

Inddrag patienten I
Etikken kommer på prøve

Inddrag patienten II
Nødvendigt at tænke nyt

SYGGEPLÆNERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING

NR. 12 · 19. OKTOBER 2015 · 115. ÅRGANG



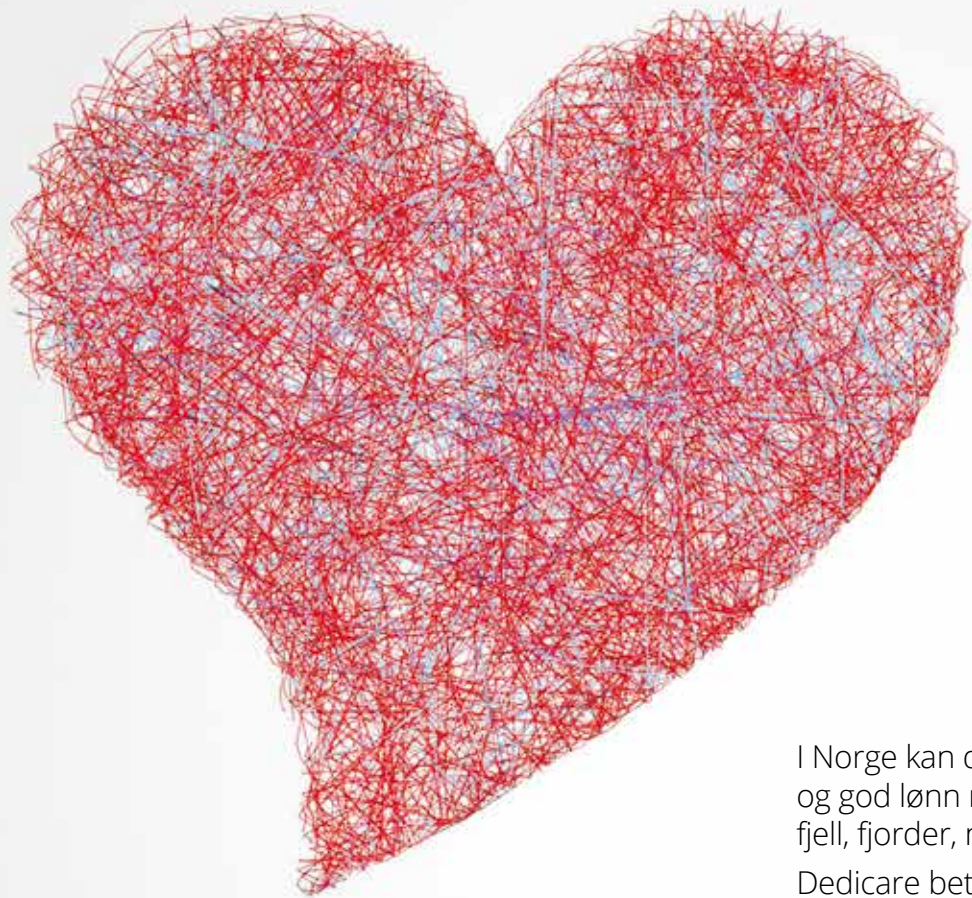
Arbejdsro?
**”Det korte
svar er nej**

Læs interview med
sundhedsminister Sophie Løhde

De fik påbud for tidspres
Nu skal de løbe hurtigere

**Tre regioner har fortrolige
samtaler på gangene**

ER DU SYKEPLEIER OG HAR LYST TIL Å JOBBE I NORGE?



- 1 Mye eller lite?**
Du kan velge å jobbe i korte eller lange perioder.
- 2 Når og med hva?**
Styr din egen arbeidstid og prøv ulike arbeidsoppgaver.
- 3 Hvor i Norge?**
I nord, syd, øst eller vest – eller litt her og litt der.

I Norge kan du kombinere en interessant jobb og god lønn med fantastisk natur – som høye fjell, fjorder, nordlys og skumuligheter.

Dedicare betaler både reisen og boligen din!

Velkommen til åpen dag i oktober!

Her kan du bli bedre kjent med Dedicare:

- **Aarhus** – tirsdag 27. okt., First Hotel Atlantic, Europaplads 10 – kl 12-18
- **Odense** – onsdag 28. okt., Radisson Blu H.C. Andersen hotel, Claus Bergs gade 7 – kl 12-18
- **København** – torsdag 29. okt., First Hotel Twentyseven, Løngangstræde 27 – kl 12-18

www.dedicare.no/nurse

+47 07480 – rekruttering@dedicare.no

Vi bryr oss mer!

DEDICARE

Nurse

~~Husk
prævention
glem det~~



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

Minispiralen øger ikke risikoen for blodpropper.¹

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



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

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

Produktinformation findes på side 8

 **jaydess**
LEVONORGESTREL



KORT

6 Sygeplejersker i klemme i konkurer

Flere sygeplejersker er blevet ramt af private hjemmeplejefirmaers konkurer. På to år er 16 firmaer gået konkurs.

BAGGRUND

14 Sygeplejersker skal få sundhedsvæsenet til at hænge sammen

Sundheds- og ældreminister Sophie Løhde (V) vil styrke sammenhængen i sundhedsvæsenet, og sygeplejersker er tiltænkt en nøglerolle. Til gengæld skal de ikke regne med, at forandringer og effektiviseringskrav stopper.

18 Hospitaler mangler plads til fortolighed

Samtaler med patienter skal tages i fortrolighed. Men hospitalernes rammer og sygeplejerskernes travlhed gør, at fortrolige samtaler bliver taget, hvor alle kan lytte med.

TEMA OM PATIENTINDDRAGELSE

22 Etikken på prøve

Fortrolige patientsamtaler har trange kår. Men det er kun én af de etiske udfordringer, sygeplejersker står overfor, når de skal inddrage patienter mere i deres behandling og pleje.

26 Når patienten siger nej, er dialog den eneste løsning

Det sker, at patienter ikke kan tage stilling til, om de vil behandles - eller de nægter det. Man kommer langt med respektfuld dialog; dog er tvang ikke en mulighed.

28 Inddragelse kan øge ulighed i sundheden

Patientinvolvering tilgodeser den ressourcestærke patient, mener Sygeplejeetisk Råd. Mere inddragelse kan dog også gavne de sårbare, siger forsker.

BAGGRUND

32 Påbud for tidspres - nu skal de spare igen

41 hospitalsafdelinger har fået påbud fra Arbejdstilsynet for et presset arbejdsmiljø, nu trues de af nye besparelser. Ledelserne må råbe politikerne op, siger en arbejdslivsforsker.

34 Ekstra operationer uden ekstra ressourcer

Personalet på Hjertekirurgisk Afsnit på Aarhus Universitetshospital har efter besøg af Arbejdstilsynet vendt et tidspres og dårligt arbejdsmiljø til et godt. Men nu skal de operere tre ekstra patienter om ugen uden at få ekstra ressourcer.

36 "Det er en umenneskelig måde at behandle folk på"

På Aalborg Universitetshospital frygter sygeplejerskernes fællestillidsrepræsentant, at sygeplejersker skal fyres for derefter at få besked på at blive.

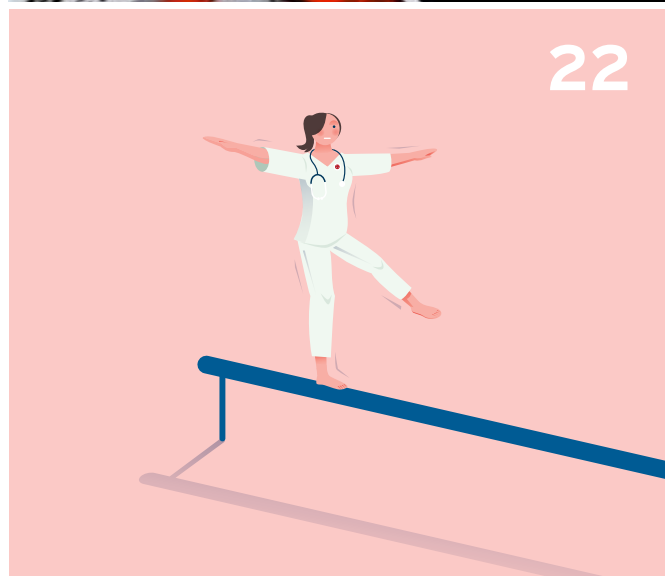
38 På job: Her er lægekonsultationen sat i system

Hillerød Kommunes plejecenter Bauneparken har et nært samarbejde med lægehuset på den anden side af vejen. Hver anden dag ringer én af lægerne for at høre, om sygeplejerskerne har brug for dem. Det kommer borgerne til gavn.

14



22



32



NYT FRA DSR - DIN ORGANISATION

45 Mere på lønsedlen i oktober

Den 1. oktober 2015 bliver sygeplejerskernes løn reguleret med de generelle lønstigninger, som blev aftalt ved de seneste overenskomstforhandlinger og udmøntningerne fra reguleringsordningen.

FAGLIG INFORMATION

54 Det virtuelle ambulatorium sparer tid for patienten

59 KOL Kompetencecenter styrker det tværsektorielle samarbejde

62 Den kostansvarlige er vendt tilbage for at blive

FAG

64 Min eller jeres rytme?

Ved den ambulante kontrol er der mere fokus på teknik og medicin end på, hvordan patienten lever med sin pacemaker, viser undersøgelse.

70 Patientinvolvering - et begreb med praktisk potentiale

Patienten stiller store krav til behandlingen og forventer at få indflydelse på den. Situationen kræver nytænkning.

74 Fælles beslutningstagen - en metode til patientinvolvering

Fælles beslutningstagen stiller krav til patienter, sundhedsprofessionelle og sundhedssystemet.

77 Patientrapporterede oplysninger - et middel til patientinvolvering

Anvendelse af patientrapporterede oplysninger kan ses som en nødvendig, målrettet modernisering af sundhedsvæsenet.

I HVERT NUMMER

7 Diagnosen

8 Studerende i praksis

10 Kulturjournalen

12 Dilemma

13 Historisk

42 Boganmeldelser

40 5 faglige minutter

50 Mindeord/Navne

52 Facebook

54 Fagtanker

56 Fra forsker til fag

81 Stillingsannoncer

85 Kurser/møder/meddelelser

88 Præsentation af kandidater (vend bladet)

Forsidefoto Søren Svendsen

Sundhedsministerens gode ambitioner

"Vi skal gøre et godt dansk sundhedsvæsen endnu bedre." Så klar er meldingen fra sundhedsminister Sophie Løhde (V), der i et stort interview i dette nummer af *Sygeplejersken* fortæller om sine ambitioner for det danske sundhedsvæsen.

Et af hovedelementerne i ministerens plan er en styrkelse af de sygeplejefaglige kompetencer i kommunerne med henblik på at forebygge genindlæggelser og overbelægning. Det vil vi gerne kvittere for. Det er der i den grad behov for.

Men det er ikke nok kun at sætte ind med langsigtede initiativer, som vi først vil se effekten af om flere år. Der skal mere til, hvis de akutte problemer med overbelægning på landets sygehuse skal løses. Overbelægning er med til at presse sygeplejerskernes arbejdsmiljø yderligere, og det går ud over patienternes sikkerhed. Der skal findes midler til flere medicinske sengepladser og flere sygeplejersker her og nu. Alt andet er uværdigt.

Sophie Løhde foreslår også, at der skal uddannes flere sygeplejersker som flowmastere. Det er et godt eksempel på, hvordan efter- og videreuddannelse kan gøre en forskel. Vi vil gerne diskutere videre, hvordan de ansvarlige politikere bredt kan bruge uddannelse til at løfte kvaliteten.

Derfor sender Dansk Sygeplejeråd en appel til politikerne om, at der med den kommende finanslov investeres i et sygeplejefagligt løft af det samlede sundhedsvæsen. Jeg håber, at sundhedsministeren vil gå forrest og være med til at hæve ambitionsniveauet i finanslovsforhandlingerne yderligere, så vi sammen kan gøre det danske sundhedsvæsen bedre.



Grete Christensen

Grete Christensen, formand

NÆSTE NUMMER UDKOMMER 16. NOVEMBER

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tryk
ColorPrint

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

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

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

Stillingsannoncer
 dsrjob@dmfnet.dk

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

Forretningsannoncer
 dsrtekst@dmfnet.dk

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

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

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

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

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

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

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

Chefredaktøren er ansvarlig for bladets indhold.

Sygeplejersker i klemme i konkurer

Flere sygeplejersker er blevet ramt af private hjemmeplejefirmaers konkurser. På to år er 16 firmaer gået konkurs.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen**

Siden 2013 er 16 udbydere af privat hjemmepleje gået konkurs, og det har berørt mindst 30 kommuner. En konkurs medfører, at borgerne står uden pleje, og at kommunerne må arrangere nødpleje. Men det efterlader også personalet i en uvis situation, hvad angår job og løn. De private hjemmeplejefirmaer har fortrinsvis ansat medarbejdere, som er medlem af FOA, men også Dansk Sygeplejeråd har medlemmer i to konkursramte virksomheder, nemlig Bonderosen i Nordsjælland og Kærkommen i Nordjylland.

Bonderosen er blevet overtaget af en anden privat udbyder, Attendo, og her er en enkelt sygeplejerske fortsat med at arbejde, mens yderligere fem sygeplejersker står uden arbejde.

"I dette tilfælde har vi hjulpet medlemmerne med at anmelde deres krav til Lønmodtagernes Garantifond," fortæller juridisk konsulent i Dansk Sygeplejeråd, Lene Vesth.

I virksomheden Kærkommen har Dansk Sygeplejeråd tre medlemmer, som er to studerende og en fastansat. Her vil Lønmodtagernes Garantifond ikke dække de ansattes løn.

"Lønmodtagernes Garantifond mener, at kommunerne har overtaget opgaverne og derfor skal betale de ansattes løn, men det er kommunerne uenige i," siger Lene Vesth.

Dansk Sygeplejeråd har besluttet at udtage stævning mod de to kommuner og Lønmodtagernes Garantifond for at få placeret ansvaret for udbetaling af løn til de ansatte. Dansk Sygeplejeråd har tilbudt medlemslån til de tre berørte medarbejdere.

Branchen har fået et dårligt ry

De 16 konkurser på to år har givet branchen for privat hjemmepleje et dårligt ry. Dansk Industri, som repræsenterer branchen, advarer kommunerne mod at tage imod de billigste tilbud, og Dansk Industri har bedt Kammeradvokaten om at udarbejde en juridisk drejebog for, hvordan man laver et udbud af ældrepleje.

"Vi ved godt, at vi strammer skruen over for vores medlemmer, hvis der f.eks. bliver stillet skrappe økonomiske krav til de virksomheder, som byder på opgaver. På den anden side gavner det branchen, hvis de virksomheder, som har fokus på kvalitet og udvikler hjemmeplejen, bliver belønnet," siger branchedirektør i Dansk Industri, Mette Rose Skaksen, til Politiken den 10. oktober 2015. Hun opfordrer kommunerne til at sikre i udbudsmaterialet, at der er taget højde for, hvem der skal overtage plejeopgaver i forbindelse med en konkurs.

Dansk Industri arrangerer den 26. oktober en rundbordssamtale med organisationer på pleje- og omsorgsområdet for at drøfte offentligt-privat samarbejde, og hvordan man håndterer og undgår konkurser. Her deltager Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen.

Konkurs - 6 gode råd

Dansk Sygeplejeråds juridiske videncenter har udarbejdet seks gode råd til medarbejdere, som bliver ramt af, at arbejdsgiveren går konkurs.

1. Udebliver din løn, så kontakt straks Dansk Sygeplejeråd.
2. Tjek, at din pension og feriepenge er blevet indbetalt.
3. Dansk Sygeplejeråds juridiske videncenter kan hjælpe dig med at anmelde dit krav til Lønmodtagernes Garantifond.
4. Vær opmærksom på frister. Du har fire måneder fra arbejdsgivers konkurs til at anmelde dit krav til Lønmodtagernes Garantifond.
5. Dansk Sygeplejeråd kan give dig et medlemslån, mens Lønmodtagernes Garantifond behandler din sag.
6. Meld dig ledig på jobnet.dk. Hvis du bliver opsagt og fritstillet, skal du melde dig ledig uden ydelse på jobnet.dk

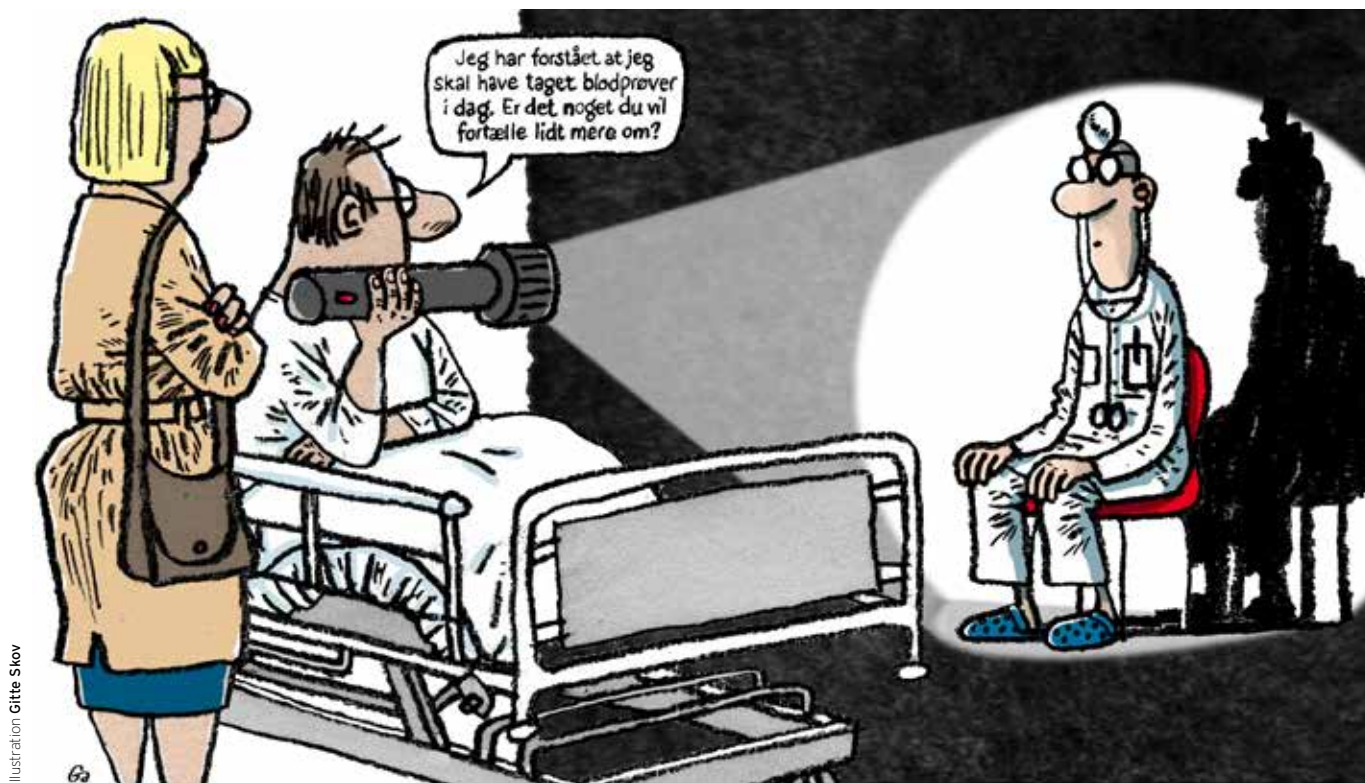


Illustration Gitte Skov

Patientinvolvering gavner typisk de resourcestærke patienter, mener Sygeplejeetisk Råd. De har ofte bedre værktøjer end de resourcesvage til selv at tilegne sig viden og sætte sig ind i behandlingen. Læs også artiklen på side 28.

Hospitaler prøver at begrænse spild af mad

De danske hospitaler kasserer over 1.000 tons mad om året. Det er spild af ressourcer og dyrt for samfundet, men nu prøver man flere steder at indføre tiltag, der skal forhindre, at tonsvis af mad ryger i skraldespanden.

Tekst **Mille Dreyer-Kramshøj**

1.100 tons mad bliver hvert år kasseret på danske hospitaler, viser en ny opgørelse fra Landbrug & Fødevarer. Alene på Slagelse Sygehus smider køkkenet omkring 2,2 tons mad ud om ugen. De fleste dage betyder det, at hvert tredje måltid kasseres, fordi sygehuset er nødt til at lave for meget mad. Sygeplejerskerne skal allerede dagen inden om morgenen bestille maden, før de ved, hvor mange patienter der er, og hvad behovet er.

"Noget af det, der er vigtigt for os, er, at der er rigeligt velsmagende og ernæringsrigtig mad til vores patienter. Og så kan vi ikke undgå, at der er et madspild," siger Region Sjællands regionsrådsformand Jens Stenbæk (V) til DR.dk

I regionen er man på Holbæk Sygehus i gang med at prøve et a la carte-system hvor patienterne selv kan vælge deres mad og mængden af det ud fra et menukort. Modellen kendes fra Hvidovre Hospital, hvor den har sænket madspildet med 40 tons årligt. Går det godt i Holbæk, vil man overveje at udbrede den til resten af Region Sjællands hospitaler.

Flymad reducerer spild

Også på Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg har ledelsen været opmærksomme på, at der bliver smidt alt for meget mad ud. På Fælles Akutmodtagelsen har man indført et nyt koncept, der har reduceret madspildet med op mod 90 pct. Madspildet er på hele sygehuset faldet med 20 pct.

"Vi har skrottet de faste spisetider, som man traditionelt har haft i sygehusvæsenet i mange år. Nu har vi et nyt madkoncept, hvor bespisning af patienter følger det enkelte patientforløb," fortæller oversygeplejerske Christian Jørgensen.

Maden bliver serveret i bakker, som man kender det fra flymad, og anretningen betyder, at patienterne i højere grad får spist op.

"Der er høj tilfredshed blandt patienterne. Netop fordi det er så enkelt og ligetil. Og der er slet ikke ventetid på at få maden, simpelthen fordi vi serverer det på flybakker," siger Christian Jørgensen.

Vietnam er ventlighed - og dårlig håndhygiejne

Emina Mahmuljin, professionsbachelor i sygepleje fra University College Sjælland, Nykøbing Falster

Den sygeplejestuderende ville så inderligt gerne gøre en forskel under sit praktikophold i udlandet, men forskellen blev alt det, hun lærte om sig selv og sit privilegerede hverdagsliv i Danmark.

"En rejse er det eneste, man kan købe, som man bliver rigere af," siges det. Så sandt. Turen gik til Vietnam til to en halv måneds praktikophold som sygeplejestuderende på modul 6, hvor jeg ville tilegne mig forståelse for, hvordan sygeplejerskens rolle er i et land, hvor kulturen er forskellig fra den danske. Jeg kan i dag fortælle, at jeg aldrig i mit liv har været så rig, for trods manglen på koordinati-on, uvidenhed og fortvivlelse er Vietnam et land, man vokser i.

Mit praktikophold fandt sted på børneafdelingen på Bach Mai Hospital i Hanoi, og her var hygiejnen ikke just i højsædet. På intet tidspunkt blev der sprittet af eller vasket hænder, og sygeplejerskerne brugte gerne den samme blandingsvæske til flere forskellige medecintyper og til flere patienter. Sygeplejerskernes hår hang ofte løst, og det var meget udbredt at bære smykker såsom ringe, ure, armbånd, store øreringe og halskæder. På børneafdelingen lå der oftest op til fire patienter i en seng, men hvis man havde velhavende forældre, kunne man godt få

en seng for sig selv. Alt dette gav mig et indblik i sortbørshandlen og korrup-tionen i det vietnamesiske sundhedssystem. Patientens pårørende havde selv ansvaret for at skrive de basale værdier op i en notesbog og fik bare stukket den medicin i hånden af sygeplejersken, som deres barn nu engang skulle have. Det virkede ikke, som om begrebet omsorg eksisterede. Det var noget af et chok for mig, da jeg vægter omsorg og respekten for det enkelte menneske højt.

Sygeplejerskerne på afdelingen talte ikke engelsk, og man var heldig, hvis man mødte en, som kunne forstå nogle få ord. Som observatør med sproget som barriere kan man alligevel godt opfatte mange sammenhænge via kropssprog, tonefald m.m.

Det har ikke været en dans på roser, men samtidig har de svære tider også været dem, der har været mest lærerige. Jeg er imponeret over vietnamesernes tro, åbenhjertighed, gæstfrihed og den taknemmelighed, de viser for selv de mindste ting. Det har fået mig til at sætte mit eget privilegerede liv i perspektiv og værdsætte det.

Emina Mahmuljin er ansat i PCK, Psykiatrisk Akutmodtagelse C52.2 på Bispebjerg Hospital.

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

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

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

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

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

Ny guide til forebyggelse

Undersøgelser viser, at mange patienter efterspørger information om deres livsstils betydning for helbredet. Derfor har Sundhedsstyrelsen i samarbejde med bl.a. Fagligt Selskab for Konsultations- og Infirmersygeplejersker udviklet en række nye materialer, der netop skal inspirere og understøtte forebyggelsesarbejdet i almen praksis og på sygehuse. Ønsket er, at sundhedspersonalet bliver endnu bedre til at identificere patienter med forebyggelsesbehov og til at henvise dem til relevante forebyggelsestilbud i et sammenhængende forløb på tværs af sektorerne. Materialet indeholder bl.a. en praktisk guide og en plakat målrettet sundhedspersonalet med konkrete råd til, hvordan samtale om livsstil og helbred kan inddrages i behandlingsforløbet. Der er desuden udarbejdet en patientfolder om livsstil og helbred. Materialet kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk > søg på "sygdomsforebyggelse i almen" i højre hjørne.

(CSO)



”Jeg kan frygte for fremtidens sygeplejersker. De studerendes læringsmiljø er i de travle perioder ikke altid tilstedeværende. De skal tage sig af mig, den dag jeg skulle få brug for at være patient. Men lærer de mon at træne det faglige skøn samt kliniske blik? Jeg tænker: ”Godt, jeg selv er sygeplejerske i det tilfælde, at jeg skulle ende med at blive patient”.

Sygeplejerske og tillidsrepræsentant Winnie Juhl, Hjertekirurgisk afsnit, Aarhus Universitetshospital, i læserbrev i Århus Stiftstidende den 4. oktober.

Kommunale akutsygeplejersker aflaster sygehuse og praktiserende læger

Et akutteam af sygeplejersker i Sønderborg Kommune rykker ud og behandler borgerne i deres egne hjem. En evaluering viser, at ordningen betyder hurtigere udskrivelse af visse typer patienter.

Både borgere og medarbejdere er glade for et forsøg i Sønderborg Kommune, hvor et team af sygeplejersker rykker ud og behandler borgerne i deres egne hjem. Endnu kan det ikke siges med sikkerhed, om akutteamet forebygger indlæggelser, men liggetiden er blevet kortere. Det viser en evaluering fra Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning, KORA.

Docent i KORA, Eigil Boll Hansen, har evalueret projektet, og i et nyhedsbrev fra KORA siger han:

”Akutteamet har aflastet sygehuset og de praktiserende læger. Og de borgere, som er blevet henvist til akutteamet, er glade for at kunne få behandling og pleje derhjemme fremfor på sygehuset. De er trygge ved ordningen og oplever, at akutsygeplejerskerne er kompetente og imødekommende.”

På forhånd havde kommunen regnet med, at akutteamet ville betyde færre indlæggelser på sygehus blandt nogle typer af patienter, men det kan evalueringen ikke dokumentere. Til gengæld er den gennemsnitlige liggetid på sygehuset blevet kortere. Fra 2012 til 2014 er den faldet fra 5,8 dage til 5,1 dage for patienter med lunge- og blærebetændelse eller væskemangel.

”Det ser ud til, at akutteamet har en del af æren for den kortere liggetid. Personalet på sygehusene oplever, at borgere ud-

skrives hurtigere pga. akutteamet, og både sygeplejersker i akutteamet og hjemmesygeplejersker oplever også, at borgere udskrives hurtigere til bl.a. intravenøs behandling i hjemmet. Dermed har akutteamet bidraget til at aflaste sygehusvæsenet,” siger Eigil Boll Hansen.

Også andre medarbejdere i sundhedsvæsenet er positivt stemt over for det nye akutteam. Hjemmesygeplejersker og sygeplejersker i plejecentre er glade for at få råd og sparring fra teamet, og sygehusesansatte og praktiserende læger har generelt tillid til akutteamets kompetencer.

(sbk)

Læs mere på www.kora.dk, søg på ”Akutteam kan aflaste sygehuse og praktiserende læger”.

Film



Foto: Christian Gelnæs

Ghita Nørby som plejehjemsbeoer i *Nøgle Hus Spejl*. Filmen er indspillet med rigtige sygeplejersker som statister.

Premiere den 12. november

Nøgle Hus Spejl

Lily og Max har været gift i mere end 50 år. De bor nu på plejehjem sammen, hvor Max kan få professionel pleje efter en hjerneblødning. Lily har længe tilsidesat sine egne behov og længes efter nærhed. Da en mand, kendt som "Piloten" flytter ind ved siden af, bliver Lily charmeret af hans livsglæde. Men hverken familie eller medbeboere kan acceptere hendes nye ven.

Biografer i hele landet

Min lille søster

I jagten på det perfekte har Stellas søster Katja ladet en spiseforstyrrelse tage kontrollen over sit liv. Da Stella konfronterer hende med det, får det bægeret til at flyde over. De to søstre begynder en farlig leg. Gennem afpresning, manipulation og løgne får Katja overtalt Stella til at holde på sin livsfarlige hemmelighed.

Biografer i hele landet

Teater

22.-24. oktober

Kære Krop!

Borgernes Scene har inviteret en flok kvinder i alderen 21-74 år til at fortælle om deres hæsle, skønne, genstridige, afmægtige, følsomme, stærke og oprørske kroppe: Om deres erfaringer med spiseforstyrrelser, børnefødsler, livstruende sygdomme og sex.

Odense Teater, Jernbanegade 21, 5100 Odense

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



Foto: Christopher Regild

Sundhedspersonale indtog Christiansborg Slotsplads

Fredag den 2. oktober havde sygeplejerske Heidi Simonsen arrangeret en demonstration for at sige fra over for tidspresset i sundhedsvæsenet. Omkring 1.700 sygeplejersker, jordemødre og an-

dre sundhedsprofessionelle bakkede op på Facebook, og 500 mødte op til arrangementet, hvor der var taler af bl.a. Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen.

Bornholmske sygeplejersker får bedre tid til patienterne

Fra næste år skal Bornholms Hospital have mere fokus på patienterne og mindre på bureaukrati. Hospitalet får som det første i Danmark status af udviklingshospital, og det betyder bl.a., at sygeplejerskerne skal have bedre tid til patientkontakt og bruge mindre tid på registreringer.

Hensigten er, at hospitalets økonomiske styringsplan skal tage afsæt i, hvad der giver værdi for patienterne, i stedet for at fokusere på, hvor mange der bliver behandlet.

"Jeg håber, at patienterne hurtigt vil mærke effekten. Det er en ny måde at styre på, og hvis det er en succes på Bornholm, så er det oplagt, at de andre hospitaler i Region Hovedstaden, inklusive psykiatrien, kan følge efter. Måske kan det også skabe inspiration andre steder i lan-

det," siger regionsrådsformand i Region Hovedstaden, Sophie Hæstorp Andersen (S), i en pressemeddelelse fra Bornholms Hospital.

Fællestillidsrepræsentant for sygeplejerskerne på Bornholms Hospital, Linda Mortensen, glæder sig over den nye status.

"Vores kerneopgaver er jo ude hos patienterne. Det er der, vi gerne vil være, og det, vi har taget vores uddannelse for. Vi har ikke taget uddannelsen for at sidde på et kontor og registrere," siger hun til TV2 Bornholm.

Den nye økonomiske styringsmodel skal afprøves fra 2016 og betyder bl.a., at hospitalet bliver undtaget Region Hovedstadens takststyringsmodel.

(mdk)

KOL-patienter i hele landet skal have telemedicin

Senest i 2019 skal 40.000 KOL-patienter kunne få konsultationer og hjælp i eget hjem via telemedicin. Regeringen, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening har indgået aftale om at udrulle telemedicin til patienter i hele landet og har reserveret 47 mio. kr. til projektet.

"Telemedicin er ikke et ekstra tilbud, men er et bedre tilbud til en af de grupper af patienter, som har det værst. Med telemedicin vil patienter hurtigere selv kunne opdage en forværring af deres sygdom. Der er gevinster at hente for både bor-

gerne og sundhedsvæsenet," siger næstformand i Danske Regioner, Jens Stenbæk, i en pressemeddelelse.

Hensigten er, at patienter får udleveret måleudstyr til at registrere f.eks. blodtryk, vægt og iltmætning i blodet. Oplysningerne kan sendes digitalt til en sygeplejerske, der kan konsultere patienten via computeren. Udrulningen sker på baggrund af tidligere forsøg med telemedicin i Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Hovedstaden.

(mdk)

Fuldtidsløn for deltidsarbejde

Et svensk forsøg med at tilbyde fuldtidsløn for deltidsarbejde har været en succes. Karlskoga kommune har tidligere haft svært ved at rekruttere sygeplejersker til aftenvagter, men med tilbuddet om fuld løn til 75 pct. arbejdstid er det ikke længere et problem at få kvalificerede ansøgere. "Jeg har arbejdet her siden 2003 og har aldrig haft så mange ansættelsessamtaler som nu," siger Birgit Wenneberg, enhedschef for sygeplejersker i kommunen, til Vårdfokus. Også økonomisk er det en fin løsning, da kommunen bl.a. slipper for at hyre dyre vikarer.

Olfert til britisk sundhedsminister

"Der er ikke bevis for, at lønstop påvirker personalets moral." Sådan udtalte den britiske sundhedsminister Alistair Burt sig i september om sygeplejerskernes lønsituation, og det fik den engelske sygeplejeorganisation RCN til at sende en skarp kritik. "De økonomiske beviser taler for sig selv. Sygeplejersker, der kæmper for at få enderne til at mødes, vælger at arbejde for bureauer i stedet," siger generalsekretær for RCN, Janet Davies, i en pressemeddelelse. Sygeplejerskerne er utilfredse med deres løn, siden et lønstop blev indført i 2011-2013, og RCN mener, at det går ud over følelsen af at være værdsat.

Dobbelt så mange ældre i 2050.

Andelen af ældre over 60 år vil på blot 35 år fordobles. Det er prognosen fra WHO i en ny rapport, der advarer om, at det vil betyde store sociale ændringer for alle samfund. "I dag lever de fleste længere, selv i de fattigste lande. Vi bliver nødt til at sikre, at de ekstra år er sunde, meningsfulde og værdige. At opnå det vil være godt for hele samfundet," siger Margaret Chan, generaldirektør i WHO, i en pressemeddelelse. Rapporten anbefaler, at samfundene og sundhedssystemerne indretter sig langt mere efter de ældres behov.

Foto: Dansk Sygeplejehistorisk Museum/Benny Andresen

Veteraner efterlyses

Har du været udsendt som sygeplejerske ved UNEF-hospitalet i Gaza?

FN's UNEF-hospital i Rafha (Gaza) 1965-1966 og måske lidt af 1977 hold I-II-III var bemanded med dansk personel.

Forsvarets medalje og veterankort kan gives til alle udsendte fra Danmark til international tjeneste. Det var denne tjeneste, danske sygeplejersker havde ved Rafha-hospitalet.

Hvis du var med eller har været udsendt af Forsvaret, kan du ringe til Forsvaret på telefon 7281 9179 eller skrive til fsp-bemin06@mil.dk

Danske FN-sygeplejersker i arbejdstøjet på FN-hospitalet i Gaza, 1960-69.



Den tyste kaffepause

På kirurgisk afdeling er der et nærende og veletableret læringsmiljø for både ansatte og sygeplejestuderende, hedder det. Men teori og praksis harmonerer i dette tilfælde rigtig dårligt. Hvad gør man ved det? Hvem skal reagere?

Eline er sygeplejestuderende på en kirurgisk afdeling på et sygehus i hovedstadsområdet. Hun er i gang med modul 10 og har glædet sig meget til at komme i praktik. Hendes kliniske vejleder tager imod, da hun møder kl. 8. Hun præsenterer sig og viser rundt, og Eline tænker, at det starter lovende.

"Vi lægger vægt på videndeling, dialog og refleksion her i afdelingen," siger Kristine, "og derfor forsøger vi at skabe et miljø, hvor der er højt til loftet og plads til både humor, faglige diskussioner og innovative tiltag, ikke mindst fra jer studerende," siger hun og blinker til Eline.

"Vores refleksive rum opstår ofte spontant, og alle tager ejerskab, når vi vender og drejer en situation. Vi har en fordomsfri tilgang til utilsigtede hændelser og gør, hvad vi kan for at lære af dem. Vi har supervision en gang om måneden, og den skal du naturligvis også have mulighed for at deltage i," fortsætter Kristine.

Klokken ni er der fælles kaffepause. Da Kristine og Eline træder ind i kaffestuen, sidder otte medlemmer af personalegruppen rundt om bordet, hvor der står en sort og en hvid termokande. Der er tyst som i en kirke. Ingen ser op, siger hej eller præsenterer sig.

Alle er optaget af deres mobiltelefon. De tjekker mails, sms'er m.m. og besvarer dem. Der går fem minutter. "Undskyld, jeg skulle lige skrive til min søns klasselærer, jeg hedder Mette," siger en af de hvidklædte og giver Eline hånden.

- Hvad tænker I om det faglige miljø på den kirurgiske afdeling?
- Hvordan skal Eline navigere på en arbejdsplads, som umiddelbart ikke virker parat til dialog og videndeling?
- Hvor ligger ansvaret for stemningen rundt om kaffebordet?
- Hvem skal handle på det, Eline oplever? Skal hun selv træde i karakter?

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

Svar 1. Elines første time på det nye praktiksted forløber fint, hun er ventet, bydes velkommen og bliver vist rundt i afdelingen. Hendes vejleder giver et godt indtryk af afdelingens læringsmiljø, og hendes fine ord om de gode hensigter kommer virkelig til eksamen en time efter i kaffestuen.

Det er åbenbart ikke hos alle, at den fine vision om læringsmiljøet er internaliseret, da man udviser disrespect ved ikke så meget som at kigge op eller bemærke, at der er kommet en ny person ind i afdelingen. Det kan undre, at vejlederen ikke markerer sig og præsenterer den studerende for de andre. Man kan ikke forvente, at Eline tager sagen i egen hånd og forlanger læring, hvorimod dette forventes af praktikvejlederen, som sammen med sygeplejelederen i afdelingen skal skabe en kultur, hvor almindelig høflighed over for kolleger og nye medarbejdere skal være en naturlig ting. Man tænker, mon der virkelig er så højt til loftet, udpræget spontan refleksion, humor og et innovativt miljø?

