blevet væsentligt forværret de seneste tre år. Arbejdsomfang og -tempo er steget markant, og en del sygeplejersker når ikke alle deres opgaver hver dag. Fagligheden er under pres, og det dårlige arbejdsmiljø resulterer i sygemeldinger og er farligt for både sygeplejersker og borgere, advarer arbejdslivsforskere.

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

24 hjemmebesøg på en aftenvagt. Fem minutter mellem hvert besøg på kørelisten og for lidt tid til at dokumentere. Det er blot nogle eksempler på, hvordan sygeplejersker i hjemmesygeplejen og på landets plejecentre beskriver deres pressede hverdag, bl.a. på sociale medier. Og nu dokumenteres problemerne i nye tal fra Dansk Sygeplejeråd.

Tallene viser nemlig, at det psykiske arbejdsmiljø for kommunalt ansatte sygeplejersker er blevet betydeligt forværret siden 2012, hvor Dansk Sygeplejeråd også undersøgte sygeplejerskers trivsel og arbejdsmiljø. Se boks side 17.

Både arbejdstempo og -mængde er steget markant. Således angiver 18 pct. af de kommunalt ansatte sygeplejersker i 2015, at det altid er nødvendigt at arbejde meget hurtigt, hvilket er en fordobling siden

2012. Og i dag oplever næsten halvdelen af sygeplejerskerne ansat i hjemmesygeplejen eller på et plejecenter, at de altid eller ofte ikke når alle de opgaver, de skal. 49 pct. angiver desuden, at det altid eller ofte er nødvendigt for dem at arbejde over. Se tabel 1.

Udviklingen i sundhedsvæsenet udfordrer også sygeplejerskernes faglighed. 6 ud af 10 kommunalt ansatte sygeplejersker (58 pct.) angiver, at muligheden for at løse deres kerneopgaver på et fagligt forsvarligt niveau altid eller ofte er under pres. Se tabel 2.

De faglige konsulenter i Dansk Sygeplejeråds fem kredse mærker tydeligt, at de kommunalt ansatte sygeplejerskers arbejdsmiljø er blevet dårligere de seneste tre år. Det gælder bl.a. Kirsten Linde fra Kreds Midtjylland.

”Vi får flere og flere henvendelser fra frustrerede sygeplejersker i kommunerne, der ikke synes, de har tid til at udføre deres kerneopgaver. De beskriver det bl.a. som et minutt tyranni, hvor kvalitet er lig med hurtighed og ikke faglighed. Deres faglighed er virkelig under pres,” siger hun.

Går ned med stress

I Kreds Nordjylland døjer mange kommunalt ansatte sygeplejersker også med et anstrengt arbejdsmiljø, fortæller kreds næstformand Lene Holmberg Jensen.

”Det drejer sig i bund og grund om, at der ikke er balance mellem krav og ressourcer. I Nordjylland har flere kommuner fået et påbud fra Arbejdstilsynet det seneste år pga. for stor arbejdsomfang. Vi hører løbende fra sygeplejersker, der går

Tabel 1. Sygeplejerskers arbejdstempo og arbejdsomfang

		1 (altid)	2 (ofte)	3 (sometider)	4 (sjældent)	5 (aldrig)
Arbejdstempo	Er det nødvendigt at arbejde meget hurtigt?	18 pct.	49 pct.	27 pct.	6 pct.	0 pct.
Arbejdsomfang	Er dit arbejde ujævnt fordelt, så det hober sig op?	11 pct.	43 pct.	35 pct.	8 pct.	2 pct.
	Hvor ofte sker det, at du ikke når alle dine arbejdsopgaver	9 pct.	40 pct.	29 pct.	20 pct.	2 pct.
	Er det nødvendigt at arbejde over?	7 pct.	42 pct.	28 pct.	19 pct.	2 pct.
	Må du springe spisepausen over, fordi der er for meget at lave?	8 pct.	34 pct.	30 pct.	21 pct.	6 pct.

Kilde: SATH 2015/DSR Analyse. Respondenter, der har svaret "ved ikke" eller "ikke relevant", er ikke angivet eksplicit i tabellen, men indgår i totalen.



grædende hjem, og flere sygemeldes i sidste ende med stress,” siger Lene Holmberg Jensen.

Samme melding kommer fra faglig konsulent i Kreds Sjælland, Jacob Fage Sørensen, der kan fortælle om et stigende antal sygemeldinger blandt de kommunale sygeplejersker, der er begrundet med arbejdsbetonet stress.

”Kommunerne har overtaget opgaver og flere steder oprettet enheder, der skal varetage særligt syge borgere eller akut syge, men de har glemt at sikre det rette mandskab, normering samt den teknologiske og lægefaglige opbakning, der alt sammen understøtter det semiakutte,” siger Jacob Fage Sørensen og fortsætter:

”På plejecentrene er der typisk kun én eller to sygeplejersker. De skal sikre kvaliteten og leve op til Sundhedsstyrelsens krav, undervise andre faggrupper, udføre kvalitetskontroller f.eks. af medicindoseringer og samtidig stå for klinisk sygepleje. I det ansvar ligger også potentielle konflikter med plejekulturer rundt omkring. Summen af forventninger og opgaver får stadigt flere til at gå ned med arbejdsbetonet stress.”

Tidspres og dårlig samvittighed

Når psykolog og arbejdsmiljøforsker Karen Albertsen fra konsulentfirmaet Team Arbejdsliv ser tallene fra Dansk Sygeplejeråds undersøgelse, bemærker hun især fordoblingen i antallet af sygeplejersker, der altid må arbejde meget hurtigt.

”Det er en stor stigning. Alligevel er den måske ikke så overraskende. Indlæggelsestiderne er jo faldet de senere år, så bor-

Sygeplejerskers arbejdsmiljø, helbred og trivsel, SATH

Dansk Sygeplejeråds arbejdsmiljøundersøgelse, SATH, består af validerede spørgsmål fra et forskningsskema udarbejdet af Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. Derudover er der tilføjet nogle specifikke spørgsmål om bl.a. sygeplejerskernes arbejdsområde.

Undersøgelsen i 2015 er en opdatering af tidligere undersøgelser i 2002, 2007 og 2012. I 2015-undersøgelsen er der sat særligt fokus på sygeplejerskers psykiske arbejdsmiljø.

Undersøgelsen i 2015 er gennemført i perioden 12. marts til 7. april. Svarprocenten for undersøgelsen var 27 (2.212 besvarede ud af 8.339 inviterede). De inviterede til undersøgelsen består dels af medlemmer, som blev inviteret til den foregående arbejdsmiljøundersøgelse (SATH 2012), og dels af nye medlemmer, især unge. Særligt for SATH 2015 er, at det kun er medlemmer med e-mailadresse, som er inviteret, da data udelukkende er indsamlet elektronisk.

Når vi i dette tema omtaler ”kommunalt ansatte sygeplejersker”, dækker det kun over sygeplejersker ansat i hjemmesygeplejen og på landets plejehjem.

gerne er mere syge, når de kommer hjem. Derudover har kommunerne generelt været ramt af gradvise nedskæringer i en

længere årrække. Det kan man måske gøre i nogle år uden væsentlige konsekvenser for måden, man kan udføre opgaverne på, men man kan ikke blive ved,” siger Karen Albertsen og uddyber:

”Og det er jo heller ikke blevet lettere at komme på plejehjem. I dag er beboerne meget dårlige, og mange af dem har demens, hvilket også stiller større krav til personalet,” siger hun.

Når knap halvdelen af sygeplejerskerne altid eller ofte oplever, at de ikke kan nå alle deres arbejdsopgaver, er det helt naturligt, at de mener, deres faglighed er under pres, siger Karen Albertsen.

”Det er klart, at man ikke kan arbejde optimalt rent fagligt, hvis man ikke har tid nok og må skubbe nogle opgaver til senere. Hvis det er op til den enkelte sygeplejerske at lave til- og fravalg, kan de ▶

Tabel 2. Oplever du, at dine muligheder for at løse dine kerneopgaver på et fagligt forsvarligt niveau er under pres pga. faktorer i arbejdsmiljøet, 2015?

	Plejehjem og hjemmesygeplejen	
	2012	2015
Ja, altid	4 pct.	7 pct.
Ja, ofte	29 pct.	51 pct.
Ja, sjældent	47 pct.	38 pct.
Nej, aldrig	20 pct.	4 pct.

Kilde: SATH 2015/DSR Analyse.

- være endnu sværere at leve med. Dels overlader man nogle opgaver til kollegerne, og dels skal man forholde sig til den dårlige samvittighed, der måske kan opstå over for især borgerne, hvis man må skyde en opgave til næste dag,” siger Karen Albertsen.

Særligt udsat faggruppe

Det forværrede arbejdsmiljø kan have store konsekvenser for både sygeplejersker og borgere, påpeger både Karen Albertsen og Helge Hvid, som er professor på Center for Arbejdslivsforskning på Roskilde Universitet.

”Forskning dokumenterer i dag, at risikoen for hjerte-kar-sygdomme, psykiske lidelser og muskel- og ledsmerter vokser, når man konstant skal arbejde hurtigt. Er sygeplejerskerne pressede, har de måske heller ikke det samme overskud og overblik ude hos borgerne. Og det øger risikoen for, at borgerne ikke får den bed-

ste eller rette pleje og behandling,” siger Helge Hvid.

Begge forskere peger på, at sygeplejerskerne er en særligt udsat faggruppe i forhold til for høj arbejdsmængde og -tempo.

”Normalt har faggrupper med høj arbejdsmængde også en betydelig indflydelse på deres arbejdstilrettelæggelse, hvilket kan være med til at mindske presset og dermed arbejdstempoet. Men sygeplejersker har ofte ikke den store indflydelse på tilrettelæggelsen, og deres arbejde er også tit præget af, at der sker uforudsete ting, hvilket i sig selv kan være med til at skabe et travlt arbejdsmiljø,” siger Helge Hvid og tilføjer:

”Derudover kan en god ledelse og god kollegial støtte også virke aflastende i forhold til for høj arbejdsmængde. En god ledelse vil kunne hjælpe med at prioritere opgaverne, og det er vigtigt, at man har nogle kolleger at vende dagligdagen med – ikke mindst, hvis man har følelsen af, at

man ikke kan løfte sine opgaver fagligt forsvarligt. Men det kan være svært, især når man som sygeplejerskerne i kommunerne ofte arbejder meget alene.”

Karen Albertsen tilføjer:

”Ledelsen har en stor opgave i at hjælpe sygeplejerskerne med at vælge til og fra, ikke mindst så det bliver synligt, hvilke konsekvenser prioriteringen får. Det skal være tydeligt, at det er politisk besluttet, hvilket niveau plejen skal være på. Den beslutning skal den enkelte sygeplejerske eller plejehjem ikke stå med,” siger Karen Albertsen.

Udrykningsenhed skal give arbejdsmiljøet et spark

En håndfuld konsulenter fra Kommunernes Landsforening, KL, skal hjælpe arbejdspladser med at identificere, håndtere og forebygge psykiske arbejdsmiljøproblematikker. Udrykningsenheden med navnet SPARK har til formål at styrke samarbejdet og handlekompetencen hos ledere og medarbejdere.

Den primære målgruppe for SPARK's indsats er Lokal-MED og TRIO (ledere, tillidsrepræsentanter og arbejdsmiljørepræsentanter). SPARK står for: Samarbejde om psykisk arbejdsmiljø i kommunerne - parternes støtte til lokal dialog og handling”. Indsatsen blev aftalt ved overenskomstforhandlingerne mellem KL og forhandlingsfællesskabet, herunder Dansk Sygeplejeråd.

I øjeblikket er Kommunernes Landsforening ved at ansætte en sekretariatsleder og 4-6 konsulenter, som skal stå for opgaven. Efter planen skal udrykningsenheden være parat i løbet af foråret 2016.

Forsker: Hold fast i pauserne!

Ifølge den nye undersøgelse er antallet af kommunale sygeplejersker, der altid må springe spisepausen over, firedoblet fra 2 pct. i 2012 til 8 pct. i 2015. Men tallet stiger til 42 pct., når man tæller sygeplejersker med, som ofte sløjfer frokostpausen. Selvom flertallet af sygeplejerskerne altså stadig når at spise deres frokost, er det vigtigt, at de andre også begynder at holde frokostpause igen, siger forsker i arbejdsliv fra Roskilde Universitet, Helge Hvid.

”Så får de i det mindste ét lille afbræk i den travle arbejdsdag. Arbejder man i højt tempo hele tiden, belaster det krop og sind endnu mere. Der skal være mulighed for at restituere i løbet af dagen,” siger Helge Hvid.

Sammenlægning kørte hjemmeplejedistrikt i sæk

Da lederne og flere erfarne sygeplejersker rejste, ramlede arbejdsmiljøet og den faglige kvalitet i det nye sammenlagte distrikt. Sygeplejersken Mette, som ønsker at være anonym i denne beretning, giver her et eksempel fra den pressede hverdag i en kommune.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen**

For godt et år siden blev to hjemmeplejedistrikter lagt sammen til ét, og ved den lejlighed blev de to ledere flyttet til et andet distrikt, som trængte til et løft. I det nye sammenlagte distrikt valgte mange af sygeplejerskerne at søge nye udfordringer. Og værdifuld viden om arbejdsgangene forsvandt sammen med disse sygeplejersker, som både var ledere og erfarne sygeplejersker. Det fortæller Mette, som stadig er ansat i det sammenlagte distrikt. Hun har valgt at være anonym af hensyn til sit ansættelsesforhold.

"I mange år havde vi i det distrikt, jeg havde været i inden sammenlægningen, faste procedurer for, hvordan vi håndterede forskellig medicin i journalen, på vores medicinark osv. Det sikrede, at vi var opmærksomme på, hvornår der blev taget en ny blodprøve, og om vi evt. skulle ændre i dosering. Den viden, der var om arbejdsgangene i hjemmeplejesystemet, forsvandt med de erfarne sygeplejersker, og i og med, at de få erfarne, som var tilbage, var så meget lagt ned af arbejdspresset, kunne vi ikke sikre, at nye medarbejdere og vikarer kom til at kende til de arbejdsgange, som skulle sikre borgerne den rigtige pleje," siger Mette.

Uoverskuelige mængder adviser

Mette har oplevet at møde i vagt og blive præsenteret for en arbejdsbyrde, der var så stor, at der ikke var tid og mulighed for at dykke ned i mængden af adviser og besøg og sikre sig, at alt blev fanget og håndteret korrekt.

"Det der med at gå på arbejde vel vidende, at tingene ikke er i orden, og at jeg skal være tre steder på én gang, men kun være ét sted, så f.eks. medicin ikke bliver givet til rette tid. Det slider én helt op," siger Mette.

Hun erkender, at hendes sammenlagte distrikt er et uheldigt eksempel på en dårligt tilrettelagt proces, men hun mener langt fra, at hendes arbejdsplads er det eneste eksempel på dårlig udnyttelse af ressourcer.

"Når jeg taler med vikarer om de områder, de arbejder i, så er det samme suppedas overalt. Det er noget med en fornemmelse af, at der ikke er ordentligt styr på tingene. Og så er der arbejdspresset oveni," siger Mette, som har gjort kommunens ledelse opmærksomme på problemerne i distriktet.

Mettes rigtige navn er redaktionen bekendt.

Hvorfor brænder arbejdsmiljøet på i kommunerne?

Sygeplejersken har spurgt tre fællestillidsrepræsentanter for sygeplejersker i kommunerne, hvad der især har fået sygeplejerskers arbejdsmiljø til at dykke i de seneste år.

I **Billund Kommune** mærker man tydeligt, at mange opgaver er flyttet fra hospitalerne til kommunerne.

"Vi har nogle helt andre opgaver i dag, end da jeg begyndte her for syv år siden. De er blevet mere komplekse. Vi har måske lige så mange besøg på vores kørelister som tidligere, men hvert besøg tager længere tid. Før udførte vi f.eks. medicindoseringer og små sårplejer, i dag er det komplekse dialyser, i.v.-behandling og parenteral ernæring. Jeg oplever, at sygeplejerskerne arbejder fagligt forsvarligt, men de bliver nødt til at gå på kompromis med deres privatliv og bliver f.eks. siddende til kl. 17 for at dokumentere, selvom de har fri kl. 15. Det har været medvirkende til, at vores sygefravær er steget fra omkring 3 pct. til over 10 pct. på fem år," siger Jan Jørgen Petersen, der er fællestillidsrepræsentant i hjemmesygeplejen i Billund Kommune.

I **Roskilde Kommune** er der som mange andre steder blevet gennemført store omorganiseringer de seneste år.

"Vi kan se, at sygefraværet stiger, når der sker omstillingsprocesser, men kommunen sætter nu ind med en massiv indsats, der skal højne sygeplejerskens faglighed. Så forhåbentlig falder sygefraværet igen," siger fællestillidsrepræsentant for de kommunale sygeplejersker i Roskilde Kommune, Maria Redder Cisar. Roskilde Kommunes indsats går ud på at give alle sygeplejersker tilbud om et diplommodul i demens og palliation og tilbud om uddannelse i inkontinens og sårpleje. Derudover er det besluttet, at alle ledere skal være sygeplejersker.

I **Fredericia Kommune** er mange borgere i stigende grad mere syge og plejekrævende, når de kommer hjem.

"Det betyder bl.a., at nye opgaver stille og roligt presser sig på. Nogle gange inden vi er blevet oplært, i f.eks. i.v.-behandling. Nogle sygeplejersker mestrer opgaven, men ikke alle, og det er ikke i orden over for hverken borgere eller sygeplejersker. Vi bliver et slags A- og B-hold, og det er ubehageligt. Sygeplejerskerne er enormt fagligt ansvarlige og kan ikke gå på kompromis med deres opgaver. Derfor er arbejdspresset i perioder meget belastende. Folk har tit overarbejde eller møder ind før tid. Ledelsen mener omvendt, at vi måske har for høj en overligger og f.eks. kun skal lave 80 pct. af det, vi gør. Men hvad skal vi så ikke lave?" spørger fællestillidsrepræsentant i hjemmesygeplejen, Annette Kristine Johansen.

Alene med ansvaret

Kemoterapi i hjemmet, telemedicin, avanceret smertebehandling og rehabilitering er nogle af de nye opgaver, der udfordrer og presser den kommunale sygepleje. I de kommuner, der ikke er gearret mandskabsmæssigt og teknologisk, føler de enkelte sygeplejersker sig alene med ansvaret.

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

Nedlæggelse af hospitalssenge, kortere indlæggelser og øget ambulante behandling er en del af forklaringen på, at der er kommet mere tryk på de kommunale sygeplejerskers arbejdsmængde. Sådan lyder det fra de faglige konsulenter i Dansk Sygeplejeråds kredse, der dagligt er i kontakt med sygeplejersker, som ringer ind, fordi de er oprørte over deres arbejdsforhold, eller fordi de er kommet i klemme pga. arbejdsbetinget stress.

Opgaveflytningen fra hospitalerne til kommunerne har givet de kommunale sygeplejersker nye og flere komplekse opgaver og mere koordinering.

De faglige konsulenter kan bl.a. fortælle om sygeplejersker, som er frustrerede over at blive sendt ud til opgaver, de ikke føler sig 100 pct. rustede til.

”Det kan være borgere, som kommer hjem med kemoterapi eller smertepumper, hvor hjemmesygeplejen skal stå for at skifte nålen eller blande medicinen. Sygeplejerskerne føler sig ikke i alle tilfælde kompetente, hvis det er opgaver, de ikke har haft i hænderne før. Og når borgeren er hjemme, så føler hjemmesygeplejerskerne, at de har ansvaret for at handle, og så kommer de virkelig under pres,” siger faglig konsulent i Dansk Sygeplejeråds Kredse Syddanmark, Malene Mikkelsen.

Også i Kreds Midtjylland mærker de faglige konsulenter, at de kommunale sygeplejerskers arbejdsdag har ændret sig markant de seneste år.

”Der er ingen tvivl om, at sygeplejerskerne er pressede. Kommunerne har overtaget rigtig mange nye og også mere komplekse pleje- og behandlingsopgaver fra regio-

nerne. Ofte havner de mest komplekse borgere naturligt hos sygeplejerskerne, men det betyder faktisk, at mange næsten aldrig ser en ”let” borger og derved får den pause, det lige kan give, da det primært er social- og sundhedsassistenterne, der tager sig af dem nu,” siger faglig konsulent Claus Christensen.

Især på plejecentrene står de kommunale sygeplejersker ofte meget alene med opgaverne, siger teamleder for de faglige konsulenter i Dansk Sygeplejeråds Kredse Hovedstaden, Birthe Hellqvist Dahl.

”De kan opleve uklarhed om rammer og vilkår for håndtering af flere og mere komplekse opgaver, vejledning og supervision af studerende og andet sundhedspersonale, stigende dokumentationskrav osv. Lederne gør, hvad de kan, men er selv under pres,

og så kan den enkelte sygeplejerske opleve, at hun står alene med prioritering af opgaverne,” siger Birthe Hellqvist Dahl. Spørgsmålet er også, om den enkelte sygeplejerske magter ansvaret:

”Det kan være både på det kliniske, det pædagogiske og på det administrative plan, f.eks. bekymringer for patientsikkerheden, dokumentationskrav eller indberetning – og mulighed for læring af utilsigtede hændelser.”

For hurtig opgaveflytning

Faglig konsulent i Kreds Midtjylland, Kirsten Linde, oplever, at opgaveflytningen fra regionerne til kommunerne er gået for stærkt.

”For tre år siden var nogle kommuner meget interesserede i at få nye opgaver, men det har ændret sig. Nu er kommuner-

Plejecentre er utidssvarende indrettet

I Ældre Sagen er man opmærksom på den udvikling, der sker i plejebehovet på plejecentrene i disse år. Ifølge chefkonsulent Margrethe Kähler udfordres sygeplejerskerne og resten af personalet især af, at beboerne er multisyge, og især beboere med demens fylder meget.

Nationalt Videnscenter for Demens anslår, at omkring 90.000 danskere lider af demens i dag. Og i foråret offentliggjorde Ældre Sagen analysen ”Tænk demens ind i plejeboligen”, som bl.a. viste, at to tredjedele af beboerne på landets plejecentre har en demenssygdom, men at det kun er 6.000 af de i alt 46.000 danske plejeboliger, som er fysisk indrettet til mennesker med demens.

Videnskabelige undersøgelser viser ellers, at den fysiske indretning spiller en stor rolle med hensyn til at skabe et mere roligt og trygt miljø for både de demente og plejepersonalet, fortæller Margrethe Kähler og tilføjer:

”Demente modsætter sig ofte behandling og pleje pga. af deres sygdom, og det er i sig selv med til at skabe et svært arbejdsmiljø. Bare det at rense et sår kræver meget både sygeplejefagligt, pædagogisk og socialt. Jeg har sammen med en kollega lige afsluttet en række besøg på landets plejecentre, og det er tydeligt, at plejepersonalet er presset pga. af de udfordringer, demente giver som patientgruppe.”



Indlæggelsestiden er halveret

Den gennemsnitlige indlæggelsestid er i dag på 3,6 dage. Det er en halvering siden 1990, og det forventes, at udviklingen vil fortsætte ifølge "Indblik i sundhedsvæsenets resultater, Sundhedsvæsenet, maj 2014". I samme periode er andelen af ambulante behandlinger steget, hvilket vil sige, at en stor andel af patienterne slet ikke bliver indlagt, men kun opholder sig på sygehuset i meget kort tid.

ne meget opmærksomme på, hvad de siger ja og nej til, og ikke mindst på, at opgaveflytningen sker gennem de rette kanaler. Nogle kommuner har ansat koordinatore, som tager sig af alle akuthenvendelser fra regionen, så det ikke er op til den enkelte sygeplejerske at acceptere en given opgave eller ej, mens de står hos den konkrete borger," siger Kirsten Linde.

For at kunne løfte de mange nye opgaver i kommunerne er der indført akutteams i flere kommuner og regioner, men dette er ikke forløbet uden problemer alle steder, siger faglig konsulent Claus Christensen.

"Nogle steder fungerer de godt, men andre steder er der f.eks. stadig uklarhed om opgavefordelingen mellem akutteams og hjemmesygeplejen. Det medfører, at akutteamene nogle gange genererer endnu flere opgaver til de kommunale sygeplejersker, som ikke altid føler sig fagligt rustet til at varetage dem," siger han.

Et akutteam er ikke nogen garanti for, at kommunen er gearret til at kunne tage imod alle de borgere, som har behovet.

"Vi har set, at der i en kommune i løbet af 14 dage blev visiteret 17 nye borgere, hvoraf de 10 endte med at blive genindlagt, fordi det ikke var muligt at give den nødvendige behandling i forhold til, hvor syge de var. På hospitalet har man et laboratorium, som kan analysere prøver, og en læge, som kan analysere på dem. I kommunerne skal man bestille tid og vente på svar. Nogle patienter er for syge til, at de kan blive plejet i kommunen. Det er ikke alle kommuner, der har kapacitet til de meget syge patienter," siger faglig konsulent i Dansk Sygeplejeråds Kreds Sjælland, Jacob Fage Sørensen.

Talrige omstruktureringer

I mange kommuner sætter talrige omstruktureringer også et negativt præg på arbejdsmiljøet, fortæller næstformand i Dansk Sygeplejeråds Kreds Nordjylland, Lene Holmberg Jensen.

"Der er næsten ikke én kommune, der ikke har været gennem en omstrukturering de seneste tre år. Omstruktureringer tager res-

sourcer fra kerneopgaverne og skaber ofte også usikkerhed blandt personalet: Hvad kommer det til at betyde for os og vores opgaver? Og den usikkerhed presser også arbejdsmiljøet," siger Lene Holmberg Jensen.

Formand for Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne, Inge Jekes, genkender ovennævnte beskrivelse fra sit bagland. Som flere af de faglige konsulenter påpeger hun netop, at mange kommunalt ansatte sygeplejersker oven i det voksende arbejdspress har måttet leve med talrige omstruktureringer og omorganiseringer de seneste år.

Og nogle af dem bunder i KL's såkaldte Partnerskabsprojekt, som stod på fra 2011-2013. Projektet løftede bl.a. sløret for, at der har været et rod i kommunerne mht., hvem der har ansvaret for kvalitet, planlægning og udførelse af sygeplejeopgaver i hjemmene. Projektet har i mange kommuner medført store ændringer i hjemmesygeplejens måde at planlægge, udføre og videredelegere sygeplejen på i de seneste år. ▶

Forbehold over for ny ældremilliard

I forbindelse med finanslovsaftalen for 2016 blev de fire aftalepartier enige om at afsætte 1 mia. kr. til at understøtte en ny måde at arbejde med øget fokus på værdighed i pleje og omsorg af svage ældre i kommunerne, den såkaldte værdighedsmilliard. Beslutningen vækker glæde i Dansk Sygeplejeråd, og også i KL og Ældre Sagen, som mener, at milliardten med fordel kan bruges på bedre bemanding på plejehjemmene, bedre og mere hjemmehjælp til de allersvageste eller ekstra hænder, så ældre kan komme ud i frisk luft. KL og Ældre Sagen peger dog på, at det såkaldte omprioriteringsbidrag også er blevet en realitet med finansloven, hvilket betyder, at kommunerne samtidig skal skære 1 pct. af udgifterne hvert år fra 2017 til 2019, svarende til besparelser for ca. 2,4 mia.kr. om året.

Læs også artiklen "2 procent mere" side 30.

- Partnerskabsprojektet medførte også en opsplitning mellem sundheds- og servicelovsopgaver, så det blev klart, hvilke opgaver hhv. en sygeplejerske, assistent og hjælper kan varetage. Det betød også indførelsen af et indsatskatalog, som havde til formål at synliggøre, hvilke sygeplejeopgaver der varetages i kommunerne.

”Mange kommuner opdagede i den forbindelse, at sundhedslovsindsatser blev udført af personale uden sundhedsfaglig uddannelse og af uuddannet personale. En del af disse opgaver er blevet flyttet tilbage til social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker, og man har erkendt, at der har været behov for opkvalificering af social- og sundhedsassistenter og -hjælpere. Den opkvalificering og uddannelse er sygeplejersker en stor del af, samtidig med at de skal løse deres kerneopgaver, som af de fleste betragtes som den direkte pleje og behandling af patienten,” siger Inge Jekes.

Adskillelsen af opgaver forankret i hhv. sundhedslov og servicelov betød, at der blev sat et mere tydeligt spørgsmålstejn ved, hvornår en sygeplejerske kan uddelegere og videredelegere. Et spørgsmål ikke alle kommuner har været lige gode til at give et tydeligt svar på, og som ifølge Inge Jekes har skabt problemer i en del kommuner.

Hvem kan man delegere opgaver til?

”Nogle steder er det sådan, at man siger til sygeplejerskerne: ”Hvis du skal videredelegere det her, så skal du sikre dig, at dem, du videredelegerer til, har kompetencerne”. Det har skabt et pres på den enkelte sygeplejerske, så der er nogen, der har undladt at delegere videre. Men det er jo slet ikke sådan, videredelegation er. Det er ledelsen, der skal sørge for, at social- og sundhedsassistenter og -hjælpere har de kompetencer, der er nødvendige. Men nogle steder tager sygeplejersker den opgave på sig og tror, at det er dem, der skal sørge for, at de øvrige medarbejdere har kompetencerne, og det skaber et pres,” siger Inge Jekes.

De faglige konsulenter i Dansk Sygeplejeråds kredse kan hjælpe med gode råd til, hvordan sygeplejerskerne kan gå til deres ledere og snakke sygeplejefaglighed.

”Vi prøver at snakke med dem om, hvordan de kan løfte sygeplejefagligheden i samarbejde med deres leder ved f.eks. at arbejde med kompetenceprofiler, hvor der kan fremgå, hvad det er for en sygepleje, man som sygeplejerske skal levere i kommunen, og hvad social- og sundhedsassistenterne og -hjelperne skal levere. Det gør, at man kan få snakket om, hvornår det er en sygeplejeopgave, og hvad man forstår ved, at opgaven skal løses fagligt forsvarligt,” siger Malene Mikkelsen, Dansk Sygeplejeråds Kreds Syd.

Fagligt uforansvarligt

Ifølge vejledning om sygeplejefaglige optegnelser skal sygeplejersker foretage dataindsamling og tilgå patienten med et helhedsorienteret blik. Og ikke nøjes med at se på den indsats, patienten er visiteret til.

”Det har stresset nogle sygeplejersker, for pludselig skal de forholde sig til andre sygeplejeopgaver end dem, borgerne er visiteret til, og det får de ikke altid gjort i en travl hverdag. Og så er det, at de ikke lever op til den faglige forsvarlighed, som systemet og de selv forventer. Jeg kan godt forstå, at 58 pct. af de kommunale sygeplejersker siger, at de ikke føler, at det, de laver, er fagligt forsvarligt,” siger Inge Jekes.

Ifølge Dansk Sygeplejeråds næstformand, Dorte Steenberg, er der brug for en samfundsmæssig ændring i den måde, hjemmesygeplejen er styret.

Sådan bruger Dansk Sygeplejeråd SATH

Dansk Sygeplejeråd bruger SATH-undersøgelserne til at tegne et aktuelt billede af, hvordan arbejdsmiljøet blandt sygeplejersker ser ud, og skabe opmærksomhed om arbejdsmiljøproblemer. Dansk Sygeplejeråds fem kredse bruger resultaterne til indgå i dialog med medlemmer og tillidsvalgte om arbejdsmiljøproblemer og evt. bud på mulige tiltag. Derudover kan sygeplejerskernes tillidsrepræsentanter bruge resultaterne til at gå i dialog med ledelsen og foreslå indsatser, som kan styrke et godt arbejdsmiljø. I forbindelse med SATH-undersøgelsen 2015 har Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse netop besluttet, at der konkret skal udarbejdes materiale, som de tillidsvalgte kan bruge, når de skal sætte arbejdsmiljøet på dagsordenen i MED-systemet. Dansk Sygeplejeråd arbejder også for at uddanne lederne, så de har bedre redskaber og mere viden til at kunne håndtere problemer i det moderne arbejdsliv.

” Det er kritisk og helt uacceptabelt, hvis det, man er blevet syg af, skyldes pressede forhold på arbejdspladsen.

Næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Dorte Steenberg.

”Det kræver en national indsats, hvis man skal ændre på det grundlæggende problem, at sygeplejersker kører ud til borgere og leverer enkeltydelser, f.eks. behandler sår, men at politikerne i de politiske mål beder om noget andet og mere, nemlig en helhedsindsats. Hvis man ikke tænker hele vejen rundt, når man laver politiske mål om f.eks. sammenhængende patientforløb og patientinddragelse, så havner vi i det klassiske dilemma, hvor politiske mål får store konsekvenser for sygeplejerskers arbejdsmiljø. Både landspolitikere og kommunalpolitikere er nødt til at se på, hvordan de overordnede mål hænger sammen med, hvordan man i øvrigt planlægger, organiserer, styrer, honorerer og tildeler økonomi til kommunerne,” siger Dorte Steenberg.

Dokumentationen udskydes

Ifølge Dansk Sygeplejeråds nye undersøgelse af de kommunalt ansatte sygeplejerskers psykiske arbejdsmiljø er arbejdsmængden steget markant, siden samme undersøgelse blev foretaget i 2012. Hver anden sygeplejerske svarer, at det hver dag eller ofte sker, at man ikke når alle sine arbejdsopgaver.

Ifølge flere kilder, *Sygeplejersken* har talt med, er dokumentation en af de opgaver, som de kommunale sygeplejersker har svært ved at nå inden for normal arbejdstid. Det betyder dog ikke, at de ikke udfører den. I stedet fører dokumentationen til overarbejde, eller at sygeplejerskerne må tage deres fritid i brug.

Det presser de kommunale sygeplejersker

- Opgaveflytning fra hospitaler til kommuner - siden 2007 er 18 pct., næsten hver femte hospitalsseng, rullet i depot (i alt 2.716 senge)
- Besparelser
- Flere komplekse opgaver
- Opgavedelegation til andre faggrupper
- Omstruktureringer
- Manglende tid til dokumentation, koordinering og helhedsorienteret pleje
- Manglende ledelsesmæssig prioritering
- Manglende tid til faglig opdatering

”Der kan være ting, man ikke når at få dokumenteret, inden man går hjem, eller som man først får dokumenteret næste dag, eller når man kommer hjem. Mange har mulighed for at gå elektronisk på deres arbejdsplads, når de kommer hjem,” siger Inge Jekes.

Ifølge vejledning om sygeplejefaglige optegnelser skal sygeplejersker dokumentere deres praksis i umiddelbar forlængelse af deres arbejde.

Stresssygemeldte sygeplejersker fyres

Konsekvensen af det øgede arbejdspresset og de uklare rammer er tydelig. I flere af Dansk Sygeplejeråds fem kredse oplever de faglige konsulenter et stigende antal henvendelser fra sygeplejersker med arbejdsbetinget stress.

”Vi får dagligt henvendelser fra folk, som ringer og er pressede, stressede, udbrændte og frustrerede. Effektiviteten og arbejdspresset er skruet op, så det bliver sværere og sværere at følge med, og så er det, man bruger al sin energi på arbejdet, og det kan man ikke blive ved med at holde til,” siger Malene Mikkelsen.

I kredsene oplever man også en mere udbredt tendens til, at sygeplejersker får indkaldelser til tjenstlige samtaler og risikerer at miste deres arbejde.

”Vi ser desværre en tendens til, at arbejdsgiverne indleder afskedigelsesproceduren hurtigere end tidligere ved stresssygemeldinger. Det gør, at sygeplejerskerne hænger i til det sidste og i længere tid, end godt er. De tør ikke sygemelde sig før i allersidste øjeblik. Det er ofte for sent, og nogle sygeplejersker bliver alvorligt syge,” siger kreds næstformand i Dansk Sygeplejeråd Kreds Nordjylland, Lene Holmberg Jensen.

Ifølge Dorte Steenberg er denne tendens uacceptabel.

”Det er kritisk og helt uacceptabelt, hvis det, man er blevet syg af, skyldes pressede forhold på arbejdspladsen. Det er arbejdsgiverens ansvar, og derfor arbejder Dansk Sygeplejeråd for at indføre strammere krav til den øverste ledelse, som tydeliggør ansvaret for den måde arbejdet er organiseret på, så sygeplejersker kan arbejde fagligt forsvarligt,” siger Dorte Steenberg.

"Det er ikke borgere, men patienter, vi kommer ud til"

For kun et år siden haltedede arbejdsmiljøet i hjemmesygeplejen i Rødovre Kommune med mange sygemeldinger til følge. Sygeplejerskerne følte sig presset af akutte kald, komplicerede opgaver og et for stort ansvar. Nu har en planlægger overtaget ansvaret for kørelisten, mens de udekørende er ansvarlige for indsatsen på stedet. Det har forbedret arbejdsmiljøet.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen**
Foto **Søren Svendsen**

Den 90-årige kvinde rækker et par hudfarvede strømper frem mod Rødovre Kommunes hjemmesygeplejerske, som er mødt op med udstyret til sårskifte i en plastickasse.

