

DANISH JOURNAL OF NURSING

Sygeplejersken



AT TALE OM DØDEN

bliver aldrig rutine

DØDEN. Sanne Andersen har lært sig at turde tale med patienter og pårørende om den sidste tid. Ikke to samtaler er ens. Læs om de nye retningslinjer og de mange erfaringer fra Sygehus Lillebælt, Plejecenter Solsiden og Bakkegården for beboere med demens – og bliv klar til samtalen om døden.

KLIMA-
ÆNDRINGER

TRUSSEL
eller
CHANCE?

VIRTUAL
REALITY

DISTRAHERER
BØRN FRA
SMERTE



Til patienter med type 2-diabetes

REALISÉR POTENTIALALET

for tillægsbehandling til metformin

Ozempic® (semaglutid)

- En ugentlig GLP-1 analog med bedre glykæmisk kontrol og større vægttab end Januvia®, Bydureon®, Lantus® og Trulicity®^{1*}
- En ugentlig GLP-1 behandling med kardiovaskulære behandlingsfordele^{1,2}



BEDRE GLYKÆMISK KONTROL^{1*}

HbA_{1c} reduktion på 19,4 mmol/mol (-1,8%) med Ozempic® 1 mg vs. 14,9 mmol/mol (-1,4%) med Trulicity® 1,5 mg^{1**}



STØRRE VÆGT TAB^{1*}

Mere end dobbelt så stort vægttab med Ozempic® sammenlignet med Trulicity® (-6,5 kg med Ozempic® 1 mg vs. -3,0 kg med Trulicity® 1,5 mg)^{1***}



DOKUMENTEREDE KARDIOVASKULÆRE BEHANDLINGSFORDELE^{1,2†}

26% kardiovaskulær risikoreduktion hos patienter med type 2-diabetes og høj kardiovaskulær risiko^{1,2‡}

* Ozempic® viste bedre glykæmisk kontrol og vægtreduktion på tværs af SUSTAIN 1-7 studierne, der omfatter behandling med Ozempic® sammenlignet med henholdsvis placebo, Januvia®, Bydureon®, Lantus® og Trulicity®.¹

** HbA_{1c} reduktion på 16,5 mmol/mol (-1,5%) med Ozempic® 0,5 mg vs 12,1 mmol/mol (-1,1%) med Trulicity® 0,75 mg.¹

*** Vægtreduktion på -4,6 kg med Ozempic® 0,5 mg vs -2,3 kg med Trulicity® 0,75 mg.¹

† I SUSTAIN 6 studiet reducerede Ozempic®, sammenlignet med placebo, tillagt standardbehandling risikoen for MACE (kardiovaskulær død, ikke-fatal myokardieinfarkt eller ikke-fatal apopleksi) med 26% hos patienter med type 2-diabetes i et non-inferiority studie¹.

‡ Tilføjet standardbehandling, som omfattede oral antidiabetika, insulin, antihypertensiva, diuretika og lipidsænkende behandling.²

Referencer:

1. Godkendt produktresumé for Ozempic® (semaglutid) 10/2018.

2. Marso SP, Bain SC, Consoli A, et al. Semaglutide and cardiovascular outcomes in patients with type 2-diabetes. *N Engl J Med.* 2016;375:1834-1844.

Produktinformation findes på side 6.




Novo Nordisk Scandinavia AB

Ørestads Boulevard 108 · 2300 København S
www.novonordisk.dk · Kundeservice tlf.: 80 200 240

1 GANG UGENTLIGT
OZEMPIC[®]
semaglutid injektion

Klar til samtale – om døden

 Sygeplejersker har en vigtig rolle i at skabe de bedste rammer for, hvordan borgere – og deres pårørende – oplever den sidste del af livet. Det er vigtigt, at de ansatte er klædt på til at tale om de ønsker, ældre og de mest syge har til den sidste levetid. Imens tid er.

Dansk Sygeplejeråd er positive over de to vejledninger om genoplivning og livsforlængende behandling, der trådte i kraft 1. november i år. Det er Dansk Sygeplejeråds vurdering, at disse vejledninger i høj grad er en forbedring af de tidligere. Dansk Sygeplejeråd har selv siddet ”med omkring bordet” og aktivt bidraget til en opdatering af vejledningerne.

I arbejdet med vejledningerne har Dansk Sygeplejeråd blandt andet brugt erfaringerne fra projektet ”Klar til samtale”, som udvalgte kommuner og sygehuse over en toårig periode har arbejdet med. I projektet er der udviklet metoder og konkrete anbefalinger, så medarbejderne i højere grad kan føle sig klædt på til at tage samtaler om livsforlængende behandling og genoplivning. Inde i bladet kan du blandt andet læse mere

om, hvordan vi som sygeplejersker skal håndtere borgeres måske mest betydningsfulde valg – og fravalg.