Vender man sagen, udviser vejlederen jo også disrespect for sine kolleger, som i deres kaffepause skal have mulighed for et privat opkald og for at koble af fra deres opgaver. Dog skal man til stadighed være professionel og udvise ordentlighed.

Af Edel Kirketerp Nørskov, oversygeplejerske, MEVO master i etik og værdier i organisationer, Børneafdelingen, Sygehus Lillebælt, Kolding, medlem af Sygeplejeetisk Råd, www.dsr.dk/ser

Svar 2. Nej, Eline skal ikke selv træde i karakter, da det vil skabe et dårligt udgangspunkt for hendes læringsituation. Hun kan eventuelt senere tage det op i supervisorsgruppen, da det er et rum, der er beregnet til refleksion. I det kollegiale, nærhedsetiske perspektiv kan man sige, at personalet ikke stiller sig åbent an over for den svage part, hvilket er den studerende. Med den definition kan man betegne personalets adfærd som uetisk. Men i en anden etisk vinkel, hvor man tager afsæt i definitionen af etisk adfærd, som er at følge skik og sædvane, kan personalets adfærd ikke kun betegnes som uetisk, da det er blevet en del af den moderne kultur at tjekke sin mobiltelefon regelmæssigt. Man kan mene, at det ikke hører hjemme på en arbejdsplads at tjekke privatlivet konstant, da det fjerner energi fra det egentlige fokus. Det vil være et etisk signal fra ledelsen, at man ikke ønsker denne adfærd, og at det kun er i særlige tilfælde, at man skal have sin mobil på sig i arbejdstiden.

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



Et kig ind i køkkenet på datidens supersygehus

Dansk Sygeplejehistorisk Museum i Kolding udstiller en serie fotos på sin hjemmeside af Øresundshospitalet for 90 år siden. I dag er de store supersygehuse på vej, men hvordan så et hospitalskøkken egentlig ud i 1920'erne og 30'erne?

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen**



Øresundshospitalets køkken 1929.

Dengang

Øresundshospitalet blev indviet i 1878 som karantænesygehus for Københavns Kommune. Det blev placeret væk fra den daværende bymæssige bebyggelse i landlige omgivelser ned mod Øresund. Hospitalet mistede dog adgangen til kysten med anlæggelsen af Kystbanen 1897.

Fra 1905 blev det udbygget til et tuberkulosesygehus, som med gentagne udvidelser efterhånden også rummede andre specialer som radiologi og patologi.

Dansk Sygeplejehistorisk Museum i Kolding udstiller nu en serie fotos fra 1920'erne og 30'erne på sin hjemmeside. Billederne giver et unikt indblik i, hvordan datidens supersygehus så ud. Med hestetrukken sygevogn, uldne plaider foldet fint om sengene og kvinder med kogende kar i køkkenet.

Efterhånden som tuberkulosen blev bekæmpet, kunne man konvertere 106 sengepladser til geriatrisk behandling, og senere blev der tilføjet en gynækologisk afdeling. Øresundshospitalet blev nedlagt som aktivt sygehus 1982 og omdannet til plejehospital.

I dag anvendes bygningerne af forskellige kommunale børne- og ungdomsorganisationer, og Region Hovedstaden har en distriktspsykiatrisk enhed samt ambulatorier placeret her.

Se museets fotos på www.dshn.dk > Et hospital for 90 år siden.

Kilde: Dansk Sygeplejehistorisk Museum.



Der kommer køkkener på alle de nye supersygehuse, men endnu er de ikke bygget færdige.

Nu

"Fire ud af seks supersygehuse bygges uden køkkener". Sådan lød en avisoverskrift i november 2013, da det kom frem, at supersygehuse havde overskredet deres budgetter så voldsomt, at køkkenerne skulle spares væk. Og det på trods af, at undersøgelser har vist, at 40 pct. af alle indlagte patienter befinder sig i ernæringsmæssig risiko og koster samfundet millioner i form af længere indlæggelser og hyppigere genindlæggelser.

Men den kritik, de manglende køkkener afstedkom, fik formanden for Danske Regioner til at garantere, at der kommer køkkener på alle de planlagte supersygehuse.

Da diskussionen gik højt omkring det manglende køkken i supersygehuset i Skejby, udtalte Bent Hansen (S) til flere medier, at:

"Der skal være et køkken, for så mange pizzeriaer er der altså ikke i Aarhus."

SYGEPLEJERSKER SKAL FÅ SUNDHEDSVÆSENET TIL AT HÆNGE SAMMEN

Sundheds- og ældreminister Sophie Løhde (V) vil styrke sammenhængen i sundhedsvæsenet, og sygeplejersker er tiltænkt en nøglerolle. Hjemmesygeplejerskers kompetencer skal løftes, der skal flere sygeplejersker på plejehjem, og på hospitalerne vil hun investere i uddannelse af flowmastere for at komme overbelægning til livs.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen og Katrine Nielsen**
Foto **Søren Svendsen**

Fem minutters gang fra Dansk Sygeplejeråds adresse på Sankt Annæ Plads ved Nyhavn ligger Sundhedsministeriet – en vigtig strategisk medspiller i Dansk Sygeplejeråds kamp for at sætte sygeplejerskers udfordringer på dagsordenen. På en skin-de messingplade på døren til Holbergsgade 6 står ministeriets nye navn: ”Sundheds- og Ældreministeriet”.

Kvinden med den højeste post i det danske sundhedsvæsen, sundhedsminister Sophie Løhde, tager imod i hjørnekontoret på 4. etage for at fortælle om sine mål for ministerperioden. De handler om fokus på den ældre medicinske patient, et løft af kræftområdet og bedre sammenhæng på tværs af sundhedsvæsenet. Sophie Løhde understreger, at sygeplejersker har en afgørende nøglerolle i gennemførelsen af alle tre mål.

”Når vi snakker ældre patienter, er vi nødt til at se på indsatsen både før, under og efter sygehuset. Sidste år var der 63.000 forebyggelige indlæggelser, og mange af dem skyldtes, at ældre eksempelvis bliver indlagt, fordi de er dehydrerede eller har en simpel blærebetændelse, der får lov at udvikle sig. Sygdomme, som vi kunne

have forebygget ved at sætte ind med den tilstrækkelige pleje og behandling ude i borgerens eget hjem og på plejehjemmet,” siger Sophie Løhde.

Hun erklærer, at hun vil styrke det sundhedsfaglige niveau i kommunerne.

”Det handler bl.a. om kompetenceudvikling, men det handler også om at udstyre kommunerne med nogle bedre redskaber til at nå frem til, hvad der virker. Jeg tror,

” Overbelægning er udtryk for hamrende dårlig kvalitet, og det er uværdigt for patienter og pårørende at blive placeret i en seng klos op ad elevatoren eller et skyllerum.

nogle kommuner føler, at de famler lidt for meget i blinde,” siger Sophie Løhde, og nævner som eksempel konkrete redskaber til at forebygge sygehusindlæggelser.

”Vi mangler viden om, hvilke indsatsesom virker. Altså, hvad der afgør, at den indsats, man laver i én kommune, slår bedre igennem i forhold til den indsats, man iværksætter i nabokommunen. Vi ser rigtig mange kommuner, som laver akut- og aflastningspladser, men de er meget for-

skelligartede. Det er også baggrunden for, at kommunerne sammen med regeringen og Danske Regioner besluttede at igangsætte arbejdet for udvikling af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen,” siger Sophie Løhde.

Flere sygeplejersker på plejehjem

Ser du også et behov for at styrke kompetencerne ved at ansætte flere sygeplejersker på plejecentre?

”Det mener jeg slet ikke, at vi kommer uden om fremadrettet. Vi kommer til at se opgaveflytning eller -glidning på mange niveauer, det gælder ikke kun sygeplejersker, men også i forhold til sosu’er og læger.”

Et af regeringens konkrete forslag til næste års finanslov er en styrkelse af de sundhedsfaglige kompetencer ved at udbrede ordningen med plejehjemslæger; en ordning, der har kørt som et forsøg i en række kommuner.

”Her har man opnået nogle rigtig gode resultater, og det er jo også en måde at styrke de sundhedsfaglige kompetencer ude på plejehjemmene. Det gør vi ikke ved udelukkende at have fokus på, at der er en plejehjemslæge. Det er jo i høj grad også at have fokus på de kompetencer, som syge-

BLÅ BOG

**SOPHIE
LØHDE**
32 ÅR*Går også under tilnavnet
"komet-politiker".*

1983: Født den 11. september i Birkerød, datter af direktør Ole A. Jacobsen og forhenværende borgmester og kunsthandler Karin Løhde.

2001: Valgt ind i Frederiksborg Amtsråd for Venstre som 18-årig.

2006: Valgt ind i Rudersdal Kommunalbestyrelse.

2006: Valgt ind i Region Hovedstaden.

2007: Valgt til Folketinget for Venstre.

2011-2015: Sundhedsordfører.

2015: Udnævnt til sundhedsminister.

Sundhedsminister Sophie Løhde vil sætte ind over for overbelægning på akutte og medicinske afdelinger, og hun vil iværksætte en national handlingsplan for den ældre patient og en national handlingsplan på demensområdet.

- plejersker har – også dem, som har nogle specialkompetencer især i forhold til ældre patienter.”

Kan du forestille dig, at sygeplejersker f.eks. skal ordinere medicin og indlægge patienter?

”Altså, vi kommer ikke til at fjerne lægens ordinationsret, det ser jeg ikke for mig. Men der er masser af opgaver, hvor man kan agere på delegation. Altså på lægens ansvar, som er delegeret til en anden sundhedsperson, i det her tilfælde en sygeplejerske. Det foregår allerede i dag i vid udstrækning, og den udvikling bliver ikke mindre fremadrettet.”

Flere uddannes til flowmastere

Også under patientens indlæggelse ser Sophie Løhde sygeplejersker i en nøglerolle. Hun blev inspireret, da hun for nylig besøgte Slagelse Sygehus og blev præsenteret for deres model med en flowmaster, som sørger for at fordele patienterne rundt på hele sygehuset for at undgå overbelægning og patienter på gangene. Hun fremhæver projekt Sikkert Patientflow, som 12 sygehuse over hele landet deltager i.

De tre vigtigste indsatser

Hvilke tre ting, vil du som ny minister satse på at forandre?

1. ”Nu og her vil vi gerne levere markante resultater for den ældre patient, her tænker jeg både på medicinske afdelinger – overbelægningsproblemerne, men også på hele demensområdet.”
 2. ”Kræftområdet skal løftes med en Kræftplan IV.”
 3. ”En indsats, der går på tværs for at skabe et bedre sammenhængende sundhedsvæsen.”
-

”Det viser, at man med ganske enkle, men systematiske virkemidler kan så godt som fjerne overbelægning og sikre patienterne plads på en patientstue,” siger Sophie Løhde, som er parat til at iværksætte uddannelse af flere sygeplejersker til flowmastere.

Hun forestiller sig, at nogle af de ekstra 500 millioner i 2016, som regeringen har øremærket til den ældre patient, skal gå til at få udbredt flowmaster-ordningen.

Finder du også penge til flere senge?

”Om der skal flere senge til, vil jeg overhovedet ikke afvise på forhånd, jeg synes bare, det er for simpelt et svar politisk kun at pege på flere senge, for problemet er meget mere komplekst end det,” siger Sophie Løhde.

”Vi har lagt op til her i finanslovsforhandlingerne, at vi gerne vil forhandle en akutpakke mod overbelægning med Folketingets partier. Akutpakken handler om, at vi skal sætte ind med en række virkemidler her og nu med henblik på at løse overbelægningsproblemet. Flowmaster-ordningen er et godt eksempel på, at vi kan opnå nogle resultater også på den korte bane.”

Overbelægning er dårlig kvalitet

Sophie Løhde er optaget af at forebygge overbelægning. Og et af midlerne er at nedbryde sektorgrænser, så patienten ikke falder gennem systemets huller og risikerer en unødvendig indlæggelse.

En statusrapport fra Sundheds- og Ældreministeriet over de enkelte sygehusafdelingers overbelægningsprocenter fik stor mediebevågenhed efter sommerferien, da oversigten afslørede afdelinger med massive overbelægningsproblemer.

”De tal er jo både opmuntrende og nedslående. De er opmuntrende, fordi de af-

” Om der skal flere senge til, vil jeg overhovedet ikke afvise på forhånd, jeg synes bare, det er for simpelt et svar.

spejler, at man visse steder har fået knækket koden og har sat ind over for overbelægning. Men samtidig var tallene også nedslående, for vi kunne se, at nogle sygehuse havde nærmest kroniske problemer med overbelægning.”

”Overbelægning er udtryk for hamrende dårlig kvalitet, og det er uværdigt for patienter og pårørende at blive placeret i en seng klos op ad elevatoren eller et skyllerum,” slår hun fast.

Ifølge Sophie Løhde er der brug for at sætte ind både på kort og langt sigt, hvis overbelægningsproblemerne skal løses, og i Sophie Løhdes optik hænger fokus på den ældre patient sammen med at løse overbelægningsproblemet, fordi overbelægning bl.a. handler om at forebygge indlæggelse. Ud over akutpakken lancerer hun derfor to langsigtede handlingsplaner med fokus på den ældre patient: En national handlingsplan for den ældre medicinske patient og en national demenshandlingsplan. Desuden skal der tages fat i mere strukturelle udfordringer i primær sektor og på tværs af sektorerne.

”Der ligger en kæmpe udfordring i at få gearet hele den kommunale del af vores sundhedsvæsen – altså kommunerne, almen praksis og samspillet – og få løftet hele det sundhedsfaglige niveau ude i kommunerne,” siger Sophie Løhde.

LØHDE VIL IKKE LOVE ARBEJDSRO

Sygeplejerskernes arbejdspress og store problemer med det psykiske arbejdsmiljø er "dybt bekymrende", mener sundhedsministeren. Men hun mener ikke, der er behov for at frede hospitalerne for at sikre arbejdsro. Tværtimod vil der fortsat være brug for forandringer, understreger hun.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen og Katrine Nielsen**

En hel stribe undersøgelser, som Sygeplejersken har omtalt over de seneste måneder, dokumenterer, at sygeplejerskernes arbejdspress er alarmerende højt. Senest viste en undersøgelse fra Dansk Sygeplejeråd, at det pressede arbejdsmiljø betyder, at hver anden hospitalssygeplejerske ikke kan arbejde fagligt forsvarligt. Før sommerferien viste en lignende undersøgelse, at hver anden sygeplejerske har så travlt, at hun mener, det går ud over patientsikkerheden.

Det er alarmsignaler, som Sophie Løhde med egne ord finder dybt bekymrende.

"Hvis man hver dag møder ind på sin arbejdsplads – sygehusafdelingen – og konstaterer, at der er overbelægning, og man farer rundt, så er der ikke noget at sige til, at man bliver presset og stresset af sit job. Det er jo fuldt forståeligt. Derfor er vi også nødt til at sætte ind i forhold til nogle af de problemer, som vi ser er med til at sætte fagligheden under pres," siger hun.

Den nye minister mener, at nøglen til at løse problemerne skal findes i at nedbringe overbelægningen. Og det kræver et langt træk, understreger hun.

"Det bliver en benhård indsats, men vi har til gengæld modet til at prioritere pengene til det og sætte ind med en langsigtet plan på det her område," siger hun.

Både tillidsfolk og ledere har i Sygeplejersken peget på, at selve strømmen af forandringer og skiftende politiske krav er et problem for sygeplejerskernes arbejdsmiljø. Politiske krav er knap gennemført, før de afløses af nye krav. Arbejdsmiljøproblemerne er samtidig blevet voldsomt forværret over de seneste år, hvor sundhedssektoren har været gennem kraftige effektiviseringer. Og det bekymrer tillidsfolk og ledere, at hospitalerne nu igen står foran nye effektiviseringskrav og store besparelser. De efterlyser arbejdsro til sundhedsvæsenet.

Hvad siger du til det? Er der brug for arbejdsro i sundhedsvæsenet, og kan du give medarbejdere og ledere det?

"Jeg har kæmpestor respekt for alle de sundhedspersoner, der hver dag knokler deres yderste for at kunne levere en god kvalitet i sundheds- og sygehusvæsenet.

” Om jeg vil levere ro på bagsmækken og sige, at nu kommer der ikke flere nye initiativer? Der må det korte svar være nej.

Om jeg vil levere ro på bagsmækken og sige, at nu kommer der ikke flere nye initiativer? Der må det korte svar være nej," siger Sophie Løhde med eftertryk og fortsætter:

"Jeg har en ambition om, at vi skal gøre et godt dansk sundhedsvæsen endnu bedre. Det får vi ikke ved at lulle os ind i, at alting nok skal gå."

Ifølge ministeren er det afgørende dog, hvordan forandringerne bliver grebet an.

"Vi skal have medarbejderne med på forandringerne undervejs. Vi skal bruge deres viden, ikke mindst om, hvordan vi bliver bedre til at inddrage patienterne og bruge det som et aktivt redskab til at forbedre kvaliteten i det danske sundhedsvæsen."

Det lyder, som om du siger, at vores sygehusledelser ikke er dygtige nok til at implementere forandringer?

"Der er ikke nogen tvivl om, at sygehusledelserne er hamrende afgørende. Og vi har rigtig mange dygtige ledere i det danske sundhedsvæsen, men der er nogle områder, hvor jeg godt kunne tænke mig, at man satte noget mere retning i ledelserne, det gælder eksempelvis, når vi snakker patientinddragelse, og få sat det højere på dagsordenen. Ikke bare som et projekt, men fordi man vil arbejde med det som en del af sin arbejdskultur på det enkelte sygehus."

Nogle af vores tillidsfolk er kritiske overfor, at hospitalerne skal omplacere eller fyre folk i øjeblikket for måske senere at skulle sige, at "nu skal I ikke rejse alligevel, for nu har vi fået nogle midler fra finansloven til vores område". Hvorfor har I ikke bare givet midlerne til regionerne i stedet for at øremærke dem til bestemte formål?

"Det anerkender jeg nok ikke helt. Fordi folketingsvalget faldt, som det gjorde, tog vi fat på forhandlingerne med regionerne straks efter sommerferien, og vi var enige med regionerne om, at de havde behov for en hurtig afklaring i forhold til at kunne komme i gang med og gå videre med budgetlægningen ude i regionerne. Der har vi aftalt et løft på 1,5 mia. til de meget omtalte stigende medicinudgifter, men også til at løfte aktiviteten ude i regionerne, og endelig sagde vi meget klart, at det var kun første halvleg. At vi ville komme igen i anden halvleg med ekstra penge til regionerne. Vi har spillet med åbne kort, og hvad der så foregår ude i regionerne, det må man holde den enkelte regionsrådsformand ansvarlig for. Det er dem, der tilrettelægger processerne derude."

Hvordan har du det med, at medarbejdere er varslet fyret, og muligvis bliver de her fyringer trukket tilbage om et par måneder?

"En form for "stop and go-politik" er selvfølgelig ikke hensigtsmæssig. Men vi har gjort alt fra regeringens side for at sikre en hurtig afklaring, hvor der er kommet flere og ikke færre penge til sundhedsområdet. Der har aldrig været så mange læger og sygeplejersker ude på de danske sygehuse, og der vil heller ikke fremadrettet komme færre," lover Sophie Løhde.

Hospitaller mangler plads til fortrolighed

Samtaler med patienter skal tages i fortrolighed. Men hospitalernes rammer og sygeplejerskernes travlhed gør, at det ofte ikke er muligt at snakke med patienterne i enrum. En rundringning viser, at fortrolige samtaler bliver taget, hvor alle kan lytte med på hospitaler i tre regioner.

Tekst **Mille Dreyer-Kramshøj og Christina Sommer**
Foto **TV2 / iStock**

Hverken sygeplejersker, læger, hospitalsdirektioner eller politikere synes, det er i orden, at samtaler med patienter bliver taget på gangene. Alligevel sker det, at patienter modtager en diagnose eller skal afgive personfølsomme oplysninger helt offentligt og frit tilgængeligt for mere eller mindre uvedkommendes ører. Det fremgik af dokumentarudsendelsen "Patienten, der fik nok", der blev vist på TV2 den 24. september. Her diskuterer sygeplejersker og læger bl.a. en kræftdiagnose med en patient på gangen, mens andre kan høre samtalen.

Ifølge en undersøgelse, TV2 har lavet i samarbejde med Megafon, oplever hver

” Nogle gange har vi patienterne med ud i køkkenet, hvor vi kan lukke døren. Det virker bare dybt uprofessionelt, at vi skal sidde i et køkken.

Sygeplejerske og tillidsrepræsentant Rikke Firing Thomsen, Aalborg Universitetshospital.

sjette patient eller pårørende, at der tales om private sundhedsforhold, mens uvedkommende hører på.

Og de fortrolige samtaler på gangene sker ikke kun på Hvidovre, viser en rundringning, *Sygeplejersken* har foretaget.

På Aalborg Universitetshospital kender sygeplejerske og tillidsrepræsentant Rikke

Firing Thomsen også til problemer med stuegang på gangene.

”Vores patienter sidder så tæt inde på stuerne, at de enten kan få informationen der, hvor alle kan høre det, fordi vi ikke kan skærme dem, eller også skal de ud på gangen, hvor alt er helt åbent. Så der er ingen steder, hvor man kan fortælle noget i fortrolighed,” siger hun.

Rikke Firing Thomsen arbejder på Lunger medicinsk Afsnit, hvor belægningen er mellem 112-130 pct. Det betyder, at der ofte ligger tre patienter på afsnittets tosenkstuer.

”Vi forsøger så vidt muligt at skærme patienterne og trække dem med hen, hvor der er ro. Nogle gange har vi dem med ud i køkkenet, hvor vi kan lukke døren. Det virker bare dybt uprofessionelt, at vi skal sidde i et køkken,” siger hun og fortæller, at afdelingen har et samtalerum, men at det ofte er optaget, så sygeplejerskerne bliver nødt til at finde alternativer som køkkenet eller den afsnitsledende sygeplejerskes kontor.

Også på Næstved Sygehus oplever man udfordringer med samtaleforholdene, fortæller fællestillidsrepræsentant for sygeplejersker og radiografer, Susanne Kronmose.

Hvornår må man bruge skjult kamera?

I TV2-dokumentarudsendelsen "Patienten, der fik nok", optog en tv-journalist - bl.a. ved hjælp af skjult kamera - sygeplejersker og lægers samtaler med patienter på gangene på Hvidovre Hospital.

Som udgangspunkt kan skjult kamera bruges i særlige tilfælde. Offentliggørelse af optagelser bør kun ske, hvis de medvirkende har givet samtykke, eller hvis den samfundsmæssige interesse overstiger den enkeltes krav på beskyttelse, og den fornødne journalistiske dokumentation ikke - eller kun meget vanskeligt - kan skaffes på anden måde, fremgår det af vejledende regler for god presseskik.

Det er Pressenævnet, der behandler klager over pressen og afgør, om f.eks. brug af skjult kamera er i orden. Men også straffelovens § 264 om privatlivets fred kan være afgørende for, om brug af skjulte optagelser er rimelige, hvis der f.eks. optages fra et "ikke frit tilgængeligt sted". Her skal man sørge for samtykke eller sikre sig, at informationsværdien af optagelserne er så stor, at en domstol vil lade hensynet til privatlivets fred vige. Hvilke områder der er offentligt tilgængelige eller ikke frit tilgængelige, er ikke defineret i straffeloven. I Dansk Journalistforbunds juridiske anvisninger om tilgængelige steder er hospitalsafsnit angivet som "ikke frit tilgængelige steder".

Kilder: Dansk Journalistforbund "Fotografering og Privatlivets fred" og straffelovens § 264.



"Vi kan ikke se os fri for, at det sker en gang imellem. Men vi arbejder meget for at undgå det. Det kan desværre ske ved spidsbelastninger eller overbelægning, at vi ender i situationer f.eks. ved stuegang, hvor vi kommer til at give patienter eller pårørende informationer, som burde være givet et andet sted. Det kan forekomme både på stuen eller gangen, f.eks. ved overbelægning. Her er patienten ikke altid i stand til at stå ud af sengen og komme med, og nogle

gange skal det gå lidt hurtigt," siger Susanne Kronmose og fortsætter: "Vi er meget opmærksomme på at sende besøgende til medpatienter ud af stuen og skærme patienterne bedst muligt, når der skal tales om deres situation. Desværre er de fysiske rammer en stor udfordring, og skal man sikre privat rum til personlige samtaler, skal der etableres enestuer og bedre fysiske faciliteter generelt," siger hun.

Fortrolighed med patienten er udfordret

65 pct. af sygeplejerskerne oplever, at deres muligheder for uforstyrret og i fortrolighed at tale med patienter om personlige oplysninger ved deres helbred i høj eller nogen grad er begrænset af de fysiske rammer på arbejdspladsen, viser data fra Dansk Sygeplejeråds Analyseafdeling. Samtidig oplever 37 pct., at deres patienter udtrykker bekymring for, at samtaler om personlige eller intime oplysninger om deres helbred kan blive overhørt af andre.

"Jeg savner en ledelse, der er bedre til at prioritere, at sygehuspersonalet sætter tid af til at tale med patienterne i et fortroligt rum. Det er en urimelig situation for alle parter. Ledelsen skal være bedre til at tilrettelægge arbejdet på sygehusene, så man både sikrer fortrolighed og effektivitet," sagde formand for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, til TV2 den 22. september 2015.

Ikke af ond vilje

Selvom sygeplejerskerne mener, at det er et problem med den manglende fortrolighed, er det endnu ikke lykkedes at knække koden for at skærme patienterne, når pladsen er trang og tiden knap.

"Det er et dagligt problem, vi har oplevet i flere år, og jeg hører det også fra andre TR-kolleger på medicinske afdelinger. Der mangler rum til at tale med patienterne i. Der er i hvert fald rift om rummene her i Aalborg," fortæller Rikke Ferring Thomsen.

Også i Næstved ønsker fællestillidsrepræsentanten bedre rammer.

"Alle er klar over, at det ikke er fornuftigt og etisk korrekt. Det er bestemt heller ikke behageligt for mig som sygeplejerske at drøfte alvorlige problemstillinger med en patient på en gang, hvor alle vandrer frem og tilbage, og hvor der ikke er personlig fred og ro og rum til at ud-

I TV2's dokumentarudsendelse "Patienten, der fik nok", som blev vist den 24. september, kunne man se sygeplejersker og læger diskutere bl.a. en kræftdiagnose med en patient på gangen, mens andre kunne høre samtalen. Udover i Region Hovedstaden sker dette også i Region Sjælland og Region Nordjylland.

► dybe emner, hvis der er behov for det. Men det sker desværre, og det er ikke af ond vilje. Vi er meget opmærksomme på situationen og tilstræber en anden løsning, men det er desværre ikke altid muligt,” fortæller Susanne Kronmose.

Ledelser: Vi genkender ikke kritikken

På Aalborg Universitetshospital kan sygeplejefaglig Direktør Lisbeth Kjær Lagoni ikke umiddelbart genkende kritikken:

”Når tillidsrepræsentanten siger, hun har oplevet det, skal jeg ikke kunne sige, at det ikke er rigtigt, men jeg har talt med arbejdsmiljørepræsentanten og afsnitsledelsen, og de genkender det ikke,” siger hun og forklarer, at Aalborg Universitetshospital har regler om, at der altid skal kunne tages fortrolige samtaler.

”Generelt er det sådan, at man altid har krav på at få samtaler i et fortroligt rum, og det prøver vi at opretholde. På den specifikke afdeling har de et samtalerum, og uanset hvor meget overbelægning der er, må der ikke ligge patienter i det rum, fordi der skal altid kunne holdes en fortrolig samtale, ligesom der også er mulighed for, at der kan køres en seng ind på rummet,” siger hun.

Lisbeth Kjær Lagoni opfordrer samtidig sygeplejerskerne til at hjælpe lægerne med at finde ledige rum, så situationerne ikke opstår.

”Det er ikke acceptabelt at tage fortrolige samtaler i et ikke-fortroligt rum. Hvis man som sygeplejerske går med en læge, som kan finde på at tage en samtale med en patient et ikke-fortroligt sted, så er det vores pligt at hjælpe lægerne med at

Har I samtaler på gangene?

Kender du og dine kolleger til problemer med samtaler i ikke-fortrolige rum? Så hører vi meget gerne fra jer. Du eller din tillidsrepræsentant kan kontakte Sygeplejerskens redaktionssekretær Lotte Havemann på mail lha@dsr.dk eller telefon 4695 4179.

finde et rum. Det er ikke sikkert, de kan overskue, hvor der er plads, men det kan sygeplejerskerne, som arbejder på afsnittet. De ved jo, om der er plads eller ej, og så kan man aftale, om man f.eks. skal tage fru Sørensen til sidst, fordi man ved, at der er rummet ledigt og kan bookes,” siger hun.

Heller ikke vicedirektør på Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse, Trine Hølgersen, er enig i kritikken af forholdene på sygehuset.

”Jeg er ikke bekendt med, at det sker. Jeg vil ikke afvise, at man ikke kan komme i en situation, hvor man f.eks. bliver stoppet af en patient eller pårørende på gangen, hvor medarbejderne i bagklogskabens lys måske skulle have trukket ind i et rum. Men ledelsesmæssigt har vi sat rammer for, at patientens privatliv og integritet i forbindelse med samtaler er sikret, og at der er rum til det,” siger hun.

Læs også tema om etiske udfordringer ved patientinddragelse side 22-29.

Sygeplejersker vil have samtalerum

85 pct. sygeplejersker mener, at det i høj eller nogen grad er vigtigt, at afdelingerne har fysiske rammer som f.eks. samtalerum, der understøtter patientinddragelse, men kun 43 pct. oplever, at deres afdeling har mulighederne. Det viser en undersøgelse, Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet, VIBIS, lavede i 2014 i samarbejde med bl.a. Dansk Sygeplejeråd.

”Vi mangler bedre fysiske rammer i afdelingen i form af samtalerum. Der er brug for flere patientstuer, så vi ikke skal informere patienterne på gangen og lignende.”

Sådan siger en anonym sygeplejerske fra en kardiologisk afdeling i undersøgelsen, og flere andre påpeger ligeledes, at de mangler steder at føre samtaler uforstyrret med patienterne. Hver fjerde sygeplejerske i undersøgelsen oplever, at deres afdeling slet ikke har mulighed for samtalerum eller lignende rammer.

Kilde: Læger og sygeplejerskers forståelse af patientinddragelse - en spørgeskemaundersøgelse blandt ansatte på hospitaler”, VIBIS 2014.

Strømper til arbejde og fritid – med ekstra elastisk skaft

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

www.SokkeSiden.dk



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

Vores strømper:

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



Bomuld

Tynd, slidstærk og meget elastisk

10 par kr. 350,-

Spar kr. 150,-

Fås i farverne:

Hvid, lysegrå, mørkegrå, mørkeblå og sort



Merinould

Blød, lun og behagelig

10 par kr. 475,-

Spar kr. 225,-

Fås i farverne:

Råhvid, mørkegrå, mørkeblå og sort

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

Margit Grome,
Afdelingsbioanalytiker,
Rigshospitalet

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

Moby Dick
strømper



Frugt 35 kr.
Fri fragt ved
køb over 499 kr.



Levering
1-3 hverdage



Ring til os:
3536 5073



Returret
60 dage



e-mærket

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

Sundhed Teknologi Ernæring

Nyt kursusprogram 2016
netop udkommet



Download
eller bestil dit helt
eget eksemplar på
www.phmetropol.dk/
kataloger

PROFESSIONSHØJSKOLEN

METROPOL



ETIKKEN PÅ PRØVE

Fortrolige patientsamtaler har trange kår. Men det er kun én af de etiske udfordringer, sygeplejersker står overfor, når de skal inddrage patienter mere i deres behandling og pleje. Hvordan håndterer man f.eks., at nogle patienter helt nægter at få behandling? Og hvordan sikrer man, at også de mest sårbare får nytte af patientinddragelsen?

Tekst **Signe Lene Christiansen**
og **Andreas Rasmussen**
Illustration **Lars Bo Petersen**
og **Mathias Nygaard Justesen**

TIDSPRESSEDE SYGEPLEJERSKER KOMMER I ETISK KLEMME

Tidspres og mangel på rum til fortrolige samtaler kan skabe situationer, hvor sygeplejersker risikerer at tilsidesætte patientinddragelse og etiske principper, siger idéhistoriker.

Tekst **Signe Lene Christiansen**

Illustration **Lars Bo Petersen og Mathias Nygaard Justesen**

Får jeg tilset flest mulige patienter, eller tager jeg mig tid til at finde ud af, hvilke ressourcer og præferencer patienten har til sin egen behandling?

Det er et af de paradokser, sygeplejersker står overfor, når de skal få patientinddragelse og tidspres til at gå op i en højere enhed, siger idéhistoriker og sygeplejerske Anne Marie Enderlein.

“Rent etisk giver det et dilemma mellem pligten til at imødekomme den enkeltes behov og den nytteetiske tankegang, hvor

det handler om at få flest mulige patienter igennem systemet på kortest mulig tid,” siger Anne Marie Enderlein, som er næstformand i klinisk etisk komité i Psykatrien i Region Syddanmark og underviser i praktisk etik ved Syddansk Universitet.

“Hvis man er meget presset på tid og venteværelset er fyldt af patienter, så kommer nytteetikken nemt til at styre,” uddyber Anne Marie Enderlein og tilføjer:

“For det kræver jo tid at lytte og spørge til patienten, give den påkrævede information og oplyse om behandlingsmuligheder, så vedkommende føler sig inddraget.”

For lidt tid til at inddrage

Den samme oplevelse deler de danske sygeplejersker, viser flere undersøgelser. I foråret udkom rapporten ”Borgernes Sundhedsvæsen – Frontpersonalets perspektiv” fra Det Na-

tionale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning, KORA. Den viser, at der er en udpræget bekymring blandt sygeplejersker for, hvordan de skal møde patienterne, sætte dem i centrum og inddrage dem med den tid, der er til rådighed på afdelingerne.

“De interviewede sygeplejersker oplever, at de har for lidt tid til inddragelse. De savner en klar udmelding om, hvad de skal bruge deres tid på, og hvad de ikke skal bruge tid på, når inddragelse er en prioritet,” forklarer antropolog og specialist inden for brugerinddragelse i sundhedsvæsenet, Grete Brorholm, der står bag undersøgelsen og i den forbindelse har interviewet 31 sundhedsprofessionelle, heriblandt sygeplejersker.

“De bliver usikre på, om man virkelig prioriterer brugerinddragelse, fordi de har en oplevelse af, at det ikke entydigt bliver belønnet og anerkendt, når de rent faktisk bruger tid på at sætte patienten i centrum,” fortsætter Grete Brorholm.

Personale savner samtalerum

At tid er en af de væsentligste faktorer for sygeplejersker, når det kommer til at imødekomme efterspørgslen på mere patientinddragelse, bekræfter en undersøgelse fra Dansk Sygeplejeråd fra 2014. Den viser, at kun knap hver femte sygeplejerske oplever, at der i høj grad er tilstrækkelig tid til at understøtte inddragelsen af patienter.

Samme undersøgelse viser også, at sygeplejersker efterspørger fysiske rammer, der understøtter patientinddragelse. Især rum til private og uforstyrrede samtaler fremhæver sygeplejerskerne som en nødvendighed, der mangler på afdelingerne.

Hvad er patientinddragelse?

Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet, ViBIS, opdeler brugerinddragelse i to kategorier:

Individuel brugerinddragelse

Patientens (og de pårørendes) inddragelse og indflydelse på eget forløb. Brugeren og den sundhedsprofessionelle deler viden, så man sikrer, at brugernes ønsker, behov og kendskab til egen situation bliver afdækket, og så brugeren får mulighed for at få indflydelse på beslutninger om eget forløb samt mulighed for at kunne handle aktivt i forhold til behandling og håndtering af egen sygdom.

Organisatorisk brugerinddragelse

Brugere inddrages som repræsentanter i forhold til brugerperspektivet i beslutningsprocesser. Repræsentanter for grupper af patienter og eventuelt pårørende deltager i projekter, råd eller udvalg, der er med til at organisere, udvikle eller evaluere indsatser i sundhedsvæsenet.

Australien og England i front

International forskning viser, at særligt to metoder til patientinddragelse - fælles beslutningstagning og brugerstyret behandling - er effektive og skaber forbedringer for patienterne.

Ifølge Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet er Danmark langt efter lande som Australien og England, når det kommer til antallet af initiativer, der etableres for at inddrage patienternes perspektiv i planlægningen og udviklingen af sundhedsvæsenet. Der er i øjeblikket registreret 803 projekter i Danmark, der beskæftiger sig med brugerinddragelse i sundhedsvæsenet.



TV2 kunne for nylig i dokumentarprogrammet “Patienten, der fik nok” vise, hvordan patienter har fortrolige samtaler på gangene eller andre steder, hvor samtalen ikke foregik under fire øjne. I den forbindelse udtalte formand for Dansk Sygeplejeråd Grete Christensen, at patientkonsultationer på gangene er et tegn på, at flere sygeplejersker er presset på at nå at gennemføre så mange undersøgelser som muligt.

Brud på både fortrolighed og tillid

Konsultationerne på gangen er ifølge sundhedsjurist Kent Kristensen et brud på sundhedslovens regler omkring tavshedspligt og fortrolighed, bekendtgørelsen omkring samtykke og videregivelse, samt autorisationsloven.

Men én ting er, at det er i strid med reglerne. I idéhistoriker Anne Marie Enderleins øjne kan sygeplejersker ikke inddrage patienten på optimal vis og tage de nødvendige individuelle hensyn, hvis ventesalene er overfyldte, patienterne ligger på gangene, og der ikke findes et rum indrettet til fortrolige samtaler.

“Det er ikke kun patientens fortrolighed, der bliver brudt, når man har samtaler på gangen, men også tilliden mellem patienter og sundhedspersonale,” forklarer Anne Marie Enderlein, der mener, at tillidsbegrebet er mere aktuelt end nogensinde før.

”Det er det, fordi patienterne ofte har flere valgmuligheder og har adgang til uendelige informationsmængder. Det kræver tillid til, at den sygeplejerske, der er til

stede, varetager patientens tarv på bedste vis, også selvom patienten er kritisk i forhold til det, systemet anbefaler.”

Tidlig grundighed og små tiltag

Hos KORA råder Grete Brorholt sygeplejerskerne til at afprøve forskellige evidensbaserede metoder til patientinddragelse og til at systematisere arbejdsgangene, så snart de kan se, at det virker lokalt.

“Nogle gange må man gå i gang i det små, selvom der ikke er tid. For det er en investering på længere sigt,” siger hun og forklarer, at f.eks. en grundig samtale i starten af et forløb ofte kan spare tid senere i behandlingsforløbet. Hun fortæller, at selv umiddelbart små tiltag kan gøre en forskel, såsom at indføre en tydeligere skiltning for at nedsætte antallet af afbrydelser.

