

I har ansvaret for at løse en af de største udfordringer i Danmark lige nu!

Sundhedsvæsenet er under pres – Befolkningen har mistet tilliden til "Systemet" – Medarbejderne flygter – Det er svært at rekruttere – Der er lange ventelister – Folk dør med smerter – Fejlbehandlingerne stiger – Regionerne har mistet overblikket.

Som det ny udpegede Sundhedsudvalg, og som ny minister er det jeres ansvar, og pligt at tage denne opgave seriøst. Det er vi sikre på at I vil gøre – ligesom jeres forgængere. Problemet er, at udfordringerne er steget gennem årene, og de tiltag, der er gjort, ikke har været de rigtige eller mangelfulde.

Det, det hele handler om, er at lytte til patienterne og dem i "De hvide kitler" – dem der ved, hvad der reelt foregår på stuer og gange rundt om på vores hospitaler. Når vi så også tager plejehjem og måden vi behandler de ældre på, får man kun endnu mere bevis på, at der er noget galt i Danmark.

Danmark er bombet tilbage og er gået i stå på udvikling af mange ting, der kunne lempe det kæmpe pres, der er på hele systemet.

Det er primært fordi man IKKE har lyttet seriøst til dem der er tættest på problemerne, men at man har brugt oceaner af tid på, at ledelserne rundt omkring i samarbejde med konsulenter har tænkt tanker uden hensyn til dem, der i virkeligheden arbejder med tingene på gulvet og ikke mindst dem det går ud over – Borgerne/patienterne.

Vi vil derfor give en række konkrete eksempler på, hvor der kan rettes op og det gør vi med baggrund i omfattende arbejde for at lytte og for at anvise, hvor det kan gøres bedre.

Det er IKKE skrivebordsarbejde/desk research, men egne erfaringer fra arbejdet med patienter og syge (feltarbejde/oplevelsesøkonomi).

Christin Walter har dedikeret sit liv og karriere i "Systemet", men har også på egen krop oplevet ting, som er så oplagte at gøre noget ved, og som IKKE koster penge, men kun ren og skær beslutninger om at gøre tingene bedre. Christin har arbejdet mange år med disse ting på hospitaler, og fik nok af disse oplevelser til at skrive bogen – "Patientens Stemme", som er interview med patienter, pårørende og plejepersonale, der giver konkrete oplevelser. Som vi burde skamme os over, finder sted i Danmark.

Nogle oplevelser har kostet liv. Andre har kostet enorme smerter for såvel patienten, som de pårørende, som jo i mange tilfælde bare er statister til det, der foregår omkring dem.

Derfor ER bogen en nødvendighed for at råbe Christiansborg op – men også for at sige, at der er lette løsninger på flere ting.

Visse ting koster slet ikke flere penge men blot mod og vilje og beslutningskraft – andre ting kan løses med mindre investeringer og sund fornuft.

Det er det vi vil gøre med anmodning om foretræde for udvalget for at give vores bud på, hvordan I kan leve op til det kæmpe ansvar I har påtaget jer, og hvor hele Danmarks øjne hviler på jer for at se kraftige forandringer og hurtige forbedringer. I vil modtage bogen ved vores foretræde – som en slags "drejebog" med anvisninger til jeres vigtige arbejde med at bringe Danmark tilbage på sporet igen.

Erkendt at den nye "Akutpakke" fra denne uge er et lille skridt på vejen – tak for den – men man bliver aldrig dummere af at lytte til borgere der har noget konkret og konstruktivt på hjertet.

Således anmoder vi hermed om foretræde for udvalget.

TAK

Christin Walter og Henrik Busch

24.02.2023

### **Hvem er vi?**

Christin Walter er erfaren sundhedsperson med en række erfaringer som ansat i sundhedssektoren og med følgende titler på sit cv:

Sygeplejerske og Forfatter.

Certificeret Organisations Coach, Certificeret HeartMath Pro Coach og traume terapeut. Certificeret mBIT coach og trainer, Master i Sexologi, Læge eksamineret Komplementær hormon terapeut. Brugerdreven innovations opfinder. Endvidere Grafisk Design teknolog med speciale i marketing, PBA E-concept Developer med speciale i erhvervs koncepter og marketing herunder service design og oplevelsesøkonomi

Henrik Busch arbejder med at bidrage til forretningsudvikling – lean implementering i hele værdikæden og forsøger at sikre at holde samfundets spidser og beslutningstagere orienteret om hvad der foregår i den "virkelige verden" – med det ene formål at Sætte Borgerne FØR systemet.

Vi er ikke her for at sælge noget som helst, men for at bidrage til, at det politiske system får klarhed over, hvor galt det står til flere steder og anviser forslag til løsninger.

Som baggrund vil vi her redegøre for nogle af de ting, vi mener I, som ansvarlige politikere skal kikke dybt ned i.

Christin Walter er forfatter til bogen "Patients Stemme".

En bog der er interview med en lang række patienter og pårørende om helt konkrete oplevelser i vores sundhedssystem – på vores hospitaler mv. Det er dele af det, vi her vil tage jer igennem og håbe, at I vil læse med interesse og ikke mindst med skam over, at vi er så ringe, som vi faktisk er.

