

DANISH JOURNAL OF NURSING

Sygepleiersken

Sygeplejerske
SUSANNE DIENER
brugte sin ytringsfrihed:

**INVITERET
TIL MØDE MED
DIREKTØREN**

SIDE 8

5

TIL FERIE

Julelæsning med
nære relationer

SIDE 44

FRONTLØBERE
PÅ SYGEHUS LILLEBÆLT

**Øje for
epilepsiens
snubletråde**

SIDE 64

Sygeplejeforsker
DAWN STACEY

»Vi skal være
patientens
coach«

BRUGERINDDRAGELSE. Sygeplejersker
får en helt ny rolle som patientens hjælper,
når vigtige beslutninger skal træffes.

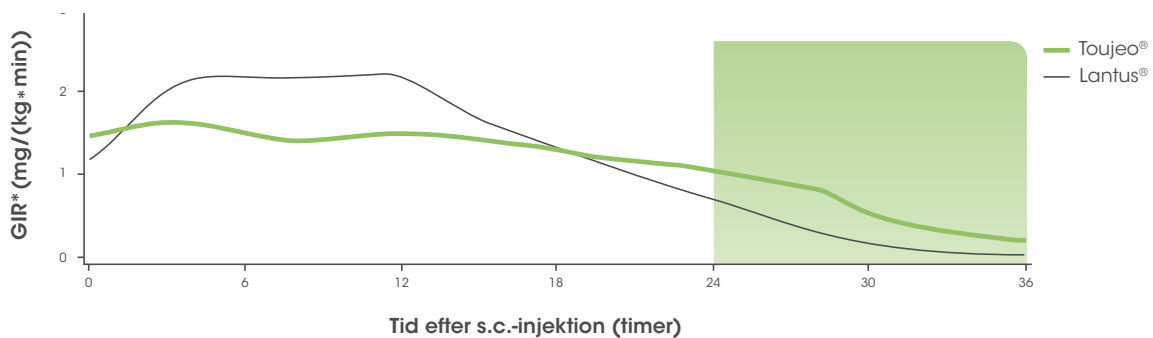
TEMA SIDE 20

Toujeo®

For et stabilt blodsukker¹⁻³



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



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

Figur gengivet af Sanofi på baggrund af reference 3



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

Toujeo® indikation: Behandling af voksne med diabetes melitus.

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

SANOFI DIABETES

Produktinformation findes på side 6.



Toujeo®

insulin glargin 300 E/ml



Lyt til firkløveret

Forringet velfærd, øget privatisering og fravær af forebyggelsesinitiativer. Det er det hovedindtryk, som jeg efterlades med efter granskning af den nye såkaldte trekløverregerings grundlag og visioner.

Regeringens planer trænger mest af alt til et reality check. F.eks. når regeringen køligt lægger op til, at landets sygehuse fortsat skal levere 2 pct. produktivtetsgevinster årligt. Grænsen for, hvor stærkt der kan løbes, er overskredet mange steder for længst. Ligeledes er regeringens ønske om at fremme private sundhedsløsninger og at konkurrenceudsætte hjemmesygeplejen udtænkt fra et skrivebord. I virkelighedens verden vil regeringens planer betyde massive udfordringer for sammenhæng og kontinuitet i patientforløbene. Barske besparelser på bl.a. sygeplejerskeuddannelsen betyder helt konkret nedlagte stillinger og dårligere undervisningskvalitet – altså nedskæringer, der rammer selve fundamentet for udviklingen af sygeplejen.

Der er med andre ord hårdt brug for, at vi i Dansk Sygeplejeråd arbejder for, at virkeligheden i det danske sundhedsvæsen når helt ind i regeringskontorerne.

Det skal stå klart, at sundhed er en afgørende forudsætning for regeringens ambitioner for samfundet.

Men der er også positive overraskelser i regeringsgrundlaget. På ligestillingsområdet vil regeringen søge samarbejde om at udfordre det kønsopdelte uddannelsesvalg og fædres brug af barselsorlov. I DSR samarbejder vi gerne om flere mænd i sygeplejen. Den nye regering vil også nedsætte en ledelseskommision, der skal granske mulighederne for bedre ledelse og tillid til faglighederne i den offentlige sektor. Her vil DSR understrege behovet for at få genskabt ledelsesrummet for vores ledere i sundhedsvæsenet og udfordre regnearkstankegangen, som alt for mange steder i øjeblikket trækkes ned over hele sundhedsvæsenet.

I DSR er vi et veletableret firkløver med værdifuld erfaring og indsigt i sundhedsvæsenet – det vil vi gerne byde ind med, når vi skal møde repræsentanter fra den nye trekløverregering i fremtiden.

Grete Christensen

Grete Christensen,
formand



I NOVEMBER HAR DANSK SYGEPLEJERÅD VÆRET I MEDIERNE MED BL.A. DISSE EMNER

Information

"Der er behov for klare retningslinjer fra myndighederne om, at sundhedsfagligt personale ikke må medvirke til tvangsudsendelser."

DORTE STEENBERG, næstformand i Dansk Sygeplejeråd, som svar på, at bl.a. overlæge Bente Rich efterlyser, at de faglige organisationer underviser medlemmer i, hvornår de skal sige stop i forbindelse med tvangshjemsendelse af afviste asylansøgere.

BERLINGSKE

"Det vil gøre en kæmpeforskel for de konkrete familier, og det vil være med til at give os mere viden om det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde i udsatte familier."

SIGNE HAGEL ANDERSEN, kredsformand i Kreds Hovedstaden, om ros til partierne bag satspuljeforliget for at afsætte 77 mio. kr. de kommende år til en øget sundhedsplejindsats i sårbare familier.

POLITIKEN

"Det er urimeligt, at de ansatte i omsorgsfagene i 2016 ikke får den løn, som de burde få, når man sammenligner med, hvad andre typisk mandsdominerede faggrupper med en tilsvarende længde uddannelse får i lønposen."

GRETE CHRISTENSEN, formand for Dansk Sygeplejeråd, m.fl., i debatindlæg i forbindelse med ligeløns-kampagnen "Kvindernes sidste arbejdsdag".

Ansvh. chefredaktør
KATRINE NIELSEN
knl@dsr.dk
Telefon: 4695 4282

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

Redaktionschef
JAKOB LUNDSTEEN
jlu@dsr.dk
Telefon: 4695 4180

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

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

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

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

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

Webredaktør
CHARLOTTE TROLLE
ctr@dsr.dk
Telefon: 4695 4111

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

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

Journalist
BRIIT LINDEMANN
brl@dsr.dk
Telefon: 4695 4118

Hvis Sygeplejersken udebliver

Giv os venligst en besked med dit medlemsnummer til udeblevetblad@dsr.dk, så retter vi fejlen.

Distribueret oplag:

1. januar – 30. juni 2015: 75.465 eksp.
Medlem af Danske Medier

Årsabonnement:

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

Løssalg:

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

Ændring af medlemsoplysninger:

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

Tryk: ColorPrint

annoncer: Dansk Mediaforsyning,

Elkjærvej 19, st., 8230 Åbyhøj, telefon: 7022 4088

Stillingsannoncer: dsrjob@dmfnet.dk

Forretningsannoncer: dsrtekst@dmfnet.dk

Manuskriptvejledning, udgivelsesplan m.m:

www.sygeplejersken.dk

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

Ansvar: Dansk Sygeplejeråd har intet ansvar for produkter og ydelser, som omtales i Sygeplejerskens annoncer eller indstik. Redaktionen påtager sig intet ansvar for materialer, der indsendes uopfordret. Holdninger, der tilkendegives i artikler og andre indlæg, udtrykker ikke nødvendigvis Dansk Sygeplejeråds synspunkter.

Forsidefoto: Nils Lund Pedersen

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



TEMA

TRÆD TIL SOM COACH

Patientinddragelse stiller nye krav til patienterne, men også til sygeplejersker. Når patienten selv skal træffe vigtige valg om behandling – og måske selv stå for behandlingen – forventes det, at sygeplejersken hjælper som sparringspartner og coach, mener den canadiske sygeplejeforsker, Dawn Stacey.

SIDE

20

22 PATIENTENS PERSPEKTIV HAR VÆRET EN ØJENÅBNER

26 "COACH PATIENTEN TIL AT TRÆFFE DEN RIGTIGE BESLUTNING"

28 DIALYSEPATIENTER TRÆFFER SELV DE BEDSTE VALG

30 BEDRE BESLUTNINGER OVER HELE LANDET



Dansk version af Change Day på vej

MATHILDE HERMANSEN er en ud af syv sygeplejersker i en nystiftet arbejdsgruppe, der vil prøve at indføre en dansk pendant til Change Day, der har forandret det engelske sundhedsvæsen.

SIDE **38**



Skiftedag

HUN KAN BLIVE UDSENDT MED DAGS VARSEL

Tre gange orlov fra neonatalafdelingen endte med, at **ASTRID OPSTRUP** nu permanent er tilknyttet Læger uden Grænser.

SIDE **82**

Jul på kryds og tværs

Vind bøger og gavekort i årets julekryds.

SIDE **60**

	FARVE	KODE-ORDET (1. DEL)	BI-BEJSK PROPET	KODE-ORDET (2. DEL)	PANORAMA	CEN-TRUM	EFTER-NA	HELE-MØDE	EFTER-TANK
					LIDELSE ER HVORY		KÆLLE VIA		
	7 FØL-GHØL				TRANSPORT-MIDDEL			FULD-SKRAB	HELE-SKØN
	OP-HELDSTED			FEM KOREANS	KC-STØMME		ER IN		



TeNDEnTiøst

KALD DOG EN SPADE FOR EN SPADE

Det er ideologisk glidecreme, når sundhedsproblemer omskriveres til sundhedsudfordringer, mener sociolog.

SIDE **51**



Loyalitet må ikke begrænse ytringsfri- heden

Det er budskabet fra **JONAS BERING LIISBERG**, direktør ved Folketingets Ombudsmand. Han mener, at nogle ledere ikke forstår reglerne for de ansattes ytringsfrihed og dermed begrænser den.

SIDE **17**

MAN VÆNNER SIG TIL LYDEN AF BOMBER

NIKOLINE KLAUSEN, der var udsendt et halvt år som koordinerende sygeplejerske i Irak, oplærte lokalt sundhedspersonale tæt på fronten.

34

SIDE

HØRT!

15 minutter er ikke nok

Konsultationssygeplejerske **ANNE BYSKOV** – som i forvejen har svært ved at få konsultationens 15 minutter til at slå til – bliver provokeret, når politikerne lægger flere opgaver oveni.

SIDE **16**



PRODUKTINFORMATION

De med * markerede afsnit er omskrevet/forkortet i forhold til de godkendte produktresuméer. De godkendte produktresuméer kan vederlagsfrit rekvireres fra sanofi-aventis Danmark A/S.

Lantus®, insulin glargin 100 E/ml, injektionsvæske, opløsning, i cylinderampul. **Lantus®, insulin glargin 100 E/ml**, injektionsvæske, opløsning i fyldt pen, **SoloSTAR®**. **Indikation:** Behandling af diabetes mellitus hos voksne, unge og børn fra 2 år og opefter. **Dosering*:** Lantus indeholder insulin glargin, som er en insulinanalog. Den har en lang virkningsvarighed. Lantus skal doseres én gang daglig. Det kan gives på et hvilket som helst tidspunkt af dagen, men på samme tid hver dag. Dosis og doseringstidspunkt af Lantus skal tilpasses individuelt. Til patienter med type 2 diabetes mellitus kan Lantus også indgives sammen med oralt aktive antidiabetika. Styrken af dette præparat er angivet i enheder. Disse enheder gælder udelukkende for Lantus og er ikke det samme som IE eller enhederne, som angiver styrken på andre insulinanaloger. **Ældre (≥ 65 år):** Hos ældre kan en fremadskridende forringelse af nyrefunktionen føre til et stadigt nedsat insulinbehov. **Nedsat nyrefunktion:** Hos patienter med nedsat nyrefunktion kan insulinbehovet være reduceret på grund af nedsat insulinmetabolisme. **Nedsat leverfunktion:** Hos patienter med svært nedsat leverfunktion kan insulinbehovet mindskes på grund af nedsat evne til gluconeogenese og nedsat insulinmetabolisme. **Børn:** Lantus' sikkerhed og effekt er påvist for voksne og børn på 2 år og ældre. Lantus er ikke blevet undersøgt i børn under 2 år. **Skift fra andre insuliner til Lantus*:** Dosisjustering kan blive nødvendig. **Skift fra insulin glargin 300 enheder/ml til Lantus:** Lantus og Toujeo (insulin glargin 300 enheder/ml) er ikke bioekvivalente og er ikke direkte udskiftelige. For at reducere risikoen for hypoglykæmi bør patienter, som skifter deres basalininsulinregime fra et insulinregime med insulin glargin 300 enheder/ml en gang daglig til et regime med Lantus en gang daglig, reducere deres dosis med cirka 20 %. Hyppig måling af blodsukker er nødvendig ved præparatskift og i de første uger herefter. På grund af forbedret metabolisk kontrol og deraf følgende øget insulinfølsomhed, kan yderligere dosisjustering blive nødvendig. Dosisjustering kan også blive nødvendig, hvis f.eks. patientens vægt eller livsstil ændres, ændring af tidspunkt for dosering, eller hvis andre omstændigheder gør, at følsomheden for hypo- eller hyperglykæmi øges. **Administration*:** Lantus indgives subkutan. Lantus må ikke gives intravenøst. Subkutan injektion af Lantus er en forudsætning for den lange virkningsvarighed. Intravenøs indgift af den normale subkutane dosis kan føre til alvorlig hypoglykæmi. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen*:** Lantus er ikke det insulinpræparat, man først skal vælge til behandling af diabetisk ketoacidose. I sådanne tilfælde anbefales det i stedet for at indgive regulær insulin intravenøst. Hvis en patient skal omstilles til en anden type eller brand af insulin, bør det gøres under omhyggelig medicinsk kontrol. Ændringer i styrke, brand (fremstiller), type (regulær, NPH, lente, langtidsvirkende, etc.), oprindelse (animalsk, human, human insulinanalog) og/eller fremstillingsmetode kan medføre, at det kan være nødvendigt at ændre dosis. Behandling med insulin kan føre til dannelse af antistoffer mod insulin. I sjældne tilfælde kræver forekomsten af sådanne insulinantistoffer justering af insulinindosis for at korrigere for tendensen til hyper- eller hypoglykæmi. **Hypoglykæmi:** Hvornår en eventuel hypoglykæmi opstår, afhænger af det anvendte insulins virkningsprofil, og kan derfor ændre sig, hvis behandlingen ændres. På grund af et mere vedvarende tilskud af basalininsulin ved Lantus kan der forventes færre natlige men flere tidlig morgen hypoglykæmier. Særlig forsigtighed bør udvises og intensiveret blodglucosekontrol tilrådes til patienter, hvor hypoglykæmi kan være af særlig klinisk betydning, f.eks. hos patienter med betydende stenoser i koronararterierne eller i hjernens forsyningskar (risiko for kardielle eller cerebrale hypoglykæmi-komplikationer) og også til patienter med proliferativ retinopati, især hvis denne ikke er laserbehandlet (risiko for forbigående amaurose efter hypoglykæmi). **Interkurrente sygdomme** kræver en intensiveret metabolisk kontrol. Urinstests for ketonstoffer er indiceret i mange tilfælde, og det er ofte nødvendigt at justere insulinindosis. Insulinbehovet er ofte øget. **Flergangspenne:** Lantus cylinderampuller må kun anvendes sammen med følgende penne: JuniorSTAR, OptiPen, ClickSTAR, Tactipen, Autopen 24 og AllStar, og bør ikke bruges med andre former for flergangspenne, da dosisnøjagtighed kun er vist med ovenstående penne. **Medicineringsfejl:** Der er rapporteret tilfælde af medicineringsfejl, hvor andre insuliner, primært hurtigvirkende, utilsigtet er blevet administreret i stedet for insulin glargin. **Kombination med Lantus og pioglitazon:** Der er rapporteret tilfælde af hertesvigt ved anvendelse af pioglitazon i kombination med insulin, særligt hos patienter med risikofaktorer for udvikling af hertesvigt. Dette skal tages i betragtning, hvis kombinationsbehandling med pioglitazon og Lantus overvejes. Hvis kombinationen anvendes, skal patienterne observeres for tegn og symptomer på hertesvigt, vægtstigning og ødem. Pioglitazon bør seponeres, hvis der sker en forværring i symptomer fra hjertet. **Interaktioner*:** En række stoffer har indflydelse på glucosemetabolismen og kan nødvendiggøre dosisjustering af insulin glargin. Stoffer, som kan forstærke den blodglucosesænkende effekt, og som kan øge risikoen for hypoglykæmi, omfatter orale antidiabetika, ACE-hæmmere, disopyramid, fibrater, fluoxetin, MAO-hæmmere, pentoxifylin, propoxyphen, salicylater og sulfonamidantibiotika. Stoffer, som nedsætter den blodsukkersænkende effekt, omfatter kortikosteroider, danazol, diazoxid, diuretika, glukagon, isoniazid, østrogen og gestagener, phentiazinderivater, somatropin, sympatomimetiske lægemidler, thyreoideahormoner, atypiske antipsykotiske lægemidler og proteasehæmmere. Beta-blokkere, clonidin, lithiumsalte og alkohol kan enten øge eller hæmme insulins blodsukkersænkende effekt. Pentamidin kan føre til hypoglykæmi, som til tider efterfølges af hyperglykæmi. Under behandling med sympatikolytiske lægemidler kan symptomerne på adrenerg modregulation ligeledes være reduceret eller helt mangle. **Graviditet og amning*:** **Graviditet:** Der foreligger ikke kliniske data fra kontrollerede kliniske studier om eksponering for insulin glargin under graviditet. Data fra mere end 1000 graviditeter viser ingen specifikke skadelige virkninger af insulin glargin på graviditet og ingen specifikke misdannelser eller føtal/neonatal toksicitet. Anvendelsen af Lantus til gravide kan overvejes, hvis det behandlingsmæssigt er nødvendigt. Det er meget vigtigt at opretholde en god metabolisk kontrol under graviditeten hos patienter med forudseksisterende eller gestational diabetes for at forebygge skadelige følgevirkninger i forbindelse med hyperglykæmi. Insulinbehovet kan falde i første trimester, og stiger normalt igen i andet og tredje trimester. Umiddelbart efter fødslen falder insulinbehovet hurtigt (øget risiko for hypoglykæmi). Omhyggelig glucosekontrol er vigtig. **Amning:** Det vides ikke om insulin glargin udskilles i humant mælk. Det forventes ikke at insulin glargin som indtages af den nyfødte ved amning, giver nogen metabolisk effekt, da insulin glargin som et peptid bliver fordøjet til aminosyrer i den humane mave-tarm-kanal. Det kan være nødvendigt at justere insulinindosis og diæt hos kvinder, der ammer. **Virkning på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner*:** Patientens koncentrations- og reaktionsevne kan nedsættes som følge af hypoglykæmi eller hyperglykæmi eller f.eks. på grund af nedsat syn. Dette kan udgøre en risiko i situationer, hvor disse evner er af særlig betydning (f.eks. ved bilkørsel eller ved betjening af maskiner). **Bivirkninger*:** Hypoglykæmi, lipohypertrofi, reaktioner på injektionsstedet, lipotrofi, allergiske reaktioner, synsforsryrelser, retinopati, ødemer, dysgeusia, myalgi. **Overdosering*:** Kan medføre svær og til tider langvarig og livstruende hypoglykæmi. **Pakninger:** Lantus, injektionsvæske, opløsning, i cylinderampuller, 3 ml x 5 (Vnr. 00 47 46). Lantus injektionsvæske, opløsning i fyldt pen, SoloSTAR, 3 ml x 5 (Vnr. 08 19 96). **Priser:** Se dagsaktuel pris på www.medicinpriser.dk. **Udleveringsgruppe: B. Tilskud:** Generelt tilskud. **Registreringsindehaver:** Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, Tyskland. **Lokal repræsentant:** sanofi-aventis Danmark A/S- Slotsmarken 13 · 2970 Hørsholm · Tlf. 45 16 70 00 · Fax 45 16 70 10

PRODUKTINFORMATION TOUJEO®

Produktinformation

De med * markerede afsnit er omskrevet/forkortet i forhold til det godkendte produktresumé. Det godkendte produktresumé kan vederlagsfrit rekvireres fra sanofi-aventis Danmark A/S.

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



STINE BAY KNUDSEN

29 år, Infektionsmedicinsk Afdeling,
Aalborg Universitetshospital.

Tekst **ANDREAS RASMUSSEN**

☉ Hvorfor valgte du at blive sygeplejerske?

"Jeg blev radiograf i 2011 og var undervejs i praktik på en sengeafdeling på Aalborg Universitetshospital. Det var fedt at have nogle lidt længere forløb, hvor man fulgte patienten til dørs. Jeg kan godt lide patientkontakten."

☉ Hvad var dit første job?

"Det jeg har nu."

☉ Hvorfor valgte du at specialisere dig inden for infektionsmedicinsk?

"Det er et rigtig spændende speciale. Der er nogle lange forløb, hvor patienterne er her op til tre måneder. Der er også nogle, der kommer ind og er rigtig dårlige, f.eks. pga. blodforgiftning. Når de vælter, så står vi i en akut situation. Samtidig har vi nogle meget dygtige læger og et godt samarbejde. Det er en god afdeling med meget humor blandt kollegaerne."

☉ Hvem har du lært mest af i din karriere?

"En af mine kollegaer. Hun har et godt klinisk blik og meget faglig viden. Hun har været her i mange år, og jeg gad godt have hendes viden og erfaring."

☉ Hvad kendetegner en god sygeplejerske?

"Man er omhyggelig og grundig i sin sygepleje. Man skal være nærværende, også i travle tider, hvor der ikke er så meget tid til nærvær. I de lange patientforløb, vi har, kan

man jo komme ind under huden på patienten, og så bliver de mere trygge ved én."

☉ Hvilket råd vil du give en nyuddannet?

"Kom ud og få erfaring. **Man skal turde være ærlig og stille spørgsmål, hvis man er i tvivl eller undrer sig over noget.** Bliv ved med at reflektere over dine valg. På den måde bliver man hele tiden bedre og får den nyeste viden. Dialogen og sparringen med kollegerne er vigtig."

☉ Hvad er det mest tilfredsstillende ved dit job?

"Det er at yde sygepleje. Man får sin indsats 100 gange igen, når man arbejder med mennesker og f.eks. får et smil tilbage. Hvis det har været et kritisk forløb, så er det stort at se dem gå ud af afdelingen, når de har fået det bedre. Det er også tilfredsstillende, når faglig argumentation overtaler modvillige patienter."

☉ Hvad er det mest udfordrende ved dit job?

"At vi ikke altid når alt det, vi gerne vil. Man når det, man skal, men der er altid hængepartier, som man giver videre. De selvhjulpne patienter bliver syltet lidt, fordi man ikke har tid til dem. Det er man nødt til at lægge på hylden, når man afleverer uniformen, så man ikke tager det med hjem."

☉ Hvad kan holde dig vågen om natten?

"Pressede hverdage. Tit ligger jeg der og kører dagen igennem. Var der noget, jeg

glemte? Det er ofte, at kollegaer fra afdelingen ringer ind, når de er gået hjem, og spørger til ting, som de er bange for, at de har glemt."

☉ Hvad er du mest stolt af i din karriere?

"De patientforløb, hvor man oplever at gøre en forskel og sætter sit præg på omsorgen. Som klinisk daglig vejleder er det en ære at kunne præge de studerende til at udføre god sygepleje."

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

"Det er lidt kritisk, at der hele tiden bliver sparet, samtidig med at man gerne vil skabe gode patientforløb. Det ender galt, for vi kan ikke følge med og bliver ved med at løbe stærkere. Der kommer til at være flere, der sygemelder sig."

☉ Hvor ser du dig selv om fem år?

"Jeg tror stadig, jeg er her. Selvom det er et lille speciale, så udvikler vi os. Hvis vi fortsætter med det, så kunne jeg godt se mig selv her, for det er så bredt."

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

"Det vil blive meget effektiviseret. Patientforløbene bliver sat i kasser, så det bliver mere mekanisk. Omsorg og kommunikation kommer til at mangle lidt. Der kan der godt blive tabt noget." ☉

Ny sundhedsminister uden erfaring

Sundheds- og ældreministeriet bliver splittet op i to, og det ægrer formand for Dansk Sygeplejeråd Grete Christensen sig over.

Tekst ANNE WITTHØFFT

Med et erklæret mål om maksimum 0,3 pct. vækst i den offentlige sektor kan der blive nok af hårde politiske slagsmål for Lars Løkke's nye trekløverregering.

I spidsen for det nye sundhedsministerium står Ellen Trane Nørby (V), som er ny og uerfaren inden for det sundhedspolitiske område.

Udskiftningen kommer bag på ledende nyhedsredaktør hos Fyens Stiftstidende, Jakob Herskind, som igennem mange år har beskæftiget sig med sundhedsområdet.

"Jeg er overrasket, fordi vi indtil i dag har haft en fagligt kompetent sundhedsminister. Inden Sophie Løhde (V) blev sundheds- og ældreminister, havde hun

jo været sundhedsordfører i en årrække. Og der er Ellen Trane Nørby et meget ubeskrevet blad," siger han.

På sin hjemmeside beskriver Ellen Trane Nørby selv sine "politiske hjertebørn" som international politik og europapolitik. Hun er uddannet cand.mag. i kunsthistorie med sidefag i statskundskab. Og selv om hun har været politisk aktiv som medlem af Venstres Ungdom og Venstre siden 1995, har hun hidtil ikke haft særlig berøring med sundhedspolitik. Inden hun blev undervisningsminister, varetog hun ordførerposter indenfor kultur- og mediepolitik, social- og ligestillingsområdet. Og indtil udnævnelsen

sidste mandag var hendes mest markante sundhedspolitiske udtalelse, da hun sidste år gik imod partilinjen og erklærede sig som tilhænger af aktiv dødshjælp.

Jakob Herskind peger på, at Ellen Trane Nørby skal sætte sig ind i et helt nyt ressortområde, som hun ikke har beskæftiget sig med før.

"Hun kommer jo ind i et meget stærkt departement med en stærk styrelse. Og jo mindre man er inde i stoffet, jo større risiko er der jo for, at embedsmændene styrer politikken og ikke omvendt," siger han.

Fra et til to ministerier

Ud over en udskiftning på sundhedsministerposten så har dannelsen af den nye trekløverregering også ført til en splittelse af Sundheds- og Ældreministeriet fra et til to ministerier.

Og det ægrer Dansk Sygeplejeråds formand, Grete Christensen.

"Det har faktisk haft rigtig stor værdi, at ministerierne har været lagt sammen. For den stigende ældre befolkning gør, at der er behov for at samtænke sundhed og ældre, og jeg håber ikke, at adskillelsen betyder, at der kommer mindre fokus på området," siger Grete Christensen, som understreger, at Dansk Sygeplejeråd byder de nye ministre velkommen.

"Dansk Sygeplejeråd ser frem til at realisere de mange planer for sundheds- og ældreområdet, som allerede er skrevet ind i regeringsgrundlaget."

Tidligere plejehjemsleder, 64-årige Thyra Frank Rasmussen fra Liberal Alliance, har fået posten som ældreminister. Thyra Frank er uddannet sygeplejerske og medlem af Dansk Sygeplejeråd.

Læs også lederen side 3.

Sophie Løhde (V) overdrog Sundhedsministeriet til Ellen Trane Nørby (V), mens den nye ældreminister Thyra Frank (LA) ser til i baggrunden.

Foto JENS DRESLING/POLIFOTO



Sygeplejersker får topkarakter i troværdighed

Danskerne finder i en ny analyse fra Radius Kommunikation, at sygeplejersker er den mest troværdige ud af 20 faggrupper.

Sygeplejersker er den faggruppe, som danskerne har mest tillid. I en ny troværdighedsundersøgelse fra Radius Kommunikation giver danskerne topkarakter i troværdighed til sygeplejerskerne, som dermed er tilbage på samme høje niveau som i 2014.

”Det er glædeligt, at danskerne har så stor tillid til sygeplejerskerne. Det afspejler, at der er overensstemmelse mellem den kritik, sygeplejerskerne har af travlhed, og mangel på sammenhæng i sundhedsvæsenet og de oplevelser, patienter og pårørende har. Sygeplejerskerne knokler hver eneste dag for at levere de faglige ydelser på et tilfredsstillende fagligt niveau. Det lykkes ikke altid, men det er glædeligt, at danskerne opfatter det som troværdigt, at sygeplejerskerne siger fra,” siger formand for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, i en kommentar til undersøgelsen.

Tilliden til sygeplejersker er generelt høj i troværdighedsmålinger, og i den seneste analyse fra Radius Kommunikation stiger den efter et mindre fald i 2015. Dermed har danskerne mere tiltro til sygeplejersker end til f.eks. dommere, læger og polititbetjente. Målingen er baseret på besvarelser fra et repræsentativt udvalg af danskere via Epinions Danmarkspanel, som blev bedt om at vurdere troværdigheden for en række faggrupper.

I undersøgelsen fra Radius Kommunikation lægger danskerne særlig vægt på kvaliteten af det håndværk sygeplejerskerne leverer, og de er tilfredse med den service, som sygeplejerskerne yder. 77 pct. af danskerne siger således, at de i høj eller meget høj grad er imponerede over sygeplejerskernes arbejde, og 80 pct. svarer, at de er overvejende eller meget tilfredse med den service, sygeplejerskerne yder.

I årets undersøgelse om troværdighed går anden- og tredjepladsen til dommere og læger.

(pab)

Diabetespatienter tilbydes virtuel konsultation

På Diabetesklinikken ved Akademiska Universitetshospital i Uppsala bliver diabetespatienter tilbudt virtuelle konsultationer, så de ikke behøver møde fysisk op på hospitalet.

Patienten booker selv tid i sygeplejerskens kalender. Når der er tid til samtalen, foretager patienten et videoopkald, og sygeplejersken sidder klar foran webcam. Ud fra data om insulinniveau og langtidsblodsukker indsamlet siden sidste konsultation kan sygeplejersken som ved en helt almindelig konsultation rådgive om kost, motion og insulinindtag.

Diabetessygeplejerske Johan Fischier var som projektansat ved Institut Academic Innovation med til at udvikle konceptet. Han oplever, at det giver mere selvsikkerhed hos patienterne, når de selv kan tage mere ejerskab til konsultationen i stedet for den usikkerhed, der kan følge med et hospitalsbesøg.

(brl)

Film

Min mor er psykotisk

I det svenske drama "Pigen, moderen og dæmonerne" har en psykotisk mor isoleret sig i en lejlighed, hvor hun bor sammen med sin otteårige datter Ti. I skolen fortæller Ti, at alt går fint, men facaden bliver sværere at opretholde. Familiens lejlighed er fyldt op med affald og flasker med urin, og Ti bliver nødt til at bruge sin fantasi og minder om mosteren Tamara for at overleve sin mors forstyrrende adfærd. Da den psykiske sygdom tager til, er det op til Ti at tage kampen mod dæmonerne. Filmen er baseret på instruktør Suzanne Ostens egen opvækst, og i filmen bliver forældre-barn-forholdet portrætteret ganske autentisk, idet de to skuespillere er mor og datter i virkeligheden.

Filmen havde premiere i flere biografer landet over den 10. november.

Uddannelsesloft sætter en stopper for dobbeltuddannelser

Et nyt lovforslag vil fra januar begrænse muligheden for at skifte karriere. Lovforslaget rammer dem, som vil tage en sygeplejerskeuddannelse ovenpå en anden uddannelse, men det vil også begrænse de sygeplejersker, som gerne vil skifte karriere.

Tekst **SUSANNE BLOCH KJELDSSEN** · Arkivfoto **SØREN SVENDSEN**

Helle Yndgaard Storm ville aldrig være blevet sygeplejerske, hvis hun havde søgt ind på sygeplejerskeuddannelsen efter den 1. januar, for hun har en akademisk bachelorgrad i engelsk i bagagen.

Et nyt lovforslag, som regeringen, Socialdemokratiet og Dansk Folkeparti står bag, betyder, at man fra årsskiftet ikke længere kan tage to uddannelser på samme niveau, ligesom man heller ikke kan tage en uddannelse på et lavere niveau.

”Det er endnu en ærgerlig prioritering på uddannelsesområdet,” siger Helle Yndgaard Storm, som udover at være sygeplejestuderende også er formand for Sygeplejestuderendes Landssammenlutning, SLS. Hun mener, at det vil gøre sygeplejerskeuddannelsen og faget lidt fattigere, hvis man fremover går glip af nye studerende, som kan tilføre inspiration fra erfaring med andre uddannelser og fag.

”Sygeplejerskeuddannelsen har gavn af, at folk kommer med forskellige kvalifikationer og kompetencer, også fra andre studier. Endvidere gavner det også vores uddannelse, at de studerende kommer med mange forskellige baggrunde og er forskellige steder i deres liv. Ikke alle vælger rigtigt første gang eller vil det samme hele livet, fordi vi udvikler os. Det her fag kræver en vis ballast, som ikke alle har, når de er helt unge og

skal vælge uddannelse. Dem skal vi også kunne rumme og give plads til,” lyder holdningen fra SLS-formanden.

Den holdning er formand for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, enig i:

”Forslaget er uintelligent og uigennem tænkt. Det sætter begrænsninger og blindgyder ind i uddannelsessystemet i stedet for at bygge på tidligere kerneværdier om et sammenhængende og fleksibelt uddannelsessystem.”

Der skal være undtagelser

Dansk Sygeplejeråd finder det afgørende, at der bliver indbygget fleksible muligheder i den endelige aftale.

”Hvis man f.eks. af helbredsmæssige årsager har behov for et sporskifte i karrieren, eller hvis man på grund af manglende jobmuligheder har brug for at tage en ny uddannelse, så må der ikke være barrierer for det. Der skal samtidig være mulighed for at tage en ny uddannelse, hvis det er fagligt begrundet i ønsket om at kombinere fagligheder – det kunne være sygeplejersken, der vil videreuddanne sig til jurist med speciale i sundhed,” siger Grete Christensen.

Ifølge tal fra Uddannelses- og Forskningsministeriet var der i 2014 i alt 90 sygeplejersker, som valgte at tage en dobbeltuddannelse oveni sygeplejer-

skeuddannelsen, mens der var 100, som dobbeltuddannede sig fra en anden uddannelse til sygeplejerske.

Skiftet fra pædagog til sygeplejerske og fra ernærings- og sundhedsbachelor til sygeplejerske var på top 10-listen over de mest populære dobbeltuddannelser.

I skiftet fra sygeplejerske til en anden uddannelse er folkeskolelærer, pædagog og bachelor i psykologi de mest attraktive.



Nyt lovforslag gør det umuligt for andre personer med en bacheloruddannelse at læse f.eks. til sygeplejerske.

Bøder til personale på 112

En sygeplejerske og en paramediciner har fået bøder på 5.000 kr. for ”grov forsømmelse eller skødesløshed i tjenestens udførelse”, da de undlod at sende ambulance til døende mand.

Tekst **SUSANNE BLOCH KJELDSSEN**

For lidt over to år siden døde en hjemløs mand på 32 år af et hjertestop på torvet ved Amagerbro metrostation i København, efter at flere borgere forgæves havde forsøgt at få politiet og akutberedskabet til at komme manden til hjælp. Nu har Københavns Politi afgjort, at to ansatte på Hovedstadens akutberedskab, en paramediciner og en sygeplejerske, skal have bøder på 5.000 kr. for ”grov forsømmelse eller skødesløshed i tjenestens udførelse”.