Ifølge Anne Marie Enderlein er det altid en individuel faglig vurdering, hvordan man bedst inddrager patienten. Hun understreger, at sygeplejersker skal stræbe efter at handle så etisk ansvarligt som muligt under de givne rammer – også selvom rammerne ikke er optimale.

“Det mindste, man kan gøre, er at informere patienten om, at det er de rammer, man har her og nu. Man må vise, at man forstår, at det ikke er optimalt, og på den måde inddrage patienten i vilkårene,” siger hun og slår fast:

“Lige meget, hvordan vores rammevilkår er, så kan det aldrig være en undskyldning for at tilsidesætte de etiske principper om at behandle patienterne med værdighed og respekt.”

V-regering skærer i pulje til patientinddragelse

Den tidligere regering lagde stor vægt på patientinddragelse og afsatte i 2014 en pulje til indsatsen på 295 mio. kr.

I finanslovsforslaget fra den nye V-regering er der dog skåret 87 mio. kr. af puljen. Den nedprioritering bekymrer Danske Patienter, Lægeforeningen og Dansk Sygeplejeråd.

De frygter, at behandlingen og patientsikkerheden bliver ringere netop i en tid, hvor flere og flere patienter skal tage hånd om deres egen sygdom uden for sygehusene.

Dansk Sygeplejeråd peger på, at der er behov for at styrke vidensdeling, indføre vejledninger for praksis, og at gøre patientinddragelse til en del af sundhedsuddannelserne.

NÅR PATIENTEN SIGER NEJ, ER DIALOG DEN ENESTE LØSNING

Det sker jævnligt, at patienter ikke er i stand til at tage stilling til, om de vil behandles – eller simpelthen nægter det. Man kommer langt med respektfuld dialog, men i sidste ende er tvang ikke en mulighed, siger eksperter.

Tekst **Andreas Rasmussen**

Illustration **Lars Bo Petersen og Mathias Nygaard Justesen**

En dement borger, der ikke vil have sonde-mad, selvom konsekvensen kan være fatal. En kræftpatient, der ikke vil fortsætte sin kemobehandling. En hjemløs, der ikke vil have behandlet sine sår.

Uanset om patienterne kommer ind akut, planlagt eller ambulat, så sker det jævnligt, at patienter nægter at tage imod hele eller dele af behandlingen. Det kan give sundhedspersonalet en række svære etiske og juridiske overvejelser.

Et nej er et nej

To eksperter siger samstemmende, at de største dilemmaer opstår, når der er tale om patienter, der er inhabile, f.eks. fordi de er bevidstløse, demente, konfuse eller i den lettere ende af den psykiatriske skala.

”Selvbestemmelsen er en af de vigtigste værdier i sundhedsvæsenet, og dens modsætning er tvang. Det er ikke tilladt at bruge tvang i sundhedsvæsenet udover i forbindelse med meget dårlige psykiatriske patienter. I sidste ende kan man derfor ikke tvinge en dement til at spise, heller ikke selvom hun ikke forstår konsekvensen af at lade være,” siger Helle Mathar, der er lektor på Professionshøjskolen Metropol og bl.a. underviser i etik.

”Og derfor kan man heller ikke tvinge sonder eller medicin i folk. Heller ikke

ved at gemme det i kaffen eller yoghurten,” tilføjer hun.

Opfør dig ordentligt

”Du skal opføre dig ordentligt og overholde loven. Det er den korte udgave,” siger Kirsten Lomborg, der er professor i patientinvolvering på Aarhus

Hun suppleres af lektor Helle Mathar:

”Typisk er der tale om to forskellige slags patienter. Den første er voksne mennesker, der er helt bevidste og klar over konsekvenserne af at afvise pleje og behandling. Her må man respektere selvbestemmelsesretten. Den anden gruppe er sårbare borgere, såsom demente eller lettere psykisk syge, der ikke nødvendigvis forstår de potentielle risici ved at nægte at tage imod behandling.”

Hun eksemplificerer:

”Det kan være, at de siger nej til mad, nej til yderligere behandling, nej til mad på en bestemt måde eller nej til at blive mobiliseret.”

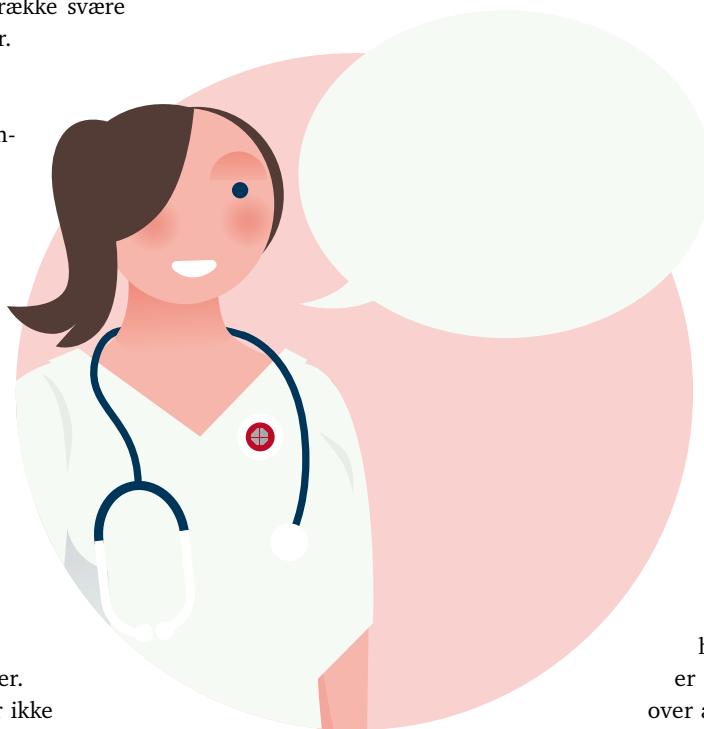
En pædagogisk udfordring

For begge patientgrupper er sundhedspersonalets vigtigste opgave at være så pædagogisk som muligt.

”Vores fremmeste opgave er at gøre alt, hvad vi kan, for at sikre, at patienten ved, hvad han vælger til eller fra. Det er ikke vores opgave at bestemme over andres liv eller presse patienten til at gøre det, som vi sygeplejefagligt mener er korrekt. Vi skal støtte patienten i at træffe et velinformeret valg,” siger Kirsten Lomborg.

Hun bakkes op af Helle Mathar:

”Det er en pædagogisk udfordring. Den pædagogiske dimension i sygepleje er



Universitet og selv uddannet sygeplejerske, da hun bliver spurgt, hvordan man forholder sig til en patient, der helt eller delvist afviser behandling.

meget vigtig og måske lidt underprioriteret. Man skal kunne forklare sig til både den meget kloge og den mindre kloge, til børn og til gamle og til den forskrækkede og chokerede. Du skal sikre, at de forstår konsekvensen af deres valg. Det kræver stor pædagogisk indsigt.”

Ægte dialog forebygger afvisning

De to er enige om, at det eneste værktøj, der virker, når en patient nægter behandling, er en ærlig, åben og ikke-fordømmende dialog.

Lovens ord

Reglerne for, hvordan du skal håndtere patienter, der enten nægter behandling eller ikke er ved bevidsthed, er reguleret i sundhedslovens kapitel 5.

”Hvis vi vil forebygge den slags situationer, så gælder det om at invitere patienten med i en dialog, hvor vi interesserer os for deres livssituation. Vi skal finde ud af, hvad der er vigtigt for dem, hvad der betyder noget i deres liv. Vi skal vise, at vi vil dem det godt,” siger Kirsten Lomborg.

Men det er ikke altid lige let at se tingene fra patientens side, mener Helle Mathar.

”Udfordringen er, at vi jo godt ved, hvad der objektivt set er til patientens bedste. Derfor skal man ikke bare tage et nej for et nej, men i stedet sikre, at de forstår, hvad de siger nej til. Du skal være sikker på, at de

forstår, at hvis de afviser behandlingen, så kan det medføre forlængede indlæggelser, komplikationer eller i sidste ende døden. Det er ikke altid, at de forstår det i første omgang.”

Kirsten Lomborg tilføjer dog, at det vigtigste er, at patienten træffer den beslutning, som er mest rigtig for ham eller hende.

”Hvis en patient ikke kan overskue mere kemo, så må vi respektere det valg. Dét, vi kan gøre, er at vise patienten, hvilke valgmuligheder han har, og hvilke risici og konsekvenser der er forbundet med hver enkelt af de foreliggende muligheder. Man må spørge sig selv, om man tror på, at der overhovedet findes patienter, der ikke vil have den for dem bedste behandling.”

Diskutér med kollegaerne

Igennem sin etikundervisning får Helle Mathar løbende indsigt i de etiske problemstillinger, som sygeplejestuderende slås med, når patienterne takker nej til behandling.

”Det er især liv-og-død-situationer, som er svære. Hvis der oveni er uenighed i behandlergruppen om, hvor længe behandlingen skal fortsætte, så kan det blive ekstra svært,” siger hun.

Helle Mathar oplever, at især de studerende, der er ude på neonatalafdelinger, er meget dygtige til at diskutere de etiske dilemmaer:

”På de afdelinger lyder der til at være et meget tæt samspil med lægerne. Jeg kan høre, at de bruger meget mere tid sammen, hvor de i fællesskab diskuterer

problemstillingerne, og jo mere man snakker om det, desto mere kvalificeret bliver diskussionen. Det er langt bedre, end at de etiske diskussioner bare bliver parkeret i komitéer andre steder på hospitalerne.”

Sådan taler du med en patient, der nægter behandling

- Spørg imødekomme: Hvad er vigtigt for dig?
 - Lyt og forsøg at forstå patientens opfattelse af det, I skal træffe beslutning om.
 - Skitsér de valgmuligheder, du kan se, og informér patienten om, hvad disse hver især indebærer.
 - Se dig selv som en partner, der sammen med patienten skal finde en løsning, der imødekommer det, der er vigtigt for patienten, og som du kan stå inde for.
 - Erkend, at du er fagligt udfordret, og snak med kollegerne om, hvordan I bedst forebygger lignende situationer i fremtiden.
 - Kend dit ansvar og dine handlemuligheder, men også grænserne herfor.
-

PARADOKS: INDDRAGELSE KAN ØGE ULIGHED I SUNDHEDEN

Patientinvolvering tilgodeser den ressourcestærke patient, mener Sygeplejeetisk Råd, der frygter at de sårbare patienter bliver tabere i det inddragende sundhedsvæsen. Mere inddragelse kan dog også gavne de sårbare, siger forsker.

Tekst **Signe Lene Christiansen**

Illustration **Lars Bo Petersen og Mathias Nygaard Justesen**

Både patientforeninger, lægeorganisationer og senest Danske Regioner har udnævnt inddragelsen af patienten i sundhedsvæsenet som et særligt fokusområde. Også blandt sygeplejersker er der bred enighed om, at patientinddragelse både øger patienttilfredsheden og kvaliteten i behandlingen og plejen.

At patienten i højere grad skal være med til at planlægge og træffe beslutninger om sin behandling, er en god og velmenende intention ifølge Randi Bligaard, der er formand for Sygeplejeetisk Råd. Hun er dog bekymret for, at øget patientinvolvering vil skabe mere ulighed i den danske sundhed.

“Den måde, man i hospitalsvæsenet tænker patientinddragelse, passer ind i et system baseret på effektivitet, og det system

er primært til gavn for de ressourcestærke patienter,” siger Randi Bligaard og fremhæver, at de ressourcestærke patienter ofte selv tilegner sig viden og allerede involverer sig i behandlingen og derfor bedre vil kunne drage nytte af en øget patientinddragelse.

Bekymring: Flere ressourcer til de ressourcestærke patienter

At patientinddragelse skaber større ulighed i sundheden, er en generel bekymring blandt sygeplejersker ude på hospitalsafdelingerne, viser rapporten “Borgerne Sundhedsvæsen – Frontpersonalets perspektiv” fra Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, KORÅ.

“Sygeplejersker er ængstelige for, at kun de ressourcestærke patienter bliver inddraget, og de er bekymrede for, at ressourcerne bliver kastet efter de patienter, der allerede har gode forudsætninger for at blive inddraget,” siger Grete Brorholt, der står bag rapporten og i den forbindelse har interviewet 31 sundhedsprofessionelle, heriblandt sygeplejersker.

Formand for Sygeplejeetisk Råd, Randi Bligaard, supplerer:

“Hvis man bruger mange ressourcer på patientinddragelse, som kun er til gavn for en bestemt type patient, så risikerer vi, at der ikke er lige adgang til pleje og behandling, og at de sårbare patienter bliver overset.”

Hun peger på, at det eksempelvis er de stærke patientforeninger, der er repræsenteret i hospitalernes brugerråd.

“Men der er ingen forening for de sårbare ældre eller patienter med anden etnisk baggrund, så hvem repræsenterer deres stemme?” spørger Randi Bligaard.

De sårbare patienter har gavn af inddragelse

Leder af Forskningsprogrammet Patientinvolvering ved Aarhus Universitetshospital og medlem af Advisory Board i Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet, ViBIS, Kirsten Lomborg, afviser ikke, at øget fokus på inddragelse kan føre til øget ulighed.

“Men det er bare én måde at se det på. Forskningsmæssigt er der lige så meget, der tyder på det modsatte,” siger professoren i

Brugerinddragelse i praksis

Lungemedicinsk Afdeling på Aarhus Universitetshospital oplever, at patienterne er mere selvhjulpne, efter at afdelingen på baggrund af patientinterviews har oprettet en astmaskole, en personlig samtale om individuel selvbehandlingsplan til brug i hjemmet samt en personlig daglig information om årsag til ventetid.

Kirurgisk Gastroenterologisk afdeling på Aarhus Universitetshospital har bl.a. gjort patienter med godartede forsnævninger af spiserøret til dagpatienter i stedet for at indlægge dem, når patienterne kommer ind til rutineudvidelse. Patienterne kommer hurtigere ind og hurtigere ud, og afdelingen oplever generelt, hvordan patienterne nu tager mere ansvar for deres egenomsorg.

18 afdelinger på Aarhus Universitetshospital samarbejder med Aarhus Universitet om at udvikle og afprøve to effektive metoder til brugerinddragelse. Erfaringerne fra Det Brugerinddragende Hospital skal danne grundlag for samlede pakker med implementeringsstrategier, konkrete anvisninger til metoder og redskaber til brugerinddragelse, som alle hospitaler i Danmark kan bruge. Projektet løber fra 2014-18.

Kilde: Videncenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet, ViBIS.



patientinvolvering om bekymringerne hos sygeplejerskerne og Sygeplejeetisk Råd.

“Faktisk er der studier, der viser, at visse grupper af sårbare patienter har gavn af patientinddragelse,” forklarer hun og giver et tænkt eksempel:

“Lad os sige, at sundhedspersonalet i en konsultation ikke inviterer patienten til at udtrykke sine ønsker og behov. Hvem sætter så sin stemme igennem for at blive inddraget? Det gør nok den ressourcestærke – og ikke den socialt udsatte eller på anden måde ressource svage patient.”

I situationer som denne vil patientinvolvering derfor tilgodes netop den sårbare patient, ifølge Kirsten Lomborg.

Også antropolog og specialist i brugerinddragelse hos KORA, Grete Brorholt, mener, at sårbare og ressource svage patienter kan inddrages i egen behandling og få gavn af inddragelsen.

“Det er et spørgsmål om, hvorvidt alle typer patienter skal inddrages på samme forudsætninger. Inddragelse er ikke en standardstørrelse, for hos den ressource svage kan det være andre områder, hvor man skal prioritere at understøtte inddragelse, end hos den ressource stærke,” siger hun.

Fremtiden bringer bedre information

I Sygeplejeetisk Råd mener formand Randi Bligaard da også, at patientinddragelse er overvejende positivt, men hun fremhæver patienter med anden etnisk baggrund og sprogbarriere som en patientgruppe, der er i risikozonen for ikke at drage fordel af patientinddragelsen.

Københavns Kommune inddrager sårbare borgere på nye måder

Fælles beslutningstagning, inddragelsespiloter og samtalekort har fået brugerne af Forebyggelsescenter Nørrebro til at føle sig inddraget i eget forløb. Projektet er et samarbejde mellem Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet, ViBIS og Københavns Kommune og har haft til formål at finde en metode til at mindske den sociale ulighed i sundhed.

En brugerundersøgelse fra 2012 viste, at borgere, som havde deltaget i et forebyggelsesforløb på ét af Københavns Kommunes i alt fem forebyggelsescentre, ikke følte sig tilstrækkeligt inddraget. Især brugerne med kort uddannelse mente ikke, at de var med til at bestemme sammensætningen af deres forløb.

Nu har navnlig samtalekortene hjulpet både brugerne og de ansatte med at få de brugere på banen, som har svært ved at italesætte behov og ønsker.

Læs mere på www.vibis.dk > Forebyggelsescenter har succes med at inddrage brugerne

“Jeg oplever, at inddragelse ud fra hospitalsvæsenets medicinske logik ofte er lig med, at patienten er informeret og har givet samtykke til en behandlingsplan. Men hvis den folder, som patienten får, har tre siders information på dansk

og kun én side på deres modersmål, får de så den reelle information til at træffe det rigtige valg?” spørger Randi Bligaard og peger i samme omgang på, at ikke alle patienter får den tolkebistand, de behøver.

“Så har man jo ikke mulighed for at tage stilling og blive inddraget på lige fod med alle andre, og det strider mod de sygeplejeetiske retningslinjer og tanken om lighed for alle patienter,” siger hun og understreger, at sygeplejersker har ansvar for at give omsorg til såvel den stærke som den sårbare patient ved at inddrage dem i det omfang, de selv ønsker og har behov for. Samtidig skal de respektere de patienter, der fravælger at blive inddraget.

Ifølge Kirsten Lomborg bliver f.eks. tolkebistand til patienter også nødvendig i fremtiden, hvis patienter skal inddrages i det omfang, som både politikere og patienter selv ønsker. Hun spår, at sundhedsvæsenet i de kommende år vil blive langt bedre til at informere og gå i dialog med patienter på forskellige måder, hvad enten det sker i en tolket samtale eller ved at bruge skriftligt materiale på flere sprog:

“Ved systematisk brug af metoder til patientinvolvering vil vi faktisk komme til at forstå patienter med anden etnisk baggrund langt bedre, end vi gør nu.”

Læs også artiklen om ikke-fortrolige samtaler på gangene side 18 samt artiklerne om metoder til patientinddragelse på side 70-79.



A photograph of a baby with a pink pacifier, holding a large white teddy bear. The baby is wearing a white shirt, a dark vest, white tights, and brown shoes. The background is a brightly lit hospital hallway with a colorful mural on the wall.

Eventyr i børnehøjde

Tekst og foto **Simon Klein-Knudsen**

På børneambulatoriet i Holbæk er en steril og hvid buegang blevet omdannet til et festfyrværkeri af glade farver og illustrerede fortællinger med skovens dyr. "Vi savnede noget hygge, så ventetiden for vores patienter blev mere overkommelig og en god oplevelse", fortæller afdelingssygeplejerske Lotte Stenz. "Vi oplever, at malerierne giver anledning til at snakke og komme i kontakt med vores patienter på en bedre måde end tidligere. Nu kan man tage patienterne i hånden og få en snak om malerierne. Det skaber en god stemning, og man er ikke længere i tvivl om, at man befinder sig på en børneafdeling. Netop det signal har gjort, at tempoet for trafikken igennem afdelingen til andre funktioner på hospitalet er blevet sat ned, og nu bliver der taget større hensyn," siger Lotte Stenz. Etårige Alberte, som netop er begyndt at gå på egne ben, er en af de mange patienter, som tager turen frem og tilbage med stor begejstring.

Påbud for tidspres Nu skal de spare igen

41 hospitalsafdelinger har fået påbud fra Arbejdstilsynet for et presset arbejdsmiljø, og nu trues de af nye besparelser. Ledelserne må råbe politikerne op i stedet for at resignere og acceptere, at besparelser er et vilkår, siger en arbejdslivsforsker.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen** • Foto **Sarah Würtz**

Stemningen er trykket på mange af de 41 hospitalsafdelinger, der i 2014 fik påbud af Arbejdstilsynet pga. for stor arbejds-mængde og tidspres. Siden påbuddene har de arbejdet på at forbedre det psykiske arbejdsmiljø, men nu bliver de indhentet af voldsomme besparelser. Over hele landet er hospitaler i gang med at omplacere, fyre og nedlægge funktioner for at spare den milliard, som mangler efter regeringens økonomiaftale med regionerne for 2016.

Ifølge arbejdslivsforsker Hans Hvenegaard fra konsulentfirmaet Team Arbejdsliv så er sygeplejersker i et dilemma, når de oplever, at arbejdsmængden er for stor. På den ene side er de nye produktionskrav "et vilkår", som de ikke har magt til at ændre på, på den anden side kan de ikke bare se til, at intensiveringen øges.

"I arbejdsmiljøperspektiv er det et mantra, som kører over hele landet, at man skal arbejde med det, man kan gøre noget ved. Men hvis der til stadighed sker en intensivring af arbejdet, hvem kan så sige fra? Så bliver man handlingslammet. Det, som er vilkår i bunden af organisationen, er der nogen, som kan gøre noget ved højere oppe i organisationen," siger Hans Hvenegaard.

Han mener, at der er brug for en kvalitetsdiskussion højere oppe i systemet af, hvad der er forsvarligt.

"Hvis lederne bare siger ja til alt, så skubber man problemet ud til medarbejderne, som skal forsøge at løse dem der, hvor der er de færre hænder," siger Hans Hvenegaard, som opfordrer lederne til at tage en diskussion om, hvad besparelser betyder for kerneopgaven.

"Skal vi ændre kerneopgaven? Hvad skal vi prioritere fra? Jeg ved godt, at alle ledere vil sige "det er bestemt endnu højere oppe", "det er politikerne, som fordele pengene; hospitalerne er bare underlagt". Men hvis vi får et system, hvor alt bliver til vilkår. Hvem tager så ansvaret for de belastningsskader, der kan komme?" spørger Hans Hvenegaard.

I Dansk Sygeplejeråds lederforening oplever formand Irene Hesselberg, at lederne "i allerhøjeste grad" tager diskussionen højere oppe i systemet af, hvordan kerneopgaverne skal løses.

"Det kommer altid til at fremstå, som om ledere ikke kerer sig om arbejdsmiljø-

et, men det gør de, og de har det med på alle deres møder. Uanset hvilke ledere vi snakker med, så er det et af deres smer-tensproblemer, hvordan de både kan skaffe den bedste løsning af kerneopga-ven og det bedste arbejdsmiljø med de givne økonomiske rammer," siger Irene Hesselberg.

Dansk Sygeplejeråd forsøger nu - sammen med Lægeforeningen - at råbe politikerne op. Dansk Sygeplejeråds næstfor-mand, Dorte Steenberg, udtalte sig såle-des til på TV2 News den 10. oktober:

"Vi er på vej ned ad en glidebane, hvor kvaliteten af patienternes pleje og be-handling skrider, fordi sygeplejerskernes arbejdsmiljø er presset i bund. Når politi-kerne ikke foretager de nødvendige politi-ske prioriteringer, skubber de ansvaret over på personalet, så det i stedet er dem, der må prioritere mellem opgaverne og patienterne - og det stiller sygeplejersker-ne i nogle fuldstændig urimelige situationer."



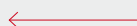
Arbejds miljø under pres

I 2014 gennemførte Arbejdstilsynet en særlig indsats i forhold til sygeplejerskers psykiske arbejdsmiljø, og i alt 74 arbejdspladser over hele landet fik besøg. I alt udstedte Arbejdstilsynet 105 påbud. "For stor arbejdsmængde og tidspres" var problem nummer ét. 41 afdelinger fik et påbud inden for denne kategori. I 2015 har de 41 afdelinger haft frist til at indsende dokumentation for, at de har arbejdet med at forebygge og forbedre det psykiske arbejdsmiljø.

Flere steder i landet slår sygeplejersker fra sig og blander sig i debatten bl.a. med aktioner og læserbreve. *Sygeplejersken* skriver løbende artikler om, hvordan det går med at forbedre arbejdsmiljøet på de 41 afdelinger, der fik påbud - og hvor arbejdsmiljøet lige nu er truet af besparelser.

Arbejder du på en af de 41 afdelinger, og er jeres arbejdsmiljø på forkert kurs, så skriv til journalist Susanne Bloch Kjeldsen på sbk@dsr.dk.

**Se Danmarkskortet over afdelingerne, hvor de 41 påbud er givet
www.dsr.dk/påbud**



En arbejdslivsforsker siger, at ledelsen på hospitalerne ikke bare skal acceptere besparelser. I slutningen af september fik politikerne i Region Nordjylland de ansattes kritik at føle. Regionsrådet vedtog budget for 2016 inkl. besparelser på 200 mio. kr. for de nordjyske sygehuse, og det fik omkring 40 medarbejdere - primært sygeplejersker - til at demonstrere foran regionshuset. De var mødt op med bannere og smileykager - sure røde og smilende grønne - som en henvisning til Arbejdstilsynets påbud.



Ekstra operationer uden ekstra ressourcer

Sygeplejersker og læger på Hjertekirurgisk Afsnit på Aarhus Universitetshospital har efter besøg af Arbejdstilsynet vendt et tidspresset og dårligt arbejdsmiljø til et godt. Men nu har de fået besked på, at de skal operere tre ekstra patienter om ugen uden at få ekstra ressourcer.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen** • Foto **Søren Holm**

Sygeplejerskerne på Hjertekirurgisk Afsnit på Aarhus Universitetshospital har ifølge deres tillidsrepræsentant Winnie Juhl et rigtig godt arbejdsmiljø, men sådan har det ikke altid været. I 2014 gik sygeplejersker grædende hjem fra arbejde, fordi de oplevede, at der ikke var tid til at give patienterne en ordentlig pleje, og der var så travlt, at der ikke var tid til pauser i løbet af en arbejdsdag. Nu frygter de, at arbejdsmiljøet igen vil dykke.

Fra 1. september 2015 har de skullet operere tre ekstra patienter om ugen oven i de 24, de opererer hver uge. Uden at få tilført ekstra ressourcer. Samtidig har de flere vakante stillinger, fordi der har været ansættelsesstop i regionen.

”Jeg mener ikke, at det er min opgave at sige ”undskyld” til patienterne for den ydelse, de ikke får. Besparelserne er politisk bestemt, og mine kolleger og jeg gør vores bedste hver eneste dag.

Tillidsrepræsentant for sygeplejerskerne på Hjertekirurgisk afsnit på Aarhus Universitetshospital, Winnie Juhl.

”Vi er nogle medarbejdere, som synes, det er o.k. at knokle i en måned, hvis vi ved, at det kun er for en måned, og fordi det handler om, at vi mangler nogle medarbejdere. Folk frygter, at det nu bare bliver hverdag,” siger Winnie Juhl.

Hele Hjerter-, Lunge- og Kar-afdelingen skal spare 2,5 mio. kr. med Region Midtjyllands seneste udmelding om be-

sparelser. Oveni har afdelingen besparelser fra tidligere, som de ikke har redegjort for. I alt skal der derfor spares 8,5 mio. kr.

”Det udstyr, vi opererer ind i patienterne som f.eks. hjerteklapper, er blevet væsentlig dyrere, så vi kan ikke se, at vi kan gøre andet end at justere, omlægge og optimere procedurer og patienternes forløb. Vi har også talt om, at vi må forventningsafstemme med patienter og pårørende tidligt i forløbet,” siger Winnie Juhl.

Fusion gav stort personaleflow

Winnie Juhl husker alt for godt, da arbejdsmiljøet var alvorligt presset i 2014, og Arbejdstilsynet kom på besøg og gav

et påbud pga. for stort arbejdspresset og uklare krav til medarbejderne. Hjertekirurgisk afsnit var blevet lagt sammen med et semiintensivt afsnit, og det fik en stor gruppe medarbejdere til at søge væk.

Situationen fik det psykiske arbejdsmiljø til at halte. Sygefraværet i første halvdel af 2014

var markant højere end normalt for samme måneder på året. Siden 1. januar 2014 har afdelingen fået 26 nye sygeplejersker ud af en samlet gruppe på 45.

”De mange nye sygeplejersker fik ikke ordentlig oplæring, fordi der ikke var tid til det, og nogle sagde op samme måned, som de var startet,” siger Winnie Juhl.

Afdelingen var godt i gang med at forsøge at løse arbejdsmiljøproblemerne, inden Arbejdstilsynet dukkede op i efteråret 2014. F.eks. havde afdelingsledelsen et halvt år tidligere sat operationsaktiviteten ned i en periode for at prioritere oplæring af de mange nye medarbejdere.

Arbejdstilsynets besøg satte ekstra skub i udviklingen mod et bedre arbejdsmiljø.

”Det gav virkelig mening for os. Det gav folk en fornemmelse af, hvilke forventninger der bliver stillet til dem, og hvad de skal lære. Arbejdsmiljøet blev så meget bedre. Det gik endda så godt, at vi kunne sætte operationsaktiviteten op tidligere end planlagt.”

I øjeblikket mangler Hjertekirurgisk Afsnit seks medarbejdere pga. ansættelsesstoppet, og det kan mærkes.

”Tidligere har vi været vant til at have flere fridage efter nattevagter, men nu møder vi ofte ind efter kun en fridag. Vores overenskomst og hviletider bliver overholdt, men pga. de vakante stillinger er der ikke plads til så meget afspadsering og fridage, som vi er vant til. Vores leder gør, hvad hun kan, for at lave en så god arbejdsplan for os som muligt, men vi frygter helt klart for, at det bliver hverdag, at vi skal løbe stærkere, og vi er bekymrede for patientsikkerheden og vores arbejdsmiljø. Men jeg mener ikke, at det er min opgave at sige ”undskyld” til patienterne for den ydelse, de ikke får. Besparelserne er politisk bestemt, og mine kolleger og jeg gør vores bedste hver eneste dag, vi er på arbejde,” siger Winnie Juhl.

Winnie Juhl vil med egne ord ikke længere tie om det kæmpeskred i kvaliteten og de omfangsrige kompromiser, som sygeplejersker må foretage i deres arbejde. Hun har bl.a. skrevet et læserbrev til Århus Stiftstidende med titlen "Den, der tier, samtykker", som blev bragt søndag den 4. oktober.

Åbent brev til politikerne

Den 30. september vedtog Region Midtjyllands regionsråd budgettet for 2016, men allerede før sommerferien var det klart, at regionen skal spare 699 mio. kr. frem til 2019. Der skal skæres 800 stillinger, heraf omkring 200 på Aarhus Universitetshospital.

Dansk Sygeplejeråds Kreds Midtjylland har skrevet et åbent brev, hvor kredsformand Anja Laursen pointerer, at budgetaftalen er utilstrækkelig hvad angår medarbejdernes arbejdsmiljø og kompetenceudvikling - arbejdsmiljøet er kun nævnt med to en halv linje i budgetaftalen.

"Det sender et meget uheldigt signal til medarbejderne," siger Anja Laursen, som opfordrer regionsrådet til at prioritere et godt arbejdsmiljø.

"Det er en umenneskelig måde at behandle folk på"

På Aalborg Universitetshospital frygter sygeplejerskernes fællestillidsrepræsentant, at sygeplejersker skal fyres unødvendigt for derefter at få besked på at blive. Fyringsrunden lægger pres på et i forvejen belastet arbejdsmiljø.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen** • Foto **Lars Horn**

Bekymringen er tydelig at spore hos fællestillidsrepræsentant for sygeplejerskerne på Aalborg Universitetshospital, Kirsten Højslet. Hun frygter for hele sygehusekvalitet, når der skal gennemføres besparelser.

"Vi er i den situation, at folk skal udpeges til omplacering eller fyring senest den 18. november, men så kan der ske det, at de måske kan blive alligevel," siger Kirsten Højslet med henvisning til, at regeringen vil bevilge midler på finansloven for 2016 øremærket bestemte formål.

"Det er en umenneskelig måde at behandle folk på, for det skaber en stor utryghed, og det lægger beslag på personalets kræfter, og i forvejen er de presede," siger Kirsten Højslet.

Hun mistænker regeringen for at ville profilere sig ved at holde penge tilbage, som efter hendes mening lige så godt kunne være frigivet til økonomiforhandlingerne med regionerne.

"Ved at øremærke dem på finansloven kan regeringen selv bevilge penge til f.eks. kræft eller syge børn og på den måde komme og redde nogle udvalgte patienter. Det er så uartigt og så urimeligt. Det, der bekymrer mig, er, at der er nogle medarbejdere, som vil blive peget på i en fyringsrunde, hvor man så vil trække fyringen tilbage igen. Så kan man som medarbejder gå og tænke over "hvorfors blev det mig, og bliver det også mig næste gang?"

Ingen er fredet

Fire afdelinger på Aalborg Universitetshospital fik i 2014 påbud af Arbejdstilsynet pga. for stor arbejdsmængde og tidspres.

Siden har de arbejdet på at forbedre det psykiske arbejdsmiljø, men nu bliver de indhentet af besparelser. De nordjyske sygehuse skal finde besparelser for 200 mio. kr., og afdelinger med påbud fra Arbejdstilsynet er ikke fredet.

De fire afdelinger, som fik påbud af Arbejdstilsynet, er: Børneafsnit A, Urologisk Operationsgang, neurologisk sengeafsnit NHH, og Gastroenterologisk sengeafsnit

” Så kan regeringen selv bevilge penge til f.eks. kræft eller syge børn og på den måde komme og redde nogle udvalgte patienter med finansloven. Det er så uartigt og så urimeligt.

Fællestillidsrepræsentant for sygeplejerskerne på Aalborg Universitetshospital, Kirsten Højslet.

A2. Afdelingerne er i gang med at føre handleplanerne til forbedring af arbejdsmiljøet ud i livet, og spørgsmålet er nu, om de vil blive slået tilbage til start med nye besparelser. De ved det ikke.

"Ledelse og medarbejdere har stort fokus på, at de handleplaner bliver gennemført," siger Kirsten Højslet.

Børneafsnit A har f.eks. været igennem en stor omstrukturering, hvor arbejdsmiljøet blev presset af, at færre skulle løse de samme opgaver. Derfor har de arbejdet med at udvikle en prioriteringsvejledning, udarbejde specifikke

retningslinjer for den ansvarshavende funktion, og der er blevet ansat en sekretær. De har også arbejdet med motivation og arbejdsglæde.

"Vi oplever, at vi er kommet et langt stykke vej. Det, at der skal spares på vores sygehuse, berører os selvfølgelig, og det fylder, men vi har endnu ikke fået melding om, hvordan det berører børneafdelingen," siger arbejdsmiljørepræsentant for Døgnafsnit A, Birgitte Nygaard Jensen.

Neurokirurgisk sengeafsnit, NHH, har ændret arbejds gange.

"Det går godt med at forebygge både arbejdspress og problemer i forhold til vold, som vi også fik påbud om at forebygge. Vi regner med, at der skal skæres to sygeplejerskestillinger ud af 40, men der er endnu ikke helt styr på, hvad der kommer til at ske, og hvilke konsekvenser det vil få i forhold til arbejdsmiljøproblemer," siger arbejdsmiljørepræsentant på Neurologisk sengeafsnit NHH, Lene Worning.


På Urologisk Operationsgang, som også fik påbud og har indsendt handlingsplan i juli 2015, regner arbejdsmiljørepræsentant Lone Højland ikke med, at afdelingen vil blive ramt af de nye besparelser.

"Vi har allerede flere stillinger, som ikke er blevet genbesat, så derfor forventer vi, at vi ikke skal spare yderligere," siger Lone Højland.

Kirsten Højslet mener, det er en umulig opgave at skabe balance mellem tid, ressourcer og krav.

Hun siger:

"Hver gang en afdeling har arbejdet på at forbedre arbejdsmiljøet, så bliver de indhentet af nye besparelser."

A close-up portrait of a woman with short, light brown hair and glasses. She is wearing a black and green vertically striped top and a silver necklace with three beads. The background is blurred, showing other people in a public setting.

Fællestillidsrepræsentant for sygeplejerskerne på Aalborg Universitetshospital, Kirsten Højslet, er stødt over, at regeringen tilbageholder penge for selv at kunne dele dem ud med finansloven. Det er uartigt og urimeligt og en umenneskelig måde at behandle personalet på, mener hun.

HER ER LÆGEKONTAKTEN SAT I SYSTEM

Hillerød Kommunes plejecenter Bauneparken i Skævinge har et nært samarbejde med lægehuset på den anden side af vejen. Hver anden dag ringer én af lægerne for at høre, om sygeplejerskerne har brug for at tale med dem. Og det kommer borgerne til gavn.

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

Det er mandag morgen, og kl. 9 sætter sygeplejerske Anita Hjorth sig klar ved telefonen. 33 af de 48 beboere i Bauneparken er tilmeldt lægehuset på den anden side af vejen, og hver mandag, onsdag og fredag ringer én af lægerne om morgenen for at høre, om der er noget, sygeplejerskerne har behov for at tale om.

Her efter weekenden har Anita Hjorth tre borgere på listen, da lægen ringer. De to er hurtigt klar. Én skal have sat en behandling i gang, én har brug for mere smertestillende. Men den tredje kræver grundige overvejelser. Borgeren, som er svært dement, har haft mavesmerter og blodtryksfald i weekenden. Anita Hjorth og lægen diskuterer, om det kan skyldes hans medicinering, men har mistanke om, at der kan være andet på spil. Nu er spørgsmålet, om der skal sættes en udredning og eventuel behandling i gang?

Det må de pårørende være med til at vurdere, og så snart samtalen er slut, ringer Anita Hjorth til borgerens datter. Anita Hjorth forklarer, hvad en udredning kan indebære: blodprøver, skanning og en kigtundersøgelse.

”Vi er i tvivl om, hvad din far ønsker, og hvad han vil sige til sådan en undersøgelse. Så vi har brug for, at I som pårørende tager en snak om det. Hvis han ikke skal udredes, og hvis han ikke ønsker at blive indlagt, men i stedet skal have lindrende behandling og god og kærlig pleje, så er vi nødt til at have det dokumenteret fra hans egen læge. Ellers kan vi blive nødt til at indlægge ham, hvis han bliver dårlig igen.”

Datteren er indforstået, og de aftaler, at hun selv kontakter lægehuset om en samtale.

”Jeg ved, at lægen gerne kommer herover, og så skal jeg nok sørge for også at være der,” siger Anita Hjorth afslutningsvis.

Den faste kontakt med lægehuset betyder ikke bare, at sygeplejerskerne slipper for at hænge i telefonen, når de skal tale med en læge.

”Vi kender lægerne, og de kender os, fordi vi tit taler sammen og ikke kun kommunikerer gennem korrespondancer. Og det kendskab til hinanden er f.eks. rigtig godt, når vi sidder sammen til en pårørendesamtale,” siger Anita Hjorth.

