

**Fejlslagen prognose førte
til nedskæringer**

**Audit fungerer
som ledelsesværktøj**

SYGGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING  NR. 2 • 8. FEBRUAR 2016 • 116. ÅRGANG

**Har du råd
til at blive
gammel?**



**Telemedicin i Grønland
sikrer sundhed til alle**

**Stomisygeplejerske
forebygger indlæggelser**

LÆSERREJSE

Big Five-safari i Sydafrika

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

AFREJSE

29. AUGUST 2016

Kr. 13.998,-
(Ny pris)

Tillæg for enkeltværelse kr. 2.998

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

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

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

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

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



Inkl. hjælpension
på campen

Prisen inkluderer

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

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





Det Grønlandske Sundhedsvæsen

Kom til foredrag og hør om dine muligheder i Grønland!

Nu har du igen muligheden for at møde repræsentanter fra Det Grønlandske Sundhedsvæsen. Chef-sygeplejerske Ella Skifte og cheflæge Anne-Marie Ulrik vil være vært for en række aftens-arrangementer i tre danske byer i februar. Ud over at høre om dine muligheder i Grønland kan du høre om Det Grønlandske Sundhedsvæsen, dets visioner og de udfordringer sundhedsvæsenet står overfor.

Arrangementerne kommer til at foregå i:

SCANDIC AARHUS VEST:

Tirsdag 23/02, kl. 18:30 - 21:00

Rytoften 3

8210 Aarhus

COMWELL KOLDING:

Onsdag 24/02, kl. 18:30 - 21:00

Skovbrynet 1

6000 Kolding

SCANDIC SYDHAVNEN:

Torsdag 25/02, kl. 18:30 - 21:00

Sydhavns Plads 15,

2450 København SV

Arrangementerne er gratis men kræver tilmelding. Tilmeld dig og få flere oplysninger om programmet på www.gjob.dk ved at trykke på banneret "Kom og hør om dine muligheder i Grønland".



KORT

6 Kæmpestor fondsbevilling til forskning i sygepleje

Novo Nordisk Fonden donerer op til 37 mio. kr. til forskning i sygepleje.

TEMA OM PENSION

16 Har du penge nok, når du bliver gammel?

Mange, især yngre, sygeplejersker vil gerne spare mere op til pension. Og det kan være en god idé at spare ekstra op, hvis man vil have råd til en uændret livsstil som pensionist.

18 Sygeplejerskers pension rækker ikke til sus og dus

Sygeplejersker sparer generelt for lidt op til at få en uændret levestandard som pensionister. Hvis man vil leve, som man plejer, skal man spare ca. 15 pct. af sin fulde løn op igennem hele arbejdslivet. Sygeplejersker sparer i gennemsnit knap 12 pct. op.

24 Verdens bedste pensionssystem?

Det danske pensionssystem er kåret som verdens bedste. Men en million danskere har ikke klare incitamenter til at spare op eller blive lidt længere på arbejdsmarkedet. Heriblandt de fleste sygeplejersker.

BAGGRUND

30 Svært at spå - også om medicinalpriser

Udgifterne til medicin steg i 2015 kun halvt så meget som forventet, men prognosen fik konsekvenser i form af nedlagte senge og fyret sundhedspersonale.

34 Frontløber: Anne Thorsen forebygger indlæggelser af stomipatienter

Sygeplejerske fra akutteam i Haderslev tilser hver anden uge stomipatienter i eget hjem.

36 Til sidst måtte jeg sige: Din søn kan dø

Dansk sygeplejerske skriver rejsebrev fra Lesbos om sit frivillige arbejde med bådflygtninge.

38 På job: Nyt redskab inddrager borgerne i medicindoseringen

Borgerne gør det lettere for hjemmesygeplejerskerne i Odense Kommune at dosere medicin takket være et nyt arbejdsredskab, Medicinhjælperen.

40 Parentes: Til kamp mod nåleskræk

Personalet på Regionshospitalet i Randers anvender med succes en iPad til at aflede børnenes opmærksomhed ved f.eks. anlæggelse af venflon.

NYT FRA DSR - DIN ORGANISATION

46 Rehabilitering, når det er bedst

Morsø Afklaringscenter yder sundhedsfaglig behandling og pleje af borgere, som er for syge til at være hjemme, men ikke så syge, at de skal på sygehuset.

16



34



36



FAGLIG INFORMATION

- 54 **Praksissygeplejersker er rollemodeller under simulationstræning**
- 56 **Ortopædkirurgiske kræftpatienter har brug for ro og psykisk pleje**

FAG

- 58 **Audit er et vigtigt ledelsesværktøj**
Kvaliteten af den kliniske beslutningsproces øges, hvis der sættes fokus på den enkelte klinikers præstation.
- 64 **Otte temaer, som understøtter den nødvendige dokumentation**
250 sygeplejersker med vidt forskellig baggrund identificerede på en konference temaer for en forsvarlig dokumentation af sygeplejen.

TEMA OM ARKTISK SYGEPLEJE PÅ GRØNLAND

- 72 **Faglige udfordringer både tiltrækker og skræmmer**
For at trives i Grønland må sygeplejersker være parate til at tage ansvar og finde på utraditionelle løsninger.
- 77 **Telemedicin medvirker til lige adgang til sundhedsydelser**
I Grønland arbejder man med et telemedicinsk system hentet i Alaska. Erfaringen er, at telemedicin kræver ledelsesmæssig opbakning både i implementeringsfasen og i hverdagen.
- 82 **Store etiske udfordringer på ældre- og demensområdet**
Personalemedlemmer har ikke altid den nødvendige baggrund og viden, når de skal pleje mennesker med demens på alderdomshjem i Grønland.

I HVERT NUMMER

- 11 Kulturjournalen
- 12 Dilemma
- 8 + 15 Studerende i praksis
- 42 Boganmeldelser
- 45 5 faglige minutter
- 50 Debat/Navne
- 54 Fagtanker
- 57 Fra forsker til fag
- 86 Stillingsannoncer
- 89 Kurser/møder/meddelelser
- 91 Kontakt

Forsideillustration iStock

Sygeplejerskernes pension skal til debat

Sygeplejersker er blandt frontløberne på pensionsområdet og har siden 1958 været dækket af arbejdsmarkedspensioner. Det skal Dansk Sygeplejeråd fortsat stå vagt om.

Men der er også udfordringer. I dette nummer af *Sygeplejersken* kan du læse om, at mange sygeplejersker ikke har tilstrækkelig grund til at spare op til deres pension de sidste 5-10 år af arbejdslivet. Det skyldes, at mange sygeplejerskers opsparinger ligger på et niveau, hvor der vil blive modregnet i tillæggene til folkepensionen.

Det er vigtigt at bevare tilliden til vores pensionssystem, og derfor må vi prioritere at løse dette problem. Det skal kunne betale sig at indbetale til sin pension hele livet. Derfor er det også beklageligt, at man fra regeringens side har nedlagt Pensionskommissionen, der bl.a. skulle se på problemet med modregning.

Ingen ved, hvordan folkepensionen udvikler sig fremover. Derfor er det vigtigt, at vi som sygeplejersker sikrer os et passende indkomstgrundlag hele livet. Og derfor er der særlig grund til opmærksomhed for sygeplejersker, som arbejder på nedsat tid, og for dem, som oppebærer en stor del af lønnen som ulempeydelse som løntillæg for weekend-, aften- og nat-timer, hvor der ikke beregnes fuld pension.

Pensionen er en væsentlig del af lønnen, og derfor er det oplagt at drøfte vores prioriteringer i forbindelse med de næste overenskomstforhandlinger. Derfor skal vi have en styrket dialog om pension i Dansk Sygeplejeråd med sygeplejerskerne om pension, så de også i fremtiden er sikret et ordentligt og velfortjent levegrundlag efter et langt arbejdsliv.



Grete Christensen

Grete Christensen, formand

NÆSTE NUMMER UDKOMMER 29. FEBRUAR

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

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

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

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

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

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

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

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

Journalist
Anne Witthøft
 awi@dsr.dk
 Telefon: 4695 4108

Layouter
Ane Elbo Thorup
 aet@dsr.dk
 Telefon: 4695 4283

Journalist
Maya Bille
 mbi@dsr.dk
 Telefon: 4695 4119

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

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

Tryk
ColorPrint

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

Annoncer
Dansk 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

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

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

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.

Kæmpestor fondsbevilling til forskning i sygepleje

Novo Nordisk Fonden donerer op til 37 mio. kr. til forskning i sygepleje.

Tekst **Henrik Boesen**

Forskning i dansk sygepleje står til at få en gevaldig økonomisk indsprøjtning. Op til 37 mio. kr. fordelt på fem femårige forskningsprojekter er, hvad Novo Nordisk Fonden har besluttet sig for at donere. Beløbet er af en størrelse, der ikke tidligere er set inden for dansk sygeplejeforskning. Tildelingen sker på baggrund af, at fonden har erkendt, at forskning inden for dansk sygepleje efterhånden er oppe på et meget højt niveau:

”Det danske sygeplejeforskningsmiljø har nået en modenhed og kritisk masse, hvor der er en solid basis for at fremme sygeplejeforskning på en ny måde, der både kan skabe stabilitet og internationalisering,” forklarer forskningsleder, lektor Bente Appel Esbensen, formand for Udvalget for Sygeplejeforskning i Novo Nordisk Fonden.

Bente Appel Esbensen finder, at der i dag er etableret attraktive og anerkendte forskningsmiljøer rundt om i landet, og at flere spændende miljøer er under udvikling. Med etableringen af det nye forskningsprogram anser fonden, at selve forskningen vil komme i centrum:

”En længerevarende økonomisk støtte vil formentlig medføre, at projekternes fokus vil blive mere markant, idet sygeplejeforskere ikke behøver at indarbejde mange forskellige interessenters ønsker og forskellige rapporteringsprocedurer i deres projekter,” forklarer Bente Appel Esbensen.

Mulighed for store projekter

Formålet med Novo Nordisk Fondens forskningsprogram er at give talentfulde sygeplejersker med forskerledererfaring mulighed for at søge om større forsk-

ningsprojekter, der har værdi i en bred forskningsmæssig og klinisk sammenhæng. Forskningsprogrammet retter sig mod bedre behandlingsresultater for patienter og deres pårørende samt forskning i ledelse, organisation, forebyggelse, rehabilitering og lindring.

”Jeg har store forventninger til, at dette boost i økonomisk støtte til sygeplejeforskningen både vil have stor betydning for udvikling af god sygeplejeforskning, dygtige sygeplejeforskere, stimulerende forskningsmiljøer - og ikke mindst komme patienter til gavn og glæde,” siger Bente Appel Esbensen.

Meget stor anerkendelse

I Dansk Sygeplejeråd vækker den store forskningsbevilling glæde. Næstformand Dorte Steenberg anser den som en meget stor anerkendelse af sygeplejeforskningen og sygeplejeforskerne:

”Det vidner om, at forskningen har bevæget sig langt og har en meget høj kvalitet. Og muligheden for at søge til større projekter rummer potentialer for nye væsentlige projekter,” siger hun og tilføjer:

”Sygeplejen er en betydningsfuld del af den samlede sundhedsindsats, og derfor er det naturligvis vigtigt for patienter og borgere, at der er gode økonomiske muligheder for forskning indenfor sygeplejen.”

Oplysninger om opslaget, ansørgvejledning mv. findes på www.novonordiskfonden.dk Frist for at indsende tilkendegivelse af interesse er torsdag den 7. april kl. 16.00.



Sygeplejersker sparer i gennemsnit for lidt op til deres alderdom. Til gengæld tilskynder det danske pensionssystem ikke mellemkomstgrupper, som sygeplejersker, til at spare op, fordi de bliver straffet med modregning. Læs tema om pension på side 16.

Små børn skal hoppe, lege og tumle

Sundhedsstyrelsen har nu også udarbejdet anbefalinger om fysisk aktivitet for børn mellem 0-4 år. Tidligere er styrelsen kommet med anbefalinger om fysisk aktivitet for voksne og børn mellem 5-17 år. Til forskel for anbefalingerne til de større børn sætter de nye anbefalinger ikke tid på, hvor meget de små skal være aktive. Det skyldes, at forskningen på området ikke er så langt endnu, at man kan fastsætte, hvor lang tid de små børn bør bevæge sig om dagen, eller hvor lang tid de højst bør bruge på stillesiddende aktiviteter som TV, tablets og computer. Anbefalinger-

ne er delt op i to til børn hhv. under og over ét år, hvor det overordnede råd for begge er, at små børn skal have mulighed for at bevæge sig så meget som muligt. Målgruppen for anbefalingerne er forældre og andre - f.eks. sundhedsplejersker - som har indflydelse på små børns muligheder for bevægelse.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger rummer også en litteraturgennemgang med titlen "Sundhedsmæssige effekter af fysisk aktivitet og stillesiddende tid hos 0-4-årige børn". Læs mere på www.sst.dk (sbk)



Tal med den vanskelige patient

Trine Stine Hanner, sygeplejestuderende på modul 8, UC Diakonissestiftelsen

Nattevagterne benævner patienten som vanskelig, råbende og ikke til at kommunikere med. En sygeplejestuderende spørger direkte: "Hvorfor råber du sådan?" Hun får et ærligt og brugbart svar.

I min klinik på modul 4 oplevede jeg en situation med en kvindelig patient, jeg tit tænker tilbage på. Episoden foregik en morgen, hvor jeg mødte ind og fik tildelt en stue - ligesom alle andre dage. Jeg fik at vide, at en af patienterne, som lå på stuen, havde været meget urolig om natten og ligget og råbt, så de andre patienter var blevet forstyrret. Derfor blev det hurtigt arrangeret, at den "vanskelige patient" skulle placeres på en enestue, så snart der var én ledig. Desuden var patienten svær at kommunikere med, da hun var udenlandsk.

Hele formiddagen gik jeg på stuen, som jeg var blevet tildelt. Jeg hjalp patienterne med personlig hygiejne, målte værdier, redte senge, og hvad der ellers skulle gø-

res. Den vanskelige patient var endnu ikke blevet overflyttet til enestue, men hun forholdt sig roligt, og jeg havde svært ved at genkende nattevagternes oplevelse med hende. Jeg kommunikerede med hende flere gange i løbet af morgenen, selvom det var svært at få en længere samtale ud af det, idet hun kun kunne forstå og tale en smule dansk.

Efter min formiddagspause var den vanskelige patient flyttet til enestue. Hun var blevet meget urolig og lå og råbte, så hele afdelingen kunne høre det. Jeg gik ind til hende, og med ét var hun stille igen. Jeg tog en stol og satte mig ved siden af hendes seng. Jeg lagde en hånd på hendes skulder og spurgte: "Hvordan kan det være, at du ligger og råber på den måde?" Patienten forstod tydeligvis mit spørgsmål og svarede: "Bange, når jeg er alene."

Episoden har senere fået mig til at reflektere over, hvor meget det kan betyde at lægge sin forforståelse fra sig. Ud fra

nattevagternes information havde jeg fået en opfattelse af, at den vanskelige patient var sur og trodsig, men i virkeligheden lå der en helt anden forklaring til grund for hendes opførsel. Min refleksion har ført mine tanker hen på forskellige teorier fra min undervisning, som bl.a. har omhandlet det at spørge åbent ind til patienten og forsøge at undgå forudfattede forståelser og meninger. Oplevelsen bekræftede desuden, hvor vigtigt det er ikke at distancere sig fra den vanskelige patient og at turde indgå i en samtale, trods kommunikationsbesvær.

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

Underernæring skal bekæmpes med seks nye anbefalinger

Hver femte indlagte patient er i risiko for underernæring. Nu har Forum for Underernæring - herunder Dansk Sygeplejeråd - præsenteret seks anbefalinger til bekæmpelse af problemet.

Tekst **Andreas Rasmussen**

Ifølge en undersøgelse fra Kost- og ernæringsforbundet er 20 pct. af de indlagte patienter i risiko for at blive underernærede, mens det gælder for helt op til 60 pct. af brugerne af hjemmeplejen. Nu har 17 organisationer, heriblandt Dansk Sygeplejeråd, slået sig sammen for at dæmme op for problemet med underernærede patienter. Den nye sammenslutning hedder Forum for Underernæring, og den har præsenteret seks forslag til, hvordan underernæring kan bekæmpes.

"Som sygeplejersker ved vi, at ordentlig ernæring er helt centralt for både forebyggelse og behandling af sygdomme. Desværre er der store problemer med ældres underernæring, både på hospitalerne og derhjemme," siger formand for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen.

Hun mener, at sygeplejersker mangler tid til at sikre patienterne den rette ernæring. "Sygeplejerskerne skal løfte flere arbejds-

opgaver på den samme tid, bl.a. fordi de efterhånden er blevet pålagt omfattende mængder dokumentation. Det betyder, at de bliver tvunget til at prioritere deres tid, og det går bl.a. ud over arbejdet med at forhindre underernæring," siger hun.

Grete Christensen fremhæver især punkt 2 i anbefalingerne som vigtigt for sygeplejersker.

"Der skal iværksættes en indsats over for den enkelte, umiddelbart efter at underernæring er identificeret - fordi en tidlig indsats over for den enkelte, som er i risiko for underernæring eller er underernæret, er påkrævet."

De seks råd er sendt til relevante politikere i både kommuner, regioner og i Folketinget.

Organisationen Landbrug & Fødevarer huser sekretariatet for Forum for Underernæring. Læs mere om arbejdet på www.lf.dk > søg på "underernæring".

De seks anbefalinger til politikerne

1. Nationale data på forekomst og udvikling af underernæring og mål for nedbringelse af underernæring er nødvendige.
2. Der skal iværksættes en indsats over for den enkelte, umiddelbart efter underernæring er identificeret.
3. Lovgivningen skal afspejle, at maden, ernæringen og måltidet er et grundlæggende og centralt element i forebyggelses-, behandlings- og genoptrænings- eller rehabiliteringsforløb.
4. Økonomiske incitamentsstrukturer skal understøtte en sammenhængende indsats mod underernæring på tværs af sektorer.
5. Borgeren skal være i centrum for maden og måltidet.
6. Oplysningskampagne skal gennemføres.

” Jeg er nervøs for, at det personale, som tager sig af de demente, ikke tør bruge tvang, når det er nødvendigt. Der er desværre ofte situationer, hvor de af uvidenhed eller af frygt for at blive klaget over og hængt ud i pressen er tilbageholdende med at drage den nødvendige omsorg.

Direktør for Alzheimerforeningen, Nis Peter Nissen, i Kristeligt Dagblad den 28. januar 2015.

Slut med at ryge i hjemmeplejen

Fra den 1. august 2016 må hverken sygeplejersker, pædagoger, skolelærere eller resten af de 1.700 kommunalt ansatte i Odder Kommune ryge en cigaret i arbejdstiden. Rygestoppet skal signalere, at kommunen er en sund kommune, og at man følger med tidens trend, skriver Kommunernes Landsforenings blad Danske Kommuner. Odder Kommune er den fjerde kommune, som indfører totalt rygeforbud for

de ansatte. Ifølge Kræftens Bekæmpelse har Struer, Middelfart og Fredensborg Kommune allerede indført fuldstændigt rygeforbud i arbejdstiden. 10 andre kommuner har røgfri arbejdstid med undtagelser. En undtagelse kan f.eks. være en ordning, hvor medarbejderne kan flekse ud og dermed selv betale deres rygepauser.

(sbk)



Patienterne kan ikke sætte farten op

Da Dansk Sygeplejeråds debatbog om fabrikstankegangen i den offentlige sektor blev præsenteret på Christiansborg, trådte en sygeplejerske op på talerstolen og fortalte om virkeligheden på en søndagsvagt.

Tekst **Lotte Havemann** Foto **Simon Klein-Knudsen**

Sygeplejerske Solveig Olafsdóttir havde sin egen historie med fra virkelighedens sygehusgang, da debatbogen fra Dansk Sygeplejeråd, "Bladet fra munden - mod og vilje til et godt arbejdsliv", blev offentliggjort på en konference på Christiansborg den 21. januar. Bogen sætter fokus på det måletyranni, der præger den offentlige sektor.

Solveig Olafsdóttir fortalte, hvordan hun de seneste 10-15 år har oplevet, at fokus i sundhedsvæsenet er blevet rettet mod økonomi og effektivisering uden at skele til den menneskelige side af sagen for patienter, pårørende og personale. Hun be-

skrev situationen på én af sine aftenvagter på en medicinsk afdeling:

"Afdelingen er normeret til 20 patienter, men i dag er der 26. Ikke noget særsyn. Og der indkaldes ikke ekstra personale, selvom belægningen er mere end 25 pct. over normen. Dagholdet er langt fra færdige med deres arbejde - kl. 14 er medicinen ikke givet, drop med væske er løbet tør, og der er stadig stuegang. Allerede da vi møder, står de pårørende nærmest i kø for at få hjælp til deres indlagte familimedlemmer. Mange er kedede af det - de føler sig glemte og oversete," fortalte hun.

Solveig Olafsdóttir ridsede op, hvor syge og plejekrævende patienterne på afdelingen var, og hvordan de bl.a. manglede hjælp til at spise, måtte vente uacceptabelt længe med at komme på toilettet, ja, generelt blev glemt i travlheden. Hun nævnte også den unødvendige dokumentation og det høje arbejdstempo, som ikke levnedde meget tid til omsorg og snak med patienterne.

Ikke en pølsefabrik

"Det slider på krop og sjæl at arbejde under disse forhold, og det er dybt frustrerende ikke at kunne gøre sit arbejde ordentligt. Selv-

Film



Foto: Focus Features

"Den danske pige" er instrueret af Tom Hooper og delvist optaget i København.

Verdens første kønsskifteoperation

Lili Elbe bliver født som Einar Wegener i Vejle i 1882. Han møder Gerda Gottlieb på kunstakademiet i København. De forelsker sig, bliver gift og lever som kunstnere. En dag, hvor Einar skal stå model for Gerda i kjole, dukker Einars sande jeg, Lili, op. Efter den første forvirring accepterer Gerda Lili, men omverdenen er ikke så forstående. Parret drager til Paris, hvor Lili kan udleve sin identitet. Men parykker og kjoler er ikke nok, så Lili opsøger en tysk læge, som indvilliger i at gennemføre verdens første kønsskifteoperation. Det danske pars kærlighedshistorie er tidligere udgivet som bog og nu omsat til filmen "Den danske pige".
Premiere den 4. februar. Biografer i hele landet.

Teater

Hvem spiller ud?

"Hvem spiller ud?" er en bittersød komedie om to ældre mennesker, der møder hinanden på et plejehjem. De udveksler tanker om deres fortid, mens de spiller kort. Men det, der skulle være en harmløs adspredelse, bliver til et komisk og grotesk drama. Under overfladen gemmer der sig nemlig betydelige fortrængninger. HUN sminker sin historie, og HAN beretter om sine tidligere forretningsmetoder og afslører et voldsomt temperament. De medvirkende er Susanne Heinrich og Peter Schrøder.
Premiere den 19. februar på Vendsyssel Teater i Hjørring.

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.

Sygeplejerske Solveig Olafsdottir fortalte om konsekvenserne af new public management-mentaliteten sundhedsvæsenet. Hun talte til de mere end 100, der deltog på en konference på Christiansborg, hvor Dansk Sygeplejeråds debatbog om den offentlige sektor blev offentliggjort.



om jeg kan løbe nogle procent hurtigere, kan jeg jo ikke kræve, at gamle fru Petersen også skal sætte farten op," sagde Solveig Olafsdottir, som også opponerede mod, at "sundhedsvæsenet drives som en pølsefabrik".

"Vi bliver i stigende grad målt mere på antallet af patienter igennem systemet end den kvalitet, vi leverer. Vi bliver målt på let målbare ydelser, mens de komplekse opgaver - og den relationelle og kommunikative praksis - ikke tæller i det store regnskab. Det passer rigtig dårligt til arbejdet med mennesker."

Økonomisk og menneskeligt dyrt

Grundlæggende tror Solveig Olafsdottir ikke, at man sparer meget, når sundhedsvæsenet primært styres af en økonomisk tænkning, som "ikke tager hensyn til menneskers forskellighed og vigtigheden af trivsel for både patienter, pårørende og personale."

Hun pegede på risikoen for fejl og utilisgitede hændelser, når personalet har for travlt, samt manglende kommunikation og

psykisk støtte, der risikerer at forlænge patienternes forløb. Og på de undersøgelser, der viser en sammenhæng mellem god bemanding og lav dødelighed på hospitalsafdelinger.

Hun medgav, at sygehuse skal være økonomisk ansvarlige, men at når man sætter formler og standarder på sygehusbehandling, risikerer man at miste detaljer, som netop betyder, at patienterne får det maksimale udbytte af behandling og pleje:

"Jeg tror, det stærke fokus på økonomi, produktivitet og målbare elementer kan være dyrt både økonomisk og menneskeligt."

Hun mente, at sundhedspersonalet kunne have været inddraget mere i strategien for sundhedsvæsenet, men vendte også blikket indad:

"Som fagprofessionel oplever jeg, at vi ikke har formået at bruge vores faglige argumenter i udviklingen af sundhedsvæsenet - vi er blevet løbet over ende af new public management, Den danske kvalitetsmodel, standarder og anden management-tankegang."

Det er vægten, der bestemmer

Tekst **Julie Dupont, Sanne Jamili, Line Thulstrup, Nete Stubbkær og Julie Kilden Nielsen**, sygeplejestuderende på modul 9, VIA Sygeplejerskeuddannelsen, Campus Aarhus

Illustration **Pia Olsen**

En ung kvinde er svært syg af en spiseforstyrrelse, men har skrevet under på at indgå i et specifikt program på den afdeling, hvor hun er indlagt. Hun føler sig ikke parat til at følge programmet, men der er ingen vej udenom.

Ea, som er i 20'erne, har været syg med svær anorexia nervosa i mange år. Hun er aktuelt indlagt på en specialafdeling. Ved indlæggelsen skal patienterne underskrive informeret samtykke til behandling om bl.a. at indgå i et miljøterapeutisk forløb, kaldet faseprogrammet. Men spørgsmålet er, om Ea ved, hvad hun samtykker til, og om hun reelt er selvbestemmende. Hun er meget påvirket af sin sygdom og vejer 42 kg trods sine 170 centimeter. Efter tre uger er Eas vægt steget nok til, at hun er i fase 2 i behandlingen. Ifølge faseprogrammet er hun klar til at blive sendt hjem på weekend. Mens Ea har været indlagt, er der opstået konflikter i hjemmet, og de trykke rammer er brudt. Kaos i hjemmet gør, at Ea ikke vil hjem, da hun ikke tror, hun kan få den støtte og hjælp, som er nødvendig for hende. Alligevel bliver hun sendt på weekend. De ændrede forhold i hjemmet betyder imidlertid, at præmissen for hendes skriftlige samtykke til at følge faseprogrammet er ændret, og man kan undre sig over, at vægten alene skal bestemme, hvilken fase Ea kommer i, og dermed hvilken behandling hun modtager.

- Hvordan kan det forsvares at sende Ea hjem på weekend?
- Vurderer I, at Ea reelt har givet samtykke, og at hendes autonomi er intakt, da hun skriver under? På hvilken baggrund?

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

Svar 1. Det kliniske team må have vurderet, at en hjemsendelse vil være det fagligt korrekte valg. Samtykket til behandlingsforløbet afgives juridisk af en kompetent, habil person, da denne ikke har fået tildelt en værge. Etisk er det ofte et spørgsmål, om patienten helt kan gennemskue konsekvenserne af sit valg, men i dette tilfælde ser det ud til, at patienten er i stand til dette. Derfor bør patientens valg accepteres både ved indledning af behandlingsforløbet og senere, når patienten ikke ønsker at følge teamets anbefalinger. En autonom, kompetent patient har ret til at fravælge den fagligt set bedste behandling. Hvis valget afstedkommer en belastning, som afdelingens ressourcer ikke kan honorere, skal patienten informeres om dette, men også om, at teamet samtidig ikke finder det faglige tilbud uforsvarligt. Hvis ressourcerammen presser teamet fagligt, må dette forelægges ledelsen.

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

Svar 2. Forudsætningen for en vellykket behandling af anoreksi er, at der kan opbygges en terapeutisk alliance. En forudsætning for denne alliance er, at Ea kender planerne for sin behandling, og at personalet og forældrene støtter hende og holder aftaler. I Eas tilfælde er hjemmesituationen ustabil, hvilket gør, at hun er i en særlig sårbar situation. Ea er et voksent, selvstændigt individ og skal jf. sundhedsloven informeres og give sit samtykke til behandlingen. Til trods for at Ea er meget påvirket af sin sygdom, vil jeg antage, at den behandlingsansvarlige læge har vurderet, at Ea ikke er psykotisk, men stabil og derfor kan give sit samtykke til behandlingen. Karakteristik for en ung, som lider af anoreksi, er, at den unge har svært ved at tage ansvar for omsorgen for sig selv. Derfor er en del af behandlingen at give ansvar tilbage til den unge ved at fastholde aftaler under henvisning til det informerede samtykke og herved vise hensyn til den unges patients integritet og værdighed.

Af Hanne Reinhold Juul, leder af Specialteamfunktionen, Psykiatrisk Afdeling Esbjerg, Lokalpsykiatri Esbjerg, medlem af Sygeplejeetisk Råd, www.dsr.dk/ser



Hjertepatienter loves hurtig behandling på Danmarks første brystsmerteklinik

Nordsjællands Hospital åbner en brystsmerteklinik med et helt særligt hjerte-setup, der giver mulighed for hurtigere og mere målrettet behandling til patienter med akut opståede bryst smerter. Klinikken er Danmarks første fremskudte brystsmerteklinik og bemandet af både akut- og hjertesyggeplejersker. Den særlige bemanding med sygeplejersker fra både

akut- og hjerteafdelingen skal give hurtigere behandling og afklaring samt udnytte hospitalets ressourcer bedre.

Samarbejdet mellem de to sygeplejerskegrupper betyder, at patienter med mistanke om blodprop i hjertet allerede ved akutmodtagelsen møder de sygeplejersker, der er eksperter på området. Samtidig kan patienter uden for

risikozonen få hurtigere afklaring og dermed undgå psykisk belastende og dyre indlæggelser. Erfaringer fra Tyskland viser, at patienterne har gavn af den nye type organisering, og at behandlingen i yderste konsekvens kan redde liv. Klinikken slår dørene op den 1. februar 2016.

(mb)

Telefonopkald betyder større chance for røgfrihed

Chancen for at stoppe med at ryge er dobbelt så stor, hvis man bliver ringet op af en rygestoprådgiver, som hvis man selv skal gøre noget aktivt for at blive røgfri. Det viser et nyt studie foretaget af Center for Interventionsforskning ved Statens Institut for Folkesundhed, der netop er publiceret i det anerkendte internationale tidsskrift *Addiction*.

"Vi ved, at det hjælper at have eksempelvis venners og families opbakning, når man skal bevare motivationen for et rygestop, men undersøgelsen peger på, at dét at tale med en professionel rådgiver også gør en forskel," siger en af forskerne bag undersøgelsen, ph.d.-studerende Lise Skov-Ettrup,

i Statens Institut for Folkesundheds pressemeddelelse.

I forsøget deltog lidt over 1.800 danske rygere. Alle deltagerne røg hver dag og havde i gennemsnit røget over 30 år, da forsøget gik i gang.

Telefonrådgivningen blev gennemført af rådgivere fra det landsdækkende rygestoptilbud, Stoplinien, i samarbejde med Sundhedsstyrelsen. Undersøgelsen er finansieret af Kræftens Bekæmpelse.

Læs mere på www.si-folkesundhed.dk > Ugens tal for folkesundhed > Uge 4 2016

(sbk)

Sygehuse henviser vidt forskelligt til genoptræning

Landets sygehuse har forskellig praksis for, hvor ofte de henviser en patient til genoptræning. På nogle sygehuse har en patient, efter samme operation, otte gange større sandsynlighed for at få genoptræning end på andre sygehuse. Det viser en analyse foretaget af KORA. Ifølge analysen bliver der generelt visiteret mange patienter til genoptræning, men der er store forskelle sygehusene imellem, også inden for samme region. KORA har undersøgt de tre områder muskel- og skeletlidelser, neurologi og kardiologi, og især ved hofte- og knæoperationer er der store forskelle. Eksempelvis får 96 pct. af patienterne på Hvidovre Hospital tilbudt genoptræning efter en hofteoperation, mens det kun er 13 pct., der får tilbudt genoptræning efter en hofteoperation på Hospitalsenhed Midt.

Læs mere i rapporten "Udviklingen i antallet af genoptræningsplaner" via KORA.dk > Nyt og presse > Nyheder > 2016

(mb)

Amerikanere inspireret af nordjysk ældrepleje

En amerikansk delegation, som bl.a. tæller repræsentanter fra nogle af de største udbydere af ældrepleje i USA, besøgte i januar "Fremtidens Plejehjem" i Nørresundby og Center for Velfærdsteknologi i Aalborg for at blive klogere på dansk ældrepleje. Delegationen interesserede sig for, hvordan velfærdsteknologi kan styrke ældres selvbestemmelse og muligheder for at leve en selvstændig tilværelse.

England stiller nye sprogkrav til sygeplejersker

Danske sygeplejersker, der vil arbejde som sygeplejerske i England, skal fremover bevise, at de håndterer sproget flydende. Det har tidligere været reglen for alle læger og for sygeplejersker uden for EU, som ville arbejde i England, men nu gælder det også for sygeplejersker, som er EU-borgere. Hvis man ikke har bevis for tilstrækkelige engelskkundskaber, skal man gennemføre en test i engelsk med henblik på høre- og læseforståelse. Det skriver avisen Dagens Medicin i Sverige.

4.000 tilfælde af infektion med zika-virus i Brasilien

På blot fire måneder er der konstateret mindst 4.000 tilfælde af mikrocefali i Brasilien, og zika-virus fra myg er under mistanke. Mikrocefali forårsager svære hjerneskader på fostre. Mindst 1,3 millioner brasiliere er smittet med zika, hvilket gør Brasilien til det land, som er hårdest ramt i Latinamerika. Indtil for få år siden fandtes zika kun i Afrika, men har nu bredt sig til 21 lande i Sydamerika. Forskere arbejder på at finde en vaccine, skriver Kristeligt Dagblad.

Sundhedsdirektører: Giv sygeplejersker ret til at ordinere medicin

En ny rundspørge blandt landets 98 kommunale sundhedsdirektører viser, at der er bred opbakning til at give sygeplejersker med specialkompetencer ret til at ordinere medicin inden for afgrænsede områder.

Tekst **Kristine Jul Andersen**

Kommunale sygeplejersker med den rette videreuddannelse skal kunne ordinere medicin i begrænset omfang. Det mener 49 ud af 58 kommunale sundhedsdirektører ifølge en rundspørge, Dansk Sygeplejeråd har foretaget. Seks er uenige, og tre ved det ikke. De resterende 40 sundhedsdirektører har ikke svaret på undersøgelsen.

"Det vil give sygeplejerskerne mulighed for at handle hurtigt og rettidigt i forhold til at forebygge indlæggelser. Men det er vigtigt, at der er tale om sygeplejersker med specialkompetencer, og at der er tale om afgrænsede områder," lyder det fra sundhedschefen i Bornholms Kommune, Trine Dorrow.

Direktør for ældre og sundhed i Hillerød Kommune, Vibeke Abel, supplerer:

"Det er en forudsætning for at få det nære sundhedsvæsen til at fungere, og det er eneste mulighed for en god service til borgerne."

Behov for specialistuddannelse

Formand for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, ser den brede opbakning fra sundhedsdirektørerne som en understregning af, hvor stort behovet rent faktisk er.

"Det handler om at give den bedste pleje og behandling til patienten. Og det bliver besværliggjort, når en sygeplejerske eksempelvis ikke må give en patient en Panodil eller fortsætte behandlingen til en kendt diagnosticeret patient uden at skulle have fat i en læge først," siger hun og fortsætter:

"Men det helt afgørende er, at der bliver gjort en særlig indsats for at styrke det nære sundhedsvæsen. Og det sker bl.a. ved at løfte noget af sygeplejerskernes kompetenceniveau via en specialistuddannelse. Den skal ruste dem til de stadig mere komplicerede opgaver, der kommer i takt med, at vi får flere ældre, der lider af flere kroniske sygdomme, men også fordi mange borgere er mere plejkrævende, når de udskrives fra hospitalerne."