Ifølge vicedirektør i Region Hovedstadens akutberedskab, Birgitte Rav Degenkov, er det usædvanligt, at sundhedspersonalet får bøder i forbindelse med arbejdet. Hun tager afgørelsen til efterretning:

”Men det er ikke bøderne, der er afgørende for, hvor alvorligt vi opfatter sagen. Alle alvorlige hændelser analyseres, og der uddrages læring med henblik på at undgå, at samme situationer kan opstå igen. Allerede da sagen var aktuel, talte vi meget om den med medarbejderne. Vi har siden 2014 gjort endnu mere ud af at klæde vores medarbejdere på til at kunne håndtere opgaven. F.eks. er introduktionen ved start blevet mere fokuseret og systematisk, og der er gjort en stor ledelsesmæssig indsats for at sikre en korrekt spørgeteknik, så visitationen sker på et patientsikkert grundlag,” siger Birgitte

Rav Degenkov. Hun forklarer, at sagen har fyldt en del blandt medarbejderne.

”Telefonvisitation er en disciplin, der kræver tilbagevendende fokus og refleksion, fordi alle situationer er forskellige, og personalet er afhængige af oplysninger fra mennesker på stedet.”

Sagen endte med bøder til personalet, fordi de ikke revurderede deres beslutninger i takt med, at der kom flere henvendelser fra borgere.

Akutberedskabets nye retningslinjer indskærper, at borgere ikke må stå i en svær situation alene, og man sender derfor hellere en ambulance én gang for meget.



Glædelig Jul

Ønskes alle vores medlemmer og samarbejdspartnere

Vi har haft mange ønsker i år, men desværre er det ikke alle, der bliver opfyldt. Således har vores kolleger i forskellige jobs hos såvel kommuner, regioner, statslige eller private arbejdsgivere oplevet et år med mange nye faglige udfordringer og højt arbejdspress. Det er en følge af, at flere patienter forventes behandlet på kortere tid. Men behandlingen og plejen kan ikke sættes på formler.

Vi vil have tid til at se patienterne i øjnene og til at kunne hjælpe dem med de problemer, de har. Måske er det netop derfor, at vi netop i år har fået stor anerkendelse fra mange borgere. Vi har modtaget ALT for damernes kvindepris, som påskønner vores mod og vilje til at møde patienterne. Og ikke nok med det. Vi er blevet udråbt som den mest troværdige faggruppe i Danmark, den faggruppe som befolkningen har størst tillid til.

På vegne af alle sygeplejersker vil vi gerne sige tak for det. Vi sætter stor pris på den store opbakning.

Vi håber, I alle får lejlighed til at nyde nogle fridage i julen/ nytåret og bruger tiden til at være sammen med familie og venner og får ladet op til det nye år, som venter forude.

Med ønsket om en glædelig jul og et godt nytår

Grete Christensen
Grete Christensen
Formand

Anne Granborg
Anne Granborg
Adm. direktør



SKOTLAND

Ekstra sygeplejerske kan redde liv efter slagtilfælde

For hver ekstra specialuddannet sygeplejerske pr. 10 senge kan man nedbringe dødeligheden efter slagtilfælde med 28 pct. efter 30 dage og 12 pct. efter et år. Det viser en ny undersøgelse foretaget af Aberdeen og East Anglia Universiteter, der har samlet data ind fra otte forskellige hospitaler i Skotland.

Forskerne havde på forhånd regnet med, at f.eks. antallet af akut- og genoptræningspladser ville være en afgørende faktor. Til deres overraskelse viste det sig dog klart, at det er antallet af sygeplejersker, som gør forskellen, når det kommer til patienters overlevelseshastighed efter slagtilfælde.

(brl)

Patienten er med til MUS

”Hvilke kompetencer og muligheder skal du have, for at jeg får et gennemtænkt og trygt forløb?” Det er bare et af de spørgsmål, som patienter og pårørende kan stille, når sygeplejersker og andre medarbejdere på Herlev og Gentofte Hospital er til medarbejderudviklingssamtale (MUS).

Overordnet ønsker hospitalet, at MUS skal handle om virksomhedens kerneopgave: at få patienter, pårørende og medarbejdere til at føle sig godt behandlet. Hospitalet har derfor udviklet 13 MUS-kort, der er udstyret med temaer som Forløb, Inddragelse og Faglighed, hjælpespørgsmål og billeder af patienter, pårørende og personale.

”Vi ved, at medarbejdere trives, når de føler, at de løser deres kerneopgave godt. Derfor fokuserer vores nye MUS-kort på, hvordan medarbejderen kan udvikle sig i forhold til vores kerneydelse. Kortene er med til at sætte rammen for samtalen, så den handler om medarbejderens udvikling i lyset af vores ambition. Derfor er det primært patienter og pårørende, der stiller spørgsmålene. I sidste ende handler en MUS jo om medarbejderens rolle og udvikling i forhold til, hvorfor vi er her som hospital. Og vi er her jo

for patienternes skyld,” siger chef for Patientforløb og Organisation, Sidsel Rasborg Wied.

De første MUS-kort blev udviklet i 2014. Interessen for dem er stor, og en række offentlige virksomheder som hospitaler, apoteker, akutberedskaber, kommuner, daginstitutioner og uddannelsesinstitutioner har fået tilsendt et sæt af MUS-kort.

(cso)



Foto THOMAS HOMMELGAARD

Til MUS på Herlev og Gentofte Hospital vælger leder og medarbejder nogle kort, som de diskuterer ud fra. Som noget nyt er det patienter og pårørende afbildet på kortene, som stiller spørgsmålene. Det sikrer, at samtalen handler om hospitalets ambition ”Godt behandlet”.

Fag & Forskning

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

Danmark i top med andel af normalvægtige

Hver anden voksne dansker er normalvægtig med et BMI mellem 18,5 og 24,9. Det gør os til det land i EU med den største andel normalvægtige indbyggere, kun overgået af Italien. Det viser en stor europæisk undersøgelse, som Statens Institut for Folkesundhed har bidraget til. I Danmark er 51 pct. af den voksne befolkning normalvægtige. Dertil kommer 32 pct., der er overvægtige, og 14 pct., der er svært overvægtige. Resten er undervægtige. Italien ligger kun 2 procent-

point højere med 53 pct. normalvægtige. Hvad angår normalvægtige indbyggere i andre EU-lande, ser kortet sådan her ud: Efter Italien og Danmark kommer Østrig, Luxembourg og Frankrig på en delt tredjeplads med 50 pct. normalvægtige. Bunden i Europa indtages af Maltas indbyggere. Her er 38 pct. af befolkningen normalvægtige, mens resten af indbyggerne er overvægtige eller svært overvægtige.

Finanslov sikrer penge til kræftplan og ældrepleje

Finanslov 2017 lægger pres på fælles velfærdsgoder ved at prioritere lettelse på registreringsafgiften på biler.

Regeringens finanslov for 2017 er vedtaget og sikrer finansiering af Kræftplan IV, der indeholder store fremskridt for kræftpatienterne med fokus på forebyggelse, behandling og rehabilitering af kræftpatienter. Samtidig er der med finansloven også fundet plads til et løft på 0,5 mia. årligt til ældreområdet. Disse penge skal bl.a. gå til den røde klippekortsordning, der giver valgfrihed til ekstra hjælp til alle plejehjemsboere.

Bevillingerne til kræftområdet er øremærket til indsatserne som følge af Kræftplan IV, og derfor vil sundhedspersonale i Danmark uden for kræftafdelingerne næppe opleve positive ændringer i forhold til travlhed og ressourcer i 2017.

Dansk Sygeplejeråd ser med stor ærgrelse på, at finanslovspartierne er blevet enige om at lette registreringsafgiften, så der er 250 mio. kr. færre årligt til statskassen i perioden 2017-2018 og 225 mio. kr. i 2019-2020.

”Det er uforståeligt, at man slækker på indtægterne til fællesskabet. Penge til billigere biler kunne være bedre brugt på aktiv forebyggelse, så vi kunne tage presset af vores sundhedsvæsen. Hvis der skal justeres på afgifter, havde jeg helst set, at partierne også kiggede på at hæve afgiften på cigaretter. Vi ved, at rygning er en afgørende faktor for antallet af kræftpatienter,” siger Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd.

(pab)



Tusindvis af sygeplejersker mødes for at udveksle den nyeste viden indenfor sygeplejen under ICN's kongres d. 27 maj-1. juni 2017, og du kan stadig nå at komme med.

DSR har i samarbejde med de øvrige nordiske sygeplejeorganisationer aktiviteter såsom stand, symposium og reception. Ligeledes vil der løbende være informationer, som vi gerne vil dele med dig. Så vil du modtage disse informationer, har vi brug for din mailadresse.

Søg om penge via DSR

Dansk Sygeplejeråd prioriterer vidensdeling og erfaringsudveksling højt. Derfor uddeler DSR stipendier til oplægsholdere, posterpræsentationer og andre deltagere. Ansøgningsfristen løber til d. 31. december 2016.

Læs mere om deltagelse på ICN's kongres, legaterne og videregivelse af din mailadresse på dsr.dk/ICN17.

Pjece til gravide på fire forskellige sprog

”Når man er ny i et fremmed land, er meget anderledes end dér, hvor man kommer fra, og det kan virke meget overvældende,” fortæller sundhedsplejerske i Sundhedsstyrelsen, Annette Poulsen. Derfor er der nu udarbejdet en pjece til gravide asylansøgere og familiesammenførte med information om det danske sundhedsvæsens tilbud i forbindelse med graviditet og fødsel. Pjecen ”Ny i Danmark –

graviditet og fødsel” fortæller på fire sprog bl.a. om, hvilke vitaminer og mineraler man skal tage under graviditeten, og hvad man skal gøre, hvis man f.eks. får blødninger eller plukveer, men også om danske skikke, f.eks. at det er normalt at have faderen eller andre familiemedlemmer med til fødslen. Pjecen kan hentes på sundhedsstyrelsens hjemmeside og findes på somali, engelsk, arabisk og farsi.





GO-CARDS på caféer i hele landet

Traditionen tro kan du igen i år finde Dansk Sygeplejeråds GO-CARDS på 540 caféer, biografer osv. rundt om i hele landet.

Fra den 8. december og en uge frem kan du finde GO-CARD'et "Jeg sætter pris på dig", og fra den 15. december og en uge frem kan du finde GO-CARD'et med til og fra-kort.

VORES BØRN SKAL IKKE HJEM TIL JUL



Støt julen på
Danners krisecenter
Støt med 100 kr.
SMS Danner til 1919

 **DANNER**

Kom til Bornholm og undgå indbrud juleaften

De næste to år mister Bornholm 50 sygeplejersker alene pga. pensionering. Øen lokker derfor nu med tryghed, billige boliger, skøn natur samt faglig udvikling og tilbud om vejledning af tilflytterkonsulent.

Tekst **CHRISTINA SOMMER**

Forestil dig et liv med tryghed, billig husleje, masser af plads på både veje og i busserne og ikke mindst underskøn natur som nærmeste nabo. Det er bare nogle af de goder, du ifølge øens tilflytterkonsulent Rune Holm vil få, hvis du slår dig ned som sygeplejerske på Bornholm.

I løbet af de næste to år kommer øen til at mangle 50 sygeplejersker alene pga. alder. De går nemlig på pension. Og da øen ikke selv kan uddanne tilstrækkeligt med sygeplejersker, går Bornholms Hospital og regionen nye veje for at tiltrække arbejdskraft.

Flere steder, bl.a. på Facebook, beskriver Rune Holm således øens fortræffeligheder og tilbyder at hjælpe både sygeplejersker og deres familier godt på plads, også med job til samlever og hjælp og gode råd i forhold til skole- og daginstitutionstilbud.

"For 2 mio. kr. kan man købe et hus med havudsigt, og selv en enlig sygeplejerske med to børn har råd til eget hus her. Her er trygt og sikkert at bo, vi behøver ikke engang at låse døren juleaften, for der har ikke været indbrud de sidste to år," siger han med et smil på læben.

Udtalt sygeplejerskemangel
Sygeplejerskemanglen er allerede udtalt. I øjeblikket står Bornholm f.eks. uden ledende sygeplejerske for de kommunale sygeplejersker og sygeplejersker til både akutmodtagelsen og den medicinske afdeling på Bornholms Hospital. Og også fagligt mener Rune Holm, at Bornholm har meget at tilbyde.

"Afdelingerne er lidt mindre, man kender også rengøringsdamen ved fornavn. Der er ikke så langt fra tanke til handling, f.eks. hvis man vil være leder. Og der er gode muligheder for at skifte job f.eks. fra kardiologisk afdeling til akutmodtagelsen, hvis man har lyst til nye udfordringer. Det er måske lidt nemmere at skifte spor på et lille hospital, og selvfølgelig gør personalemanglen det også lettere," siger han, men erkender:

"Hvis du har behov for at sidde på en café på Nørrebro hver eftermiddag, så er Bornholm ikke stedet for dig."

Indtil videre har charmeoffensiven resulteret i knap 20 henvendelser fra sygeplejersker. Seks har taget springet, og flere er på vej.





Ændringer i pensionspakken hos PKA

Hvad vejer tungest – en forholdsvis høj førtidspension, hvis uheldet er ude, eller en tilsvarende højere alderspension, når man takker af efter et langt og godt arbejdsliv? Det beder PKA 210.000 medlemmer om at tænke over med kampagnen "Trim din pensionspakke".

Tekst **CHRISTINA SOMMER**

I skrivende stund opfordrer PKA 210.000 medlemmer til at tage stilling til, om de har den rette pensionspakke. Medlemmerne, som er optaget i pensionskassen før den 1. januar i år og stadig arbejder, får nu tilbuddet om at vælge den samme pensionspakke, som alle nye medlemmer har fået siden den 1. januar 2016.

Og den adskiller sig væsentligt på to punkter, forklarer medlemschef i PKA Britt Brandum. For det første indeholder den nye pensionspakke en højere alderspension mod en lavere førtidspension modsat den gamle pensionspakke, hvor PKA udbetaler nogenlunde samme beløb til medlemmerne i både førtidspension og alderspension. Den ændring er sket i erkendelse af, at beløbet, man får af det offentlige i forbindelse med en førtidspension, er væsentligt højere end det beløb, det offentlige udbetaler i alderspension, i daglig tale folkepension.

"En del medlemmer er overkompenseret. De vil næsten få mere udbetalt, hvis de bliver syge, end da de arbejdede, og de får også tilsvarende mindre, når de overgår til alderspension. Og den forskel ønsker vi at udjævne med den justerede pensionspakke," fortæller Britt Brandum.

En tidssvarende pension

For det andet har en del medlemmer, som er optaget i PKA før 2006, ingen dødsfaldsdækning, eller også har de det, der hedder en ægtefælle-/samleverpension. Dvs. en pension, som kun vil blive udbetalt til evt. ægtefælle eller samlever, hvis man har boet sammen i minimum to år umiddelbart før dødsfaldet og i øvrigt fortalt PKA om samleveren.

"Udbetalingen er altså koblet op på ens civilstand, hvilket må siges at være en smule umoderne i vores tid. Derfor får alle nu mulighed for at få eller ændre

ægtefælle-/samleverpensionen til en såkaldt "Pension ved død", som vil blive udbetalt uanset ens familiestatus ved død. Den vil typisk blive udbetalt til børn eller efter testamente," fortæller Britt Brandum.

Normalt vil PKA gerne vejlede sine medlemmer personligt, men i dette tilfælde kan Britt Brandum kun opfordre de berørte 210.000 medlemmer til at logge på hjemmesiden og kigge lidt på de forskellige scenarier med udgangspunkt i egen situation.

"Vi kan ikke give nogen anbefalinger i denne situation. Er det f.eks. super vigtigt for en at have mange penge, hvis man bliver syg, eller helbredet skranter lidt, ja så skal man måske fastholde den nuværende pakke. Men der er ikke uanede mængder af penge, og i så fald vil der være mindre at gøre godt med i forhold til alderspensionen," siger Britt Brandum.

Fag& Forskning

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

Nyt selskab: Samtaler skal tage udgangspunkt i patienternes dagsorden

Læger og sygeplejersker skal lære at strukturere samtalerne, så de tager udgangspunkt i patienternes dagsorden, lyder det fra sygeplejerske og formand for det nystiftede Selskab for Kommunikation i Sundhedsvæsenet, Jette Ammentorp. Der er efterhånden forsket meget i, at patientcentreret kommunikation har en positiv helbredseffekt og giver mere tilfredse patienter, men den viden mangler stadig at blive implementeret mange steder i sundhedsvæsenet. "Vi tror på, at vi kan samle kræfterne bedre med et selskab. Den store målsætning er, at vi bliver bedre til at implementere den viden, vi

finder frem til i forskningen på tværs af faggrupper, der arbejder med patientkommunikation," siger Jette Ammentorp til Dagens Medicin. Jette Ammentorp har tidligere stået i spidsen for projektet "Klar tale med patienterne", hvor medarbejdere med patientkontakt blev uddannet i patientinddragende samtaler. Hun har også været initiativtager til et projekt, hvor patienter fik tilbudt lydoptagelser af deres konsultationer, så de bedre kunne huske indholdet af samtalen med lægen eller sygeplejersken. Og det er sådanne erfaringer, det nye selskab vil arbejde videre med og udbrede.



Sygeplejerske
Susanne Diener
var glad for sit
møde med hospi-
talsdirektør Gert
Sørensen.

TIL SAMTALE MED DIREKTØREN

YTRINGSFRIHED. Da Susanne Diener skrev et debatindlæg om det pres, hun og hendes kollegaer er under, blev hun kaldt til samtale hos hospitalsdirektør på AUH, Gert Sørensen. Ikke for at modtage en påtale, men med en invitation til dialog.

Tekst **BRITT LINDEMANN** · Foto **JOHN KRISTENSEN**

For nylig fik sygeplejerske Susanne Diener en ikke helt almindelig start på ugen på Aarhus Universitets Hospital. Hun var inviteret til møde på direktør Gert Sørensens kontor til en dialog om de udfordringer, hun og hendes kollegaer møder i hverdagen.

Susanne Diener kender ellers godt kommandovejen, når et problem skal løses: Nærmeste leder, tillidsrepræsentant og det lokale MED-udvalg. Men nogle gange har det været svært at få øje på, at det rigtig nyttede. Derfor slog hun til, da hospitalsdirektør Gert Sørensen på intranettet opfordrede de ansatte til at deltage i den åbne debat:

”Intranettet skaber mulighed for at rejse kritik og komme med forslag, så det kan høres i hele organisationen. Og det er godt og sundt, fastslår direktøren, som opfordrer alle til at blande sig på intranettet.”

Susanne Diener skrev og skrev, og med hjælp fra kommunikationskonsulent i Kreds Midtjylland, Ditte Scharnberg, fik hun sat struktur på. Det gav hende mod på også at skrive en kronik til Århus Stiftstidende.

”Bespærelserne er nået så vidt, at vi dis-

kuterer, om det er småting som f.eks. tandstikker, vi skal spare væk,” siger Susanne Diener om de stramme økonomiske vilkår, som end ikke ledelsen kan ændre på.

Når Susanne Diener valgte at publicere problemerne udenfor det interne system, så var det for at give både befolkning og politikere større indsigt i, hvordan der prioriteres.

Kronikken har fået mere end 1.700 likes, er blevet delt i flere sygeplejefaglige kredse og har fået mange positive tilbagemeldinger. Plus en invitation fra direktøren.

Invitation til dialog

Inden mødet med Gert Sørensen gik Susanne Diener systematisk til værks. Hun følte et ansvar for at få italesat så mange problemer som overhovedet muligt.

”Jeg ville tale med ham om, hvad medarbejdere og ledere kan gøre, hvis vi står sammen. Om vi ikke kan hjælpe hinanden til at gøre vilkårene bedre.”

Susanne Diener var godt klar over, at det var urealistisk, at der ville ligge et færdigt løsningsforslag efter halvanden times møde, men hun var alligevel tilfreds med resultatet.

”Det var rart at høre, at ledelsen faktisk er klar over, hvor pressede vi er. Jeg synes, at han lyttede meget åbent til mig, og jeg tror, han har fået skærpet sin opmærksomhed på de problemer, vi har ude på afdelingerne,” fortæller hun om sin snak med Gert Sørensen.

Susanne Diener håber, at hun kan være det gode eksempel, der får andre sygeplejersker til at turde ytre sig. At det kan nytte noget.

”Vi kan ikke ændre noget fra den ene dag til den anden, men problemerne bliver i hvert fald ikke løst, hvis vi ikke siger noget. Vi er nødt til at prøve at råbe politikerne op,” siger Susanne Diener. ●



Tier om kritisable forhold ...

En analyse foretaget blandt 1.828 sygeplejersker bragt i sidste nummer af Sygeplejersken viste bl.a., at 28 pct. af de adspurgte sygeplejersker har valgt at tie om kritisable forhold i sundhedsvæsenet, selv om de mener, at offentligheden burde kende til dem.

OMBUDS- MANDEN IND I SAG OM SYGEPLEJERSKE

YTRINGSFRIHED. Folketingets ombudsmand går nu ind i sagen om sygeplejerske Lise Müller, der blev kaldt til samtale med sin leder efter en Facebook-opdatering om forholdene i hjemmeplejen.

Tekst ANNE WITTHØFFT

I artiklen "Jeg fik 13 minutter" i *Sygeplejersken* nr. 12 fortalte sygeplejerske Lise Müller, at hun efter at have brugt sin ytringsfrihed, blev kaldt til møde med ledelsen. Det skete, efter at Lise Müller skrev et Facebook-opslag om, hvordan hun oplevede, at flere omstrukturingsprocesser i hjemmeplejen havde forringet både arbejdsmiljøet og dermed også plejen af borgerne.

Hun blev herefter kaldt ind til en samtale med bl.a. den øverste leder for hjemmeplejen i Frederiksberg Kommune. I interviewet fortæller Lise Müller bl.a., at hun på mødet fik at vide, at "det, hun har skrevet, er helt forkert", og at "hun ikke skal bruge sine kollegaer til egen politisk selvpromovering". En bemærkning, der er møntet på, at Lise Müller ud over at være sygeplejerske også er regionsrådspolitiker.

Artiklerne i *Sygeplejersken* har nu fået ombudsmanden, Jørgen Steen Sørensen, til at rejse en egen drift-sag, dvs. at sagen er rejst på ombudsmandens eget initiativ. Han har bedt Frederiksberg Kommune om en udtalelse i sagen.

Ud over artiklerne i *Sygeplejersken* inddrager ombudsmanden også rådmænd i Frederiksberg Kommune, Margit Ørsted (V), der har reageret på interviewet ved at lægge følgende kommentar op i en tråd på Lise Müllers Facebook:

"Lige gyldigt om man arbejder på en privat eller offentlig arbejdsplads, så vil det mest naturlige være, at man går til ledelsen, hvis man har frustrationer, som man oplever på arbejdet – at skrive læserbreve eller lægge disse bekymringer ud på Facebook – det er der nok ikke mange firmaer eller offentlige institutioner, som ville synes var fair – eller en god måde at løse et problem på."

Ombudsmanden har derfor bedt Frederiksberg Kommune om at forholde sig til reglerne om offentligt ansattes ytringsfrihed, som bl.a. siger, at "Som offentligt ansat er man beskyttet af grundlovens bestemmelse om ytringsfrihed. Det betyder, at man på egne vegne kan deltage i den offentlige debat og fremsætte personlige meninger og synspunkter. Det gælder også emner, der vedrører ens eget arbejdsområde." ●



Loyalitet må ikke begrænse ytringsfriheden

Offentligt ansatte har som alle andre borgere i Danmark ytringsfrihed. Men ytringsfriheden bliver nogle gange fejlagtigt begrænset af de ansattes chefer. Det sagde Jonas Bering Liisberg, direktør ved Folketingets Ombudsmand under en høring om offentligt ansattes ytringsfrihed, skriver ftf.dk

Ombudsmanden oplever tit, at offentlige arbejdsgivere giver udtryk for, at loyalitetspligten må betyde, at medarbejderen skal gå til ledelsen først med kritik, før han eller hun giver sin private mening til kende i offentligheden.

»Og det er et problem, for lidt enkelt sagt: Loyalitet og ytringsfrihed i samme sætning er en misforståelse i forhold til offentligt ansattes ytringsfrihed. Loyalitetspligten begrænser ikke offentligt ansattes ytringsfrihed«, sagde Jonas Bering Liisberg, der gav nogle konkrete eksempler på, hvilke konsekvenser lovlige ytringer har haft for offentligt ansatte:

»Dundertaler, indkaldelse til samtaler, advarsler og mest alvorligt afskedigelser. Vel at mærke for lovlige ytringer fremsat af den offentligt ansatte i egenskab af privatperson.«

(jlu og cso)

Læs også: 'Her er reglerne for din ytringsfrihed' på www.ftf.dk

IDOMOVE GO PULSE

AKTIVITETSARMBÅND MED INDBYGGET PULSMÅLER
- PERFEKT SOM JULLEGAVE

Aktivitetsarmbåndet IDOMOVE GO PULSE registrerer din puls direkte på armen, alle bevægelser, distance, forbrændte kalorier og søvnaktivitet. Derudover vises indgående & mistede opkald, klokkeslæt, SMS samt notifikationer fra sociale medier.

Køb det på udvalgte apoteker landet over og på sygeplejersken.dk

Kun: **699,-**

IDOMOVE

Læs mere og køb online på: www.IDOMOVE.com

NYHED



HJERTEFORENINGEN

Hold dig fagligt ajour på hjerteområdet

Netværk
Faglige nyhedsbreve
Arrangementer og konferencer
Kompetenceudvikling

Besøg vores nye Fagnet og tilmeld dig online
Besøg Hjertereforeningens nye hjemmeside for fagfolk. Siden er for dig, der arbejder inden for hjerteområdet. Både eksisterende og nye medlemmer af netværket kan tilmelde sig på www.hjertefagnet.dk

Har du spørgsmål vedrørende Hjertereforeningens Netværk for fagfolk, kontakt Sidsel Marie Runz-Jørgensen, Sundhedskonsulent i Hjertereforeningen, 7025 0000



AARHUS UNIVERSITET

Tag en videreuddannelse med sygeplejefaglighed i fokus

Informationsmøder

I 2017 udbyder vi følgende uddannelser:

- **Kandidatuddannelsen i Sygepleje** (Aarhus og København)
- **Masteruddannelsen i Klinisk Sygepleje** (Aarhus, med mulighed for undervisning i København på udvalgte moduler)

Vi inviterer til informationsmøder

Onsdag den 8. februar kl. 15.00-17.00 i Aarhus

Bygn. 1231 – lokale 424, Wilh. Meyers Alle 3, 8000 Aarhus C

Torsdag den 9. februar kl. 15.00-17.00 i København

Campus Emdrup, Auditoriet, Bygning D 169, Tuborgvej 164, 2400 København NV

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

**Sektion for Sygepleje, Institut for Folkesundhed,
Aarhus Universitet, Health**

Tlf. 8716 8267 – hn@ph.au.dk
www.ph.au.dk/om-instituttet/sektioner/sektion-for-sygepleje/

HØRT! HVAD KAN MAN NÅ PÅ 15 MINUTTER?

Politikernes linde strøm af krav provokerede konsultationssygeplejerske **Anne Byskov** til at skrive et læserbrev. Hun har allerede svært nok ved at få 15 minutters konsultation til at række.

Tekst ANNE WITTHØFFT · Foto SØREN SVENDSEN

”Jeg ved godt, at jeg kun har fået tid til at få tjekket mit blodtryk, men jeg kommer jo aldrig til lægen. Så kan jeg ikke også lige få taget blodprøver og få en henvisning til speciallæge og tjekket, om det, jeg har på foden, er en fodvorte? Og så skal jeg lige booke en tid til min mand også.”

Sådan lyder det ofte fra patienterne i den lægepraksis i Københavns Kommune, hvor sygeplejerske Anne Byskov arbejder. Patienterne samler til bunke for ikke at overrende lægen, men det betyder også, at det kan være svært at nå det hele inden for de 15 minutter, som der er sat af til en konsultation.

Og når man så samtidig skal leve op til de krav om bedre sammenhængende patientforløb, øget patientinddragelse, forbedret overlevelse og øget patientsikkerhed, som politikerne har vedtaget med de otte nye nationale mål for sundhedssektoren, så hænger det ikke længere sammen, fortæller hun.

”Jeg oplever også, at politikerne hele tiden kommer med udmeldinger, som vi skal forholde os til,



Politikerne har ikke føling med hverdagen, men dikterer bare en masse ting oppefra.



og skubber flere opgaver over til os, der gør, at vi får ekstra arbejde. Men vi får ikke mere tid til at udføre opgaverne. Arbejdsmængden bliver bare ved med at stige,” siger Anne Byskov.

Da Anne Byskov – efter en dag med flere af ovenstående type patienter og deraf voksende ventetider – læste en artikel i Politiken, hvor daværende sundheds- og ældreminister Sophie Løhde (V) udlagde de nye nationale mål, blev hun så irriteret, at hun satte sig ned og skrev et debatindlæg til avisen, udformet som et åbent brev til ministeren.

”Jeg bliver både provokeret, fordi jeg tænker, at vi jo allerede i forvejen prøver at nå hele vejen rundt om patienten og medinddrage denne. Og fordi jeg føler, at politikerne ikke har føling med hverdagen, men bare dikterer en masse ting oppefra,” siger Anne Byskov.

Hun mener, der burde være større fleksibilitet i tidsrammen på konsultationerne. I dag er de bygget op efter ydelsesrater, der betyder, at lægen får det samme beløb uafhængigt af konsultationens længde, hvilket gør det urentabelt at have konsultationer af mere end 15 minutters varighed.

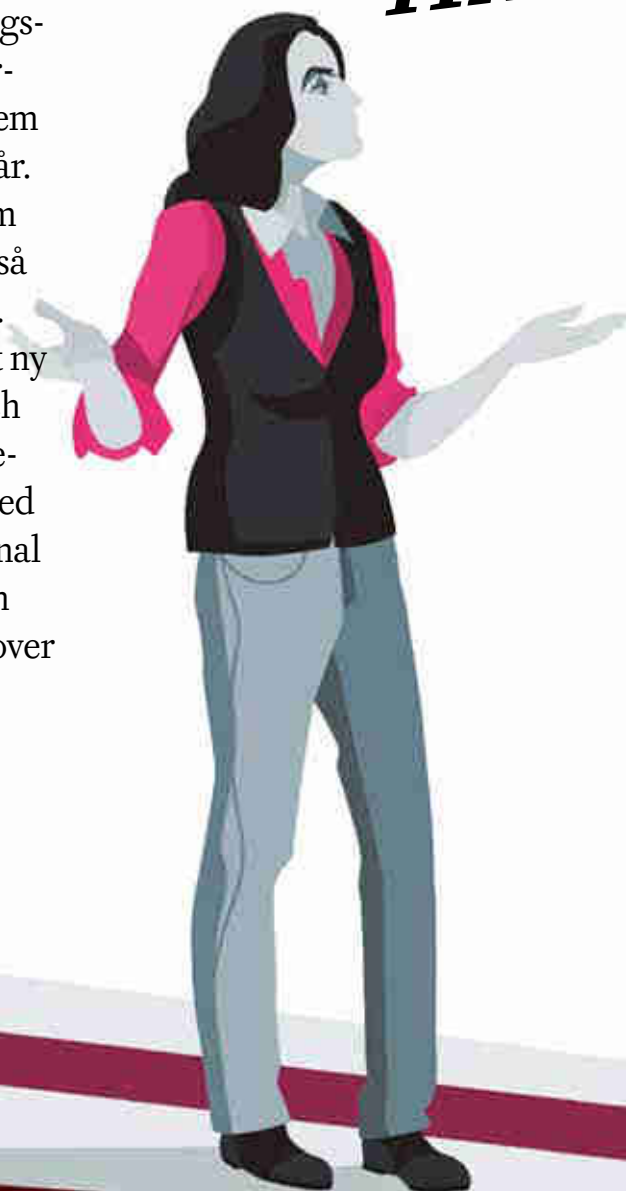
”Hvis man havde mere tid, kunne man måske også fange nogle af de kronikere, der bliver indlagt akut, i opløbet,” siger Anne Byskov. ●

”I dag har jeg formået at klare følgende på 15 minutter: Udføre ekg, tage blodprøve, måle blodtryk, behandle en fodvorte, opdatere patientens data, bestille en ny tid til opfølgning – og så også lige spørge ind til, hvordan patienten havde det, da hun var indlagt for tre uger siden.” Sådan beskrev sygeplejerske Anne Byskov én af sine konsultationer i et åbent brev til sundhedsministeren.

PATIENT- ERNE *BLIVER DERES EGNE BE- HANDLERE*

Patienterne er omdrejningspunktet for en stor kulturændring, der ruller gennem sundhedsvæsenet i disse år. De skal selv træffe valg om behandling, og måske også selv stå for behandlingen. Sygeplejersker får en helt ny rolle som patientens coach og hjælper, når vigtige beslutninger skal træffes. Med inspiration fra international forskning er projekter om beslutningsstøtte i gang over hele Danmark.

Tekst **SUSANNE BLOCH KJELDSSEN**
Illustration **MIKKEL HENSSEL**



**HORMON-
BEHANDLING**

**FJERNELSE
AF BRYST**

OPERATION



KEMOTERAPI



SCANNING

MONOTERAPI

**ALTERNATIV
BEHANDLING**

**STRÅLE-
BEHANDLING**

PATIENTENS PERSPEKTIV HAR VÆRET EN ØJENÅBNER

Patientinddragelse – har vi ikke altid gjort det? Den følelse har været den stærkeste barriere for alle faggrupper for at begynde at arbejde på en ny måde. Sådan lyder erfaringen fra Det Brugerinddragende Hospital i Aarhus, som fører visionerne ud i virkeligheden i disse år.

Tekst **SUSANNE BLOCH KJELDEN**
Illustration **MIKKEL HENSSEL**

⦿ Patientinddragelse skal gennemsyre sundhedsvæsenet, sådan lyder de politiske visioner fra højeste plan. I praksis betyder det, at patienterne skal være med til at beslutte, hvilken behandling der er den rigtige for dem, og hvor og hvordan den skal foregå. De skal også være med til at beslutte, hvad der skal forskes i.

På landsplan er der hundredvis af brugerinddragende projekter i gang. En stor del dem handler specifikt om beslutningsstøtte. På Aarhus Universitetshospital har man taget skridtet fuldt ud med projektet ”Det Brugerinddragende Hospital”.

Mere tid til dialog

Leder af Forskningsprogrammet Patientinvolvering, professor cand.cur. Kirsten Lomborg, er med i styregruppen for Det Brugerinddragende Hospital.

Hun mener, at sygeplejersker kommer til at tage et stort ansvar for at føre

dialoger med patienten om valg af behandling. Et område, der traditionelt har ligget mellem lægen og patienten, pointerer Kirsten Lomborg:

”I dag har lægerne ganske kort tid sammen med patienten, og hvis man skal arbejde med fælles beslutningstagning, så kræver det ofte mere tid til dialog og evt. også en tænkepause for patienten. Men man behøver måske ikke at sætte den dyreste arbejdskraft til at sidde med i hele beslutningsforløbet, så længe alle parter kender det faglige beslutningsgrundlag og ved, hvad der skal foregå i dialogen.”

Hvis lægerne skal overlade til sygeplejersker at tage samtaler med patienten om valg af behandling, så skal lægerne være med til at udarbejde de beslutningsstøtteredskaber, der skal bruges i samtalerne.