## **Har sundhedsvæsenet potentiale for udvikling?**

- ***Og hvorfor LEAN måske er en god idé og vejen frem?***

FORTÆLLINGER – kvalitativ data/empiri/oplevelsesøkonomi på nært hold

### **Case 56. Fra Bogen: "Patientens stemme"**

En ung kvinde på 33 år var indlagt 13 gange på et år. Flere af indlæggelserne var på mere end to døgn, og årsagen til kvindens indlæggelser var rygsmerter. Lægerne blev ud fra det kliniske billede ved med at påstå,

at det var en diskusprolaps, og at kvinden bare skulle gå hjem og træne ryg og mave (en konservativ behandling). Desuden mente de, at hun burde overveje at få et andet arbejde eller i det mindste være mere bevidst om arbejdsstillingerne på sit nuværende arbejde. Hun var receptionist på et hotel. Efter den 13. indlæggelse – og de samme anbefalinger – valgte kvinden selv at opsøge et privathospital og betale af egen lomme for en skanning af ryggen. Skanningen viste noget! Privathospitalets læge kontaktede kvindens praktiserende læge, som ringede til den unge kvinde og fortalte om fundet, og at hun nu var sat i K-pakken i det offentlige system (K-pakken er kræftudredningspakkeforløbet). Der er set en 'dime' på din bækkenknogle," lød beskeden. Kvinden var i chok og krise – og i følelsesmæssigt kaos. Ja, ja, lægerne havde givet deres besked og havde gjort deres job til ud, men kvinden tænkte: hvordan, hvornår, hvorledes, hvorfor? Både i forhold til tidligere indlæggelser, nuværende situation og kommende situationer. Hun var utryk. Hun var bange. Hun var skræmt. Og hun havde ikke lyst til at skulle gå indenfor dørene på sygehuset.

*Kan du forestille dig det?*

K-pakkeforløbet startede og blev fulgt af hæmatologerne, og efter cirka halvanden uge fik kvinden svaret på de prøver og test, som var blevet taget: "Du er sund og rask og har ikke kræft. Vi har henvist dig til ortopædkirurgerne, hvor du vil blive indkaldt." Kvinden følte sig umiddelbart genfødt, glad og fri, selvom hun stadig havde mange smerter og undrede sig over, at det var muligt, når hun var sund og rask i lægens øjne.

*Kan du føle det?*

14 dage senere tog kvinden til den henviste kontrol hos ortopædkirurgerne, og nu lød beskeden: "Jamen, vi ved jo stadig ikke, om du er kræftfri. Det er derfor, du er her hos os. Vi skal tage en grov nålsbiopsi af det, som er groet ud på din bækkenknogle. Jeg har bestilt tid til dig i Frederikshavn sidst i denne uge."

*Kan du mærke kvindens chok?*

Biopsien blev taget, og herefter fulgte to ugers ulidelig ventetid både for kvinden og hendes familie – specielt for børnene. Endelig oprandt svardagen, men meldingen fra lægen på ortopædkirurgisk ambulatorium var blot: "Prøven er fejlet, da den yngre læge, som har taget den, har gjort det forkert. Du får en ny tid om tre uger."

*Hvad tror du, kvinden følte nu? Hvordan tror, du hendes børn havde det med denne uvished?*

Tre uger senere blev den nye prøve taget, og kvinden ventede endnu 14 ulidelige dage på svar, denne gang hen over julen. Og da svaret endelig var klar, fik hun at vide, at hun led af en meget sjælden sygdom, som hun godt kunne komme i behandling for, dog kun med smertestillende medicin, for det var praksis i Danmark. Herefter levede kvinden så med sine smerter og åd den anbefalede smertestillende medicin, men samtidig søgte hun svar andre steder, blandt andet på, hvordan man behandler hendes sygdom i det land, hun kommer fra, og i resten af Norden. En dag faldt hun over en facebookgruppe, hvor nogle fortalte, at de var blevet behandlet for sygdommen med osteoporosemedicin, hvorefter kvinden ringede til sin egen læge og foreslog, at hun også kunne komme på den medicinering. Lægen gik med til en forsøgsbehandling, og i dag er den unge kvinde begyndt at være mere vågen og mere nærværende igen, og selv om hun stadig ikke kan gå på arbejde, er hun nu meget mere til stede som mor for sine børn.

*Hvad var der sket, hvis den unge kvinde ikke havde taget ansvar for eget liv? Er det virkelig sådan et sundhedssystem, vi ønsker, hvor "kunderne" selv skal tage ansvar for eget liv og bruge googlelægen? Hvad tager du som sundhedsfaglig med fra kvindens historie? Hvad er din læring? Hvor er der potentiale for udvikling? Hvordan tænker du, at denne unge kvindes rejse har påvirket hendes psyke? Eller hendes stressniveau? Mon et øget stressniveau påvirker en somatisk sygdom eller et helbredelsesforløb? Og hvad*

med familien? Mon der er en mulig sammenhæng i mandens øgede alkoholforbrug og sønnens udadreagerende adfærd i skolen? Hvem taler med familien om disse svære følelser og lærer dem at være i denne situation? Måske skulle folkeskolen overveje at lære børn at håndtere (svære) følelser, og/eller hvordan man taler om sygdom, for det er vel et eksistentielt grundvilkår, at vi før eller siden mødes af "livets skarpe tænder"?

## Hypotetisk budget på denne case:

### I casen:

13 indlæggelser i snit i 2 døgn: kr. 8000 pr døgn

Fået smertebehandlings pakke: kr. 7750 pr. pakke

$13 \times 2 \times 8000 = 208.000$

$13 \times 7750 = 100.750$

**DKK i alt 308.750**

PS: dette er uden (medicinsk) hjælp til bivirkninger af smertestillende medicin, såsom bl.a. kvalme og forstoppelse.