Sygeplejersker erstatter ikke læger

Lægeforeningens næstformand Michael Dupont kritiserer i Dagens Medicin forslaget, fordi han ikke mener, man kan opkvalificere sygeplejerskerne til opgaven. Men det afviser Grete Christensen.

"I en række andre lande uddanner man sygeplejersker til at ordinere et begrænset antal præparater. Det har været en succes i lande som Holland, Finland, England, Canada og New Zealand. Hvorfor udnytter vi ikke også sygeplejerskernes kompetencer bedre i Danmark?" spørger Grete Christensen i Dagens Medicin, hvor hun også understreger, at sygeplejersker ikke skal erstatte lægerne.

"Patienten skal stadig gå til kontrol hos sin læge måske en gang om året, eller hvis der sker forandringer i helbreds-tilstanden. Men man kan med fordel uddanne sygeplejersker til at ordinere medicin til kroniske patienter indenfor et afgrænset område."

Min vejleder gjorde min interesse for psykiatrien endnu større, idet hun tog sig tid til at have en studerende. Det har indebåret masser af refleksionstid, kompetenceudvikling og humor og givet mig mulighed for at koble teori og praksis.

Jeg er gået glad i praktik hver dag

Christine Mortensen, sygeplejestuderende på modul 10, University College Lillebælt

Arkivfoto iStock

I lokalpsykiatrien er der en positiv tilgang til studerende, som smitter af på hele praktikperioden og styrker interessen for psykiatri.

Tirsdag morgen: "Når dagen er gået, er der kun tre dage til weekend". Tirsdag formiddag:

"KI. 11.00, så der er kun fire timer tilbage". Disse tanker har en del studerende erfaringer med, men er det nødvendigt at have dem, og hvad skal der til for at ændre dem?

I forbindelse med studerendes praktikperioder kan der forekomme nervøsitet og forventningspres, og derfor kan forskellige faktorer påvirke forløbet i både positiv og negativ retning. Såvel den studerendes holdning og tilgang til det nye praktiksted som praktikstedets tilgang til nye studerende spiller en væsentlig rolle for praktikperiodens forløb.

I mit praktikforløb i lokalpsykiatrien følte jeg mig imødekommet og accepteret af en stor del af fællesskabet, ikke kun af min vejleder, men af alle; søde sekretærer, so-

cialrådgivere, sygeplejersker, overlægen og afdelingssygeplejersken. Alle har haft et stort engagement og lyst til deres arbejde, hvilket har smittet af på mig som studerende. Jeg er gået glad i praktik hver dag, og jeg har ikke på noget tidspunkt talt timer eller dage til weekend eller slutningen af praktikken. Det har jeg ikke oplevet i mine tidligere praktikker. Jeg er sikker på, at det skyldes, at alle kollegaer har været åbne, imødekommende og hjælpsomme på hver deres måde. Derudover har min vejleder gjort min interesse for psykiatrien endnu større, idet hun har taget sig tid til at have en studerende. Det har indebåret masser af refleksionstid, kompetenceudvikling og humor og givet mig mulighed for at koble teori og praksis.

Vi var udekørende, hvilket betød, at vi brugte køretiden til refleksion. Det indebar bl.a., at jeg fortalte om mine observationer, så samtalerne kunne ende med, at jeg skulle læse op på en sygdom til dagen efter for at opnå en bedre forståelse for patienten, hans symptomer og behandling.

Jeg vil gerne sætte fokus på, at alle kollegaer på tværs af faggrænser på et praktiksted er med til at påvirke den studerendes ophold. Netop dette praktiksted har givet mig en stor indsigt i, hvordan jeg vil være som færdiguddannet sygeplejerske, når jeg møder studerende og patienter; imødekommende og med tillid uanset funktion og uddannelse. Det grundlæggende i arbejdet med mennesker er at se og styrke deres ressourcer, så de får mulighed for at udvikle sig selv og deres faglige kompetencer.

Lokalpsykiatrien har en god tilgang, holdning og struktur i forhold til de studerendes forløb, som andre kunne blive inspireret af.

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

Har du penge nok, når du bliver gammel?

Mange sygeplejersker – navnlig de yngre – vil gerne spare mere op til pension. De frygter at komme til at mangle penge i alderdommen og er usikre på, om folkepensionen består, viser en ny spørgeundersøgelse fra pensionselskabet PKA. Og faktisk kan det være en god idé at spare ekstra op, hvis du vil have råd til en uændret livsstil som pensionist. For hvis du sparer op som gennemsnittet af sygeplejersker, har du ikke udsigt til en alderdom på samme levestandard. Medmindre du har ekstra værdier i baghånden såsom aktier eller et sommerhus, der kan sælges.

Tekst Marianne Bom
Illustration istock / Sasja Hermansen



Sygeplejerskers pension rækker ikke til sus og dus

Sygeplejersker sparer generelt for lidt op til at få en uændret levestandard som pensionister. Hvis man vil leve, som man plejer i den tredje alder, skal man spare omkring 15 pct. af sin fulde løn op igennem hele arbejdslivet. Sygeplejersker sparer i gennemsnit knap 12 pct. op, og det rækker ikke til megen luksus i alderdommen.

Tekst Marianne Bom
Illustration istock / Sasja Hermansen

Vil du spare mere op til pensionen? Det spørgsmål har pensionselskabet PKA stillet 1.200 sygeplejersker for at få at vide, om de er interesseret i at høre mere om mulighederne for at sætte flere penge til side.

Ja, vi vil spare mere op, lyder svaret fra godt hver fjerde sygeplejerske. Blandt de yngre – dem under 45 år – er interessen størst. Næsten halvdelen af de yngre vil gerne spare mere op, og det vil de, fordi de er usikre på, om der findes folkepension, når de bliver gamle. De er mest tryk ved at spare mere op selv, og de frygter at mangle penge i alderdommen, oplyser de i en ny spørgeundersøgelse fra sygeplejerskernes pensionselskab PKA.

Og bekymringen for at savne penge i alderdommen er ikke grebet ud af den

blå luft, siger medlemschef Britt Brandum fra PKA.

”Sygeplejersker har haft fornuftige pensionsordninger i mange år, og de sparer i gennemsnit 11,9 pct. af deres samlede løn op til pension. På den baggrund er der ingen grund til direkte at frygte fremtiden. Men 11,9 pct. er relativt lidt, hvis man som pensionist gerne vil have en uændret levestandard. Man skal spare 15 pct. af hele lønnen op gennem 40 år for at opnå samme levestandard som pensionist, som man havde, da man arbejdede,” siger Britt Brandum.

Det kan selvfølgelig være forskelligt fra person til person, hvordan man gerne vil leve, når man bliver gammel. Nogle kan leve på en sten, men mange ønsker – særligt når pensionsalderen nærmer sig – at

Sådan tjekker du din pension

Hvordan ser din pensionsopsparing egentlig ud, og hvor langt rækker den? På hjemmesiden pensionsinfo.dk har pensionsbranchen og det offentlige samlet alle dine pensionsordninger, så du kan få et overblik. Hvis du skal have helt præcise oplysninger om din opsparing og vilkår, skal du logge på det enkelte pensionselskabs hjemmeside. De fleste sygeplejersker har hovedparten af pensionen i PKA. På PKA.dk præsenteres alle medlemmer fra april for et hurtigt overblik over, hvor godt pensionen dækker i forhold til den nuværende indkomst.



have råd til det samme som før, oplyser Britt Brandum.

Ekstra indbetaling er "småtterier"

De yngre sygeplejerskers ønske om at spare mere op er typisk for vores tid, fortæller administrerende direktør Kim Valentin fra det uafhængige rådgivningsfirma Finanshuset i Fredensborg. Generelt er det sådan, at yngre generationer er mest indstillet på at spare op, selv om de lidt ældre er tættere på behovet for pengene.

"At de yngre er mest minded for opsparing, skyldes den usikkerhed, der er omkring værdien af din opsparing og folkepension. Flere og flere tænker i alternativer til folkepension, og det er fornuftigt, for ingen ved jo, hvordan den offentlige pension udvikler sig i fremtiden," siger Kim Valentin.

Endnu er sygeplejerskernes ønske om at spare mere op ikke slået voldsomt igennem i handling. Det er ifølge PKA stadig "småtterier", sygeplejersker indbetaler ekstra ud over den pension, der trækkes automatisk fra lønnen som følge af overenskomsten. Til gengæld er denne opsparing steget fra en årlig, gennemsnitlig indbetaling på 17.600 kr. i 2000 til 28.700 kr. i 2015. Det svarer til en stigning på 25 pct. i købekraft, dvs. at tallet er "renset" for betydningen af prisstigninger. Men samlet er PKA's konklusion altså, at sygeplejersker i gennemsnit ikke har særligt meget mere end de 11,9 procent, som spares op via lønnen.

Sygeplejersker i en "sur-sød" situation

Hvad batter sådan en opsparing så? Jo, hvis du sparer op som gennemsnittet, kan

” Flere og flere tænker i alternativer til folkepension, og det er fornuftigt.

Kim Valentin, direktør,
Finanshuset i Fredensborg.

du se frem til at få ca. to tredjedele af din nuværende indtægt før skat, når du bliver gammel. Du har selvfølgelig mere, hvis du har andre værdier at supplere pensionsopsparingen med. Det kan være en mand, der vil dele sin pension med dig. Eller værdier, der kan sælges eller belånes: værdipapirer, smykker, bolig eller sommerhus. Eller en arv, du er helt sikker på at få.

Sagt på "pensionssprog" har sygeplejersker i gennemsnit en dækningsgrad på ►

” Sygeplejerskerne er nu overhalet af andre grupper, der er oppe på at indbetale 15-17 pct. af lønnen.

Britt Brandum, medlemschef i PKA.

► omkring 60 pct. Dækningsgraden fortæller, hvor stor en indtægt man har som pensionist i forhold til tidligere. Da pensionister ikke har de samme udgifter som før, behøver de kun at have en dækningsgrad på 70-80 pct. for at opnå uændret levestandard. På den baggrund kalder Britt Brandum

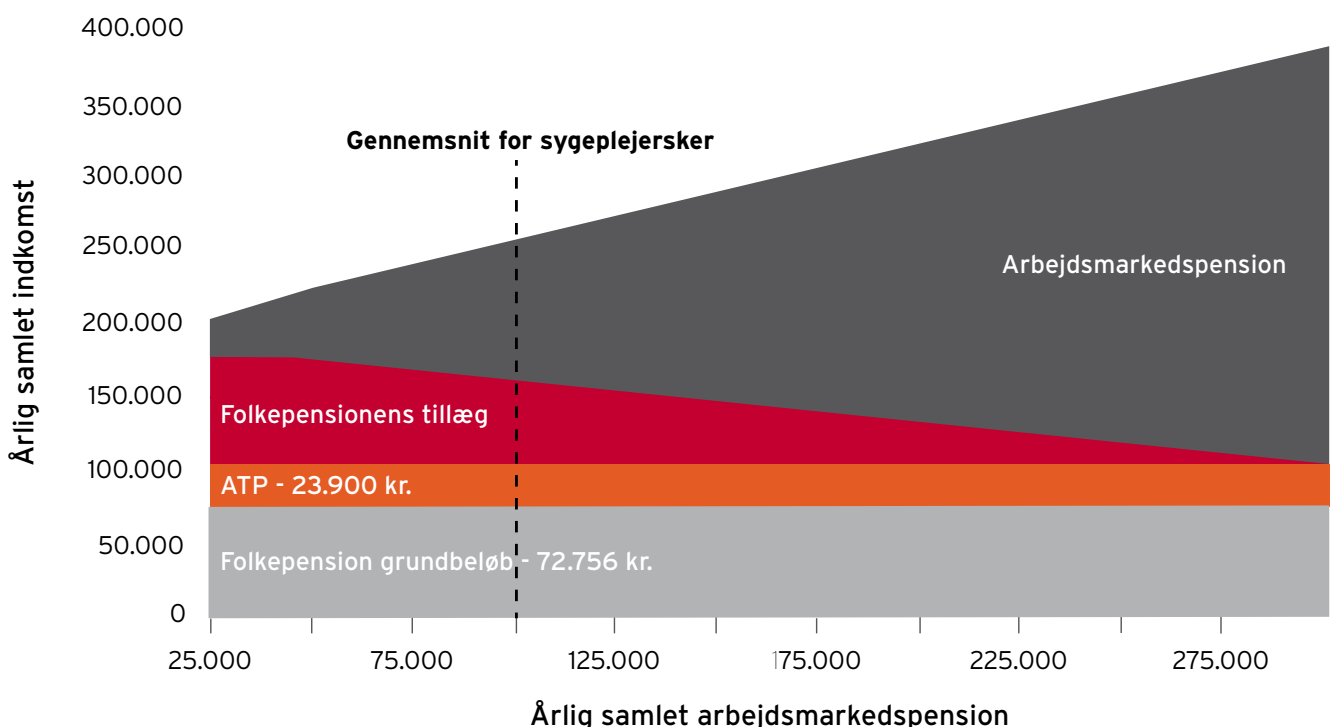
sygeplejerskernes pensionsstatus en ”sur-sød situation”.

”Med en dækningsgrad på omkring 60 pct. er sygeplejerskerne godt på vej i forhold til andre grupper på arbejdsmarkedet, der først begyndte at spare op gennem overenskomstbestemte ordninger i begyn-

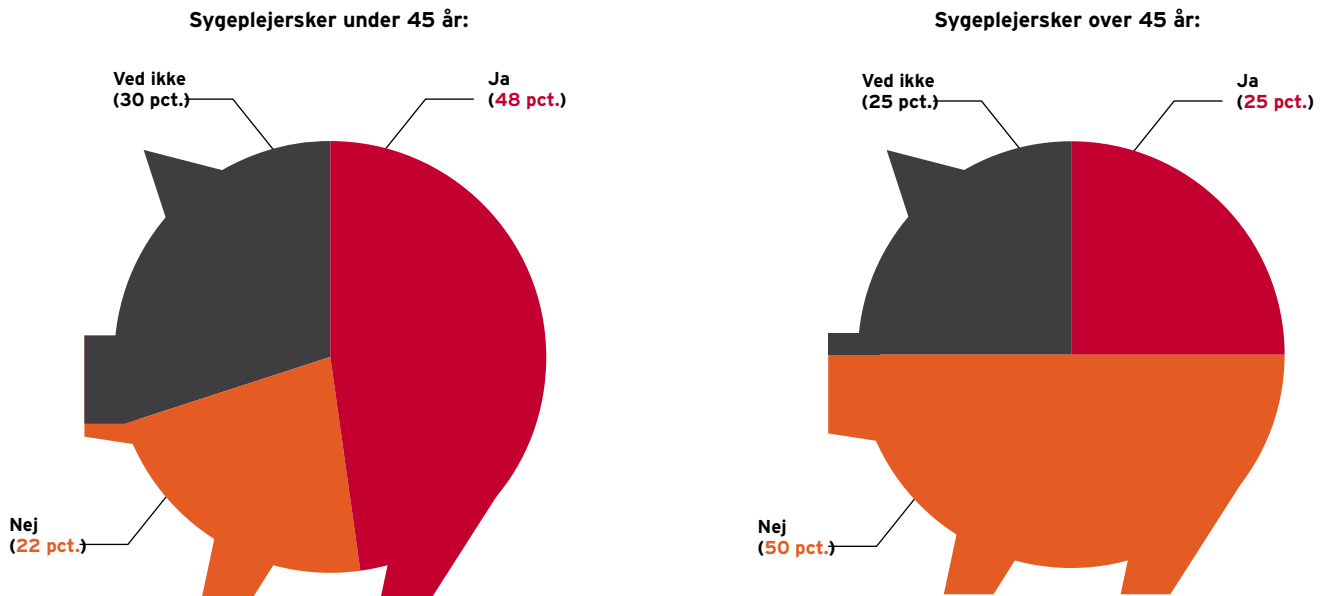
delsen af 1990’erne. Sygeplejerskerne begyndte allerede i 1958, og indbetalingerne var fra starten på et ret højt niveau. Men sygeplejerskerne er nu overhalet af andre grupper, der er oppe på at indbetale 15-17 pct. af lønnen,” siger Britt Brandum.

Den mest effektive måde at sikre syge-

Tal for enlig pensionist



VIL DU SPARE MERE OP TIL PENSIONEN?



Kilde: PKA

plejersker en højere pension er at aftale det ved overenskomstforhandlingerne, mener PKA's medlemschef. Den løsning fritager den enkelte sygeplejerske fra ansvaret for at skulle tage affære, og ved de seneste fornyelser af overenskomsterne er der da også sket forbedringer. Til april i år stiger pensionen f.eks. fra 13,37 til 13,51 pct. af den del af lønnen, der indgår i pensionsberegningen for de ansatte i regionerne.

Men hvorfor er den gennemsnitlige pensionsopsparing så kun på 11,9 pct.? Det skyldes, at der ikke beregnes fuld pension af tillæg for arbejde i weekend, aften- og natte timer. Af de tillæg sparer sygeplejersker kun 2 pct. op.

Vil styrke dialog om pension

Kravet om mere i pension er rykket opad på prioriteringslisten ved de seneste overenskomstforhandlinger. Men løn er hver gang blevet prioriteret højere. Derfor ligger pensionen ifølge formand for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, "til den lave side".

"Det er dejligt, at PKA's spørgeundersøgelse viser, at de yngre har fokus på pension og gerne vil sikre deres indtægt i alderdommen. De giver samtidig udtryk for en stor usikkerhed på, om de har nok penge til alderdommen, og det giver os i Dansk Sy-

” Det er dejligt, at de yngre har fokus på pension og gerne vil sikre deres indtægt i alderdommen.

Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd.

geplejeråd anledning til at blive endnu tydeligere med at forklare, hvordan det med pension hænger sammen, og hjælpe medlemmerne f.eks. med flere gå-hjem-møder om pension," siger Grete Christensen, der ønsker at styrke dialogen om pension frem mod overenskomstforhandlingerne i 2018.

Tjek din opsparing

Uanset hvad der sker ved overenskomstforhandlingerne, kommer du ikke uden om selv at tage pulsen på din pension.

Særligt hvis du har været på deltid eller haft perioder med orlov, er der grund til at logge sig på PKA's hjemmeside – og på de andre selskaber, du evt. er kunde hos – og tjekke din opsparing. For i perioder med orlov og deltid har du måske ind-

betalt ingen eller kun lidt til pension. Det betyder, at du er bagud og måske vil indbetale ekstra. Og husk også, at du kun er sikker på at have din egen pension. Du kan ikke med sikkerhed regne med at få del i din ægtefælles opsparing, heller

ikke selv om den er større end din. For i Danmark er pension et personligt anliggende. Pension deles som hovedregel ikke ved skilsmisse.

Se også boks: 'Sådan tjekker du din pension' på side 16.

Få det bedste ud af din pension

Her er nogle gode råd til sygeplejersker, der ønsker at få det optimale ud af deres pension på trods af reglerne om modregning. Modregningen betyder, at folkepensionens tillæg gradvist reduceres, fra man som enlig har en årlig indtægt før skat på 68.400 kr. og som to samboende pensionister en fælles indtægt fra 137.300 kr. Man får ikke længere tillæg, når man som enlig har en indtægt på 316.900 kr. og når man som samboende pensionister har en fælles indkomst på 372.600 kr. Alle får folkepensionens grundbeløb på 6.063 kr. om måneden (2016-tal). Vær opmærksom på, at reglerne kan være ændret, når du går på pension.

Tekst **Marianne Bom**

Yngre – under 40-45 år

Spar mest muligt op. Gerne mere end 15 pct. af din indtægt, hvis målet er en uændret levestandard som pensionist. Det er typisk før, du stifter hjem og familie, du har det største rådighedsbeløb at spare op af. Det tjener til din fordel, at opsparing, der er indbetalt tidligt i arbejdslivet, har mange år til at vokse sig stor med renter og renters rente. Der er længe til, du skal på pension, og reglerne om offentlig støtte til pensionister kan nå at blive ændret mange gange. Så hvis du som yngre får grundlagt din egen gode opsparing, er du godt på vej til at have tilfredsstillende økonomi som pensionist, uanset hvilke regler der til den tid gælder om bl.a. folkepension og modregning.

Midt i livet – 10-20 år til pension

Nu er det alvor. Du kan stadig nå at spare tilstrækkeligt op til at få en uændret levestandard som pensionist. Men det kan kræve, at du sparer mere op end det beløb, der hver måned bliver trukket på din lønseddel. Hvis du har været (eller er) på deltid eller orlov, er det særligt vigtigt at forholde sig til pensionsopsparingen, for på deltid og under orlov indbetales der ikke fuldt pensionsbidrag over lønnen. Husk, at pensionen er din egen. Du kan ikke regne med at få del i din ægtefælles pension. Som hovedregel deles pension ikke ved skilsmisse. Hvis du vil undgå at blive ramt af reglerne om modregning i folkepensionen, kan du vælge en opsparing som alderssum. Den udbetales på én gang og modregnes ikke.

Tæt på pension – 5-10 år til pension

Nu er du ved at begynde indflyvningen til pensionen, og der er grænser for, hvor meget du kan nå at forbedre din pensionsopsparing. Hvor meget har du sparet op? Rækker det til det liv, du gerne vil leve? Hvad kan du selv gøre for at få den bedste økonomi i fremtiden? Du er nødt til at forholde dig til, at reglerne om modregning kan betyde, at du ikke har klare incitament til at spare ekstra op, fordi du så får mindre i folkepension. Måske ønsker du i stedet at betale af på gæld eller at investere i boligen på en måde, der giver dig færre udgifter i fremtiden, f.eks. en hulmursisolering. Hvis du vil spare ekstra op til pension, kan du vælge en alderssum. Den opsparing udbetales på én gang og modregnes ikke i folkepensionen.

Du kan påvirke din økonomi som gammel ved at:

- gå senere på pension
- gå på deltidspension, dvs. at arbejde deltid og få suppleret indtægten med pension
- holde pause fra pensionen og tage arbejde i en periode.

I hvert enkelt tilfælde er det en god idé at søge rådgivning, f.eks. fra PKA.

Kilder: Medlemschef Britt Brandum, PKA og Borger.dk

YNGRE



Foto Søren Svendsen

Jonas Beyer. 32 år.

Sygeplejerske på Bispebjerg Hospital, 37 timer om ugen. Bor i andelslejlighed med sin kæreste. Ingen børn.

”Jeg vil have et aktivt liv som pensionist”

Hvorfor sparer du ekstra op til pension?

”Som pensionist vil jeg gerne fastholde nogenlunde samme levestandard som før pensioneringen, og til det niveau rækker vores arbejdsmarkedspension ikke. På det punkt er vores overenskomst ikke god nok. Som pensionist vil jeg gerne have et aktivt liv, og jeg kan se, at pengene skal række rigtig længe, fordi mange ender med at være 20 år på pension. Det ville være surt at mangle penge, og jeg frygter at være afhængig af det offentlige og venner og familie. Jeg vil gerne kunne købe nye ting og komme til tandlægen og til genoptræning, hvis jeg synes, at det offentlige tilbud ikke er OK. Jeg har set, hvad det betyder kun at få folkepension. Sådan var det for mine bedsteforældre, og det ønsker jeg ikke for mig selv.”

Hvordan og hvor meget sparer du ekstra op?

”Jeg sparer 250 kr. op om måneden på en ratepension i PKA+, og i en bank har jeg en ordning, der koster 1.539 kr. pr. måned. Af dem går 949 kr. til en ratepension, og resten er præmie til en forsikring mod tab af erhvervsevne, så jeg samlet er sikret 346.400 kr. om året ud over førtidspensionen. Heraf kommer de 124.400 kr. fra den forsikring, jeg har via min arbejdsmarkedspension i PKA. Da jeg lagde lån om på et tidspunkt, fik jeg 1.500 kr. i hånden om måneden. Og så tænkte jeg: Afsted med dem til pension.”

MIDT I LIVET



Foto Nils Lund Pedersen

Vivi Kromann Nissen. 46 år.

Sygeplejerske i Nordfyns Kommune, 32 timer om ugen. Bor i ejerbolig med sin mand. Tre børn på 10, 18 og 21 år.

”Det var egentlig ikke så indviklet”

Hvorfor sparer du ekstra op til pension?

”Fordi jeg ikke har så stor en pension. Det fandt jeg ud af, da jeg gik ind på pensionsinfo.dk og printede mit pensionsoverblik ud. Jeg har uddannet mig til sygeplejerske i en sen alder og været tilbage på skolebænken i 4,5 år. Desuden har jeg været på barsel tre gange. Samlet har jeg ikke indbetalt noget særligt til pension i 8-9 år. Jeg er heller ikke på fuld tid, og har ikke været det i mange år. Når jeg bliver pensionist, vil jeg gerne leve nogenlunde som i dag. Jeg drømmer om at have frihed til at gøre det, jeg synes kunne være dejligt på det tidspunkt. Tidligere syntes jeg, det var svært at finde ud af, hvad pension går ud på. Men så gik jeg til et fyraftensarrangement i Dansk Sygeplejeråd. Man hører ofte, at pension ikke er for almindelige mennesker, men på de tre timer blev jeg rigtig godt oplyst, så jeg efterfølgende kunne træffe valg om, hvad jeg gerne ville.”

Hvordan og hvor meget sparer du ekstra op?

”Jeg har valgt at lave en alderssum, for den bliver ikke modregnet i folkepensionen, og den kan gå i arv til min familie. Jeg startede i 2015 med en ekstra indbetaling på det maksimale beløb på 28.600, man kan indbetale årligt, og jeg har allerede indbetalt 28.900 kr. i 2016. For jeg tænkte, at jeg gerne ville have forrentningen med i hele året.”

TÆT PÅ PENSION



Foto Søren Svendsen

Hanne Orth. 59 år.

Sygeplejerske på Hvidovre Hospital, 28 timer om ugen. Bor alene i ejerbolig. Ingen børn.

”Hellere spare op end betale restskat”

Hvorfor sparer du ekstra op til pension?

”Jeg hævdede min pension, da jeg emigrerede til USA. Da jeg kom hjem i starten af 90'erne, tænkte jeg: ”Det er ikke så godt, at der ikke står noget på pensionsbogen.” Derfor begyndte jeg at indbetale ekstra hver måned. Når man er så lavt lønnet, som man er som sygeplejerske, er man nødt til at have styr på det med pensionen. Jeg vil gerne leve, som jeg plejer, når jeg holder op med at arbejde. Og min økonomi bliver jo anderledes. Jeg har f.eks. ikke tårnhøje udgifter til fagforening og pension. For nogle år siden troede jeg, at jeg ville gå på efterløn som 60-årig. Men nu er det lavet om til 63, fordi de har sat efterlønsalderen op. Det er tre år mere i trædemøllen, og hvem ved, hvad der så sker med lovgivningen? Jeg tror ikke, samfundet har råd til at betale os mellemkomstgrupper mere end folkepensionens grundbeløb.”

Hvordan og hvor meget sparer du ekstra op?

”I starten sparede jeg 1.000 kr. ekstra op om måneden. Det har jeg ladet pristalsregulere hvert år, så det nu er godt 1.400 kr. til livsvarig pension hver måned. Derudover sparer jeg hvert år i december et ekstra beløb op. Jeg regner ud, hvor meget jeg skal indbetale ekstra i pension, for at jeg har betalt det rigtige i skat. For jeg vil hellere spare op til pension end betale restskat.”

Verdens bedste pensionssystem?

Det danske pensionssystem er kåret som verdens bedste. Men der er plads til forbedringer. En af de store udfordringer er, at en million mennesker ikke har klare incitamenters til at spare op eller blive lidt længere på arbejdsmarkedet. Heriblandt de fleste sygeplejersker.

Tekst **Marianne Bom**
Illustration **istock / Sasja Hermansen**

Otte ud af 10 sygeplejersker har ifølge PKA en pensionsopsparing af en størrelse, der betyder, at hvis de indbetaler mere, får de ikke en tilsvarende forøgelse af deres samlede pension. Når de selv får flere penge på pensionsopsparingen, bliver folkepensionen nemlig mindre.

Det kaldes modregning, og det er en uhensigtsmæssig situation for den enkelte sygeplejerske, mener økonom og tidligere formand for den nu nedlagte Pensionskommission, Torben M. Andersen. Det burde ikke være så indviklet at forstå reglerne, og det burde altid kunne betale sig at spare op. Det ville også være godt for samfundet, siger han:

”For mellemkomstgrupper som sygeplejersker betyder modregningen, at de ikke får så meget ud af at spare op til pension. Det er ikke sådan, at de bliver decideret

fattigere. Men man bliver så at sige straffet for at spare mere op. Hovedårsagen til det er, at sammensætningen af pensionen bliver anderledes. Man har sparet mere op, og så får man mere udbetalt fra sin arbejdsmarkedspension. Til gengæld vil man, fordi man har sparet mere op, få mindre fra det offentlige. Deraf navnet modregning, og så kommer der i øvrigt også effekten af de almindelige skatteregler oveni,” siger Torben M. Andersen.

Det er et problem, at vi har indrettet vores system sådan for en pæn stor gruppe, at de ikke har incitamenters til at gøre det, som politikerne ønsker, mener den tidligere formand for Pensionskommissionen.

”Politikerne lægger op til, at folk sparer mere op og bliver længere tid på arbejdsmarkedet, og det har de gode samfundsøkonomiske grunde til. Men for en stor del

af borgerne er der ikke en stor tilskyndelse til nogle af delene.”

Sådan virker modregningen

For at forstå fænomenet modregning skal man vide, at folkepension består af et grundbeløb og af nogle tillæg, som man kun får, hvis man har behov. I dag er det sådan, at modregningen begynder – dvs. at folkepensionens tillæg gradvist reduceres – fra man som enlig har en årlig indtægt på 68.400 kr., til man er oppe på en indtægt på 316.900 kr. Der gælder andre tal for samboende, men fælles er, at når man er over et vist beløb (for enlige 316.900 kr.), så er det slut med tillæg, og der er kun folkepensionens grundbeløb på 6.063 kr. tilbage hver måned.

Modregningen rammer mellemkomstgrupper som sygeplejersker hårdt,



fordi deres opsparing typisk ender med at ligge i det melleminterval, hvor modregningen sætter ind. Folk med mindre pensioner får både folkepension og tillæg, og folk med større pensioner får ikke ødelagt deres incitament til at spare mere op af reglerne om modregning. For de er allerede sikre på slet ikke at få nogen tillæg.

Sygeplejersker gik forrest

I international sammenligning er det danske pensionssystem godt. Tre gange er det blevet kåret som verdens bedste på det internationale Mercer Melbourne Global Pension Index. Det danske system sikrer nemlig en pæn pension til rigtig mange. Men det har stadig knaster, og dem skulle Pensionskommissionen være kommet med anbefalinger til at fjerne. Ud over de manglede incitament til at spare op for mellemindkomstgrupper er det ifølge Tor-

ben M. Andersen et problem, at systemet er knopskudt og svært at overskue for både politikere og borgere. Endelig er det et problem, at en "restgruppe" stadig kan se frem til en alderdom med meget lav indtægt.

Men det blev aldrig til nogen anbefalinger fra kommissionen, for den blev lukket, efter Lars Løkke Rasmussens regering trådte til i 2015 og meddelte, at regeringen ikke længere ønskede nogen anbefalinger. Derfor har det danske samfund nu ikke udsigt til ændringer af pensionssystemet, som er undersøgt grundigt af eksperter i en kommission.

Status er, at regeringen i sit regeringsgrundlag har bebudet, at danskerne skal gå senere på pension i de kommende år. Desuden vil regeringen i 2016 gennemføre en pensionsreform, "hvis hovedsigte er, at restgruppen af personer uden egen opsparing til alderdommen reduceres markant."

Det nævnes ikke i regeringsgrundlaget, at der kommer et initiativ, der giver sygeplejersker klare incitament til at spare op. Så det problem ser ikke ud til at forsvinde foreløbig.

Modregningen rammer ifølge brancheorganisationen Forsikring og Pension en million danskere, og Dansk Sygeplejeråds formand, Grete Christensen, mener, at politikerne bør gøre noget ved det.

"Det er grundlæggende forkert, at helt almindelige mennesker, der måned efter måned indbetaler penge til en pensionsopsparing, risikerer ikke at få noget ud af den sidste del af indbetalingerne," siger hun.

"Sygeplejersker var foregangskvinder og var tidligt ude med at etablere arbejdsmarkedspensioner, og så er det virkelig ærgerligt at se, hvad der sker i disse år. Vi havde stor tiltro til Pensionskommissionen, og derfor er vi også forundrede over, at den nu er nedlagt."

Her yngler dine penge

Vidste du, at en del af din opsparing til pension bliver brugt til at bygge nye hospitaler og sundhedscentre til danskerne? Pensionselskabet PKA har investeret 2.095 mio. kr. i sundhedsbyggeri, heraf kommer de 844 mio. kr. fra Pensionskassen for Sygeplejersker og Lægeseekretærer.

Tekst Marianne Bom

Tre nye hospitalsbyggerier vil i de kommende år skyde op af jorden i Aarhus, Vejle og Slagelse takket være investeringer fra bl.a. sygeplejersker. Sygeplejerskers pensionspenge er i de seneste år også gået til at opføre tre kommunale sundhedshuse i Vejle, på Fanø og i Nykøbing Mors. Det betyder, at sygeplejerskers opsparing kommer ud og gør gavn i det danske samfund og på sygeplejerskers arbejdspladser her og nu.

”Vi investerer i sundhedsbyggeri, fordi vi gerne vil lave socialt ansvarlige investeringer. Samtidig betragter vi investeringer i offentligt sundhedsbyggeri som gode og robuste investeringer, der giver et attraktivt afkast, hvilket altid er vores første prioritet,” siger ejendomschef Nikolaj Stampe, PKA.

Lav risiko ved offentlige projekter

Alle tre hospitaler opføres som OPP-projekter (Offentlig-Private Partnerskaber). Det betyder, at byggeriet bliver finansieret og opført af private, hvorefter det offentlige lejer sig ind.

”I OPP-projekter får vi et attraktivt afkast sammenholdt med den lille risiko, vi vurderer, der er ved at indgå en aftale med det offentlige. Med investeringen sikrer vi købekraften for vores medlemmer, fordi vi har aftalt, at afkastet er inflationssikret. Det betyder, at hvis inflationen stiger, så gør afkastet det også,” siger Nikolaj Stampe.

1. Slagelse Sygehus forventes klar januar 2018 med ny fødeafdeling og et sengeafsnit med 52 stuer. PKA finansierer 25 pct. af investeringen på i alt 520 mio. kr. Heraf kommer 52 mio. kr. fra Pensionskassen for Sygeplejersker og Lægeseekretærer.
2. Skejby Psykiatriske Hospital forventes klar i januar 2019 med retspsykiatrisk afdeling og børne- og voksenpsykiatri. Der bliver 260 sengepladser og et psykiatrisk ambulatorium. PKA finansierer hele byggeriet for i alt 1.500 mio. kr. Heraf kommer 600 mio. kr. fra Pensionskassen for Sygeplejersker og Lægeseekretærer.
3. Fanø Sundhedshus blev taget i brug i 2009. Huset rummer bl.a. kommunal hjemmesygepleje, ergo- og fysioterapi, praktiserende læger og Center for det Maritime Sundhedsvæsen. PKA finansierede hele byggearbejdet, ligesom PKA har finansieret Vejle Sundhedscenter og Sundhedscenter Limfjorden i Nykøbing Mors fuldt ud. PKA's investeringer i de tre huse er 315 mio. kr. Heraf kommer 133 mio. kr. fra Pensionskassen for Sygeplejersker og Lægeseekretærer.
4. Vejle Psykiatriske Hospital forventes klar i februar 2017 med psykiatrisk skadestue og børne- og ungeafdeling. I alt ca. 100 psykiatriske sengepladser. PKA finansierer 33 pct. af investeringen på i alt 450 mio. kr. Heraf kommer 60 mio. kr. fra Pensionskassen for Sygeplejersker og Lægeseekretærer.