”Når lægerne er involveret og er med til at sige, at ”det her beslutningsstøtteredskab kan vi stå inde for”, så kan sygeplejersker godt tage nogle af samtalerne. Og sygeplejersker er gode til at have den rolle, fordi de via deres uddannelse er oplært til at interessere sig for patienten i et helhedsperspektiv.”

Det Brugerinddragende Hospital

Aarhus Universitetshospital arbejder med støtte fra Trygfonden og i partnerskab med Aarhus Universitet og Videncenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet, ViBIS, på projekt Det Brugerinddragende Hospital. Projektet løber fra 2014-2018, og første del er ved at blive evalueret. I anden halvdel frem til sommeren 2018 skal metoderne stilles til rådighed i hele landet.

Kulturforandring

Beslutningsstøtte er kun ét element i patientinddragelse, og hvis inddragelsen skal slå



Fælles beslutningstagning og brugerstyret behandling

Fælles beslutningstagning er en samarbejdsproces, der handler om at finde frem til, hvilken behandling der er bedst for patienten. Den sundhedsprofessionelle deler sin sundhedsfaglige viden med patienten, og patienten deler sin viden om sit liv med sygdommen og sine præferencer med den sundhedsprofessionelle. Overordnet er der fire grundprincipper for fælles beslutningstagning:

- Både patient og behandler skal være aktivt involveret i beslutningstagningen
- Begge parter skal dele deres viden
- Begge parter skal dele deres præferencer
- Parterne skal nå til enighed

Brugerstyret behandling går kort fortalt ud på, at patienter selv bestemmer, hvor ofte de vil i kontakt med sundhedsvæsenet og hvordan. Derudover dækker begrebet over et tilbud til patienten om selv at overtage dele af behandlingen hjemme hos sig selv.

”**Når lægerne er involveret og er med til at sige, at "det her beslutningsstøtteredskab kan vi stå inde for", så kan sygeplejersker godt tage nogle af samtalerne.**

Leder af Forskningsprogrammet Patientinvolvering, **KIRSTEN LOMBORG**

igennem bredt, så kræver det ifølge Kirsten Lomborg en stor kulturændring på alle niveauer i hospitalshierarkiet, så der bliver skabt plads til forandringerne.

”Opbakning fra ledelsen er meget centralt, hvis læger og sygeplejersker skal se patienten som en partner. Både læger og sygeplejersker er optaget af deres specialiserede behandling og pleje, og det skaber nogle gange siloer, som ikke gavner patientforløbene. Men det er noget, vi arbejder med,” siger Kirsten Lomborg.

Centerchef på Mave-Barn Centret, Lisbeth Kallestrup, har ansvaret for projektets fremdrift på sygehuset, og hun mener, at læger og sygeplejersker er lige gode om at have nogle barrierer for at inddrage patienterne.



”Den stærkeste barriere for alle faggrupper er nok, at ”det gør vi jo i forvejen”, eller ”det har vi altid gjort”. Men sagen er, at man får en øjenåbner, når man inddrager patienter i udviklingen af værktøjer til beslutningsstøtte. På vores kæbekirurgiske afdeling oplevede personalet f.eks., at patienterne var meget optagede af, om en behandling indebar, at man fik ændret ansigtsform, og af længden af behandlingstiden. For personalet havde det ikke været klart, at det var så vigtigt for patienten. På andre afdelinger har personalet oplevet, at patienter går meget op i at reducere antallet af besøg på hospitalet, og det er noget, som læger og sygeplejersker er mindre optagede af,” fortæller Lisbeth Kallestrup.

Stærke teams, som samarbejder

Det Brugerinddragende Hospital går ud på at udvikle, afprøve og implementere to effektive metoder til brugerinddragelse, nemlig fælles beslutningstagning og brugerstyret behandling. I første halvdel af projektet er der blevet udviklet redskaber og nye arbejdsgange på 18 afdelinger.

”Vores erfaringer viser indtil nu, at de steder, hvor man har stærke teams, hvor læger, sygeplejersker og andre faggrupper arbejder tæt sammen, så fungerer den fælles beslutningstagning rigtig godt. Derudover er det vigtigt, at afdelingerne allokere en akademisk uddannet sygeplejerske, som kan arbejde systematisk med at køre projektet, og den person skal have power og et anerkendt mandat,” siger Kirsten Lomborg, som bliver bakket op af Lisbeth Kallestrup:



På vores kæbekirurgiske afdeling oplevede personalet f.eks., at patienterne var meget optagede af, om en behandling indebar, at man fik ændret ansigtsform, og af længden af behandlingstiden. For personalet havde det ikke været klart, at det var så vigtigt for patienten.

Centerchef på Mave-Barn Centret, **LISBETH KALLESTRUP**

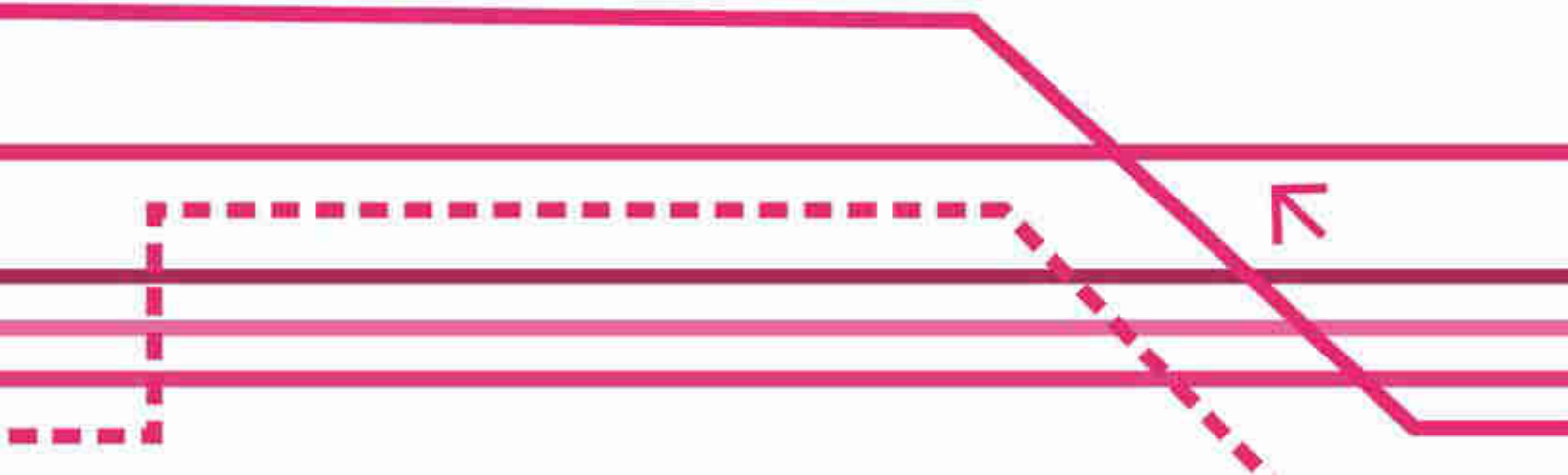
”De steder, hvor en specialeansvarlig sygeplejerske eller en udviklings-sygeplejerske i samarbejde med en speciallæge sætter sig i førersædet, der kører det.”

På afdelingen Nyresygdomme er det klinisk sygeplejespecialist Jeanette Finderup, som har ledet projektet med at implementere fælles beslutningstagning og brugerstyret behandling. Hun er projektleder for Dialysevalgsgruppen, som består af to overlæger, to afdelingssygeplejersker og to sygeplejersker, som skal hjælpe patienterne med at træffe det rigtige valg.

”Sygeplejersker har fået en helt ny rolle som dialysevalgskoordinatører – en rolle, som ikke har eksisteret før. Jeg har støttet dem i denne nye rolle, som har betydet, at de har skullet tage mere ansvar på sig, og ledelsen og lægerne har også bakket op,” fortæller Jeanette Finderup, som er ved at lægge sidste hånd på en oversættelse af et canadisk beslutningsstøtteredskab, som findes på en lang række sprog. Afdelingen har også arbejdet med patientinformationen for at sikre, at listallet ikke er for stort, og at teksterne er fri for fremmedsprog.

Involvering giver bedre behandling

Forskning viser, at patienter, som aktivt er involveret i deres behandling, opnår bedre resultater – og nogle af de internationale studier viser, at patienter med lavere uddannelse får forholdsvis mere ud af den systematiske



patientinddragelse end folk med højere uddannelse. Der kan altså være et lighedsaspekt ved brugerinddragelse.

”Debatten går lidt på, om brugerinddragelse i virkeligheden betyder, at der bare bliver endnu mere godt til dem, der kan i forvejen, og ikke gavner de mest sårbare patienter. Sådan skal det nødig gå. Men hvis vi inviterer på nye måder og gør det lettere for patienter at spørge, så er der større chance for, at de kan følge med,” siger Kirsten Lomborg, som også mener, at det skal være legitimt for patienter at have den holdning, at man ikke orker fælles beslutningstagning.

”Det vigtige er, at man får muligheden, og det er også fint at udfordre patienterne, så man er sikker på, at de ikke ønsker at have en mening om behandlingen. Tidligere har min egen forskning i forhold til svært syge patienter indlagt med forværring af deres KOL vist, at hvis vi lagde informationerne overskueligt an, så var der flere, der gerne ville være med. Det er vores store opgave at gøre det let for patienten at gå ind i fælles beslutningstagning.”

Inddragelse skal gennemsyre systemet

De gode argumenter for at arbejde med større patientinddragelse er mange, men spørgsmålet er, hvordan sundhedsvæsenet bliver gearret til at implementere de nye idéer.

Tidligere sundhedsminister Sophie Løhde (V) erklærede for nylig, at patientinddragelse skal gennemsyre sundhedsvæsenet ikke kun som projekter, men som den måde, hele sundhedsvæsenet tænkes.

Formand for Danske Patienter, Morten Freil, sagde på en konference arrangeret af Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening og Danske Patienter den 25. oktober, at patientinddragelse rummer et kæmpe potentiale, men understregede også, at det aldrig må blive en spareøvelse.

”I fremtiden får vi flere mennesker med kroni-

ske sygdomme og flere ældre, som er behandlingskrævende. Det er en mulighed for, at vi i fremtiden kan imødekomme et behov. Men vi skal også tænke på, at det her er en omlægning af arbejdsgange, hvor der skal uddannes personale og patienter. Vi skal bruge tid på dem, som har et behandlingsbehov, men til gengæld skal vi give dem, som kan gøre noget i hjemmet, mulighed for at gøre det selv. Det er en omlægning og ikke en spareøvelse,” sagde Morten Freil på konferencen.

Sygeplejersker, terapeuter og læger har brug for mere uddannelse og ikke mindst træning i metoden beslutningsstøtte, mener Kirsten Lomborg:

”Det handler rigtig meget om, hvordan man som sundhedsperson samarbejder med sin patient, så både den faglige og patientens personlige viden kommer i betragtning, når der træffes beslutninger. Jeg tænker, at der skal sættes ind med uddannelse flere steder: I grunduddannelsen, i klinikken og ved efteruddannelse og kurser. Her kunne man med fordel prioritere generelle kurser målrettet nøglepersoner, som kan medvirke til spredning og videre kompetenceudvikling på deres arbejdsplads.”

Beslutningsstøtteværktøjer

Beslutningsstøtteværktøjer er det redskab, der kan understøtte den fælles beslutningstagning ved at sætte fordele og ulemper ved forskellige valg af behandling op over for hinanden. For at værktøjerne kan leve op til internationale kvalitetsstandarder, skal patienter inddrages i udviklingen af værktøjerne.

Et Cochrane-review viser, at i sammenligning med almindelige konsultationer fører brug af beslutningsstøtteværktøjer til, at patienterne:

- Har mere viden om de tilgængelige behandlingsmuligheder
- Har mere præcis viden om risici ved de forskellige behandlinger
- Er mere aktive i beslutningsprocessen
- Er mere tilfredse med beslutningerne
- Er mindre i tvivl om, hvilken behandlingsform de foretrækker
- I højere grad vælger en konservativ behandling, f.eks. livsstilsændringer, eller mindre omfattende operative indgreb

COACH PATIENTEN TIL AT TRÆFFE DEN RIGTIGE BESLUTNING

Sygeplejersker skal være patientens sparringspartner og coache i at træffe beslutning om behandling. For ifølge den canadiske sygeplejeforsker og guru inden for beslutningsstøtte, Dawn Stacey, forventer patienten, at sygeplejersken skal tage den rolle på sig.

Tekst **SUSANNE BLOCH KJELDSSEN**
Foto **NILS LUND PEDERSEN**



Kemoterapi eller hormonbehandling? Knæoperation eller træning? Kateter i maven eller nåle i armen? Beslutninger, beslutninger ...

Den canadiske professor og guru inden for emnet beslutningsstøtte, Dawn Stacey har været i Danmark for at fortælle om en international udviklingstendens indenfor brugerinddragelse.

”Mange sygeplejersker ved ikke, hvad shared decision making er. De har måske hørt om patientcentreret pleje og behandling, men de forstår ikke, hvad deres rolle er i beslutningsstøtte til patienten. Jeg hører også sygeplejersker sige, at de er nervøse for at blande sig i det, der foregår mellem patienten og lægen. Men forskning viser, at patienterne specifikt udpeger sygeplejersker, som den faggruppe, de ønsker skal være deres advokat. Måske fordi sygeplejersker er en stor gruppe, og fordi de ifølge undersøgelser har en høj troværdighed.”

Det siger Dawn Stacey, som altid skilter med sin sygeplejerskebaggrund, fordi hun mener, at sygeplejerskers rolle er vigtig, ikke mindst i beslutningsstøtte.

”Beslutning om behandling foregår mellem læge og patient, men sygeplejersker skal coache patienter til at træffe den rigtige beslutning. Forskning viser, at når patienterne er klædt rigtigt på, har de større viden, mere realistiske forventninger til fordele og ulemper ved forskellige behandlinger, og de tager en mere aktiv rolle i behandlingen,” siger Dawn Stacey, som har udviklet ”The Ottawa Personal Decision Guide”. Det er det værktøj sygeplejersker kan bruge til coaching i alle typer beslutninger, og til alle sygdomskategorier.

Canada er foregangsland

Dawn Stacey har beskæftiget sig med beslutningsstøtte i over 26 år, siden hun som ung sygeplejerske kom med i det første projekt, der handlede om brystkræftpatienter.

”Jeg følte, at det var virkelig vigtigt at hjælpe kvinderne med at finde ud af, hvad deres muligheder var, f.eks. i beslutningen om kemoterapi eller ikke kemoterapi,” fortæller Dawn Stacey,

som herefter blev ansvarlig for at uddanne sygeplejersker og patienter i, hvordan patientens ressourcer kan aktiveres, og hvordan sygeplejersker kan lære at bruge dem. I dag er hun en af verdens førende eksperter.

Selvom man i Canada er pioner inden for udvikling af og forskning i effekten af beslutningsstøtteværktøjer, så er redskaberne ikke udbredt i stor stil i det canadiske sundhedsvæsen, og Canada er derfor ikke væsentligt længere fremme med at bruge værktøjerne, end man er i Danmark.

”Vi er kun længere fremme inden for bestemte områder omkring f.eks. brystkræft, prostatacancer og dialyse. På andre områder er beslutningsstøtteværktøjer ikke taget i brug,” siger Dawn Stacey, som mener, at Danmark vil være nået langt om fem år.

”Grunden til, at vi ikke er kommet længere inden for de sidste 26 år, er, at vi skulle starte helt fra begyndelsen med at beskrive en teori, udvikle værktøjer og forske. Dernæst skulle vi gennemføre Cochrane-review for at kunne dokumentere effekten af beslutningsstøtte, og hvordan man implementerer det,” siger Dawn Stacey.

Der mangler uddannelse

Hun har erfaret, at det tager lang tid at vænne sundhedsvæsenet til at arbejde på en ny måde.

”Sygeplejersker begynder ikke bare at arbejde på en ny måde. For det første er de ikke uddannet til det, og for det andet er sygepleje meget instrumentelt, der er en masse procedurer, der skal læres, og patienterne er meget syge. Sygeplejersker siger ofte, at de ikke har tid til at involvere patienterne.” Dawn Stacey mener, at beslutningsstøtte skal integreres i grunduddannelsen. Som et forsøg gennemførte hun i 2005 og 2006 undervisning på grunduddannelsen i Canada tilrettelagt gennem alle fire år.

”I undervisningen på første år skulle de studerende lære at forstå, hvordan deres egne synspunkter og værdier influerer på, hvordan man guider patienten, så man undgår at overføre sine egne holdninger. Hvis man f.eks. har stærke holdninger imod abort, kan man have en stærk bias mod patienter, som træffer den beslutning. Dernæst arbejdede vi på at opbygge færdigheder i at tale med patienterne om, hvad der er vigtigt for dem, og de lærte om redskaberne til beslutningsstøtte.”

Alligevel blev undervisningen i beslutningsstøtte aldrig sat på skinner.

”Det er ikke skrevet ind i lovgivningen om sygeplejerskeuddannelsen, at sygeplejersker skal lære om beslutningsstøtte, og professorerne bestemmer selv, om de vil tage det ind i undervisningen. Mange af dem kender enten ikke beslutningsstøtteværktøjerne, eller de er ikke enige i, at det er en god idé at undervise i The Ottawa Personal Decision Guide, fordi de ikke mener, at det er den måde, det skal foregå på,” siger Dawn Stacey, som i dag underviser i beslutningsstøtteværktøjer på kandidatuddannelsen. ●

The Ottawa Personal Decision Guide

The Ottawa Personal Decision Guide til beslutninger kan bruges til en hvilken som helst beslutning, man selv skal træffe, eller hvis man skal hjælpe andre indenfor sundhedsområdet. Den kan også tilrettes andre relevante områder. I december er det planen, at den danske udgave bliver publiceret på The Ottawa Hospital Research Institutes hjemmeside på www.decisionaid.ohri.ca/decguide

DIALYSEPATIENTER TRÆFFER SELV DE BEDSTE VALG

Når sygeplejersker hjælper patienter til at træffe en beslutning på afdelingen Nyresygdomme i Aarhus, har det betydet, at flere vælger hjemmebehandling.

Tekst SUSANNE BLOCH KJELDSSEN · Foto MIKKEL BERG

Når patienterne bliver involveret, foretrækker langt de fleste hjemmebehandling. Sådan lyder erfaringen fra afdelingen Nyresygdomme på Aarhus Universitetshospital.

For to år siden besluttede de at undersøge deres patientforløb ved at gennemgå patientcases. De viste, at forløbene omkring valg af dialyseform ikke hang ordentligt sammen.

"Man kunne se, at patienterne havde fået mange informationer, men at der ikke altid var blevet truffet beslutning om behandling i god tid, inden det blev aktuelt," fortæller klinisk sygeplejespecialist, Jeanette Finderup. Afdelingsledelsen valgte at foretage en "i patientens fodspor"-undersøgelse, som bekræftede det, man havde set i patientcasene, og Jeanette Finderup blev derefter bedt om at gennemføre en interviewundersøgelse.

"Vi fandt ud af, at patienterne blev involveret, men også at de kunne involveres yderligere via dialog, rådgivning og mere specifik information. Ved en litteratur-

Hvad var udfordringen?

"At lytte og være i dialog med patienten, og at sørge for, at informationen er kort og dækkende."

Hvad var det sværeste?

"At finde motivationen hos en patient, som endnu ikke mærker symptomer på nyresvigt."

Hvad er I stolte af?

"At vi har lavet noget, der gør en forskel for patienterne."

søgning fandt vi frem til metoden fælles beslutningstagning."

Regionen var nær ved at sætte en stopper for projektet, fordi man ville have flere patienter til at vælge hjemmebehandling.

"Men hvis man skal få patienterne i en bestemt retning, så giver det jo ikke længere mening at tale om fælles beslutningstagning. Heldigvis viste resultaterne af de første 35 patienter, som havde deltaget i fælles beslutningstagning, at 86 pct. valgte hjemmebehandling, og pga. de resultater fik vi lov at fortsætte med at give patienterne et frit valg mellem hjemmebehandling eller behandling på sygehus," siger Jeanette Finderup.

Siden har 139 patienter afsluttet et samtaleforløb med udgangspunkt i metoden fælles beslutningstagning, og langt de fleste har valgt hjemmebehandling.

Nærvær og tillid

Hæmodialysesygeplejerske og dialysevalgskoordinator, Jeanett Rugaard, er en af



Patienten Hans Erik Christensen står over for at skulle vælge dialysebehandling og her taler han med dialysevalgs koordinatør Jeanette Rugaard.

GODE 3 RÅD

Beslutningsstøtte skal give mening. Der skal være tale om et problem af en karakter, der præcis kalder på denne løsning.

Gå systematisk til værks, dvs. anvend anerkendte metoder for fælles beslutningstagning og udvikling af beslutningsstøtteværktøjer.

Involver patienter og klinikere både i udvikling og til feedback, og vær forberedt på, at de nogle gange peger i en anden retning, end den du lige tænkte.

de to sygeplejersker, der er ansat til at tage samtaler med patienterne om dialysevalg.

”Når vores patienter går ovre i ambulatoriet, så vurderer deres kontaktsygeplejerske og kontaktlæge, hvornår det er relevant for dem at blive henvist til mig eller min kollega. Vi ser helst, at de har været omkring vores nyreskole, inden de snakker med os, men det er ikke altid, patienterne når det, hvis deres tilstand pludselig forværres,” siger Jeanette Rugaard.

Samtalerne, der leder frem til den fælles beslutningstagning om behandling, forløber over tre gange, og der er sat en time til halvanden af til hver samtale.

”Den første samtale handler primært om, at de står overfor at skulle træffe et valg, og her når man også at berøre, hvilke muligheder der er. Ved anden samtale uddyber vi det yderligere og hører, hvad de har tænkt siden sidst. Desuden går vi i dybden med fordele og ulemper ved de enkelte valgmuligheder. Ved den sidste samtale bliver den endelige beslutning om valg af behandling taget – men en

beslutning om behandlingsform er ikke mere endelig, end at den altid kan laves om,” siger Jeanette Rugaard.

”Det er et kæmpeprivilegium for mig som sygeplejerske at have de her samtaler i et rum, hvor der ikke er nogen klokker, der forstyrrer, og hvor der er tid nok. Det giver muligheden for at skabe en tillidsfuld relation og dermed en mulighed for mig at finde ud af, hvad der er betydningsfuldt i det menneskes liv. Så kan vi sammen finde ud af, hvad der giver mening, og træffe den bedste beslutning.”

Patientens præferencer

Det kan være vidt forskellige ting, der spiller ind på patientens præferencer. Hvis det er en patient, som f.eks. gerne vil kunne campere hele sommeren, så kan peritonealdialyse, P-dialyse, være aktuelt, fordi den behandling er nemmere at håndtere under en rejse. For andre handler det mere om, hvad man kan tillade sig at spise og drikke. For nogen kan det være meget indgribende at have et kateter siddende i

maven, mens andre synes, det er værre at skulle have lagt nåle i armen.

”Der er så mange ting, man skal tage højde for. Beslutningsstøtteværktøjerne er gode til at gøre det mere overskueligt. Vi stiller f.eks. de mest hyppige spørgsmål op overfor hinanden, så man kan se, at hvis man vælger hæmodialyse på sygehuset, så vil der være nogle restriktioner på, hvad man kan spise og drikke. Hvis man vælger P-dialyse, som foregår hjemme, så kan man tillade sig at spise noget mere frit, og hvis man vælger hjemmehæmodialyse, så kan du stort set tillade dig at spise og drikke, hvad du vil.”

Jeanette Rugaard møder indimellem patienter, som ikke har lyst til at træffe beslutning om egen behandling.

”Men så udfordrer jeg patienten og spørger til præferencer for det liv, man gerne vil leve. For patienterne finder ud af, at der ikke altid er et videnskabeligt svar på, hvad der er bedst for dem. De indser, at de godt kan træffe et valg, når vi taler om deres præferencer, som de selv ved mest om.” ●

**REGIONSHOSPITALET
NORDJYLLAND**

Udvikling af informationsmateriale mv. til fælles beslutningstagning om behandlingsvalg hos kvinder med abnorm uterin blødning

**REGIONSHOSPITALET
AALBORG**

NutriDia. Beslutningsstøtteværktøj for cancerpatienter med vægttab – optimal dialog mellem patient og sundhedspersonale om nutrition

REGIONSHOSPITALET VIBORG

Beslutningsstøtteværktøjer til KOL-borgere/patienter – indlæggelse, behandlingsniveau og palliation

REGIONSHOSPITALET RANDERS

Beslutningsstøtte i tarmkræftscreening

CENTER FOR TELEMEDICIN

Beslutningsstøtte i bløderbehandling

AARHUS

UNIVERSITETSHOSPITAL

- Beslutningsstøtte til korsbåndsskadede patienter
- Dansk version af et anerkendt beslutningsstøtteværktøj til patienter med brystkræft
- Den svære beslutning om livsforlængende behandling, når man er uhelbredelig syg med ALS
- Fælles beslutningstagning ved dialysevalg
- Kontinuerlig beslutningsstøtte til børn og unge med diabetes

VEJLE SYGEHUS

- Udvikling af beslutningsstøtteværktøjer til anvendelse sammen med brystkræftpatienter i tidligt stadium
- Fælles beslutningstagning om diagnostisk udbedring i forhold til patienter med lungeforandringer

KOLDING SYGEHUS

Udvikling af beslutningsstøtteværktøjer i hele forløbet til patienter med nedsat blodforsyning i benet.

SYGEHUS LILLEBÆLT

- Beslutningsstøtteværktøj til patienter med lændergysmerter forårsaget af lumbal nerverodspåvirkning
- Enhed for Sundhedstjenesteforskning: DACOACH – øget patientengagement gennem data-guidet health-coaching

KONG CHRISTIAN X'S GIGHOSPITAL

Udvikling til beslutningsstøtteværktøjer til brug for patienter henvist til rehabiliteringsforløb under indlæggelse.

SYGEHUS SØNDERJYLLAND

Udvikling af beslutningsstøtteværktøj i forhold til behandling af kvinder ved nedsynkning af underlivet

**DANSK
ALMENMEDICINSK
KVALITETSENHED**

Digital beslutningsstøtte til tidlig opsporing og forebyggelse af livsstilssygdomme

**SVENDBORG
SYGEHUS**

Generisk beslutningspakke via MitForløb app og sundhed.dk i forhold til at have sunde knogler livet igennem

**SVENDBORG
KOMMUNE**

Udvikling af beslutningsstøtteværktøjer

BEDRE BESLUTNINGER OVER HELE LANDET

Over hele landet er hospitalsafdelinger, kommuner og almene praksisser i gang med at udvikle og implementere værktøjer til beslutningsstøtte. 28 projekter har tilsammen fået 38 mio. kr. i støtte fra en national pulje.

Tekst **SUSANNE BLOCH KJELDEN**
Grafik **MATHIAS N JUSTESEN**

RIGSHOSPITALET:

- Gode beslutningsforløb for patienter med lungekræft og deres pårørende
- Fælles beslutningstagning med patienter med kræft i mavemund og -sæk via udvidet udnyttelse af "MinSundhedsplatform"
- Fælles beslutningsværktøj til unge, forældre og sundhedsprofessionelle
- Beslutningsstøtteværktøjer i lange og komplekse neuro-rehabiliteringsforløb af patienter med rygmarvsskader

FERTILITETSKLINIKKERNE

App til fertilitetspatienter

SJÆLLANDS UNIVERSITETSHOSPITAL

Udvikling og test af et beslutningsstøtteværktøj til palliativ indsats målrettet hjertepatienter med hertesvigt

HVIDØVRE HOSPITAL

- Fosterscreening – et informeret valg
- Digitalt beslutningsstøtteværktøj til støtte for kvinder, som tidligere har født ved kejsersnit og ved efterfølgende fødsel skal vælge mellem vaginal fødsel og kejsersnit



Foto: DANSK SYGEPLEJEHISTORISK MUSEUM



• Dengang •

**DYST OM DEN
SMUKKESTE PYNT**

Til jul var der hvert år benhård konkurrence mellem afdelingssygeplejerskerne på Kongevejshospitalet i Sønderborg om, hvem der havde den smukkeste pyntede afdeling. Når sygeplejeeleverne på en "før-jule-rundgang" blev spurgt, erklærede de alle steder, at på netop denne afdeling var udsmykningen den allerflotteste. Det sagde de for husfredens skyld. Juletræet for enden af gangen står i Afdeling A's dagligstue, der kun blev brugt til sit oprindelige formål ved højtiderne. Resten af året blev den benyttet som sekssengsstue. Billedet er fra 1920'erne.

*Tak til fhv. chefsygeplejerske og lokalhistoriker
Dagmar Bork for billede og historie.*

(gs)

Friske og velsmagende fødevarer til **den lille appetit**

KRÆVER IKKE GRØN ORDINATION.



Forhandles via din grossist og i supermarkeder over hele landet.
arla.dk/protino



SILENTIA SKÆRMSYSTEM Optimal hygiejne med praktisk design



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

Kender du et skyggebarn under 19 år?

Et skyggebarn er et barn eller en ung, der lever i skyggen af en søskende eller forælder, som taler om, truer med - og måske har udført - selvmordsforsøg.

Har du ikke den fornødne tid eller de faglige kvalifikationer - så lad NEFOS hjælpe.

NEFOS-rådgivere kan besøge familien og støtte børnene med op til 10 samtaler.

Kontakt NEFOS
 på mail: kontakt@nefos.dk
 eller pr. telefon 6312 1226

Se mere på www.nefos.dk



Indsatsen gennem 3 år er støttet af Social- og Indenrigsministeriet

Man kan også blive syg **UNDER KRIG**

Hverdagen er meget langt væk under en udsendelse, så med i tasken er billeder af vennerne hjemme fra og neglelak i pangfarver, der giver hende følelsen af hjem 5.000 km væk. I Irak er et tørklæde nødvendigt, og selvom pladsen er trang, har hun altid sit stetoskop og sin hovedpude med.

NIKOLINE KLAUSEN

29 år, uddannet siden 2012. Arbejder på Rigshospitalet. Før det har hun arbejdet på Akutmodtagelsen på Bispebjerg Hospital og har haft flere ophold i udlandet. Det er blevet til fem ophold på Grønlands hospitaler og i bygder, senest har hun været udsendt til Sydsudan og Irak for Læger uden Grænser.

UDSENDT. Lyden af eksplosioner blev hverdag for Nikoline Klausen i den irakiske by Fallujah, hvor hun oplærte det lokale sundhedspersonale.

Tekst **BRITT LINDEMANN** · Foto **CLAUS BECH**

Fallujah, lidt uden for Bagdad. Her gør bomber, raketangreb og ildspåsættelser livet farligt for alle civile, også sygeplejersker. Middelhavet. Hver dag er der brug for livreddende hjælp til flygtninge. Sygeplejerske Nikoline Klausen har forberedt sig på en udsendelse til Grækenland, men får et andet tilbud: Vil hun i stedet være med til at starte sundhedsklinikker for Læger uden Grænser i Abu Ghraib nær frontlinjen til Fallujah?

Halvanden dag brugte hun på at tænke det igennem. Alene. Hun vidste, at familiens frygt på hendes vegne ville påvirke beslutningen. Hendes stærke holdning til, at alle har lige ret til lægehjælp, blev afgørende for, at hun valgte at skubbe bekymringer til side og tage af sted til Irak.

”Når man kører fra Bagdad og ud til det krigshærgede Abu Ghraib, så kører man igennem mange checkpoints bemandet af militæret. Det er da anderledes og mere skræmmende end at skulle cykle til Rigshospitalet gennem Fælledparken. Men jeg ved, at vi når ud til nogle mennesker, som ellers ikke ville få hjælp,” fortæller Nikoline Klausen om realiteterne i Irak.

Sundhedsvæsenet er egentlig velfungerende og sundhedspersonalet veluddannet, men de fleste betakker sig for at arbejde så tæt på fronten. Derfor er det nødvendigt, at Læger uden Grænser rykker ind. Nikoline Klausen var udsendt et halvt år som koordinerende sygeplejerske og kom hjem i august.

Klædt på til opgaven

Arbejdet var langt fra hverdagen som sygeplejerske i Danmark. Meget lidt af hendes arbejde i Irak var med direkte patientbehandling. Nikoline Klausen rekrutterede sygeplejersker og læger og sørgede for oplæring samt opbygning af en model for triagering af patienter. Hun afregnede løn, lavede apoteksordrer, sørgede for, at vand, sanitet og elektricitet var tilgængeligt, og for, at der var hygiejneprotokoller på plads.

”Det hele skal startes op fra bunden. Det er meget alsidigt og spændende som sygeplejerske at være med til at sikre kvaliteten i den sygepleje, der bliver udøvet,” siger Nikoline Klausen og fortsætter:

”Jeg er stolt af det, vi har opnået. Vi har skabt et godt grundlag for de ansatte, så de kan føre arbejdet videre. Det kan være svært at nå, bl.a. fordi det tager tid at opbygge gode relationer i konfliktfyldte områder som Mellemøsten.”

Selvom klinikken blev drevet tæt på fronten, hvor IS dominerede, så fungerede klinikkerne næsten som en sundhedsklinik herhjemme. Civile kom ind med diverse infektions- og hudsygdomme, diarré på grund af dårlige sanitetsforhold, sukker-syge og forhøjet blodtryk. Og gravide og småbørn blev fulgt tæt.

Bomber bliver hverdag

I Irak arbejdede Nikoline Klausen sammen med en læge om at oprette sundhedsklinikkerne

En patient i Abu Ghraib er kommet til en opfølgende konsultation i sundhedsklinikken.



Kampe mellem Islamisk Stat og irakiske regeringsstyrker har stået på siden 2014. Det har tvunget tusindvis af irakere på flugt. I maj og juni var kampene koncentreret om området omkring Fallujah, hvor Nikoline Klausen var udsendt. Kampene er nu rykket til Mosul, der har været kontrolleret af IS siden 2014.

og optræne lokalt sundhedspersonale i basale færdigheder. Desuden havde de en logistiker med, der stod for bl.a. opfyldning af forsyninger og ikke mindst holdets sikkerhed. Det var ham, der f.eks. planlagde, at de ikke havnede i checkpoints i myldretiden, hvor der var størst fare for eksplosioner og kidnapning.

Tingene kan ændre sig på et splitsekund. En dag lød der en usædvanlig høj eksplosion. Med sin omfattende erfaring kunne den lokale sikkerhedsansvarlige straks berolige med, at eksplosionen var 8 km væk, og da hun så sig omkring i klinikken, var der ingen andre, der havde reageret.

”I venteværelset sad patienter, som om ingenting var hændt, og snakkede og grinte. Det var faktisk mere skræmmende end selve eksplosionen. At daglige eksplosioner bare var blevet hverdag,” genkalder Nikoline Klausen sig.

Personalet er ikke bare ansatte

”Irakerne er et fantastisk folkefærd. Mange af vores ansatte er selv flygtninge, og de vil gerne åbne op og fortælle deres historie,” siger Nikoline Klausen.

Et godt eksempel på det nære forhold mellem hende og det irakiske personale er, at de en dag inviterede hende på frokost ude på klinikken.

”De havde disket op med et hav af lokale specialiteter, og alle de ansatte ventede på mig. Det var helt overdådigt og alt for meget. Men resterne blev doneret til de fattige bagefter,” fortæller Nikoline Klausen.

