

DANISH JOURNAL OF NURSING

Sygeplejersken

KLINISKE
RETNINGSLINJER

Fremtiden er uvis

Pengene er sluppet op,
og den bedste behandling
er i fare

SIDE 39

Karrieresamtalen
*»Jeg skal kunne
selge mig selv på
en elevatortur«*

SIDE 66

70%

DYRKER MOTION

Læs om sunde
sygeplejersker
i **Bag Nålen**

SIDE 51

TEMA

TØR DANMARK PRIORITERE?

SIDE 20





Bio-Oil® er en hudpleje olie, som hjælper med at forbedre udseendet af ar, strækmærker og ujævne hudnuancer. Den indeholder planteekstrakter, vitaminer og den banebrydende ingrediens PurCellin Oil™. For yderligere produktinformation og resultater af studier besøg bio-oil.com. Bio-Oil® er det bedst sælgende produkt inden for ar og strækmærker i 18 lande.* Vejl. pris 119,95 for 60 ml.

Bio-Oil® distribueres i Danmark af Cederroth A/S. For spørgsmål og kommentarer vedrørende Bio-Oil® ring 43 66 40 00 eller mail til danmark@cederroth.com

*se bio-oil.com

Vi skal turde tale om prioritering

Hver dag foretager danske sygeplejersker prioriteringer i løbet af deres arbejdsdag, som har betydning for patienternes pleje og behandling. Det er desværre blevet en uundgåelig del af at arbejde i et sundhedsvæsen præget af tidspres og knappe ressourcer. I dette nummer af *Sygeplejersken* kan du læse mere om prioriteringsdebatten, og hvad der foreslås fra forskellige sider for at imødegå udviklingen.

De seneste år er udgifterne til dyr sygehusmedicin steget voldsomt, samtidig med at mange regioner og kommuner har gennemgået benhårde besparelser og fyringsrunder. Undersøgelser peger på, at ressourceknapheden påvirker patientsikkerheden og sygeplejerskernes arbejdsmiljø. Det mener jeg er en uholdbar udvikling! Dansk Sygeplejeråd vil derfor gerne anerkende, at Danske Regioner har taget debatten op og præsenteret en ny model for et medicinråd, som inddrager prisen i vurderingen af ny medicin.

Ethvert valg medfører som bekendt også et fravalg. Dansk Sygeplejeråd opfordrer derfor Danske Regioner til at huske de etiske og menneskelige aspekter i arbejdet med at udvikle en prioriteringsmodel. Det er vigtigt, at vi medtænker undtagelsesmuligheder for ellers afvist medicin for patienter med særlige behov, ligesom det er vigtigt at vurdere de samlede omkostninger ved ny medicin ud fra de metoder, som vi kender fra de medicinske teknologivurderinger (MTV'er). Modellen må heller ikke få et enøjet fokus på medicin, men bør også omfatte andre behandlingsformer.

Hvis vi også i fremtiden vil have et sundhedsvæsen med høj kvalitet, er det nødvendigt, at vi åbent kan tale om, hvordan vi bedst muligt anvender ressourcerne, og samtidig husker, at det handler om mennesker.

Grete Christensen

Grete Christensen,
formand



I FEBRUAR-MARTS HAR DANSK SYGEPLEJERÅD VÆRET I MEDIERNE MED BL.A. DISSE EMNER

DR

"Dem, der har begået fejl, bliver ikke bedre af at blive hængt ud. I stedet burde man sørge for at få skabt rammen for, hvordan man undgår, at det sker igen. Hvis man i stedet arbejdede langt mere med at tage dialogen med patienter og pårørende om, hvad der er sket, tror jeg, at man vil komme meget længere."

GRETE CHRISTENSEN

om at sundhedspersonale bliver hængt ud på sundhed.dk

MX
metroexpress

"Der hersker stadig nogle meget stive opfattelser af, hvad mænd og kvinder kan. Og det er simpelthen for sølle. Som patient bør man have en berettiget forventning om at blive behandlet af mænd såvel som kvinder med de forskellige respektive kompetencer, de kan byde ind med."

DORTE STEENBERG, næstformand i Dansk Sygeplejeråd om Dansk Sygeplejeråds kampagne for flere mænd i sygeplejen.

Vejle Amts Folkeblad

"De vil nok skulle oplæres og videreuddannes, men jeg kan sagtens se, at sygeplejersker vil kunne løfte opgaven. Den er heller ikke fremmed for dem. De har tilbage i tiden kørt med i akutbiler."

JOHN KRISTENSEN, kredsformand i Kreds Syddanmark, om at tænke sygeplejersker ind i løsningen med akutbiler.

Chefredaktør,
ansvarlig efter
medieansvarsloven
KATRINE NIELSEN
knl@dsr.dk
Telefon: 4695 4282

Fagredaktør
JETTE BAGH
jb@dsr.dk
Telefon: 4695 4187

Redaktionssekretær
LOTTE HAVEMANN
lha@dsr.dk
Telefon: 4695 4179

Redaktionssekretær
HENRIK BOESEN
hbo@dsr.dk
Telefon: 4695 4189
Mobil: 2121 8770

Art Director
MATHIAS N JUSTESEN
mnj@dsr.dk
Telefon: 4695 4280

Journalist
**SUSANNE BLOCH
KJELDSEN**
sbk@dsr.dk
Telefon: 4695 4178

Journalist
CHRISTINA SOMMER
cso@dsr.dk
Telefon: 4695 4264

Journalist
ANNE WITTHØFFT
awi@dsr.dk
Telefon: 4695 4108

Journalist
MAYA BILLE
mbi@dsr.dk
Telefon: 4695 4119

Sekretær
Kurser, møder,
meddelelser
BIRGIT NIELSEN
bn@dsr.dk
Telefon: 4695 4186

Forsideillustration: Mikkel Henssel

Distribueret oplag:
1. januar – 30. juni 2015: 75.465 ekspl.
Medlem af Danske Medier

Årsabonnement:
(pr. januar 2016) 875,00 kr. + moms

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

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

Tryk: ColorPrint

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

Stillingsannoncer: dsrjob@dmfnet.dk

Forretningsannoncer: dsrtekst@dmfnet.dk

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

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

Ophavsret: Enhver anvendelse af hele eller dele af artikler, fotos og illustrationer fra 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 produkter og ydelser, som omtales i Sygeplejerskens annoncer eller indstik. Redaktionen påtager sig intet ansvar for materialer, der indsendes uopfordret. Holdninger, der tilkendegives i artikler og andre indlæg, udtrykker ikke nødvendigvis Dansk Sygeplejeråds synspunkter.

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



TEMA

DANMARK SKAL VÆLGE

Bliver man syg i Danmark, kan man regne med at få behandling, selv om den er dyr. For politikerne har ikke villet prioritere. Men nu vender vindene måske. Danske Regioner har nemlig foreslået et nyt medicinråd, der skal turde vælge dyr medicin fra. Ligesom man gør i udlandet.

SIDE **20**

22 PRIORITERING ER MERE END MEDICIN

26 PRIORITERING I EUROPA

28 NORGE PRIORITERER EFTER LIVSKVALITET

30 NU SKAL MEDICINRÅDET DISKUTERES



TENDENTØST

Fik SAS patienten i centrum?

Rejsebranchens slogan "kunden i centrum" kan have inspireret til sundhedsvæsenet.

SIDE

32



Vi scanner kroppe, ikke mennesker

Øget overvågning af patienter udhuler sygeplejerskers faglighed og fjerner fokus fra det hele menneske, siger Jacob Birkler, afgående formand for Etisk Råd.

SIDE

36

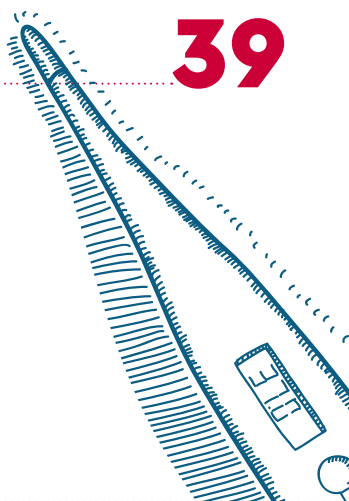


Tvivl om fremtiden for kliniske retningslinjer

Nationale kliniske retningslinjer skal sikre patienten den bedste behandling. Men nu mangler der penge og planer for deres fremtid.

SIDE

39



MERE I LØN OG PENSION

1. april slår forbedringer fra OK15 igennem. På et samlet overblik.



SIDE

14

Skiftedag

FRA RIGSHOSPITALET TIL PLEJECENTER

Udviklingssygeplejerske Bente Frederiksen blev mødt af overraskelse, da hun skiftede til den kommunale ældrepleje.

SIDE 60



FULD T FORTJENT

Jeg har aldrig været bange for at trykke på en knap for at se, hvad der skete.

ULLA HORNUM, projektsygeplejerske og medaljemodtager, Farsø Sygehus.

SIDE

56



KIRA KAMP

35 år. Sygeplejerske på Hæmatologisk Afdeling X, Odense Universitetshospital.

Tekst **CHRISTINA SOMMER**

Hvorfor valgte du at blive sygeplejerske?

"Jeg er uddannet grafiker, men sagde mit job op for godt 10 år siden og tog på en jordomrejse, en slags menneskelig uddannelsesrejse. Da jeg kom hjem, fik jeg job som ufaglært på en lukket demensafdeling på et plejehjem. Det var meget givende at arbejde med mennesker. Dét at få lov til at komme ind i en anden persons liv, være deltager og gøre en forskel, det kan jeg godt lide. Og så har jeg tilfældigvis også en stor interesse for fysiologi og anatomi."

Hvad var dit første job?

"Som nyuddannet blev jeg ansat som sygeplejerske på et plejecenter i Horsens."

Hvorfor valgte du at specialisere dig inden for hæmatologien?

"Min første praktik var på en hæmatologisk afdeling. Det var spændende og enormt udfordrende. Det er et meget specifikt speciale, men det består af mange forskellige dele, f.eks. selve kræftsygdommen, men f.eks. også kemoterapi, der er et helt område i sig selv, for ikke at glemme den basale sygepleje."

Hvad kendetegner en god sygeplejerske?

"Det er en, der har overblik, viden inden for sit speciale, et godt håndslag, og som er rolig og hviler i sig selv."

Hvilket råd vil du give en nyuddannet?

"Tro på dig selv og giv plads til at lære og få viden. Man er ikke færdig sygeplejerske som nyuddannet. Man er kun lige begyndt."

Hvad er det mest tilfredsstillende ved dit job?

"Det er en stor tilfredsstillende at være en del af patienternes sygdomsforløb, både

behandling, pleje og de svære samtaler. Men det er samtidig også det mest udfordrende – det er meget krævende, både fagligt og personligt."

Hvad er du mest stolt af i din karriere?

"Jeg synes, vores afdeling udfører et fantastisk stykke arbejde for alle vores patienter. **Selvom man måske synes, man kun gør lidt, f.eks. holder i hånden, synes mange af vores patienter, at vi gør meget. Og det gør mig stolt.**"

Hvis du kunne ændre en ting i sundhedsvæsenet, hvad skulle det så være?

"Det frustrerer mig stadig, at vi skal bruge så meget tid på dokumentation. Det tager tiden ved patienterne."

Hvor ser du dig selv om fem år?

"Jeg er stadig inden for hæmatologien. Det er et spændende speciale. Man bliver aldrig rigtig færdig med det, og der kommer ny forskning hele tiden. Forhåbentlig kommer jeg også i gang med en master. Jeg er hygiejnekoordinator på afdelingen, og det kunne jeg godt tænke mig at fordybe mig endnu mere i."

Hvordan tror du, at sygeplejen vil udvikle sig de næste 10 år?

"Pt. handler det meget om patientinddragelse. De skal være så deltagende i egen sygdom som overhovedet muligt. Det tror jeg, der kommer mere af, og det er en udvikling på godt og ondt. I dag er mange patienter f.eks. fuldstændigt opdaterede på deres sygdom og behandlingsforløb. Patienterne er mere oplyste end tidligere. Det stiller endnu højere krav til vores faglighed og autoritet." ●



Bliv værtsfamilie - og lær en ny kultur at kende i dit eget hjem!

Vi modtager 150 unge fra hele verden i august - grib muligheden for at få udvidet familien med en udvekslingsstudent på 15-18 år.

AFS Interkultur er en frivilligdrevet organisation, der arbejder for at skabe større forståelse mellem kulturer gennem udveksling.

Vi har programmer for: 15-18 årige skoleelever, dig der vil arbejde frivilligt og værtsfamilier.

Bliv klogere på www.afs.dk



Connecting Lives, Sharing Cultures

Danmark får et nyt universitetshospital

Tillykke!

Den 4. marts 2016 skifter Roskilde og Køge sygehuse navn til Sjællands Universitetshospital og fungerer i praksis som ét universitetshospital.

Selv om der endnu er en rum tid til, at byggeriet står færdigt, er vi allerede langt i arbejdet med at opbygge og udvikle organisationen omkring det kommende universitetshospital i Køge.

Vi styrker Regions Sjællands specialiserede behandlingstilbud, investerer i forskning og etablerer et omdrejningspunkt for udviklingen af hele Region Sjællands sundhedsvæsen i et tæt samspil med regionens øvrige sygehuse.

Vi ser frem til at kunne tilbyde endnu flere specialiserede behandlinger, og at endnu flere patienter kan behandles i Region Sjællands sygehusvæsen.

Læs mere om Sjællands Universitetshospital og følg med i udviklingen på www.regionsjaelland.dk/SUH

REGION SJÆLLAND
SJÆLLANDS UNIVERSITETSHOSPITAL



- vi er til for dig

Appel til Sophie Løhde: **Afskaf gabestokken**

Dansk Sygeplejeråd og Lægeforeningen opfordrer i et fælles brev sundhedsminister Sophie Løhde (V) til at indgå i dialog om at forbedre klagesystemet til fordel for både patienter og personale.

Tekst ANNE WITTHØFFT

Det skal være slut med at offentliggøre navnene på sundhedspersoner, som har begået alvorlige fejl eller gentagne for- sømmelser. I stedet bør man offentliggøre navnet på afdelingen og hospitalet, hvor fejlen er sket.

Det mener Dansk Sygeplejeråd og Lægeforeningen, som den 15. marts sendte et brev til sundhedsminister Sophie Løhde. I brevet opfordrer de ministeren til at indgå i en dialog om en ny og forbedret model af den såkaldte offentlig- gørelsesordning.

”Fejl skal frem i lyset, men når navn- givne sundhedspersonaler i dag hænges ud på klagemyndighedernes hjemme- sider, gør det mere skade end gavn,” skriver Dansk Sygeplejeråd og Lægefor- eningen.

”For patienterne kan reelt ikke vælge dem fra, og fejlene drukner i skyld og skam, så ingen lærer af dem.”

Erstat personnavne med afdeling

Sådan som systemet fungerer i dag, fjerner sundhedsmyndighederne nemlig navnet på afdelingen og hospitalet, når Disciplinærnævnet udtaler kritik af en sundhedsperson.

”Det er relevant at se nærmere på, om patienternes handlekraft kan styrkes ved at erstatte personnavne med afdeling eller hospital. Det vil samtidig give de enkelte hospitalsenheder bedre incitament til at følge op på fejl,” lyder det fra Dansk Sygeplejeråd og Lægeforeningen.

”Ordnningen kalder på at blive vide- reudviklet både af hensyn til patienter og personale, så den kan leve op til de oprindelige intentioner om at give patienterne en større gennemsigtighed i sundhedsvæsenet og hjælpe patienterne til at træffe kvalificerede valg.”

Ordnningen har flere gange tidligere været kritiseret af Dansk Sygeplejeråd og Lægeforeningen. Og i seneste num- mer af *Sygeplejersken* fortalte tre syge- plejersker om deres oplevelse af at blive hængt ud for en fejl – som de tilmed ikke havde begået – ligesom udenland- ske og danske eksperter kritiserede ordningen for at være ubrugelig. Og en amerikansk ekspert i patientsikkerhed påpegede, at undersøgelser viser, at langt de fleste fejl er systemfejl og ikke individfejl.

”Patienter og personale har brug for en fælles løsning, som styrker den



enkelte patients valgmuligheder og frem- mer læringen af fejl i sundhedsvæsenet. Lad os sammen udvikle en ordning, som alle kan have glæde af fremover,” skriver Dansk Sygeplejeråd og Lægeforeningen i brevet til ministeren.

Forsikringer i PKA bliver tilpasset højere pensionsalder

Den forhøjede folkepensionsalder har fået pensionskassen PKA til at tilpasse en række pensioner ved sygdom, dødsfald og tab af erhvervsevne fra 2016.

Tekst **SUSANNE BLOCH KJELDEN**

Folkepensionsalderen stiger i de kommende år, og sygeplejersker født i 1963 eller senere kan først gå på folkepension som 68-årige. Derfor har sygeplejerskernes pensionskasse PKA valgt at forlænge en række forsikringer ved sygdom, dødsfald og tab af erhvervsevne, som tidligere udløb ved 65-årsalderen. Fra 2016 følger forsikringerne den enkeltes folkepensionsalder.

Flere udbetalinger for kritisk sygdom

PKA udbetaler et skattefrit engangsbeløb på 150.000 kr. til medlemmer, som får en livstruende sygdom. Det er en del af forsikringerne i pensionsordningen og udbetales typisk i forbindelse med kritiske sygdomme som kræft- og hjerte-

kar-sygdomme. Fra 2016 bliver engangsbeløbet også udbetalt til medlemmer, som diagnosticeres med en dødelig sygdom, hvor der ikke findes behandling, eller hvor behandlingsmulighederne er udtømt.

I 2015 fik sygeplejersker udbetalt 58 mio. kr. for kritisk sygdom, og det er en stigning fra 49 mio. kr. i 2011. Antallet af cancerdiagnoser steg med 12 pct. fra 2011 til 2015, hvor der var 295 cancerdiagnoser. Derudover var der også en mindre stigning i antallet af hjerte-kar-sygdomme fra 50 tilfælde i 2011 til 57 tilfælde i 2015.

Læs mere om betingelserne for forsikringen på www.pka.dk under Ændringer i dit liv -> Ændringer i dit helbred.



600.000.000
pund til engelske
sygeplejerskers
helbred

Britiske sygeplejersker, læger og andet sundhedspersonales helbred skal have et løft. Fra april vil det derfor være muligt at søge den pulje på i alt 600 millioner britiske pund, som de britiske sundhedsmyndigheder har afsat til formålet.

Det skriver Nursing Times. Man kan bl.a. søge penge til fysiske aktiviteter, fysioterapi og initiativer der mindsker junkfood og fedme på arbejdspladsen. Janet Davies, generalsekretær for Royal College of Nursing, er positiv over for den nye sundhedspulje, men understreger, at problemerne med mangel på personale stadig er essentielt at få løst, hvis man vil reducere stress blandt sundhedspersonale.

(awi)

Film

Alive!

I slutningen af marts viser Cinemateket i København den franske dokumentar "Vivant!", i udlandet er titlen "Alive!". Den handler om en gruppe franske hiv-smittede mænd, som forbereder sig på deres livs oplevelse – et faldskærmsudspring. Mens de forbereder sig, deler de deres erfaringer fra et liv med sygdom. "Alive!" beskrives som en følelsesmæssigt intelligent dokumentarfilm, der snarere kærtegner end rusker sit alvorlige tema.

Dokumentaren perspektiverer mænd, liv og død i en enkel filmoplevelse, som giver et dybere perspektiv på hiv, afsavn og eksistentiel uro, end en sygdomsdokumentar ville have gjort det.

25.-30. MARTS

CINEMATEKET, GOTHERSGADE 55, 1123 KØBENHAVN K.

Copyright WWW.VIVANT-FILM.COM

Det skal være lettere at rapportere UTH'er

UTHS-systemet skal moderniseres, så der læres og handles mere.

Der registreres og rapporteres alt for mange utilsigtede hændelser i patientsikkerhedssystemet UTHS. I stedet skal der være større fokus på læring og handling. Det mener Dansk Selskab for Patientsikkerhed, som netop har udgivet en ny rapport med otte anbefalinger til, hvordan systemet kan moderniseres.

Anbefalingerne er lavet af en arbejdsgruppe bestående af en lang række organisationer, heriblandt Dansk Sygeplejeråd. Anbefalingerne til fremtidens UTHS-system er, at det skal være lettere at bruge, og at man kun skal rapportere det, der er vigtigt. Derudover mener organisationen, at rapporter om de utilsigtede hændelser skal bruges lokalt, og at den sygeplejerske eller læge, der har rapporteret hændelsen, får at vide, hvilken handling og læring der er kommet ud af registreringen.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed anbefaler også, at rapporteringssystemet fortsat fokuserer på, hvad systemet kan lære af sine fejl, og ikke straffer enkeltindivider. Siden 2004 har det væ-

ret obligatorisk for sundhedspersonale på sygehuse – og siden 2010 også for personale i primærsektoren – at indrapportere utilsigtede hændelser.

Patienter og pårørende kan også rapportere utilsigtede hændelser. I 2014 blev der ifølge Styrelsen for Patientsikkerhed registreret 167.000 utilsigtede hændelser. *(awi)*

ANBEFALINGER FRA DANSK SELSKAB FOR PATIENTSIKKERHED

- Vi skal kun rapportere det, der er vigtigt
- Det skal være lettere at rapportere
- Rapporteringssystemet må ikke bruges sanktionerende
- Rapporterne skal så vidt muligt anvendes lokalt
- Der skal ske erfaringsudveksling på tværs
- Rapporteringssystemet skal være en integreret del af kvalitetsprogrammet
- Rapporteringssystemet skal medvirke til et transparent offentligt system
- Der skal gives feedback til rapportøren.



Nudging for bedre hygiejne

Et pilotprojekt i Region Nordjylland viser, at nudging kan forbedre håndhygiejnen på sygehusene. Ifølge projektets resultater kan nudging øge opmærksomheden på håndhygiejne og ikke mindst få personalet til at blive bedre til at udføre korrekt håndhygiejne, fortæller Jens Yde Blom, leder af Infektionshygiejnen i Region Nordjylland. Nudging er en metode, hvor personer påvirkes til at udføre en bestemt handling ved hjælp af psykologiske puf. I pilotprojektet huskede en figur kaldet "Håndlangeren" personalet på at desinficere hænderne. Figuren var placeret rundt om på afdelingerne i form af bl.a. plakater og klistermærker på spritdispensere. Det fik over halvdelen til at være mere opmærksomme på håndhygiejnen og til at spritte deres hænder af på tidspunkter, hvor de ellers ikke havde gjort det. Nudgingen virkede især på de afsnit, hvor der inden forsøget var plads til forbedring. Pilotprojektet er gennemført i løbet af 2015 på fire sygehusafsnit i regionen.

(mb)

Fag & Forskning

Mere nyt fra

Fag&Forskning

Du kan finde flere nyheder på dsr.dk/fagogforskning. Tjek os løbende på mobilen, eller få en daglig nyhedsopdatering direkte i din mailboks.

Ungecafé og ungekonsultationer sikret af bevilling

Ungecafé og ungekonsultationer er to ud af flere indsatser hos Ungdomsmedicinsk Videnscenter, Rigshospitalet, ledet af sygeplejerske Charlotte Brix. Egmont Fonden har netop tildelt centret en ny bevilling, så metoder og initiativer kan blive forskningsmæssigt dokumenteret og spredt til hospitaler landet over. "Egmont Fonden vil gerne bidrage til at dokumentere effekten og sprede de gode erfaringer

fra Ungdomsmedicinsk Videnscenter til andre hospitaler, så endnu flere alvorligt syge børn og unge kan føle sig mødt og forstået," forklarer Henriette Christiansen, direktør for Egmont Fondens Støtte- og bevillingsadministration, om bevillingen.

Læs tema om Ungdomsmedicinsk Videnscenter i *Sygeplejersken* nr. 6/2014.

ALARMERENDE FALD I ANERKENDELSE AF ARBEJDSULYKKER



Det er blevet sværere at få anerkendt en arbejdsulykke, hvis der er tale om en skade, som ikke giver varige men.

Tekst **SUSANNE BLOCH KJELDSEN**

En højesteretsdom fra 2013 har sat en bagatelgrænse for anerkendelse af arbejdsulykker, og den dom har vist sig at få store konsekvenser for de lærere, pædagoger, sygeplejersker og andre, som kommer ud for mindre ulykker. I 2014 blev der anerkendt 25 pct. færre arbejdsulykker end i de foregående år. Det drejer sig f.eks. om ulykker, som sker uventet i forbindelse med forflytning eller ved skub, træk og vrid, og som typisk går ud over led, sener og muskler.

”Det er blevet sværere at få anerkendt en arbejdsulykke og dermed også sværere at få dækket de udgifter, man har til behandling og medicin,” siger konsulent i Dansk Sygeplejeråds arbejds-skadeteam, Anette Garde Nielsen.

Gå til lægen

Anette Garde Nielsen opfordrer alligevel sygeplejersker, som kommer ud for en arbejdsulykke til at gå til lægen hurtigst muligt, selvom skaden ser ud til at være en mindre ting.

”Hvis skaden alligevel senere viser sig at være mere alvorlig eller varig, så vil Arbejdsskadestyrelsen lægge vægt på lægens oplevelse af skadens art, hvis sagen senere bliver anmeldt som en arbejdsulykke.”

Dansk Sygeplejeråds arbejds-skadeteam deltager i FTF's Netværk for arbejdsskadesikring, hvor konsekvenserne af højesteretsdommen bliver fulgt.

På www.dsr.dk > løn og arbejdsvilkår > arbejdsmiljø > arbejdsskader kan du læse mere om, hvordan du kan få hjælp hos Dansk Sygeplejeråd.

Svenske sygeplejersker får højere startløn

I Sverige er det forholdsvis hurtigt lykkedes nyuddannede sygeplejersker at forhandle sig til en højere startløn, skriver Vårdfokus. Det skyldes "Ikke under 24.000-bevægelsen", som via sociale medier og i nyhedsudsendelser har krævet, at nyuddannede sygeplejersker som minimum skal have 24.000 svenske kr. i startløn. Hanna Johansson, som er en af kvinderne bag initiativet, har indsamlet oplysninger fra de stockholmske sygeplejersker, der blev færdiguddannet i januar. Af de 100 nyuddannede sygeplejersker, hun har fået svar fra, har halvdelen af dem forhandlet sig til en startløn på mindst 26.000 svenske kr. En af dem er Elinor Sundfeldt, som i dag arbejder på geriatrisk afdeling på Sabbatsberg Sygehus. Hun fik forhandlet sig til en startløn på 27.000 svenske kr. om måneden, hvilket er mere end flere af hendes mere erfarne kollegaer. I Danmark tjener en sygeplejerske med 0-9 års erfaring i gennemsnit 25.970 kr.