1



2



3



4

PKA: Gå ikke i baglås

Medlemschef Britt Brandum, PKA, advarer den enkelte sygeplejerske mod at gå i baglås over alle de udviklede oplysninger, de hører om pension. Det ville være en typisk menneskelig reaktion at sige, at når det lyder så bøvet, så sparer jeg ikke ekstra op, siger hun. Men så bøvet er det altså heller ikke at tage stilling til pensionen, og PKA vil blive ved med at ”prikke de medlemmer på skulderen”, som har relativt små pensioner og derfor med fordel kan spare op. Fra april dukker der, når man logger sig ind på PKA’s

hjemmeside, automatisk en oversigt op på skærmen. Den viser, hvordan den konkrete sygeplejerske er dækket i alderdommen.

Britt Brandum har et godt råd til de sygeplejersker, der nærmer sig pensionen og gerne vil have styr på det med modregning.

”Til hende, der nærmer sig pensionen og overvejer at spare mere op til pension, vil jeg sige: Tænk dig om. Det kan være, at det bedre kan betale sig at afdrage på gæld eller at investere i forbedringer af boligen, som på sigt fører til lavere omkostninger,

f.eks. en hulmursisolering,” siger Britt Brandum.

Hvis ønsket er en større pension, anbefaler medlemschefen, at man indbetaler til en såkaldt alderssum. Det er en opsparing, der udbetales som et engangsbeløb, og den form for opsparing bliver ikke modregnet i folkepensionen.

Flere af Dansk Sygeplejeråds kredse holder rådgivningsmøder om pension. Hold øje med din kreds' hjemmeside.



LÆSERREJSE

Draculas Transsylvanien og Bukarest

Historiske Bukarest, Draculas slot, vilde bjergegne og den UNESCO-fredede gotiske kirke i Prejmer. Inkl. besøg på poliklinik og hos den rumænske roma-organisation – med dansk rejseleder, fem dage.

AFREJSE

12. OKTOBER 2016

Kr. 7.998,-

TILLÆG FOR ENKELTVÆRELSE

Kr. 1.498



Inkl. helpension

Læs mere om rejsen og bestil på:
Telefon 3698 9898
booking@albatros-travel.dk
www.albatros-travel.dk/sygeplejersken
Rejsekode LR-SYG

I Rumæniens hovedstad Bukarest skal vi som noget særligt besøge en lokal poliklinik, og vi bliver klogere på romaernes spændende og aktuelle historie, når vi møder den rumænske roma-organisation. Fra hovedstaden kører vi gennem bjerglandskaber til Poiana Brasov. Undervejs ser vi det berømte Peles-slot i Sinai fra 1800-tallet og kommer til vinsmagning på vingården Urfateanu i Urfati.

I Prejmer oplever vi de 12 meter høje, hvidkalkede mure, der omslutter byens kirke, som er på UNESCOs liste over verdensarv. Historien om grev Dracula, Vlad III, og hans tilfange-tagelse af den ungarske konge er en kendt del af Rumæniens historie, og vi besøger selvfølgelig Draculas slot, der, som be-

skrevet i Bram Stokers roman, ligger på en høj med en flodkløft nedenfor. Tilbage i Bukarest tager vi på en byrundtur, hvor vi bl.a. ser Revolutionstorvet med de mange historiske bygninger og vandrer i hovedstadens gamle bydel.

Prisen inkluderer

- Dansk rejseleder
- Helpension
- Fly København – Bukarest t/r
- Udflugter jf. program
- Skatter og afgifter
- Se alle detaljer på albatros-travel.dk/sygeplejersken

Svært at spå - også om medicinpriser

Prognoser om stigende udgifter til medicin fik sidste år sygehusene til at nedlægge senge, afskedige og omstrukturere. Nu viser det sig, at udgifterne kun steg halvt så meget som forudsagt. Men prognosen havde effekt, siger sundhedsøkonom.

Tekst **Marianne Bom** • Foto **Lars Horn**

Aalborg Universitetshospital er et af de sygehuse, der sidste år sparede med afsæt i en prognose om kraftigt stigende udgifter til sygehusmedicin. Prognosen viste sig at ramme temmelig meget ved siden af. Den faktiske stigning blev 5,2 pct., mens Danske Regioners medicinindkøbsselskab Amgros i for- og sensommeren forventede stigninger på 10 og 12 pct.

Prognoserne og økonomiaftalerne med regeringen satte i efteråret 2015 de fem regioner i gang med at finde besparelser for i alt 1,5 mia. kr. for 2016.

Den sparerunde, som prognoserne var med til at forårsage, kunne mærkes af patienter og personale i Aalborg allerede i januar i år. Der var overbelægning på de to ortopædkirurgiske afdelinger næsten alle dage, fortæller fællestillidsrepræsentant Kirsten Højslet og tilføjer:

”Besparelserne betød, at der kom sengereduktioner på nogle af de ortopædkirurgiske afdelinger i regionen. Men det vidste patienterne jo ikke, så de kom alligevel. Folk kom jo til skade alligevel. En ortopædkirurgisk afdeling har ca. 90 pct. akutindtag, så det er lidt svært at beregne, hvor mange der kommer. Og sådan er det mange steder. På de medicinske afdelinger har der også været sengereduktioner og overbelægning.”

Konsekvenserne kan mærkes på arbejdsmiljøet og måske også på den kvalitet, patienterne oplever, siger hun.

”Der er en konsekvens for arbejdsmiljøet, og måske for patientsikkerheden. Det er klart, at hvis man som sygeplejerske egentlig skulle passe otte patienter, og der er 12, så kan man ikke nå alt det, man skal nå. Der bliver måske overset noget, og der bliver måske ikke givet den behandling, der skal gives,” siger Kirsten Højslet, der vil følge belægningsprocenterne med stor interesse.

Ikke tid til at arbejde i dybden

Aalborg Universitetshospital var bare ét af flere sygehuse, der sidste år nedlagde senge, afskadede personale og omstrukturerede med afsæt i den fejlslagne prognose for udgifter til sygehusmedicin og andre økonomiske forhold. Og ”budgettilpasningerne” fortsætter.

På Aarhus Universitetshospital er prognoserne for de stigende udgifter til sygehusmedicin blevet nævnt som én blandt flere årsager til besparelser. Fællestillidsrepræsentant Dorthe Sølvkær Ehlers vil følge op på sagen i HovedMED-udvalget og bede om et overblik over, hvor tungt prognoserne for medicinudgifterne har vægtet, og om de lavere ►

I Region Nordjylland gennemførte man sidste år besparelser med delvist afsæt i den fejlslagne prognose om kraftigt stigende udgifter til sygehusmedicin. Sygeplejerske Tina Berg Tolbod er afsnitsleder for to ortopædkirurgiske afdelinger på Aalborg Universitetshospital, der nu mærker konsekvenserne. Sengereduktioner på andre sygehuse har øget presset i Aalborg, hvor januar måned har været præget af overbelægning, fortæller hun. ”En af udfordringerne er, at vi i dagtimerne har et kæmpe flow, da vi har både de indkaldte og de akutte patienter. Det er stressende, fordi der er rigtig mange bolde i luften og mange forstyrrelser. Personalet arbejder i et højt tempo for at indfri de mange krav og forventninger, der er til dem. Jeg tror, det betyder, at rigtig mange patienter trods travlhed synes, at de har nogle gode forløb. Men det er klart, at vi kan ikke blive ved med at håndtere sådan et pres.”



Faktiske og skønnede udgifter til sygehusmedicin

Tabellen viser de skøn over udgifter til sygehusmedicin, som regionernes medicinindkøbsselskab Amgros fremlagde i de forgangne år. Samt hvor meget de faktiske udgifter endte med at blive. Tallene er i mio. kr.

	2011	2012	2013	2014	2015
Amgros skøn	5.677	5.747	6.366	7.000	8.000
Amgros realiseret	5.720	6.271	6.598	7.152	7,525
Difference	-43	-524	-232	-152	474
Difference i pct.	-0,8%	-9,1%	-3,6%	-2,2%	5,9%

* 2012 bærer præg af, at regionerne købte ekstra ind i slutningen af året pga. en ny budgetlov.
Kilde: Danske Regioner.

- medicinudgifter får konsekvenser for de vedtagne besparelser.

I Aarhus blev en stor del af besparelserne fundet gennem personalereduktioner og effektiviseringer.

"Det har haft konsekvenser for det psykiske arbejdsmiljø. Personalet i klinikken oplever, at de ikke har tid til patienterne, til svære samtaler og nødvendig oplæring og videreuddannelse. De har heller ikke tid til at arbejde med forandringer, forskning og udvikling. Vi følger nu udviklingen af den sygeplejefaglige kvalitet og af faget. For tid og kvalitet hænger sammen," siger hun og ærgrer sig over, at systemet er skruet sammen, så stigende medicinudgifter belaster den basale drift.

"Vi har et af de billigste sundhedsvæsenet i forhold til drift, og så er det da tankevækkende, at det går ud over nor-

meringen, når der er stigende medicinudgifter," siger Dorthe Sølvkær Ehlers.

Find ny måde at finansiere medicin på

Det synspunkt bakker adm. direktør i Kræftens Bekæmpelse, Leif Vestergaard Pedersen, op. Han mener, at vi i Danmark må finde en ny måde at finansiere ny, effektiv og dyr sygehusmedicin på.

"Meget af det medicin, der kommer i dag, har store positive effekter for patienterne, men også store afledte udgifter for hospitalerne. Samtidig betyder medicinen, at folk ikke er så meget sygemeldte som tidligere. Det giver store besparelser hos kommunerne og hos arbejdsgiverne, så det kunne være, at det ikke skulle være hospitalets driftsbudget, der skal betale for medicinen," siger Leif Vestergaard Pedersen og foreslår, at der oprettes en

fond, som betaler for den nye, dyre medicin, der virker.

Hermed er han i tråd med Dansk Sygeplejeråd, som i august anbefalede, at udgifter til medicin og behandlingsudstyr skilles fra sygehusdriften og i fremtiden betales af staten.

Ansvarsforskydning

Det fik urimelige konsekvenser for patienter og personale, at prognoserne for medicinudgifter fyldte i den politiske debat i 2015, og at der på politisk og ledelsesmæssigt niveau ingen afklaring var, for hvordan man skulle prioritere medicinudgifterne. Ansvar og frustrationen endte nogle steder på hospitalsgangene, hvor patienter tog skylden på sig for, at sygeplejerskerne havde travlt, fortæller Leif Vestergaard Pedersen.

”De havde hørt, at det er pga. dyr medicin, at der skulle afskediges sygeplejersker og læger. Desuden har noget af personalet konfronteret patienterne med, hvilken dyr medicin de fik, og hvilke konsekvenser det kunne have for personalet. Det er ikke forekommet mange steder, men det er forekommet,” siger Leif Vestergaard Pedersen, der har fået refereret udsagn som: ”Hvis du ikke skifter til den her anden medicin, så er der en sygeplejerske her på afdelingen, der skal fyres.”

”Det er selvfølgelig helt utilstedeligt, og jeg tror, at det er udtryk for, at personalet har været under et stort pres fra deres ledelsessystem. Det er ikke noget, sygeplejersker eller læger bare gør,” siger han.

Prognosen havde effekt

Men ikke alle steder fra lyder der kritik. Sundhedsøkonom og professor Jakob Kjellberg fra Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning synes ikke, det er kritisabelt, at Danske Regioner og regionernes grossist Amgros i 2015 var ude med prognoser for medicinudgifter, der var over dobbelt så høje som de faktiske stigninger.

”Det er prognosens natur, at den er usikker. Nogle gange er prognoser lidt for høje og nogle gange for lave,” siger han.

Desuden blev prognoserne også brugt til det, som de skulle, siger han. Nemlig til, at regionerne sørgede for, at det ikke endte så galt som forudsagt. Regionernes læger fik f.eks. meget hurtigere end forventet implementeret en ny, billigere biologisk behandling mod bl.a. gigt. Her har

99 pct. af patienterne i løbet af meget kortere tid end forudset skiftet behandling, oplyser Danske Regioner. En anden forklaring på den store forskel mellem prognosen og de faktiske udgifter er, at der kom færre udgifter end forventet til en ny behandling for Hepatitis C. Her havde regionerne for en sikkerheds skyld sat antallet af behandlinger højt, fordi man skønnede, at der var et stort ”mørketal”, dvs. mange ”ukendte” patienter.

”Uheldigt at prognose ikke holdt”

Selv om sygehusene i 2015 slap med en mindre udgiftsstigning til medicin, end de historisk har set i de seneste år, advarer både Jakob Kjellberg og formanden for Danske Regioners sundhedsudvalg, Ulla Astman, mod at negligere, at medicinudgifter er en udfordring.

Regionernes udgifter til tilskud til den medicin, patienterne selv køber på apoteket, steg sidste år meget mere end skønnet. Det var forventet af staten, som laver den slags skøn, at regionerne ville spare en halv mia. kr. på disse tilskud. I stedet steg udgiften med 80 mio., så den i alt gode halve mia. måtte regionerne finde andre steder, bl.a. på hospitalerne.

Samtidig er det kendt, at der er ny, dyr medicin på vej mod bl.a. cystisk fibrose, kræft og andre sygdomme, og det vil betyde, at udgifterne til sygehusmedicin fortsat vil vokse mere end den ene procent, som staten ”tillader” regionernes budgetter at vokse årligt. Derfor er vi i Danmark nødt til at finde en model for, hvordan vi prioriterer medicinudgifterne fremover, mener både sundhedsøkonomen og Ulla Astman.

”Det er rigtigt nok, at prognosen for 2015 ikke helt holdt, og det er selvfølgelig uheldigt,” siger Ulla Astman.

”Men den faktiske udgiftsstigning på 5,2 pct. er stadig 10 gange højere end den vækst i budgetterne, som vi havde fået af regeringen i økonomaftalen for 2015. I dag er sygehusmedicin det eneste område, vi ikke må prioritere på, og det har vi rejst en debat om. For vi mener, at vi bliver nødt til at prioritere, så vi ikke får den voldsomme vækst, der ellers ser ud til at komme.”

Model for prioritering ønskes

Danske Regioner har ikke lagt sig fast på nogen model for prioritering endnu. Men de meldte i slutningen af januar ud, at fremtidens prioritering skal leve op til fire kriterier:

1. Kontinuitet i forhold til de to eksisterende råd for faglig vurdering af medicin, KRIS og RADS.
2. Vurdering af både faglighed og økonomi.
3. Uafhængighed af det politiske system.
4. Patientinddragelse, så modellen er gennemsigtig for borgerne, og så patienterne får en stemme i prioriteringerne.

Ulla Astman håber, at Danmark er klar med en løsning, der har bred opbakning, inden for et par år.

Tilbage i august 2015 skønnede regionernes medicinindkøbsselskab Amgros, at udgifterne til sygehusmedicin i 2016 ville stige med 14 pct. Lige nu forventer Danske Regioner ikke, at stigningen bliver så høj. Men der foreligger ikke nogen ny prognose for 2016.

FRONTLØBER

ANNE THORSEN FOREBYGGER INDLÆGGELSER AF STOMIPATIENTER

Hver anden uge kører sygeplejerske Anne Thorsen fra akutteamet i Haderslev Kommune ud og tilser borgere med stomiproblemer. Det kræver tæt samarbejde med ambulatorium, hjemmepleje og praktiserende læge.

Tekst **Signe Lene Christiansen**
Foto **Michael Drost-Hansen**

“Er du oppe?” spørger sygeplejerske Anne Thorsen i telefonen fra kontoret på Plejecenter Kong Frederik IX i Haderslev.

“Jeg kommer jo ud og kigger på din stomi i dag,” fortsætter hun til borgeren i den anden ende, der har problemer med huden omkring sin stomi. Til daglig arbejder Anne Thorsen sammen med syv andre sygeplejersker i kommunens akutteam, men siden juli har hun også varetaget en særlig stomifunktion. Hver anden torsdag tager hun hjem til borgere med stomi, der f.eks. har problemer med lækager, hud eller forstoppelse.

Gennem arbejdet i akutteamet kom Anne Thorsen allerede i kontakt med borgere med stomi, og i den forbindelse blev hun af sin afdelingssygeplejerske tilbudt stomifunktionen.

“Jeg kørte i forvejen ud til mange stomipatienter, og det er en opgave, der i stigende grad rykker ud i hjemmet, for der bliver flere og flere borgere med stomi,” siger hun og fortæller, at hendes “stomidage” er fuldstændig fyldt op. Hun har selv opsøgt kommunens hjemmehjælper for at gøre dem opmærksom på, at de kan bruge hende, hvis de har borgere med stomiproblemer. På samme måde informerer visitationen hende, når en ny borger kommer hjem med stomi.

“Hvis vi kan klare problemerne hjemme hos borgeren, gør vi det. Jeg følger som udgangspunkt ambulatoriets plan, men der kan være situationer, hvor den ikke fungerer. Og i de situationer kan jeg være med til at forebygge unødvendige indlæggelser og ambulatoriebesøg,” forklarer Anne Thorsen, der tidligere på morgenen har konfereret med stomiambulatoriet i Aabenraa om en borger, der, ifølge Anne

Sundhedsvæsenets frontløbere

Arbejdet i det nære sundhedsvæsen bliver mere og mere komplekst, og allerede nu løfter sygeplejersker flere komplicerede opgaver end tidligere.

Inden årets udgang skal et udvalg, nedsat af regeringen, KL og Danske Regioner, lave en masterplan for det nære sundhedsvæsen, så det bliver mere sammenhængende, borgernært og omkostningseffektivt. Ældre medicinske patienter, kronikere og patienter med psykiske lidelser har særlig fokus.

Sygeplejersken sætter fokus på fagets frontløbere i primærsektoren og på sygehusene. Dette er første artikel i serien.

Thorsen, skal have en anden type stomipose. En konsulent har desuden været forbi med nye produkter samme morgen. Inden Anne Thorsen pakker sit udstyr, ringer hun til visitationen og flere borgere for at koordinere dagens hjemmebesøg. Som en stor del af hendes stomifunktion indgår tværsektorielt samarbejde med både hjemmepleje, praktiserende læger, visitationen og stomiambulatoriet i Aabenraa.

“Jeg ringer rigtig meget rundt, for min erfaring er, at samarbejdet virker bedre, når man snakker sammen i stedet for at skrive,” siger Anne Thorsen, der har arbejdet tre år i kommunen og før arbejdede 21 år i sygehusregi med 12 år på abdominalkirurgisk afdeling.

Flere stomipatienter i kommunen

“Puh, jeg er svimmel,” siger Jørn Christiansen. Der er ikke meget plads på hans lille

badeværelse, hvor han og Anne Thorsen står tæt sammen ved vasken. Jørn Christiansen har selv taget stomibandagen af, mens sygeplejersken har iført sig forklæde og handsker.

“Svier det?” spørger hun, mens hun forsigtigt dupper den fugtige og irriterede hud omkring stomien.

“Ja,” svarer Jørn Christiansen, der selv påfører tætningsring, plade og pose, efter at Anne Thorsen har rensset huden.

“Prøv at undgå at berøre bagsiden af klæberen for meget. For så klæber den ikke lige så godt, og så er det, at den nemmere løsner sig og kan medføre lækage,” instruerer hun.

Erfaring fra primær og sekundær sektor hjælper

På skabet i soveværelset hos dagens anden borger hænger en vejledning, som Anne Thorsen har skrevet. Den angiver, hvordan hjemmehjælpen skal skifte Jens Weisbjergs to stomiposer. Han har haft komplikationer efter en operation, og den ene stomi bliver ved at løsne sig, så der opstår lækager. Anne Thorsen piller nænsomt den højre pose af og forklarer, at hun har aftalt med ambulatoriet, at hun udskifter posen med en anden model, der burde passe bedre.

“Du går ikke og taber dig, vel?” spørger hun. Men det gør Jens Weisbjerg ikke.

“Jeg kan ikke lade være med at bruge min ”udredende” tankegang fra sygehuset, hvor jeg er vant til at veje patienter, tjekke væskebalance og trykke på maver,” siger Anne Thorsen og fortsætter:

“Det hjælper mig meget i mit arbejde både i akutteamet og i min stomifunktion, at jeg har erfaring fra primær og sekundær



Sygeplejerske Anne Thorsen fra akutteamet i Haderslev besøger Jens Weisbjerg for at udskifte hans ene stomi, der ikke sidder ordentligt. Inden hjemmebesøget har sygeplejersken aftalt med stomiambulatoriet i Aabenraa at ændre i borgerens plan.

sektor, for jeg er vant til at se komplekse patienter, vurdere konsekvenser og koordinere på kryds og tværs.”

Efter at have smurt en blå-lilla væske mod svampeinfektioner på huden måler sygeplejersken den nye pose op efter Jens Weisbjergs skabelon og påfører den. Hun foreslår, at han får en mindre pose til den anden stomi.

“Men det kan du også snakke med sygeplejersken på ambulatoriet om på mandag,” siger Anne Thorsen og pakker remover, bandage, poser og tætningsringe sammen i sin kasse.

“Den største tilvænnning ved skift fra region til kommune er, at der er længere vej til de øvrige samarbejdspartnere. F.eks. er lægen ikke længere lige om hjørnet. Det gør arbejdet i kommunen meget mere selvstændigt og udfordrende. Men jeg står ikke med noget, der er fagligt uforvarsligt, for alt, hvad jeg gør, sker i tæt samarbejde på tværs af sektorer.”

Klædt på til fremtiden

Anne Thorsen er en af de sygeplejersker, der varetager plejen af det stigende antal komplekse patienter, der skal plejes i eget hjem.

Hun har 21 års klinisk erfaring fra sygehus, heraf 12 år på en abdominalkirurgisk afdeling. Hun har desuden taget et diplom-modul i akutsygepleje for patienter i kommunalt regi og deltaget i et års brevskole hos Coloplast.



TIL SIDST MÅTTE JEG SIGE: DIN SØN KAN DØ



*Sygeplejerske **Rikke Fedders Melchior** tog i efteråret 2015 to gange til Lesbos for at hjælpe bådflugtninge. Hun blev interviewet om sin forberedelse og turene i Sygeplejersken nr. 14/15. Nu har hun skrevet et rejsebrev fra sin seneste tur. Vi bringer første del her.*

Første gang jeg tog afsted til Lesbos, var jeg der syv dage, midt i den mest hektiske periode på Lesbos. Op mod 9.000 flygtninge ankom dagligt. Alt var kaos, og vi manglede udstyr til at hjælpe. Så da jeg besluttede mig for at tage af sted igen, lavede jeg et opslag på Facebook, hvor jeg søgte hjælp i form af medicinske remedier. Responsen var overvældende, og jeg er stolt over solidariteten. Jeg havde fire kufferter med nødhjælp med til Lesbos anden gang!

Kontakt til lægegruppe

Jeg søgte også på nettet efter nogen at samarbejde med. Jeg fik kontakt til en gruppe engelske yngre læger, som ville køre til Lesbos i minibusser fyldt med nødhjælp til en transit-camp, der hed Moria. Jeg mødtes med dem samt en anden sygeplejerske og tre ikke-sundhedsfaglige frivil-

lige i Athen. Dagen efter tog vi den korte tur til Lesbos med fly. Vi bookede os ind på et hotel lige ved sydkysten på Lesbos. Gode rammer for at kunne yde det optimale i Moria, hvor størstedelen af alle ankomne flygtninge til Lesbos bliver registreret.

Dag 1 i Moria

Vi skal arbejde i en tiltænkt klinik, men da vi ankommer, har vilkårene ændret sig. Hver dag var der nye tiltag, ændringer af regler fra politiet, Lesbos' borgmester eller nødhjælpsorganisationerne. De faciliteter, vi skulle have benyttet os af til at drive en klinik, var ikke længere til vores disposition, og vi måtte tænke i alternativer. En organisation i Moria hjalp os med nogle standhaftige telte og skabe til medicin og sårplejeartikler.

Turde ikke forlade deres telte

Jeg havde et fantastisk teamsamarbejde med de tre yngre læger. Vi lavede det, der kaldes "outreach", som består i, at man fylder en taske med medicin og sårplejeartikler til de mest almindelige ting, man ville komme ud for i campen. Vi fandt ud af, at vi på den måde kom i kontakt med de allermost syge i campen. Vi undersøgte ofte flygtningene i deres telte eller shelters, da de sjældent turde forlade deres telt af frygt for, at det blev overtaget af andre, der måske troede, det var ledigt.

Mange flygtninge var ikke klar over, at de kunne få sundhedsfaglig assistance. Derfor lod de børn med tårnhøje temperaturer, slem hoste, grimme øjeninfektioner og voldsomme sår ligge inde i shelterne. Udover dette var de største problemer de ikke-eksisterende sanitære forhold og kulden.

For dem, der ikke var heldige at finde tæpper og shelters at sove i, blev det overnatning under åben himmel. For at få var-

men følte de sig nødsaget til at brænde plastik af. Det stank uhyrligt, og adskillige kom til vores klinik med hoste efter at have indåndet de dampe hele natten.

Arbejdsdagene var nogle dage 16-18 timer. Vi havde ikke altid adgang til toiletet. Der var madvogne med varierende hygiejniske standarder. Men oftest blev vi så involveret i alt muligt, at vi "glemte" at spise.

Nye samarbejdspartnere

På 7.-dagen skulle mine tre nye venner desværre retur til England. Bånd knyttet ufattelig hurtigt her, fordi man er sammen på sådan en intens måde. Samme dag som de tog afsted, sagde jeg goddag til en dansk læge.

Vi blev indkaldt til et møde på dag 8 om den fremtidige struktur i Moria, altså den sundhedsfaglige del. Vi skulle integreres mere sammen med en anden sundhedsfaglig gruppe i Moria. Derudover kom der en uafhængig gruppe af engelske læger og en sygeplejerske, som skulle være der de næste 7-14 dage. Den danske læge og jeg forsøgte at holde sammen, men samarbejdede meget med de nye britiske læger, og vi havde nogle gode dage med en del outreach.

Måtte overtale far til at indlægge søn

En af dagene mødte vi en afghansk familie med bl.a. en dreng på syv år. Han var tydeligt besværet af bronkospasme. Respirationsfrekvensen var på mellem 45-60, saturationen var vanskelig at måle, men indimellem kom der et rimeligt troværdigt resultat på 89-91 pct., pulsen var 185 - han var tydeligt meget syg af dette. Faderen fortalte, via en tolk, at drengen havde haft lungeproblemer før, men havde ingen diagnose. Min kollega havde en bærbar forstøver med og kunne give ham Ventoline.

Han fik også Prednisolon. Faderen fortalte, at de skulle med færgen om aftenen. Han havde været nede og købe billetter: ni styk a 60 euro. Han var bange for, at de ikke nåede færgen, hvis drengen skulle på sygehuset. De havde ikke råd til nye billetter. Han ville nødtigt skilles fra resten af familien og lovede at søge læge i Athen. Vi insisterede på, at drengen måtte på sygehuset, da han ikke responderede på behandlingen med Ventoline. Efter 45 minutters overtalelse gik faderen med til at tage på sygehuset med sønnen. Jeg pakede forstøveren, Ventoline, Rubens ballon, og afsted kørte vi. På sygehuset fik drengen foretaget røntgen, blodprøver og fortsatte behandlingen med Ventoline. Faderen blev ved med at sige, at hans søn havde det bedre, og at sønnen havde sagt

det, men drengen sagde ikke et ord på sygehuset. Det var tydeligt, at faderen var desperat. Han forstod ikke den mulige konsekvens. Til sidst måtte jeg bede tolken sige, at drengen kunne dø på den 13 timer lange tur til Athen. Tolken og faderen var chokerede, og faderen kiggede ned i sine lår, tog hænderne til hovedet og blev helt stille. Jeg lod ham sunde sig lidt og sagde ikke mere.

Kompromis med desperat far

Efter at drengen havde fået flere omgange med Ventoline, begyndte han at se bedre ud. Respirationsfrekvensen faldt, han begyndte at tale, og iltmætningen blev 96-98 pct. uden ilt. Røntgenbilledet viste tegn på lungebetændelse, men det så ud til at kunne klares på tabletter. Tiden var ved at væ-

re knap. Faderen var rastløs, han ville udskrive sin søn mod givet råd. Til sidst spurgte jeg lægen på sygehuset, om jeg kunne indgå et kompromis, så de kunne tage færgen. Jeg ville ringe til tolken - som skulle med samme færgе - med svar på blodprøverne, og han ville kunne fortælle familien, om de skulle blive tilbage. Faderen accepterede de vilkår, og drengen blev udskrevet. Jeg kontaktede tolken, da svarene kom, og fortalte, at de var acceptable, og at der kunne opstartes antibiotika som ordineret af den græske læge ved udskrivelsen. Tolken skrev senere en besked om, at drengen havde det bedre, og at de nu alle var nået til Tyskland.

Fortsættes i næste nummer af Sygeplejersken.

NYT REDSKAB INDDRAGER BORGERNE I MEDICINDOSERINGEN

Odense Kommunes hjemmesygeplejersker har fået et nyt arbejdsredskab, Medicinhjælperen, som også inddrager borgerne. Mange vil gerne deltage eller selv stå for deres medicindosering, og kommunen satser på at rehabilitere, hvor det er muligt.

Tekst **Kirsten Bjørnsson** • Foto **Nils Lund Pedersen**

Retha Nicolaisen skal have doseret sin medicin til de næste 14 dage. Men hjemmesygeplejerske Pia Lüders Røge behøver ikke bruge tid på at rydde et sted at arbejde og finde medicinæsker og præparater frem.

Retha Nicolaisen har nemlig allerede foldet det doseringsunderlag ud, hun har fået af hjemmesygeplejen, og har stillet præparaterne fra medicinlisten på de nummererede felter øverst på underlaget og 14 tomme medicinæsker nedenunder.

Det svarer til de fire første punkter i vejledningen, som er trykt i venstre side af underlaget, og de næste tre punkter har hun også dækket: Hun har kontrolleret, at det aktive stof, der står på den enkelte emballage, er det samme som på medicinlisten, hun har tjekket den korrekte styrke, udløbsdatoen, og at der er nok af hvert enkelt præparat.

Derfor kan Pia Lüders Røge uden de store forberedelser gå til de sidste tre punkter i vejledningen. Hun hælder op, tæller efter, at der ligger det rigtige antal piller i medicinæskerne, og tjekker, at der også er nok til næste dosering.

Retha Nicolaisen har ikke lyst til at overtage hele opgaven, det føler hun sig lidt usikker på.

"Men jeg vil utrolig gerne følge med i, hvad for piller jeg får, og hvordan de ser ud," siger hun.

Doseringsunderlaget - også kaldet Medicinhjælperen - er et redskab, som både hjemmesygeplejersker og borgere har været med til at udvikle. Baggrunden er en større omlægning af kommunens ældrepleje, så hjælpen kan få et mere rehabiliterende sigte.

"Vi skal ikke bruge vores ressourcer på borgere, der kan selv," siger Pia Lüders Røge.

"Og hvis borgerne overhovedet kan, vil de gerne klare sig selv."

Gavner patientsikkerhed og kommunekasse

Omlægningen betyder et brud med gamle organisationsformer og arbejdsmetoder på mange planer. F.eks. arbejder Pia Lüders Røge i dag i et udkørende team sammen med hjælpere, assistenter og terapeuter under samme leder.

"Det nye er også, at det er borgernes mål, der skal være retningsgivende," fortæller Pia Lüders Røge.

"Hvor plejeplanen tidligere indeholdt sygeplejerskens formulering af problem, løsning osv., skal borgeren være med til at vurdere sig selv, og vi skal planlægge ud fra, hvad borgerens mål er. Er det borgerens eget ønske at kunne gå ud og handle selv eller ej?"

Medicinhjælperen er et mangesidet redskab. Det er godt for patientsikkerheden

og for sygeplejerskernes arbejdsmiljø, at de ikke længere skal stå og jonglere med piller og æsker på kanten af et overfyldt bord.

"Men det sparer mig også 10 minutter, når Retha har alting klar. Og hvis hun en dag ikke har stillet det hele frem, så vil jeg nok begynde at spørge til, hvordan hun har det. Så det er også en hjælp til at se borgerne. Om de kan det, de plejer."

Selvfølgelig er det også en fordel for kommunekassen, hvis hjemmesygeplejersken kan afslutte en medicindosering, om ikke andet så for et år eller to, tilføjer Pia Lüders Røge.

"Vi har afsluttet nogle få, og det skete ikke før i tiden. Men før i tiden inviterede vi heller ikke borgerne til at samarbejde. Så det var let for dem at miste overblikket."

Din bedste oplevelse med en patient for nylig?

"I dag kiggede jeg ind til en 103-årig, som her i de sidste dage har valgt at takke af til livet. Hun havde et klart øjeblik, og så kiggede hun på mig og sagde: "Du har rare øjne." Det er godt, at vi stadig kan være nærværende, selv om vi har travlt."



1. Retha Nicolaisen har sat alt klar, så hjemmesygeplejerske Pia Lüders Røge kan gå direkte til doseringen.

2. Doseringsunderlaget - også kaldet Medicinhjælperen - giver overblik, men forhøjer også sikkerheden ved at beskrive den korrekte dosering trin for trin.

3. Borgerne får udleveret underlaget, men skal selv købe medicinæsker, og det må ikke være de billige, hvor lågene kan falde af.

4. I de udkørende grupper er sygeplejerskerne placeret sammen med hjælpere, assistenter og terapeuter. Sådan er den nye struktur.

5. Svend Johansen har lige knap medicin til en fuld dosering, så Pia Lüders Røge aftaler, at hun kommer og doserer igen, når alt er hentet.







Til kamp mod nåleskræk

Tekst **Christina Sommer**
Foto **Søren Holm**

Anlæggelse af venflon på børn kan være en slem oplevelse for både børn og forældre som otteårige Lærke Kirstine Nielsen og hendes mor Mette Nielsen. Men der er blevet længere mellem de ærgerlige oplevelser på børneafdelingen på Regionshospitalet Randers, hvor personalet - her sygeplejerske Helle Holm Kristensen (tv.) og børnelæge Britta Eilersen - nu systematisk bruger en iPad til at aflede børnenes opmærksomhed. Og det virker, fortæller Helle Holm Kristensen, som har beskæftiget sig med emnet på sin diplomuddannelse i innovation.

"Vi viser som udgangspunkt en lille tegnefilm, f.eks. Bygemand Bob eller Rasmus Klump, og for mange børn er det distraktion nok. Derudover gør det også en kæmpe forskel, at børnene nu sidder op i stedet for at ligge ned. Selvfølgelig kan vi ikke fuldstændig undgå at fastholde nogle børn, men vores erfaringer er meget positive," siger Helle Holm Kristensen, som er ved at udbrede principperne til andre funktioner og afdelinger på hospitalet.

Tillid, tryghed og tro giver patienten en fornemmelse af kontrol

Den første konsultation med mennesker, der har fået konstateret livstruende blære-/nyrekræftsygdom, er udgangspunkt for dette studie. Det giver indblik i selvets overlevelsesstrategier ved alvorlig sygdom. 10 patienter, kvinder og mænd i alderen 50-78 år med økonomien i orden, medvirker i tre opfølgende interview, en uge efter at antropologen var en flue på væggen ved den første konsultation, tre måneder efter og seks måneder efter. Systemisk coaching a la social konstruktivist Gergeren guidede Jacobsen til formulering af spørgsmål, der handlede om at få mennesker til at realisere deres egne potentialer gennem stimulering af tænkemåde. I og efter den første konsultation formulerede deltagerne hver især deres unikke fortælling om sygdom, derefter formulerede de deres egne sygdomsnarrativer via sprogliggørelse af erfaringerne. Før-sygdomsnarrativet spiller forskelligt ind i sygdomsnarrativet. De tre læger, som stod for den første konsultationssamtale, blev også interviewet.

Tillid, tryghed og tro er, hvad et menneske har brug for for at kunne håndtere sin sygdomssitua-



Merete Demant Jakobsen
Den alvorlige samtale
Sygdomsfortællingens veje og vildveje
 Munksgaard 2015
 200 sider - 235 kr.

tion ifølge dette studie. Når disse tre t'er var til stede, oplevede patienten en fornemmelse af kontrol over egen situation, når de ikke var, opstod kaos.