De mange indtryk og erfaringer har hun taget med hjem til Danmark. Men nu nyder hun en hverdag med faste kollegaer, patientkontakt og cykelture til og fra Rigshospitalet. Måske tager hun afsted igen engang. Det kan hun ikke udelukke, for Irak var en oplevelse, hun ikke ville have været foruden. ●



Privatfoto

Sammen kan vi stå stærkere

Af **LOUISE BAGER**,
sygeplejerske

Den seneste tid har der været stort fokus på, at offentligt ansatte – herunder sygeplejersker – er bange for at udtale sig offentligt. Frygten skyldes efter sigende de konsekvenser, ytringer kan medføre. Det kan være kritik, sanktioner – eller i værste tilfælde en afskedigelse. Historier om medarbejdere, som netop har udtalt sig kritisk offentligt, vidner om, at denne frygt kan være yderst velbegrunder. I en artikel bragt i *Sygeplejersken* nr. 12, 2016 beskrives det, at næsten hver tredje sygeplejerske tier om forhold på arbejdspladsen, som de finder kritisable. En anden årsag skal findes i, at sygeplejerskerne beskriver, at de ikke tror, det hjælper noget længere. Der hersker ingen tvivl om problemet, så hvordan undgås det, at sygeplejersker

begrænser deres ytringsfrihed og bliver aktive deltagere i den offentlige debat, uden at de behøver frygte for negative konsekvenser? Ifølge formand Grete Christensen bør udviklingsygeplejersker og ledende sygeplejersker være frontløbere for at få rettet op på denne opfattelse. Denne løsning finder jeg kan være problematisk, da lederne i høj grad har et medansvar for den udvikling, der er sket. Men hvad kan der så gøres? I forbindelse med den nyeste store spareplan på Rigshospitalet i august måned stod især et center til at blive hårdt ramt af besparelserne – ifølge lægerne til stor fare for patienterne. Lægerne valgte derfor i samlet flok at skrive et debatindlæg. Velargumenteret begrundede de, at de frygtede for patienternes sikkerhed, hvis

de udmeldte besparelser blev en realitet. Det virkede, og med det resultat, at flere af besparelserne blev rullet tilbage. Det vidner om, at det virker at stå sammen. Det virker stærkere, og det kan stadig gøre en forskel. Det er også sværere at ignorere, og det er vanskeligere at kalde en samlet personalestab ind til ”kammeratlige” samtaler. Jeg håber, som Grete Christensen, at de ledende sygeplejersker vil arbejde for, at der bliver mere plads til offentlige ytringer. Men jeg tror også, løsningen er hos sygeplejerskerne: Hvis vi altså begynder at stå sammen, når vi ytrer os om kritisable forhold i sundhedsvæsenet.

Louise Bager er sygeplejerske og stud.cand. cur. på AU Campus Emdrup, 3. semester.

Byrden er let på andres skuldre

Af **CECILIE BETZER**,
sygeplejerske

Den seneste tid har flere sygeplejersker været i medierne. De problematiserer over et sundhedsvæsen, der efterhånden er skåret så langt ind til benet, at det synes svært at se mere at komme efter. Besparelser går ud over personaleresourcerne, sygeplejerskernes tid og tilstedeværelse, med konsekvenser for kvaliteten af kundskabsudøvelsen. Debatten er yderst nærværende og relevant, men kræver vilje til at imødekomme situationens alvor. Uden selv at sætte spørgsmålstegn ved egen praksis og selvfølgheder bliver vi som sygeplejersker nemme ofre for bestemte antagelser og principper, der ikke efterlader meget gennemskuelighed i en overordnet prioriteringsdebat, hvor der ikke er ressourcer til at gøre alting. Når sygeplejersker i handletvang agerer efter rationaliseringsstandarder, men samtidig argumente-

rer i fraser om varme hjerter og etiske fordringer, bliver det svært at hæve debatten fra individ- til organisations- og samfundsniveau.

I takt med ændringer i sundhedsvæsenet og samfundets behov for sygepleje bliver cementeringen af fag og sag essentielt, for at faget ikke bliver offer for isolerede samfundsmæssige økonomiberegninger og evidensbaserede medicinske analyser. Omsorg er svært kvantificerbar og som tidløst begreb uden kontekstafhængighed, næppe argument nok i sig selv. Debatten har brug for at hæve sig fra travlhed og besparelser mod faglighed. Vi har brug for (igen) internt at reflektere og definere, hvad sygepleje er – hvad der gør den unik og uundværlig, men også at tydeliggøre, hvordan den adskiller sig fra sosu-assistenten, fra farmakonomen, fra lægen etc.

Gennem forskning og fagudvikling må sygeplejersker binde de kvalitative og kvantitative parametre sammen, således at begge indfaldsvinkler til og i sygeplejen danner baggrund for en ligeværdig vægtning i prioriteringsdebatterne.

Sygeplejen som helhed har behov for at blive differentieret for at opretholde et samfundsmæssigt mandat – for behovet er der, og heri ligger måske den etiske fordring: at hæve os fra argumenter om, at sygeplejen gør en forskel, til at argumentere for, hvordan sygeplejen gør en forskel – som en uundværlig brik i det samlede sundhedsvæsen.

Cecilie Betzer er cand.mag.pæd. og arbejder som projektsygeplejerske på Klinisk Farmakologisk Afdeling på Bispebjerg Hospital.

Kolesterolkontrollerende kosttilskud



En tablet dagligt
i kombination med diæt



Mathilde Hermansen er én af de sygeplejersker, som - efter et oplæg om den engelske Change Day - nu sidder i en arbejdsgruppe, der vil forsøge at indføre en tilsvarende dag i Danmark.

SAMMEN OM DSR

Dansk Sygeplejeråds kongres besluttede i maj 2016, at organisationen det kommende år skal forny sig for at sikre fremtidig effektivitet og medlemsinvolvering. Projektet har navnet SAMMEN OM DSR.

Change Day

NHS Change Day er en årlig forandringsdag i det britiske sundhedsvæsen, National Health Service (NHS). På denne dag opfordres de ca. 1,7 mio. ansatte til at afgive et eller flere løfter om at udføre konkrete handlinger, som forbedrer patienternes pleje. Løfterne afgives online på Change Days website og kan nemt deles på sociale medier.

Alt foregår frivilligt og på tværs af afdelinger og formelle ledelsesstrukturer - Change Day er en græsrodsbevægelse og har ikke en formel øverste leder. De ansatte i sundhedsvæsenet skal selv lede forandringerne nedefra.

Idéen er at udfordre status quo og vise, at personalet på alle niveauer kan skabe forbedringer i stor skala ved at udføre simple handlinger i deres daglige arbejde.



Stille REVOLUTION i gang



Det kriblede inspirerende i maven på Mathilde Hermansen, da hun hørte et oplæg om Change Day, som er en årlig forandringsdag, der skal forbedre patientplejen i England. Nu er hun selv del af en gruppe, der med små årtag vil påvirke det danske sundhedsvæsen.

Tekst **LOTTE HAVEMANN** · Foto **NILS LUND PEDERSEN**

☪ Hvordan hjælper vi den svage patient, som ikke passer ind i sundhedssystemet? Hvordan får vi mere tid til patienten og bruger mindre på at sætte krydser? Hvordan får vi glæde og humor ind i arbejdsdagen?

I flere år havde sygeplejerske Mathilde Hermansen – ligesom mange andre sygeplejersker – stillet sig selv den type spørgsmål.

Da hun blev uddannet sygeplejerske i 2010, vidste hun, at arbejdsdagen ville blive travl, men da hun så stod færdiguddannet på en medicinsk afdeling, blev hun alligevel overrasket. Det kom bag på hende, hvor meget tid der gik med f.eks. stuegang og dokumentation. I dag er hun ansat på Indvandrermedicinsk Klinik, OUH, hvor hun har gode rammer for at hjælpe svage og traumatiserede patienter, men det har kun skærpet hendes opmærksomhed på, hvordan sundhedsvæsenet kan gøre tingene bedre.

Så da Mathilde Hermansen i starten af november – på årskonferencen for de 36 faglige selskaber – hørte den engelske sygeplejerske Jackie Lynton fortælle om den såkaldte Change Day og de forbedringer, den har betydet for engelske sygeplejersker og patienter, mærkede hun optimismen stige i sig.

”Jackie Lynton fortalte bl.a. om, at over 3.000 sygeplejersker havde afgivet et pledge – et løfte – om at smile og lytte mere til patienterne. Jeg tænkte først: Er det virkelig noget, man skal afgive et løfte om? Men vi er jo meget travle, så måske er det der, vi skal starte. Det rørte noget i mig.”

Mathilde Hermansen synes godt om idéen, der også kaldes ”den stille revolution”, der nedefra kan påvirke den supertanker, som sundhedsvæsenet er.

”Da jeg læste til kandidat i klinisk sygepleje, var der frustration over sundhedsvæsenets meget tunge system blandt alle dem, jeg læste med. Så det

var befriende at høre, at man selv kan gøre noget konkret for at vende den store skude.”

Efter Jackie Lyntons oplæg var der mulighed for at få mere at vide om Change Day.

Dansk version af Change Day

”Jeg *måtte* bare høre mere. Jeg fornemede også en spirende stemning blandt de andre. Vi havde samme lyst til at få fokus på de værdier, der bliver glemt i hverdagens travlhed. Jeg tænkte, at her kunne jeg måske få lov til at starte noget,” fortæller Mathilde Hermansen.

I gruppen af interesserede sygeplejersker boblede entusiasmen, og da det blev foreslået at lave noget tilsvarende i Danmark, røg fingrene op. Sygeplejersker fra hele landet og fra forskellige faglige selskaber – heriblandt Mathilde Hermansen – meldte sig, og syv af dem udgør nu en kernegruppe, som vil arbejde for at lave en dansk udgave af Change Day. De

skal foreløbig mødes om projektet via Skype ca. en gang om ugen.

Dansk Sygeplejeråd støtter gruppen med hjælp efter behov, så teknik og praktik ikke bremser deres projekt om forandring. Den støtte er helt nødvendig, siger Mathilde Hermansen.

”Vi bad om, at det bliver i samarbejde med Dansk Sygeplejeråd, for vi sidder så mange steder rundt om i landet, og da vi er frivillige i de faglige selskaber, er tiden også en faktor. Vi vil rigtig gerne arbejde med Change Day, hvis bare vi kan få hjælp til at organisere det,” siger hun og tilføjer:

”Jackie Lynton sidder i en lederstilling, og det gør mange af os i gruppen ikke, så vi har brug for rygstøtte til f.eks. at få sat møder op og promovere budskabet til andre sygeplejersker, patienter og politikere.”

”Jeg har tidligere forgæves søgt hjælp fra Dansk Sygeplejeråd, så jeg må indrømme, at det er én af de første gange, jeg har følt, at jeg kan bruge min fagforening til noget.”

Lune boller giver fællesskab

På årskonferencen for de faglige selskaber blev Mathilde Hermansen opfordret til at gå på scenen for at afgive løfter, som kan gavne plejen til patienterne. Hun afgav to. Det første var, at hun hver dag vil sige godmorgen til alle, hun møder i elevatoren, og ønske dem en god dag.

”Der sker noget kemisk inde i kroppen, når man smiler og anerkender andre. Man giver både sig selv og dem en bedre dag,” uddyber hun.

Det andet løfte, hun afgav, var at bage boller til sine kolleger.

”En lun bolle en morgen eller en eftermiddag, hvor man er ved at gå sukkerkold, kan betyde, at man klarer sig gennem dagen. Men den giver også følelsen af fællesskab og teamwork,” siger Mathilde Hermansen.

Når hun og de seks andre sygeplejersker i kernegruppen begynder at mødes via Skype, vil det blive tydeligere, hvordan de konkret kan arbejde for en Change Day i Danmark.

”Jeg synes, det er en styrke, at vi er placeret mange steder i landet, og jeg for-

nemmer, at det er de samme udfordringer, vi har – f.eks. manglende tid til patienterne, meget dokumentation og manglende glæde i vores arbejde,” siger hun.

”Mange sygeplejersker er tilfredse, men mange andre sygeplejersker må gå på kompromis med de værdier og kompetencer, de har med sig fra uddannelsen. De ønsker at få mere omsorg med i sygeplejen. Men der sker så mange effektiviseringer, og det går ud over patienterne. Ikke mindst de patienter, som ikke er ressourcestærke og har svært ved at tage ansvar for deres egen sundhed.”

Systemets kasser

Mathilde Hermansen vurderer selv, at hun ikke ville have arbejdet som sygeplejerske i dag, hvis hun ikke var kommet til Indvandrermedicinsk Klinik. Her får hun lov til at være præcis den sygeplejerske, hun drømte om at være på studiet. Rammerne er sat, så personalet kan løse de problemer, patienterne er henvist med. Patienterne passer dog sjældent ind i systemets kasser, og derfor kan de ifølge Mathilde Hermansen alligevel have svært ved at få den behandling, de har krav på.

”Mange af mine patienter har brug for tolk under konsultationer, så de får reelt kun den halve tid, fordi alt skal oversættes. Og sundhedspersonalet skal også bruge mere tid på at forstå de behov, patienter fra fremmede kulturer har. Den tid går også fra.”

Men det lønner sig at bruge ekstra tid på den type patienter, fordi man dermed kan komme til bunds i problemerne, mener Mathilde Hermansen:

”Vi fik f.eks. henvist en patient, som havde en meget dårlig compliance i forhold til at tage insulin for sin diabetes. Hun sagde, at hun tog sin insulin, men hendes blodsukker viste det modsatte. Vi satte os ned og fik hendes historie. Hendes mor havde haft sukkersyge og havde fået amputeret sit ben. Patienten troede, at insulin var skyld i amputationen, så hun løj og sagde, at hun tog sin insulin. Vi fik redt misforståelsen ud.”

Mathilde Hermansen, der er ekspert i individ- og helhedsorienteret tilgang, fik etab-

leret et samarbejde med den afdeling, der er eksperter i diabetes. Desuden fik patienten tilknyttet en hjemmesygeplejerske, som hjalp hende med injektionsteknik, og i dag fungerer patienten godt.

Mathilde Hermansen er aktiv i det faglige selskab for Tværkulturel Sygepleje, og i Change Day-arbejdsgruppen er desuden repræsenteret de faglige selskaber for Anæstesi-, Intensiv- og Opvågnings-sygeplejersker, Nefrologiske Sygeplejersker, Gynækologiske og Obstetriske Sygeplejersker, Ledende Sygeplejersker, Lunge- og Allergisygeplejersker, Infektionsmedicinske Sygeplejersker og Sundhedsfaglige Supervisorer.

Ambitionen er at lancere en dansk Change Day i foråret 2017. ●

Læs også interview med Jackie Lynton i Sygeplejersken nr. 13/2016 og se hendes foredrag på dsr.dk/sammenomdsr

Følg Change Day-kernegruppen

Sygeplejersken vil følge arbejdet i den danske Change Day-kernegruppe og skrive løbende om det.





Skal din idé have støtte fra **SPIREKASSEN?**

Netværk for nyuddannede, støttegrupper for sygeplejersker som pårørende, nye veje til bedre arbejdsmiljø eller noget helt fjerde. Hvad brænder du for at forandre i faget eller på din arbejdsplads?

Har du en god idé, der kan styrke sygeplejen eller sygeplejerskernes fællesskaber, så er det nu, du har chancen for at få støtte fra Dansk Sygeplejeråd til at realisere projektet.

Beskriv kort din projektidé (maks. 5.000 anslag) og send ansøgningen til spirekassen@dsr.dk senest den 19. januar 2017. Du kan søge alene eller sammen med kolleger – bare I er medlemmer af DSR.

Spirekassen er en ny pulje, som giver ”gødning til DSR’s græsrodde”. Den er oprettet i forbindelse med projektet SAMMEN OM DSR, der skal forny fagforeningen og bl.a. styrke DSR’s medlemsdemokrati.

Puljen består af de 25.000 kr. fra ALT for damernes Kvindepris, som sygeplejerskerne modtog tidligere i år. Siden er gaver for yderligere 25.000 kr. kommet til. Spirekassens bedømmelsespanel tæller repræsentanter for bestyrelserne i kredsene, Lederforeningen og SLS.

De første projekter tildeles støtte fra Spirekassen den 1. februar, og alle projektidéer vil løbende blive omtalt på www.dsr.dk/sammenomdsr. Her kan du også finde mere information om puljen.



Alt er kastet OP I LUFTEN

Medlemmerne var til stede på Dansk Sygeplejeråds seneste hovedbestyrelsesmøde i form af videoklip og uddrag af indsendte mails. Hovedbestyrelsen byder alle idéer om, hvordan organisationen kan blive bedre, velkommen.

Tekst **LOTTE HAVEMANN**

”At vove er at miste fodfæstet for en tid. Ikke at vove er at miste sig selv.”

Formand for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, indledte hovedbestyrelsesmødet den 17. november med at citere den danske filosof Søren Kierkegaard.

Hun hentydede til den udviklingsproces, Dansk Sygeplejeråd står midt i, og som skal involvere medlemmerne og modernisere organisationen.

”Vi skal have modet til at kaste det hele op i luften og gribe det igen, så vi bliver bedre og beriger hinanden,” sagde hun.

På hovedbestyrelsesmødet var intet, som det plejer. Her var en videoskærm med optagelser af medlemmer, som gav deres bud på, hvordan Dansk Sygeplejeråd kan blive en bedre fagforening, og plakater med udsagn fra mails, som medlemmer har sendt til den åbne postkasse sammenomdsr@dsr.dk, samt borddugge fra et nyligt seminar for faglige sammenslutninger, hvor deltagerne havde gjort sig tanker om fremtidens Dansk Sygeplejeråd.

Også det visuelle referat fra det såkaldte Lederlaboratorium var hængt op i rummet, ligesom der blev gjort opmærksom på Spirekassen, som er Dansk Sygeplejeråds nye pulje til sygeplejersker, der har et fagligt projekt i maven.

Struktur og hverdag

Efter en rundtur blandt de forskellige visuelle input gik hovedbestyrelsens medlemmer i små grupper ved caféborde. Her drøftede de forslagene fra medlemmerne, som peger i meget forskellige retninger.

Nogle handler om Dansk Sygeplejeråds struktur, mens andre drejer sig om udfordringer i hverdagen, såsom arbejdsmiljø, løn og uddannelse.

Grupperne drøftede bl.a. andre måder at organisere sig på.

”Måske skal vi have nogle mindre bestyrelser. Måske skal vi vælge delegerede blandt medlemmerne,” lød det ved et af cafébordene.

”Kunne man flytte noget indflydelse ud, tættere på arbejdspladserne? Kan

man lave nogle ad hoc-beslutningsrum?” hørtes det ved et andet.

Der var dog enighed om, at sygeplejersker forståeligt nok er mere optaget af problemer i deres arbejdsdag end af struktur.

Derfor var der også snak om at holde faglige arrangementer, som inddrager medlemmerne, samt diskussion om, hvordan Dansk Sygeplejeråd konkret kan hjælpe sine medlemmer med f.eks. at danne faglige netværk.

Dansk Sygeplejeråd vil gerne have endnu flere idéer fra sygeplejersker rundt om i landet. Alle indkomne forslag bliver set af hovedbestyrelsen og taget i betragtning i den videre proces. Idéfasen, som foregår nu, løber frem til den 1. februar 2017, hvorefter politikerne i Dansk Sygeplejeråd samler trådene i de forslag, der er kommet ind, samt i tidligere kongresforslag. Og endelig afholdes der ekstraordinær kongres om udviklingsprojektet i juni næste år. ●



CLINICAL ACADEMY

KURSER, CERTIFIKATER OG DIPLOMER FOR DIG DER ARBEJDER MED GOOD CLINICAL PRACTICE (GCP)

Klinisk lægemiddelforskning er et område i vækst. Derfor er der brug for stadig flere medarbejdere, der kender til udførelse af forskning og til den lovgivning, der regulerer området.

OPKVALIFICERING PÅ 4 NIVEAUER

For at imødekomme behovet for oplæring af nye medarbejdere og opkvalificering af dem, der allerede arbejder med klinisk lægemiddelforskning udbyder vi en række kurser, der, afhængigt af din nuværende uddannelse og praktiske erfaring, understøtter dit behov for kompetenceudvikling.

INTRO - Introduktion til klinisk lægemiddelforskning

BASIS - Certifikat i basic GCP

DIPLOM - Diplomkursus i GCP for projektsygeplejersker

DIPLOM - Diplomkursus i GCP for CRA/monitorer

ADVANCED - Certifikat i advanced GCP



Uddannelse

INTRO

BASIS

DIPLOM

ADVANCED

Læs mere på www.lif-uddannelse.dk eller kontakt uddannelsesleder

Hanna Lykke Honoré på hjh@dlf.dk eller tlf. 39 15 09 23

Lif Uddannelse, Lersø Parkallé 101, 2100 København Ø



Medicinsk yoga

MediYoga Instruktør uddannelse

København start 2. februar 2017

Århus start 8. februar 2017

MediYoga Stress og Udbrændthed Coach

Ålborg start 3. december 2016

København start 25. februar 2017

Tilmelding og information:

mediyoga.dk

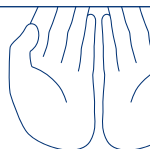
Tlf. 6140 9778

veetamo@mediyoga.com



Træt af vold og trusler?

Tryghed, ja tak!



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

"Lad ikke dagens personale blive morgendagens patienter"

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

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

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



Durewall Institut
Lergravsvej 63
2300 Kbh. S

Tel: 32 86 01 98

www.durewall.dk
km@durewall.dk

midt
regionmidtjylland

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

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

Uddannelsens forløb:

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

Uddannelsen afholdes i Aarhus og begynder 1. marts 2017 og afsluttes 31. maj 2017.
Tilmeldingsfrist 1. februar 2017.

Yderligere information og tilmelding, se

www.rm.plan2learn.dk - Skriv "Palliation" i søgefeltet.

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

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

Jul med RELATIONER

FEM TIL FERIEEN. Relationer er det fælles samlingspunkt for bøgerne til juleferien eller til almindelig godnatlæsning. Sygeplejersker indgår hver dag i relationer – både nye og velkendte, og begrebet indgår i alle aktuelle teoretiske værker om sygepleje. Så der er god grund til at læse og lære af skønlitteraturen som et supplement til faglitteraturen. Her omtales fem bøger med temaerne tab, sorg, omsorgssvigt og forelskelse belyst gennem nære relationer.

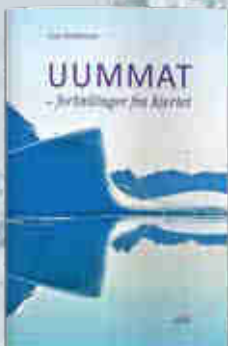
Tekst **JETTE BAGH**, cand.cur., fagredaktør



Linn Ullmann
DE UROLIGE
Gyldendal 2016
408 sider – 299,95 kr.

Forældrene er kendte, men det er ikke det, der gør bogen interessant. Det er den enestående egoisme, forældre udviser, fordi de kun har blik for sig selv. Linn Ullmann blev født, da moderen var 27 år og faderen 48 år. Alderen står som en mur mellem barnet og faderen, og han gør flere gange opmærksom på, at det hindrer en fælles referenceramme.

Fællesskabet finder de senere i livet i huset på Fårö, hvor de ser film sammen og har samtaler, *sidninger*, hvis tidsramme og indhold bestemmes af faderen. Moderen har travlt med sin karriere som skuespiller, og det betyder et omflakkende liv, hvor barnet, pigen, som forfatteren kalder sig selv, savner sin mor, er bange for, at hun dør, og græder hysterisk, når moderen ikke som lovet ringer hjem. Code, billeddannende observationer af mennesker og omgivelser. En fornøjelse.



Lise Andersen
UUMMAT - FORTÆLLINGER FRA HJERTET
Milik 2016
148 sider - 225 kr.

📖 Børnehjem - en sørgelig skæbne? Ikke for de nu voksne grønlandere, som har tilbragt en stor del af deres liv

på børnehjemmet i Uumannaq i det lyseblå hus under Hjertefjeldet.

10 mennesker får stemme i sundhedsplejersken Lise Andersens fine og tankevækkende interview, og det er barske beretninger, de deler med læseren. Alkoholmisbrug er den største svøbe, hovedparten af børnene måtte forlade deres hjem og familie pga. forældrenes druk og den deraf afledte vold, hashrygning og måske i tilgift seksuelt misbrug. De beskriver alle, hvordan børnehjemmet efter en tid betød ro, mæthed, klare regler, konsekvens og masser af knus og kærlighed. Børnehjemmet arbejder med musik og

med naturen som helende kraft. Lange slædeture har haft stor betydning for de fleste, større end rejser til udlandet med koncerter og optræden, selv om de også tæller. Alle de nu voksne mennesker fortæller, at de forsøger at overføre børnehjemmets tryghed, regler og kærlighed til deres egne børn. De kæmper, og de er for altid sårbare, men de demonstrerer samtidig en forbløffende indsigt og styrke.

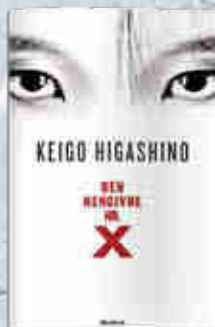
Efterværn hjælper med at holde kontakt til beboerne, når de flytter fra børnehjemmet. Derfor ringer man til forstanderen eller til en pædagog, hvis livet er besværligt. En berigende bog.



Tom Malmquist
I HVERT ØJBLIK ER VI STADIG I LIVE
C & K Forlag 2016
287 sider - 299,95 kr.

📖 Karin og Tom har kendt hinanden i 10 år og venter deres første barn. Men Karin får influenza, bliver indlagt og viser sig at have akut leukæmi. Deres datter bliver forløst ved kejsersnit, og efter kort tid dør Karin. Livia, som datteren på Karins opfordring kommer til at hedde, er en nyfødt uden mor, og Tom er en far uden kæreste. På de første mange sider i bogen beskriver Tom i nøgterne vendinger Karins sygdomsforløb, behandlingen, personalet og forholdet til de nærmeste pårørende. Observationerne er nøjagtige og sørgelige. Senere følger parrets historie, dialoger og konflikter. Ikke alt er til at få hold på, men det er netop det, der gør bogen interessant, for det er sådan, livet er. Ikke til at få hold på.

På Bogmessen 2016 fortalte forfatteren om en del af efterspillet. Konkurrencen om, hvem af de efterladte der var mest ramt af sorg, hvem der havde mistet mest.



Keigo Higashino
DEN HENGIVNE HR. X
Modtryk 2016
307 sider - 299,95 kr.

📖 En japansk krimi, der indeholder en kærlighedshistorie, beskrivelser af et temmelig hierarkisk samfund og udfoldelse af et naboskab ud over det sædvanlige. Det er ingredienserne i denne beretning om et mord, hvor læseren fra første færd er bekendt med morderens identitet.

Hovedpersonerne er en enlig mor, naboen - et matematisk geni - og en professor. Hvordan de tre og bipersonerne indgår i den forbrydelse, der er omdrejningspunktet, må man læse sig til. Men universet er klart anderledes end det nordiske krimiunivers, og afslutningen er voldsomt overraskende, også for politiet.



Julian Barnes
VEJEN OP, VEJEN NED
Tiderne skifter
128 sider - 229,95 kr.

📖 En personlig beskrivelse af, hvordan det er at miste sin ægtefælle gennem 30 år, men også en beskrivelse af, hvordan det er at rejse i en luftballon og tage billeder fra himlen. De historiske personer, som optræder i bogen, binder fortællingen om kærlighed, tab og sorg sammen til en helhed.

Bogen falder i tre dele, og den sidste beskriver forfatterens sorg. Her gør han tydeligt rede for, hvordan omgivelserne reagerer på sorg og i virkeligheden helst vil være fri. Det er hårdt at være vidne til andre menneskers smerte, og den minder os i lidt for høj grad om, at vi selv skylder Vorherre en død, at vi har en udløbsdato.

Bogen gør klog på sorg og kan med lidt eftertanke hindre de værste fejltrin i mødet med en sørgende. F.eks. i form af bemærkningen "Jeg troede, du var kommet over det."

Familien er en ressource, der ikke må misbruges

Det er helt på sin plads, at der nu er kommet en dansk bog om familiesygepleje – den er tiltrængt. Der er en stigende erkendelse af, at patientens pårørende er en vigtig ressource i alle faser af patientforløbet. Det går stærkt i det moderne danske sundhedsvæsen, og det meste af patienternes liv leves derhjemme med mere eller mindre sporadiske besøg hos/af sundhedsprofessionelle. Alligevel har vi hængt bagefter med at betragte familien som en ressource – og hvordan bruges den ressource uden at misbruge den? Det er netop det, bogen giver nogle teoretiske og empiriske perspektiver på.

Bogen er redigeret af forskere og pionerer inden for Dansk Familiesygepleje, og medstiftere af Dansk Selskab for Familiesygepleje, <http://familiesygepleje.dk/> Bogen har bidrag fra både nationale og internationale kapaciteter inden for familiesygepleje og er forskningsmæssigt velfunderet.

Familiesygepleje er et paraplybegreb for flere tilgange med fokus på hele familien og udspringer ikke af én, men flere teorier. For at nævne nogle: systemteori, resiliens, kypernetik, forandringsteori og kommunikation. Teorierne er kort beskrevet, men for at lette tilgængeligheden af den forholdsvis komplicerede teoretiske ramme om familiesygepleje kunne bogen med fordel have haft flere illustrationer og

☹☹ Bogen indeholder vigtige reflektioner over, hvad en familie egentlig er i et moderne dansk samfund.

eksempler samt eventuelt henvisninger til filmklip.

Bogen indeholder vigtige refleksioner over, hvad en familie egentlig er i et moderne dansk samfund. Der er gode empiriske afsnit som f.eks. beskriver dansk familiesygepleje til unge med kræft i form af netværksfokuseret sygepleje, familiecentreret pleje i neonatalaf-



Birte Østergaard & Hanne Konradsen (red.)
FAMILIESYGEPLEJE
Munksgaard
249 sider – 295 kr.

snit, familienavigation til udsatte familier, støttesamtaler til familier i kræftrehabilitering, arbejdet med flerfamiliegrupper med eksempel indenfor spiseforstyrrelse, sygepleje til familier med apopleksi, kritisk sygdom og med anden etnisk baggrund.

Bogen har et internationalt islæt med familierettede terapeutiske samtaler udviklet i Island, og resiliensmodellen er udfoldet i et casestudie fra USA hos familier ramt af Downs syndrom. Man kan forestille sig mange flere kliniske praksisser end beskrevet her, hvor familiesygepleje kunne udfoldes. Tænk bare på geriatri, hjemmepleje og plejehjem, og hvad med de familier, hvor patienten er multisyg? Man kan også stille spørgsmålet, hvor det er, familiesygepleje ikke synes anvendeligt? Det giver bogen ikke noget entydigt svar på.

Det kan måske synes svært at integrere familiesygepleje i en i forvejen travl klinisk praksis, men spørgsmålet er, om vi egentlig har råd til at lade være? Forfatterne nævner selv, at det vil kræve et paradigmeskift, og den kompetenceudvikling, det vil kræve, kunne have fyldt et selvstændigt afsnit.

Bogen introduceres som en lærebog til studerende, men der mangler nogle klare anvisninger på differentieret læring i forhold til de forskellige uddannelsesniveauer.

Alt i alt hilser jeg denne bog velkommen til stor inspiration for alle os, der gerne vil yde sygepleje til hele familien.

Af Karin Brochstedt Dieperink, sygeplejerske, ph.d., postdoc. Videncenter for Rehabilitering og Palliation REHPA, Odense Universitetshospital.

Lad de døde leve videre



Esben Kjær
MIN USYNLIGE SØN
Kunsten at leve med sine
døde resten af livet
Gyldendal 2016
206 sider - 249,95 kr.

”Det eneste, jeg har svært ved at klare, er, at ingen vil snakke om Sebastian. Alle lader, som om han aldrig har eksisteret. Det er hårdt nok, at tiden ubønhørligt får minderne om ham til at falme, at hans aftryk her på jorden langsomt viskes ud. Det er, som om han dør to gange - først i virkeligheden, og derefter bliver han tiet ihjel.”

Esben Kjær mistede i 2012 sin syvårige søn. Den benzin, som har drevet Esben Kjær til at skrive denne bog, er, som citatet illustrerer, at vi i vores kultur ikke har ritualer eller traditioner til at hjælpe os med at leve med vores døde. Vi giver dem ingen plads i vores liv. Vi siger til de efterladte: ”Nu må du se at komme videre.”

Esben Kjær beskriver, hvordan Sebastians død har været en atombombe i hans liv, hvordan han oplever den personlige forandring, som han har gennemgået de sidste fire år, og hvad de i familien gør, for at Sebastian stadig har sin plads og betydning.

Teksten står stærkest og er mest vedkommende, når Esben Kjær fortæller om sig selv og sin historie, fremfor hvad andre har skrevet og sagt. Bogen har et vigtigt budskab til alle os, der i vores arbejde møder børn og voksne, som har mistet en, de elsker: Vi skal spørge til og tale om, hvordan den døde lever videre hos den, der er ladet tilbage.

Af Hanne Lindhardt, MSA,
sundhedsplejerske i Furesø Kommune.

En leder skal have faglig indsigt



Søren Vøxted
FAGLIG LEDELSE I OFFENTLIGE ORGANISATIONER
Hans Reitzels Forlag 2016
192 sider - 250 kr.

Ledere bør have faglig indsigt for at kunne lede ansatte på gulvet, dog uden at være en del af driften, mener forfatteren. Han inddrager hybridledelse som en kombination af faglig ledelse og professionel personaleledelse, hvor den faglige leder oversætter management-sprog til et meningsfyldt, fagrelateret sprog. Vellykkede forandringer forudsætter faglig ledelse i yderste led, hedder det.

Den faglige leder skal være loyal overfor udstukne beslutninger, men loyaliteten går begge veje, så topledelsen inkluderer lederens vurderinger af beslutningernes faglige konsekvenser, mener forfatteren. For at understrege det trækkes aktuelle, fejlslagne omstillinger frem, hvor der ikke er lyttet til de faglige ledere. Omstillingerne har derfor kostet samfundet dyrt.

Lederens manglende råderum i forhold til særlige belønninger til arbejdsstyrken eller justeringer heraf som konsekvens af ændrede jobkrav bliver problematiseret.

Bogen rundes af med 11 forslag til en nutidig udgave af førstelinjeledelse, men det nævnes, at der ikke er en universel løsning på, hvordan der skabes succesfulde forandringer i den offentlige sektor, idet der er stor variation i både vilkår og udfordringer.

Den inspirerende bog indeholder mange referencer, som sikrer belæg for forfatterens vurderinger, og den kan bruges på flere niveauer.

Af Anne Dorthe Bjerrum, MPA,
centerchef i Sygehus Sønderjylland.

{ På mit natbord }

Der er altid noget, vi kan gøre



Tekst **ANDREAS RASMUSSEN**

LENE SEIBÆK
Sygeplejerske og
seniorforsker med ph.d.
i kvindesygdomme og
fødsler på Aarhus Uni-
versitetshospital.

Hvad læser du lige nu?

”Jeg har næsten altid gang i både en kokebog, en faglig bog og en skønlitterær bog. I sidstnævnte kategori læser jeg i øjeblikket ”Min kamp” af Karl Ove Knausgaard. Jeg er nået til bind nummer tre.”

Hvordan har den inspireret dig?

””Min kamp” handler overordnet om, hvad det vil sige at være et levende og følsomt menneske i en kompleks virkelighed. Bind tre behandler forfatterens barndom, og det er simpelthen hjerteskræende godt skrevet. Så i den bog er der både inspiration at hente på indholdssiden og i formen.”