"Jeg har vasket dem," siger hun.

Det er dagens første besøg på kørelisten for telesygeplejerske og specialist i sår, Susanne Street, som kommer pga. den ældre kvindes venøse bensår.

Lysekronen i loftet er tændt over spisebordet, hvor Susanne Street flytter nogle potteplanter for at få plads til at rulle et stykke plastic ud, som hun lægger sårprodukterne på. Hun ifører sig nitrilhandsker og sætter sig på en stol over for kvinden og spørger, om hun kan løfte benet op til vandret.

"Første gang, jeg var her, ledte jeg over hele huset for at finde en egnet taburet til at holde benet oppe, men da jeg bad dig om at løfte benet, så var det ikke noget problem for dig at holde det i luften i 20 minutter, det er ret imponerende," siger Susanne Street, og kvinden tager anerkendelsen til sig med et smil.

"Jeg er en dygtig pige," siger hun.

Det tager den tid, det tager at rulle bandager af, rense sår, lægge kompresforbinding og rulle bandager på igen. Imens får Susanne Street historien om en barsk opvækst på børnehjem i 1930'erne, et over 40 år langt og lykkeligt ægteskab, og hendes 90-års fødselsdagsfest for et par uger siden. Hun fortæller også om forskellige arrangementer, hun skal til i de kommende dage. Indimellem kommer Susanne Street med instruktioner.

"Husk at bøje foden 90 grader," siger hun og forklarer, at bandagen ellers vil lave

en fold, når foden vipper tilbage. Hjemmeplejen har set kedelige tryksår af den årsag.

Den ældre kvinde følger hjemmesygeplejersken helt ud og står i døren og vinker.

"Jeg nyder mit job. Jeg griber ofte mig selv i at tænke: Hvem andre oplever det, som jeg gør? Det er de historier, jeg hører, som holder mig oppe, det ville jeg ikke undvære," siger hun.

Ikke borgere, men patienter

Susanne Street kan dog sagtens genkende det billede, som Dansk Sygeplejeråds arbejdsmiljøundersøgelse tegner af en øget arbejdsmængde, højere arbejdstempo og følelsen af, at der er ting, man ikke når. Oplevelsen af ikke at arbejde fuldt fagligt forsvarligt.

"Det er jo ikke borgere, men patienter,

vi kommer ud til. Alle sygeplejersker har fulde kørelister, men man skal være parat til, at planlæggeren ringer og siger, at man skal hjælpe med noget akut. Og man kan blive sendt ud til opgaver, man ikke har prøvet før," siger Susanne Street.

"Det er ofte dokumentation, jeg ikke når, og som jeg udskyder til næste dag," siger hun.

Susanne Street har arbejdet i hjemmeplejen siden 2010, og i de senere år er der sket mange forandringer såsom indførelse af kommunernes indsatskatalog i hjemmeplejen. Indsatskataloget synliggør, hvilke sygeplejeopgaver der varetages i kommunen. Derudover har der været implementering af Det Fælles Medicinkort, FMK, og triagering af borgerne. Og inden for de seneste to år er 50 pct. af teknologien



I løbet af dagen bliver Susanne Street bedt om at hjælpe en kollega med en akut opgave. Det betyder, at hun kommer en time senere retur til kontoret. Når der er travlt er det frokosten, der ryger først.

” Alle sygeplejersker har fulde kørelister, men man skal være parat til, at planlæggeren ringer og siger, at man skal hjælpe med noget akut. Og man kan blive sendt ud til opgaver, man ikke har prøvet før.

Telesygeplejerske og specialist i sår,
Susanne Street.

skiftet ud, en stor gruppe sygeplejersker er gået på efterløn og pension, mens en masse unge kolleger med behov for oplæring er kommet til.

En planlægger har overtaget ansvaret

Tidligere var arbejdsmiljøet i hjemmesygeplejen i Rødovre Kommune ikke så godt som nu. Sygeplejerskerne følte sig presede og følte, de stod alene med for stort ansvar.

I januar 2015 implementerede kommunen en ny struktur, som gjorde op med den måde, hjemmesygeplejerskerne havde arbejdet på indtil da.

I stedet for, at hver sygeplejerske er ansvarlig for en fast køreliste, er der nu en planlægger, som styrer de udekørende sygeplejerskers kørelister. Det betyder, at Susanne Street ikke selv har ansvaret for, om hun kan nå alle sine opgaver.

”Tidligere ringede vi hjemmesygeplejersker til hinanden for at finde én, der kunne hjælpe, hvis man var blevet fanget i et hjem af en opgave. Vi forstyrrede hinanden hele tiden. Nu ringer vi til planlæggeren, som har ansvaret for at fordele opgaverne. Det betyder til gengæld også, at min køreliste hele tiden kan ændre sig,” siger Susanne Street, inden hun skal videre på sin næste opgave, som er specialiseret telemedicinsk sårpleje.

Planlæggeren, som i dag er sygeplejerske Maria Kjærsgaard Andersen, fortæller, at hun altid forsøger at lægge en ”akutblok” ind hos en af sygeplejerskerne i hvert team.

”På den måde kan vi trække på én af sygeplejerskerne i teamet, hvis der opstår noget



Susanne Street forklarer den 90-årige kvinde, at den væskeansamling, som var i benene for et par dage siden, nu er forsvundet, og at det er ved at være tid til, at en bandagist kan komme ud og tage mål til støttestrømper.

- ▶ akut, men i praksis er det svært, for meget ofte mangler vi alligevel en sygeplejerske,” fortæller Maria Kjærsgaard Andersen.

Indsatsstyring var nøglen til bedre arbejdsmiljø

Planlæggeren arbejder tæt sammen med en kvalitetskoordinator, som sikrer, at hjemmesygeplejen har den tilstrækkelige viden om nye visiterede borgere. Derudover er der ansat en udviklingssygeplejerske, som er ansvarlig for patientsikkerheden. Hun har fokus på ensartet dokumentation, og at borgernes helhedsbillede bliver tænkt ind. Det betyder, at der er overblik over bemandingen og arbejdsmængden. To faktorer, som for et par år siden var ude af balance, og som fik arbejdsmiljøet til at halte med mange sygdommeldinger til følge, fortæller assisterende hjemmeplejeleder, Lisbeth Frænde Olesen.

” Vi har opfundet begrebet indsatsleder, for vi fokuserer på, at sygeplejersker er dem, der sætter sig for bordenden og leder og koordinerer sygeplejen.

Assisterende områdeleder i hjemmeplejen, Lisbeth Frænde Olesen.

”I dag aftalestyrer vi efter KL’s indsats-katalog, og det har vist sig virkelig at være nøglen til et bedre arbejdsmiljø. Vores omorganisering har derfor handlet om, hvordan vi kan skabe klare og tydelige rammer for sygeplejerskernes arbejde,” siger hun.

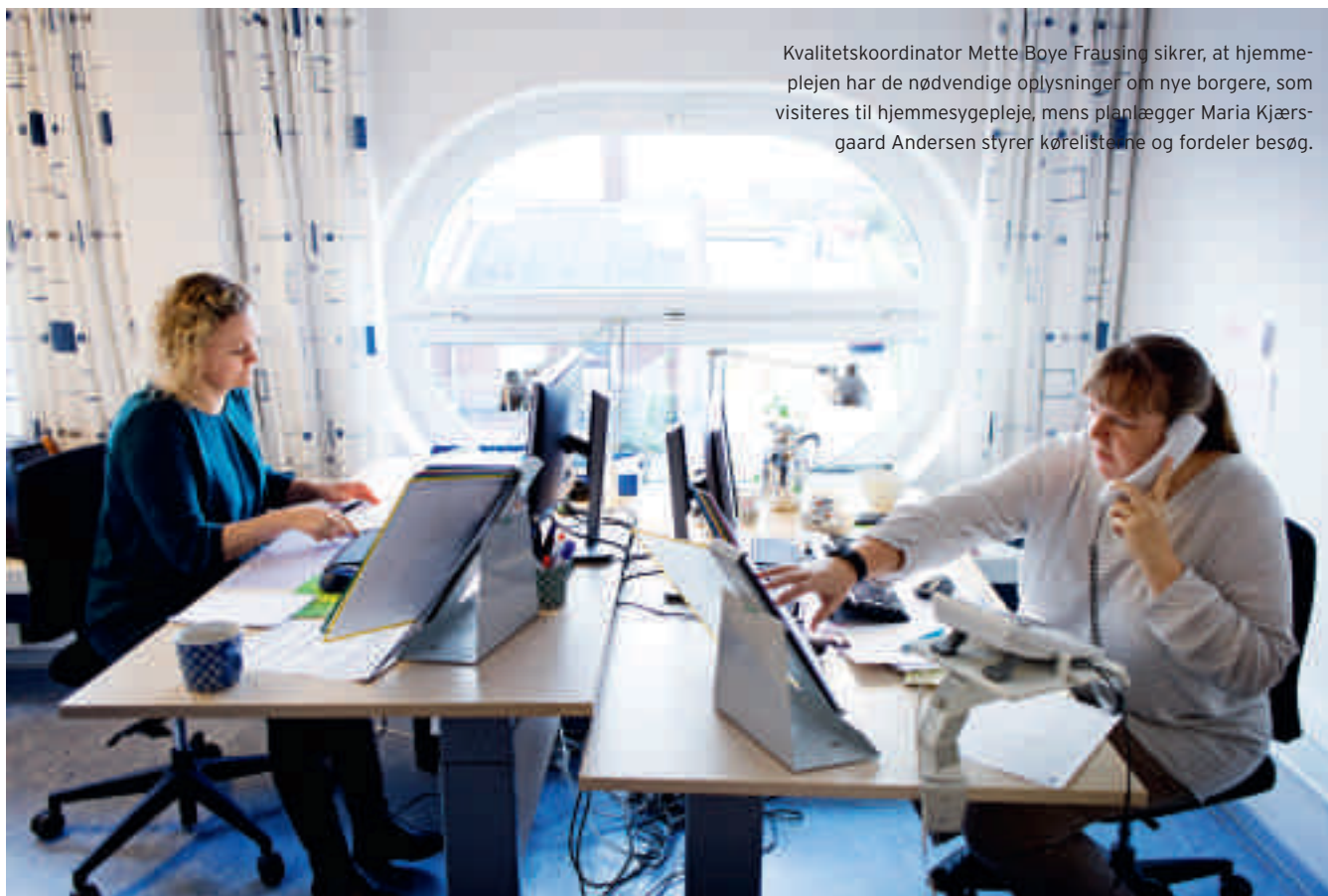
Der er ikke længere stresssygemeldte sygeplejersker i Rødovre Kommunes hjemmesygepleje. Nu er der fokus på at ruste sygeplejerskerne til fremtidens specialiserede behov.

”Vi er ved at tilrettelægge videreuddannelse i at forstå rollen som ind-

satsleder i en kompleks verden. Vi har opfundet begrebet indsatsleder, for vi fokuserer på, at sygeplejersker er dem, der sætter sig for bordenden og leder og koordinerer sygeplejen,” siger Lisbeth Frænde Olesen.

Susanne Street kommer tilbage til kontoret kl. 13.30, en time senere end planlagt. Hun forklarer hvorfor:

”Der var en kollega, som kom i bekneb, så jeg tog nogle besøg for hende. Så måtte jeg spise frokost under det møde, jeg skulle til. Når der sker noget akut, er det altid møderne og frokosten, der ryger.”



Kvalitetskoordinator Mette Boye Frausing sikrer, at hjemmeplejen har de nødvendige oplysninger om nye borgere, som visiteres til hjemmesygepleje, mens planlægger Maria Kjærsgaard Andersen styrer kørelisterne og fordeler besøg.



En HUSFORSIKRING
der også hjælper
inden skaden er sket

LYDER DET FOR GODT TIL AT VÆRE SANDT?

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

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

FLYGTNINGE ER AFHÆNGIGE AF OS

Sygeplejerske Rikke Fedders Melchior brænder for nødhjælp og er to gange taget til Lesbos for egen regning og risiko for at hjælpe bådflygtningene.

Tekst **Birgit Brunsted**
Foto **Scanpix**

I oktober måned stod sygeplejerske Rikke Fedders Melchior, 29, på stranden på Lesbos og så gummibådene komme ind fra Tyrkiet, fyldt med udmattede flygtninge.

"Vi var ude for at få flygtningene sikkert ud af gummibådene. De var dehydrerede, underernærede og rigtig hårdt stressede, og når de kom ud af bådene, besvimeede de på række. De var afhængige af, at der var sundhedspersonale til stede," fortæller Rikke Fedders Melchior, der var taget af sted med en gruppe frivillige fra Aarhus.

"Det var kaotisk. En kvinde fødte på stranden, få minutter efter at båden var ankommet. Hun havde mærket, at fødslen var nær, da de skulle af sted fra Tyrkiet, og ville ikke med. Men menneskesmugleren truede hende til at gå i båden, og hendes mand nåede ikke med. Der var også en gammel mand på 100 år, der ikke kunne gå og måtte bæres op i en bil. Det er hårdt med de små børn, men lige så horribelt, at han måske skal ende sit liv på sådan en tur," siger hun trist.

Efter ankomsten skulle flygtningene videre til en registreringskø, hvor de kunne stå i dagevis i bageende sol, uden mad og uden toiletter.

"Men forlader de køen, kommer de bagest igen," siger Rikke Fedders Melchior.

Intet sygeplejeudstyr

Rikke Fedders Melchior, som er uddannet i 2011, brænder for nødhjælpsarbej-

de og har længe haft en drøm om at komme ud med Læger uden Grænser. I efteråret, hvor medierne berettede om håbløse forhold i Grækenland og om, at ingen af de store nødhjælpsorganisationer var til stede, krystalliserede tanken om at gøre en indsats sig hos hende. Hun fik kontakt til en kvinde i Aarhus, der var i gang med at samle ind til Lesbos og også skulle derned for at aflevere tingene, og bad hende melde tilbage om behovet for hjælp:

"Men så sagde hun: "Du kan da bare tage med." Der var ikke rigtig noget, der talte imod, så det gjorde jeg," fortæller Rikke Fedders Melchior, der tog af sted med en gruppe på 11 personer. Hun havde på forhånd fået at vide, at man nogle steder "flød i sygeplejeudstyr", men da hun kom til Lesbos, var der intet.

"Der var flere små organisationer, der bestyrede lejrene på Lesbos, og dem henvendte vi os til. Vi havde 20 tons mad, vand og kørestole med, som var samlet ind herhjemme. Men sygeplejeudstyr var der ikke noget af. Det pinte mig, og det var dobbelt frustrerende for mig at stå der og ikke kunne bruge min sundhedsfaglige viden ordentligt," siger hun.

Uden hud på fødderne

Mange af flygtningene havde gået lange distancer, ofte i bjergterræn.

"De havde forfærdelige fødder, uden hud og med infektiøse sår," siger Rikke Fedders Melchior og forklarer, at man først undersøger, om noget er blotlagt på foden, renser godt op, fjerner den døde hud og giver antibiotika. Så lægger man en forbindelse på, og til sidst polstrer man det, så sårene ikke væsker.

"Det bedste ville være ikke at skulle gå på de fødder," siger hun vel vidende, at det er utopi.

"Vi arbejder på at skaffe strømper. Det er værre med sko, og nu er det ved at blive koldt."

Flygtningene kommer med mange skader og tror ofte, at de er værre, end de er.

"De er bange og trænger i virkeligheden til omsorg og til en forsikring om, at deres ben er o.k. For efter gummibådene skal de måske gå 10 km i bjergterræn, så det nytter ikke, at hovedet er sporet ind på, at det er forfærdeligt, men godt at få at vide, at det dårlige ben ikke er brækket," forklarer Rikke Fedders Melchior.

Udover mishandlede fødder har hun set alt fra skrammer til infektiøse sår, en mand med en tommelfinger, der var tre gange den normale størrelse, som skulle sættes af, og børn med 40 i feber og flere med grimme skoldninger fra kogende olie.

Donationer fra sygeplejersker

Den 16. november tog Rikke Fedders Melchior tilbage til Lesbos. Få dage før sin afrejse fortalte hun til *Sygeplejersken*, at hun denne gang er godt forberedt, så hendes sundhedsfaglige kompetencer kan udnyttes fuldt ud.

Via Facebook og ved henvendelser til organisationer, firmaer, kolleger og venner, har hun udsendt en ønskeliste til sygeplejeudstyr, bl.a. plaster, gaze, strips, staseslanger, dropslanger, kanyler, øretermometre og nødtæpper.

"Jeg har fået donationer fra meget engagerede sygeplejersker rundt omkring i landet, som har gennemgået afdelingen for ting, de ikke længere bruger, fordi de har ændret sortiment. Der er også læger, som har sendt stetoskoper, og der er ingen krav til udstyret, bare det virker," fortæller hun glad.

Rikke Fedders Melchior er taget af sted med en britisk sygeplejerske, otte britiske læger og to andre personer, som hun er kommet i kontakt med via Facebook.

Professionel distance

Lejrene på Lesbos er bedre organiserede end før, og for at få adgang skal man nu sende

sine uddannelsespapirer på forhånd.

"Det er glædeligt, for det højner standarden," siger Rikke Fedders Melchior.

Hendes gruppe skal arbejde i den største camp, Moira, hvor også Læger Uden Grænser har en klinik. Gruppen har lejet sig ind på et hotel, som holder ekstraordinært åbent i vinterperioden.

Det kan gå voldsomt til i Moira, men ikke desto mindre vil Rikke Fedders Melchior hovedsageligt tage nattevagter, hvor behovet er størst.

På spørgsmålet om, hvordan det kan lade sig gøre for hende at tage af sted, svarer Rikke Fedders Melchior:

"Jeg arbejder for et vikarbureau og har ikke rigtigt nogen forpligtigelser her. Jeg ville gerne blive på Lesbos til "enden" på denne krise, men jeg har heller ikke lyst til, at hele min opsparing går til det, for alt er for egen regning, så det må nødvendigvis få en ende."

Under hjælpearbejdet med flygtningene har Rikke Fedders Melchior været påpasselig med at opretholde en professionel holdning:

"Ellers er det hele bare ubærligt. Det er vigtigt at være professionel og ikke gå ind

” Sygeplejestyret var der ikke noget af. Det pinte mig, og det var dobbelt frustrerende for mig at stå der og ikke kunne bruge min sundhedsfaglige viden ordentligt.

i de historier, flygtningene har været udsat for, ellers kan man ikke holde det ud. Forskellen på empati og sympati er vigtig. Og har sympatien overtaget, brænder man ud."

Rikke Fedders Melchior har ikke sat en bestemt dato for hjemrejsen.

"Men går det for hårdt på, må jeg tage hjem. Det skal ikke have konsekvenser for resten af mit liv, men jeg vil gerne udvikle mig og lære mere. Det er vigtigt."



Rikke Fedders Melchior skriver et rejsebrev fra sin seneste tur til Lesbos, som bliver bragt i et senere nummer af Sygeplejersken.



2 PROCENT MERE

I november indgik fire borgerlige partier forlig om finansloven for 2016. Partierne sagde bagefter, at der kommer et "markant løft" af sundhedsområdet på 2,4 mia. kr. Men hvor markant er det egentlig, og hvad skal pengene gå til?

Tekst **Marianne Bom** • Grafik **Mathias Nygaard Justesen**

Midt i en offentlig sparetid valgte partierne bag finansloven for 2016 at sætte flere penge af til sundhed. 2,4 mia. kr. blev øremærket til initiativer som hurtigere udredning, færre patienter på gangene og en bedre indsats for demente. Politikerne kaldte det "et markant" løft. Sundhedsøkonom Kjeld Møller Pedersen nøjes med at konstatere, at der i hvert fald kommer flere penge.

"Der er tale om en stigning, som er lidt større, end vi har været vant til de seneste år. Men de 2,4 mia. skal ses i sammenhæng med, at de regionale sundhedsudgifter er ca. 106 mia. kr. Det betyder, at løftet kun er lidt over 2 pct.," siger han

og tilføjer, at Danmark stadig ligger i den bedre fjerdedel blandt OECD-lande, når man ser på, hvilken andel af bruttonationsproduktet der bruges på sundhed.

Ifølge Sundhedsministeriet er 2013 det seneste år, vi har en samlet opgørelse over forbruget på hele sundhedsområdet, fordelt på sektorer. Det år brugte vi i Danmark 152,3 mia. kr. på sundhedsvæsenet, fortæller publikationen "Status på sundhedsområdet – September 2015". Se figur herunder.

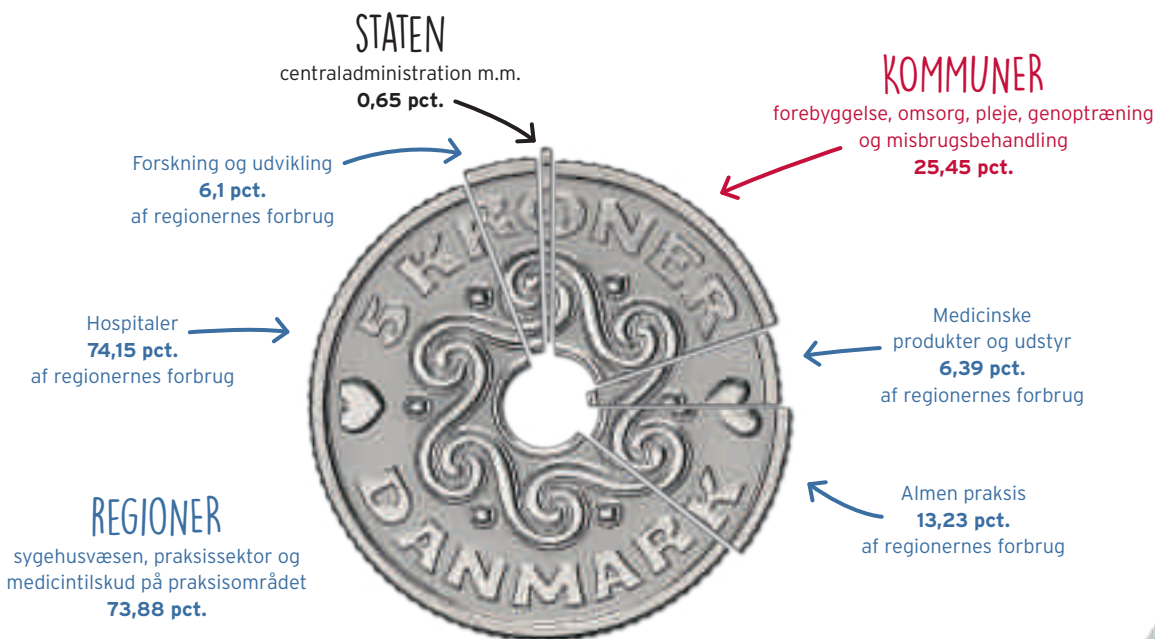
Formanden for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, er glad for, at sundhedsvæsenet får flere penge i en tid, der er præget af besparelser i det offentlige.

"Sundhedsministeren har sagt, at vi nu kan komme overbelægningen til livs. Men det er der ingen garanti for med de her penge. Vi har fortsat et sundhedsvæsen, som er ekstremt presset, og samtidig skærer man ned og fyrrer medarbejdere i næsten alle regioner. I fremtiden er der lagt op til yderligere en stigning i aktivitetsniveauet, og selv om der nu kommer flere penge, rækker de desværre ikke i forhold til den udvikling."

Finanslovsforliget blev indgået af Venstre-regeringen med Dansk Folkeparti, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti.

SUNDHEDSVÆSENETS FORBRUG

EN FINANSLOV RYKKER IKKE MEGET VED DE SAMLEDE SUNDHEDSUDGIFTER. FORDELINGEN MELLEM SEKTORERNE ER STORT SET ENS FRA ÅR TIL ÅR.



Kilde:
"Hvad koster sundhedsvæsenet",
Sundhedsministeriet 2013.

AFTALE OM SUNDHED OG ÆLDRE

- 1.465 MIO. KR.** som aftalt med regionerne i august - bl.a. til stigende medicinudgifter og igangsættelse af Kræftplan IV. **Kjeld Møller Pedersen:** "Den ene milliard er til de forventede merudgifter til sygehusmedicin, og det skal nok række. De sidste 400 mio. kr. er penge, der tidligere er lovet til konkrete formål, så her er ikke ekstra penge til nye formål."
- 300 MIO. KR.** til at sikre patienter hurtigere udredning og behandling - bl.a. til en ny ret til privat udredning, hvis det offentlige ikke overholder sin frist på 30 dage.* **Kjeld Møller Pedersen:** "Det er nødvendige penge for at leve op til løfterne, men spørgsmålet er, om det er nok."
- 320 MIO. KR.** til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient, herunder en akutpakke til at nedbringe overbelægning på sygehuse - bl.a. ved at sørge for, at patienterne kommer videre, når de er klar til det.* **Kjeld Møller Pedersen:** "Her mangler vi at se, hvor pengene egentlig ender, for at vide, hvad de batter. Det vil give god mening at investere i et bedre patientflow. Der er nogle, der mener, at et bedre patientflow kan betyde, at vi kommer problemet med overbelægning til livs."
- 200 MIO. KR.** til en national handlingsplan for demens med konkrete initiativer for de svageste ældre.* **Grete Christensen:** "Det er hamrende godt, at vi får en handlingsplan for de demente."
- 50 MIO. KR.** til at styrke fødeafdelingerne.*
- 20 MIO. KR.** til den regionale akutindsats - bl.a. til akutbiler og akutlægebiler i landets yderområder. **Kjeld Møller Pedersen:** "Det svarer til 10-15 ambulanceberedskaber, og det er i den forstand ikke meget. Men pengene skal først og fremmest sende et signal om tryghed. Hvis jeg ligger bevidstløs på vej og strand, så kommer der lynhurtigt en lægebil."
- 20 MIO. KR.** til at bekæmpe antibiotikaresistente bakterier på sygehuse og i praksissektoren. **Kjeld Møller Pedersen:** "Det er en god idé. Man får ikke meget for 20 mio. Men det er en begyndelse, som kan trække en større indsats med."
- 5 MIO. KR.** til Sundhedsstyrelsens Råd for Alternativ Behandling målrettet forskning og formidling. **Kjeld Møller Pedersen:** "Det er et udmærket initiativ. Især pengene til den målrettede forskning, der kan gøre os klogere på alternativ behandling."
- 5 MIO. KR.** til en foranalyse af faglige, tekniske, etiske og økonomiske implikationer af et evt. større dansk program for personlig medicin baseret på patientens genetiske profil.

1 ALT 2.385 MIO. KRONER TIL SUNDHED

Dertil kommer flere penge til kommunerne:

1 MIA. KR. til at understøtte en "ny måde at arbejde med øget fokus på værdighed" i pleje og omsorg.* Disse penge er ikke en del af sundhedsvæsenets budget. **Grete Christensen:** "Der er mere end nogensinde brug for den ekstra milliard. Med de hurtigere udskrivelser fra hospitalerne er der hårdt brug for at fokusere på værdighed og kompetent pleje og omsorg."

1 ALT 3.385 MIO. KR. TIL SUNDHED OG ÆLDRE

* På disse områder har forligspartierne aftalt, at der også skal afsættes penge i 2017, 2018 og 2019.

Kilder: Danske Regioner samt "Aftale mellem regeringen, Dansk Folkeparti, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti".

EN BRUGERSTYRET INDLÆGGELSE KAN GIVE SINDET RO

Hos Psykiatrien i Vordingborg har 40 patienter en kontrakt med afsnit S3. De kan indlægge sig selv i op til syv dage ad gangen, når de mærker, at de er ved at komme for langt ud.

Tekst **Kirsten Bjørnsson** • Foto **Søren Svendsen**

Karina Profft har mange metoder til at holde selvmordstanker og tankemylder i skak, fortæller hun sygeplejerske Mette Jørgensen. Hun strikker, gerne i mønstre, hvor hun skal tælle. Det sætter tankerne på standby. Hun går tur med hunden, som hun for nylig, lidt i sjov, fik ordineret af en læge i afdelingen. Hun har cd'er med bølgelag og afslapningsmusik. Men det slår ikke altid til derhjemme, selv om hun også har støtte fra sin mand, fra distriktspsykiatrien, socialpsykiatrien og hjemmeplejen.

"Jeg kan mærke, jeg finder mere ro herinde," siger hun.

"Her står man op kl. otte, får piller kvart over otte, frokost klokken kvart i tolv osv. Når jeg er hjemme, har jeg et ugeskema, jeg har lavet sammen med socialpsykiatrien. Men det er nemmere at komme udenom derhjemme."

Karina Profft er en af de omkring 40 patienter i Region Sjællands psykiatri, der kan indlægge sig selv i op til syv dage ad gangen på det almenpsykiatriske afsnit S3, hvor tre pladser ud af 17 er reserveret til brugerstyrede indlæggelser.

Disse patienter skal ikke længere gennem den psykiatriske akutmodtagelse, når de får det rigtig dårligt.

"Og det er rigtig pinefuldt at sidde og vente i fem-seks timer og ikke engang være sikker på at få en indlæggelse, fordi man ikke er syg nok," siger Karina Profft.

"Formålet er at undgå, at patienterne bliver så dårlige, at det ender med tvang, selvmord, kriminalitet eller vold," siger sygeplejerske Mette Jørgensen.

"Og det er min fornemmelse, at vi undgår nogle af ydersituationerne. Det giver også patienterne en anden selvopfattelse, at de selv er med til at styre indlæggelsen."

Sparring med distriktspsykiatrien

Kontraktpatienterne fortsætter i behandling hos distriktspsykiatrien, for at de ikke skal have flere kontakter end nødvendigt, og sygeplejerskerne i S3 kan sparre med distriktspsykiatrien og socialpsykiatrien, når der er behov.

"Ulempen kan være, at det er svært for patienterne og deres pårørende at forstå, hvorfor de ikke kan komme til at tale med afdelingens læger, medmindre der opstår noget akut," siger Mette Jørgensen.

Denne dag har Mette Jørgensen god tid til at snakke med Gitte Dysted, den anden af de to kontraktpatienter, der er i afdelingen. Det har været en skidt morgen for Gitte Dysted, men hun vil gerne

fortælle, at hun er glad for ordningen, som hun har været tilknyttet, siden den startede for to år siden.

"Det gode er, at man ikke når at komme for langt ud, når man kan indlægge sig selv. Frem for at man skal over den psykiatriske akutmodtagelse og måske opgiver på forhånd," siger Gitte Dysted.

Mens hun står og snakker med Mette Jørgensen, kommer en anden patient og lægger hurtigt to små nøgler i hendes hånd. Til en dagbog, han havde købt til sig selv, men lige har foræret hende.

"Jeg har altid ønsket mig en dagbog," siger hun, helt bevæget. "Og nu har jeg fået en som gave."

Læs mere om brugerstyret indlæggelse på regionsjaelland.dk - søg på "brugerstyret indlæggelse".

Din bedste oplevelse med en patient for nylig?

"Det var at se, hvor glad Gitte blev i dag, da hun fik dagbogen foræret. At hun også rummer det, for hun har været rigtig trist."



1. S3 er et åbent almenpsykiatrisk afsnit, hvor dørene kun bliver låst, når det en sjælden gang er nødvendigt at skærme en patient.

2. Patienter og personale har sammen strikket kludetæpper til dagligstuen. Det holder hænder og tanker beskæftiget.

3. Sygeplejerske Mette Jørgensen lytter til Gitte Dysted, en af de to patienter, der aktuelt har indlagt sig selv i afdelingen.

4. Psykiatrisk sygepleje er også at sidde udenfor, hvis en patient er bange for at forsvinde i badet.

5. En medpatient har foræret Gitte Dysted en dagbog, han havde købt til sig selv. Der hører nøgler til.



Medicinmandens metoder kan undersøges videnskabeligt

Her får vi fortællingen om, hvad der sker, da en fordomsfri professor lukker hospitalsdøren op for en indiansk medicinmand og coach med den hensigt at hjælpe hiv-smittede til et bedre liv. I et coachingforløb hjælpes en gruppe patienter til at slippe af med en invaliderende offerrolle og i stedet gøre diagnosen til deres styrke.

Men hvis det er så nemt og så godt, hvorfor er metoden så ikke implementeret i det offentlige sundhedssystem?

”Fordi der mangler en forklaring på, hvad det er, der virker,” lyder svaret sidst i bogen. Der skal yderligere et forsøg til med flere patienter, der er mere syge, end de var i dette pilotforsøg; med andre coaches, som oplæres i metoden, men ikke er medicinmænd, og med et forløb, der skal afkortes i forhold til det oprindelige. Professoren giver selv udtryk for, at de måske aldrig finder ud af, hvordan medicinmandens metoder virker, for, som han siger: ”Lad os nu antage, at det er noget, vi aldrig vil kunne måle med de apparater, vi har. Jeg ved ikke, hvordan man skal måle menneskelig kemi, personlig udstråling og energi. Og sæt nu det er det, det handler om. Så finder vi aldrig ud af det.”



Solveig Kolstad

Frisat - At vokse gennem modstand og finde sig selv på den anden side af en livskrise

CHQ Publishing 2015
120 sider - 149 kr.

Læs også ”Fra forsker til fag” side 62 i dette nummer af Sygeplejersken.

Set i lyset af de grundlæggende principper for Integrative Nursing (se anmeldelsen på modstående side) er det imidlertid ikke så vanskeligt at forklare: Medicinmanden har gennemgået en omfattende personlig udvikling og anvender både gammel og ny viden i sin coaching. Han taler og handler fra hjertet, er tillidsvækkende, møder patienterne der, hvor de er, og indgiver dem håb og mod. Endelig tager han dem med ud i naturen eller andre steder, hvor de ikke bliver mindet om deres diagnose.

Man kunne ønske, at professoren ville tage kontakt til forskere inden for komplementær og alternativ behandling eller integreret medicin for at finde frem til et videnskabeligt optimalt forsøgsdesign. Det i bogen skitserede er på forhånd dømt til at mislykkes, fordi man tilsyneladende leder efter et målbart og entydigt svar i forhold til én enkelt virkningsmekanisme. Sådan er vi mennesker ikke skruet sammen, heldigvis.

Af Bodil G. Lissau, cand.med.vet./toksikolog, BN. Vikar i primærsektoren og formand for Fagligt selskab for sygeplejersker med interesse for komplementær og alternativ behandling.

Et privilegium at blive inviteret ind i forfatterens private rum

Et væsentligt supplement til de tykke teoretiske lærebøger er den personlige fremstilling af, hvordan det opleves at være ramt af sygdom. Denne bog er et eksempel på en ærlig og meget velskrevet beretning om den proces, forfatteren har gennemgået i løbet af de år, skizofrenien udvikler sig. Et forløb, der rækker tilbage til de unge år med hallucinationer, forfølgelsesforestillinger, selvmordstanker og lavt selvværd. Kampen for at bevare normaliteten med alt, hvad deraf følger af uddannelsesforsøg, jobs, sociale tilhørsforhold, samtidig med kampen mod dæmo-



Julie Sonne Vilstrup

Mig, "dem" og alle jer andre - livet med skizofreni
Mellemsgaard 2015
204 sider - 198 kr.

nerne, som i starten bliver hemmeligholdt for omverdenen og også er uforståelige og skræmmende for hovedpersonen selv.

Kontakten med behandlingssystemet på godt og ondt. Flest positive erfaringer, hvor den rette medicin og langvarig samtalerapi med særligt tillidsvækkende behandlere er væsentlige elementer i erkendelsesprocessen.

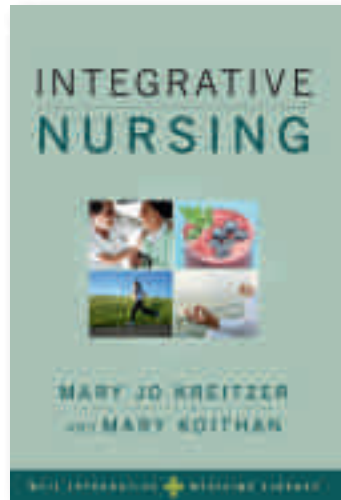
Et intelligent og tankevækkende værk

Forskere på University of Minnesota, School of Nursing, har sammen med internationale kolleger bidraget til dette digre værk om Integrative Nursing (IN), som velsagtens kan betegnes som et væsentligt bud på et paradigmeskifte indenfor sygeplejen.

Menneskesynet og syn på sundhed og sygdom i IN vil de fleste sygeplejersker med indsigt i alternativ behandling nikke gænkende til. Komplementære og alternative (KAB) behandlingsmetoder per se rubriceres dog interessant nok sammen med alle andre behandlingsformer i et kontinuum, som går fra f.eks. healing, over indgivelse af osmotisk virkende laksantia til lægeordineret medicin og operation; dvs. at den mildeste intervention kommer først.