Fortællingens etablering af erfaringsfællesskab er udgangspunkt for studiet. Narrativerne spejles op imod forskellige typer af sygdomsnarrativer. Fortællingen skal høres, og det er i første omgang den onkologiske læge, som skal lytte, så tillid og tryghed kan blive etableret, hvilket leder til at tro på, at lægen vælger den rette behandling. Med baggrund i studier af shamanisme relaterer Jacobsen erfaringsudviklingen til et felt med myte, ritualer og sygdom.

Sygdom og oplevelse af sygdom belyses også gennem eksempler fra især russisk skønlitteratur, hvilket giver god indsigt.

Bemærkelsesværdigt er det, at alle patienterne er tilfredse og tilpassede patienter, nogle refleksioner over udvalget af deltagerne havde klædt studiet.

*Af Marianne Mahler,
 Dr.PH, sygeplejefaglig konsulent.*

Bidrag til en udvidet forståelse af den kvalitativ

Fetichisme betyder tro på og dyrkelse af en genstand, der menes at besidde magisk kraft. Titlen på bogen antyder således det forhold, at den kvalitative metode muligvis er i fare for at blive tillagt overnaturlig kraft – eller måske snarere overdreven betydning. I sygeplejefaglig sammenhæng er vi med denne antologi slået ind på en forholdsvis smal sti, kaldet "videnskabsteori for viderekomne". Det er altså ikke en bog, de fleste kliniker vil nyde at granske, men for aktive forskere og undervisere på kandidatniveau er det nyttigt og vedkommende, men også krævende læsning.



Jane Ege Møller, Søren S.E. Bengtsen, Karen P. Munk (red.)
Metodefetichisme. Kvalitativ metode på afveje?
 Aarhus Universitetsforlag 2015
 244 sider - 299,95 kr.

Det er bogens ambition at bidrage til en udvidet forståelse af kvalitativ forskningsmetode. Vel at mærke en forståelse uden opsplætning i teoretiske fraktioner, hvor vægten lægges på kvalitet, originalitet og kreativitet frem for på overholdelse af en specifik metode.

Det synes jeg er lykkedes, både for bidragydere og redaktører. Dermed bliver det de overordnede og samtidig grundlæggende træk ved brugen af

En god og grundig håndbog, der er velegnet som opslagsværk

Smarter berører mange mennesker, enten via erfaringer på egen krop eller via pårørende, men smerter kan være mange ting og have forskellige årsager. Smertebogen giver et skematisk overblik over de faktorer, der spiller ind, når man har smerter. Bogen afdækker dels smertefysiologien og den basale neurofysiologi, dels beskriver den komplekse samspil, der er mellem tanker, handlinger og omgivelser for den enkelte smertepatient.

Bogen giver bl.a. en indføring i, hvilken betydning nociception har, hvordan cellerne påvirkes, og hvordan nervesystemet fungerer på det biokemiske plan. Det giver en bedre forståelse for, hvad der kan påvirke smerten, og hvilken betydning patientens forventninger kan have for oplevelsen af smerte. Også ledsagesymptomer ved forskellige typer smerter bliver beskrevet.

Smarter medfører ofte kognitive og biologiske reaktioner, som kan være svære at forstå, men bogen giver fyldestgørende værktøjer i forhold til, hvordan man kan støtte op



Morten Høgh, Niels-Henrik Jensen og Anne Paarup Pickering

Smertebogen

Munksgaard 2015
388 sider - 350 kr.

om patienter med smerter, og hvilke forhold det er vigtigt at have fokus på i smertebehandlingen. Bogen beskriver de overordnede principper for smertebehandling, både hvad angår den farmakologiske og non-farmakologiske behandling.

Bogen kan fungere som et klinisk redskab til at afdække patientens smerte og til at vælge behandlingsstrategi. Man får et grundigt overblik over, hvordan man vurderer smerter ud fra forskellige måleredskaber, som gennemgås i bogen.

Smertebogen er en god og grundig bog, der på overskuelig vis dækker de fleste aspekter inden for smertebehandling. Efter hvert afsnit er der en oversigt over det væsentligste indhold og henvisning til litteratur. Smertebogen er en anbefalelsesværdig og god håndbog, der er velegnet som opslagsværk.

Af Anita Johnsen, klinisk sygeplejespecialist på ZAMB smerteklinikken, Bispebjerg Hospital.

tive forskningsmetode

kvalitativ metode, der kommer i fokus, og ikke drøftelser af den ene kvalitative metode frem for den anden. Ligeledes gøres der op med den forestilling, at punktlig og systematisk overholdelse af metoden i sig selv genererer forskning af høj kvalitet.

Ligesom en sygeplejerske uden klinisk erfaring må følge de til enhver tid gældende retningslinjer, kan overdreven ærbødighed over for en metode medføre, at tænkningen, dømmekraften og kreativiteten, altså alt det, der skulle føre forskningen fremad, svækkes. Dette budskab sammenfattes fint i kapitel 10; i øvrigt et

godt sted at begynde læsningen. Svend Brinkmann redegør her i interviewform for en pragmatisk forskningstilgang, hvor det ikke så meget er metode, men det spørgsmål, der ønskes svar på, der udgør omdrejningspunktet: "Jeg kunne godt tænke mig en situation, hvor det ikke var nødvendigt længere at skelne. Hvor man ikke behøvede at tale om kvalitativ eller kvantitativ forskning, men bare kunne tale om forskning."

Hvis det ønske skal gå i opfyldelse, skal der dog ikke kun rokkes ved videnskabsteoretiske positioner og individuelle forskeres metodeopfattelse, men i

lige så høj grad ved de strukturer, der rammesætter forskning i form af bevillinger, bedømmelser etc. Et kapitel, der nøje behandlede disse forhold, havde derfor i denne sammenhæng været virkelig vedkommende læsning.

Af Lene Seibæk, seniorforsker, sygeplejerske, lektor, ph.d., Kvindesygdomme og fødsler, Aarhus Universitetshospital.

En bog, der kan anvendes i praksis

Bogen er en oversættelse af den norske ”Praktisk medikamentregning”, som udkom i 1. udgave i 2003. Den bydes varmt velkommen i rækken af udgivelser om medicinregning, da den vurderes til at være de andre overlegen i brugen af begreber/regnetrekanten samt have en pris, der ikke adskiller sig væsentligt fra andre. Jeg er begejstret, dels for bogens indhold, men også for appen MedRegning. Denne kan tilkøbes og giver de studerende muligheder for at øve regnefærdigheder uafhængigt af tid og sted, men den er også et middel til dybdelæring.

Indholdet er disponeret på en overskuelig måde, som gør, at bogen, udover at kunne bruges som grundbog i sygeplejerskeuddannelsen, kan anvendes som opslagsværk i autentiske situationer, hvor der skal foretages udregninger.

Bogen indledes med en gennemgang af forholdet mellem dosis, styrke og mængde, som er forudsætninger, man skal have, for at kunne forstå og anvende regnetrekanten. Ligeledes præsenteres grundlæggende regnefærdigheder,



Lars André Olsen
Praktisk medicinregning
Dosis, styrke, mængde
 FADL's Forlag 2015
 222 sider - 229,95 kr.

man skal beherske, for at kunne medicinregning, og bogen afsluttes med en gennemgang af regneeksempler, hvor også overspringshandling demonstreres. Det vurderes, at egenkontrol af konkrete udregninger på sigt kan medvirke til at øge patientsikkerheden i klinisk praksis. Der er øvelsesopgaver med et særskilt resultat afsnit.

Skulle man komme med enkelte forslag til forbedringer, må det være, at der under indledning står ”at studerende som hovedregel kan administrere lægemidler under observation af den ansvarlige sygeplejerske/social- og sundhedsassistent” – jeg mener ikke, at man fagligt kan forsvare, at en social- og sundhedsassistent varetager den opgave, når vi pædagogisk argumenterer for peer-learning.

Det anbefales, at referencerne på kildelisten som minimum opdateres i forhold til dansk lovgivning.

*Af Conny Madsen, lektor, cand.scient.san.,
 VIA Sygeplejerskeuddannelsen, Campus Randers.*

KORT NYT OM BØGER

Jesper Bay-Hansen

Mærk efter

Mindspace 2015
 168 sider - 148 kr.

Hvis din evne til at mærke efter halter, så få hjælp af Jesper Bay-Hansen. Han er praktiserende læge, specialist i klinisk sexologi og skrev i 2014 artiklen ”samtalen om seksualitet” til *Sygeplejersken*. Den lille røde bog med det store blå ud-råbstegn, som han står bag, er både tankevækkende og morsom. På en tilgængelig og anvendelig facon får forfatteren givet aktuelle tendenser én på hatten, samtidig med at han viser, hvordan dette ”at mærke efter” kan trænes.

F.eks. bliver et begreb som resiliens (robusthed) defineret, forklaret og fulgt op af flere bud på træning af resiliente færdigheder. Også i faglige sammenhænge er hjælpsom bog med små hip til sundhedspersonale og deres opfattelse af patientrollen. Bogen har både fokus på den enkeltes mærk efter-formåen og på den samfundsmæssige side af sagen.

Sophie Swerts Knudsen

Ulven

EgoLibris
 74 sider - 149,95 kr.

Et totemdyr. Det er, hvad Sebastian på 10 år får brug for, da han får konstateret en kræftknude i sit knæ. Indlæggelse på Rigshospitalet og isolation fra sport, venner og skole er en følge af sygdommen, og det gør Sebastian indadvendt. Men han henter nyt mod, da en sygeplejerske forærer ham en bog om Sioux-indianerne. Ulven bliver hans totemdyr og hjælper, og Sebastian selv transformeres i sin fantasi til en taper kriger.

Bogen kan give andre børn og deres forældre et grundlag at tale sygdom ud fra, og den kan styrke det enkelte barns livsmod i en svær periode. Sebastian, som er fortælleren, har et for sin alder meget voksent sprog indimellem, det må man se igennem fingre med. Men en god idé at kombinere hospitalshverdag med fiktion om en indianerstamme.

Overskuddet fra salg af bogen går til Børnecancerfonden.

Ketty Hjøllund

ALS - Sygdommen uden håb

Kahrius 2015
 134 sider - 199 kr.

Bogens forfatter i lyserød jakke foran en rododendron i samme farve. Det er forsiden på bogen om Ketty og Thorkilds sidste tre år sammen, Thorkild mere og mere syg af ALS. Bogen har fire underliggende formål: at udbrede kendskabet til ALS, at kæmpe for aktiv dødsbistand til uhelbredeligt syge, lige muligheder for mennesker med ALS uanset bopæl og adgang til cannabis som smertelindring. Den beskriver Thorkilds forløb fra diagnose til begravelse, og den efterfølgende sorg får sat ord på. Det er en meget personlig og detaljeret bog om livet med ALS og forberedelsen på den død, der er uundgåelig. Parret har udvist stort mod og talt sammen om alt det vanskelige, og Thorkild skrev digte om sit liv, digte, der er med i bogen. Men hvem skal læse den? Sygeplejersker, læger og hjælpere måske. Skrap kost for mennesker diagnosticeret med ALS - men muligheden er der. (jb)

Af Jette Bagh, cand.cur., fagredaktør



Hjælp nye fællesskaber på vej

”Hvilken roman har du så læst for nylig?” spørger lederen af den psykiatriske afdeling, hun gerne vil ansættes på. Svaret volder ikke besvær, for hun læser mange bøger. Senere finder hun ud af, hvorfor spørgsmålet blev stillet. Afdelingen skal i gang med at etablere et tilbud om biblioterapi til en gruppe patienter, som lever meget isoleret og er vanskelige at få kontakt med, fortrinsvis mennesker med psykotiske lidelser. Biblioterapi lyder måske af terapeutisk coaching for mennesker med tinnitus eller som en form for avanceret hudpleje, men betyder slet og ret, at man deler oplevelsen ved at læse med andre mennesker. Det giver både deltagerne mulighed for at udtrykke deres følelser i forhold til det hørte eller læste og skaber grobund for fællesskaber patienterne imellem og mellem patienter og behandlere. At tale sammen om andet end ambulatoriebesøg, hallucinationer og medicinlister gavner – ikke overraskende – relationen.

” For dem, som ikke føler sig lykkelige, men måske lever med siden til og følelserne pakket ind i en dynejakke, kan mødet med litteraturen og de menneskelige op- og nedture, der bliver beskrevet, give mulighed for at komme ud af en skal, der har klemt i kortere eller længere tid.

Når en gruppe læser eller får læst højt, er det teksten, der er vigtig, ikke den enkelte patient og hendes sygdom eller symptomer. Teksten er i centrum, og gennem diskussion og samtale om indholdet, ved at åbne teksten, bliver deltagerne bedre til at udtrykke sig eller bevæger sig ligefrem fra selvløst tavshed til tale.

Frem for selvhjælpsbøger med en definition på lykke så massiv og konstant som en guldbarre i en schweizisk bankboks og en tilsvarende snæver opfattelse af vejen derhen er

god litteratur smækfuld af nuancer, følelser og identifikationsmuligheder. Og god litteratur er med al respekt hverken krimier eller thrillere, men derimod ofte prisvindende litteratur. Den type romaner er ikke forsynet med et klart plot eller en entydig helt. Hovedpersonerne er gjort af det stof, mennesker mestendels er gjort af, de er ikke perfekte, men derimod melankolske, sangvinske, koleriske, flegmatiske og rigtig meget andet. For dem, som ikke føler sig lykkelige, men måske lever med siden til og følelserne pakket ind i en dynejakke, kan mødet med litteraturen og de menneskelige op- og nedture, der bliver beskrevet, give mulighed for at komme ud af en skal, der har klemt i kortere eller længere tid.

Den effekt har de sociale medier ikke, i det offentlige rum synes det snarere at være den anden vej rundt. Meget højlydte samtaler har sjældent et indhold, der giver anledning til eftertanke eller en følelse af, at her lytter man til noget stort og særligt.

Allerede Aristoteles vidste, at litteraturen har en helende kraft, og han skrev om det i år 300 f.Kr. i værket Poetikken. I nyere tid har The Reader Organisation (TRO) i Liverpoolområdet skabt læsegrupper for mennesker med vanskelige sociale kår. Praktiserende læger er begyndt at henvise til grupperne, og til dato er der ikke indberettet bivirkninger af nogen art.

Psykiisk syge, demente og børn, som lider af angst, kan have gavn af biblioterapi. Det er afprøvet og vist i Danmark. Men også indsatte i fængsler kan finde ro og have positiv effekt af litteraturen.

Hvis en læsegruppe, højtlesning af digte eller noveller kan gøre livet mere tåleligt for en urolig patient med demens, det tavse, omkringvandrede psykotiske menneske, eller det meget angste barn, må sygeplejersken qua sin faglighed pege på den mulighed blandt mange andre. Sygepleje skal have betydning for patienten, det må være målet, og at udtrykke sig og finde et sprog for sine følelser er væsentligt for de fleste mennesker.

Biblioterapi er ikke kun kaffe og cookies. Det er også et tilbud om fællesskab gennem læseoplevelser.

Søg på Google på ordet ”biblioterapi” og læs f.eks. ”Litteratur som behandling eller æstetisk praksis?” Af Mette Steenberg, *Månedsskrift for almen praksis*, oktober 2013.



Sygehus Thy-Mors er med i Patientsikkert Sygehus. Det har givet gode resultater i kampen mod tryksår.



Rehabilitering, når det er bedst

Tekst Kristine Jul Andersen • Foto Simon Klein-Knudsen

Morsø Afklaringscenter yder sundhedsfaglig behandling og pleje af borgere, der er for syge til at være hjemme, men ikke så syge, at de skal på sygehuset. Formand for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, besøgte det nybyggede center og en af de sygehusafdelinger, som centret jævnligt modtager patienter fra.

Strandvænget og Skovvejen er to nye veje i Øster Jølby på Mors i Nordjylland. Vejene støder op til hinanden i begge ender og udgør rammen om et nybygget Morsø Afklaringscenter, som formanden for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, har besøgt.

Det har op til 24 beboere, som har til fælles, at de ikke kan klare sig selv. Mange borgere kommer fra sygehuset, hvor de har været i behandling. Men blot fordi de er færdigbehandlet, har de fortsat brug for sundhedsfaglig pleje og omsorg. Og det kan de få på Morsø Afklaringscenter. Omvendt er der også borgere, der kom-

mer til afklaringscenteret for at få støtte og pleje – og afklaring – så de undgår at blive indlagt på sygehuset.

Til at sørge for pleje og medicinhåndtering til beboerne er der ansat tre sygeplejersker, 22 social- og sundhedsassistenter og to social- og sundhedshjælpere.

Plads til at bo og arbejde

Det er sygeplejerske Pia Jørgensen, der har inviteret Grete Christensen på besøg to og et halvt år efter, at formanden besøgte centret i dets gamle omgivelser. Hun og centerleder Jette Dissing tager imod.

”Vi er meget glade for at være flyttet ind i det nye byggeri. Det har øget livskvaliteten for beboerne – og for os. Nu er der god plads, og der er i indretningen taget højde for det sundhedsfaglige arbejde. Eksempelvis i form af skyllerum. Der er heller ikke længere patienter, der bor for enden af gangen og føler sig utrygge, og patienternes tilfredshed er steget,” fortæller Jette Dissing, der også er sygeplejerske.

I en tid, hvor overbelægning på sygehuse debatteres, samtidig med at regionerne fortæller om færdigbehandlede patienter, der ligger på sygehusene, og som kommunerne ikke kan hjælpe, hvis de bliver udskrevet, finder Grete Christensen afklaringscentrets funktion meget interessant:

”Regeringen har lige nu fokus på den ældre medicinske patient. Her er det oplagt, at kommunerne har et sted som Morsø Afklaringscenter, hvor de ældre kan få pleje og omsorg, hvis de har brug for det i en periode, så man kan forebygge indlæggelser, og hvor man kan komme efter en indlæggelse på sygehuset. Og dermed også undgå genindlæggelser. For mig at se er det her rehabilitering i sit ypperste.”

Men når patienterne er indlagt i stadig kortere tid og ofte udskrives, før de kan tage vare på sig selv, øger det belastningen på personalet på Morsø Afklaringscenter. I 2014 var 62 pct. af deres beboere henvist fra sygehuset.



Sygeplejerske Heidi Lindstrøm og afsnitsledende sygeplejerske Henriette Skovbo fortæller Grete Christensen, hvordan de prøver at ændre arbejdsgangene, hvis de er u hensigtsmæssige.



Sygeplejerske Heidi Lindstrøm og afsnitsledende sygeplejerske Henriette Skovbo viser Grete Christensen rundt på afdeling M3, Sygehus Thy-Mors. Her ses skærmen med oversigt over patienterne på afdelingen.

”Vi mærker presset. Bl.a. i form af, at beboerne er blevet mere komplekse og stiller større krav til den sygeplejefaglige indsats. Samtidig oplever vi ofte, at ingen har et overblik over patienten, og at der ikke er lagt en ordentlig plan for patienten fra sygehusets side,” fortæller sygeplejerske Pia Jørgensen.

Hun ønsker ikke at skyde ansvaret over på kollegerne på sygehuset. Hun ved, de også er pressede. Og det kan de bekræfte på Medicinsk afdeling M3 på Sygehus Thy-Mors, som Grete Christensen besøger efter Morsø Afklaringscenter.

Tiltag i travlheden

På Medicinsk afdeling M3 på Sygehus Thy-Mors kan afsnitsledende sygeplejerske Henriette Skovbo og sygeplejerske Heidi Lindstrøm fortælle at de oplever en mere travl hverdag og ikke mindst, at patienterne, der primært er apopleksipatienter, er blevet mere syge de senere år.

”Vores arbejdsopgaver er blevet mere komplekse. Samtidig bliver patienterne sendt hurtigere hjem end for bare tre-fire år tilbage. Ofte skal vi kende udskrivelsesdagen den dag, de bliver indlagt,” siger Henriette Skovbo.

Grete Christensen fortæller, at sygeplejerskerne på Morsø Afklaringscenter oplever, at de ikke altid får en klar overlevering af patienterne med fra sygehuset, hvilket får Henriette Skovbo til at påpege:

”Det kunne da være, man skulle tage over og høre, hvordan det fungerer hos dem.”

For Henriette Skovbo vil gerne forbedre alt det, der kan forbedres i en ellers travl hverdag. Et af de nyere tiltag på afdeling M3 er såkaldte ”tavlemøder”, hvor hele afdelingen mødes en halv time og gennemgår patienterne og aftaler helt konkret, hvem der gør hvad.

”Det har givet mere ro og et bedre overblik,” fortæller hun.

Henriette Skovbo er også gået forrest for at ændre en problematisk arbejdsgang

i forhold til patienternes røntgenforløb.

”Vi oplevede, at vi brugte rigtig meget tid på at koordinere med røntgenafdelingen, og at vi forstyrrede patienterne med mange henvendelser. Derfor fik vi lavet analyse af arbejdsgangen og ændret tingene. I dag har vi en åben røntgenafdeling, hvor det er os, der bestemmer, hvornår patienterne er klar. Og nu har patienterne medbestemmelse over, hvornår de skal til røntgen, og de kommer direkte ind. Det giver et bedre forløb for både patienterne og for os,” siger Henriette Skovbo.

”Og så virker det mere professionelt i forhold til patienten,” anerkender Grete Christensen, der kun kan opfordre til at blive ved med at se på, hvordan man kan forandre og forbedre den måde, man plejer at gøre tingene på:

”Man kan forbedre kvaliteten med den model og nå langt. Men det er vigtigt, at der er opbakning til det, og at alle ved, hvordan man arbejder med det.”

Bliv klogere for færre penge

Køb dine bøger til medlemspris

[WWW.DSR.DK/RABATTER.](http://WWW.DSR.DK/RABATTER)

Fastelavn er mit navn

Boller vil jeg have

Fastelavnsboller med 6 pct. bonus i Lagkagehuset



www.dsr.dk/rabatter

DSR Webshop

Holder nytårsforsættet?

Køb sportstøj og sko til medlemspris



www.dsr.dk/webshop

Gækkebreve og æggejagt på Bornholm?

Book påskeferien i en af DSR's 42 nyistandsatte ferieboliger nu



www.dsr.dk/fritidsboliger

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

Kvalitet skal indtænkes

Regeringens planer om at bruge 400 mio. kr. på bl.a. flere læger og sygeplejersker på de medicinske afdelinger på de danske sygehuse kan betyde en stigning i kvalitet, hvis pengene bruges rigtigt. Det mener formanden for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, efter at regeringen er kommet med forslag til, hvordan man skal bekæmpe overbelægningsproblemer på især de medicinske afdelinger. "Vi skal tænke i høj kvalitet, så vi hjælper patienterne ud af sygehusene på en god måde, og så vi værner om medarbejderne," siger Grete Christensen til Ritzau.

Opgør med sundhed på samlebånd

Med ny debatbog, antologien "Bladet fra munden – mod og vilje til et godt arbejdsliv" retter Dansk Sygeplejeråd en hård kritik mod politikernes forblændelse af New Public Management. "Arbejdsmiljøet er presset i bund. Og vi kan desværre se på vores målinger, at det går dårligere og dårligere, uanset hvor mange politikker og nye handleplaner der bliver udarbejdet. Det er en udvikling, som vi bliver nødt til at gøre oprør mod, inden det er for sent," siger formand Grete Christensen til Altinget.dk



Uddrag af Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensens kalender.

8. februar

- Møde med formandskabet i Kreds Midtjylland, Kredskontoret, Silkeborg

9. februar

- Bestyrelsesmøde i Lån og Spar Bank, København

10. februar

- Møde i den politiske styregruppe LO/FTF, LO, København
- Temadag for Hovedbestyrelsen, Kvæsthuset, København

11. februar

- Temaarrangement om det nære/sammenhængende sundhedsvæsen, Hotel Koldingfjord, Kolding

12. februar

- Møde i forhandlingsfællesskabet, København
- Bestyrelsesmøde PKA A/S, PKA, København

18. februar

- Bestyrelsesmøde i Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Danske Regioner, København

22. februar

- Møde i FTF sektion K, FTF, København

23. februar

- Møde ang. det kønsopdelte arbejdsmarked, Kvæsthuset, København

24. februar

- Revisionsudvalgsmøde i PKA, PKA, København

26. februar

- Formandskabs- og direktionsmøde, Kvæsthuset, København
- Møde med formandskabet for de Danske Professionshøjskoler, København



Try it
you'll
love it

SID DIG STÆRK

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

PRØV EN STOL GRATIS I 14 DAGE

SID DIG STÆRK
dynamostol® d

www.dynamostol.com

info@dynamostol.dk

tlf.: 4675 0970

Staten svigter det rummelige arbejdsmarked

Af **Monica Nørregaard Andreassen**, sygeplejerske, cand.soc.

Jeg ved, at andre end jeg har brug for eller lyst til kortere arbejdstid, og som en del af fællesskabet skal man da yde sin del. Jeg har også følelsen af, at arbejdet er der, det er bare mig, der ikke kan finde det.

Jeg har ellers ikke været dårlig til det med jobs. Har arbejdet rundt regnet 26 år i forskellige funktioner i sundhedsvæsenet med pauser, hvor jeg enten har fået børn eller uddannet mig.

Jeg er uddannet sygeplejerske, klinisk vejleder og cand.soc. Jeg kom til skade i mit arbejde som sygeplejerske og skal resten af livet leve med følgerne; jeg har måttet lægge mit liv om og er blevet omskoleet. Derefter har jeg haft job i form af vikariater, for når jeg søger faste stillinger, bliver jeg valgt fra - eller valgt til vikariater. Arbejdsgiver vil gerne bruge mine kompetencer, men ikke i en fast aftale. De siger det ikke, men jeg tænker, at mit eventuelle fravær fylder mere end alt det andet, jeg kommer med.

Jeg har nogle udfordringer, men har styr på det og har fundet ud af, hvordan jeg passer på. Når jeg er på 30-32 timer, går det godt; faktisk har jeg ikke haft noget fravær, efter jeg gik ned i tid. Jamen, hvad er problemet så? spørger du. Du skal da bare være på 30 timer!

Når jeg og flere af mine tidligere kolleger spørger, om vi kan gå ned på 30 timer, bliver det meget kategorisk afvist. Arbejdspladsen ansætter af princip ikke på 30 timer. En af begrundelserne, jeg har fået, er,

at forsikringen af medarbejderen koster det samme, om man er på 37 timer eller mindre, så pludselig handler det ikke om rummelighed, men om økonomi.

Der er ellers lovgivet og forhandlet på området, og i de fleste overenskomster er der et socialt kapitel, som kan anvendes, hvis der skal laves særlige aftaler på virksomheden for en ansat med nedsat arbejdssevne, f.eks. nedsat arbejdstid, skånefunktioner, omplacering eller som jeg, der har haft en § 56-aftale. Så muligheden er der, men hos staten er der ikke vilje eller rummelighed til at bruge den.

Derfor, hvordan får jeg et job, hvis staten, der stiller krav om rummelighed og plads til alle, ikke går foran, hvorfor skulle andre arbejdsgivere så? Hvordan skal jeg kunne yde og give det, jeg kan? Jeg har masser af erfaring og kompetencer, men ikke noget sted at bruge dem.

Svar

Kære Monica Nørregaard Andersen

Det er jeg oprigtig ked af at høre. Det ligger Dansk Sygeplejeråd meget på sinde med et rummeligt arbejdsmarked, der sikrer, at vores medlemmer har mulighed for at være erhvervsaktive, hvis de ønsker dette, selvom man måtte have nedsat arbejdssevne.

Derfor har Dansk Sygeplejeråd bl.a. haft et særligt fokus på fleksjobberes vilkår, særligt siden gennemførelsen af fleksjob-

reformen den 1. januar 2013. Fleksjobordningen skal jo netop sikre, at medarbejdere med nedsat arbejdssevne får mulighed for at blive ansat på vilkår, der svarer til deres arbejdssevne, herunder mulighed for at arbejde på nedsat tid.

Herudover eksisterer der en lang række tiltag også på statens område om job på særlige vilkår, herunder f.eks. ansættelse af personer med nedsat arbejdssevne i løn-tilskud, som gælder for revalidender, førtidspensionister og uddannede handicappede og virksomhedspraktik, som gælder både ledige og personer med nedsat arbejdssevne.

Der eksisterer således allerede i dag en lang række tiltag på det offentlige arbejdsmarked, som inkluderer medarbejdere med nedsat arbejdssevne, og jeg synes, det er et problem, hvis det, som du skriver, er, at der hverken er vilje eller rummelighed til at bruge mulighederne.

Dansk Sygeplejeråd vil fortsat have fokus på og arbejde for et rummeligt arbejdsmarked, der kan inkludere dig og andre medlemmer med særlige behov. Og jeg vil bringe videre til vores arbejdsgiverpart, at der i praksis er udfordringer i forhold til at anvende de tiltag, der allerede eksisterer i dag.

Venlig hilsen
Grete Christensen,
formand

Sygeplejerske i direktørstolen

Direktøren i den danske afdeling af Læger uden Grænser er sygeplejerske. Jesper Brix hedder han. Afghanistan, Sydsudan, Somalia, Sibirien, Albanien, Bosnien, Kroatien, Brasilien, Indien, Malawi, Mozambique og senest Lesotho er blandt de mange lande og områder, hvor han har været, ikke for at holde ferie, men for en-

ten at arbejde som sygeplejerske eller arbejde med rekrutterings- og personaleadministrative opgaver for Læger uden Grænser. Den 1. januar overtog han den danske direktørstol i den verdensomspændende organisation efter ad flere omgange at have været indvalgt i bestyrelsen - senest i 2009 som formand.

Jesper Brix blev sygeplejerske på Hvidovre Hospital i 1997 og har endvidere en militær baggrund som seniorsergent. I 2001 blev han hædret med Florence Nightingale-medaljen for sit arbejde blandt tuberkuloseramte i russiske fængsler.

(hbo)

Ulovlig magtanvendelse

Kommentar til svar på dilemma i Sygeplejersken nr. 14/2015, "Behandling, mens patienten sover".

Af **Rie Schou**, demenskonsulent

"Dilemma" i sidste nummer af *Sygeplejersken* 2015 handler om behandling af en dement mand, mens han sover. Den sygeplejestuderende siger fra i situationen, da hun "føler, der er et eller andet galt." Den studerende stiller spørgsmålet: "Hvad kan tale for, og hvad kan tale imod at behandle en sovende patient?"

Hvis vi ser bort fra det efter min mening uetiske i at behandle en hvilken som helst borger, mens vedkommende sover, så taler lovgivningen imod at behandle en sovende patient, som i vågen tilstand ville modsætte sig behandlingen. Sundhedsloven tillader ikke behandling af patienter uden deres samtykke. Pårørende/værger kan give tilladelse til, at demens-

ramte behandles under forudsætning af, at den demente ikke modsætter sig behandlingen. Sundhedsloven levner ingen mulighed for at benytte magtanvendelse for at gennemføre en behandling, medmindre der er tale om en livstruende tilstand, og det kan man næppe kalde den beskrevne.

I det ene svar anbefales det, at der laves en magtanvendelses-indberetning. Hvis den landede på mit bord, ville afgørelsen være, at hændelsen var ulovlig magtanvendelse.

Det dilemma, at en dement borger/en borger med betydelig og varigt nedsat funktionsevne ikke vil medvirke til en behandling, er hverdagen i alle landets pleje-

boliger, på mange bosteder og i hjemmeplejen. Socialpædagogiske metoder er heldigvis rigtig ofte løsningen, så det lykkes at få borgeren til at samarbejde om behandlingen. Men det sker også, at det ikke lykkes, og borgeren desværre må blive så dårlig, at der bliver tale om en livstruende tilstand, der så kan behandles.

Der har været en del politisk opmærksomhed på problemet, ligesom Alzheimerforeningen og Etisk Råd taler meget for en lovændring. Men så længe sundhedsloven er, som den er, er det ikke tilladt at behandle, hvis borgeren modsætter sig.

Rie Schou er ansat i Høje-Taastrup Kommune.

Hvorfor ikke bare sige det, som det er?

Kommentar til artiklen "Besøg på hospitalet endte i tumult og verbale trusler" i *Sygeplejersken* nr. 1/2016.

Af **Karen Hvid Fejrskov**, sygeplejerske, stud.cur.

I artiklen "Besøg på hospitalet endte i tumult og verbale trusler" skrevet af Susanne Bloch Kjeldsen citeres næstformand i Dansk Sygeplejeråd Dorte Steenberg for at mene, at episoden på Slagelse Sygehus er et udtryk for en voksende mistillid til den offentlige sektor.

Jeg forstår ikke helt, hvordan situationen på Slagelse Sygehus kan få Dorte Steenberg til at tale om mistillid til den offentlige sektor. Ja, jeg vil gå så langt som at sige, at denne sammenligning er søgt.

Man undres og får den tanke, at Dorte Steenberg har en skjult dagsorden og derfor slet ikke ser, hvad der reelt er på spil. Det sker jo, at man er så optaget af en sag (sygeplejerskernes arbejdsvilkår, arbejdsmiljø osv.), at man ikke anerkender, når noget handler om noget helt andet.

Det er jo ingen hemmelighed, at de pårørende, sagen omhandler, havde en anden etnisk baggrund end dansk, og at det kan give udfordringer, når de skal passe ind under de rammer, det danske sygehussvæsen er bygget op omkring. Hvorfor ikke bare sige det?

Svar

Kære Karen Hvid Fejrskov

Tak for din reaktion på artiklen om trusler mod sundhedspersonale på Slagelse Hospital. Det er vigtigt med diskussion af sådanne episoder - det er den eneste måde at komme dem til livs på.

Jeg er helt enig med dig i, at situationen i Slagelse ikke kan indeholdes i en overordnet udtalelse omkring mistillid til den offentlige sektor. Det er ret upræcist, og her taler vi jo sundhedsvæsen. Men des-

være forekommer vold og trusler om vold eller andre former for trusler, f.eks. skjulte båndoptagelser af samtaler med sundhedsprofessionelle, ofte på danske hospitalsafdelinger og i hjemmeplejen. Nogle af disse kan forklares med kulturelle forskelle, som du peger på. Men det er langt fra alle. I en del tilfælde kommer truslerne fra det, der kan kaldes etniske danskere. Det var den bredde, jeg gerne ville have med i debatten, og som jeg stadig synes er vigtig. Mistillid kan være en forklaringsmodel, men ikke den eneste, så det er ét bud på en årsag - på en udvikling, jeg synes er usund og naturligvis også en belastning for arbejdsmiljøet.

*Venlig hilsen
Dorte Steenberg,
næstformand.*

LÆSERREJSE

Big Five-safari i Sydafrika

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

AFREJSE

29. AUGUST 2016

Kr. 13.998,-
(Ny pris)

Tillæg for enkeltværelse kr. 2.998

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

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

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

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

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



Inkl. hjælpension
på campen

Prisen inkluderer

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

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

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



- FRA SYGEPLEJERSKE TIL SYGEPLEJERSKE

Tag med til Grønland

Kan smulerne fra Den Danske Kvalitetsmodel bruges til noget som helst? Ja, mener en leder i psykiatrien, som i samarbejde med personalet anvender audit som udgangspunkt for at vurdere kvalitet generelt og den enkelte sygeplejerskes præstation specifikt. Det sidste er ikke normen i sygeplejekredse, men personalet er glade for samtalerne med deres leder og savner dem, når ferien rammer afdelingen. Læs mere i "Audit er et vigtigt ledelsesværktøj".

Rejs herefter med til Grønland; det er interessant, både hvis man har erfaringer med at arbejde der, hvilket en del sygeplejersker har, og hvis man er på vej til at få det. Tre artikler giver et godt overblik over, hvordan sundhedsvæsenet er skruet sammen, dvs. ligheder og forskelle mellem væsenet deroppe og her, særlige vanskeligheder og måder at håndtere dem på. Én artikel beskriver indførelse og brug af telemedicin i det store land. Ret fornuftigt har man set sig om og fundet et system i Alaska, hvor forholdene minder om dem i Grønland, og så er det blevet indført. Ikke noget med selv at opfinde den dybe talerker og knække halsen på et system, der alligevel ikke virker efter hensigten.

Den sidste artikel handler om demens, som også forekommer nordpå. Tidligere løste man problemet ved at sende den demente person ud i naturen for at dø, for i en lille bygd var der ikke råd og ressourcer til at opretholde livet for de skrantende og uproductive.