### Eller anden version:

MR-scanning i privat regi:

Kun ryg region: kr. 2950 inkl. moms

Helkrops: Kr. 9000 inkl. moms

Og udfærdigelse af behandlingsplan **DKK i alt max 20.000?**

*Er det måske derfor det stikker af?*

## Case 54. Fra bogen: "Patientens stemme"

Mit navn er Hanne Sørensen. Jeg var på et tidspunkt indlagt på en nefrologisk afdeling, fordi jeg ingen nyrefunktion har og får fast dialyse. Da jeg en dag blev hentet af en portør, spurgte jeg interesseret, hvor jeg skulle hen.

"I røntgen," svarede portøren.

"Det forstår jeg ikke," sagde jeg, "for jeg skal hjem i morgen og er ikke informeret om, at jeg skal have lavet flere undersøgelser?"

"Nå, men det skal du altså," konstaterede portøren.

Da jeg kom op på røntgenafdelingen, lå jeg og ventede. Radiografen ankom, og jeg udtrykte igen min undren over, at jeg ikke var informeret.

"Er du ikke Hanne Sørensen fra nefrologisk?" spurgte radiografen, og det kunne jeg kun nikke ja til.

"Så skal du have kontrast," fortsatte radiografen

"Nej," udbrød jeg, "der må være noget galt, for jeg tåler ikke kontrast!"

"Der står her: Hanne Sørensen fra nefrologisk afdeling skal have lavet CT-scanning med kontrast i dag."

Jeg kiggede i radiologens papirer. Og det stod der godt nok, men det undrede mig, for mine nyrer kunne jo ikke tåle kontrast, så det kunne blive min død. Nå, de ved jo bedst, tænkte jeg. De har fagligheden, jeg er bare patienten, så venflonen blev lagt, jeg fik kontrast og fik lavet undersøgelsen. Kort efter blev jeg rigtig akut dårlig. Røde lamper lyste og blinkede, men jeg havde jo advaret dem. Hvis de bare havde stoppet op i 1-2 minutter for at lytte ...

Efter en lille uge på intensiv var jeg tilbage på afdelingen, hvor jeg fandt ud af, at det *ikke* var mig, men en anden Hanne Sørensen på nefrologisk afdeling, der skulle have lavet den undersøgelse. Jeg var rystet og fik min kære svoger til at følge op på, hvorfor *ingen* lyttede til min undren. Tag dog mine ord for gode varer og undersøg, *hvem* jeg er. Det er vel derfor, jeg har et cpr-nummer.

*Er dette menneskeligt en etisk okay behandling? Hvor kunne denne hændelse være brudt ved, at man havde taget sig et par minutters bedre tid? Vi ved det jo alle sammen, for Hanne har venligt delt det med os. Har Hanne fortjent en erstatning? Mener du, at Hanne vil have gavn af at klage? Hvis du læste denne oplevelse blandt UTH'erne, hvordan ville du så behandle den?*

*Et hypotetisk budget fra udskrivelsesdagen efter en lille uge på intensiv – plus endnu en stabiliserende uge på afdelingen inden udskrivelse – plus endnu en scanning med kontrast til den rette patient, hvis behandling blev udskudt, da undersøgelsen ikke var lavet, hvilket også forlængende hendes indlæggelses- og behandlingsforløb med en god uge.*

### **Hypotetisk budget over denne case:**

6 dage på intensiv DRG-takst pr. dag: kr. 35000

Respirator behandling pr dag: kr.: 250.000

3 ekstra dage på afdeling: kr. 70.000

2 stk. CT- scan. med kontrast pr. stk. kr.: 5.600(privat regi): kr. 11.200

Udskrivelse?

**I alt brugt i DKK: 1.041.200**

### **Anden version:**

Kun udskrivelse?

*Måske er det derfor, at det skrider?*

### **ERFARINGER og INDSIGTER fra det norske Helsevæsen:**

I Stavanger kommer en ung kvinde inden sen weekend aften. Hun er norsk statsborger, bosiddende i Sverige med kæresten og sønnen på 10 mdr. Hun har gennem en længere periode på et godt halvt års tid døjet med hovedpine. På en ferie, en 14 dages tid forinden, havde hun under ferien i Spanien også været forbi sygehuset, og havde fået tilsvarende besked, som ved henvendelsen til sygehuset i Sverige; at det nok skyldes efterfødsels hormoner, afbrudt søvn, måske for meget koffein og tilsvarende mulige løsninger. I Stavanger i denne sene aften og weekend time laver lægen en grundig anamnese, har tøjlet af den unge kvinde og undersøger hende grundigt fra top til tå. Ud fra denne grundige anamnese og lyttende til historie og oplevelser, bestilles der til sidst en MR-scan af Cerebrum, der viser en stor tumor i præ frontal cortex, som desværre nu er inoperabel, fordi tiden er gået. Der gives ikke en prognose. Men en enestue til patient, de pårørende og en aftale om en dybdegående samtale den kommende formiddag (lørdag eller søndag) med afdelingens bedste læge og sygeplejerske. Hvor der også vil blive lyttet til patient og pårørendes ønsker for den kommende tid, så der planlægges sammen med patient.