(awi)

Hjertestop på hospitaler behandles hurtigere

Personalet på landets hospitaler er blevet hurtigere til at starte hjerte-lunge-redning af patienter med hjertestop. Det viser årsrapporten for 2014 fra Danarrest, der registrerer hjertestopbehandling på hospitaler.

Danarrest er godkendt som national klinisk kvalitetsdatabase, og målet er, at alle danske hospitaler skal indberette til databasen. Ni hospitaler har indberettet til årsrapporten for 2014. Det forventes, at i løbet af foråret 2016 vil i alt 22 hospitaler være i gang med at registrere hjertestopbehandling i Danarrest.

Medicinske plastre årsag til fejl

Medicinske smertepastre, der ikke bliver skiftet til tiden, eller gamle plastre, der ikke bliver fjernet ved et plasterskift, er de hyppigste årsager til fejlmedicinering ved denne type plastre.

Styrelsen for Patientsikkerhed skriver på sin hjemmeside, at i 64 pct. af tilfældene er plasteret ikke skiftet til den ordinerede tid. Det ses også hyppigt, at man glemmer at fjerne det gamle plaster, når det nye påsættes. Desuden ses en del utilsigtede hændelser med forveksling af forskellige plastertyper. I enkelte tilfælde tager demente plastret af og tygger på det med overdosering til følge.

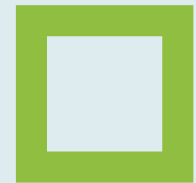


Invitation til en verden af muligheder på

Skandinaviens største fagmesse

for hjælpemidler, ergonomiske produkter, pleje- og hospitalsudstyr samt sundheds- og velfærdsteknologi.

Health & Rehab Scandinavia er det unikke mødested for fagpersoner og aktører, som præger området - og i sidste ende arbejdsmiljøet og hverdagen for os alle.



HEALTH
+ REHAB
SCANDINAVIA

10.-12. maj 2016 i Bella Center · København



Læs mere og tilmeld dig vores nyhedsbrev på www.health-rehab.com



NYHED

Friske og velsmagende fødevarer til den lille appetit



nyd det gode



MEGET
VALLEPROTEIN

TIL PERSONER
MED LILLE APPETIT.
KRÆVER IKKE
GRØN ORDINATION.



Gulerod til sygeplejersker på 1813

Tekst SUSANNE BLOCH KJELDSSEN

Manglen på sygeplejersker har fået Region Hovedstaden til at indgå en lønaftale med Dansk Sygeplejeråd, som giver sygeplejersker på akuttelefonen 1813 mere i løn.



Dansk Sygeplejeråd Kreds Hovedstaden har forhandlet en ny lønmodel med ledelsen i Den Præhospitale Virksomhed i Region Hovedstaden, hvor sygeplejerskerne på 1813 og 112 er ansat. Lønmodellen giver sygeplejerskerne en højere grundlønslinje og større tillæg baseret på kompetencetrin.

”Det er en god aftale, som desværre har været for længe undervejs. Men nu er den her, og vi er meget tilfredse. Alt i alt vil aftalen betyde en mærkbar forbedring af lønnen for alle ansatte sygeplejersker – også dem, der ikke påtager sig mange ekstra vagter,” siger kredsformand Vibeke Westh.

Lige nu er der omkring 30 ubesatte

sygeplejerskestillinger i virksomheden, og det betyder et belastet arbejdsmiljø og længere ventetider i telefonen for borgerne. Det skal lønstigningerne råde bod på, men ifølge Vibeke Westh skal der også ske andre forbedringer.

”Der er absolut stadig behov for at gøre en særlig indsats for at forbedre arbejdsmiljøet og sikre faglig udvikling i virksomheden.”

Alle sygeplejersker på 1813 får lønstigning og vil i løbet af de næste par uger få et brev om deres individuelle løn. 1813-aftalen vil derefter blive offentliggjort på Kreds Hovedstadens hjemmeside på dsr.dk > kredse > hovedstaden

Protester imod omprioriteringsbidraget

Sygeplejersker i hovedstaden og i Nordjylland demonstrerede i starten af marts mod det såkaldte omprioriteringsbidrag, der ifølge flere borgmestre vil betyde forringelser på sundhedsområdet.

Repræsentanter for Dansk Sygeplejeråd, Kreds Hovedstaden demonstrerede den 9. marts foran KL's hovedbygning i København (billedet) som en del af sammenslutningen af faglige organisationer, Velfærdsalliance.dk. Nordjyske sygeplejersker var med, da Velfærdsalliance.dk dagen efter demonstrerede foran KL's topmøde i Aalborg.

Omprioriteringsbidraget dækker over den særlige ene procent, som landets kommuner skal spare hvert år frem mod 2019. Den ene procent går tilbage til staten. Politikerne på Christiansborg omprioriterer så pengene, der f.eks. kan blive ført tilbage til kommunerne, men som også kan

gå til skattelettelse. Ifølge en rundspørge foretaget af KL's nyhedsbrev Momentum regner 69 pct. af landets borgmestre med, at omprioriteringsbidraget betyder serviceforringelser på sundhedsområdet, mens 72 pct. forventer serviceforringelser på ældreområdet.

(mb)



Foto KATRINE LESTER

Mere i løn til specialuddannede og kandidater pr. 1. april

OVERBLIK. Der er mere i løn og pension i vente for især specialuddannede sygeplejersker og kandidater. Desuden bliver basissygeplejersker og især lederne løftet i pension. Faglighed, specialuddannelse og mere i pension var i Sundhedskartelletts fokus, da de nye overenskomster blev forhandlet med arbejdsgiverne sidste år. Den 1. april slår forbedringerne fra OK15 igennem.

”Det her resultat er rigtig vigtigt for os. Det lykkedes at få sidestillet sygeplejersker med en kandidatgrad med andre akademiske grupper, så det nu er lige så formålstjenligt at være akademisk sygeplejerske og medlem af Dansk Sygeplejeråd, som det er at være medlem af andre organisationer for akademikere. Jeg er sikker på, at mange sygeplejersker vil være enige i, at det er godt. Men mange vil nok også mene, at de ikke er blevet prioriteret, og vi kunne selvfølgelig have ønsket mere,” siger formand for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen.

Her er et samlet overblik over de forbedringer, som træder i kraft pr. 1. april 2016.

(sbk)



Løn og pension stiger

Der er mere i løn til sygeplejersker med specialuddannelser og mere i pension til både basissygeplejersker og ledende sygeplejersker i kommunerne og regionerne.

Løn og pension i kommunerne:

- I dag har sundhedsplejersker, som er indplaceret på trin 5 eller 8, et tillæg til grundlønnen på 6.600 kr. årligt (2006-niveau). Pr. 1. april 2016 gælder det alle sygeplejersker med relevant specialuddannelse godkendt af Sundhedsstyrelsen.
- Alle specialuddannede sygeplejersker med mere end fire års erfaring får et årligt tillæg på 5.750 kr. (2006-niveau) pr. 1. april 2016.
- En bestemmelse om skal-tillæg uden beløbsgrænse omkring specialuddannelse i § 5, stk. 2 nr. 2, bortfalder pr. 1. april 2016.
- Der er aftalt pensionsforbedringer for basissygeplejersker på 0,12 pct. (fra 13,82 pct. til 13,94 pct.) og for ledende sygeplejersker ansat på grundløn L5 eller L6 på 1,65 pct. (fra 13,87 til 15,52 pct.).
- Alle sygeplejersker med ATP's E-sats løftes til F-sats fra den 1. april 2016. Alle ATP-satser forhøjes derudover med 168 kr. årligt pr. 1. januar 2016.

Løn og pension i regionerne:

- Specialuddannede sygeplejersker har i dag et pensionsgivende tillæg på 11.900 kr. årligt, pr. 1. april 2016 forhøjes det pensionsgivende tillæg til 17.550 kr. årligt.
- Der er aftalt pensionsforbedringer for basissygeplejersker på 0,14 pct. (fra 13,37 pct. til 13,51 pct.) og for ledende sygeplejersker med pensionsprocent på 13,39 stiger pensionen med 1,65 pct. (fra 13,39 pct. til 15,04 pct.) med ikrafttræden pr. 1. april 2016.
- Alle sygeplejersker med ATP's E-sats løftes til F-sats fra den 1. april 2016. Alle ATP-satser forhøjes derudover med 168 kr. årligt pr. 1. januar 2016.

Løn i staten:

- Der er aftalt en lønstigning på 0,8 pct. på statens område, som træder i kraft pr. 1. april 2016.





Kandidater bliver sidestillet med akademiske grupper

En række forbedringer betyder, at sygeplejersker med kandidatgrad bliver ligestillet med andre akademikere.

Mere i pension til kandidater i kommunerne

- Pensionen bliver forhøjet fra 13,82 pct. til 18,30 pct. pr. 1. april 2016.
- ATP-satsen hæves fra E- til A-bidrag, hvilket svarer til 777,60 kr. om året.
- Den særlige feriegodtgørelse udgør 1,95 pct. pr. 1. april 2016.

Mere i løn og pension til kandidater i regionerne

- Der er aftalt en særlig lønskala for kandidater svarende til Akademikerens, AC, lønskala (A4-A8) pr. 1. april 2016 – konstruktionen i lønskalaen er identisk med lønskalaen i Kommunernes Landsforening, KL.
- En forhøjelse af pensionen fra 13,37 pct. til 18,46 pct. pr. 1. april 2016.
- ATP-satsen hæves fra E- til A-bidrag, hvilket svarer til 777,60 kr. om året.
- Den særlige feriegodtgørelse udgør 1,95 pct. pr. 1. april 2016.

Overgangsbestemmelse for allerede ansatte kandidater i regionerne

- Indplaceringen på den særlige lønskala for allerede ansatte kandidater sker på baggrund af opnået anciennitet.
- Der er garanti mod lønnedgang.
- Udligningstillægget aftrappes ved kommende anciennitetsstigninger på skalaen, medmindre andet aftales lokalt.

Ændring af dækningsområde for kandidater i regionerne

På det regionale område blev der ved OK13 aftalt en dynamisk dækningsmodel, hvor alle kandidatuddannelser er omfattet af overenskomsten, forudsat at:

- det adgangsgivende grundlag for kandidatuddannelsen er en af de professionsbachelor, der er dækket af Sundhedskartellet's overenskomst
- faget skal have betydning for bibeskæftigelsen.

Ved OK15 er indført et ekstra kriterium i områdebestemmelsen, som træder i kraft pr. 1. april 2016 om, "at stillingen skal forudsætte akademisk uddannelse".

Nye arbejdstidsregler for kandidater i regionerne

I forhold til kandidater er der ved OK15 aftalt to forskellige regelsæt for arbejdstid i regionerne pr. 1. april 2016:

- De kandidater, der arbejder i administrative stillinger, er omfattet af de særlige arbejdstidsregler, der følger af protokollatet for kandidater, som er en tillempet AC-model. Du kan læse mere om disse arbejdstidsregler på dsr.dk/okapril16
- For de kandidater, som arbejder i egentlige vagtplaner, følger deres arbejdstidsregler vores arbejdstidsaftale med RLTN.



Ny arbejdstidsaftale i kommunerne

Sammen med FOA, Socialpædagogerne og 3F har Sundhedskartellet indgået en ny arbejdstidsaftale med Kommunernes Landsforening.

Det betyder, at der nu bliver mere ensartede regler på tværs af de forskellige faggrupper på det døgndækkede område. De væsentligste ændringer sker i planlægningsbestemmelserne og på ulempebetalingen.

- Der kan aftales en opgørelsesperiode (normperiode) på op til 16 uger. *Opgørelsesperioden skal aftales lokalt – derfor er det vigtigt, at det drøftes på arbejdspladserne inden den 1. april.* Der skal stadig foreligge en tjenesteplan på mindst løbende fire uger.

- Lørdagstillæg på 28 pct. udbetales fra kl. 08.00 (tidligere fra kl. 11.00)
- Aftentillæg på 27 pct. udbetales fra kl. 17.00 (tidligere fra kl. 18.00)
- Der betales 3 pct. pension af særydelser på aften/nattillæg, lørdagstillæg og søn- og helldagstillæg.
- Der sker en omlægning af de særlige fridage – nytårsaftensdag, 1. maj og grundlovsdag.

Læs mere om, hvad
OK15 betyder for dit
område på
dsr.dk/okapril16

HØRT! DEN GODE OG DEN DÅRLIGE HISTORIE

Da fællestillidsrepræsentant **Bente Yder**, Sygehus Vendsyssel, blev kontaktet af en journalist fra Nordjyske Stiftstidende, lagde hun vægt på, at der både var en god og en dårlig historie at fortælle om sygeplejerskernes arbejdsmiljø.

Tekst **KIRSTEN BJØRNSSON** · Foto **ASTRID DALUM**

I nogle afdelinger på Sygehus Vendsyssel er arbejdsmiljøet så presset, at sygeplejerskerne bliver slidt ned og søger væk. Men der er også afdelinger, hvor medarbejderne trives.

Så da fællestillidsrepræsentant Bente Yder i begyndelsen af februar blev interviewet til Nordjyske Stiftstidende, lagde hun vægt på både at fortælle om det, der kørte skidt, og det, der kørte godt.

I interviewet beskrev Bente Yder og hendes suppleant, Christine Schjøtt, hvordan Arbejdstilsynet i flere omgange havde givet påbud om at forbedre forholdene. Hvordan personalet blev syge af presset og søgte væk, og hvordan nedlagte senge og stillinger havde ført til overbelægning, så sygeplejerskerne ustandselig måtte arbejde over og blev kaldt ind på deres fridage.

”Men jeg fortalte også journalisten om vores hjertemedicinske afdeling, der fra at være en afdeling i kaos er blevet en afdeling med stor trivsel og et meget lavt sygefravær,” siger Bente Yder. Historien om, hvordan det er sket, blev fortalt i en separat artikel.

”Før havde afdelingen to afsnitsledere, men det valgte de at gå væk fra. I stedet

”**Direktøren er selvfølgelig aldrig glad for at komme i pressen på den måde, men han syntes, det var o.k., hvad jeg havde sagt.**”

har de ansat basispersonale for den ene lederløn, og afsnitslederen har inddraget personalet og sagt: Jeg kan ikke det hele, så I må tage ansvar. Det har de gjort, og i dag har de et gennemsnitligt sygefravær på tre dage. Om året.”

Det var den journalist, der dækker sundhedsvæsenet for Nordjyske Stiftstidende, der ringede og foreslog et interview om sygeplejerskernes arbejdsmiljø. Bente Yder kendte journalisten og tænkte, at det var en god måde at få ud til befolkningen, hvordan det står til. Siden har hun hørt fra flere kolleger, at de er glade for, at hun taler deres sag. Men hun oplever ikke, at pressedækningen som sådan har fået ting til at ske.

”Ledelsen kender jo udmærket problemstillingerne i forvejen, og de arbejder med dem. Jeg har en meget lydhør direktør. Det er bare ikke alt, han kan løse.”

Hun havde på forhånd orienteret sygehusdirektøren om interviewaftalen.

”Han er selvfølgelig aldrig glad for at komme i pressen på den måde, men han syntes, det var o.k., hvad jeg havde sagt.”

Bente Yder bruger helst kommandovejen og går kun selv til pressen, hvis hun oplever, at hun ikke kan trænge igennem. Forrige gang, hun var i avisen, var i efteråret, da hun sammen med sin FTR-kollega fra Aalborg Universitetshospital, Kirsten Høslet, svarede på et synspunkt fra regionsrådsformanden Ulla Astman.

”Vi følte os tilsidesat i det, hun skrev om besparelserne, fordi hun kun forholdt sig til, hvad lægerne mente. Vi vendte det med vores kredsformand Jytte Wester og svarede med et synspunkt, så Ulla Astman kunne se, at vi også var til stede. Det førte til, at vi straks fik en indbydelse til et møde og en undskyldning.”

Fællestillidsrepræsentant Bente Yder har flere gange udtalt sig til Nordjyske Stiftstidende om arbejdsmiljøet for sygeplejerskerne på Vendsyssel Sygehus. Hun bruger helst kommandovejen og går kun selv til pressen, hvis hun oplever, at hun ikke kan trænge igennem.



Giv os bedre arbejdsforhold

Af **CHRISTINA LARSEN**

Begejstringen over at være nyuddannet sygeplejerske blev desværre hurtigt afløst af frustrationer, hvorfor jeg deltog i et arrangement for nyuddannede sygeplejersker, arrangeret af Dansk Sygeplejeråd. Efter arrangementet blev mine frustrationer større.

Dansk Sygeplejeråds mantra vedrørende nyuddannede lyder: De nyuddannede får et chok, når de træder ud på arbejdsmarkedet, fordi de fornødne kompetencer fra skolen ikke er til stede. Det gør, at de ikke føler, at de kan leve op til de krav, der stilles ude på afdelingerne. Dette argument bruges også som årsag til problematikken om nyuddannede, som efter få år søger væk fra faget.

Årsagen til problemerne bunder i de arbejdsvilkår, sygeplejersker har i sektoren. På mange afdelinger skal du f.eks. arbejde hver anden weekend. Sammen med seksten timers arbejde hver anden weekend kan du se frem til aldrig at kunne besøge familien i højtiderne. Ordet ”jul” kan give enhver sygeplejerske hjertebanken, da stort set ingen afdelinger kan give sammenhængende fridage, så en højtidsfejring med familie 100 km fra arbejdspladsen er mulig.

I 2015 handler seks ud af 14 forsider på *Sygeplejersken* om dårligt arbejdsmiljø. Disse bygger på arbejdspress i form af tid, opgaver eller af psykisk karakter. Når vi sammenholder det med en grundløn i Region Sjælland på omkring kr. 23.000, er mit indtryk, at nogen finder, at det er det ikke værd. Problemerne har intet at gøre med professionshøjskolernes uddannelse af sygeplejersker.

Jeg appellerer derfor til, at Dansk Sygeplejeråd ikke længere sender ”aben” i retning af professionshøjskolerne, men tværtimod griber i egen barm og giver mine kollegaer derude bedre forhold.

Christina Larsen arbejder på Akutafdelingen Akut 2, Slagelse Sygehus.

SVAR

Kære Christina

Tak for din henvendelse. Du griber fat i nogle utroligt væsentlige problemstillinger både i forhold til de aktuelle arbejdsvilkår og måden, vi taler og skriver om dem på.

Det er korrekt, at vi har haft mange temaer i *Sygeplejersken*, der handler om dårligt arbejdsmiljø. Det skyldes, at det er et område, vi er meget optagede af og også arbejder hårdt for at forbedre.

Flere af vores egne undersøgelser viser, at sygeplejersker oplever væsentlig større arbejdsmængde og højere arbejdstempo sammenlignet med andre faggrupper i Danmark. Og hver anden sygeplejerske oplever ikke at kunne levere fagligt forsvarlig sygepleje på grund af faktorer i arbejdsmiljøet. Dette er især udslagsgivende for de unge og nye sygeplejersker på arbejdsmarkedet. Det er en fortælling, der også bekræftes i de mange henvendelser fra både medlemmer og tillidsvalgte, som vi får.

Arbejdstilsynet gennemførte i 2014 en særlig tilsynsindsats om psykisk arbejdsmiljø på hospitaler, som afstedkom mange påbud omkring stor arbejdsmængde og tidspres. Der blev peget på en række generelle årsager til dette pres, som bl.a. handler om stort forandringspres og flere og mere komplekse arbejdsopgaver, hvor arbejdsopgaver og ressourcer ikke hænger sammen.

På baggrund af undersøgelserne og arbejdstilsynets indsats har vi i Dansk Sygeplejeråd fulgt op på arbejdet med at sætte fokus på håndtering af de konkrete påbud omkring arbejdspress, og at arbejdsgiverne reelt får problemerne løst. Vi har desuden rettet henvendelse til beskæftigelsesministeren og har været i dialog med Danske Regioner for at stille krav om, at der følges op på påbuddene, og at problemer med arbejdspress bliver forebygget fremadrettet.

Der er en hårfin balance fra Dansk Sygeplejeråds side mellem at sætte fokus på dårligt arbejdsmiljø og samtidig ikke gøre det til centrum for vores fag. Og det er bestemt også vigtigt, at der bliver fokuseret på nogle af de fantastiske mange gode grunde til at være sygeplejerske og de mange steder, hvor arbejdsmiljøet faktisk er rigtig godt.

Det er ikke vores hensigt at skyde skylden på professionshøjskolerne. Men det er velkendt, at det kan være hårdt for de nyuddannede sygeplejersker at ”komme ud i virkeligheden”, og at nyuddannede ikke altid selv føler, at de er godt nok klædt på til at håndtere kravene på arbejdspladsen. Dette er et fælles ansvar, som både hviler på skolerne, arbejdspladserne, politikerne og ikke mindst Dansk Sygeplejeråd. Vi skal i samarbejde sørge for, at overgangen fra studerende til sygeplejerske bliver så god, at I har lyst til at blive i faget i rigtig mange år.

I næste nummer af nyhedsbrevet PULS fra DSR Kreds Sjælland, er der en artikel om kompetenceudvikling af nyuddannede – her ses et godt eksempel på, hvordan man på Holbæk Sygehus sørger for at klæde de nyuddannede bedre på til arbejdet.

Venlig hilsen

ANNI PILGAARD, 1.-næstformand.

Er døden altid det værste, der kan ske?

Af **STINE RIEGELS**

Kommentar til artiklen "Når patienten siger nej, er dialog den eneste løsning" i Sygeplejersken nr. 12/2015

Dialog er også den eneste løsning, når patienten siger ja!

Artiklen sammenblander to forskellige problemstillinger: Når patienten ikke selv kan tage stilling til behandling pga. svigtende kognitive evner, har vi som fagpersoner ansvar for at tage vare på patienten og vælge den mindst indgribende indsats for at lindre og evt. kurere.

Når en kognitivt intakt patient på et informeret grundlag siger "nej tak", altså nægter behandling, må sygeplejersken respektere dette. Gerne efter dialog, hvor man sikrer sig, at patienten forstår konsekvenserne. Evt. angstlidelser og andet, der kan blokere for, at patienten kan deltage i udredning og modtage behandling, skal selvfølgelig afdækkes og lindres.

Jeg undrer mig over, at det ses som et problem, at mennesker fravælger aktiv behandling, hvis de er alvorligt syge og ikke kan kureres. Hvordan kan sygeplejersker påstå at vide, hvad der for den enkelte er den bedst mulige behandling? Jo, sygeplejefagligt har vi en viden, men overordnet ved vi vel ikke bedre end patienten selv, hvad der er bedst for den enkelte?

Jeg har arbejdet i mange år med syge socialt udsatte, og her når man ingen vegne med pædagogiske fif. Patienten er selv eksperten i sit liv, og som sygeplejerske kan man bidrage til den syges lindring og eller/helbredelse med sin sygeplejefaglige viden og erfaring. Man kan forsøge at forstå patientens valg, men man må respektere det, uanset om man forstår det eller ej.

Jeg har desuden arbejdet mange år med alvorligt syge og døende på en palliativ afdeling, hvor vi tager imod de ikke-hospiceegnede, dvs. døende patienter med processer i hjernen, demens, psykose, afasi etc. Her er det dagligt en udfordring at vurdere, om patienten selv er i stand til at træffe sine valg.

Jeg føler mig derfor fortrolig med vurderingen af, om mennesker er i stand til at tage vare på sig selv. Jeg er også fortrolig med følelsen af afmagt, når en patient vælger anderledes, end jeg selv ville have gjort. Men det berettiger mig ikke til at udtænke en særlig raffineret sygeplejefaglig pædagogik, der kan forhindre, at mennesker siger "nej tak."

Artiklen nævner en dement person, der ikke vil have sondemad. Det lyder meget naturligt at miste appetitten, når man er alvorligt desorienteret og syg. Til slut vil jeg derfor undrende spørge: Er døden altid det værste, der kan ske?

Stine Riegels er sygeplejerske, cand.scient.soc.

Puljemidler må ikke bruges til forskning

Af **ELSE GULDAGER**

Svar på kommentaren "Savner fortsat svar på grundlag for evaluering" i Sygeplejersken nr. 3/2016.

Jeg kan tilslutte mig Renata Sloth Carlsens (RSC) ønske om mere viden om effekter af forældrekurser og svar på, "hvordan man kan konkludere, at det er forældre kurset, der har påvirket forældrene". RSC stillede et lignende spørgsmål ved evalueringens offentliggørelse, og svaret fra Sundhedsstyrelsen var (frit efter hukommelsen), "at puljemidler ikke må bruges til forskning".

Rammerne for, hvad SATS-puljen må bruges til, er hverken Sundhedsstyrelsens eller Rambølls ansvar.

Mange kunne nok tænke sig et kontrolleret eksperiment. Et stort studie, der bidrog med virkningsmekanismer, dynamiske faktorer og grundlæggende sammenhænge mellem indsats og virkning. Det er sikkert det, RSC efterlyser. Og som evalueringen ikke er. Det er jeg enig i.

Jeg mener, evalueringen viser, det er muligt at udarbejde et forældrekursuskoncept, som har høj fidelitet (bruges efter hensigten), at mænd og kvinder deltager ligeligt (i andre undersøgelser er kvinder overrepræsenteret), at forældre-barn-kontakten styrkes, og at forældrenes stressniveau falder i forløbet (uden at pege på det er programmets skyld).

Evaluering kan aldrig blive en ideel ramme set med forskningsøjne. Men det betyder ikke, at barnet må smides ud med badevandet. Evalueringen kan bruges ud fra de betingelser og begrænsninger, som rammerne for den giver. Jeg håber, at mange fagfolk har lyst til at dykke ned i evalueringen. Og bruge af de værdifulde erfaringer, som den bidrager med. Materialet er tilgængeligt her:

<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/puljer-og-projekter/2010/boerns-trivsel-i-udsatte-familier/tvaergaende-evaluering-ramboell>

Redaktionen har forkortet dette svar og stopper hermed den langvarige meningsudveksling mellem Else Guldager og Renata Sloth Carlsen.