IN bygger på seks grundlæggende principper, som er søgt sammenfattet i nedenstående:

Mennesker er hele systemer, uadskillelige fra deres omgivelser og med en indbygget evne til at generere sundhed og velvære. Naturen har healende og regenererende egenskaber. IN er personcentreret og relationsbaseret og fokuserer på sundhed og velvære hos



Mary Jo Kreitzer and Mary Koithan
Integrative Nursing
Weil Integrative Medicine Library
Oxford University Press 2014
608 sider - 63 USD

såvel omsorgsgiverne som dem, de drager omsorg for. IN-praksis anvender evidensbaseret viden og erfaring og benytter sig af hele spektret af terapeutiske modaliteter til at understøtte/fremskynde healingprocessen bevægende sig fra det mindst intensive/invasive til mere, afhængigt af behov og kontekst.

Ovenstående sammenfatning er måske et godt eksempel på, at bogen i høj grad udfordrer sin læser; men glæd jer til et helstøbt, intelligent, tankevækkende, inspirerende og operationelt værk. Vægtige synspunkter og argumenter veksler på praktiske anvisninger og illustrative eksempler på alt lige fra sygeplejerskers egenomsorg over ledelse og uddannelse til patientrelationer, healing, omsorg og behandling. Det første internationale symposium i IN blev i øvrigt med stor succes afholdt i Reykjavik i år.

Af Bodil G. Lissau, cand.med.vet./toksikolog, BN. Vikar i primærsektoren. Formand for Fagligt selskab for sygeplejersker med interesse for komplementær og alternativ behandling.

”Det vigtigste er ikke selve rejsen, men hvordan man lærer af den og tackler den.” Det er bogens allersidste sætning, og et vigtigt budskab er, at selvom skizofreni er en forfærdelig og smertefuld sygdom, der indebærer tabte drømme og visioner, så er det muligt at opnå bedring. Forfatteren lægger ikke skjul på alvoren i sygdommens karakter og forsøger ikke at bagatellisere eller romantisere. Sygdommen har så gennemgribende en indflydelse på hele personligheden og opfattelsen af en selv og omverdenen. Det er alfa og omega at nå frem til en accept af, at sygdommen har ramt en,

og at tage imod den fornødne behandling. Denne proces er ganske individuel og kan have meget forskellig varighed. Ofte er den årelang med talrige op- og nedture.

En vigtig pointe er, at man kun kan regne med det utilregnelige. Accepten indebærer, at man bliver i stand til at justere på forventninger og krav til sig selv og tilrettelægge sit liv, så det matcher ens ressourcer. Opskriften på det såkaldt normale liv er ikke nødvendigvis egnet til alle, men det gælder om at finde alternative måder, som er lige så værdige.

Forfatteren deler sine erfaringer med os og understreger samtidig, at de er hendes, og at de ikke nødvendigvis passer på andre med den samme sygdom. Processen er unik.

Bogen er sobert og respektfuldt skrevet. Det er et stort privilegium at blive inviteret ind i forfatterens helt private rum. Man bliver væsentligt meget klogere og fuld af ydmyghed og respekt. Jeg håber, bogen får mange læsere, ikke mindst blandt fagfolk.

Af Sonja Bech, visiterende sygeplejerske, Centralvisitationen, Region Hovedstadens Psykiatri.

Plejeforældre skal være umådeligt robuste

Med et anseligt antal år i sundhedsplejerskeres sækken har jeg efterhånden fået lært at håndtere de følelsesmæssige udfordringer, som faget byder på, så nattesøvnen ikke forstyrres. Undtagelsen er dog, når jeg har haft kontakt til plejebørn og deres plejeforældre, og har oplevet, hvordan hensynet til børnenes biologiske forældre har vejet tungere end barnets tarv, og har set, hvordan angsten hos plejeforældrene for at skulle adskilles fra barnet pga. hjemtagelse har forstyrret den tilknytning imellem plejeforældre og plejebarn, som er så essentiel for barnets udvikling. Det kræver en umådelig robusthed at være plejefamilie. Forfatteren til denne bog, som selv har børn i pleje, har ønsket at vise, hvordan plejefamilier arbejder, hvilke udfordringer de har med børnene, de biologiske forældre, sagsbehandlere og andre kommunale instanser.

”Når man bliver plejefamilie, bliver man en offtentlig familie. Det betyder, at myndigheder og fagpersoner kommer i ens hjem og skal have adgang til alle informationer om familien,” skriver



Lise Ravnkilde

**Et stort hjerte er ikke nok
- Om plejefamiliers arbejde**

Ravensource 2015

150 sider - 195 kr.

forfatteren. Det er ikke nok at være en ressourcestærk familie med egne velfungerende børn. Det kræver professionel indsigt og tilgang at have plejebørn, hvilket beskrivelserne fra de forskellige interviewede plejefamilier om børnene og deres vanskeligheder illustrerer. Den støtte og supervision, plejeforældrene modtager, er meget tilfældig og afhængig af den anbringende kommune og den sagsbehandler, som aktuelt tager sig af barnets sag. Beretningerne fra forskellige plejefamilier bliver bogen igennem kommenteret af en psykolog, en supervisor, en socialrådgiver og en ernæringseksperter. Bogen har ikke tydelig adresse til en bestemt målgruppe. For social- og sundhedspersonale giver den et godt indblik i, hvordan verden kan se ud for plejebørn og plejeforældre, og at den verden kan give uhyggelige drømme.

Af Hanne Lindhardt, MSA, sundhedsplejerske i Furesø Kommune.

KORT NYT OM BØGER

Thomas Rode Andersen, Thilde Jo Maarbjerg og Arne Astrup

Rigtig mad - den bedste ernæring for menneskekroppen

Politikens Forlag 2015

272 sider - 300 kr.

Jeg kan fortabe mig helt og aldeles i en god kogebog, hvor opskrifterne ser overskuelige ud, og fotografierne af retterne er, ja - appetitlige. Titlen på denne bog er afskrækkende, den er for hellig, men når bogen først er åbnet, kan man lære at skære en kylling og en torsk ud samt forme en hakkebøf, hvis man ikke skulle vide, hvordan sådan en skal se ud, og det er godt nok. Inspirationen kommer fra stenalderkost, som faktisk ikke har nogen gang på jord ifølge videnskaben. Stenaldermanden og hans kone spiste ikke kød, marv og fedt i store mængder, men derimod rodfrugter. Men tro flytter bjerge. Læge Arne Astrup er med på den seneste dille og er nu blevet stenaldermand, og selv om bogen ikke kun advokerer for stenalderkost, er der ufatteligt mange trosbekendelser, der peger på rigtigheden af denne tilgang til ernæring. Spis brød til, siger jeg bare.

Ove B. Schaffalitzky De Muckadell, Stig Haunsø, Hendrik Vilstrup

Medicinsk kompendium Lommebog 5. udgave inklusive online adgang

Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck 2015

712 sider - 699,95 kr.

Her finder man i kort form de almindeligste medicinske tilstande, diagnostik og behandling. Med bogen følger online adgang, så det er muligt at benytte lommebogen fra pc, smartphone eller tablet. Et opslag på nyresygdomme fører f.eks. til et hurtigt overblik over de vigtigste nefrologiske syndromer og symptomer på dem. Man føler sig i gode hænder med bogen i lommen, og selv om målgruppen er stud.med.'er og specialister, der vil nå ud over deres eget speciale, kan sygeplejersker og sygeplejestuderende udmærket bruge lommebogen til opslag, når de vil have faktuel viden om en medicinsk patients lidelse.

Bl.a. ernæring, arbejdsmedicin og forgiftninger har egne kapitler i bogen, som altså er bred og derfor kræver en grundig bladren før brug.

Karen Glistrup og Pia Olsen

**Indeni mig ... og i de andre
En bog om børn og følelser**

Gyldendal 2015

64 sider - 229,95 kr.

Bogen skal læses af og kigges sammen med en voksen. På alle opslag er der en kort tekst, der afsluttes med et spørgsmål. Teksten illustreres på den modsatte side.

Hensigten er, at barnet og den voksne kan drøfte de følelser og tanker, som de enkelte tekster og tegninger får frem i barnet. Glæde, vrede, bekymring, krænkelse, svigt, savn og sorg. Tegningerne er enkle, har humor og er samtidig følsomme. De fleste børn mellem to og ni år vil have en mening om dem, vil kunne tale ud fra dem.

En bog sundhedsplejersker med god samvittighed kan anbefale børnefamilierne, så børn både kan lære deres egne og andre menneskers følelser at kende

(jb)



Uddannelse for sundhedspersonale

København opstart 3. februar
Ålborg opstart 4. februar

Tilmelding og information:
mediyoga.dk
veetamo@mediyoga.com



Tag en videreuddannelse med sygeplejefaglighed i fokus

Informationsmøder

I 2016 udbyder vi følgende uddannelser:

- **Kandidatuddannelsen i Sygepleje**
(Aarhus og København)
- **Masteruddannelsen i Klinisk Sygepleje**
(Aarhus, med mulighed for vejledning i København)

Vi inviterer til informationsmøder

Onsdag d. 27. januar kl. 15.00-17.00 i København

Campus Emdrup, Auditoriet, Bygning C001 lokale 7213,
Tuborgvej 164, 2400 København NV

Torsdag d. 28. januar kl. 15.00-17.00 i Aarhus

Auditoriet, Dalgas Avenue 4, Bygning 3410 lokale 137,
8000 Aarhus C

Læs mere om uddannelserne på
<http://kandidat.au.dk/sygepleje/>
og på <http://www.au.dk/evu/master/mks/>

Sektion for Sygepleje.

Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, Health

Tlf. 8716 8267 – hn@ph.au.dk

<http://ph.au.dk/om-instituttet/sektioner/sektion-for-sygepleje/>



Den palliative indsats - En tværfaglig efter- uddannelse i Region Midtjylland (Palliation)

Uddannelsen henvender sig til sundhedsprofessionelle i sundhedsvæsenets primære og sekundære sektor, som har en mellemlang videregående uddannelse, f.eks. sygeplejersker, ergo- og fysioterapeuter og socialrådgivere.

Uddannelsens forløb:

Det er muligt at vælge mellem tre eller fire moduler. De tre første moduler (16 dage) henvender sig til alle som gerne vil udvikle kompetencer inden for det palliative fagfelt. Det 4. modul (3 dage) henvender sig især til de, der efterfølgende skal varetage en nøglepersonsfunktion i den palliative indsats.

Uddannelsen afholdes i Aarhus og begynder 9. marts 2016 og afsluttes 10. juni 2016. Tilmeldingsfrist 1. februar 2016.

Yderligere information og tilmelding, se
www.rm.plan2learn.dk – Skriv "Palliation" i søgefeltet.

Uddannelsen afholdes i Uddannelsescenter, Koncern HR, Center for Kompetenceudvikling, Region Midtjylland, Olof Palmes Allé 26, 8200 Aarhus N.

Kursusleder Helle Nordestgaard Matthiesen
Det Palliative Team
Nørrebrogade 44
8000 Aarhus C
Mail: helmat@rm.dk

FOKUSERET STUDIEBESØG



Videncenter for Sårheling, Bispebjerg Hospital tilbyder fokuseret studiebesøg. Formålet er at give opdateret viden inden for sårbehandling samt orientere om centrals retningslinier for pleje og behandling af patienter med sår. Undervisningen veksler mellem teori og work-shop. Målgruppen er sundhedsfagligt personale med interesse i og noget kendskab til sårbehandling/sårbehandlingsprodukter med behov for opdatering i grundlæggende sårbehandlingsprincipper.

Dato: 3. marts, 2016,
kl. 8.30 - 16.30.

Sted: Videncenter for Sårheling,
Bispebjerg Hospital

Pris: kr. 1.100,00.

Tilmeldingsfrist: 10.1.2016
Yderligere information og tilmelding
findes på www.CWHC.dk



Bliv frivillig bisidder hos Danske Patienter

Vil du bruge din faglighed og dit menneskekendskab i et meningsgivende arbejde? Er du på efterløn, pension eller har fri i dagtimerne? Så bliv frivillig bisidder hos Danske Patienter!

Som bisidder støtter du patienter og pårørende, når de skal møde sundhedsvæsenet til lokale dialog-samtaler i forbindelse med deres klagesag.

Vi søger bisiddere, der kan tage sager i København og på Sjælland.

Se hele opslaget på:
www.danskepatienter.dk/job

Ansøgningsfrist: 4. jan. 2016,
kl. 12.00 via mail:
info@danskepatienter.dk

Kontakt Anja Petersen tlf. 3341
4758, ap@danskepatienter.dk

Katten op på skødet og blyanten bag øret

Tekst **Jette Bagh**, cand.cur., fagredaktør, Sygeplejersken

Sygeplejerskens faglige julekryds har efterhånden en lang historie. Tilbage i 1999 så den dagens lys for første gang, og der er fortsat sygeplejersker, som har lyst til at erstatte computer og tablet med en gammeldags blyant og et viskelæder, bare for en stund.

Fat remedierne, løs julekrydsen, og find den sætning, der dannes i de gule felter. Send sætningen til os på adressen:

















Redaktionen, Sankt Annæ Plads 30, 1250 København K.

Mærk kuverten "Julekryds" i nederste venstre hjørne. Vi skal have dit svar med posten senest *tirsdag den 5. januar 2016*.

Det er også muligt at maile svaret til julekryds@dsr.dk senest *tirsdag den 6. januar 2016 kl. 12.00*.

Husk navn, adresse, medlemsnummer og en løsning, hvis dit svar kommer på mail.

Vi trækker lod om tre bøger og tre gavekort blandt de rigtige svar. De tre vindere får direkte besked og bliver nævnt i *Sygeplejersken* nr. 1/2016, der udkommer mandag den 18. januar 2016. God jul og fornøjelse.

	KODE-ORD (1. DEL)		KODE-ORD (2. DEL)	KODE-ORD (3. DEL)			LEVER	STYRKE	SYMPTOM		↕	MIDT I NAT-MAD	PÅ SAMME TID	AKTIVITET PÅ INTENSIV	LUFT-KASTEL	BEDØ-VELSE	IND-RETTE	
LAPPER						LEVER-BETÆNDELSE												
						BIBEL-NAVN ANTAL				DAMPE DEL AF ADRESSE					REGN-LØS			
BARE				→	DET HELE			HER-SKER					DUM-HED					
			↓	KÆ-LET				TYSK NEJ				GRØN KÆRLIGHEDSGUD			REDSKAB PIGE-NAVN			
DØDS-ÅRSAG		FISK SPORTS-STÆVNE				VÆGT VÅBEN						FOR-KALKEDE DRENG-GENAVN						
↙						FREM-MEDE							ROMER-TAL 101		GLAM-ME		UDLEJE	
BJERG-FLOD				GNAVEN ARBEJDS-NEDLÆG-GELSE				SLAN-GE-UNGER										
TIENDE BØG-STAV		KRANIE-PARTI LIV-REDDER				60 MØDES								DRENGE FUGL				
SLUT-TEDE								SOLGUD KUNST-VÆRK				SÅ NOGEN-LUNDE FARVE-STOF					TONE	
					MUNDT-LIGT DREN-GENAVN								TAL GENERAL		BLUND GUD-INDE			
						TAVS BESKED						MISTÆN-KELIGE PIGE-NAVN				SPEJDE GLANE		
		BE-SIDDES DÆK-NING						ÆDE STRØM						VINCENT VAN -? UKOGT				
↙			↘															
											UDRÅB				DIGT			

LEXI.DK

Navn _____

Adresse _____

Medlemsnummer _____

Løsning _____

NYHED

Friske og velsmagende fødevarer til den lille appetit



nyd det gode



Forhandles via din grossist og i
supermarkeder over hele landet.
www.arlafoodservice.dk

ME
VALLEPROTEIN

TIL PERSONER
MED LILLE APPETIT
ELLER SOM OPLEVER
UPLANLAGT VÆGTTAB.
KRÆVER IKKE
GRØN ORDINATION.

Bliv frivillig rådgiver på Livslinien

- på vores telefonrådgivning eller net- og chatrådgivning

Livslinien søger frivillige rådgivere til vores selvmordsforebyggende rådgivning. Vi sørger for, at du som frivillig er klædt på til den selvmordsforebyggende og medmenneskelige kontakt, inden du starter som rådgiver, og vi giver dig løbende faglig support i hverdagen. Du vil træde ind i et velfungerende tværfagligt miljø, hvor kvalitet og empati er i fokus.

Livslinien forebygger selvmord og selvmordsforsøg gennem rådgivning varetaget af vores 230 frivillige rådgivere. Vi har kontakt med mere end 15.000 mennesker årligt, som enten kontakter os på vores telefonrådgivning eller net- og chatrådgivning. Som frivillig på Livslinien er du med til at gøre en positiv forskel for mennesker i krise.

Søg ind som frivillig rådgiver på enten vores telefonrådgivning eller net- og chatrådgivning.

Du kan søge via vores hjemmeside www.livslinien.dk



LIVSLINIEN

forebygger selvmord



I regn og blæst, menighedssygeplejersker er bedst

Tekst Christina Sommer • Foto Christoffer Regild

Skulle en besøgende i Andelslandsbyen Nyvang lidt uden for Holbæk vride om på foden eller komme til skade på anden vis, er der kvalificeret hjælp at hente. Nyvang er et aktivitetscenter, der fortæller om andelsbevægelsen i 1900-tallet. Stedet er drevet af frivillige, som er opdelt i forskellige laug, f.eks. slagteri, bageri og købmandsbutik. Menighedsplejen var ikke en formel del af andelsbevægelsen, men en gruppe på omkring 15 frivillige sygeplejersker mente, at sundhed og sygdom også skulle repræsenteres i Nyvang. Som sagt så gjort. Derfor agerede Lisa Munck (t.v.) og Tove Junge menighedssygeplejersker en råkold onsdag i efterårsferien, iført uniformer, som de omtrentlig så ud i 1930'erne. Dansk Sygeplejehistorisk Museum har rådgivet om mønstre og stoffer, mens Nyvangs tekstil-laug har syet uniformerne. Lauget arbejder på at få etableret en sygestue til næste sæson, så de kan vise sygeplejen gennem rollespil.

Læs mere på Nyvangs hjemmeside www.adlbn.dk



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



#Bæredygtiguddannelse

Jeg er allerede vant til at holde skarpt øje med svaner, blomster og FSC-certificeringer, når jeg som bevidst forbruger forsøger at handle og leve med tanke ikke kun for nuet, men også for fremtiden. Jeg kender til betegnelser som "bæredygtigt design", "bæredygtig energi" og har med tiden lært, at tillægsordet "bæredygtig" er gangbart i mange forskellige sammenhænge.

Da jeg første gang stiftede bekendtskab med betegnelsen: Bæredygtig uddannelse blev jeg virkelig glad og forestillede mig straks, hvordan både logoer, hashtags og reklameslogans ville kunne markedsføre en sygeplejerskeuddannelse baseret på sunde værdier og politiske valg, der kan holde både i byretten og ikke mindst i længden.

Sygeplejerskeuddannelsen står midt i en revision, hvor netop begrebet bæredygtighed måske er afgørende for fagets fremtid. Når grundstenene til fremtidens sygeplejerskeuddannelse skal lægges, håber jeg, det bliver gjort ikke kun med blik for morgendagens umiddelbare krav om øget effektivitet og produktivitet, men også med et blik stiftet mod værdier og rationaler, der rækker lidt længere.

Baseres planlægningen af den fremtidige sygeplejerskeuddannelse alene på parametre som drift og markedslogik, frygter jeg, at grundlaget bliver ustabilt og professionens fremtid måske usikker. Der er ingen tvivl om, at det landskab, som fremtidens sygeplejersker skal ud og navigere i, både er broget og ofte svært fremkommeligt. Mange forskellige krav skal balanceres, når den viden, de færdigheder og de kompetencer, som fremtidens sygeplejersker vil få brug for, skal landes. I den forbindelse er det vigtigt, at vi for en stund trækker snuden op af det spor, som diverse fremsynsrapporter har tegnet, fjerner blikket fra krystalkuglen og også tænker lidt på, hvad vi rent faktisk håber, der kommer til at ske i fremtiden. Naturligvis bør sygeplejerskeuddannelsen fortsat være professionsrettet og sikre, at fremtidens sygeplejersker tilegner sig kompetencer, der gør dem klar til at udøve deres profession i en virkelighed præget af kompleksitet og markant efterspørgsel på konkret handling. Ingen tvivl om det.

Men jagten på professionsrettede kompetencer, der skal sikre, at dampen, driften og produktiviteten holdes oppe, må ikke blive så intensiv, at den fortrænger den almindelige, som samtidig bør have plads i en uddannelse som sygeplejerskeuddannelsen. Sunde, grundlæggende, etiske og mellemmenneskelige værdier er vigtige for patienter, pårørende og medarbejdere

og er desuden med til at sikre, at den politiske og offentlige debat i forhold til sundhedsvæsenet ikke bliver for fattig og flad. Hvis mantraet om patienten og borgeren i centrum skal blive til virkelighed, er der brug for både faglig og menneskelig bredde i de kompetencer, som fremtidens sygeplejersker skal uddannes til.

Hvis vi ønsker, at fremtidens sygeplejersker skal have mod og pondus til at blande sig i den politiske og offentlige debat, må vi spørge os selv, om vi udelukkende skal udbyde en uddannelse på baggrund af fremskrivninger omkring, hvordan vi tror, verden ser ud om 10 eller 20 år, eller om vi også skal satse på at udbyde en uddannelse, der styrker fremtidens sygeplejersker til at påvirke verden og sygeplejen i den retning, som vi dybest set mener er den værdimæssigt rigtige.

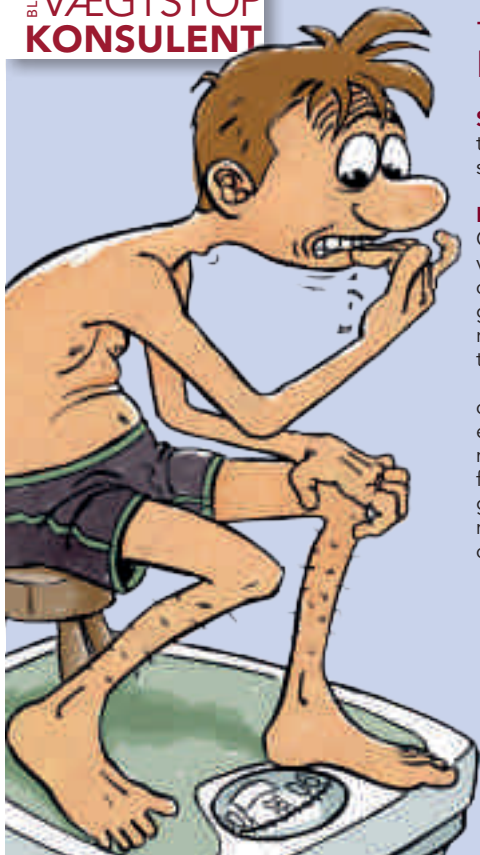
”I den forbindelse er det vigtigt, at vi for en stund trækker snuden op af det spor, som diverse fremsynsrapporter har tegnet, fjerner blikket fra krystalkuglen og også tænker lidt på, hvad vi rent faktisk *håber*, der kommer til at ske i fremtiden.

Velfærdssamfundet undergår løbende store forandringer, og der kommer til stadighed større og større pres på ressourcerne. Det er netop i denne virkelighed, at bl.a. sygeplejerskeprofessionen skal udvikle og forny sig, og det stiller store krav på alle niveauer i uddannelsessystemet, hvis ikke fagligheden skal blive klemt flad af den stadigt stigende efterspørgsel på medarbejdere, der kan handle, gøre og være effektive og produktive.

Poul Henningsen har engang sagt "Fremtiden kommer af sig selv – men det gør fremskridtet ikke." P.H.'s pointe er stadig relevant. Jeg tror derfor, at vi har et fælles ansvar for, at fremtiden ikke kommer uledsaget af sygeplejens grundlæggende værdier og idealer for, hvordan patienter og borgere bør mødes.

"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.

EFTERUDDANNELSE
BLIV
VÆGTSTOP
KONSULENT



TRÆNGER DU TIL AT BLIVE INSPIRERET - OG FÅ NYE VÆRKTØJER TIL DIN RÅDGIVNING OM VÆGTPROBLEMER?

Så har du chancen nu, hvor vi åbner for tilmelding til Vægtstopkonsulent-uddannelsens 2016-kurser.

Hvorfor deltage?

Overvægt er et tungt problem, som kan være svært at tage fat om i den korte tid, der er til rådighed i hverdagen - men du kan gøre en stor forskel, hvis du har effektive redskaber til at gå i dialog med og nå ind til patienten.

Det får du med Vægtstopkonsulentuddannelsen, som fokuserer på kort, individuel rådgivning og klæder dig på til at kunne motivere overvægtige. Den opdaterer dig fagligt om overvægtens psykologi, fysiologi, pædagogik og samtaleformer - med nye metoder til en varig ændring af de vaner, der skaber problemerne.

Uddannelsen strækker sig over 2 x 2 dage og inkluderer praktiske øvelser i, hvordan du kan bruge den nye viden i din hverdag.

Tilmelding

Mail info@rygestopkonsulenterne.dk eller ring 7028 1020, hvis du vil sikre dig en plads med det samme!

Datoer finder du i kursusplanen.

Vi håber, du griber muligheden for at få et endnu bedre patientforløb!

” Jeg føler mig mættet med ny viden og inspiration - og godt klædt på til opgaven.
Charlotte Borge,
praksissygeplejerske,
lægepraksis i
Slagelse

KURSUSPLAN FOR 2016 - VÆGTSTOP

STED

ÅRHUS
KØBENHAVN
FREDERICIA

MODUL 1

01. + 02. FEBRUAR 2016
07. + 08. MARTS 2016
23. + 24. MAJ 2016

MODUL 2

02. + 03. MARTS 2016
06. + 07. APRIL 2016
15. + 16. JUNI 2016

Prisen er 3.850,00 kr. excl. moms pr. modul. Kursusmappen koster 370,00 kr. excl. moms. Rygestopkonsulenterne ApS, Krakasvej 17, 3400 Hillerød. www.rygestopkonsulenterne.dk



✓ SIKKER FRAGT & BETALING ✓ JULEGAVER BYTTES TIL 11/1 ✓ FARVERIGE ARBEJDSDAGE

10% RABATKODE: JUL2015



Sneflug sygeplejeur 99 kr



Kanylekuglepenn 59 kr



Kittel Genuine 399 kr



Detaljesaks, prikkes 59 kr

Fire

grunde til at bruge
Støttestrømper

- 1) Øger blodcirkulationen i ben og fødder
- 2) Forhindrer blodpropper og åreknuder
- 3) Hjælper på hævelse og smerte
- 4) Støttende og behagelig for trætte ben



Støttestrømper 149 kr



Navneskilt 179 kr

www.color4care.dk
89 88 66 29

Dsr.dk bliver klar til mobil og tablet

I januar får Dansk Sygeplejeråd en ny hjemmeside, som er mere enkel og overskuelig. Det helt særlige er, at dsr.dk nu bliver optimeret til brug på mobil og tablet.

35 pct. af brugerne på dsr.dk sidder ikke foran en computerskærm, men derimod med deres telefon eller tablet i hånden og læser på en lille skærm. Derfor bliver dsr.dk nu optimeret til brug på mobiltelefon og tablet. Den nye hjemmeside er det, som kaldes responsiv, dvs. den tilpasser sig automatisk brugerens skærmstørrelse. Med det responsive design er dsr.dk klar til, at langt flere sygeplejersker i fremtiden vil se hjemmesiden på deres mobiltelefon eller tablet.

Overskueligt design

Dsr.dk bliver gjort overskuelig med en strømlinet og minimalistisk stil, så det vigtige kommer i fokus. Brugervenligheden bliver afspejlet i designet af hjemmesiden, hvor der er fokus på

større og bedre billeder og en lettere måde at navigere rundt på.

Find det, du skal bruge

Det skal være lettere at finde lige præcis det, man leder efter på dsr.dk. Det var det primære ønske, som medlemmerne af Dansk Sygeplejeråd kom med i forbindelse med en brugerundersøgelse i 2014, og det er dette ønske, den nye hjemmeside er opbygget efter. Og udviklingen stopper ikke her. Der er stadig mange parametre, som skal falde i hak for at forbedre brugervenligheden og gøre hjemmesiden let at navigere rundt i. Derfor er indhold, struktur og opsætning på hele det nye dsr.dk revurderet.

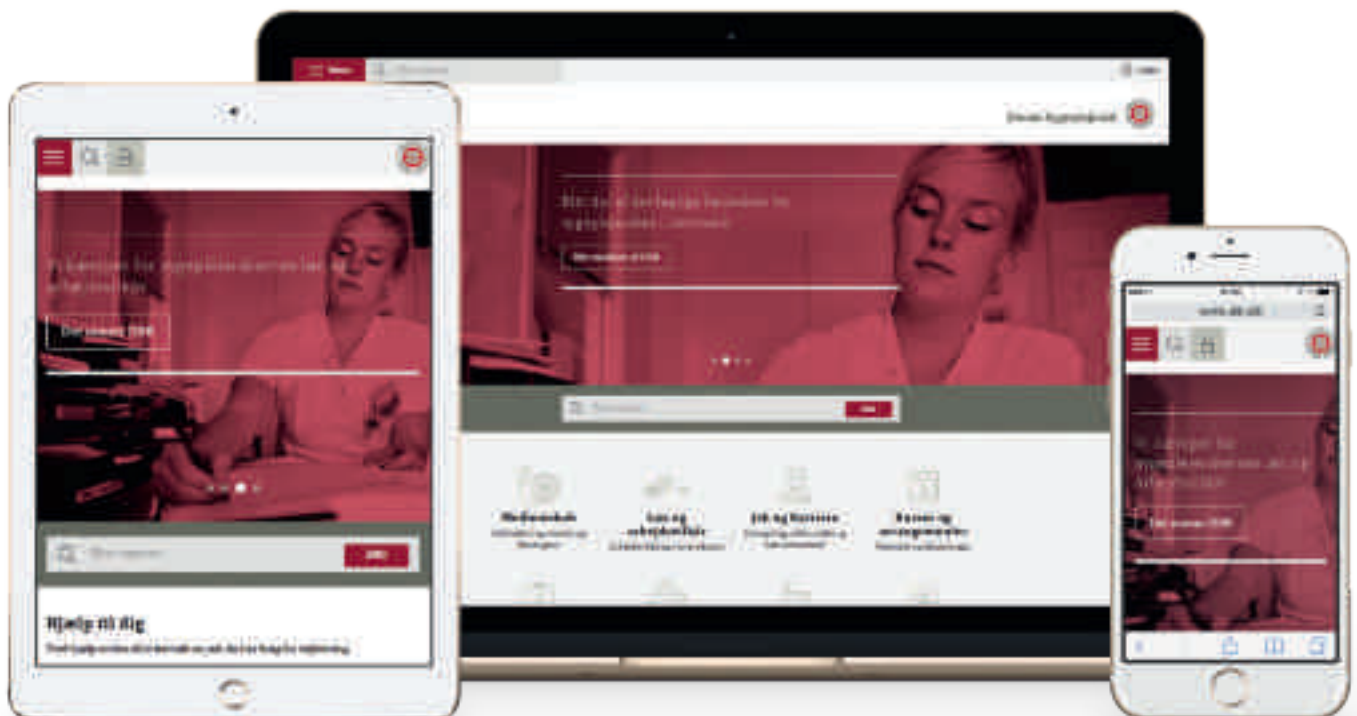
Følg med på www.dsr.dk

Vi arbejder videre

Dsr.dk er under løbende udvikling og fortsætter med at udbygge funktioner og indhold, som brugerne efterspørger. Det er vigtigt for os, at hjemmesiden passer til dit behov. Har du gode idéer eller forslag, der kan gøre hjemmesiden bedre, er du meget velkommen til at kontakte os på portalredaktionen@dsr.dk

Mere overskuelig forside

På dsr.dk er det især fagbladet *Sygeplejersken* og emner som løn og karriere, der er populære. Det bliver nu gjort lettere for dig at finde de mest efterspurte sider, da de i det nye design er placeret på forsiden med ikoner som genveje.



Menu ☰

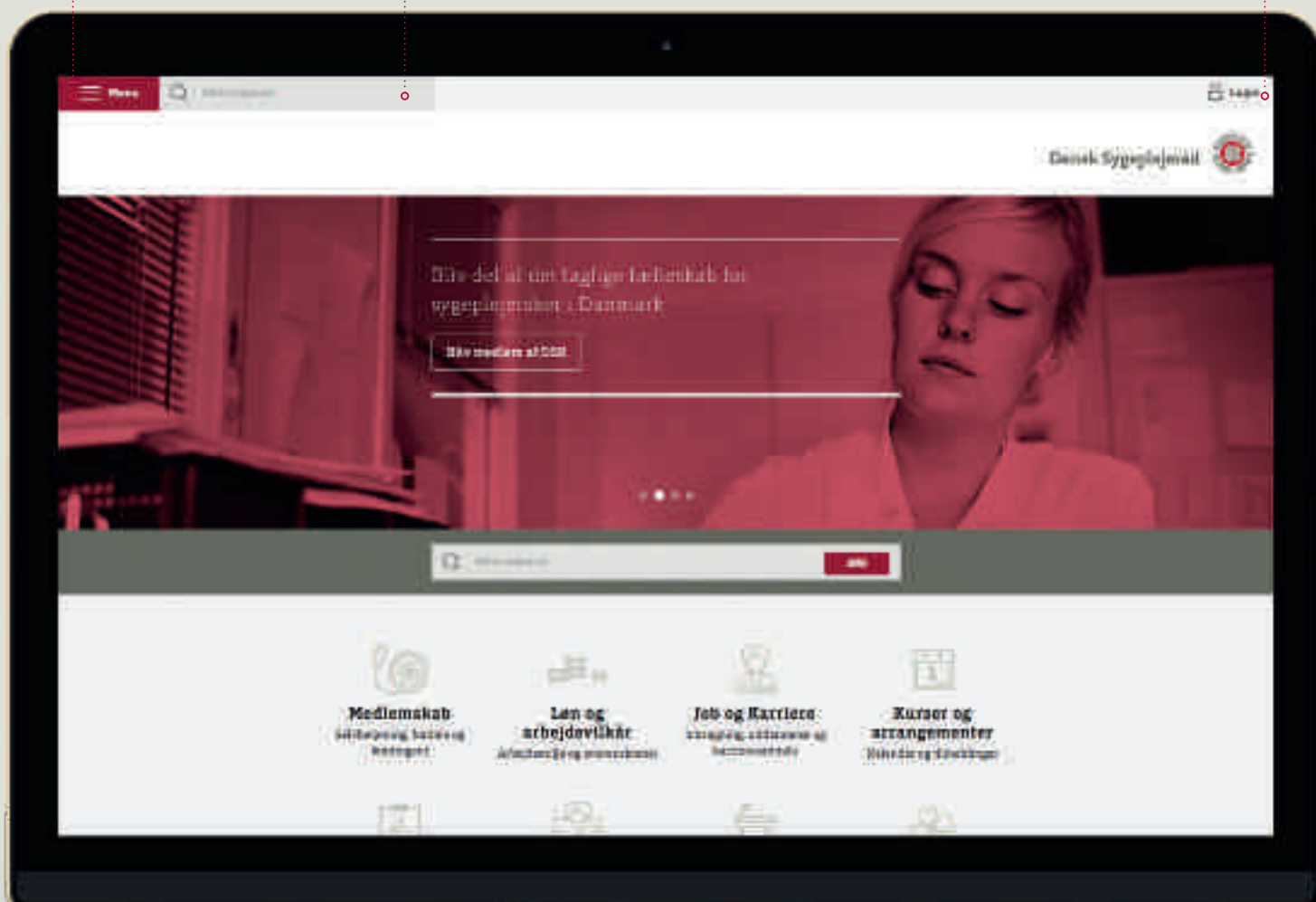
De tre streger øverst til venstre signalerer, at her er menuen, du kan bruge til at navigere rundt på hjemmesiden. Når man trykker på ikonet, vises menuen og de emner, der før i tiden lå øverst på dsr.dk. Hjemmesider, der er optimeret til tablet og mobil, bruger denne type menu, så den ikke fylder for meget på den lille skærm.

Søgefunktionen

Det skal være let for dig at finde rundt på dsr.dk. Derfor er der arbejdet på at få en enkel søgefunktion, hvor du får færre, men mere relevante resultater.

Log ind på Min profil

Når du logger ind på Min profil, kan du redigere dine personlige indstillinger og præferencer. Under "Mine nyhedsbreve" og "Mine nyhedsnotifikationer" redigerer du tilmeldingerne sådan, at du får de nyheder, der er relevante for dig.



Hvor går sommerferien hen i 2016?

Booking af sygeplejerskernes
fritidsboliger for højsæsonen 2016
åbner i januar – book til medlemspris



WWW.DSR.DK/RABATTER

**Køb dine julegaver
med bonus**

www.forbrugsforeningen.dk



www.dsr.dk/rabatter

Nytårsforsæt?

Se vores store udvalg af
løbeudstyr



www.dsr.dk/webshop

Glem alt om julestress

Nyd en weekend på
Hotel Koldingfjord



www.dsr.dk/rabatter



Uddrag af Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensens kalender.