Nu er løsningen at flytte på plejehjem, et hjem, som ofte ligger langt væk fra slægt og venner. Men de mennesker, som leder og arbejder på plejehjemmet, er ikke altid så veluddannede, som man kunne ønske. Det er ikke ond vilje, der er årsagen til, at hænder bindes og mennesker vaskes liggende på gulvet, men uvidenhed. Læs mere i artiklerne "Faglige udfordringer både tiltrækker og skræmmer", "Telemedicin medvirker til lige adgang til sundhedsydelse" og "Store etiske udfordringer på ældre- og demensområdet".

Jessie Bayh

Sygeplejerske,
cand.cur., fagredaktør.



Praksissygeplejersker er rollemødel under simulationstræning

Mette Gjørvad Høy, uddannelsesansvarlig, hospitalsenhed Midt
Susanne Aas, uddannelseskonsulent, Viborg Kommune; s2a@viborg.dk

De sygeplejestuderende tør øve, spørge, grine og begå fejl, når simulationstræning på VIA foregår i samarbejde mellem undervisere og praksissygeplejersker.

Når sygeplejerskerne fra praksis rykker ind i undervisningsmiljøet på VIA Viborg, giver simulation og færdighedstræning virkelighedsnære læringsmuligheder for modul 2-sygeplejestuderende (1). Det har vi erfaret gennem et nyt samarbejdsforum omkring undervisningen for modul 2-studerende, hvor klinikken, Hospitalsenhed Midt, Viborg Kommune, og VIA Viborg samarbejder om at skabe læring med udgangspunkt i den nyeste evidens og kliniske erfaring fra sygeplejen. De studerende kan afprøve og træne de kliniske færdigheder i trygge omgivelser og med praksis-sygeplejersker som rollemødel. Det er vigtigt, at der er et godt læringsmiljø, hvor de studerende tør øve, spørge, grine og begå fejl. Øvelserne kan både foregå på simulationsdukker, på den studerende selv eller på med-studerende i øvelokaler på VIA. Øvelserne kan gentages, indtil den studerende føler sig sikker. Denne metode giver den studerende nogle kompetencer, inden han eller hun bliver kastet ud i den virkelige verden.

Mangeårigt samarbejde

I flere år har Hospitalsenhed Midt og VIA Viborg samarbejdet om at få praksis ind på VIA. De kliniske vejledere og uddannelsesan-

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

svarlige har bidraget med deres viden og kliniske kompetencer fra praksis i samarbejde med de teoretiske undervisere, så de studerende kunne koble deres teori med den virkelighed, de møder i praktikken. Men der skal være sammenhæng mellem primær og sekundær sektor, og derfor har Viborg Kommune valgt at indgå i dette samarbejde for modul 2-studerende fra efteråret 2015. Når både primær og sekundær sektor deltager aktivt i undervisningen i færdigheds- og simulationstræning, opnår de studerende en bredere viden og et bedre kendskab til sygeplejerskens arbejdsområde på hospitalet, men også i høj grad til sygeplejen i borgerens eget hjem.

Inddelt i mindre hold

De studerende bliver inddelt i mindre hold og skal rotere mellem forskellige stationer, hvor der er fokus på den grundlæggende sygepleje. Udgangspunktet er modulbeskrivelsen for modul 2. Undervisningen på de forskellige stationer tager udgangspunkt i "Model for praktisk færdighedsudøvelse" også kaldet Rins-modellen (2). Den studerende har til de forskellige opgaver ved stationerne et refleksionsark, som giver et billede af, hvordan opgaven kan gribes an, men også hvor kompleks opgaven kan være. Både i sekundær og primær sektor anvendes Rins-modellen af de kliniske vejledere for at understøtte den studerendes læring.

Færdigheds- og simulationstræningen svarer til 4 ECTS-point og er planlagt over

32 lektioner. Disse varetages af sygeplejersker fra sekundær og primær sektor, som alle har en bred faglig ekspertise og nogle fantastiske pædagogiske egenskaber, som de gerne breder ud til studerende på VIA. De teoretiske undervisere fra VIA Viborg deltager med gode fif til de kliniske færdigheder samt kobling af teori og praksis.

Viden fra to sektorer

Dette forløb kan noget helt unikt pga. samarbejdet på tværs af sektorer, hvilket medfører, at de studerende får viden fra både primær og sekundær sektor. På den måde får de studerende større forståelse for sygeplejerskens arbejdsområde, bredden og mangfoldigheden. Med denne undervisningsmetode, hvor der skabes sammenhængskraft mellem sektorer og undervisning, er vi rustet til den nye uddannelse for sygeplejersker fra 2016, hvor nogle af nøgleordene er tværsektorielle forløb og færdigheds- og simulationstræning. Vi er klar til fremtidens sygeplejefaglige udfordringer.

Litteratur

1. Helleshøj H, Johansen H-H, Hansen TM, Selberg H. Simulation i sundhedsuddannelserne. København: Munksgaard 2015.
2. Bjørk IT 1999. Model for praktisk færdighedsudøvelse. www.rins.dk > download file. Besøgt d. 19.01.2016



Studerende øver kliniske færdigheder på bl.a. simulationsdukker i trygge omgivelser og i samarbejde med praksis-sygeplejersker som rollemodeller.

ARKIVFOTO: LENA RØNSHOLT.



Dansk Selskab for Klinisk Hypnose

Begynderkursus i klinisk hypnose for psykologer og autoriseret sundhedspersonale

Modul 1

fredag 8/4 kl 9.30 - 9/4 2015 kl. 16

Modul 2

fredag 3/6 kl 9.00 - 4/6 2015 kl. 16

Internatkursus på Hotel Huset,
Hindsgavl Alle 2, 5500 Middelfart

Pris for begge moduler 7.000 kr.
for ikke-medlemmer 8.000 kr.
inkl. overnatning

Tilmelding og spørgsmål til
Randi Abrahamsen tlf. 9391 8977
randiabrahamsen@hotmail.com

Se mere på
www.hypnoseseelskabet.dk

Tilmelding senest 1/3 2016

Bliv Akupunktør

på en af Danmarks mest omfattende
akupunkturuddannelser

2 ½ års uddannelse
med weekendundervisning.

Skolen har som den eneste i landet
to undervisere, som har en
kandidatgrad i kinesisk medicin,
fra et europæisk universitet.

Den ene er

Nigel Ching som også er
lærebogsforfatter og international
foredragsholder.

Vibeke Bergfors

Skoleleder, akupunktør
og sygeplejerske

Nordisk Akupunkturuddannelse

Skolen for akupunktur
og kinesisk medicin
Bagsværd. København



www.noakud.dk
Tlf. 20 24 14 37

Ortopædkirurgiske kræftpatienter har brug for ro og psykisk pleje

På baggrund af interview med 13 patienter med kræft har man på en ortopædkirurgisk afdeling revideret plejen og ensartet informationen ved udskrivelse.

Vesna Nedelkovska Green, specialuddannet i kræftsyegepleje, klinisk afdelingssygeplejerske
Alice Slot, SD, MKS, klinisk sygeplejespecialist; alice.slot@regionh.dk

Rigshospitalets Ortopædkirurgiske afdeling 2164 er en højt specialiseret enhed med speciale i sarkompatienter og patienter med metastaser i spinalkanalen. Disse to patientkategorier udgør typisk halvdelen af patienterne på afdelingen, og for patienterne er opholdet i Ortopædkirurgisk afdeling blot et af flere trin på vejen i et større udrednings- og behandlingsforløb.

Litteraturen beskriver, at patienter med kræft oplever at have brug for støtte inden for følgende områder: Psykologiske behov, informationsbehov, psykosociale behov, fysiske behov og inddragelse af pårørende i forløbene (1,2,3).

Vi har ønsket at undersøge, hvordan patienterne oplever plejen under deres indlæggelse i Ortopædkirurgisk afdeling. Formålet var derfor at vurdere, om patienterne har behov, som sygeplejerskerne ikke imødekommer?

Kvalitativt studie

Udviklingsprojektet er et kvalitativt studie, hvor der er anvendt et spørgeskema med 15 spørgsmål fulgt op af et semistruktureret interview. Spørgsmålene handler om oplevelsen af at være indlagt på afdelingen og om, hvorvidt patienten føler sig velinformeret og klar til at blive udskrevet.

Spørgeskemaet er udarbejdet med inspiration fra Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse, og efter aftale med Kræftens Bekæmpelse er der brugt nogle af de samme spørgsmål, da disse er validerede (3). Der er interviewet 13 patienter, syv kvinder og seks mænd i alderen 32-74 år.

Interviewene er transskriberet og analyseret. Vi fandt følgende temaer: Modtagelse i afdelingen, fysiske behov under indlæggelsen, psykiske behov under indlæggelsen og pårørendes behov.

Velorganiseret, men for meget ventetid

Patienterne oplever afdelingen som vel-fungerende og velorganiseret. Personalet beskrives som fagligt kompetente, motiverende og velorienterede om patienternes situation.

Patienterne oplever dog ventetid ved modtagelse i afdelingen samt en hektisk stemning pga. travlhed. De fortæller, at de oplever, at dagene struktureres efter personalets rutiner, og at muligheden for ro og hvile er begrænset. Dørene åbnes og lukkes, og larmen fra gangene fylder for patienterne.

Patienterne efterspørger mere fokus på, hvordan man psykisk har det under indlæggelsen, de giver udtryk for, at der er et behov for psykologhjælp i forhold til, hvordan man kan håndtere den svære situation. En patient gør opmærksom på vigtigheden af at få information om, hvor man kan henvende sig, hvis man har brug for vejledning omkring det at være kræftsyg og have børn. Nogle patienter fortæller, at deres pårørende har haft det svært, og at de har brug for, at vi også inddrager de pårørende og taler med dem om, hvordan de har det i sygdomsforløbet. Andre patienter oplever, at personalet byder sig til i forhold til samtaler med patienter og

pårørende og er omsorgsfulde midt i alt det hektiske.

Konkrete tiltag gennemført

Resultaterne af interviewene har bl.a. afstedkommet følgende tiltag:

- Sygeplejekonference med larm, uro og hektisk stemning på dagsordenen. Dette har givet stof til eftertanke og medført, at dørene nu oftere lukkes ind til patientstuerne, og at personalet er opmærksomme på at nedsætte uro og larm.
- Den tværfaglige modtagelse af patienterne er justeret, så der er mindre ventetid for patienten på indlæggelsesdagen.
- Udskrivningssamtalerne struktureres, så patienten føler sig velinformeret om det videre forløb og om, hvor man kan søge hjælp og vejledning, f.eks. i Kræftens Bekæmpelse. Der er udarbejdet en tjekliste, så alle patienter som minimum modtager de samme informationer, pjecer osv. ved udskrivelsen.

Litteratur

1. Harrison JD et al. What are unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Support Care Cancer*, 2009;17:1117-28.
2. Thorne S et al. Changing communication needs and preferences across the cancer care trajectory: insights from the patient perspective. *Support Care Cancer*, 2014;(22):1009-15.
3. Kræftens Bekæmpelse. Kræftramtes behov og oplevelser gennem behandling og i efterforløbet. *Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse*, 2013. København 2013.

Personer med demens skal have bedre vilkår

I Danmark findes ca. 180 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



Aase Marie Ottesen, ph.d., MHH, sygeplejerske, certificeret som Life and Business Coach samt i Dementia Care Mapping, bor i Sindal og er gift.

Aase Marie Ottesen er gæsteforsker ved Institut for Kommunikation og Psykologi ved Aalborg Universitet. Arbejder derudover som konsulent og freelance med forskellige projekter, undervisning og supervision.

Hvad fik dig til at forske?

”Mit store ønske og intention om at forbedre vilkårene for personer med demens har været min primære drivkraft. Min interesse for at forske udspringer af, at jeg gennem de sidste ca. 25 år på forskellig vis har arbejdet med demens og kommunikative processer. Her er det blevet mere og mere tydeligt for mig, at kvaliteten af de relationelle møder mellem omsorgsgiverne og personen med demens er af afgørende betydning.”

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

”Titlen på min afhandling er: ”Anvendelse af musikterapi og Dementia Care Mapping i en læringsmodel til udvikling af musiske og interpersonelle kompetencer hos omsorgsgivere til personer med demens. Et casestudie med en etnografisk tilgang”. Den handler om udvikling af kommunikations- og omsorgsmetoder, der kan medvirke til at øge livskvalitet og trivsel hos personer med demens, hvor et gruppemusikterapiforløb og Dementia Care Mapping var omdrejningspunkt for omsorgsgivernes læring. Dementia Care Mapping blev anvendt som observations- og feedbackmetode. Metoden er udviklet af den nu afdøde psykolog og demensforsker Tom Kitwood og Kathleen Bredin ved Bradford Universitet. Metoden bygger på teorien og værdigrundlaget i personcentreret omsorg, og det er en standardiseret kvalitetssikringsmetode, der kræver certificering. Læringen var situeret

og flyttet ud i den kontekst, hvor den skulle bruges; dvs. ud i plejemiljøet i en demensboenhed. Ved at arbejde bevidst med en lang række regulerende og stimulerende elementer via sang eller musik fandt omsorgsgiverne nye veje til mødet med personen med demens; f.eks. gennem anvendelse af stemmen, kropsholdning, bevægelser og vejrtrækning samt musik, der indeholder dynamiske elementer. Min forskning viser i den forbindelse, hvor stor betydning det har, at lederen bidrager og hele tiden viser vejen og giver omsorgsgiverne den fornødne tid og rum til at indgå i lærings-, udviklings- og forankringsprocessen.”

Hvor tog du din forskeruddannelse henne?

”Ved Institut for Kommunikation og Psykologi, Aalborg Universitet, under Forskerprogrammet i Musikterapi.”

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

”Jeg har følt mig utroligt privilegeret, da jeg var ansat tre år på fuld tid ved Institut for Kommunikation og Psykologi, Aalborg Universitet under Forskerprogrammet i Musikterapi. Perioden blev finansieret via midler fra Mobilitetsstipendium, bevilget af Det Frie Forskningsråd – Kultur og Kommunikation samt via midler fra Institut for Kommunikation og Psykologi, Aalborg Universitet.”

Hvor kan man læse om dine forskningsresultater?

”I min afhandling, der er elektronisk tilgængelig, og i en artikel i tidsskriftet Dansk Musikterapi (1,2). I juni udkommer en norsk fagbog: Musikterapi og eldrehelse, hvor jeg har bidraget med et kapitel, der har titlen: ”Musikterapi som læringsrum for professionelle omsorgsgivere.”

Hvordan har din forskning betydning for praksis?

”Mit udgangspunkt for forskningen er, at den skal kunne medvirke til udvikling af

praksis, så det kan mærkes af borgerne. Jeg håber derfor, at min forskning kan være til inspiration i uddannelsessammenhænge, i ledelse og i udførelsen af klinisk praksis, ikke blot i relation til personer med demens, men også hos andre målgrupper; f.eks. personer med senhjerneskader.”

Hvad forsker du i aktuelt?

”Jeg har fået bevilget midler af VELUX fonden til et treårigt postdocforløb ved Aalborg Universitet, med start maj 2016. Projektets titel er: Sang og musik som kommunikativ interventionsform i rehabiliteringsindsatsen over for personer med en demenssygdom. Formålet er at undersøge rehabiliteringsindsatser, hvor sang og musik bliver anvendt som kommunikativ interventionsform i relation til personer med demens. Derudover indgår jeg i et skandinavisk forskningsprojekt med titlen ”Identitetskonstruktioner af patienter i de nordiske velfærdsstater” (3). Her undersøger vi spændingsfeltet mellem diskursive praksisser og implementeringen af disse på forskellige niveauer i sundhedsvæsenet, herunder hvordan patienters identitet konstrueres og opfattes i forskellige sammenhænge i de nordiske sundhedsvæsenet.”

Litteratur

- Ottesen Aa M. Anvendelse af musikterapi og Dementia Care Mapping i en læringsmodel til udvikling af musiske og interpersonelle kompetencer hos omsorgsgivere til personer med demens. Et casestudie med en etnografisk tilgang. Ph.d.-afhandling, Forskerprogrammet i musikterapi, Aalborg Universitet. 2014. Downloadet 14.01.15 fra: [http://vbn.aau.dk/en/publications/i-en-laeringsmodel\(54c91089-bc2e-4d18-8f48-531c36d05582\).html](http://vbn.aau.dk/en/publications/i-en-laeringsmodel(54c91089-bc2e-4d18-8f48-531c36d05582).html)
- Ottesen Aa M, Ridder HMO. Vitalitetsformer og spejlneuroner – anvendt i læringsmodel for professionelle omsorgsgivere. Dansk Musikterapi. 2012;9(2): 3-12.
- Lassen I, Ottesen Aa M, Strunck J. Identitetskonstruktioner af patienter. Akademisk Kvarter. 2015;(12):136-53.

Audit er et vigtigt ledelsesværktøj

Audit bliver afskaffet med Den Danske Kvalitetsmodel, men det er en skam. Audit kan fortsat bruges som et ledelsesmæssigt værktøj, hvis fokus er på den enkelte klinikers præstation. Så giver det mening for klinikerne, og kvaliteten af den kliniske beslutningsproces øges.

Allan Lohmann-Olsen, sygeplejerske, MPG, visitationschef i Region Hovedstadens Psykiatri Centrale Visitation; allan.lohmann-olsen@regionh.dk
Eva Hundrup, sygeplejerske, cand.scient.san., visitationssygeplejerske i Region Hovedstadens Psykiatri Centrale Visitation

Snart går flaget på halv for den danske kvalitetsmodel, DDKM. Man kunne fristes til at undre sig eller måske endda sørge over bortgangen af så ung en model, som der er brugt mange ressourcer på at opdrage og bringe frem i verden. Men man skal ikke græde over spildt mælk, så ingen grund til at hænge fast her. Region Hovedstaden har også besluttet at droppe akkreditering ved Joint Commission, så nu har regionen en masse erfaring og en masse kompetencer, der træder vande.

”Der kommer en ny kvalitetsmodel,” siges det, men der er næppe mange, der tror på, at denne nye model vil have noget i nærheden af den organisatoriske gennemslagskraft, som de tidligere nævnte modeller har haft i hospitalsverdenen. I Region Hovedstaden er det nye derimod, at der skal driftsmålsstyres. Det lyder også mere lean og handlekraftigt end kvalitetsudvikling og akkreditering, og helt sikkert er det, at hospitalsverdenen generelt har masser at lære om at styre driften efter mål.

Risikoen er, at barnet smides ud med badevandet. Kvalitetsarbejdet drukner i tal og produktivitetsberegninger, og klinikerne ender med at støse rundt efter mere eller mindre håndgribelige mål, som de ikke synes siger noget om deres egentlige arbejde. Men på den anden side: Mange klinikere oplevede heller ikke, at kvalitetsarbejde i form af akkreditering og kvalitetsmodeller sagde noget om deres arbejde. Det var nok den vigtigste grund til, at kvalitetsarbejdet aldrig rigtig slog an blandt linkere. Sproget var ganske enkelt for langt fra klinikken, og det fokus, man havde, sagde ikke noget konkret om det arbejde, som klinikerne udfører (1). Dertil kom, at kvalitetsarbejdet aldrig sagde noget om den enkelte klinikers præstation; man satte nærmest en ære i at holde afstand til den enkeltes præstation, hvilket ud over at fremmedgøre klinikerne også vanskeliggjorde god ledelse på baggrund af kvalitetsarbejdet (2). Lederen kunne og skulle iværksætte tiltag på baggrund af f.eks. audit, men tiltagene var brede og generiske og ramte derfor også bredt og ufokuseret, hvilket ikke er god ledelse (3). Disse tre grunde:

- manglende forbindelse til det kliniske arbejde
- manglende forbindelse til den enkelte medarbejder
- suboptimale ledelsesbeslutninger på baggrund af kvalitetsarbejdet

gør, at tiden er moden til at gentænke arbejdet med at sikre og udvikle kvaliteten i hospitalsvæsenet. Hvis det kan lykkes at skabe forbindelse til den enkelte medarbejders kliniske arbejde, så er

betingelserne for at træffe de rigtige ledelsesbeslutninger til stede. Et centralt redskab i kvalitetsarbejdet har altid været audit, og hvis den enkelte medarbejders kliniske arbejde skal i fokus, er audit både det nødvendige og det rigtige redskab.

Audit som kontrolinstrument

I den traditionelle audit kontrolleres det, om visse fænomener træder frem ved eftersyn. Typisk er der tale om, at man kontrollerer, om klinikerne har indhentet de data, som man har besluttet er nødvendige for at udføre god klinisk praksis, eller om der findes instrukser og vejledninger, og om disse følges. Dette kan kaldes tick-in-the-box audit, dvs. at man vinger af, når tingene er, som de skal være. Metoden er rå dataindsamling, og fokus er ligeledes rå data. Man tæller, hvor mange gange behandlingsplaner ud af et vist antal journaler der er til stede, eller man tjekker, hvor mange behandlingsplaner der indeholder en screening for selvmordsrisiko, som lever op til vejledningen på området.

” Dataindsamling har aldrig været tilstrækkeligt til at løse et problem eller svare på et spørgsmål. Data skal der til, men data er et middel og ikke et mål, som det ofte ender med i traditionelle audit.

Men dataindsamling har aldrig været tilstrækkeligt til at løse et problem eller svare på et spørgsmål. Data skal der til, men data er et middel og ikke et mål, som det ofte ender med i traditionelle audit. Som bekendt danner data grundlag for en analyse, som gerne skulle føre til en konklusion. Man kan sige, at de data, man trækker ud af klinikken, gerne skulle vende analyseret tilbage til klinikken i form af beslutninger om ændring af praksis. Denne proces omtales ofte som ”closing the loop”, men hvis sløjfen faktisk blev bundet, ville der ikke være så mange klinikere, der åndede lettet op, da akkreditering blev skrottet (4). I hvert fald ikke hvis de besluttede ændringer var klinisk meningsfulde.

Kvalitativ sikring af visitationsarbejdet

Centralvisitationen (CVI) i Region Hovedstadens Psykiatri har eksisteret siden 2011. I begyndelsen var der tale om en lille administrativ enhed, som havde tre formål:

Figur 1. Målgruppeafgræsning - MGA

	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Grad 5
Tidligere behandlingsforløb/ behandlingsresistens	Ingen	Tidligere enkelte forløb med godt resultat	Tidligere enkelte forløb med veks- lende resultat	Tidligere forløb overvejende med dårligt resultat (behandlingsresi- stent)	Tidligere forløb uden resultat (behandlingsresi- stent)
Belastningsgrad	1-3	4	5	6	7
Sværhedsgrad, sygdom (symptomniveau) CGI-S	1-3	4	5	6	7
Behandlingsregi	Ikke hospitalsbaseret	Måske hospitalsbaseret	Ofte hospitalsbaseret	Oftest hospitalsbaseret	Hospitalsbaseret
Behandlingsniveau	Praksissektor	• Praksissektor/ • HF: pakkeforløb	• HF: Pakkeforløb	• HF: +/-Pakke- forløb (DPC) • RF/HSF • Indlæggelse	• HF: ÷Pakke- forløb (DPC) • RF/HSF • Indlæggelse

CGI

- 0 = Ikke vurderet
- 1 = Normal, overhovedet ikke syg
- 2 = Måske mentalt syg
- 3 = Syg i mild grad
- 4 = Syg i moderat grad
- 5 = Syg i udtalt grad
- 6 = Syg i svær grad
- 7 = Blandt de mest ekstremt syge patienter

Funktions-
niveau

- 0 = Ikke vurderet
- 1 = Fremragende:
- 2 = Meget god:
- 3 = God:
- 4 = Rimelig:
- 5 = Ringe:
- 6 = Meget ringe:
- 7 = Ekstremt ringe:

Usædvanlig velfungerende socialt, job og fritid (hobbys)
Over normalt gennemsnit socialt, job og fritid (hobbys)
Normalt fungerende eller let forstyrrelse enten social eller job
Moderat forstyrrelse enten socialt eller job - eller nogen forstyrrelse i begge
Udtalt forstyrrelse enten socialt eller job - eller moderat forstyrrelse i begge
Svær nedsættelse socialt og job
Ekstrem nedsættelse på alle områder

MGA er et redskab til at afgøre, om patientens sygdom er så alvorlig, at hospitalsbehandling er påkrævet, eller om patienten kan behandles i andet regi. Patienten vurderes ud fra de tre kriterier øverst til venstre i figuren, tidligere behandlingsforløb, belastningsgrad og CGI-S. Herefter vurderes patientens samlede situation fra grad 1 til grad 5, hvor grad 1 aldrig kræver hospitalsbehandling, mens grad 5 altid kræver hospitalsbehandling. Redskabet er ikke en stringent matrix men et redskab til beslutningsstøtte.

- ▶ • At sikre lige adgang for patienter med samme lidelse
- At sikre, at der er én indgang til Region Hovedstadens Psykiatri
- At sikre optimal kapacitetsudnyttelse.

Særligt det sidste punkt medførte, at CVI efterhånden voksede. For at sikre optimal kapacitetsudnyttelse er det nødvendigt at sikre kvaliteten af visitationsarbejdet. Hvis patienterne ikke visiteres til den rette behandling på det rette sted, bliver det vanskeligt for klinikkerne at planlægge og styre deres patientflow. For at sikre en høj kvalitet indførte CVI derfor som det første sted i landet såkaldt klinisk visitation (5,6).

” Risikoen er, at barnet smides ud med badevandet. At kvalitetsarbejdet drukner i tal og produktivitsberegninger. At klinikerne ender med at ståse rundt efter mere eller mindre håndgribelige mål, som de ikke synes siger noget om deres egentlige arbejde.

Den kliniske visitation er en samtale mellem en borger og en sundhedsfaglig person. Formålet er at afgøre, om borgeren skal blive patient i det psykiatriske hospital, og hvis det er tilfældet, hvad patienten skal behandles for. Til dette formål er der nu ansat syv sygeplejersker, to psykiatere, en psykolog og syv sekretærer. Hertil kommer en leder og en talmand.

Den kliniske visitation følger en stram skabelon, som munder ud i et visitationsnotat. Hvis patienten visiteres til behandling, danner visitationsnotatet grundlaget for den første behandlingssamtale på behandlingsstedet. Hvis patienten ikke skal i behandling på hospitalet, sendes visitationsnotatet til den henvisende instans, typisk praktiserende læge. I det tilfælde indeholder notatet forslag til, hvad der kan sættes i stedet for hospitalsbehandling, f.eks. henvisning til privatpraktiserende psykiater eller kommunale tiltag. I journalskabelonen er det i konklusionen bl.a. obligatorisk at dokumentere en CGI og en belastningsgrad (GAF-F short version). CGI er vurdering af symptomernes sværhedsgrad ud fra det

kliniske billede og de indsamlede data, mens belastningsgraden er vurdering af patientens funktionsniveau med særligt fokus på det sociale og arbejdsmæssige område. Funktionsniveauet vurderes uafhængigt af CGI og diagnose. Begge er 7-trins skalaer.

Det kliniske personale i CVI har tilsammen 250 års psykiatrisk erfaring med et gennemsnit på 21 års erfaring. Selvom der er tale om erfarent personale, har alle i tilslutning til deres ansættelse gennemgået et PSE-kursus, Present State Examination (7). Der er to ugentlige konferencer, en månedlig samrøring og mulighed for supervision hos en læge eller en psykolog det meste af dagen. Hertil kommer obligatorisk undervisning to gange årligt i sygdomsklassifikation og psykopatologi. Dette skulle kunne sikre en høj faglig kvalitet, men gør det så det?

Her kommer auditten så på banen igen, denne gang i en form, hvor de tre anstødssten, der blev nævnt i begyndelsen af artiklen, er fjernet. Auditten består af tre niveauer:

- Niveau 1, den traditionelle tick-in-the-box tjekliste: Har vi den information, som vi har brug for?
- Niveau 2, revurdering af CGI og belastningsgrad: Blev data analyseret korrekt?
- Niveau 3, revurdering af den kliniske beslutningsproces: Blev der gjort det rette?

Auditten gennemføres en gang ugentligt. Der er fokus på én enkelt klinikers præstation. Der auditeres 10 visitationsnotater hver gang. Der er sat en time af til processen. Niveau 1 gennemføres hurtigt. Lige så snart auditørerne, som består af lederen af CVI, to speciallæger og den kliniker, hvis præstation auditeres, når til

” Man kan sige, at de data, man trækker ud af klinikken, gerne skulle vende analyseret tilbage til klinikken i form af beslutninger om ændring af praksis.

niveau 2, falder tempoet i processen. Nu skal der læses. Hvad står der egentlig i visitationsnotatet? Og stemmer det overens med den vurdering, som klinikerne har foretaget? Er patienten så syg, som klinikerne har vurderet og dokumenteret? Er patientens funktionsniveau nedsat i den grad, som klinikerne har skønnet?

På dette tidspunkt anvendes det samme redskab, som anvendes i selve den kliniske visitation for at afgøre, om patienten tilhører målgruppen for hospitalsbehandling. Dette redskab indeholder ud over beskrivelse af CGI og belastningsgrad også en matrix, der kan guide den kliniske beslutningsproces.

Den kliniske beslutningsproces

I den kliniske visitation anvender klinikerne redskabet sammen med patienten, hvilket ikke var intentionen oprindeligt. Redskabet, som kaldes MGA (målgruppeafgrænsning) se figur 1, er trykt som plakat og hænger i alle kliniklokaler. Klinikerne har erfaret, at det giver god mening både for dem og for patienterne at forsøge at forstå sværhedsgraden af patientens lidelse gennem en fælles gennemgang af MGA.

Tilbage til auditten: Auditteamet vurderer nu, om klinikerens oprindelige vurdering var korrekt. Herefter bevæger teamet sig til niveau 3, som handler om den kliniske beslutningsproces. Blev patienten tilbudt behandling? Hvis ja, var det den rette behandling? Hvis nej, er der forslag til, hvad der så skal ske? På dette niveau er auditteamet helt inde i kernen af det, som klinikerne brænder for, den kliniske beslutningsproces. Denne del af processen er heller ikke hurtig. Her diskuteres både diagnoser og lidelsestryk, og da en del af formålet med audit er læring, får denne proces plads.

Når de 10 visitationsnotater er gennemgået, rundes audit af med en gennemgang af resultaterne. Da klinikerne selv har været med i hele processen, er der oftest tale om en kort repetition af fundene. Selve auditten er slut, men i direkte forlængelse af dette begynder ledelsen.

Audit som ledelsesmæssigt værktøj

I afrundingen har lederen mulighed for at tale direkte til klinikerne om kvaliteten af dennes ydelser. Her kan lederen på baggrund af friske data, som er gennemgået sammen med klinikerne, pege på områder, hvor klinikerne udmærker sig, og områder, hvor der er plads til forbedringer. Alle auditører inklusive lederen har en sundhedsfaglig uddannelse og lang klinisk erfaring, så der er fuld fælles forståelsesramme. Det aftales med klinikerne, hvilke områder der skal sættes på frem mod næste audit, som finder sted 10 uger senere. Hvis der har været udfordringer, sammenlignes resultaterne fra tidligere audit med den seneste. Hele auditredskabet er

udviklet lokalt og fungerer som database. Herfra kan der genereres figurer, der illustrerer den udvikling, som klinikerne gennemgår. I forhold til den enkelte kliniker anvendes auditresultater også til MUS som et redskab til at afdække områder, hvor klinikerne har behov for undervisning, uddannelse eller andet det kommende år. På denne måde auditeres hver kliniker ca. fire gange årligt. At processen er meningsfuld for klinikerne, kan ses ved, at de i feriepe-

» Klinikerne er på en måde trådt ind på en helle efter endt uddannelse, men erfaringerne fra CVI viser, at det slet ikke er, hvad klinikerne ønsker. De ønsker tilbagemelding på deres præstation, men de ønsker en meningsfuld og direkte tilbagemelding.

rioder, hvor audit kan falde uregelmæssigt, efterspørger at blive auditeret. Når klinikerne selv beder om at blive auditeret, kan man være rimelig sikker på, at der er tale om et meningsfuldt redskab. Det kan være svært for en leder at tale med den enkelte kliniker om dennes præstation. Det er som om, at der er tradition for ikke at tale direkte om den kliniske præstation, medmindre der er noget, der slet ikke fungerer, eller man befinder sig i en erklæret lærings-situation. Klinikerne er på en måde trådt ind på en helle efter endt uddannelse, men erfaringerne fra CVI viser, at det slet ikke er, hvad klinikerne ønsker. De ønsker tilbagemelding på deres præstation, men de ønsker en meningsfuld og direkte tilbagemelding. De vil vide, hvad der er godt, og hvad der skal være anderledes. Og den bedste måde at tale om dette på er gennem eksemplerne, som kommer frem i audit.

Endelig kan de hyppige audit bruges til at afsløre trends på tværs af det kliniske personale, hvor der er behov for en indsats, der ikke er personorienteret. F.eks. fandt auditteamet, at der ikke var gennemført en egentlig vurdering af selvmordsrisiko i 9 pct. af visitationerne bredt fordelt på klinikerne. Derfor blev kravene til vurdering af selvmordsrisiko strammet, og efterfølgende er fejlprocenten faldet til 2 pct. Auditteamet var uenige i vurderingen ▶

- ▶ af CGI og belastningsgrad i henholdsvis 19 pct. og 22 pct. af notaterne. På den baggrund blev den månedlige samrating indført, og siden da er uenigheden gået ned til henholdsvis 6 pct. og 17 pct.

Smidigt og konkret ledelsesredskab

Audit behøver ikke at blive skyllet ud med badevandet, men de bør skræddersyes til den enkelte klinik og indeholde de tre niveauer, der kan fastholde klinikerens opmærksomhed og engagement. Frigørelsen fra akkreditering tillader netop denne klinikkære tilpasning af audit. Når en klinik udarbejder sit eget auditredskab og har modet til at anvende alle tre niveauer, har man samtidig et smidigt og konkret ledelsesredskab, som muliggør en fortløbende vurdering af de kliniske kompetencer i klinikken. Der er tale om reel databaseret kvalitetsledelse på et helt nyt niveau, hvor alle kigger i samme retning, og hvor feedback er velkommen, fordi det er feedback på faktiske vurderinger og beslutninger i det arbejde, der udføres.

Litteratur

1. Bowie P, Bradley NA, Rushmer R. Clinical audit and quality improvement – time for a rethink? *J Eval Clin Pract* 2012;Vol.18:42-8.
2. Holm-Petersen C, Wadmann S & Andersen NBV. Styringsreview på hospitalsområdet – Forslag til procedure- og regelforenklning. KORA (Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning); 2015.
3. Komuravelli A, Smith J. Audits and their impact on clinical Practice. *Clinical Governance: An International Journal* 2011; Vol. 16, No. 2, 111-18.
4. Taylor L & Jones S. Clinical governance in practice: closing the loop with integrated audit systems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2006; Vol. 13, 228-33.
5. Hagerup A. Sygeplejersker visiterer psykisk syge. *Sygeplejersken*;2014(14):12.
6. Kjeldesen SB. Her visiterer sygeplejersker med succes. *Sygeplejersken* 2015;(8):28-31.
7. Present State Examination. *Region Hovedstadens Psykiatri*. 5. udgave, 3. oplag. 2010.

English abstract

Lohmann-Olsen A. Hundrup E. Audit is a key management tool. *Sygeplejersken* 2016;(2):58-62.

With the discontinuation of formal accreditation systems in the Danish hospital network, the time is now ripe to rethink quality improvements. Until recently, quality work was subject to accreditation requirements, which were too numerous and too far removed from the clinical rationale. In the vacuum in which the national quality work finds itself, there are now opportunities for running local initiatives tailored to the individual ward or department.

The Capital Region of Denmark's centralised psychiatric referral and assessment service took the opportunity to devise a new form of audit for assessing the standards attained by individual clinicians. This offers brand new supervisory potentials, but also serves to identify underperformance in individual clinicians and across a whole department. The audit assesses quality at three levels:

1. Are data available (tick-in-the-box)?
2. How are data analysed and interpreted?
3. How are data used in drawing conclusions (quality of the clinical decision-making process)?

Keywords: Audit, decision-support, clinical decision-making process, quality improvement, management.