Else Guldager er sundhedsplejerske, ph.d.

Genindfør aktindsigt i patientjournalen

Af **ANNETTE JACOBSEN**

Den 1. januar 2014 trådte en ny offentlighedslov (lov nr. 606 af 12. juni 2013) i kraft. Loven indeholder en række regler om aktindsigt og betyder i praksis, at det er forbudt for de sundhedsprofessionelle at læse i patientens journal og lave opfølgning – selvom patienten måtte ønske det. Dette finder Daena (Fagligt selskab for akutsygepleje) problematisk. Vi er ikke alene om den bekymring. Ifølge Dagens Medicin fra 25. januar 2016 kritiserer både patientorganisationer, forskere, speciallæger og Lægeforeningen lovforslaget og opfordrer til, at lovforslaget ændres.

Dog vil vi tilføje, at loven beskytter den enkelte patients selvbestemmelse og retssikkerhed, men denne beskyttelse skal ikke ske på bekostning af påtaler til de sundhedsprofessionelle, som blot sikrer, at der er sammenhæng imellem de forskellige undersøgelser og behandlinger, patienten får.

I Daena har vi et ønske om – og vil gerne arbejde for, at vi sundhedsprofessionelle opnår aktindsigt, som vi tidligere har haft. Daena finder den begrænsede aktindsigt problematisk, fordi

- sygeplejersker ofte har en koordinerende funktion på tværs af afdelinger og sektorer – derfor er det vigtigt, at sygeplejersken kan medvirke til sammenhængende patientforløb og kan få de oplysninger, som er nødvendige.
- den daglige læring og udvikling begrænses, da det ikke er muligt at samle op på patientforløbet og dermed vurdere f.eks. effekten af behandlingen.
- ”Har det hjulpet patienten, det som vi har gjort – den behandling, som blev iværksat” er et spørgsmål, som sundhedsprofessionelle ofte stiller sig selv, og den viden, man kan opnå herved, er vigtig i erfaringsdannelsen samt i den faglige læring.
- menneskeligt er man som sundhedsprofessionel involveret empatisk i de enkelte patientforløb, hvor viden om det efterfølgende patientforløb har stor betydning og kan sidestilles med defusing, som betyder, at vi som sygeplejersker får sat ord på det enkelte forløb og får bearbejdet de oplevelser, vi som sygeplejersker har haft i forbindelse med plejen af patienten.

Som fagligt selskab opfordrer vi Dansk Sygeplejeråd til at løfte denne diskussion op på et politisk niveau med henblik på atter at få gjort aktindsigten mulig for de sundhedsprofessionelle i praksis.

Annette Jacobsen er sundhedsfaglig uddannelseskonsulent, formand for Daena, Fagligt selskab for Akutsygepleje. Skriver på vegne af bestyrelsen i Daena.

SVAR

Kære Annette Jacobsen

Læring og kompetenceudvikling er helt fundamentalt for sygeplejersker i alle dele af sundhedsvæsenet. Derfor er det også vigtigt, at sygeplejersker har mulighed for at følge op på og evaluere patientforløb på lige fod med læger, jordemødre og tandlæger. Vi vil dykke dybere ned i mulighederne for en lovændring på området, herunder at gå i dialog med politikerne herom.

Med venlig hilsen,

GRETE CHRISTENSEN, formand.

En stærk fagidentitet kan udfordre lovgivningen

Af **CAMILLA HJERRILD, CELINE YANGSGAARD WENSIEN, HEIDI AAGAARD, LOUISE ENEMARK JESSEN, MICHELLE FÆRK ANDRESEN**, og **VIBEKE MEJLSTRUP BØGH**, sygeplejestuderende, samt **ANNETTE FLØE MØLLER**, lektor

Kommentar til kommentaren ”Ulovlig magtanvendelse” i Sygeplejersken nr. 2/2016.

I kommentaren til dilemmaet “Behandling mens patienten sover” i *Sygeplejersken* nr. 14/2015 ser Rie Schou tilsyneladende bort fra etiske aspekter til fordel for lovgivningen. Rigtigt nok overholder sygeplejersken ikke sundhedsloven, idet hun behandler en patient uden samtykke. Som studerende oplever vi i pleje og behandling af demente patienter indimellem, at kravet om informeret samtykke ikke imødekommes. Vi oplever, at sygeplejersken i omsorg for den demente handler for patientens bedste uden at italesætte det etiske aspekt.

Disse situationer stiller store krav til, at sygeplejersken kan begrunde egne handlinger, f.eks. med henvisning til De Sygeplejeetiske Retningslinjer. Derfor er den etiske refleksion og diskussion afgørende i sygeplejen som baggrund for sygeplejerskens handlinger. Desværre oplever vi sjældent etiske refleksioner og diskussioner, hvor sygeplejersker italesætter deres etiske overvejelser.

Noget går galt, når Rie Schou med henvisning til lovgivningen skriver, at såfremt socialpædagogiske tiltag ikke har effekt, må sygeplejersken vente på, at patienten ender i en livstruende situation, før hun må handle. Dette strider imod, at sygeplejersken ifølge De Sygeplejeetiske Retningslinjer skal handle med omhu for det sårbare liv, så den enkelte patient sikres beskyttelse og omsorg.

Det kan være en faglig, måske stressende udfordring at stå i et etisk dilemma. For at kunne håndtere dette må sygeplejersken have de nødvendige kompetencer og kunne anvende en etisk refleksionsmodel, f.eks. fra Sygeplejeetisk Råd. Vi vurderer, at en stærk fagidentitet, hvor sygeplejersken er bevidst om sine værdier og holdninger, kan udfordre lovgivningen, som det også fremgår i retningslinjen “at sygeplejersken, med omhu for det sårbare liv, skal udfordre love og instrukser, hvis de strider mod professionens etiske værdier”.

Forfatterne er sygeplejestuderende/ansat ved VIA Sygeplejerskeuddannelsen, Campus Aarhus N.

DANMARK SKAL VÆLGE FRA



Danmark er kendt for sit mål om fri og lige adgang til sundhed. Her kan man regne med behandling i verdensklasse uden at tænke på, hvad den koster. For **politikere vil ikke vælge nogen fra**. Og så alligevel: I februar foreslog Danske Regioner et nyt medicinråd og pustede nyt liv i debatten om et dansk sundhedsvæsen i verdensklasse – men med begrænsede midler. Og det sætter etikken på prøve.

Tekst **CHRISTINA SOMMER** og **MARIANNE BOM**
Illustration **MIKKEL HENSSEL**





PRIORITERING ER MERE END MEDICIN

Danske Regioners forslag om et nyt medicinråd har sat gang i en gammel, men højaktuel debat om, hvordan det danske sundhedsvæsen bedst prioriterer sine begrænsede midler. Debatten bærer præg af **tilfældigheder og manglende beslutningsmod** hos især folketingspolitikere, mener sundhedsøkonom, og etikken bør også fylde mere, påpeger bl.a. Dansk Sygeplejeråd.

Tekst **CHRISTINA SOMMER**
Illustration **MIKKEL HENSSEL**

Med forslaget om at etablere et medicinråd har Danske Regioner for alvor sat gang i debatten om, hvordan de danske sygehuse skal håndtere de stadigt stigende medicinudgifter, der i 2015 løb op i 7,53 mia. kr.

Udgifterne til sygehusmedicin udgør altså en mindre del af sundhedsvæsenets samlede budget på omkring 100 mia. kr. om året. Så når forslaget alligevel formår at skabe overskrifter og få skarpe kommentarer med på vejen, skyldes det bl.a., at Danske Regioner med medicinrådet lægger op til, at sygehusene formelt kan afvise at tage ny medicin i brug pga. prisen. Det er et kontroversielt emne, som ingen andre, især ikke politikerne på Christiansborg, har turdet italesætte så konkret før, da det udfordrer det danske sundhedsvæsenes kongstanke om fri og lige adgang til sundhed for alle.



Antagelsen om, at der ikke mangler penge, lever altså i bedste velgående endda hos sundhedsministeren.

LINE GESSØ STORM HANSEN

De senere års stigende medicinudgifter har dog gjort behovet for klare, tydelige prioriteringer fra centralt politisk hold endnu mere synligt, siger sundhedsøkonom Kjeld Møller Pedersen, Syddansk Universitet Odense. Han udgav i oktober sidste år debatbogen "Prioritering i sundhedsvæsenet", og i forordet påpeger han bl.a., at sundhedsvæsenets komplekse udfordringer kræver valg og fravalg – prioritering på et oplyst grundlag. Men ifølge sundhedsøkonomen er den danske debat om prioritering i sundhedsvæsenet fattig på analyse, på begreber og ikke mindst på vilje til at inødegå situationens alvor.

Slår syv kors for sig

Prioriteringsdebatten er ikke ny, hverken i udlandet eller i Danmark, og der er



QALY og ICER

Når man skal sammenligne to behandlinger eller præparater, kan den sundhedsmæssige effekt med fordel opgøres i kvalitetsjusterede leveår, også kaldet QALY. QALY indfanger både forbedringer i livskvalitet (fysisk, socialt og psykisk) og forlænget levetid for patienten som følge af behandlingen. QALY gør det muligt at sammenligne sundhedseffekten på tværs af sygdomme og diagnoser. Samler man resultatet af QALY med omkostningerne i den såkaldt inkrementale omkostningseffektbrøk (ICER), opnår man den størst mulige (dokumenterede) sundhedsmæssige gevinst pr. krone. Det gør det i sidste ende muligt politisk at beslutte, hvor meget man er villig til at betale for et kvalitetsjusteret leveår.

Kilde: "Prioritering i sundhedsvæsenet", Kjeld Møller Pedersen, oktober 2015.

bred enighed om, at det i sidste ende er politikernes ansvar at prioritere de offentlige sundhedsydelse. Men historisk set har både røde og blå regeringer på Christiansborg gennem årtier ofte sneget sig udenom at diskutere og ikke mindst beslutte, hvordan det danske sundhedsvæsen bør prioritere, især når det kommer til ny dyr sygehusmedicin eller dyre behandlingsmetoder. Som Kjeld Møller Pedersen udtrykker det, vil folketingspolitikkerne gerne foretage prioriteringer på makroniveau, hvor de bl.a. afgør, hvor store ressourcerne til sundhedsvæsenet skal være. Men når der ikke er nok til det hele, "slår de syv kors for sig og vil ikke forholde sig til behandlingsprioritering."

Sygeplejerske Line Gessø Storm Hansen er 1.-kreds næstformand i Dansk Sygeplejeråd Kreds Syddanmark og nyslået kandidat i økonomi med et speciale omhandlende netop prioriteringer i sundhedsvæsenet. Også hun har noteret sig den manglende prioritering på Christiansborg.

"Emnet er simpelthen ikke populært blandt borgerne, først og fremmest fordi en prioritering indeholder et fravalg, og ingen ønsker at blive valgt fra. Mange politikere på Christiansborg vil nødig erkende, at midlerne er begrænsede, og at der ikke er råd til alle behandlinger," siger hun.

Selvom prioritering for alvor kom på den sundhedspolitiske dagsorden i løbet af 1970'erne, viste valgkampen under det seneste folketingsvalg i foråret 2015

tydeligt, at selv de to statsministerkandidater mente, at ingen behandlinger skal prioriteres fra i sundhedsvæsenet.

Et par måneder efter udtalte den nye sundhedsminister Sophie Løhde (V) til DR Nyheder: "Et sundhedsvæsen i verdensklasse er et sundhedsvæsen, hvor der er råd til ny og bedre medicin. Det må ikke være pengepungen, der afgør, om man kan få den behandling, man har behov for."

Det får Line Gessø Storm Hansen til at konkludere:

"Antagelsen om, at der ikke mangler penge, lever altså i bedste velgående endda hos sundhedsministeren. Det bør derfor medføre, at regionerne får midler til at dække både den nye livsforlængende medicin og opretholdende bemanning m.m. på sygehusene, men det sker som bekendt ikke."

Der prioriteres overalt

De manglende prioriteringer fra centralt hold medfører bl.a., at prioriteringer i sundhedsvæsenet den dag i dag foregår mange forskellige steder, i mange situationer og ofte ud fra mere eller mindre gennemsigtige kriterier. Derudover kompliceres prioriteringsdebatten i Danmark af, at beslutningstagere og debattører mangler et klart begrebsapparat at diskutere ud fra, mener Line Gessø Storm Hansen.

"Begrebet prioritering anvendes i daglig tale meget bredt, og der er behov for et begrebsapparat – et prioriteringssprog om man vil."

Ifølge Line Gessø Storm Hansen foregår prioriteringerne på tre niveauer. På det vertikale niveau beslutter folketingspolitikkerne f.eks., hvor et nyt supersygehus skal placeres, mens der på det horisontale niveau ligger de prioriteringer, der træffes i forhold til patienter og borgere, primært med udgangspunkt i, hvilken behandling en gruppe patienter skal tilbydes.

Ifølge Line Gessø Storm Hansen er et af problemerne i dag, at mange af disse beslutninger burde tages vertikalt, dvs. på øverste politiske niveau, men i stedet havner hos de enkelte regioner, sygehuse, ledelser ja sågar læger eller sygeplejersker.

”Det bliver især tydeligt i forhold til de stigende medicinudgifter, som mange steder fører til, at regioner og hospitaler skal spare, især på personale. Det medfører i yderste konsekvens, at urimelige prioriteringer lægges ud til de enkelte medarbejdere,” siger hun og fastslår:

”Prioriteringer om dyr sygehusmedicin er og bliver et landsdækkende problem og bør håndteres derefter.”

Endelig er der prioritering på rationeringsniveau, som foregår individuelt i mødet med den enkelte patient. Mange af disse prioriteringer er en naturlig del af personalets daglige arbejde. Som sygeplejerske og læge er det en arbejdsopgave ud fra både faglige og etiske overvejelser at igangsætte den korrekte pleje og behandling. Men også her medfører besparelser og manglende prioriteringer fra folketingspolitikere, at personalet ofte havner i urimelige situationer og må foretage såkaldt usynlige prioriteringer mere af nød end med faglige begrundelser.

”Som fagpersoner skal vi ustandseligt tage stilling til, i hvilken rækkefølge vi tager os af de enkelte patienter, samt hvilken pleje vi har mulighed for at give dem. Mangler der medarbejdere, er personalet nødt til at rationere og prioritere mere, end hvis der havde været fuld bemanning. Her er det nok oftest de patienter, som har brug for pleje og omsorg, der tilsidesættes, til fordel for de mere behandlingskrævende patienter,” siger Line Gessø Storm Hansen.

Nytteetik er nødvendig

Line Gessø Storm Hansen mener også, at det i høj grad er værd at dvæle ved etikken eller rettere manglen på samme i den danske prioriteringsdebat. Behovet for at inddrage etikken mere systematisk vokser i takt med, at vi bliver bedre til at behandle.

”Det udfordrer til stadighed vores etiske grænser. Forskningen gør, at vi kan mere, end vi etisk bør eller vil, f.eks. har vi redskaberne til at designe et barn med præcis den hårfarve, øjenfarve og køn, vi ønsker, men det finder et flertal af befolkningen frastødende og uetisk,” siger hun.

Etiske overvejelser indgår mere eller mindre ubevidst i alle prioriteringer. Og etik er en del af sundhedsmedarbejdernes DNA og optræder i både lægeløftet og de sygeplejeetiske retningslinjer. I 1996 præsenterede Det Ethiske Råd fire anbefalinger til, hvordan etikken mere systematisk kunne tænkes ind i prioriteringsdebatten (se boksen ”Det Ethiske Råd”).



Mangler der medarbejdere, er personalet nødt til at rationere og prioritere mere, end hvis der havde været fuld bemanning.

LINE GESSØ STORM HANSEN

”Jeg synes, at de fire punkter stadig er højaktuelle at inddrage i prioriteringsdebatten, men ingen folketingspolitikere har formået at gribe dem og sætte gang i en folkelig og bred debat, som man f.eks. har haft i Norge, desværre,” siger Line Gessø Storm Hansen og uddyber:

”Økonomiske betragtninger hverken kan eller skal stå alene, og det gør de heller ikke. Når sundhedsvæsenet f.eks. bruger fem gange så meget på kræftbehandling og 10-20 gange så meget på børnebehandling i forhold til gennemsnittet, skyldes det jo også etiske overvejelser. Alle kan f.eks. se det etisk korrekte i, at man bruger flere penge på børn og dødsyge patienter,” siger Line Gessø Storm Hansen, men henvi- ser samtidig til, at både kræftpatienter og børn har stærke interessegrupper bag sig i form af Kræftens Bekæmpelse og forældre, som kan påvirke prioriteringen.

Inden for medicinsk etik opererer man primært med to former for etik, nemlig nytteetikken og pligtetikken. En nytteetisk prioritering/handling er en, der skaber mest mulig nytte for flest mulige mennesker. Og en pligtetisk prioritering/handling foretages ud fra det, vi er forpligtede til som mennesker og i kraft af den stilling, vi er i. Uden overordnede etiske principper i prioriteringsarbejdet er der ifølge Line Gessø Storm Hansen risiko for, at pligtetikken kommer til at fylde for meget.

”Så er det ofte op til den enkelte sundhedsperson at prioritere, og så kommer pligtetikken til at fylde for meget i forhold til nytteetikken. Nytteetikken har været lidt udskældt de senere år, det er forkert at prioritere nogle patientgrupper frem for andre, men det er nødvendigt også at inddrage etikken mere systematisk. Ellers er der risiko for, at sundhedsvæsenet kommer til at nedprioritere nogle patientgrupper, f.eks. de psykisk syge, som bevis-

ligt har fået tilført færre midler end så mange andre patientgrupper de senere år,” siger Line Gessø Storm Hansen og uddyber:

”Det er en svær debat, og der vil altid være eksempler på, at hvis man følger en overordnet etisk prioriteringslinje, vil der altid være et individ, som falder udenfor og ikke får den behandling, han har brug for. Og det kan så mere eller mindre retfærdigt vise, at man prioriterer forkert,” siger Line Gessø Storm Hansen.

Økonomisk evaluering nødvendig

I sin debatbog har Kjeld Møller Pedersen to forslag til, hvordan det danske sundhedsvæsen kan løfte den store prioriteringsopgave i fremtiden. Med inspiration fra især Norge og England anbefaler han først og fremmest, at der oprettes et nationalt og politisk uafhængigt prioriteringsinstitut, som skal rådgive regeringen, Danske Regioner og KL om principper og værdimæssigt grundlag for prioriteringer på alle niveauer. Derudover foreslår han et MTV-institut, som skal udføre medicinske teknologivurderinger af alle relevante sundhedsteknologier, dvs. ikke kun lægemidler. Når de to instanser skal vurdere, om ny medicin eller behandlingsteknologi skal tages i brug eller udfases, bør både økonomi og livskvalitet indgå i beslutningsgrundlaget, og her kan man med fordel bruge internationalt anerkendte omkostnings-effektanalyseredskaber som f.eks. ICER og/eller QALY (se boksen ”QALY og ICER”). Det gør man i mange andre lande, og det er med til at sikre en bedre og mere gennemsigtig beslutningsproces, mener Kjeld Møller Pedersen.

De betragtninger er Line Gessø Storm Hansen enig i.

”Hvis man ønsker sig mest mulig sundhed for pengene, bør nye produkter og behandlingsmuligheder introduceres med en økonomisk evaluering, altså

en komparativ analyse, hvor den sundhedsfaglige viden kobles med en økonomisk analyse. Det kan give de sundhedspolitiske beslutningstagere mulighed for at prioritere på et mere oplyst grundlag end ved at følge tidens trends, enkeltsager eller pres fra befolkningen,” siger Line Gessø Storm Hansen og tilføjer:

”I dag må KRIS (Koordineringsrådet for ibrugtagning af sygehusmedicin, red.) og RADS (Rådet for anvendelse af dyr sygehusmedicin, red.) f.eks. ikke inddrage prisen, når de vurderer, om ny medicin skal tages i brug. Det er ikke hensigtsmæssigt i et sundhedsvæsen, hvor ressourcerne er og bliver knappe. Danske Regioner lægger jo netop op til, at det nye medicinråd også skal inddrage prisen, om end det er lidt svært at gennemskue på hvilken måde,” siger Line Gessø Storm Hansen. ●

Det Etiske Råd

Når der skal prioriteres i sundhedsvæsenet, anbefaler Det Etiske Råd, at følgende fire hovedområder som udgangspunkt inddrages og sikres:

- Alle mennesker har lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser, og lige tilfælde behandles ens
- Mennesker med de største behov kommer først
- Svage patientgrupper lades ikke i stikken
- Der stræbes mod størst mulig omkostningseffektivitet, dog opvejet mod de øvrige tre hensyn.

Kilde: Redegørelsen ”Prioritering i sundhedsvæsenet”, Det Etiske Råd, 1996.



PRIORITERING I EUROPA

Landene omkring Danmark har i mange år til- og fra-valgt ny og dyr medicin. I modsætning hertil prioriterer Danmark ikke med **analyser af omkostning** sat op mod effekt af lægemidler og behandlinger.

DANMARK

I Danmark er det Lægemiddelstyrelsen, der vurderer, om medicin solgt på apoteker skal have tilskud. Styrelsen vurderer, om prisen står mål med udbyttet.

De to regionale medicinråd KRIS (Koordinationsrådet for ibrugtagning af sygehusmedicin) og RADS (Rådet for anvendelse af dyr Sygehusmedicin) vurderer hhv. anbefalede standardbehandlinger og behandlingsvejledninger. KRIS og RADS foretager kun en faglig vurdering af lægemidler og medtager ikke omkostninger i deres vurdering.

SKOTLAND

Scottish Medicines Consortium, SMC, har siden 2001 stået for prioritering af ny medicin ud fra omkostningseffektanalyser. Virksomhederne leverer det meste af dokumentationen, som vurderes af et fagligt udvalg. Udvalget omfatter bl.a. også industrien og lægmænd.

HOLLAND

Det hollandske institut for sundhedsydelser vurderer lægemidler, bl.a. ud fra et kriterie om omkostningseffektivitet. Regeringen har for nylig introduceret, at lægemidler, der ikke er omkostningseffektive, ikke automatisk bliver finansieret.

ENGLAND

Prioriteringsinstituttet NICE træffer i England beslutning om behandlinger ud fra effekt, bivirkninger, omkostninger og omkostningseffektivitet. NICE har som målsætning at sikre lige adgang til behandlinger. NICE har et rådgivende borgerpanel. England anvender en tærskelværdi baseret på QALY.

FRANKRIG

Haute Autorité de Santé, HAS, vurderer sammen med den såkaldte transparens komité merværdien af nye lægemidler sammenlignet med eksisterende behandlinger. I tilfælde af merværdi fastsætter en økonomisk komité den pris, som sundhedsvæsenet refunderer. QALYs kan indgå indirekte i vurderingen af lægemidler.

- Lande med centralt system for prioritering af lægemidler, hvor omkostninger er af betydning for ibrugtagning.
- Lande uden centralt prioriteringsystem for lægemidler.

Kilde:
Danske Regioner, januar 2016.

NORGE

I Norge er åbenhed et vigtigt princip i prioritering af medicin. Nordmændene har en lang tradition for offentlig debat på området. Her har man et nationalt råd for kvalitet og prioritering i sundhedsvæsenet, som rådgiver politikerne samt et beslutningsforum for nye metoder, der tager stilling til ibrugtagning af nye behandlinger. I dette forums vurdering indgår QALY.

SVERIGE

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV, udfører i Sverige omkostningseffektanalyser for receptpligtig medicin og sygehusmedicin. En gruppe under landstingene kommer med anbefalinger om ny sygehusmedicin. Sverige anvender en tærskelværdi baseret på QALY.

QALY MÅLER LIVSKVALITET

QALY (Quality-Adjusted Life Year) er et sundhedsøkonomisk mål, som måler sundhedsgevinster og sundhedstab ved behandlinger. Lægemidler, der forbedrer livskvaliteten og/eller forlænger livet for patienter, har en højere QALY.

FINLAND

Vacciner bliver i Finland vurderet nationalt på, om de er omkostningseffektive. Sygehusmedicin bliver prioriteret af hospitaler, afdelinger eller enkelte læger. Ofte ud fra retningslinjer. QALYs bliver ikke anvendt systematisk.

ESTLAND

Når et nyt lægemiddel skal introduceres i Estland, bliver det besluttet af styrelsen for medicin på baggrund af en vurdering foretaget af en komité nedsat af socialministeriet. Komitéen inddrager QALYs i sin vurdering.

LETLAND

I Letland sker der ingen central prioritering af lægemidler. Staten finansierer lægemidler for f.eks. skadestuepatienter, børn og handicappede og lægemidler, der fremgår af en diagnoseliste for ambulatoriepatienter.

TYSKLAND

IQWiG, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, placerer nye behandlinger i én af seks kategorier ud fra en faglig vurdering af, om den nye behandling tilbyder en merværdi for patienterne ift. den nuværende standardbehandling. Kategorien er afgørende for de senere prisforhandlinger, som de tyske sygekasser står for.

POLEN

Den polske styrelse for medicinsk teknologivurdering vurderer nye lægemidler ud fra disses kliniske merværdi, omkostninger og de afledte effekter for sundhedsvæsenet. Vurderingen danner grundlag for sundhedsministeriets beslutning om, hvorvidt et lægemiddel skal finansieres af det offentlige. QALY indgår i vurderingen.

NORGE

PRIORITERER

EFTER LIVSKVALITET

I Norge indgår pris, effekt og vundet livskvalitet i prioritering af ny medicin. Dagsordnerne er åbne, **patienterne sidder med ved bordet**, og målet er, at alle behandles lige. Norge er et af de rigeste lande i verden, men alligevel sker det, at patienter får nej til en ny, effektiv behandling.

Tekst **MARIANNE BOM**

I februar i år slukkede fire bureaukrater i Norge håbet om en ny, effektiv behandling for en gruppe svært syge patienter med ikke-småcellet lungekræft. En ny immunterapi med stoffet nivolumab forlænger livet med 6-9 måneder sammenlignet med den kendte cellegiftbehandling, og bivirkningerne er mindre. Alligevel blev det et nej fra det såkaldte Beslutningsforum, der siden maj 2014 har bestemt, om nordmændene skal tilbydes en ny behandling eller ej i det offentlige sundhedssystem. Fire direktører fra regionerne har det afgørende ord.