### **En anden historie fra Norge**

Patienten er mor til to små fyre på 1 og 3 år. Mor er rygopereret og må derfor post operativt ikke løfte mere end svarende til 2 kg. Dette kan de to små fyre jo ikke forstå og for at forebygge omsorgssvigt af drengene eller skade på den ny opererede ryg forbliver mor indlagt til ryggen er stabil nok til at hun kan løfte drengene. Drengene forstår, at mor er syge, fordi hun er på sygehus, så det er ikke et personligt nej til dem, det er en anden ramme og kontekst.

Dette er en langsigtet forebyggelse af genindlæggelse af mor og relationel påvirkning af familien – altså en integritetspleje kan man vel næsten kalde det.

### **ADMINISTRATIVE funktioner og flaskehalse!**

# Udskrivningsenheden; det hedder den i region Nord.

Kommune har siden 2012 **arbejdet** på at samle udskrivinger fra Region Nordjyllands sygehus ét sted, nemlig i **Udskrivningsenheden**

**Udskrivningsenheden arbejder for** at sikre, at borgerne oplever gode og trygge udskrivelser.

Der er andre navne i de andre regioner. Se vedhæftede links, med kommentarer. I alle regioner er det elektronisk dialog der skulle være gældende. Men i virkeligheden, kan borgeren sagtens være indlagt akut af sig selv, eller af pårørende eller elektiv – også glemme at give besked til kommunen om indlæggelsen – altså der bruges tid på et "ikke-besøg", da borgeren er indlagt. - eller modsat, at borgeren er kommet hjem og man kommer ikke forbi, fordi man ikke ved det. Årsagen kan være mange.

### **Indkøb og serviceteam**

Regionen står ofte for indkøb og de køber bare de billigste hjem, det være sig fx kanyler. (Og dette fordi de ikke helt ved, hvad der egentlig sker på sygehuset. Hvem er brugeren?) Men en kanyle til at trække om med, hvor der er en membran i der laver vacuum er ikke særlig brugbar, den skaber irritation, langsommere arbejdsgange og ofte bruges der op til 6-8 stk. i stedet for en. Er det økonomisk bespareligt og ansvarligt?

Hvorfor lader man ikke bare brugeren bestille?

På mange afdelinger er det i dag et serviceteam, der har overtaget bestilling af varer, men de ved ikke, hvad de forskellige ting bruges til, og hvor mange eller hvad. Så der er oftest mangel på helt essentielle ting, fordi det ikke gøres. Hvorfor ikke bare fast have nattevagten til en gang om ugen til at gennemgå og bestille hjem. Det tager sikkert den halve tid, og så undgår man manglen i dagligdagens praksis.

### **Samme It-system, fordi...**

<https://sundhedsmonitor.dk/debat/art9176291/Løkke-tager-fejl.-Igen>

IT-systemet BURDE være et. Og fra mit syn af er jeg IKKE enig med Peder Jest her i artiklen. For dengang der var papir journal og kardex, blev der taget en kopi og sendt med patienten. Alle vidste, at sidste notat i journalen ville være et kort resumé over patient og indlæggelsen. Dette korte resumé er svært at finde i dagens it-systemer. I region Midt har de i mange år brugt EPJ og udviklet på dette – og det fungerer super. I foråret 2022 implementerer Region Nord en "demo version" (vælger jeg lige at kalde det!) af dette i stedet for Clinical, som man har brugt gennem mange år. Region Nord vælger at købe denne halvfuldendte version, fordi man selv vil udvikle på det – så det måske bliver bedre? OMG!! Spild af tid og penge, brug dog andres oplevelsesøkonomi og fornuft – og skån personalet for et halvt system, for det lever ikke op til det et IT-system i det danske sundhedsvæsen 2022/23 skal kunne. (sagt på baggrund af, at jeg har prøvet både Region Midt, Clinical, de norske systemer og sundhedsplatformen x flere, samt mere eller mindre de fleste systemer, der har været på markedet siden halvfemserne, hvor man startede op i det små med EPJ af forskellig art). Sundhedsplatformen er virkelig det mest omstændige og dårlige system jeg

nogensinde har prøvet, fordi navigering, UX, usability, overblik er ikke eksisterende (også vurderet på baggrund viden fra min PBA e-koncept udvikling), dertil er der den funktion, at al patient medicin skal scannes – er man klar over hvor tidskrævende, omstændigt og patient usikkert det er?

Dertil er der også uenighed med Hr. Jest omkring overflyttelse af patient mellem de forskellige regioner – for det er indlæggelse og udskrivelse, der tager tid i det administrative budget – og en tid, der var bedre brugt til noget andet. Fx på to af de afdelinger jeg hjælper i Aalborg- Thoraxkirurgisk og Gastroenterologisk – der kommer en del af patienterne fra andre regioner – og bliver ofte indlagt via den anden region eller udskrevet via den anden region. Så måske man kunne lave et budget på den tid, der kan frigives på indlæggelse/udskrivelse på estimeret 8 timer pr patient (4 timer plejepersonale/ 4 timer læge) - hvilket er ok realistisk, som gennemsnit.

At patienterne ofte føler, at de har den svære opgave med at være tovholder mellem systemerne, her også den primære- og sekundære sektor, er, og burde ikke være deres opgave, da de i forvejen har rigeligt at gøre med at blive raske, og vores velfærdssystem snildt burde kunne bære en sådanne opgave for dem. Her er jeg enig med Peder Jest, de praktiserende læger skal have denne pålagt, sammen med hjemmeplejen og andre udekørende faggrupper, at der er **ET** it-system - gerne EPJ fra region midt, der implementeres med brug til alle enheder – og så sparer man også for at lave udskrivelses kommunikation, for hele forløbet kan følges af alle, hvis patienten samtykker.