Hvilken bog burde alle sygeplejersker læse - og hvorfor?

”Jeg vil gerne anbefale dem at læse Knud Ejler Løgstrups ”Den etiske fordring” (udgivet 1956, red.). Bogen er en vigtig påmindelse om den magt, vi mennesker har over hinanden. I positiv forstand betyder det også, at der altid er noget, vi kan gøre - også i situationer, der virker håbløse.”

Hvilken bog fik du aldrig læst helt til ende?

”Den har jeg glemt. Den var jo ikke interessant.”

Søren Lange & Mette Bender

MAD TIL GLADE TARME

Lindhardt og Ringhof 2016

157 sider – 249,95 kr.

Det er tarmtid i forlagsbranchen, og her er endnu en udgivelse om bakterier og bakteriebalance. Præbiotika i maden er et nøgleord, og det ord kan man lige så godt lære med det samme, for der vil komme mere om det i fremtiden. Tarmenes tilstand og andel i en række sygdomme er under udforskning, og resultaterne vil måske overraske os inden for en overskuelig fremtid. Præbiotika er den mad, som de gode bakterier i tarmene lever og vokser af, og der er tale om helt gængse råvarer – på nær mælkebøtteblade. I bogen findes 42 opskrifter på retter med præbiotika og lister over de 20 råvarer, der indeholder mest præbiotika. En bedre bakteriebalance kan opnås med en lynkur på fire dage, gevinsten er bl.a. et bedre immunforsvar. Bogen er nem at gå til og smukt layoutet.

Sine Lehn-Christiansen

TVÆRPROFESSIONELT SAMARBEJDE

I SUNDHEDSFAGLIG PRAKSIS

Munksgaard 2016

257 sider – 300 kr.

Hvordan bliver man en kompetent tværprofessionel praktiker? Det giver denne forskningsbaserede bog anvisninger på. Den beskriver ærligt nogle af de dilemmaer (udfordringer ...), der opstår, fordi det fælles mål ikke altid er patienten, men måske at få flyttet patienten til en anden afdeling, f.eks. ved at sende ham til CT-scanning, selv om han er døende. Det er ikke ondskabsfulde professionelle, som handler sådan. Derimod skyldes adfærdens logikker indenfor de fire teoretiske områder, bogen medtager som fokus for tværprofessionelt samarbejde; magt, rationaler og normer, institutionel kontekst, kompleksitet og distance. At en gruppe professionelle trænes i at se sig selv udefra, kan betyde, at samarbejdet bliver anderledes, og at det bliver tydeligt for den enkelte, om situationen f.eks. indeholder magt eller fasttømrede normer. Teori og cases ansporer til refleksion og eftertanke, og der lægges op til gode diskussioner mellem faggrupper.

Carl Åke Farbring, Stephen Rollnick

DEN MOTIVERENDE SAMTALE I PRAKSIS

Hans Reitzels Forlag 2016

350 sider – 400 kr.

MI står for motivational interview, og nu er der kommet en bog med praktiske eksempler på sådan et interview – eller en motiverende samtale, som den kaldes på dansk. Hensigten er at ruste patienter/klienter til at gennemføre en positiv livsændring. Et af eksemplerne er en dialog med et ungt menneske, som ryger hash og ikke ønsker at holde op. Samtalen bølger op og ned over syv sider. Behandleren holder snuden i sporet og spørger videre med åbenhed og respekt, men den unge er og bliver uinteressert og afvisende. MI-ånden, som der refereres til, er bl.a. baseret på partnerskab, samarbejde og empati, og ånden består. At det ikke er nemt, viser bogen samlet set.

(jb)

Banale interventioner med basis i kyndighed og faglighed



Hanne Jakobsen (red.)

VEJE TIL AT KOMME SIG – REFLEKSIONER

OVER AKUT PSYKIATRISK SYGEPLEJE

Dansk Sygeplejeråd, Kreds Midtjylland

Munksgaard 2016

103 sider – 160 kr.

Bogen beskriver konkret, hvad psykiatrisk sygepleje bl.a. handler om. Den er skrevet af sygeplejersker, som igennem flere år har samlet erfaring fra deres praksis i et akut psykiatrisk mobilteam. Behandlingstilbuddet er højt specialiseret og indebærer udredning af symptombillede samt støtte i patientens eget hjem gennem en midlertidigt koordinerende funktion. Det drejer sig om patienter, som enten er indlæggelsestruede, eller som i forlængelse af en indlæggelse har behov for øget opmærksomhed.

Tilbuddet er bygget op omkring samarbejdsmodellen ”Veje til at komme sig”, som på stringent og systematisk vis sikrer en helhedsorienteret tilgang i et tæt samarbejde med patient og pårørende. Det beskrives, hvordan sygeplejersken intervenserer på baggrund af sin faglige specialviden inden for psykopatologi, psykologi, pædagogik og kommunikation.

Bogen udmærker sig ved på en særdeles overskuelig måde med konkrete anvisninger på, hvilke sygeplejehandlinger der er gavnlige i givne situationer, at beskrive et felt i sygeplejen, som rummer stor kompleksitet.

Mange af interventionerne kan umiddelbart forekomme simple og banale, men der skal ikke herske tvivl om, at de udelukkende kan effektueres på baggrund af stor kyndighed, faglig viden og refleksion.

Bogen illustrerer desuden, hvordan recoverytankegang, sammenhængende patientforløb, tværsektorielt samarbejde, herunder ”shared care” og inddragelse af pårørende, kan udmøntes i praksis.

I passende omfang underbygges med cases fra mobilteamets arbejde. Absolut en læseværdig bog, der inspirerer til refleksion over egen praksis.

Af Sonja Bech, visitationssygeplejerske i Centralvisitationen i Region Hovedstadens Psykiatri.

Tresiba® basalinsulin – også til type 2-diabetes¹



TRESIBA®

Basalinsulin til behandling af voksne og børn fra 1 år med diabetes mellitus¹

BRINGER HbA_{1c} NED

- God glykæmisk kontrol¹
- Signifikant lavere risiko for natlig hypoglykæmi i forhold til Lantus® (insulin glargin)^{2,3}
- Fleksibelt injektionstidspunkt ved behov – én gang dagligt¹

* Over halvdelen af personerne med type 2-diabetes opnåede et HbA_{1c} ≤ 53 mmol/mol ved behandling med Tresiba®⁴. Ref. 1. Tresiba® Produktresumé juli 2015 Ref. 2 og 3: HbA_{1c} primært endepunkt opnået.

Produktinformation findes på side 52.



changing
diabetes®

Hos Novo Nordisk ændrer vi kursen for diabetes. I vores tilgang til at udvikle behandlinger, i vores løfte om at arbejde profitabelt og etisk og i vores søgen efter en helbredelsesmulighed.

TRESIBA®

insulin degludec

Resultater og indlevelse Det er mit job

Trine Tønnesen, Sygeplejerske



Vi giver patienterne noget, når de er her. De får fx rekonstrueret deres bryst efter en brystcancer. På en plastikkirurgisk afdeling skal du have overblik og situationsfornemmelse. Patienterne er tit bange, når de kommer her og skal opereres, så det handler om at kunne leve sig ind i deres situation, udstråle professionalisme og selvtillid og få dem til at føle sig trygge.

Vil du også være med til at skabe sundhed, trivsel, vækst og velstand for Region Midtjyllands 1,3 millioner borgere?

Søg et job med hjerne
og hjerte på midtjob.dk

midt
regionmidtjylland

LOUISIANA



**LOUISE
BOURGEOIS**
TIL 26.2.2017

★★★★★
Berlingske

★★★★★
Jyllands-Posten

★★★★★
Kristeligt Dagblad



**DANIEL
RICHTER**
TIL 8.1.2017

♥♥♥♥♥
Politiken

★★★★★
Kristeligt Dagblad

★★★★★
Børsen

Louise Bourgeois: Structures of Existence: The Cells, installationsfoto fra udstillingen, værker:
© The Easton Foundation / copydanbilleder.dk 2016. Daniel Richter, Tarifa, 2001. © Daniel Richter.

Louisianas Main Corporate Partners:

REPUBLIC OF **Fritz Hansen**®



Udfordringer er ikke noget problem

Der findes ingen problemer, kun udfordringer. Den floskel har nu sneget sig ind i sygeplejerskeuddannelsens bekendtgørelse, men er problemerne så forsvundet?

Tekst **BRITT LINDEMANN**
Illustration **JØRN VILLUMSEN**

I den nye bekendtgørelse for sygeplejerskeuddannelsen gældende fra 1. august 2016 står der, at der skal arbejdes med obligatoriske temaer som bl.a. "Observation og vurdering af patient og borgers sundhedsudfordringer og sygdomssammenhænge."

Underviser på Professionshøjskolen Metropol, Jarl Damgaard Iversen, protesterer imod ordvalget, når man ikke længere kalder det sundhedsproblemer, men sundhedsudfordringer. For hvis en patient skal tisse, men ikke selv kan komme på toilettet, så er det ikke en udfordring, men et helt reelt problem.

"Et problem kalder på en løsning. En udfordring kan opfattes som mindre presserende. En sygeplejerske har mange opgaver, og risikoen er, at udfordringer bliver prioriteret lavere, og patienten derfor ikke får den hjælp, han har brug for," siger Jarl Damgaard Iversen.

At undgå at tale om problemer har snart sneget sig ind i alle brancher, og det er der måske en god grund til. Den politiske korrekthed har været på spil ifølge sprogforsker Michael Ejstrup, Danmarks Medie- og Journalisthøjskole.

"Problemer er en byrde, og dem vil vi gerne slippe for. Der har siddet nogle kommunikationsfolk, der har besluttet, at hvis vi i stedet kalder

det udfordringer, så lyder det ikke så slemt. For hvem vil ikke gerne udfordres lidt?" siger han.

Udfordringer er ideologisk glidecreme

Jarl Damgaard Iversen ser det som et problem, at patienters situationer alene omtales som udfordringer.

"Hvis man ikke kan trække vejret, så har man ikke en udfordring, så har man et problem," fastslår han. Han er bange for, at det kan være med til at skabe en konflikt mellem sygeplejersken, der taler om udfordringer, og patienten, der oplever et uoverkommeligt problem. Sygeplejerskens funktion er at hjælpe patienten med det, han ikke selv kan, så han kan blive selvhjulpnen, men det samarbejde bliver svært, når man ikke taler det samme sprog, mener Jarl Damgaard Iversen.

Det er Rasmus Willig, ph.d. og lektor i sociologi ved Roskilde Universitet, enig i, og han opfordrer til, at vi kalder en spade for en spade.

"Hvis patienten opfatter det som et problem, så er det et problem. Når det bliver omskrevet, så bliver det en disrespekt overfor den, der har fremsat problemet. Når man fornægter problemet, så kan vi ikke længere tale om reelle problemstillinger," siger han og fortsætter:



"Det vil sige, at hele denne her type af omskrivninger af virkeligheden egentlig ikke er andet end ideologisk glidecreme. Og nogle gange, når der smøres så tykt på, som der gør, så vokser problemet jo faktisk i omfang. Vi har behov for et opgør, så folk igen kan tale om de problemer, de oplever, og reelt bare få dem løst."

Så hermed er opfordringen givet videre: Tal om problemerne, selvom det kan være en udfordring. ●

Væsentlige produktforskelle

Nedenstående formuleringer er ikke nødvendigvis ordret gengivet

Produktnavn (Indholdsstof)	Tresiba® (insulin degludec)	Lantus® (insulin glargin)
Indikation	Behandling af diabetes mellitus hos voksne, unge og børn fra 1-års-alderen. Ved type 2-diabetes som monoterapi, eller i kombination med OAD, GLP-1-receptoragonister og bolusinsulin. Ved type 1-diabetes skal kombineres med hurtigvirkende insulin.	Behandling af diabetes mellitus hos voksne, unge og børn fra 2 år og opefter.
Administrations-tidspunkt	1 gang dagligt, på et hvilket som helst tidspunkt om dagen, fortrinnsvis det samme.	1 gang dagligt, når som helst på dagen, men på samme tidspunkt hver dag, der første gang vælges frit.
Bivirkninger (meget almindelige/almindelige)	Hypoglykæmi, reaktioner på injektionsstedet	Monoterapi: Hypoglykæmi, lipohypertrofi, reaktioner på injektionsstedet.
Graviditet/Amning	Ingen erfaringer.	Fertilitet: Ingen skadelig effekt hos dyr. Graviditet: Ingen kliniske data. Om nødvendigt kan anvendelse overvejes. Ammende: Forventes ingen metabolisk effekt hos barnet. Kan være nødvendigt at justere insulinosis og diæt.
Pakningsstørrelse	100 E/ml, 5 penne x 3 ml 100 E/ml, 5 ampuller x 3 ml 200 E/ml, 3 penne x 3 ml	100 E/ml, 5 penne x 3 ml 100 E/ml, 5 ampuller x 3 ml

Baseret på produktresumé for respektive præparater (www.prodktresume.dk og www.ema.europa.eu) og www.medicinpriser.dk (Ver. 07/2016) DK/CA/0615/0118

Tresiba® (insulin degludec) 100 E/ml, 200 E/ml

Forkortet Produktinformation

Lægemiddelform: Injektionsvæske, opløsning. Klar, farveløs, neutral opløsning. **Indikation:** Behandling af diabetes mellitus hos voksne, unge og børn fra 1-års-alderen. **Dosering:** Tresiba® er et basalinulin til subkutan indgivelse en gang dagligt på et hvilket som helst tidspunkt af dagen, fortrinnsvis samme tidspunkt hver dag. Hos patienter med type 2-diabetes mellitus kan Tresiba® administreres som monoterapi eller i enhver kombination med orale antidiabetika, GLP-1-receptoragonister og bolusinsulin. Ved type 1-diabetes mellitus skal Tresiba® kombineres med korttids-/hurtigvirkende insulin for at dække insulinbehovet ved måltiderne. Tresiba® doseres i overensstemmelse med patientens individuelle behov. Det anbefales at optimere den glykæmiske kontrol via dosisjustering baseret på faste-plasmaglukose. Justering af dosis kan blive nødvendig, hvis patienter udøver øget fysisk aktivitet, ændrer deres kostvaner eller under samtidig sygdom. Tresiba® 100 enheder/ml og Tresiba® 200 enheder/ml: Tresiba® findes i to styrker. For begge indstilles den nødvendige dosis i enheder. Dosisraterne er forskellige for de to styrker af Tresiba®. Med Tresiba® 100 enheder/ml kan der administreres en dosis på 1-80 enheder for hver injektion, i trin på 1 enhed. Med Tresiba® 200 enheder/ml kan der administreres en dosis på 2-160 enheder for hver injektion, i trin på 2 enheder. Dosis indgives ved brug af halvdelen af volumen i forhold til basalinulinpræparater med 100 enheder/ml. Dosisstærken viser antallet af enheder, uanset hvilken styrke der anvendes, og dosen skal ikke ændres, når patienten skifter til en ny styrke. **Flexibelt administrations-tidspunkt:** Hvor administration på samme tidspunkt af dagen ikke er mulig, tillader Tresiba® fleksibilitet med hensyn til tidspunktet for administration af insulin. Der skal altid gå mindst 8 timer mellem injektionerne. Patienter, som glemmer en dosis, rådes til at tage den, når de opdager forglemmelsen, og derefter genoptage deres sædvanlige doseringsplan med dosering en gang dagligt. **Initiering:** Patienter med type 2-diabetes mellitus: den anbefalede daglige startdosis er 10 enheder efterfulgt af individuelle dosisjusteringer. Patienter med type 1-diabetes mellitus: Tresiba® skal anvendes en gang dagligt sammen med måltidsinsulin og kræver efterfølgende individuelle dosisjusteringer. Skift fra andre insulinpræparater: Hyppig blodglucosekontrol anbefales i overgangsperioden og i de følgende uger. Doser og tidspunkter for samtidig behandling med hurtigvirkende eller korttidsvirkende insulinpræparater eller andre antidiabetika skal muligvis justeres. Patienter med type 2-diabetes mellitus: For patienter med type 2-diabetes, som tager basal-, basal-bolus-, blandings- eller selvblanded insulinbehandling, kan skift til Tresiba® ske enhed til enhed ud fra den tidligere basalinulinosis efterfulgt af individuelle dosisjusteringer. Patienter med type 1-diabetes mellitus: For de fleste patienter med type 1-diabetes kan skift til Tresiba® ske enhed til enhed ud fra den tidligere basalinulinosis efterfulgt af individuelle dosisjusteringer. For patienter med type 1-diabetes, som skifter fra basalinulin til ganse dagligt eller har HbA1c < 8,0 % på det tidspunkt, hvor de ønsker at skifte, skal dosis af Tresiba® fastsættes individuelt. Dosisreduktion skal overvejes efterfulgt af individuel dosisjustering ud fra det glykæmiske respons. Brug af Tresiba i kombination med GLP-1 receptor agonister hos patienter med type 2-diabetes mellitus: Når Tresiba gives i tillæg til GLP-1 receptoragonister, er den anbefalede startdosis 10 enheder dagligt. Efterfølgende justeres dosis individuelt. Når GLP-1-receptoragonister gives i tillæg til Tresiba, anbefales det at reducere dosis af Tresiba med 20% for at minimere risikoen for hypoglykæmi. Dosis skal efterfølgende justeres individuelt. **Ældre:** Tresiba® kan anvendes til ældre patienter. **Monitoring af glucose skal intensiveres og insulinosis justeres individuelt.** Nedsat nyre- og leverfunktion: Tresiba kan anvendes til patienter med nedsat nyre- og leverfunktion. **Monitoring af glucose skal intensiveres og insulinosis justeres individuelt.** **Børn:** Tresiba kan anvendes til unge og børn fra 1 år og opefter. Ved skift af basalinulin til Tresiba skal individuel dosisjustering af basal- og bolusinsulin overvejes for at mindske risikoen for hypoglykæmi. **Administration:** Tresiba er kun til subkutan anvendelse. Tresiba må ikke administreres intravenøst, da det kan resultere i svær hypoglykæmi. Tresiba® må ikke administreres intramuskulært, da det kan ændre absorptionen. Tresiba® må ikke anvendes i insulininfusionspumper. Tresiba® administreres subkutan ved injektion i låret, overarmen eller abdominalvæggen. Injektionsstederne skal altid varieres inden for samme område for at nedsætte risikoen for lipodystrofi. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler:** Hypoglykæmi: Udvaldelse af et måltid eller ikke planlagt anstrengende fysisk aktivitet kan medføre hypoglykæmi. Kan forekomme, hvis insulinosis er for høj i forhold til insulinbehovet. Hos børn skal der udvises omhu, så insulinosis (specielt ved basal-bolus-behandlingsregimer) stemmer overens med fødeindtagelse og fysisk aktivitet for at mindske risikoen for hypoglykæmi. Anden samtidig sygdom, især infektioner og tilstande med feber, øger normalt patientens insulinbehov. Samtidige sygdomme i nyrer, lever eller sygdomme, som påvirker binyrer, hypofyse eller thyreoidea, kan nødvendiggøre ændringer i insulinosis. Den langvarige virkning af Tresiba® kan som ved andre basalinulinpræparater forsinke normalisering af blodsukkeret efter hypoglykæmi. Hypoglykæmi: Utilstrækkelig dosering og/eller afbrydelse af behandlingen hos patienter, som har behov for insulin, kan føre til hyperglykæmi og potentielt til diabetisk ketoacidose. Desuden kan samtidig sygdom, især infektioner, føre til hyperglykæmi og derved øget insulinbehov. De første symptomer på hyperglykæmi opstår normalt gradvist over en periode på timer eller dage. Symptomerne inkluderer tørst, hyppigere vandladning, kvalme, opkastning, døsighed, rødme og tør hud, mundtørhed, appetitløshed og acetoneånd. Ved type 1-diabetes fører ubehandlede hyperglykæmiske tilfælde i sidste instans til diabetisk ketoacidose, som kan være dødelig. Skift fra andre insulinpræparater: Skift af en patient til en anden type, et andet mærke eller en anden fabrikant af insulin må kun ske under lægekontrol og kan medføre et behov for ændring af dosis. Kombinationsbehandling med pioglitazon: Tilfælde af hjerteinsufficiens er blevet rapporteret, når pioglitazon har været brugt i kombination med insulin, særligt hos patienter med risikofaktorer for udvikling af hjerteinsufficiens. Dette skal tages i betragtning, hvis kombinationsbehandling med pioglitazon og Tresiba® overvejes. Hvis kombinationsbehandlingen anvendes, skal patienterne observeres for tegn og symptomer på hjerteinsufficiens, vægtforøgelse og ødemer. Pioglitazon skal seponeres, hvis der sker en forværring af hjertesymptomer. **Øjensygdom:** Insulinbehandling med en hurtig forbedret glykæmisk kontrol kan være forbundet med en forbigående forværring af diabetisk retinopati, hvorimod forbedret glykæmisk kontrol gennem længere tid nedsætter risikoen for forværring af diabetisk retinopati. Forebyggelse af medicineringsfejl: Patienterne skal instrueres i altid at kontrollere insulinetiketten for hver injektion for at undgå utilsigtet forveksling af de to styrker af Tresiba® såvel som andre insulinpræparater. Patienterne skal visuelt kontrollere de indstillede enheder på pennens dosistæller. Derfor er kravet til patienter, der selvinjicerer, at de kan aflæse dosistælleren på pennen. Patienter, der er blinde eller har nedsat syn, skal have besked på altid at få hjælp/assistance fra en anden person med et godt syn og som har fået undervisning i brug af insulinpennen. **Insulinantistoffer:** Insulin administration kan forårsage dannelse af insulinantistoffer. I sjældne tilfælde vil tilstedeværelsen af insulinantistoffer nødvendiggøre justering af insulinosis for at korrigere en tendens til hyper- og hypoglykæmi. **Interaktioner:** Et antal lægemidler er kendt for at påvirke glucosemetabolismen. Følgende lægemidler kan nedsætte patientens insulinbehov: Orale antidiabetika, GLP-1-receptoragonister, monoaminoxidasehæmmere (MAO-hæmmere), betablokkere, ACE-hæmmere, salicylater, glucocorticoider og sulfonamider. Følgende lægemidler kan øge patientens insulinbehov: Orale kontræceptiva, thiazider, glukokortikoider, thyreoideahormoner, sympatomimetika, væksthormon og danazol. Betablokkere kan maskere symptomerne på hypoglykæmi. Octreotid/lanreotid kan enten øge eller reducere insulinbehovet. Alkohol kan øge eller reducere den hypoglykæmiske effekt af insulin. **Graviditet, amning og fertilitet:** Ingen kliniske erfaringer med anvendelse af Tresiba® til gravide kvinder eller med anvendelse af Tresiba under amning. Det er ukendt, om insulin degludec udskilles i humant mælk. Der forventes ingen metabolisk påvirkning af nyfødte/spædbørn, der ammes. Reproduktionsstudier med insulin degludec hos dyr har ikke vist nogen bivirkninger på fertiliteten. **Virkning på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner:** Patientens evne til at koncentrere sig og reagere kan være svækket på grund af hypoglykæmi. Dette kan udgøre en risiko i situationer, hvor disse evner er af speciel vigtighed (f.eks. ved bilkørsel eller betjening af maskiner). **Bivirkninger:** Den hyppigst rapporterede bivirkning under behandling er hypoglykæmi. Immunsystemet: Overfølsomhed (hævelse af tunge og læber, diarré, kvalme, træthed og kløe), urticaria. Metabolisme og ernæring: Hypoglykæmi. Kan forekomme, hvis insulinosis er for høj i forhold til insulinbehovet. Svær hypoglykæmi kan medføre bevidstløshed og/eller krampet og kan resultere i midlertidig eller permanent hjerneskade eller i værste fald død. Symptomerne på hypoglykæmi opstår normalt pludseligt, og kan omfatte koldsved, kold bleg hud, udmattelse, nervøsitet eller tremor, ængstelse, usædvanlig træthed eller svaghed, konfusion, koncentrationsbesvær, døsighed, overdreven sult, synsforstyrrelser, hovedpine, kvalme og hjertebanken. Hud og subkutane væv: Lipodystrofi. Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet: Reaktioner på administrationsstedet (inklusive hæmatom, smerter, hæmoragi, erytem, knuder, hævelse, misfarvning, pruritus, varme samt fortykkelse på injektionsstedet), perifer ødem. **Overdosering:** En specifik overdosis af insulin kan ikke defineres, men hypoglykæmi kan udvikles over forskellige faser. **Opbevaring og holdbarhed:** 30 måneder. Opbevares i køleskab (2°C - 8°C), ikke for tæt på køleelementet. Må ikke nedfryses. Under brug: Må ikke køles ned. Opbevares under 30°C i højst 8 uger. Opbevar Tresiba® Penfill® samt Tresiba® FlexTouch® med penhætten påsat for at beskytte mod lys. **Udlevering:** Receptpligtigt lægemiddel. Lægemidlet har generelt tilskud. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Novo Nordisk A/S. **Pakninger og priser (inkl. moms):** Tresiba® FlexTouch® 100 E/ml 5 x 3 ml. Tresiba® FlexTouch® 200 E/ml 3 x 3 ml. Tresiba® Penfill® 100 E/ml 5 x 3 ml. Dagsaktuelle priser findes på www.medicinpriser.dk (Ver. 01/2015.1) (DK/TB/0215/0329)

Læs altid indlægssedlen omhyggeligt inden produktet tages i brug. Den fuldstændige produktinformation kan vederlagsfrit fås ved henvendelse til Novo Nordisk Scandinavia, telefon +45 80 200 240. Bælg også www.novonordisk.dk

Referencer: 1. Tresiba® Produktresumé juli 2015 2. Rodbard HW, Cariou B, Zinman B, Handelsman Y, Phillis-Tsimikas A, Skjoth TV, Rana A, Mathieu C on behalf of the BEGIN Once Long Trial Investigators. Comparison of insulin degludec with insulin glargine in insulin-naïve subjects with Type 2 diabetes: a 2-year randomized, treat-to-target trial. DIABETIC Medicine 2013;30(11):1298–304. 3. Bode BW, Buse JB, Fisher M, Garg SK, Marre M, Merker L, Renard E, Russell-Jones DL, Hansen CT, Rana A, Heller SR on behalf of the BEGIN Basal-Bolus Type 1 Trial Investigators. Insulin degludec improves glycaemic control with lower nocturnal hypoglycaemia risk than insulin glargine in basal-bolus treatment with mealtime insulin aspart in Type 1 diabetes (BEGIN Basal-Bolus Type 1): 2-year results of a randomized clinical trial. DIABETIC Medicine 2013;30(11):1293–297. 4. Zinman et al Diabetes Care 35:2464–2472, 2012.

Produktinformationer for annonce side 49.



Novo Nordisk Scandinavia AB
Arne Jacobsens Allé 17, 9. 2300 København S.
www.novonordisk.dk. Kundeservice tlf.: 80 200 240

TRESIBA®
insulin degludec

Traineeforløb ruster nyuddannede til en karriere på intensiv

KVALIFICERING. Som noget nyt er intensivafsnittet på Rigshospitalets Hjertecenter begyndt at ansætte nyuddannede sygeplejersker. Med et traineeforløb inspireret af bl.a. Mærsk og Danske Bank ønsker afsnittet at rekruttere, uddanne og fastholde nye dygtige sygeplejersker, men også at styrke Hjertecentrets patientforløb samt relationerne med de andre sengeafsnit.

Tekst **CHRISTINA SOMMER**
Foto **CLAUS BECH**

Ⓛ Patienten har organsvigt og får stabiliserende medicin. Hun trækker vejret ved hjælp af respirator og skal have hjælp til alt lige fra ernæring og væskeindtag til personlig hygiejne.

På Hjertecentrets intensivafsnit på Rigshospitalet er de opgaver typisk kun blevet udført af erfarne sygeplejersker med specialuddannelsen i intensiv sygepleje. Indtil marts 2015 havde afsnittet derfor bevidst undgået at ansætte sygeplejersker direkte fra skolebænken, selvom mange nyuddannede jævnligt bejler til arbejdspladsen, fortæller klinisk sygeplejespecialist Anne Langvad.

”Vi bliver ofte kontaktet af nyuddannede, som gerne vil arbejde hos os. Man ansætter nyuddannede andre steder, men vi har ikke gjort det før her i Hjertecentret. Det at være ny sygeplejerske og skulle socialiseres ind på en arbejdsplads samtidig med, at man skal passe de mest syge patienter – det har vi

Intensivafsnittet har ikke ansat nye trainees i 2016, da man har skullet opnormere i forhold til sengepladser til børn. Men når først det er på plads, og sundhedsplatformen også er kommet godt fra start, vil man rekruttere til endnu et traineeforløb med start i begyndelsen af næste år.





Vi må bare erkende, at vi går glip af en masse dynamik og inspiration ved ikke at ansætte dem.

ment er for stor en udfordring for nyuddannede,” siger Anne Langvad.

Men den holdning er afsnittet så småt ved at bløde op, især i voksende erkendelse af, at nutidens nyuddannede sygeplejersker kan bidrage med nysgerrighed, ny viden og kompetencer.

”Vi må bare erkende, at vi går glip af en masse dynamik og inspiration ved ikke at ansætte dem. Vi oplever f.eks., at de er meget nysgerrige og også ret kildekritiske. De ved, hvor de skal søge deres litteratur henne, og det kan vi lide. Vi vil gerne arbejde evidensbaseret her,” siger Anne Langvad.

Tiltrække dygtige til specialet

Afsnittets spirende interesse for de nyuddannede sygeplejersker næres også af, at det nationale cirkulære for specialuddannelsen i intensiv sygepleje er under revision og forventes vedtaget i begyndelsen af 2017. Tidligere skulle sygeplejersker have mindst to års erfaring fra et sengeafsnit, før de kunne begynde på uddannelsen. Med det nye cirkulære tæller erfaring fra intensivafdelinger nu også med. Og det har gjort de nyuddannede endnu mere attraktive for intensivafsnittet, fortæller Anne Langvad.

”Tidligere bad vi de nyuddannede, som henvendte sig, om at komme tilbage, når de havde fået et par års erfaring. Men ofte skete der det, at de blev så grebet af arbejdet andre steder, at de glemte alt om os. Og det er ærgerligt, vi har også brug for de unge dygtige sygeplejersker,” siger hun.

Afsnittet har p.t. ikke problemer med at rekruttere sygeplejersker. Men det er ingen hemmelighed, at der tit er en stor personaleomsætning på intensivafdelinger bl.a. pga. de mange skiftende og ofte tunge vagter, fortæller centerchefs- sygeplejerske Marianne Tewes.

”Som ledelse har vi derfor også en opgave i at tænke fremtid, især hvis der som forventet kommer lidt færre sygeplejersker. I fremtidens

sundhedsvæsen vil der i hvert fald stadig være intensivafsnit, og her skal vi som ledere være med til at tiltrække og orientere de nyuddannede mod intensivspecialet.”

På flere afdelinger

Kritisk syge patienter og komplekse patientforløb er dog stadig en stor mundfuld for nyuddannede sygeplejersker. Det såkaldte praksis- eller realitetschok, nyuddannede ofte oplever i overgangen fra studier til arbejdsliv, er udtalt på intensivafdelinger. Og da beslutningen om at ansætte nyuddannede var taget, satte afsnittet sig for at udvikle et decideret uddannelsesprogram for dem. Med Anne Langvad og Marianne Tewes i spidsen har afsnittet bl.a. søgt inspiration hos Mærsk og Danske Bank og sammensat et 32 uger langt traineeforløb, som skal sikre de nyuddannede den bedst mulige start og ruste dem til arbejdet og en forhåbentlig lang og givende karriere med intensive patienter.

”Med traineeforløbet ønsker vi at give sygeplejerskerne mulighed for tidligere i deres karriere at kvalificere sig i den mere tekniske og komplekse sygepleje. Og vi håber også på at kunne fastholde dem i specialet i længere tid, hvis ikke hele deres karriere,” siger Anne Langvad.

Det 32 uger lange traineeforløb består af fire dele (se boksen ”32 uger som trainee”). Her bliver de nyuddannede sygeplejersker, også kaldet trainees, oplært i bl.a. grundlæggende sygepleje inden for det intensive område. Men de skal også arbejde i andre afsnit i Hjertecentret, akkurat som nyansatte gør i f.eks. Danske Bank og Mærsk. Det skal give dem indblik i og forståelse for Hjertecentrets komplicerede patientforløb og forhåbentlig også skabe sammenhæng i patientforløbene, fortæller Marianne Tewes.

32 uger som trainee

FØRSTE DEL

Fire uger på intensivafsnittet, hvor trainee bl.a. får indsigt i grundlæggende sygepleje inden for det intensive område og begynder at knytte sig til nye kolleger og arbejdsplads.

ANDEN DEL

Otte uger på kardiologisk sengeafsnit med særlig fokus på sygeplejerskernes arbejdsfelt her. Trainee begynder at opnå selvstændige færdigheder.

TREDJE DEL

12 uger på intensivafsnittet med mål om, at trainee opnår selvstændighed inden for specifikke områder samt får viden om patientforløb i teamet. Arbejder frem mod, at trainee kan observere og varetage plejen selvstændigt af den ukomplicerede patient dagen efter operation.

FJERDE DEL

Otte uger på hjertekirurgisk sengeafsnit med særlig fokus på sygeplejerskernes arbejdsfelt her. Trainee begynder at opnå selvstændige færdigheder.

SIDSTE DEL

Tilbage på intensivafsnittet, hvor trainee skal følge afsnittets generelle uddannelsesforløb på 8-12 uger for nyansatte sygeplejersker uanset erfaring. Uddannelsesprogrammet gennemgås og tilpasses den enkelte trainee individuelt.



I tider, hvor der tales patientinvolvering og bedre patientforløb, er det her en oplagt vej at gå.

En af erfaringerne er netop, at trainee'erne i højere grad end kollegerne er orienteret mod helheden i centrets patientforløb, pointerer Anne Langvad:

”I tider, hvor der tales patientinvolvering og bedre patientforløb, er det her en oplagt vej at gå. Fordi trainee'erne har været på sengeafsnittene, ved de, hvad der typisk er sket, før vi modtager patienterne, men også hvad der skal ske bagefter,” siger hun og tilføjer:

”De nyuddannede sygeplejersker er også trygge og rigtig gode til at tale med de pårørende. Det tror jeg bl.a. bundet i, at de netop kender patientforløbet detaljeret. Det er ofte en af de sværeste opgaver som ny intensivsygeplejerske,” siger Anne Langvad.

Gode brobyggere

I løbet af 2015 ansatte intensivafsnittet sine første og indtil videre eneste fem nyuddannede sygeplejersker. De har alle gennemgået traineeforløbene, og der er trods det lille antal mange gode resultater udover de allerede nævnte, fortæller Anne Langvad.

Tre af de nyuddannede sygeplejersker havde været i klinik på afsnittet under deres uddannelse, mens de to andre var helt nye på intensivområdet, hvilket kunne mærkes i begyndelsen.

”De tre, vi havde haft i praktik, kendte selvfølgelig mere til vores arbejde, og de var faktisk lidt skeptiske over for at skulle ud på de andre afsnit, selvom de godt kunne se fornuften med det bagefter. De to uden erfaring fra

Hvad var udfordringen?

At bryde med tidligere tiders opfattelse af, at nyuddannede sygeplejersker ”burde” have opnået erfaring fra sengeafsnit, før de bliver ansat på intensiv, samt sammensætte et uddannelsesforløb, der fokuserer på læring, socialisering og kompetenceudvikling. Og ikke mindst at vise, at traineeforløbet er en rigtig god idé også for de øvrige sygeplejersker i afsnittet. Der bliver brugt mange ressourcer på trainee'erne.