KONTINGENTSATSER FOR 2016

Studerende	
Under uddannelse til sygeplejerske	144,00 kr. pr. kvartal
Erhvervsaktive medlemmer	
Aktive sygeplejersker	1.410,00 kr. pr. kvartal
Dimittender	1. måned kontingentfri
Beskæftiget maks. 12 timer om ugen i gennemsnit	706,00 kr. pr. kvartal
Under videreuddannelse med SU	355,00 kr. pr. kvartal
På dagpenge (barsel (dagpengeperioden) / ledighed/sygdom o.l.)	355,00 kr. pr. kvartal
Seniormedlemmer	
Seniorer på efterløn eller alderspension	198,00 kr. pr. kvartal
Passive medlemmer	
Bosat i udlandet	676,00 kr. pr. år
Passiv (orlov uden løn, overgået til andet erhverv)	169,00 kr. pr. kvartal

DU KAN FÅ NEDSAT KONTINGENT, HVIS DU:

- vil videreuddanne dig, og du arbejder et begrænset antal timer som supplement til din SU. Så får du en kontingentnedsættelse til 25 pct.
- er nyuddannet. Du får den første måned efter uddannelsens afslutning kontingentfrit.
- i gennemsnit arbejder og får løn for maks. 12 timer om ugen. Så kan du få kontingentet sat ned til 50 pct.
- er på dagpenge. Så kan du få kontingentet sat ned til 25 pct.
- går på pension eller efterløn og stopper med at arbejde som sygeplejerske. Du bevarer din ret til at stemme ved valg til organisatoriske poster, og du har taleret på kredsens generalforsamlinger, og du får et specielt seniorkontingent.
- er stoppet i dit job, skifter erhverv eller flytter til udlandet. Så kan du søge om passivt medlemskab. Du kan fortsat få adgang til en række medlemsfordele, selv om du er passivt medlem.

Ring til os, hvis du vil vide mere, på 3315 1555 #1

Du er i mit hjerte

Dansk Sygeplejeråd uddeler også i år GoCards med gavemærker til alle landets cafégæster.

"Du er i mit hjerte" lyder budskabet på årets GoCard-serie fra Dansk Sygeplejeråd. Kortene kan hentes gratis på caféer over hele landet i uge 49 og 50.

I den første uge er der tale om et traditionelt postkort med teksten "Dansk Sygeplejeråd synes, at der skal være tid til kvalitet i sundhedsvæsenet. Til dig og dem, du holder af. Nærvær og pleje tager nemlig tid. Enig? Så send et julehjerte til glæde for alle dem, der er i dit hjerte."

I den følgende uge består GoCard'et af fire gavemærker, som kan klippes ud. Julehjertet kan også deles på Facebook.

Læs mere på facebook.com/sygeplejersker



7. december

- Formandskabs- og direktionensmøde, Kvæsthuset, København
- Fremfærd bestyrelsesmøde, København

8. december

- Bestyrelsesmøde i Lån & Spar Bank, København

9.-10. december

- Hovedbestyrelsesmøde, Kvæsthuset, København

11. december

- Møde med Yildiz Akdogan, psykiatriordfører for Socialdemokratiet, Christiansborg, København

15. december

- Sundhedspolitisk Topmøde 2015, Dansk Erhverv, København

17. december

- Møde med Sundhedsstyrelsens direktion, Kvæsthuset, København
- Forhandlingsfællesskabets repræsentantskabsmøde, København

18. december

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

12.-13 januar

- Politisk seminar "Veje til et stærkt fagligt fællesskab", Hotel Koldingfjord

I november har Dansk Sygeplejeråd været i medierne med bl.a. disse emner:

Sundhedspenge løser ikke overbelægning

De 2,4 milliarder til sundhedsvæsenet, som regeringen har afsat på finansloven for 2016, løser ikke overbelægning, siger Dansk Sygeplejeråds formand, Grete Christensen, til Ritzau. "Med finanslovsaftalen har regeringen ikke indfriet sit valgløfte om at komme overbelægningen på vores sygehuse til livs. 2,4 mia. kr. lyder som et markant løft af sundhedssektoren. Og det er godt, at de er fundet. Men sandheden er, at 2,4 mia. kr. ikke står mål med det kraftigt voksende pres på sundhedssektoren, vi oplever i disse år."

Sygeplejersker skal lokkes med højere løn

Med en forsøgsordning vil regeringen imødegå manglen på praktiserende læger i yderområderne ved at belønne de læger, der slår sig ned i yderområderne, økonomisk. Professor og arbejdsmarkedsforsker Henning Jørgensen fra Aalborg Universitet påpe-

ger, at der de kommende år forventes rekrutteringsproblemer for flere faggrupper, der løser velfærdsopgaver. Derfor skal bl.a. sygeplejersker også tilgodeses, så de slår sig ned i yderområderne. "I øjeblikket oplever vi dog, at beskæftigelsen de fleste steder i landet balancerer. Men jeg vil ikke afvise, at løn er et parameter, man kan bruge til rekruttering fremadrettet," siger næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Anni Pilgaard, til Jyllands-Posten.

Sygeplejersker kræver midlertidige senge

På bare syv år er der nedlagt en femtedel af alle sengepladser på de danske sygehuse, viser en opgørelse, som Dansk Sygeplejeråd har lavet. "Det er en urimelig situation – både for de patienter, det går ud over, men sandelig også for personalet. Der er fjernet for mange senge – også flere senge, end der var forudsat i den overordnede planlægning," siger Dansk Sygeplejeråds formand, Grete Christensen, til Jyllands-Posten.

Glædelig jul


Så går vi julen i møde, og det er tid til at hygge sig med familie og venner – og tid til at gøre status på året, der gik.

2015 blev igen et år, hvor der politisk var stort fokus på rammer og økonomi i sundhedsvæsenet. Alle danskere blev klar over sygeplejerskernes pressede arbejdsliv op til folketingsvalget. Med vores fælles kampagne "Tid til Kvalitet" fik sundhedspolitikken en markant plads i valget. Mange modige sygeplejersker tog bladet fra munden og fortalte i kampagnen om vores hverdag, hvor fagligheden er under urimeligt pres. Det har vi fulgt til dørs, og med finansloven er punktummet sat. Presset har virket, selv om vi godt ved, at det ikke er nok. Også i 2016 skal vi sætte #TidTilKvalitet på den politiske dagsorden, for der skal være tid til, at vi kan give patienterne den pleje og behandling, det nærvær og den tryghed, som de har krav på.

Det gælder hele året, og det gælder også i juletiden, hvor mange sygeplejersker er på arbejde. Uanset om julen er vagt tid eller tid til nærvær og hygge med familien, gør sygeplejersker en forskel for mange mennesker hver dag året rundt. Det værdsætter danskerne, og den tillid, vi som sygeplejersker nyder i befolkningen, er et stærkt fundament for Dansk Sygeplejeråds arbejde.

Vi ønsker jer alle en glædelig jul med tid til nærvær.

Med ønsket om en glædelig jul og et godt nytår


Grete Christensen
Formand


Anne Granborg
Adm. direktør

Dansk Sygeplejeråd



LÆSERREJSE

Big Five-safari i Sydafrika

Førsteklasses safarirejse til enestående Sydafrika. Inkl. besøg på verdens tredjestørste hospital – 10 dage med dansk rejseleder.

AFREJSE

29. AUGUST 2016

Kr. 13.498,-

Tillæg for enkeltværelse kr. 2.998

Intet står mål med oplevelsen af at bo midt i et Big Five-safariområde. Vores dejlige camp med alle moderne faciliteter inkl. pool ligger i Entabeni Vildtreservat; et af Sydafrikas få reservater, der kan byde på de berømte Big Five-dyr: elefant, næsehorn, bøffel, løve og leopard samt talrige andre arter.

Vi kører på safari i åbne køretøjer i et af Sydafrikas bedste safariområder mellem Johannesburg og Kruger Nationalpark – og så er stedet oven i købet malariafrit.

Vi får besøg af lokalt sundhedspersonale, som vil fortælle os om deres arbejde i området.

På rejsen skal vi også opleve en traditionel landsby og townshippen Soweto, der har lagt fortiden bag sig og nu præges af kreativitet og fornyelse.

I Soweto besøger vi verdens tredjestørste hospital, Chris Hani Baragwanath Hospital.

Prisen inkluderer

- Dansk rejseleder
- Fly København – Johannesburg t/r via London
- Safarier og udflugter jf. program
- Indkvartering på Wildside Safari Camp i delt dobbelværelse
- Foredrag og møde med sundhedspersonale fra Entabeni-området
- Guidet rundtur på Chris Hani Baragwanath Hospital i Soweto
- Alle måltider, bortset fra frokost dag 2 og 9 og aftensmad dag 9. Rejselederen vil anvisе/arrangere fællesspisning for dem, som har lyst til at deltage de få gange, måltiderne ikke er inkluderet. Det er godt og billigt at spise i Sydafrika (ca. 1/2 af danske priser)
- Skatter og afgifter

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



Kliniske retningslinjer til kommunale arbejdspladser

En række kursustilbud i det nye år skal introducere til arbejdet med kommunale kliniske retningslinjer.

Dansk Sygeplejeråd har gennem Sundhedskartellet og i samarbejde med FOA og Kommunernes Landsforening igangsat arbejdet med at udarbejde og implementere kliniske retningslinjer i kommunale pleje-, behandlings- og rehabiliteringstilbud.

Kliniske retningslinjer understøtter det tværfaglige samarbejde og optimerer brugen af de mange fagligheder, der bidrager til det borgerrettede arbejde i hverdagen. Kliniske retningslinjer er også med til at sikre en ensartet, høj kvalitet i ydelserne til borgerne.

På kurserne, som der er tre forskellige slags af, kan medarbejdere hente inspiration til at komme godt i gang med kliniske retningslinjer på arbejdspladsen.

De tre kursustyper er henholdsvis et to-dagers introduktionsmøde på den enkelte arbejdsplads, en temadag for ledere og udviklingspersoner og et endagskursus for dem, der er ansvarlige for implementeringen i den enkelte kommune.

Læs mere om arbejdet med kliniske retningslinjer i den kommunale sektor, og book et introduktionsmøde på www.dsr.dk/kursusklinisk

Fem til ferien

Læseheste og bogorme ... mærkelige dyr, der optræder i forbindelse med bøgernes støvede verden. Men her er fem bøger, der kan gøre både det ene og det andet dyr tilfreds. Læs dem eller forær en af dem væk i julegave. Hvis der er brug for argumenter bag bogkøbet, viser forskning i øvrigt, at det er godt at læse bøger - det gør os til mere empatiske, hele og socialt kompetente mennesker.

Tekst **Jette Bagh**, cand.cur., fagredaktør, Sygeplejersken • Foto **Colourbox**



Tove Ditlevsen

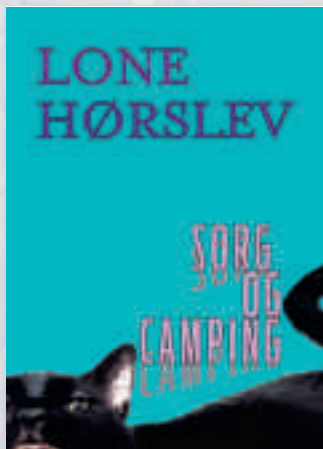
Barndommens Gade

Gyldendal 2007

185 sider - 98 kr.

Tove Ditlevsens Vesterbro ville formentlig have været højrodt på det nye kort, der gør det muligt at se, hvilke kommuner som huser flest sårbare børn, for det var barske kår, hun voksede op under, og familiens indre dynamik var ikke mindre barsk. Moderen var ikke specielt kærlig og nærværende og kun i sjældne stunder i stand til at møde hovedpersonen i romanen, Ester, på den måde, som Ester længtes efter. Det får Ester til at ønske moderen tyk og barmfager, som de andre mere kærlige mødre.

Miljøet i gaden var præget af alkoholmisbrug og forbudt seksualitet. Ester, som har mange fælles træk med Tove Ditlevsen, hører på den ene side til i gaden, på den anden side vil hun gerne væk fra den, og den dobbelthed beskriver Tove Ditlevsen, som hun for altid hedder efter filmen "Blinkende lygter", meget fint. Esters længsel efter kærlighed og et liv i balance blev kun kortvarigt tilgodeset. Tove Ditlevsen begik selvmord tilbage i 1976, men Barndommens Gade er stadigvæk en læsning værd.



Lone Hørslev

Sorg og camping

C & K forlag 2011, paperback 2015

218 sider - 100 kr.

Familieliv i forskellige afskygninger og variationer er i fokus i denne bog, hvis sære titel stammer fra et digt af Per Højholdt. Bogen virker en smule i familie med "Barndommens Gade", indholdet er bare fra 80'erne, og scenen er her en landsby, Løkke, nær Ringkøbing. Hovedpersonerne har været på camping i sommer, og erindringerne om opholdet er pletvis lykelige - og morsomme. Jeg følte mig godt underholdt af romanen om de to par. Thomas og Gunnhildur og Marianne og Jørgen. Desuden optræder de mere perifere figurer Birgitte og Lauritz samt den unge kvinde Jannie og hendes dominerende mor. De er tegnet op, så man kan genkende dem, få medlidenhed med dem, more sig over dem eller blive irriteret, grænsende til vrede.

Hverdagslivet er præget af rutiner, utroskab, kedsomhed og almindelige kvababelser i parforholdene. Crescendo er en af hovedpersonernes forsvinden og en fødselsdagsfest hos købmanden Jørgen, hvis kone Marianne er medhjælpende hustru i butikken. Afslutningen er dramatisk og lægger op til overvejelser om, hvad der er det rigtige at gøre, hvis man mistrives i den tilværelse, man har etableret og holdt fast i gennem mange år. De tre kvinder vælger, og de vælger meget forskelligt.

Tre af Lone Hørslevs bøger er udkommet i paperback i 2015. Forsiderne er farverige og fængslende. De er skabt af Sigrún Gudbrandsdóttir.

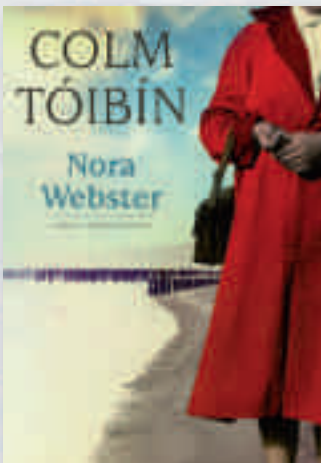


Kjell Westö
Luftspejling 38
Batzet & Co 2014
400 sider - 299 kr.

Claes Thune er advokat og noget mistrøstig efter en skilsmisse, hvor konen Gabi forlod ham til fordel for en af hans gode venner. Den nye sekretær i Claes Thunes advokatfirma, fru Wiik, er både interessant og lidt gådefuld og tilbageholdende omkring sit privatliv, men en dag møder hun ikke på arbejde, og Claes Thune tager sporvognene til hendes bopæl for at finde ud af hvorfor. Forklaringen følger gennem en optrævelse af fortiden, beskrivelse af den finske borgerkrig 1917-18 og fru Wiiks ophold i en interneringslejr. Thunes gamle venner og deres onsdagsklub, som har eksisteret siden ungdommen, spiller en fremtrædende rolle i afdækningen af fru Wiiks hemmelighedsfulde tilgang til sine omgivelser. I beskrivelsen af den intellektuelle onsdagsklub indgår interessante observationer af datidens psykiatri og psykiatriske afdelinger.

Westö fik Nordisk Råds Litteraturpris i 2014 for bogen, som belyser ukendte dele af Finlands historie gennem Claes Thune og fru Wiiks forskellige fortællinger og holdninger.

En underholdende og velskrevet bog fra et land, hvis historie jeg ikke vidste ret meget om i forvejen.



Colm Tóibín
Nora Webster
Tiderne Skifter 2015
343 sider - 350 kr.

Bogen handler om sorg og om at komme op til overfladen i tilværelsen igen efter et tab. Hovedpersonen Nora Webster bliver meget pludseligt alene med fire børn, hvoraf de to drenge stadig bor hjemme, da hendes mand Maurice, en respekteret og velanskrevet lærer, uventet dør af et hjerteanfald. Scenen er en provinsby i Irland i slutningen af 1960'erne, hvor konflikten mellem katolikker og protestanter ulmer.

Nora skal efter mandens død vænne sig til at træffe selvstændige beslutninger, og det gør hun fra bogens første sider. Meget i hendes liv har været afgjort af Maurices holdninger, f.eks. forholdet til musik, som Nora altid har holdt af, men ikke kunnet lytte til eller udøve, fordi manden ikke brød sig om musik i nogen form.

Sproget indfanger Nora og børnenes forhold og deres respekt for hinanden gennem en registrerende tilgang, ligesom alle møder mellem Nora og andre mennesker er fulde af små detaljer, der vidner om en forfatter, som har observeret sine omgivelser grundigt.



Johan Forsby & Tarek Omar
Sønner af mænd
Politikens Forlag 2015
261 sider - 250 kr.

En humoristisk fortælling om tre unge mænd, Salahdin, Victor og Malthe. Ingen af de tre har fundet sig til rette på en hylde, der er acceptabel for deres familier og specielt deres fædre. De finder tilfældigt sammen, og en stor brun bus kaldet Gylletanken, danner rammen om en køretur mod Berlin, der på samme tid er en målrettet udflugt og en søgen efter meningen med galskaben.

Salahdin er sygeplejerske, hvilket ikke er godt nok for hans far, som fortæller omgivelserne, at han er læge. Victor skal overtage sin døende fars butik "Børkop Alpin", ja det hedder den altså, og Malthe er familiens første akademiker – men arbejdsløs.

De to forfattere er dygtige iagttagere af det terapeutiske Danmark, som er befolket af velmenende kvinder eller mænd med klichésprog. Forsiden er illustreret af Thomas Pålsson og forestiller en flue, som ved nærmere eftersyn mangler den ene vinge. Er det sådan, de tre mænd føler sig? Der er fart på fortællingen, og den er morsom. Men på bagsideteksten hedder det: "Salahdin er sygeplejer på Riget", øv.

Ny professor i klinisk sygepleje

Forskningsleder, sygeplejerske, cand. cur., ph.d. Erik Elgaard Sørensen er udnævnt til professor MSO i klinisk sygepleje ved Klinisk Institut, Aalborg Universitet, og Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitetshospital.

Erik Elgaard Sørensen tiltræder stillingen som professor MSO i klinisk sygepleje på baggrund af en mangeårig sygeplejefaglig og videnskabelig karriere. Siden 2011 har Erik Elgaard Sørensen varetaget funktionen som forskningsleder i Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje.

"Som professor i klinisk sygepleje får jeg nu mulighed for fortsat at udvikle forskningen i klinisk sygepleje, hvor jeg særligt vil rette fokus på grundlæggende sygepleje. Forskning, der udspringer af problemstillinger i klinisk praksis, er første skridt til at generere ny videnskabelig viden, der kan bidrage til, at patienterne oplever tryk og høj kvalitet i mødet med sundhedsvæsenet," siger Erik Elgaard Sørensen i en pressemeddelelse om udnævnelsen.

Som forskningsleder har han bidraget i opbygningen af et samarbejde med Aalborg Universitet i forbindelse med etablering af Aalborg Universitetshospital. Han er senest indsat som leder af forskerskoleprogrammet "Sundhedsvæsenet, Uddannelse, Organisering og Etik" ved Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aalborg Universitet.

Erik Elgaard Sørensen blev uddannet sygeplejerske i 1983 og har bidraget til og udviklet faget gennem forskellige funktionsområder, herunder som intensivsygeplejerske, afdelings- og oversygeplejerske, sygeplejelærer og studiele-

der. Sideløbende har han gennemført videreuddannelser med fokus på sygeplejens teoretiske forankring, ledelse og forskning i klinisk sygepleje. I 1990-91 gennemførte han diplomuddannelsen i sygeplejefaglig uddannelse, undervisning og vejledning. Fra 1998 til 2005 tog han sin kandidatuddannelse i sygepleje og indledte herefter et ph.d.-forløb.

Erik Elgaard Sørensen blev i 2006 ansat som postdoc i klinisk sygepleje ved Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg Sygehus. Frem til 2011, hvor han blev udpeget som forskningsleder samme sted, gennemførte og formidlede han omfattende forskning med særlig vægt på sygeplejefaglig ledelse, operationssygepleje og grundlæggende sygepleje.

I de senere år er desuden opbygget et solidt internationalt samarbejde primært med University of Adelaide, Australien, hvor der aktuelt pågår samarbejde om 10 forskningsprojekter og fire ph.d.-vejledningssamarbejder.

(hbo)



Privatfoto

Erik Elgaard Sørensen er udnævnt til professor MSO i klinisk sygepleje ved Klinisk Institut, Aalborg Universitet, og Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitetshospital.

Europæisk pris til hjemmekemoordning

Sygeplejerske Katrine Seier Fridthjof har sammen med tre kolleger fra Hæmatologisk Klinik, Rigshospitalet, netop været i Maastricht for at modtage en pris som anerkendelse for klinikkens ordning med hjemmekemo.

Det er EU-institutionen EIPA (European Institute of Public Administration), der har peget på projektet som et af årets allerbedste inden for kategorien "Den offentlige sektor som partner for et bedre samfund".

Idéen med at tilbyde kemobehandling i hjemmet opstod i kølvandet på projekt Ide-Riget, som blev skudt i gang i 2013. Ud af ca. 70 medarbejdergenererede forslag blev der arbejdet videre med 10 projekter, hvoraf hjemmekemoordningen var et af dem.

Ordningen tilbydes i øjeblikket patienter med hæmatologiske sygdomme.

(hbo)

Årets forskertalent 2015

Sygeplejerske og ph.d.-studerende Pernille Kempel Ellegaard, Esbjerg, har modtaget prisen som Årets forskertalent 2015 ved Psykiatrien i Region Syddanmark.

Pernille Kempel Ellegaard er 29 år og er tilknyttet Institut for Regional Sundhedsforskning ved SDU samt forskningsenheden ved Psykiatrisk Afdeling Esbjerg. Her arbejder hun med sin ph.d.-afhandling og projektet "NACOS - effekten af N-acetylcystein på de depressive symptomer hos mennesker, der lider af bipolar lidelse".

I projektet tilbydes patienter med depression tabletter med stoffet N-acetylcystein - i daglig tale NAC - som supplement til den øvrige behandling. Forventningen er, at det vil have positiv effekt på patienternes humør og depressionssymptomer. NAC er kendt for at have meget få bivirkninger og findes blandt andet i håndkøbsmedicin med slimløsende effekt.

Det er Psykiatriens Forskningsfond, der uddeler prisen, og med titlen som 'Årets forskertalent' følger en check på 10.000 kr. Prisen er uddelt i år for første gang.

(hbo)



Er du klar til et karriereskift?

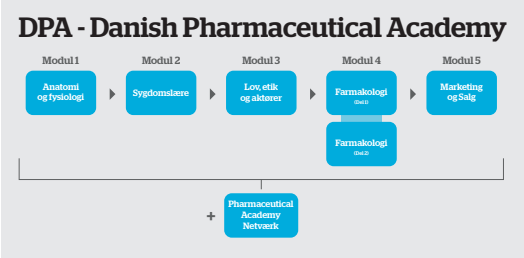
Danish Pharmaceutical Academy

DPA er Lif Uddannelses farmakologiske uddannelse, tidligere kendt under navnet Lægemiddelkonsulentuddannelsen.

DPA sikrer dig den farmakologiske viden og begrebsforståelse, der er afgørende for, at du kan begå dig i lægemiddelindustrien som rådgiver.

I sin helhed er DPA en diplomuddannelse, bestående af i alt fem moduler. Du kan vælge at tage modulerne som individuelle kurser, og der er ikke noget uddannelsesmæssigt optagelseskrav.

Læs mere på lif-uddannelse.dk/dpa



Lif Uddannelse, Lersø Parkallé 101, 2100 København Ø, Tlf. 39 27 60 60, www.lif-uddannelse.dk



DET FØRENDE ALTERNATIV FOR optimal hygiejne & patient-integritet



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

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

EasyClean™
Let at rengøre

EasyReturn™
Let at folde sammen og trække ud

EasyClick™
Mobil eller fast monteret



THE FUTURE IN PRIVACY & HYGIENE SOLUTIONS
Silentia ApS – Tel: 39 90 85 85 • Fax: 72 62 31 00
info@silentia.dk • www.silentia.dk

Ellen Birgitte Eriksen

Det er med stor sorg, vi har mistet vores kære kollega Ellen Birgitte Eriksen, som sov stille ind på OUH den 3. november.

Birgitte havde en bred viden og stor klinisk erfaring, ligesom hun gerne delte ud af sin viden og erfaring til gavn for kollegaer.

Birgitte var en meget afholdt kollega, som var glad for at gå på arbejde og slet ikke som 66-årig var klar til at gå på pension.

Birgitte kæmpede for optimale forhold for både patienter og personale.

Vi er mange, der har lært meget af Birgitte. Hun har oplært flere af os kollegaer. Den store faglighed, åbenhed, ærlighed, stærke vilje og fokus på den enkelte patient var hendes kendetegn. Det var den enkelte patient, som var i fokus, og hun arbejdede altid for at hjælpe hver patient bedst muligt. Hun var en stor kapacitet med et enormt overblik og stor indføling.

Vi vil huske den store loyalitet over for afdelingen og den altid store hjælpsomhed, hun udviste. Birgitte lod aldrig en kol-

lega i stikken, og hun var højt værdsat af alle faggrupper. Birgitte efterlader et stort tab og tomrum for afdelingen og os som kollegaer.

Andre faggrupper i afdeling S nød også godt af Birgittes arbejdsiver, enorme faglighed og lyst til at dele ud af sin viden. Også afdelingens læger har gennem årene lært meget af Birgitte.

*Kollegaerne, afdeling S1,
Odense Universitetshospital.*

Palliation skal ind i de nye lokale studieordninger

Karen Sangild Stølen og Kirsten Halskov Madsen, lektorer

Palliation er et kerneområde i moderne sygepleje. Antallet af danskere, der får og lever med en livstruende og uhelbredelig sygdom, er stigende. Behandlingsmulighederne er forbedret, og patienterne lever længere, men ofte med komplekse og lidelsesfulde tilstande. De fleste uhelbredeligt syge danskere ønsker at opholde sig længst muligt i og dø i eget hjem. Samlet øger dette krav til viden og færdigheder inden for palliation for sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle. Spørgsmålet er, om vi har de fornødne kompetencer til at varetage opgaven? Det er her, vi i sygeplejerskeuddannelsen, i fællesskab med andre sundhedsuddannelser, har et ansvar.

Sundhedsstyrelsen fremhævede allerede tilbage i 2011 vigtigheden af, at alle sundhedsuddannelser underviser de stu-

derende i det palliative område. Siden er der udviklet anbefalinger til kompetencer inden for det palliative felt for både sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, fysioterapeuter og socialrådgivere. Anbefalingerne ser dog kun i begrænset omfang ud til at være implementeret i de nuværende grunduddannelsers læseplaner.

I sygeplejerskeuddannelsen kunne det hænge sammen med, at begrebet palliation ikke er indskrevet direkte i Bekendtgørelsen på linje med f.eks. rehabilitering. Af flere grunde er det derfor væsentligt, at palliation nu ved revidering af sundhedsuddannelserne skrives aktivt ind som et undervisningsområde i de nye lokale studieordninger, der træder i kraft i sommeren 2016. Dette ansvar ligger hos

de enkelte professionshøjskoler og deres sundhedsuddannelser. I den sammenhæng er der bl.a. faglig inspiration at hente i de udarbejdede kompetencebeskrivelser.

Vi opfordrer til, at vi som undervisere i sygeplejerskeuddannelsen og andre sundhedsuddannelser i professionshøjskolerne i fællesskab tager ansvaret for undervisning i det palliative område på os, når de nye uddannelseselementer skal beskrives lokalt.

Karen Sangild Stølen er lektor ved Sygeplejerskeuddannelsen Nordsjælland, Professionshøjskolen UCC, Hillerød, og Kirsten Halskov Madsen er lektor ved Sygeplejerskeuddannelsen, VIA University College, Campus Aarhus N.

Redaktion Jette Bagh, cand.cur., fagredaktør

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

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



FAG

- FRA SYGEPLEJERSKE TIL SYGEPLEJERSKE

Stik den!

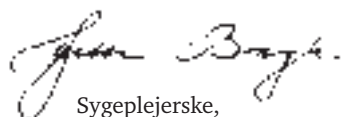
Stikkeskema. En ukendt benævnelse for de fleste, men et godt redskab, når et menneske med diabetes skal lære at tage insulin. Skemaet placeres på mave eller lår, før man stikker, og idéen bag det er, at man undgår lipohypertrofi, dvs. insulinpuder, ved at sørge for systematisk rotation mellem indstiksstederne. Læs artiklen ”Brug af stikkeskema sikrer korrekt injektion af insulin”.

Palliation er for alvor kommet på dagsordenen inden for de sidste år og godt for det. Uhelbredeligt syge og døende får på en medicinsk afdeling tilbud om en behovssamtale, der skal kortlægge, hvordan plejen kan tilrettelægges med udgangspunkt i patientens og familiens ønsker. Vil patienten f.eks. gerne dø hjemme? Samtalerne er af gode grunde ikke evalueret med patienten, men pårørende har efterfølgende besvaret et spørgeskema om samtalen og det samlede forløb, og de er overvejende tilfredse. Samtalen er derfor blevet et permanent tilbud. Læs mere i ”Behovssamtalen sikrer kontinuitet og tryghed”.

”Hvor gammel blev han?” er et gængs spørgsmål, når en gammel kvinde mister sin ægtefælle gennem mange år. Men sorg har ingen alder, og det skal omgivelserne huske. Bemærkninger som ”I fik jo et langt liv sammen” er en ringe trøst for den, som sørger. Forfatteren tager fat i emnet og de fordomme, der knytter sig til gamle menneskers sorg i et modigt opgør med sine egne fordomme. De blev aktiveret, da hun talte med Asta, som havde mistet sin mand en måned tidligere. Læs ”Sorg har ingen alder”.

Kommunikation mellem primær og sekundær sektor halter, og det forsinker helbredelse, forværrer patienternes tilstand og skaber fortvivelse hos de berørte.

Et aktionsforskningsprojekt satte fokus på praksis, når en patient bliver udskrevet fra hospital til videre pleje, behandling og træning i eget hjem. Et væsentligt fund var, at dialog mellem de to sektorer ikke er mulig, fordi den elektroniske kommunikation ikke er tilpasset dette behov. Læs om flere initiativer udgået fra projektet i ”Aktionsforskning på arbejde”



Sygeplejerske,
cand.cur., fagredaktør.



Sygeplejersker visiterer hjertepatienter i ambulancen

Maja Broen, sygeplejerske, BA

Astrid Lauberg, cand.cur. Klinisk sygeplejerskespecialist; a.lauberg@rn.dk
Begge ansat i Kardiologisk afdeling, Klinik Hjerne-Lunge,
Aalborg Universitetshospital

Sygeplejersker på Kardiologisk Afdeling S1, Aalborg Universitetets Hospital, har overtaget den præhospitaltale visitation af hjertepatienter i Region Nordjylland. Sygeplejefaglig visitation af præhospitaltale hjertepatienter er ikke tidligere forsøgt i Danmark.

Der er evidens for, at hurtig og korrekt behandling af hjertepatienter med akut koronart syndrom (AKS) øger overlevelse og reducerer risikoen for re-infarkt (1). Siden 1998 har der været døgndækkende Percutan Coronar Intervention (PCI)-vagt i Region Nordjylland, men først i juni 2002 indførtes telemedicinsk visitation af patienterne ved hjælp af mobiltelefon. Denne kontakt var meget ustabil. Derfor gennemførte vi et projekt i 2013-2014, hvor ekg fra ambulancer blev transmitteret direkte til vagthavende scop-sygeplejerske. Formålet var at sikre en stabil kontakt til ambulancefirmaet, så der hurtigt kunne tages stilling til, om patienten skulle visiteres direkte til akut behandling på Aalborg Universitetshospital eller køres til nærmeste sygehus.

Et studiebesøg i Sverige gav inspiration til organisering af lokale forhold. Sygeplejerskerne udviklede projektet i samarbejde med lægegruppen. Der blev udarbejdet en instruks med praktisk vejledning med bl.a. uddybende spørgsmål til redder og patient samt advisering til modtagelse, forvagt og kardiologisk laboratorium.

En prøveperiode på seks måneder blev aftalt. I denne periode havde kardiologisk bagvagt fortsat den telefoniske kontakt, mens ▶

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



Med Jaydess® levonorgestrel behøver du ikke huske på svangerskabsforebyggelse i op til 3 år

Minispiralen øger ikke risikoen for blodpropper.¹

Scan QR-koden eller tast **minispiral.dk/brugervejledning** for at se den elektroniske Jaydess® brugervejledning.



Kvinder bør informeres om symptomer på samt risiko for ektopisk graviditet ved brug af spiral.

Jaydess® levonorgestrel er ikke førstevalg til kvinder der ikke har født da den kliniske erfaring endnu er begrænset. I et studie med 304 unge, var Jaydess® sikkerhedsprofil den samme som hos den voksne population.

PRODUKTINFORMATION FINDES PÅ SIDE 58.


LEVONORGESTREL



Jaydess® (levonorgestrel) 13,5 mg. intrauterint indlæg.

Teksten er forkortet i forhold til det godkendte produktresumé. Fuldstændigt produktresumé kan rekvireres vederlagsfrit fra Bayer A/S. Tlf. 45 23 50 00

Kvinder bør informeres om symptomer på samt risiko for ektopisk graviditet ved brug af spiral. Indeholder en lille sølvring som gør det synligt ved røntgen. **Terapeutiske indikationer:** Svangerskabsforebyggelse i op til 3 år. Jaydess® levonorgestrel er ikke førstevalg til kvinder som ikke har født grundet begrænset klinisk erfaring. **Dosering:** Det anbefales at Jaydess kun oplægges af læger der har erfaring med oplægning af intrauterine indlæg og/eller har gennemgået træning i oplægning. Jaydess skal oplægges indenfor 7 dage efter menstruationens begyndelse. Indlægget kan også lægges op umiddelbart efter abort i første trimester. Oplægning post partum bør udsættes indtil uterus er tilbage til normal tilstand, dog ikke tidligere end 6 uger efter fødslen. Hvis involutionen er væsentlig forsinket, bør det overvejes at vente til 12 uger post partum. Skal skiftes hvert 3. år. **Kontraindikationer:** Graviditet, underlivsinfektion, akut cervicitis eller vaginitis. Post partum endometritis eller infektion efter abort indenfor de sidste 3 måneder. Uafhjulpede cervikale celleforandringer, uterin eller cervikal malignitet. Gestagen-sensitiv tumorer. Unormal uterin blødning af ukendt ætiologi. Livmodermisdannelse inkl. fibromer hvis de forandrer uterinkaviteten. Akut lever sygdom eller levertumor. Overfølsomhed overfor det aktive stof eller hjælpestofferne. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** Migræne, fokal med asymmetriske synsforstyrrelser eller andre symptomer der indikerer transitorisk cerebral iskæmi, usædvanlig kraftig hovedpine, icterus, væsentlig blodtryksstigning, svær arteriel sygdom såsom slagtilfælde eller myokardieinfarkt, ektopisk graviditet kan forekomme. Kvinder, der overvejer Jaydess, bør rådgives om tegn og risiko for ektopisk graviditet. Anvendelse til kvinder der aldrig har født: Jaydess er ikke førstevalg til svangerskabsforebyggelse, da der er begrænset klinisk erfaring. Graviditet bør overvejes, hvis menstruationen ikke indtræder indenfor 6 uger efter starten af den forudgående menstruation. Gentagne graviditetstest er ikke nødvendige hos kvinder med amenorré, med mindre der er tegn på graviditet. Påvirkning af blødningsmønstret under menstruation kan forventes. Underlivsinfektion kan tilståede i forbindelse med oplægningen. Udstødelse kan forekomme. Perforation kan ske i sjældne tilfælde, oftest under oplægningen. Hvis trådene ikke er synlige i livmoderhalsen ved kontrolundersøgelser, skal uopdaget udstødelse og graviditet udelukkes. Ovariecyster kan forekomme. **Interaktioner:** Uden større betydning grundet indlæggets lokale virkningsmekanisme. **Fertilitet, graviditet og amning:** Ændrer ikke fremtidig fertilitet. Graviditet er kontraindiceret. Påvirker ikke modermælken. **Bivirkninger:** Ændring i blødningsmønstre, hovedpine, mave-/underlivssmerter, akne, dysmenoré, ovariecyster, vulvovaginitis, depression, migræne, kvalme, alopecia, øvre genitale infektioner, udstødning, udflåd, brystmerter. Ikke almindeligt eller sjældent: Hirsutisme, perforering af livmoderen. **Pakningsstørrelser og Priser** 1 x Jaydess®, intrauterint indlæg. Se medicinpriser.dk for dagsaktuelle priser. **Udlevering:** A. Ej tilskud. **Indehaveren af markedsføringstilladelsen:** Bayer OY, 20210 Turku, Finland. SPC dato 4. juni 2015.