Det tætte samarbejde med lægerne og lægehusets sygeplejersker er især en fordel for borgerne, når der opstår noget akut, tilføjer hun:

”En del borgere har læger uden for Skævinge, og de kan ikke på samme måde komme på tilsyn med det samme, når borgeren er dårlig. De er nødt til at lægge tilsyn om eftermiddagen.

Her kan vi lynhurtigt løbe over på den anden side af vejen med en urinprøve, og hvis en borger er rigtig dårlig om morgenen, kan lægen stå her et kvarter senere. På den måde kan vi ofte undgå en indlæggelse.”

Din bedste oplevelse med en borger for nylig?

”Vi fik en ny borger, som var rigtig ked af det, da han flyttede ind. Men efterhånden er han blomstret op, og en dag jeg var ved at skifte et sår på hans knæ, fortalte han, at han var faldet rigtig godt til. Den måde, vi var om ham på, gjorde hverdagen lysere, sagde han.”



1. Sygeplejerske Anita Hjorth diskuterer et problem med den praktiserende læge pr. telefon.

2. To tredjedele af Bauneparkens borgere er tilknyttet det lokale lægehus lige overfor.

3. Før lægen ringer, tilser Anita Hjorth én af de borgere, hun skal tale med lægen om.

4. Leo Andersen har haft et hudproblem, men behandlingen ser ud til at virke.

5. Social- og sundhedshjælper Gitte Knudsen skal have besked om lægens plan for borgeren.



Jette Bagh, fagredaktør



Med en engel på arbejde

Carl er syg. Rigtig syg. Faktisk tænker han, at denne gang er det alvor, han skal dø. Han ligger på en tosenstue, men den gamle mand ved siden af er langt væk, han snorker og snakker sort på skift, så der er ikke nogen at tale med. Kun Iben. Hun er sygeplejerske, og han ved, at hun er 38 år gammel og har tre børn. Hun har gode hænder, hverken for kolde eller for varme, og så ler hun, så det varmer helt ind i sjælen. Hun er den eneste, der kan motivere Carl over i en stol ved vinduet efter morgenmaden. "Fuglene, Carl, de er lige blevet fodret," lokker hun.

"Du er en engel," siger Carl ofte til hende. Så klør hun sig mellem skulderbladene og siger: "Jeg ved det, jeg mærker mine vinger gro." Carl gnægger svagt.

"Vi bliver kaldt så meget," fortsætter hun denne morgen: "Vi er fantastiske, vi er helte, engle, bankende hjerter, ryggraden i sundhedsvæsenet."

Hun fortæller Carl, at det er for overvældende med alle de rosende ord og sammenligninger med fine organer og væsentlige knogler. "Vi vil gerne være professionelle og gøre vores arbejde godt og ud fra den bedste viden, vi kan grave frem, og det er så det." Carl protesterer med en svag grynten.

Iben tænker tilbage på dengang, hun blev sygeplejerske. Hendes mor var med ved dimissionsfesten, og bagefter havde hun sagt, at ud fra talerne skulle man tro, at sygeplejersker skulle redde hele verden og lidt til. Hun havde ret, det ved jeg nu, vi har en særlig etiket på ryggen, og det er ikke en, der gavner faget eller fagidentiteten, tænker Iben. Og vi kan desværre godt lide den etiket, når hun frem til.

Hun vil gerne læse videre, hun har 12 års erfaring fra klinikken, og børnene er blevet større, så det er nu. Men hun køber ikke den der med, at sygeplejersker er fantastiske, og at deres hjerter banker højt og i takt for alle borgere, brugere og patienter.

Den selvforståelse hæmmer udviklingen af professionen, tror Iben. Hun vil gerne arbejde mere teoretisk for at få hold på, hvordan man kan undgå at blive kategoriseret som hjerte, ryggrad, helt eller engel. Al den verbalpynt gavner ikke sygeplejerskers gennemslagskraft, mener hun. Hvis man forventer den ros i den sprogtone, bliver man hurtigt umættelig, og modsætningen til, hvordan sygeplejersker i øvrigt opfatter sig selv, er alt for stor, tænker hun.

Andre faggrupper som politimænd, jurister, smede eller læger bliver vist ikke omtalt på den måde, hverken internt eller af

borgerne, funderer hun. Måske skulle hun forsøge sig og sige til Frederikke, som er overlæge: "Du er en engel Frederikke, et bankende hjerte, afdelingens ryggrad."

Frederikke ville næppe klappe begejstret i hænderne, men stirre mystificeret på hende og foreslå et glas koldt vand.

Sygeplejersker vil gerne fremstå professionelle og velargumenterede i et samfund, hvor snæver og abstrakt viden i stigende grad er i kurs. Det er ikke bred og almen indsigt eller fortællinger fra hverdagen, der virker, overvejer Iben, mens hun finder rent sengetøj frem.

” Sygeplejersker vil gerne fremstå professionelle og velargumenterede i et samfund, hvor snæver og abstrakt viden i stigende grad er i kurs. Det er ikke bred og almen indsigt eller fortællinger fra hverdagen, der virker, overvejer hun, mens hun finder rent sengetøj frem.

"Så hvis jeg vil argumentere seriøst for en bedre normering, skal jeg ikke sige til hospitalsdirektøren: Jeg har hjertet på det rette sted, og Carl, ham med diabetes og en dobbelt fraktur på skinnebenet, kaldte mig en engel i går."

Hun trækker snavsetøjskurven hen til sengen og tøver et øjeblik, mens hun ser ud ad vinduet.

"Der mangler professionalisme i sprogbrugen - hvordan ændrer man på det?" siger hun højt til Carl og sig selv.

Carl mumler svagt og ughørligt.

Iben har uden at lægge mærke til det lagt nyt betræk på Carls dyne. Hun lægger den kølige, rene dyne hen over Carl, som ser op på hende: "Du er en engel," hvisker han.

"5 faglige minutter" er en personlig tekst, som gør rede for sit indhold ved hjælp af fortællinger, skrøner, citater m.m. En klummeskriver skal ikke følge almindelige journalistiske krav om saglig, objektiv gengivelse af kendsgerninger.

DET FØRENDE ALTERNATIV FOR optimal hygiejne & patient-integritet



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

hst/d

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

EasyClean™
Let at rengøre

EasyReturn™
Let at folde sammen og trække ud

EasyClick™
Mobil eller fast monteret



THE FUTURE IN PRIVACY & HYGIENE SOLUTIONS

Silentia ApS – Tel: 39 90 85 85 • Fax: 72 62 31 00
info@silentia.dk • www.silentia.dk

NYHED

Friske og velsmagende fødevarer til den lille appetit



nyd det gode



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

ME
VALLEPROTEIN

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



Genkendelse tilsat aha-oplevelser

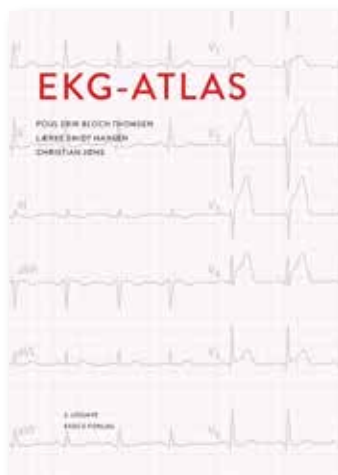
Et atlas kan som bekendt være en samling af kort, en vejviser eller en fagbog. I dette tilfælde er "EKG-atlas" en bog om kortlægning af hjertets spændingsvandring gennem myokardiet samt alle de nervepirrende farlige eller begrænsende afveje, der også kan forekomme.

Forfatteren Poul Erik Bloch Thomsen, har i 2. udgave af bogen valgt at få to nye medforfattere, der har medvirket til at holde "den gamle mand og elektrofysiologien" i ånde. Bogen har samtidig gennemgået en tidssvarende opdatering.

Bogen har et beundringsværdigt billedmateriale, som gør atlasset til et fremragende stykke værktøj, både til at lære tolkning af og mønstergenkendelse i ekg'et.

Et godt pædagogisk redskab er ekg-serier ved forskellige hændelser, og der er god læring i at granske, hvordan et ekg ser ud f.eks. ved svær hyperkaliæmi, og hvordan ekg'et ændrer udseende ved behandling.

Den elektrofysiologiske undersøgelse og behandling er et nyt område i bogen, og man for-



Poul Erik Bloch Thomsen, Lærke Smidt Hansen og Christian Jøns

EKG atlas

2. udgave

FADL's Forlag 2015

254 sider - 399,95 kr.

nemmer, at Poul Erik Bloch Thomsen i sit virke har haft sit interessefelt her. Relevansen af dette kapitel vil nok være størst for læger og meget ambitiøse sygeplejersker.

Novicen kan let miste orienteringen, hvormod eksperthen vil læse i genkendelsens klare lys og endda kunne få nogle ahaoplevelser.

Bogens afsluttende kapitel er genialt. Her bliver læseren præsenteret for korte, præcise og meningsgivende definitioner på termer, der optræder i talen om og fortolkningen af rytme-forstyrrelser. En hel lille ordbog i sig selv.

Bogen fungerer primært som opslagsværk, og med sine 0,59 kg kan "vejviseren" sagtens finde berettigelse hos målgruppen, dvs. medicinstuderende, yngre læger under uddannelse samt sygeplejersker, der dagligt arbejder med observationer af hjerterytmer og tolkning heraf.

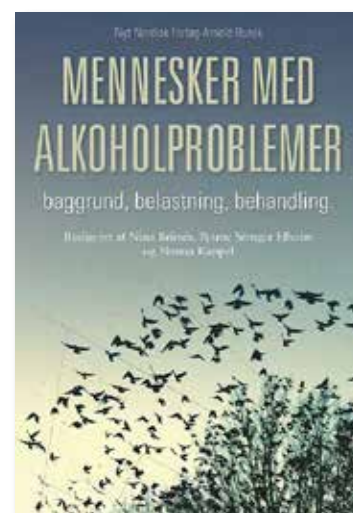
*Af Berit Lerche Larsen, anæstesisygeplejerske,
Abdominalcentret 2044,
Rigshospitalet, København.*

Alkoholproblemer kræver en fordomsfri tilgang

Stort set alle danskere over 15 år drikker alkohol. Ca. 20 pct. af disse har et større forbrug, end Sundhedsstyrelsen anbefaler, og dermed risiko for at udvikle et skadeligt forbrug eller afhængighed. Sundhedspersonale vil i deres arbejde derfor med stor sikkerhed stå over for patienter med behov for hjælp til at håndtere alkoholproblemer, da stort alkoholforbrug er relateret til mere end 60 sygdomstilstande.

Men personalet i sundhedsvæsenet mangler viden om alkoholbehandling. Mange forskningsprojekter og rapporter beskriver, hvordan hjælpen til personer med alkohol-storforbrug, skadeligt forbrug eller afhængighed af alkohol tilbydes på en konfronterende, kontrollerende eller stigmatiserende måde, der skaber modstand og uvilje, eller helt undlades, fordi personalet ikke ved, hvordan de skal tage hul på emnet. Resultatet er, at mange mennesker med alkoholproblemer og deres pårørende ikke får den hjælp til deres sundhedsproblem, som de har behov for. Det har omkostninger, både menneskelige og samfundsøkonomiske.

Formålet med bogen er at ruste sundhedspersonale til at møde mennesker med alkoholproblemer, som de møder andre med kroniske lidelser, og håndtere deres lidelse "profes-



Nina Brúnés, Bjarne Stenger Elholm & Nanna Kappel (red.)

Mennesker med alkoholproblemer - baggrund, belastning, behandling

Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck 2015

250 sider - 299,95 kr.

En bog, der holder mere, end den lover

Bogen indledes med generelle pædagogiske betragtninger vedrørende undervisning og læring for herefter at skildre simulation som begreb, hvilket spænder fra ikke-teknologisk simulation til højteknologisk støttet simulation.

Den sidste halvdel belyser konkrete eksempler på anvendelse af simulation i social- og sundhedsuddannelsen, den pædagogiske assistentuddannelse samt sygeplejerskeuddannelsen.

Det er til stor inspiration, at værket er konkret funderet. Ud over indhold og opbygning af simulationsundervisning kommer bogen fordelagtigt omkring både planlægning, koordinering og ressourcebehov ved anvendelse af simulation.

Selvom der kun er et kapitel, der skildrer simulation på sygeplejerskeuddannelsen, kan de fleste af de øvrige eksempler nok inspirere til anvendelse af simulation i forhold til grundlæggende sygepleje og kommunikation. Dog findes også eksempler i bogen, som f.eks. kapitlet om sosu-uddannelsens Danmarksmeesterskab i færdigheder, der umiddelbart ligger



Hanne Hellestøj, Hans-Henrik Johansen, Tina Margrethe Hansen og Hanne Selberg

Simulation i sundhedsuddannelserne
Munksgaard 2015
128 sider - 140 kr.

fjernt fra en simulationstankegang på sygeplejerskeuddannelsen.

Det er særdeles berigende i flere kapitler at se pædagogiske teorier og metoder knyttet an til simulation, og som erfaren simulationsbruger er især de indledende generelle pædagogiske betragtninger anvendelige i forhold til simulationsundervisning. Disse betragtninger kunne dog med fordel have ekspliciteret en tydeligere sammenhæng til simulation, end tilfældet er. Kun få steder i bogen sker en indbyrdes henvisning, hvilket bevirker, at de indledende kapitler kan synes overflødige, hvis læseren ikke selv ser den implicite sammenhæng.

Alt i alt holder bogen løftet om en let forståelig indføring til simulation og faktisk også en mere grundig indføring, end der loves. Den er bestemt et læs værd.

Af Anne Mette Felsted Rasmussen, lektor ved sygeplejerskeuddannelsen i Vejle, UC Lillebælt

sionelt, omsorgsfuldt og tålmodigt". I indledningen hedder det, at "Vejene ind i et alkoholproblem er lige så forskellige og individuelle som vejene ud", og den formulering beskriver vældig godt, at det kræver en fordomsfri og åben tilgang til personen samt brug af evidensbaserede værktøjer som screening og kommunikation til at styrke det faglige engagement.

Bogen er baseret på den nyeste evidensbaserede viden og best practice på området. En række eksperter fra forskning og praksis bidrager med vinkler på alkoholproblemers opståen og påvirkning af krop og psyke samt behandling.

En gennemgang af baggrunden for alkoholproblemers opståen, den danske alkoholkultur, fordomme og stigma, epidemiologi, familier med alko-

holproblemer og socialt udsatte giver samlet et godt indblik i, hvordan vores sundhedsprofessionelle holdning til personer, som drikker for meget, er udviklet, og giver læseren mulighed for refleksion over egne holdninger. Kapitlerne om neurofysiologi og psykiatrisk og fysiologisk komorbiditet er informative og bidrager til en mere nuanceret forståelse af problemkomplekser bag stort alkoholforbrug.

Bogen giver en opdateret oversigt over medicinsk og samtalebaseret alkoholbehandling, hvor der især lægges vægt på den anerkendende og motiverende tilgang. Netop disse kapitler giver gode eksempler på, hvordan man som sundhedspersonale helt konkret kan italesætte en fornemmelse af stort alkoholforbrug hos patienten. De hyppigst anvendte

screeningstests for afhængighed og risikoforbrug af alkohol – CAGE, CAGE-C og AUDIT – præsenteres og diskuteres. Der gives eksempler på, hvordan en samtale om alkoholvaner kan forløbe med indledende og opfølgende spørgsmål på en undersøgende og ikke-konfronterende måde, så patienten føler sig imødekommet frem for anklaget.

Bogen er velskrevet og oplysende. Den lægger op til refleksion over egen holdning til forbrug af alkohol og over det professionelle ansvar i mødet med en person med alkoholproblemer samt opgaver i forhold til tværfaglige og tværsektorielle samarbejdspartnere.

*Af Lene Bjerregaard, ph.d., adjunkt,
Center for klinisk Alkohol forskning,
Klinisk Institut, Syddansk Universitet.*



Der er først til mølle-booking 2016 for Dansk Sygeplejeråds medlemmer den 9.-16. november – undtagen for højsæson (uge 26-32 + uge 42)

WWW.DSR.DK/RABATTER

Drop efterårskulden og shop hjemmefra
Se alle webbutikker, der giver dig medlemsbonus

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

Stress af i skønne omgivelser
Tag på efterårsgetaway

www.koldingfjord.dk
www.dsr.dk/rabatter

Træt af efterårsregn?
Vi har paraplyer og regnslag på hylderne

www.dsr.dk/webshop



Uddrag af Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensens kalender.

Karrieresamtaler får ros

Tæt på 150 sygeplejersker har allerede benyttet sig af det nye tilbud Karrieresamtaler, som Dansk Sygeplejeråd og DSA lancerede før sommerferien. Og evalueringerne er flotte.

Tekst **Karen Lund**

Samtalerne scorer i snit 9 ud af 10 mulige point, og ser man på kommentarerne fra evalueringerne, er det tydeligt, at samtalerne hjælper medlemmerne:

”Det var det lille skub, jeg havde brug for.”

”Samtalen gav mig helt nye muligheder, som jeg ikke havde overvejet før.”

”Det var en samtale og en medarbejder, der rummede meget mere, end jeg kunne have drømt om. Jeg har fået så meget, jeg kan arbejde videre med.”

”Samtalen gav mig helt nye muligheder, som jeg ikke havde overvejet før, som gav mig mod på at stille højere, end jeg troede, jeg turde.”

Sådan booker du en samtale

Karrieresamtaler er et særligt tilbud til sygeplejersker, der er i job, og som er medlem af både Dansk Sygeplejeråd og DSA. Konceptet består af tre samtaleyper:

Jobsøgningssamtale

Få sparring på en konkret ansøgning, dit cv eller jobsøgning generelt. Derudover

kan du få inspiration til, hvordan du kan bruge dit netværk og målrette din jobsøgning til nye stillingstyper, hvis du har taget en efter- og videreuddannelse.

Karriereafklaringsamtale

Få hjælp til at arbejde bevidst med dine karrierevalg og til at fokusere på egne kompetencer og motivation i forhold til arbejdslivet. Få hjælp til at afklare dine ønsker til dit arbejdsliv.

Uddannelsessamtale

Få sparring på kvalifikationer og kompetencer i forhold til ønsket uddannelse samt på sammenhæng mellem erhvervs-erfaring og mulighed/behov for uddannelse. Få desuden vejledning om jobsøgning og muligheder for job efter endt uddannelse. Er du leder, eller overvejer du at blive det, kan du vælge en samtale målrettet dette.

Du vælger selv, hvilken samtale du ønsker. Alle samtaler foregår telefonisk. Book tid via dsr.dk eller dsa.dk

Mere på lønsedlen i oktober

Den 1. oktober 2015 bliver sygeplejerskernes løn reguleret med de generelle lønstigninger, som blev aftalt ved de seneste overenskomstforhandlinger og udmøntningerne fra reguleringsordningen.

Det betyder, at sygeplejersker ansat på det regionale område får ca. 80 kr. ekstra om måneden, mens en ledende sygeplejerske på et sygehus får omkring 100 kr. ekstra om måneden. Det sker, fordi der på det regionale område udmønttes samlet 0,22 pct. i lønstigninger den 1. oktober 2015.

Er man sygeplejerske ansat på det kommunale område, får man lidt over 170 kr. ekstra om måneden, mens en ledende sygeplejerske i en kommune får omkring 220 kr. ekstra om måneden. På det kommunale område udmønttes der nemlig 0,46 pct. i alt.

Forskellen mellem regioner og kommuner skyldes, at profilen i forligene er forskellig, og at lønudviklingen har været forskellig på de to områder.

Næste gang lønnen reguleres, er 1. januar 2016, hvor der er aftalt generelle lønstigninger på 0,5 pct. på både det regionale og det kommunale område.

22. oktober

- Tale ved 40-års jubilæumskonference, Fagligt Selskab for Sygeplejersker ved Steriliseringscentraler, Ambulatorier, Skade- og modtageafdelinger samt Operationsgange, Middelfart

26. oktober

- Rundbordsdrøftelse om det offentlige-private samarbejde på pleje- og omsorgsområdet, Industriens Hus, København

27. oktober

- Møde i Stats- og Kommunalt Ansattes Forhandlingsfællesskab, København

29. oktober

- Indlæg på konference om akut sygepleje, Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne, Billund

30. oktober

- Møde med Foreningen af Ledere af Sundhedsplejerskeordninger i DK, Vejle
- Rejsegilde ”OPP-Vejle Psykiatrisk Hospital”, Vejle

3. november

- Bestyrelsesmøde CO10 (Centralorganisationen af 2010), IDA, København

6. november

- Paneldebat på landskursus for Fagligt Selskab for Kræftsygeplejersker, Vejle

9. november

- Dialogmøde mellem DSR og DJØF's formandskaber, Kvæsthuset, København
- Landsmøde for Norsk Sykepleierforbund, Oslo



LYDER DET FOR GODT TIL AT VÆRE SANDT?

Mit Bauta er et digitalt selvbetjeningsunivers, som du kan bruge, når børnene er lagt, en søndag eftermiddag, eller hvornår det ellers passer dig. Her kan du altid tjekke dine forsikringer og se, hvad de omfatter.

På Mit Bauta kan du også anmelde skader eller bestille op- eller nedjusteringer af dine forsikringer, hvis dit liv ændrer sig. Du kan selvfølgelig stadig kontakte os, som du plejer.

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

LÆSERREJSE

Himmelbjergenes Kirgisistan

Aktiv ferie til Kirgisistans storslåede bjerglandskaber inkl. lette vandreture – med dansk rejseleder, 9 dage

AFREJSE
9. APRIL 2016

Kr. 16.498,-

Tillæg for eneværelse kr. 2.998.



Eventyret venter på dig i Kirgisistan, et glemt hjørne af det hedengangne Sovjetunionen, som tidligere blev kaldt et land af vilde ryttere. Vildskaben er forstummet, og i dag tager en gæstfri og stolt befolkning imod os. Centralasiens flotteste bjerglandskaber findes her i Himmelbjergene, og vi tager på lette vandreture i den klare, rene luft i bjergdalene, langs fossende floder, og vi svømmer i varme kilder ved Issyk Kul-søen.

Rejsen finder sted i foråret, hvor bjergene står klare og skarpe i den friske bjergluft. I foråret blomstrer abrikos-træerne og alpeblomsterne, og i lighed med fuglene på træer flytter områdets befolkning af nomader i disse perioder deres bopladser og alle deres dyr ud i bjergene.

Kirgisistan er også kendt for sine sanatorier med varme kilder. Undervejs besøger vi bl.a. Jetti Oghuz-sanatoriet, hvor radonbade er en af specialiteterne, og i Bisjkek ser vi et af byens hospitaler.

- Dag 1** Afrejse fra København
- Dag 2** Ankomst til Bisjkek. Byrundtur og hospital
- Dag 3** Bisjkek – Cholpon Ata. Issyk-Kul-søen
- Dag 4** Cholpon Ata – Karakol. Vandretur i Grigorievskadalen og varme kilder

- Dag 5** Karakol – Jetti Oghuz – Karakol. Sanatoriebesøg og Det bristede hjerte
- Dag 6** Bjergvandring i May Saz-dalen og Przewalski-museet
- Dag 7** Karakol – landsbyen Bokonbaevo
- Dag 8** Bokonbaevo. Shyrdak-tæpper og videre til Bisjkek
- Dag 9** Hjemrejse

Prisen inkluderer

- Dansk rejseleder
- Fly København – Bisjkek t/r med mellemlandning
- Udflugter og transport jf. program
- Overnatninger i delt dobbeltværelse i gæstehuse og jurter (traditionelle mongolske/kirgisiske nomadetele af filt)
- Morgenmad dagligt
- Frokost dag 2-7
- Aftensmad dag 2-4 og 7-8
- Skatter og afgifter

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

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

Ekstra sundhedspenge til nye senge

I kølvandet på regeringens finanslovsudspil peger sygehuspersonalet på bedre planlægning, flere hænder og senge, som er nødvendigt for at komme overbelægning til livs. Formand for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, understreger det akutte behov for flere medicinske senge. "Det er helt afgørende, at regeringen her og nu sikrer det nødvendige antal medicinske sengepladser på hospitalerne, indtil der er sikkerhed for gode tilbud i det nære sundhedsvæsen," siger hun til Jyllands-Posten. Hendes udmelding bliver ifølge avisen bakket op af både Lægeforeningen og Danske Patienter.

Debat: Vi mangler fremsyn i regionens budget

Det midtjyske regionsråd har vedtaget budget for 2016. Kredsformand i Dansk Sygeplejeråd Kreds Midtjylland, Anja Laurson, pointerer, at medarbejdere mangler fremsyn i aftalen. "Skal vi løse sundhedsvæsenets fremtidige udfordringer inden for en stadigt mere snæver budgetramme, skal vi finde nye løsninger og udvikle medarbejderne – ikke "udnytte" dem. Vi opfordrer derfor regionsrådet til at prioritere udvikling af kompetencer samt sikring af et godt arbejdsmiljø højt. Ikke bare i ord og hensigtserklæringer, men i handling i løbet af budgetåret, så vi sammen kan finde nye og gode løsninger på de kommende års udfordringer," skriver hun i et indlæg i Arbejderen.

tencer samt sikring af et godt arbejdsmiljø højt. Ikke bare i ord og hensigtserklæringer, men i handling i løbet af budgetåret, så vi sammen kan finde nye og gode løsninger på de kommende års udfordringer," skriver hun i et indlæg i Arbejderen.

Saudi-diplomat sender millionregning til syge danskere

Tidligere på året blev moderen til den saudiarabiske ambassadør i Danmark, Mohammed Ibrahim al-Agail, behandlet på Rigshospitalet og Hvidovre Hospital. Ekstra Bladet har fået aktindsigt i udgifterne til den akutte del af behandlingsforløbet på Rigshospitalet og den egentlige behandling på Hvidovre Hospital. Den viser, at den samlede regning til skatteyderne for særbehandlingen bliver 2.203.780 kr. Efterfølgende psykologhjælp til personalet løb tilsammen op på 142.300 kr. "Sygeplejersker og læger står i rigtig mange svære og komplekse opgaver hver dag, uden at det fører til, at der skal psykologhjælp til. Når de har brug for psykolog, så er det, fordi det har været meget voldsomt i forhold til en normal hverdag på et hospital, der i forvejen er voldsom," siger næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Dorte Steenberg, til Ekstra Bladet.



GRATIS
ganganalyse
RING
FOR TIDSBESTILLING
TLF. 7011 0711

**FÅ DET OPTIMALE
UD AF DIN BENPROTESE**

- Fysioterapeut med speciale i rehabilitering
- Erfaren bandagist
- Fokus på dine individuelle behov og forudsætninger
- Det er ikke et krav, at du er kunde hos Sahva



Mindfulness Baseret Kognitiv Terapi

Trænerkursus trin 1 og 2 (instruktør)

Intensivt internat med mulighed for fordybelse
eller har du bare lyst til, for din egen skyld, at
lære mindfulness?

(Trinene kan tages uafhængigt af hinanden)

Grund- og videreuddannelse i kognitive behandlingsformer

Alle kurser forventes godkendt af de Praktiserende
Lægers Efteruddannelsesfond

Læs mere på www.kognitivcenterfyn.dk

Målgruppe: Læger, psykologer
og tværfagligt personale.

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

NYHED



Ny Strattera® oral opløsning

Den første og eneste orale opløsning
til behandling af ADHD

- Bioækvivalent med Strattera kapsler
- Udviklet til patienter som foretrækker en opløsning fremfor kapsler/tabletter
- Kan doseres i trin på 4 mg og giver derved mulighed for fleksibel dosisjustering
- Doseres én gang dagligt
- Har hindbærsmag



Reference: Produktresumé Strattera oral opløsning 7.november 2014
Produktresumé findes på side 50.



Helle Egemar Knudsen

Det er med stor sorg, at vi i TR-kollegiet modtog beskeden om sygeplejerske og tillidsrepræsentant Helle Egemars alt for tidlige og pludselige død den 15. september 2015. Helle blev 47 år.

Helle arbejdede som sygeplejerske i socialpsykiatrien i Roskilde Kommune gennem flere år. Hendes hjerte brændte for de svageste borgere i kommunen, og Helle tog gerne en ekstra tørn, når det var nødvendigt. Altid med et smil til borgerne.

Fagpolitisk var Helle meget engageret. Hun var tillidsrepræsentant for sygeple-

jerskerne i socialpsykiatrien og Center for Alkohol- og Stofmisbrug og varetog funktionen med velfunderede, faglige pointer. I MED-udvalgene var Helle en aktiv med-spiller og tog sin rolle meget seriøst. Vi kunne i TR-kollegiet altid regne med, at Helle var klar med dagsordner, mødeindkaldelser og lokalebooking. Hun var meget struktureret i sit arbejde.

Privat var Helle meget aktiv i spejderbevægelsen FDF sammen med børnene, og hun nød at lave hjemmelavede lækkerier til hele familien og ikke mindst kollegerne.

Hun elskede sin familie meget højt og var især stolt over børnenes udvikling. Vores tanker går til Søren og de tre børn, Helle efterlader.

Vi vil i TR-kollegiet savne Helles smil, gå-påmod og store engagement for det psykiatriske område. Helle var en helt igennem fantastisk sygeplejerske, der har gjort en stor forskel i mange menneskers liv.

Tak, Helle, for den dejlige person, du var.

På TR-kollegiets vegne,
Maria Cisar, Roskilde Kommune.

Produktresumé for annonce side 49.

Pligtoplysninger/Forkortet produktresumé

STRATTERA® 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg, 100 mg hårde kapsler (atomoxetin)
STRATTERA® oral opløsning, 4 mg/ml (atomoxetin)

Indikationsområde: STRATTERA er indiceret til behandling af ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder) hos børn på 6 år og ældre, hos unge og hos voksne, som en del af et omfattende behandlingsprogram. Behandlingen skal indledes af en specialist inden for behandling af ADHD, såsom en pædiater, børne- og ungdomspsykiater eller psykiater. Diagnosen bør stilles i overensstemmelse med gældende kriterier i DSM- eller retningslinjerne i ICD. Hos voksne bør tilstedeværelsen af symptomer på ADHD i barndommen bekræftes. Bestyrelse fra en tredjetrappet er ønskeligt, og behandling med Strattera bør ikke påbegyndes, hvis verticigin- gen af ADHD-symptomer i barndommen er usikker. Diagnosen kan ikke stilles alene på baggrund af tilstedeværelsen af et eller flere symptomer på ADHD. Baseret på en klinisk vurdering bør patienten som minimum have ADHD af moderat sværhedsgrad, indikeret ved som minimum en moderat funktionsnedsættelse i to eller flere sammenhænge (f.eks. social, akademisk og/eller erhvervs-mæssig funktion), med påvirkning af flere aspekter i den enkelte liv.

Dosering: Kan administreres som en enkelt dosis om morgenen sammen med eller uden mad. **Oral opløsning:** Det anbefales ikke at blande Strattera oral opløsning med mad eller vand, da dette kan forhindre patienten i at modtage den fulde dosis eller påvirke smagen negativt. Ved utilstrækkelig klinisk respons (tolerance ca. 1,2 mg/kg/dag. Sikkerheden ved enkelt-doser på over 1,8 mg/kg/dag og samlede daglige doser på over 1,8 mg/kg/dag er ikke systematisk evalueret. Børn/unge >70 kg: Anbefaldt startdosis er 40 mg/dag. Initialdosis bør fastholdes i mindst 7 dage, før dosis titreres op på baggrund af klinisk respons og tolerance. Den anbefalede daglige vedligeholdelsesdosis er 80 mg til 100 mg. Børn/unge >70 kg og voksne: Den anbefalede maksimale samlede daglige dosis er 100 mg. Sikkerheden ved enkelt-doser på over 120 mg og samlede daglige doser på over 150 mg er ikke systematisk evalueret. **Oral opløsning:** Der henvises i øvrigt til doseringstabell i produktresumé. **Leverinsufficiens:** Dosereduktion til 50% og 25% af sædvanlig dose ved moderat og svær leverinsufficiens. **Søvnforstyrrelser:** Abstinenssymptomer er ikke beskrevet. Behandling med Strattera er ikke nødvendigvis livslang. Behov for behandling under 1 år skal revideres, særligt når patienten har opnået et stabilt og tilfredsstillende respons.

Undersøgelser før og under behandling: Det er nødvendigt at optage en passende anamnese og foretage en baseline evaluering af patientens kardiovaskulære status, herunder blodtryk og puls før behandling ordineres. Den kardiovaskulære status skal følges nøje med blodtryks- og pulsmålinger efter hver dosisjustering, og derefter mindst hver 6. måned. Hos pædiatriske patienter anbefales det at benytte et percentildiagram. Hos voksne skal gældende retningslinjer for hypertension følges.

Bivirkninger hos børn og unge: Meget almindelig ($\geq 1/10$): Nedsat appetit, hovedpine og sømnløshed. Mavesmerter, opkastninger og kvalme. Forhøjet blodtryk og forhøjet hjertefrekvens. Almindelig ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Anoreksi (appetitløshed), irritableitet, humørsvingninger, søvnløshed, agitation, angst, depression, nedsat stemningsleje, tics og svimmelhed. Mydriasi, forstoppelse, dyspepsi, dermatitis, kløe og udslæt. Træthed, letargi, brystsmerte og vægttab. Ikke almindelig ($\geq 1/1.000$ til $< 1/100$): Selvmordsrelaterede hændelser, aggression, fjendtlighed, emotionel labilitet, psykose (inklusive hallucinationer), besvimelsesanfald, rysten, migræne, paræstesi, hypæstesi og krampeanfald. Hjerteranken, sinuslakykardi, forlængelse af QT-interval, dyspnø, forhøjet bilirubin i blodet, hyperhidrose, allergiske reaktioner og asteni.

Sjældne ($\geq 1/10.000$ til $< 1/1.000$): Raynauds syndrom, abnorme/forhøjede leverfunktionsundersøgelser, gulsot, hepatitis, lever-skade, akut leverinsufficiens, forsinket vandladning, urinretention, prapisme og genitale smerter hos mænd. **Bivirkninger hos voksne:** Meget almindelig ($\geq 1/10$): Nedsat appetit, søvnløshed, hovedpine, mundtørrhed og kvalme. Forhøjet blodtryk og forhøjet hjertefrekvens. Almindelig ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Agitation, nedsat libido, søvnforstyrrelser, depression og nedsat stemningsleje, angst, svimmelhed, dysgeusi, paræstetier, sømnløshed (inkluderer sedation), tremor, hjerteranken, takykardi, rødem og indkudere. Mavesmerter, forstoppelse, dyspepsi, flatulens, opkastning, dermatitis, øget perspiration og udslæt. Vandladningsbesvær, polyakiuri, vandladnings-hestation, urinretention, dysmenorhoa, ejakulationsforstyrrelser, erektil dysfunktion, prostatitis og genitale smerter hos mænd. Asteni, træthed, letargi, kulderystelser, nervøs følelse, irritableitet, tørst og vægttab.

Ikke almindelig ($\geq 1/1.000$ til $< 1/100$): Selvmordsrelaterede hændelser, aggression, fjendtlighed, emotionel labilitet, rastløshed, tics, besvimelsesanfald, migræne, hypæstesi, forlængelse af QT-interval, perifer kuldefølelse og dyspnø. Allergiske reaktioner, kløe og nældefeber. Muskelkræmper, akut vandladningsstrang, manglende ejakulation, uregelmæssig menstruation, unormal orgasm, kuldefølelse og brystsmerte. **Sjældne ($\geq 1/10.000$ til $< 1/1.000$):** Psykose (inkluderer hallucinationer), krampeanfald, Raynauds syndrom, abnorme/forhøjede leverfunktionsundersøgelser, gulsot, hepatitis, lever-skade, akut leverinsufficiens og forhøjet bilirubin i blodet. **Præparat.** **Kontraindikationer:** Må ikke anvendes sammen med monoaminooxidasehæmmere (MAO-hæmmere). Må ikke anvendes før

mindst to uger efter, at behandlingen med en MAO-hæmmer er ophørt. Behandling med en MAO-hæmmer må ikke påbegyndes før to uger efter, at behandlingen med STRATTERA er ophørt. Bør ikke anvendes hos patienter med snævrer hjertekar. Må ikke anvendes hos patienter med fæokromocytom eller med fæokromocytom i anamnese. Må ikke anvendes hos patienter med alvorlige kardiovaskulære eller cerebrovaskulære sygdomme.

Særlige advarsler og forsigtighedsregler: Selvmordsrelateret adfærd er rapporteret hos patienter i behandling med atomoxetin. Patienter bør monitoreres omhyggeligt for forekomst eller forværing af selvmordsrelateret adfærd. Hos patienter med strukturelle hjerterabnormiteter, som tager atomoxetin i normale doser, er pludselig død rapporteret. STRATTERA bør kun anvendes med forsigtighed og i samråd med hertespecialist til patienter med kendte, alvorlige strukturelle hjerterabnormiteter. Atomoxetin kan påvirke puls og blodtryk. Bør anvendes med forsigtighed hos patienter, hvis underliggende sygdomme kan forværres af stigninger i blodtryk og puls, såsom patienter med hypertension, takykardi eller kardiovaskulære eller cerebrovaskulære sygdomme. Patienter, som under behandlingen med atomoxetin udvikler symptomer såsom palpitationer, brystsmerte ved anstrengelse, uforklarlig synkope, dyspnø eller andre symptomer, der tyder på hjertesygdom, skal omgående udredes af en kardiolog. Bør anvendes med forsigtighed hos patienter med medfødt eller erhvervet langt QT-interval eller med QT-forlængelse i familiens anamnese. Bør anvendes med forsigtighed ved enhver tilstand, der kan prædisponere patienter for hypotension eller ved tilstande forbundet med pludselige ændringer i hjerterytme eller blodtryk, da ortostatisk hypotension også er rapporteret. Behandlingen skal seponeres hos patienter med gulsot, eller hvor laboratorieundersøgelser viser tegn på leverskade, og må ikke genoptages. Patienter med yderligere risikofaktorer for cerebrovaskulære sygdomme (såsom kardiovaskulære sygdomme i anamnesen eller samtidig behandling med legemidler, som kan øge blodtrykket) skal ved hvert besøg vurderes med henblik på neurologiske tegn og symptomer efter påbegyndt behandling med atomoxetin. Atomoxetin i sædvanlige doser kan forårsage behandlingsfremkaldte psykotiske eller maniske symptomer hos patienter uden anamnese med psykotisk sygdom eller mani. Hvis sådanne symptomer forekommer, bør atomoxetins mulige kausale roller overvejes og seponering af behandlingen bør overvejes. Patienterne bør følges nøje for forekomst eller forværing af aggressiv adfærd, fjendtlighed eller emotionel labilitet. Der er indberettet allergiske reaktioner, herunder anafylaktiske reaktioner, udslæt, angioneurotisk ødem og nældefeber, hos patienter i behandling med atomoxetin. Atomoxetin bør introduceres med forsigtighed hos patienter med krampeanfald i anamnese. Vækst og udvikling bør overvejes under behandlingen og det bør overvejes at nedsætte dosis eller afbryde behandlingen hos børn og unge, der ikke på tilfredsstillende vis vokser eller tager på i vægt. Patienter i behandling med atomoxetin, bør følges med henblik på opståen og forværing af angstsymptomer, nedsat stemningsleje, depression og tics. **Interaktioner:** Må ikke anvendes sammen med

MAO-hæmmere. Det kan være nødvendigt med langsommere titrering og lavere slutdosis af atomoxetin hos patienter, der tager CYP2D6-hæmmere. Bør administreres med forsigtighed hos patienter, der behandles med høj-dosis nabilumet eller systemisk administreret salbutamol (eller andre beta₂-agonister). Hjerterefrens og blodtryk skal følges nøje, og dosisjustering af enten atomoxetin eller salbutamol (eller andre beta₂-agonister) kan være påkrævet. Der kan være øget risiko for forlængelse af QT-intervallet når atomoxetin administreres sammen med andre QT-forlængende lægemidler (såsom neuroleptika, klasse IA og III antiarytmika, moxifloxacin, erythromycin, metadon, mefloquin, tricykliske antidepressiva eller SSR'er, neuroleptika, phenothiaziner eller butyrophenon, mefloquin, chloroquin, bupropion eller tramadol). Der skal udvises forsigtighed når atomoxetin anvendes samtidig med antihypertensiva p.g.a atomoxetins virkning på blodtryk. Bør anvendes med forsigtighed sammen med pressor-stoffer eller lægemidler, der kan øge blodtrykket (såsom salbutamol) på grund af en mulig øget indvirkning på blodtrykket. Lægemidler, der påvirker noradrenalin, bør anvendes med forsigtighed f.eks. antidepressiva såsom imipramin, venlafaxin og mirtazapin, eller midler mod kongestion, pseudoephedrin eller phenylephrin. **Graviditet og amning:** STRATTERA bør ikke anvendes under graviditet. STRATTERA bør undgås under amning. **Overdosering:** Afhjælpning: Stok passage i luftrørene, indenter en time indgift af aktivt kul, monitorering af hjerterytme og vitale tegn samt passende symptomatisk og understøttende foranstaltninger. Patienten bør observeres i mindst 6 timer.