Seriøst, tag en beslutning om, at det er sådan her det er. Brug magten og midlerne fornuftigt.

Bettina Lundgren: Vi skal udnytte vores sundhedsdata bedre - Dagens Medicin

Altså et system vil give mening, så tiden spares, der ikke skal ekstra dokumenteres, op følges eller tjekkes – men at det bare står der x 1 i et system, altså alle detail led er fjernet,, og der er direkte kommunikation.

### **HISTORISK set:**

# Det blev først tilladt i 1937 at gifte sig, som sygeplejerske og først tenderende til almindeligt i 1950'erne. Jf <https://dsr.dk/dshm/sygeplejens-historie/dansk-sygeplejersaads-historie/retten-til-baade-aegteskab-og-arbejde>

Syn på "sygeplejersker" – den søde, pæne, hjælpsomme etc. – akademisk – osv. – men det har ikke løftet lønnen, men ændret sygeplejerske til nogle der tror de skal læse sig til virkeligheden – og det er vist kun i "patientens stemme" at patienten følger (har skabt) teorien – ellers er det, det væsentligste ved sygeplejen håndværket- at kunne bruge sin viden, teori og sanser i en helhed, hvor den omsættes i den praksis, i den givne kontekst og situation man befinder sig i.

Læs også denne: <https://sundhedsmonitor.dk/debat/art9175850/Det-er-tragisk-at-sygeplejersker-alene-bliver-set-som-en-kvantitativ-størrelse>

Sygeplejen er et **håndværk**, en kunst – sygeplejersken ved alt og er blæksprutten, limen, bindeleddet mellem patient og resten, patientens advokat og talerør.

# Hvorfor er sygeplejersker lige så værdsat og anerkendt lønmæssigt uden for landets grænser, som fx læger?

# Hvorfor udtaler nogle danske læger, at det er vandvid at de skal have fx 5000 DKK for at lægge en spiral op på en kvinde og sygeplejersken der står ved siden af og laver tilsvarende arbejde kun

for knapt 200 DKK (før skat). Interessant perspektiv- hvorfor skal en læge for en udekørende nattevagt med chauffør have 10.000DKK og det næsten er tilsvarende den fastansatte udekørendes hjemmesygeplejerskes månedsløn?

Sygeplejen blev ændret til PBA og siden har der for mange af de yngre sygeplejersker været fokus på, hvordan kan jeg læse videre, "ikke skulle tørre røv", normale-/familiære arbejdstider og en bedre løn. Og de læser så videre til udviklingssygeplejerske, mellemlider eller cand. Et eller andet. For der er ikke prestige i at arbejde aften, nat weekend, helligdage, jul, påske, når alle andre har fri samt skulle stå først i linjen uden værnemidler, når resten af landet og jobs lukker ned pga. pandemien – så må du stadig gå på job (med livet som indsats), for at være for dit land. Men hvor er takken? Og de yngre generationer X, Y, Z æder ikke ovenstående uden betaling for det. Beklager.... Hovedparten af lærer, pædagoger og tilsvarende har faktisk fri med familien, ikk?

### **SYGEFRAVÆR og stress – udbrændthed i Sundhedssektoren:**

Hvis man laver grundigt feltarbejde eller kvalitativ undersøgelse i sundhedssektoren, så vil man opleve, at der er usundt arbejdsmiljø, konstant pres mm. Det at man som fast personale møder ind og ikke ved om man kan hente sit barn, eller få sin nattesøvn hjemme i egen seng efter vagten, da der – som systemet er i dag- altid en risiko for at det er dig, som bliver pålagt en vagt, da der ikke er nok i efterfølgende vagt. Dette er en af de største stressfaktorer. Så er der en årsag til at der i mange år er noget, der har heddet en sygeplejebære – altså man på sigt får slap blære, fordi, man ikke har ladet vandet, når signalet var der – pga. fx en patient, der kalder, en pårørende der har et spørgsmål etc. Om maden bliver indtaget eller ej vides aldrig, da det jo er betalt pause – så kravet på at dække det basale behov føde/væske indtag/vandladning måske ikke fuldføres gennem vagten er altid en risiko. Dertil er det sådanne nogle tiltag, der fx lige er indført i region nord, at hvis du er sygeplejerske i Hobro kan du forvente fremover at skulle møde op på en afdeling på Aalborg Universitets sygehus for at hjælpe til der, da der er større mangel på sygeplejersker her. Jeg vil garantere, at de sygeplejersker ender med at sige op. INGEN ØNSKER at være kastebold, eller lige pludselig skal bruge 45 min længere for at komme på arbejde, på en anden arbejdsplads uden kollegaer, og på et større sygehus. Der er STOR forskel på at arbejde på lille og stort specialiseret sygehus. Travlheden er en biting – det er ikke det der er den største årsag til stress og sygefravær. Der er mulighed for at gøre som man gør i Norge, og lave aftale med vikarbureauer for at dække vagterne med plejepersonale, som så selv laver deres vagtplan – og måske "bryder" overenskomsten, men som har friheden til selv at planlægge – og det vil skabe kontinuitet på afdelingen, tryghed, mindre sygefravær.... Men glemmer man at plejepersonale er selvstændig og selvtænkende individer, der ikke bare gør som der siges (mere). Og glemmer man takken for, at de var front personale under pandemien – for det var ikke lægerne! Alt dette er SÅ simpelt, hvis man ser på det ud fra fx Maslows behovspyramide: først de basal behov (hvilket også gælder trygheden ved at kunne hente sin unge til tiden), men det er jo også anerkendelsen, selvrealiseringen og respekten, mm. Så hvad med om man startede med at tage en dialog med de involverede parter, i stedet for at nedsætte en kommission? – for ved de, hvad problematikken er og løsningen evt kunne være uden en dialog?