Bayer A/S, Arne Jacobsens Allé 13, 6, 2300 København S Tlf. 45 23 50 00 L.DK.MKT.06.2015.1101

▼ Dette lægemiddel er underlagt supplerende overvågning. Dermed kan nye sikkerhedsoplysninger hurtigt tilvejebringes. Læger og sundhedspersonale anmodes om at indberette alle formodede bivirkninger. Se SPC pkt. 4.8, hvordan bivirkninger indberettes.

Figur 1. Inklusionskriterier

Alle patienter med mistanke om AKS, og som opfylder et eller flere af følgende kriterier:

- Pludseligt opståede brystmerter inden for de sidste 12 timer.
- Pludseligt opstået åndenød inden for de sidste 12 timer uden kendt lungesygdom.
- Klinisk mistanke om blodprop i hjertet, hvor der foreligger ekg-forandringer med ST-elevation tydende på AKS.
- Patienter genoplivet efter hjertestop (vågen Glasgow Coma Scale (GCS = 15) med førlbar puls og stabil respiration).

Kilde: Driftsstandard for præhospital telemedicin i Region Nordjylland.

og besvare spørgsmål fra ambulancebehandling. Herved er visitationen blevet hurtigere end tidligere.

Litteratur

1. Busk M, Maeng M, Rasmussen K, Kelbaek H, Thyssen P, Abildgaard U, Vigholt E, Mortensen LS, Thuesen L, Kristensen SD, Nielsen TT, Andersen HR; The Danish multicentre randomized study of fibrinolytic therapy vs. primary angioplasty in acute myocardial infarction (the DANAMI-2 trial): outcome after 3 years follow up. *European Heart Journal*; 2007.29(10):1259-66.
- 2: Hjortshøj SP, Ravnkilde JL; Anvendelse af mobiltelefon med faxfunktion i visitation af patienter med ST-elevations- akut myocardiinfarkt. *Ugeskrift for læger*, 2004. 166(45):4048-51.

► sygeplejerskerne uafhængigt vurderede ekg. Begge parter registrerede observationerne i skemaform. Herefter blev sygeplejerskernes registreringer sammenlignet med bagvagtens for at kontrollere, at sygeplejerskerne ikke overså patienter med ST-elevationsinfarkt (STEMI).

I prøveperioden blev ingen STEMI overset, hvorfor sygeplejerskerne i juli 2014 overtog den direkte kontakt til ambulancen og dermed visitationen af patienterne. I dag foregår visitationen ved, at ambulancefirmaet sender ekg på en patient med relevante symptomer til vurdering hos vagthavende scop-sygeplejerske, se figur 1. Herefter kontakter sygeplejersken ambulancen telefonisk for at få informationer om patienten og dennes symptomer. Sygeplejersken visiterer herefter patienten til nærmeste sygehus med henblik på anden lægefaglig vurdering, eller hun overdrager visitationen til kardiologisk bagvagt.

Det blev hurtigt klart, at sygeplejerskerne aflastede bagvagterne væsentligt. I perioden juli 2014 – august 2015 har sygeplejerskerne i gennemsnit modtaget 13,3 præhospitale ekg'er pr. døgn. Ud af disse er gennemsnitlig 5,7 kontakter (39,7 pct.) sendt videre til bagvagten med henblik på vurdering af videre plan og behandling.

Sygeplejefaglig visitation af præhospitale hjertepatienter er en succes og kan med fordel indføres andre steder i Danmark. Patientsikkerheden er skærpet, og der er i dag hurtigere respons til ambulancen. Sygeplejersken ringer op indenfor få minutter for at høre nærmere om symptomer



PRIVATFOTO

Vagthavende scop-sygeplejerske vurderer ekg og taler med personalet i ambulancen.

Har vi råd til at lade være?

Det betaler sig at skifte ...

3.127,20 kr.
sparet om året*

Kr. 784,85*

Kr. 524,25*

flutiform® 250+10
(fluticasonpropionat + formoterol)


Seretide® 25/250
(Salmeterol/fluticasonpropionat)

* Seretide® 25/250 (Salmeterol/fluticasonpropionat): Tilskudspris 784,85 kr.
flutiform® 250+10 (fluticasonpropionat + formoterol): Tilskudspris 524,25 kr.
Forskel: 260,60 kr. Hver inhalator indeholder 120 doser beregnet til 30 dages forbrug. 260,60 x 12 = 3.127,20 kr. Beregnet ud fra billigste tilskudspris den 9. november 2015. For dagsaktuelle priser se www.medicinpriser.dk

PRODUKTINFORMATION FINDES PÅ SIDE 60.



flutiform®
fluticasonpropionat + formoterol

SYGEPLEJERSKEN 14.2015 

3 forskellige styrker

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

Dosistælleren er ...

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

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

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



Oversigt over væsentlige produktforskelle**

Produkt navn

Indholdsstof

Indikation

Kontraindikation

Bivirkninger
(meget alm./alm.)

Dosering, pris
(billigste AUP inkl. recepturgebyr
og pakninger pr. 9. november 2015)

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

Seretide® inhalationsspray

(Salmeterol/Fluticasonpropionat)

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

Overfølsomhed over for indholdsstofferne.

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

Spray

25/125: 2x2 540,60 kr. / 120 doser (anbefales fra 12 år)
25/250: 2x2 784,85 kr. / 120 doser (anbefales fra 12 år)

flutiform® inhalationsspray

(fluticasonpropionat/formoterol)

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

Overfølsomhed over for indholdsstofferne.

Spray

50/5: 2x2 348,05 kr. / 120 doser (anbefales fra 12 år)
125/5: 2x2 434,50 kr. / 120 doser (anbefales fra 12 år)
250/10: 2x2 524,25 kr. / 120 doser (anbefales fra 18 år)

Sammenligning af inhalationsspray-kombinationsprodukter med fluticasonpropionat markedsført i Danmark

Produkt navn

Indholdsstof

Sammenligning af styrker (μg)

Seretide® inhalationsspray

(Salmeterol/Fluticasonpropionat)

–
25/125
25/250

flutiform® inhalationsspray

(fluticasonpropionat/formoterol)

50/5
125/5
250/10

flutiform® (fluticasonpropionat / formoterolfumaratdihydrat) inhalationsspray

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

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

Tværfaglige bachelorprojekter burde være en mulighed

Fremtidens sygeplejerske-, ergo- og fysioterapeutstuderende kan have gavn af at udarbejde tværfaglige bachelorprojekter. Projekterne vil give mulighed for at udvikle de kompetencer, som fremtidens sundhedsvæsen vil efterspørge, mener fire undervisere fra Fyn, som har afprøvet idéen.

Laila Busted, lektor, sygeplejerskeuddannelsen; Lmbu1@ucl.dk
Jane Søborg Hansen, adjunkt, ergoterapeutuddannelsen
Trine Holt Clemmensen, adjunkt, fysioterapeutuddannelsen
Poul Bruun, forskningsleder, alle UC Lillebaelt

I grunduddannelsen er der mange metoder til at udvikle tværfaglige og tværprofessionelle kompetencer. I UC Lillebaelt har et nyt initiativ set dagens lys. Tværfaglige bachelorprojekter kombineres med deltagelse i et tværprofessionelt forskningsprojekt bestående af undervisere fra sygeplejerske-, ergo- og fysioterapeutuddannelsen i samarbejde med Fredericia Kommune.

Metode

Studerende fra ergoterapeut-, fysioterapeut- og sygeplejerskeuddannelsen har samarbejdet om deres bachelorforløb. De har skrevet monofaglige bachelorprojekter om problemstillinger, som er fastlagt fra hhv. forskningsgruppen og Fredericia Kommune. De studerende har under forløbet arbejdet sammen om litteratursøgning og dataindsamling og har haft tværfaglige drøftelser af analysen og diskussion om de resultater, de fandt. Undervejs fik de studerende tværfaglig vejledning fra forskningsgruppen.

Resultat

De studerende har fået et større kendskab til deres egen og de øvrige professioner og de muligheder og begrænsninger, professionerne har. De studerende oplever, at det at være en del af et eksisterende forskningsprojekt motiverer pga. muligheden for at bidrage til et forskningsprojekt og fremlægge resultater for praksis med en efterfølgende dialog om behovet for udvikling. De opnår kompetencer i kommunikation og formidling, fordi tværprofessionelt samarbejde fordrer tydelig faglig argumentation mellem de studerende. De oplever, at det er nødvendigt med fælles tværfaglige workshops for forskningsprojektets deltagere undervejs, som giver de studerende mulighed for at sparre med hinanden og med forskningsgruppen, men også mulighed for

at styrke den tværprofessionelle læring og opnå ny monofaglig forståelse.

Diskussion

Tværfagligt samarbejde om bachelorforløb synes oplagt til udvikling af kompetencer inden for situationsbestemt kommunikation og evne til at agere professionelt på tværs af organisatoriske, strukturelle og faglige opdelinger i sundhedsvæsenet. Det er Uddannelses- og Forskningsministeriet samt Sundhedskartellet enige om er kompetencebehov hos fremtidens sundhedspersonale. De studerende på sundhedsuddannelserne kan med fordel inddrages i de mange udviklings- og forskningsprojekter, der pågår i UC'erne. Herved udvikles kompetence til at indgå i innovationsprocesser og evne til at bidrage til fornyelse og forbedring af kvaliteten i praksis, som bliver en efterspurgt generisk (brancheuafhængig) kompetence. De studerende oplever stor værdi ved at være en del af et større projekt og føler sig derved kompetente til at kunne udvikle sygepleje og deltage i forskningsarbejde inden for sundhedsområdet efter endt uddannelse. Vi anbefaler et samarbejde om tværfaglige bachelorprojekter, især for at udvikle tværfaglige og systemiske kompetencer. Den nye uddannelsesreform kan med fordel skabe mulighed for, at de studerende kan udarbejde fælles bachelorprojekter på tværs af uddannelserne og herefter gå til eksamen. Det er ikke muligt i dag, men det kan være et perspektiv, som tænkes ind i udviklingsarbejdet for at matche behovet for fremtidens kompetencer.

Litteratur

1. Implement Consulting Group. Komplex fremtid og reflekseive sundhedsprofessionelle – Om videreudvikling og forbedring af sundhedsuddannelserne. Sundhedskartellet 2014. Online: [<http://www.sundhedskartellet.dk/dsr/>

upload/7/46/917/Afrapportering_Sundhedskartellets_uddannelsesprojekt_endelig.pdf]

2. New Insight. Uddannelsesfremsyn på sundhedsområdet med særligt fokus på professionsbacheloruddannelserne. Uddannelses- og Forskningsministeriet 2014. Online: [<http://ufm.dk/publikationer/2014/filer-2014/samlet-rapport-sundhedsfremsyn.pdf>]



KURSER, UDDANNELSER,
WORKSHOPS OG TEMADAGE:

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

Nænsom
Nødværge®

Næste
instruktør-
uddannelse:
11. januar
2016

Hvis du vil vide mere:
3286 0190 / www.durewall.dk

Hvordan depression hos hiv-smittede kan forebygges

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

Jette Bagh, fagredaktør



Lotte Ørneborg Rodkjær er sygeplejerske, MPH og ph.d. Hun er 51 år, gift og har tre børn på 16, 21 og 23 år. Lotte Ørneborg

Rodkjær er ansat som seniorforsker og lektor på Institut for Klinisk Medicin på Aarhus Universitet og på Infektionsmedicinsk Afdeling Q, Aarhus Universitetshospital.

Hvad fik dig til at forske?

”Jeg har, siden jeg blev sygeplejerske i 1989, arbejdet inden for det infektionsmedicinske felt med særligt fokus på patienter med hiv og de psykosociale udfordringer, der er ved at leve med denne sygdom. Tidligere var hiv en dødelig sygdom, men efter at den medicinske behandling kom i 1996, er det i dag en kronisk sygdom. Det har været helt fantastisk at være en del af denne udvikling. Min hovedinteresse har altid været kommunikation og patienters håndtering af livet med kronisk sygdom. Min interesse for forskning startede omkring 2002, hvor jeg udarbejdede en kvalitativ undersøgelse blandt hiv-smittede om, hvordan det var at skulle følge en livslang medicinsk behandling.”

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

”Omdrejningspunktet har været at dokumentere, at der findes en høj grad af depression blandt hiv-smittede, og finde ud af, hvilke områder der kan have indflydelse på risiko for depression, og hvad vi kan gøre for at forebygge depressioner. Vi har ikke tidligere haft oplysninger om hiv-smittedes psykiske sårbarhed, som man automatisk har om fysiske tilstande. Derfor har vi ikke kunnet præstere konkrete tal på, hvor mange smittede der havde eller var i risiko for at få en depression. Jeg tænker om vores resultater af undersøgelsen, at det er et stort skridt i den rigtige retning – at vi får dokumenteret, at

hiv giver mange psykosociale udfordringer, som både personale og patienter må lære at håndtere for at øge hiv-smittedes livsvilkår.”

Hvor tog du din forskeruddannelse henne?

”Jeg blev indskrevet på Klinisk Institut på Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet på Aarhus Universitet. Min hovedvejleder blev professor Lars Østergård, Infektionsmedicinsk Afdeling Q, Aarhus Universitetshospital, og mine medvejledere blev professor Morten Sodemann fra Odense Universitetshospital og professor Kirsten Lomborg fra Aarhus Universitet.”

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

”Ph.d.-projektet og min løn har været fuldt finansieret af forskningsmidler fra Sygekassernes Helsefond, Lundbeckfonden, Aarhus Universitetshospitals Forskningsfond og Region Midtjyllands Forskningsfond.”

Hvor kan man læse om dine forskningsresultater?

”Man kan søge artiklerne på PubMed. Desuden har jeg bl.a. skrevet om resultaterne i *Sygeplejersken* og *HIV Danmarks* medlemsblad.”

Hvordan har din forskning betydning for praksis?

”Klinikere, forskere og hiv-smittede har vist stor interesse for vores forskning. Resultaterne er præsenteret på adskillige internationale og nationale konferencer. Ph.d.-projektet affødte endnu en stor undersøgelse om hiv og depression i 2013, som har afstedkommet flere publikationer og et meget rigt datamateriale ud over de resultater, der allerede er præsenteret. Vi har på afdeling Q indført regelmæssig screening for depression og er i gang med at implementere data om patientens psykiske anamnese i journalen på lige fod med fysiske data.”

Hvad forsker du i aktuelt?

”Mit forskningsfelt er ”Helhedsorienteret behandling”, hvilket dækker over en behandling, som retter sig både mod de fysiske, psykiske, sociale og spirituelle aspekter af sygdommen. Pillerne er nødvendige for at overleve med hiv, men medicinen bør ikke stå alene. Vores forskning med hiv-patienter har vist en tydelig sammenhæng mellem patienternes psykiske og fysiske tilstand. Det, som har en væsentlig betydning, er, hvordan man generelt mestrer udfordringer i livet. Det handler i høj grad om ens egen følelse af selvværd, og hvordan man kan arbejde med at styrke sine evner til at nedsætte stress. Formålet med at arbejde ud fra et helheds-syn er at hjælpe flest mulige patienter over i den fase, hvor de opdager, at de faktisk selv kan gøre noget for at få det bedre.

Vi er aktuelt i gang med at udvikle en intervention, hvor patienterne lærer om de psykologiske mekanismer, der træder i kraft, når mennesker møder forandring, især forandring de ikke selv har bedt om. Det kan f.eks. handle om at blive bevidst om adfærdsmønstre, som fremkalder stress, og om at finde ud af, hvad det præcist er, der driller, og hvor det kommer fra. En intervention, som har fokus på, at den enkelte patient arbejder med accept og anerkendelse af den aktuelle situation og finder redskaber, motivation, tillid og egenomsorg at handle ud fra.

Vi har produceret en dokumentarfilm ”Fra offer til kriger” om pilotprojektet (vist på TV2 maj 2015) og har iværksat anden fase af dette projekt med henblik på at validere vores fund fra pilotprojektet. Vores mål er at udvikle en intervention, som kan implementeres på lige fod med den medicinske behandling til hiv-smittede, så både den fysiske og den mentale sundhed styrkes.”

Se anmeldelsen af bogen ”Frisat” om en indiansk medicinmand, som hjælper hiv-smittede til et bedre liv på side 34 i dette nummer af Sygeplejersken. Forskning viser, at medicinmandens metoder nedsætter hiv-smittedes risiko for depression markant. Interventionen er omtalt ovenfor.



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

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



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

– Hvorfor skal danske spesialsykepleiere ta kontakt med dere?

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

God lønn – som fortjent!

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

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

Hele Norge kan bli din arbeidsplass.

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

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

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

Ta kontakt!

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

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



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

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

Brug af stikkeskemaer sikrer korrekt injektion af insulin

Når patienten med diabetes skal oplæres i injektionsteknik, er det en god idé at anvende et stikkeskema for at sikre systematisk rotation mellem indstikssteder og dermed forebygge lipohypertrofi (insulinpuder). Anbefalingen er baseret på litteratur, egen empiri og kliniske vejledninger.

Lisa Holm Rasmussen, sygeplejerske; lh24@hotmail.com

Anne Holm Nyland, udviklingssygeplejerske, cand.cur.,

Mette Juel Rothmann, sygeplejeforsker, cand.scient.san., ph.d.,

Alle arbejder på Endokrinologisk afdeling M, Odense Universitetshospital

De kliniske retningslinjer for injektion af insulin til voksne med diabetes anbefaler, at den voksne diabetiker oplæres i at rotere systematisk mellem indstikssteder (1). Ydermere beskriver instrukser på afdelingsniveau, bl.a. for Endokrinologisk afdeling M, at patienterne skal tilbydes et stikkeskema, der anvendes som led i oplæring af insulininjektion (2), se boks 1.

Under indlæggelse er det ofte sygeplejersken, der giver patienten insulin. Mange patienter er ikke i stand til at varetage insulininjektion under indlæggelse, enten pga. sygdom, alder eller fordi de ikke er vant til at få insulin. I løbet af en dag giver flere forskellige sygeplejersker den enkelte patient insulin. Når patienten med diabetes igen kan varetage insulininjektion eller skal oplæres i selv at tage insulin, vejleder sygeplejersken patienten i at være opmærksom på at rotere mellem indstikssteder. Men hvad vil det sige at rotere mellem indstikssteder? Hvordan kan sygeplejersken synliggøre over for patienten, at rotation er vigtigt, hvis hun ikke selv anvender et stikkeskema og dermed kan se, hvor der er injiceret sidste gang? Øger manglende brug af stikkeskema patientens risiko for lipohypertrofi, netop fordi patienten ikke oplever, at sygeplejersken har fokus på at rotere mellem indstikssteder? Måske glemmer sygeplejersken at fortælle, hvad rotation indebærer?

” 16 sygeplejersker svarede korrekt på, hvad lipohypertrofi er. Alle nævner manglende rotation som en mulig årsag til lipohypertrofi, lidt over halvdelen, at det kan skyldes for store doser insulin, og kun en tredjedel nævner mange års insulinbehandling som en mulig årsag.

Ovenstående spørgsmål blev afsat til en struktureret litteratursøgning om brug af stikkeskemaer ved insulininjektion. Litteraturen er søgt i databaserne Pubmed og Cinahl.

Ophobning af fedtvæv under huden

Lipohypertrofi, i daglig tale ofte kaldt insulinpuder eller insulinfiltrater, defineres som ophobninger af fedtvæv under huden.

Lipohypertrofi opstår bl.a. som følge af, at insulin injiceres det samme sted for mange gange. Andre årsager til udvikling af lipohypertrofi kan være manglende nåleskift samt ved indgift af store doser af insulin. Ved palpering af huden kan man mærke en hård bule eller knude. Nogle gange kan infiltratet ses med det blotte øje (3). Når der injiceres i et område med lipohypertrofi, kan optagelsen af insulin blive forsinket eller uregelmæssig. Det øger risikoen for både hyper- og hypoglykæmi og medfører svingninger i blodglukose (4).

Dysregulation har store konsekvenser

De evidensbaserede kliniske retningslinjer for insulininjektion til voksne med diabetes samt udenlandske studier peger på, at dysregulation kan have store konsekvenser for patienten (1,5,6). En dårlig regulation medfører ofte usikkerhed hos patienterne, fordi de aldrig præcist ved, hvor deres blodglukose ligger (7). Derudover har mange patienter med diabetes angst for hypoglykæmi.

Hypoglykæmi optræder hyppigere, hvis man har lokaliseret et område med lipohypertrofi og på baggrund af dette begynder at injicere insulin et andet sted. Insulin optages hurtigere i et område uden lipohypertrofi, og som følge heraf bliver insulinbehovet mindre.

Tal fra Diabetesforeningen viser, at flere end hver anden patient med diabetes bevidst lader blodglukoseniveauet være højere end anbefalet af frygt for utilsigtet hypoglykæmi (8). Et højere blodglukoseniveau gennem længere tid øger risikoen for senkomplikationer såsom øjenforandringer, nedsat nyrefunktion og hjerte-karproblemer f.eks. i form af blodpropper og arteriosklerose. Høje blodglukoseværdier kan altså på lang sigt have alvorlige konsekvenser for patienten med diabetes (7).

At lipohypertrofi er et stort problem, ses ved, at over halvdelen af alle insulinbehandlede diabetikere har lipohypertrofi (9). Et irsk studie fra 2013 viste, at kun 23 pct. af patienterne med lipohypertrofi roterede mellem injektionssteder, hvorimod 85 pct. af de patienter, der roterede mellem injektionssteder, ikke havde lipohypertrofi. Rotation mellem injektionssteder er af lige så stor betydning som nålelængde og nåleskift og bør derfor indgå som en væsentlig del af injektionsteknik ved insulingivning (10).

Boks 1. Vejledning i brug af stikkeskema



1

Skemaet placeres på maven med udgangspunkt i navlen, som er angivet som punkt på skemaet.



2

Skemaet fungerer herefter som rettesnor i forhold til at indikere sted for injektion.



3

De hvide cirkler angiver stikkestedet, og patienten opfordres til at følge skemaet linje for linje, cirkel for cirkel. Efter injektion noteres dato for injektion i cirklen på skemaet.



4

På tilsvarende vis anvendes et skema til injektion i låret.

Foto: Lisa Holm Rasmussen

- ▶ I et finsk studie fandt man, at 65 pct. af de patienter, der deltog i undersøgelsen, havde komplikationer med injektionsstedet. Heraf brugte 23 pct. et område på størrelse med et frimærke at injicere i. Yderligere viste det sig, at 15 pct. af patienterne aldrig fik kontrolleret deres injektionssted af fagfolk (6).

Tilsvarende fund er beskrevet i et stort studie med over 4.000 deltagende insulinbehandlede diabetespatienter, som viste, at kun 36 pct. af de medvirkende fik tjekket indstikssteder til kontrollerne, og at 28 pct. ikke erindrede, at de nogensinde havde fået det gjort. Forfatterne konkluderer, at det ikke er tilstrækkeligt blot at fortælle patienterne, at de skal variere indstikssted. Der bør anvendes et organiseret skema, så patienterne kan få en personlig strategi ift. at rotere mellem indstikssteder (5).

Et studie fra Steno Diabetescenter har netop vist, at undervisning har stor betydning for udvikling af lipohypertrofi. Blandt patienter, der havde modtaget intensiv undervisning, udviklede kun 20 pct. lipohypertrofi over en fireårig periode. Til sammenligning lå tallet på 55 pct. i den gruppe, som havde modtaget standardundervisning. Den intensive undervisning bestod i opfølgning hver 8. uge, hvor der blev undervist i injektionsteknik og tjekket for lipohypertrofi (3).

Udviklingsprojekt om brug af stikkeskema

Ovenstående problematik pointerer, at det er væsentligt at sætte fokus på sygeplejen i forbindelse med injektionsteknik og insulingivning. På Endokrinologisk afdeling i Odense har vi gennemført et udviklingsprojekt om brug af stikkeskema. Formålet med projektet var

- at undersøge sygeplejerskernes viden om samt brug af stikkeskemaer, herunder viden om lipohypertrofi
- at sætte fokus på vigtigheden af at anvende stikkeskema som pædagogisk redskab for at sikre rotation mellem indstikssteder
- at leve op til afdelingens retningslinje for oplæring i insulininjektion.

To undersøgelsesspørgsmål skulle belyse problemet med manglende brug af stikkeskemaer:

1. Hvilken viden har sygeplejersker om lipohypertrofi?
2. I hvor høj grad anvendes stikkeskema i klinisk praksis?

” Det ser ud til, at travlhed i hverdagen og gamle vaner har stor betydning for, om skemaet anvendes. I en travl hverdag, hvor der hele tiden sker forandringer og nye tiltag, tager det tid at ændre vaner.

Dataindsamling foregik via et spørgeskema. I alt fik 30 sygeplejersker tilsendt spørgeskemaet pr. mail. Spørgeskemaet blev også uddelt på afdelingen med henblik på at sikre optimal besvarelsesprocent. Spørgeskemaets anonymitet blev sikret ved, at alle besvarelser blev samlet i en fælles mappe uden navn. Besvarelser pr. mail blev printet og derefter slettet. Inden spørgeskemaet blev udsendt, blev det vurderet af afdelingens kliniske sygeplejespecialister og kliniske sygeplejeforsker. Spørgeskemaet bestod af spørgsmål om sygeplejerskernes viden om lipohypertrofi, herunder årsager til og forebyggelse af lipohypertrofi. Desuden var der spørgsmål, som afdækkede, hvor ofte sygeplejersken anvender stikkeskema, samt årsager til manglende anvendelse. Der var både multiple choice-spørgsmål samt spørgsmål med uddybende svar, f.eks. hvordan man som sygeplejerske kan være med til at forebygge lipohypertrofi.

Resultater af udviklingsprojektet

19 sygeplejersker svarede på spørgeskemaet. Den lidt lave respons kan skyldes, at det er svært at nå ud til alle i en travl hverdag, hvor prioriteringen af arbejdsopgaver har stor betydning.

Af svarene kan udledes, at der er et behov for yderligere fokus på området.

16 sygeplejersker svarede korrekt på, hvad lipohypertrofi er. Alle nævner manglende rotation som en mulig årsag til lipohypertrofi, lidt over halvdelen, at det kan skyldes for store doser insulin, og kun en tredjedel nævner mange års insulinbehandling som en mulig årsag. Alle foreslår brug af stikkeskema som en mulighed ift. at forebygge lipohypertrofi. Om stikkeskemaet nævnes, fordi vi i forvejen har haft øget fokus på brug af skemaet, er uvist, da der ikke er lavet en før-måling inden projektets start.

To tredjedele angiver, at de kun bruger stikkeskemaet halvdelen eller derunder af de gange, de giver insulin. Årsagerne til ikke at

anvende skemaet begrundes generelt med travlhed og forglemelse. Derudover nævnes: manglende stikkeskema hos patienten, skemaerne forsvinder blandt de andre skemaer, det er demotiverende, hvis skemaet ikke er udfyldt af andre, og at de fleste patienter ikke er interesserede i det. I modsætning hertil synes alle respondenter, at det er relevant at bruge skemaet. Respondenterne er kommet med flere gode kommentarer til spørgsmålene, både ift. hvordan sygeplejersker kan være med til at forebygge lipohypertrofi ved f.eks. at oplære i korrekt injektionsteknik, og hvad vi fremadrettet kan gøre for at få implementeret stikkeskemaet. Bl.a. efterlyses undervisning i emnet.

Brug af stikkeskema nytter

I den periode, vi har haft øget fokus på brugen af stikkeskemaer, har der været flere succesoplevelser med at bruge skemaet. Bl.a. kan nævnes en patient med nyopdaget diabetes, Bent, som skulle oplæres i insulininjektion. Som nydiagnosticeret patient med diabetes får Bent mange nye informationer, som han skal være opmærksom på. Samtidig skal han forholde sig til at have fået en kronisk sygdom. Efter indlæggelsen bliver Bent fulgt i vores ambulatorium. Her medbringer han stikkeskemaet og fortæller, at han bruger det. Eksemplet tydeliggør, at brug af stikkeskema nytter. Patienterne forstår og kan huske, at de skal rotere mellem indstiksstederne, og får vha. stikkeskemaet en konkret metode til at håndtere netop denne del af injektionsteknikken.

Diskussion

Ud fra de resultater, forskningen bidrager med (3,5,6,9,10) samt egne data fra spørgeskemaet, ser det ud til, at sygeplejersker ikke har nok fokus på rotation mellem indstikssteder, når de injicerer insulin. Der mangler viden om, hvilke risici manglende rotation mellem indstikssteder kan have for patienten med diabetes i forhold til livskvalitet og udvikling af lipohypertrofi. Det er problematisk, da det kan være medvirkende til, at patienterne ikke bliver bevidste om netop denne del af injektionsteknikken. Når over halvdelen af patienter med diabetes har lipohypertrofi, og forekomsten kan reduceres markant ved undervisning (3), er det tydeligt, at der er behov for en indsats. Ydermere påpeges det i litteraturen, at det ikke er tilstrækkeligt blot mundtligt at informere patienterne om,

at de skal rotere mellem indstikssteder. Det kunne se ud, som om det kan have en positiv effekt at anvende et organiseret skema for at sikre korrekt rotation mellem indstikssteder (5). Dermed er det i høj grad en del af sygeplejen til patienten med diabetes at sikre, at han/hun får et stikkeskema. Dertil hører, at sygeplejersken skal formidle konkret og nødvendig viden, så patienten ved, hvad det vil sige at rotere mellem indstikssteder. På den måde får patienterne optimale vilkår i forhold til at forebygge lipohypertrofi. Sygeplejersken kan indgå i en dialog med patienten om, hvad han/hun forstår ved at rotere, samt hvor der injiceres. Hermed kan patienten og sygeplejersken få en fælles forståelse for, hvad der menes, når der snakkes rotation af indstikssteder. Brug af stikkeskema er altså en vigtig del af undervisningen. Stikkeskemaet tydeliggør og synliggør vigtigheden af at rotere mellem indstikssteder ved at visualisere, hvor der tidligere er injiceret. Brug af stikkeskema sikrer, at der ikke bliver injiceret for tæt på sidste injektionssted.

” Såvel sygeplejersken som patienten skal se en mening med at bruge skemaet. Det tyder på, at den mening fremkommer ved undervisning og vejledning.

Tages besvarelserne af spørgeskemaet i betragtning, tyder det på, at det ikke er modvilje fra sygeplejerskens side, der gør, at stikkeskemaet ikke bliver anvendt. Det ser ud til, at travlhed i hverdagen og gamle vaner har stor betydning for, om skemaet anvendes. I en travl hverdag, hvor der hele tiden sker forandringer og nye tiltag, tager det tid at ændre vaner. Resultaterne af spørgeskemaet viser, at det er vigtigt at have en fælles strategi, når noget skal implementeres. Sygeplejerskerne beskriver det som demotiverende at udfylde skemaet, når de gentagne gange oplever, at andre ikke har gjort det. Derfor er det nødvendigt, at sygeplejerskerne undervises i brug af stikkeskemaet og vigtigheden af at benytte det. Allerede inden spørgeskemaet blev udsendt, havde vi i afdelingen klipset skemaerne fast på blodglukoseskemaerne. Der fulgte ikke undervisning med, blot information om at anvende stikkeskemaet. Effekten af tiltaget var ikke særlig stor, hvilket måske kan skyldes den manglende undervisning.

- ▶ Undervisning i injektionsteknik synes at gøre en forskel (3), og det vil derfor være relevant, at sygeplejerskerne undervises i, hvordan og hvorfor skemaet skal anvendes. Såvel sygeplejersken som patienten skal se en mening med at bruge skemaet. Det tyder på, at den mening fremkommer ved undervisning og vejledning. Herved understøttes motivationen for anvendelse af et stikkeskema til injektion af insulin.

Konklusion

Sygeplejersker, som varetager behandling og pleje af patienter med diabetes, bør sikre sig, at der anvendes korrekt injektionsteknik hos patienten, og at der benyttes et stikkeskema. Dette gælder både i hjemmeplejen, på sygehusene og i almen praksis. Sygeplejersker skal undervises, så de har den nødvendige viden i forhold til at kunne anvende stikkeskemaet og forstå, hvorfor det er et gavnligt og fælles pædagogisk redskab. Det øger kvaliteten af sygeplejen til patienten med diabetes, når sygeplejersken bruger stikkeskema i vejledning og oplæring i insulininjektion, da der er større chance for, at patienten husker at rotere mellem indstiksteder. På den måde kan lipohypertrofi forebygges.

Stikkeskemaer kan bl.a. rekvireres hos Novo Nordisk via mailadresse kundeservice@novonordisk.dk

Litteratur

1. Nissen H et al. Injektion af insulin til voksne med diabetes. [Online] april 2015. [Citeret: 8. juni 2015.] <http://cfkr.dk/retningslinjer/godkendte-retningslinjer/hud-og-slimhinder/kr-insulin-injektion.aspx>.
2. Nissen H. Eksterne infonet, Region Syddanmark. [Online] juni 2015. [Citeret: 8. juni 2015.] <http://ekstern.infonet.regionsyddanmark.dk/Files/dokument61869.htm>.
3. Nielsen BB, Musaeus L, Tarnow L. Insulinfiltrater kan forebygges med undervisning. *Sygeplejersken* 2006;(5):60-3.
4. A. Frid L, Hirsch R, Gaspar et al. New injection recommendations for patients with diabetes. *Diabetes and Metabolism* 2010;(36):3-18.
5. De Conninck C et al. Results and analysis of the 2008-2009 Insulin Injection Technique Questionnaire survey. *Journal of Diabetes* 2010;(2):168-79.
6. Partanen T-M, Rissanen, A. Insulin injection practices 2000;(17):252-54.
7. Hansen B. Sådan undgår du insulinpuder. *Dit lægemagasin* 2008;(1):4-6.
8. www.diabetesforeningen.dk. diabetesforeningen. [Online] 13. maj 2013. [Citeret: 8. juni 2015.] <http://www.diabetes.dk/aktuelt/nyheder/nyhedsarkiv/2013/diabetespatienter-udsætter-sig-for-alvorlige-foelgesygdomme.aspx>.
9. Vardar B, Kizilci S. Incidence of lipohypertrophy in diabetic patients and a study of influencing factors. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2007;(77):231-36.
10. Cunningham MT, McKenna M. Lipohypertrophy in insulin-treated diabetes: Prevalence and associated risk factors. *Journal of diabetes Nursing* 2013;17(9):340-43.

English abstract

Rasmussen LH, Nyland AH, Rothmann MJ. The use of injection-site charts for correct insulin administration. *Sygeplejersken* 2015;(14):64-8.

The article focuses on the use of an injection-site chart to instruct and train patients in injection technique, and on the value of such charts as an educational resource in clinical practice.

Why do nurses rarely make use of an injection-site chart when administering insulin to in-patients? Does the use of an injection-site chart influence patient learning? These questions were discussed at a meeting on evidence-based practice in a medical ward. Nurses have a great responsibility for ensuring that patients with diabetes achieve the best conditions for avoiding complications from their diabetes such as lipohypertrophy (fatty lumps under the skin from repeated same-site injection). It is important that the instructions given to the patient regarding insulin injection are supported by clinical practice. There is every indication that the importance of rotation between injection sites is overlooked in educating patients in injection technique. The use of an injection-site chart helps to improve the quality of nursing.

Keywords: Lipohypertrophy, injection-site chart, diabetes, injection technique.

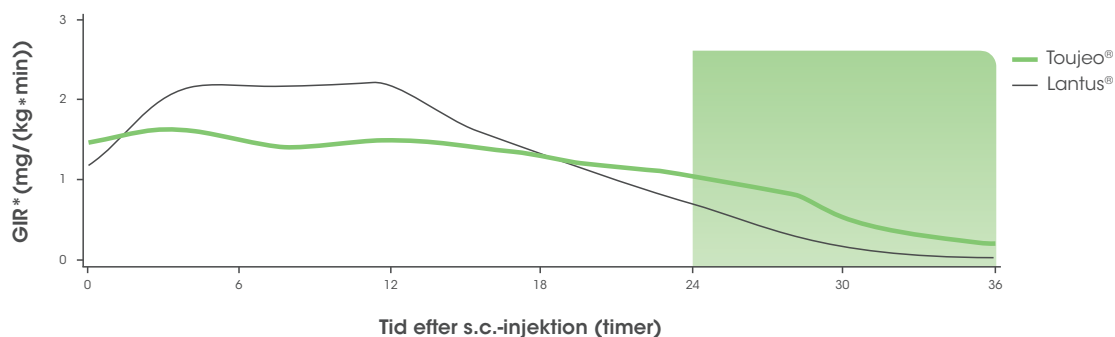
Toujeo®

For et stabilt blodsukker¹⁻³

Nyt insulinprodukt
med generelt tilskud



Toujeo® har en stabil virkningsprofil med lav variabilitet i mere end 24 timer¹⁻³



*GIR: Glukoseinfusionshastighed
Behandling: Toujeo 0,4 enheder/kg, Lantus 0,4 enheder/kg

Figur gengivet af Sanofi på baggrund af reference 3



Med Toujeo® kan type 2-diabetes patienter nå det glykæmiske mål med mindre risiko for hypoglykæmi vs. Lantus®²

Toujeo® indikation: Behandling af voksne med diabetes melitus

1. Becker AH et al, Diabetes Care 2015;38:637–643. 2. Yki-Jarvinen H, et al. Diabetes Care 2014;37:3235–3243. Design: Non-inferiority studie. Toujeo® vs. Lantus® i et 6 måneders åbent, kontrolleret, multicenter studie af 811 T2D patienter på basalinsulin + OAD med HbA_{1c} 7%. Primært endepunkt: Reduktion i HbA_{1c}. Ingen signifikant forskel mellem Toujeo® og Lantus®. Hoved sekundært endepunkt % patienter med ≥1 bekræftet natlig hypoglykæmi (<3,9 mmol/l) fra uge 9 til måned 6. 3. Toujeo® produktresumé, maj 2015.