LÆSERREJSE

Draculas Transsylvanien og Bukarest

Historiske Bukarest, Draculas slot, vilde bjergegne og den UNESCO-fredede gotiske kirke i Prejmer. Inkl. besøg på poliklinik og hos den rumænske roma-organisation – med dansk rejseleder, fem dage.

AFREJSE

12. OKTOBER 2016

Kr. 7.998,-

TILLÆG FOR ENKELTVÆRELSE
Kr. 1.498



Inkl.
helpension

Læs mere om rejsen og bestil på:
Telefon 3698 9898
booking@albatros-travel.dk
www.albatros-travel.dk/sygeplejersken
Rejsekade LR-SYG

I Rumæniens hovedstad Bukarest skal vi som noget særligt besøge en lokal poliklinik, og vi bliver klogere på romaernes spændende og aktuelle historie, når vi møder den rumænske roma-organisation. Fra hovedstaden kører vi gennem bjerglandskaber til Poiana Brasov. Undervejs ser vi det berømte Peles-slot i Sinai fra 1800-tallet og kommer til vinsmagning på vingården Urlateanu i Urlati.

I Prejmer oplever vi de 12 meter høje, hvidkalkede mure, der omslutter byens kirke, som er på UNESCOs liste over verdensarv. Historien om grev Dracula, Vlad III, og hans tilfange-tagelse af den ungarske konge er en kendt del af Rumæniens historie, og vi besøger selvfølgelig Draculas slot, der, som be-

skrevet i Bram Stokers roman, ligger på en høj med en flodkløft nedenfor. Tilbage i Bukarest tager vi på en byrundtur, hvor vi bl.a. ser Revolutionstorvet med de mange historiske bygninger og vandrer i hovedstadens gamle bydel.

Prisen inkluderer

- Dansk rejseleder
- Helpension
- Fly København – Bukarest t/r
- Udflugter jf. program
- Skatter og afgifter
- Se alle detaljer på albatros-travel.dk/sygeplejersken

Otte temaer som understøtter den nødvendige dokumentation

Omorganisering, oplæring og kompetenceudvikling og tydelig prioritering af ressourcer samt markering af krav til sygeplejersker. Det er indholdet af nogle af de otte temaer, som 250 sygeplejersker med vidt forskellig baggrund på en konference identificerede som nødvendige for at kunne dokumentere sygeplejen forsvarligt.

Jeanette Finderup, sygeplejerske, nyremedicinsk afdeling, Aarhus Universitetshospital; Jeanette.finderup@skejby.rm.dk
Lene Lauge Berring, sygeplejerske, ph.d.-studerende

Denne artikel beskriver, hvad 250 sygeplejersker inden for mange forskellige områder af sygeplejen vurderer er nødvendig dokumentation af sygepleje. Områderne er identificeret gennem 25 styrede gruppesamtaler på DASYS Dokumentationsråds konference i 2014. Konferencen havde overskriften: "Ensartet dokumentation – ven eller fjende – utopi eller virkelighed" og tog udgangspunkt i den vedvarende debat i befolkningen og blandt fagprofessionelle om, at sygeplejerskers tid bliver brugt på forkert og unødvendig dokumentation, se boks 1.

Forskellige forventninger

Forventningerne til god dokumentation er forskellige afhængigt af behov og perspektiv. Dokumentationsrådet og Dansk Sygeplejeråd beskrev i 2012 i fællesskab aktuelle aspekter vedrørende dokumentation af sygepleje i Danmark i rapporten "Dokumentation af Sygepleje – en statusrapport fra DASYS Dokumentationsråd 2012" (1). Hensigten var at skabe et fælles grundlag for danske

” Der er ikke et klart forslag om, hvordan patientperspektivet konkret skal inddrages, udover at patienten bør kunne tilføje oplysninger i sin egen journal.

sygeplejersker at diskutere dokumentation ud fra. Kravene til dokumentation er øget gennem årene. Det er sket som følge af et stigende styringsbehov i stat, regioner og kommuner, men også som følge af Den Danske Kvalitetsmodel, Patientsikkert sygehus, diverse tilsyn og klagesystemer. Derudover er der et professionelt behov for at registrere data f.eks. i de kliniske databaser til brug for kvalitetsudvikling og forskning.

Når dokumentationskravene stiger, vokser behovet for at begrænse dokumentationen til det nødvendige og for at forenkle do-

kumentationsmetoderne. Samtidig er der en række udfordringer som følge af den faglige og teknologiske udvikling og de omlægninger, sundhedsvæsenet gennemgår i disse år.

Derfor mener Dokumentationsrådet, at det er nødvendigt, at sygeplejersker kender begreber og metoder, der er anvendelige til at beskrive fagets kerneområder, som de bl.a. er indfanget i vejledningen om sygeplejefaglige optegnelser (2).

Dokumentationskravet kritiseres ofte af sundhedsprofessionelle. Mange mener, det flytter fokus fra patienten, og at det er nødvendigt at begrænse dokumentationskravet til, hvad der er absolut nødvendigt.

En metasyntese fra 2010 har undersøgt de syv væsentligste elementer for at skabe kvalitet i sygeplejedokumentationen (3).

- Sygeplejedokumentation skal være patientcentreret
- Sygeplejedokumentation skal dække, hvad sygeplejersker reelt udfører inklusive undervisning og psykosocial støtte
- Sygeplejedokumentation skal reflektere sygeplejerskens objektive kliniske vurdering
- Sygeplejedokumentationen skal fremstå i en logisk rækkefølge
- Sygeplejedokumentation skal finde sted, når hændelser opstår
- Sygeplejedokumentation skal registrere afvigelser i patientens behov for pleje, både når patienten har kontakt med sundhedsvæsenet, og når han ikke har
- Sygeplejedokumentation skal leve op til lovgivningen.

I undersøgelsen konkluderes, at det første trin for at nå disse væsentlige kvaliteter i sygeplejedokumentationen er at opmuntre sygeplejersker til at værdsætte den skriftlige kommunikation. Et studie fra USA fra 2011 konkluderer, at det fortsat er uklart, om den elektroniske sygeplejedokumentation bidrager til at forbedre patient-outcome, hvilket aktualiserer behovet for at understøtte den nødvendige og meningsfulde dokumentation. (4) En svensk spørgeskemaundersøgelse fra 2003 blandt 1.147 basissygeplejer-

sker, som arbejder i akutafdelinger, fandt derimod, at sygeplejerskerne oplevede, at deres dokumentation gavnede både dem selv og patienterne, og den konkluderede, at VIPS-modellen, som er en dokumentationsmodel, der anvendes bredt i Danmark, var en væsentlig faktor i denne proces (5). I såvel national som international litteratur gives der bud på, hvad nødvendig dokumentation er. Hvordan den nødvendige dokumentation understøttes, er derimod sparsomt beskrevet. Med udgangspunkt i dette var formålet at undersøge, hvilke krav danske sygeplejersker stiller, for at den nødvendige dokumentationspraksis understøttes.

Metode

På Dokumentationsrådets konference i 2014 blev der etableret en plenumdebat, hvor 250 deltagere deltog i gruppedrøftelser om, hvordan nødvendig dokumentationspraksis understøttes. Deltagerne, som alle var sygeplejersker med erfaring og viden om dokumentation af sygepleje, blev opdelt i fem grupper: Ledere, klinikere, forskere, it-medarbejdere og undervisere. Disse grupper beskrev, hvilke krav de havde til nødvendig dokumentation ud fra forskellige perspektiver. Kravene blev identificeret gennem en systematisk proces. Processen ligner metodemæssigt mest fokusgrupper, som de er beskrevet af Bente Halkier (6), dvs. en gruppesamtale, hvor data produceres via gruppeinteraktion om et emne.

Grupperne drøftede i fem omgange det samme spørgsmål, men med fem forskellige perspektiver. De fem perspektiver var: Patientperspektivet, teknologiperspektivet, organisationsperspektivet, det faglige perspektiv og uddannelsesperspektivet. Spørgsmålet var f.eks.: Hvilke krav kan jeg som leder have til organisationen for at understøtte den nødvendige dokumentation, og hvad er min opgave? Se figur 1.

De enkelte grupper blev ledet af to repræsentanter fra Dokumentationsrådet. Den ene var mødeleder og den anden referent. Referaterne fra fokusgrupperne blev analyseret ved

Boks 1. DASYS Dokumentationsråd

DASYS Dokumentationsråd er et råd under DASYS, en paraplyorganisation for faglige selskaber. Dokumentationsrådet blev etableret i 2005. Dokumentationsrådet har haft mange forskellige repræsentanter fra de faglige selskaber, der alle samlet set har bidraget til Dokumentationsrådets arbejde. Dokumentationsrådets medlemmer: Lene Lauge Berring (1), Hanne Mainz (2), Bodil Winther (3), Karen Eck (4), Pernille Langkilde (5), Susanne Bünger (4), Pia Ravnsbæk Bjærge (6), Tina Nielsen (3), Inger Rudbeck Juhl (6), Birgit Villadsen (2), Bodil Bech Winther (1) og Jeanette Finderup (7).

1. FS for psykiatriske sygeplejersker
 2. FS for ortopædkirurgiske sygeplejersker
 3. FS for kræftsygeplejersker
 4. FS for sygeplejersker, der arbejder med udvikling og forskning
 5. FS for øre-næse-hals-kirurgiske sygeplejersker
 6. FS for sygeplejersker i kommunerne
 7. FS for nefrologiske sygeplejersker
-

hjælp af Kirsti Malteruds systematiske tekstkondensering (7). Analysen blev foretaget i samarbejde mellem alle Dokumentationsrådets medlemmer og forfatterne til denne artikel. Den systematiske tekstkondensering bestod af fire trin. Første trin skabte et helhedsindtryk og identificerede mulige temaer, som repræsenterede deltagernes krav til den nødvendige dokumentation. Andet trin var identifikation af meningsbærende enheder. Her blev materialet gennemgået igen med henblik på at finde tekstelementer, som hang sammen med de foreløbige undertemaer. Tredje trin var en kondensering af de identificerede tekstelementer, som sammenfattede indholdet af de meningsbærende enheder så tekstnært som muligt. Fjerde trin var en sammenfatning af resultaterne, der blev foretaget i et sam-

- ▶ arbejde i hele analysegruppen. I denne fase blev der udarbejdet en analytisk tekst, som beskrev krav til understøttelse af den nødvendige dokumentation.

Fund

Der blev identificeret otte temaer, som repræsenterer tre niveauer i forhold til at understøtte den nødvendige dokumentation. Et praksisniveau, et organisatorisk niveau samt et nationalt niveau, se figur 2. De enkelte temaer uddybes i det følgende.

” Der skal fortsat arbejdes med at optimere dokumentationspraksis. Sygeplejerskerne på konferencen i 2014 beskrev, at ressourcerne er få og tiden sparsom. Det er ikke noget nyt, og de økonomiske vilkår ændrer ikke den kendsgerning.

Temaer på praksisniveau

Patientperspektivet – et fælles ansvar

Patientperspektivet skal i højere grad inddrages i fremtidens dokumentation. I workshoppen, der omhandlede dette emne, deltog en patientrepræsentant med en kronisk og potentielt livstruende sygdom. Hun beskrev, hvordan hun i perioder oplevede, at personalet ikke havde styr på vigtige oplysninger om hende. Hun frygtede, at hun, hvis hun kom i en situation, hvor hun ikke selv kunne fortælle, hvilken behandling hun skulle have, ville blive fejlbehandlet. Der er ikke et klart forslag om, hvordan patientperspektivet konkret skal inddrages, udover at patienten bør kunne tilføje oplysninger i

sin egen journal. Men det er vigtigt, at sygeplejerskerne tager det faglige ansvar på sig og sikrer, at dokumenterede oplysninger kan genkendes, genfindes og genbruges.

Gruppen ønskede tidstro patientjournaler, der integrerer oplysninger på tværs af sektorer og undervisning af plejepersonale i, hvordan man inddrager patienten.

Dokumentation sammen med patienten

Sygeplejerskerne oplevede, at dokumentation tog tid fra patientplejen, derfor ønskede en majoritet af sygeplejersker, at denne skulle foretages sammen med patienten, f.eks. ved at der var elektroniske hjælpemidler til brug for dette i form af iPads.

Ændring af rutiner og vaner

Grundlæggende er der et ønske om fremadrettet dokumentation. Opskriften på fremadrettet dokumentation blev beskrevet i form af individuelle og fortrykte plejeplaner, som begge skulle give mulighed for at tage udgangspunkt i patientens perspektiv. ”Plejeplaner, som i højere grad baseres på evidens [Kliniske retningslinjer], kan være med til at sikre en høj faglighed, som igen medfører god kommunikation og høj patientsikkerhed”.

Dokumentationen i elektronisk patientjournal (EPJ) har vanskeliggjort brugen af individuelle og fortrykte plejeplaner. I EPJ findes sådanne elementer, men de fremstår i EPJ fragmenteret og giver ikke et samlet overblik. Der er dog ikke tvivl om, at fremadrettet dokumentation er et højt prioriteret område, der måske kræver en omorganisering af opgaverne i sygeplejen og en ændring af den enkelte sygeplejerskes måde at dokumentere på. Det er sandsynligvis ikke mangel på viden, ▶

Figur 1. Matrix over gruppesamtaler

	Patientperspektiv	Teknologisk perspektiv	Organisatorisk perspektiv	Fagligt perspektiv	Uddannelsesperspektiv
Forskere	Hvilke krav kan jeg som forsker have for at understøtte den nødvendige dokumentation ift. patientinddragelse, og hvad er min opgave?	Hvilke krav kan jeg som forsker have til teknologien for at understøtte den nødvendige dokumentation, og hvad er min opgave?	Hvilke krav kan jeg som forsker have til organisationen for at understøtte den nødvendige dokumentation, og hvad er min opgave?	Hvilke krav kan jeg som forsker have til fagligheden for at understøtte den nødvendige dokumentation, og hvad er min opgave?	Hvilke krav kan jeg som forsker have til kompetencer/uddannelse for at understøtte den nødvendige dokumentation, og hvad er min opgave?
Ledere	Hvilke krav kan jeg som leder have for at understøtte den nødvendige dokumentation ift. patientinddragelse, og hvad er min opgave?	Hvilke krav kan jeg som leder have til teknologien for at understøtte den nødvendige dokumentation, og hvad er min opgave?	Hvilke krav kan jeg som leder have til organisationen for at understøtte den nødvendige dokumentation, og hvad er min opgave?	Hvilke krav kan jeg som leder have til fagligheden for at understøtte den nødvendige dokumentation, og hvad er min opgave?	Hvilke krav kan jeg som leder have til kompetencer/uddannelse for at understøtte den nødvendige dokumentation, og hvad er min opgave?
It-medarbejdere	Hvilke krav kan jeg som it-medarbejder have for at understøtte den nødvendige dokumentation ift. patientinddragelse, og hvad er min opgave?	Hvilke krav kan jeg som it-medarbejder have til teknologien for at understøtte den nødvendige dokumentation, og hvad er min opgave?	Hvilke krav kan jeg som it-medarbejder have til organisationen for at understøtte den nødvendige dokumentation, og hvad er min opgave?	Hvilke krav kan jeg som it-medarbejder have til fagligheden for at understøtte den nødvendige dokumentation, og hvad er min opgave?	Hvilke krav kan jeg som informations-teknolog have til kompetencer/uddannelse for at understøtte den nødvendige dokumentation, og hvad er min opgave?
Klinikere	Hvilke krav kan jeg som kliniker have for at understøtte den nødvendige dokumentation ift. patientinddragelse, og hvad er min opgave?	Hvilke krav kan jeg som kliniker have til teknologien for at understøtte den nødvendige dokumentation, og hvad er min opgave?	Hvilke krav kan jeg som kliniker have til organisationen for at understøtte den nødvendige dokumentation, og hvad er min opgave?	Hvilke krav kan jeg som kliniker have til fagligheden for at understøtte den nødvendige dokumentation, og hvad er min opgave?	Hvilke krav kan jeg som kliniker have til kompetencer/uddannelse for at understøtte den nødvendige dokumentation, og hvad er min opgave?
Undervisere	Hvilke krav kan jeg som underviser have for at understøtte den nødvendige dokumentation ift. patientinddragelse, og hvad er min opgave?	Hvilke krav kan jeg som underviser have til teknologien for at understøtte den nødvendige dokumentation, og hvad er min opgave?	Hvilke krav kan jeg som underviser have til organisationen for at understøtte den nødvendige dokumentation, og hvad er min opgave?	Hvilke krav kan jeg som underviser have til fagligheden for at understøtte den nødvendige dokumentation, og hvad er min opgave?	Hvilke krav kan jeg som underviser have til kompetencer/uddannelse for at understøtte den nødvendige dokumentation, og hvad er min opgave?

- ▶ der hindrer sygeplejersker i at dokumentere fremadrettet, snarere rutiner og vaner.

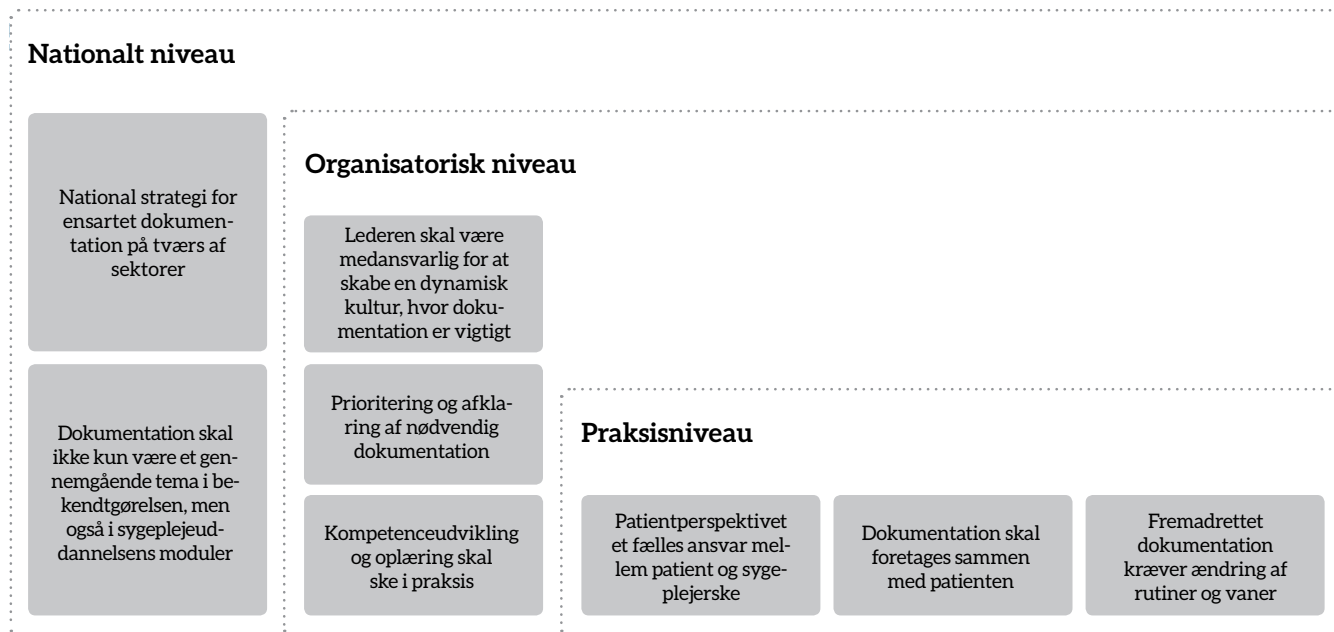
Temaer på organisatorisk niveau

Lederens medansvar

Alle workshops tilkendegav, at ledelsen har en vigtig opgave i at sikre god dokumentationspraksis. Det handler om oplæring, kom-

petenceudvikling, teknologiske hjælpemidler, tydelig prioritering af ressourcer og markering af krav til sygeplejersker. Lederne skal være med til at skabe en kultur, hvor dokumentation er vigtig, f.eks. skal ledelsen understøtte dokumentationspraksis ved at sikre, at medarbejderne er kvalificerede og kontinuerligt udvikler deres kompetencer gennem praksislæringsprincipper. Eksisterende teknologi skal anvendes og tilpasses dynamisk i henhold til

Figur 2. Præsentation af niveauer og temaer



de givne rammer, herunder også de økonomiske. Der var enighed om, at ”lederne skal anerkende, at dokumentation er en daglig opgave, og synliggøre de positive grunde til at dokumentere”. Mange oplevede dog, at nye dokumentationsredskaber ikke blev implementeret godt nok. Det er områder, som sygeplejefprofessionen har drøftet igennem mange år, hvorfor en ændring af den eksisterende dokumentationspraksis både kræver grundig planlægning og en struktureret implementeringsproces.

Prioritering af nødvendig dokumentation

Rammen for god dokumentationspraksis er afhængig af ledelsen, uddannelsesniveaet i klinikken og det tilgængelige it-udstyr. På konferencen kom følgende prioritering til udtryk: Dygtige ledere, brugbar it og veluddannet personale. Det er vigtigt med brugerinvolvering i valg af it, og dokumentation skal tænkes ind i fremadrettede indkøb til sygehusvæsenet.

Kompetenceudvikling og oplæring skal ske i praksis

Sygeplejersker ønsker praksisnære og aktuelle læringsmetoder med plads til faglig udvikling og refleksion. Oplæringen kan foregå gennem e-learning og sidemandsoplæring af tilgængelige og certificerede undervisere.

Temaer på nationalt niveau

National strategi på tværs af sektorer

Uanset om man var leder, kliniker eller underviser, var der et ønske om en national strategi for ensartet dokumentation i sygeplejen. En strategi, der skal udarbejdes sammen med flere interessenter og på tværs af sektorer, herunder Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening, samt Dansk Sygeplejeråd og DASYS for at være bæredygtig. Den nationale strategi skal angive en fælles begrebsramme og fælles terminologi, som vil understøtte den nødvendige dokumentation. Den fælles terminologi

skal med afsæt i ”validitet og ensartethed danne udgangspunkt for den gode faglige dokumentation”.

Fælles terminologi skal medvirke til ”mere ensartethed, så data kan genfindes og genanvendes”, og bidrage til, at man ”kan trække data ud på tværs”. Den nationale strategi skal beskrive, hvordan data kan trækkes direkte til databaser fra EPJ, så dobbelt-dokumentation undgås, men den skal ligeledes beskrive de første skridt hen imod en national, generisk sygeplejefaglig database. (Der findes allerede en national sygeplejefaglig kvalitetsdatabase i gynækologien). En national sygeplejefaglig database skal tage udgangspunkt i udvalgte kliniske retningslinjer, der hvor det er muligt at monitorere den sygeplejefaglige kvalitet på nogle få resultatindikatorer.

Fast tema i sygeplejeuddannelsens moduler

Dokumentation er et gennemgående tema i bekendtgørelsen for sygeplejeuddannelsen, men ikke et gennemgående tema i modulbeskrivelser eller i den konkrete undervisning ifølge de undervisere, som deltog i konferencen, eller tilgængelige uddannelsesdokumenter. Der blev italesat et behov for, at dokumentationsundervisning er praksisnær, og at det er kompetencer, de studerende skal erhverve som selvstændige kompetencer.

Diskussion og konklusion

Sygeplejersker må være nytænkende

Der skal fortsat arbejdes med at optimere dokumentationspraksis. Sygeplejerskerne på konferencen i 2014 beskrev, at ressourcerne er få og tiden sparsom. Det er ikke noget nyt, og de økonomiske vilkår ændrer ikke den kendsgerning. Derfor argumenterer Dokumentationsrådet for, at sygeplejersker må være nytænkende i forhold til dokumentationspraksis.

Der eksisterer forslag til, hvordan dokumentationen kan blive effektiv og god f.eks. beskrevet af Björvell (8) i hendes lærebog ►

- ▶ om god sygeplejedokumentation. Anbefalingerne er dog af ældre dato. Der er i dag flere teknologiske hjælpemidler, en vejledning om sygeplejefaglige optegnelser (2) samt en række nationale projekter i gang om it-systemer. Sygeplejersker bør derfor i dag i højere grad stille krav om at være med til at udvikle fremtidige teknologiske dokumentationshjælpemidler. Dette blev allerede i 2009 anbefalet i et Cochrane-review om dokumentationssystemer i sundhedsvæsenet, udført af Uruquhart og kollegaer (9).

Ledelsesmæssigt ansvar

Dokumentation af sygepleje er kompleks (10), og det er den enkelte sygeplejerske, der ud fra sin faglige viden, sit ansvar og sit kendskab til patienten kan vurdere den nødvendige dokumentation. Det er dog også et ledelsesmæssigt ansvar at implementere god dokumentationspraksis og sikre anvendelse af nye teknologiske redskaber.

Til dette formål har Herrin-Griffith og Cabibbo (11) udarbejdet og prioriteret 10 ledelsesprincipper, hvor sikker patientpleje altid er det vigtigste. Forfatterne har fokus på, at der skal være tid til kulturelle forandringer, dokumentationsredskaberne skal være enkle, og forandringsprocesser og arbejdsflow skal evalueres, før nye systemer bliver designet. Som et vigtigt område – om end dette er prioriteret som anbefaling nummer 10 – skal der også være fokus på at have omsorg for personalemedlemmer i implementeringsprocessen.

Herrin-Griffith og Cabibbo (12) peger på, at der skal være planlagt både klasserumsundervisning og klinisk undervisning samt kliniske ledelsesmæssige ressourcer med adækvate kompetencer i klinikken.

Dokumentationsrådet er enig i disse principper og mener, at den øgede mulighed for e-læring vil styrke sygeplejerskernes kompetencer inden for dokumentation. Sygeplejersker skal dog ikke kun undervises i dokumentation, men også i it-systemer og effektive implementeringsprocesser. Øget viden om implemen-

teringsprocesser vil skabe viden i klinikken om, at ændringer skal have rum og tid.

Patientens sikkerhed det vigtigste

Hvis sygeplejersker skal ændre fremtidig dokumentationspraksis, er det et langt, sejt træk, hvor de hele tiden skal have for øje, at patientens sikkerhed er det vigtigste. Her og nu må den enkelte sygeplejerske derfor tilrettelægge sin arbejdsdag, så den enkelte tager ansvar for at skabe tid til dokumentation af den nødvendige sygepleje af hensyn til patientens sikkerhed og det individuelle plejeforløb.

På den baggrund anbefaler Dokumentationsrådet, at patientinvolvering, ledelsesinvolvering og en fælles national strategi udgør de tre hovedhjørneste i understøttelse af den nødvendige dokumentationspraksis. En fælles national strategi skal i højere grad sikre patienternes ønsker om et sammenhængende sundhedssystem, hvor patientforløb mere og mere går på tværs af afdelinger, hospitaler og sektorer. Da lederne har agten og magten, skal ledelsesinvolvering vise vejen, når det gælder en ensartet og fremadrettet sygeplejefaglig dokumentation. Desuden skal patienterne involveres, det ønsker de, og det er for deres skyld, sygeplejersker dokumenterer. Ofte er det dem, der får sundhedsprofessionelle til at bryde vaner og rutiner, fordi det er individuelle personer, som kræver individuel pleje og behandling.

Tak til 250 dokumentationskyndige sygeplejersker, som deltog i dokumentationskonferencen 2014 og gennem deres deltagelse i workshop bidrog til dataindsamlingen. Tak til Dokumentationsrådets øvrige medlemmer.

Forfatterne erklærer, at der ingen potentielle interessekonflikter er i forhold til forskning, forfatterskab og/eller publicering af denne artikel.

Forfatterne har ikke modtaget økonomisk støtte i forhold til forskning, forfatterskab og/eller publicering af denne artikel.

De to forfattere har sammen med de øvrige medlemmer af Dokumentationsrådet deltaget i design og koordinering af undersøgelsen, dataindsamlingen samt analyse af data. De to forfattere til artiklen har primært varetaget artikelskrivningen, men alle Dokumentationsrådets medlemmer har læst og godkendt det endelige manuskript.

Litteratur

1. Dansk Sygeplejeråd, DASYS. Dokumentation af sygepleje. En status rapport. 2012.
2. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om Sygeplejefaglige optegnelser. <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2013/vejledning-om-sygeplejefaglige-optegnelser>. 2013.
3. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedsloven. 2010.
4. Jefferies D, Johnson M, Griffiths R. A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *Int J Nurs Pract*. 2010; Apr;16(2):112-24.
5. Kelley TF, Brandon DH, Docherty SL. Electronic nursing documentation as a strategy to improve quality of patient care. *J Nurs Scholarsh Off Publ Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs Sigma Theta Tau*. 2011; Jun;43(2):154-62.
6. Björvell C, Wredling R, Thorell-Ekstrand I. Improving documentation using a nursing model. *J Adv Nurs*. 2003;43(4):402-10.
7. Halkier B. Fokusgrupper. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2008.
8. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health* 2012; Dec;40(8):795-805.
9. Björvell C. Sygeplejerskens dokumentation - en praktisk håndbog. Studentlitteratur; 2001.
10. Urquhart C, Currell R, Grant MJ, Hardiker NR. Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009(1):CD002099.
11. Cheevakasemsook A, Chapman Y, Francis K, Davies C. The study of nursing documentation complexities. *Int J Nurs Pract*. 2006; Dec;12(6):366-74.
12. Herrin-Griffith D, Cabibbo T. 10 Leadership principles for IT activation. *Nurs Manag (Harrow)* 2013; Nov;44(11 Safety Solutions):13-5.

English abstract

Finderup J, Berring LL. Eight themes for the requisite documentation support. *Sygeplejersken* 2016;(2):64-71.

250 nurses with documentation expertise within the fields of management, clinical practice, research, development and education defined their criteria for requisite documentation based on five different perspectives: the patient perspective, the technology perspective, the organisational perspective, the nursing perspective and the educational perspective. The resulting data underwent systematic text condensation, which identified eight themes:

- 1) The patient perspective is the joint responsibility of the patient and nurse,
- 2) Documentation must be produced jointly with the patient,
- 3) Documentation going forward will require changes to routines and habits,
- 4) Managers must assume joint responsibility for instilling a dynamic culture in which documentation is important,
- 5) The requisite documentation must be prioritised and clarified,
- 6) Competence building and training must be practice-based,
- 7) The creation of a National Strategy for Standardised Intersectoral Documentation,
- 8) Documentation should be a consistent topic in nurse education modules. Based on the analysis, the conclusion is that patient involvement, management involvement and a nationwide strategy constitute the three cornerstones for underpinning the requisite documentation practice.

Keywords: Nursing documentation, text condensation, national strategy, DASYS.

Faglige udfordringer både tiltrækker og skræmmer

Det grønlandske sundhedsvæsen er meget forskelligt fra det danske, bl.a. pga. geografien, uddannelsesniveauet og det udstyr, der er tilgængeligt. For at trives i Grønland må sygeplejersker være parate til at tage ansvar og finde på utraditionelle løsninger.

Hannah Højgaard, sygeplejerske, MI, telemedicinsk konsulent i Det Grønlandske Sundhedsvæsen; haaped@gmail.com

I Grønland er der ét sundhedsvæsen, der dækker primær og sekundær sektor. Tandområdet og hjemmesygeplejen hører også under sundhedsvæsenet.

Ligesom i Danmark ændrer bosætningsmønstret i Grønland sig, idet flere flytter fra bygder til byer. Hertil kommer ændringer i levemåde, ligesom den teknologiske udvikling giver nye muligheder. På den baggrund var der behov for en sundhedsreform, som blev indført i 2011.

Tidligere var sundhedsvæsenet organiseret i 16 distrikter (byerne på kysten) med sygehus med egen ledelse koordineret af en fælles Kystledelse. Hertil kom landshospitalet i Nuuk, Dronning Ingrid's Hospital (ofte kaldet DIH eller Sana, idet det fra starten var tuberkulosesanatorium) som havde egen hospitalsledelse.

Med sundhedsreformen blev landet inddelt i fem sundhedsregioner, hvor regionssygehuset er placeret i den største by i regionen. Hver region ledes af en ledende regionslæge og en ledende regionssygeplejerske. Sygehusene i de øvrige byer fik status af sundhedscentre. I bygderne er der fortsat sygeplejestationer og bygdekonsultationer. På Dronning Ingrid's Hospital blev indført fire områdeledelser bestående af en oversygeplejerske og ledende overlæge. I 2008 blev ledelsen af sundhedsvæsenet samlet på tre personer i sundhedsledelsen (styrelseschef, cheflæge og chefsygeplejerske).

Samme udfordringer som i Danmark

Det grønlandske sundhedsvæsen har de samme udfordringer som i Danmark: Udgifterne vokser, befolkningen bliver ældre, flere får livsstilssygdomme, og forventningerne til ydelserne stiger.

Hertil kommer, at Grønland har svært ved at rekruttere og fastholde sundhedspersonale især til yderområderne. I Sundhedsvæ-

” Med sundhedsreformen blev landet inddelt i fem sundhedsregioner, hvor regionssygehuset er placeret i den største by i regionen. Hver region ledes af en ledende regionslæge og en ledende regionssygeplejerske.

senet er der 1.400-1.600 ansatte. Udskiftningen er stor, idet der årligt nyansættes ca. 1.000. Mange som vikarer med helt ned til en måneds ansættelse. Heldigvis kommer en del vikarer igen. Det giver selvfølgelig udfordringer i forhold til at sikre kontinuiteten, ligesom det belaster det faste personale, der igen og igen skal sikre den gode introduktion til arbejdet.

Ydermere er Grønland et kæmpeland med 56.500 indbyggere med mange små og spredte beboelser. Transport sker med fly/helikopter eller skib/båd. Om vinteren bruges desuden snescooter og i begrænset omfang hundeslæde.

Målet er lige adgang for alle

Det politiske mål er, at ”Sundhedsvæsenet skal tilstræbe en ligelig adgang til sundhedsvæsenets ydelser uanset bosted”. Med andre ord skal borgere så vidt muligt behandles ens, uanset om de bor af-sides i en lille bygd eller i en by med et sygehus eller sundhedscenter. I alle byer findes sygehuse/sundhedscentre med tilhørende sygeplejestationer eller bygdekonsultationer. Udgifter til transport af såvel patienter som personale er meget store.

Specielt i det nordlige Grønland er der mange bygder, som ofte ligger langt fra en by med sygehus/sundhedscenter. Man tilstræber besøg af læge, sygeplejerske, sundhedsplejerske i bygderne 3-4 gange årligt samt besøg af tandlæge en gang årligt.

Store transportudgifter

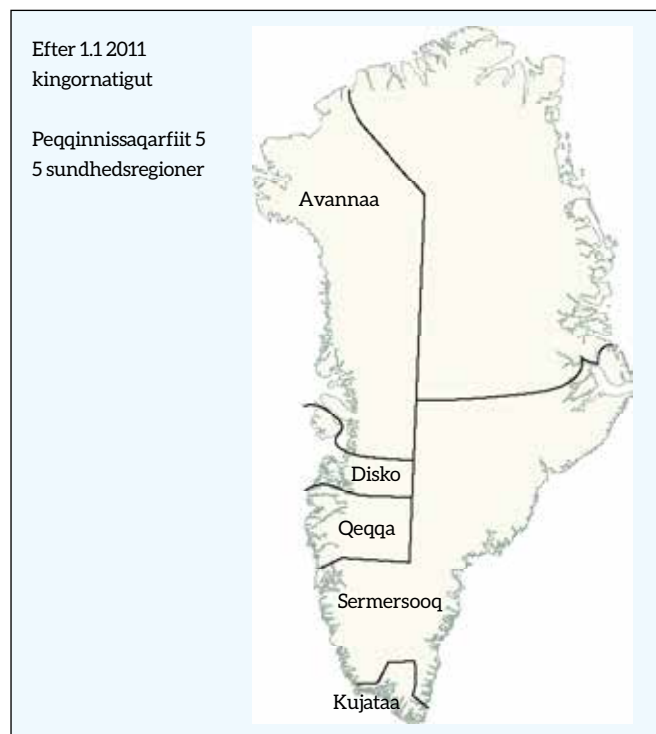
Indimellem er det nødvendigt, at patienter fra bygderne kommer til et sygehus, ligesom nogle patienter har behov for behandling enten i Nuuk eller i Danmark. Transportudgifterne til den elektive behandling er store, men bliver der behov for akut overflytning af patienter, der kræver en evakuering, stiger transportudgiften for den enkelte patient enormt. Typisk koster en evakuering fra kysten til Nuuk 50.000-100.000 kr., mens en evakuering til Danmark let løber op i mellem 300.000-500.000 kr., men evakueringer til en pris af kr. 750.000 – 1 mio. kr. forekommer mere end en gang om året. Derfor tilstræbes det, at flest mulige transporter sker med første ruteforbindelse eller som chartring og ikke som evakuering. Det er svære beslutninger, som altid styres af indikationen for akut behandling og ikke økonomi. Vejret og teknik på fly/helikopter forhindrer indimellem transport. I de tilfælde behandles patienten

på hjemsygehuset eller i bygden superviseret af speciallægerne i Nuuk eller lægerne på hjemsygehuset og i særlige tilfælde også af lægerne på Rigshospitalet, indtil transporten af den kritisk syge patient kan indledes.