”Ifølge de kriterier, der ligger til grund for vores arbejde, er det legitimt ikke at indføre et nyt, effektivt lægemiddel, hvis det er for dyrt,” siger leder af Beslutningsforum, Lars Vorland, der er administrerende direktør i Helse Nord RHF.

En regionsdirektør i Norge har et dobbelt ansvar: Budgettet skal hænge sammen, og det offentlige skal tilbyde ordentlig sygehusbehandling til hele befolkningen. Det er på den baggrund, regionsdirektørerne har fået opgaven med at prioritere. De kan sige nej, hvis prisen er for høj i forhold til den vundne effekt og livskvalitet. De kan også sige nej, hvis konsekvenserne af et ja giver for store, negative konsekvenser for andre patientgrupper, som så har færre penge til behandling.

I tilfældet nivolumab var prisen var for høj, vurderede Beslutningsforum. Behandlingen ville koste et trecifret millionbeløb om året.

”Det sker ikke særlig tit, at vi siger nej. I 2015 skete det slet ikke. Men i 2014 sagde vi nej til en tredjedel af de nye behandlinger. Da var systemet også nyt. Nu møder vi større forståelse hos lægemiddelvirksomhederne for, at den pris, de kommer med, er et udspil. Nu forhandler vi prisen sideløbende med, at vi får analyseret behandlingen i Statens Legemiddel-

verk,” siger Lars Vorland, der dermed også er med til at sikre nordmændene den billigst mulige medicin.

Vant til debat om prioritering

I Norge har debatten om prioritering stået på i over 30 år, og der er i befolkningen en udbredt anerkendelse af behovet, viser spørgeundersøgelser. Grundtanken er, at hver gang man siger ja til én udgift, siger man nej til en anden. For selv om det norske budget til sundhed er større end mange andre landes, er det ikke ubegrænset. Når der så skal prioriteres, bør det ske i et system med stor åbenhed baseret på klare kriterier, lyder argumentet bag den norske model.

Derfor har nordmændene et nationalt råd for prioritering, der rådgiver om prioritering i kommuner og på sygehuse samt om screeninger og vacciner. De har desuden Beslutningsforum, der tager stilling til nye behandlingsmetoder og -metodikker.

I nationalt råd for prioritering sidder repræsentanter for bl.a. kommuner,

regioner, patienter, eksperter og den statslige forvaltning. I Beslutningsforum sidder regionsdirektørerne for bordenden og træffer beslutninger i konsensus. Desuden deltager observatører: bl.a. en repræsentant for patienterne, en medicinsk rådgiver, Statens Legemiddelverk (Lægemiddelstyrelsen) og fire fagdirektører fra Helsedirektoratet (Sundhedsstyrelsen).

Åbenhed og prisloft

Beslutningsgrundlaget er analyser fra Lægemiddelstyrelsen og et uafhængigt videncenter. Alle kan foreslå en ny behandling, og alle kan læse dagsordener og analyser på nettet. Men analyserne er ofte først tilgængelige efter møderne, og ofte er beregningerne streget over. Dette skyldes ifølge Lars Vorland, at lægemiddelindustrien ikke ønsker at være åben om priserne, fordi det skader industriens forhandlingsposition internationalt.

For hver ny behandling udregnes prisen pr. vundet ”kvalitetsjusteret” leveår (QALY). Beslutningsforum arbejder med et vejledende loft på 800.000 norske kroner pr. QALY. Men endnu er der ikke truffet politisk beslutning om en øvre prisgrænse. Det er forventningen, at Stortinget efter input fra to ekspertudvalg beslutter et loft senere i år.

”Det håber jeg, for så får vi et demokratisk mandat,” siger Lars Vorland.

Omkostningerne er blot ét af kriterierne for Beslutningsforums arbejde. Prognosetab – hvordan det ville gå en ubehandlet patient – og effekt af metoden er to andre overordnede kriterier. Desuden skal prioritering ske neutralt i forhold til diagnose, alder og patientgruppens størrelse. Målet er, at alle behandles retfærdigt og lige.

Bør også omfatte sundhedsfremme

Den norske patientforening, Kreftforeningen, anerkender, at det er ”mye bra” at ville skabe lige adgang til ny medicin og at prioritere på baggrund af nøgtern vurdering. Men der er også udfordringer.

”Det tager lang tid at få godkendt en ny behandling. Der kan gå op til et år, fra præparatet er tilladt. For kræftpatienter i en kritisk situation opleves det som fortvivlende,” siger assisterende generalsekretær i Kreftforeningen, Ole Alexander Opdalshei, som også mener, at der bør indføres et ”måske” til endnu ikke helt dokumenterede behandlinger, og at industrien og det offentlige i sådanne tilfælde burde dele regningen efter devisen ”ingen effekt, ingen offentlig betaling”.

Beslutningsforum er ifølge Lars Vorland enig i kritikken af den lange sagsbehandlingstid. Det er målet, at sagsbehandlingen i fremtiden klares på et halvt år. Desuden har Beslutningsforum en ambition om at give større medbestemmelse til brugerne. Fra Norsk Sykepleierforbund, NSR, lyder kritikken, at den norske model for prioritering i for høj grad fokuserer på medicinsk, kurativ virksomhed. Den bør i fremtiden også omfatte sundhedsfremmende arbejde og palliation, mener NSR.

”Diskussionen må ikke bare foregå mellem læger, jurister og økonomer,” påpeger næstformand Solveig Kopperstad Braseth. ●

SÅDAN GØR NORGE

Ny medicin vurderes bl.a. ud fra pris, effekt og livskvalitet.

Medicinprisen forhandles, mens behandlingen analyseres.

Negative konsekvenser for andre patienter tages i betragtning.

Repræsentanter for patienterne er med i beslutningsprocessen.

Mangeårig offentlig debat har givet borgerne forståelse for prioritering.

Man arbejder med et vejledende loft på 800.000 norske kroner pr. QALY.

NU SKAL MEDICINRÅDET DISKUTERES

De kommende måneder vil Danske Regioner diskutere sit forslag om et medicinråd med bl.a. sundhedsminister Sophie Løhde (V). I løbet af foråret varsler hun selv et udspil i forhold til de stigende medicinudgifter. Dansk Sygeplejeråd følger debatten nøje og påpeger, at **sygeplejersker bør spille en større rolle**, når sundhedsvæsenet skal prioritere de knappe ressourcer.

Tekst **CHRISTINA SOMMER**
Illustration **MIKKEL HENSSEL**

Der er intet juridisk til hinder for, at Danske Regioner nedsætter et nyt medicinråd, der inddrager pris og omkostningseffektivitet i forbindelse med vurdering af ny sygehusmedicin. Danske Regioner overraskede dog mange med både timing og indhold, da de præsenterede forslaget i begyndelsen af februar, ikke mindst fordi sundhedsminister Sophie Løhde (V) så sent som i december 2015 igangsatte et analysearbejde, der netop skal gøre regeringen klogere på, hvordan der kan dæmmes op for de voksende udgifter til ny medicin. Sundhedsministeriet har desuden planlagt en række drøftelser med sundhedsordførerne på Christiansborg om mulige prioriteringsmodeller frem mod sommerferien, hvor analysearbejdet også ventes færdigt.

I Dansk Sygeplejeråd følges debatten tæt, og emnet var til debat på hovedbestyrelsesmødet i februar. Her var der bred enighed om, at medicinrådet er et skridt i den rigtige retning, men også at der er brug for flere strenge at spille på end medicinpriser. Og her bør sygeplejersker være mere synlige, pointerede formand for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen.



Spørgsmålet er, om der er fagligt belæg for at bruge den dyrere IV-behandling frem for tabletter, som ofte er billigere, også i forhold til personaleforbrug.

”Sygeplejersker er allerede med til at prioritere mange forskellige steder, f.eks. på lederniveau, og især også på det såkaldte individuelle rationeringsniveau. Det er oplagt, at vi byder ind med konkrete forslag til, hvordan sundhedsvæsenet prioriterer, både i forhold til medicin og f.eks. også behandlingsmetoder,” sagde Grete Christensen.

Som eksempler på uhensigtsmæssige prioriteringer, som sygeplejersker med fordel kan gøre opmærksom på, nævnte formand for Dansk Sygeplejeråd Kreds Syddanmark, John Christensen, IV- og AK-behandlinger.

”Mange sygeplejersker oplever, at flere og flere patienter sendes hjem fra sygehusene med IV-behandling, selvom de faktisk godt kan klare at få behandlingen med tabletter. Spørgsmålet er, om der er fagligt belæg for at bruge den dyrere IV-behandling frem for tabletter, som ofte er billigere, også i forhold til personaleforbrug. Det samme med blod-



Høring om skjult prioritering

Torsdag den 31. marts kl. 9-13 holder Sygehussamarbejdet – dvs. Sundhedskartellet (herunder Dansk Sygeplejeråd), Overlægeforeningen, Yngre Læger samt FOA og HK – en høring på Christiansborg om de skjulte prioriteringer på sygehusene. Høringen vil fokusere på behovet for langsigtet prioritering og udvikling i sygehusvæsenet.

fortyndende medicin, hvor hjemvendte patienter ordineres AK-behandling ved sprøjte i stedet for tabletter, som borgerne selv kan administrere,” sagde han.

Som eksempler på andre prioriteringer, som sygeplejersker kan være med til at diskutere det fornuftige i, fremhævede formand for Dansk Sygeplejeråd Kreds Sjælland, Helle Dirksen, bl.a. skopiooperationer.

”Med de nye, langt hurtigere og mindre indgribende behandlingsmetoder flytter grænserne sig hele tiden for, hvornår og hvor mange der bliver henvist. Nogle gange er det værd at diskutere, om det f.eks. er bedre at genoptræne end at operere,” sagde Helle Dirksen.

Inddrag sygeplejeetikken

Også på det etiske niveau kan sygeplejersker gøre sig gældende i debatten, påpegede 2.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Dorte Steenberg:

”Sygeplejersker konfronteres dagligt med prioriteringsdilemmaer, store som små, og de har en værdifuld viden om, hvor der kan prioriteres anderledes, ofte på måder så det også gavner økonomien,” siger hun og uddyber:

”Men det kan måske være vanskeligt at komme af med denne viden og også at få øje på alle mulighederne i prioritering. I samarbejde med Sygeplejeetisk Råd kan vi med fordel udvikle nogle redskaber, som kan hjælpe sygeplejerskerne med at afdække og diskutere de etiske problemstillinger mere systematisk,” siger Dorte Steenberg.

Det forslag hilser Sygeplejeetisk Råd velkommen.

”Vi vil meget gerne være med til at udvikle nogle nye konkrete redskaber, som da vi sammen lavede sms-debatter og dilemmakort. Vi synes måske, at en given handling er den bedste for lige præcis vores ene patient, men hvilke konsekvenser har den for de andre? Ethiske diskussioner har sjældent et endegyldigt svar. Det handler om at se tingene fra alle sider,” siger næstformand Annette Hegelund.

Hun opfordrer desuden sygeplejersker generelt til at bruge de sygeplejeetiske retningslinjer aktivt i deres arbejde, også når det gælder prioriteringer.

”De er altid gode at tænke ind. I forhold til diskussion af mere negative konsekvenser af en given prioritering giver brugen af etiske overvejelser i argumentationen desuden større chance for, at kritikken bliver anerkendt og ikke får karakter af ”brok”,” siger Annette Hegelund.

Danske Regioner er pt. i dialog med Sophie Løhde og andre interessenter om medicinrådets endelige form. For selvom Danske Regioner godt kan skyde rådet i gang som varslet den 1. januar 2017, er der ingen tvivl om, at de ønsker en prioriteringsmodel med bred opbakning på både Christiansborg og blandt andre samarbejdsparter. ●

Hvordan står det til hos patienten i centrum?

Patientcentreret pleje, patientinddragelse og **patienten i centrum**. Kært barn har mange navne, men det er svært at bringe patienten i fokus i det fortravlede sundhedsvæsen.

Tekst SUSANNE BLOCH KJELDEN · Illustration FLEMMING DUPONT



”Patienten i centrum”. Sygeplejersker er ikke i tvivl om, hvad den sætning betyder, for den har betydning for den faglige rolle. Det mener sygeplejerske og ph.d. i historie, Trine Lassen, og hun har også et bud på, hvordan begrebet er opstået.

”I 70’erne havde sygeplejersker brug for at definere deres rolle i forhold til læger. Hospitalernes hierarki gik i opløsning, nye faggrupper kom til, og lægernes autoritet stod ikke længere uimodsagt. Hvor lægerne havde fokus på sygdomme, ville sygeplejersker sætte patienten i centrum. Fag som kommunikation og psykologi kom ind i sygeplejerskeuddannelsen,” siger Trine Lassen.

Sygeplejerske Lisbeth Duus kommer i sin artikel i *Sygeplejersken* fra 1999 med titlen ”Kan man yde omsorg for patienten i centrum” med endnu et bud på begrebets opståen. Nemlig at man i rejsebranchens serviceledelsesteori stræbte efter at sætte kunden i centrum. Daværende direktør i flyselskabet SAS, Jan Carlzon, kaldte det i 80’erne for at ”rive pyramiderne ned.” Serviceledelse vandt udbredelse i sundhedsvæsenet.

Lisbeth Duus er kritisk i forhold til at sammenligne patienter med charterturister:

”Filosofien var, at denne ledelsesteori kunne afskaffe formynderi, magt og omklamring, som man mente, sundhedsvæsenet var præget af (...) Hvis sygeplejers ydelser styres efter privatøkonomisk forbillede, risikerer vi, at omsorg for patienten bliver erstattet af omsorg som en ydelse til patienten. Målet vil ikke være patientens bedste, men derimod patienttilfredshed,” advarer hun.

Lyt til patienten

Direktør for Danske Patienter, Morten Freil, mener ikke, at sundhedsvæsenet i 2016 er kommet helt i mål med at sætte patienten i centrum:

”Der er stort politisk fokus på at inddrage patienten og træffe beslutninger sammen, men der mangler retning i forhold til, hvad man forstår ved ”at inddrage patienten”. Det helt afgørende er, at man har tid til en grundig samtale med patient og evt. pårørende, og i det pressede sundhedsvæsen er der risiko for, at samtaler, hvor man inddrager patientens og pårørendes viden og præferencer i tilrettelæggelse af behandling og forløb, bliver nedprioriteret.”

Ifølge cand.cur. og ph.d. Dorte Boe Danbjørg fra Center for Innovativ Medicinsk Teknologi er patienten i centrum stadig et varmt emne.

”Patientcentreret pleje og patientinddragelse har nu også bredt sig til forskning. Gentagne gange viser det sig, at trods de gode bestræbelser er patienten i centrum svært at få ind i sundhedsvæsenet – trods skiftende regeringers fokus.” Hun henviser til tal fra Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, LUP. Her vurderer hver tredje akut indlagte patient, at de ikke – eller i ringe grad – har været med til at træffe beslutninger om behandling. For de planlagt indlagte patienter er det endnu færre, kun hver femte. ●



• Dengang •

PRIORITERING AF TUBERKULOSEMEDICIN

Man har altid prioriteret i sundhedsvæsenet. Men det var ikke noget, man talte eller skrev så meget om. De store medicinske opdagelser var som regel altid dyre og risikable, så man udvalgte patienterne med omhu. Da penicillinet kom under 2. verdenskrig, var det i starten forbeholdt de vigtigste militærpersoner. Et par år senere blev streptomycin svaret på den store folkesygdom, tuberkulose, men også det var i starten voldsomt dyrt. At det så også gav enorme arbejdsmiljøproblemer for sygeplejerskerne, er en helt anden sag. Her ses en sygeplejerske i fuldt sikkerhedsudstyr i færd med at trække streptomycin op i 1950.

Fotoet er taget i forbindelse med en artikel i Tidsskrift for Sygeplejersker nr. 23. 1950, "Faren ved arbejde med streptomycin".

(gs)

Sygeplejerskens stafetdebat tager aktuelle emner under behandling, denne gang: Det nære sundhedsvæsen. Debattørerne giver på skift stafetten videre til en person, som de forventer, har en anden holdning end dem selv. Mette Touborg giver stafetten videre til formand for Praktiserende Lægers Organisation, PLO, Christian Freitag.

Alle borgere skal sikres en høj faglig kvalitet

Tekst
SUSANNE BLOCH KJELSDEN

METTE TOUBORG,
borgmester i Lejre Kommune
og sygeplejerske



Borgmester i Lejre Kommune, Mette Touborg, har en baggrund som sygeplejerske i den akutte psykiatri, i hjemmeplejen og på plejecentre. Hun mener, kommunerne har en unik mulighed for at yde en forebyggende og sundhedsfremmende indsats.

”Alle danskere lever i en kommune og gør brug af de kommunale tilbud, og vi har derfor en let adgang til de mere end én million mennesker med kronisk sygdom, til det voksende antal børn og unge, som oplever ensomhed og mistrivsel, og til de mange hundrede tusinde mennesker med psykisk lidelse. Vi er i berøring med dem næsten dagligt. KL’s udspil om det nære sundhedsvæsen handler så meget om vores alle sammens hverdag,” siger Mette Touborg, som mener, at det kommunale sundhedsvæsen og sygehusvæsenet er hinandens forudsætninger for at sikre en bedre kvalitet.

”Vi er med til at løse en fælles opgave om kvalitet i sundhedsvæsenet. Det kan f.eks. være at sikre, at når folk kommer hjem fra sygehuset med medicin, så er der nogen i det nære sundhedsvæsen, som er opmærksom på medicinen, og som sikrer et godt samarbejde med sygehus og praksissektor, så borgeren ikke skal tage unødvendig medicin. Et bedre samarbejde mellem sektorerne er rigtig vigtigt, ligesom det er vigtigt, at vi får en rimelig ensartet kvalitet over hele landet.”

Mette Touborg er meget optaget af at ville give bedre kommunale sundhedstilbud til ældre og udsatte borgere.

”Når man ser på, hvad størstedelen af pengene til forskning går til, så må jeg konstatere, at der er nogle sygdomme og sundhedstiltag, som har højere status end andet. Her kan kommunerne være med til at sikre, at det er lige så vigtigt at

sikre en høj faglig kvalitet til borgere med demens, medicinske patienter og borgere med psykiske lidelser, som det er at give tilbud til dem med komplicerede sygdomme, som specialuddannede læger synes er spændende.”

☉☉ Jeg må konstatere, at der er nogle sygdomme og sundhedstiltag, som har højere status end andet.

Jo mere centraliserede og specialiserede sygehusene bliver, des vigtigere er det, at kommunerne samler de udsatte borgere op, mener Mette Touborg.

”Det er enormt vigtigt, at den sundhedsfremmende og forebyggende indsats i kommunerne målrettes de her borgere, som ellers først hjælpes, når det mere og mere specialiserede hospitalsvæsen kommer på banen.” ●

Første stafetdeltager
VIBEKE KRØLL
Sygeplejersken Nr 3, 2016



Brugervenlig spirometri - også til hjemmebrug

Spiromagic er ideel til brug i klinikken og til patienten i hjemmet

- Måler lungefunktionen over 6 sekunder med 100 målinger / sek.
- Viser målinger i en app på smartphone (iPhone og Android)
- Mulighed for at se flow-volumen kurve, personlige kurver for FEV1, PEF, FVC og lungefunktion i procent

ResMedMaribo.dk



ResMed | Maribo

Sæt  i kalenderen tirsdag d. 10. maj 2016

SMERTE KONFERENCEN 2016

Konferencen henvender sig til personale, der ønsker teori og praksis viden om pleje, behandling, træning og mobilisering af kroniske smerte patienter

Tilmelding: www.smertekonferencen.dk

COBI
REHAB


HEALTH
+REHAB
SCANDINAVIA

Man burde screene mennesket, ikke bare kroppen

OVERVÅGNING. Den øgede overvågning af patienters sundhedstilstand og digitalisering af patienten flytter fokus væk fra det hele menneske. Og det udfordrer sygeplejerskerne på deres kerneidentitet, mener den afgående formand for Det Ethiske Råd.

Tekst **ANNE WITTHØFFT**
Foto **SCANPIX**

I dag er det i høj grad screeninger, blodprøver, faldsensorer, hjerterytmer, væskebalance og scanninger, der fortæller sygeplejersker og læger, hvordan patienten har det. Nye teknologier, flere behandlingsmuligheder samt et konstant behov for økonomiske prioriteringer i sundhedsvæsenet har øget overvågningen af patienternes sundhedstilstand. Og det udfordrer sygeplejerskerne på deres kerneidentitet, mener filosof og afgående formand for Det Ethiske Råd, Jacob Birkler.

For selv om den sundhedspolitiske målsætning er, at man skal tage udgangspunkt i patienten, så skaber den konstant accelererende overvågning ofte den modsatte effekt, siger Jacob Birkler.

Han har skrevet bogen "Overvågning i sundhedsvæsenet", som viser, hvordan borgere og patienters sundhedstilstand i større og større omfang overvåges fra undfangelsen til det sidste åndedrag.

"Patienten træder i dag frem digitalt gennem tal og værdier, og det gør det sværere at møde patienten som et unikt individ," siger han.

"Vi ser en bevægelse mod langt mere overvågning og langt mindre vågning. Men dermed overser vi let, hvad der har værdi for patienten. Teknologi kan overvåge, men kun mennesker kan våge," siger Jacob Birkler, der med "våge" mener, at man formår at sætte sig ind i patientens livssituation og sygdomshistorie og gennem dialog, vejledning, rådgivning og information hjælpe borgeren med at træffe et oplyst valg om behandling.

"Udgangspunktet bør være at lytte til patienten, men det sker ikke altid, og det er et kæmpe problem," siger han.

"For i dag er patienten med den øgede overvågning i mindre grad blevet et udgangspunkt og i højere grad et tilgangspunkt. Man screener kroppen i stedet for mennesket."

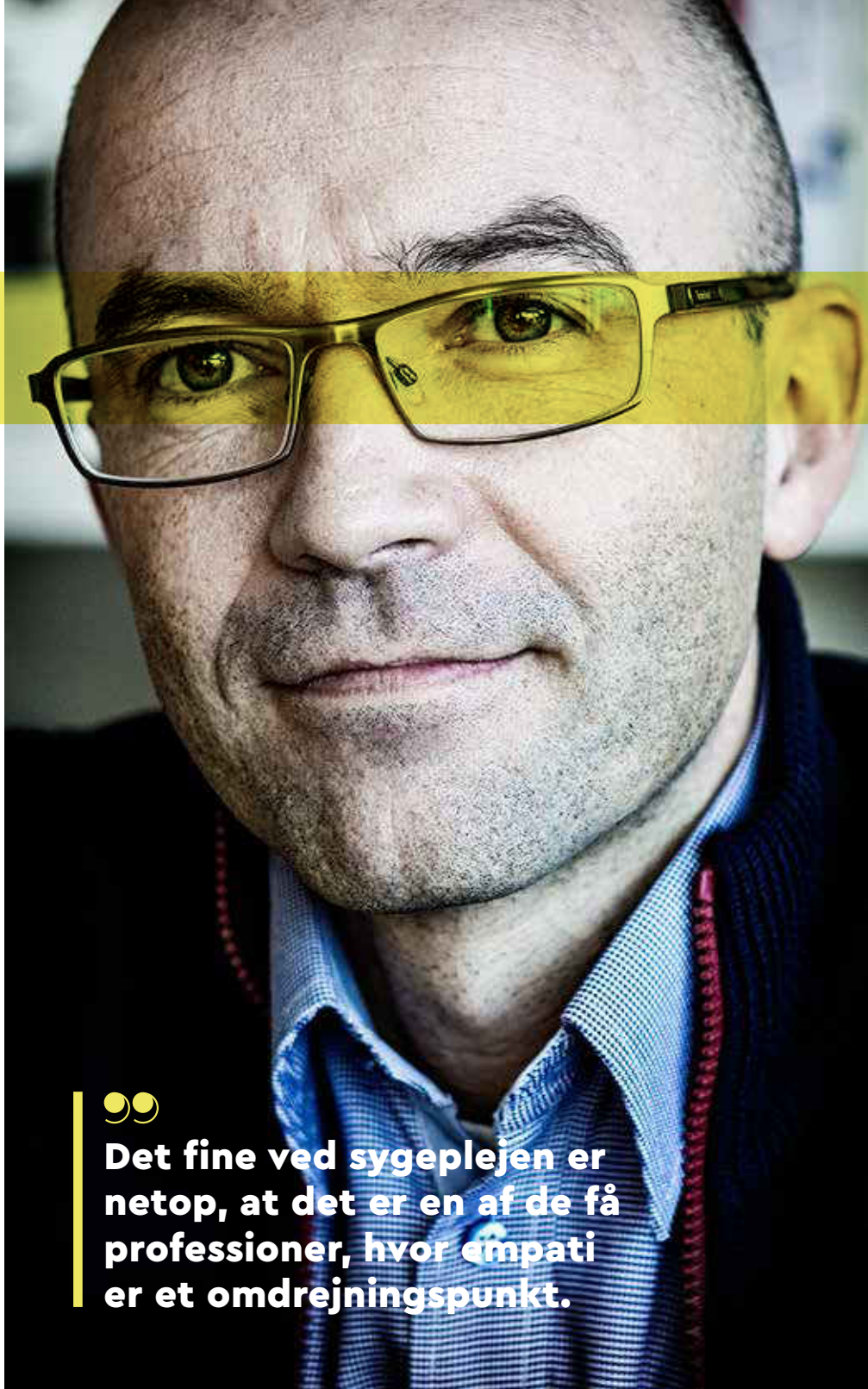
Overvågning udhuler fagligheden

Han er ikke modstander af overvågning og mener, at patientmonitorering i alle dens former er svært uomgængelig, da den er med til at sikre den mest optimale behandling for den enkelte patient.

"Der er mange åbenlyse nytteværdier af overvågning og teknologi. Og jeg ville bestemt ikke have ønsket at leve for 100 år siden, hvor der hverken var antibiotika eller mulighed for at medicinere og operere i talrige af situationer, som vi med selvfølge gør i dag," siger han.