Produktinformation findes på side 75.

SANOFI DIABETES

Toujeo®
insulin glargin 300 E/ml



Behovssamtalen sikrer kontinuitet og tryghed

Uhelbredeligt syge og døende patienter får på en medicinsk afdeling tilbud om en samtale om deres behov i den sidste del af livet. Behovene kortlægges, der iværksættes handlinger, og patientens ønsker til den sidste levetid bliver formuleret. Som opfølgning inviteres patientens pårørende til at besvare et spørgeskema om den sidste tid.

Jannie Christina Frølund, klinisk sygeplejespecialist, cand.cur., ansat på Medicinsk Afdeling, Vejle Sygehus; jannie.christina.froelund@rsyd.dk
Anette Ravnsgaard Stoklund, specialesansvarlig sygeplejerske i palliation, ansat på Medicinsk Sengeafsnit, Vejle Sygehus
Lone Oehlschlaeger, afdelingssygeplejerske, ansat på Medicinsk Sengeafsnit, Vejle Sygehus

Tendensen på landsplan viser, at behandlingsforløbet for patienter med inkurabel sygdom bliver længere og mere kompliceret end tidligere. Gruppen af palliative patienter er således stigende, og der skal derfor fokus på den palliative indsats (1).

Ved alvorlige sygdomstilstande, hvor helbredelse ikke er mulig, får patienterne tilbudt en åben indlæggelse. Det betyder, at patienten kan få tryghed og rettidig hjælp med direkte indlæggelse på en stamafdeling uden om egen læge og sygehusets akutmodtagelse (2). Retrospektiv gennemgang af journaler viser, at antallet af patienter, som har en åben indlæggelse på Medicinsk Sengeafsnit, Vejle Sygehus, er steget med 279 pct. gennem de sidste par år.

En spørgeskemaundersøgelse foretaget blandt danske patienter, som lever med fremskreden kræft, viser, at mange har nedsat fysisk funktionsevne samt fysiske og psykiske problemer (3). Symptomer som træthed, smerter, nedsat appetit, obstipation, åndenød og kvalme er således typiske for denne patientgruppe (4). Undersøgelsen peger desuden på en række udækkede behov, som patienterne angav ikke at have modtaget hjælp til, selv om de ønskede det (3). Andre undersøgelser viser tilsvarende forekomster af udækkede behov hos patienter med kræft (5,6). Samtidig viser en tidligere undersøgelse fra 2004, at 75 pct. ønsker at dø i eget hjem, mens kun 22 pct. reelt dør hjemme (7).

” Ved behovssamtalen afdækkes patientens viden om sygdom og forløb, og samtidig kortlægges eventuelle behov og symptomer med henblik på at bedre forløbet for patienten.

Afsættet for projektet er således at give uhelbredeligt syge og døende et afsluttende forløb på livet, hvor den lindrende pleje og behandling er kvalificeret og tilrettelagt med udgangspunkt i patientens og familiens ønsker og behov. Derfor tilbydes en indledende systematisk behovssamtale med henblik på, at patienterne får dækket deres behov.

Formål med projektet

Formålet med projektet er at undersøge, hvorvidt en indledende systematisk behovssamtale kan være med til at

- afdække og afhjælpe eventuelle behov og symptomer, så patienten kan undgå unødigt indlæggelse og dø i eget hjem, hvis dette er et ønske
- sikre en bedre og mere koordineret og tryk overgang fra den behandelende afdeling til stamafdeling ved at inddrage praktiserende læge, primærsektor og det palliative team.

Metode

Patienter, som tildeles Medicinsk Sengeafsnit, Vejle Sygehus, som stamafdeling, kommer til en indledende systematisk behovssamtale med specialesansvarlig sygeplejerske i palliation inden for 14 dage, se figur 1. Tidsrammen på 14 dage er sat for at sikre, at tildelelse af stamafdeling er effektueret.

Ved behovssamtalen afdækkes patientens viden om sygdom og forløb, og samtidig kortlægges eventuelle behov og symptomer med henblik på at bedre forløbet for patienten. Behovssamtalen, se boks 1, tager udgangspunkt i en overordnet samtaleguide samt et valideret spørgeskema, EORTC QLQ-C15-PAL (8), der afdækker patientens palliative behov.

Deltagere

Inklusionskriterier:

- Patienter, som er terminalregistreret
- Patienter, der har fået tildelt Medicinsk Afdeling, Vejle Sygehus, som stamafdeling
- Patienter, der har været til en behovssamtale
- Patienter, der forstår og taler dansk.

Eksklusionskriterier:

- Patienter, som er demente eller på anden måde cerebralt påvirkede.

Evalueringsmetode

Betydningen af behovssamtalerne er evalueret gennem en spørgeskemaundersøgelse med de pårørende om patientoplevelser.

En mulig begrænsning ved studier af palliative tiltag er, at der er tale om patienter, som er uafvendeligt døende og derfor ofte er for afkræftede og syge til selv at medvirke i undersøgelser. Alternativt kan efterladte pårørende benyttes som informanter for patienten (5).

Studier viser, at nære pårørende kan bruges til at beskrive og informere om faktuelle forhold og oplevelser, herunder patientens fysiske tilstand og plejen heraf, mens de har sværere ved at beskrive og informere om patientens psykologiske og emotionelle tilstand (9,10).

Spørgeskemaundersøgelsen med pårørende sker ca. tre måneder efter, patienten er afdøet ved døden. Spørgeskemaet, der er udarbejdet på baggrund af foreliggende litteratur, er primært inspireret af en tidligere spørgeskemaundersøgelse foretaget blandt

pårørende til uafvendeligt døende patienter (5). Spørgeskemaet, se boks 2, er pilottestet hos tre patienter inden udsendelse.

Spørgeskemaet er sendt ud til de pårørende med brev. Såfremt de pårørende ikke svarer, er der sendt et rykkerbrev ud ca. en måned efter første brev. Herefter blev de pårørende ikke kontaktet yderligere.

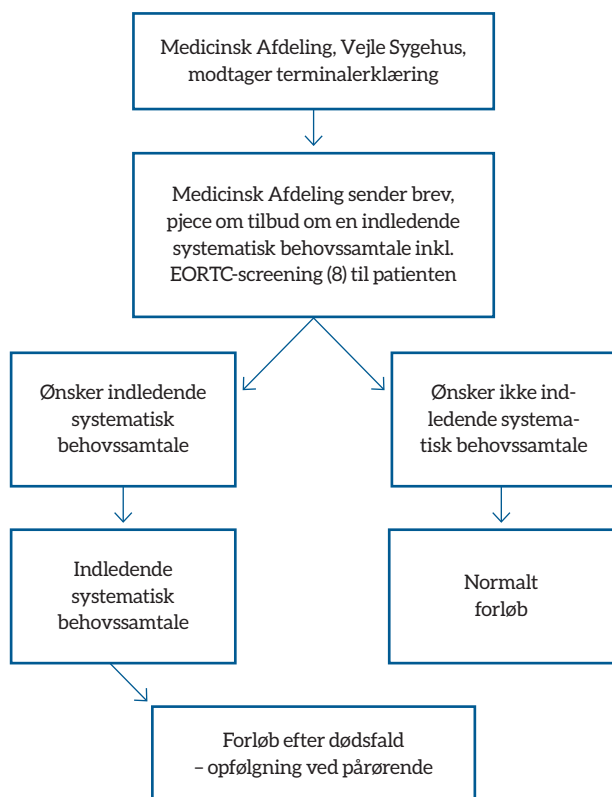
Etiske overvejelser

Man kan diskutere, om det er etisk forsvarligt at sende et spørgeskema ud til pårørende tre måneder efter, at deres nærmeste er død. Af indlysende grunde er det ikke muligt at få en førstehånds tilbagemelding fra den afdøde patient, hvilket selvfølgelig også har givet anledning til nogle etiske overvejelser om det at udarbejde en undersøgelse med denne patientgruppe. Omvendt er det vigtigt, at der bliver taget vare på denne patientgruppe og deres pårørende i hele forløbet og dermed også i den sidste periode af livet. Målet er, at det skal gavne kommende livstruende syge patienter, som får en åben indlæggelse på Medicinsk Afdeling, og set i det perspektiv finder vi det acceptabelt og etisk forsvarligt at udføre undersøgelsen med denne patientgruppe.

Alle patienter og pårørende er indledningsvist informeret både mundtligt og skriftligt om projektet, samtidig med at de er under-

Figur 1. Flowchart

Flowchartet viser en grafisk fremstilling af projektets inklusionsforløb.



Boks 1. Indhold i indledende systematiske behovssamtale

Formålet er at

- afdække patientens viden om sygdom og forløb
- kortlægge eventuelle behov og symptomer ud fra spørgeskema, EORTC QLQ-C15-PAK (8)
- eventuelt inddrage praktiserende læge, primærsektor og det palliative team, såfremt der er behov for det
- orientere om mulighed for plejeorlov til pårørende
- orientere om udbetaling af penge fra pensionselskab og forsikring ved kritisk sygdom
- drøfte ønsker for den sidste tid
- vise rundt og informere om afsnittet, herunder mulighed for enestue ved behov, flersengsstuer, besøgstider og medindlæggelse af pårørende.

- ▶ rettet om, at det er frivilligt at deltage. Det er understreget, at patienter og pårørende når som helst kan trække deres tilsagn om deltagelse tilbage, og at det på ingen måde vil få indflydelse på den fremtidige pleje og behandling.

Data er behandlet i fuld fortrolighed og opbevaret forsvarligt i overensstemmelse med persondataloven. Projektet er godkendt af Datatilsynet via Region Syddanmark.

Resultater

I perioden fra september 2012 til september 2013 blev 66 patienter og pårørende inviteret til en behovssamtale. Heraf blev 30 behovssamtaler afholdt, mens de resterende 36 ikke blev afholdt af forskellige årsager. 12 patienter var indlagt, tre var døde, en var døende, seks udeblev, enten fordi de var flyttet eller af anden ukendt årsag, og 14 aflyste, fordi de vurderede, at de ikke havde behov for eller kræfter til det.

” Man kan diskutere, om det er etisk forsvarligt at sende et spørgeskema ud til pårørende, tre måneder efter deres nærmeste er død.

Patienterne, 10 kvinder og 20 mænd, var alle diagnosticeret med lungekræft og var i gennemsnit 69,3 år rangerende fra 55-90 år.

Der er udsendt i alt 30 spørgeskemaer til de pårørende, hvoraf 20 er kommet retur, hvilket svarer til en svarprocent på ca. 66. Halvdelen af de indkomne spørgeskemaer er besvaret af samlever

eller ægtefælle, mens de resterende er besvaret af enten patientens søn eller datter. De pårørende var i gennemsnit 57,8 år rangerende fra 27-81 år.

Overvejelser om behovssamtalen

Størstedelen var ikke i tvivl om, hvorvidt de ønskede at tage imod tilbuddet om behovssamtalen. Den primære årsag til at sige ja var deres store behov for tryk og information. De pårørende skriver, at de følte sig lettede og glade over at modtage indkaldelsen til behovssamtalen. En respondent skriver, at familien følte sig alene med noget, de ikke kunne overskue, og derfor ingen overvejelser havde om at tage imod tilbuddet. Flere skriver, at de ønskede afklaring og information om det praktiske ved forløbet samt en forklaring på, hvad en åben indlæggelse indebar, og hvordan det fungerede.

Organisering af behovssamtalen

De pårørende fandt, at tidspunktet for behovssamtalen var veltilrettelagt og kom et sted i forløbet, hvor der netop var behov for hjælp og støtte. Et overvejende flertal, 18 ud af 20, vurderede, at de 45 minutter, der var sat af til samtalen, var tilstrækkeligt, og at de fik den information, de havde brug for.

Størstedelen skriver, at det var fyldestgørende med den ene behovssamtale, da de altid kunne ringe ved yderligere behov. Nogle skriver imidlertid, at hvis forløbet havde været længere, kunne der muligvis have været behov for en samtale mere, da der nogle gange kan dukke nye symptomer og ting op undervejs. Andre skriver, at deres forløb var så kort, at de måske ikke nåede at få det fulde udbytte af behovssamtalen.

Behovssamtalen var en hjælp

Ca. to tredjedele vurderede, at behovssamtalen var en stor eller meget stor hjælp, mens knap en tredjedel vurderede, at samtalen var en lille, meget lille eller ingen hjælp.

De pårørende skriver bl.a., at behovssamtalen gav dem en følelse af tryk. Flere skriver, at de fik svar på mange uafklarede ting, hvilket gav dem lidt ro. En af dem, som ikke mente, at behovssamtalen havde været en hjælp, begrundede det med en dårlig oplevelse under en efterfølgende indlæggelse. Det var således ikke selve behovssamtalen, vedkommende havde været utilfreds med.

Boks 2. Spørgeskemaet

Spørgeskemaet omhandlede følgende emner:

- Overvejelser om modtagelse af tilbuddet om den indledende systematiske behovssamtale.
- Oplevelse af de praktiske forhold ved den indledende systematiske behovssamtale.
- Oplevelsen af den indledende systematiske behovssamtale.
- Betydningen af den indledende systematiske behovssamtale.

17 skriver, at patienten havde symptomer i tiden omkring behovssamtalen. Af disse blev symptomerne klarlagt under behovssamtalen i 10 tilfælde, mens de resterende var klarlagt inden. Der blev i alle tilfælde iværksat tiltag i forbindelse med behovssamtalen i form af kontakt til praktiserende læge, primærsektor og palliativt team. Over halvdelen skriver, at behovssamtalen gjorde overgangen mellem behandlende afdeling og stamafdeling mere tryk og koordineret, to skriver både-og, mens en skriver, at den ikke gjorde overgangen mere tryk og koordineret. Flere fremhæver trygheden i at have en åben indlæggelse og vide, hvad det indebærer. Andre fremhæver det, at der var nogle, der tog et samlet ansvar, som meget positivt og tryghedsskabende.

Den sidste tid

17 patienter ønskede at tilbringe den sidste tid hjemme eller på hospice. For 15 af disse patienter blev ønsket opfyldt. Dem, der ikke fik deres ønske opfyldt, begrundede det med manglende plads på hospice, eller at fagpersoner overvurderede restlevetidens længde, dermed blev patienten henvist for sent til hospice. For dem, som fik deres ønske for den sidste tid opfyldt, skriver de pårørende, at hjemmeplejen og palliativt team var en god hjælp. De var med til at gøre det muligt for patienten at dø i eget hjem. Flere skriver også, at de selv som pårørende passede patienten en stor del af tiden.

Diskussion

Kun 30 ud af 66 mulige patienter deltog i behovssamtalen. Det giver anledning til at reflektere over, hvordan man kan nå alle, eller om man skal acceptere, at der er et betydeligt frafald i denne patientgruppe, som af indlysende årsager er sårbar, og hvis forløb er uforudsigeligt. Hvis patienterne var terminalerklæret tidligere fra behandlende afdeling, ville der måske være flere, som havde nået at komme til samtalen. Omvendt ville man måske risikere, at nogle patienter blev terminalerklæret for tidligt med frustration og manglende tillid til systemet som en følge. Det er derfor vigtigt at overveje, om der eventuelt er andre måder at organisere tilbuddet om en behovssamtale på. Det kan f.eks. være, at sygeplejersken kører ud til patienterne, eller at behovssamtalen bliver passet ind med andet besøg på sygehuset, så patienterne og deres pårørende ikke skal bruge energi og kræfter på endnu et besøg på sygehuset.

» Behovssamtalen vurderes blandt de pårørende til at være et meget godt og brugbart tilbud. Således vurderer to tredjedele, at behovssamtalen har været en hjælp for deres afdøde og for dem selv som pårørende.

Behovssamtalen vurderes blandt de pårørende til at være et meget godt og brugbart tilbud. Således vurderer to tredjedele, at behovssamtalen har været en hjælp for deres afdøde og for dem selv som pårørende. Kun én forholder sig kritisk til behovssamtalen. De, som mente, samtalen var en hjælp, fremhæver, at den gav ro og tryghed, mens de, som mente, samtalen var en lille hjælp, begrundede det med dårlige oplevelser i forbindelse med indlæggelse. Der er også eksempler på forløb, som var så korte, at de pårørende vurderede, at de ikke fik det fulde udbytte af samtalen.

Et overvejende flertal af patienterne havde symptomer på samtale-tidspunktet. Størstedelen af symptomerne blev klarlagt under samtalen, og der blev iværksat tiltag i form af kontakt til praktiserende læge, primærsektor og det palliative team.

Undersøgelsen viser, at der er et behov, og at begyndende symptomer, der krævede handling, muligvis blev taget i opløbet, før de blev invaliderende for patienten. I forhold til andre undersøgelser, der påpeger, at patienterne har en række udækkede behov (3,5,6), tyder det således på, at patienterne gennem behovssamtalen får klarlagt deres behov og samtidig får hjælp.

Under behovssamtalen var der også fokus på, hvor patienterne ønskede at opholde sig i den sidste tid. Resultaterne viser, at 15 af patienterne (75 pct.) fik deres ønske opfyldt. I forhold til tidligere undersøgelser (7), der viser, at kun 22 pct. fik deres ønsker for den sidste tid opfyldt, kan det således tyde på, at behovssamtalen har en positiv indflydelse. Det kan skyldes, at det er en fast del af behovssamtalen. Ofte er det måske et område, som mange er blufærdige omkring og derfor af forskellige årsager ikke får spurgt ind til i tide. At det ikke var alle patienter, som fik deres ønske opfyldt, kan der være flere årsager til. Det kan bl.a. skyldes symptomer, ►

- der var så udtalte, at de krævede indlæggelse, manglende plads på hospice, eller at de hjemlige forhold alligevel ikke var trygge for patienten at være i.

Konklusion

Hensigten med dette projekt har været at finde frem til, hvilken betydning en indledende systematisk behovssamtale har for uhelbredeligt syge og døende patienter.

Overordnet kan det konkluderes, at en behovssamtale er et godt tilbud, der kan være med til at tilgodese patienternes behov. Samtidig er behovssamtalen med til at sikre kontinuitet og tryghed i forløbene og overgangene fra behandlende afdeling til stamafdeling.

Desværre har der været en stor del af patienterne, som ikke kunne deltage i behovssamtalen, hvilket skyldtes, at de var meget dårlige eller døde, inden de nåede at komme til samtalen. Derfor kunne det være interessant at undersøge, om et lignende tilbud kan etableres i patienternes eget hjem, så de kan undgå at komme ind på sygehuset.

Det er besluttet at fortsætte med at tilbyde behovssamtalen, da det er et tiltag, der gavner patienter og pårørende, og som er med til at sikre kontinuitet og tryghed i forløbene.

En uddybende rapport kan rekvireres hos førsteforfatteren.

Projektet er økonomisk finansieret af TrygFonden og Medicinsk Afdeling, Vejle Sygehus – En del af Sygehus Lillebælt.

Litteratur

1. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for den palliative indsats. Sundhedsstyrelsen; 2011.
2. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft – del af samlet forløbsprogram for kræft. Sundhedsstyrelsen; 2012.
3. Johnsen AT. Palliative needs in Danish patients with advanced cancer. Ph.d.-afhandling, København, Københavns Universitet; 2008.
4. Kaasa S. Palliativ behandling og pleje. København: Ad Notam Gyldendal; 1998.
5. Poulsen PB et al. Hospice uden mure – medicinsk teknologivurdering af et palliativt netværk i samspil mellem sektorer. Sundhedsstyrelsen; 2005:5(5).
6. Johnsen AT, Petersen MA, Pedersen L, Groenvold M. Symptoms and problems in a nationally representative sample of advanced cancer patients. Pall Med 2009;23(6):491-501.

7. Dalgaard KM. Når familien træder til – pleje af døende i hjemmet. København: Hans Reitzels Forlag; 2004.
8. Groenvold M et al. for the EORTC Quality of Life Group. The development of the EORTC QLQ-C15-PAL: a shortened questionnaire for cancer patients in palliative care. European Journal of Cancer 2006; 42(1):55-64.
9. Andersen JS, Jessen JR, Lund JO, Hansen PH, Toft T. Pårørendes opfattelse af døden på hospital. Ugeskrift for Læger 2001;163(46):6407-11.
10. Lynn J, Teno JM, Phillips RS et al. Perceptions by family members of the dying experience of older and seriously ill patients. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. Ann Internal Med 1997;126:97-106.

English abstract

Frølund JC, Stoklund AR, Oehlenschlaeger L. Needs-assessment interviews for continuity and peace of mind. Sygeplejersken 2015;(14):70-4. The trend nationwide in Denmark indicates that the care pathway for patients with incurable disease is becoming more protracted and more complicated than in the past. In recent years, the population of patients on open-ended stays in the Medical Ward, Vejle Hospital has increased by 279 per cent.

In response to this situation, the Medical Ward introduced initial systematic needs-assessment interviews with the aim of giving incurably ill and dying patients end-of-life care in which palliation is individualised based on the patient's and family's personal needs and preferences. The introduction of the interview practice was evaluated by means of a questionnaire-based survey of relatives approximately three months after the patient's death. The survey included 30 patients, and 20 of their relatives responded to the questionnaire. The results demonstrate that an initial, systematic, needs-assessment interview is a helpful care measure conducive to fulfilment of patients' needs. Equally, the results show that the interview helps to ensure continuity and peace of mind in transitioning from the treating to the referring department

Keywords: Palliation, needs-assessment interview, questionnaire-based survey, incurably ill, dying.

PRODUKTINFORMATION

De med * markerede afsnit er omskrevet/forkortet i forhold til det godkendte produktresumé. Det godkendte produktresumé kan vederlagsfrit rekvireres fra sanofi-aventis Danmark A/S. Toujeo®, insulin glargin, 300 enheder/ml injektionsvæske, opløsning, i en fyldt pen. **Indikation:** Behandling af diabetes mellitus hos voksne. **Dosering*:** Toujeo er en basalinsulin til administration en gang daglig, der kan gives på et hvilket som helst tidspunkt af dagen men helst på samme tid hver dag. Dosisregimet skal tilpasses individuelt. Til patienter med type 1 diabetes mellitus, skal Toujeo kombineres med korttids-/hurtigtvirkende insulin for at dække insulinbehov ved måltider. Til patienter med type 2-diabetes mellitus kan Toujeo også gives sammen med andre antidiabetika. Styrken af dette præparat er angivet i enheder. Disse enheder gælder udelukkende for Toujeo og er ikke det samme som IE eller enhederne, som angiver styrken på andre insulinanaloger. Flexibilitet i doseringstid: Efter behov kan patienter administrere Toujeo op til 3 timer før eller efter deres sædvanlige administrationsstidspunkt. **Opstart:** Patienter med type 1-diabetes mellitus: Toujeo skal anvendes én gang daglig sammen med insulin ved måltid og kræver individuelle dosisjusteringer. **Patienter med type 2-diabetes mellitus:** Den anbefalede daglige startdosis er 0,2 enheder/kg efterfulgt af individuelle dosisisjusteringer. Insulin glargin 100 enheder/ml og Toujeo er ikke bioekvivalente, og er ikke direkte udskiftelige. Ved skift fra insulin glargin 100 enheder/ml til Toujeo gøres dette som udgangspunkt på enhed-enheds basis. Ved skift fra Toujeo til insulin glargin 100 enheder/ml bør dosis reduceres. Tæt metabolisk kontrol anbefales ved præparatskift og i de første uger derefter. **Skift fra andre basalinsuliner til Toujeo:** Ved skift fra behandling med middellangt eller langtidsvirkende insulin til behandling med Toujeo kan det blive nødvendigt at ændre dosis af basalinsulin og at justere anden samtidig antidiabetisk behandling. Skift fra basalinsulin, der skal tages en gang daglig, til Toujeo en gang daglig kan gøres enhed-til-enheds baseret på den tidligere dosis af basalinsulin. Ved skift fra basalinsulin, der skal tages to gange daglig, til Toujeo en gang daglig er den anbefalede initiale Toujeo-dosis 80 % af den totale daglige dosis af basalinsulin, der er ved at blive seponeret. Patienter, som på grund af antistoffer mod human insulin får høje insulinindoseringer, kan få et bedre insulinrespons med Toujeo. Tæt metabolisk kontrol anbefales ved præparatskift og i de første uger derefter. **Skift fra Toujeo til andre basalinsuliner:** Medicinsk overvågning med tæt metabolisk kontrol anbefales ved præparatskift og i de første uger derefter. **Særlig population:** Toujeo kan bruges af ældre mennesker samt patienter med nedsat nyre- og leverfunktion. **Ældre (≥65 år):** Hos ældre kan en fremadskridende forringelse af nyrefunktionen føre til et stadigt nedsat insulinbehov. **Nedsat nyrefunktion:** Insulinbehovet være reduceret på grund af nedsat insulin-metabolisme. **Nedsat leverfunktion:** Insulinbehovet være nedsat på grund af nedsat evne til glukoneogenese og nedsat insulinmetabolisme. **Børn:** Sikkerhed og virkning af Toujeo er ikke påvist hos børn og unge under 18 år. Der foreligger ingen data. **Administration:** Toujeo er kun til subkutan brug. Toujeo må ikke indgives intravenøst. Toujeo må ikke anvendes i insulininfusionspumper. En fyldt Toujeo SoloStar-pen kan anvendes til at indgive en dosis på 1-80 enheder per injektion i trin på 1 enhed. Dosisvinduet viser antallet af Toujeo-enheder, der skal injicerer. Den fyldte Toujeo-pen er specielt designet til Toujeo. Derfor er det ikke nødvendigt at genberegne dosis. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen*:** I tilfælde af diabetisk ketoacidose anbefales det at indgive regulær insulin intravenøst. **Hypoglykæmi:** Særlig forsigtighed bør udvises og intensiveret blodglucosekontrol tilrådes til patienter, hvor hypoglykæmi kan være af særlig klinisk betydning, f.eks. hos patienter med betydende stenoser i koronararterierne eller i hjernens forsyningskar (risiko for kardielle eller cerebrale hypoglykæmi-komplicationer) og også til patienter med proliferativ retinopati, især hvis denne ikke er laserbehandlet (risiko for forbigående amaurose efter hypoglykæmi). **Interkurrente sygdomme:** Kræver en intensiveret metabolisk kontrol. **Kombinationsbehandling med Toujeo og pioglitazon:** Der er indrapporteret tilfælde af hjertesvigt ved anvendelse af pioglitazon i kombination med insulin, særligt hos patienter med risikofaktorer for udvikling af hjertesvigt. **Medicineringsfejl:** Etiketten på insulinet skal altid kontrolleres før hver injektion for at undgå forveksling mellem Toujeo og andre insuliner. **Interaktioner*:** Orale antidiabetika, ACE-hæmmere, disopyramid, fibrater, fluoxetin, monoaminoxidase (MAO)-hæmmere, pentoxifyllin, propoxyfen, salicylater og sulfonamidantibiotika, kortikosteroider, danazol, diazoxid, diuretika, glukagon, isoniazid, østrogener og gestagener, phenothiazinderivat, somatropin, sympatomimetiske lægemidler, thyreoidea hormoner, atypiske antipsykotiske lægemidler og protease-hæmmere. Beta-blokkere, clonidin, lithiumsalte og alkohol kan enten øge eller hæmme insulins blodsukker-nedsættende effekt. Pentamidin kan føre til hypoglykæmi, som til tider efterfølges af hyperglykæmi. Under behandling med sympatolytiske lægemidler kan symptomerne på adrenerg modregulation ligeledes være reduceret eller helt mangle. **Graviditet og amning*:** Der foreligger ikke kliniske data fra kontrollerede kliniske studier om eksponering for Toujeo under graviditet. Data fra mere end 1000 graviditeter viser ingen specifikke skadelige virkninger af insulin glargin på graviditet og ingen specifikke misdannelser eller føtal/neonatal toksicitet. Anvendelsen af Toujeo til gravide kan overvejes, hvis det behandlingsmæssigt er nødvendigt. Omhyggelig glucose-kontrol er nødvendig. **Amning:** Det vides ikke om insulin glargin udskilles i human mælk. Det forventes ikke, at insulin glargin, som indtages af den nyfødte ved amning, giver nogen metabolisk effekt. **Virkning på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner*:** Patientens koncentrations- og reaktionsevne kan nedsættes ved hypoglykæmi eller hyperglykæmi. **Bivirkninger*:** Hypoglykæmi, lipohyper-trofi, reaktioner på injektions-stedet, lipoatrofi, allergiske reaktioner, synsforstyrrelser, retinopati, ødem, smagsforstyrrelser, myalgi. **Overdosering*:** Kan medføre svær og til tider langvarig og livstruende hypoglykæmi. **Pakninger og priser pr. 04-11-2015:** Toujeo, injektionsvæske, opløsning, i en fyldt pen, SoloStar, 1,5 ml x 3 penne (Vnr. 44 57 05), kr. 473,50 (AUP, registerpris) samt 1,5 ml x 5 penne (Vnr. 13 52 16), kr. 781,30 (AUP, registerpris). Se dagsaktuel pris på www.medicinpriser.dk. **Udleveringsgruppe:** B. **Tilskud:** Generelt tilskud. **Registreringsindehaver:** Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, Tyskland. **Lokal repræsentant:** sanofi-aventis Danmark A/S - Slotsmarken 13 · 2970 Hørsholm · Tlf. 45 16 70 00

PRODUKTINFORMATION

De med * markerede afsnit er omskrevet/forkortet i forhold til det godkendte produktresumé. De godkendte produktresuméer kan vederlagsfrit rekvireres fra sanofi-aventis Danmark A/S. Lantus®, insulin glargin 100 E/ml, injektionsvæske, opløsning, i cylinderampul. Lantus®, insulin glargin 100 E/ml, injektionsvæske, opløsning i fyldt pen, SoloSTAR®. **Indikation:** Behandling af diabetes mellitus hos voksne, unge og børn fra 2 år og opefter. **Dosering*:** Lantus indeholder insulin glargin, som er en insulinanalog. Den har en lang virkningsvarighed. Lantus skal doseres én gang daglig. Det kan gives på et hvilket som helst tidspunkt af dagen, men på samme tid hver dag. Dosis og doseringstidspunkt af Lantus skal tilpasses individuelt. Til patienter med type 2 diabetes mellitus kan Lantus også indgives sammen med oralt aktive antidiabetika. Styrken af dette præparat er angivet i enheder. Disse enheder gælder udelukkende for Lantus og er ikke det samme som IE eller enhederne, som angiver styrken på andre insulinanaloger. **Ældre (≥ 65 år):** Hos ældre kan en fremadskridende forringelse af nyrefunktionen føre til et stadigt nedsat insulinbehov. **Nedsat nyrefunktion:** Hos patienter med nedsat nyrefunktion kan insulinbehovet være reduceret på grund af nedsat insulinmetabolisme. **Nedsat leverfunktion:** Hos patienter med svært nedsat leverfunktion kan insulinbehovet mindske på grund af nedsat evne til glukoneogenese og nedsat insulinmetabolisme. **Børn:** Lantus' sikkerhed og effekt er påvist for voksne og børn på 2 år og ældre. Lantus er ikke blevet undersøgt i børn under 2 år. **Omstilling fra andre insuliner til Lantus:** Dosisjustering kan blive nødvendig. Hyppig måling af blodsukker er nødvendig ved præparatskift og i de første uger herefter. På grund af forbedret metabolisk kontrol og deraf følgende øget insulinfølsomhed, kan yderligere dosisjustering blive nødvendig. Dosisjustering kan også blive nødvendig, hvis f.eks. patientens vægt eller livsstil ændres, ændring af tidspunkt for dosering, eller hvis andre mængdeheder gør, at følsomheden for hypo- eller hyperglykæmi øges. **Administration*:** Lantus indgives subkutan. Lantus må ikke gives intravenøst. Subkutan injektion af Lantus er en forudsætning for den lange virkningsvarighed. Intravenøs indgift af den normale subkutane dosis kan føre til alvorlig hypoglykæmi. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen*:** Lantus er ikke det insulinpræparat, man først skal vælge til behandling af diabetisk ketoacidose. I sådanne tilfælde anbefales det i stedet for at indgive regulær insulin intravenøst. I tilfælde af utilstrækkelig glucosekontrol eller ved tendens til udvikling af hyper- eller hypoglykæmi skal det vurderes, hvorvidt patienten har overholdt den ordnede behandlingsforskrift, injektionssteder og korrekt injektionsteknik og alle øvrige relevante faktorer, inden en dosisjustering overvejes. Hvis en patient skal omstilles til en anden type eller brand af insulin, bør det gøres under omhyggelig medicinsk kontrol. Ændringer i styrke, brand (fremstiller), type (regulær, NPH, lente, langtidsvirkende, etc.), oprindelse (animalsk, human, human insulinanalog) og/eller fremstillingsmetode kan medføre, at det kan være nødvendigt at ændre dosis. Behandling med insulin kan føre til dannelse af antistoffer mod insulin. I sjældne tilfælde kræver forekomsten af sådanne insulinantistoffer justering af insulinindosering for at korrigere for tendensen til hyper- eller hypoglykæmi. **Hypoglykæmi:** Hvornår en eventuel hypoglykæmi opstår, afhænger af det anvendte insulins virkningsprofil, og kan derfor ændre sig, hvis behandlingen ændres. På grund af et mere vedvarende tilskud af basal insulin ved Lantus kan der forventes færre natlige men flere tidlige morgen hypoglykæmier. Særlig forsigtighed bør udvises og intensiveret blodglucosekontrol tilrådes til patienter, hvor hypoglykæmi kan være af særlig klinisk betydning, f.eks. hos patienter med betydende stenoser i koronararterierne eller i hjernens forsyningskar (risiko for kardielle eller cerebrale hypoglykæmi-komplicationer) og også til patienter med proliferativ retinopati, især hvis denne ikke er laserbehandlet (risiko for forbigående amaurose efter hypoglykæmi). Patienter skal være opmærksomme på situationer, hvor advarselssymptomerne på hypoglykæmi kan være nedsatte. Advarselssymptomerne på hypoglykæmi kan være ændrede, mindre udtalte, eller ikke tilstede hos visse risikogrupper. Interkurrente sygdomme kræver en intensiveret metabolisk kontrol. Urintests for ketonstoffer er indiceret i mange tilfælde, og det er ofte nødvendigt at justere insulinindosering. Insulinbehovet er ofte øget. **Flergangspenne:** Lantus cylinderampuller må kun anvendes sammen med følgende penne: JuniorSTAR, OptiPen, KlikSTAR, Tactipen og Autopen 24 og bør ikke bruges med andre former for flergangspenne, da dosisnøjagtighed kun er vist med ovenstående penne. Brugsanvisningen til pennen skal læses omhyggeligt for den anvendes. **Medicineringsfejl:** Der er rapporteret tilfælde af medicineringsfejl, hvor andre insuliner, primært hurtigvirkende, utilsigtet er blevet administreret i stedet for insulin glargin. Etiketten på insulinet skal altid kontrolleres før hver injektion for at undgå forveksling mellem insulin glargin og andre insuliner. **Kombination med Lantus og pioglitazon:** Der er rapporteret tilfælde af hjertesvigt ved anvendelse af pioglitazon i kombination med insulin, særligt hos patienter med risikofaktorer for udvikling af hjertesvigt. Dette skal tages i betragtning, hvis kombinationsbehandling med pioglitazon og Lantus overvejes. Hvis kombinationen anvendes, skal patienterne observeres for tegn og symptomer på hjertesvigt, vægtstigning og ødem. Pioglitazon bør seponeres, hvis der sker en forværring i symptomer fra hjertet. **Interaktioner*:** En række stoffer kan indflyde på glucosemetabolismen og kan nødvendiggøre dosisjustering af insulin glargin. Stoffer, som kan forstærke den blodglucosesænkende effekt, og som kan øge risikoen for hypoglykæmi, omfatter orale antidiabetika, ACE-hæmmere, disopyramid, fibrater, fluoxetin, MAO-hæmmere, pentoxifyllin, propoxyphen, salicylater og sulfonamidantibiotika. Stoffer, som nedsætter den blodsukkersænkende effekt, omfatter kortikosteroider, danazol, diazoxid, diuretika, glukagon, isoniazid, østrogener og gestagener, phenothiazinderivat, somatropin, sympatomimetiske lægemidler, thyreoidea hormoner, atypiske antipsykotiske lægemidler og proteasehæmmere. Beta-blokkere, clonidin, lithiumsalte og alkohol kan enten øge eller hæmme insulins blodsukkersænkende effekt. Pentamidin kan føre til hypoglykæmi, som til tider efterfølges af hyperglykæmi. Under behandling med sympatolytiske lægemidler kan symptomerne på adrenerg modregulation ligeledes være reduceret eller helt mangle. **Graviditet og amning*:** **Graviditet:** Der foreligger ikke kliniske data fra kontrollerede kliniske studier om eksponering for insulin glargin under graviditet. Data fra mere end 1000 graviditeter viser ingen specifikke skadelige virkninger af insulin glargin på graviditet og ingen specifikke misdannelser eller føtal/neonatal toksicitet. Anvendelsen af Lantus til gravide kan overvejes, hvis det behandlingsmæssigt er nødvendigt. Det er meget vigtigt at opretholde en god metabolisk kontrol under graviditeten hos patienter med forudeksisterende eller gestational diabetes for at forebygge skadelige følgevirkninger i forbindelse med hyperglykæmi. Insulinbehovet kan falde i første trimester, og stiger normalt igen i andet og tredje trimester. Umiddelbart efter fødslen falder insulinbehovet hurtigt (øget risiko for hypoglykæmi). Omhyggelig glucosekontrol er vigtig. **Amning:** Det vides ikke om insulin glargin udskilles i human mælk. Det forventes ikke, at insulin glargin som indtages af den nyfødte ved amning, giver nogen metabolisk effekt, da insulin glargin som et peptid bliver fordøjet til aminosyrer i den humane mave-tarm-kanal. Det kan være nødvendigt at justere insulinindosering og diæt hos kvinder, der ammer. **Virkning på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner*:** Patientens koncentrations- og reaktionsevne kan nedsættes som følge af hypoglykæmi eller hyperglykæmi eller f.eks. på grund af nedsat syn. Dette kan udgøre en risiko i situationer, hvor disse evner er af særlig betydning (f.eks. ved bilkørsel eller ved betjening af maskiner). **Bivirkninger*:** Hypoglykæmi, lipohyper-trofi, reaktioner på injektionsstedet, lipoatrofi, allergiske reaktioner, synsforstyrrelser, retinopati, ødeme, dysgeusia, myalgi. **Overdosering*:** Kan medføre svær og til tider langvarig og livstruende hypoglykæmi. **Pakninger og priser pr. 04-11-2015:** Lantus, injektionsvæske, opløsning, i cylinderampuller, 3 ml x 5 (Vnr. 00 47 46) kr. 524,80 (AUP, registerpris). Lantus injektionsvæske, opløsning i fyldt pen, SoloSTAR, 3 ml x 5 (Vnr. 08 19 96) kr. 524,80 (AUP, registerpris). Se dagsaktuel pris på www.medicinpriser.dk **Udleveringsgruppe:** B. **Tilskud:** Generelt tilskud. **Registreringsindehaver:** Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, Tyskland. **Lokal repræsentant:** sanofi-aventis Danmark A/S - Slotsmarken 13 · 2970 Hørsholm · Tlf. 45 16 70 00 · Fax 45 16 70 10

Sorg har ingen alder

Sundhedspersonale må være bevidst om den forståelse af sorg, der illustreres i tosporsmodellen, så de kan støtte gamle, som mister deres ægtefælle. Desuden skal personalet kunne skelne mellem sorg og kompliceret sorg, så den gamle om nødvendigt kan få hjælp ved et kompliceret sorgforløb.