Men – som jeg nævner det i artiklen inde i bladet: Ingen roser uden torne. Den nye vejledning forringer desværre selvbestemmelsesretten for borgere, som har taget stilling i form af et ønske om fravalg af genoplivning, men som ”kun” er alderssvækket og ikke har en behandlingskrævende diagnose. Det er DSR’s holdning, at alderdomssvækkelse også bør være tilstrækkelig grund til fravalg af genoplivningsforsøg. Denne forringelse vil sætte sygeplejersker i nogle svære, etiske situationer i hverdagen, hvilket vi ikke finder er acceptabelt.



Anni Pilgaard
Næstformand



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

Vejle Amts Folkeblad

”Noget af kernearbejdet for en sygeplejerske er også at være nærværende og have tid til dialog og samvær. Og noget af det sker jo idet, man udfører opgaver, som andre sagtens kan udføre.”

JOHN CHRISTIANSEN

formand for DSR Kreds Syddanmark. (Om at Region Syddanmark vil bruge tre mio. kr. årligt på at sikre flere frivillige på sygehusene)

fyens.dk

”Vi ønsker derfor, at kommunen trækker advarslerne tilbage og giver erstatning for tort og svie til dem, der er blevet afskediget. Vi ønsker, at kommunen lærer af den her situation og i højere grad får fokus på, hvordan beboerne får et godt og sikkert liv.”

LINE GESSØ HANSEN

næstformand i DSR Kreds Syddanmark (Om Botilbudet Fangelvej, hvor et dødsfald har resulteret i fire fyringer og otte advarsler)

/ritzau/

”Der er travlt i dag, og man presser for hårdt på med vagter på aften, om natten og i weekender. Hvis man bliver flere på afdelingerne, deler man byrden med flere, og så bliver belastningen ikke så stor.”

GRETE CHRISTENSEN

formand i Dansk Sygeplejeråd

Ansvh. chefredaktør
MORTEN JAKOBSEN
mja@dsr.dk
Telefon: 4695 4110

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

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

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

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

Journalist
KRISTINE JUL ANDERSEN
kja@dsr.dk
Telefon: 4695 4278

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

Journalist
MICHAEL DYRING POULSEN
mdp@dsr.dk
Telefon: 4695 4282

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

Grafiker
MARIA FRIMANN STORM
mfs@dsr.dk
Telefon: 4695 4281

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

Art Director
SASJA HERMANSEN
sh@dsr.dk
Telefon: 4695 4117

Næste nummer af Sygeplejersken udkommer
9. december 2019

Hvis Sygeplejersken udebliver

Log ind på dsr.dk > Menu > Sygeplejersken > Kontakt >
Har du ikke modtaget Sygeplejersken? Udfyld og send
blanketten, og bladet bliver eftersendt.

Distribueret oplag

Oktober 2018: 77.117 ekpl.
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: Michael Drost-Hansen

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



Fagforening med
fag og overenskomst



SVANEMERKET
5041 0004

TEMA

EN VÆRDIG DØD

Overbehandling af terminale patienter, uklare retningslinjer, ”nej tak” til genoplivning og svære samtaler om den sidste tid. På danske sygehuse og plejehjem bliver sygeplejersker dagligt konfronteret med de etiske og juridiske udfordringer, der kan opstå, når en alvorligt syg patient eller borger nærmer sig livets afslutning. Men fremover bliver det nemmere at manøvrere rundt om dødens sårbare landskab.



20

SIDE

22 "DØDEN SKAL IKKE VÆRE DET FØRSTE, DE BLIVER SPURGT OM"

24 MANGLENDE AFKLARING FORRINGER ARBEJDSGLEDEN

26 "DET BLIVER ALDRIG RUTINE"

28 DØDEN SKAL IKKE SKYGGE FOR LIVET

30 DEMENTE ER SÆRLIGT SÅRBARE

33 NYE RETNINGSLINJER: HVORNÅR SKAL DU GENOPLIVE?



Virtuel verden lindrer børns smerter

Nyt studie fra Rigshospitalet viser, at Virtual Reality-spil kan få børn til at glemme deres frygt for at blive stukket og lindre deres smerter.

SIDE **44**



BESPARELSER ER FORTSAT UFORSVARLIGE

12 ud af 51 sygeplejersker skal stadig fyres i Assens Kommune, selv om kommunen har trukket besparelser på tre mio. kr. tilbage. Borgere vil lide funktionstab og i værste fald dø, forudser tillidsrepræsentant.

SIDE 8



NYT GREB SKAL SKÅNE PSYKIATRISKE PATIENTER

Mere nænsomt og trygt. Større mulighed for kommunikation til patient og kollega. Mindre risiko for dødsfald. Region Hovedstadens Psykiatri indfører nyt fastholdelsesgreb. Sygeplejersken var med på kursus.