[Sosu-ansatte har i gennemsnit knap 21 sygedage om året - sundhedsmonitor.dk](https://www.kristeligt-dagblad.dk/danmark/hospitalsansatte-har-rekordhoejt-sygefavaer-pandemien-har-laert-sundhedspersonalet-blive)

<https://www.kristeligt-dagblad.dk/danmark/hospitalsansatte-har-rekordhoejt-sygefavaer-pandemien-har-laert-sundhedspersonalet-blive>

Det er trist at vi oplever et dobbelt så højt sygefravær i de offentlige funktioner som i private. Det er tegn på at der er noget galt med arbejdsmiljøet – med ledelsesindsatsen og rutinerne. Det bør der ligge en klar plan for at undersøge og skabes vished for hvordan man kan ændre på det forhold at dette sygefravær øger

risikoen for stress hos kollegerne – forsinkelser på operationer, pleje og efterbehandling på et ordentligt niveau.

Har Nordjylland knækket koden ? [Måltrettet indsats banker fraværet på sygehusene ned | Nordjylland | DR](#)

Altså hvor høres Sygeplejerskernes stemme og mener man, at vi kan have et sundhedsvæsen uden sygeplejersker? Hvordan er samarbejdet med DSR? Eller sygeplejersker som helhed? Er der ting der kan rettes op på eller taler parterne forbi hinanden?

### **TOKS**

TOKS (tidlig opsporing af kritisk sygdom) er indført som fast procedure – som kan være farlig for patienten, for NOGLE stoler på apparatet og ikke på eget klinisk syn. For værdierne kan være rædselsfulde efter bogen og skemaet (og lægen skal kaldes), men dette er normalt for patienten og det er måske endda der patienten har det bedst, dette måske pga. af en kronisk grundlidelse; hvilket IT-systemet altså ikke lige tager højde for. (Dette giver unødige opkald til læge og skaber ekstra arbejde for plejepersonalet)

Det samme kan være tilfældet modsat, hvor der ses normale og pæne værdier – men en patient med apoplexi symptomer med fx hængende mundvig og lammelse af ekstremiteter.

Samtidig med TOKS 1-3 x daglig, tages der også gerne blodprøver daglig, selvom fx infektionsårsag er klarlagt og patient er gennemdyrket og sat i behandling – HVORFOR går vi både med livrem og seler? Hvem kigger på det? Hvad skal det reelt bruges til? Hvad gavner det patienten?

### **RENGØRING:**

For at trække den gamle viden og praksis frem- hygiejnen er den vigtigste på sygehusene for at forebygge infektioner, nye sygdomme til de svækkede patienter (der oprindeligt er indlagt med noget andet) og holde personalet sunde, raske og infektionsfri, så lad os præsentere lidt af Florence Nightingales succes om hygiejne- og lad os byde velkommen til rengøringspersonalet på sygehusene som de vigtigste.

<https://navigator.health.org.uk/theme/florence-nightingale-promotes-ideas-sanitary-nursing>

<https://sites.google.com/site/florencenightingaleimpacts/3-florence-nightingale-s-philosophy-of-cleanliness-and-disease-prevention>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1322769620301347>

Prøv at vende hierarkiet på hovedet og værdsæt de faktisk vigtigste personalegrupper højest - rengøringen.

Vi ved også at mange patienter pådrager sig andre sygdomme under indlæggelsen – flere af dem pga. manglende hygiejne. Et besøg på en række sygehuse afslører rent faktisk et kæmpe svigt i rengøringen af især sengestuerne (gulv og vandrette flader) – mad og drikkevarer der henstår i mange timer – toiletter der ikke er rene nok. Under Covid var det som om at der blev lavet en ekstraordinær indsats men vi er nu tilbage på et alt for lavt niveau.

### **MAD- ernæring:**

*Patient- pårørende- personale*

På hovedparten af de danske sygehuse masseproduceres maden og bliver leveret på de forskellige afdelinger i en madvogn, fra denne uddeles maden til patienterne – og det er den samme menu over en 14 dages periode- så forstil dig, at du er ”lang lægger” – bliver det lidt trist?

Patienterne svinger fra at være taknemmelig til opgivende og derved fastende- de kan tilbydes kræsekost fra fryseren.

De pårørende må ikke få fra patientmadvognen- ej heller når alle patienterne har fået- og de måske har været der i døgnvis ved deres kære dødende søn. Personalet må heller ikke spise af maden, de må hellere forlade afdelingen for at gå i kantinen og købe helt samme mad i lille mængde til en overren pris på 40 kr. Kan det ikke laves smartere- som er der mad til overs så lad os forebygge madspild- og personalet kan købe en rest for 5-10 kr. og blive på afdelingen i deres betalte mad pause. Er det ikke fair? Lægerne kan jo gå rundt i huset som de vil, bruge så lang tid på toilettet som ønsket eller svare opkald fra privatfronten, plejepersonalet er ”På” hele tiden på vagten – og måske derfor at der er noget, der hedder sygeplejebære?