Men han mener, at det er problematisk, i hvor høj grad at overvågning også er blevet en central og integreret del af sygeplejen. Og han håber derfor, at sygeplejersker vil bruge hans bog til at reflektere over, hvornår og hvorfor de overvåger patienterne i stedet for at våge over dem.

"For der er en stor professionalisme i det at våge, som bliver udhulet og overset, når der kun er fokus på overvågningen. For dét at våge handler om et egentligt blik for patienten, hvor man ser, hvad patienten har brug for ud fra dennes synspunkt, og det ser jeg som helt centralt for sygeplejen," siger Jacob Birkler, som fortæller, at han altid har været meget optaget af at finde ind til den inderste kerne i sygeplejen og sygeplejerskens faglige identitet.



”De seneste 10-15 år har jeg fulgt sygeplejersker og andet sundhedspersonale i deres hverdag og undervist studerende på sundhedsuddannelserne. Og jeg er kommet frem til, at sygepleje er meget mere næstehjælp end førstehjælp. Og det fine ved sygeplejen er netop, at det er en af de få professioner, hvor man tager udgangspunkt i den andens perspektiv, og hvor empati er et omdrejningspunkt. Og det er her, at det at våge kommer ind i billedet,” siger han og tilføjer:

”Man siger jo, at lægen redder livet, mens sygeplejersken redder mennesket.”

Lettere at give en kemokur mere

Dette udsagn fik han bekræftet, da han sidste år i oktober skrev en kronik i Berlingske med overskriften ”Kan man dø for sent?” Den genererede 1.000 venneanmodninger fra sygeplejersker på Facebook i løbet af en enkelt dag.

”Med den kronik ramte jeg ned i noget helt centralt for sygeplejersker. Vi er blevet så forhippede på at forlænge livet og så dødsforskrækkede, at vi glemmer at redde døden,” siger Birkler med særlig henvisning til en stigning i udsigtsløse

behandlinger, som måske kun forlænger livet med et par måneder.

”Det er noget, vi især har set gennem de seneste 10 år, ikke mindst på onkologiske afdelinger, hvor vi er blevet meget bedre til at behandle, men hvor der også er opstået en behandlerkultur, der gør, at det er lettest bare at give en kemokur mere.”

Og det er netop her, han mener, at sygeplejerskernes kernekompetencer kan komme i spil. For det liv, vi redder, er

ikke altid det liv, patienten ønsker:

”Hvis man havde våget lidt mere og haft mere blik for patienten, kunne det jo godt være, at man ikke havde valgt at fortsætte behandlingen. Derfor burde man spørge sig selv lidt oftere, om man bør starte med overvågning eller vågning.”

”Overvågning i sundhedsvæsenet” af Jacob Birkler udkommer på Munksgaard den 18. marts. ●

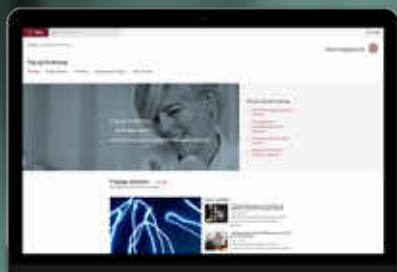


Det fine ved sygeplejen er netop, at det er en af de få professioner, hvor empati er et omdrejningspunkt.

Fag& Forskning

udkommer
igen den 9. maj.
Indtil da mødes
vi på nettet

Sygeplejerskens nye sygeplejefaglige tidsskrift udkommer fire gange om året. Næste gang, du modtager Fag&Forskning sammen med Sygeplejersken, er mandag den 9. maj.

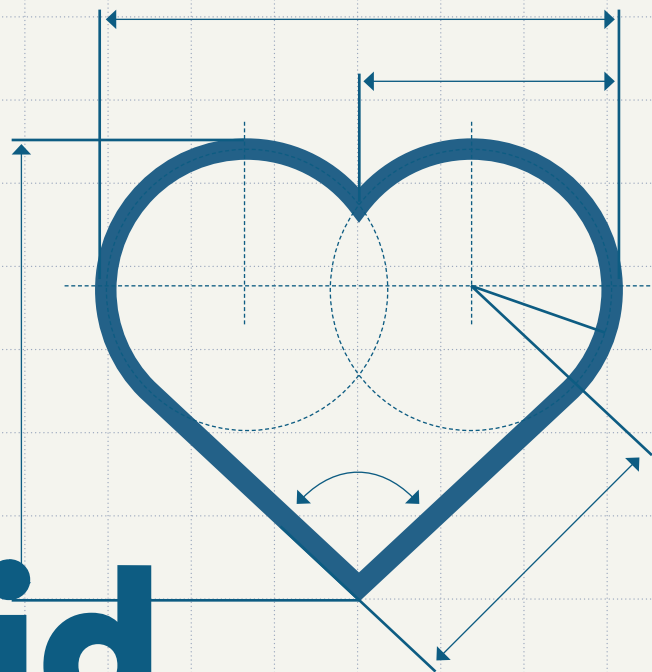


Find flere faglige artikler på dsr.dk/fagogforskning

I mellemtiden kan du læse mange flere sygeplejefaglige artikler på Dansk Sygeplejeråds hjemmeside. *Fag&Forskning* findes nemlig også online på dsr.dk/fagogforskning. Her kan du løbende holde dig ajour med fagets udvikling gennem daglige nyheder og faglige artikler. Du kan kommentere og debattere både nye og gamle artikler. Og du kan møde sygeplejersker, der blogger om faget og deres oplevelser som sygeplejersker i ind- og udland. Det er også på dsr.dk/fagogforskning, at du har fri adgang til at søge i vores store artikelarkiv med hundredevis af videnskabelige og faglige artikler fra både *Sygeplejersken* og *Fag&Forskning*.

Uvis fremtid

for nye nationale kliniske retningslinjer



KVALITET. Fagfolk ønsker at fortsætte arbejdet med de store nationale kliniske retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen om alt fra hjerterehabilitering til epilepsi, men der mangler penge og planer for fremtiden. En løsning kunne være at lade sig inspirere af den måde, Center for Kliniske Retningslinjer arbejder efter en langt mere enkel model.

Tekst **SUSANNE BLOCH KJELDSEN** · Illustration **iStock**

I begyndelsen af marts kom endnu en ny national klinisk retningslinje fra Sundhedsstyrelsen "National klinisk retningslinje for urininkontinens hos kvinder" – nr. 39 i rækken af de i alt 50 nationale kliniske retningslinjer, som Sundhedsstyrelsen i årene 2013 til midt i 2016 har fået bevilget 80 mio. kr. til at udarbejde.

Når arbejdet er afsluttet, har regeringen ikke bevilget penge til flere udover nogle få mio. kr. til retningslinjer på ældreområdet.

Blandt fagfolk, organisationer og repræsentanter for faglige og videnskabelige selskaber er der bred enighed om, at retningslinjerne, som skal sikre ensartede behandlingstilbud af høj faglig kvalitet på tværs af landet, er et godt initiativ. Men de efterlyser en national plan for, hvordan arbejdet skal fortsætte.

Ifølge konstitueret enhedschef for enheden Evidens, uddannelse og beredskab i Sundhedsstyrelsen, Lisbeth Høeg-Jensen, er svaret, at situationen er uafklaret.





”Vi håber, der vil være politisk vilje til, at vi kan fortsætte arbejdet, herunder løbende kan opdatere de retningslinjer, der allerede er lavet,” siger hun.

Indtil nu har Sundhedsstyrelsen haft lederskabet og bl.a. stået for at udpege fagpersoner og aflønne dem. Sundhedsstyrelsen har også stillet ekspertise til rådighed i form af fagkonsulenter og metodekonsulenter, som har hjulpet med at dissekere og graduere litteratur.

”I fremtiden kan vi måske lægge noget af det arbejde ud af huset, hvis de faglige miljøer vil tage det til sig, for Sundhedsstyrelsen skal ikke nødvendigvis sidde for bordenden hver gang,” siger Lisbeth Høeg-Jensen.

Hun forestiller sig, at fagfolk og organisationer selv i regi af deres videnskabelige og faglige selskaber kan stå for at udarbejde nationale kliniske retningslinjer ud fra de metoder, som Sundhedsstyrelsen anvender. Og at Sundhedsstyrelsen mere vil komme til at fungere som et kompetencecenter.

Sygeplejersken har spurgt sundhedsminister Sophie Løhde om planerne for finansiering af nationale kliniske retningslinjer, og i ministeriet lyder svaret, at man afventer erfaringerne med, at arbejdet bliver samlet op i foråret 2016, og derefter bliver der truffet en beslutning.

Et opgør med overlægernes magt

Sundhedsstyrelsen har gjort status efter de første tre års arbejde med nationale kliniske retningslinjer i en erfaringsopsamling, og her fremhæver fagfolk, at retningslinjerne er interessefrie og neutrale. For i de faglige miljøer er der mange interesser på spil – de nationale kliniske retningslinjer ses – udover at være et løft af kvaliteten – af nogle som et opgør med overlægernes magt, da det i mange år har været dem, som lagde linjen på en afdeling. Mens de af andre opfattes som alt for overordnede i bestræbelserne på at være evidensbaserede. De bliver bl.a.



Det er dårlig strategi ikke at have haft en ambition for, hvordan arbejdet skal følges op, og en plan for, hvordan de retningslinjer, der er udviklet, skal opdateres.

Professor ved Københavns Universitet, **HENNING LANGBERG.**

kritiseret for at være for lidt handlingsanvisende.

En lang række fagpersoner medvirker i Sundhedsstyrelsens statusrapport, hvor de bliver spurgt til deres erfaringer.

Klinikchef på klinik for medicinske sygdomme på Aalborg Universitetshospital, speciallæge Lene Birgitte Birket-Smith, er fortaler for de nationale kliniske retningslinjer, NKR.

”NKR betyder mere, end man forestiller sig. De er en udtalt del af den virkelighed, man arbejder i. Vi spørger konstant hinanden, om der er evidens. Og NKR vægter meget højt, fordi de er interessefrie og neutrale. Hvis det står i en NKR, så behøver vi ikke at tale mere om det, så er det bare sådan,” siger Lene Birgitte Birket-Smith i Sundhedsstyrelsens erfaringsopsamling.

Ledende overlæge på Neurokirurgisk Afdeling på Aarhus Sygehus, Carsten Kock-Jensen, er ligeledes positiv og siger i erfaringsopsamlingen:

”Det nye i NKR er også, at det er tværfagligt og tværdisciplinært. Det er godt, fordi dét, der ofte er set, har været mere snævert lægefagligt og monofagligt.”

Vicedirektør i Region Hovedstadens Psykiatri, Peter Traufeldt, supplerer:

”Indenfor psykiatrien har vi i mange år kunnet se en helt utilfredsstillende stor variation i behandling på tværs af landet, regioner og sågar indenfor en afdeling. Der er tale om en lægekultur. Og det har tit været sådan, at overlægen lagde linjen på afdelingen.



Sådan udarbejder man en klinisk retningslinje

Forskellen på Sundhedsstyrelsens og Center for Kliniske Retningslinjers kliniske retningslinjer er antallet af forskningsspørgsmål, PICO-spørgsmål. Sundhedsstyrelsens retningslinjer har op til 10-15 spørgsmål, hvor Center for Kliniske Retningslinjer typisk har mellem 1-3 spørgsmål, derfor bliver de populært kaldt "de store" og "de små" retningslinjer. Der er stor forskel på, hvordan de to instanser organiserer arbejdet omkring udarbejdelse af retningslinjer.

SUNDHEDSSTYRELSENS NATIONALE KLINISKE RETNINGSLINJER

Et nationalt udvalg rådgiver Sundhedsstyrelsen om principper og kriterier for valg af emner og anvendte metoder. Hver retningslinje har en NKR-arbejdsgruppe bestående af 5-10 medlemmer, som er udpeget af de relevante videnskabelige selskaber, samt en referencegruppe udpeget af regioner, kommuner, Patientforeningen og andre relevante interessenter på området. Et sekretariat i Sundhedsstyrelsen betjener arbejdsgrupperne, og Sundhedsstyrelsen aflønner de fagfolk, som medvirker.

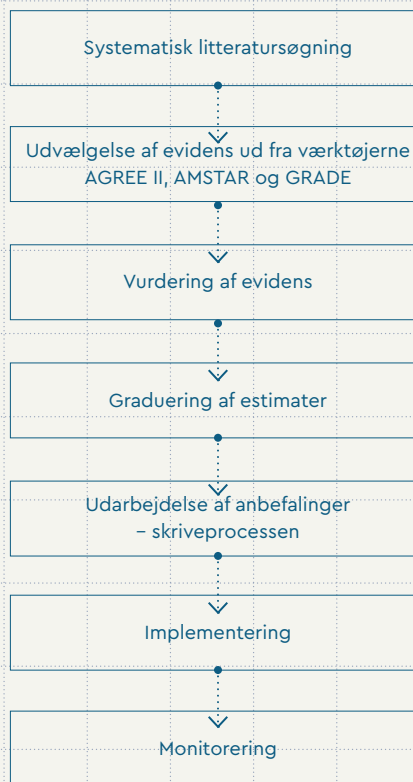
CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJERS KLINISKE RETNINGSLINJER

Fagfolk står selv for at udarbejde kliniske retningslinjer i samarbejde med en vejleder, som Center for Kliniske Retningslinjer udpeger. Centret står for at uddanne vejledere og bedømmere. Bedømmerne varetager det eksterne bedømmelsesniveau i bedømmelsesproceduren, som er den samme metode, som Sundhedsstyrelsen bruger.

BEHANDLINGSVEJLEDNINGER KONTRA KLINISKE RETNINGSLINJER

Faglige og videnskabelige selskaber, kommuner og regioner kan udarbejde behandlingsvejledninger, som enten er monofaglige eller tværfaglige vejledninger for et behandlingsforløb. De bygger på evidens men også på konsensus om best practice. Behandlingsvejledninger kan komplementere og supplere de kliniske retningslinjer. Forskellen på behandlingsvejledninger og kliniske retningslinjer er, at kliniske retningslinjer udelukkende er baseret på PICO-spørgsmål på områder, hvor der er evidens, og de bliver bedømt efter det internationalt anerkendte AGREE-instrument (appraisal of guidelines for research & evaluation).

DEN KLINISKE RETNINGSLINJE FRA START TIL SLUT



Sundhedsstyrelsen har udgivet en metodehåndbog: "Model for udarbejdelse af Nationale Kliniske Retningslinjer", som kan læses her: sundhedsstyrelsen.dk/da/nkr/metode/metodehaandbog

Læs mere om Center for Kliniske Retningslinjers bedømmelsesproces her: www.kliniskeretningslinjer.dk



Og selv om det lyder som i meget gamle dage, så gælder det stadig i betydelig grad.”

Professor ved Københavns Universitet, Henning Langberg, som repræsenterer Danske Fysioterapeuter i Sundhedsstyrelsens NRK-udvalg, ser en kæmpe udfordring i, hvordan arbejdet skal følges op og implementeres. Han kritiserer de bevilgende sundhedsmyndigheder for at mangle ambitioner.

”Det er dårlig strategi ikke at have haft en ambition for, hvordan arbejdet skal følges op, og en plan for, hvordan de retningslinjer, der er udviklet, skal opdateres. De faglige miljøer kan sagtens udarbejde kliniske retningslinjer, men det er vigtigt, at der bliver sat et nationalt kvalitetsniveau, for ellers vil der opstå skævvridninger i det faglige niveau. Hvis de faglige miljøer står for udarbejdelsen, så er det vigtigt, at man tænker nationalt og tværfagligt, så alle relevante faggrupper bliver inddraget, for de fleste behandlinger har et efterforløb – nogle af dem er livslange,” siger Henning Langberg.

Retningslinjer for florumvundne

Overlæge på Hjertecentret på Skejby Sygehus, Ole Gøtzsche, repræsenterer de Lægevidenskabelige Selskaber i Sundhedsstyrelsens NKR-udvalg. Han ser de 80 mio. kr. til de første 50 nationale kliniske retningslinjer som et stort skub til at komme i gang med at lave endnu flere. Han håber, at de Lægevidenskabelige Selskaber nu vil overtage opgaven og selv stå for udarbejdelsen, men nok ikke efter Sundhedsstyrelsens metode, som han er kritisk overfor.

”Jeg mener, at man skal tænke mere praktisk på, hvad man kan få for mindre penge. I Dansk Cardiologisk Selskab har vi i 10 år udarbejdet vores egne kliniske retningslinjer i form af behandlingsvejledninger, som følger retningslinjerne i vores europæiske moderselskab,” siger Ole Gøtzsche.

Han mener, at Sundhedsstyrelsens retningslinjer er for ”florumvundne” og ikke handlingsanvisende



I sidste ende handler det jo om, at vi ønsker at give patienten den bedst mulige behandling.

Sygeplejefaglig vicedirektør på Rigshospitalet og repræsentant for DASYS i Sundhedsstyrelsens nationale udvalg for kliniske retningslinjer, **HELEN BERTT ANDERSEN.**

nok. De retningslinjer, Dansk Cardiologisk Selskab udarbejder, benytter f.eks. ikke PICO-spørgsmål.

”Der er en del modstand i vores kredse mod at arbejde på specifikke nedslagspunkter, som PICO-spørgsmål lægger op til, fordi man kun belyser spotpunkter, hvor der ganske vist er grundig evidensudredning. I hele sundhedssektoren er 80-90 pct. af arbejdet konsensusbestemt, og inden for store områder er der kun yderst sparsom evidens,” siger Ole Gøtzsche. Modsat Sundhedsstyrelsens retningslinjer er Dansk Cardiologisk Selskabs retningslinjer ikke tværfaglige, men monofaglige på lægeområdet.

”Det kan godt være, at vi skal til at arbejde mere tværfagligt, men det besværliggør processen. Vi synes, vores måde at arbejde på er fornuftig, fordi der skabes en reference, som andre faggrupper kan forholde sig til,” siger Ole Gøtzsche.

Bud på et fremtidigt scenarie

Sygeplejefaglig vicedirektør på Rigshospitalet, Helen Bertt Andersen, er ligesom Henning Langberg og Ole Gøtzsche repræsentant i Sundhedsstyrelsens NRK-udvalg, men for Dansk Sygeplejeselskab, DASYS. I Sundhedsstyrelsens erfaringsopsamling efterlyser hun en permanent organisation til revidering og godkendelse af kliniske retningslinjer:

”En så stor indsats som udarbejdelsen af de nationale kliniske retningslinjer bør efterfølges af en mere permanent organisation, som kan sikre revision af nuværende retningslinjer og stå for godkendelse af nye retningslinjer. Hvis Sundhedsstyrelsen ikke selv i fremtiden har en enhed, hvor kliniske retningslinjer

kan revideres og godkendes, håber jeg, at styrelsen kommer med anbefalinger til, hvordan det så kan sikres, at de kliniske retningslinjer, vi anvender i sundhedssektoren, efterlever en høj faglig standard på internationalt niveau.”

Helen Bernt Andersen har også et bud på, hvordan arbejdet kan organiseres. Som formand for Center for Kliniske Retningslinjer under Aalborg Universitet er hun fortaler for centrets måde at arbejde med kliniske retningslinjer på.

”Sundhedsstyrelsens arbejde med de store nationale kliniske retningslinjer er en meget top-down-styret proces, hvor man spørger alle gode faglige eksperter og enheder i landet om at udvikle en retningslinje. Det er et kæmpe arbejde. Center for Kliniske Retningslinjer har valgt en model, hvor fagfolk sender udarbejdede retningslinjer ind til endelig godkendelse, og centret står for at uddanne til at udarbejde kliniske retningslinjer, og de står for at uddanne bedømmere,” siger Helen Bernt Andersen. Hun understreger, at bedømmelsesprocessen er baseret på det Agree-instrument, Sundhedsstyrelsen anvender, og at retningslinjerne bliver sendt i offentlig høring.

Siden centrets oprettelse i 2008 er 56 kliniske retningslinjer blevet godkendt og 38 på vej. Retningslinjerne bliver revideret hvert femte år.

Alle retningslinjer bør samles ét sted

I Sundhedsstyrelsens erfaringsopsamling blev der fra flere sider udtrykt et ønske om, at de lægefaglige selskabers retningslinjer og andre retningslinjer bliver ”kvalitetssikret” og tænkt mere ind i det nationale arbejde.

Helen Bernt Andersen konstaterer med tilfredshed, at sygeplejersker har styr på det videnskabelige arbejde.

”Er der nogen, der er kørt afsted med det her, så er det sygeplejersker,” siger Helen Bernt Andersen, som håber, at diskussionen om de nationale kliniske retningslinjers fremtid vil ende med en beslutning om, at der fremover skal være ét sted i landet, som står for godkendelse, kvalitetssikring og revidering.

PICO-modellen

Kliniske retningslinjer udspringer af fokuserede spørgsmål, som er konstrueret efter PICO-modellens fire overordnede spørgsmål:

- Hvilke patienter drejer det sig om? (Patient)
- Hvilken intervention drejer det sig om? (Intervention)
- Hvad er alternativet til interventionen? (Comparison intervention)
- Hvilke outcomes (måleparametre) er der tale om? (Outcome).

Det kunne være i Sundhedsstyrelsen eller i regi af et universitet.

”Så kan det godt være, at der skal være ét udvalg for læger og et andet for andre sundhedsfaglige professioner,” tilføjer Helen Bernt Andersen.

Hvis godkendelse af kliniske retningslinjer skal samles ét sted og leve op til fælles kriterier, vil det ifølge Helen Bernt Andersen betyde, at de lægefaglige selskabers behandlingsvejledninger fremover skal udvikles efter de samme videnskabelige metoder som de nationale kliniske retningslinjer og Center for Kliniske Retningslinjer.

”Det vil også medføre en større grad af tværfaglighed og tværsektorielt samarbejde om udarbejdelsen af retningslinjerne. I sidste ende handler det jo om, at vi ønsker at give patienten den bedst mulige behandling,” siger Helen Bernt Andersen.

Læs mere om Sundhedsstyrelsens publicerede retningslinjer fra 2013-2016 på www.sundhedsstyrelsen.dk > skriv ”kvalitet-og-retningslinjer” i søgefeltet. ●

Kliniske retningslinjer kan betyde forskel på liv eller død

KVALITET. Når der bliver udarbejdet en klinisk retningslinje på Center for Kliniske Retningslinjer, har en af Danmarks ca. 200 sygeplejersker med en ph.d.-grad ofte været med til at udvikle og bedømme den.

Tekst **SUSANNE BLOCH KJELDSEN** · Illustration **iStock**

Rektale termometre måler mere præcist end øretermometre, derfor bør rektale termometre altid anvendes, hvor det er muligt. Det fremgår af en instruks for det kliniske personale på Rigshospitalet. Og baggrunden for instruksen er en såkaldt klinisk retningslinje, hvor fagfolk har foretaget litteratursøgning i internationale databaser som PubMed, Embase og CINAHL og vurderet de forskellige undersøgelser for at finde frem til den bedste evidensbaserede metode til temperaturmåling.

”Kliniske retningslinjer har stor betydning for praksis,” fortæller sygeplejerske, MPH, ph.d. Mette Kildevæld Simonsen, som var ansat som forskningsleder på Finsencentret på Rigshospitalet, dengang den kliniske retningslinje blev indført.

”Det har kostet Rigshospitalet mange penge at indføre den instruks og udskifte alle termometre. Rektal temperaturmåling er mere omstændeligt end et øre- eller mundtermometer, men der er evidens for, at rektal temperaturmåling er den mest præcise metode, og for nogle patienter kan det betyde opstart eller ikke opstart af behandling. I yderste konsekvens vil korrekt temperaturmåling kunne have afgørende betydning for patientens liv eller død,” siger Mette Kildevæld Simonsen.

Stort set hver gang, der bliver udarbejdet en klinisk retningslinje fra Center for Kliniske Retningslinjer under Aalborg Universitet, har en af Danmarks ca. 200 sygeplejersker med en ph.d.-grad haft

hænderne i udarbejdelsen eller i bedømmelsen. Eksempler er ”Hjemmebaseret fysisk træning for voksne patienter med kronisk hjertesvigt” eller ”Klinisk retningslinje for tidlig opsporing af dysfagi hos voksne patienter med midlertidig trakeostomi”.

Sygeplejersker har kompetencerne

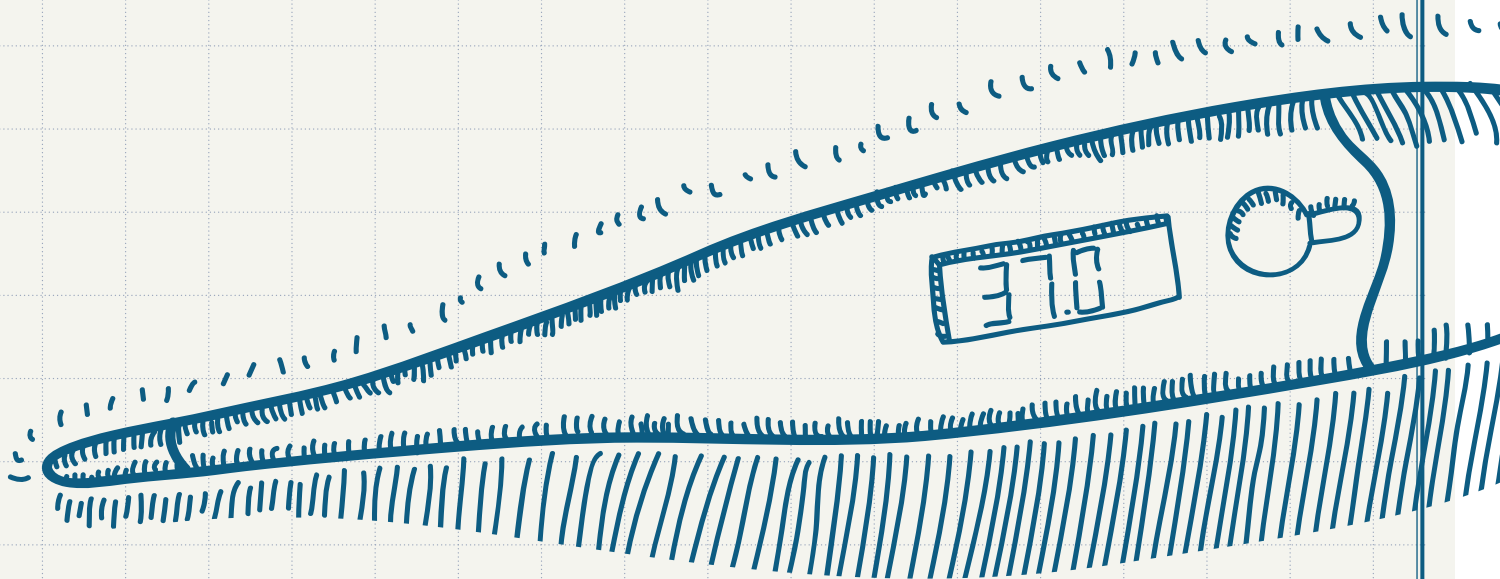
Da Center for Kliniske Retningslinjer begyndte arbejdet med at udarbejde de første kliniske retningslinjer i 2008, var det svært at finde sygeplejersker med kompetencer til at udarbejde og bedømme, men ifølge daglig leder på Center for Kliniske Retningslinjer, professor, ph.d. Preben Ulrich Pedersen, er det ikke længere et problem.