SIDE 36

KLIMAÆNDRINGER PRESSER SYGDOMME NORDPÅ

Fremover skal danske sygeplejersker også overveje malaria, zikavirus og dengue, når en patient indlægges med influenzalignende symptomer.

SIDE **60**

PÅRØRENDE ER IKKE BARE EN RESSOURCE

Samfundsøkonomisk er det alt for dyrt ikke at interessere sig for, hvem de pårørende er, og hvad de magter, mener **LISBETH UHREN-FELDT**.



SIDE 19



Hjernerystelse

IDA HERSKIND var én af de uheldige, som fik langvarige symptomer efter en hjernerystelse. Dansk Center for Hjernerystelse efterlyser ens og bedre behandling.

SIDE 54

NICHESYGEPLEJE I FÆNGSLET

Som fængselssygeplejerske er man ude i hjørnet af sygeplejefaget. Og her befinder **SANDRA GRØN BUCHHOLTZ** sig godt. Hun synes, det er et ekstra plus, at fængslet snart bliver til Danmarks første kvindefængsel.

SIDE **69**



Ozempic® (semaglutid) 1,34 mg/ml

Forkortet Produktresumé

Lægemiddelform: Injektionsvæske, opløsning, i fyldt pen. Klar og farveløs eller næsten farveløs, isotonisk opløsning. **Indikation:** Ozempic® er indiceret som et supplement til kost og motion til voksne med type 2-diabetes mellitus, som ikke er tilstrækkeligt kontrolleret. **Monoterapi:** når metformin anses for uhensigtsmæssigt på grund af intolerance eller kontraindikationer. **Som supplement:** til andre lægemidler til behandling af diabetes. For forsøgsresultater vedrørende kombinationer, virkning på glykæmisk kontrol og kardiovaskulære hændelser og de undersøgte populationer henvises til pkt. 4.4, 4.5 og 5.1 i det fulde produktresumé. **Dosering og indgivelsesmåde:** Startdosis er 0,25 mg semaglutid én gang ugentligt. Efter 4 uger skal dosis øges til 0,5 mg én gang ugentligt. Efter mindst 4 uger med en dosis på 0,5 mg én gang ugentligt kan dosis øges til 1 mg én gang ugentligt for yderligere at forbedre den glykæmiske kontrol. Semaglutid 0,25 mg er ikke en vedligeholdelsesdosis. Ugentlige doser større end 1 mg anbefales ikke. Ved anvendelse som supplement til en eksisterende metformin- og/eller thiazolidindionbehandling, kan den aktuelle dosis metformin- og/eller thiazolidindion fortsætte uændret. Ved anvendelse som supplement til en eksisterende behandling med sulfonylurinstof eller insulin, skal det overvejes at reducere dosis af sulfonylurinstof eller insulin for at reducere risikoen for hypoglykæmi. Selv-monitorering af glucose i blodet er ikke nødvendig for at justere dosis. Dog kan selv-monitorering af glucose i blodet ved behandlingsstart med Ozempic® i kombination med sulfonylurinstof eller insulin være nødvendig for at justere dosis af sulfonylurinstof eller insulin med henblik på at reducere risikoen for hypoglykæmi. **Glemte doser:** Hvis en dosis glemmes, skal den administreres hurtigst muligt og inden for 5 dage efter den glemte dosis. Hvis der er gået mere end 5 dage, skal den glemte dosis springes over, og den næste dosis skal administreres på den planlagte dag. **Eldre:** 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, moderat eller svær nedsat nyrefunktion. Erfaring ved svært nedsat nyrefunktion er begrænset. Semaglutid anbefales ikke til patienter med nysesygdom i slutstadiet. **Nedsat leverfunktion:** Dosisjustering er ikke nødvendig hos patienter med nedsat leverfunktion. Erfaring ved svært nedsat leverfunktion er begrænset. Der bør udvises forsigtighed ved behandling af disse patienter med semaglutid. **Pædiatrisk population:** Sikkerheden og virkningen af semaglutid hos børn og unge under 18 år er endnu ikke klarlagt. Ingen data. **Administration:** Ozempic® administreres én gang ugentligt når som helst i løbet af dagen, med eller uden mad. Injiceres subkutan i maven, i låret eller i overarmen. Injektionsstedet kan ændres uden dosisjustering. Må ikke administreres intravenøst eller intramuskulært. Dagen for den ugentlige administration kan om nødvendigt ændres, så længe tidsrummet mellem to doser er mindst 3 dage (>72 timer). Når en ny doseringsdag er valgt, skal dosering én gang ugentligt fortsættes. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler:** Semaglutid må ikke anvendes til patienter med type 1-diabetes mellitus eller til behandling af diabetisk ketoacidose. Semaglutid er ikke en erstatning for insulin. Der er ingen erfaring med behandling af patienter med kongestiv hjerteinsufficiens i NYHA-klasse IV (New York Heart Association), og semaglutid anbefales derfor ikke til disse patienter. **Gastrointestinale virkninger:** Brug af GLP-1-receptoragonister kan være forbundet med gastrointestinale bivirkninger. Dette skal overvejes ved behandling af patienter med nedsat nyrefunktion, da kvalme, opkastning og diarré kan forårsage dehydrering, som kan føre til en forværring af nyrefunktionen. **Akut pankreatitis:** Der er observeret akut pankreatitis i forbindelse med brugen af GLP-1-receptoragonister. Patienterne skal informeres om de karakteristiske symptomer på akut pankreatitis. Hvis der er mistanke om pankreatitis, skal semaglutid seponeres; og hvis akut pankreatitis bekræftes, må behandling med semaglutid ikke påbegyndes igen. Der skal udøves forsigtighed hos patienter med tidligere pankreatitis. **Hypoglykæmi:** Patienter, der behandles med semaglutid i kombination med sulfonylurinstof eller insulin, kan have øget risiko for hypoglykæmi. Risikoen for hypoglykæmi kan nedsættes ved at reducere dosis af sulfonylurinstof eller insulin, når behandlingen med semaglutid påbegyndes. **Diabetisk retinopati:** Hos patienter med diabetisk retinopati, der er i behandling med insulin og semaglutid, er der observeret en øget risiko for udvikling af komplikationer ved diabetisk retinopati. Der bør derfor udvises forsigtighed ved brug af semaglutid til patienter med diabetisk retinopati, som er i behandling med