Lægemiddelformer: Hårde kapsler og oral opløsning.

For dagsaktuel pris henvises til medicinpriser.dk

Udleveringsgruppe: B.

Tilskudsstatus: Enkeltliskud.

Indehaver af markedsføringstilladelsen: Eli Lilly Danmark A/S, Lysker 3E, 2. tv., 2730 Herlev.
Produktresuméet er omskrevet og forkortet i henhold til det af Lægemiddelstyrelsen godkendte produktresumé. Det fuldstændige produktresumé kan vedlægges frit rekvireres fra Eli Lilly Danmark A/S, Lysker 3E, 2. tv., 2730 Herlev. Telefon: 45 26 60 00.

Utlisgitede hændelser skal rapporteres. Indberetningsformularer og yderligere oplysninger kan findes på: www.mhra.gov.uk/yellowcard.

Utlisgitede hændelser og produktklager skal desuden indberettes til Lilly: ring til Lilly UK på +01256 315 000.

Startede og lukkede selskabet for sygeplejens historie

Dansk Sygeplejehistorisk Selskab nedlægges sig selv pga. vigende medlemstal.

Der var mange verbale roser og store ord i luften efter seneste generalforsamling i Dansk Sygeplejehistorisk Selskab. Roser og ord var rettet mod foreningens formand og sekretær, hhv. sygeplejehistoriker, ph.d. Susanne Malchau Dietz og tidligere formand for Dansk Sygeplejeråd, Kirsten Stallknecht. De havde begge på forhånd meddelt, at de i forbindelse med generalforsamlingen ville trække sig fra deres poster.

Ved afskedsreceptionen blev de bl.a. omtalt som "de store damer i formidlingen af sygeplejens historie" med baggrund i deres omfattende arbejde for bl.a. skabelsen af Dansk Sygeplejehistorisk Museum i Kolding og etableringen af en europæisk organisation for forskning i sygeplejehistorie.

Susanne Malchau Dietz og Kirsten Stallknecht var begge med fra starten af Dansk Sygeplejehistorisk Selskab i 1997. Med deres fratræden er de samtidig med til at lukke foreningen, som ikke i tilstrækkeligt omfang har formået at tiltrække det antal, der gør det økonomisk rentabelt at drive

den for medlemskontingentet. Ved en ekstraordinær generalforsamling senere på året træffes endelig beslutning om, hvad foreningens formue og arkivalier skal anvendes til. Det står dog fast, at alle aktivite-

ter skal videreføres i regi af museet i Kolding, og at forskning og formidling af sygeplejens historie ikke stopper med nedlæggelsen af selskabet.

(hbo)



Foto: Christoffer Regild

Sekretær for Dansk Sygeplejehistorisk Selskab Kirsten Stallknecht og formand Susanne Malchau Dietz fik mange fine ord med på vejen, da de takkede af og meddelte, at selskabet nedlægges.

Anerkendelse for kompetent og engageret indsats

Sygeplejerske Merete Dehnfeld, Center for Erhvervet Hjerneskode, Københavns Kommune, har modtaget Sygeplejerskeprisen ved Dansk Sygeplejeråd Kreds Hovedstadens fagdag 2015.

"Merete Dehnfeld er en vaskeægte ildsjæl. Som sygeplejerske har hun et sikkert blik for, at borgere, som må leve med en erhvervet hjerneskode, også skal kunne opnå sundhed og trivsel. Med ihærdighed har hun sat system i den sundhedsfaglige indsats i Center for Erhvervet Hjerneskode, og gennem supervision og uddannelse har hun bevirket, at det tvær-

faglige personale omkring den hjerneskoddede borger opdager og forebygger de sundhedsproblemer, som borgerne i centeret er mere udsatte for end andre," lød det i begrundelsen.

Kredsformand Vibeke Westh gav bl.a. prisen følgende ord med på vejen:

"Lige gyldigt, hvad hun beskæftiger sig med, så løfter hun opgaven på nærmest eventyrlig vis, og hendes interessesfære kender ingen grænser. Hun søger og får indflydelse på udviklingen af sit fag, fordi hun både har viden, mod og engagement." (hbo)



Privatfoto

Merete Dehnfeld



Sorg som diagnose - kan man det?

Kan langvarig sorg ses som en selvstændig diagnose? Sygeplejerskens blogger Anne Holm Nyland er ikke overbevist om, at WHO's forslag om at gøre sorg til en diagnose gavner folk ramt af sorg. "Jeg ser flere problemstillinger og etiske udfordringer, hvis et begreb som sorg skal klassificeres og gøres til en diagnose. For det første, hvem kan konkret bestemme og definere tiden på en sorgreaktion? Og hvem siger, at man sørger i længere tid "end normalt" hvis ens sørgetid er mere end et halvt år?" spørger hun i et blogindlæg.

Sacha Verlin

Jeg synes, vi skal holde op med at skulle ha' diagnoser på alt, for så får vi også et meget snævert "normalt". Sorg er individuelt, og selvfølgelig skal vi tilbyde hjælp til dem, der ikke kan leve videre pga. sorg, som ikke kan tage vare på sig selv eller børn, hvis man er så tynget af sin sorg. Men om perioden varer 4 eller 8 måneder, det syntes jeg ikke, vi skal blande os i, om er "normalt".

Anita Vivian Nielsen

For mig er sorg en naturlig del af det at miste. Der er jo en helt bestemt proces, man skal igennem for at bearbejde sorgen, så det på en eller anden måde kan blive et minde, eller i det mindste noget man kan leve med. Forlænget sorgperiode ud over 6 måneder må efter min mening ikke blive klassificeret som en diagnose, for vi sørger ikke ens.

Fra www.facebook.com/fagbladetsygeplejersken

Akut behov for flere senge

Regeringen er på rette spor, når den vælger at afsætte 500 mio. kr. næste år til at styrke indsatsen for den ældre medicinske patient. Men det er slet ikke nok til at løse problemerne med overbelægning på landets hospitaler, mener Dansk Sygeplejeråd.

Kathja Lundgren Andersen

Kunne være der skulle laves en landsindsamling til sundhedsvæsenet 😊

Margit Berner

At tilføre 500 mio. kr. for at styrke ældre medicinske patienter??? Det lyder da flot eller hvad? Hvad om regeringen gav flere penge til regionerne til de øgede medicinudgifter, så der ikke skal spares og fyres personale. Det personale, som også er med til at passe de ældre medicinske patienter. Måske er jeg fattesvag, men i min optik er det bare en gang "Kejserens nye klæder"??

Ib Nielsen

De 500 mio. går til djøf'ere, der skal finde ud af, hvad de 500 mio. bedst kan bruges til. Der kommer ikke en eneste krone ud til sengene.

Fra www.facebook.com/sygeplejersker

Intet arbejde er det værd

"Alt i alt handler det om at passe på de medarbejdere, som rent faktisk har rigtig mange kompetencer, og som vi har brug for i fremtidens sundhedsvæsen. Gør vi ikke det, så forsvinder de andre steder hen," sagde Grete Christensen i DR2, der den 25. september satte fokus på sygeplejerskers pressede arbejdsmiljø.

Trine Marie Charlotte Liin

Efter bare seks år i faget har jeg fået nok. Hvis jeg skal være på arbejdsmarkedet 40 år endnu, skal det i hvert fald ikke være som sygeplejerske! Jeg vil ikke "vænne" mig til, at 80-årige fru Jensen ligger på gangen og græder af smerte, uden at kunne handle på det. Jeg vil ikke undvære min lille familie hver anden weekend, aftener og nætter til en utidssvarende løn. Jeg vil slet ikke risikere en påtale eller et par på kassen, fordi vi er for få hænder. Jeg vil ikke undvære halvdelen af mine måltider og holde på mit vand en hel dag.

Intet arbejde er dét værd!

Fra www.facebook.com/sygeplejersker

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

Redaktion Jette Bagh, cand.cur., fagredaktør

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

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



FAG

- FRA SYGEPLEJERSKE TIL SYGEPLEJERSKE

Sygeplejersker tror, de kan aflæse patienten

Vi taler meget om det. Politikerne ønsker det. De fleste patienter vil det rigtig gerne: inddragelse, involvering, medbestemmelse. Men hvad er det for størrelser? Hvordan praktiserer man de gode tanker? Og er de altid så gode?

Tre artikler om henholdsvis patientinvolvering, fælles beslutningstagen og patientrapporterede oplysninger folder begreberne ud og beskriver både muligheder og barrierer for ægte og helhjertet patientinvolvering. En ting står fast: De professionelle skal være dygtige til at kommunikere og være indstillede på at høre patientens perspektiv, hvis det for alvor skal lykkes at involvere nogen i noget. Man bliver nødt til at spørge frem for at formode.

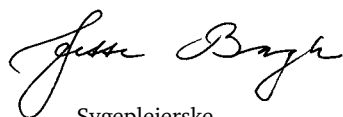
Artiklen "Min eller jeres rytme? – et observationsstudie af kommunikationen i et pacemakerambulatorium" illustrerer, hvor svært det kan være at give slip på indgroede vaner, i dette tilfælde et stædigt fokus på patientens pacemaker, dens funktion og duelighed. Patientens hverdagsliv, spørgsmål, og eventuelle usikkerhed bliver knap berørt. Involvering er ikke så ligetil.

Og så er tildelt patientpleje sat på pause på et stort hospital i hovedstadsområdet. I stedet er en sygeplejerske blevet kostansvarlig med tryk på ansvarlig. Det vil sige, at han sørger for, at maden når patienten uden forsinkelser, og han håndterer ernæringsområdet i samarbejde med afdelingens øvrige sygeplejersker.

Forud for beslutningen blev der målt temperatur på suppe, havregrød og øllebrød. Læs hvorfor i Faglig Information "Den kostansvarlige er vendt tilbage for at blive".

I Dilemma rejser spørgsmålet: Hvor meget plads må mobiltelefonen fylde i et arbejdsliv. Læs de to forskellige svar.

Under anmeldelser kan man læse om alkoholproblemer, baggrund, belastninger, og behandlingsmuligheder. Relevant for de fleste sygeplejersker, idet ca. 585.000 danskere skønnes at have et alkoholforbrug, som skader deres helbred.



Sygeplejerske,
cand.cur., fagredaktør.



Det virtuelle ambulatorium sparer tid for patienten

Anette Agerholm, afdelingssygeplejerske, MOL; anette.agerholm@rsyd.dk
Anne Holm Nyland, udviklingsygeplejerske, cand.cur.
Anette Christensen, sygeplejerske stud.MKS.
Anna Sofie Lillevang, oversygeplejerske, MKS
Steen Bonnema, overlæge ph.d., dr.med.
 Alle arbejder på Endokrinologisk Afdeling M, Odense Universitetshospital

Patienterne bruger deres smartphone, PC eller tablet i den virtuelle konsultation, og de bestemmer selv, hvornår kontakten skal finde sted. Foreløbige resultater viser, at ambulante, virtuelle konsultationer giver fleksibilitet og frihed, frigør tid for patienterne og nedsætter patienters fravær på arbejdspladsen.

I fremtiden vil patienter i højere grad være med til at definere, hvornår de har behov for kontakt med sundhedsvæsenet. Det Virtuelle Ambulatorium er den fremtidige service til patienter, som har behov for fleksible behandlings- og plejetilbud.

Patienter med kroniske lidelser har mange ambulante besøg på danske sygehuse, og antallet af patienter med kroniske sygdomme er voksende. Telemedicin bliver ofte udpeget som løsning på sundhedsvæsenets udfordringer. Flere studier peger på, at telemedicinske løsninger kan supplere og eventuelt erstatte fremmøde ift. ambulante kontrolbesøg. Især blandt unge med en kronisk sygdom er et virtuelt ambulatorium et stort ønske (1,2).

Flere og flere patienter ønsker medbestemmelse vedrørende egen behandling og pleje, og mange patienter har en stor grad af mestringssevne og egenomsorgskapacitet. Flere hospitaler og

Sådan vurderes artiklerne til FAG

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

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

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

kommuner bruger sundhedsteknologi i en eller anden udstrækning. Mange patienter og borgere er vant til at anvende sundhedsinformatik i deres søgen efter viden og i nogen grad sundhedsteknologi, når de ønsker kontakt til læge eller anden behandler. Patienterne er blevet mobile, afstande betyder mindre, og tilgang til ny viden er lettere. En ny kultur vinder indpas, og et stigende antal patienter tilegner sig viden om sygdom og behandling. De ønsker medindflydelse og medinddragelse i planlægning af egen pleje og behandling (3). Trenden er blevet ”on demand”.

Idéen til Det Virtuelle Ambulatorium udspringer af ændrede krav til og kommende scenarier i det danske sundhedsvæsen. Ved indførelsen af Det virtuelle Ambulatorium forventer afdelingen at reducere udeblivelser. Spørgsmålet er, om afdelingens patienter vil tage positivt mod indførelse af den nye sundhedsteknologi som supplement til eller erstatning for personligt fremmøde?

I Endokrinologisk Afdeling M på Odense Universitetshospital (OUH) forventes aktiviteten at stige fra ca. 45.000 ambulante besøg pr. år til 60.000 ambulante besøg i 2020.

Vi ønsker derfor at undersøge, om indførelse af sundhedsteknologi i form af et virtuelt ambulatorium er relevant for kroniske syge patienter med behov for ambulante besøg. Det nye ved denne form for ambulant virksomhed med brug af it-teknologi er, at patienterne bruger deres egen smartphone, tablet eller PC.

Et pilotstudie blev gennemført fra marts til juli 2015. 50 patienter fra afdelingens thyreoideaklinik blev successivt inkluderet i studiet. Patienterne brugte deres smartphone, tablet eller PC under konsultationen. Alle patienter gennemførte mindst én virtuel konsultation.

Formålet med studiet var at opnå viden om afvikling af virtuelle, ambulante konsultationer hos en udvalgt patientgruppe samt at undersøge patienternes

og personalets oplevelser af virtuelle konsultationer herunder at undersøge, om virtuelle konsultationer kan anvendes som supplement til traditionelt fremmøde.

Data blev indsamlet via elektronisk spørgeskema samt evaluerende spørgsmål efter hver konsultation. Disse spørgsmål handlede om oplevelsen af konsultationen og teknologiens anvendelighed. Hvordan fungerede brug af f.eks. smartphone og tablet?

Resultaterne viser, at ambulante, virtuelle konsultationer giver fleksibilitet og frihed, frigør tid for patienterne, nedsætter patienters fravær på arbejdspladsen og giver de sundhedsprofessionelle tid, som kan bruges på ressourcetsvage patienter. Desuden ses et fald i udeblivelser.

Et større studie gennemføres i perioden september 2015 – september 2017.

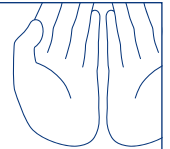
Tak til virksomheden Viewcare, som under pilotstudiet har bidraget med opkobling af gratis IT-teknologi i Endokrinologisk Afdeling.

Projektet har modtaget en bevilling på 4,5 mio. kr. fra Digitaliseringsstyrelsen.

Litteratur

1. Levin K, Madsen, JR, Petersen I, Wanscher CE & Hangaard J. Telemedicine diabetes consultations are cost-effective, and effects on essential diabetes treatment parameters are similar to conventional treatment: 7-year results from the Svendborg Telemedicine Diabetes Project. *J Diabetes Sci Technol* 2013;(7):587-95.
2. Lowe P, Hearnshaw H & Griffiths F. Attitudes of young people with diabetes to an Internet-based virtual clinic. *J Telemed Telecare* 2005; (11): Suppl 1, 59-60.
3. Riiskjær E. Patienten som partner. Odense: Syddansk Universitetsforlag; 2014.

Træt af vold og trusler?



Tryghed, ja tak!

Når du kan møde det angst eller vrede menneske på en tryk og rolig måde, så mærkes det og forplanter sig i hele afdelingen.

“Lad ikke dagens personale blive morgendagens patienter”

Nænsom Nødværge® er en principbaseret og konfliktløsende metode, hvor du lærer at arbejde med mindst mulig kraft og at opnå tryghed i arbejds-situationen.

Vi har ikke fokus på det voldelige menneske, men på det voldelige møde.

Ring til Karina på mobil 2620 3103 og hør hvad vi kan byde ind med



Durewall Institutet
Lergravsvej 63
2300 Kbh. S

Tel: 32 86 01 98

www.durewall.dk
km@durewall.dk

DROP DE OFFICIELLE DIABETES-ANBEFALINGER!

SEMINAR for sygeplejersker, læger, diætister og fysioterapeuter, **d. 26. jan 2016** med **professor, dr. med., Arne Astrup, klinisk diætist, Alice A. Hartvig** og **Master i fitness, Majbritt L. Engell**. i Søhuset Konferencecenter, Scion DTU, Hørsholm.

Bliv opdateret, inspireret samt få viden og redskaber til at forandre egen praksis og få succes med dine diabetespatienter.

DERFOR skal du droppe de officielle diabetesanbefalinger.

SÅDAN kan kostplanerne laves og biokemien forklares.

BRUG maden som medicin. Live-madlavning. **TRÆN** blodsukkeret i balance.

LÆS PROGRAMMET og tilmeld dig på www.prospecta.dk under fanebladet aktiviteter. Alternativt send en mail til ti@prospecta.dk eller ring 21 68 49 20.

TILMELDINGSFRIST d. 3. dec. 2015.

PRIS 3.500 kr. ex. moms. Der søges om refusion af seminaret hos Efteruddannelsesfonden for almen praksis.

TILBUD Tilmeld 3 og betal kun for 2!

frkiskrump

PROSPECTA
Dietetik & Madterapi

Udvikling af en app til nye forældre

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

Jette Bagh, fagredaktør • Foto Kasper Løftgaard



Dorthe Boe Danbjørg, sygeplejerske, ph.d., er 39 år, bor i Nyborg sammen med sin kæreste Thomas og har tre

børn. Dorthe Boe Danbjørg er ansat som innovationskonsulent ved Center for innovativ medicinsk teknologi på OUH og videnskabelig assistent ved SDU. Dorthe har ansøgt om et adjunktur, og hendes ansøgning er i skrivende stund under bedømmelse.

Hvad fik dig til at forske?

"Jeg brænder for at præge udviklingen inden for sygeplejen og sundhedsvæsenet, og forskning er en både spændende og effektiv måde at gøre det på. Helt konkret var det en ny fødeplan i Region Syddanmark i 2010, som blev startskuddet til mit ph.d.-projekt. Fødeplanen betød, at raske gravide nu skal føde ambulant, dvs. at de bliver udskrevet inden for 24 timer efter fødslen."

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

"Fokus for afhandlingen var at undersøge, om vi ved hjælp af teknologi kunne finde nye måder at tilbyde barselspleje til nye forældre på, når de nu ikke længere skulle være indlagt efter fødslen. Jeg har arbejdet med et brugerinddragende design (participatory design) og har udviklet en app i samarbejde med de nye forældre og sundhedspersonale.

Afhandlingen giver ny indsigt i forældres behov efter ambulant fødsel og viser, hvordan brugen af teknologi kan have værdi både fra et forældre- og et sundhedsprofessionelt perspektiv, når det er designet sammen med brugerne og dermed udviklet til at opfylde forældrenes behov."

Hvor tog du din forskeruddannelse henne?

"Jeg var indskrevet på Enheden for Sygeplejeforskning, Klinisk Institut, Syddansk Universitet."

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

"Jeg fik et års stipendium fra Klinisk Institut, Syddansk Universitet, et års stipendium fra Region Syddanmark og et års stipendium fra Novo Nordisks samfinansierede ph.d.-stipendier. Derudover har jeg modtaget midler fra Dansk Sygeplejeråd og Novo Nordisk til projektet. Jeg har haft en del udviklings- og driftsudgifter, da jeg betalte et firma for at udvikle en app. Afdeling D på OUH havde stillet en underskudsgaranti til rådighed, som jeg også var nødt til at benytte mig af for at få det til at løbe rundt."

Hvor kan man læse om dine forskningsresultater?

"I min afhandling "A lifeline connecting new parents with the hospital – using participatory design to develop and test an app for parents being discharged early postnatal".

Derudover er mine resultater publiceret i fem artikler. De tre er nævnt nedenfor."

Hvordan har din forskning betydning for praksis?

"Min forskning har ændret barselsplejen, idet den app, som blev udviklet i mit ph.d.-projekt, nu bliver brugt som en del af sygehusets tilbud til de nye forældre, som udskrives tidligt. Derudover er min forskning faktisk også med til at ændre praksis indenfor en række områder, idet appen, som vi udviklede, har været forløber til appen "Mit Forløb", som udbredes på Odense Universitetshospital og i Region Syddanmark.

For mig som forsker er det afgørende, at jeg ikke lever op til fordommen om at sidde langt fra praksis i et elfenbenstårn, men at jeg faktisk gennem min forskning kan være en del af praksis og præge udviklingen i sundhedsvæsenet."

Hvad forsker du i aktuelt?

"Jeg arbejder med et par mindre projekter, som ligger i umiddelbar forlængelse af mit ph.d.-projekt. Det ene har fokus på, hvordan nye forældre, som har født ambulant, oplever at blive genindlagt pga. ernæringsproblemer hos den nyfødte. Det andet har fokus på teknologi, hvor jeg har fokus på aspekter ved implementeringen af teknologi i sygeplejepspraksis.

Samtidig er jeg i gang med at planlægge projekter under hovedoverskriften "Flipping Healthcare", hvor det overordnede fokus er, hvordan sundhedsprofessionelle og patienter ved hjælp af teknologi kan forbedre sundhedsvæsenet."

Litteratur

1. Danbjørg DB, Wagner L, Clemensen J. Do families after early postnatal discharge need new ways to communicate with the hospital? A feasibility study. *Midwifery*. 2014;30(6):725-32.
2. Danbjørg DB, Wagner L, Clemensen J. Designing, developing and testing an app for parents being discharged early postnatal. *Journal for Nurse Practitioners*; Volume 10. Issue 10. November/December 2014.
3. Danbjørg DB, Wagner L, Kristensen, BR, Clemensen J. Intervention among new parents followed up by an interview study exploring their experiences of telemedicine after early postnatal discharge. *Midwifery*. 2015 Jun;31(6):574-81.

Har vi råd til at lade være?

Det betaler sig at skifte ...

3.177,00 kr.
sparet om året*

Kr. 789,00*

Kr. 524,25*

flutiform® 250+10
(fluticasonpropionat + formoterol)

Seretide® 25/250
(Salmeterol/fluticasonpropionat)

* Seretide® 25/250 (Salmeterol/fluticasonpropionat): Tilskudspris 789,00 kr.
flutiform® 250+10 (fluticasonpropionat + formoterol): Tilskudspris 524,25 kr.
Forskel: 264,75 kr. Hver inhalator indeholder 120 doser beregnet til 30 dages forbrug. $264,75 \times 12 = 3.177,00$ kr. Beregnet ud fra billigste tilskudspris den 28. september 2015. For dagsaktuelle priser se www.medicinpriser.dk

Produktinformation findes på side 58.

 **flutiform®**
fluticasonpropionat + formoterol



3 forskellige styrker

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

Dosistælleren er ...

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

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

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



Oversigt over væsentlige produktforskelle**

Produkt navn

Indholdsstof

Indikation

Kontraindikation

Bivirkninger
(meget alm./alm.)

Dosering, pris
(billigste AUP inkl. recepturgebyr
og pakninger pr. 28. september 2015)

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

Seretide® inhalationsspray

(Salmeterol/Fluticasonpropionat)

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

Overfølsomhed over for indholdsstofferne.

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

Spray

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

25/250: 2x2 789,00 kr. / 120 doser (anbefales fra 12 år)

flutiform® inhalationsspray

(fluticasonpropionat/formoterol)

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

Overfølsomhed over for indholdsstofferne.

Spray

50/5: 2x2 348,05 kr. / 120 doser (anbefales fra 12 år)

125/5: 2x2 434,50 kr. / 120 doser (anbefales fra 12 år)

250/10: 2x2 524,25 kr. / 120 doser (anbefales fra 18 år)

Sammenligning af inhalationsspray-kombinationsprodukter med fluticasonpropionat markedsført i Danmark

Produkt navn

Indholdsstof

Sammenligning af styrker (μg)

Seretide® inhalationsspray

(Salmeterol/Fluticasonpropionat)

–

25/125

25/250

flutiform® inhalationsspray

(fluticasonpropionat/formoterol)

50/5

125/5

250/10

flutiform® (fluticasonpropionat / formoterolfumaratdihydrat) inhalationsspray

Indikationer*: Til regelmæssig behandling af astma, hvor anvendelse af et kombinationsprodukt (inhalationssteroid og langtidsvirkende β_2 -agonist) er hensigtsmæssig: hos patienter, der ikke er velkontrollerede på inhalationssteroid og brug af korttidsvirkende β_2 -agonist ved behov eller hos patienter, der allerede er velkontrollerede på både inhalationssteroid og langtidsvirkende β_2 -agonist. Flutiform® 50/5 mikrogram og 125/5 mikrogram pr. dosis er indiceret til voksne og unge fra 12 år. Flutiform® 250/10 mikrogram pr. dosis er kun indiceret til voksne. **Dosering*:** Patienterne skal have Flutiform® i den styrke fluticasonpropionat, der passer til sværhedsgraden af deres astma. *Voksne og unge fra 12 år:* Flutiform® 50/5 mikrogram og 125/5 mikrogram, to inhalationer (pust) to gange dagligt. *Kun til voksne > 18 år:* Hvis patientens astma fortsat er dårligt kontrolleret, kan den daglige dosis øges yderligere, dvs. til den højeste styrke, Flutiform® 250/10 mikrogram pr. dosis: to inhalationer (pust) to gange dagligt. Der bør titreres til den laveste dosis, som giver effektiv kontrol af symptomerne. Når patientens astma er tilstrækkeligt kontrolleret, kan der evt. skiftes til en lavere styrke, eller det kan overvejes om patienten skal trappes ned til inhalationssteroid alene. *Børn under 12 år:* Erfaring med Flutiform® til børn under 12 år savnes, og bør derfor ikke anvendes til denne aldersgruppe. **Specielle patientgrupper*:** Dosisjustering hos ældre er ikke nødvendig. Der foreligger ingen data for brug af Flutiform® til patienter med nedsat lever- eller nyrefunktion, dosis bør derfor regelmæssigt kontrolleres. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for et eller flere af de aktive stoffer eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Forsigtighedsregler*:** Ikke til akut brug. Bør ikke initieres hos patienter med aktuel exacerbation, eller hos patienter med signifikante eller akutte forværringer. Pludselig og tiltagende forværring af astmasymptomer er potentielt livstruende, og patienten bør straks tilses af en læge. Behandling med Flutiform® bør ikke seponeres pludseligt hos astmatikere på grund af risiko for exacerbationer, undtagen ved paradoks 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 inddækket 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.

KOL Kompetencecenter styrker det tværsektorielle samarbejde

Mennesker med KOL bliver ofte indlagt, fordi de ikke kan få vejret og bliver bange. KOL Kompetencecenter arbejder på at forebygge disse indlæggelser gennem oplysning, undervisning og kontakt med patienter, pårørende og professionelle.

Marianne Neerup, sygeplejerske, daglig leder af KOL Kompetencecenter; kolcenter@regionsjaelland.dk
Hanne Rode, sygeplejerske
Annette Hegelund, sygeplejerske, SD, stud.cur., projektmedarbejdere i KOL Kompetencecenter

Karen, som har svær KOL, er heller ikke i dag kommet igennem til lægen i telefon-tiden. Hun har svært ved at få luft. Alle tanker drejer sig om vejtrækningen, og at hun burde have ringet for flere dage siden. Hun er bange. Hun glemmer at bruge de vejtrækningsøvelser, hun har lært på KOL-skolen. Hvad nu hvis hun bliver kvalt? Tryghedsbesøget fra hjemmeplejen kommer først om halvanden time. Hun går i panik, ringer 112 og bliver indlagt akut. Der var heller ikke denne gang tegn på lungebetændelse. Hun får det hurtigt bedre, bliver tryk, kan få luft igen og udskrives.

Det kræver et godt samarbejde mellem borger, kommune, praktiserende læge og sygehus at undgå en indlæggelse som denne. Hvilken sygeplejefaglig indsats kunne have hjulpet Karen, så hun kunne blive hjemme? Hvad tænker og ønsker Karen? Hvem har overblikket og koordinerer Karens forløb? Måske var et akut telefonnummer til en hjemmesygeplejerske en løsning?

KOL Kompetencecenter er et projekt i Region Sjælland med det hovedformål at styrke samarbejdet i den tværsektorielle indsats til gavn for borgere med KOL. I 2014 blev der udarbejdet en analyse med fokus på at udvikle meningsfulde og fagligt stærke tværsektorielle tilbud til borgere med kronisk sygdom. I afrapporteringen blev det præciseret, at 23 pct. af KOL-relaterede indlæggelser på Region Sjællands Sygehuse var 24 timers indlæggelser (1). En stor del af de ressourcer, der anvendes på den type indlæggelser, kan med fordel anvendes mere hensigtsmæssigt ved at tilbyde den rette kombination af behandling, støtte, undervisning og pleje i hjemmet. Patienter som Karen, der indlægges akut med dyspnø-relateret angst, koster kommunen penge.

KOL Kompetencecenter er et videns- og rådgivningscenter, der styrker det tværsektorielle forløb for borgere med KOL. Vi bidrager med at styrke kvalitet i og sammenhæng mellem de indsatser, som allerede eksisterer i sundhedsvæsenet, men som både patienter og sundhedsvæsenets egne medarbejdere ofte har svært ved at finde rundt i.

KOL Kompetencecenter samler og har overblik over alle tilbud og indsatser, der tilbydes borgere med KOL, og giver råd og vejledning til de sundhedsfaglige medarbejdere, der efterspørger det. Det er faglige KOL-relaterede emner, men i lige så høj grad vejledning om indsatser, som eksisterer i den enkelte kommune og på tværs af sektorer; de indsatser og tilbud, som er svære at få et overblik over, men som samlet er afgørende for, at borgeren bedre kan håndtere sit liv med KOL.

KOL Kompetencecenter tilbyder forskellige sundhedspædagogiske værktøjer møntet på borgere med KOL, og hensigten er, at borgeren opnår bedre handlekompetencer ved at kende sin sygdom og får viden og handlekraft til at reagere hensigtsmæssigt, når eller hvis der opstår forværring.

I 2015 samarbejdes med Vordingborg, Slagelse, Næstved og Ringsted Kommuner samt almen praksis, og projektet udbredes til andre kommuner i Region Sjælland i løbet af 2016 (2). Samtidig samarbejdes med regionens sygehuse, hvor lungemedicinske- og akutmodtageafdelinger er involveret (3).

Desuden har KOL Kompetencecenter en rådgivningstelefon, som både borgere, pårørende og sundhedsfagligt personale kan benytte på hverdage mellem kl. 8 og 15, nummeret er 5551 4860.

Litteratur

1. Rapport – Analyse af ambulante patientforløb, Region Sjælland, 2014, udarbejdet af Implement Consulting Group for Region Sjælland og KOL Kompetencecenter, november 2014.
2. Sundhedsaftaler Region Sjælland 2015-2018.
3. www.regionssjaelland.dk/kolcenter

SPIRIVA

2.0





SPIOLTO

SPIOLTO®
RESPIMAT®
TIOTROPIUM & OLODATEROL 

Spiolto® Respimat® (tiotropium og olodaterol) Forkortet produktresumé
Indikation: Symptomlindrende bronkodilatator til vedligeholdelsesbehandling af Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL). **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for de to aktive stoffer, atropin eller dets derivater (f.eks. ipratropium eller oxitropium) eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Bivirkninger*:** *Almindelige (1-10%):* Mundtørhed er set hos 1,7% af patienterne og medførte seponering af behandlingen hos 0,1%. *Ikke almindelige (0,1-1%):* Svimmelhed, søvnløshed, hovedpine, atrieflimren, palpitationer, takykardi, hypertension, hoste, obstruktion. *Sjældne (mindre end 0,1%)* bivirkninger samt bivirkninger med *ukendt hyppighed*, herunder glaukom, bronkospasme, angioødem, anafylaktisk reaktion, urinretention, er anført i produktresuméet. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen*:** Bør ikke bruges ved astma. Bør ikke bruges til behandling af akutte episoder af bronkospasme. Inhalerede lægemidler kan forårsage inhalationsinduceret bronkospasme. Forsigtighed bør udvises ved snævert indkøbt glaukom, prostatahyperplasi eller blærehalsobstruktion. Undgå at få medicinen i øjnene. Mundtørhed kan på langt sigt medføre caries. *Nedsat nyrefunktion:* Ved moderat til svært nedsat nyrefunktion (kreatinin-clearance ≤ 50 ml/min) bør benefit/risiko ratio overvejes. *Kardiovaskulære virkninger:* Brug af langtidsvirkende beta₂-adrenerge agonister kan have en klinisk betydende kardiovaskulær virkning hos visse patienter, og skal måske seponeres. Forsigtighed bør udvises ved iskæmisk hjertesygdom, svær kardiell inkompensation, hjertearytmier, hypertrofi obstruktiv kardiomyopati, hypertension og aneurisme, patienter med krampestilstande eller tyreotoksikose, kendt eller mistænkt forlængelse af QT-intervallet. Forsigtighed bør udvises grundet begrænset erfaring ved myokardieinfarkt i anamnesen inden for det sidste år, ustabil eller livstruende hjertearytmi, patienter indlagt på grund af hjertesvigt inden for det sidste år, eller patienter med diagnosen paroxysmal takykardi. *Hypokaliæmi:* Beta₂-adrenerge agonister kan medføre betydende hypokaliæmi. Ved svær KOL kan hypokaliæmi potenseres af hypoksi og anden sideløbende behandling, hvilket kan øge følsomheden for hjertearytmier. *Hyperglykæmi:* Høje doser kan medføre forhøjet plasmaglukose. *Anæstesi:* Ved brug af halogenerede kulbrinter skal udvises forsigtighed. *Andet:* Bør ikke bruges sammen med andre langtidsvirkende beta₂-adrenerge agonister. Spiolto Respimat bør kun anvendes én gang daglig. **Interaktioner*:** Samtidig brug af andre antikolinerge midler kan ikke anbefales pga. manglende data. Samtidig brug af andre sympatomimetika kan potensere bivirkninger. Samtidig brug af xanthinderivater, steroider eller diuretika kan potensere en eventuel hypokaliæmisk virkning af sympatomimetika. Betablokkere kan svække eller modvirke virkningen af olodaterol. MAO-hæmmere, tricykliske antidepressiva og QTc-forlængende lægemidler kan potensere virkningen af Spiolto Respimat på det kardiovaskulære system. **Graviditet og amning*:** Bør ikke anvendes. **Dosering*:** To pust inhaleres én gang om dagen på samme tidspunkt. **Lægemiddelformer:** Inhalationsvæske, opløsning i patron. **Pakninger og priser:** Spiolto Respimat inhalationsvæske 2,5 mikrogram/2,5 mikrogram: 1 Respimat inhalator og 1 patron med 30 doser (60 pust). Dagsaktuel pris findes på www.medicinpriser.dk. **Udlevering:** B. Tilskudsberettiget. **Registreringsindehaver:** Boehringer Ingelheim International GmbH. De med * markerede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det godkendte produktresumé af 22.06.2015. Yderligere information findes i produktresuméet (www.produktresume.dk), som vederlagsfrit kan rekvireres fra Medicinsk Information hos Boehringer Ingelheim Danmark A/S, Strødamvej 52, 2100 København Ø, tlf.: 39 15 8888, eller mail: info.cop@boehringer-ingelheim.com.