”De retningslinjer, vi får ind i dag, er på et langt højere niveau. De kommer helt af sig selv, og det fortæller os, at kompetencerne er ude i praksis. De har lært metoden. Vi forsøger nu at højne niveauet endnu mere,” siger Preben Ulrich Pedersen.



De retningslinjer, vi får ind i dag, er på et langt højere niveau. De kommer helt af sig selv, og det fortæller os, at kompetencerne er ude i praksis. De har lært metoden.

Professor, ph.d. på Center for Kliniske Retningslinjer, **PREBEN ULRICH PEDERSEN.**



Formand for Center for Kliniske Retningslinjer og sygeplejefaglig vicedirektør på Rigshospitalet, Helen Bernt Andersen, fremhæver, at andre lande er imponeret over centrets arbejde.

”I dag er det sådan, at man fra Norge og Sverige kigger på vores arbejde, og de spørger, om de må oversætte vores kliniske retningslinjer. DASYS (Dansk Sygepleje Selskab, red.) og Dansk Sygeplejeråd kan godt være stolte af det arbejde,” siger Helen Bernt Andersen.

Udfordring at få kommunerne med

Næste udfordring for Center for Kliniske Retningslinjer bliver at få kommunerne med. I dag er to kommuner blevet medlemmer af Centret: Aarhus og Slagelse.

”Det er meget vigtigt, at kommunerne kommer med ind i arbejdet, for i dagligdagen står hjemmesygeplejersker med spørgsmål, som trænger til at blive belyst. Men i praksis er det en udfordring, for jeg ved ikke, hvem jeg skal henvende mig til i de 98 kommuner. Der mangler en vej i det kommunale system,” siger Preben Ulrich Pedersen.

10 kommuner er dog kommet i gang. Kommunerne Landsforening og Sundhedskartellet, heriblandt Dansk Sygeplejeråd, har i et fælles projekt samarbejdet med de 10 kommuner om at udvikle og implementere fire kliniske retningslinjer målrettet indsatser på det kommunale sundhedsområde: ”Identifikation af spisevanskeligheder hos apopleksi-

ramte”, ”Målsætning i rehabilitering”, ”Forebyggelse af indlæggelse pga. luftvejsinfektion” og ”Tidlig identifikation af palliative behov”.

For de kommuner, der ønsker at indføre kliniske retningslinjer, er der kommet et nyt tilbud til at komme i gang med arbejdet, og denne gang er FOA også inviteret med. Sundhedskartellet, FOA og Kommunernes Landsforening har udviklet tre skræddersyede kursustilbud til arbejdspladser, som overvejer at tage kliniske retningslinjer i brug.

Læs mere om de 56 kliniske retningslinjer, der er godkendt på Center for Kliniske Retningslinjer, og om de 38, som er på vej på www.kliniskeretningslinjer.dk

Læs mere om kursustilbuddet i kommunerne på www.dsr.dk, søg på ”Kliniske retningslinjer – Vejen til bedre kvalitet”.

Metodelære mere til praktikere end til teoretikere

Bogen gennemgår de basale forskningsmetoder inden for kvalitativ og kvantitativ forskning samt evidensbaseret tilgang til klinisk praksis, herunder hvordan man søger information i kliniske databaser og på internettet, og hvordan man efterfølgende kan anvende forskningsresultaterne i patientbehandlingen.

Selvom der er søgt en bred tilgang til den sundhedsvidenskabelige forskning, er det biomedicinske perspektiv dominerende som underliggende præmis igennem bogen. Det kommer f.eks. til udtryk i beskrivelse af evidenshierarkiet, hvor indplacering af den kvalitative forskning mangler; og i manglende beskrivelse af kvalitetsvurdering af kvalitative studier. I afsnittet om kvalitetssikringsprojekter undlader forfatterne at nævne Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM), selvom de fleste projekter af denne art vil have opfyldelsen af DDKM's standarder som fokus. Det understreges, at det er afgørende, at sundhedsfaglige interventioner foretages på et evidensbaseret grundlag. Det kan derfor undre, at der igennem hele bogen er meget få referencer til at underbygge forfatternes budskaber.

☹☹ Det kan undre, at der igennem hele bogen er meget få referencer til at underbygge forfatterens budskaber.

Bogen er skrevet i et letlæseligt og pædagogisk sprog ”med respekt for målgruppens faglige niveau”, der dog til tider kan virke banalt til grup-



Ann Merete Møller
og Thordis Thomsen
**KLINISK FORSKNING
- METODEBOG FOR
MVU-STUDERENDE**
FADL's Forlag 2015
139 sider - 279,95 kr.

pen af MVU-studerende, som bogen er rettet til. Bogens pointer understreges af simple og letforståelige eksempler med mange illustrationer og faktabokse. En del af disse er selvforklarende, idet der ikke henvises til dem, og de mister derved deres værdi. Andre er kommenterede, men svære at finde, fordi de ikke er nummererede eller har titler, de kan genfindes igennem. Et eksempel ses på side 90, hvor der henvises til en faktaboks, som ikke umiddelbart genfindes blandt de to bokse, der er på siderne 90 og 91. Der menes formentlig boksen på side 92. Bogens indhold fremstår derfor noget rodet og ustruktureret. En kritisk gennemgang med fokus på ensartet og konsekvent henvisning til bokse, hvor der også korrigeres for enkelte stavfejl, vil være på sin plads.

Bogen giver en indføring i den sundhedsvidenskabelige forskningsgrundbegreber. Den vil dog ikke kunne stå alene som metodebog til MVU-studerende, hverken i dybde eller i forhold til videnskabelig forankring. Derimod vil den være anvendelig for det sundhedspersonale, der har en mere praktisk relation til forskning, indgår i forskningsprojekter som praktisk udførende og har behov for en forståelse af forskningsprocessen og de principper, der ligger bag.

*Af Lene Bjerregaard, ph.d., adjunkt,
Sygeplejeuddannelsen i Slagelse,
University College Sjælland, UCSJ.*

Prioriteringsdebat fattig på analyser, viden og indsigt

Kjeld Møller Pedersen
**PRIORITERING I
SUNDHEDSVÆSENET
- HVORFOR ER DET
NØDVENDIGT?**
Munksgaard 2015
128 sider - 198 kr.



Det er nødvendigt at prioritere, når ønsker og muligheder overstiger, hvad der er ressourcer til. Spørgsmålet er, hvordan prioriteringen håndteres. Forfatteren har et klart budskab til politikerne om at få etableret et nationalt prioriteringsråd og et institut, der kan gennemføre fagligt kvalificerede medicinske teknologivurderinger. Beslutninger skal træffes på et kvalificeret grundlag, hvor der ses systematisk på forholdet mellem sundhedsmæssig gevinst og omkostninger samt diskuteres værdimæssige spørgsmål ved prioritering.

Forfatteren er klar i tonen og kritiserer debatten, som politikerne, særligt i Folketinget, synger med på. Debatten er fattig på analyser, viden og indsigt. Ofte flyder det med personlige holdninger, uden forudsætninger og argumenter.

I bogen kan man bl.a. læse om, hvilken baggrund der prioriteres ud fra i andre lande, forskellige modeller for, hvordan prioritering kan ske, og et afsnit om, hvorfor medicinudgifter er blevet et økonomisk problem.

Den helt centrale analyse, som er en væsentlig del af beslutningsgrundlaget, er omkostningseffektanalyse, en velfunderet metode, som anvendes i hele verden, dog ikke i Danmark. Den skal dog suppleres med andre beslutningskriterier og er derfor kun en del af selve beslutningen.

Af Gitte Lindermann, sygeplejerske, cand. scient. pol., specialkonsulent (lean-konsulent) i Region Hovedstadens Psykiatri.

Savnet teori om psykiatrisk sygepleje



Phil Barker & Poppy
Buchanan-Barker
THE TIDAL MODEL
128 sider - 180 kr.
Munksgaard 2015

"The Tidal Model" er en fagbog for psykiatriske sygeplejersker og andet sundhedspersonale, som er interesseret i få konkrete færdigheder i at hjælpe patienter til at opnå en øget mental sundhed gennem samtaler.

Bogen er en forkortet udgave af en internationalt accepteret sygeplejeteori, der blev udviklet i England i 1997. Den er let forståelig og fremlægges på en praksisnær måde med mange eksempler på dialogen mellem sygeplejersker og patienter.

Formålet med modellen er at kortlægge de livsproblemer, der er kilden til patientens lidelse, og undersøge, hvad der er nødvendigt at gøre, for at patienten kan genvinde kontrollen over sit eget liv. I praksis får sundhedspersonalet gennem modellen "The Tidal Model" en forståelse for de problemstillinger, som er relevante for patientens lidelse, og sikrer, at patienten får en god indsigt heri. Her bruges metaforer som et aktivt redskab, ligesom modellen "The Tidal Model" er en metafor for tidevand, som er i evig bevægelse.

Den evige bevægelse symboliserer antagelsen i bogen om, at menneskers liv er i kontinuerlig forandring. Bogen er velegnet til at give et struktureret overblik over samtaleens muligheder og formidle noget af den teori, der ofte er for lidt af i den psykiatriske sygepleje.

Af Louise Bangsgaard, udviklingschef, Master of Public Governance, Region Hovedstadens Psykiatri, Psykiatrisk Center Ballerup.

På mit natbord Snak på kontoret påvirker behandlingen

Tekst ANNE WITTHØFFT



HENRIK SJØBERG RASMUSSEN
Sygeplejerske og klinisk vejleder på bosted i Svendborg for mennesker med alvorlige sindslidelser og personlighedsforstyrrelser.

Hvad læser du lige nu?

"Dorthe Birkmoses "Når gode mennesker handler ondt". Den handler om, hvordan personale snak på kontoret og indstilling til patienterne farver deres behandling. Birkmose holdt foredrag på min arbejdsplads, og vi diskuterede det meget efterfølgende."

Hvordan har den inspireret dig?

"I stedet for at tænke, at en beboer er træl eller provokerende, så forsøger vi at finde ud af, hvad beboeren forsøger at udtrykke. Vi havde f.eks. en beboer, som var meget aggressiv, hvor vi havde sat en mur op, der hed, at det skulle hun ikke have lov til. Men da vi tænkte over det, fandt vi ud af, at hvis vi ændrede miljøet bl.a. ved at give hende mere tid, så blev hun ikke så aggressiv."

Hvilken bog burde alle sygeplejersker læse?

"Kognitiv terapi - nyeste udvikling" af Mikkel Ahrendt, fordi den beskriver den kognitive terapi så dybt og ud fra forskellige psykiatriske diagnoser. Og så har den de kognitive skemaer bag i bogen."

Hvilken bog fik du aldrig læst helt til ende?

"Menneskets fysiologi" af Olav Sand m.fl., som vi læste på studiet. Jeg gik død i biokemien, fordi jeg ikke kunne se, hvad jeg skulle bruge viden om, hvordan de forskellige ioner bevæger sig gennem cellevæggen, til."

John R. Hampton
EKG – LET AT SE
 3. udgave
 Munksgaard 2016
 256 sider – 275 kr.

”Du skal bare kunne se, om det er farligt,” lød min introduktion til aflæsning af et ekg i tidernes morgen på Københavns Kommunehospital. Lidt mere ambitiøs har man lov at være, og denne bog puffer til ambitionerne med sin indbydende, tilgængelige opbygning og mange eksempler. Bogen er opdelt i to dele ”Kom godt i gang”, som er en introduktion til de grundlæggende principper, og ”Få mest muligt ud af ekg’et”, som sætter ekg-forståelse ind i en klinisk kontekst. En opslagsbog, hedder det sig, men det kan være svært at nå at slå op i en bog, hvis patientens tilstand er kritisk. Så hellere sidde med nogle friske ekg’er og løse gåder ved hjælp af bogen, før patienten bliver dårlig. På den måde kan man lære at se forskel på ventrikelflimmer og ventrikulære ekstrasystoler.

Henry Marsh
GØR IKKE SKADE – FORTÆLLINGER OM LIVET, DØDEN OG LÆGEKUNSTEN
 Don Max 2016
 294 sider – 299,95 kr.

Læger bliver indimellem udråbt som inkompetente skurke med dollartegn i øjnene. Denne bog tegner et nuanceret billede af, hvordan det er at arbejde som hjernekirurg eller som læge for den sags skyld, og det ansvar og de vanskeligheder, der er afledt af arbejdet. De fleste af os arbejder i en verden, hvor det ikke koster liv eller førlighed at begå fejl. Omvendt for en læge. Her kan en forkert beslutning eller en kompliceret operation få fatale følger. Bogen viser, at lægen ikke tager let på konsekvenserne af et ulykkeligt resultat, og at både patientens og familiens ve og vel optager ham også ud over arbejdstidens ophør. Meget ærligt beskrevet. Forfatteren er berømt neurokirurg, han opererer patienter, mens de ikke sover, for at kunne kontrollere, om arbejdet i hjernen gør skade.

Bente Klarlund Pedersen & Morten Zacho
SYG MEN SUND OG AKTIV
 Bianci Luno 2015
 64 sider – 49,95 kr.

Kort, overskuelig, tilgængelig. Sådan fremtræder denne bog, og det er også hensigten. Den skal ruste skrøbelige mennesker til at bevæge sig i det omfang, de kan, dvs. træne og dermed blive i bedre fysisk form og som en afledt effekt: i bedre humør. Der er aktiviteter til den sengeliggende, den oppegående og til det menneske, som er blevet udskrevet. Øvelserne er enkle, det samme er sproget, og idéen er at få læserne til bevidst at bryde skrøbelighedens onde cirkel. ”Hvis man er bange for at røre sig, får man dårligere og dårligere kondition og færre kræfter,” lyder det. Når hospitalerne i højere grad lægger op til og hjælper med aktivitet, f.eks. gennem en indretning, der venligt guider patienten til bevægelse, så er patienten for alvor godt hjulpet, men bogen er et skridt på vejen.

(jb)

En fremstrakt hånd til studerende



Stinne Glasdam (red.)
**BACHELORPROJEKTER INDENFOR
 DET SUNDHEDSFAGLIGE OMRÅDE
 – ET INDBLIK I
 VIDENSKABELIGE METODER**
 Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck
 2015, 2. udgave, 1. oplag
 336 sider – 299,95 kr.

Bogens sider udgør en inspirerende buket af velskrevne, læsevenlige og ikke mindst meget konkrete bud på, hvordan et bachelorprojekt kan bygges op. Denne metodebog vil uden tvivl være en fremstrakt hånd for både studerende og undervisere inden for professionsuddannelserne på sundhedsområdet, herunder sygepleje. En kronologisk tilgang til bogen er naturligvis en mulighed, men bogen vil uden tvivl også hurtigt blive en foretrukket opslagsbog for studerende og undervisere.

Bogen indeholder hele 22 forskellige bud på metoder, som kan anvendes i bachelorprojekter, og hertil kommer indledende kapitler om ”det at komme i gang med et sundhedsfagligt bachelorprojekt”, jura, etik og litteratursøgning. Bogen afsluttes med et brugbart kapitel om formidlingen af fund og resultater fra et bachelorprojekt.

Samtlige kapitler er skrevet af dygtige og erfarne forfattere, der hver især i kraft af deres omfattende viden om og erfaring med særlige metoder er kapaciteter inden for deres specifikke felt.

Netop mangfoldigheden af forfattere kombineret med de omfattende og opdaterede referencer giver bogen en stærk troværdighed og gør den til en særdeles relevant lærebog for en bred målgruppe inden for det sundhedsfaglige område.

Mit bud er, at bogen uden tøven kan købes allerede ved uddannelsens start, og at den helt sikkert vil være godt brugt, den dag uddannelsen afsluttes.

Af Eva Hoffmann, cand.cur., lektor, University College Syddanmark.

19.-20. MAJ 2016 – TIVOLI CONGRESS CENTER

DEMENS DAGENE

Et sundt liv for alle

Kom på 2-dages konference og hør stærke bud på, hvordan der kan forebygges både før og efter en demensdiagnose. Hør også, hvordan vi sikrer et sundt liv for mennesker med demens.

Deltag i symposier om fx:

- Demens og delir
- Et aktivt liv med demens
- Udfordringer i den medicinske behandling
- Når demens forandrer livet

OBS! Rabat ved tilmelding inden 11. april 2016.

Tilmelding, pris og program:
www.videnscenterfordemens.dk



KØBENHAVNS UNIVERSITET
INSTITUT FOR IDRÆT OG ERNÆRING



Master i Idræt og Velfærd



Forskningbaseret videreuddannelse

Har du lyst til at bruge idræt og fysisk aktivitet til udvikling af danskernes velfærd, så er en master i Idræt og Velfærd sikkert noget for dig.

På studiet udvikler du kompetencer til at kunne analysere de samfundsmæssige problemstillinger, der er knyttet til idræt, fysisk aktivitet og sundhed. Målet er at bruge din viden i udviklingen af befolkningens velfærd.

Ansøgningsfrist 1. juni 2016

Informationsmøde den 28. april 2016 kl. 17.00
i St. Aud., Nørre Allé 53, 1. sal, 2200 København N

Læs mere www.idraet-velfaerd.science.ku.dk



Kontakt: Pia Hansen, tlf.: 3532 0821, phansen@nexs.ku.dk

Vil du gøre en forskel ?



til
Respiratorisk overvågning i Brugeres eget hjem

søger vi netop nu

**Sygeplejersker
SSA'ere og SSH'ere**

Erfaring er ikke nødvendig – du bliver oplært

Vi dækker regionerne

**Hovedstaden, Sjælland,
Midtjylland og Nordjylland**

**Ansøg via
VIPvikar.dk**



Lær sygepleje i Vestafrika med GHANA MUST GO



**Priser fra
3998 kr**
ekskl. fly og visum



Vi tilbyder:

- ◆ Veltilrettelagte klinikophold for studerende
- ◆ Studierejser for sundhedsfaglige

For info og bestilling gå ind på:

www.ghanamustgo.dk

Eller ring på tlf: 28111615





Christina Andersen
modul 13
UC Sjælland



Caroline Alsted Flinck
modul 13
PH Metropol



Rikke Winther Hansen
modul 6
UC Lillebælt



TRINE ORTH HANSEN
modul 13
UC Sjælland

De var ikke indstillet på at lære noget af os hvide

I Tanzania kan man opleve et anderledes og overraskende sundhedssystem. Men for at lære mest muligt **må man have en åben og positiv tilgang** til både patienter og personale.

”At rejse er at leve”, og det giver mulighed for både faglig og personlig læring. Jeg har tidligere været i England under min uddannelse, og på modul 13 var der igen mulighed for at rejse ud i verden. At valget faldt på Tanzania, var mere en tilfældighed end noget andet, men er det overhovedet muligt at lære sygepleje i Afrika? Jeg var overbevist om, at der ville være masser af personlig læring og udfordring, men når standarden på sundhedsområdet er så anderledes og bagud i udvikling, var der så ikke større sandsynlighed for, at jeg kunne lære sygepleje fra mig? Det måtte tiden vise.

Kulturchokket kom straks og blev mere markant gennem hele opholdet, men jeg lod mig ikke slå ud. Forholdene på hospitalet var mildest talt frygtelige, når man kommer fra Vestens sterile verden, men alligevel klarer patienterne sig gennem det meste. Der var faktisk færre dødsfald og komplikationer, end jeg havde forestillet mig. De lokale kunne også flere procedurer, end jeg havde regnet med, men til

gengæld blev f.eks. hygiejne ikke prioriteret særlig højt.

Det er umuligt ikke at tænke over alle de indtryk, der flyver rundt i hovedet på én, specielt når man vælger et land med en anderledes kultur og sundhedsstatus. Tanken om at lære sygepleje i Afrika forsvandt nærmest og blev erstattet med håbet om at lære lidt fra sig i stedet.

Som studerende på udebane med fem uger at gøre godt med er det svært at gøre en forskel. Det kunne mærkes på personalet, at de ikke var indstillet på at lære noget af os hvide, men det handler måske mest om tilgangen og ikke mindst tiden. Samtidig spiller kulturen en stor rolle.

Når ressourcerne ikke er til stede, må man nøjes med det, man har. Det er dog ikke ensbetydende med, at man ikke kan udøve god sygepleje.

Katie Eriksson beskriver plejelidelse som krænkelse af patientens værdighed, fordømmelse, straf og magtudøvelse.

Alle disse lidelsesformer var at finde på hospitalet i Afrika i

større eller mindre grad, men årsagen til det, tror jeg, er baseret på kulturen og deres måde at takle sundhedsproblemer på uden at have de fornødne ressourcer. Efter vores tankegang burde grundholdningen være, at man ønskede at lindre lidelse, men forståelsen af lidelse er anderledes i Afrika.

Nok forstår jeg ikke swahili, men smerte er et sprog for sig, ligesom nærvær og omsorg også kan forstås på flere sprog. Et smil, holde i hånden, give sig tid, en hjælpende hånd, sætte sig i øjenhøjde, lave en ballon ud af handsken til de forbrændte børn og vise interesse for patienterne, det blev vejen frem for mig. Først da jeg trådte ud fra hospitalet og fik det hele lidt på afstand, var jeg i stand til at se, hvad jeg egentlig havde lært. Betydningen af alle vores procedurer, kulturens påvirkning, og ikke mindst hvor vigtig den basale sygepleje er, og hvor lidt der skal til for at hjælpe et menneske, som lider. Jeg kunne ikke redde verden, men det var muligt at lære sygepleje i Afrika. ●

BAG NÅLEN

Stærk og naturlig

Fakta antyder, at sygeplejersker er sundere end den øvrige befolkning.



MOTION

70,1 pct. af sygeplejerskerne siger, at de dyrker sport eller motion. Det er der kun **59,6 pct.** af den øvrige befolkning, der gør.



RENHED

71,3 pct. af sygeplejerskerne undgår helst varer tilsat kunstige stoffer. For den øvrige befolkning er tallet **57,6 pct.**



SUNDHED

Mens **54,7 pct.** af befolkningen siger, at de er meget eller ret interesserede i ernæring – og hvad der er sundt og usundt – er hele **77,4 pct.** af sygeplejerskerne interesseret i den slags.



CYKLER

92,4 pct. af sygeplejerskerne har en cykel. Det er næsten 7 pct. flere end den øvrige befolkning, hvor **85,5 pct.** ejer et sådant befordringsmiddel.

Kilde: Index Danmark/Gallup
Rapporteringsmåned april 2015, interviewperiode helår 2014

Nordjysk telemedicin skaber tryghed hos borgere med KOL

FRONTLØBER. Med telemedicin og genoptræning øger Nuka Mortensen sygdomsforståelse og livskvalitet hos borgere med KOL. Hun råder sin kolleger i andre kommuner til at væbne sig med tålmodighed.

Tekst **SIGNE LENE CHRISTIANSEN** · Foto **LARS HORN**

Røde, grønne, gule og blå klokker pryder kolonnerne i det telemedicinske system på en af to store skærme. Foran sidder KOL-sygeplejerske og sundhedskonsulent i Hjørring Kommune Nuka Mortensen bevæbnet med headset og iPhone for at ringe til borgere med svær KOL, der enten har en forværring i deres tilstand eller har glemte at indsende hjemmemålinger.

Telefonen brummer på skrivebordet. En borger, som Nuka Mortensen har forsøgt at komme i kontakt med, ringer tilbage. Hver gang der er en ændring i borgerens hjemmeregistrerede tal, ringer sygeplejerskerne dem op. På en formiddag når de to sygeplejersker i sundhedscenteret igennem ca. 40 patienter, der med et "Telekit" – en kuffert med vægt, blodtryksapparat, en saturationsmåler og en tablet – foretager målinger hjemmefra. Via en app på tabletten svarer borgeren på spørgsmål om hyppighed af hoste, åndenød og mobilitet, der sammen med målingerne bliver sendt til KOL-sygeplejersken over nettet.

Mens borgeren taler, tager Nuka Mortensen noter på sin blok.

"Lungerne kan godt være så store, at de presser på maven," forklarer hun til manden i den anden ende af røret og spørger, hvordan han ellers har det.

"Vi snakker ikke kun om KOL, men også om angst, hverdagsovervejelser og forskellige sjælesorger. På den måde når



SUNDHEDSVÆSENETS FRONTLØBERE

Arbejdet i det nære sundhedsvæsen bliver mere og mere komplekst, og allerede nu løfter sygeplejersker flere komplicerede opgaver end tidligere. Inden årets udgang skal et udvalg nedsat af regeringen, KL og Danske Regioner lave en masterplan for det nære sundhedsvæsen, så det bliver mere sammenhængende, borgernært og omkostningseffektivt. Ældre medicinske patienter, kronikere og patienter med psykiske lidelser har særlig fokus. *Sygeplejersken* sætter spot på fagets frontløbere i primærsektoren og på sygehusene.

vi også ud til dem, der måske er ved at ryge ned i et hul, hvor det kan blive rigtig svært at komme op igen," forklarer Nuka Mortensen, der har været med, siden det telemedicinske projekt begyndte i 2012.