Tine Eykens Hjørnet, sygeplejerske, ansat i en uddannelsesstilling i Det Palliative Team, Aarhus; tins8@hotmail.com

”I fik jo et langt liv sammen ...”

”Det er jo naturens gang ...”

”Hvor gammel blev han?”

Mon ikke de fleste har hørt og måske endda selv sagt disse sætninger. Er de relevante? Eller kan der overhovedet sættes alder på sorg? Artiklens udgangspunkt er at belyse, hvordan sygeplejersken kan forstå den gamle efterladte, som er i sorg over at have mistet sin ægtefælle.

Gamle menneskers sorg over tab af en ægtefælle er bestemt ikke forudsigteligt. Det blev jeg klar over, da jeg mødte Asta. Mødet førte til undren og fordybelse, og resultaterne af begge dele kan læses i det følgende.

Jeg møder ægteparret Jens og Asta første gang kort før Jens' død. Jens har en kræftsygdom og er ved vores første hjemmebesøg fra Det Palliative Team (DPT) netop udskrevet til hjemmet. Jens har fået konstateret kræft for et par år siden. Han har stadig kontakt med kræftafdelingen, blot er fokus ikke længere behandling, men symptomlindring. Jens er desuden de sidste par år blevet tiltagende dement og har i det hele taget, siden han gik på pension, haft en tilværelse præget af meget sygdom.

Den palliative indsats består i råd og vejledning, men det palliative forløb hos ægteparret bliver kortvarigt, da Jens dør efter tre uger.

Efter Jens' død sendes et kondolencekort til Asta med information om opfølgende telefonkontakt efter en og tre måneder. Dette gøres i overensstemmelse med retningslinjerne for DPT om ”Samtale med efterlevende” (1).

” Hurtigt inde i første samtale går det op for mig, at jeg ikke har været bevidst om samtalens mulige udfald. For at sætte det lidt på spidsen havde jeg nok tænkt, at Asta ville være lettet og slet ikke så trist, som det viser sig, hun er.

Asta kontaktes i den tro, at det bliver en snak om den sidste tid med ægtefællen, begravelsen og nu fremtiden med mere frihed. Jeg forestiller mig en hustru, der er ked af det, men også en hustru, som nu ikke længere skal passe sin meget syge og demente mand og dermed kan komme ud og være sig selv igen.

Den triste ægtefælle

Hurtigt inde i første samtale går det op for mig, at jeg ikke har været bevidst om samtalens mulige udfald. For at sætte det lidt på spidsen havde jeg nok tænkt, at Asta ville være lettet og slet ikke så trist, som det viser sig, hun er.

Asta fortæller, at hun er ked af det og tuder meget. Hun afleder sig selv ved at være meget ude og besøger venner og bekendte. Hun er på den ene side glad for friheden, men på den anden side har hun det vanskeligt med den. Hun synes, bekendte og venner tager sig godt af hende, men hun finder det svært at blive ved med at tale om ægtefællen. Hun er bange for, at folk ikke gider høre på hende. Det samme med døtrene. ”De er jo hjemme nu, de har travlt.”

Jeg vælger at tage på hjemmebesøg hos Asta seks måneder efter Jens' død. Asta fortæller, at hun får det værre og værre og tuder stort set hele dagen. Hun forsøger at komme meget ud, for i de tidsrum kan hun ”holde sammen på sig selv.”

Asta taler ikke om Jens. Hverken med venner eller døtrene. Hun tror, de tænker, hun er videre med livet.

Jeg taler med hende om eventuel deltagelse i en efterlevende-gruppe, men det har hun ikke lyst til. Hun vil gerne klare det selv. Jeg oplever en kvinde, som har symptomer på kompliceret sorg, derfor henvises Asta til en afklarende samtale med teamets psykolog.

Oplevelsen satte nogle tanker i gang hos mig. Hvorfor havde jeg disse ureflekterede tanker inden min første samtale med Asta efter ægtefællens død? Hvad betyder tabet af ægtefællen for gamle? Hvilken støtte har gamle, som mister en ægtefælle, brug for?

I WHO's definition af palliativ indsats uddybes en række forhold i underpunkter. Herunder at ”Palliativ indsats tilbyder en støttefunktion til familien under patientens sygdom og i sorgen over tabet” (2).

Sorgarbejde foregår i to spor

For at kunne få en forståelse af Aastas situation er det vigtigt at have et kendskab til tosporsmodellen. Selv om teorien efterhånden er

implementeret og anerkendt, findes der stadig forestillinger om, at sorg gennemarbejdes i faser.

Inden for de senere år har vores forståelse af sorg ændret sig. Stroebe og Schut fra Holland præsenterede tosporsmodellen i 1999 (3,4) og gjorde hermed op med teorierne om sorgfaser, hvor hensigten er, at den sørgende til sidst løsriver sig fra den afdøde. Disse teorier præsenteres bl.a. i Cullbergs fasemodel (5) og Davidsen-Nielsen og Leicks sorgogaver (6). Endvidere har en dansk psykolog og ph.d., Mai-Britt Guldin (7), arbejdet videre med tosporsmodellen og formidlet ny teori og forskning om sorg (8).

Sorgarbejde foregår ifølge denne nye teori i to spor, og der kommer ikke altid et tidspunkt for den sørgende, hvor hun kan sige, at nu er sorgen overstået. Nu er jeg videre.

” Man ved i dag, at sorg ikke handler om alder, men om den relation og de følelser, der har været ægteparret imellem. Tabet af ægtefælle, og hvad det kommer til at betyde for den efterlevende, kan ikke forudsiges.

De to spor består af et tabsorienteret spor og et restaurerende spor. I det tabsorienterede spor arbejder den sørgende med at acceptere tabet, at kunne være i tabets smerte og at tilpasse sig livet uden afdøde. I det restaurerende spor arbejder den sørgende med at kunne forholde sig til livsændringerne, at kunne indgå i nye, mellem menneskelige relationer og lade sig aflede fra sorgen. Eller sagt med andre ord at kunne holde fri fra sorgarbejdet.

Sorgprocessen forløber parallelt i disse to spor, og den sørgende vil hele tiden skifte mellem sporene. Der sker hele tiden en dynamisk vekselvirkning mellem dem, og sporene anses for ligeværdige. Dog vil det tabsorienterede spor sandsynligvis fylde mest i starten af en sorgproces. Det er derfor vigtigt at forstå, at det er vekselvirkningen mellem de to spor, som er betydningsfuld i en normal sorgproces.

Men sorg kan gå hen og blive kompliceret. Symptomerne ved normal og kompliceret sorg er langt hen ad vejen de samme. Kom-

pliceret sorg er karakteriseret ved, at den sørgende sidder fast i det ene spor, og at vekselvirkningen mellem de to spor er forsvundet. Intensiteten i det tabsorienterede spor aftager ikke efter seks måneder. Det kan dog være meget individuelt, og reaktionen skal altid ses i forhold til tabet og omstændighederne. Det er desuden vigtigt at holde sig for øje, at tosporsmodellen ikke blot bliver en ny model, som sorg kan puttes ind i.

Denne forståelse af sorg er interessant i forhold til min oplevelse hos Asta. I de første to samtaler oplever jeg en kvinde, som har en fin vekselvirkning mellem de to spor. I forhold til det restaurerende spor formår Asta at komme ud. Hun fortæller, at hun afleder sig selv ved at være sammen med andre. Asta taler dog ikke med venner og familie om Jens. Hun føler sig overbevist om, at holdningen er, at hun nok er kommet videre. Det vender jeg tilbage til.

Det tabsorienterede spor viser sig ved, at Asta græder meget, når hun er alene, og at hun savner Jens helt ududdeligt.

Seks måneder efter ægtefællens død fortæller Asta, at hun græder det meste af dagen, når hun er hjemme. Hun kommer stadigvæk meget ud, men føler ikke altid, det gør hende godt.

Jeg bliver bekymret, da Asta fortæller, at hun får det værre og værre. Hun har en ubærlig længsel efter ægtefællen og oplever, at hun i stigende omfang bliver irriteret og vred. Hun føler sig ensom og har svært ved at sove om natten. I stedet ligger hun og tænker på, hvad hun burde have gjort, og oplever skyldfølelse. Faresignaler, der kan være ret fremtrædende i den komplicerede sorg.

Hvorfor blev jeg så i den første telefonsamtale kun en måned efter dødsfaldet alligevel noget overrasket over, at hun var så ked af det?

Tosporsmodellen sætter jo ikke alder på sorg og påpeger netop, at tilpasningen til tab er en individuel proces, hvor mange faktorer spiller ind på, hvordan den enkelte reagerer på et tab af en nærtstående.

Myter erstattes med viden

Jeg vil i den sammenhæng sætte fokus på nogle gængse fordomme og myter, som eksisterer i vores samfund. Gennem et projekt, ”Når to bliver til en – omsorg i sorgen”, har der siden 2010 været fokus på indsatsen over for efterladte (9). Fra 2013 er denne indsats blevet styrket gennem et befolkningsprojekt. Bogen ”Sorg – Når æg-

- tefællen dør” er en del af dette projekt (10). Bogen henvender sig især til de mennesker, som er i berøring med sorg, dvs. de gamle efterladte, pårørende og professionelle. Bogen erstatter de myter, der gennem mange år har været om ældre og sorg, med aktuel viden, f.eks.:
- ”Nu må du se at komme over det.”
 - ”Det er jo den vej, vi alle skal.”
 - ”I fik jo et langt liv sammen.”
 - ”Sorggrupper er for børn og unge.”
 - ”Det er jo naturens gang.”
 - ”Hvor gammel blev han?” (10).

I forhold til gamle mennesker er det vigtigt at have en forståelse for, at det ikke er tilfældigt, hvordan de udtrykker sorg, eller hvordan pårørende og sundhedspersonale håndterer gamles sorg. Der eksisterer uskrevne sociale regler for, hvordan det er normalt og passende for gamle mennesker at sørge. Det kan kaldes for sorgkultur og påvirker os i forhold til, hvordan vi bør være over for gamle mennesker, der mister en ægtefælle. Sorgkulturen med de uskrevne sociale regler kan være både positiv og negativ for vores måde at agere på.

” Tosporsmodellen viser, at sorg ikke som tidligere antaget foregår i faser, men i to parallelle spor. Det tabsorienterede spor og det restaurerende spor. Den naturlige sorgreaktion er kendetegnet ved, at den sørgende dynamisk veksler imellem de to spor.

Kulturen er positiv, fordi den angiver nogle retningslinjer for, hvordan vi skal opføre os over for andre mennesker, når de sørger. F.eks. når man kondolerer ved at give blomster til en begravelse.

Sorgkulturen er negativ, fordi den begrænser den sørgende. Der er regler, der skal overholdes, ellers risikerer de gamle at føle sig anderledes eller blive opfattet sådan. Det er naturligt, at gamle mennesker dør. De kan sørge, men ikke for meget.

Kan disse uskrevne regler have påvirket både Asta og mig?

Min formodning var, at Asta sørgede, men samtidig også ville føle en vis lettelse over ikke længere at skulle passe sin meget demente og kræftsyrge ægtefælle.

Asta bekræfter, at myter og negative følger af sorgkulturen lever i bedste velgående, da hun vælger ikke at fortælle andre om sin sorg; ”De gider nok ikke høre på det.”

Man ved i dag, at sorg ikke handler om alder, men om den relation og de følelser, der har været ægteparret imellem. Tabet af ægtefælle, og hvad det kommer til at betyde for den efterlevende, kan ikke forudsiges. Det afhænger af, hvem der mister hvad, hvornår og hvordan og har ikke noget med alder eller længde af ægteskab at gøre. Sorg forløber individuelt og afhænger af den enkeltes liv.

Faktorer, der kan komplicere sorgen hos gamle, kan være mange. Gamle, der mister en ægtefælle, har måske oplevet flere dødsfald blandt familie og venner forinden. Den gamle efterladte kan selv have flere helbredsproblemer. Måske bliver det nødvendigt at flytte til noget mindre. Og hvis den gamles sorg så samtidig ikke anerkendes i samfundet?

Hvordan sygdomsforløbet har været, kan også have betydning for et sorgforløb. Det viser sig, at et langt, kronisk sygdomsforløb strækkende sig over mere end et år kan være medvirkende til at udvikle kompliceret sorg hos den efterladte.

Sorg må ikke bagatelliseres

Asta kom til en afklarende samtale hos psykologen i Det Palliative Team ca. syv måneder efter tabet af sin ægtefælle. Hun havde på det tidspunkt fået det bedre. Forårets komme havde hjulpet hende til så småt at finde fodfæste igen, fortalte hun.

Et øget fokus på u hensigtsmæssige myter om gamle og sorg kan forhåbentlig føre til, at sorg hos gamle ikke bagatelliseres. Tosporsmodellen sætter ikke alder på sorg, og den sætter ikke tid og dato på, hvornår sorgen er slut. Det skal omgivelserne heller ikke gøre.

Litteratur

1. <http://e.dok.rm.dk> > Aarhus Universitetshospital > kræftafdelingen > samtale med efterlevende.
2. <http://www.pavi.dk> > om palliation > WHO

Perjeta® (pertuzumab) produktinformation

▼ Dette lægemiddel er underlagt supplerende overvågning. Dermed kan nye sikkerhedsoplysninger hurtigt tilvejebringes. Læger og sundhedspersonale anmodes om at indberette alle formodede bivirkninger. Se hvordan bivirkninger indberettes i pkt. 4.8 i produktresuméet for Perjeta.

Indikation: Perjeta er i kombination med trastuzumab og docetaxel indiceret til voksne patienter med HER2-positiv, metastatisk eller lokalt recidiverende, ikke-resecerbar brystkræft, som ikke tidligere har fået anti-HER2-behandling eller kemoterapi for deres metastatiske sygdom. Perjeta er i kombination med trastuzumab og kemoterapi indiceret til neoadjuverende behandling af voksne patienter med HER2-positiv, lokalt avanceret eller inflammatorisk brystkræft eller brystkræft i et tidligt stadium, med høj risiko for tilbagefald.

Dosering og administration: Behandling med Perjeta bør kun initieres under supervision af læge med erfaring i administration af kræftlægemidler. Patienter, der behandles med Perjeta, skal have HER2-positiv-tumorstatus vurderet ved en valideret test. Anbefalet initiale startdosis er 840 mg administreret som en 60 minutters intravenøs infusion, efterfulgt af en vedligeholdelsesdosis på 420 mg over 30 til 60 minutter hver 3. uge. Patienter med metastatisk brystkræft skal behandles med Perjeta og trastuzumab indtil sygdomsprogression eller uacceptabel toksicitet. Ved neoadjuverende behandling af brystkræft gives Perjeta i kombination med neoadjuverende trastuzumab og kemoterapi i 3 til 6 serier. Patienterne skal efter operation behandles med adjuverende trastuzumab for at gennemføre 1 års behandling. Ved den første dosis er den anbefalede infusionsvarighed 60 minutter. Hvis den første infusion er veltoleret, kan efterfølgende infusioner administreres over en periode på 30 til 60 minutter. En observationsperiode på 60 minutter anbefales efter første infusion. En observationsperiode på 30 til 60 minutter anbefales efter hver infusion af Perjeta og før påbegyndelse af en efterfølgende infusion af trastuzumab eller docetaxel. Perjeta og trastuzumab skal administreres sekventielt og må ikke blandes i den samme infusionspose. Perjeta og trastuzumab kan gives i vilkårlig rækkefølge.

Kontraindikationer: Overfølsomhed overfor Perjeta eller overfor et eller flere af hjælpestofferne.
Bivirkninger: Øvre luftvejsinfektion, nasopharyngitis, paronykier, febril neutropeni (inklusive tilfælde med dødelig udgang), neutropeni, leukopeni, anæmi, overfølsomhed/ anafylaktisk reaktion, infusionsreaktion/cytokin release syndrom, nedsat appetit, søvnløshed, perifer neuropati, perifer sensorisk neuropati, hovedpine, svimmelhed, smagsforstyrrelser, øget tåresekretion, dysfunktion af venstre ventrikel (inklusive kongestiv hjerteinsufficiens), dyspnø, hoste, pleuraeffusion, interstitiel lungesygdom, diarré, opkastning, stomatitis, kvalme, obstipation, dyspepsi, alopeci, udslett, neglesygdomme, kløbe, tør hud, myalgi, ledsmerter, mucositis/slimhindeinflammation, smerter, ødem, pyreksi, træthed, asteni, kulderystelser.

Forsigtighedsregler: *Dysfunktion af venstre ventrikel (inklusive kongestiv hjerteinsufficiens):* Der er rapporteret fald i LVEF med lægemidler, der blokerer HER2-aktivitet, inklusive Perjeta. I det pivotale studie, CLEOPATRA hos patienter med metastatisk brystkræft, var Perjeta i kombination med trastuzumab og docetaxel ikke forbundet med øget forekomst af symptomatisk systolisk dysfunktion af venstre ventrikel (LVSD) eller LVEF-fald sammenlignet med placebo og trastuzumab og docetaxel. Ved neoadjuverende behandling (NEOSPHERE-studiet) var incidensen af dysfunktion af venstre ventrikel (LVD) højere i Perjeta-gruppen end hos dem, der ikke fik Perjeta. En øget incidens af LVEF-fald blev ligeledes observeret hos patienter behandlet med Perjeta i kombination med trastuzumab og docetaxel. LVEF forbedres til $\geq 50\%$ hos alle patienter. Perjeta er ikke undersøgt hos patienter med LVEF-værdier $\leq 50\%$ inden behandling eller kongestiv hjerteinsufficiens (CHF) i anamnesen. LVEF skal vurderes, inden behandling med Perjeta påbegyndes og under behandling med Perjeta samt ved (hver 3. serie med metastatisk sygdom og hver 2. serie ved neoadjuverende behandling) for at sikre, at LVEF ligger inden for afdelingens normale grænser. Før samtidig anvendelse af Perjeta og et antracyclin skal kardielle risikofaktorer nøje overvejes og afbalanceres mod den medicinske nødvendighed hos den enkelte patient. Der må forventes en højere risiko for kardiell toksicitet når Perjeta og antracyclin administreres samtidigt fremfor sekventielt baseret på de farmakologiske virkningsmekanismer, selvom dette ikke blev observeret i TRYPHAENA-studiet. *Infusionsreaktioner:* Der er observeret infusionsreaktioner i forbindelse med brug af Perjeta. Det anbefales derfor, at patienten observeres omhyggeligt under den første infusion med Perjeta, og 60 minutter efter infusionen er afsluttet, samt under efterfølgende infusioner, og 30-60 minutter efter infusionen er afsluttet. Hvis der opstår en signifikant infusionsreaktion, skal infusionshastigheden nedsættes eller infusionen afbrydes og relevant behandling administreres. Permanent seponering bør overvejes hos patienter med svære infusionsreaktioner. *Overfølsomhedsreaktioner/anafylaksi:* Patienter bør observeres omhyggeligt for overfølsomhedsreaktioner. Der er observeret svære overfølsomhedsreaktioner, herunder anafylaksi, ved behandling med Perjeta. *Febril neutropeni:* Patienter, behandlet med Perjeta, trastuzumab og docetaxel, har højere risiko for at få febril neutropeni sammenlignet med patienter, behandlet med placebo, trastuzumab og docetaxel, især under de første 3 behandlingsserier. Diarré: Pertuzumab kan fremkalde svær diarré. I tilfælde af svær diarré bør en anti-diarré-behandling initieres og seponering af pertuzumab-behandling bør overvejes, hvis tilstanden ikke er forbedret. Når diarréen er under kontrol kan pertuzumab-behandling genoptages.

Graviditet eller amning: Kvinder i den fertile alder skal bruge sikker prævention, mens de er i behandling med Perjeta og 6 måneder efter den sidste dosis. Der er utilstrækkelige data fra anvendelse af Perjeta til gravide kvinder. Perjeta kan ikke anbefales under graviditet eller til kvinder i den fertile alder, som ikke anvender prævention. Da human IgG udskilles i human mælk, og da risikoen for absorption og skadelig virkning på spædbarnet er ukendt, skal det besluttes, om amning skal ophøre eller behandlingen seponeres, idet der tages højde for fordelene ved amning for barnet i forhold til Perjeta-behandlingens fordele for moderen.

Interaktioner: Der er ikke set nogen farmakokinetiske interaktioner mellem Perjeta og trastuzumab eller mellem Perjeta og docetaxel i et sub-studie med 37 patienter i det randomiserede pivotale studie CLEOPATRA med metastatisk brystkræft. Fraværet af lægemiddelinteraktion blev bekræftet af farmakokinetiske data fra NEOSPHERE-studiet ved neoadjuverende behandling. Perjetas effekt på farmakokinetikken af de cytotoxiske lægemidler docetaxel, gemcitabin, erlotinib og capecitabin ved samtidig administration er undersøgt i fire kliniske studier. Der sås ingen tegn på farmakokinetisk interaktion mellem Perjeta og disse lægemidler. Perjetas farmakokinetik var i disse studier sammenlignelig med det, der var set i enkeltstof-studier.

Øget sikkerhedsoplysning for potentielle Perjeta-eksponerede graviditeter

- Perjeta bør undgås under graviditet. Der er begrænsede data for anvendelse af Perjeta hos gravide kvinder og sikker anvendelse af Perjeta under graviditet og amning er ikke påvist.
- Undersøg graviditetsstatus forud for opstart af Perjeta. Kvinder i den fødedygtige alder bør anvende effektiv prævention, mens de får Perjeta og i 6 måneder efter den sidste dosis Perjeta.
- Overvåg patienter, som bliver gravide under Perjeta-behandling eller inden for 6 måneder efter den sidste dosis Perjeta nøje for oligohydramnios.
- Hvis Perjeta anvendes under graviditet, eller hvis en patient bliver gravid under behandling med Perjeta eller inden for 6 måneder efter den sidste dosis Perjeta, skal dette straks rapporteres til Roche a/s, Att. Drug Safety, Industriholmen 59, 2650 Hvidovre, tlf: 36 39 99 99 Fax: 36 39 99 30 e-mail: denmark.drug_safety@roche.com.
- Der vil blive anmodet om yderligere oplysninger i løbet af en Perjeta-eksponeret graviditet og det første år af barnets liv. Dette vil gøre det muligt for Roche at opnå bedre forståelse af sikkerheden ved Perjeta samt sikre relevante oplysninger til sundhedsmyndigheder, behandlere og patienter.

Udleveringsgruppe: BEGR, Pakninger: koncentrat til infusionsvæske, opløsning, indeholdende Perjeta (pertuzumab), hætteglas á 420 mg, V.nr. 574423. For dagsaktuelle priser henvises til www.medicinpriser.dk

*Disse afsnit er forkortet i forhold til det af Sundhedsstyrelsen godkendte produktresumé.

Produktresuméet kan vederlagsfrit rekvireres hos Roche a/s, Industriholmen 59, 2650 Hvidovre, tlf. 36 39 99 99.

Dato for opdatering: 23.09.2015. SmPC dato: 18.09.2015

3. Stroebe M, Schut H. The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Stud.* 1999 Apr-May;23(3):197-224.
4. Ravensborg S. Ny sorgforståelse stiller krav til sygeplejersker. *Sygeplejersken* 2013;(10):19-20.
5. Cullberg J. Krise og udvikling. København: Gyldendal Akademisk; 2007.
6. Davidsen-Nielsen M, Leick N. Den nødvendige smerte – om tab, sorg og adskillelsesangst. København: Gyldendal Uddannelse; 2001.
7. <http://pure.au.dk> > portal > da > persons > maibritt-guldin
8. Guldin M-B. Tab og Sorg. En grundbog for professionelle. København: Hans Reitzels forlag; 2014.
9. Tellervo J. Når to bliver til en. Omsorg for ældre efterladte. København: Pavi; 2013.
10. Tellervo J. Sorg – Når ægtefællen dør. København: Pavi; 2013.

English abstract

Hjørnet TE. Grief has no age. *Sygeplejersken* 2015;(14):76-9.

The two-track model of bereavement indicates that, contrary to earlier assumptions, grief does not proceed in stages, but along two parallel tracks. The loss-oriented (retrospective) track and the restorative (prospective) track. The natural impact of grief and loss is characterised by the bereaved person alternating dynamically between the two tracks. Coming to terms with loss is an individual process, and complicated grief or persistent complex bereavement disorder may arise when the bereaved person is locked on one track. This is imperative for the nurse and other healthcare professionals to be aware of in caring for the bereaved in order to be able to provide support and intervene in the presence of complicated grief. The focus of the article is Asta, who has just lost her life partner and is now showing signs of incipient complicated grief. At the same time, the article directs focus at elderly persons and bereavement, and persistent myths about how older people should grieve. Grief has no age, so why are the bereaved commonly asked about the age of the deceased loved-one? It may be a natural course of events for elderly persons to lose a life partner, but it does not make their grief any less.

Keywords: Elderly, complicated grief, myths, grief, two-track model of bereavement.

NY UDVIDET INDIKATION

Nu også godkendt til neoadjuverende behandling
til patienter med HER2-positiv brystkræft*



PERJETA® er i kombination med trastuzumab og docetaxel indiceret til voksne patienter med HER2-positiv, metastatisk eller lokalt recidiverende, ikke-resecerbar brystkræft, som ikke tidligere har fået anti-HER2-behandling eller kemoterapi for deres metastatiske sygdom.

*PERJETA® er i kombination med trastuzumab og kemoterapi indiceret til neoadjuverende behandling af voksne patienter med HER2-positiv, lokalt avanceret eller inflammatorisk brystkræft eller brystkræft i et tidligt stadie, med høj risiko for tilbagefald¹.

¹PERJETA® produktresumé.

Produktinformation findes på side 79.

Aktionsforskning på arbejde

Kommunikation på tværs af sektorer i forbindelse med ældre medicinske patienters udskrivelse til pleje, træning og behandling i eget hjem er problemfyldt. Afsender og modtager forstår ikke hinanden, og dialogen mangler. Et aktionsforskningsprojekt satte fokus på problemet.

Ditte Høgsgaard, ph.d.-stipendiat, sygeplejerske, SD, BA, cand.cur., MPP; diho@ruc.dk

To cases, se boks 1 og 2, viser to meget almindelige situationer ved indlæggelse og udskrivelse af en ældre medicinsk patient. De to cases er sammensat af eksempler og fortællinger, som deltagerne i aktionsforskningsforløbet beskrev som typiske for en mangelfuld tværfaglig og tværsektoriel kommunikation. Kommunikationen imellem de sundhedsprofessionelle handlede primært om at sende informationer om patientens status til hinanden. Typisk var der ingen dialog imellem afsender og modtager. De informationer, der blev udvekslet, gav primært mening for afsenderen, hvorimod modtageren ofte ikke fandt informationen betydningsfuld eller tilstrækkelig. I dette aktionsforskningsprojekt har vi afprøvet initiativer, hvor dialogen om patientens aktuelle situation ved indlæggelse og udskrivelse samt de sundhedsprofessionelles forståelse for hinandens praksis har været central.

Projektets baggrund

Som vist i de to cases er kommunikationen mellem sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer ofte utilstrækkelig og problematisk, hvilket er veldokumenteret både nationalt og internationalt (1,2,3,4,5,6,7). Der har været og bliver gennemført mange projekter og initiativer, som netop har fokus på at forbedre det

tværsektorielle samarbejde og kommunikationen (8). Som supplement til denne stadig aktuelle problemstilling har vi i dette projekt arbejdet med en aktionsforskningsstilgang, hvor forsker og deltagere fra praksis arbejder sammen (9,10), se boks 3. Formålet har været at undersøge, hvordan en fælles forståelse, problematisering og udvikling af idéer på tværs af fag og sektorer om muligt kan bidrage til en forbedret og dialogisk kommunikationspraksis.

Aktionsforskningsforløbet

Aktionsforskningsprojektet er gennemført på en almen medicinsk afdeling på et regionalt hospital og i et kommunalt hjemmeplejeområde, se boks 4. Indledningsvis besøgte jeg begge sektorer for at få et indtryk af de sundhedsprofessionelles kommunikationspraksis. Jeg fulgte to patienter fra indlæggelse til udskrivelse og interviewede både patienter og deres pårørende om deres oplevelse af de sundhedsprofessionelles kommunikationspraksis. Mine problematiseringer og refleksioner fra denne første del dannede baggrund for arbejdet på fem workshopdage. På workshopdage, hvor der deltog medarbejdere fra begge sektorer, arbejdede vi med cases og fortællinger, der udfordrede vores tværfaglige og tværsektorielle forståelse og taget-for-givet-viden ►

Boks 1. En typisk indlæggelsessituation

Fru Hansen bliver af vagtlægen indlagt på hospitalet med mistanke om urinvejsinfektion. Hun er konfus og forvirret, kan ikke huske, hvor hun bor, og er ikke klar over, hvor hun er. De ambulance-folk, der afleverer fru Hansen, har ingen papirer med fra hjemmeplejen. Hun ankommer alene og har i sin håndtaske sit sygesikringsbevis. Sygeplejersken, der modtager fru Hansen, forsøger at udspørge hende om, hvordan hun har det, hvad hun plejer at kunne selv, og hvilken medicin og hjælpemidler hun bruger. Det kan fru Hansen ikke svare på. Via det elektroniske kommunikationssystem kan sygeplejersken indhente oplysninger om fru Hansens funktionsstatus, hun kan se, hvornår hun har fået udleveret hjælpemidler, og se, at hun modtager hjælp til personlig pleje i 110 minutter om ugen. Disse oplysninger er senest ændret for ni måneder siden. Der kan ikke hentes oplysninger om, hvordan fru Hansens situation har været op til indlæggelsen.

Boks 2. En typisk udskrivelsessituation

Fru Hansen udskrives efter to dages behandling af en urinvejsinfektion. Hun er nu klar og relevant. Sygeplejersken vurderer, at hendes funktionsstatus er som ved indlæggelsen – ja, faktisk bedre. Sygeplejersken sender en elektronisk udskrivelsesrapport til kommunens visitation om, at fru Hansen kan udskrives til vanlig hjælp næste dag. Det fremgår af udskrivelsesrapporten, at patienten har været indlagt i to dage pga. urinvejsinfektion, der nu kan færdigbehandles med tabletter. Der gives medicin med hjem til tre dage, og der er sendt recept til apoteket. Visitationen kan ikke læse, hvordan fru Hansens funktionsniveau er nu, hvem der sørger for de praktiske opgaver i forbindelse med udskrivelsen, f.eks. indkøb, madlevering og at hente medicin på apoteket. Det fremgår ikke, om der har været kontakt med fru Hansens familie. Udskrivningstidspunkt er ikke oplyst.

Boks 3. Fakta om aktionsforskning

Aktionsforskning tager afsæt i en praksisnær forskningstradition, hvor forskere og praktikere arbejder sammen om praksisnære problemstillinger. Der er fokus på at arbejde med konkrete og presserende praksisnære problemstillinger, hvor idealet er, at engagement hos forskere og praktikere skaber rum for dialog og udvikling i en levende og demokratisk proces. I et aktionsforskningsforløb kan der anvendes forskellige både kvalitative og kvantitative forskningsmetoder. I dette aktionsforskningsforløb har vi anvendt metoder som workshop, interview samt spørgeskemaundersøgelse, og vi har arbejdet med billedanalyse og fortællinger. Aktionsforskningens formål er at bidrage til forandring af praksis ud fra aktørernes fælles definition af problem og samproduktion af løsningsforslag. Aktionsforskning bygger på en grundlæggende antagelse om, at hvis praksis skal forstås, kan det kun ske gennem aktiv forandring af den, og at teori bliver meningsløs, hvis den ikke giver mening for praksis.

- ▶ om hinandens praksis. Workshop-arbejdet dannede afsæt for aktionsforskningsgruppens arbejde. Aktionsforskningsgruppen blev etableret i september 2014 og afsluttede sit arbejde efter seks intensive måneder.

I aktionsforskningsgruppen arbejdede vi med forskellige dialogiske metoder som fremtidsværksted, gruppeøvelser, fortællinger, billedanalyse og reflekterende team. På baggrund af videndeling, anerkendelse af forskelligheder og vores fælles refleksioner udviklede vi idéer og initiativer, hvoraf flere blev afprøvet i praksis, se boks 5. På en evalueringsworkshop diskuterede vi de muligheder og begrænsninger, vi havde oplevet ved at arbejde med aktionsforskningstiltagen.

Projektets bidrag til forandring i praksis

På baggrund af det indledende arbejde og aktionsforskningsgruppens analyser nåede vi frem til, at vi ville udvikle forslag, der kunne bidrage til en dialogisk kommunikation. Det var igennem processen blevet klart for os, at kommunikationsproblemerne ikke kan løses ved at udvikle og implementere nye standardiserede envejskommunikationsredskaber:

”... dem har vi nok af, og de virker jo ikke ...” (Deltager i aktionsforskningsgruppen).

Et af dilemmaerne ved det elektroniske, standardiserede kommunikationsskema var, at skemaets kategoriseringer var uforståelige for den anden part, og at der ikke var mulighed for dialog. Aktionsforskningsgruppens egen undersøgelse af deres kollegaers forståelse af kommunikationspraksis havde vist, at de ofte mødte den anden part med mistro og mere som fjende end som kollega.

På baggrund af vores arbejde valgte vi at prioritere tre områder, der skulle danne baggrund for udviklingen af vores forslag og initiativer: at styrke de formelle og uformelle relationer mellem fag og sektorer, at se på hinanden som kollegaer med samme formål og at skabe rum til en dialogisk kommunikation.