Spiriva® Respimat® (tiotropium) Forkortet produktresumé
Indikation: Symptomlindrende bronkodilatator til vedligeholdelsesbehandling af Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL). Supplerende vedligeholdelsesbehandling af voksne astmapatienter, som aktuelt får behandling med kortikosteroider til inhalation (≥ 800 µg budesonid/dag eller tilsvarende) og langtidsvirkende beta₂-agonister, og som har haft en eller flere svære eksacerbationer i løbet af det sidste år. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for tiotropium, atropin eller dets derivater eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Bivirkninger*:** *Almindelige (1-10%):* Mundtørhed er set hos hhv. 2,9% (vedr. KOL) og 1,2% (vedr. astma) - oftest mild og forbigående. *Ikke almindelige (0,1-1%):* Svimmelhed, hovedpine, hoste, pharyngitis, dysfoni, oropharyngeal candidiasis. Vedr. KOL: Obstruktion, udslet, pruritus, urinretention, dysuri. Vedr. astma: Søvnløshed, palpitationer, bronkospasme. *Sjældne (mindre end 0,1%)* bivirkninger samt bivirkninger med *ukendt hyppighed*, herunder atrieflimren, takykardi, glaukom, anafylaktisk reaktion, angioødem og tarmobstruktion inkl. paralytisk ileus (vedr. KOL: Bronkospasme, vedr. astma: Urinretention), er anført i produktresuméet. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen*:** Bør ikke bruges til behandling af akutte episoder af bronkospasme. Forsigtighed bør udvises ved snævert indkøbt glaukom, prostatahyperplasi eller blærehalsobstruktion. Inhalerede lægemidler kan forårsage inhalationsinduceret bronkospasme. *Nedsat nyrefunktion:* Ved moderat til svært nedsat nyrefunktion (kreatinin-clearance ≤ 50 ml/min) bør benefit/risiko ratio overvejes. *Kardiovaskulære virkninger:* Forsigtighed bør udvises ved nyligt myokardieinfarkt (for < 6 måneder siden); enhver ustabil eller livstruende hjertearytmi, eller hjertearytmi der krævede intervention eller en ændret medicinsk behandling, inden for det sidste år; indlæggelse på grund af hjertesvigt (NYHA klasse III eller IV) inden for det sidste år. *Andet:* Undgå at få medicinen i øjnene. Mundtørhed kan på langt sigt medføre caries. Frarådes ved cystisk fibrose. Tiotropium må ikke anvendes hyppigere end én gang daglig. **Interaktioner*:** Der er ikke set interaktioner ved anvendelse sammen med andre lægemidler til KOL og astma inkl. sympatomimetiske bronkodilatatorer, methylxantiner, orale og inhalerede steroider, antihistaminer, mykolytika, leukotrien-receptorantagonister, cromoner og anti-IgE-behandling. Samtidig brug af andre antikolinerge midler er ikke undersøgt og kan derfor ikke anbefales. **Graviditet og amning*:** Bør ikke anvendes. **Dosering:** To pust inhaleres én gang om dagen på samme tidspunkt. **Lægemiddelformer:** Inhalationsvæske, opløsning i patron. **Pakninger og priser:** Spiriva Respimat inhalationsvæske 2,5 mikrogram: 1 Respimat inhalator og 1 patron med 30 doser (60 pust). Dagsaktuel pris findes på www.medicinpriser.dk. **Udlevering:** B. Tilskudsberettiget. **Registreringsindehaver:** Boehringer Ingelheim International GmbH. De med * markerede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det godkendte produktresumé af 17.02.2015. Yderligere information findes i produktresuméet (www.produktresume.dk), som vederlagsfrit kan rekvireres fra Medicinsk Information hos Boehringer Ingelheim Danmark A/S, Strødamvej 52, 2100 København Ø, tlf.: 39 15 88 88, eller mail: info.cop@boehringer-ingelheim.com.

Den kostansvarlige er vendt tilbage for at blive

Delvis fiasko på ernæringsområdet blev vendt til succes efter et brud med tildelt patientpleje. En kostansvarlig sygeplejerske sørger i dag for, at patienterne får deres mad, mens den er varm, og at indtaget registreres.

Tina Kristensen, projektsygeplejerske, gastroenheden afsnit 360, udviklingsenheden afsnit 160, Hvidovre Hospital; tina.kristensen@regionh.dk
Annette Strømfeldt, afdelingssygeplejerske, gastromedicinsk sengeafsnit 323, Hvidovre Hospital

Vi vidste det udmærket. At vi ikke fik ernæret vores patienter godt nok på trods af, at vi er et gastromedicinsk sengeafsnit med ernæringsterapi som speciale.

Det har ikke skortet på forslag og forsøg på forbedring. Men hver gang der var audit, måtte vi erkende, at kun 20-60 pct. (gennemsnitligt 43 pct.) af vores patienter blev ernæret 75 pct. af deres behov.

Tilbage i 2010 startede vores afsnit et engelsk koncept "Productive Ward" (PW), som gav os mulighed for at kigge vores arbejds gange og kvalitet i pleje og behandling efter i sømmene. De første par måneder brugte vi tid på nogle fastlagte emner/moduler, men da vi nåede til frit valg-hylden, var vi ikke i tvivl om, at vi skulle have undersøgt alt om vores håndtering af måltider og dermed pleje og behandling af patienternes ernæringstilstand.

Vi startede i november 2010 med at ned-sætte en arbejdsgruppe bestående af tre sygeplejersker: afsnittets to ernæringsansvarlige og tovholderen for PW-konceptet.

Første step var at finde ud af, hvad ville vi undersøge, hvordan ville vi undersøge det, hvem der eventuelt skulle bistå med viden og ikke mindst, hvem der havde interesse i forslag og beslutninger.

Det første, vi fokuserede på, var at øge patienternes ernæringsindtag. Vi ville ikke længere ligge nede på 43 pct. Dvs. at der skulle være fokus på kvaliteten af behandlingen (1,2,3).

Vi ville også have fokus på effektivitet og større tilfredshed hos patienter og personale.

PW-konceptet har en værktøjskasse, der kan benyttes til indsamling af data. Vi valgte at benytte følgende værktøjer: Patientinterview, spørgeskemaer til personalet, tidsmålinger af arbejds gange, foto- og videooptagelser, udførelse af ernæringsaudit samt indhentning af viden i hospitalets køkken, hos læger og hos afdelingens er-

nærings sygeplejerske. Vi tilføjede en måling på baggrund af patientspørgeskemaerne, nemlig temperaturmåling af suppe, havregrød og øllebrød.

Patienterne sagde: "Den varme mad er lunken eller kold. Især suppe, havregrød og øllebrød er svær at spise, hvis temperaturen er for lav." "Vi venter på maden, og den er kold, når den kommer." "Vi får ikke tilbudt mellemmåltider eller ernæringsdrikke."

Spørgeskemaerne gav udtryk for følgende: "Det fungerer bedst om aftenen, hvor der er få til at tage sig af maden." "Maden kommer på forskellige tider, og man kan derfor ikke planlægge andre arbejdsopgaver." "Ved ikke altid, om kollegaer deler al mad ud eller kun til egne patienter." "Vi glemmer at registrere på kostskemaet." "For mange arbejdsopgaver ved morgenmåltidet." "Løsning: en madmor, som styrer maduddelingen."

Tidsmålingerne viste, at fra maden ankom til afsnittet, til vi leverede den til patienten, kunne der i dagvagten gå op til 60 minutter. Endvidere at der kunne være op til otte personalemedlemmer i samme dagvagt, som leverede morgenmad til patienterne. Tidsmålingerne viste også, at vi brugte 11 minutter mere på uddeling af morgenmad end på aftensmad.

Temperaturmålingen viste et fald på syv grader efter 20 minutters venten ved suppe og et lidt mindre fald ved havregrød og øllebrød.

Foto- og videooptagelser viste lidt forvirrede, kaotiske og ineffektive arbejds gange.

Det blev ret hurtigt klart for os, at vi blev nødt til at systematisere og ensrette vores håndtering af kost til vores patienter, og ordet "madmor" blev ved at poppe op sammen med "kostansvarlig".

Vi valgte derfor at gå på kompromis med tildelt patientpleje og oprettede en funktion, vi valgte at kalde den "kostansvarlige".

Den kostansvarlige, som er sygeplejerske, har ansvaret for al håndtering, pleje og behandling, hvor kost indgår. Dvs. bestilling, servering, kostvejledning, ernærings-screening, enteral ernæring og parenteral ernæring. Den kostansvarlige har derfor i dagvagten sine helt egne arbejdsopgaver, hvor hun servicerer 12-15 patienter, men naturligvis har et tæt samarbejde og sparing med de øvrige sygeplejersker.

Gevinsten blev, at patienterne oplevede større fokus og information fra den kostansvarlige, at gennemsnitligt 80 pct. af vores patienter i ernæringsrisiko fik dækket deres behov med 75 pct. mod tidligere 43 pct., samt at maden til patienterne blev leveret langt hurtigere efter ankomst til afsnittet.

I dag, fire et halvt år senere, fungerer den kostansvarlige fortsat. Implementeringen var ikke uden dilemmaer og debatter, men pga. god ledelse samt gode faglige argumenter og gevinster har vi formået at holde fast.

Funktionen "den kostansvarlige" ses af plejepersonale og læger som vigtig, grundlæggende sygepleje, hvor man får meget direkte kontakt med patienterne, og hvor man især som ny sygeplejerske har mulighed for at fordybe sig i og opnå ny viden inden for ernæringsterapi.

Så madmor er blevet en win-win-løsning for patienter og personale.

Litteratur

1. Ernæringsterapi – Voksne. Den regionale Ernæringskomite; 2014. <http://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html> Besøgt d. 28.8.15
2. Neumann HP, Nordgaard-Lassen I, Fagerberg G, Bacarda M. Ernæring og ernæringsterapi i Gastroenheden; 2013. <http://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html> Besøgt d. 28.8.15
3. Meals – The Productive Ward. NHS. Institute for Innovation and Improvement; 2008. http://www.institute.nhs.uk/quality_and_value/productivity_series/productive_ward.html Besøgt d. 28.8.15

inpraxis

SYSTEMISK OG NARRATIV TEORI OG PRAKSIS

inpraxis tilbyder:

Konsulentuddannelser

Tværfaglige praksisuddannelser

Supervisor- og coachuddannelser

Supervisionsgrupper og andre grupper

Læs mere om os på www.inpraxis.dk

Cand. psych. Annette Mortensen

Cand. psych. Ane Wermer

Cand. pæd. psych. Dorte Nissen

Ma. i retorik, sygeplejerske Dorte Lund-Jacobsen

Cand. psych. Thilde Westmark

Systemisk

Narrativt

Konkret

inpraxis

Mærk forskellen



Designet af Nanna Ditzel

Styrk din ryg med en aktiv siddestilling, det vil give dig livskraft, energi og overskud til en lang arbejdsdag.

Du kan prøv en stol gratis i 14 dage.

SID DIG STÆRK
dynamostol® **d**

www.dynamostol.dk
info@dynamostol.dk
46 75 09 70



Norge

Oslo

Stavanger

Bergen

100 kommuner

Sykehus

Er DU siste brikke i puslespillet?



Vacant har puslet ferdig
god lønn,
ledig arbeid,
gratis reise,
gratis bolig

Siste brikke mangler
SYKEPLEIERE

Vacant
MER ENN DU FORVENTER

+ 47 23055555 / www.vacant.no / cv@vacant.no / facebook.com/vacanthelse



Gør en forskel
VIA University College

Brug for at styrke din faglighed?

Løft dit kompetenceniveau inden for fx

- Ældre borgere og demens
 - Inkontinens
 - Kommunikation og formidling
 - Sårpleje
 - Borger- og patientinvolvering
- temadag den 26. november

Se vores tilbud til dig på
via.dk/videreuddannelse-sundhed

Min eller jeres rytme?

Et observationsstudie af kommunikationen i et pacemakerambulatorium

Det tekniske og medicinske er i fokus, når patienter med en implanteret pacemaker er til ambulans kontrol. Medinddragelse i behandlingen og samtale om hverdagslivet med en pacemaker er ikke registreret i nævneværdig grad, viser en observationsundersøgelse af 12 kontroller.

Lotte Lindskow, sygeplejerske, Afdeling for Hjertesygdomme, Sengeafsnit 2, AUH Skejby; lotte@lindskow.dk
Jette Rolf Svanholm, cand.scient.soc., ph.d., forskningssygeplejerske, Afdeling for Hjertesygdomme, AUH Skejby,
Anita Haahr, sygeplejerske, cand.cur., ph.d., adjunkt, VIA UC Sygeplejerskeuddannelsen Aarhus
Peter Errboe Jensen, cand.scient., ph.d., lektor, VIA UC Sygeplejerskeuddannelsen Aarhus

Hjertepatienter, som har fået implanteret en device (betegnelse for en implanteret pacemaker), se boks 1, kan føle sig begrænset mht. at leve et normalt liv. Det viser sig, at stød er en af de største bekymringer blandt patienter, som bærer en device med defibrillatorfunktion. Patienterne skal bl.a. være opmærksomme på tyverialarmer i butikker, på kraftige magnetfelter i lufthavne, restriktioner ift. bilkørsel og fysisk udfoldelse (1).

I Danmark har ca. 8.500 mennesker fået implanteret en device. I 2012 var 41 pct. implanteret i patienter ≥ 75 år, hvilket er en mærkbar stigning siden 2008 (3). Hyppighed og udbredelse af supraventrikulære takyarytmier, især atrieflimren (afl) øges med alderen (4). Det bevirker en øget risiko for utilsigtede stød udløst af ikke-livstruende arytmier grundet fejltolkning fra enheden.

Efter implantation bliver patienterne løbende indkaldt til rutinemæssig kontrol. Af den lægelige instruks (5) for disse kontroller fremgår det, at fokus er funktionaliteten og indstilling af devicen samt medicinering af patienten. I sygeplejeinstrukserne (6) står, at det er relevant at afdække, hvordan patienterne lever med deres device ud fra spørgsmål som: "Begrænser devicen deres hverdag?" og "Hvordan er patientens livskvalitet?"

Sygeplejerskerne spiller således en central rolle i dialogen med patienter og eventuelle pårørende om livet med en device. I sygeplejeinstrukserne beskrives det, at behandlingen med

device er et tilbud til patienten, men at opfordringen fra afdelingen oftest er meget kraftig, fordi alternativet er risikoen for pludselig og uventet død. På baggrund af ovenstående instrukser synes det forventeligt, at der forekommer dialog med patienterne om livet med device, og at de medinddrages i beslutningsprocesser om denne.

” Patienterne skal bl.a. være opmærksomme på tyverialarmer i butikker, på kraftige magnetfelter i lufthavne, restriktioner ift. bilkørsel og fysisk udfoldelse.

En litteratursøgning førte ikke til undersøgelser, som direkte afdækkede, hvad kommunikationen mellem ældre patienter med device og sundhedspersonale ved rutinekontroller var karakteriseret af i form og indhold. Med form menes, hvordan der tales f.eks. fagsprog og dialog. Indhold dækker over, hvad der tales om, f.eks. funktionaliteten af devicen.

Derfor blev formålet med denne undersøgelse at belyse:

- Hvad der karakteriserer kommunikationen mellem patienter med device og sundhedsprofessionelle
- Feltet medinddragelse.

Metode og design

Kommunikationen mellem sundhedspersonale, patient samt eventuelle pårørende blev undersøgt ved kvalitative ikke-deltagende observationer (7). Centralt var samtalerne form og indhold, men ud over verbal blev også nonverbal kommunikation samt fysiske rammer iagttaget.

Deltagere

Rekrutteringen skete ud fra følgende inklusionskriterier: Patienter ≥ 75 år med device (ICD eller CRT-D) med planlagt kontrol i pacemaker-ambulatoriet. Patienterne skulle kunne tale, forstå og læse dansk. Der var ingen restriktioner med hensyn til deltagelse af pårørende, men da pårørende kunne have indflydelse på feltet, blev det vurderet, at der skulle være observationer både med og uden pårørende. Sundhedspersonalet

Boks 1. Definition på device

Patienter med forstyrrelser i hjerterytmen kan afhængigt af diagnosen tilbydes behandling, som indebærer implantering af enheder, der kan understøtte og gribe ind i hjerterytmen for at opretholde den mest hensigtsmæssige rytme. Til patienter, som har haft hjertestop, livstruende rytmeforstyrrelse fra hjertekamrene, eller patienter, som er i særlig risiko herfor, kan tilbydes implantation af en Implantable Cardioverter Defibrillator (ICD) eller en Cardiac Resynchronization Therapy Defibrillator (CRT-D). Sidstnævnte understøtter desuden hjertets pumpefunktion. Disse vil blive omtalt som device og er begge pacemaker-lignende typer, der har indbygget stødfunktion sammenlignelig med en hjertestarter (AED) (2), hvorfor behandlingen er potentielt livsforlængende.

måtte maksimalt deltage tre gange, og samme konstellation af sygeplejerske og læge måtte optræde højst to gange.

Resultatet blev, at patienterne havde en gennemsnitsalder på 80 år, hvor 10 var mænd og to var kvinder. Heraf havde fem en ICD og syv en CRT-D, og i halvdelen af observationerne var der pårørende til stede. Gennemsnitlig implantationstid var fire år med en variation mellem et og 10 år. De sundhedsprofessionelles gennemsnitsalder var 46 år, med en variation mellem 33 og 62 år, syv mænd og fem kvinder deltog. Lægernes stillingsbetegnelser varierede, bl.a. forekom betegnelserne afdelingslæge, reservelæge, overlæge og læge. Lægerne havde været uddannet i mere end otte år, sygeplejerskerne i mere end 14 år.

Kontrollerne varede i gennemsnit 17 minutter, hvoraf den korteste og den længste varede hhv. 10 og 31 minutter.

Etik

Ved fremmøde blev patienterne oplyst om projektet. Information blev givet mundtligt og skriftligt, og patienterne underskrev en samtykkeerklæring. Afdelingsledelsen og den specialeansvarlige overlæge havde godkendt undersøgelsen, og personalet var informeret om tilstedeværelsen af en observatør under kontrollen. Videnskabsetisk komité og datatilsynets godkendelse var ikke påkrævet.

Feltnoter og analyse

Observationerne blev udført af samme person, og korte feltnotater blev skrevet ned under observationerne. Umiddelbart efter blev en sammenhængende og detaljeret tekst formuleret. Med denne tilgang og kontrollernes relativt korte varighed var det muligt at fastholde citater og nonverbale aspekter fra den observerede kommunikation. Måtningspunkt blev vurderet at være nået efter 12 observationer. Der er i analysen anvendt Kristi Malteruds

” I sygeplejeinstruksen beskrives det, at behandlingen med device er et tilbud til patienten, men at opfordringen fra afdelingen oftest er meget kraftig, fordi alternativet er risikoen for pludselig og uventet død.

udlægning af Amedeo Giorgis fænomenologiske analyse for ”systematisk tekstkondensering” (8).

Fund

For at illustrere, hvordan en kontrol i pacemakerambulatoriet udvikles, er der udarbejdet en eksemplarisk case, som afspejler de typiske aspekter fra observationerne, se boks 2.

Analyse- og kondenseringsprocessen (8) genererede følgende tre temaer:

- Mødet og hvem er vi?
- Fagsprog og funktionaliteten af device dominerer
- Systemets rytme i fokus

Mødet og hvem er vi?

Ved det første møde mellem sundhedspersonale og patienterne er det observeret, hvordan der hilses og tages afsked, samt hvordan sundhedspersonalet præsenterer sig selv. Ligeledes afspejler temaet, hvordan patienterne identificeres ved CPR-nummer.

”Jeg vil gerne lige starte med at høre, hvornår du er født?” og
”Må jeg bede om et CPR-nr.?”

Opmærksomheden er rettet mod vigtigheden af, at det skal være den rigtige patient som en del af kvalitetssikringen og er højt prioriteret i alle seancerne. Personalet præsenterer sig på forskellig vis, f.eks. ved navn: Sygeplejersken ser på patienten, nikker, giver hånd, byder velkommen til og præsenterer sig ved fornavn, præsentationen foregår desuden ved en kombination af navn og profession eller professionen alene f.eks.

”Hej, jeg er læge.”

Samlet set hilser sundhedspersonalet og patienterne typisk på hinanden ved håndtryk, ved afsked sker dette ikke altid. Identificering af patienterne, hvilket er nødvendigt for kvalitetssikring, sker som et element i den standardiserede proces.

Fagsprog og funktionaliteten af devicen dominerer

Temaet belyser, hvad der karakteriserer den verbale (f.eks. fagsprog og hverdagsprog) og den nonverbale kommunikation (f.eks. berøring og mimik), samt hvilke emner (f.eks. funktion af device, den

- medicinske behandling, patientens fysiske tilstand og patientens liv med device), der fokuseres på i samtalen mellem sundhedspersonalet og patienterne. Personalets kommunikation er karakteriseret ved fagsprog i form af latinske betegnelser og hjertemedicinske fagudtryk. F.eks. siger sygeplejersken:

Boks 2. Eksemplarisk case – en ambulans kontrol

Patienten kommer ind ad døren. Sygeplejersken (SPL) præsenterer sig ved fornavn, siger "velkommen til" og giver hånd til patienten, som nikker tilbage. Lægen, der sidder ved computeren inden for døren, rejser sig, giver hånd og præsenterer sig med sit fulde navn. Lægen sætter sig ned ved computeren, mens SPL peger på stolen for enden af briksen, hvor hun opfordrer patienten til at lægge overtøjet. Patienten lægger jakken fra sig på stolen. Patienten ser ud i rummet, SPL ser på computerskærmen, mens hun siger til patienten:

"Jeg vil gerne lige starte med at høre, hvornår du er født?" Patienten ser på SPL og oplyser CPR-nr.

SPL svarer: "Ja, det lyder, som om det er den rigtige patient, vi har fat i." SPL smiler og ser op på patienten.

SPL peger mod briksen med hånden og viser patienten til rette. SPL går om på den anden side af briksen og finder diverse apparaturer frem til aflæsning af patientens enhed. SPL lægger aflæsningsenheden over patientens bryst, mens hun siger: "Så må vi se, hvad din pacemaker kan fortælle os." Patienten ser på SPL og svarer: "Ja, det er jo spændende."

SPL ser ind i det tekniske system og spørger: "Har du ellers mærket noget til din pacemaker siden sidst?" Patienten afkræfter dette med en rysten på hovedet. SPL og lægen tester patientens pacemaker og taler fagsprog. SPL forklarer patienten, at han muligvis kan mærke, at pulsen bliver hhv. hurtigere og langsommere, hvilket patienten angiver ikke at kunne mærke.

SPL henvender sig til patienten: "Nu skal jeg fortælle dig det, du sikkert er spændt på at høre. Den fungerer, som den skal, der er stabile værdier og kun nogle enkelte, men ganske ufarlige episoder, hvor dit hjerte løber lidt løbsk, så alt i alt er vi godt tilfredse, og den virker, som den skal."

Patienten ser på SPL, smiler og svarer: "Jamen, det var da dejligt, hvor meget strøm er der tilbage?" SPL svarer: "Jamen, der skulle gerne være til et halvt år endnu, men vi holder øje med den, og ellers har du jo en alarm, der giver lyd, hvis tiden nærmer sig, så du kan få den skiftet i tide." Patienten ser på SPL med løftede øjenbryn og åben mund og svarer: "En alarm?" SPL forklarer nærmere om alarmfunktionen og demonstrer lyden for patienten.

Lægen vender fronten mod patienten og spørger, mens han ser og peger på patientens ben: "Døjer du med væske i benene?" hvorefter han ser patienten i øjnene. Patienten svarer: "Det ved jeg sâmænd ikke rigtigt, det har jeg ikke lagt mærke til." Lægen ruller kontorstolen nærmere briksen og siger: "Jamen, skal vi ikke lige tjekke det?" Patienten trækker buksebenene op, og lægen palperer huden. Lægen ruller lidt væk fra briksen, ser på patienten og oplyser: "Du har lidt væske i benene, hvordan med vanddrivende medicin, er det noget, du får?" Patienten bekræfter dette.

Lægen ruller tilbage til computeren, ser på den medbragte medicinliste fra patienten og spørger: "Hvordan med pusten, bliver du let forpustet?" Patienten afkræfter dette. Lægen drejer hovedet til siden og ser på patienten, mens han informerer om, at såfremt der kommer mere væske i benene, eller hvis patienten oplever at blive tiltagende forpustet, så bør han opsøge egen læge med henblik på at få reguleret sin vanddrivende behandling.

SPL spørger lægen, mens hun ser ind i det tekniske system: "NYHA?" Lægen oplyser sygeplejersken, der står på den anden side af briksen, hvilken NYHA-klassificering patienten befinder sig i.

SPL spørger, mens hun står med siden til patienten: "Har du hjemmemonitorering til din ICD?" Patienten ser på SPL, mens han rynker på næsen og kniber øjnene let sammen. SPL vender fronten mod patienten og omformulerer spørgsmålet: "Har du fået sådan en boks fra sygehuset til din pacemaker, som du har stående derhjemme?" mens hun markerer en firkantet enhed med hænderne. Patienten nikker og svarer: "Ja, det har jeg da, den står i soveværelset." SPL smiler og nikker tilbage.

"Jamen, så er vi sådan set ved at være færdige," siger SPL, mens hun fjerner aflæsningsudstyret. Patienten sætter sig op på briksen og ser på hhv. SPL og lægen.

SPL spørger, mens hun rydder det brugte udstyr væk: "Har du ellers nogen spørgsmål?" Patienten tøver lidt og svarer: "Næh, ikke rigtig."

SPL peger mod patientens overtøj, og patienten rejser sig og klæder sig på. Patienten, der står nær SPL, giver hånd og takker for i dag. Lægen, der sidder ved computeren, drejer stolen mod patienten, nikker til patienten og ønsker god dag.

"Du har jo fået din pacemaker, fordi du er iskæmisk hjertesyg, der står her, at du har kardiomyopati, og vi kan se i systemet, at du har haft arythmi ..."

Ved personalets brug af fagsprog forekommer der i flere eksempler højlydte, dybe åndedrag fra både patient og pårørende, f.eks. *"Undskyld, det fangede jeg ikke lige?"*

Dette sker ofte ved anvendelse af de reelle betegnelser for device typerne som f.eks. ICD frem for pacemaker. Endvidere skal begrebet hjemmemonitorering (udstyr, der har til formål at sende deviceoplysninger fjernmonitored direkte fra patienternes hjem i tilfælde af f.eks. lav batteristatus, stød, fejl m.m.) forklares ved at omtale det som "en firkantet boks" og visualisere dens størrelse og form med hænderne, før patienterne genkender, hvad der tales om.

En scene, der udspiller sig flere gange ift. kombination af verbalt og nonverbalt sprog, viser, at sygeplejersken lægger en hånd på patient eller pårørendes skulder eller holder dem i hånden. F.eks.: Sygeplejersken tager patientens hånd, holder om den og siger:

"Du må meget gerne stille spørgsmål, og du skal sige til, hvis der har været noget, det er jo vores opgave at sikre, at du får den bedste mulige behandling." Her ser patienten op på sygeplejersken, nikker med et lille smil på læben, hvilket sygeplejersken gengælder og giver patienten et lille tryk i hånden, inden hun slipper.

Sundhedspersonalet anvender både verbal og nonverbal kommunikation, så de understøtter hinanden. Indholdsmæssigt er samtalen fokuseret på aspekter direkte relateret til device-funktioner. Den initierende og aktive part i dialogen er typisk sundhedspersonalet, og kommunikationen er primært karakteriseret ved anvendelse af fagsprog og medicinske begreber. Anvendelse af hverdagspræget sprog ift. dagligdags aspekter udgør en lille del, hvor patienterne her fremstår som aktive og udtrykker sig gennem sætninger frem for få ord.

Systemets rytme i fokus

Temaet fokuserede på, hvorvidt der er en dagsorden for kontrollen, eller om der er tid til input og spontane elementer.

Centrale emner er batteristatus, episoder med uhensigtsmæssig hjerterytmie samt forekomst af stød. Disse emner blev italesat af patienter, pårørende og personale. Patienter spurgte f.eks.:

"Har jeg fået stød?" og "Hvor meget batteri er der tilbage?"

og i andre eksempler er det sygeplejersken, der oplyser patienten: *"Du har fået et stød."*

Kontrollerne fremstår rutineprægede med en fast dagsorden, og aspekter relateret til patienternes oplevelse af at leve med devicen udgør en mindre del af kontrollen. Systemets rytme eller dagsorden er dermed styrende for kontrollen, men der er ingen antydning af, at patienterne eller de pårørende er utilfredse med dette.

» Sundhedspersonalet anvender både verbal og nonverbal kommunikation, så de understøtter hinanden. Indholdsmæssigt er samtalen fokuseret på aspekter direkte relateret til device-funktioner.

Diskussion

I en dansk undersøgelse af sundhedsprofessionelles holdninger til implantation af ICD, og hvilke emner der drøftes med patienterne, viste det sig, at læger havde tendens til at fokusere på kliniske snarere end psykosociale problemer sammenlignet med ikke-læger (9), hvilket også gør sig gældende i denne undersøgelse. Kommunikationen i kontrollerne, herunder måden personalet talte på, foregik hovedsageligt i fagtermer med fokus på kliniske problemstillinger, hvor det indholdsmæssige fokus primært var relateret til devicens funktioner, f.eks. batteristatus, forekomst af stød samt episoder med uhensigtsmæssig hjerterytmie.

De fysiske rammer herunder personalets placering i rummet, som var bestemt af det tekniske udstyr, briksens placering mv., har betydning for den nonverbale kommunikation. De fysiske rammer er relevante i og med, at det tidligere er undersøgt, hvilken form for kommunikation der har størst betydning i en dialog. Det viste sig, at kropssprog har 70 pct. betydning, dernæst stemmeføringen, altså hvordan det siges, hvilket udgør 20 pct., og til slut hvad der siges, ►

- ▶ dvs. indholdet, som kun udgør 10 pct. (10). Desuden ses, at diverse afbrydelser, hvor personalet bliver tilkaldt til andre opgaver, nødkald, telefonopringninger mv. under kontrollernes afvikling kunne betyde, at patienterne ikke fik talt færdig. Det synes at udgøre en risiko for, at enkle, måske banale spørgsmål kan gå tabt, da man taber tråden. Set i lyset af det hurtige tempo og patientflow i et ambulatorium, hvor mange patienter skal igennem systemet på kort tid, vil det være naturligt at antage, at personalet stræber efter at afdække de vigtigste områder. Men hvilke områder er de vigtigste?

Fast dagsorden dominerer

Den planlagte dagsorden for kontrolbesøget er dominerende i forhold til det, der tales om. Dette kan være funderet i den organisatoriske struktur, afdelingen og det danske sundhedsvæsen som helhed er underlagt, hvilket kan være med til at skabe en rutinepræget rytme på en afdeling.

Anvendelse af Jürgen Habermas' begreber livsverden og systemverden kan i den forbindelse give mening. De to verdener udgør samfundet (11). Undersøgelsen viser, hvordan patienternes livsverden undertrykkes af systemverdenen, hvilket kan være problematisk. Resultatet er manglende medinddragelse af patienten, men også at personalet kan finde det utilfredsstillende ikke at kunne udøve den ønskede pleje og indfri samfundsmæssige krav f.eks. grundet ressourcer, travlhed eller stort patientflow.

Undersøgelsen indikerer, at patienterne i mindre grad bliver medinddraget i eget behandlingsforløb. Dialog med patienterne om deres liv med device, herunder livskvalitet og dagligdag, kunne være relevante samtalemønstre som grundlag for en faglig vurdering og medinddragelse af patienter i beslutningen om eget behandlingsforløb i forhold til f.eks. fornyelse af batteri eller ophør af behandling. Dette er særlig aktuelt hos de ældste patienter, som ofte lider af flere sygdomme og gennemgår komplekse sygdomsforløb.

Det kan diskuteres, om der set fra patienternes synspunkt er et reelt behov for samtale om hverdagen og livet med en device. Dog konkluderer en engelsk undersøgelse af ældre patienter med ICD, som har fokus på muligheden for deaktivering af devicen, at hovedparten ikke var informeret om denne mulighed, og at patienterne både på et tidligt stadie og løbende ønskede at blive inddraget i beslutningen herom (12). (At deaktivere devicen betyder at slukke for

stødfunktionen, så devicen ikke længere kan afgive stød, hvilket kan være særdeles hensigtsmæssigt, hvis patienten er meget skrøbelig eller uafvendeligt døende).

I et review med fokus på effektiv kommunikation i beslutningstagning om ICD-behandling konkluderes det ligeledes, at der sjældent tales om muligheden for deaktivering til trods for et ønske herom (13).

I Danmark fokuserer både sundhedslovens kapitel 5 "Patienters medinddragelse i beslutninger" på patienternes ret til løbende information (14), og de Sygeplejeetiske Retningslinjer retter opmærksomheden mod, at information skal gives videre tilpasset den enkeltes ønsker, behov, livssituation samt i det omfang, det er nødvendigt for at træffe valg (15). Medinddragelse bør i teorien være et helt centralt og højt prioriteret indsatsområde for sundhedsprofessionelle, dog synes det vanskeligt at udføre i praksis.

I en undersøgelse af de etiske og lovmæssige forhold omkring ICD-implantationer rettes opmærksomheden mod, at sundhedspersonale bør bestræbe sig på bedre formidling af information og mere kontinuerlig vurdering af patienterne. Sundhedsprofessionelle oplyser selv, at deaktivering som mulighed burde være mere omtalt i samarbejdet med patienterne, men det viser sig, at det sjældent sker i praksis (16). Der ses desuden en generel tendens til, at ældre patienter ikke selv er aktive ift. at blive medinddraget i beslutninger om eget behandlingsforløb (17), hvilket medfører en risiko for, at den ældre generation i dag overlader beslutningerne til autoriteterne.

Konklusion

Sundhedsloven synes vanskelig at overholde i nutidens praksis. Minimering af afbrydelser og optimering af de fysiske rammer vil kunne medvirke til mere hensigtsmæssige muligheder for at understøtte kommunikationen, da begge områder har betydning for udøvelse af sygeplejen. Den såkaldte systemverden synes at medføre risiko for, at patienterne bliver reduceret til et nummer i rækken.

Der er for nuværende kun begrænset kendskab til den måde, hvorpå patienter, pårørende og sundhedspersonale foretrækker at drøfte konsekvenserne ved at have implanteret en ICD, når patienten nærmer sig livets afslutning.

Spørgsmålet er, i hvilket regi, herunder hvor, hvornår, hvordan og med hvem skal denne dialog foregå for at indfri de mange krav, der stilles til de involverede parter.

Litteratur

1. Sundhed.dk. 2014; [sited Sep 15] last update Apr 14; available from: Sundhed.dk → Sygdom og medicin → Sygdomme A-Å → Hjerter og blodkar → Hjerterytmier → Hjertestarter, implanterbar.
2. Therkelsen SK. Defibrillator (ICD-enhed). Hjerteforeningen. 2012; [sited Mar 13] last update July 2012; available from: Hjerteforeningen.dk → Søgord: ICD → Defibrillator (ICD-enhed).
3. Danish ICD and Pacemaker register [sited May 13] copyright 2010 Danish ICD and Pacemaker register (login required); available from: icddata.dk → Login påkrævet.
4. Sundhed.dk. 2012; [sited Sep 15] last update Sep 14; available from: Sundhed.dk → Sygdom og medicin → Sygdomme A-Å → Hjerter og blodkar → Hjerterytmier → Atrieflimren og -flagren.
5. E-dok Region Midtjylland. Hjertemedicinsk afdeling B – Aarhus Universitetshospital – Skejby. [sited Sep 2015] last update Aug 2012; available from: E-dok.rm → Hospital: Aarhus Universitetshospital → Afdeling: Hjertesygdomme → Søgord: Pacemaker/ICD kontrol.
6. E-dok Region Midtjylland. Hjertemedicinsk afdeling B – Aarhus Universitetshospital – Skejby. [sited Sep 2015] last update Jun 2011; available from: E-dok.rm → Hospital: Aarhus Universitetshospital → Afdeling: Hjertesygdomme → Søgord: ICD mappen, sygepleje.
7. Thomsen TT, Whyte SR. Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab. Feltarbejde og deltagerobservation. København: Munksgaard Danmark; 2007; 87-115.
8. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring. Hva er kvalitative metoder? Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
9. Hohansen JV, Mortensen PT, Videbaek R et al. Attitudes towards implantable cardioverter-defibrillator therapy: a national survey in Danish health-care professionals. *Europace* 2011 May; 12(5):663-7.
10. Kristoffersen I. Den omtentksomme sykepleier. *Det gode stellet*. Oslo: Tano; 1993:33-43.
11. Habermas, J. *Teorien om den kommunikative handlen*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag 2005.
12. Raphael CE, Koa-Wing M, Stain N et al. Implantable Cardioverter-Defibrillator Recipient Attitudes towards Device Deactivation: How Much do Patients Want to Know? *Pacing and Clinical Electrophysiology* 2011; 34(12):1628-33.
13. Jaarsma T, Strachan P, Davidson PM et al. Effective communication and ethical consent in decisions related to ICDs. *Nature Reviews Cardiology* 2011; 8(12):694-705.
14. Retsinformation. Sundhedsloven [sited sep 15] last update Nov 2014; available from: Retsinformation.dk → søgeord: Sundhedsloven → LBK nr 1202 af 14/11/2014 → kapitel 5.
15. De Sygeplejeetiske Retningslinjer [sited sep 15] last update June 2014; available from: Dsr.dk → fag & forskning → etik → De Sygeplejeetiske Retningslinjer.
16. Wright GA, Klein GJ, Gula LJ. Ethical and legal perspective of implantable cardioverter defibrillator deactivation of implantable cardioverter defibrillator generator replacement in the elderly. *Curr opin Cardiol* 2013 Jan; 28:43-9.
17. Foss C. Elders and patient participation revisited – a discourse analytic approach to older persons' reflections on patient participation. *J Clin Nurs* 2011 Jul; 20:2014-22.

English abstract

Lindskow L, Svanholm JR, Haahr A, Jensen PE. My rhythm or yours? An observational study of communication at an outpatient pacemaker clinic. *Sygeplejersken* 2015;(12):64-9.

Studies indicate deficient involvement of elderly patients with devices (the term for an implanted pacemaker) in terms of patient co-determination of their own care pathway. Communication appears to be key, but has not been fully investigated.

Purpose: to elucidate the characteristic traits of communication between elderly patients with a device and health professionals during outpatient evaluations. The focus is patient co-determination in decision-making concerning patient care.

Method: A qualitative observational study of communication practices. Data were analysed by means of systematic text condensation.

Findings and conclusion: Health professionals control the dialogue primarily by using clinical terminology, the content of which is focused on device functionality. Communication in the evaluations results in decisions concerning the patient pathway and the patients' life with the device being addressed to a limited extent only.

Implications for nursing: Fast-track patient pathways, shorter stays in hospital and more outpatient evaluations place great communicative demands on health personnel. The acquisition of communicative skills is important in maintaining high standards of nursing.

Keywords: Communication, elderly, co-determination, ICD, Implantable Cardioverter-Defibrillator.

Patientinvolvering

Et begreb med praktisk potentiale

Det aktuelle fokus på patientinvolvering er bestemt af, at patienter stiller krav til kvaliteten af deres behandling og forventer at have indflydelse på behandlingsforløbet. Desuden lever befolkningen længere, eventuelt med en eller flere sygdomme og skader samt følgevirkninger herefter. Den udvikling nødvendiggør nytænkning. Artiklen beskriver, hvad patientinvolvering er, og hvordan det kan praktiseres.

Artiklen er den første i en serie på tre artikler om patientinvolvering.

Kirsten Lomborg, sygeplejerske, ph.d., professor; kl@clin.au.dk

Vibeke Bregnballe, sygeplejerske, ph.d.