Hvad var det sværeste?

Umiddelbart har intet været svært, men det har været usikkert, om programmet var sammensat, så trainee'erne kunne opnå de ønskede kompetencer, der skulle sikre, at de kunne varetage behandling og pleje af de mest kritisk syge patienter på hospitalet, dvs. patienten på intensiv.

Hvad er I stolte af?

At det ser ud til at være en succes, en rigtig god investering, og at afsnittet indtil videre har fået fem meget kompetente sygeplejersker, som også er blevet godt integreret blandt de øvrige sygeplejersker. Der er desuden kommet mange positive tilbagemeldinger fra de afsnit, hvor trainee'erne har været. De har været med til at ”bygge bro” i patientforløbene i Hjertecentret.

Vil man vide mere om forløbet, er man velkommen til at kontakte klinisk sygeplejespecialist Anne Langvad på anne.langvad@regionh.dk

intensiv kom dog hurtigt efter de andre,” fortæller Anne Langvad.

Og netop gevinsten ved traineeopholdene på de andre afsnit er værd at dvæle ved.

”Vi er normalt meget søljeopdelte her på hospitalet. Trainee'erne har virkelig været med til at bygge bro mellem afsnittene, de har dannet netværk til kollegerne her og også taget dem med hen til os, så de kan blive klogere på vores arbejde og dermed bedre fortælle patienterne, hvad der sker på intensiv,” siger Anne Langvad.

Uerfarne eksperter

Efter de 32 uger skal trainee'erne desuden følge det 8-12 uger lange uddannelsesprogram, som alle nyansatte sygeplejersker uanset erfaring og evt. specialuddannelse i intensiv uddannelse skal gennemgå. Og her viser det sig allerede, at trainee'ernes introduktionsforløb næsten kan halveres. Et andet mål er, at de nyuddannede sygeplejersker vælger at blive på afsnittet i mange år, hvilket selvfølgelig endnu er uvist. Traineeeforløbet fortsætter dog.

”Det ”koster os” jo 32 uger, hvor vi træner de nyuddannede og betaler deres løn, mens de lærer og arbejder. Og så skal de jo være her to år, før de kan begynde på specialuddannelsen. Det er en satsning og en ekstraudgift i forhold til at ansætte sygeplejersker med mere erfaring, og som måske allerede er uddannede intensivsygeplejersker. Men vi håber og tror på, at det er det hele værd,” siger Anne Langvad.

Endelig åbner traineeforløbet op for andre ændringer på intensivafsnittet. Forløbet kan f.eks. tilpasses alle sygeplejersker. Mere erfarne intensivsygeplejersker vil også have gavn af ophold i Hjertecentrets sengeafsnit. Ansættelsen af de nyuddannede har også ført til nye tanker i forhold til anciennitet, kompetencer og ansvar.

”Hvem siger, at det er de mest erfarne, som f.eks. skal være ansvarshavende? Man behøver ikke at have været mange år det samme sted for at blive ekspert. Mange nyuddannede har også arbejdet med områder i deres bachelorprojekt, som vi kan bruge. Dem kan vi nu få fat i og sat i spil hos os,” siger Anne Langvad. ●

Gode råd

- Hold tæt kontakt med trainee'erne, også når de er i de andre afsnit. I begyndelsen holder Anne Langvad f.eks. ugentlige samtaler med dem, og hun besøger dem også i de andre afsnit.
- Beskriv og informer grundigt om traineeforløbet i afsnittet, så alle kolleger kender til det og de pågældende trainees.
- Udstyr de nyuddannede med et skilt på brystet, hvor der står "trainee" for at synliggøre, at her er tale om en lidt speciel sygeplejerske, som har et særligt forløb og dermed behov for særligt fokus. Det gør det lettere at forventningsafstemme med bl.a. kolleger og pårørende.
- Støt de nyuddannede i at håndtere de mange nye påvirkninger ved hjælp af løbende coaching.
- Inddrag ledelsen fra dag 1. Det er vigtigt, at lederne også har ejerskab, afsætter ressourcer og støtter op om traineeforløbet.



Komplekst sundhedsvæsen skriger på flere traineeforløb

KVALIFICERING. Uanset hvor man begynder sin karriere, er behovet for grundige introduktionsforløb stort. Det mener Sygeplejestuderendes Landsammenslutning og Dansk Sygeplejeråd, der begge efterlyser flere introduktionsforløb a la det i Intensivafsnittet på Rigshospitalets Hjertecenter.

Tekst **CHRISTINA SOMMER** · Foto **SIMON KLEIN-KNUDSEN**

Det 32 uger lange traineeforløb, som Intensivafsnittet på Rigshospitalets Hjertecenter tilbyder nyuddannede sygeplejersker, burde indføres mange flere steder. Det mener formanden for Sygeplejestuderendes Landsammenslutning Helle Yndgaard Storm. For skiftet fra studieboøger til virkelige patienter kan være overvældende.

”Vores grunduddannelse er en generalistuddannelse, og som nyuddannede kommer vi oftest ud på højtspecialiserede afdelinger. Vi har gennem flere år arbejdet for, at arbejdspladserne skal være med til at skabe den bedst mulige begyndelse for sygeplejersker, bl.a. ved hjælp af grundige og dybdegående introduktionsforløb. Intensivafsnittets traineeforløb er et rigtig spændende tiltag, som burde kunne inspirere mange andre steder,” siger Helle Yndgaard Storm.

Hun fremhæver især, at traineeforløbet giver den nyuddannede mulighed for at fortsætte sin faglige udvikling inden for strukturerede rammer. Det øger chancen for, at de nyuddannede får omsat mere af deres teoretiske og forskningsmæssige viden samt evner til at arbejde evidensbaseret i arbejdslivet.

”Skal vi det, er det vigtigt, at vi får mulighed for at være nyuddannede frem for sygeplejersker fra dag 1. Og giver det os også mulighed for at prikke lidt til de mere erfarne sygeplejersker, er det rigtig godt,” siger hun.

Også næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Dorte Steenberg, håber, at traineeforløbet kan inspirere andre arbejdspladser.

”Den kompleksitet, der ligger i sundhedsvæsenet i dag, gør behovet for grundige introduktionsforløb for nyuddannede meget stort. Vi må erkende, at sygeplejerskernes grunduddannelse kan meget, men den er ikke i stand til at give de nyuddannede alle de kompetencer, der skal til for at kunne fungere som sygeplejersker fra første dag.”

Dorte Steenberg hæfter sig desuden ved, at traineeforløbet også har skabt bedre patientforløb og kommunikation mellem de forskellige afsnit.

”De resultater er bemærkelsesværdige i sig selv, det er noget, alle har glæde af, også patienterne, de erfarne sygeplejersker og ledelsen,” siger hun. ●

Med et trainee-forløb kan de nyuddannede få omsat mere af deres teoretiske viden til at arbejde evidensbaseret, mener Helle Yndgaard Storm.





Designet til at være intensivsygeplejerske

KVALIFICERING. Traineeforløbet på Hjertecentrets intensivafsnit på Rigshospitalet har i den grad givet sygeplejerske Maria Aagerup Christoffersen mod på en karriere som intensivsygeplejerske. Forløbet har været hårdt. Men også meget lærerigt og givende, især for den erfarne kollega Lone Nielsen, som blev fast tilknyttet den nyuddannede sygeplejerske sidst i forløbet.

Tekst **CHRISTINA SOMMER**
Foto **CLAUS BECH**

D Intet mindre end drømmejobbet! Sådan tænkte den nu 26-årige sygeplejerske Maria Aagerup Christoffersen, da hun afsluttede sin 20 uger lange praktik på Intensivafsnittet på Rigshospitalets Hjertecenter i foråret 2015.

”Intensivområdet er så komplekst. Jeg er vild med, at man får lov til at nørde en masse fysiologi og anatomi. Det er et meget naturvidenskabeligt område samtidig med, at det er så human. Man skal være meget medmenneskelig,” siger hun.

Hun luftede derfor sin interesse for at komme tilbage, når autorisationen var i hus. Men som så mange andre fik hun i første omgang besked på, at afsnittet ikke ansatte nyuddannede. Et par måneder efter fik hun dog nys om det kommende traineeforløb. Hun sendte en ansøgning, og et par måneder efter dimission begyndte hun sammen med to andre nyuddannede sygeplejersker som trainee den 1. august sidste år.

”Vi havde alle tre været i praktik på intensiv samtidig. Det var en kæmpe fordel, at vi kendte hinanden, og at vi var flere trainees. Jeg er så glad for, at der var nogle andre i samme båd, jeg kunne sparre med,” siger hun.

Den nye hele tiden

Maria Aagerup Christoffersen beskriver traineeforløbet som udfordrende. Hun indgik i vagtplanen som alle andre, dog med indslag som ugentlige samtaler med

26-årige Maria Aagerup Christoffersen vil gerne læse specialuddannelsen i intensiv sygepleje om et år eller to: "Men det haster ikke, den praktiske erfaring er så givende, og læringskurven har været rimelig stejl det seneste år," siger hun.

klinisk sygeplejespecialist Anne Langvad og løbende supervision med en coach, hvilket var nødvendigt.

"Det er hårdt at skifte afsnit, man skal være omstillingsparat samtidig med, at man skal lære nyt. Man er lidt den nye hele tiden, og det er krævende i forhold til både kolleger og læring," siger hun.

Men forløbet har været inspirerende og lærerigt, og især opholdene på sengeafsnittene har været værdifulde.

"Vi overflytter jo helst patienterne fra intensiv så hurtigt som muligt i det omfang, det vurderes ansvarligt. Så det gav rigtig god mening at få lov til at se, hvad der f.eks. sker i efterforløbene. Det har givet mig meget mere indblik i patienternes tanker, følelser og overvejelser," siger hun.

Opholdet på de andre afsnit har også gjort hende bevidst om, hvilke informationer kollegerne her har brug for.

"Nogle gange oplevede jeg, at de informationer, vi gav videre, ikke blev brugt, og det var godt at få en dialog med kollegerne om, hvad de har brug for," siger hun.

Ting tager tid

Maria Aagerup Christoffersen understreger, at der er blevet taget godt hånd om trainee'erne gennem hele forløbet. Alligevel savnede hun efter et stykke tid mere kontinuitet i arbejdsdagen.

"De første uger, jeg var tilbage på intensiv, gik jeg ikke sammen med en fast sygeplejerske, og jeg fik hele tiden spørgsmål som "Hvad kan du?", "Hvad skal du lære?" Det ved man altså ikke selv på det tidspunkt," siger hun.

Intensivsygeplejerske Lone Nielsen, som har arbejdet på afsnittet i 17 år, blev derfor bedt om at følge Maria Aagerup Christoffersen fast de sidste måneder af forløbet.

"Jeg må indrømme, at jeg allerførst tænkte "det orker jeg ikke". Ubevidst sammenlignede jeg hende nok med en sygeplejestuderende, som kræver ekstra meget opmærksomhed," siger Lone Nielsen.

Maria Aagerup Christoffersen nød at være under Lone Niensens vinger:

"Hun er fagligt dygtig og et meget behageligt menneske. Men jeg forstår hende godt. Det er en stor mundfuld at have en nyansat under sine vinger. Der er bare flere ting, der skal forklares, men nok især på intensiv. Her går der lidt længere tid, før man er selvstændig, og det skal der være tid og ressourcer til," siger hun.

Og Lone Nielsen gik da også til opgaven som mentor med åbent sind og højt humør.

"Maria er jo uddannet og skulle til at gøre tingene selv. Jeg forsøgte fra start af at udfordre hende med spørgsmål om, hvordan hun ville løse en given opgave frem for at servere det hele på et sølvfad," siger hun og uddyber:

"Det har været en stor fornøjelse at mærke hendes engagement og se hende udvikle sig dag for dag. Hendes modenhed og unikke omsorg og indsigt i patienternes situation ramte mig med det samme," siger Lone Nielsen.

Erfarne er også usikre

Overordnet hilser den erfarne intensivsygeplejerske de nyuddannede velkomne.

"Deres livsmod, nysgerrighed, engagement og evne til at tænke og udføre evidensbaseret sygepleje er meget inspirerende. Maria var f.eks. ikke bange for at stille kritiske spørgsmål, og hun var heller ikke langsom til at søge litteratur



Deres livsmod, nysgerrighed, engagement og evne til at tænke og udføre evidensbaseret sygepleje er meget inspirerende.

Intensivsygeplejerske **LONE NIELSEN** om de nyuddannede.

og undersøge ting. Og vi stoler 100 pct. på, at de siger fra, hvis der er noget, de ikke er trykke ved," siger Lone Nielsen og tilføjer:

"Den der bekymring for, om man nu kan slå til og mestre at være på intensiv, den er der uanset, om man er nyuddannet sygeplejerske eller begynder her med masser af erfaring som 40-årig," siger Lone Nielsen.

Omvendt mener Maria Aagerup Christoffersen ikke, at hun bliver en dårligere intensivsygeplejerske, fordi hun f.eks. ikke har været på en medicinsk afdeling som uddannet sygeplejerske.

"Der er nok nogle basale ting, jeg ikke ved. Men så tænker jeg, at jeg i stedet bliver designet til at være intensivsygeplejerske. Og det kan jeg forhåbentlig så til UG og stjerne, når jeg har været her nogle flere år og fået mere erfaring," siger hun og fortsætter ydmygt:

"Selvom jeg kan pleje en kritisk syg patient nu og forstår patientforløbene godt, er der stadig meget, jeg ikke ved. Ledelsen forventer heller ikke, vi er færdige nu. Det er en konstant læringsproces, hvilket de jævnligt minder både os og de erfarne sygeplejersker om," siger Maria Aagerup Christoffersen. ●

Goet en gul

Tekst **JETTE BAGH**, cand.cur., fagredaktør

JUL PÅ KRYDS OG TVÆRS 2016. Traditionen tro er årets sidste *Sygeplejersken* udstyret med en faglig julekryds.












Frem med et glas gløgg (og hvorfor ikke prøve en hvid?), en vaniljekrans, blyant og viskelæder og hen under læselampen. Gæt de gule kodeord i to dele og send slippen med løsningen nederst på siden til:

Redaktionen

Sankt Annæ Plads 30

1250 København K

Mærk kuerten "Julekryds" i nederste venstre hjørne.

	FARVE	KODE-ORD (1. DEL)	BI-BELSK PROFET	KODE-ORD (2. DEL)		PANORAMA	CEN-TRUM	EFTER M	STÆV-NE-MØDE	EFTER-TANKE	KLAR	↙	EFTER X	ENERGI FOR-BILLEDE	↘	TETANUS	LEM-LÆSTER
↙						LIDELSE ER-HVERV										2 ENS	
								KÆLE VIA			FØR U HALV-TREDS		VOKSE FREM				
-? FOI-GHEL				↓		TRANSPORT-MIDDEL							GRÆSK KRIGSGUD		ENGELSK LUFT IDENTISKE		
						PIGE-NAVN 2 ENS					FLODER						
OP-HOLDS-STEDET								FULD-SKAB	HER-SKEREN							100 ØRE BIBEL-NAVN	
	↓		FEM KOREAS HOVED-STAÐ		KO-STUME							BJERG-GEDER					BÆVER
					SKUB-BEN	ER VI MED I KLAPPER			DER-EFTER			GRIS 12 MÅ-NEDER			PJALT IVRE		
MØNT-ENHED	↑	↑									TRÆ-DEL		SAN-GER-INDE				
↙					KRÆN-GET	FOR-FAT-TERINDE		KORT PIGE-NAVN					TRÆ SPIL			FOR TIDEN MAVE	
TØJ-STØR-RELSE	↙											→	GÅRD-RUM				
ATMO-SFÆRE						RULLE-STEN VARME-GIVER				DRENGE-NAVN DET 16. BOGSTAV			ET PAR GRØNT-SAG				
SPA-NIEN			INDSI-GELSE IDET				SLÆGT		↙	MAN							
						FUGTE				PRIS-TAGER			TUM-ME-LUMSK			HOL-LAND	SPA-NIEN
AKTUELT EMNE FOR SYGEPLEJERSKER																	

LEXI.DK

Vi skal have sætningen/løsningen med posten senest onsdag den 4. januar 2017.

Vi trækker lod om tre bøger og tre gavekort blandt de rigtige svar. De tre videre får direkte besked og bliver nævnt i *Sygeplejersken* № 1, 2017, der udkommer mandag den 16. januar 2017.

Det er også muligt at maile svaret til julekryds@dsr.dk senest onsdag den 4. januar 2017 kl. 12.00. Husk navn, adresse, medlemsnummer og en løsning, hvis dit svar kommer pr. mail.

NAVN

MEDLEMSNUMMER

ADRESSE

LØSNING



Den eneste GLP-1-analog, som er EU-godkendt til behandling af overvægt som supplement til kost- og motionsændringer¹



Dine patienter
MED SVÆR OVERVÆGT
kan se frem til mere end blot et
VÆGTTAB¹

Saxenda[®] leverer signifikant og vedvarende vægttab og forbedrer samtidigt flere kardiometaboliske risikofaktorer^{1,2}

- 9 ud af 10 patienter opnåede et vægttab – 1 ud af 3 tabte sig >10%²
- Patienterne tabte sig og fastholdt vægttabet i et etårigt studie¹
- Patienterne oplevede også signifikante forbedringer af flere kardiometaboliske risikofaktorer^{1,2}

Produktinformation findes på side 62.



DK/SA/1016/0201

Saxenda® (liraglutid) 6mg/ml Forkortet Produktresumé

Lægemiddelform: Klar, farveløs eller næsten farveløs, isotonisk injektionsvæske, opløsning, i en fyldt pen. Saxenda® er en Human GLP-1-analog (glucagon-lignende peptid 1).

Indikation: Saxenda® er indiceret som et supplement til en kaloriefattig kost og øget fysisk aktivitet til vægtkontrol hos voksne patienter med et start-BMI på ≥ 30 kg/m² (adipøs) eller ≥ 27 kg/m² til < 30 kg/m² (overvægtig) og mindst en vægtrelateret komorbiditet. Saxenda bør seponeres efter 12 ugers behandling med en dosis på 3,0 mg/dag, hvis patienten ikke har tabt mindst 5% af den initiale legemsvægt. **Dosering og indgivelsesmåde:** Startdosis er 0,6 mg dagligt. Dosis bør øges til 3,0 mg/dag ved stigninger à 0,6 mg med mindst en uges mellemrum for at forbedre den gastrointestinale tolerabilitet. Hvis stigningen til det næste dosisttrin ikke tolereres i to på hinanden følgende uger, skal det overvejes at seponere behandlingen. En daglig dosis på over 3,0 mg anbefales ikke. Behandlingseffekten er kun blevet dokumenteret i ét år. Behovet for fortsat behandling bør årligt revideres. **Type 2-diabetes mellitus:** Saxenda® bør ikke anvendes sammen med en anden GLP-1-receptor agonist. Når behandling med Saxenda® initieres, skal det overvejes at reducere dosis af insulin eller β -cellestimulerende midler (fx sulfonylurinstoffer), der administreres samtidigt, for at mindske risikoen for hypoglykæmi. **Ældre (>65 år):** Dosisjustering på grund af alder er ikke nødvendig. Erfaringen med behandling af patienter ≥ 75 år er begrænset, og anbefales ikke. **Nedsat nyrefunktion:** Dosisjustering er ikke nødvendig hos patienter med let eller moderat nedsat nyrefunktion (kreatinin-clearance på ≥ 30 ml/min). Anbefales ikke til patienter med svært nedsat nyrefunktion (kreatinin-clearance < 30 ml/min), inklusive patienter med terminal nyreinsufficiens. **Nedsat leverfunktion:** Dosisjustering er ikke nødvendig hos patienter med let eller moderat nedsat leverfunktion. Anbefales ikke til patienter med svært nedsat leverfunktion, og bør bruges med forsigtighed hos patienter med let eller moderat nedsat leverfunktion. **Pædiatrisk population:** Sikkerheden og virkningen hos børn og unge under 18 år er ikke klarlagt. Der foreligger ingen data. Lægemidlet anbefales ikke til brug hos pædiatriske patienter. **Administration:** Saxenda® er kun til subkutan anvendelse. Må ikke administreres intravenøst el. intramuskulært. Saxenda® administreres én gang dagligt på et vilkårligt tidspunkt uafhængigt af måltider. Injiceres i abdomen, i låret eller i overarmen. Injektionssted og -tidspunkt kan ændres uden dosisjustering. Det anbefales dog at injicere på ca. samme tidspunkt hver dag. Saxenda® må ikke oplandes med andre injektionspræparater (f.eks. insulin). Hvis en dosis glemmes inden for 12 timer fra det tidspunkt, hvor den normalt tages, bør patienten tage dosen hurtigt muligt. Hvis der er mindre end 12 timer til næste dosis, skal patienten ikke tage den glemte dosis, men genoptage doseringsprogrammet med én daglig dosis fra den næste planlagte dosis. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for liraglutid el. over for et el. flere af hjælpestofferne. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler:** Må ikke anvendes som erstatning for insulin til patienter med diabetes mellitus. Der er begrænset erfaring med behandling af patienter med kongestiv hjerteinsufficiens NYHA (New York Heart Association)-klasse I-II, og liraglutid skal derfor anvendes med forsigtighed. Der er ingen erfaring hos patienter med kongestiv hjerteinsufficiens NYHA-klasse III-IV, og liraglutid anbefales derfor ikke til disse patienter. Sikkerheden og virkningen af liraglutid til vægtkontrol er ikke klarlagt hos patienter: på 75 år og derover; i behandling med andre præparater til vægtkontrol; med adipositas som følge af en endokrin sygdom el. spiseforstyrrelse, el. som er i behandling med et præparat der kan forårsage vægtøgning; med svært nedsat nyrefunktion; og med svært nedsat leverfunktion. Brug hos disse patienter anbefales derfor ikke. Da liraglutid ikke blev undersøgt til vægtkontrol hos personer med let eller moderat nedsat leverfunktion, skal det bruges med forsigtighed hos sådanne patienter. Der er begrænset erfaring med behandling af patienter med inflammatorisk tarmsygdom og diabetisk gastroparese. Liraglutid anbefales ikke til sådanne patienter, da det er forbundet med forbigående gastrointestinale bivirkninger, herunder kvalme, opkastning og diarré. **Pankreatitis:** Brug af GLP-1-receptor agonister er blevet associeret med risiko for udvikling af akut pankreatitis. Der er rapporteret få tilfælde af akut pankreatitis med liraglutid. Patienterne skal informeres om de karakteristiske symptomer på akut pankreatitis. Hvis der er mistanke om pankreatitis, skal liraglutid seponeres; hvis akut pankreatitis bekræftes, må behandling ikke påbegyndes igen. Der skal udvises forsigtighed hos patienter med tidligere pankreatitis. **Cholelithiasis og cholecystitis:** I studier for vægtkontrol blev der set en højere forekomst af cholelithiasis og cholecystitis hos patienter, der blev behandlet med liraglutid, end hos patienter, der fik placebo. Cholelithiasis og cholecystitis kan føre til hospitalsindlæggelse og cholecystektomi. **Thyroidea-relateret sygdom:** I studier med type 2-diabetes er der rapporteret om thyroidea-relaterede bivirkninger, særligt hos patienter med allerede eksisterende thyroidea sygdom, samt tilfælde af forhøjet blodcalcitonin i studier med vægtkontrol. Liraglutid skal derfor anvendes med forsigtighed hos disse patienter. **Hjertefrekvens:** En stigning i hjertefrekvens blev observeret med liraglutid i kliniske studier. Den kliniske betydning af stigningen i hjertefrekvens ved behandling med liraglutid er uvis, særligt for patienter med hjertesygdom eller cerebralvaskulær sygdom, pga. begrænset eksponering hos disse patienter i kliniske studier. Hjertefrekvens skal måles regelmæssigt i overensstemmelse med almindelig klinisk praksis. Liraglutid skal seponeres hos patienter, der oplever en klinisk relevant vedvarende stigning i hjertefrekvensen i hvile. **Dehydrering:** Fra patienter, behandlet med GLP-1-receptor agonister, er der blevet indrapporteret tegn og symptomer på dehydrering, inkl. nedsat nyrefunktion og akut nyresvigt. **Hypoglykæmi ved type 2-diabetes:** Patienter med type 2-diabetes, der får liraglutid i kombination med et sulfonylurinstof, kan have en øget risiko for hypoglykæmi. Risikoen for hypoglykæmi kan mindskes ved at reducere dosis af sulfonylurinstof. Tillæg af Saxenda® hos patienter, i behandling med insulin, er ikke blevet evalueret. **Hjælpestoffer:** Saxenda® indeholder mindre end 1 mmol natrium (23 mg) pr. dosis, og lægemidlet er derfor stort set 'natriumfrit'. **Interaktioner:** *In vitro* har liraglutid udvist meget lavt potentiale for involvering i farmakokinetisk interaktion med andre aktive stoffer relateret til cytochrom P450 (CYP) og plasmaproteinbinding. Den lille forsikelse af ventrikeltømmingen, som liraglutid forårsager, kan påvirke absorptionen af samtidigt indgivne orale lægemidler. Interaktionsstudier har ikke påvist nogen klinisk relevant forsikelse i absorptionen, og derfor er det ikke nødvendigt at justere dosis. **Warfarin og andre coumarinderivater:** Der er ikke udført interaktionsstudier. En klinisk relevant interaktion med aktive stoffer med lav opløselighed eller et snævert terapeutisk indeks, såsom warfarin, kan ikke udelukkes. **Paracetamol:** Dosisjustering ved samtidig brug af paracetamol er ikke nødvendig. **Atorvastatin:** Justering af atorvastatindosis er ikke nødvendig ved administration sammen med liraglutid. **Griseofulvin:** Dosisjustering for griseofulvin og andre forbindelser med lav opløselighed og høj permeabilitet er ikke nødvendig. **Lisinopril og digoxin:** Dosisjustering af lisinopril el. digoxin er ikke nødvendig. **Oral kontraktion:** Ingen klinisk relevant virkning på den overordnede eksponering for hverken ethinyløstradiol el. levonorgestrel. Der forventes derfor ikke, at kontractionsmidlernes virkning påvirkes ved samtidig administration med liraglutid. **Fertilitet graviditet og amning:** **Graviditet:** Der er utilstrækkelige data fra anvendelse af liraglutid til gravide kvinder. Må ikke anvendes under graviditeten. Hvis en patient ønsker at blive gravid, el. graviditet konstateres, skal liraglutid seponeres. **Amning:** Ukendt om liraglutid udskilles i human mælk. Bør ikke anvendes under amning. **Fertilitet:** Let fald i antallet af levedygtige implantationer i studier hos dyr, men ingen skadelig effekt hvad angår fertilitet. **Enven til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner:** Påvirker ikke el. kun i ubetydelig grad evnen til at føre motorkøretøj og betjene maskiner. **Bivirkninger:** **Immunsystemet:** Anafylaktisk reaktion. **Metabolisme og ernæring:** Hypoglykæmi, dehydrering. **Psykiske forstyrrelser:** Insomni. **Nervesystemet:** Svimmelhed, dysgeusi. **Hjerte:** Takykardi. **Mave-tarm-kanalen:** Kvalme, opkastning, forstoppelse, mundtørhed, dyspepsi, gastritis, gastroøsofageal reflukssygdom, øvre abdominalsmerter, flatuens, eruktion, abdominal distension, pankreatitis. **Lever og galdeveje:** Cholelithiasis, cholecystitis. **Hud og subkutan væv:** Urticaria. **Nyrer og urinveje:** Akut nyresvigt, nedsat nyrefunktion. **Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet:** Træthed, asteni, reaktioner på injektionsstedet, utilpashed. **Undersøgelser:** Forhøjet lipase og amylase. **Hypoglykæmi hos patienter uden type 2-diabetes:** I studier med overvægtige og adipøse patienter uden type 2-diabetes behandlet med Saxenda® kombineret med diæt og motion, blev der ikke rapporteret alvorlige hypoglykæmiske hændelser. **Hypoglykæmi hos patienter med type 2-diabetes:** I studier med overvægtige og adipøse patienter med type 2-diabetes, behandlet med Saxenda® kombineret med diæt og motion, blev der rapporteret alvorlig hypoglykæmi hos 0,7% af de patienter, der fik Saxenda®, og kun af patienter, som samtidig fik sulfonylurinstof. Der blev rapporteret dokumenteret symptomatisk hypoglykæmi hos 43,6% af de patienter, der fik Saxenda, og hos 27,3% af de patienter, der fik placebo. Blandt patienter, der ikke samtidig fik sulfonylurinstof, rapporterede 15,7% af de patienter, der fik Saxenda®, og 7,6% af de patienter, der fik placebo, dokumenterede symptomatiske hypoglykæmiske hændelser. **Gastrointestinale bivirkninger:** De fleste tilfælde af gastrointestinale bivirkninger var lette til moderate og forbigående, og størstedelen førte ikke til seponering af behandlingen. Bivirkningerne forekom som regel i de første uger af behandlingen og aftog inden for få dage eller uger under fortsat behandling. Patienter ≥ 65 år kan hyppigere få gastrointestinale bivirkninger ved behandling med Saxenda®. Patienter med let eller moderat nedsat nyrefunktion (kreatinin-clearance på ≥ 30 ml/min) kan hyppigere opleve gastrointestinale bivirkninger, når de behandles med Saxenda®. **Akut nyresvigt:** Der er blevet rapporteret akut nyresvigt hos patienter, som blev behandlet med GLP-1-receptor agonister. Størstedelen af de rapporterede hændelser forekom hos patienter, der havde oplevet kvalme, opkastning eller diarré med deraf følgende volumendepletion. **Allergiske reaktioner:** Efter markedsføring er der blevet rapporteret få tilfælde af anafylaktiske reaktioner med symptomer som hypotension, palpitationer, dyspnø og ødem ved brug af liraglutid. Hvis der er mistanke om en anafylaktisk reaktion, skal liraglutid seponeres og behandling bør ikke genstartes. **Reaktioner på injektionsstedet:** Sædvanligvis lette og forbigående. **Takykardi:** I kliniske studier blev der rapporteret takykardi hos 0,6% af de patienter, der blev behandlet med Saxenda®, og hos 0,1% af de patienter, der fik placebo. Størstedelen af hændelserne var lette eller moderate. **Overdosering:** Fra studier og ved brug efter markedsføring er der blevet rapporteret om overdosering med op til 72 mg (24 gange den anbefalede dosis til vægtkontrol). De rapporterede tilfælde inkluderede svær kvalme og opkastning. Ingen af de rapporterede tilfælde inkluderede alvorlig hypoglykæmi. Alle patienterne restituerede uden komplikationer. **Opbevaring og holdbarhed:** Opbevares i 30 måneder i køleskab (2°C-8°C), ikke for tæt på køleelementet. Må ikke fryses. Efter ibrugtagning: Opbevares 1 måned under 30°C eller i køleskab (2°C-8°C). Opbevar pennen med hættens påsat for at beskytte mod lys. **Udlevering:** Receptpligtigt lægemiddel. Lægemidlet er underlagt enkelttilskud. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Novo Nordisk A/S. **Pakninger og priser:** Hver pen indeholder 3 ml opløsning, og kan give doser på 0,6 mg, 1,2 mg, 1,8 mg, 2,4 mg og 3,0 mg. Saxenda® 5 x 3 ml. Dagsaktuelle priser findes på www.medicinpriser.dk (Ver. 09/2016) (DK/SA/1016/0184) **Læs altid indlægssedlen omhyggeligt inden produktet tages i brug. Den fuldstændige produktinformation kan vederlagsfrit fås ved henvendelse til Novo Nordisk Scandinavia, Arne Jacobsens Allé 17, 9, 2300 Kbh. S. Telefon +45 80 200 240. Besøg også www.novonordisk.dk**

Referencer: 1. Det godkendte produktresumé for Saxenda® 2. Pi-Sunyer X, Astrup A, Fujioka K, et al. A Randomized Controlled Trial of 3.0 mg of Liraglutide in Weight Management. *New England Journal of Medicine*. 2015;373(1):11-22

Produktinformationer for annonce side 61.



Novo Nordisk Scandinavia AB, Region Danmark, Arne Jacobsens Allé 17, 9, 2300 København S
Kundeservice tlf. 80 200 240, www.saxenda.dk

Saxenda®
liraglutid injektion

Summer holiday in sun-drenched Denmark?

Smid et lod i puljen. I januar trækker vi lod om højsæsonen 2017.

Book en af Dansk Sygeplejeråds 42 nyistandsatte fritidsboliger til medlemspris.

www.dsr.dk/fritidsboliger



BAUTA FORSIKRING

Ski, briller og rygskjold, men hvad med rygdækning?

Husk rejseforsikringen til medlemspris

www.dsr.dk/rabatter



HOTEL KOLDINGFIORD

Glem alt om julestress

Nyd en weekend på Hotel Koldingfjord

www.dsr.dk/rabatter



DSR WEBSHOP

Nytårsforsæt?

Se vores store udvalg af løbeudstyr til medlemspris

www.dsr.dk/webshop

Øje for epilepsiens snubletråde

FRONTLØBER. Som epilepsipatient skal man undgå belastninger i hverdagen, for de kan udløse anfald. Den del af forebyggelsen har epilepsisygeplejerskerne i Sygehus Lillebælts ambulatorium for Hjerne- og Nervesygdomme de rigtige forudsætninger for at gå ind i.

Tekst **KIRSTEN BJØRNSSON** · Foto **NILS LUND PEDERSEN**

D Morten Jul Iversen kigger sig omkring på stuen og spørger, hvor hans læge er henne. Han har haft epilepsi, siden han kom ud for en alvorlig trafikulykke for 17 år siden, og han plejer at gå til kontrol hos en af lægerne i Sygehus Lillebælts neurologiske ambulatorium.

Epilepsisygeplejerske Karin Jensen forklarer, at han stadig har sin faste læge, som følger med i hans blodprøver og styrer hans behandling. Men lægen har vurderet, at hans tilstand er så stabil, at han kan overgå til sygeplejerskekontrol.

Det er første gang, Karin Jensen ser ham. Hun spørger, hvordan han har det med sin medicin, men også til hans hverdag, og hvordan han bor. Samtalen tager dog langtfra de 45 minutter, der er afsat.

Morten Jul Iversen har boet 15 år i det samme bosted. Det er trygt. Han er glad for sin cykel og sine daglige gåture og har ikke specielt brug for at snakke eller spørge om noget. Men han sikrer sig, at han har fået fat i navnet, inden han går. ”Det er Karin, ikke? Og det er også dig, jeg skal gå hos næste gang?”

Det bekræfter Karin Jensen og giver ham sit telefonnummer. ”Og hvis det ikke er mig, der tager telefonen, så siger du bare til dem, om jeg vil ringe dig op.”

Sygeplejerskerne bød ind

Karin Jensen er en af de tre epilepsisygeplejersker i ambulatoriet for Hjerne- og Nervesygdomme. Hun og kollegaen Inge Kvist var med, da epilepsilægerne for halvandet år siden begyndte at overdrage de halvårslige kontroller til sygeplejerskerne.



SUNDHEDSVÆSENETS FRONTLØBERE

Arbejdet i det nære sundhedsvæsen bliver mere og mere komplekst, og allerede nu løfter sygeplejersker flere komplicerede opgaver end tidligere. Inden udgangen af 2016 skal et udvalg, nedsat af regeringen, KL og Danske Regioner, lave en masterplan for det nære sundhedsvæsen, så det bliver mere sammenhængende, borgernært og omkostningseffektivt. Ældre medicinske patienter, kronikere og patienter med psykiske lidelser har særlig fokus. *Sygeplejersken* sætter spot på fagets frontløbere i primærsektoren og på sygehusene.