insulin. Hurtig forbedret kontrol af glucose i blodet har været forbundet med en forbigående forværring af diabetisk retinopati, men andre mekanismer kan ikke udelukkes. **Interaktioner:** Semaglutid forsinket ventrikeltømmningen og har potentialet til at påvirke absorptionshastigheden af samtidigt oralt indgivne lægemidler. Semaglutid skal anvendes med forsigtighed til patienter, der får orale lægemidler, som kræver hurtig gastrointestinal absorption. **Paracetamol:** Semaglutid forsinket ventrikeltømmningen, vurderet ud fra farmakokinetik for paracetamol under en standardiseret måltidstest. Dosisjustering af paracetamol er ikke nødvendig ved administration sammen med semaglutid. **Oral kontraception:** Semaglutid forventes ikke at reducere virkningen af oral kontraception. **Atorvastatin:** Semaglutid ændrede ikke den overordnede eksponering for atorvastatin efter én enkelt dosis. **Digoxin:** Semaglutid ændrede ikke den samlede eksponering eller C_{max} af digoxin efter én enkelt dosis digoxin. **Metformin:** Semaglutid ændrede ikke den samlede eksponering eller C_{max} af metformin efter en dosis på 500 mg to gange dagligt over 3,5 dage. **Warfarin:** Semaglutid ændrede ikke den samlede eksponering eller C_{max} af R- og S-warfarin efter én enkelt dosis. **Fertilitet graviditet og amning:** Det anbefales, at kvinder i den fertile alder anvender kontraception under behandling med semaglutid. **Graviditet:** Der er utilstrækkelige data fra anvendelse af semaglutid til gravide kvinder. Semaglutid må derfor ikke anvendes under graviditet. **Amning:** Semaglutid må ikke anvendes under amning. **Fertilitet:** Ukendt hos mennesker. **Virkning på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner:** Semaglutid påvirker ikke eller kun i ubetydelig grad evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner. **Bivirkninger: Immunsystemet:** Anafylaktisk reaktion. **Metabolisme og ernæring:** Hypoglykæmi ved brug sammen med insulin eller sulfonylurinstof, Hypoglykæmi ved brug sammen med andre orale antidiabetika, Nedsat appetit. **Nervesystemet:** Svimmelhed, Smagsforstyrrelser. **Øjne:** Komplikationer ved diabetisk retinopati. **Hjerte:** Øget hjertefrekvens. **Mave-tarm-kanalen:** Kvalme, Diarré, Opkastning, Abdominalmerter, Abdominal distension, Forstoppelse, Dyspepsi, Gastritis, Gastroøsofageal reflukssygdom, Eruktation, Flatulens. **Lever og galdeveje:** Cholelithiasis. **Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet:** Træthed, Reaktioner på injektionsstedet. **Undersøgelser:** Forhøjet lipase/amylase, Vægttab. **Beskrivelse af udvalgte bivirkninger: Hypoglykæmi:** Der blev ikke observeret episoder af alvorlig hypoglykæmi, når semaglutid blev anvendt som monoterapi. Alvorlig hypoglykæmi blev primært observeret, når semaglutid blev anvendt sammen med sulfonylurinstof eller insulin. **Gastrointestinale bivirkninger:** Ved behandling med semaglutid 0,5 mg og 1 mg forekom kvalme hos hhv. 17,0% og 19,9%, diarré hos henholdsvis 12,2% og 13,3% og opkastning hos henholdsvis 6,4% og 8,4%. De fleste hændelser var milde til moderate i sværhedsgrad og af kort varighed. Hændelserne førte til seponering af behandlingen hos henholdsvis 3,9% og 5% af patienterne. Hændelserne blev rapporteret hyppigst i de første måneder af behandlingen. Patienter med lav legemsvægt kan få flere gastrointestinale bivirkninger ved behandling med semaglutid. **Komplicationer ved diabetisk retinopati:** I et studie hos patienter med type 2-diabetes, med høj kardiovaskulær risiko, langvarig diabetes og dårligt reguleret glucose i blodet, forekom hændelser, der blev bedømt som komplikationer ved diabetisk retinopati, hos flere patienter, som blev behandlet med semaglutid, sammenlignet med placebo, og blev observeret hos insulinbehandlede patienter med kendt diabetisk retinopati. I kliniske studier hos patienter med type 2-diabetes, blev der rapporteret om bivirkninger relateret til diabetisk retinopati i stort set samme omfang som hos forsøgspersoner, der blev behandlet med semaglutid, som hos komparatorer. **Seponering på grund af bivirkning:** De hyppigste bivirkninger, der førte til seponering, var gastrointestinale. **Reaktioner på injektionsstedet:** Disse reaktioner har som regel været milde. **Immunogenicitet:** Patienter kan udvikle antistoffer under behandling med semaglutid, hvilket er i overensstemmelse med de potentielle immunogene egenskaber ved lægemidler, som indeholder proteiner eller peptider. **Overdosering:** Der er i kliniske studier rapporteret om overdosering med op til 4 mg i én enkelt dosis og op til 4 mg på en uge. Den hyppigst rapporterede bivirkning var kvalme. Alle patienterne restituerede uden komplikationer. **Opbevaring og holdbarhed:** 3 år. Opbevaringstid efter ibrugtagning: 6 uger. **For ibrugtagning:** Opbevares i køleskab (2°C - 8°C). Må ikke opbevares tæt på køleelementet. Må ikke fryses, og må ikke anvendes, hvis det har været frosset. Opbevar pennen med hættens påsat for at beskytte mod lys. **Efter ibrugtagning:** Opbevares ved temperaturer under 30°C eller i køleskab (2°C - 8°C). Må ikke fryses, og må ikke anvendes, hvis det har været frosset. Pennen opbevares med hættens påsat, når pennen ikke er i brug, for at beskytte nålen efter hver injektion, og opbevar pennen uden nålen påsat. Det kan forhindre tilstopning af nålene, kontaminering, infektion, lækage af opløsningen og upræcis dosering. **Udlevering:** Receptpligtigt lægemiddel. Ozempic® har generelt klausuleret tilskud. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Novo Nordisk A/S. **Pakninger og priser:** Ozempic® 0,25 mg 1x1,5 ml, Ozempic® 0,5 mg 1x1,5 ml, Ozempic® 1 mg 1x3 ml. Dagsaktuelle priser findes på www.medicinpriser.dk. (DK/SM/1118/0402)