Lotte Ø. Rodkjær, sygeplejerske, ph.d., lektor

Charlotte Handberg, sygeplejerske, ph.d.-studerende

Anne Sophie Ågård, sygeplejerske, ph.d.

Alle er med i "Forskningsprogrammet Patientinvolvering", Aarhus Universitetshospital

Patientinvolvering er på tale alle vegne, både blandt politikere, ledere, embedsfolk og sundhedspersoner på hospitalerne, i sundhedscentrene og i kommunerne. Interessen for patientinvolvering ses tydeligt i Danske Regioners Plan for Borgernes Sundhedsvæsen (1) og i det nye nationale kvalitetsprogram (2). I de offentlige medier vrimler det med patienthistorier om alt fra patienter, som selv har taget kontrollen over deres behandling, til patienter og pårørende, som føler sig overladt til sig selv og svigtet af det offentlige sundhedsvæsen. Men hvad er det egentlig, der tales om og hvorfor? Artiklen beskriver, hvordan patientinvolvering bliver defineret og anvendt internationalt og i

” Patientinvolvering drejer sig om at invitere patienterne med i et partnerskab, hvor de sammen med læger, sygeplejersker og andre sundhedspersoner selv er med til at identificere symptomer og beslutte, hvilke undersøgelser og hvilket behandlingsforløb der er relevant i netop deres situation.

Danmark. Vi argumenterer for, at der er potentiale i systematisk at involvere patienter og pårørende, og at der i det danske sundhedsvæsen er behov for at udvikle, implementere og evaluere nye patientinvolverende arbejdsformer og arbejdsgange. Artiklen er den første af tre artikler, som ud over patientinvolvering har fokus på begreberne fælles beslutningstagen og patientrapporterede oplysninger.

Definition på patientinvolvering

Patientinvolvering er et overordnet begreb, som både i Danmark og internationalt anvendes synonymt med ord som patient-, bruger- eller borgerinddragelse. Begrebet nævnes ofte i forbindelse med beskrivelser af person-, patient- eller patient og familiecentering. Det er en praksis, der inviterer patienterne til at indgå i et partnerskab med de sundhedspersoner, de møder, når de har brug for sundhedsydelse (3).

På Aarhus Universitetshospital har vi blandt de mange nært beslægtede begreber valgt betegnelsen patientinvolvering (4). Første del af betegnelsen, patient, er valgt, fordi vi især har fokus på borgere, som kommer på hospitalet, fordi de er syge og har behov for sundhedspersonel hjælp til at blive behandlet. Behandling forstås i denne artikel som undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme (sundhedsloven § 5). Anden del af betegnelsen, involvering, er valgt, fordi vi gerne vil fremhæve patienternes aktive medvirken. Grammatisk og betydningsmæssigt er der nemlig forskel på verberne "at involvere" og "at inddrage". Det første kan bruges aktivt (patienten involverer sig), mens det sidste alene kan bruges passivt (patienten bliver inddraget).

Patientinvolvering drejer sig om at invitere patienterne med i et partnerskab, hvor de sammen med læger, sygeplejersker og andre sundhedspersoner selv er med til at identificere symptomer, og hvilke undersøgelser der er relevante i netop deres situation. I samarbejde med sundhedspersonerne beslutter patienterne dernæst, hvilken behandling de ønsker at modtage, og hvilken del heraf de selv ønsker at udføre efter fornøden instruktion og oplæring fra sundhedspersonerne. Patienterne kan evt. tilbydes en livline i form af et direkte telefonnummer til den kliniske afdeling, de er tilknyttet, hvor de hurtigt og let kan få hjælp ved behov. Nogle gange omfatter patientinvolvering også patientens pårørende, som inviteres med i partnerskabet. Det afhænger af den enkelte patients situation og aktuelle behov og ønsker. Det er f.eks. nødvendigt, at børn har deres forældre med i partnerskabet. Det giver også sig selv, at pårørende til bevidstløse eller alvorligt syge og svækkede patienter må have mulighed for at involvere sig. Omvendt er der mange andre typer af kontakter med sundhedsvæsenet, som den enkelte patient godt selv kan tage vare på og evt. selv involvere familie eller socialt netværk i, uden at dette behøver afstemmes med sygeplejersker eller andre sundhedspersoner.

Patientinvolvering er ikke reserveret til en bestemt faglighed, men der er ingen tvivl om, at begrebet er yderst relevant i sygeplejen. Inspireret af en generel beskrivelse af kendetegn ved patientinvolvering (5) findes en oversigt over de vigtigste kendetegn ved patientinvolverende sygepleje, se boks 1.

Man skelner mellem individuel patientinvolvering (også kaldet direkte involvering), som drejer sig om at involvere den enkelte patient og eventuelle pårørende i patientens behandlingsforløb, og kollektiv patientinvolvering (også kaldet organisatorisk involvering), som drejer sig om at involvere patienter og pårørende i projekter, råd eller udvalg for at sikre, at patient- og pårørendeperspektivet indgår i organiseringen, udviklingen og evalueringen af sundhedsvæsenet. Man kan også skelne mellem patientinvolvering i klinisk praksis og patientinvolvering i bredere sundhedsfremmende aktiviteter. Kombinerer man de to måder at skelne på, har man fire varianter af patientinvolvering (5), se tabel 1.

Der er brug for nytænkning

Patientinvolvering er kommet på dagsordenen på baggrund af en samfundsudvikling, hvor borgerne stiller krav til kvaliteten af deres behandling og forventer at have indflydelse på behandlingsforløbet. Patientinvolvering er også aktualiseret af, at befolkningen lever længere, evt. med en eller flere sygdomme og skader samt følgevirkninger herefter. Denne demografiske udvikling nødvendiggør nye økonomisk bæredygtige løsninger. Målet med patientinvolvering er således at fremme den patientoplevede og faglige kvalitet inden for en samfundsmæssigt bæredygtig ramme.

Overalt i det danske sundhedsvæsen er sygeplejersker og andre faggrupper i fuld gang med at tilpasse sig den nye dagsorden, hvor patienter og pårørende opfattes som aktive medskabere af velfærdssamfundet, hvor der er stadigt mere fokus på sundheds-

Boks 1. Kendetegn ved patientinvolverende sygepleje

- Skaber betingelser for dialog med patienterne
- Informerer og underviser patienterne
- Støtter patienternes sygdomsrelaterede egenomsorg
- Forholder sig til patienternes perspektiv
- Skaber fælles dagsorden med patienterne
- Inviterer patienterne med i fælles beslutningstagen
- Samarbejder med kolleger og andre om at skabe gode behandlingsforløb
- Medvirker til en patientinvolverende kultur

Tabel 1. Fire varianter af patientinvolvering

	I klinikken	Andre sundhedsfremmende aktiviteter
Individuel involvering	A	B
Kollektiv involvering	C	D

- Den enkelte patient er involveret i beslutning om og varetagelse af sit eget behandlingsforløb.
- Den enkelte patient deltager i kurser og lignende aktiviteter, der fremmer sundhed og egenomsorg.
- Patienter deltager i tilrettelæggelse af sundhedsydelse.
- Patientorganisationer arbejder for sundhedspolitiske ændringer.

fremme og forebyggelse, og hvor sundhedsydelser leveres tættest muligt på borgerne, eventuelt med telemedicinske hjælpemidler. Det fordrer, at sundhedspersoner med forskellige fagligheder organiseres i team, som har netop de kompetencer, der skal til for at løse opgaverne sammen med den enkelte patient eller borger. Både i udlandet og i Danmark er der flere steder iværksat forsøg med nye sundhedsøkonomiske styringsmekanismer, der belønner ydelser, som skaber reel værdi for patienterne, fremfor blot at belønne antallet af ydelser, der leveres til patienterne. Målet med alle disse elementer tilsammen er at skabe et nyt og bedre sundhedsvæsen (6).

Tredobbelt mål kræver et vågent øje

For at omstillingen af sundhedsvæsenet skal lykkes, er det afgørende at anerkende, at de allermest betydningsfulde forandringer skal bæres igennem af de sundhedspersoner, som møder patienterne. Uanset hvor fornuftige sundhedspolitikkerne ser ud som generelle betragtninger, kan de godt være både praktisk og etisk udfordrende at efterleve, og veluddannede sundhedspersoner kan have mange gode grunde til at være tilbageholdende over for abstrakte politiske sundhedsplaner og

- målsætninger. Derfor bør man åbent diskutere de grundlæggende værdier og eventuelt forskellige intentioner med patientinvolvering.

Man taler om ”triple aim” (tredobbelt mål) som en bestræbelse på, at patientrelaterede, faglige og økonomiske målsætninger kan indfries gennem en og samme indsats (7). Mange tror på, at det kan lade sig gøre, men der er faktisk ikke evidens for det. Der er dog heller ikke evidens for det modsatte, og bestræbelsen synes

” Sygeplejersker og andre sundhedspersoner tror typisk, at de kan aflæse den patient, de sidder over for. Derfor synes det måske ikke umiddelbart nødvendigt at spørge særlig grundigt ind til, hvad patienten forestiller sig, har læst, tænker, føler og mener om sin egen situation.

samfundsmæssigt attraktiv og værd at forfølge. Samtidig er der god grund til at holde kritisk øje med, i hvilken grad patienterne rent faktisk opnår den behandlingsrelaterede sundhed og livskvalitet, de efterspørger. Man bør derfor overvåge, om befolkningen reelt får mere lighed i sundhed, eller om vi tværtimod skaber større skel mellem befolkningsgrupper med hver deres lokale sundhedstilbud, livsvilkår og forudsætninger for at indgå aktivt i partnerskab omkring deres sygdom og behandling.

Sygeplejerskers arbejde med patientinvolvering

Kort fortalt drejer det sig om at få både den enkelte patients perspektiv og det sygeplejefaglige perspektiv fremlagt, så begge perspektiver kan indgå i en fælles afvejning af fordele og ulemper ved de sundhedstilbud, der kan være aktuelle for den enkelte patient. Sygeplejersker og andre sundhedspersoner tror typisk, at de kan aflæse den patient, de sidder over for. Derfor synes det måske ikke umiddelbart nødvendigt at spørge særlig grundigt ind til, hvad patienten forestiller sig, har læst, tænker, føler og mener om sin egen situation. Men en undersøgelse viser, at vi let kan tage fejl (8). Derfor er der brug for en systematisk måde

at involvere patienterne på. De centrale virkningsmekanismer i den individuelle patientinvolvering er samtale, fælles beslutningstagen og brugen af patientrapporterede oplysninger i overvågningen af, hvordan den enkelte patients behandling virker, både i forhold til symptomer, funktionsniveau og helbredsrelateret livskvalitet. Hvis patienten f.eks. allerede før mødet med sygeplejersken (hjemme eller i venteværelset) har besvaret spørgsmål om sin helbredssituation, så er der med disse patientrapporterede oplysninger skabt et værdifuldt grundlag for samtale og fælles beslutning om eventuel justering af patientens behandling.

Det er desuden oplagt, at sygeplejersker medvirker til at involvere patienter i tilrettelæggelse og kvalitetsudvikling af klinikken. Her kan patientrapporterede oplysninger være nyttige. Desuden kan sygeplejersker (gerne i tværfaglige team) involvere patienter og pårørende gennem dialogmøder eller patientpaneler, hvor patienternes og de pårørendes erfaringer, synspunkter og forslag til kvalitetsforbedring er i fokus.

Patientinvolvering sker på alle landets hospitaler og i primær sektor, men det fulde potentiale er langt fra realiseret endnu. Det bliver interessant at følge udviklingen og se, hvordan fremtidens sygepleje tegner sig i lyset af den bevægelse, vi sygeplejersker i disse år tager del i.

Litteratur

1. Plan for Borgernes Sundhedsvæsen – vores sundhedsvæsen. Danske Regioner, april 2015.
2. Nationalt kvalitetsprogram for sundhedsområdet 2015-2018. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, april 2015.
3. Lomborg K. Tiltrædelsesforelæsning: Hvad er patientinvolvering, og hvordan virker det? Klinisk Sygepleje 2013;27:(4).
4. Forskningsprogrammet Patientinvolvering. Aarhus Universitetshospital. www.patientinvolvering.auh.dk
5. Cribb A. Involvement, shared decision-making and medicines. Royal Pharmaceutical Society discussion paper. Centre for Public Policy Research, King's College London; 2011. Hentet d. 30.4.2015 på <http://www.kcl.ac.uk/sspp/departments/education/news/Involvementandmedicines.pdf>
6. Bisognano M, Schummers D. Flipping healthcare: an essay by Maureen Bisognano and Dan Schummers. *BMJ* 2014;349:g5852.

7. Stiefel M, Nolan K. A Guide to Measuring the Triple Aim: Population Health, Experience of Care, and Per Capita Cost. IHI Innovation Series white paper. Cambridge Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2012. Hentet d. 30.4.2015 på <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/AGuidetoMeasuringTripleAim.aspx>
8. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared Decision Making – The Pinnacle of Patient-Centered Care. N Engl J Med 2012;366(9):780-1.

English abstract

Lomborg K, Bregnballe V, Rodkjær LØ, Handberg C, Ågård AS. Patient involvement – a concept with practice potential. Sygeplejersken 2015;(12):70-3.

The article describes the concept of patient involvement in relation to health policy and clinical practice. We argue the case for the positive potential of systematically involving patients and relatives. To unlock this potential, there is a need for the Danish health service to develop, implement and evaluate new procedures and approaches conducive to patient involvement. The article draws a distinction between individual and collective patient involvement. Individual patient involvement entails conversations between a patient and health professional, co-determination, and the use of patient-reported data. In collective patient involvement, experiences are gathered systematically from former and current patients and relatives to provide a valuable contribution to the development of the future health service. While patient involvement is not the preserve of a specific discipline, in this article we focus on patient-involved nursing and on the nurse's contribution to developing a better health service for the benefit of future patients.

Keywords: patient involvement, patient-centred practice, health policy, nursing



sorbact®
green wound healing

DEN NATURLIGE METODE TIL BEHANDLING AF SÅR OG SVAMP

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

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

Kontakt os for yderligere information eller vejledning.



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

Fælles beslutningstagen

En metode til patientinvolvering

Dette er den anden artikel i en serie på tre om patientinvolvering. Her er der fokus på fælles beslutningstagen, hvad det er, hvad det kræver af patienterne, de sundhedsprofessionelle og sundhedssystemet, og hvor der er hjælp at hente.

Vibeke Bregnballe, sygeplejerske, ph.d.; vibebreg@rm.dk

Lotte Ø. Rodkjær, sygeplejerske, ph.d., lektor

Anne Sophie Ågård, sygeplejerske, ph.d.

Charlotte Handberg, sygeplejerske, ph.d.-studerende

Kirsten Lomborg, sygeplejerske, ph.d., professor

Alle er med i "Forskningsprogrammet Patientinvolvering", Aarhus Universitetshospital

Fælles beslutningstagen (FB), på engelsk shared decision-making, er en metode, hvor behandler og patient systematisk deler viden om behandlingspræferencer for i fællesskab at træffe beslutning om behandling. Behandling forstås i denne artikel som undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme (sundhedsloven §5).

Formålet er, at patientens præferencer og værdier bringes ind i beslutningsprocessen samtidig med den sundhedsfaglige viden. FB er især velegnet, når der skal vælges mellem forskellige muligheder, hvor den ene ikke er entydigt bedre end den anden, som f.eks. ved kirurgisk kontra medicinsk abort eller fjernelse af bryst kontra brystbevarende operation ved brystkræft. FB er ikke relevant, når der skal handles resolut f.eks. ved akut sygdom som meningitis, traume eller anafylaktisk shock. I de fleste tilfælde er der mere end ét fornuftigt valg og tid nok til overvejelse. FB er ikke kun aktuell ved store beslutninger vedrørende valg af behandling, men også i sygeplejerskers daglige arbejde, ikke mindst med patienter i langvarige behandlingsforløb. Her har sygeplejersker en væsentlig rolle i at uddanne, rådgive og i det hele taget hjælpe patienter til at involvere sig i beslutninger vedrørende deres egen behandling.

Fælles beslutningstagen, et tilbud til alle

FB kræver samarbejde og dialog mellem patient og sundhedsperson. Sundhedspersonen informerer patienten om de valgmuligheder, der er inden for behandling, og det skal her pointeres, at fravalg af behandling også kan være en mulighed. Sundhedspersonen informerer om fordele og ulemper ved de forskellige valg samt sandsynligheder for disse. Ligeledes informerer patienten

” FB er en metode, hvor patientens autonomi respekteres. Det har vist sig, at FB ofte reducerer antal undersøgelser, over- og underbehandling samt behandlinger, som patienten ville have valgt fra, hvis han/hun havde været velinformeret.

sundhedspersonen om sine værdier, erfaringer og ønsker. Efter som patienter ikke nødvendigvis er afklarede om, hvad de ønsker, må sundhedspersonen ofte stille spørgsmål, som kan hjælpe patienten til afklaring. Med en sådan dialog får begge parter mulighed for at sikre sig, at den anden part har forstået den givne information og har mulighed for at stille yderligere spørgsmål eller få flere informationer. Den gensidige information er basis for den videre dialog, hvor patient og sundhedsperson samarbejder om at finde frem til den løsning, som passer bedst til patienten. Det er vigtigt, at patienten har god tid til at tænke over den delte information, og hvis det er et vanskeligt valg, bør patienten opfordres til at diskutere valgmulighederne med sine pårørende eller en anden sundhedsperson (second opinion) og vende tilbage med eventuelle spørgsmål. Valget bør således ikke forceres. Ofte kan det være en god idé at genoptage dialogen ved næste møde mellem patient og sundhedsperson. Slutteligt træffer patient og sundhedsperson i fællesskab det valg, som de er enige om er det bedste for patienten (1).

FB er en metode, hvor patientens autonomi respekteres. Det har vist sig, at FB ofte reducerer antal undersøgelser, over- og underbehandling samt behandlinger, som patienten ville have valgt fra, hvis han/hun havde været velinformeret (2). Det har også vist sig, at patienten ved brug af FB ofte er mere tilbageholdende og ønsker færre undersøgelser eller fravælger operation (3).

Beslutningsstøtteredskaber

FB kan være en stor udfordring i praksis, som kræver mange forskellige strategier og ofte også en kulturforandring. Det er ikke så let at lægge gamle vaner på hylden og tilegne sig nye. Der er heller ikke altid mulighed for, at sygeplejersken i ro og mag informerer om valgmuligheder, hører patientens spørgsmål og præferencer og motiverer og støtter patienten til at involvere sig. Det kræver et tillidsfuldt forhold og gode kommunikative evner (4).

Beslutningsstøtteredskaber kan hjælpe patienten til at bearbejde den megen information samt udvikle og fortælle om egne præferencer i beslutningen om behandling. Beslutningsstøtteredskaber er faktisk og balanceret information om fordele, ulemper og sandsynligheder for disse, og de kan bl.a. være i pjecer, på video, app eller online.

Beslutningsstøtteredskaber har mange fordele, idet de kan øge patienternes viden om deres sygdom og behandling og giver en nuanceret beskrivelse af fordele og ulemper. Desuden oplever patienter større tilfredshed med de beslutninger, som bliver truffet (5).

” Nogle patienter kan være nervøse for at tage ansvar for valg af behandling. Derfor skal sundhedspersonen gøre det klart, at der er tale om et fælles ansvar, og at sundhedspersonen ikke fralægger sig ansvar, men står som garant for den faglige del af beslutningen.

Anvendelse af et beslutningsstøtteredskab kan ikke i sig selv sikre FB, men er velegnet til at facilitere FB. I Danmark findes der endnu kun beslutningsstøtteredskaber inden for et begrænset antal sygdomme som f.eks. prostatakræft og forhøjet kolesterolniveau, men der kommer stadigt flere til. På Ottawa Hospital Research Institute i USA har man udviklet et alment beslutningsstøtteredskab, som kan bruges til at træffe beslutninger om behandlinger på områder, hvor der endnu ikke er udviklet et specifikt redskab. En dansk udgave kan findes på ViBIS (Videnscenter for brugerinddragelse i sundhedsvæsenet) hjemmeside (6).

Fælles beslutningstagen kræver klarhed

Nogle patienter ønsker ikke at blive involveret, og et sådant valg skal selvfølgelig respekteres. Men en simpel ændring i kommunikationen mellem patient og sundhedsperson kan ofte ændre denne holdning. F.eks. har det vist sig effektivt at opfordre patienten til at stille disse tre spørgsmål (2):

1. Hvad er mine muligheder?
2. Hvad er fordele og ulemper?
3. Hvor stor er sandsynligheden for det ene og det andet?

Nogle patienter kan være nervøse for at tage ansvar for valg af behandling. Derfor skal sundhedspersonen gøre det klart, at

der er tale om et fælles ansvar, og at sundhedspersonen ikke fralægger sig ansvar, men står som garant for den faglige del af beslutningen.

Mange patienter skal lære at se sig selv som aktive og medbestemmende. Nogle patienter har flere ressourcer end andre, og det kan hævdes, at FB hovedsageligt er for de ressourcerstærke. Dog er der nogen evidens for, at netop patienter med få ressourcer får størst glæde af FB (2). Spørgsmålet er, om det i det hele taget giver mening at tale om ressourcavage eller stærke patienter, da alle patienter som udgangspunkt gør det bedste, de kan, og da alle mennesker kan komme i situationer, hvor de er sårbare. Det er sygeplejerskers opgave at støtte patienterne, så de får det bedst mulige ud af mødet med sundhedsvæsenet.

Pårørende er ofte vigtige ressourcer for patienten, og de bør tænkes med i FB. Dels kan de være en stor støtte for patienten, når svære valg skal træffes, dels kan mange valg påvirke de pårørende, så det er nødvendigt, at de involveres. Det kan f.eks. være ved udskrivelse fra hospitalet til hjemmet med diverse behandlinger og pleje.

Mange sundhedspersoner mener, at de anvender FB, uden at de reelt gør det (7). Systematisk anvendelse af FB kræver både en holdningsændring og udvikling af færdigheder indenfor FB. Det drejer sig ikke mindst om kommunikation. Sundhedspersoner kan trænes i at anvende beslutningsstøtteredskaber og til empatisk at opfordre patienter til at deltage i beslutningsprocessen. I udlandet, f.eks. The Dartmouth Institute for Health Policy & Clinical Practice, findes der centre for FB, hvor patienter kan hjælpes med og trænes i FB, og der er kurser i FB for sundhedspersoner.

Organisationen og systemet skal ligeledes gears til, at FB er normen i klinisk praksis. Det kræver udvikling af flere evidensbaserede beslutningsstøtteredskaber samt mulighed for træning af patienter og sundhedspersoner i FB. Det kræver endvidere en ny organisation og kultur, hvor organisationen bygges op omkring patientens behov og ikke omvendt.

Diskussion

Selv om FB efterhånden vil blive udbredt, vil der sikkert stadig være patienter, som kun ønsker lidt eller ingen information om deres sygdom og behandling, og som føler sig mest trygge ved, at beslutningerne ligger hos sundhedspersonen. Eller måske ▶

- ▶ ønsker patienten i stedet, at en pårørende træffer beslutninger på patientens vegne. Disse patienter skal informeres om, at det også er en mulighed at beslutte, at man ikke ønsker at have indflydelse.

Når sundhedspersonen skal informere om mulige behandlinger, er det vigtigt, at behandlingsalternativerne fremstilles, uden at sundhedspersonernes præferencer bliver dominerende. Det kan hævdes, at en sådan fremstilling ikke er mulig. Men det kan beslutningsstøtteredskeer og anden form for støtte og vejledning i FB til såvel patient, pårørende som sundhedspersonen afhjælpe.

Effekten af FB bør vurderes fra flere vinkler med fokus på bl.a. patientens tilfredshed med beslutningsprocessen og behandlingsresultatet, adhærens, livskvalitet, og om eventuelle ekstra omkostninger står i et rimeligt forhold til gevinsten.

FB er en metode, hvor behandler og patient systematisk deler viden om behandlingspræferencer for i fællesskab at træffe beslutning om behandling. Målet er, at FB ikke bliver opfattet som noget ekstra, men som en central og naturlig bestanddel af god klinisk praksis.

Litteratur

1. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med.* Marts 1997;44(5):681-92.
2. Stiggelbout AM, Weijden TV d., Wit MPTD, Frosch D, Legare F, Montori VM et al. Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ.* 27. januar 2012;344(jan27 1):e256-e256.
3. Stacey D, Bennett CL, Barry MJ, Col NF, Eden KB, Holmes-Rovner M et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(10):CD001431.
4. Cribb A. Involvement, shared decision-making and medicines. Centre for Public Policy Research King's College London: Royal Pharmaceutical Society; 2011 Nov.
5. Oshima Lee E, Emanuel EJ. Shared Decision Making to Improve Care and Reduce Costs. *N Engl J Med.* 3. januar 2013;368(1):6-8.
6. Værktøjskasse | vibis.dk Videnscenter for brugerinddragelse [Internet]. [citeret 14. april 2015]. Hentet fra: <http://vibis.dk/vaerktojskasse>

7. Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS), Freil M, Wandel A, Pedersen L, Jönsson ABR og Nyborg M. Læger og sygeplejerskers forståelse af patientinddragelse – En spørgeskemaundersøgelse blandt ansatte på hospitaler. København: Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet; 2014 jan.

English abstract

Bregnballe B, Rodkjær LØ, Ågård AS, Handberg C, Lomborg K. Co-determination – a method for patient involvement. *Sygeplejersken* 2015;(12):74-6.

In this article, we introduce the concept of co-determination, describing its facets and how and when it may be pursued, and set out what criteria must be met by the patient, health professional and health system for co-determination to be a genuine option for all patients and relatives. We highlight the benefits of co-determination and also touch on barriers. The article also presents resources that cannot stand alone, but which serve to facilitate co-determination. We argue the case that a radical change of culture is required in the health service for co-determination to be instilled as a focal and natural element in good clinical practice.

Keywords: co-determination, decision-support resources, patient-centred practice, nursing

Patientrapporterede oplysninger

Et middel til patientinvolvering

Anvendelse af patientrapporterede oplysninger kan ses som en nødvendig, målrettet modernisering af sundhedsvæsenet. Her beskrives, hvad det kræver af patienterne, de sundhedsprofessionelle og sundhedsvæsenet. Artiklen er den tredje i en serie på tre artikler om patientinvolvering.

Lotte Ørneborg Rodkjær, sygeplejerske, ph.d., lektor; lottrodk@rm.dk
Vibeke Bregnballe, sygeplejerske, ph.d.
Anne Sophie Ågård, sygeplejerske, ph.d.
Charlotte Handberg, sygeplejerske, ph.d.-studerende
Kirsten Lomborg, sygeplejerske, ph.d., professor
 Alle er med i "Forskningsprogrammet Patientinvolvering", Aarhus Universitetshospital

Patienters selvrapporterede vurdering af symptomer, livskvalitet og funktionsniveau går på engelsk under samlebetegnelsen "Patient Reported Outcomes" (PRO) (1). Direkte oversat betyder "outcomes" resultater, men på dansk oversættes PRO til patientrapporterede oplysninger, og det er således underforstået, at oplysningerne drejer sig om behandlingsresultater. PRO anvendes som paraplybegreb om alle oplysninger og dækker over "Patient Reported Experience Measures" (PREM) og "Patient Reported Outcome Measures" (PROM).

PREM beskriver patienters tilfredshed og oplevelse med en given behandling. Behandling forstås i denne artikel som undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme (sundhedsloven §5).

PROM beskriver patienters oplevede symptomer, funktionsevne og livskvalitet. PRO kan omfatte både generel og specifik helbredsstatus, livskvalitet og overordnet tilfredshed med behandlingen. Pårørende er ofte en vigtig ressource for patienten, og de bør tænkes med i anvendelsen af PRO. I litteraturen anvendes begrebet PRO ofte synonymt med både PROM og PREM. I denne artikel bruger vi betegnelsen PRO.

Selve PRO-begrebet opstod først i 90'erne og er et redskab til at afdække patientens perspektiv på sundhed, sygdom og effekterne af behandlingsinterventioner. Der anvendes ofte en meget bred definition af PRO som "et mål baseret på oplysninger, som kommer direkte fra patienten om patientens sundhedstilstand, uden tilføjelse og fortolkning af patientens svar af en kliniker eller nogen anden" (1), se boks 1.

Anvendelse af patientrapporterede oplysninger

Erfaringer fra Sverige, USA og England viser, at PRO kan bidrage til bedre behandling, bl.a. fordi det bliver tydeligt, hvordan patienter oplever effekten af forskellige typer af behandling (2). Brug af denne viden kan føre sundhedsvæsenet hen mod højere behandlingskvalitet, hurtigere indgreb over for symptomer, mindre patientbekymring, færre indlæggelser, færre overflødige rutinekonsultationer og øget patientinvolvering, se tabel 1 (2). I det følgende beskriver vi brugen af PRO på det individuelle niveau.

Boks 1. Patient Reported Outcomes (PRO)

Patient Reported Outcomes (PRO) er et mål baseret på oplysninger, som kommer direkte fra patienten om patientens sundhedstilstand uden tilføjelse og fortolkning af patientens svar af en kliniker eller nogen anden.

PRO anvendes som et paraplybegreb og dækker over:

- Patient Reported Experience Measures (PREM):
Beskriver patienters tilfredshed og oplevelse med en given behandling
- Patient Reported Outcome Measures (PROM):
Beskriver patienters oplevede symptomer, funktionsevne og livskvalitet

Patienters egen vurdering af symptomer og livskvalitet er for mange sygdomsgrupper et validt mål for sygdomsaktivitet og patienters behov for kontakt til sundhedsvæsenet. Det kan f.eks. være valget om, hvornår en patient skal til kontrol og have sin medicin justeret. Mange patienter går til kontrol med tre, seks eller 12 måneders intervaller, som er fastlagt på forhånd uden hensyntagen til, hvordan patienten har det. Derfor oplever både behandler og patient, at patienter til tider kommer til kontrol, uden at der reelt er noget at tale om, hvilket er spild af tid. Omvendt kan det ske, at behandler og patient oplever, at det kan være svært for patienterne at få en tid til kontrol, når der faktisk er brug for det.

Brugen af PRO kan åbne mulighed for, at der kan responderes hurtigere på patienternes individuelle behov, så konsultationerne kan ændre karakter fra rituelle til meningsfulde møder, der foregår efter patientens ønsker og behov. F.eks. kan patientens indberetning om egen helbredstilstand forud for en konsultation muliggøre en enkel og effektiv screening af, hvorvidt patienten som led i et behandlingsforløb har behov for et planlagt ambu-

» Erfaringer fra Sverige, USA og England viser, at PRO kan bidrage til bedre behandling, bl.a. fordi det bliver tydeligt, hvordan patienter oplever effekten af forskellige typer af behandling.

- ▶ lant besøg, eller om besøget kan undværes. Det kan også danne udgangspunkt for en mere reflekteret forståelse af patientens mulighed for medinddragelse og kan samtidig give patienten mere indflydelse på eget behandlingsforløb og forbedre dialogen mellem de sundhedsprofessionelle og patienten. PRO kan med andre ord understøtte et øget medejerskab for egen behandling, en højere oplevet kvalitet i behandlingsforløbet og en mere målrettet behandling.

Patientrapporterede oplysninger i klinikken

Systematisk anvendelse af PRO er endnu i sin spæde start og har primært været afprøvet i udlandet. Et eksempel er det engelske sundhedsvæsen, som siden 2009 systematisk har indsamlet PRO fra patienter, der har modtaget en af følgende planlagte behandlinger: hoftealloplastik, lyskebrok, knæalloplastik eller fjernelse af åreknuder. Data er indsamlet via spørgeskemaer før og efter behandling (3).

De indsamlede data er brugt til at hjælpe klinikere til at give bedre og mere patientcenteret behandling, vurdering og sammenligning af kvaliteten af udbydere og til evaluering af praksis og politikker. I Danmark anvendes PRO ikke systematisk, men der er lokale projekter, hvor patienters rapportering om egen helbreds-tilstand bruges til planlægning af behov for kontrolbesøg (4).

Tabel 1. De fire grundperspektiver for Patient Reported Outcomes (PRO)

Anvendelse	Rekruttering	
	Ad hoc	Kontinuerlig
Gruppe	Forskning	Kvalitetsudvikling
Patient	Prognose	Klinisk udvikling

PRO anvendes på både individuelt niveau og på gruppeniveau. Hvis PRO-målinger inddeles efter rekrutteringsmetode (ad hoc/kontinuerlig) og anvendelsesniveau (gruppe/patient-niveau), fås fire grundperspektiver, som dækker kvalitativt forskellige anvendelser af PRO. Hjøllund NH et al. 2011 (2).

” Patienters egen vurdering af symptomer og livskvalitet er for mange sygdomsgrupper et validt mål for sygdomsaktivitet og patienters behov for kontakt til sundhedsvæsenet.

Der findes ikke et samlet overblik over PRO-projekter i Danmark, men et af de mest afprøvede teknologiske redskaber er Ambuflex, som anvendes til mere eller mindre brugerstyret behandling inden for en række patientgrupper (4) og understøtter fleksibilitet i de ambulante forløb. Ved anvendelsen af Ambuflex integreres PRO direkte i klinikken ved, at patienterne besvarer spørgeskemaer skriftligt eller på nettet vedrørende f.eks. symptomer, trivsel og funktionsevne. Systemet er integreret i den elektroniske journal, hvilket giver behandleren hurtig adgang til en grafisk PRO-oversigt, der kan skabe basis for konsultation og støtte den fælles beslutningstagen mellem patient og sundhedsperson. Systemet er alment og er udbredt til flere ambulante patientgrupper (5).

Patientrapporterede oplysninger kræver viden

PRO har været brugt til indlæggelsessamtaler og anamneser, men PRO anvendes i dag sporadisk i sundhedssektoren som noget, behandleren lytter til, opsummerer og noterer sin fortolkning af i journalen, eller som ad hoc-indsamlede data i forsknings- og kvalitetsudviklingsprojekter.

Der er brug for at skabe mere systematik og præcision ved anvendelsen af PRO, hvilket kræver anvendelse af standardiserede instrumenter med dokumenteret gyldighed og målenøjagtighed.

Det er vigtigt, at PRO opleves nyttige både af patient og behandler. TrygFonden og VIBIS (4) har i samarbejde lavet et strategiprogram, som har til formål at skabe et solidt vidensgrundlag for, hvordan man kan anvende og implementere PRO i den systematiske kvalitetsudvikling af det danske sundhedsvæsen på tværs af sektorer. Projektet skal være med til at skabe overblik over, hvilke måleinstrumenter og metoder man kan bruge til at indsamle PRO, og hvilke spørgsmål man kan stille patienterne, så de bidrager med nyttig viden om udbyttet af den samlede behandling. Desuden er formålet med projektet at undersøge, hvilke muligheder

og barrierer der er for systematisk at anvende PRO til at udvikle kvaliteten i sundhedsvæsenet (4).

Diskussion

Patienters viden er en stor og utilstrækkeligt udnyttet ressource, og systematisk brug af PRO til vurdering af sundhedsvæsenets samlede indsats vil kunne bidrage til en mere målrettet udvikling til at imødekomme to af sundhedsvæsenets udfordringer: At skabe sammenhæng i patientens samlede forløb og at målrette ydelser til langvarige og komplekse behandlingsforløb.

” PRO skal anvendes til at få en systematisk viden om patientens oplevelse af en given behandling og ses som en del af en nødvendig, målrettet modernisering af sundhedsvæsenet.

I dag sker vurdering af patienten ofte på baggrund af data indhentet af sundhedsprofessionelle. Fremover kan PRO bidrage til, at patienternes egen vurdering anvendes f.eks. i forbindelse med vurdering af behandlingens effekt, deres helbredsmæssige status og livskvalitet. PRO skal anvendes til at få en systematisk viden om patientens oplevelse af en given behandling og ses som en del af en nødvendig, målrettet modernisering af sundhedsvæsenet. PRO

er i en rivende udvikling, men anvendes forskelligt alt efter den konsultationsform, der ønskes understøttet.

Undersøgelser viser, at afhængigt af hvilken konsultationsform man forestiller sig, vil PRO give anledning til forskellige former for praksis. Der relateres til fire teoretiske forestillinger om konsultationspraksis: en paternalistisk praksis, en partnerskabspraksis, en forbrugerpraksis og en autonom praksis (6), se tabel 2.

PRO kan anvendes succesfyldt ud fra de forskellige forestillinger om patienters og behandleres roller, og det forudsætter derfor en eksplicit stillingtagen til, hvilken praksis PRO skal tage udgangspunkt i (6). Anvendelsen af PRO repræsenterer et grundlæggende paradigmeskifte i måden, hvorpå man opfatter og måler kvalitet i sundhedsvæsenet. Det falder godt i tråd med, at det i april 2015 blev besluttet, at akkreditering efter Den Danske Kvalitetsmodel udfases på de offentlige sygehuse, og at kvalitetsarbejdet skal gøres mere praktisk til gavn for både personale og patienter.

Det nye nationale kvalitetsprogram skal understøtte en udvikling i sundhedsvæsenet, hvor der leveres bedre kvalitet i behandlingen med fokus på de resultater, der har betydning for patienten. Der er faglige og ledelsesmæssige udfordringer forbundet med at udvikle og implementere en model for brug af data leveret af patienter og deres pårørende. Hvis det skal lykkes at udnytte PROs potentiale, forudsætter det en systematisk indsats, som er forankret nationalt og sætter rammerne for et bredt samarbejde mellem brugere, sundhedspersoner og myndigheder.

Tabel 2. Fire konsultationsmodeller for læge-patient-forholdet

	Paternalistisk model	Partnerskabsmodel	Forbrugsmodel	Autonom model
Patientrolle	Passiv	Aktiv	Aktiv	Aktiv
Lægens rolle	Leder	Rådgiver og partner	Teknisk operatør	Ingen
Mål og dagsorden	Fastsat på vegne af patienten	Undersøgt i fællesskab	Fastsat af patienten uden udfordring	Fastsat af patienten uden udfordring
Støtte fra	Historisk tradition	Litteraturanbefalinger Patientorganisationer	Idéen om markedsføring	Skuffede patientforventninger

Riiskjær et al. 2014 (6).

► **Litteratur**

1. Food and Drug Agency. Guidance for industry: patient-reported outcome measures: use in medical product development to support labeling claims: draft guidance. Health Qual Life Outcomes 2006;4:79.
2. Hjøllund NH et al. Use of Patient-reported Outcome (PRO) Measures at Group and Patient Levels: Experiences from the Generic Integrated PRO System, WestChronic. Interact J Med Res 2014.
3. Black N. Patient-Reported Outcomes could help transform health care. BMJ 2013;346:f167.
4. Videnscenter for brugerinddragelse. VIBIS.
5. Hjøllund NH, Hospitalsenheden Vest, marts 2013. VestKronik. Integreret anvendelse af patientrapporterede oplysninger for patient, behandler, forsker og samfund.
6. Riiskjær et al. Hvordan kan patientrapporterede oplysninger (PRO) bruges i klinisk praksis – belyst med udgangspunkt i fire forskellige konsultationsmodeller. Nordisk Sygeplejeforskning 2014; Nr.3, Vol. 4:189-212.