”Vi havde lange ventelister til lægerne, og vi kunne se, at der var mange huller i sygeplejerskeprogrammet,” husker Karin Jensen.

”Så vi bød ind, at vi godt kunne tage noget mere,” siger Inge Kvist.

Det er Karin Jensens fornemmelse, at den ansvarlige overlæge lige så stille har bygget mere på i sin vurdering af, hvornår sygeplejerskerne kan tage over. Det er i hvert enkelt tilfælde en lægevurdering.

Inge Kvist nikker og tilføjer, at sygeplejerskerne og læger i ambulatoriet altid har haft et godt samarbejde. ”Vi har dem tæt på i det daglige, og de stoler på, at vi melder tilbage, hvis der er noget, de skal se på.”

En patient kan typisk overgå til sygeplejerskekontrol, når han eller hun har været anfaldsfri i et par år. Sygeplejerskerne har 15 minutter mere til en kontrol end lægerne, så de har tid til at komme rundt om de ting, der optager og måske tynger patienten.

”Det kan være en hund eller en kat, familien, problemer med bilen eller arbejdet. Alt muligt. Hvad der fylder. At snakke om det, de har brug for, kan være det, der holder dem anfaldsfrie,” siger Karin Jensen.



Det er første gang, Karin Jensen ser Morten Jul Iversen til sygeplejerskekontrol. Hun sikrer sig allerførst, at han ikke har haft epileptiske anfald siden sidste lægekontrol.

De risikofaktorer, der kan udløse anfald, er typisk stress, manglende søvn og alkohol, eller måske snarere tømmermændene dagen derpå. Sygeplejerskerne spørger også til arbejde og motion. ”Det vigtige er en regelmæssig livsstil, og at man somme tider lige mærker efter, hvad det nu er, man går og tumler med.”

Trænede i at vejlede

Meget ofte er der pårørende med til kontrollerne. Hvis patienten er en teenager, er moren som regel meget involveret, og patienter på 30-40 år har typisk brug for, at deres ægtefælle bliver informeret om sygdommen og behandlingen. Pædagoger på bosteder er også en gruppe, epilepsisygeplejerskerne får mange henvendelser fra.

”De har et stort behov for information, både om epilepsi og medicin,” fortæller Karin Jensen. ”Derfor har vi lavet en pjeces specielt til bostederne.”

Det er sygeplejerskernes oplevelse, at patienterne fortæller dem ting, de ikke siger til lægen.

Det kan være de pårørendes bekymringer, som de ikke synes, de skal belemre lægen med. Det kan være, at patienten har glemt at tage sin medicin. Det kan også handle om de kørselsforbud, som patienter får efter et anfald. Karin Jensen husker et tilfælde, hvor hun fik at vide af en ung pige, at hun stadig kørte bil trods sit forbud.

”Hendes far havde sagt: Her i familien har vi ikke epilepsi, du kører bare. Så måtte jeg spørge, om hun kendte konsekvenserne, hvis hun blev indblandet

i et uheld. At hun ville få skylden og komme til at betale, uanset om hun egentlig var skyldig eller ej. Og så holdt hun op med at køre.”

Selv om knapheden på lægetid var anledningen, mener afdelingssygeplejerske Jens Erik Mortensen, at der også er gode faglige grunde til at overlade kontroller til sygeplejerskerne.

”De er specielt trænet i at se på patientens hjemlige situation og vejlede om sundhedsforhold. Og de kan koncentrere sig om forebyggelsen, fordi de er fri af lægens opgaver og behandlingsansvar og dermed har bedre tid.”

Epilepsisygeplejerskerne har omkring 25 kontroller om måneden mod omkring 200 lægekontroller. En mindre del altså, og efter Jens Erik Mortensens opfattelse kunne sygeplejerskerne godt tage flere halvårslige kontrolpatienter.

”Med en anden organisering af læge- og sygeplejeprogrammerne kunne man også udvide sygeplejerskernes opgaver til andre områder som f.eks. regulering af medicin. Det kræver dog, at man planlægger tid i programmerne til sparring mellem den ansvarlige overlæge og sygeplejersken. Det har ambulatoriet allerede god erfaring med i forhold til hovedpinepatienter.” ●

KLÆDT PÅ TIL FREMTIDEN

Karin Jensen og Inge Kvist har begge lang erfaring i neurologisk sygepleje og har ikke fået ekstra uddannelse for at overtage kontrollen med de stabile epilepsipatienter. Ordningen bygger på et løbende samarbejde med ambulatoriets læger. Til baggrunden hører også, at alle sygeplejersker i ambulatoriet for Hjerne- og Nervesygdomme er subspecialiserede. Karin Jensen er primær ansvarlig for subspecialt epilepsi og har desuden subspecialt i bevægeforstyrrelser og tumorpatienter. Inge Kvist er primær ansvarlig på skleroseområdet og har bl.a. epilepsi som subspecialt.

FULD AF VIDEN

KURSER, UDDANNELSER OG SUPERVISION

Misbrugsuddannelse på Nordsjællands Misbrugscenter

Du får grundlæggende færdigheder i at tale og hjælpe mennesker, der kæmper med misbrugsproblematikker som alkohol, hash og andre rusmidler.

Misbrugscentret tilbyder:

- 1-årig Narrativ Misbrugsuddannelse
- 1-årig Kognitiv Misbrugsuddannelse
- Uddannelse i Den Motiverende Samtale

Uddannelserne henvender sig til fagpersoner, der arbejder med samtalebehandling og/eller socialpædagogisk arbejde på specialinstitutioner og botilbud.

Læs mere om vores kurser, uddannelser og tilbud om supervision på www.nordsjaellandsmisbrugscenter.dk eller ring til vores uddannelseskoordinator Lene Rørbech på tlf. 61 36 36 32.



**Nordsjællands
Misbrugscenter**



Vi er blevet meget dygtigere

Som ung sygeplejerske blev **Merete Andersen** fanget ind af kardiologien, og den er hun aldrig blevet træt af.

Tekst **KIRSTEN BJØRNSSON** · Foto **HANNE LOOP**



Da sygeplejerske Merete Andersen i 1983 søgte fra kirurgisk til medicinsk afdeling på Fakse Sygehus, var det, fordi hun gerne ville ud i hjemme-sygeplejen og havde brug for erfaringen.

Men arbejdet i en blandet medicinsk afdeling med kardiologiske patienter var så interessant, at hun blev og uddannede sig til kardiologisk sygeplejerske.

Hun har skiftet job et par gange siden, men specialt har altid været medicin og interessen kardiologisk sygepleje.

”Der er meget forebyggelse og information i arbejdet. Og det er utroligt at se patienter komme ind med akut koronarsyndrom, blive sendt til KAG, få lavet ballonudvidelse, komme tilbage og føle sig lige så raske, som før de blev syge.”

Merete Andersen blev sygeplejerske fra Næstved Sygeplejeskole i 1975 med praktik i Fakse, hvor hun også blev ansat i sin første stilling. Først i kirurgisk, siden i medicinsk afdeling, hvor hun var med til at starte rehabilitering for kardiologiske patienter.

Efter at Fakse Sygehus lukkede, var hun 11 år i den akutte modtageafdeling på Næstved Sygehus, som lukkede et halvt år efter, at hun havde 40-årsjubelæum i januar 2015.

”Så det var meget turbulent, og jeg har først fået min medalje 7. september i år,” fortæller Merete Andersen.

Efter lukningen i Næstved kom hun til Nykøbing Falster Sygehus, men er netop begyndt i kardiologisk

afdeling i Køge, som ligger betydeligt tættere på hendes hjem.

Mere selvstændighed

Merete Andersen er glad for udviklingen i sygeplejen siden hendes unge dage.

”Jeg synes, vi er blevet meget dygtigere fagligt. Vi har stille og roligt fået større kompetencer og er blevet bedre til at arbejde selvstændigt” siger hun.

”Jeg var måske nok bedre klædt på til arbejdet som nyuddannet end de unge i dag. Jeg var jo med i normeringen som elev og havde vagt hver anden weekend. Men opgaverne er blevet meget mere spændende end dengang, jeg som ung kirurgisk sygeplejerske var med til at lave vatdutter og folde servietter, som vi så steriliserede i autoklaven.”

Men hun tænker med glæde tilbage på datidens nære patientkontakt.

”Dengang var vi jo mere ude på gulvet. Der er kommet meget administration og dokumentation i sygeplejen og måske lidt for meget kontrol. Men dokumentationen er også nødvendig. Og den gode patientkontakt behøver ikke nødvendigvis gå tabt. Det kommer bare mere an på den enkelte at etablere den.” ●

Merete Andersen satte i sine unge arbejdsår pris på den nære patientkontakt. ”Dengang var vi jo mere ude på gulvet. Der er kommet meget administration og dokumentation i sygeplejen og måske lidt for meget kontrol.”



FULD TILFØJELSE

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



– Jeg har mødt så mange vidunderlige mennesker på min vei, i den tid jeg har arbejdet for Dedicare.



Jeg er akut sygeplejerske og har været uddannet som sygeplejerske i 23 år. For snart 2,5 år siden tog jeg en stor beslutning og blev ansat i Dedicare.

Det er en beslutning som har forandret mit og min familjes liv totalt i den positive retning.

I samarbejde med min yderst kompetente personlige konsulent Aina Nygaard finder vi sammen de afdelinger som passer til meg og mine kompetanser.

Selvom der er mange ansatte i Dedicare får de hver enkelte medarbejder til at føle sig speciel.

Dedicare sørger for bolig, reise og vagter. Det eneste jeg skal tenke på er at møte på arbejde.

Min løsning er, at jeg arbejder to uger i Oslo, og er to uger hjemme i Danmark hvor jeg ikke arbejder.

Her kan jeg bruke all min tid med min familje. Jeg kan også holde fri til jul og andre højtider, om jeg ønsker, og holde længere ferier når det passer mig.

Jeg er uddannet spesialsygeplejerske og jeg kan derfor arbejde på mange forskellige avdelinger og flere steder i Norge, og får derfor mange tilbud. Jeg har for det meste arbejdet på Medicinsk modtagelse og medicinsk overvågning i Oslo. Jeg er blevet en del af det faste vikar personale og jeg har fået både gode kollegaer og gode venner i Norge, noget som jeg ikke troede var muligt når man arbejder som vikar.

Fagligt har jeg lært rigtig meget. Jeg har for eksempel modtaget NIV kursus og blevet uddannet til at side SCOP vagt. Det er den afdeling jeg arbejder på som har meldt mig på kursus, på den måde har jeg øget min kompetanse og har fået mulighed til at tage flere vagter og arbejde med flere funktioner på afdelingen.

Jeg har mødt så mange vidunderlige mennesker på min vej, i den tid jeg har arbejdet for Dedicare.

- Og efter 2,5 års til/fra arbejde i Oslo er min eneste "bekymring", at jeg skal blive afhængig af at arbejde i Norge og ser nu Norge som mit andre hjemland.

– Charlotte Boserup,
dansk sykepleier i Norge.

Vil du gjøre som Charlotte og mange andre danske sykepleiere?

Dedicare har siden 2012 hatt ca 1000 danske sykepleiere, spesialsykepleiere og studenter i oppdrag i Norge.

Vi har jobb til deg enten du er nyutdannet, erfaren, spesialist eller under utdanning.

Kontakt oss, så forteller vi deg om alle mulighetene du har hos oss.

www.dedicare.no/nurse

+47 07480 – rekruttering@dedicare.no



Vi bryr oss mer!

DEDICARE

Nurse



Bliv frivillig rådgiver på Livslinien

- på vores telefonrådgivning eller net- og chatrådgivning

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

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

Søg ind som frivillig rådgiver via vores hjemmeside www.livslinien.dk



LIVSLINIEN
forebygger selvmord



Traume-workshop med bl.a. Arnoud Arntz - to dage i Region Hovedstadens Psykiatri

Kompetencecenter for Psykoterapi og Skolen for Evidensbaseret Psykoterapi afholder to dages workshop i traumeforståelse og metode i februar 2017 med blandt andre den hollandske professor Arnoud Arntz, som har specialiseret sig i kognitive metoder i traumebehandling. Der vil være fokus på både traumeforståelse og evidensbaserede metoder. Workshoppen er målrettet behandlere, der arbejder med PTSD-patienter. Alle er velkomne.

Tidspunkt: Tirsdag d. 7. februar og onsdag d. 8. februar 2017 kl. 9-16.

Tirsdag d. 7. februar: Traumeforståelse

- Neuropsykiatri v. Poul Videbech
- Tilknytning v. Anne Blom Corlin
- Psykopatologi ved traumer v. Cæcilie Böck Buhmann

Onsdag d. 8. februar: Traumebehandling v. Arnoud Arntz

- Overblik over behandlingstilgange og evidens v. Cæcilie Böck Buhmann
- Kognitive adfærdsterapeutiske redskaber v. Arnoud Arntz

Sted: PC Stolpegård, Stolpegårdsvej 20, 2820 Gentofte.

Pris: For ansatte i RHP: 600 kr. For andre: 800 kr.

Tilmeldingsfrist: 14 dage inden workshop-start.

For ansatte i RHP sker tilmelding via Kursusportalen/Plan2Learn. Øvrige kan rette henvendelse til

christina.aalling@regionh.dk

Spørgsmål rettes til Kompetencecenter for Psykoterapi, PC Stolpegård: naja.vucina.pedersen@regionh.dk

BAG NÅLEN

Afslapning
for sygeplejersker

KLASSISK MUSIK

27,4 pct. af sygeplejerskerne er meget eller ret interesseret i at lytte til klassisk musik. Det gælder kun **21,2 pct.** af den øvrige befolkning.

LITTERATUR

Mens **37,7 pct.** af befolkningen læser skønlitteratur ugentligt, er det hele **50,8 pct.** af sygeplejerskerne, der finder tid til dette.

INTERNETTET

64,4 pct. af danskerne siger, at de ugentligt surfer på internettet som underholdning eller tidsfordriv. Det gælder for **58,2 pct.** af sygeplejerskerne.

COMPUTERSPIL

Mens **23,1 pct.** af befolkningen spiller computerspil ugentligt, er det kun **11,5 pct.** af sygeplejerskerne.

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

Eva K. Andersen
modul 11
PH MetropolRIKKE WINTHERR
HANSEN
modul 10
UC LillebæltRenée Rajjmaekers
Kristensen
modul 7
PH MetropolMaria Strande Sørensen
modul 9
UC Horsens

☺ Anlæggelsen gik som smurt, og jeg stak rigtigt i første forsøg

Læringsmåder kan blive fasttømrede opfattelser hos studerende, men **de skal rykkes og rokkes**, mener en studerende. Hendes lidt perfektionistiske jeg fik en brugbar ahaoplevelse i klinikken.

Nogle gange må man gå på kompromis med sig selv.

Jeg har altid troet, at jeg lærte bedst ved først at læse teorien, se teorien blive udført og derefter selv udføre plejen eller proceduren. Men i min praktikperiode på modul 6 fandt jeg ud af, at jeg ikke nødvendigvis lærer bedst sådan.

På det ambulatorie, hvor jeg var i praktik, blev patienterne kort indlagt i et par timer til en bronkoskopi. Patienterne skulle have lagt et venflon, også kaldet perifer venekateter (PVK), til undersøgelsen. Da vi ikke havde haft om proceduren på skolen eller læst om det i vores bøger, havde jeg ikke den fjerneste idé om, at jeg skulle prøve at lægge det, når jeg kun var på modul 6. Jeg sørgede derfor blot for at vejlede og informere patienterne og sørge for deres ve og vel før og efter undersøgelsen.

Efter et par uger i klinikken kom min vejleder hen til mig og fortalte, at jeg skulle prøve at lægge et venflon. Jeg gik sådan

lidt i panik og forklarede, at jeg ikke havde den fjerneste idé om, hvordan man lagde det, da jeg ikke havde fået kigget med over skulderen eller læst på det. Hun fortalte, at hun nok skulle guide mig igennem, og at hun ville stå bag mig hele tiden. Jeg havde min tvivl og forklarede hende, at jeg havde erfaringer med, at jeg først skulle læse om det hele, og så kunne jeg prøve at lægge det.

Egentlig havde jeg jo lyst til at lægge det, men jeg frygtede, at det ville gå galt, og at min patient ville gå derfra med en masse blå mærker. Min vejleder svarede, at nogle gange skulle man blot prøve at springe ud i det, og at man ikke kunne lære denne procedure ved at læse om den, da der var en del faktorer, som spillede ind ved at lægge et venflon. Hun brugte udtrykket ”øvelse gør mester”. Jeg overvejede grundigt, om jeg overskred min egen grænse. Men jeg var også nysgerrig på anlæggelsen, og da jeg havde fået en god relation til patienten, hoppede jeg ud i det.

Anlæggelsen gik som smurt, og jeg stak rigtigt i første forsøg. Først tænkte jeg, at jeg var meget fummelfingret, og at der ikke var plads til mine 10 tommelfingre, men jeg fik det anlagt, og jeg var meget stolt. Jeg nåede slet ikke at læse op på det, før den næste patient kom, og jeg skulle lægge et nyt. Sådan blev det ved hele dagen, og det var en kæmpe succes.

På min studiedag læste jeg om proceduren og de overvejelser, jeg skulle gøre mig efterfølgende, og bagefter kunne jeg godt se, hvad min vejleder havde ment. Anlæggelsen afhænger meget af, hvilken patient man får, og det opdagede jeg også efter et par anlæggelser.

Jeg foretrækker stadig at læse om en teori/procedure, før jeg springer ud i den i praksis, men jeg har lært noget nyt om mig selv ved at gå på kompromis med mit lidt perfektionistiske jeg.

Det kan godt lade sig gøre at lære på andre måder, end jeg troede. ●

Vi ønsker alle en glædelig jul og godt nytår



Tusind tak for året, der gik...



- PRODUKTER
- SYGEPLEJEARTIKLER
- TILBUD
- MÆRKER
- SERVICES
- BLOG
- FAQ
- JEG ANBEFALER



IDOMOVE armbånd, skridttæller/aktivitetstæller i et

Før: DKK 499,00

DKK 449,00

[INFO / KØB](#)



Sygeplejesandal i smart design

DKK 399,00

[INFO / KØB](#)



Lille pakke til lommen

Før: DKK 299,00

DKK 199,00

[INFO / KØB](#)



Lommebeskytter, penholder, ur og penlygte

Før: DKK 299,00

DKK 199,00

[INFO / KØB](#)



Polka dot pakken

DKK 199,00

[INFO / KØB](#)



Sygeplejeur med smart kæde og gravering

DKK 399,00

[INFO / KØB](#)



Gavekort til den du holder af

DKK 100,00

[INFO / KØB](#)



Pink Slip In sneakers med soft touch sål

DKK 399,00

Sygeplejebutikken.dk er en butik til private, EAN og virksomheder.

Vi hjælper med løsninger i hverdagen. Ring endelig på 60698383.

Mange hilsner
Rikke
Indehaver af Sygeplejebutikken.dk



SygeplejeButikken.dk

Stort udvalg & God service, samlet på ét sted.

Øget patientsikkerhed med **BARRIER®** Renrumsdragt

Forebyg postoperative infektioner for at spare ressourcer, minimere patienters smerter og give den bedste mulighed for hurtig rehabilitering.

Spar ressourcer

Mange medicinske og finansielle ressourcer anvendes i dag for at behandle infektioner, der opstår under eller efter operationer. Set i lyset af spredningen af resistente bakterier, skal vi forebygge så mange infektioner som muligt. At forebygge postoperative infektioner ved kirurgiske indgreb sparer ikke bare ressourcer, det mindsker også patienters smerter og giver den bedste mulighed for hurtig rehabilitering.

Reducér risikoen for luftbåren kontaminering

Luftbåren kontaminering gennem bakteriebærende hudpartikler er en af årsagerne til infektioner ved kirurgiske indgreb. Studier¹ viser sammenhængen mellem ultraren luft - mindre en 10 kolonidannende enheder / m³ (CFU) - på operationsstuen og færre postoperative infektioner. Nogle af de vigtigste foranstaltninger, der kan reducere antallet af luftbårne bakterier på operationsstuen, er arbejdsbeklædningen, antallet af personer, deres aktivitet under operationen samt ventilation².

Øget patientsikkerhed med ultraren luft³

Renrumsdragter bidrager til at skabe ultraren luft, hvilket giver en signifikant reduktion af luftbårne bakterier^{4,5}. Ved at forebygge infektioner reduceres antallet af reoperationer, patienters smerte og tab af indkomst – samtidig muliggøres hurtigere patientgennemstrømning gennem øget produktivitet og effektivitet.



BARRIER® Renrumsdragt hjælper med at skabe ultraren luft

Når du bærer en BARRIER® Renrumsdragt opnåes den ultrarene luft både gennem høj modstand mod mikrobiel penetration og tøjets design. Tøjet har et blødt, absorberende foer. Designet lever samtidig op til alle funktionalitetskrav.

Referencer:

1. PRISS expert group 4 2014, Optimal operating environment for prosthetic knee and hip operations. Final report 2. Swedish Technical Specification SIS-TS 39:2015. Microbiological cleanliness in the operating room – Preventing airborne contamination – Guidance and fundamental requirements. 3. Ljungqvist B and Reinmüller B. People as a contamination Source. Surgical clothing systems for operating rooms – a comparison between disposable non-woven and reusable mixed material. Report from Chalmers University of Technology 2012 4. Tammelin A, et al. Single-use surgical clothing system for reduction of airborne bacteria in the operating room. Journal of Hospital Infection, 2013. 5. European Committee for Standardization. European Standard EN 13795. Surgical drapes, gowns and clean air suites, used as medical devices, for patients, clinical staff and equipment, ICS 11.140.

Læs mere på www.molnlycke.dk

Molnlycke Health Care ApS, Gydevang 33, 3450 Allerød. +45 48 168 268. info.dk@molnlycke.com
Molnlycke Health Care og BARRIER® navne og logoer er registreret globalt til et eller flere af virksomhederne i Molnlycke Health Care gruppen. © 2016. DKSU0471604



Mindeord

LENE KESELER NIELSEN

Lene sov ind den 1. september i hjemmet i Lemvig 51 år gammel – omgivet af familien. Hun tabte en ulige kamp mod udbredt kræft, som blev konstateret i maj. Det blev således et intensivt forår og en sommer præget af vigtige milepæle for Lene og familien; deres ældste datter blev student, og deres ældste søn blev udlært mekaniker.

Lene blev uddannet sygeplejerske fra Vejle Sygeplejerskole i sommeren 1989. Kort efter flyttede hun til Lemvig og fik arbejde på Lemvig Sygehus og var primært ansat på de kirurgiske afsnit inkl. fødegangen.

Hun mødte vores bror, og sammen stiftede de familie og havde nogle begivenhedsrige og lykkelige år med bl.a. engagement i kirken, barselsperiode og istandsættelse af Thøger Larsens gamle hus, som blev rammen om deres hverdag.

I takt med at flere og flere funktioner på Lemvig Sygehus flyttede, søgte Lene til Holstebro Sygehus og fik i 2003 arbejde på Akutmodtagelsen inkl. Skadestuen. Hun videreuddannede sig og blev først behandlersygeplejerske og siden også akutsygeplejerske.

Lene var en betroet og professionel medarbejder, som værdsatte sine kolleger højt. Der er ingen tvivl om, at dette var gensidigt, hvilket kom til udtryk under Lenes sygdomsperiode, hvor utallige kollegiale tilkendegivelser i form af støtte og praktisk hjælp omsluttede hele familien.

Vi har mistet vores vidunderlige, livlige og kreative svigerinde, sygeplejen har mistet en energisk og initiativrig foregangskvinde. Men mest af alt: Vores bror, Thomas, og vores nevø og tre niecer, Frederik, Eva, Anna og Ida, har mistet en smuk hustru og en kærlig mor alt for tidligt.

Lene døde elsket – og døde elskende.

Mirjam D. Kjær, sygeplejerske,
T-OP, Skejby, og
Kirsten D. Bisgaard,
oversygeplejerske, Medicinsk
afdeling, Vejle.

INGE HAAHR SØRENSEN

Det er med blødende hjerte, vi skriver disse ord. I oktober blev Inge Haahr Sørensen brat taget fra os i en alder af 63 år. Hvor vil du dog blive savnet. Vi ved, du havde glædet dig til at nyde din pensionisttilværelse sammen med din elskede familie.

Vi lærte dig at kende på neurologisk sengeafdeling på Sydvestjysk Sygehus Esbjerg, hvor du i en årrække var afdelingssygeplejerske og senere førsteassistent. Du brændte for det neurologiske speciale og var bannerfører for en neurologisk sengeafdeling, hvor menneskelig indsigt, nysgerrighed og forståelse for patienterne kombineret med høj faglighed gik hånd i hånd.

Inge, du var på din kærlige facon kontant, stædig og kompromisløs og kæmpede for den individuelle sygepleje.

Du havde en fantastisk indfølelse. Du kunne støtte, når det var allermost tiltrængt, eller benytte dig af sort humor, når det var på sin plads. Du var både en faglig og personlig klippe for dine kollegaer.

En turbulent tid på neurologisk afdeling gjorde, at vi i 2006 dannede vores Rødvinsklub. Her nød du med stolthed det sociale fællesskab og var i høj grad vores samlingspunkt. Vi vil savne dit gode humør, din omsorg og evne til at huske gode historier og minder.

Vores tanker går til Anders, Helle, Ida, Lærke, "Lillebror" og din øvrige familie.

Æret være Inges minde.

På vegne af Rødvinsklubben,
Tina, Jytte, Gitte, Bente, Birgit
og Rikke.

SUSANNE WRIST GJEDSTED

Mandag den 31. oktober fik vi den forfærdelige besked, at vores dejlige ven og kollega Susanne Wrist Gjedsted var sovnet stille ind på hospice omgivet af sin familie, kun 45 år gammel.

Vi vidste, at Susanne var meget syg, men sammen med familien håbede vi på et mirakel. Det har været og er fortsat svært at forstå, at hun ikke er her mere.

Vi har været så heldige at have Susanne som kollega i hjemmesygeplejen i Haderslev Kommune i fem år. Hun valgte, heldigvis, synes vi, efter at have uddannet sig til frisør at uddanne sig til sygeplejerske og blev færdig i 2007.

Susanne var et dejligt menneske. Hun var i ordets bedste betydning ordentlig; hun var smuk både udenpå og inden.

Susanne var som kollega omsorgsfuld, empatisk og arbejdsom. Fagligt var hun opsøgende og videbegærlig, og både borgere og kolleger kunne altid regne med hende. Hun var altid interesseret i at søge ny viden og skulle være startet på vejlederuddannelsen for på den måde at være med til at præge vores nye sygeplejestuderende.

Susanne var uselvisk og tænkte først på andre og så på sig selv. Vi kunne altid regne med, at Susanne tilbød sig, når vi havde brug for at få byttet arbejdsdage eller havde brug for en, der lyttede til vores forskellige problemer.

Det er et kæmpe savn for os som hendes kolleger, at hun ikke er blandt os mere, men det må være næsten ubærligt for Susannes mand Per og for deres tre børn Mette, Søren og Mie, som vi sender vores varmeste og kærligste tanker.

Jette Meyer Paaske,
sygeplejerske, på vegne af
venner og kolleger i sygeplejen,
Haderslev Kommune.

Navne

HÆDRET FOR GENBRUG AF IDÉ

Sygeplejerskerne Helle Hindkjær Østergaard og Malene Lindschouw Lindeberg har på vegne af den særlige udslyningsstue Slusen på Medicinsk Afsnit, Regionshospitalet Herning, modtaget Region Midtjyllands Smartpris.

Smartprisen uddeles for godt genbrug, idet konceptet for Slusen tidligere er udfanget på en lungemedicinsk afdeling i Region Sjælland.

I Slusen opholder færdigudskrevne patienter sig i behagelige lænestole, indtil de skal hjem. De kan fortsat f.eks. få taget en blodprøve, modtage en dosis medicin eller blive bekendt med, hvordan de skal forholde sig, når de er kommet helt hjem. Men de optager ikke længere en sengeplads på hospitalet.

(hbo)

ARBEJDSMILJØPRIS TIL KOMMUNE

Afdeling Sundhed og Omsorg i Ringkøbing-Skjern Kommune har vundet "Arbejds miljøprisen '16", fordi kommunen gennem projekt "Smarte arbejds metoder" har formået at nedbringe antallet af anmeldte arbejds skader som følge af løft og forflytninger med 60 pct.

Afdelingen rummer flere end 700 medarbejdere, heraf mange hjemmesygeplejersker, og flere end 500 af disse medarbejdere har siden 2013 gennemført en uddannelse i bedre ergonomi.

Indholdet af uddannelsen har bl.a. været at lære at analysere opgaverne hos borgeren, før de gik i gang, og på den måde f.eks. gå mere bevidst til opgaven for at forflytte en borger.

Målet med "Smarte arbejds metoder" var at sikre bedre trivsel blandt medarbejderne og undgå nedslidning. Allerede i 2014 var antallet af anmeldte arbejdsulykker faldet med 25 pct., og faldet blev fastholdt i 2015.

(hbo)

Til type 2-diabetes

Gør noget ved type 2-diabetes

Mere end 7 års klinisk erfaring²

VICTOZA[®]



Victoza[®] giver derudover et vægttab på op til 3,7 kg¹

HbA_{1c}

Victoza[®] i tillæg til metformin giver op til
16 mmol/mol (1,5%) reduktion i HbA_{1c}¹



Referencer:

1. Pratley R, Nauck M, Bailey T, et al; for the 1860-LIRA-DPP-4 Study Group. One year of liraglutide treatment offers sustained and more effective glycaemic control and weight reduction compared with sitagliptin, both in combination with metformin, in patients with type 2 diabetes: a randomised, parallelgroup, open-label trial. *Int J Clin Pract.* 2011;65(4):397-407.
2. EMA godkendt SPC, http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/medicines/001026/human_med_001137.jsp&mid=WC0b01ac058001d124 (tilgået 1. november 2016)

Victoza[®] er et registreret varemærke tilhørende Novo Nordisk A/S. DK/VT/0616/0375(1) November 2016

Produktinformation findes på side 78.



Novo Nordisk Scandinavia AB
Arne Jacobsens Allé 17, 9. sal, 2300 København S

VICTOZA[®]
(LIRAGLUTID)

FINANSLOVEN SIKRER KRÆFTPLAN IV

Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd, ærgres sig over lempelsen af registreringsafgift på biler på bekostning af flere penge til sygehusvæsenet: "Det er uforståeligt, at man slækker på indtægterne til fællesskabet. Penge til billigere biler kunne være bedre brugt på aktiv forebyggelse, så vi kunne tage presset af vores sundhedsvæsen. Hvis der skal justeres på afgifter, havde jeg helst set, at partierne også kiggede på at hæve afgiften på cigaretter. Vi ved, at rygning er en afgørende faktor for antallet af kræftpatienter."

234

44

f

Vi har rigtig mange kroniske sygdomme, som kunne trænge til et gevaldigt kvalitetsløft. Der er efterhånden lavet flere kræftpakker, nu må vi altså prioritere nogle af de andre sygdomme også. Jeg så også gerne, at vi igen fik fokus på sundhedsfremme og forebyggelse. Men det er, som om det er gået totalt i glemmebogen.

6

Anita Vivian Nielsen

Rikke Baskjær Autrup

Jeg ved, jeg får tæsk nu, og kræft er en lorte sygdom, men jeg er så træt af, at andre patienter ikke prioriteres. Kræftområdet får altid penge. Jeg er selv rygpatient i øjeblikket, og nøj, der skal kæmpes. Havde jeg været obs cancer, så havde jeg været igennem og fået en diagnose eller frikendt. Kræft er en lorte sygdom, men vores sundhedsvæsen indeholder bare sååååå meget andet.

f

11

f

Jah ... mit forslag er, luk Folketinget et år, kom ud i praktik i flere måneder indenfor det område, de skulle forestille at repræsentere, og så kan det være, vi derefter får et helt nyt system at kende.

3

Lis Dalsgaard Christensen

SYGEPLEJERSKER ER MEST TROVÆRDIGE

Ny undersøgelse viser, at sygeplejerskerne er den mest troværdige faggruppe. Dommere og læger bliver henvist til de efterfølgende pladser.

1.300

278

f

Undres til stadighed over, at månedsløn og troværdighed er hinandens modpoler.

6

Anette Krogh

f

Måske, fordi vi arbejder med et kæmpe ansvar under elendige vilkår til en virkelig dårlig løn!

16

Martin Reipuert Brahtz

f

Så mangler vi bare, der er overensstemmelse mellem løn og ansvar også!

6

Susanne Marie Bach Laursen

f

Tina Davidsen Mølgaard

Fantastisk, at en faggruppe får ros for det, de er dygtige til, i stedet for at kræve mere og oplyse om alt det, der ikke dur.

Tillykke

Victoza® (liraglutid) 6mg/ml

Forkortet Produktresumé

Produktinformation for annonce side 76.