Læs altid indlægssedlen omhyggeligt inden produktet tages i brug. Den fuldstændige produktinformation kan vederlagsfrit fås ved henvendelse til Novo Nordisk Scandinavia AB, Ørestads Boulevard 108, 6., 2300 Kbh. S, telefon +45 80 200 240. Besøg også www.novonordisk.dk. (Ver. 10/2018).

Produktinformation for annonce side 2.



Novo Nordisk Scandinavia AB
Ørestads Boulevard 108 · 2300 København S
www.novonordisk.dk · Kundeservice tlf.: 80 200 240

1 GANG UGENTLIGT
OZEMPIC®
semaglutid injektion



JULIE BAY BAARSØE

24 år, arbejdssted: Medicinsk Klinik for Mave- Tarm- og Leversygdomme, Rigshospitalet

Tekst MICHAEL HOLBEK

HVORFOR VALGTE DU AT BLIVE SYGEPLEJERSKE?

"Jeg har altid vidst, jeg gerne ville arbejde med mennesker. Alternativet var pædagog, men jeg valgte sygeplejerske og blev uddannet i sommeren 2018."

HVAD VAR DIT FØRSTE JOB?

"Det job jeg har nu, hvor jeg også var i praktik som studerende."

HVORFOR VALGTE DU AT SPECIALISERE DIG INDE FOR MAVE-, TARM- OG LEVERSYGDOMME?