Effekten af telemedicin er positiv

Det telemedicinske tilbud gælder ikke kun i Hjørring. Alle 11 kommuner i Region Nordjylland har været en del af det såkaldte TeleCare Nord-projekt. Et storskalaprojekt, der fra 2012-15 som det første i Danmark har indsamlet erfaringer og forskningsbaseret viden om telemedicin til borgere med KOL. Det er resultaterne fra Nordjylland, der bliver trukket på, når telemedicin til KOL-patienter i fremtiden skal udrulles over hele landet.

Og forskningsresultaterne viser, at telekittet og sygeplejerskernes monitorering har stor effekt på borgernes livskvalitet og hverdag. 61 pct. føler, at de er blevet bedre til at kontrollere deres sygdom, 71 pct. føler sig tryggere i dagligdagen med telemedicin. Halvdelen er blevet mere opmærksomme på at reagere på sygdomsforværring, og hver fjerde oplever mere frihed ifølge afslutningsrapporten fra november 2015.



Borgerne med svær KOL i Hjørring føler sig mere frie og trygge i hverdagen efter, at kommunen er begyndt at tilbyde telemedicin, oplever KOL-sygeplejerske Nuka Mortensen (tv.). Her til ugentligt genoptræning med borger Lisbeth Schmidt.

De positive resultater ser Nuka Mortensen også i sin kontakt med borgerne.

“Vi kan se, at telemedicinen virker i dagligdagen. Borgerne har fået forståelse for deres sygdom og tør mere, end de gjorde før,” siger Nuka Mortensen og fremhæver en borger, der for første gang i flere år igen føler sig tryk ved at rejse til Sønderjylland for at besøge sin familie.

“Patient empowerment” er centralt

To formiddage om ugen monitorerer Nuka Mortensen og sygeplejerskekollega Helle Jensen de godt 80 borgere med svær KOL, der har sagt ja til at bruge telemedicinen. Lyser klokkerne rødt i systemet, ringer sygeplejerskerne altid for at finde årsagen til ændringerne i borgerens tal. Men også de grønne og gule bliver gennemgået nøje og ringet på, hvis det er nødvendigt.

“Vi er en understøttende funktion, og vi er med til at forebygge indlæggelse, men arbejdet handler først og fremmest om ”patient empowerment” og bedre livskvalitet,” fortæller Nuka Mortensen, inden hun ringer fra sundhedscenterets lille kontor til endnu en borger med en rød klokke.

“Kan du gætte, hvorfor jeg ringer til dig?” spørger sygeplejersken venligt. Det kan manden i den anden ende ikke.

“Jeg kan se, at du har tabt dig,” fortsætter Nuka Mortensen og roser efter-

følgende borgeren, der prøver at slanke sig, for selv at have styr på, hvor meget han må tabe sig om ugen.

“Man kan ikke bruge sit kliniske blik i røret, men jeg er faktisk positivt overrasket over, hvor meget god sygepleje man kan yde over telefonen. Det handler om at stille de rigtige spørgsmål og lytte til, hvad der bliver sagt mellem linjerne,” forklarer sygeplejersken, der f.eks. får borgere til at beskrive, hvordan det lyder, når de inhalerer medicin, og hvilken farve deres slim er, hvis hosten er tiltaget.

“Det tager den tid, det tager, og vi bruger en halv time på en borger, hvis det er nødvendigt.”

Sygdomsforståelse kræver tålmodighed

Udover monitoreringsarbejdet varetager de to sygeplejersker i Hjørring Sundhedscenter også rehabiliteringsforløb, oplæring i brug af det telemedicinske udstyr og undervisning i KOL til hjemmeplejen. For Nuka Mortensen er KOL-arbejdet i høj grad en specialistfunktion, der kræver klinisk erfaring. Især når sygeplejersker skal vurdere udviklingen i hjemmemålingerne og reagere på rette tid og med rette initiativ.

“Med meget lidt personale når vi ud til rigtig mange borgere. Og når vi kan se, at patienterne opnår mere forståelse for sygdommen, føler sig trygge og i det hele taget rykker sig, så giver telemedicin virkelig mening,” siger hun og giver et råd til sygeplejersker i landets øvrige kommuner, der i fremtiden også skal monitorere hjemmemålinger fra KOL-borgere:

“Vær tålmodig. Det tager ikke 14 dage for en borger at blive tryk ved telemedicin og få forståelse for sin sygdom. Det er en lang proces.” ●

KLÆDT PÅ TIL FREMTIDEN

Telemedicin i primærsektoren har skabt et øget behov for sundhedsfaglige kompetencer indenfor KOL. Nuka Mortensen har arbejdet i Hjørring Kommune siden 2009 og har 18 års klinisk erfaring fra både lungemedicinsk sengeafdeling og lungemedicinsk ambulatorium. Hun er uddannet rygestoprådgiver og har deltaget i flere landkurser for lunge- og allergisygeplejersker.

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**

Produktnavn

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, bronchitis, hypokaliæmi, hæshed/dysfoni, sinusitis, 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

Produktnavn

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 monoaminoxidasehæmmere, lægemidler der forlænger QTc-intervallet samt halogenerede kulbrinter. **Graviditet og amning*:** Der er utilstrækkelige data for anvendelse til gravide. Det er ukendt om fluticasonpropionat / formoterolfumaratdihydrat udskilles i modermælk. Fordelen af behandlingen skal afvejes mod eventuel risiko. **Bivirkninger*:** Ikke almindelige, sjældne og ikke kendte bivirkninger: Se fuldt produktresumé. **Udlevering:** B, generelt tilskud. **Indehaver af markedsføringstilladelse:** Norpharma A/S, Frydenlundsvej 30, 2950 Vedbæk, tlf. 45 17 48 00, www.norpharma.dk. **De med * mærkede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af Sundhedsstyrelsen godkendte produktresumé. Fuldt produktresumé kan vederlagsfrit rekvireres hos Norpharma A/S eller findes på www.produktresume.dk. ©: Flutiform er et registreret varemærke. Bivirkninger, både kendte og nyopdagede, bedes indberettet hurtigst muligt til Sundhedsstyrelsen (www.meldenbivirkning.dk) eller Norpharma A/S (norpharma@norpharma.dk).**

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

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. $260,60 \times 12 = 3.127,20$ kr. Beregnet ud fra billigste tilskudspris den 9. november 2015. For dagsaktuelle priser se www.medicinpriser.dk



flutiform®
fluticasonpropionat + formoterol





Der står cand.alt på mit navneskilt

Ulla Hornum havde aldrig forestillet sig, at hun ville blive afdelingens computernørd.

Tekst **MAYA BILLE** · Foto **LARS HORN**



”Der står cand.alt på mit navneskilt. Det begyndte min oversygeplejerske at kalde mig, fordi jeg dækker så mange funktioner. Jeg er sådan lidt en autodidakt computernørd, som aldrig har været bange for at prøve at trykke på en knap for at se, hvad der skete,” fortæller Ulla Hornum.

Gennem sine mange år som projektsygeplejerske har hun testet flere hundrede forsøgspersoner og er efterhånden blevet superbruger af diverse it-systemer. Hun har altså formået at holde sig opdateret på den digitale front.

Ulla Hornum blev uddannet på Thisted Sygeplejerskeskole i 1979 og blev siden ansat på Brovst, Fjerritslev og Løgstør Sygehus på genoptræningsafdelinger. Arbejdet med de komplekse patienter på apopleksiafsnittet på Løgstør Sygehus var øjenåbnende:

”Jeg havde ikke været sygeplejerske så længe og var inde hos en patient, som sagde: ”Henter du ikke lige min højre arm ovre i vasken?” Armen sad selvfølgelig fast på ham, men det var jo derovre, han sidst havde set armen bare tre timer tidligere. Der gik det op for mig, hvor hjerneskadede de her patienter er.”

De små sygehuse blev dog nedlagt ét efter ét, og i 1991 rykkede Ulla Hornum til Farsø Sygehus, hvor hun har været lige siden. Efter 16 år på genoptræningsafsnittet og kirurgisk afdeling blev hun headhuntet til en stilling som projektsygeplejerske på deltid. Arbejdet greb om sig, og pludselig var hun fuldtidsprojektsygeplejerske på ortopedkirurgisk afdeling.

Selvom Ulla Hornum sætter pris på computer-nørdieriet, er det især den daglige patientkontakt, hun nyder.

”Det har været en guldgrube for mig. Jeg kan mærke, jeg har fordelene ved at have den nære og gode patientkontakt, men ikke det hårde fysiske arbejde, hvor jeg skal give bad osv.,” forklarer hun.

Selvom mange patienter er gået fra at være indlagt i flere uger til at være indlagt en enkelt dag, synes hun ikke, at forholdet til patienterne er forringet. Relationerne til patienterne er blot blevet mere intense og ikke mindst jævnbyrdige.

”Vi har et bedre forhold til patienterne i dag. Vi er blevet mere ligeværdige. Før var det sådan noget ”jeg alene vide”, dét uanset hvad patienten sagde. I dag ser vi dem også som raske personer med et dårligt knæ og ikke syge personer,” fortæller hun.

Et dårligt knæ var også et emne, da Ulla Hornum havde tre minutter med dronningen, dengang hun modtog fortjenstmedaljen.

”Vi talte lidt om, at hun tidligere havde fået nyt knæ. Jeg fik sikkert sagt en masse vrøvl. Men det var jo heldigvis bare mig og hende, der var der.” ●

Hvert andet år mødes Ulla Hornum med 16 ud af sine 18 klassekammerater fra årgang 1979, Thisted Sygeplejerskeskole.



FULDT FORTJENT

Her på siden kan du møde en sygeplejerske, som netop har modtaget Dronningens fortjenstmedalje i sølv. Medaljen kan tildeles personer, som har gjort en fortjenstfuld indsats og uafbrudt har været ansat inden for den samme offentlige myndighed i mindst 40 år. Det er arbejdsgiveren for den kvalificerede medarbejder, som kan indstille til medaljen.

Navne

DANSK SYGEPLEJERSKE PROFESSOR I AUSTRALIEN

Sygeplejerske, cand.cur., ph.d. Niels Buus er pr. 1. februar 2016 blevet udnævnt til professor i mental health nursing ved Sydney Universitet.

Stillingen er etableret som et samarbejde mellem Sydney Universitet og det katolske St. Vincent's Hospital i det centrale Sydney.

I en periode på fem år skal Niels Buus være fokuseret på etablering og udforskning af nye holistiske modeller for familie- og netværksorienterede indsatser.

Parallelt hermed vil der være fokus på at få tilpasset universitetets curricula, så de matcher de nyetablerede praksisser bedre.

Uddannelse i psykiatrisk sygepleje har i Australien traditionelt set være fokuseret på hospitalsbaserede indsatser, og professoratet vil være en hjørnesten i et skift i fokus, hvor innovative recovery- og ressourceorienterede modeller som f.eks. Åben Dialog bliver centrale.

(hbo)

KUNSTEN AT KOMMUNIKERE

MED PATIENTEN SOM

MENNESKE 9./10. JUNI 2016

Konference på **Hindsgavl Slot**, kom og hør blandt andre:

Professor **Ole Hartling** - om sygeliggørelse af patienten

Kræftpatient **Ritt Bjerregaard** - om kommunikation der hjalp og kommunikation der manglede

Professor **Lars Østergaard** og **Maro Droulin**: Fra offer til kriger - alternativ patientbehandling

Dr. **Jonathan Silvermann** - om kommunikationsredskaber

www.kunstenatkommunikere.dk
facebook.com/kunstenatkommunikere

Sygehus Lillebælt



SILENTIA SKÆRMSYSTEM

Skabt til særlige behov – dine og dine patienters



Silentia Skærmsystem er en patenteret skærmløsning, som bidrager til optimal hygiejne, fleksibilitet og praktisk håndtering.



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

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 • info@silentia.dk | www.silentia.dk

Mindeord

KIRSTEN GRØNBORG

Kort før jul døde vores gode kollega og ven Kirsten Grønberg.

Efter nogle få år som sygeplejerske blev Kirsten i 1965/66 uddannet til sundhedsplejerske. Hun gjorde sig hurtigt bemærket som en dygtig, aktiv og idérig sundhedsplejerske, der "opfandt" mødregrupper som metode i arbejdet. Hun var politisk bevidst, kunne blive socialt indigneret og var altid på de svages side.

I midten af 1980'erne blev Kirsten ansat på Danmarks Sygeplejerskehøjskole. Hun var en fremragende underviser og vejleder, god at arbejde sammen med og afholdt af kolleger og studerende.

Kirsten var nysgerrig og vidensøgende og tog 2. del af uddannelsen, som var en etårig overbygning på de sygeplejefaglige videreuddannelser, og senere også gestaltterapeutuddannelsen.

For nogle år siden blev Kirsten ramt af sygdom, og trods et lyst sind var de senere år hårde.

Vi er nogle kolleger, der mødes i en boggruppe og i en kunstforening, som Kirsten trods sygdom har gjort meget for at holde kontakt med.

Vi, Bente og Chirstin, mødtes jævnligt med Kirsten, hvor vi nød et glas vin og en laksemad. Kirsten havde ofte forslag til en problemstilling, som vi skulle drøfte; intet var for farligt at tale om.

Kirsten var ærlig, ligefrem, sjov og udfordrende at være sammen med. Vi husker hendes hjertelige latter og savner hende.

Bente Hyldal og Chirstin Plate



Vil du være tilhører på kongressen?

Dansk Sygeplejeråds medlemmer har mulighed for at overvære kongressens debat som tilhørere.

Dansk Sygeplejeråds ordinære kongres finder sted den 9.-12. maj i Tivoli Congress Center, Arni Magnussons Gade 2-4, 1577 København V.

Rekvirering af tilhørerkort

Du kan bestille tilhørerkort til kongressen ved at sende en mail til kursusadm@dsr.dk. Ved tilmelding skal du oplyse, hvilke dage du ønsker tilhørerkort til. Tilhørerkort vil efterfølgende blive udleveret ved ankomst til kongresstedet.

Kongressens planlagte mødetider er følgende:

Mandag den 9. maj	kl. 13.00-20.00
Tirsdag den 10. maj	kl. 9.00-20.00
Onsdag den 11. maj	kl. 9.00-17.00
Torsdag den 12. maj	kl. 9.00-15.00

Sidste frist for at bestille tilhørerkort er onsdag den 4. maj 2016.

dsr.dk/kongres16

Billigt billån

-specielt til dig

Kun **2,95%** p.a.*



Er du medlem af DSR, kan du nu låne til en ny bil på ekstra gode betingelser. Her er ingen skjulte gebyrer eller ekstraordinære omkostninger - du betaler for oprettelse, og får en lav variabel rente på 2,95 % p.a.

Vil du sammenligne med andre udbydere, så tjek ÅOP'en - de årlige omkostninger i procenter. Kig også på de samlede omkostninger, så får du et overblik over, hvad lånet i sidste ende koster dig.

BILLIGT BILLÅN - BEREGN NU

Beregn selv eller søg billån på: lsb.dk/dsr

BILLIGT BILLÅN - RING NU

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

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

* **Betingelser og eksempel på billån med medlemsfordele** (min. 20% udbetaling): Bilen koster 200.000 kr. Du har selv 40.000 kr. (20%) til udbetalingen. Oprettelse af lån koster 4.500 kr. Tinglysning og finansieringsdeklaration koster i alt 4.710 kr. Din månedlige ydelse i 84 måneder er 2.231 kr. før skat. Variabel rente er 2,95% p.a. Debitorrente er 2,98%. ÅOP er 4,70%. Samlede omkostninger er 187.443 kr. Billån med medlemsfordele kræver almindelig kreditgodkendelse. Bilen skal kaskoforsikres. Udgifter til forsikring er ikke medregnet. Renten gælder ved oprettelse af nye billån samt ved overførsel af billån fra andre banker/finansieringsselskaber. Rentesatserne er variable og gældende pr. 1. januar 2016.



lån & spar

din personlige bank

LØN OG LIGE VÆRD

Sygeplejersker er langt mere værd end den løn, de får i dag. Det var konklusionen i DR-programmet "Det er du værd", der blev vist den 10. marts. Udsendelsen udløste en heftig løndebate på Dansk Sygeplejeråds Facebookside, hvor flere hundrede var inde og ytre sig.



... I befolkningen er der stor respekt for det arbejde, vi udfører som sygeplejersker. De mener ligesom jeg, at det store ansvar, der hviler på vores skuldre hver dag, burde belønnes med en endnu højere løn. Men løn er selvfølgelig ikke alt. Bedre arbejdsforhold ville give bedre trivsel og mindre stress.

39 synes godt om

Anne von Benzon

Ninette Kragh

Jesper Præstholm Buchwald



... Det er gået op for mig, at befolkningen faktisk ikke ved, hvor stort et ansvar man har som sygeplejerske, og hvor mange selvstændige beslutninger man træffer dagligt. Mange tror stadig, at vi er lægens højre hånd, eller at sygepleje består af sengebade og holde i hånden. Jeg tror, at vi skal være meget bedre til at få fortalt, hvad vi egentlig laver.

142 synes godt om



Vi kan simpelthen ikke blive ved med at sætte mandefag/kvindefag op mod hinanden. Det får os placeret i en dum offerrolle, og det gi'r IKKE flere penge i posen. Vi skal sætte fokus på kompetencer, ansvar og arbejdet. Komme med klare udmeldinger og stå ved det, vi siger.

35 synes godt om



HÆNGT UD VED EN FEJL

Sygeplejerske Maja Tarp og to af hendes kolleger kom i gabestokken på sundhed.dk for en fejl, de ikke havde begået.

Trine Jørgensen

Ja, der er desværre noget galt i systemet. Jeg har også fået en næse for noget medicin, jeg ikke havde doseret (som var forkert doseret), og jeg gav heller ikke medicin – tværtimod gjorde jeg opmærksom på fejlen. Flot!

Jeanet Sunshine

Det er ikke okay, at vi/vores kolleger skal hænges ud på nettet for hændelige uheld! Alle laver fejl, men ser du dem blive skrevet op på en sort liste? Føj! Godt, DSR er på sagen!

6 synes godt om



Det er helt uacceptabelt, og hvorfor sker der fejl? Fordi personalet er helt urimeligt presede i dagligdagen. Så det er hele dagligdagen, der skal ændres, hvis ikke der skal ske fejl.

Birte Skot-Hansen

Mette Skovborg Jensen

Jeg får helt ondt i maven af at læse det. Det må bare ikke ske!!!





Pædagogik har været min røde tråd

Som udviklingskonsulent på Rigshospitalet afløste det ene udviklingsprojekt det andet for **Bente Frederiksen**. Hun fik lyst til at tage ansvar for at føre projekterne ud i livet og opleve hverdagen. Hun slog til, da stillingen som afdelingsleder på pleje- og demenscentret Klarahus dukkede op.

Fortalt til **SUSANNE BLOCH KJELDSEN**
Foto **PER MORTEN ABRAHAMSEN**



Efter 32 spændende år på Rigshospitalet og i en alder af 56 år tænkte jeg, at hvis jeg skal prøve noget helt nyt, så må det være tid. Da jeg så jobopslaget, hvor de søgte en afdelingsleder til pleje- og demenscentret Klarahus, fik jeg lyst til at være med til at tage ansvaret for at drive udvikling i hverdagen. Som udviklingskonsulent var det ikke altid muligt at følge implementeringen af udviklingstiltag efter projektfasen.

Jeg er uddannet i 1984 og har arbejdet mange år i onkologien og derefter i øre-, næse- og hals-specialet. Jeg har arbejdet som leder og taget efteruddannelse som sygeplejefaglig vejleder og supervisor – en uddannelse jeg var med til at etablere på Rigshospitalets Udviklingsafdeling og blev leder af.

Efterhånden som uddannelsesområdet blev flyttet til Metropol og regionens uddannelsescentre, kom jeg mere og mere til at arbejde med udviklingsprojekter i de enkelte kliniske afsnit. Jeg tog også en master i organisationspsykologi på RUC.

Jeg kan godt se en rød tråd i mit arbejdsliv. Jeg har altid interesseret mig for den pædagogiske del af sygeplejen med fokus på faglig udvikling, kompetenceudvikling, faglig refleksion og udvikling.

Nogle af reaktionerne på mit jobskifte har været udtrykt i lidt overraskelse, for hvorfor har jeg valgt at skifte fra landets mest specialiserede sygehus til den kommunale ældrepleje? Men jeg har en stor interesse for ældreområdet, som bl.a. stammer fra min afsluttende opgave på RUC, som hed "At bære det ubærlige – en ledelsesopgave i ældreplejen". Den handlede om det ubærlige i at skulle opleve sin måske demente pårørende komme på plejehjem og al den dårlige samvittighed, det giver. Og om, hvor meget forståelse, omsorg og tålmodighed der er brug for fra personalet.

BENTE FREDERIKSEN, 56 år.

Nyt job: Pr. 5. januar 2016 ansat som afdelingsleder på pleje- og demenscentret Klarahus i De Gamles By i København.

Kom fra: Uddannelseskonsulent på Rigshospitalet.

Måske kan jeg være med til at gøre en forskel inden for dette felt de sidste 10 år af mit arbejdsliv. Derfor søgte jeg jobbet.

Jeg er afdelingsleder for en gruppe sygeplejersker, terapeuter, aktivitetsmedarbejdere og en kost- og ernæringsvejleder. Klarahus er delt op i fire afdelinger, og vi er så den femte "afdeling", som er en tværgående enhed, der skal forsøge at imødekomme behov fra borgere og personale.

Noget af det bedste ved mit nye arbejde er at møde dedikerede medarbejdere, som forsøger at løse problematikker i stor respekt for de ældre. Det er en kunst og en stor pædagogisk opgave. På vores tværfaglige konferencer kan jeg tydeligt mærke, at der er en fælles holdning til, at de her borgere, de skal bare have det godt. ☺

SAVNER DU INSPIRATION TIL KARRIEREN?

Hent råd og vejledning om karriere og jobsøgning på dsr.dk. Som medlem kan du booke tid til personlig sparring om jobsøgning, efter- og videreuddannelse eller karrieremuligheder.

Læs mere på dsr.dk/job-og-karriere

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

Nº 5 — 2016
30. marts 2016

Nº 6 — 2016
19. april 2016

Nº 7 — 2016
18. maj 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 · www.dmfnet.dk
Her kan du også rekvirere medieinformation.

Indleveringsfrister for STILLINGSANNONCER til de kommende numre

Nº 5 — 2016
4. april 2016

Nº 6 — 2016
25. april 2016

Nº 7 — 2016
23. maj 2016

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

Udgivelsesdatoer

Nº 5 — 2016
18. april 2016

Nº 6 — 2016
9. maj 2016

Nº 7 — 2016
6. juni 2016

NETANNONCER

Gå ind på <http://job.dsr.dk/> og 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**
329594513 Gentofte Kommune
Er du vores nye daglige leder for hjemmeplejen?
Ansøgningsfrist: 1. april 2016



Quicknr. **HOVEDSTADEN**
329594367 Københavns Kommune
Hjemmeplejeleder til Bispebjerg/Nørrebro
Ansøgningsfrist: 29. marts 2016



Quicknr. **MIDTJYLLAND**
329595023 Holstebro Kommune
Rådgivningschef i Børn og Unge - Genopslag
Ansøgningsfrist: 8. april 2016



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



Faglig engageret og motiverende leder søges til klinisk afsnit på Montebello, Spanien

Søger du nye udfordringer? Brænder du for ledelse af fagligt dygtige medarbejdere, der kan og vil udvikling? Kan du bevare overblikket og have fingeren på pulsen? Så er du sikkert den nye leder vi søger.

Klinisk afsnit som består af 10 sygeplejersker, 11 fysioterapeuter og 1 ergoterapeut, er fusioneret til et afsnit 1. marts 2014. Der vil derfor fortsat være arbejde med at færdiggøre fusionen.

Vi modtager hver uge 33 nye patienter, som alle er indlagte 3 uger til intensivt specialiseret genoptræning, så vi altid har 99 patienter indlagt på stedet.

Vi forventer at du har kompetencer indenfor følgende områder.

Strategisk og organisatorisk ledelse

Som vores kommende leder vil det være din opgave:

- At sætte mål og prioritere indenfor dit eget ansvarsområde, sådan at du sikrer kvaliteten for patienterne
- Du skal lede med blik for helheden og den/de sammenhænge organisationen indgår i
- Du tilrettelægger en organisering af arbejdet der sikrer bedst mulig ressource anvendelse
- Du går foran i kvalitetsarbejdet og sikrer høj faglig kvalitet og patienttilfredshed og ikke mindst forventer vi at du er stærk på implementeringsdelen
- Du skal som person være god til at organisere arbejdet og som leder både have det store overblik med uddelegerede opgaver, styre tværfaglige processer, men også selv tage ansvaret for opgaver/forbedringsprocesser der skal detailstyres

Personale – og driftsledelse

Som vores kommende leder er det din opgave:

- At sikre tillidsfuldt samarbejde mellem medarbejderne og leder, hvor du sikrer løbende opfølgning og feedback på resultater og arbejdsindsats
- Du er vedholdende i forhold til delegeret ansvar og opgaver, men har overblikket og giver rammer og vejledning til de medarbejdere der er ansvarlige for en given opgave
- Du opbygger tillid mellem leder og medarbejdere - indbyder og tager initiativ til sparring
- Du udøver empatisk ledelse med fokus på et godt arbejdsmiljø
- I det daglige sikrer du hensigtsmæssig opgavefordeling og planlægning så driften fungerer
- Du bliver en del af visitationsteamet, der behandler alle henvisninger til Montebello

Som person er du åben, lyttende og god til at arbejde tværfagligt. Du sætter dig ind i de forskellige medarbejders arbejdsområder og aftaler med hver enkelt hvilke behov de har for konkret feedback.

Derudover forventer vi at du kan kommunikere dine overvejelser til såvel medarbejdere som lederkollegaer og arbejder struktureret i dagligdagen.

Du vil indgå i en ledergruppe hvor du kan hente sparring og få viden til koordinering på tværs af afsnittene.

Funktionsbeskrivelse og yderligere information om indhold i stillingen kan fås ved henvendelse til Tillidsrepræsentant Pernille Murray eller Torben Rasmussen på tlf. (+34)952 569 030 eller til afdelingsleder Jette Søe på tlf. (+34)952 569 030 lokal 081 eller mail jette.soe@montebello.es

Løn efter konkret individuel aftale.

Ansøgningsfrist er d. 25. april 2016 kl. 9.00. Ansættelsestale vil finde sted på Nordsjællands Hospital, Hillerød, som videokonference, den 12. og 13. maj 2016.