Lægemiddelform: Klar, farveløs, isotonisk injektionsvæske, opløsning, i en fyldt pen. Victoza® er en Human GLP-1-analog (glucagon-lignende peptid 1). **Indikation:** Victoza® er indiceret til at opnå glykæmisk kontrol hos voksne med type 2-diabetes mellitus, som: **Monoterapi:** når kost og motion alene ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol hos patienter hvor metformin anses for uhensigtsmæssigt på grund af intolerance eller kontraindikationer. **Kombinationsbehandling:** I kombination med orale antidiabetika og/eller basalinsulin når disse, sammen med diæt og motion, ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol. **Dosering og indgivelsesmåde:** For at forbedre den gastrointestinale tolerance er startdosis 0,6 mg liraglutid dagligt. Efter mindst én uge skal dosis øges til 1,2 mg. Det forventes, at nogle patienter kan have gavn af en dosisøgning fra 1,2 mg til 1,8 mg, og baseret på det kliniske respons kan dosis efter mindst én uge øges til 1,8 mg for yderligere at forbedre den glykæmiske kontrol. Daglige doser på over 1,8 mg anbefales ikke. Victoza® kan anvendes som supplement til en eksisterende metforminbehandling eller til en kombineret metformin- og thiazolidinedionbehandling. Dosis af metformin og thiazolidinedion kan fortsætte uændret. Victoza® kan anvendes som supplement til en eksisterende sulfonylurinstofbehandling eller til en kombineret metformin- og sulfonylurinstofbehandling eller et basalinsulin. Når Victoza® anvendes som supplement til sulfonylurinstofbehandling eller et basalinsulin, skal det overvejes at reducere dosis af sulfonylurinstof eller basalinsulin for at mindske risikoen for hypoglykæmi. Selvmonitorering af glucose i blodet er ikke nødvendig for at justere patientens dosis af Victoza®. Dog kan selv-monitorering af glucose i blodet ved behandlingsstart med Victoza® i kombination med sulfonylurinstof eller basalinsulin være nødvendig for at justere dosis af sulfonylurinstof eller basalinsulin. **Ældre (> 65 år):** Dosisjustering, baseret på alder, er ikke nødvendig. Erfaring med behandling af patienter ≥ 75 år er begrænset. **Nedsat nyrefunktion:** Dosisjustering er ikke nødvendig hos patienter med let eller moderat nedsat nyrefunktion (kreatininclearance henholdsvis 60-90 ml/min og 30-59 ml/min). Der er ingen klinisk erfaring hos patienter med svært nedsat nyrefunktion (kreatininclearance under 30 ml/min). Victoza® kan i øjeblikket ikke anbefales til patienter med svært nedsat nyrefunktion, inklusive patienter med terminal nyreinsufficiens. **Nedsat leverfunktion:** Dosisjustering anbefales ikke for patienter med mild eller moderat nedsat leverfunktion. Victoza anbefales ikke til brug hos patienter med svært nedsat nyrefunktion. **Pædiatrisk patientgruppe:** Sikkerheden og virkningen af Victoza® hos børn og unge under 18 år er ikke blevet klarlagt. Der er ingen tilgængelige data. **Administrationsmåde:** Victoza® må ikke administreres intravenøst eller intramuskulært. Victoza® administreres én gang dagligt på et vilkårligt tidspunkt, der er uafhængigt af måltider, og kan injiceres subkutan i abdomen, i låret eller i overarmen. Injektionssted og -tidspunkt kan ændres uden dosisjustering. Det er dog at foretrække, at Victoza® injiceres på omtrent samme tidspunkt hver dag, når det bedst egnede tidspunkt er valgt. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler:** Må ikke anvendes til patienter med type 1-diabetes mellitus eller til behandling af diabetisk ketoacidose. Liraglutid er ikke en erstatning for insulin. Der er begrænset erfaring med behandling af patienter med kongestiv hjerteinsufficiens i NYHA (New York Heart Association)-klasse I-II og liraglutid skal derfor anvendes med forsigtighed. Der er ingen erfaring med behandling af patienter med kongestiv hjerteinsufficiens i NYHA-klasse III-IV, og liraglutid anbefales derfor ikke til disse patienter. Der er begrænset erfaring med behandling af patienter med inflammatorisk tarmsygdom og diabetisk gastroparese, og liraglutid anbefales ikke til disse patienter, da det er forbundet med forbigående gastrointestinale bivirkninger, herunder kvalme, opkastning og diarré. **Akut pankreatitis:** Brug af GLP-1-receptor agonister er blevet associeret med en risiko for udvikling af akut pankreatitis. Der er rapporteret om få tilfælde af akut pankreatitis. Patienterne skal informeres om de karakteristiske symptomer på akut pankreatitis. Hvis der er mistanke om pankreatitis, skal Victoza® seponeres; hvis akut pankreatitis er bekræftet, må behandling med Victoza ikke påbegyndes igen. Der skal udøves forsigtighed hos patienter med tidligere pankreatitis. **Thyroidea-relateret sygdom:** Thyroidea-relaterede bivirkninger, herunder øget blodcalcitonin, struma og thyroidea adenom er blevet rapporteret i kliniske studier, særligt hos patienter med allerede eksisterende thyroideasygdom og liraglutid skal derfor anvendes med forsigtighed. **Hypoglykæmi:** Patienter, der får Victoza® i kombination med sulfonylurinstof eller et basalinsulin, kan have øget risiko for hypoglykæmi. Risikoen for hypoglykæmi kan mindskes ved at reducere patientens dosis af sulfonylurinstof eller basalinsulin. **Dehydrering:** Hos patienter, behandlet med liraglutid, er tegn på dehydrering, inklusive nedsat nyrefunktion og akut nyresvigt, blevet indrapporteret. Patienter, der behandles med liraglutid, skal informeres om den potentielle risiko for dehydrering i relation til bivirkninger fra mave-tarm-kanalen og tage forholdsregler for at undgå væskemangel. **Interaktioner:** In vitro har liraglutid udvist meget lavt potentiale for involvering i farmakokinetisk interaktion med andre aktive stoffer relateret til cytochrom P450 og plasmaproteinbinding. Den mindre forsinkelse af ventrikeltømmningen, liraglutid forårsager, kan påvirke absorptionen af samtidigt oralt indgivne lægemidler. Interaktionsundersøgelser har ikke påvist nogen klinisk relevant forsinkelse af absorptionen. **Warfarin:** Der er ikke udført interaktionsundersøgelser. En klinisk relevant interaktion med aktive stoffer med lav opløselighed eller snævert terapeutisk indeks, f.eks. warfarin, kan ikke udelukkes. Ved initiering af behandling med liraglutid hos patienter i behandling med warfarin el. andre coumarinderivater anbefales hyppig overvågning af INR (International Normalised Ratio). **Paracetamol:** Dosisjustering ved samtidig brug af paracetamol er ikke nødvendig. **Atorvastatin:** Justering af atorvastatindosis er ikke nødvendig ved administration sammen med liraglutid. **Griseofulvin:** Dosisjustering for griseofulvin og andre forbindelser med lav opløselighed og høj permeabilitet er ikke nødvendig. **Lisinopril og digoxin:** Dosisjustering for lisinopril eller digoxin er ikke nødvendig. **Oral kontraception:** Der var ingen klinisk relevant virkning på den overordnede eksponering for hverken ethinyløstradiol eller levonorgestrel. Det forventes derfor ikke, at kontraceptionsmidlernes virkning påvirkes ved samtidig administration med liraglutid. **Insulin:** Der blev ikke observeret farmakokinetiske eller farmakodynamiske interaktioner mellem liraglutid og insulin detemir, når en enkelt dosis insulin detemir 0,5 E/kg blev givet sammen med liraglutid 1,8 mg ved *steady state* hos patienter med type 2-diabetes. **Fertilitet graviditet og amning:** **Graviditet:** Utilstrækkelige data. Dyreforsøg har påvist reproduktionstoksicitet. Den potentielle risiko for mennesker er ukendt. Må ikke anvendes under graviditet, og det anbefales at anvende insulin i stedet. Hvis en patient ønsker at blive gravid, eller der konstateres graviditet, bør Victoza® seponeres. **Amning:** Det vides ikke, om liraglutid udskilles i modermælken. Dyreforsøg har påvist, at liraglutid og metabolitter, der er nært strukturelt beslægtede, kun i ringe omfang udskilles i modermælken. Ikke-kliniske undersøgelser har påvist en behandlingsrelateret reduktion af neonatal vækst hos diende rotteunger. På grund af den manglende erfaring må Victoza® ikke anvendes under amning. **Fertilitet:** Ud over et let fald i antallet af levedygtige implantationer, indikerede studier hos dyr ikke nogen skadelig effekt hvad angår fertilitet. **Virkning på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner:** Victoza® påvirker ikke eller kun i ubetydelig grad evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner. Patienterne bør rådes til at udvise forsigtighed for at undgå hypoglykæmi, mens de fører motorkøretøj eller betjener maskiner, særligt hvis Victoza® anvendes i kombination med sulfonylurinstof eller et basalinsulin. **Bivirkninger (meget almindelige/almindelige):** **Infektioner og parasitære sygdomme:** Nasofaryngitis, bronkitis. **Metabolisme og ernæring:** Hypoglykæmi, anoreksi, nedsat appetit. **Nervesystemet:** Hovedpine, svimmelhed. **Hjerte:** Øget hjertefrekvens. **Mave-tarm-kanalen:** Kvalme, diarré, opkastning, dyspepsi, smerter i øvre abdomen, konstipation, gastrit, flatulens, abdominal distension, gastroøsofageal reflukssygdom, abdominalt ubehag, tandpine. **Hud og subkutane væv:** Udslæt. **Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet:** Træthed, reaktioner på injektionsstedet. **Undersøgelser:** Forhøjet lipase, forhøjet amylase. **Beskrivelse af udvalgte bivirkninger:** **Hypoglykæmi:** De fleste bekræftede episoder af hypoglykæmi i de kliniske studier var af mindre karakter. Der blev ikke observeret episoder af svær hypoglykæmi i studiet med Victoza® som monoterapi. Svær hypoglykæmi er ikke almindelig og er primært observeret, når Victoza® kombineres med sulfonylurinstof. Der blev observeret meget få episoder med administration af Victoza® i kombination med andre orale antidiabetika end sulfonylurinstoffer. Risikoen for hypoglykæmi er lav ved kombineret brug af basalinsulin og liraglutid. **Gastrointestinale bivirkninger:** Kvalme og diarré. De fleste episoder var lette til moderate og forekom dosisafhængigt. Patienter >70 år og patienter med let og moderat nedsat nyrefunktion, kan få flere gastrointestinale bivirkninger ved behandling med liraglutid. **Reaktioner på injektionsstedet:** Reaktioner på injektionsstedet set hos ca. 2% af de patienter, der fik Victoza i de langvarige, kontrollerede studier. Reaktionerne var i reglen milde. **Pankreatitis:** Få (<0,2%) tilfælde af akut pankreatitis under de langvarige kliniske studier med Victoza®. Pankreatitis er også blevet rapporteret post-marketing. **Allergiske reaktioner:** Allergiske reaktioner inklusive urticaria, udslæt og pruritus, samt få tilfælde af anafylaktiske reaktioner med yderligere symptomer som hypotension, palpitationer, dyspnø og ødem er blevet rapporteret efter markedsføring. **Overdosering:** Fra kliniske studier og ved brug efter markedsføring er der blevet rapporteret om overdosering med op til 40 gange den anbefalede vedligeholdelsesdosis (72 mg). Generelt har patienterne rapporteret alvorlig kvalme, opkastning og diarré. Ingen af patienterne rapporterede alvorlig hypoglykæmi. Alle patienterne restituerede uden komplikationer. I tilfælde af overdosis bør der initieres passende understøttende behandling baseret på patientens kliniske tegn og symptomer. **Opbevaring og holdbarhed:** Opbevares i 30 måneder i køleskab (2°C-8°C), ikke for tæt på køleelementerne. Må ikke fryses. **Efter ibrugtagning:** Opbevares under 30°C eller opbevares i køleskab (2°C-8°C) i maksimum 1 måned. Opbevar pennen med penhætten påsat for at beskytte mod lys, når den ikke er i brug. **Udlevering:** Receptpligtigt lægemiddel. Lægemidlet har generelt klausuleret tilskud. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Novo Nordisk A/S. **Pakninger og priser:** Pakningsstørrelser a 2 eller 3 fyldte penne. Hver pen indeholder 18 mg liraglutid i 3 ml injektionsvæske, opløsning, der giver 30 doser på 0,6 mg, 15 doser på 1,2 mg eller 10 doser på 1,8 mg. Dagsaktuelle priser findes på www.medicinpriser.dk (Ver. 09/2016) (DK/VT/0916/0510). **Læs altid indlægssedlen omhyggeligt inden produktet tages i brug. Den fuldstændige produktinformation kan vederlagsfrit fås ved henvendelse til Novo Nordisk Scandinavia AB, Arne Jacobsens Allé 17, 9, 2300 Kbh. S, telefon +45 80 200 240. Besøg også www.novonordisk.dk**

JOB



Se alle stillinger
www.job.dsr.dk

Praktiske oplysninger til annoncører

Deadline kl. 9 for indtastning af KURSER/MØDER/MEDDELELSER på www.dsr.dk under Information til annoncører

Nº 1 – 2017	Nº 2 – 2017	Nº 3 – 2017
20. december 2016	18. januar 2017	8. februar 2017

Vejledning ved indtastning af kurser/møder/meddelelser, kontakt redaktionen, Birgit Nielsen, på tlf. 4695 4186.

Rådgivning og vejledning vedr. opsætning af annoncer

Dansk Mediaforsyning ApS · Elkjærvej 19 st. · 8230 Åbyhøj
Tlf. 7022 4088 · e-mail: dsrjob@dmfnet.dk · www.dmfnet.dk
Her kan du også rekvirere medieinformation.

Indleveringsfrister for STILLINGSANNONCER til de kommende numre

Nº 1 – 2017	Nº 2 – 2017	Nº 3 – 2017
2. januar 2017	23. januar 2017	13. februar 2017

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

Udgivelsesdatoer

Nº 1 – 2017	Nº 2 – 2017	Nº 3 – 2017
16. januar 2017	6. februar 2017	27. februar 2017

NETANNONCER

Gå ind på <http://job.dsr.dk/> og indtast Quick-nummeret, så kommer du direkte ind til netannoncen, hvor du kan læse meget mere om stillingen. Netannoncer kan indtastes hele døgnet.

Quicknr. **Hovedstaden**
329621762 Halsnæs Kommune
Arresø Plejecenter søger erfaren områdeleder
Ansøgningsfrist: 13. december 2016



Quicknr. **Hovedstaden**
329622125 SOS Vikar
Teamleder til SOS Vikar A/S
Ansøgningsfrist: 16. december 2016



Quicknr. **Hovedstaden**
329623108 Gladsaxe Kommune
Sundhedsplejerske til Sundhedsplejen
Ansøgningsfrist: 12. december 2016



Quicknr. **Sjælland**
329621145 Lægehuset Dommervænget
Sygeplejerske til Dommervænget lægehus i Roskilde
Ansøgningsfrist: 8. december 2016

Quicknr. **Sjælland**
329622503 Roskilde Kommune
Afdelingsleder til Kristiansminde Plejecenter
Ansøgningsfrist: 12. december 2016



Quicknr. **Syddanmark**
329617911 Billund Kommune
Ældrechef til Billund Kommune
Ansøgningsfrist: 6. december 2016



Quicknr. **Syddanmark**
329622128 Privat / ved Vejle Fjord
Enlig dame – enke, lige fyldt 80 år - søger
Ansøgningsfrist: 21. december 2016

Quicknr. **Nordjylland**
329622228 Frederikshavn Kommune
Sundhedsplejerske søges til spæd- og småbørnsområdet i Center for Familie
Ansøgningsfrist: 15. december 2016



Sygeplejersker til Den Kommunale Sygepleje i Assens

Er du dygtig og ambitiøs og på udkig efter et selvstændigt og udfordrende job? Vil du fortrinsvis arbejde i dagtimerne og være en del af et sygeplejeteam, hvor der er plads til forskellighed, godt humør og mulighed for udvikling? Så har du chancen nu!

Den Kommunale Sygepleje i Assens søger nemlig tre nye kollegaer - to sygeplejersker til faste stilling pr. 1. februar 2017 eller tidligere og én sygeplejerske til et begivenhedsvikariat. Stillingerne er på 32 timer ugentligt fortrinsvis i dagvagt med afløsninger i vagter og weekendvagt ca. hver 4. uge.

Vi er en personalegruppe på 25 meget engagerede sygeplejersker mellem 30 og 65 år. Gruppen er kendetegnet ved stor dygtighed, rummelighed, humor og fællesskab. Vi har fokus på et professionelt samarbejde på tværs af enhederne, aktivt medborgerskab og rehabilitering.

I Den Kommunale Sygepleje vil du møde mange alsidige udfordringer. Vi har fokus på borgerens ressourcer, og vi udfører komplekse sygepleje i både sygeplejeklinikker og i borgerens hjem i form af: sårpleje, komplekse medicin-doseringer, IV-medicinering, psykiatrisk sygepleje og afrusninger. Vi har mange palliative forløb og har succes med, at den døende og pårørende kan være til stede og bevare deres "jeg" lige til det sidste.

Vi lægger vægt på, at du er en dygtig og ambitiøs sygeplejerske, som higer efter ny viden. Desuden er du engageret og har lyst til at deltage i faglige projekter.

Læs hele stillingsopslaget samt job- og kompetenceprofilen på www.assens.dk/job. Det er også her, du sender din ansøgning elektronisk.

Vi glæder os til at modtage din ansøgning **senest den 16. december 2016**.



www.assens.dk

Kom til medicinsk afdeling i Nuuk

En levende og spændende afdeling, alle specialer, godt teamwork, gode kolleger og en skøn natur.

Vil du høre mere om stillingen, kan oversygeplejerske, Anne Birgitte Jensen kontaktes på tlf.: +299 34 43 75 eller pr. e-mail: ABJ@PEQQIK.GL

Du kan også se hele annoncen på vores hjemmeside www.gjob.dk



KURSER, MØDER OG MEDDELELSER

SENIORSAMMENSLOTNINGEN

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

HOVEDSTADEN

Julefrokost for seniorer i Kreds Hovedstaden Central

Så er der hyggelig julefrokost med lækker mad - sang og julegætterier.

Tid og sted: 13. december 2016 kl. 11:30 - 14:30

Garnisons Kirkens menighedshus, Skt. Annæ Plads 4, København K

Yderligere oplysninger: Se på hjemmesiden

Arrangør: Seniorsygeplejerskerne Central

Tilmelding: Senest den 9. december 2016, til e-mail: dora.pawlowski@outlook.dk eller på tlf.: 4050 3579

Pris: Kr. 200

SJÆLLAND

Foredrag om demens

Tidlig demenskonsulent i Lolland Kommune, Lone Andersen, fortæller om symptomer, udredning, medicin, kommunikation, pårørende, identitet og livshistorie.

Tid og sted: 26. januar 2017 kl. 14:00 - 16:30, Mødelokalet Solsikken, v. Geriatrisk afd., Fjordvej 15, 4800 Nykøbing F

Arrangør: Seniorsammenslutningen tidl. Storstrøms Amt

Tilmelding: Senest den 18.01.2017 til Gulle, tlf.: 5482 5684 eller Inger, tlf.: 2042 5472

Pris: Kr. 25 for medlemmer, kr. 50 for gæster

MIDTJYLLAND

Den nye sygeplejerskeuddannelse

Den nye sygeplejerskeuddannelse - hvordan påvirkes uddannelsen fagpolitisk? V/ kredsformand i DSR Midtjyl-

land, Anja Laursen. Hvordan sikre det kliniske indhold? V/ lektor Tove Loftager, VIA Holstebro.

Tid og sted: 2. februar 2017 kl. 14:00 - 16:00, Holstebro Aktivitetscenter, Danmarksgade 13 A, 7500 Holstebro

Arrangør: Seniorsammenslutningen Kreds Midtjylland, Holstebro/Herning

Tilmelding: Sidste frist er den 26. januar 2017, til Kirsten Sanggaard, tlf.: 9741 4345 eller Karen Margrethe Kølback, e-mail: kmk_285@hotmail.com

Pris: Arrangementet er gratis

MEDDELELSE

Generalforsamling i FS for Lunge- og Allergisygeplejersker

Indkaldelse til generalforsamling for medlemmer i FSLA. Der er valg til bestyrelsen, og kandidatur til bestyrelsen, skal være formanden i hænde 6 uger før. Generalforsamlingen afholdes på Comwell Korsør, den 10.03.2017, kl. 17-18. Dagsorden iflg. vedtægter. Forslag til behandling sendes til formanden, Anne Dichmann Sorknæs, via e-mail: anne@sorknaes.dk

Generalforsamling i FSUS

Indkaldelse til generalforsamling i FSUS, den 27 marts 2017 kl. 17.00, på Hotel Svendborg Centrumpladsen 1 5700 Svendborg. Forslag til behandling på generalforsamling skal være Formanden i hænde senest den 3. marts. 2017

Indkaldelse til ordinær generalforsamling 2017 i FSAIO

Den 22. marts 2017 kl. 16.50 på Hotel Comwell Skovbrynet 1 6000 Kolding Dagsorden: 1. Valg af dirigent. 2. Valg af referent. 3. Valg af stemmetællere. 4. Bestyrelsens beretning. 5. Godkendelse af regnskab for 2016. 6. Fremlæggelse af budget for 2018. 7. Valg af revisor. 8. Indkomne forslag. 9. Evt. Forslag til dagsorden skal være formand Dorte Söderberg,

Rughavevej 3, 5230 Odense i hænde senest d. 22.1.2017 på e-mail: dsoederberg@gmail.com

Ansøgningsfrister Stipendiefonden

Ophold med start i marts 2017: Ansøgningsfrist 1.1.2017, bevilningsmøde 1.2.2017.
Ophold med start i april 2017: Ansøgningsfrist 1.2.2017, bevilningsmøde 1.3.2017.
Ophold med start i maj 2017: Ansøgningsfrist 1.3.2017, bevilningsmøde 5.4.2017.
Uddelingerne fra Stipendiefonden går til studieophold, kongresser m.v. i udlandet. Se www.dsr.dk/stipendiefonden for ansøgningsfrister, retningslinjer og ansøgningskema.

DSRKURSUS

Landskursus for FS Lunge- og Allergi sygeplejersker

På landskurset 2017, vil der være en bred faglig fokusering, på emner som saltinhaltioner, pneumoni, beslutningsstøtte, lungesygdomme og fedme. Program og tilmelding via FSLA's hjemmeside. OBS PRIS felt

Tid og sted: 9. marts 2017 kl. 11:00 - 11. marts 2017 kl. 12:00 Comwell Grand Park Hotel, Ørnumvej 6, 4220 Korsør

Arrangør: FSLA's Bestyrelse
Tilmelding: Snarest via hjemmesiden.

Pris: Medlemmer, eneværelse kr. 4.000, dobb.v. kr. 3.500 - ikke medlem eneværelse kr. 4.500, dobb.v. kr. 4.000

Yderligere oplysninger: FSLA's hjemmeside eller ved formand Anne Dichmann Sorknæs på mail: anne@sorknaes.dk

Palliations konference

Mange vil dø hjemme, men kun få får lov. Med konferencen "Livskvalitet hele livet" sygepleje mod livets afslutning, sætter vi fokus på det tværfaglige samarbejde m.m.

Tid og sted: 15. marts 2017 kl. 09:00 - 16:00. Hotel Koldingfjord, Fjordvej 154, 6000 Kolding

Arrangør: FS sygeplejersker i kommunerne

Tilmelding: <https://goo.gl/HsbRrb>

Pris: Kr. 750 for medlemmer af Fagligt Selskab og kr. 950 for ikke - medlemmer

Yderligere oplysninger: <https://dsr.dk/fs/fs6> og <https://dsr.dk/fs/fs28>

Landskursus i Fagligt Selskab for Øjensygeplejersker

For detaljeret program samt tilmelding, se det faglige selskabs hjemmeside: <https://dsr.dk/fs/fs20/landskursus>

Tid og sted: 26. januar 2017 kl. 18:00 - 28. januar 2017 kl. 12:45, Vingsted Centret, Vingsted Skovvej 2, 7182 Bredsten

Arrangør: Det faglige selskab for øjensygeplejersker

Pris: Kr. 3.995 for medlemmer, kr. 4.995 for ikke- medlemmer.

KREDSMØDE

HOVEDSTADEN

Interessegruppe for arbejdsmiljø

Er du interesseret og engageret i sygeplejerskernes arbejdsmiljø? Så har du måske lyst til at være med i kredsens interessegruppe vedrørende arbejdsmiljø.

Tid og sted: 12. januar 2017 kl. 16:00 - 18:00, Kreds Hovedstaden, Frederiksborggade 15, 4.sal, 1360 København K

Arrangør: Kreds Hovedstaden
Tilmelding: <https://dsr.dk/kredse/hovedstaden/arrangementer>

Pris: Gratis

Yderligere oplysninger: <https://dsr.dk/kredse/hovedstaden/medlemsfordele/interessegruppe-om-arbejdsmiljoe>



Følg os på Facebook, hvor vi tipper om ledige stillinger og giver råd og info om job og arbejdsliv fb.com/dsakasse

Tryghed gennem hele arbejdslivet

DSA er med dig. Vi søger for, at du får dagpenge, hvis du pludselig står uden job. Er du tilmeldt efterlønsordningen, giver vi dig mulighed for en fleksibel tilbagetrækning med efterløn.

Som medlem af DSA får du tryghed og muligheder. Vores sundhedsfagligt uddannede karrierekonsulenter giver dig professionel vejledning, så du hurtigt kan finde nye veje i arbejdslivet. Bliver du syg, står vores socialfaglige konsulenter klar. De kender dine rettigheder og muligheder.

DSA.dk



FERIEANNONCER

Alle annoncer skal indtastes via DSRs hjemmeside, www.dsr.dk/annoncering
Vælg "Ferieannoncer" under "Annoncer i fagbladet Sygeplejersken".

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.

ITALIEN HOS HANNE

På charmerende familiehotelet 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

SKILEJLIGHEDER AVORIZ

2 lejligheder til henholdsvis 4 og 6 personer udlejes. Lejlighederne er beliggende på Place Centrale i den gamle by med ski-on-off til 650 km pister. Lejlighederne er moderne med ny-renoverede køkkener. Avoriaz er bilfri og har svømmehal som supplement til skiløbet. www.avoriaz401.dk

Tlf. 4013 0774
Poul-Erik Nielsen
Tlf. 2020 0244
Kim Hyrzkov



Vi skal hjælpe, hvis vi kan

I tre orlovsperioder rejste **Astrid Opstrup** ud med Læger uden Grænser. Det overbeviste hende om, at det er akut nødhjælp, hun skal bruge de næste år på. Selv om hun var glad for sit job som neonatalsygeplejerske.

Fortalt til **KIRSTEN BJØRNSSON** · Foto **PER MORTEN ABRAHAMSEN**



”Neonatal sygepleje er meget anderledes end anden sygepleje. Vi er der både ved livets begyndelse og afslutning, og vi har hele tiden forældre med i vores arbejde, uanset hvor dårlige børnene er.

Jeg har været glad for specialet og er det stadig. At arbejde med nyfødte og for tidligt fødte, der har brug for pleje og behandling, og at tage sig af forældrene og hjælpe dem med at lære deres børn at kende er rigtig spændende og et arbejde, hvor man gør en stor forskel for familierne.

Men jeg vil gerne arbejde mere med det akutte, emergency response, hvor man rejser ud og er et sted i kort tid, og hvor det går stærkt. Hvor man kan blive sendt til Haiti den ene dag og til Middelhavet til en båd med flygtninge den anden.

Så skal man omstille sig: Hvad ved jeg om det her, hvad kan jeg komme ud for, hvad kan jeg udrette? Og sammen med det team, jeg skal arbejde med, definerer jeg så fokus: Hvad er det vigtigste, hvad er projektet lige nu? For man kan ikke alt.

En af grundene til, at jeg blev sygeplejerske, var, at faget giver mange muligheder, også i udlandet. Og da en kollega på et tidspunkt havde været til informationsmøde hos Læger uden Grænser, blev jeg interesseret.

Siden jeg var ude med Læger uden Grænser første gang i 2014, har jeg vidst, at jeg gerne ville arbejde mere for dem, og min afdeling har støttet mig i at ville begge dele. Men nu vil jeg gerne prøve at gøre det her helt. Så jeg har ikke engang overvejet at søge orlov i de to år, min kontrakt løber. Jeg har brug for at hvile ud mellem udsendelserne i stedet for at skulle på arbejde med det samme, jeg kommer hjem. For det er også hårdt at være ude.

Jeg kan blive sendt ud med dags varsel, men indimellem er der perioder, hvor jeg går og venter på et visum. Det gør jeg f.eks. lige nu. Jeg kommer til at tjene en tredjedel af, hvad jeg tjente før. Men jeg har sparet sammen, og når jeg er ude, bruger jeg stort set ingen penge.

ASTRID OPSTRUP, 34 år.

Nyt job: 1. oktober sygeplejerske i Læger uden Grænser. Kan med dags varsel blive sendt ud til katastrofe- og krigsramte områder hvor som helst i verden.

Kom fra: Otte år som intensivsygeplejerske i Rigshospitalets neonatalafdeling. Siden 2014 tre gange udsendt af Læger uden Grænser, to gange til den borgerkrigsramte Centralafrikanske Republik og én gang til Sierra Leone under ebolaepidemien.

Der er også en hverdag, jeg ikke længere kan være en del af, venskaber, jeg vil blive nødt til at pleje på en anden måde. Men jeg synes, der er et vigtigt stykke arbejde, der skal gøres. Og jeg vil gerne gøre det, mens jeg har muligheden, mens jeg ikke har børn og familie herhjemme.

Som danske sygeplejersker er vi ret veluddannede, og det vil jeg gerne bruge, hvor der er større behov end her. Ude i verden er der mennesker, der lever under frygtelige forhold, hvor børn sulter, og kvinder dør af fødsler, de ikke burde dø af.

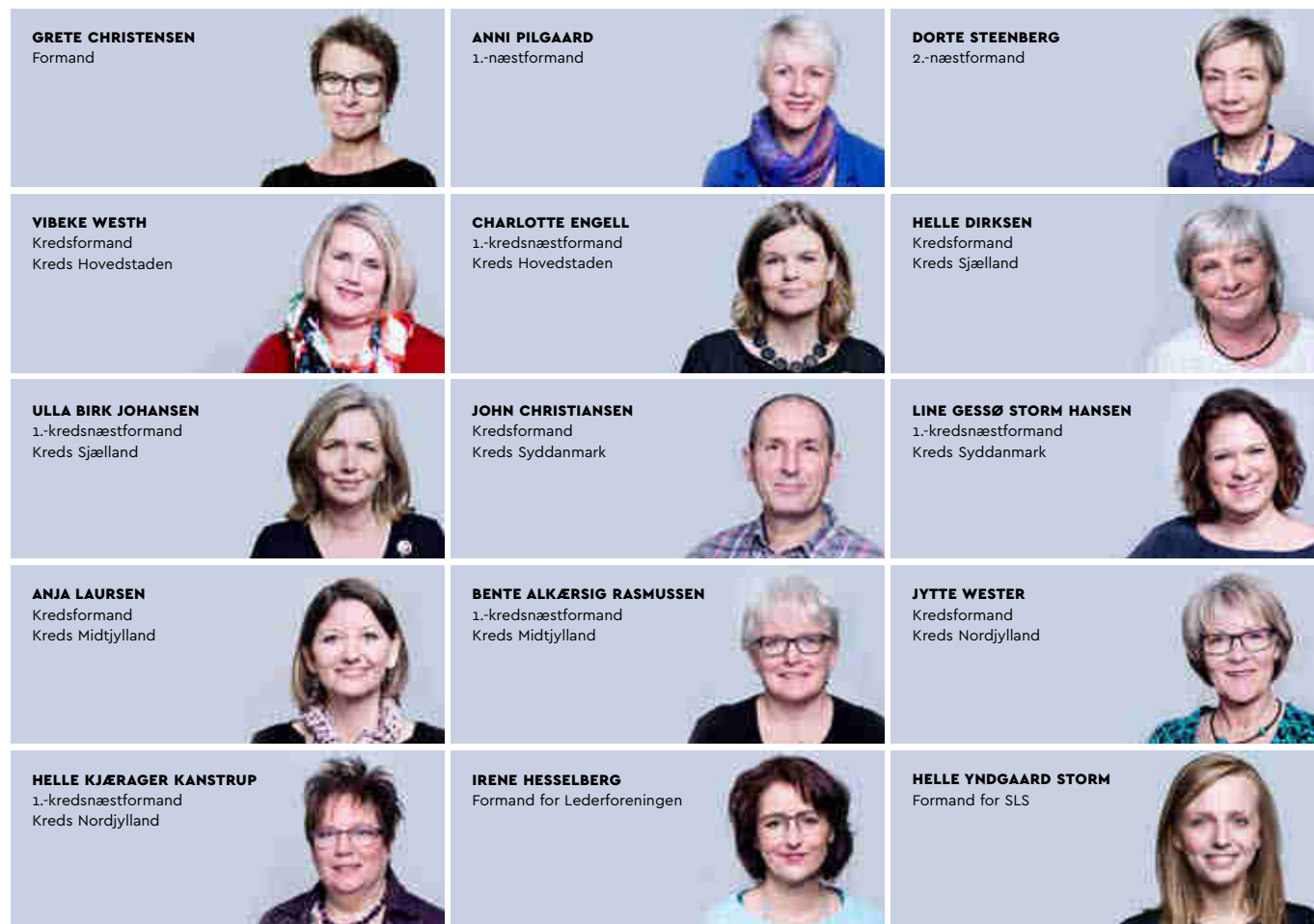
Jeg tror på, at vi skal hjælpe, hvis vi kan, og personligt er det udfordrende for mig, at en stor del af arbejdet er management. Jeg skal sørge for, at projekter kommer op at stå, jeg skal supervisere og uddanne personalet til at udføre korrekt sygepleje.”

SAVNER DU INSPIRATION TIL KARRIEREN?

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

Læs mere på dsr.dk/job-og-karriere

DANSK SYGEPLEJERÅDS HOVEDBESTYRELSE



DANSK SYGEPLEJERÅD CENTRALT

Administrerende direktør
Anne Granborg

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

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

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

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

Sygeplejetisk Råd
Formand
Annette Hegelund
Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
www.sygeplejetiskraad.dk

KREDS HOVEDSTADEN

Kredschef
Anne Tovborg

Frederiksborggade 15, 4.
1360 København K
Telefon: 7021 1662
Fax: 7021 1663
www.dsr.dk/hovedstaden
hovedstaden@dsr.dk

Åbnings- og telefontider
Man, tirs, tors, fre
9.00 - 14.00
Ons 13.00 - 16.00

Lokalkontor
Haslevej 50
3700 Rønne
Telefon: 7021 1662
Fax: 5695 3812

Telefontid
Man, tirs, tors 9.00 - 12.00

Hjemmesiden indeholder
individuelle kontaktop-
lysninger på kredsens
medarbejdere og for-
mandskab.

KREDS SJÆLLAND

Kredschef
Mads Hyltdgaard

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

Åbnings- og telefontider
Telefontid
Man, ons 9.00 - 14.00
Tirs, tors 13.00 - 16.00
Fre 9.00 - 13.00

Fremmøde
Man, tirs, ons 8.30 - 15.30
Tors 12.00 - 16.00
Fre 9.00 - 13.00

KREDS SYDDANMARK

Kredschef
Jan Villumsen

Vejlevej 121, 2.
7000 Fredericia
Telefon: 7021 1668
www.dsr.dk/syddanmark
syddanmark@dsr.dk

Telefontider
Man, tirs, ons, fre
8.30 - 13.00
Tors 13.00 - 16.00

KREDS MIDTJYLLAND

Kredschef
Ann Dahy

Fælles postadresse
DSR, Kreds Midtjylland
Marienlystvej 14
8600 Silkeborg
Du er altid velkommen i
åbningstiden, men ring
og aftal tid.
Telefon: 4695 4600
Fax: 7021 1667
www.dsr.dk/midtjylland
midtjylland@dsr.dk

Telefontider
Man, tirs, tors
10.00 - 15.00
Ons lukket
Fre 10.00 - 13.00

Lokale kontorer
Stationsvej 8a
7500 Holstebro
Åbent efter forudgående
aftale.

Kystvejen 17, 1. sal
8000 Aarhus C
Åbent efter forudgående
aftale.

KREDS NORDJYLLAND

Kredschef
Iben Gravesen

Sofiendalsvej 3
9200 Aalborg SV
Telefon: 4695 4850
Fax: 9634 1426
www.dsr.dk/nordjylland
nordjylland@dsr.dk

Kontorets åbningstider
Man - ons 9.00 - 15.00
Tors 13.00 - 16.00
Fre 09.00 - 12.00





Oplev fantastiske Norge med Dedicare!

Dedicare gir deg muligheten til å oppleve det fantastiske Norge med alt fra nordlys, vinter, snø og ikke minst de beste arbeidsforhold.

Hos oss kan du noen steder ta på skiene rett utenfor den gratis boligen vi tilbyr. Du kan jobbe kun kort tid fra kjente skisteder som Trysil, Hemsedal og Hafjell. Alt kun en skibuss unna.

Så legg skiene i bagasjen og ta turen til Norge denne vinteren!

Vi tilbyr: God lønn. Faste oppdrag. Gratis reise og bolig. Gratis skibuss til alle.*

*Gjelder reise med tog eller buss til aktuelt skisted.

Vi ser fram til å høre fra deg!
www.dedicare.no/nurse
+47 07480 – rekruttering@dedicare.no



Vi bryr oss mer!

DEDICARE

Nurse