"Jeg valgte at arbejde på afdelingen for at få grundlæggende erfaring inden for sygepleje. Vi har både akutte indlæggelser og længerevarende forløb, hvor man får mulighed for at arbejde med patienter og pårørende hele vejen rundt. Så jeg lærer basissygepleje, og der er mange udviklingsmuligheder i specialet."

HVEM HAR DU LÆRT MEST AF I DIN KARRIERE?

"Mine kolleger på afdelingen, som jeg lærte meget af under mit klinikforløb og lærer mindst lige så meget af nu."

HVAD KENDETEGNER EN GOD SYGEPLEJERSKE?

"At man husker at inddrage patienten i plejen. At man er nærværende, og at man tager sig tid til at lytte til patienten, selv om man har travlt. Det kan være, hvis de har noget vigtigt, de gerne vil fortælle, hvis de har brug for at komme af med noget eller er frustrere-

rede. Tit er det faktisk nok bare at være der og lytte og vise interesse."

HVILKET RÅD VIL DU GIVE EN NYUDDANNET?

"Stil en masse spørgsmål. Det er altid okay at spørge en kollega til råds, når man er i en situation, hvor man ikke føler sig tryk eller helt kan bunde."

HVAD ER DET MEST TILFREDSSTILLELLENDE VED DIT JOB?

"Når jeg kan mærke, jeg virkelig har gjort en forskel for en patient og en pårørende. F.eks. fik jeg som studerende lov til at være inde hos den samme patient i seks måneder. Jeg lærte hende godt at kende og kunne lytte til, hvordan hun bedst kunne lide at modtage al den pleje, hun skulle have. Der kunne jeg mærke, at hun satte pris på det, jeg gjorde, selv om det var en svær situation, hun lå i. Og jeg kunne mærke, at de pårørende også følte sig trygge."

HVAD ER DET MEST UDFORDRENDE VED DIT JOB?

"Når jeg kommer til at stå i akutte situationer, jeg ikke har prøvet før. Det er samtidig meget givende, for der lærer jeg en masse."

HVAD KAN HOLDE DIG VÅGEN OM NATTEN?

"Hvis jeg har haft en rigtig travl vagt, kan jeg godt ligge og tænke på, hvad jeg måske har glemt, og hvad jeg burde have gjort. Men jeg øver mig i ikke at tage arbejdet med hjem."

HVAD ER DU MEST STOLT AF I DIN KARRIERE?

"Jeg er meget stolt af, at jeg og min makker fik udgivet vores bachelorprojekt som artikel i *Sygeplejersken* (red.: "Pårørende kan hjælpe med at forebygge organisk delirium", Fag&Forskning nr. 3, 2019).

HVIS DU KUNNE ÆNDRE EN TING I SUNDHEDSVÆSENET, HVAD SKULLE DET SÅ VÆRE?

"Jeg ville sørge for, at vi fik flere hænder på gulvet, så vi kunne udøve den gode sygepleje, hvor man altid har tid til at lytte til patienterne, altid har tid til at være der, når de har brug for det. Det er ikke altid muligt, når man har så travlt på vagterne."

HVOR SER DU DIG SELV OM FEM ÅR?

"Jeg håber, jeg måske har taget en efteruddannelse, selv om jeg ikke lige ved hvilken. Jeg håber også, jeg arbejder mere med udviklende sygepleje og med forskning inden for sygeplejen."

HVORDAN TROR DU, AT SYGEPLEJEN VIL UDVIKLE SIG DE NÆSTE 10 ÅR?

"Vi får flere patienter, og de bliver mere komplekse, fordi vi alle bliver ældre. Vi udvikler også hele tiden behandling, som kan forlænge folks liv, og jeg tror, det er vigtigt, at vi kan holde fast i at se om bag al den sygdom og tage hensyn til patienternes livskvalitet. Det er et svært emne, fordi det taler ind i liv og død, men det er vigtigt, at vi lytter til, hvornår patienterne selv mener, at det liv, de kan få, også er et værdigt liv." ●



Besparelser er stadig uforsvarlige

Tekst **CHRISTINA SOMMER** · Foto **FYENS.DK, AMALIE HERMANSEN**

Katrin Johannsdottir, der er sygeplejerske og tillidsrepræsentant i Assens Kommune, advarer om, at planlagte besparelser i kommunen, vil forringe sygeplejen: "Vi får svært ved at arbejde fagligt forsvarligt."

Efter massiv kritik har politikerne i Assens Kommune trukket en del af de planlagte besparelser for sygeplejen tilbage. Borgere og patienter vil dog stadig opleve massive forringelser, fastslår både medarbejdere og Dansk Sygeplejeråd.