Bedre udnyttelse af ressourcerne

Målet med sundhedsreformen er en bedre udnyttelse af ressourcerne for at kunne sikre kvaliteten af sundhedsydelserne. Borgerne skal opleve en hurtigere diagnostik og behandling og et sammenhængende patientforløb.

Med sundhedsreformen kom øget fokus på brug af telemedicin som basis for at skabe en mere lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser.



Med sundhedsreformen i 2011 blev Grønland inddelt i fem sundhedsregioner, hvor regionssygehuset er placeret i den største by i regionen. Nordøstgrønland er stort set ubeboet og er derfor ikke med i inddelingen.

På sygehuse/sundhedscentre på kysten er ansat læger og sygeplejersker. Hertil kommer sundhedsassistenter og sundhedsmedhjælpere, som er bredt uddannede. De kan bl.a. suturere og fungere som fødselshjælpere, ligesom de deltager i den almindelige sygepleje. Mange har specialistfunktion f.eks. inden for røntgen, veneria, tb, livsstil eller bygdebetjening. Denne personalegruppe udgør fundamentet for sundhedsvæsenet og er uerstattelig med sin fleksibilitet og brede vifte af kompetencer.

Populært uddannelsessted

Dronning Ingrid's Hospital er uddannelsessted for såvel sygepleje- og medicinstuderende som øvrige faggrupper. Hospitalet er et populært uddannelsessted for yngre læger. Uddannelsesstillingerne tildeles primært til nyuddannede læger med grønlandsk baggrund, så Grønland i stigende grad får dobbeltsprogede læger. Der er stort fokus på, at færdiguddannede sikres den nødvendige efteruddannelse for at sikre den gode kvalitet i patientbehandling og pleje.

Grønland har et sygeplejeinstitut som en del af Grønlands Universitet. Der er siden 1997 uddannet ca. 137 sygeplejersker. I 2010 blev uddannelsen en bacheloruddannelse. Uddannelse til sundhedsassistent og bygdesundhedsarbejder, portørreddere og sundhedshjælpere sker på Brancheskolen i Nuuk. Praktik finder sted på Dronning Ingrid's Hospital samt sygehuse og sundhedscentre.

Mange grønlandere taler og forstår ikke dansk. Skønmæssigt har det dansksprogede personale brug for tolkebistand ved ca. halvdelen af patientkontakterne, derfor er der altid tolkebistand til rådighed.

Fælles elektronisk patientjournal

I Grønland bruges EPJ (Elektronisk Patient Journal). Sygehuse/sundhedscentre uden for Nuuk har længe brugt EPJ. I løbet af de næste to år vil hele Sundhedsvæsenet få en ny EPJ. Implementeringen er gennemført i Nuuk. I løbet af 2016 vil implementeringen fortsætte uden for Nuuk, så der ved udgangen af 2016 vil være en fælles journal for hele Sundhedsvæsenet inklusive tandplejen.

På Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk findes mange specialer, men ikke alle. Sundhedsenhederne uden for Nuuk varetager primært almen medicin. Specialistbetjeningen afvikles gennem årlige specialistbesøg. I den udstrækning specialerne findes på DIH, er det læger- ▶

- ne herfra, der gennemfører specialistrejserne til de øvrige byer. Men for specialer, der ikke findes i Grønlands Sundhedsvæsen, f.eks. neurologi, dermatologi og oftalmologi, rekrutteres specialisterne fra Danmark til såvel Nuuk som de øvrige byer. Speciallægerne ledsages i nødvendigt omfang af operations- og anæsthesipersonale.

” I alle bygder findes et sundhedshus/bygdekonsultation, hvor der er ansat en bygdesundhedsarbejder, hvoraf mange har 22 ugers basal sundhedsuddannelse, en sundhedsassistent eller sygeplejerske (ganske få steder).

Sygehuse og sundhedscentre i alle regioner

I alle regioner er der ét regionssygehus og 2-3 sundhedscentre. Hertil kommer et antal sygeplejestationer og bygdekonsultationer (ca. 60 i hele Grønland).

Regionssygehuse

Regionssygehuset er regionens største og mest specialiserede behandlingssted, hvor byens borgere modtager behandling og vejledning i sundhedsfremme og forebyggelse.

Hovedarbejdsområdet er almen medicin, herunder profylaktiske børneundersøgelser og vaccinationer, ligesom der også findes psykiatrisk hjemmesygepleje/distriktspsykiatri, fødselsbetjening, sundhedspleje samt fysioterapi.

Et regionssygehus har en sengeafdeling (15-20 senge), almindelig lægekonsultation med ambulatorium, livsstilsambulatorie, veneriaklinik, jordemoderkonsultation, laboratorium, skadestue/akut modtagelse, røntgen, laboratorium, apotek, fødestue, operationsstue, sundheds- og hjemmepleje samt byens apotek.

Et regionssygehus kan derfor betegnes som en ”primærsektor sundhedsenhed” med muligheder for behandling under indlæggelse. På alle regionssygehuse er der læger, som kan håndtere akutte situationer, der kræver kirurgiske indgreb som f.eks. et kejsersnit, blindtarmsoperation samt aborter. I de tilfælde, hvor denne kompetence ikke er til stede, lukkes der midlertidigt for

fødsler, og de gravide flyttes enten til et nærliggende regionssygehus eller til DIH ca. tre uger før forventet termin.

Ved alvorlige, akutte situationer er den primære opgave stabilisering af patienten inden evakuering til enten Dronning Ingrid Hospital eller Danmark. Der er dog situationer, hvor en dårlig patient ikke kan flyttes (vejrlig og teknik). Her gøres det bedst mulige. Telefonsupervision anvendes i situationer, hvor personalet kommer til kort eller er nødt til at gøre noget, de ikke tidligere har prøvet. Aktuelt arbejdes på brug af telemedicin (videosupervision).

I det daglige er der et tæt samarbejde mellem faggrupperne. Alle er indstillet på at arbejde tværfagligt uden stramme faggrænser.

På regionssygehuse er typisk ansat 4-5 læger, 4-6 sygeplejersker, 2-5 sundhedsassistenter/sundhedsmedhjælpere. Herudover fysio- og ergoterapeuter, jordemødre, anæsthesisygeplejerske, bioanalytiker, farmakonomer, lægesekretær, kontormedarbejder, portører, tolke samt ufaglærte afdelingsmedhjælpere.

Sundhedscentre

Sundhedscentre tilbyder sundhedsydelse til lokalbefolkningen. Som på regionssygehuse er hovedarbejdsområdet almen medicin, hvor den ambulante funktion fylder mest. Det kan sammenlignes med praktiserende læge, hvor der er mulighed for indlæggelse i en lille sengeafdeling med 4-12 senge.

Som på regionssygehuse er der livsstilsambulatorier, veneriaklinik, skadestue/akut modtagelse, røntgen, laboratorium, apotek og operationsstue til små kirurgiske indgreb. Somatisk hjemmesygepleje udgår fra sundhedscentrene.

Læger, sundhedsplejersker samt jordemoder fra regionssygehuset kommer på regelmæssige besøg i bygderne med henblik på konsultationer, forebyggende undersøgelser og rådgivning.

På sundhedscentre er typisk ansat 1-2 læger, 2-3 sygeplejersker, 2-5 sundhedsassistenter/sundhedsmedhjælpere. Hertil ufaglærte afdelingsmedhjælpere, portør, tolk og lægesekretær/kontormedarbejder.

Sygeplejestationer/bygdekonsultationer

I alle bygder findes et sundhedshus/bygdekonsultation, hvor der er ansat en bygdesundhedsarbejder, hvoraf mange har 22 ugers basal sundhedsuddannelse, en sundhedsassistent eller sygeplejerske (ganske få steder). I store bygder kan der være ansat to personer.

Sundhedsfagligt personale fra regionsygehuset/sundhedscenteret aflægger regelmæssige besøg med henblik på konsultationer, forebyggende undersøgelser og rådgivning. Alle bygder med mere end 50 indbyggere har mulighed for telemedicin, Pipaluk, læs artiklen ”Telemedicin medvirker til lige adgang til sundhedsydelse” side 77-81 i dette nummer af *Sygeplejersken*.

Alsidigt arbejde som sygeplejerske

Arbejdsopgaverne som sygeplejerske i Grønland afhænger af, hvor man er ansat. Ved ansættelse på Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk svarer opgaver og ansvar til disse på et dansk sygehus. Her er mange kolleger, som alle har en sundhedsfaglig uddannelse.

Arbejdsområdet som sygeplejerske ved et sygehus/sundhedscenter på kysten er meget alsidigt og omfatter både opgaver på sengestuer, i lægekonsultation, udlevering af medicin, skif-

testue, skadestue, operationsstue m.m. Indimellem skal man deltage i evakueringer fra bygder til regionsygehus/sundhedscenter. Tilrettelæggelsen af vagter samt fordeling af arbejdsopgaverne afhænger af størrelsen på regionsygehus/sundhedscenter.

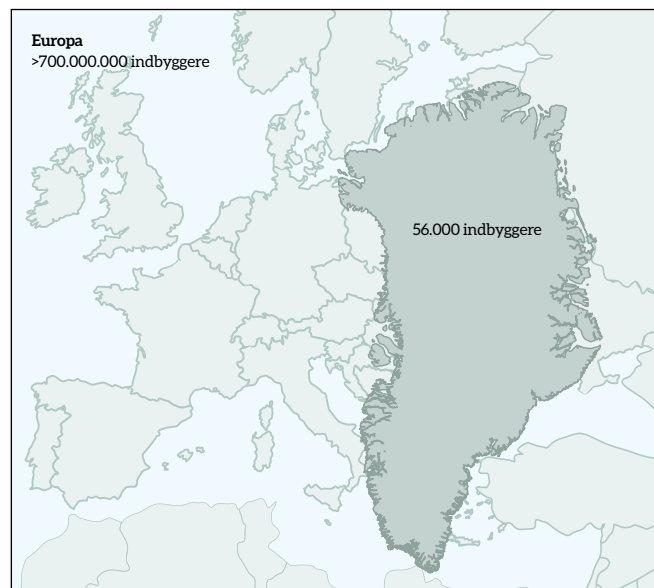
I samtalerne med patienterne har man ofte brug for en tolk for at give den nødvendige information, så patienten herefter kan drage omsorg for sig selv. Behovet for tolkebistand er mindre i Nuuk.

Arbejdet som stationssygeplejerske i en bygd med 200-500 indbyggere er meget selvstændigt, og man kommer i berøring med mange forskellige opgaver, f.eks. suturering, anlæggelse af gips-skinne, vaccination af børn og klargøring af patienter til viderebehandling på sygehus/sundhedscenter. Arbejdet udføres i tæt samarbejde med en sundhedsmedhjælper, der tillige fungerer som tolk, hvor dette er nødvendigt.



Privatfoto

Evakueringer til en pris af kr. 750.000 – 1 mio. kr. forekommer mere end en gang om året. Derfor tilstræbes det, at flest mulige transporter sker med første ruteforbindelse eller som chartring og ikke som evakuering. Vejret og teknik på fly/helikopter forhindrer indimellem transport.



Grønland - her størrelsesmæssigt sammenlignet med Europa - er et kæmpeland med 56.000 indbyggere fordelt på mange små og spredte beboelser. Transport sker med fly/helikopter eller skib/båd. Om vinteren bruges desuden snescooter og i begrænset omfang hundeslæde.

- ▶ Sygeplejersker ansat på et regionssygehus/sundhedscenter har et udvidet ansvars- og kompetenceområde, idet de visiterer akutte patienter i vagterne og har delegeret selvstændig ordinationsret. I dagtiden visiterer en læge. Det udvidede ansvars- og kompetenceområde indebærer desuden, at sygeplejersker diagnosticerer og igangsætter behandling under bemyndigelse af læge og ud fra skriftlige retningslinjer. For sygeplejersker på sygeplejestationer kontaktes vagthavende læge, ligesom telemedicin anvendes.

Arbejdsvilkårene er væsentligt mere anderledes i Grønland end i Danmark. Arbejder man uden for Nuuk, er det ikke altid, at den teknologi og de hjælpemidler, man er vant til fra Danmark, findes. Derfor er det er nødvendigt at kunne sit håndværk og være kreativ i løsningen af opgaverne. Der er til gengæld et stort og beredvilligt netværk af kollegaer, der altid er parat til at give et godt råd.

For nogle sygeplejersker er det skræmmende og voldsomt, men langt de fleste synes, det er spændende og udfordrende med de mange forskelligartede og komplekse opgaver. Man skal lige vænne sig til det større ansvar og så huske, at der også er telefoner i Grønland.

Mange siger, de får nogle faglige udfordringer, de ikke drømte om. Hertil kommer så en helt fantastisk natur og kultur og nogle dejlige, hjælpsomme og fleksible kolleger.

English abstract

Højgaard H. Professional challenges both attract and deter. Sygeplejersken 2016;(2):72-6.

The article describes how the Greenlandic health service has been organised since the structural healthcare reform of 2008.

Running a health service in a vast country with just under 56,500 inhabitants spread out in 16 towns and some 60 settlements poses many challenges. The infrastructure influences the provision of health services, including the healthcare provided at the national hospital Dronning Ingrid's Hospital; at a regional hospital, a healthcare centre and at nursing stations/community clinics. We strive to make best use of the resources available, without compromising on the quality of healthcare, while the aim is for citizens to enjoy more equitable access to healthcare, faster diagnostics and treatment, and continuity of patient care. Finally, the article describes current working conditions and opportunities for nurses in Greenland.

Keywords: The Greenlandic health service, rctic nursing, nursing in Greenland, telemedicine.



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

Telemedicin medvirker til lige adgang til sundhedsydelser

I Grønland arbejder man med et telemedicinsk system hentet i Alaska og forsøger samtidig at danne netværk og skabe viden, der skal gøre Grønland førende på det telemedicinske område. Erfaringen er, at telemedicin kræver ledelsesmæssig opbakning både i implementeringsfasen og i hverdagen.

Hannah Højgaard, sygeplejerske, MI, telemedicinsk konsulent i Det Grønlandske Sundhedsvæsen; haaped@gmail.com

For at sikre en geografisk spredt befolkning let og ligelig adgang til sundhedsvæsenets ydelser og støtte det sundhedsfaglige personale vedtog Direktoratet for Sundhed og Forskning i foråret 1999 en handlingsplan for indførelse, videreudvikling og evaluering af telemedicin i Grønland for årene 1999-2002. Handlingsplanen sagde, at det grønlandske sundhedsvæsens vigtigste opgave er at tilstræbe, at alle borgere har lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser, hvorfor det er nødvendigt at anvende telemedicin.

Udgangspunktet var, at telemedicin nemt og hurtigt kan bringe ekspertisen hen, hvor patienten er, og dermed decentralisere ydelser på baggrund af telemedicinsk vejledning af det sundhedspersonale, som er til stede.

Der blev opsat telemedicinske arbejdsstationer i syv af Grønlands daværende 17 sundhedsdistrikter fra Nanortalik i syd til Ilulissat i nord og Ittoqqortoormiit i øst. Der blev udpeget kontaktpersoner på de enkelte tjenestesteder, som blev introduceret og undervist. Valg af specialer skete ud fra en behovsvurdering, og de første specialer blev radiologi, dermatologi, kardiologi og psykiatri.

På grund af den store personaleudskiftning og brug af ikke-faglært personale som kontaktpersoner var det vigtigt, at telemedicinprogrammet var enkelt og nemt at lære.

De tidligere erfaringer (man startede for 15 år siden) viser, at brugen af telemedicin åbner op for mange nye muligheder. Men brugen medfører også en række konsekvenser af organisatorisk, juridisk, sikkerhedsmæssig og ressourcemæssig karakter.

De følgende år skete der ikke meget ift. yderligere udbredelse af brugen af telemedicin før 2006.

Bruger erfaringer fra Alaska

Sundhedsvæsenet ønskede at sætte fart i udviklingen inden for telemedicin, hvorfor en delegation rejste til Alaska for at høre om erfaringerne med Alaska Federal Health Care Access Network (AFHCAN) telemedicinprojektet. Alaska blev valgt, fordi infrastrukturen ligner den grønlandske.

I efteråret 2007 bevilligede Landstinget penge til at gennemføre et nyt telemedicinprojekt for perioden 2008-2010. Det politiske opdrag var, at der i løbet af projektperioden skulle anskaffes telemedicinsk udstyr, der kunne sikre en landsdækkende effektiv og velfungerende brug af telemedicin i Grønland. Projektet skulle

”Udgangspunktet var, at telemedicin nemt og hurtigt kan bringe ekspertisen hen, hvor patienten er, og dermed decentralisere ydelser på baggrund af telemedicinsk vejledning af det sundhedspersonale, som er til stede.

medvirke til at realisere Sundhedsvæsenets mission ”Al sundhed – tæt på hvor du bor” og vision ”Alle borgere er sunde og raske”.

Målet var et sikre en bedre udnyttelse af ressourcerne, herunder bedre visitering, færre undersøgelser, hurtigere diagnostik og behandling, kortere ventetid samt færre patienttransporter. Med telemedicin forventede man, at kvaliteten i behandling blev øget, ligesom telemedicin kunne medvirke til større lighed i adgangen til sundhedsvæsenet, især for borgerne i yderområderne.

Projektet indebar en udvidelse af den telemedicinske service, så den blev landsdækkende. Med fondsmidler blev det muligt at indkøbe telemedicinsk udstyr til alle lokaliteter med mere end 50 indbyggere. Man indkøbte samme standardudstyr, som anvendes i Alaska, idet dette udstyr var driftssikkert og nemt at betjene. Det telemedicinske udstyr blev navngivet ”Pipaluk”, som er et grønlandsk pigenavn, der betyder ”den omsorgsfulde”.

Som en mangeartet blæksprutte

Pipaluk er først og fremmest en computer med adgang til internettet. Den kan sammenlignes med en mangeartet blæksprutte, hvor følgende kliniske undersøgelsesapparater med kabler er forbundet til computeren:

- Otoskop
- EKG-apparat
- Skop til måling af blodtryk, puls, saturation og temperatur
- Digitalt kamera
- Stetoskop
- Spirometri
- Webkamera
- Papirscanner
- Skype

- Systemet er udviklet i Alaska. Inden implementering blev programmet oversat til grønlandsk og dansk.

Selve systemet fungerer som et ”store and forward”-system, hvor data sendes til en central server. Dermed kan data genfindes senere. Serveren har en webapplikation, der kan tilgås fra alle computere, der er på internettet. Når der oprettes en sag, sender systemet en mail/notifikation til modtageren.

Oprettelse af sager sker, som når man skriver en mail. Patienten findes via søgning på CPR. Herefter udføres relevante undersøgelser med de kliniske undersøgelsesapparater. Disse vedhæftes sagen som filer. Sluttelig sendes sagen til regionssygehus/sundhedscenter via internettet.

En sygeplejerske/sundhedsassistent gennemgår dagligt de tilsendte sager og sender svar til den bygdesundhedsansvarlige om, hvilken behandling eller yderligere undersøgelser der skal iværksættes. Da sygeplejersker og sundhedsassistenter har udvidet ansvar og kompetenceområde i Grønland, betyder det, at de selv kan håndtere 80 pct. af sagerne uden at involvere en læge.

Med Pipaluk kan en bygdesundhedsmedarbejder undersøge en patient med de forskellige kliniske undersøgelsesapparater, oprette en sag og sende resultaterne til nærmeste sygehus/sundhedscenter for efterfølgende at få vejledning i den videre behandling af patienten. Det er også muligt med Pipaluk at rådgive og støtte sundhedsarbejderne i yderområderne via brug af videokonsultationer.

Brugen af Pipaluk sikrer borgere i bygder en mere lige adgang til sundhedsvæsenet, da det er muligt at sende resultater fra de kliniske apparater samt information om patientens helbred til sygehus/sundhedscenter. Det sker hurtigt og nemt, ligesom det betyder, at patienterne i mange tilfælde ikke behøver at rejse til nærmeste sygehus/sundhedscenter.

Behov afdækket på seminar

Som start på implementeringen blev der i 2008 afholdt et seminar om telemedicin med deltagelse af udpegede nøglepersoner samt ledelser fra sygehuse uden for Nuuk. Målet var at få deltagerens input til planlægningen af implementeringen, bl.a. at afdække behov for support og forventninger til, hvordan telemedicin kan dække bygdernes behov for sundhedsservice og uddannelse af brugerne.

Konklusionen på seminaret var, at Pipaluk-programmet er nemt at bruge og kræver kort oplæring. De kliniske undersøgelsesapparater opfyldte kravene, var af høj kvalitet og brugervenlige. Efterfølgende blev der gennemført et femdages instruktørkursus for superbrugere fra sygehuse på kysten. Superbrugerne skulle efterfølgende uddanne brugerne i eget sundhedsdistrikt.

Implementeringen, herunder den tekniske installation, fandt sted i perioden 2008-2010.

For at sikre den bedst mulige support ved implementeringen og den efterfølgende drift blev den fra start opdelt i en klinisk og en mere teknisk it-support. Til den kliniske support blev ansat to it-sygeplejersker. Den tekniske support blev varetaget med fjernkontrol fra it-afdelingen i Nuuk.

” I Grønland bruger vi telemedicin i hele patientforløbet, såvel til visitation og diagnosticering som til kontrol. Årsagen til brugen af telemedicin i det samlede patientforløb bunder i både kompetencemæssige og geografiske forhold, idet vi ønsker er at bringe specialisterne tættere på borgerne uden dyr transport.

Sværere end først antaget

Som i mange andre it-projekter viste det sig, at de organisatoriske aspekter herunder ledelsesforankringen krævede større bevågenhed end først antaget, hvorfor Pipaluk ikke blev taget i brug i den udstrækning, der var hensigten.

Erfaringen har vist, at succesfuld implementering og drift er afhængig af tilstedeværelsen af engagerede og motiverede medarbejdere, der støttes af ledelsen på alle niveauer.

Derfor blev det i 2012 besluttet at ansætte en telemedicinsk konsulent (forfatteren) til at gennemføre et efterimplementeringsprojekt. Der blev udarbejdet en handlingsplan herfor, og der blev udviklet kurser for bygdesundhedsarbejderne af en uges varighed. Indholdet på disse er såvel faglige emner samt brug af Pipaluk med tilhørende kliniske undersøgelsesapparater.

Langsomt øges udbredelsen af Pipaluk, og i stigende omfang afvikler vi telemedicinske videokonsultationer med specialister fra både Dronning Ingrid's Hospital og fra Danmark.

Specialisterne tættere på borgerne

Den grønlandske model for brugen af telemedicin afviger en del fra andre lande. Brugen af telemedicin er centreret om den del af patientforløbet, der i Danmark oftest foregår på selve sygehuset. I Grønland bruger vi telemedicin i hele patientforløbet såvel til visitation og diagnosticering som til kontrol. Årsagen til brugen af telemedicin i det samlede patientforløb bunder i både kompetencemæssige og geografiske forhold, idet vi ønsker at bringe specialisterne tættere på borgerne uden dyr transport.



Privatfoto

Med Pipaluk kan en bygdesundhedsmedarbejder undersøge en patient med de forskellige kliniske undersøgelsesapparater, oprette en sag og sende resultaterne til nærmeste sygehus/sundhedscenter for efterfølgende at få vejledning i den videre behandling af patienten. Det er også muligt med Pipaluk at rådgive og støtte sundhedsarbejderne i yderområderne via brug af videokonsultationer.

Telemedicin bruges derfor både internt i det grønlandske sundhedsvæsen og i forhold til eksterne samarbejdspartnere, som leverer sundhedsydelser til patienter i Grønland. Denne organisering er ikke typisk for den måde, telemedicin benyttes på i Danmark og andre lande.

I Danmark har man i en årrække arbejdet med telemedicin i forskellige kontekster, men har i forhold til Grønland et mere silo-orienteret fokus i projekterne. I Danmark bruger man overvejende telemedicin inden for én specifik diagnose, ofte relateret til kontrolforløb efter indlæggelse/diagnosticering af sygdom. F.eks. selv- og hjemmemonitorering i forhold til overvågning af KOL, diabetes og gravide, hvilket inden for telemedicin kaldes ”patient at home”-modellen.

Ønskerne i Danmark om et mere effektivt og billigere sundhedsvæsen medfører strukturelle ændringer i organiseringen af arbejdet. Der er i dag stor interesse for brug af telemedicinske løsninger, der kan understøtte behandlingsmetoder. Forventningen er en reduktion i behovet for indlæggelser/senge, hvilket bl.a. afspejles i bygningen af nye supersygehuse, som har langt færre sengepladser. Dermed nærmer brugen af telemedicin i Danmark sig den grønlandske model, hvor en større del af patientforløbet afvikles med brug af telemedicin.

Initiativkatalog udarbejdet

I foråret 2015 blev udarbejdet et initiativkatalog, der beskriver tre strategiske og seks taktiske initiativer til at styrke og videreudvikle den telemedicinske indsats i det grønlandske sundhedsvæsen over en årrække. De strategiske initiativer skal sikre ressourcer til det telemedicinske arbejde, herunder kvaliteten, mens de taktiske initiativer beskriver de konkrete ændringsforslag til den driftsmæssige del af telemedicin, se boks 1.

Formålet med initiativkataloget er at beskrive en række initiativer, der kan støtte op omkring sundhedsvæsenets strategi og målsætninger over en treårig periode og dermed medvirke til at sikre opfyldelse af nogle af de målsætninger, der er beskrevet i Sundhedsstrategien fra 2014.

- Faglig kvalitet og adgang til faglig ekspertise uanset bosted skal sikres gennem videreudvikling og fortsat forbedring af sundhedsteknologiske løsninger.
- Borgeren skal behandles så tæt på sit hjemsted som muligt. ▶

- Sundhedsvæsenet skal sikre bedst mulig service for borgerne inden for de givne rammer.
- Sundhedsteknologiske løsninger skal bruges til at overkomme demografiske, geografiske og infrastrukturelle udfordringer.
- Sundhedsvæsenet skal fokus på, at flest mulige midler skal anvendes til forebyggelse og patientbehandling.
- Forskning og monitorering skal bidrage til, at sundhedsvæsenet løbende tilpasser sig skiftende udfordringer.

Fokus vil derfor de kommende år være

- afsøgning og udbygning af muligheder for international netværksdannelse
- fortsat udvikling af telemedicin til speciallægekonsultationer
- fortsat udvikling af telemedicin som understøttelse for det gode patientforløb
- implementering af ny teknologi i samspil med it-teknologisk kyndige medarbejdere og de kliniske brugere.

” I sommeren 2014 startede en diskussion om etablering af et samarbejde med universiteter i Californien samt Aalborg, Aarhus og Grønlands universiteter. I november blev etableret et formelt forum kaldet Arctic Transatlantic Telemedicine Research Network (ATTRN).

For at kunne igangsætte initiativerne blev yderligere en sundhedsfaglig telemedicinsk konsulent ansat i efteråret 2015. Hertil kommer etablering af et ph.d.-forløb, hvor fokus skal være ”Udfordrin-

ger og muligheder i anvendelsen af en telemedicinsk store-and-forward løsning som redskab til formidling og diagnosticering af KOL i grønlandske byer og bygder”.

Internationalt samarbejde etableret

Hidtil har man i Grønland arbejdet relativt isoleret med telemedicin og har gjort erfaringer med effekten uden at trække nærværdigt på international erfaring til udvikling eller drift.

I sommeren 2014 startede en diskussion om etablering af et samarbejde med universiteter i Californien samt Aalborg, Aarhus og Grønlands universiteter. I november blev etableret et formelt forum kaldet Arctic Transatlantic Telemedicine Research Network (ATTRN).

Det grønlandske sundhedsvæsen ønsker at tiltrække eksternt viden til det telemedicinske program gennem proaktiv netværksdeltagelse. Det gælder såvel ATTRN som andre relevante internationale netværk. Håbet er via aktiv deltagelse i netværk at kunne trække både på erfaring og viden, som ikke er tilgængelig i Grønland, og som kan facilitere udviklingen og modningen af det telemedicinske arbejde. Via netværk ønsker vi at etablere et formaliseret arbejde omkring kvalitetssikring, forskning og evaluering af det telemedicinske arbejde. Formålet er at sikre og forhåbentlig gennem evidens bekræfte, at den telemedicinske indsats bidrager positivt i en sundhedsøkonomisk betragtning. Forventningen er, at en positiv afledt effekt vil være, at Grønland markerer sig internationalt som et foregangsland inden for telemedicin, hvilket kan medvirke til at tiltrække kvalificeret arbejdskraft.

Boks 1. Taktiske og strategiske initiativer

Taktisk

- Telemedicinsk løsning til skadestuer, OP og ultralyd
- Telemedicinsk speciale gennemgang
- Telemedicin i patientforløb med udenlandske behandlere
- Pipaluk version 2
- Telemedicinsk betjening i bygder uden Pipaluk
- Tekniske integrationer

Strategisk

- Adgang til eksternt viden og kompetencer
- Adgang til eksternt finansiering
- Kvalitetssikring og forskning

Formålet med initiativkataloget er at beskrive en række initiativer, der kan støtte op omkring sundhedsvæsenets strategi og målsætninger over en treårig periode og dermed medvirke til at sikre opfyldelse af nogle af de målsætninger, der er beskrevet i Sundhedsstrategien fra 2014.

English abstract

Højgaard H. Telemedicine promotes equitable access to healthcare. *Sygeplejersken* 2016;(2):77-81.

The article describes advances in, and use of, telemedicine within the Greenlandic health service. The Greenlandic model for the use of telemedicine differs a good deal from that in other countries, in that usage is centred around the part of the care pathway which in continental Europe is typically provided in hospital. In Greenland, telemedicine is used end to end in the patient pathway, meaning from assessment, through diagnostics, to follow-up. This is due to personnel competence and geographical factors.

Telemedicine is employed both internally within the Greenlandic health service, and vis-à-vis partners who provide healthcare to patients in Greenland.

Telemedicine is conducive to more equitable access to health services, especially for citizens in the most remote areas, because they gain access to specialists without any costly transport, while the waiting time for consultations is likewise reduced. In addition, the quality of healthcare is raised in terms of improved clinical assessment, fewer tests and consultations and more rapid diagnostics and treatment.

Keywords: The Greenlandic health service, telemedicine, clinical assessment.

SILENTIA SKÆRMSYSTEM

Skabt til særlige behov – dine og dine patienters



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

EasyClean™
Let at rengøre

EasyReturn™

Let at folde sammen og trække ud

EasyClick™

Mobil eller fast monteret



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



THE FUTURE IN PRIVACY & HYGIENE SOLUTIONS

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



Værsgo':

Danmarks bedste studiekonto

Når du er medlem af DSR, kan du få en studiekonto hos Lån & Spar med unikke renter og vilkår. Du får mere ud af at have penge i banken – og hvis du har brug for en kassekredit på op til 50.000 kr., er den billigere i drift end andre steder.

Se alle dine fordele og søg online på studiekonto.dk/dsr

Du kan også sende en mail til dsr@lsb.dk eller ringe på **3378 1950** og booke et møde. Det er let at skifte bank, du skal bare tage dit NemID med.

Studiekonto – ganske kort

- 2,25% i rente på de første 50.000 kr. - derefter 0%
- Kassekredit på op til 50.000 kr. Kun 5% i rente
- Gratis Visa/Dankort og MasterCard - samme pinkode
- StudieOpsparing - 0,5% på HELE opsparingen
- Hæv med Visa/Dankort i alle automater i Danmark uden gebyr
- Valutaveksling helt gratis

Få en bedre studiekonto!
Ring på 3378 1927 eller gå på studiekonto.dk



Til din studiekonto kan du vælge en kassekredit på op til 50.000 kr. Debitorrenten er 5,09%, det svarer til AOP på 5,09%. (AOP er beregnet på samlet kreditbeløb 50.000 kr., 100% udnyttelse og løbetid på 5 år). Du skal blot samle hele din privatøkonomi hos os og være medlem af DSR. Du får Studiekontoen på baggrund af en almindelig kreditvurdering. Alle rentesatser er variable og gældende pr. 1. januar 2016.

Lån & Spar

din personlige bank

Store etiske udfordringer på ældre- og demensområdet

Personalemedlemmer har ikke altid den nødvendige baggrund og viden, når de skal pleje mennesker med demens på alderdomshjem i Grønland. En sygeplejerske og underviser peger på de mest fremherskende problemer og anviser nye veje, som kan modernisere plejen og styrke de gamles mestringsevne.

Rosemarie Elsner, sygeplejerske, tidligere forstander; elsnerpitu@gmail.com

Der har altid været etiske regler i det gamle inuitsamfund. Familierne levede sammen, kendte hinandens formåen og delte, hvad de havde. De gamle udgjorde en vidensbank for behandling af skind, fangstredskaber og fangstområder og var bærere af en kultur, som de gav videre til næste generation. Inuit havde dengang intet skriftsprog, man fortalte historier, som blev gengivet i generationer.

” Har man brug for pleje efter kl. 16, er der kun én mulighed i Grønland, det er at flytte på alderdomshjem eller plejehjem. Døgnpleje findes ikke i Grønland. Alderdomshjemmet kan ligge mange timers sejlads fra den bygd, man kommer fra.

Når de ældre i bygden ikke var til gavn mere, blev de enten myrdet eller gik frivilligt ud i isen og frøs ihjel. Det var barskt, men nødvendigt for bygdens overlevelse.

I dag er det anderledes. Der er en række særlige grønlandske udfordringer, bl.a. geografien med en lille og spredt befolkning med forskellig kultur. Familierne er splittet, der er fokus på individualisme, selvrealisering og storbyliv. De skrøbelige gamle er kommet på alderdomshjem og modtager mere eller mindre omsorg.

Kun én mulighed for pleje

Har man brug for pleje efter kl. 16, er der kun én mulighed i Grønland, det er at flytte på alderdomshjem eller plejehjem. Døgnpleje findes ikke i Grønland. Alderdomshjemmet kan ligge mange timers sejlads fra den bygd, man kommer fra.

Naalakkersuisut, som er landets styrende organ, mener, at god livskvalitet er at kunne være aktiv, at have gode mellemmenneskelige relationer og høj grad af selvbestemmelse samt at være tilfreds. Det betyder, at mennesker i alle situationer har krav på at blive mødt med respekt, nærvær og ligeværdighed af omsorgssektorens personale.

Men selv i de bedste alderdoms- og plejehjem kan der ske fejl og svigt. Det er derfor vigtigt at sikre en ordentlig adfærd og omgangstone og være opmærksom på uheldige udviklinger i personalegruppen og i den faglige kultur.

På mange af de alderdomshjem, jeg har besøgt i Grønland, oplever jeg, at der er stor uvidenhed om, hvad man som omsorgsgiver kan tillade sig at sige, og hvordan man kan tillade sig at behandle et skrøbeligt gammelt menneske, der er afhængig af hjælp. Det betyder ikke, at kærligheden til gamle mennesker ikke er der, men at den er svær at forvalte.

Nogle steder i Grønland har jeg chokeret plejepersonale, som var overbevist om, at det var dem, der bestemte over livet på alderdomshjemmet. Det gør de ikke af ondskab, men af uvidenhed. Jeg har oplevet, at man bandt hænder fast til kørestolen, fordi hænderne for ofte var nede i de nedre regioner. Jeg har oplevet, at man brusebadede en dement person, som lå på gulvet, fordi han ikke ville i bad.