English abstract

Rodkjær LØ, Bregnballe V, Ågård AS, Handberg C, Lomborg K. Patient-reported outcomes – a means of facilitating patient involvement. Sygeplejersken 2015;(12):77-80.

In this article we introduce the concept of patient-reported outcomes, describing what they consist of, what they require from patients, health professionals and the health system. Patient insights constitute a vast and inadequately tapped resource, and we discuss how use of the patient's own evaluation of a care pathway would contribute to more targeted development of the health service in which the entire patient pathway is characterised by continuity of care, and in which service provision for long-term and complex care pathways is targeted. Patient-reported outcomes are currently undergoing rapid development, but there is a need to instil a more systematic and precise approach to the utilisation of such data. We argue in favour of the importance of learning how patient-reported outcomes should be utilised and on which practice they should be based.

Keywords: patient-reported outcomes, patient-centred practice, health policy, nursing.

SUNDHEDSFILOSOFI

**EFTER- OG VIDEREUDDANNELSE
I SUNDHEDSFILOSOFI MED FOKUS
PÅ AKTUELLE PROBLEMSTILLINGER
I SUNDHEDSVÆSNET**

Forløbet er et tilbud om kompetencegivende kvalifikationer til den moderne sundhedsprofessionelle medarbejder. Med udgangspunkt i filosofi, praksiserfaring og forskning inden for det sundhedsfaglige område, arbejder vi med temaer som f.eks.:

- **Paradigmer i lægevidenskaben** – her diskuterer vi, hvad evidensstærkning betyder for sundhedsvæsnets
- **Patient-/lægeforhold** – her sætter vi patientperspektivet under lup
- **Klinisk etik** – her stiller vi spørgsmålet: Kan man forholde sig etisk til afstanden mellem ydelser og behov?

Seminarerne finder sted i Aalborg.

**LÆS INDHOLDSBESKRIVELSE OG
ANSØGNINGSPROCEDURE**

www.sundhedsfilosofi.evu.aau.dk

KONTAKTPERSON

Fuldmægtig Susanne Smith
Telefon 9940 9424 (hverdage kl. 12-15),
e-mail: ssm@adm.aau.dk
www.evu.aau.dk

**STUDIESTART
APRIL 2016
ANSØGNINGSFRIST
23/2**



AALBORG UNIVERSITET
EFTER- OG VIDEREUDDANNELSE

JOB



SE ALLE STILLINGER: WWW.JOB.DSR.DK

Praktiske oplysninger til annoncører

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

Nr. 13 - 2015 **Nr. 14 - 2015** **Nr. 1 - 2016**
28. oktober 2015 18. november 2015 18. december 2015

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

Rådgivning og vejledning vedr. opsætning af annoncer
Dansk Mediaforsyning ApS • Elkjærvej 19 st. • 8230 Åbyhøj
Tlf. 7022 4088 • e-mail: dsrjob@dmfnet.dk
Internet: www.dmfnet.dk
Her kan du også rekvirere medieinformation.

Indleveringsfrister for STILLINGSANNONCER til de kommende numre

Nr. 13 - 2015 **Nr. 14 - 2015** **Nr. 1 - 2016**
2. november 2015 23. november 2015 4. januar 2016

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

Udgivelsesdatoer

Nr. 13 - 2015 **Nr. 14 - 2015** **Nr. 1 - 2016**
16. november 2015 7. december 2015 18. januar 2016

midt
regionmidtjylland

Innovativ afdelings-sygeplejerske til Intensiv og opvågningsafsnittet Regionshospitalet Horsens

Ansøgningsfrist:
10. november 2015

Ansættelsessamtaler:
19. november 2015

Se mere på www.rm.dk

Se hele opslaget på midtjob.dk

et arbejde med hjerne og hjerte [midtjob .dk](http://midtjob.dk)

RINGSTED KOMMUNE



Vil du vide mere om Ringsted Kommune, så klik ind på www.ringsted.dk

Sundhedsplejersker til Ringsted Kommune

Ledige stillinger pr.1.1.16:
En stilling på 30 timer - 2 vikariater á 30-35 timer grundet barsel og jobrotation i 9 måneder, med mulighed for forlængelse.

Alle tre stillinger er med både spæd og skolesundhedspleje, deltagelse i "Klar til barn", graviditetsbesøg i projekt "Baby på vej", og nyudviklet tværfagligt samarbejdsmodel i Børnecentret.

Yderligere oplysninger kontakt ledende sundhedsplejerske Bente Haargaard, 2077 8438.

Søg stillingen via www.ringsted.dk - frist den 2. nov. kl. 12.

Ansættelsessamtale finder sted den 11. nov. 2015.



Sygeplejerske til Hospice

Sankt Lukas Hospice søger sygeplejerske 32 timer/uge i blandede vagter eller fast nattevagt. Tiltrædelse 1. januar 2016 eller efter aftale.

Sankt Lukas Hospice er en del af RegionHs specialiserede palliative tilbud. Vi yder pleje, omsorg og lindrende behandling til yngre og ældre uhelbredeligt syge og døende. Arbejdet omfatter både den fysiske, psykiske, sociale og åndelige dimension. Indsatsen bygger på en helhedsorienteret tilgang, med vægt også på støtte og omsorg til de pårørende (voksne, unge og børn). Vi modtager hovedsageligt cancer-patienter, fra mange forskellige specialer.

Sankt Lukas Hospice er en arbejdsplads:

- Med en engageret og åben plejegruppe
- Med stor sammenhæng og kontinuitet i det faglige arbejde
- Med god introduktion, og regelmæssig supervision
- Hvor alle medarbejdere indgår og er aktive i videreudviklingen af det palliative felt
- Hvor der er et godt socialt sammenhold og et velfungerende tværfagligt samarbejde

Erfaring fra fx medicin, kirurgi, onkologi, anæstesi, intensiv og hjemmeplejen vil være relevant.

Løn og ansættelsesforhold er i overensstemmelse med overenskomst med Dansk Sygeplejeråd.

Yderligere oplysninger: Afdelings-sygeplejerske Kirsten Enevoldsen eller sous-chef Kirsten Homann, tlf. 3945 5103, e-mail: kien@sanktlukas.dk

Ansøgning sendes til: Afdelings-sygeplejerske Kirsten Enevoldsen, Sankt Lukas Hospice, Bemstorffsvej 20, 2900 Hellerup. Ansøgningsfristen er 9/11 2015. kl.12.00. Samtaler afholdes i uge 46 og 47. Læs mere på www.sanktlukas.dk

Cambridge
Weight Plan
Independent Cambridge Consultant

ERNÆRINGS OG SUNDHEDSKONSULENT

Cambridge Danmark A/S søger nye samarbejdspartner / forhandlere i hele Danmark Supplere din indtægt og arbejd hjemmefra.

Nu har du mulighed for at få et samarbejde med Cambridge vægtplan, hvor du som konsulent kommer til at vejlede om vægttab ved hjælp af vores 5 – Trins Planen.

Cambridge Vægtplan er et Videnskabeligt dokumenteret måltids-erstatningsprodukt senest med stor videnskabelig studie på Frederiksberg Hospital, samt et af de mest førende brands indenfor pulverkurer på Market i dag, som udelukkende forhandles via vores konsulenter.

Brænder du for at hjælpe andre

Kan du sige ja til nedestående:

- Lyst til at hjælpe andre
- Vil du lære at vejlede og motivere andre til hvordan de får et varigt vægttab der holder ud fra Cambridge 5 Trin Plan
- Går du op i sundhed og ernæring
- Lyst til at starte selvstændig virksomhed
- Mulighed for at tjene lidt ekstra penge ved siden af
- Præsentable og udadvendt
- Forretningsorienteret
- Kreativ og initiativrig

Så kontakt vores salgschef Ann Schäffer på ann@cambridgedanmark.dk eller ring på 3255 0037, for en uforpligtende snak om Cambridge Vægtplan kunne være noget for dig.

Udviklingssygeplejerske til Hospice



Sankt Lukas Hospice søger udviklingssygeplejerske på fuld tid. Tiltrædelse 1. januar 2016 eller efter aftale.

Sankt Lukas Hospice er en del af RegionHs specialiserede palliative tilbud. Vi yder pleje, omsorg og lindrende behandling til yngre og ældre uhelbredeligt syge og døende. Arbejdet omfatter både den fysiske, psykiske, sociale og åndelige dimension. Indsatsen bygger på en helhedsorienteret tilgang, med vægt også på støtte og omsorg til de pårørende (voksne, unge og børn).

Vi søger en udviklingssygeplejerske der:

- Har erfaring fra relevante specialer
- Har den nødvendige efteruddannelse ift. at kunne varetage en udviklingsfunktion i en specialiseret palliativ enhed med ca. 40 erfare sygeplejersker
- Kan styrke den faglige udvikling og det faglige udviklingsmiljø
- Kan udvikle, fastholde og formidle den kliniske kvalitet
- Kan udarbejde, implementere og revidere kliniske vejledninger
- Har lyst til at spille en fremtrædende rolle i introduktion, undervisning, metodeafprøvelse, evaluering og udvikling af dokumentationen
- Kan indgå i refleksion, fx ift. patientforløb og etiske dilemmaer
- Har lyst til at følge med i nyeste viden og forskning indenfor palliativ indsats, både nationalt og internationalt

Udviklingsopgaverne fylder ca. fire dage om ugen. Den sidste dag kan bruges i plejen eller på undervisning på kurser for eksterne (aftales nærmere).

Løn og ansættelsesforhold er i overensstemmelse med overenskomst med Dansk Sygeplejeråd.

Yderligere oplysninger: Afdelingsygeplejerske Kirsten Enevoldsen eller souschef Kirsten Homann, tlf. 3945 5103, e-mail: kien@sanktlukas.dk

Ansøgning sendes til: Afdelingsygeplejerske Kirsten Enevoldsen, Sankt Lukas Hospice, Bernstorffsvej 20, 2900 Hellerup. Ansøgningsfristen er 9/11 2015. kl.12.00. Samtaler afholdes i uge 46 og 47. Læs mere på www.sanktlukas.dk



www.sygehuslillebaelt.dk

Ny ambitiøs oversygeplejerske til nyt ledelsesteam i nye rammer Neurologisk Afdeling, Vejle/Kolding Sygehus

Vil du være med til at forme fremtiden for neurologiske patienter på Sygehus Lillebælt? - Et sygehus hvor vi sætter patienten først. Så hører vi meget gerne fra dig!

Vi søger en oversygeplejerske til Neurologisk Afdeling. Afdelingen er p.t. beliggende på Vejle Sygehus, men flytter i 2016 til nye faciliteter på Patienternes Akutsygehus i Kolding. Du vil sammen med afdelingen og den nye ledende overlæge komme til at sætte retning for, hvordan de nye omgivelser skal udnyttes til gavn for patienterne og deres familier.

Ansøgningsfristen er den 27. oktober 2015.

Læs mere på job.regionsyddanmark.dk, jobnr. 194915

Sygehus Lillebælt

Region Syddanmark

Faglige konsulenter - DSR, Kreds Midtjylland

Ligger sygeplejerskers arbejdssituation, sundhedspolitiske spørgsmål og fællesskabets værdier dig virkelig på sinde? Vil du prøve kræfter med en fagpolitisk organisation i forandring og udvikling? Trives du med mange bolde i luften, selvstændigt arbejde - og har du lyst til at yde høj kvalitet i hvert eneste møde med vores medlemmer? Finder du udfordring i vejledning af sygeplejersker omkring løn- og ansættelsesforhold? Kan du give medlemmerne rådgivning, så de både føler sig hørt og får kompetent hjælp?

Så tilbyder vi to faste stillinger (36 t/u) som faglige konsulenter fra den 1. januar 2016!

Vores fælles opgave er at varetage medlemmernes faglige, løn- og ansættelsesmæssige, arbejdsmiljømæssige samt organisatoriske interesser.

Alt efter hvilken erfaring du har, tilrettelægger vi dine ansvarsområder.

Du arbejder i nært samarbejde med teamets øvrige konsulenter og de politisk valgte.

Vi forventer, at du formår at skabe relationer og netværk, da du også skal arbejde tæt sammen med vore tillidsvalgte og vores formandsgruppe.

Du skal have gode analytiske kompetencer og have flair for talbehandling og IT-arbejde.

Samtidig skal du være sygeplejerske, have et bredt kendskab til sundhedsvæsenet og gerne have relevant videreuddannelse.

Du vil følge et introduktions- og oplæringsprogram, som også indeholder undervisning i diverse fagorganisatoriske emner og introduktion til DSR på landsplan. Vi har en omfattende mødevirk-somhed for at understøtte kredsens politiske strategier og det faglige miljø. Vi gør endvidere udtalt brug af digitale medier og IT i hverdagen.

Se i øvrigt www.dsr.dk hvor du også kan finde vores visions- og holdningspapirer.

Du kan rekvirere vores organisationsplan og få nærmere oplysninger hos kredschef Ann Dahy på telefon 2360 0229.

Endvidere er du velkommen til at kontakte faglig konsulent og tillidsrepræsentant Susanne Vestergaard på telefon 2342 5325.

Ansøgningsfristen er den 1. november 2015

Ansøgningen skal sendes elektronisk til: ingepedersen@dsr.dk
Vi forventer at afholde samtaler den 16. november 2015 sidst på eftermiddagen.

Dansk Sygeplejeråd, Kreds Midtjylland er en organisation, der er engageret i sundhed, sygdom, samfund og mennesker. Vi er også optaget af sundhedspolitiske spørgsmål og tværfagligt samarbejde.

Der er 25 medarbejdere. Formandsgruppen består af en kredsformand og fire kreds næstformænd samt en bestyrelse valgt af og blandt kredsens ca. 15.000 aktive medlemmer. Læs mere om Dansk Sygeplejeråd, Kreds Midtjylland på www.dsr.dk/midtjylland

Dansk Sygeplejeråd



Danmarks 3. største kommune med over 200.000 indbyggere søger chef til spændende chefstilling i Ældre- og Handicapforvaltningen:

Plejeboligchef

Sandsynligvis den mest spændende stilling på Plejeboligområdet i Danmark

Der er i alt 1.900 medarbejdere i Plejeboligfunktionen, og det samlede budget for afdelingen er på ca. 620 mio. kr. Plejeboligfunktionen består af kommunens ca. 1.800 boliger og 41 plejehjem, hvoraf 5 er specialplejehjem.

Læs mere om stillingen på aalborgkommune.dk og mercuriurval.dk.

Du kan uploade din ansøgning og cv på www.mercuriurval.dk (referencenummer: DK-139-54788). Ansøgningsfristen udløber den **2. november 2015, kl. 10.00**.

Mercuri Urval



Ring på
tlf. 33 15 10 66
eller læs mere på:
DSA.dk/arbejdsgiver

Mangler du en sundhedsfaglig medarbejder?

Mangler du akut en medarbejder til et vikariat eller en fast stilling på fuldtid eller deltid? Kontakt vores karrierekonsulenter, så hjælper vi dig med at finde den rette kandidat.

Vi har kontakten og overblikket over vores ledige og beskæftigede medlemmer. Vi kender deres baggrund og kompetencer og har derfor de bedste muligheder for at finde den rette kandidat. Vi kan bl.a. synliggøre stillingen digitalt i vores egen jobsøger, og henvise medlemmer direkte til jobbet.

DSA.dk

DANSKE
SUNDHEDSORGANISATIONERS
ARBEJDSLØSHEDSKASSE



Faglig konsulent

Dansk Sygeplejeråd Kreds Nordjylland er den lokale, faglige organisation for ca. 9.000 sygeplejersker, hvor mere end 6.000 er erhvervsaktive og arbejder inden for det regionale, kommunale, statslige eller private område. Der er ansat 11 medarbejdere på kreds-kontoret, en kredschef samt en valgt formandsgruppe på 3 politikere.

Dansk Sygeplejeråd Kreds Nordjylland søger en ny faglig konsulent med tiltrædelse den 1. december 2015.

Om stillingen

Som faglig konsulent i Kreds Nordjylland varetager du primært opgaver som rådgiver, sparringspartner og sagsbehandler i forhold til vores medlemmers faglige, løn-, ansættelses- og arbejdsmiljømæssige forhold. Du vil blandt andet skulle varetage forhandlinger, sagsbehandling af person- og arbejdspladssager, overenskomstfortolkninger, og du vil skulle deltage i møder på arbejdspladserne. Herudover skal du kunne yde politisk rådgivning til de valgte politikere. Du vil få en hverdag, hvor sparring med kolleger og faglig udvikling vil præge din dag med stor respekt for, at du har brug for introduktion og oplæring. Du vil desuden have et direkte samarbejde med de tillidsvalgte på arbejdspladserne.

Du får en travl og spændende hverdag, hvis du er parat til at være medarbejder i en organisation, hvor medlemmerne altid er i centrum.

Vi lægger vægt på, at du

- har relevant faglig baggrund.
- har relevant videregående uddannelse
- har lyst til at arbejde i en politisk interesseorganisation
- har viden om offentlige overenskomster og aftaler
- kan formulere dig klart på skrift og i tale
- kan arbejde politisk og indgå i sparring med de valgte politikere
- har gode pædagogiske kompetencer og mod på at varetage undervisningsopgaver over for medlemmer, tillidsrepræsentanter og arbejdsmiljørepræsentanter
- kan arbejde både selvstændigt og i grupper
- kan skabe relationer med professionelt nærvær
- har forhandlingserfaring
- kan tilrettelægge og prioritere egne arbejdsopgaver
- kan anvende Microsoft Office - Word og Outlook - på brugerniveau

Det tilbyder vi

- et job med mange udfordringer og faglige udviklingsmuligheder
- et tæt samspil med kollegaer, kredschef og de valgte politikere
- løn- og ansættelsesvilkår jf. overenskomst for faglige konsulenter i Dansk Sygeplejeråds kredse
- en arbejdstid på gennemsnitligt 36 timer pr. uge

Ansøgningsfrist

Send din ansøgning med kopi af relevante papirer senest den 22. oktober 2015 kl. 12 via linket nedenfor. Vi modtager kun elektroniske ansøgninger.

Der er nedsat et ansættelsesudvalg, og ansættelsessamtalerne forventes afholdt den 27. og 28. oktober 2015. Hvis du ikke kan deltage i samtalen på de nævnte datoer, bedes du gøre opmærksom på dette i din ansøgning.

Kontakt

For yderligere oplysninger om stillingen, er du velkommen til at kontakte kredschef Iben Gravesen på telefon 2965 5867 eller faglig konsulent Lis Johansen på telefon 3033 9425.

Kredskontoret er beliggende på Sofiendalsvej 3, 9200 Aalborg. Få flere oplysninger om kredsen på www.dsr.dk/nordjylland

Dansk Sygeplejeråd



Net annoncer

Gå ind på <http://job.dsr.dk/>

Indtast Quick-nummeret, så kommer du direkte ind til netannoncen, hvor du kan læse meget mere om stillingen.

Netannoncer kan indtastes hele døgnet.

Quicknr. **Hovedstaden**
18054631 Københavns Kommune
Inkontinenssygeplejerske til den kommunale sygepleje på Nørrebro
Ansøgningsfrist: 30. oktober 2015



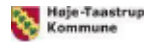
Quicknr. **Hovedstaden**
18324102 Frederikssund Kommune
Sygeplejerske til dagvagt i Døgnplesjen
Ansøgningsfrist: 26. oktober 2015



Quicknr. **Hovedstaden**
17813044 Lyngby-Taarbæk Kommune
Assisterende områdeleder til hjemmeplejen Baunehøj
Ansøgningsfrist: 20. oktober 2015



Quicknr. **Hovedstaden**
18063419 Høje Taastrup Kommune
Tænk du akutsygepleje i primær sektor....
Ansøgningsfrist: 22. oktober 2015



Quicknr. **Hovedstaden**
18307962 Memira Øjenklinikker
Passioneret klinikansvarlig søges til Danmarks største private øjenklinik!
Ansøgningsfrist: 1. november 2015



Quicknr. **Hovedstaden**
17953715 Københavns Kommune
Sygeplejerske til Langgadehus
Ansøgningsfrist: 22. oktober 2015



Quicknr. **Hovedstaden**
18092708 Frederikssund Kommune
Sygeplejerske til dagvagts på De Tre Ege
Ansøgningsfrist: 22. oktober 2015



Seniorsammenslutningens arrangementer

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

Hovedstaden

Kreds Hovedstaden Vest

Kom og hør sygeplejerske Malene Berger, professions bachelor i sygepleje - Rører du overhovedet ved patienterne så?

Tid og sted:

19. nov. 2015 kl. 14:00 - 16:00
Kreds Hovedstaden Frederiksborggade 15, 4 sal,
1360 København K

Arrangør:

Seniorkontaktudvalget Vest

Tilmelding:

Senest 16. nov. 2015 til Lisbeth Vendelbo tlf.: 3675 6483 eller Karen Kjettrup tlf.: 4717 7930

Pris:

Kr. 20

Bornholm, julehygge samt små overraskelser for seniorer

Hver deltager medbringer en pakke til ca. 25 kr.

Tid og sted:

19. nov. 2015 kl. 13:00 - 16:00
Kreds Hovedstaden, Bornholm, Haslevej 50, 3700 Rønne

Arrangør:

Seniorsammenslutningen på Bornholm

Tilmelding:

Senest 17.11.15 til DSR på tlf.: 4695 4917, eller til Jytte Kure tlf.: 3170 2938

Pris:

Kr. 125 for anretning og drikkevarer

Seniorsygeplejerskerne i Kreds Hovedstaden Nord

Charlotte Engell fra DSR, fortæller om koordinering af plejen mellem primær og sekundær sektor.

Tid og sted:

4. nov. 2015 kl. 14:00 - 16:00
Rådhusstræde 29,
3400 Hillerød

Arrangør:

Seniorsygeplejersker i Kreds Hovedstaden, Nord

Tilmelding:

På tlf.: 2345 8507 eller e-mail: bptvingsvej@gmail.com inden den 29.10.2015

Pris:

Kr. 30 for kaffe

Leddegigt kan give mange problemer

Heidi Rauer vil delagtiggøre os i, hvordan livet er med leddegigt, hvordan man klarer sig, samt om arbejdet i Gigtforeningen.

Tid og sted:

12. nov. 2015 kl. 11:00 - 13:00
Garnison kirkens menigheds-
hus, Sankt Annæ Plads,
København K

Arrangør:

Kreds Hovedstaden Central, seniorer

Tilmelding:

Til Dora Pawlowski på tlf.: 4050 3579 eller e-mail: dora.pawlowski@outlook.dk

Pris:

Kr. 30 for kaffe/te samt en ostemad

Sjælland**Julefrokost, kom og vær med, nye som gamle medlemmer**

Vi har bestilt seks retter af den gode slags, kaffe med lidt godt osv. Cafe 3Kanten ligger med den dejligste udsigt over Guldborgsund, er også handicapvenlig. Bindende tilmelding. Vi hjælper med evt. samkørsel.

Tid og sted:

25. nov. 2015 kl. 12:30 - 16:30
Cafe 3Kanten, Slotsbryggen 24, 4800 Nykøbing F.

Arrangør:

Kontaktudvalget - Storstrømmen

Tilmelding:

Til Gulle, tlf.: 5482 5684 eller Inger, tlf.: 2042 5472 senest d. 16.11.2015

Pris:

Medlemmer kr. 100, gæster kr. 230

Seniorsygeplejerskerne i Kreds Sjælland/Roskilde

Der inviteres til julefrokost i Margrethegårdens Selskabslokaler.

Vi hygger og med dejlig mad - julesange og pakkespil. Medbring en pakke til ca. 25 kr.

Tid og sted:

30. nov. 2015 kl. 12:30 - 16:00
Margrethegårdens Selskabslokaler, Dronning Sofiesvej 68, Roskilde

Arrangør:

Kontaktudvalget i Roskilde

Tilmelding:

Senest tirsdag den 24. november til Karin, mobil 4026 5553 / e-mail: karink48@hotmail.com eller Lene Tronholm, mobil 2091 0902 / e-mail: lenetronholm@live.dk

Pris:

Kr. 200 - arrangementet er kun for medlemmer

Syddanmark**Seniorsammenslutningen Fyn**

Vel mødt til en oplevelsesrig eftermiddag, hvor pensionist Hans Rasmussen fortæller om ferier i Australien og viser lysbilleder derfra.

Tid og sted:

5. nov. 2015 kl. 13:30 - 15:30
Munkemose Plejecenter, Munke Mose Allé 2-4, 5000 Odense C

Arrangør:

Seniorsammenslutningen Fyn

Tilmelding:

Senest mandag den 2. november til Ingelise, tlf.: 5184 2275, e-mail: ibruhn@hotmail.com eller til Conny, tlf.: 2176 8818, e-mail: coands@gmail.com

Pris:

Kr. 20 for kaffe med brød

Yderligere info:

www.dsr.dk

Seniorsammenslutningen Esbjerg

Seniorsammenslutningen Esbjerg inviterer til julemøde, julehygge og julefrokost den 24. november 2015. Vær opmærksom på, at du selv skal medbringe drikkevarer.

Tid og sted:

24. november 2015 kl. 13:00 - 16:00

Vor Frelser Kirkes sognelokale, Kirkegade 24, 6700 Esbjerg

Arrangør:

Seniorsammenslutningen Esbjerg

Tilmelding:

Senest den 19. november til Elna Schousboe, på tlf.: 7511 6686 / 2334 0526, e-mail: elnaschousboe@bbsyd.dk eller til Nina Jacobsen, tlf.: 7513 2246 / 3032 4337

Pris:

Kr. 100

Yderligere info:

www.dsr.dk

Midtjylland**Seniorsammenslutningen Kreds Midtjylland, Holstebro/Herning**

Julearrangement.

Kontaktudvalget inviterer til det årlige julearrangement, med lækker mad, sange, fortællinger og hyggeligt samvær.

Tid og sted:

8. dec. 2015 kl. 12:00 - 16:00
Vores Cafe, Fonnesbechsgade 18, 7400 Herning

Arrangør:

Kontaktudvalget, Seniorsammenslutningen i Holstebro og omegn

Tilmelding:

Senest den 23. november 2015 til Kirsten Sanggaard, tlf.: 9741 4345 eller Karen Margrethe Kølbæk, e-mail: kmk_285@hotmail.com

Pris:

Kr. 150 pr. person

Seniorsammenslutningen Kreds Midtjylland, Århus afd.

"Hospitalsklovnens fortæller" v/ Karina K. Sørensen

Tid og sted:

3. nov. 2015 kl. 14:00 - 16:00
Klostercaféen, Klostergade 37, 8000 Århus C

Arrangør:

Seniorsammenslutningen, Kontaktudvalget i Århus

Tilmelding:

Med navn, adresse, fødselsdato og år, senest den 30. oktober 2015 på tlf.: 2398 1009 eller 8619 1708

Nordjylland**Seniorsammenslutningen i Kreds Nordjylland**

Kom og hør om neurodynamik, som kan afhjælpe spændinger bl.a. på piskesmæld - v/Marie Friis.

Tid og sted:

10. nov. 2015 kl. 14:00 - 16:00
Kredskontoret, Sofiendalsvej 3, Aalborg SV

Arrangør:

Kontaktudvalget / Seniorsammenslutningen

Tilmelding:

Senest 6. november 2015 til Birgit Hansen på tlf.: 6084 6854 eller AnnaLise Bonde tlf.: 2283 4628. Gerne sms-tilmelding

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/nordjylland

DSR Meddelelse**40 års jubilæum AAS HOLD S-72 Aarhus Amts Sygeplejerskole**

Det er 40 år siden AAS HOLD S-72 afsluttede sygeplejerskeuddannelsen på sygeplejerskolen ved Aarhus Amtssygehus. Hermed inviteres du til jubilæumsfest 16.1.2016. Fejringen foregår på Dansk Sygeplejehistorisk Museum og Hotel Koldingfjord. Vi mødes ca. 13.30, derpå festmiddag og tilbud om overnatning. Tilmelding og nærmere oplysninger snarest muligt til Susanne Malchau Dietz på tlf.: 2151 5238 eller e-mail: s-malchau@mail.tele.dk

Generalforsamling i FS for Øjensygeplejersker

Afholdes torsdag den 28. januar 2016 kl. 19.30 i Vingsted-centret, Bredsten. Dagsorden ifølge vedtægterne, som kan ses på www.dsr.dk/fsoejne. Forslag til drøftelse på generalforsamlingen, og kandidatur til bestyrelsen, skal være for manden i hænde senest 22. december 2015. Landskursus afholdes samme sted, i dagene 28. og 30. januar 2016. Program og tilmelding se på: www.dsr.dk/fsoejne

Frivillige sygeplejersker søges til nyt forskningsprojekt

Har du ca. 3 ledige timer om ugen og vil du støtte sårbare patienter under et behandlingsforløb? Center for Kræftforskning, Kræftens Bekæmpelse og Onkologisk afd., Herlev Hospitals forskningsprojekt, har til formål, at undersøge om patienter klarer sig bedre gennem behandling for lungekræft, hvis de får hjælp undervejs af støtteperson. Yderligere oplysninger: Projektleder Trille Kjær, e-mail: trille@cancer.dk, tlf.: 3525 7608.

Rehabilitering, patient-, pårørende- og prof. perspektiver

Institut for socialt arbejde, Institut for sygepleje, Professions Højskolen Metropol og Phlegethon netværket, inviterer til seminar, tirsdag den 3. november 2015, fra kl. 12.30 til 16.45. Sted: ISA, Kronprinsesse Sofiesvej 35, 2000 Frederiksberg C, lokale A112. Link til netværkets seneste publikationer: <http://praktiskegrunde.dk/pg1-2-2015.html> Deltagelse er gratis. Tilmelding på: nela@phmetropol.dk

DSR Fonde og legater

Sygeplejerske Aase Jensens Fond

Fondens formål er at yde økonomisk støtte til: A. Sygeplejersker, der søger videreuddannelse inden for faget. B. Sygeplejersker til ferie- eller rekreationsophold. Ansøgning sker elektronisk på www.dsr.dk/legater fra den 19.10.2015 til den 6.11.2015. Svar på ansøgning gives inden for ca. 3 uger efter ansøgningsfristen.

Fællesfonden til husleje-hjælp - legat 1620

Fondens formål er at yde husleje-hjælp til sygeplejersker, herunder pensionerede sygeplejersker, der er medlemmer af Dansk Sygeplejeråd. Ansøgning skal ske elektronisk på www.dsr.dk/legater fra den 19.10.2015 til den 6.11.2015. Svar på ansøgning gives inden for ca. 3 uger efter ansøgningsfristen.

Fællesfonden for værdigt trængende sygeplejersker

Fondens formål er at yde økonomisk støtte til værdigt trængende sygeplejersker, der er medlemmer af Dansk Sygeplejeråd. Ansøgning skal ske elektronisk på www.dsr.dk/legater fra den 19.10.2015 til den 6.11.2015. Svar på ansøgning gives inden for ca. 3 uger efter ansøgningsfristen.

Karin Paludan Persson og Inger K. C. Nordetsgaards Fond

Fondens formål er fortrinsvis at yde støtte til videreuddannelse eller rekreation til skolesundhedsplejersker helst ansat i Frederiksberg Kommune eller til sundhedsplejersker. Støtte kan også anvendes til f.eks. socialt arbejde for børn i sådanne hjem, som sundhedsplejersker eller skolesundhedsplejersker måtte have kontakt med. Ansøgning skal ske elektronisk på www.dsr.dk fra 19.10.2015 - 6.11.2015. Svar på ansøgning gives ca. 3 uger efter ansøgningsfristen.

DSR Kredsmøde

Hovedstaden

Karriereafklaring for master og kandidater

Få sat ord på dine kompetencer og styrk dine muligheder for at tage gode valg for din karriere. For sygeplejersker der er master og kandidater eller i gang med at blive det.

Tid og sted:

5. november 2015 kl. 16:30 - 19:30

Kreds Hovedstaden, Frederiksborggade 15, 4.sal
Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Kom og mød LAFS - Landsforeningen af fleks- og skånejobbere

Foreningen vil fortælle, om deres arbejde i forhold til deres medlemmer, politisk m.m.

Tid og sted:

16. nov. 2015 kl. 13:00 - 16:00

Kreds Hovedstaden, Frederiksborggade 15, 4.sal, 1360 København K

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Pris:

Gratis

Yderligere info:

<http://lafs.dk/>

Sjælland

Julehygge

Bliv klar til 1. søndag i advent. Du og dine børn kan lave juledekoration, der er quiz og knas. Og du kan få svar på faglige spørgsmål eller få tjekket din lønseddel. Husk at skrive hvor mange børn du har med.

Tid og sted:

20. nov. 2015 kl. 14:00 - 18:00

Kreds Sjælland, Møllevej 15, 4140 Borup

Arrangør:

Kreds Sjælland

Tilmelding:

Senest den 13. november 2015

Pris:

Gratis

Yderligere info:

Tilmelding www.dsr.dk/sjælland under "Arrangementer"

ITALIEN HOS HANNE

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

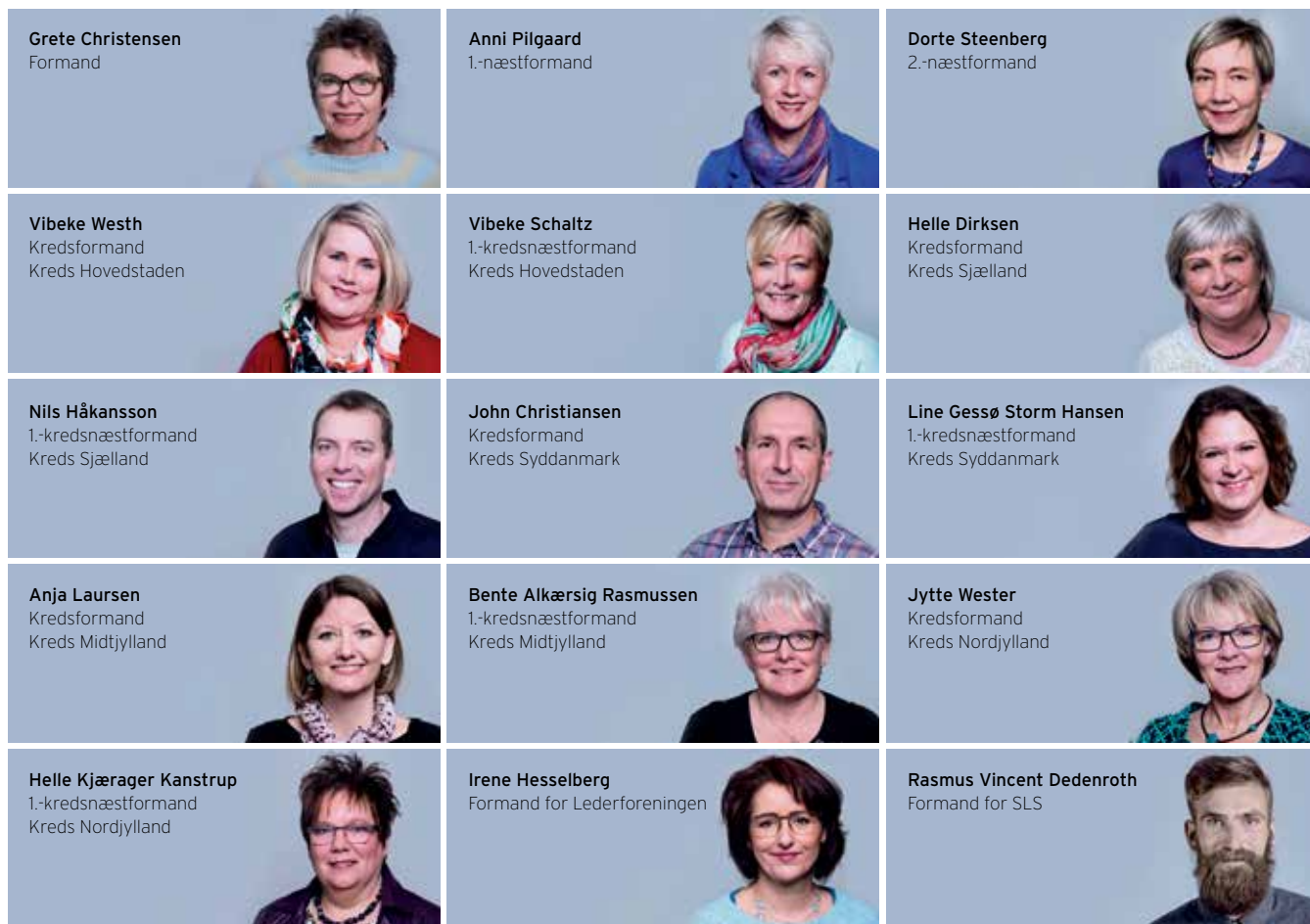
Eller nær TOSCANA, 2 naturskønne landhuse med pejsestue, køkken, 2-3 værelser, 2 wc og lille have. Udlejes hele året fra kr. 3.200/uge.

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

Familieweekend Vestfyn

Weekendophold max. 24 pers. 4 ferielejl., den ene med spiseplads til alle. Borde, stole, service, ovn, opvaskemask. osv. Idyllisk 4-længet stråtekt bondegård. Have med legeplads, boldspil, høns, kaniner, shelter, bålplads, ved Assens. Weekend kr. 5800,- www.kastanjegaarden.dk Tlf. 6471 5516 / 2015 1786.

DANSK SYGEPLEJERÅD
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
Bo Christensen
Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
Telefon: 4695 3900
www.dsr.dk/lederforeningen
lederforeningen@dsr.dk

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

Sygeplejeetisk Råd
Formand
Randi Bligaard
Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
www.sygeplejeetiskraad.dk

KREDS
HOVEDSTADEN

Kredschef
Anne Tovborg

Frederiksborggade 15, 4.
1360 København K
Telefon: 7021 1662
Fax: 7021 1663
www.dsr.dk/hovedstaden
hovedstaden@dsr.dk

Åbnings- og telefontider
Man, tirs, tors, fre
9.00-14.00
Ons 13.00-16.00

Lokalkontor
Haslevej 50
3700 Rønne
Telefon: 7021 1662
Fax: 5695 3812

Telefontid
Man, tirs, tors 9.00-12.00

Hjemmesiden indeholder
individuelle kontaktoplysninger
på kredsens medarbejdere
og formandskab.

KREDS
SJÆLLAND

Kredschef
Mads Hylgaard

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

Åbnings- og telefontider
Telefontid
Man, ons 9.00-14.00
Tirs, tors 13.00-16.00
Fre 9.00-13.00

Fremmede
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