Vi ved at god ernæring fremmer helingsprocessen og optag af næring styrker immunforsvaret og givet kræfter.

## **Eksempel der virker i praksis:**

### **Patientmad på Bornholm**

Når du er indlagt på Bornholms Hospital, kan du sammensætte din egen kost ud fra den menu, der bliver tilbudt. Vi tilbyder en varieret og sund menu, som giver dig energi nok til at komme godt igennem din indlæggelse

#### Morgenmad

Mellem klokken 7:30 og 9:00 serverer vi morgenmåltidet. Du kan sammensætte måltidet efter eget valg blandt traditionelle morgenmadsprodukter. Det er øllebrød, havregrød, surmælksprodukter, rug- og franskbrød, boller, marmelade og ost m.m.

#### Middagsmad

Mellem klokken 11:30 og 13:00 serverer vi dagens varme måltid. Her kan du vælge mellem 2 varme retter, hvoraf den ene er en traditionel ret, og den anden lidt mere moderne. Derudover kan der vælges mellem dessert, suppe, råkost m.m. efter den gældende menuplan.

#### Aftensmad

Mellem klokken 17:00 og 19:00 serverer vi dagens kolde måltid, der består af smurte snitter, suppe, råkost m.m. efter den gældende menuplan.

#### Mellemmåltider

Mellem hovedmåltiderne kan du få serveret mellemmåltider, der kan bestå af kolde drikke, koldskål, kage, frugt, brød, sandwich m.m.

### **Tv-kanaler og tv:**

En anden genial ting de har på Rønne sygehus, som sparer meget tid hos personalet og glæder patienterne, er, at ved hver seng er der en lille skærm. På denne lille skærm kan de vælge forskellige kanaler, radio mm., og der er hovedtelefoner til, så de evt. kan skærme sig og ikke genere med patienter.

For fx på Bispebjerg er der ingen kanaler at underholde sig med. I Aalborg, der er stationære store fjernsyn, som ofte mangler en fjernbetjening eller andet – eller patienterne kan ikke finde ud af hvordan. Spild af plejepersonalets tid. Noget der igen kan løses med et snuptag. Patienter der keder sig, er ofte en belastning for sygeplejerskerne.

Prøv at se på det udstyr der findes rundt om i dag på hospitalerne – visse afdelinger har fjernsyn med de gamle billedrør der er ca. 20 år gamle. Visse hospitaler tilbyder 1-3 kanaler og vi skriver 2023 og når man så ligger og kikker ud i luften i dagevis er det en ringe trøst at udvalget og kvaliteten er så ringe.

Det er blot en lille ting – men den betyder en del også når man spørger medarbejderene.

### **OG MÅSKE?**

Patienterne bliver mere og mere komplekse og multisyge. Men lægerne bliver mere og mere specialiseret, ned i dybden af et speciale og har næsten berøringsangst, hvis det omhandler noget der ikke er deres speciale. Eller "glemmer" at kroppens organer hænger sammen. Så er der ikke lige noget at se på lungerne, så må patienten gå hjem til praktiserende læge igen, og få ny henvisning på, at han fx ikke rigtig kan trække vejret..... dette er dyrt og omkostningsfuldt for systemet både i primær- og sekundær sektor. Hvorfor er der ikke krav til lægerne om, at de også skal have den bredere viden – som fx en periode på et mindre sygehus (selvom, der vist snart kun er Rønne tilbage). Men i virksomhed og forretningsregi møder man ofte efterspørgsel med udbud eller man prøver, som det mindste at tilpasse sig kunden – og det er ikke anderledes i sygehusets virksomhedsregi. Bortset fra, at lægerne måske i for høj grad har fokus på eget ego og egne stjerner på skuldrene, hvilket ikke nødvendigvis gavner patienterne. Det er jo ofte ord på papir – og mennesker er stadig kød, blod, følelser og praksisnære, individuelle og spidsfindige.

Det er et udvalg af situationer og eksempler som I som ansvarlige kan adressere og skabe relativt hurtige indsatser på – noget som ikke kræver kommissioner og udvalg men blot kan ændres (de fleste af dem) Husk flere af anvisninger bygger på konkrete erfaringer som der er gjort i "virkeligheden".

<https://sundhedsmonitor.dk/debat/art8723846/Lad-den-private-sektor-drive-og-levere-ydelser-til-nærhospitaler>

Det er jo en fin nok melding og menig -men kontinuitet for både personale og patient er besparende (og nødvendig særlig ved gruppen kronikere og ældre der er multisyge) - for patient bliver slidt op af at skulle fortælle sin historie x flere. Og personalet mister overblikket da de ikke kender (for)historien, har ikke overblik og (fej)behandler ud fra bedste evne under tidspres, fordi der er et større behov end der tilbydes.

Så hvordan kan der komme fast og dygtigt personale i en længere tid -så der er kontinuert, indsigt og tryk?

En pligt om at arbejde 2-4 år ude i de mindre samfund? (det er også her lægerne bliver vidende om HVORDAN kroppen og dens systemer hænger sammen, hvilket er en styrke i specialiseringen!)