Montebello modtager ca. 1700 patienter om året. Patienterne kommer fra hele Danmark med ca. 150 forskellige diagnoser, primært inden for ortopædkirurgi, neurologi, inflammatoriske sygdomme, ryg sygdomme, samt intensivt genoptræningsforløb efter trafikuheld. Der er dansk ledelse, administration og behandlingspersonale. Alle servicefunktioner varetages af spansk personale. Vi er i alt 60 ansatte på stedet.

Du kan læse mere om Montebello på <https://www.nordsjaellandshospital.dk/afdelinger-og-klinikker/montebello/sider/default.aspx>



R Ø D O V R E K O M M U N E

Ansvarshavende sygeplejerske

Afdelingen for Rehabilitering og Akutpleje på Ældrecenteret Broparken søger en ansvarshavende sygeplejerske, der får ansvaret for at fordele ressourcer og håndtere akutte sygefaglige problemer, der opstår i vagten. Du skal have minimum to års erfaring – gerne fra hospital inden for den medicinske/geriatriiske/palliative sygepleje.

Enheden er primært målrettet borgere som er lægeligt færdigbehandlede fra Region Hovedstadens Hospitaler, som fortsat har behov for en midlertidig sygeplejefaglig indsats og rehabilitering gennem hele døgnet. Vi modtager også borgere fra eget hjem i en forebyggende indsats for indlæggelse. Der er 36 pladser fordelt i to afdelinger.

Stillingen er på 37 timer om ugen med vagt hver 3. weekend.

Mere information: Se hele annoncen og søg jobbet på www.rk.dk under Job – Ledige job. Du kan også kontakte afdelingssygeplejerske Lisbet Reuter på telefon 36 37 98 84.

Ansøgningsfrist: 12. april.

Vi ser mangfoldighed som en ressource og opfordrer derfor alle uanset køn, alder, race, religion eller etnisk baggrund til at søge job hos os. Vi tilbyder vores medarbejdere en frivillig ordning med gratis motionsfaciliteter samt en sundhedsordning med fysioterapi, helbredstjek og massage.



Læs hele opslaget på rk.dk

Lægepraksis på Østerbro søger konsultations-sygeplejerske 28-29 timer/uge

Lægerne Balslev er en almen lægepraksis med 2 praktiserende læger, 1 uddannelseslæge, 1 lægevikar, 1 sygeplejerske og 1 sekretær. Derudover er der i perioder medicinstuderende på klinikken.

Vi tilstræber et højt fagligt niveau, patientomsorg og arbejdsglæde i en travl hverdag.

Sygeplejerskearbejdet vil omfatte en bred vifte af opgaver med hovedvægten på selvstændige patientkonsultationer inkl. kroniker-kontroller, laboratorieopgaver som blodprøvetagning, EKG-optagelser, lungefunktionsundersøgelser samt vaccinationer. Der vil også være opgaver i forbindelse med akkreditering af klinikken.

Da du indgår i et team med vores sekretær, skal du også kunne varetage sekretærfunktionen, dvs. pasning af telefon med patientvisitation, afgivelse af div. prøvesvar og aftalebooking, receptionsarbejde, sekretæropgaver og praktisk forefaldende arbejde.

Erfaring fra almen praksis er en fordel, men endnu vigtigere er det, at du er åben for at lære nyt og parat til at omstille dig til at arbejde i en ny praksis. Du er endvidere fleksibel, serviceorienteret og stabil med en bred faglig baggrund.

Oplæring og efteruddannelse indgår i stillingen, som vi håber, du selv vil præge alt efter interesser og kompetencer. Løn- og ansættelsesforhold iht. overenskomst med DSR.

Klinikken er beliggende på Østerbrogade 94, 1. sal, 2100 København Ø. Se evt. mere om klinikken på www.dr.balslev.dk

Ansøgning sendes til laegepraksis@gmail.com, senest 10/4-2016.

Der vil være ansættelsessamtaler i uge 15 og 16.

Sundhedsfaglig chefkonsulent

Brænder du for ledelse, faglig udvikling og implementeringsprocesser?

Type2dialog er et innovativt konsulenthus i Kgs. Lyngby med speciale i implementeringsprocesser på det kommunale velfærdsområde.

Du er en dygtig og skarp driftsleder. Du har 3-5 års kommunal ledelseserfaring fra sygeplejen/hjemmeplejen, og er uddannet sygeplejerske med en relevant akademisk videreuddannelse.

Ansøgningsfrist mandag d. 4. april 2016 kl. 10.00



TYPE2DIALOG

Læs mere på www.type2dialog.dk

SENIORSAMMENSLETNINGEN

Medlemmer, der er fyldt 55 år, er velkomne til Seniorsammenslutningens arrangementer

HOVEDSTADEN

Seniorsygeplejersker Kreds Hovedstaden Vest

Besøg på Restaurant Tårnet Christiansborg. Mødested er Kongeporten, Christiansborg. Man kan tage bus 1A dertil.

Tid og sted: 14. april 2016 kl. 14:30 - 16:50, Kongeporten, Christiansborg

Arrangør: Seniorskontaktudvalget Vest

Tilmelding: Senest 3.4.16 til Lisbeth Vendelbo, tlf.: 3675 6483 eller Karen Kjettrup, tlf.: 4717 7930.

Pris: Kr. 115 for kaffe og lagkage. Betales kontant ved indgangen.

Seniorsygeplejersker i Kreds Hovedstaden, Nord

Besøg på Kronborg. Afgang fra Hillerød station kl. 10. Rundvisning kl. 11. "Skjulte kroge". Frokost kl. 12.30.

Tid og sted: 6. april 2016 kl. 10:00 - 16:00, Kronborg Slot i Helsingør

Arrangør: Seniorsygeplejerskerne i Kreds Hovedstaden, Nord

Tilmelding: På tlf.: 2345 8507 eller e-mail: bptvingsvej@gmail.com inden den 30.3.

Pris: Kr. 150 eks. drikkevarer

Grønlandske børn på godt og ondt

Psykolog/forfatter Inger Thormann fortæller om sit arbejde med bl.a. grønlandske børn.

Tid og sted: 31. marts 2016 kl. 11:00 - 13:00, Garnisonskirkens Menighedshus, Skt. Annæ Plads 4, 1250 København K

Arrangør: Kreds Hovedstaden
Tilmelding: Senest 29.3 på e-mail: dora.pawlowski@outlook.dk eller tlf.: 4050 3579
Pris: Kr. 30

Seniormøde i Kreds Hovedstaden Central

Tim P. Simonsen, som vi før har haft fornøjelsen af, har lovet at komme og fortælle om "De Hvide Busser".

De var en fantastisk befrielse for mange danskere fra mange koncentrationslejre.

Tid og sted: 21. april 2016 kl. 11:00 - 13:00, Garnisonskirkens Menighedshus, Skt. Annæ Plads 4, 1250 København K

Arrangør: Kreds Hovedstaden
Tilmelding: Senest 18.4 på e-mail: dora.pawlowski@outlook.dk eller tlf.: 4050 3579
Pris: Kr. 30

Seniormøde på Bornholm

Frivillighed indenfor Ældresagen ved Marleen Hansen.

Tid og sted: 28. april 2016 kl. 14:00 - 16:00, Kreds Hovedstaden, Bornholm, Haslevej 50, 3700 Rønne

Arrangør: Kreds Hovedstaden
Tilmelding: Senest den 27.4. til DSR på tlf.: 4695 4917, eller til Jytte Kure tlf.: 3170 2938, e-mail: jytekure@gmail.com
Pris: Kr. 25 for kaffe med brød

Seniormøde på Bornholm

Forårsudflugt til Nexø Museum - kom og se særudstillingen om Nexø Sygehus.

Kaffen indtages et udvalgt og nærliggende sted; derfor kan sluttidspunktet godt blive senere.

Tid og sted: 26. maj 2016 kl. 14:00 - 17:00, Nexø Museum, Havnen 5, 3730 Neksø
Arrangør: Kreds Hovedstaden
Tilmelding: Senest 25.5 til DSR, tlf.: 4695 4917, eller til Jytte Kure, tlf.: 3170 2938, e-mail: jytekure@gmail.com
Pris: Gratis

MIDTJYLLAND

Seniorsammenslutningen Kreds Midtjylland, Århus afd.

Som optakt til Sommerudflugten 2016 - der bl.a. går til Viborg Domkirke og Søndermarkskirken, vil der blive fortalt om egnen i og omkring Viborg.

Tid og sted: 5. april 2016 kl. 14:00 - 16:00, Kloster Caféen, Klostergade 37, 8000 Århus C
Arrangør: Kontaktudvalget, Seniorsammenslutningen i Århus
Yderligere info: Tilmelding med navn, medlemsnummer, fødselsdato og år senest den 1. april 2016 på telefon 8619 1708

Seniorsammenslutningen Kreds Midtjylland, Holstebro/ Herning

Seniorsammenslutningen deltager i Ladywalk i Agger den 30. maj 2016 kl. 18.30. Arrangementet er gratis for seniormedlemmer af DSR, Kreds Midtjylland.

OBS: Udlevering af T-shirts mellem kl. 17.00 og kl. 18.00.

Tid og sted: 30. maj 2016 kl. 17:00 - 21:00, De Sorte Huse, Aalumsvej, Agger, 7770 Vestervig

Arrangør: Kontaktudvalget for Seniorsammenslutningen Holstebro/Herning

Tilmelding: Senest den 20. april til Kirsten Sanggaard tlf.: 9741 4345 eller Karen Margrethe Kølbaek, e-mail: kmk_285@hotmail.com - tilmelding med navn, medlemsnr., tlf. nr., samt T-shirt størrelse.

Pris: Arrangementet er gratis for seniormedlemmer af DSR, Kreds Midtjylland

SJÆLLAND

Årsmøde - Foredrag om livstestamente v/ advokat Lone Rømø

Kl. 13.30-14.30 - Årsmøde - kun for medlemmer.

Kl. 14.30-16.00 - Advokat Lone Rømø fortæller om legal arv, hvem arver i følge arveloven, hvilke muligheder er der ved oprettelse af testamente samt lidt om boafgift.

Tid og sted: 26. april 2016 kl. 13:30 - 16:00, Solsikken, Geriatrik afdeling, Fjordvej 15, 4800 Nykøbing F.

Arrangør: Kontaktudvalget "Storstrømmen"

Tilmelding: Til Gulle, på tlf.:

5482 5684 eller Inger, 2042 5472 senest den 15. april 2016
Pris: Gratis for medlemmer

Seniorsygeplejerskerne Kreds Sjælland/Roskilde

Inviterer til besøg på Museet på Sct. Hans. Vi får en guidet rundtur og besøger kirken. Vi mødes ved Portåbningen ved Kurhuset kl. 11.00. Bagefter kører vi op til Roskilde og spiser frokost på en hyggelig restaurant

Tid og sted: 27. april 2016 kl. 11:00 - 15:00, Portåbningen Kurhuset på Sct. Hans

Arrangør: Kontaktudvalget i Roskilde

Tilmelding: Sidste frist den 20. april på e-mail: karink48@hotmail.com eller elin.henriksen.dk@gmail.com

Pris: Gratis, men egenbetaling for frokosten

Yderligere info: Mulighed for kørsel med Karin, mobil: 4026 5553 eller Elin tlf.: 4678 7409

SYDDANMARK

Seniorsammenslutningen Fyn

Vel mødt til besøg på "Tidens Samling". Vi får rundvisning samt kaffe og kiksekage. Bemærk det ændrede tidspunkt.

Tid og sted: 7. april 2016 kl. 13:00 - 15:00, Farvergården, Farvergården 7, 5000 Odense C

Arrangør: Seniorsammenslutningen Fyn

Tilmelding: Senest den 4. april 2016 til Ingelise, tlf.: 5184 2275, e-mail: ibruhn@hotmail.com eller Conny, tlf.: 2176 8818, e-mail: coands@gmail.com

Pris: Kr. 50 for rundvisning, kaffe og kage

Seniorsammenslutningen Trekanten

Kom og hør historiefortæller Jens Peter Madsen om hans skæve vinkler på livet.

Tid og sted: 14. april 2016 kl. 13:00 - 15:00, Kreds Syddanmark, Forligsen, Vejlevej 121, stuen, 7000 Fredericia

Arrangør: Seniorsammenslut-

ningen Trekanten

Tilmelding: Senest 11. april til Jenny, tlf.: 3123 7433 eller Kirsten, tlf.: 7550 7881/3091 4184
Pris: Kr. 30

MEDDELELSER

Generalforsamling og Neuro- konference FSNS

FSNS afholder generalforsamling den 25. maj 2016 kl. 16:30, på Hotel Comwell, Middelfart i forbindelse med Neurokonference. Forslag til behandling sendes til formand Vivi Nielsen, e-mail: neurosygeplejersker@gmail.com, senest 14 dage før generalforsamlingen. Dagsorden i følge vedtægterne, kan ses 14 dage før generalforsamlingen på FSNS hjemmeside.

Generalforsamling 2016 i FS for Sundhedsplejersker

Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker afholder generalforsamling, tirsdag d. 3. maj 2016 kl. 8.45 - 10.00 i forbindelse med Landskonferencen 2016. Hindsgavl Slot, Hindsgavl Alle 7, 5500 Middelfart. Forslag modtages senest 15. april og sendes til formand Susanne Hede, e-mail: susannehede@fs10.dk

Dagsorden og Bestyrelsens beretning vil være at finde på www.sundhedsplejersken.nu

Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker

KREDSMØDER

HOVEDSTADEN

Sygeplejersker med varige begrænsninger i arbejdsevnen

Du er velkommen til at deltage i mødet for at se, om det er noget for dig.

Tid og sted: 18. april 2016 kl. 12:30 - 16:00, 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

Rehabiliterende sygepleje

Sygeplejerskens bidrag til et for patienten meningsfuldt liv. Sygeplejerske og lektor Sanne Angel, der er en af forfatterne til bogen Rehabiliterende sygepleje, holder oplæg.

Tid og sted: 9. maj 2016 kl. 16:30 - 19:30, 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/

Palliation

To dage med opdatering på grundlæggende sygepleje i palliation.

Tid og sted: 28. april 2016 kl. 08:45 - 29. april 2016 kl. 15:45 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

SJÆLLAND

Barselscafé

Hvordan får du det til at gå op i en højere enhed, når du skal starte på job igen efter barsel? Kom og få råd og vejledning fra familievejleder Lola Jensen. For mødre og fædre på barsel, baby er selvfølgelig velkommen

Tid og sted: 26. april 2016 kl. 10:30 - 13:30, DSR Kreds Sjælland, Møllevej 15, 4140 Borup

Arrangør: Kreds Sjælland

Tilmelding: Senest den 19. april 2016 efter først-til-mølleprincippet, på www.dsr.dk/sjaelland under "Arrangementer"

Pris: Gratis

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.

RUSTIKKE LIGURIEN

Nyd foråret i Italien. Familiehus i middelalderbyen Ceriana. Tæt på vand og bjerge. Halvanden time fra Nice. Fra 3.000 kr. pr. uge.

Se huset her: www.rusticliguria.com eller kontakt os på tlf. 3177 1100

BORNHOLM

Dejligt sommerhus udlejes til 8 personer i Sandvig, med flot udsigt over Østersøen og Hammerknuden. Terrasser med sol fra tidlig morgen til solnedgang, beliggende naturskønt op til fredet område. 500 m til strand. Husdyr ok.

www.fjeldvejsandvig.123hjemmeside.dk
Telefon 6156 5636

**ITALIEN
HOS HANNE**

På charmerende familiehotel med hyggelige værelser og ferielejligheder i Rimini ved Adriaterhavets skønne sandstrand fra kr. 200/pers.

Eller nær TOSCANA, 2 natur-skønne landhuse med pejsestue, køkken, 2-3 værelser, 2 wc og lille have. Udlejes hele året Fra kr. 3.200/uge.

Hanne Astrup Pietroni
Tlf. +39 335 8239863
www.hotel-dalia.it
hanne@hotel-dalia.it

**STOCKHOLMS
SKÆRGÅRD**

Sommerhus med 7 sovepladser, 20 m til vandet (robåd og kano indgår). 45 min til Stockholm centrum.

Udlejes 21-27 og 29. Kr. 3.900.

Anne-Mette Eilsø
Tlf. 3055 2914
Mail: anne-mette@turbopost.dk

SPANIEN, ALICANTE

Lejlighed med stue og 2 soveværelser med altan. 100 meter fra børnevenlig badestrand og skønne promenader. God til 4 personer mulighed for ekstra opredning. Rimelige priser.

Tjek hjemmeside med video: www.marmenor.dk

Marianne Kieffer
Tlf. 3967 8027 (efter kl. 18)

**JUELSMINDE /
AS VIG**

Sommerhus v/ Juelsminde. 70 m. fra børnevenlig sandstrand, 6 sovepladser, brændeovn, opvaske-maskine m.m.

Pris fra 1.650,00 dkr. / uge + forbrug.

Telf. 4056 1767

**LEJLIGHED
PÅ MALLORCA**

Veludstyret penthouse-lejlighed med plads til 4-6 personer. Ca. 1500 m til strande. Privat poolområde. Kan bookes for kortere eller længere perioder.

Se www.mallorca-dam.dk
Mail: adam@mallorca-dam.dk

**Sådan
læser
du din
lønseddel**

www.dsr.dk



Jeg skal sætte ord på mine kompetencer

Marianne Lund skal efter mange år hos Arbejdstilsynet have afklaret, hvor karrieren nu skal hen. Mærk efter, skriv et kompetence-CV, og forbered en elevatortale, var rådene fra karrierekonsulenten.

Tekst MAYA BILLE · Foto HENRIK FRYDKJÆR



”Hvad banker dit hjerte for?” DSA’s karrierekonsulent spørger Marianne Lund direkte til hendes motivation. Hun har befundet sig på den helt rette hylde i 11 år hos Arbejdstilsynet, men må snart begynde på et nyt kapitel i karrieren.

”Forebyggelse er noget af det, jeg godt kan lide at arbejde med. Hvordan man forebygger stress. Så det her med at komme ud et sted og være med til at forbedre arbejdsmiljøet, det har jeg været glad for,” siger hun.



Man kan jo ikke se mine kompetencer ud fra, hvor jeg har været ansat i 11 år.

Marianne Lund blev som én ud af mange ramt ved en massefyring hos Arbejdstilsynet, hvor hun trods mentale forberedelser ikke havde fået opdateret CV’et undervejs.

”Hos Arbejdstilsynet følte jeg, at jeg var det rette sted. Så jeg har ikke lige gået og spekuleret over, hvad min fremtidige beskæftigelse skulle være,” siger hun.

Karrierekonsulenten foreslår, at Marianne Lund skriver et kompetence-CV, hvor hun uddyber de kompetencer, som job og uddannelser har givet hende. Hun har bl.a. en master i sundhedspædagogik samt kurser i retorik og arbejdsmiljøret. Karrierekonsulenten og Marianne Lund taler om, at hendes mange kompetencer og motivation peger i retning af undervisning eller en stilling som konsulent. Ved at skrive et kompetence-CV kan Marianne Lund få sat ord på, hvad hun kan med sine uddannelses- og arbejdsmæssige erfaringer.

”Jeg synes netop, jeg mangler et kompetence-CV. Man kan jo ikke se mine kompetencer ud fra, hvor jeg har været ansat i 11 år. Så det skal jeg i gang med.” Hun skal målrette kompetence-CV’et mod den virksomhed, hun søger job i.

Elevatortale fra tredje til femte

Karrierekonsulenten foreslår, at Marianne Lund skal opsøge et par virksomheder, der arbejder med forebyggelse af stress.

Hun skal opsøge virksomhederne, også selvom de ikke søger, og hun skal ud og sælge sig selv.

”Jeg skal forberede en elevatortale. En kort tale om, hvad jeg kan bidrage med.”

Talen skal hun øve hjemmefra, så den står kort og skarpt.

”Det skal være en tale, jeg kan nå på elevatorturen fra tredje til femte. Det er heldigt, jeg er vant til at sælge godt arbejdsmiljø, nu når jeg skal ud og sælge mig selv,” siger hun med et smil i stemmen.

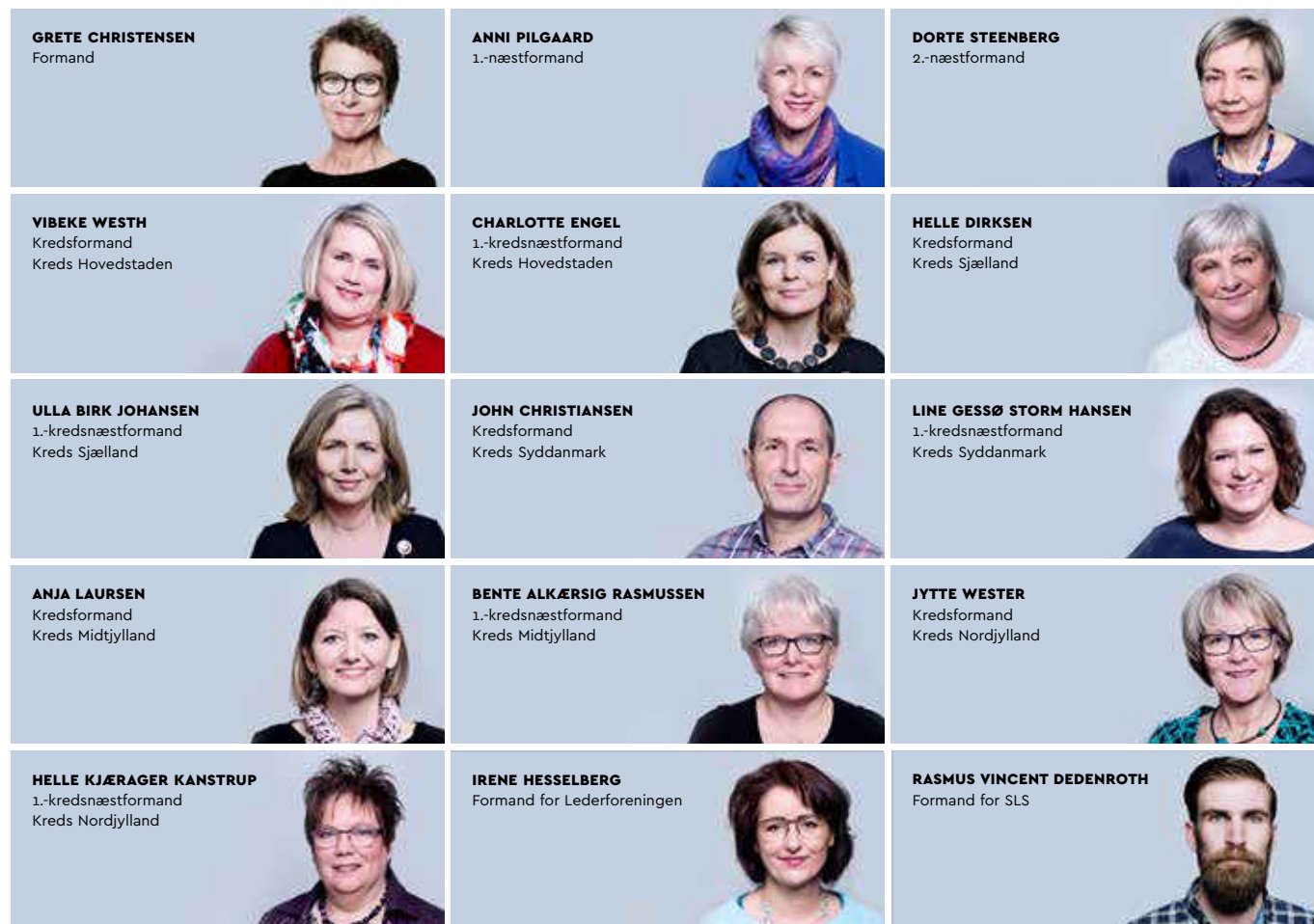
Marianne Lund er stadig i en tidlig fase af sin afklaring og kunne godt finde på at booke en Karrieresamtale igen.

”Det er godt at vide, at hvis jeg kører fast, så kan jeg få en ny samtale.” ●

KARRIEREAFKLARINGSSAMTALE

Mangler du hjælp til at sætte retningen for dit arbejdsliv? Til en karrieresamtale med fokus på afklaring kan du få hjælp til at træffe de rigtige karrieremæssige beslutninger og fokusere på motivation og kompetencer i forhold til dit arbejdsliv. Karrieresamtaler er et tilbud til dig, der er medlem af Dansk Sygeplejeråd og Danske Sundhedsorganisationers A-kasse. Du kan booke en samtale og læse mere på dsr.dk/job-og-karriere

DANSK SYGEPLEJERÅDS HOVEDBESTYRELSE



DANSK SYGEPLEJERÅD CENTRALT

Administrerende direktør
Anne Granborg

Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
Telefon: 3315 1555
Fax: 3315 2455
www.dsr.dk
dsr@dsr.dk

Åbnings- og telefontider
Man - tors 9.00 - 16.00
Fre 9.00 - 15.00

**Lederforeningen
Dansk Sygeplejeråd**
Sekretariatschef
Jonna Søgaard
Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
Telefon: 4695 3900
www.dsr.dk/lederfor-
eningen
lederforeningen@dsr.dk

**Sygeplejestuderendes
Landssammenslutning**
Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
Telefon: 4695 4234
www.dsr.dk/sls
sls@dsr.dk

Sygeplejetisk Råd
Formand
Randi Bligaard
Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
www.sygeplejetiskraad.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 kontaktop-
lysninger på kredsens
medarbejdere og for-
mandskab.

KREDS SJÆLLAND

Kredschef
Mads Hyltdgaard

Møllevej 15
4140 Borup
Telefon: 7021 1664
Fax: 7021 1665
www.dsr.dk/sjaelland
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



LYST TIL Å JOBBE I NORGE I SOMMER? VI FIKSER ALT FOR DEG!



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 Oslo om vinteren og i Nord-Norge om sommeren. Valget er ditt!

Ta kontakt!

Akkurat nå er vi ekstra opptatt av å ansette flere sommervikarer. Er du interessert og ønsker å få vite mer om Dedicare? Flott! Vi gleder oss til å høre fra deg!

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

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

Vi bryr oss mer!

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

DEDICARE
Nurse