Borgere vil lide funktionstab og i værste fald dø. Det er bare nogle af de konsekvenser, som sygeplejerske og tillidsrepræsentant i Assens Kommune Katrin Johannsdottir forudser, at planlagte besparelser i kommunens sygepleje vil få de kommende år.

Selvom politikerne i Assens Kommune efter massivt pres fra både medarbejdere, borgere og Dansk Sygeplejeråd netop har trukket besparelser for tre mio. kr. tilbage, er det på ingen måde nok, siger hun.

Der skal nemlig stadig spares 1,7 mio. kr. for akutsygeplejen, hvilket fører til besparelser for sygeplejen på i alt 4,3 mio. kr. om året frem til 2023 ud af et budget på 19,9 mio. kr. Konkret betyder det bl.a., at 12 ud af 51 sygeplejersker skal fyres, og det giver ikke mening i en tid, hvor Assens lige som kommuner i resten af landet overtager flere og mere komplekse opgaver fra regionerne.

"Vi er allerede enormt pressede og får svært ved at arbejde fagligt forsvarligt. Jeg forudser, at flere borgere kommer til at lide funktionstab og i værste fald

dør. Vi har i mange år arbejdet med forebyggelse og havde f.eks. 3.200 færre indlæggelser sidste år end året før. Antallet af indlæggelser og genindlæggelser vil utvivlsomt stige, og det får jo også negative konsekvenser for kommunens økonomi," siger Katrin Johannsdottir.

Det er en katastrofe

Assens Kommune har fundet de planlagte besparelser med assistance fra konsulenthuset BDO. I en rapport peger de bl.a. på, at kommunens sygeplejersker med fordel kan uddelegere flere opgaver til social- og sundhedsassistenterne, afslutte borgerne lidt hurtigere og finde 75-100 borgere, som ikke behøver sygepleje. Det er tillidsmanden helt uenig i.

"Vi har allerede uddelegeret 73 pct. af vores opgaver til assistenterne og står udelukkende tilbage med de komplekse opgaver. Vi har en tilgang på 30-50 nye borgere i sygeplejen hver uge, og selvom vi afslutter nogle, har vi svært ved at følge med. Vi vil blive nødt

til at afvise nogle borgere i fremtiden, ellers kan vi ikke sikre den rette, sygeplejefaglige behandling."

Næstformand i Dansk Sygeplejeråd Kreds Syddanmark Mads Dippel Rasmussen kritiserer også besparelserne.

"Det er slemt for de sygeplejersker, der bliver afskediget, men for dem, der bliver tilbage, bliver det værre. Besparelserne vil påvirke de opgaver, som Assens Kommune har forpligtelse til at tilbyde. Min frygt er at mange borgere ikke vil få den sygepleje og behandling, de har krav på."

De samlede besparelser i Assens Kommune er 37,5 mio. kr. Til TV2 Fyn siger borgmester i Assens Kommune Søren Steen Andersen (V), at kommunen "har lyttet til nogle BDO-rapporter", og at de områder, hvor der skal spares, "har haft højere udgifter i forhold andre sammenlignelige kommuner". Det giver Katrin Johannsdottir dog ikke meget for:

"Der er f.eks. ikke taget højde for, at vi geografisk er en stor kommune, hvor det let kan tage en time at komme ud til en borger."

35

Så mange pakker cigaretter skal der ryges hver dag gennem 4,5 år for at finansiere en sygeplejerskes uddannelse og derefter hans eller hendes første år på arbejdsmarkedet. Alt i alt løber det op i 58.542 pakker. Det svarer til 1.170.840 cigaretter. Pr. sygeplejerske. Det skriver netavisen Lixen, der har lavet beregningerne baseret på tal fra Københavns Professionshøjskole og Dansk Sygeplejeråd. Regeringen vil hæve prisen på cigaretter, og det vil med statsminister Mette Frederiksens egne ord føre til: "et direkte kryds fra dét, til at vi kan ansætte 1.000 flere sygeplejersker," skriver Lixen.

(jlu)

FOKUS PÅ HJÆLP TIL MULTISYGE BORGERE

Borgere, som lider af mere end én kronisk sygdom og dermed er såkaldt multisyge, kan opleve at løbe spidsrod i det danske sundhedsvæsen. Disse borgere er i fokus for det videnscenter, som netop er åbnet på Slagelse Sygehus.

Under ledelse af professor, overlæge, ph.d., Anne Frølich skal det nyåbnede Videnscenter for Multisygdom og Kronisk Sygdom bane vejen for en bedre og mere sammenhængende behandling af disse borgere.

Flere end 1,2 mio. voksne danskere lider af multisygdom, og i kraft af den generelt stigende levealder forventes dette antal at vokse.