### **Der er nu nedsat en kommission!**

Hvad skal det hjælpe på den korte bane når vi har akutte mangler og problemer at den så først i 2024 kommer med forslag – forslag der sikkert kræver flere år at ændre – vi skal i gang nu!

<https://www.bt.dk/politik/regionerne-i-opraab-risiko-for-daarligere-sundhed-fremover>

Vi har mangel på læger og sygeplejersker og alligevel har Styrelsen for Patientsikkerhed ikke formået at behandle de mange tusinde ansøgninger fra udenlandsk uddannede professionelle fagfolk der har ventet i op til 3 år for at få deres ansøgning ÅBNET og dermed læst og behandlet. Pr. i dag er der ca. 1.660 ansøgninger liggende uden der er svar på hvornår de kan lukkes ind i det trængte væsen. Kom nu!

### **Mange løser selv opgaverne når de udskrives!**

»Det er simpelthen ikke rimeligt«: Dobbelt så mange ældre køber selv praktisk hjælp - sundhedsmonitor.dk

Det viser bare at vi ikke evner at passe de ældre på en tilfredsstillende måde og vi sender også patienter hjem fra hospitalerne hvor efterbehandlingen slet, slet ikke hænger sammen med behovet. Derfor opstår der private tilbud netop fordi der er et marked hvor det offentlige svigter. Selvom vi har vidst det siden starten af 2000 tallet, at der ville komme et ældre boom – og vi ved også, at vi ender i en Japan situation med de ældre, hvilket vi også har vidst i samme årrække. Hvorfor handler vi ikke mere forebyggende og planlæggende med en god strategi? Vi bliver jo alle ældre, ikk?

### **PATIENT EMPOWERMENT - Patientguiden**

<https://www.regionh.dk/Sundhed/Patientguiden/Sider/default.aspx>

Det er da rigtig fint, at det står sort på hvidt på en hjemmeside- MEN bruges det i praksis, eller er det bare noterede ord? Og ved patienterne at den eksisterer? Min erfaring er, at det desværre kun er et mindretal, der ved noget herom, jf. artikler og alle Jane Baryholdy's skriv og udmeldinger. Hvor er oplysningspligten overfor patienterne?

Kunne man ikke gøre mere for at patienter og pårørende kender til deres rettigheder før under og efter et forløb?

Kunne man med oplysning sikre at flere var bedre forberedt når de ankom til behandling på sygehuset?

### **Udeblivelser fra operation og behandling er ikke i orden!**

Alene i Region hovedstaden udeblev mere end 142.000 patienter i 2022 fra behandling. Det er ikke i orden og hvad er tallet på landsplan? Hvad er årsagerne og hvordan kan afhjælpe dette problem med andre må vente og køerne vokser?

## **Robotter er fremtiden – det ved vi!**

Mange administrative rutiner kan klares af robotter og det bør undersøges hvorfor der fortsat er så mange analoge registreringer under en indlæggelse. Sygeplejersker der noterer patientens værdig ned på et stykke papir for efterfølgende at gå til en pc og lægge dem ind.

Journal skrivningen bør dikteres og opdateres i systemet og samkøres.

## **Pårørende**

De pårørende, familie og venner er også en stor del af "oplevelsen" som patient – kan man skabe ro og tryk hos dem kan det også lette presset på de ansatte. Derfor skal det tænkes igennem hvordan man arbejder med pårørende og formår at sikre arbejdsro omkring patienterne.

## **Dødsfald**

Der dør ganske mange patienter på vores hospitaler og det er naturligvis trist især der hvor der er tale om andre sygdomme og infektioner der opstår under indlæggelsen. Tror det er klogt at få de rette tal frem i lyset og få undersøgt til bunds om der sker fejlbehandlinger eller opstår smitte og unødige dødsfald som følge af det.

## **Udenlandsk arbejdskraft**

Der står mere end 1.600 velkvalificerede folk på vores dørtrin til at starte op som læger og sygeplejersker – men systemet blokerer. Nogen har ventet i mere end 3 år – 3 år mens vi har råbt om hjælp især under Corona tiden. Vi kunne "I morgen" lukke op til 1.600 nye friske folk ind i systemet – det er da så oplagt at træffe beslutning om. Det handler ikke om penge om ressourcer - det handler om sund fornuft og en hurtig politisk beslutning. Styrelsen for Patientsikkerhed har bekræftet at de kan løse opgaven mere eller mindre med et snuptag – HVIS I som politikere kunne ændre i systemet. I dag er der et "Strukturgebyr" det burde være et "ansøgningsgebyr". Hvordan det reelt fungerer har vi i skrivende stund ikke fundet helt ud af – men ansvarlige folk i Styrelsen bekræfter at det med lethed kan løses – det bør I straks kikke på.

Vi vil på foretræde komme med konkrete forslag til løsninger der kan igangsættes nu og som I bør have fokus på i den nære fremtid – ikke noget der ligger år og dag ude i fremtiden – men NU!

Selv eksperterne er i tvivl <https://ekstrabladet.dk/nyheder/samfund/enige-eksperter-vi-er-bekymrede/9614001> Måske I som ansvarlige skulle lytte lidt mere og handle og beslutte det der er bedst for borgere og patienter.

På gensyn.

Christin Walter og Henrik Busch

V/ [henrik@buschonboard.dk](mailto:henrik@buschonboard.dk) Læderstræde 1 3-3 1201 København K. mobil 40401707