Aktionsforskningsprojektets betydning

Aktionsforskningsprojektet har vist, hvad det betyder at bringe forskellige fagligheder og praksisser i spil. I løbet af aktionsforskningsforløbet fik deltagerne indsigt i og forståelse for hinandens praksis og kunne pludselig se betydningen af de andres betingelser og vilkår:

”... Projektet giver en bedre baggrund for forståelse af, hvad der foregår ... altså hvilke vilkår vi arbejder under. Den viden er vigtig. Det har virkelig været en øjenåbner. Jeg kan se, at meget af det, jeg troede, de kunne i hjemmeplejen, kan de ikke, for det har de ikke kapacitet til. Den videndeling har givet en bedre kommunikation. (Deltager i workshop).

Der var også eksempler på, at medarbejdere delte den viden, de fik igennem projektet med kollegaerne hjemme:

”Jeg ved det her, fordi jeg har hørt det fra en af mine kollegaer, som var med på den forrige workshop.” (Deltager i workshop).

” Jeg fulgte to patienter fra indlæggelse til udskrivelse og interviewede både patienter og deres pårørende om deres oplevelse af de sundhedsprofessionelles kommunikationspraksis.

- På de tværsektorielle udvekslingsdage, hvor medarbejdere fra de to sektorer fulgte hinandens arbejde, udviklede de relationer, som de efterfølgende havde stor glæde af:

”... den relation og det kendskab, jeg har fået til hospitalet, har betydning for den måde, jeg nu kommunikerer med hospitalsafdelingen på. Også selvom det slet ikke er den samme person, jeg taler med, som havde været på udveksling hos mig.” (Deltager i aktionsforskningsgruppen).

For at skabe et fælles forum for udvikling af relationer mellem de sundhedsprofessionelle har vi anbefalet ledelsen, at der etableres fælles undervisnings- og dialogfora på tværs af fag og sektorer.

” Aktionsforskningsgruppens egen undersøgelse af deres kollegaers forståelse af kommunikationspraksis havde vist, at de ofte mødte den anden part med mistro og mere som fjende end som kollega.

At kendskab til hinandens praksis og de personlige relationer har afgørende betydning for kommunikationen, er velkendt (11). Det udfordres af kravet om, at kommunikationen mellem sundhedsprofessionelle skal foregå elektronisk, hurtigt og standardiseret. Derfor arbejdede vi på at udvikle idéer til, hvordan e-kommunikation ved udskrivelsen kan være dialogisk. Men problemet viste sig

Boks 4. Fakta om projektet

Aktionsforskningsprojektet forløb fra efteråret 2013 til foråret 2015. Projektet har været forankret i en medicinsk hospitalsafdeling og et kommunalt hjemmeplejeområde. Aktionsforskningsgruppen bestod af tre personer fra primærsektor: en social- og sundhedsassistent, en sygeplejerske samt en visitator, og tre personer fra sekundær sektor: en fysioterapeut, en social- og sundhedsassistent, en sygeplejerske samt undertegnede. Aktionsforskningsprojektet er en del af et ph.d.-stipendiat, som er oprettet i et samarbejde mellem et regionalt hospital, en kommune og et universitet.

at være større end forudset. En af udfordringerne var, at det ikke var muligt at have en dialogisk e-kommunikation i systemet. Det var heller ikke klart, hvordan de personer, der kendte patienten bedst, kunne modtage eller besvare en elektronisk henvendelse. Forslaget om at styrke dialogisk e-kommunikation er givet videre til de it-ansvarlige i begge sektorer.

En anderledes tilgang til forskning

At arbejde med aktionsforskningsprojektet var et brud med den traditionelle projektarbejdsform med projektledelse, styregrupper og målstyring (12). Som en af deltagerne fra aktionsforskningsgruppen fremhævede:

”Jeg troede, vi skulle være med i dette projekt for at lære at tale bedre sammen, men det her blev noget helt andet.”

Aktionsforskningsprojektet har givet deltagerne både i aktionsforskningsgruppen og i de afholdte workshops erfaringer med en anderledes tilgang til at arbejde med praksisforandring:

”Vi har taget ejerskab til projektet, fordi det har rod i vores praksis.” (Deltager i aktionsforskningsgruppen).

At arbejde med en aktionsforskningstilgang var for deltagerne en anderledes måde at indgå i et projekt på, som de oplevede langt mere forpligtende: ►

Boks 5. Aktiviteter under aktionsforskningsforløbet

Der er:

- Afholdt tværfaglige konferencer på hospitalet, hvor bl.a. en fysioterapeut deltog.
- Udviklet forslag til, at mindst én person i afdelingen/kommunen har direkte kontakt med og kendskab til den anden sektor.
- Udarbejdet forslag til en fælles tværfaglig og tværsektoriel beskrivelse af en god indlæggelses- og udskrivessituation.
- Udviklet forslag til, at der etableres nye dialogiske kommunikationsfora på tværs af fag og sektorer.
- Udarbejdet forslag til, at der skabes mulighed for dialogisk e-kommunikation på tværs af fag og sektorer.

- *"At det var vores proces ... da det helt gik op for mig, fik jeg kold-sved ... kunne jeg nu udfylde dette? Jeg har følt mig meget forpligtet på projektet."* (Deltager i aktionsforskningsgruppen).

Der var i aktionsforskningsgruppen en stærk vi-identitet, som også var forpligtende for den enkelte:

"Det har været forpligtende at være en del af dette projekt ... jeg kunne have valgt at tage til TR-møde en af dagene, men det gjorde jeg ikke ... det er ikke ligegyldigt, om man er her ... det betyder noget." (Deltager i aktionsforskningsgruppen).

Ved at arbejde med en demokratisk tilgang skabte vi et stærkt deltagerengagement, der udover at generere ny fælles indsigt i problemstillingens kompleksitet også skabte relationer og forståelse for hinandens praksis.

Ledelsesmæssigt engagement

Selvom projektets tema "Tværfaglig og tværsektoriel kommunikationspraksis" var defineret af hospitalets og kommunens ledelse på forhånd, havde problemstillingen stærk legitimitet og høj troværdighed blandt deltagerne. Alle havde oplevelsen af, at problemstillingen var en daglig udfordring. Som det ses i andre aktionsforskningsprojekter (13), kan det være problematisk, når ledelsen på forhånd har defineret problemfeltet og sat rammer for projektet. Som flere aktionsforskere fremhæver

” I dette projekt har deltagerne følt en reel og oprigtig interesse for problemstillingen, og en stærk ledelsesopbakning har været med til at styrke projektet.

(14,15), er tid, ressourcetildeling og engagement ofte et problem ved aktionsforskningsprojekter. Deltagerne kan føle, at projektet er en del af ledelsens dagsorden, at de skal arbejde med en problemstilling, som de ikke selv har defineret. Desuden kan der blandt praktikere være en mistillid til at udvikle praksis sammen med "kloge" forskere, som også kommer med deres dagsorden.

I dette projekt har deltagerne følt en reel og oprigtig interesse for problemstillingen, og en stærk ledelsesopbakning har været med til at styrke projektet. Det har været afgørende for projektets succes, at ledelsen i både primær og sekundær sektor har støttet og prioriteret tid og ressourcer til projektet, ligesom vi i forløbet havde frihed til at nuancere og problematisere temaet ud fra de indsigter, vi skabte, mens vi arbejdede med processen. At jeg udover at være ph.d.-studerende også har en baggrund som sygeplejerske, har også haft indflydelse på forløbet. Det betød, at jeg også havde en professionsfaglig forståelse for problemstillingen:

"... som sygeplejerske kunne du forstå vores praksis, uden at du har været en del af den. Det har helt sikkert været en fordel for arbejdsprocessen." (Deltager i aktionsforskningsgruppen).

Men nu glider det ud:

"Men er aktionsforskning egentlig vejen frem? Er den tilgang egnet i denne verden, hvor alting forandrer sig så hurtigt, og hvor projektet hurtigt kan blive overhalet af andre projekter ... Får man det ud af det, som svarer til de ressourcer, man lægger i det?" (Deltager i aktionsforskningsgruppen).

Kommentaren kommer fra en af de projektledere, som var inviteret til at deltage på evalueringsworkshoppen. Hun påpegede – som aktionsforskningsgruppen også har følt – at de mange samtidige organisatoriske forandringer og andre projekter gør det svært at prioritere og fastholde projektet. Som en af aktionsforskningsgruppens deltagere fremhæver:

"Det er svært at holde fast i den kvalitet, vi har fået opbygget, og fastholde kommunikationen på et højt niveau, fordi vi er i konstant forandring ... " og " ... jeg kan mærke, at jeg har været med til tavlemøde, det er blevet bedre. Men nu glider det ud ... der er mange på afdelingen, som er rejst, og som ikke har været med. Morgenkonferencen bliver ikke taget så alvorligt længere." (Deltager i workshop).

Også på evalueringsworkshoppen blev betydningen af at have været med i projektet fremhævet, især havde de fem workshopdage med ca. 30 deltagere givet anledning til mange ahaoplevelser på tværs af fag og sektorer, som bidrog til forandring af praksis. Akti-

onsforskningsgruppen har undervejs i projektet følt sig forpligtet til at fastholde de nye initiativer, om end det har været svært på grund af travlhed og prioritering af andre projekter, som også krævede kollegaernes opmærksomhed.

Et usædvanligt frirum

Aktionsforskningsgruppen har oplevet aktionsforskningsprocessen som et dialogisk frirum, hvor vi sammen kunne reflektere over, hvordan forskellige tilgange til viden og opfattelse af patienters situation har betydning for kommunikationspraksis. Sammen

” Den viden, som er produceret gennem projektet, viser, at der er utallige muligheder for at arbejde med praksisnære problemstillinger, hvis man inddrager medarbejdernes praksisnære viden, erfaringer og forståelser på tværs af fag- og sektorgrænser.

arbejdede vi hen mod aktionsforskningens demokratiske ideal ved at dele praksisnær viden og synliggøre vores taget-for-givet-viden og forståelse af hinandens praksis. Den demokratiske proces var ikke kun knyttet til aktionsforskningsgruppens arbejde, men også til gruppens ønske om at inddrage kollegaerne i forandringsprocessen. Det viste sig at være en udfordring. Vi oplevede, at kollegaer fra både primær og sekundær sektor syntes at fravælge den mulige indflydelse, som vi mente, at projektet gav dem:

” ... hvad er det for en apati, der breder sig blandt mine kollegaer? ... Når folk endelig får mulighed for at få indflydelse, så vælger de det fra.” (Deltager i aktionsforskningsgruppen).

Det gav anledning til refleksioner over, hvordan det at deltage i projekter også kunne være belastende:

” ... du deltager i så meget, og når du er med, så skal der også tages et ansvar, og det forpligter, og det orker man måske ikke altid, man vil godt svare, bare jeg ikke skal være med og være forpligtet ...” (Deltager i aktionsforskningsgruppen).

Der var en oplevelse af mæthed i forhold til at deltage i projekter samtidig med, at det ikke altid var klart, hvilken betydning det har:

” ... der er så mange projekter, mine kollegaer ved godt, at det ikke giver en skid ... de føler, det er uden betydning for dem.” (Deltager i workshop).

For de medarbejdere, der trodsede følelsen af, at ”der er så meget” og ”det betyder alligevel ikke noget”, blev aktionsforskningsprojektet et frirum. Som det pointeres af aktionsforskerne (15), er det sociale frirum basis for både de aktiviteter, der bliver igangsat, og for en ligeværdig dialog blandt deltagerne. Vores frirum i aktionsforskningsgruppen gav også mulighed for, at vi kunne forholde os reflekterende til de organisatoriske rammer og vilkår, der har betydning for praksis:

” ... det har været et mønster i (aktionsforskningsforløbet (red.)), at vi har haft behov for at politisere og forklare og undskylde de håbløse vilkår, vi er i ... vi har brugt dette sted til at få luft.” (Deltager i aktionsforskningsgruppen).

Aktionsforskningsprojektet har således både åbnet op for et demokratisk og dialogisk frirum for dem, der deltog, men også vist, at det er vanskeligt at fastholde kollegaernes interesse og engagement.

Det videre arbejde

Aktionsforskningsprojektet er nu afsluttet. Vores erfaringer med betydningen af at arbejde tværsektorielt tager vi med os, og vi har givet idéer og forslag til forandringer og forbedringer af tværsektoriel kommunikationspraksis videre til kollegaer og ledere:

”Dette projekt har bidraget til at se den tværsektorielle kommunikation på en ny måde ... og vi bærer det videre som en integreret del i nye projekter.” (Deltager i workshop).

At arbejde med en aktionsforskningstilgang har givet mulighed for, at vi kunne arbejde med et bottom-up-perspektiv, hvor vores forskellige tilgange til viden, erfaringer og forståelser var centrale for både erkendelse af problemstillingen og for udvikling og gennemførelse af vores forslag.

Den viden, som er produceret gennem projektet, viser, at der er utallige muligheder for at arbejde med praksisnære problemstillinger, hvis man inddrager medarbejdernes prak-

- **sisnære viden, erfaringer og forståelser på tværs af fag- og sektorgrænser. Men projektet viser også, at det er en forskningstilgang, der kræver ledelsesprioritering og ressourcer og medarbejderinvolvering.**

Tak til alle, som har bidraget til og deltaget i aktionsforskningsprojektet.

Litteratur

1. Ministeriet for sundhed og forebyggelse et al. Fælles udmøntningsplan for den nationale handleplan for den ældre medicinske patient, Danske Regioner, KL, Sundhedsstyrelsen, NSI, 6. Juni 2012.
2. Dansk Sundhedsinstitut, Forebyggelse af indlæggelser, Notat, Projekt 3511, december 2011, DSI.
3. Danske patienter, Rettigheder til den medicinske patient, Danske patienter, Ældresagen, september 2010.
4. Kjerholt M. Sammenhæng i ældre kronisk syges patientforløb – idealer og realiteter. Et aktionsforskningsprojekt. Ph.d.-afhandling, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet, 2011.
5. Sundhedsstyrelsen, Evaluering af sundhedsaftaler – sammenfatning og perspektive-ring, Sundhedsstyrelsen, 2012.
6. Thistlethwaite P. Health and Social Services Integration at the local level: Is the experience in Torbay, England, relevant to Denmark? (2012). Danske regioners conference, Samarbejde på tværs 17. september 2012.
7. Danske Regioner og Implement Consulting Group. Tværsektorielt samarbejde: Ud-valgte internationale tendenser og initiativer, Konference 17. september 2012.
8. Hagerup A. Tema: Patientovergange. Sygeplejersken 2015; (7).
9. Nielsen KA. Aktionsforskningens videnskabs teori Forskning om forandring In: Vi-denskabsteori I samfundsvidenskaberne på tværs af fagkulturer og paradigmer. Fuglsang L, Bitsch Olsen P (red.). København: Roskilde Universitetsforlag; 2005.
10. Olesen BR. Aktionsforskning – om at skabe meningsfuld viden og forandring sammen. In: Fra Metateori til kommunikation. Almlund P, Andersen NB (red.). København: Hans Reitzels forlag; 2011.
11. KORA: Det nationale institut for kommuners og regioners Analyse og Forskning: Borgerens sundhedsvæsen – Frontpersonalets perspektiv, KORA; 2015.
12. Lindrup P. Projekthåndbog/metoder og redskaber til gennemførelse af projekter i kommunerne. Pjecen er udarbejdet for Fællesvirksomheden KL/COK. 2. revideret udgave; 2007.
13. Olesen BR & Pedersen CH. Involverende relationer og udfordring af eksisterende viden – forskningsformidling fra en aktionsforskners perspektiv. Tidsskriftet Læring og Medier (LOM); 2008;(1).
14. Svensson L, Brulin G, Ellström P-E och Widegren Ö (red.). Interaktiv forskning – för utveckling av teori och praktik, Arbetsliv i omvandling, 2002:7.
15. Nielsen KA, Svensson L (eds). Action and Interactive Research Beyond practice and theory, Shaker Publishing, Maastricht: Shaker Publishing; 2006.

English abstract

Høgsgaard D. Action research at work..Sygeplejersken 2015;(14):81-6.

The article points to the opportunities and limitations evidenced by applying action research as a research approach in an interdisciplinary (community of practice) and cross-sectoral project. The intention of the project was to drive improvements and change in interdisciplinary and cross-sectoral communication practices among healthcare professionals following discharge from hospital of elderly medical patients for continued community-based care, treatment and training. In the action research project, we employed a democratic bottom-up approach, developing and trialling several initiatives to drive improvements and change in communication practices. The project also served to reveal the limitations of employing action research as an investigative approach in a busy workday.

Keywords: Action research, communication, interdisciplinary communication, community of practice, cross-sectoral communication.

JOB



SE ALLE STILLINGER: WWW.JOB.DSR.DK

Praktiske oplysninger til annoncører

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

Nr. 1 - 2016 18. december 2015	Nr. 2 - 2016 20. januar 2016	Nr. 3 - 2016 10. februar 2016
--	--	---

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

Rådgivning og vejledning vedr. opsætning af annoncer
Dansk Mediaforsyning ApS • Elkjærvej 19 st. • 8230 Åbyhøj
Tlf. 7022 4088 • e-mail: dsrjob@dmfnet.dk
Internet: www.dmfnet.dk
Her kan du også rekvirere medieinformation.

Indleveringsfrister for STILLINGSANNONCER til de kommende numre

Nr. 1 - 2016 4. januar 2016	Nr. 2 - 2016 25. januar 2016	Nr. 3 - 2016 15. februar 2016
---------------------------------------	--	---

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

Udgivelsesdatoer

Nr. 1 - 2016 18. januar 2016	Nr. 2 - 2016 8. februar 2016	Nr. 3 - 2016 29. februar 2016
--	--	---



LEDER TIL OK-FONDENS TRE ENHEDER I ODENSE

Vi søger en innovativ og engageret leder til OK-Fondens 3 plejeboligenheder i Odense. Du skal stå i spidsen for en fælles udvikling med fokus på samarbejde.

Udviklingspartnerskab

OK-Fonden er ved at skabe rammerne for en ny bydel "Byen for Livet". Herudover er vi også i tæt samarbejde med Odense Kommune om, at realisere rehabiliteringstilbuddet "Leve-Ud", der er en del af den samlede opgave du skal stå i spidsen for.

Odense Kommune er en central samarbejdspartner for OK-Fonden. Den udvikling og læring vi fælles sætter på dagsordenen, er et vigtigt input for OK-Fondens samlede virksomhed. Ledelsen af de 3 enheder vi driver i Odense, er derfor af afgørende betydning for den fortsatte udvikling i OK-Fonden.

Se det fulde opslag på www.ok-fonden.dk eller ring 3095 0957

OK-Fonden er en non-profitorganisation med et almennyttigt formål, som driver plejecentre, tilbud i socialpsykiatri samt Hospice.



Sundhedsplejen i Silkeborg kommune søger

to dygtige og engagerede
sundhedsplejersker.

- Fast 30 timers stilling fra 01.02.16 eller tidligere hvis muligt.
- 32 timers stilling i perioden 01.01.16 eller snarest derefter til 31.12.16.

Se hele annoncen inde på www.dsr.dk under jobsøgning

 Silkeborg Kommune

TÅRNBY KOMMUNE



NYHEDER, AKTIVITETER OG TILBUD

AFDELINGS- LEDERE

Plejehjemmet Irlandsvej søger pr. 1. marts 2016 to sygeplejersker til at varetage den daglige ledelse af hhv. afdeling S og B. Begge stillinger er 37 timer ugentlig.

Vi er i gang med en omstrukturering, idet vi pr. 1. marts 2016 udvider med 8 ny renoverede boliger, hvorefter vi har 4 afdelinger med i alt 114 beboere, hvoraf 20 er midlertidige. Afdelingslederen har ansvar for den daglige ledelse, planlægning og koordinering af pleje, omsorg og aktiviteter i afdelingen.

Ansøgningsfrist er den 4. januar 2016.
Læs mere og søg jobbet på www.taarnby.dk under Job i kommunen.

 TÅRNBY KOMMUNE



Følg os på Facebook, hvor vi tipper om ledige stillinger og giver råd og info om job og arbejdsliv fb.com/dsaskasse

Vi kender dit fag og arbejdsmarked

Hos DSA er du i gode hænder, uanset om du er studerende eller nyuddannet - i job eller ledig. Vi giver dig tryghed og er din samarbejdspartner igennem dit arbejdsliv.

Vores karrierekonsulenter har alle en sundhedsfaglig baggrund og erfaring fra dit arbejdsmarked. Det bruger vi, når vi vejleder, rådgiver og coacher dig til at komme videre med din karriere eller til at finde arbejde. Vi vejleder også om efterløn, sygdom og barsel.

DSA.dk

DANSKE
SUNDHEDSORGANISATIONERS
ARBEJDSLØSHEDSKASSE



Net annoncer

Gå ind på <http://job.dsr.dk/>

Indtast Quick-nummeret, så kommer du direkte ind til netannoncen, hvor du kan læse meget mere om stillingen.

Netannoncer kan indtastes hele døgnet.

Quicknr. **Hovedstaden**
20796536 Københavns Kommune
Sygeplejerske til Plejecentret Verdishave
 Ansøgningsfrist: 12. december 2015



Quicknr. **Hovedstaden**
20796325 Københavns Kommune
Afdelingsleder til Danmarks største plejeboligcenter
 Ansøgningsfrist: 10. december 2015



Quicknr. **Hovedstaden**
20796577 Københavns Kommune
Sundhedsfaglig konsulent til Center Nørrebro
 Ansøgningsfrist: 21. december 2015



Quicknr. **Hovedstaden**
20988327 Københavns Kommune
Aftensygeplejerske til hjemmesygeplejen til Bispebjerg
 Ansøgningsfrist: 15. december 2015



Quicknr. **Sjælland**
20048312 Køge Kommune
Stærk leder til Social- og Sundhedsafdelingen i Køge Kommune
 Ansøgningsfrist: 7. januar 2016



Quicknr. **Midtjylland**
20952188 Ebeltoft Lægehus
Akut-/behandlersygeplejerske søges til Ebeltoft Lægehus
 Ansøgningsfrist: 14. december 2015

Seniorsammenslutningens arrangementer

Medlemmer, der er fyldt 55 år, er velkomne til Seniorsammenslutningens arrangementer

Hovedstaden

Julefrokost

Så nærmer julen sig vores julefrokost skal vi i år nyde i Garnison kirkens menighedshus. Der bliver lækker julemad og lidt underholdning. Vi skal også synge sammen til flygeltoner, leveret af Hans

Tid og sted:

8. dec. 2015 kl. 11:30 - 15:00
 Garnison kirkens menighedshus, Sankt Annæ Plads, København K

Arrangør:

Kreds Hovedstaden Central, seniorer

Tilmelding:

dora.pawlovski@outlook.dk eller tlf.: 4050 3579 senest 4. december

Pris:

Kr. 200.

Yderligere info:

se også hjemmesiden

Januar møde, Kreds Hovedstaden Central

Der er rundvisning på medicinsk historisk Museum.

Der er ingen elevator men trapper.

Tid og sted:

28. januar 2016 kl. 11:00 - 13:00
 Bredgade 62, København K

Arrangør:

Kreds Hovedstaden Central

Tilmelding:

dora.pawlovski@outlook.dk

Pris:

Kr. 50

Yderligere info:

Se på hjemmesiden

Forårs datoer i Kreds Hovedstaden Central

Forårets datoer 2016 er nu på plads. Den 18.02: Vi skal høre om Dansk Blindesamfund.

Den 31.03: Grønlandske børn som samfundet har svigtet.

Den 21.04.: Børnehospice.

Den 31.05: Fælles sommerudflugt (Korsør flådestation)

Flere informationer eller evt. ændring vil løbende komme i bladet.

Sjælland

Foredrag ved Sygehusdirektør Arne Cyron

Arne Cyron vil fortælle om Nykøbing F. sygehus som akutsygehus, samt planerne for de kommende år.

Det må der være mange der gerne vil høre om og vi drikker kaffe med brød/kage mens vi lytter.

Tid og sted:

21. januar 2016 kl. 14:00 - 15:30
 Mødelokalet Solsikken, geriatrisk afdeling, Fjordvej 15, Nykøbing F

Arrangør:

Kontaktudvalget, Storstrømmen

Tilmelding:

Til Gulle på tlf.: 5482 5684 eller Inger tlf.: 2042 5472 senest den 11.1.2016

Pris:

Kr. 50 for medlemmer

DSR Meddelelse

Generalforsamling i FSUS

Indkaldelse til generalforsamling i Fagligt Selskab for undervisende Sygeplejersker. Afholdes den 14. marts 2016 kl.

17.00, på Comwell Århus, Værkmestergade 2, 8000 Århus.

Forslag til behandling på Generalforsamlingen, skal være formanden i hænde senest 28.

februar 2016. For yderligere information se FSUS hjemmeside: www.FSUS.dk

ØNH Symposium og generalforsamling i FS 25

Fredag d. 4. marts 2016, afholder FS 25 symposium og ordineret generalforsamling (GF) på Scandic Kolding. Program for symposium samt dagsorden, bilag, stemmeblanketter mv. til GF vil blive slået op på selskabets hjemmeside: www.ent-nurse.dk Kandidatur til bestyrelsen skal være forinden i hænde, senest den 4. december 2015. Dagsordenspunkter sendes til formanden senest 4. februar 2016. Mvh. Pernille Langkilde, formand FS 25

Ekstraordinær generalforsamling i FSKIS den 21.12.15 kl. 16.30

I henhold til vedtægterne §9, finder den nye bestyrelse i FSKIS det nødvendigt, at afholde en ekstraordinær generalforsamling. Til beslutning: 1: køb af "regnskabspakke" fra DSR. 2: Overgang af medlemsbladet til digital udgave. 3: Opstilling til bestyrelsen. Ønsket om opstilling skal være forinden i hænde senest den 12.12. Afholdes i DSR, Sankt Annæ Plads 30, 1250 København K. Dagsorden ses på vores hjemmeside. Mvh. Bestyrelsen

DSR Fonde og legater

Legatmeddelelse Maria og Johs. Herfurths fond

Fondens formål er at yde støtte til uarbejdsdygtige sygeplejersker (erhvervssygdomme). Det er vigtigt at medsende dokumentation for hvilken erhvervssygdom, der gør dig uarbejdsdygtig. Ansøgning sker elektronisk på www.dsr.dk/legater Ansøgningsperioden er 7. december - 25. december 2015. Svar på ansøgning gives inden for ca. 3 uger efter ansøgningsfristen.

DSR Kursus

FSUS Forårskonference med temaet "Ny Sygeplejerske"

En ny sygeplejerskeuddannelse er under udarbejdelse med forventet start fra september 2016.

På forskellige plan, sker der afklaringer af, hvad der skal ændres/udvikles.

Tid og sted:

14. marts 2016 kl. 10:00 -

15. marts 2016 kl. 16:00

Comwell Hotel Aarhus, Værkmestergade 2, 8000 Århus

Arrangør:

FSUS

Tilmelding:

Senest den 5.2.16

Pris:

Se hjemmesiden

Yderligere info:

www.fsus.dk

DSR Kredsmøde

Sådan planlægger du din pension - få gode råd

DSR Kreds Hovedstaden inviterer til et spændende arrangement for sygeplejersker i alle aldre om at sikre dine personlige pensionsforhold. Ægtefæller/samleverer er velkomne.

Tid og sted:

28. jan. 2016 kl. 17:00 - 20:30

Kreds Hovedstaden, Frederiksborggade 15, 4.sal, 1360 København K

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

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.



SPANIEN - ALICANTE Torreviejas saltsøer og klare luft.

300 solskinsdage/år
12 km fra Middelhavet
190 m2 feriehus i 2 etager
Danske møbler & senge
MAX. 8 Pers. Fri Internet o.m.m.

+45 4077 7936

+45 2227 6936

WWW.CASALARSEN.DK

ITALIEN HOS HANNE

På charmerende familiehôtel med hyggelige værelser og ferielejligheder i Rimini ved Adriaterhavets skønne sandstrand fra kr. 200/pers.

Eller nær TOSCANA, 2 natur-skønne landhuse med pejsestue, køkken, 2-3 værelser, 2 wc og lille have. Udlejes hele året Fra kr. 3.200/uge.

Hanne Astrup Pietroni
Tlf. +39 335 8239863
www.hotel-dalia.it
hanne@hotel-dalia.it

Trænger du til ...ferie?



Strandfogedgården i Klegod

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

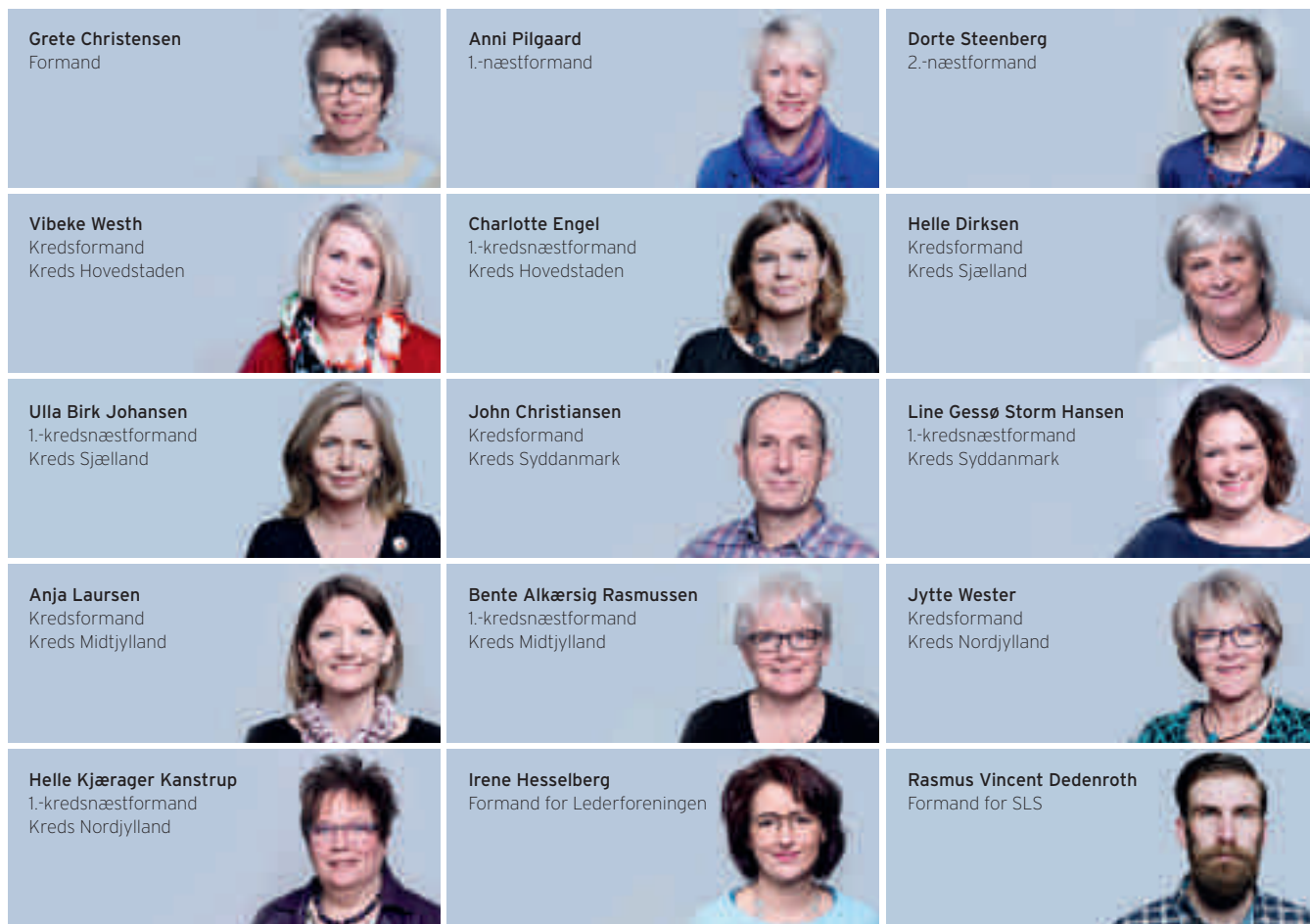
Familieweekend Vestfyn

Weekendophold max. 24 pers. 4 ferielejl., den ene med spiseplads til alle. Borde, stole, service, ovn, opvaskemask. osv. Idyllisk 4-længet stråtekt bondegård. Have med legeplads, boldspil, høns, kaniner, shelter, bålplads, ved Assens. Weekend kr. 5800,- www.kastanjegaarden.dk Tlf. 6471 5516 / 2015 1786.

Privat lejlighed på Mallorca

Penthouselejlighed med 2 soveværelser og 2 badeværelser. Privat poolområde. Dejlig udsigt fra terrasserne. Skøn tagterrace med udekøkken. Internetadgang, TV, vaskemaskine, opvaskemaskine, veludstyret køkken.

www.mallorca-dam.dk
Tlf. 2337 5393 eller
2145 0437 efter 17.00



DANSK
SYGEPLEJERÅD
CENTRALT

Administrerende direktør
Anne Granborg

Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
Telefon: 3315 1555
Fax: 3315 2455
www.dsr.dk
dsr@dsr.dk

Åbnings- og telefontider
Man - tors 9.00-16.00
Fre 9.00-15.00

**Lederforeningen
Dansk Sygeplejeråd**
Sekretariatschef
Bo Christensen
Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
Telefon: 4695 3900
www.dsr.dk/lederforeningen
lederforeningen@dsr.dk

**Sygeplejestuderendes
Landssammenslutning**
Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
Telefon: 4695 4234
www.dsr.dk/sls
sls@dsr.dk

Sygeplejeetisk Råd
Formand
Randi Bligaard
Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
www.sygeplejeetiskraad.dk

KREDS
HOVEDSTADEN

Kredschef
Anne Tovborg

Frederiksborggade 15, 4.
1360 København K
Telefon: 7021 1662
Fax: 7021 1663
www.dsr.dk/hovedstaden
hovedstaden@dsr.dk

Åbnings- og telefontider
Man, tirs, tors, fre
9.00-14.00
Ons 13.00-16.00

Lokalkontor
Haslevej 50
3700 Rønne
Telefon: 7021 1662
Fax: 5695 3812

Telefontid
Man, tirs, tors 9.00-12.00

Hjemmesiden indeholder
individuelle kontaktoplysninger
på kredsens medarbejdere
og formandskab.

KREDS
SJÆLLAND

Kredschef
Mads Hylgaard

Møllevej 15
4140 Borup
Telefon: 7021 1664
Fax: 7021 1665
www.dsr.dk/sjælland
sjælland@dsr.dk

Åbnings- og telefontider
Telefontid
Man, ons 9.00-14.00
Tirs, tors 13.00-16.00
Fre 9.00-13.00

Fremmøde
Man, tirs, ons 8.30-15.30
Tors 12.00-16.00
Fre 9.00-13.00

KREDS
SYDDANMARK

Kredschef
Jan Villumsen

Vejlevej 121, 2.
7000 Fredericia
Telefon: 7021 1668
www.dsr.dk/syddanmark
syddanmark@dsr.dk

Telefontider
Man, tirs, ons, fre
8.30-13.00
Tors 13.00-16.00

KREDS
MIDTJYLLAND

Kredschef
Ann Dahy

Fælles postadresse
DSR, Kreds Midtjylland
Marienlystvej 14
8600 Silkeborg
Du er altid velkommen i
åbningstiden, men ring
og aftal tid.
Telefon: 4695 4600
Fax: 7021 1667
www.dsr.dk/midtjylland
midtjylland@dsr.dk

Telefontider
Man, tirs, tors 10.00-15.00
Ons lukket
Fre 10.00 - 13.00

Lokale kontorer
Stationsvej 8a
7500 Holstebro
Åbent efter forudgående
aftale.

Kystvejen 17, 1. sal
8000 Aarhus C
Åbent efter forudgående
aftale.

KREDS
NORDJYLLAND

Kredschef
Iben Gravesen

Sofiendalsvej 3
9200 Aalborg SV
Telefon: 4695 4850
Fax: 9634 1426
www.dsr.dk/nordjylland
nordjylland@dsr.dk

Kontorets åbningstider
Man - ons 9.00-15.00
Tors 13.00-16.00
Fre 09.00-12.00



ER DU SYKEPLEIER OG HAR LYST TIL Å JOBBE I NORGE?



1

Mye eller lite?

Du kan velge å jobbe i korte eller lange perioder.

2

Når og med hva?

Styr din egen arbeidstid og prøv ulike arbeidsoppgaver.

3

Hvor i Norge?

I nord, syd, øst eller vest – eller litt her og litt der.

Dedicare tilbyr sykepleiere og spesialsykepleiere fleksibilitet, trygghet og uforglemmelige opplevelser. Våre kunder er alle sykehusene i Norge og mer enn 70 kommuner. Du kan for eksempel jobbe i Nord-Norge om sommeren og i Oslo om vinteren. Valget er ditt!

I Norge kan du kombinere en interessant jobb og god lønn med fantastisk natur – som høye fjell, fjorder, nordlys og skimuligheter. Dedicare betaler både reisen og boligen din!

www.dedicare.no/nurse

+47 07480 – rekruttering@dedicare.no

God jul og godt nyttår!

DEDICARE
Nurse