Ingen møder på arbejde for at skade andre mennesker. Man ved bare ikke, at man ikke måtte gøre de ting. Svaret er ofte, når de bliver konfronteret: ”Jamen, jeg ville jo bare hjælpe ham.” Det er grimme eksempler på uvidenhed og dårlig ledelse.

Det er nødvendigt at inspirere ledere og medarbejdere på det enkelte plejehjem, alderdomshjem, ældrekollektiv eller ude i hjemmene til at vurdere, hvilke holdninger og menneskesyn der er på stedet, samt hvordan dette udmønter sig i omgangstone og relationerne mellem personale og plejemodtagere.

Blå bog. Rosemarie Elsner

Rosemarie Elsner blev sygeplejerske i 1977. Hun har arbejdet 15 år i det grønlandske sundhedsvæsen og 25 år i ældreområdet, først som forstander i Nanortalik i Sydgrønland og siden på plejehjemmet i Nuuk. Rosemarie Elsner har ønsket at opgradere ældreområdet gennem formidling af viden om forhold vedrørende ældre i Grønland. De sidste 10 år har emnet været demens, da det viste sig, at der var store problemer med plejen. Forfatteren har brugt medierne til undervisning, og specielt radioen har været god, fordi den når ud til alle bygder. Hun har undervist på flere uddannelsessteder, holdt foredrag om ældre i udlandet og været projektleder udsendt fra Grønland vedrørende projekter under EU. At lytte til og samarbejde med de skrøbelige ældre, som har nogle andre behov end raske, har været væsentligt for Rosemarie Elsner. Hun har besøgt alle grønlandske byer tre gange. Nu er hun pensioneret, men deltager fortsat i enkelte projekter.

Lederne er ofte meget lidt uddannede eller måske ufaglærte, konfliktsky og ude af stand til at tage disse diskussioner. Der er meget stor forskel på ledelsesniveauet på alderdomshjemmene i Grønland.

Store ledelsesmæssige udfordringer

For flere år siden valgte man at følge Danmark og lægge kommuner sammen. Her i kommuneqarfik Sermersooq er byerne Nuuk, Ittorqortoormiit, Tassilaq (begge Østgrønland) samt Paamiut i Sydgrønland en del af kommunen. Det betød, at man fik ledere, der sidder fjernt fra de andre byer, og derfra styrer de små hjem via telefon og eller måske et besøg årligt. Det kræver kompetence som leder at skulle opfylde de behov og krav, der altid er.

De fire store kommuner i Grønland har store økonomiske vanskeligheder, som kræver besparelser. Det letteste sted at spare er på ældreområdet, hvor protesterne enten er svage eller ikke til stede.

Plejepersonalet bliver opsagt, eller de kommunale ledere prøver at flytte rundt med folk og forlanger, de skal flytte til én af de andre byer i kommunen uden hensyntagen til familie eller sociale forhold. Det ville kunne lade sig gøre i Danmark, men i Grønland, hvor afstandene er store, er det som at flytte til et nyt land. Der er ingen weekendture hjem.

Etisk regelsæt savnes

De etiske udfordringer er store. Det er ikke beskrevet, hvilke etiske regler der skal være gældende for svækkede gamle mennesker. Skal Naalakkersuisuts holdning til, hvordan gamle skal opleve deres alderdom, efterleves, er det nødvendigt med et etisk regelsæt, som er gældende for hele Grønland og ikke afhængig af kommunernes økonomi.

En etisk udfordring er synet på alderdommen, bare ordet *alderdom* siger en del om grundholdningen. Vi har ikke noget grønlandsk ord for dom i alderdommen, men alligevel har vi gennem generationer haft et syn på svækkelse i alderdommen som værende ikke ønskværdigt, hvis bygden skulle overleve.

I starten af 50'erne slog vi ikke vores skrøbelige ældre ihjel men passede dem hjemme. Dengang var det muligt. I dag, hvor børnene er udearbejdende eller bor i andre byer, er det umuligt at passe sin skrøbelige mor eller far hjemme.

Interview med ældre mennesker i Grønland viste, at de fleste nærer en frygt for at blive ældre og hjælpeløse, fordi det at ældes

forbindes med oplevelse af ensomhed, afmagt og mangel på socialt netværk. De ønsker at opleve venlighed, respekt og bevare værdigheden. Under samtalerne kom det frem, at det vigtigste i de flestes liv er familien (1).

» Lederne er ofte meget lidt uddannede eller måske ufaglærte, konfliktsky og ude af stand til at tage disse diskussioner. Der er meget stor forskel på ledelsesniveauet på alderdomshjemmene i Grønland.

Der er en lang og sejlvet tradition bag et negativt aldringssyn. Vores frygt for sygdom og død gør, at vi gemmer de skrøbelige gamle væk. Derved slipper vi selv for ansvaret og for at blive konfronteret med svaghed og død.

Aktivitet er også for de +70-årige

I det senmoderne samfund har vi så meget viden om aldring, at vi ikke kan lukke øjnene og bilde os selv ind, at det nok er et biologisk behov at sidde ubrugt hen, når man er fyldt 70.

Hvordan opfatter vi ældre og alderdom, og hvad vil vi med vores samfund? Vil vi acceptere, at nogle mennesker marginaliseres på grund af skrøbelighed og alder, og vil vi acceptere, at samfundet, fællesskabet, mister de ressourcer, som gamle mennesker har?

I dag, hvor man på alders- og plejehjem er tvunget til at ansætte folk fra gaden, fordi dem med uddannelse er få, er det svært at se, hvordan vi skal observere behovet for eksistentiel udvikling på lige fod med andre grundlæggende behov, så behov for samtale ligestilles med behov for hjælp til personlig hygiejne.

Vi ved f.eks. ikke, hvad det betyder for en gammel person at miste sin sammenlever gennem mange år, men vi ved alle, hvordan en stor ændring i vores liv kan belaste vores krop og sjæl. Disse forandringsprocesser har skrøbelige gamle brug for hjælp til. Orienteringen mod livets slutning betyder en koncentration om det væsentlige og afstand til prestige og magt.

I praksis er nutidens gamle ofte presset ind i en alderdom, som er defineret på forhånd, det vil sige, at forventninger, muligheder og roller er fastlåste.

- ▶ De fleste skrøbelige mennesker hører dagligt på, hvor lidt de kan, både fra plejepersonalet, fra pårørende og ikke mindst fra sig selv. Gamle, som skal flytte på institution, bliver på forhånd, og inden flytningen, defineret med alt det, de ikke kan. Synet på mennesket er sygdom, svaghed og tung at pleje. Mange af de skrøbelige gamle kommer fra et langt hospitalsophold, hvor de identitetsbevarende muligheder ikke er til stede. Det er med til at påvirke den gamle til passivt og opgivende at acceptere at være ubrugelig.

Forandringsprocessen bliver sat i stå, fordi der de fleste steder ikke er kompetence eller forståelse for den situation, dette menneske er i. Det højtuddannede personale, der er ansat få steder i alderdomshjemmene på kysten i Grønland, er ledere, som bruger

” Kun ganske få steder i Grønland arbejdes der med livshistorier.

En god aktivitet, fordi den støtter identitet og hukommelse og hjælper personalet i omsorgen for svage ældre.

det meste af deres tid på administration, og det øvrige personale har for de flestes vedkommende ikke kompetence til at tage disse samtaler og støtte en forandringsproces.

Omsorgen må sigte mod at hjælpe de gamle med at mestre deres liv og mod forandring, så de kan vokse uanset omstændighederne.

Når det er sværest, og der ikke er nogen helbredelse, så er det de små sejre i dagligdagen, der får os til at vokse som mennesker.

Mennesker, som ikke får støtte til at berøre spørgsmål om livet, mening med tilværelsen, død, angst, sorg, tro, skam, skyld og lignende, er sat i en tilstand, som den engelske sociolog A. Giddens kalder for eksistentiel isolation (2). Det er den situation, mange gamle mennesker befinder sig i.

Mennesker i eksistentiel isolation

I tider, hvor nærsamfund og kirke ikke kan hjælpe alle, vil sådanne eksistentielle emner ofte mangle rum, hvor man kan føle sig hørt. Det kræver, at et menneske har tid til at være sammen med den gamle, og at det menneske har mod og lyst til at tale om det, som ligger den ældre på sinde. Den slags muligheder tilbydes sjældent hverken på alderdomshjem eller i den kommunale hjemmepleje.

Der kan være store sociale og kulturelle forskelle generationerne imellem, og familiens medlemmer lever spredt rundt om i

Grønland, Danmark eller hele verden. Derfor har den familiemæssige omsorg i mange tilfælde svært ved at række ind i det gamle menneskes dagligdag.

Også i de tilfælde, hvor et gammelt menneske ofte ser sine pårørende, kan det være svært at få talt om noget vigtigt. Det kan siges meget kort: At man ser en søn eller datter hver uge, betyder ikke nødvendigvis, at man får talt om liv og død.

Mennesker, som sættes i eksistentiel isolation, kan blive tvunget til at kamuflere, fordreje eller forskyde helt væsentlige, fundamentale behov. Man kan blive nødt til at tale en hel masse om medicin og sygdom, hvis man vil holde lidt på sygeplejersken eller sundhedshjælperen, for de har sjældent afsat tid til andre slags samtaler.

Livshistorier hjælper og støtter

Kun ganske få steder i Grønland arbejdes der med livshistorier. En god aktivitet, fordi den støtter identitet og hukommelse og hjælper personalet i omsorgen for svage ældre.

Ved at kende de gamles livshistorie har personalet bedre forudsætning for at tilrettelægge dagligdagen efter deres ønsker og behov. I samvær med en demenslidende kan livshistorien være et redskab til at forstå, hvad den demensramte taler om.

Officielt har vi omkring 250 demensramte mennesker i Grønland. Dette tal er for lille. På mine rejser har jeg set mindst 500 mennesker, som lider af demens i en eller anden grad.

I flere år har vi bedt om, at der blev lovgivet om magtanvendelse på demensområdet. Det blev endelig en realitet i slutningen af 2013. Lovgivningen er endnu ikke blevet implementeret på plejehjemmene eller alderdomshjemmene, da der ved introduktionen i Nuuk kun deltog få plejehjems- og alderdomshjemsledere.

Der sker dagligt overskridelser af lovgivningen. Kærligheden er stor til demensramte ældre, men når de begynder at blive vrede og aggressive, bliver personalemedlemmerne usikre og frustrerede og kommer måske til at overreagere med hård tale og en straffende adfærd. Det er i de svære situationer, institutionens kultur står sin prøve.

Loven beskriver meget klart, hvad der er magt, og hvad der er omsorgssvigt, men derved opstår der mange dilemmaer, som kan være svære at forholde sig til i hverdagen. Da vi er forskellige, øges risikoen for at fejlbedømme lovens ord. Vi tolker lige så forskelligt, som vi er individuelle personer. Medarbejderne tilsidesætter mere eller mindre bevidst selvbestemmelsesretten hos beboerne på grund af deres store omsorgsgen. Vi mener ikke, at det er for at tage over, men for at hjælpe og yde den bedste omsorg. I nogle situationer overskrider vi bevidst selvbestemmelsesretten, da vi kender

vores beboere og f.eks. har haft beboeren med til en aktivitet, som han havde stor glæde af, men som han i kraft af sin demens ikke er i stand til at erindre som en god og positiv oplevelse. Her er det en bevidst overskridelse af selvbestemmelsesretten ikke at tage beboerens nej for pålydende, men det er til beboerens fordel.

Magtanvendelse kan forebygges

Der er brug for, at medarbejdere og ledere får viden om de plejefaglige foranstaltninger, der kan forebygge magtanvendelse, og for, at medarbejdere, der arbejder med omsorg og pleje af demensramte, får faglig supervision. Motivation, evaluering af de anvendte magtanvendelser, mere uddannelse og skærpet opmærksomhed forbedrer muligheden for at forstå årsagerne til, at et demensramt menneske råber, nægter at blive vasket eller ikke vil have skiftet forbinding.

For at sikre nænsom omsorg og mindre brug af magt må man skaffe indsigt i de bagvedliggende årsager til borgerens adfærd. Det kræver høj faglighed, viden, tålmodighed, refleksion og personaleressourcer. Det sidste er ikke nødvendigvis til stede.

Der er stor udskiftning af personale, og vi ved, at for stor udskiftning skaber utryghed og usikkerhed hos de demensramte. En del af de ansatte er taget fra gaden, flere har mange lig i lasten. Samtidig med, at der bliver sparet på personalet, får de ansatte ikke den viden, de har krav på, og derfor magter nogle ikke en ærlig og respektfuld relation.

De signaler, vi sender gennem kropsholdning, stemmeleje og ansigtsudtryk, er mere afgørende end de ord, vi bruger, når vi taler sammen. Når vi f.eks. går ind til en meget råbende eller aggressiv kvinde, gør vi ubevidst vores krop klar til kamp. Signalet bliver opfattet og betyder, at kvinden råber endnu højere og bliver endnu mere aggressiv.

Omsorgsarbejde kan være belastende

Omsorgsarbejde er modsætningsfyldt, for det rummer både involvering og ikke-involvering på samme tid. Fordi man som omsorgsarbejder både engagerer sig i den enkeltes behov og skal honorere arbejdspladsens krav om udførelse af de foreliggende arbejdsopgaver, uanset hvor få medarbejdere der er til at gøre arbejdet, tvinges omsorgsarbejderen til at vælge og fravælge dele af omsorgsarbejdet. Heri ligger samtidig et centralt dilemma i omsorgsarbejdet: at engagementet i arbejdet kan blive en belastning.

Den professionelle omsorg på plejehjem og alderdomshjem adskiller sig derfor fra den omsorg, der udføres som ulønnet aktivitet i familien, hvor det er familiære bånd, der danner grundlag for

omsorgen, men professionelt arbejde med omsorg rummer også lighedspunkter med den omsorg, der udføres i familien. Den omsorgsmottagende skal f.eks. være ren, i tøjet, have mad, medicin, frisk luft og følelsesmæssig omsorg. Som professionel omsorgsarbejder går man hjem, når arbejdsdagen er slut. Man bliver ikke kontaktest uden for arbejdstiden, nyopståede problemer løses af kollegerne, og man kan skifte job eller blive fyret.

I og med at ældreomsorg er lønarbejde, giver det sammenlignet med den omsorg, der udføres i familien, plads til distance. At man udfører arbejdet for en løn, og ikke fordi man f.eks. er datter/svigerdatter/ægtefælle, rummer risiko for magtskævhed mellem omsorgsgiver og omsorgsmottager, mellem institution og individ.

Det er dog værd at huske, at der i de små alderdomshjem, skærmede enheder, plejehjem og i hjemmeplejen hver dag foregår en masse gode ting, som vi kan være tilfredse med. Efter alle mine kurser i hele Grønland er det min opfattelse, at folk er meget ivrige efter viden og glade, når de får den. De fleste glæder sig til at vende tilbage til de gamle og vise dem, hvad de har lært.

Litteratur

1. Older People for Older People. Projekt under EU, 2007-. Rapport fra 2010. Se www.o4os.eu
2. Giddens A. Modernitet og selvidentitet. København: Gyldendal Akademisk.

English abstract

Elsner R. Major ethical challenges in geriatric and dementia nursing. *Sygeplejersken* 2016;(2):82-5.

At many nursing homes in Greenland, caregivers are generally under-informed regarding appropriate communication with, and care of, frail and care-dependent elderly persons. This is not to say that empathy with elderly persons is lacking, but that it is difficult to put into practice. Geographical constraints and skills deficits mean that elderly persons in nursing homes are living far from close relatives and may be in the care of persons recruited "off the street" who hold no formal qualifications whatsoever. Inevitably, the lack of contact with family, and care-giving that is not necessarily based on the latest knowledge pose challenges.

The article discusses residents with dementia and criteria for their care if the goal is quality of life and the ability to cope with everyday life.

Keywords: Dementia, elderly, Greenland, management, knowledge-sharing.

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. 3 - 2016 10. februar 2016	Nr. 4 - 2016 2. marts 2016	Nr. 5 - 2016 30. marts 2016
---	--------------------------------------	---------------------------------------

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

Rådgivning og vejledning vedr. opsætning af annoncer
Dansk Mediaforsyning ApS • Elkjærvej 19 st. • 8230 Åbyhøj
Tlf. 7022 4088 • e-mail: dsrjob@dmfnet.dk
Internet: www.dmfnet.dk
Her kan du også rekvirere medieinformation.

Indleveringsfrister for STILLINGSANNONCER til de kommende numre

Nr. 3 - 2016 15. februar 2016	Nr. 4 - 2016 7. marts 2016	Nr. 5 - 2016 4. april 2016
---	--------------------------------------	--------------------------------------

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

Udgivelsesdatoer

Nr. 3 - 2016 29. februar 2016	Nr. - 2016 21. marts 2016	Nr. 5 - 2016 18. april 2016
---	-------------------------------------	---------------------------------------



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



www.ssh.fo

Ferieafløserer på Færøerne i 2016?

Suderø sygehus søger sygeplejersker til ferieafløsning til vores:

Almen med./kir. sengeafdeling i perioden 1. maj til 30. september 2016.
Operationsafdeling i perioden fra 1/5 - 31/8-2016.
Anæstesiafdeling i perioden fra 1/6 - 31/8-2016.

Tidspunkterne er vejledende.
Har du ikke mulighed for at arbejde hele perioden, men dog en længere periode, er du velkommen at kontakte os.

Ansøgning med kopi af autorisationsbevis m.m. tilsendes inden 21. februar 2016 til:

Nærmere oplysninger vedrørende stillingerne fås ved henvendelse til forstanderinden eller afdelingslederen tlf. +298 343300.

Rejseudgifter til og fra arbejdsstederne refunderes. Møbleret lejlighed stilles til rådighed mod betaling efter gældende regler.

Løn og arbejdsvilkår i henhold til overenskomst mellem Felagjð Føroyskir Sjúkrarøktarfrøðingar og Fíg-gjarmálaráðið.

Suderø Sygehus
att. Inspektøren
Sjúkrahúsbrekkan 19
FO-800 Tvøroyri
Færøerne
eller pr. mail til ssh@ssh.fo



BRØNDBY KOMMUNE

OMRÅDELEDER TIL HJEMMEPLEJEN

Vi søger en sygeplejerske - gerne med både klinisk erfaring og solid ledererfaring til en spændende stilling i hjemmeplejen.

Din primære opgave er at være overordnet leder for 80 engagerede medarbejdere, herunder gruppeledere, en sygeplejegruppe og områdeassistenter.

Dit arbejdsområde spænder bredt med opgaver indenfor strategisk-, administrativ-, drifts og personalemæssig ledelse med ansvar for økonomi og ressourcestyring. Hertil kommer opgaver relateret til udvikling og kvalitet i det sundhedsfaglige arbejde.

Ansøgningsfrist
15. februar 2016 kl. 12.00

Søg stillingen på
www.brondby.dk/job



Sådan læser du din lønseddel ...

www.dsr.dk

Dansk Sygeplejeråd



Net annoncer

Gå ind på <http://job.dsr.dk/>

Indtast Quick-nummeret, så kommer du direkte ind til netannoncen, hvor du kan læse meget mere om stillingen.

Netannoncer kan indtastes hele døgnet.

Quicknr. **Danmark**
23487486 KEN A/S
Konsulent til kundepleje og rådgivning - Danmark
Ansøgningsfrist: 29. februar 2016



Quicknr. **Hovedstaden**
23796352 Københavns Kommune
Aftensygeplejerske søges til roligt velfungerende aftenteam
Ansøgningsfrist: 10. februar 2016



Quicknr. **Hovedstaden**
23802965 Hillerød Kommune
Sygeplejerske til plejecenter Skovhuset
Ansøgningsfrist: 14. februar 2016



Quicknr. **Hovedstaden**
23887324 Gentofte Kommune
Engageret afdelingssygeplejerske søges til Nymosehave Plejeboliger
Ansøgningsfrist: 25. februar 2016



Quicknr. **Hovedstaden**
23888123 Frederiksberg Kommune
Sygeplejerske til Flintholm plejeboliger
Ansøgningsfrist: 10. februar 2016



Quicknr. **Syddanmark**
23053802 Slagelse Kommune
Souschef til Sundhedstjenesten
Ansøgningsfrist: 29. februar 2016



Quicknr. **Udland**
23667675 Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse
Hjemmesygeplejerske søges til Maniitsoq Sundhedscenter
Ansøgningsfrist: 1. marts 2016



Quicknr. **Sjælland**
23800095 Region Sjælland
Sygeplejerske, uddannelseskoordinator til psykiatrisk sygepleje
Ansøgningsfrist: 12. februar 2016



HØRSENS KOMMUNE

midt
regionmidtjylland

Sygeplejerske Endelave

Savner du en hverdag, hvor du selv planlægger din dag og møder mange forskellige faglige udfordringer og tænder du på natur, havudsigt og tid til fordybelse, så er stillingen som Ø-sygeplejerske på Endelave måske noget for dig.

Læs mere om stillingen på rm.dk/job/, horsens.dk samt mercuriurval.dk. Finder du jobbet interessant, kan du uploade ansøgning og CV på www.mercuriurval.dk (referencenummer: DK-00346). Ansøgningsfristen udløber den **12. februar 2016, kl. 10.00.**

Mercuri Urval

Seniorsammenslutningens arrangementer

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

Hovedstaden

Hvordan er det at være blind?

Rita Varmby, som er blind, fortæller om det at være blind og om Dansk Blindesamfund.

Tid og sted:

18. februar 2016 kl. 11:00 - 13:00
Garnisonskirkens Menigheds-
hus, Skt. Annæ Plads 4,
1250 København K

Arrangør:

Seniorsammenslutningen
Kreds Hovedstaden Central

Tilmelding:

Senest 15.2.16 på
tlf.: 4050 3579 eller e-mail:
dora.pawlowski@outlook.dk

Pris:

Kr. 30

Seniorsygeplejerskerne i Kreds Hovedstaden, Nord

Musikpædagog Julie Kolbe
Krøier fortæller om "Musik,
hvad kan det?"

Tid og sted:

2. marts 2016 kl. 14:00 - 16:00
Rådhusstræde 29,
3400 Hillerød

Arrangør:

Seniorsygeplejerskerne i
Kreds Hovedstaden, Nord

Tilmelding:

Inden 29. februar på
tlf.: 2345 8507 eller e-mail:
bptvingsvej@gmail.com

Pris:

Kr. 30 for kaffe eller te

Sjælland

Foredrag på Factory Lodge, kaldet "Globen" i Holeby

"Globen" er en dynamisk animeret globe, der viser billeder af atmosfæren, oceaner, kontinenter, månen og solsystemet samt fortæller om verdens forandringer, betinget af klimaet. Der serveres kaffe, te og lagskage.

Tid og sted:

9. marts 2016 kl. 13:00 - 16:00
Factory Lodge, Fabriksvej 2,
4960 Holeby

Arrangør:

Kontaktudvalget Storstrømmen

Tilmelding:

Til Gulle, tlf.: 5482 5684 eller
Inger, tlf.: 2042 5472 senest
den 26. februar 2016.

Pris:

Kr. 60 for medlemmer

Seniorsygeplejerskerne i Kreds Sjælland, Roskilde

Inviterer til møde med Axel
Johannesen, som fortæller om
sit liv i sygeplejen. Tema er:
"Fra kongsbondensøn til
sygeplejerske".

Tid og sted:

29. feb. 2016 kl. 13:00 - 15:30
Margrethegårdens Selskabslo-
kaler, Dronning Sofiesvej 68,
Roskilde

Arrangør:

Kontaktudvalget i Roskilde

Tilmelding:

Senest 24. februar til Karin
på mobil: 4026 5553 / e-mail:
karink48hotmail.com eller
Lene tlf.: 2091 0902 / e-mail:
lenetronholm@live.dk

Pris:

Kr. 30 for medlemmer - kr. 40
for gæster

Seniormøde på Bornholm

Foredrag af Lisbeth Nissen om
Carl Nielsen, ud fra bogen,
"Min fynske barndom". Vi skal
også høre forskellig musik og
syngte nogle af hans sange.
Næste møde afholdes 17. marts
2016 kl. 14-16.

Annonceres blad nr. 3

Tid og sted:

18. feb. 2016 kl. 14:00 - 16:00
Kreds Hovedstaden, Bornholm,
Haslevej 50, 3700 Rønne

Arrangør:

Seniorsammenslutningen
Kreds Hovedstaden Bornholm

Tilmelding:

Til DSR på tlf.: 46954917 eller
til Jytte tlf.: 3170 2938

Pris:

Kr. 25 for kaffe/kage

Syddanmark

Seniorsammenslutningen Fyn

Vel mødt til Korshærs- og ga-
depræst Peder Thyssen, der
fortæller om sine oplevelser og
erfaringer som gadepræst.

Tid og sted:

3. marts 2016 kl. 13:30 - 15:30
Munkemose Plejecenter, Munke-
Mose Allé 2-4, 5000 Odense C

Arrangør:

Seniorsammenslutningen Fyn,
Kreds Syddanmark

Tilmelding:

Senest 1.3.2016 til Ingelise,
tlf.: 5184 2275, e-mail:
ibruhn@hotmail.com

Pris:

Kr. 20 for kaffe med brød

Seniorsammenslutningen Trekanten

Fra Føtex til Folketinget - fore-
drag med Özlem Cekic.
Der er mulighed for bustrans-
port med nr. 1 fra Fredericia
banegård. Bussen kører mod
Korskærparken, og du kan stå
af på Neptunvej lige ved DSR's
bagindgang.

Tid og sted:

11. februar 2016 kl. 13:00 - 15:00
Kreds Syddanmark - Forligsen,
Vejlevej 121, stuen,
7000 Fredericia

Arrangør:

Seniorsammenslutningen
Trekanten

Tilmelding:

Senest 9. feb. kl. 12.00 til
Jenny Malberg, tlf.: 3123 7433

Pris:

Kr. 50 for medlemmer,
kr. 100 for ikke - medlemmer

Yderligere info:

Seniorer har mulighed for at
tage en ledsager med

Midtjylland

Seniorsammenslutningen Kreds Midtjylland, Århus afd.

Hvad rører sig i DSR lige nu!
Derefter afholdes valg til Kon-
taktudvalget for Aarhus valg-
kreds, for perioden 2016-2018.

Tid og sted:

1. marts 2016 kl. 14:00 - 16:00
Kloster Caféen, Klostergade 37,
8000 Århus C

Arrangør:

Kontaktudvalget, Seniorsam-
menslutningen i Århus

Tilmelding:

Med navn, fødselsdato og år
samt adresse, senest fredag
den 26. februar 2016 på tele-
fon 2398 1009 eller 8619 1708

Senior Kreds Midtjylland

Tag med på tur, og få rundvisning på Sygeplejehistorisk Museum. Derefter frokost på Hotel Koldingfjord, hvor Certificeret Vægtcoach og 'Mindful spising'-instruktør Jette Uhre vil holde et foredrag om mindful spising. Vi fortsætter med frokost, inden busserne kører retur. Der er arrangeret tre ture, den 16.4., den 30.4. samt den 4.6.2016. Læs evt. mere om tidspunkter, tilmelding og pris på kredsens hjemmeside.

DSR Meddelelse

Generalforsamling og konference i FSSK den 7. marts kl. 16

Indkaldelse til Generalforsamling.
Sted: Comwell Korsør, Ørnumvej 6, 4220 Korsør. Dagsorden i følge vedtægterne. GF afholdes i forbindelse med konferencen "Hvordan skaber vi det sammenhængende forløb". Hør hvordan sygeplejersken kan bidrage til rehabilitering, relationel koordinering, hvem er fremtidens borger-, sundhedsaftalernes betydning for tværsektoriel koordinering og hvilke ressourcer skal der til.
Se: www.dsr.dk/fs/fs6

Hold November 87 Hillerød Sygeplejeskole

Kære elevkammerater. Til maj 2016, har vi 25 års jubilæum, og det skal fejres lørdag den 28. maj 2016. Sæt X i kalenderen, find de gamle minder frem og tilmeld dig senest den 1. maj, til Hanne Dam-Hendriksen, e-mail: hannedh65@gmail.com eller mobil 4091 9470. Håber, vi ses. På festudvalgets vegne
Hanne DH

DSR Kredsmøde

Karrieredag for studerende og nyuddannede

Bliv klogere på dine karrieremuligheder, når sygeplejersker fra 25 forskellige kliniske områder, fortæller dig om deres daglige opgaver og vigtigste kompetencer. Du kan også stille dem spørgsmål.

Tid og sted:

9. marts 2016 kl. 16:00 - 18:00
Metropol Campus Nørrebro, Tagensvej 86, 2200 København N

Arrangør:

Kreds Hovedstaden og SLS

Tilmelding:

Ingen

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/hovedstaden

Kobækstrand ved Skælskør

Sommerhus 2 minutters gang til fredelig badestrand med rent badevand, 7 sovepladser. Opvaskemaskine, brusebad, brændeovn og elvarme.
Juni/ juli/august 3.500 kr./ uge, øvrige uger 2.500 kr./ uge. Depositum 1.000 kr., elafregning efter forbrug.
Information: www.salud.dk
E-mail: salud@mail.dk
Tlf. 5782 2875

Bornholm

Dejligt moderniseret sommerhus i Sandvig til 8 personer, med udsigt over Hammerknuden og Østersøen. 3 gode terrasser med sol fra morgentil aften og fantastisk udsigt, i naturskønne omgivelser op til fredet område, husdyr tilladt.

www.fjeldvejsandvig.123hjemmeside.dk
Tlf. 6156 5636

Priser for ferieannoncer

Alle annoncer skal indtastes via DSRs hjemmeside - login rekvireres hos Dansk Mediaforsyning, dsrrubrik@dmfnet.dk

Annoncerne må maksimalt indeholde 40 ord.

Priserne for medlemmer er kr. 650,- ekskl. moms, ikke medlemmer kr. 995,- ekskl. moms.

Faktura fremsendes når bladet er udkommet.



SPANIEN - ALICANTE Torreviejas saltsøer og klare luft.

300 solskinsdage/år
12 km fra Middelhavet
190 m2 feriehus i 2 etager
Danske møbler & senge
MAX. 8 Pers. Fri Internet o.m.m.

+45 4077 7936

+45 2227 6936

WWW.CASALARSEN.DK

ITALIEN HOS HANNE

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

Eller nær TOSCANA, 2 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

Kaptajnens hus

er oprindelige og attraktive, ligger 75 m, fra hav, hede i Vesterby. Der er en god stemning og et godt miljø i huse, som er løbende renoveret. Der er 400 m2 udeopholdsareal med gode terrasser.

Henvendelse:
www.kaptajnens-hus.dk
Tlf. 2124 3483

Juelsminde/Asvig

Sommerhus v/Juelsminde, 70 m fra børnevenlig sandstrand, 6 sovepladser, brændeovn, opvaskemaskine m.m.
Pris fra 1650,00 dkr./uge + forbrug.

Telf. 4056 1767

Flensborg Fjord - egen strand!

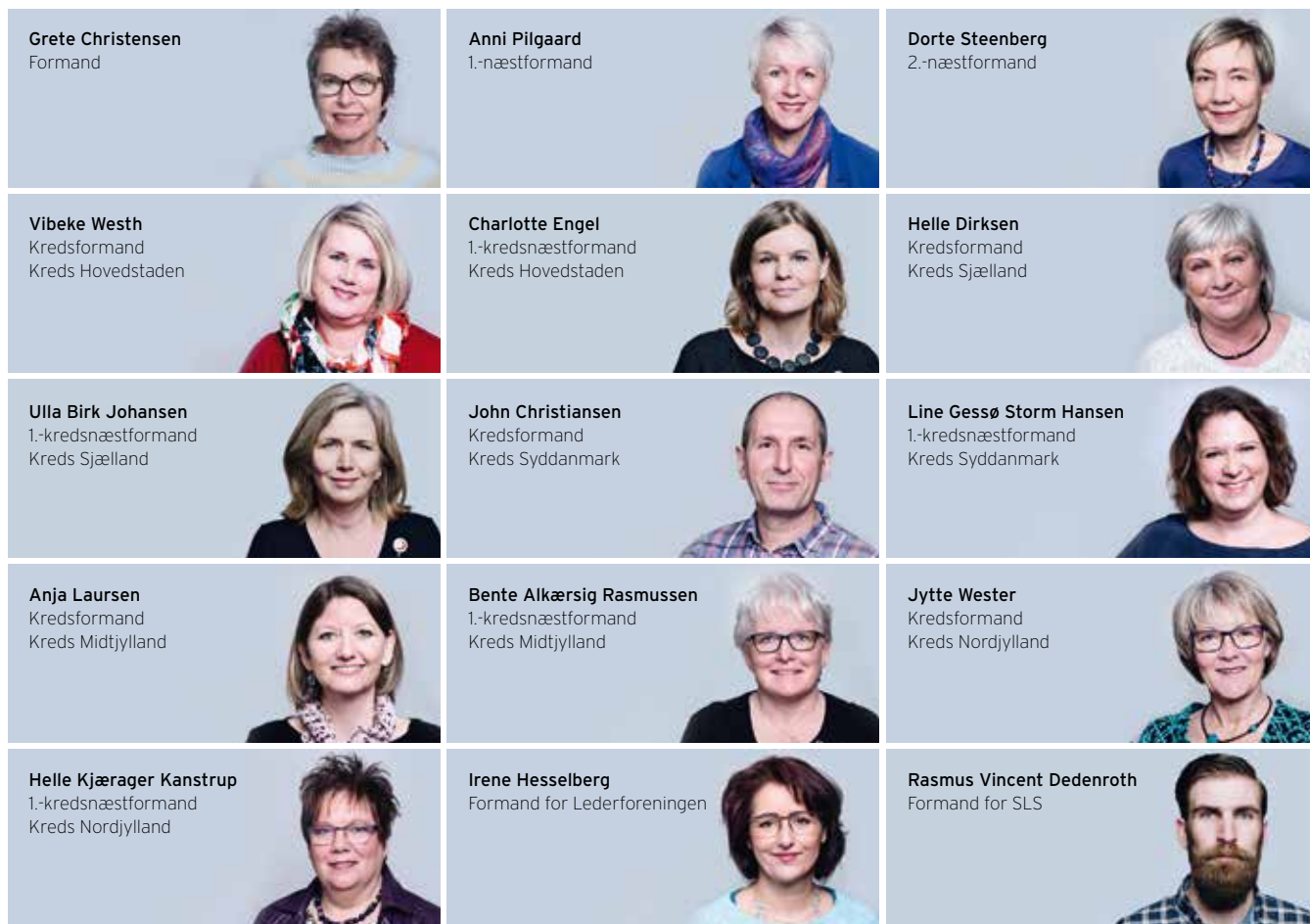
Sommerhus m storslået panorama udsigt. 6 sovepladser. 70 m2. Gratis Wi-Fi. 1 km til 18 huls golfbane. 10km til grænsen. Gode bade- fiske- og vandremuligheder.
Weekendudlejning udenfor sæson. Ro og idyl - perfekt sted at slappe af!

www.5metertilvandet.dk
Tlf. 4031 3306

Tilbring ferien i Fyrpasserens Villa i Skagen

Smukt renoveret hus med 2 separate lejligheder. Kan også lejes samlet. Centralt beliggende tæt på Det hvide Fyr. 300 m til stranden. Se billeder, priser m.m. på vores hjemmeside

www.fyrpasserens-villa.dk
Tlf. 6178 1041 / 4042 7853.



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





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 – høye fjell, fjorder, nordlys og skimuligheter.
Dedicare betaler reise og bolig!

Dedicare tilbyr sykepleiere og spesialsykepleiere fleksibilitet, trygghet og uforglemmelige opplevelser. Våre kunder er alle sykehusene i Norge og mer enn 70 kommuner. Du kan for eksempel jobbe i Oslo om vinteren og i Nord-Norge om sommeren. Valget er ditt!

Kom og møt oss i Danmark for mer informasjon om å jobbe i Norge!

- **Tirsdag 1. mars 2016. kl 12-18** – First Hotel Atlantic, Europaplads 10 – 14, Aarhus
- **Onsdag 2. mars 2016. kl 12-18**– First Hotel Twentyseven, Løngangstræde 27, København

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

 Følg oss på facebook/dedicarenorge

Vi byr oss mer!

DEDICARE
Nurse