(hbo)

Teater

Det bliver u-hyg-ge-ligt

Vær vel beredt på at tage det gode med det onde, når Det Kongelige Teater åbner porten til Riget, og fru Drusse, Bulder, Moesgaard og en mavesur, danskertræt svensk overlæge, indtager deres store scene. De spilles af hhv. Kirsten Olesen, Mads Rømer Brølin-Tani, Jens Jørn Spottag og Thomas W. Gabrielsson.

Det er anden gang, Det Kongelige Teater giver publikum mulighed for at se Lars Von Triers gale og prisvindende serie.

Porten til Riget bliver åbnet den 18. december og lukker igen den 24. januar 2020. Forestillingen er ikke anbefalet til sarte sjæle og børn under 15 år. Det bliver uhyggeligt.

Foto DET KONGELIGE TEATER

HOLLYWOOD

Sygeplejerpionér hædres på film

Andre sygeplejersker end Florence Nightingale skabte sig ry og berømmelse gennem deres indsats blandt syge og sårede soldater under Krimkrigen (1853-56). Den Britisk-Jamaicanske forretningskvinde og sygeplejerske Mary Jane Seacole drog trods forbud fra det britiske krigsministerium til Krimhalvøen, hvor hun oprettede "the British Hotel", et refugium for sårede britiske officerer og soldater.

Mary Jane Seacoles gerninger forblev stort set ubemærkede de følgende 150 år, men i 2016 blev der opsat en statue af hende på Sct. Thomas' Hospital i London. Og i 2021 følger en Hollywood-produceret film om hende med Gugu Mbatha-Raw i hovedrollen.

(hbo)



IV-behandling i hjemmet: 2.000 sparede døgnindlæggelser kræver god hygiejne

På Odense Universitetshospital bliver patienter nu tilbudt at behandle sig selv med intravenøs antibiotika i hjemmet. Det vil spare unødige indlæggelsesdage. Det betyder, at der skal stor fokus på hygiejne i hjemmet.

Tekst **ANDREAS RASMUSSEN**

Fra december kan patienter på infektionsmedicinsk afdeling på Odense Universitetshospital få lov til at komme hjem før tid, hvis de er i stand til at give sig selv intravenøs antibiotika. Det skrev Politiken i oktober. Ambitionen er også at spare 2.000 døgnindlæggelser på længere sigt.

Men det nye projekt kræver et stort fokus på forholdene i patientens hjem, fortæller Nanette Braae Jensen, der er udviklingssygeplejerske på afdelingen og formand for Fagligt Selskab for Infektionsmedicinske Sygeplejersker.

“Det er en udfordring, at vi ikke kender hygiejnesituationen i patientens hjem. Men vi vil gøre meget for at sikre, at det i forhold til infusion er på et forsvarligt niveau,” siger hun og uddyber:

“Vi laver både undervisningsfilm og trykt materiale, der forklarer patienterne, hvordan de skal spritte af, hvilke genstande de må røre og andre relevante oplysninger i forhold til hygiejne. De skal gennemføre behandlingen to gange på hospitalet under supervision, før de får lov at gøre det i hjemmet.”

Samtidig forsøger afdelingen også ved pakningen af diverse remedier at tænke på hygiejne.

“Vi vil pakke et helt sæt til én antibiotikabehandling i en samlet pose, så de ikke skal åbne flere poser. Det skal være så enkelt som muligt,” siger Nanette Braae Jensen.

I starten af projektet vil Nanette Braae Jensen besøge patienterne i hjemmet, bl.a. for at se hvilke udfordringer, der er på hygiejneområdet.

Netop fordi der er tale om patientens private hjem, kan samtalen potentielt blive udfordrende.

“Vi drøfter, hvordan vi kan italesætte emnet. Det er nogle svære grænseflader, for vi ved fra hjemmesygeplejerskerne, at de nogle gange kommer ud til hjem, hvor det er lige på kanten, om hygiejnen er god nok. Hygiejne kan være svær at tale om. Det kan det også være på sygehuse,” siger Nanette Braae Jensen.

Erfaringerne fra infektionsmedicinsk afdeling på OUH skal senere ruller ud til andre specialer på hospitalet.

Rigshospitalet og Skejby Sygehus i Aarhus tilbyder også oplæring i hjemmebehandling med intravenøs antibiotika til forskellige patientgrupper, skriver Politiken Sundhed.

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.

Bedre kommunikation kan reducere bæltefikseringer

Oplevelse af fysisk smerte og ydmygelse og at personalet mangler empati. Dårlig eller slet ingen kommunikation mellem patient og personale, det gælder såvel læger som sygeplejersker.

20 retspsykiatriske patienter har deltaget i en dansk, videnskabelig undersøgelse, der skulle klarlægge deres opfattelse af at være bæltefikseret, og hvad der kan føre til færre og korterevarende situationer med bæltefikseringer.

Forbedring af kommunikationen mellem personale og patient og forbedret uddannelse af personalet anføres som vejen frem mod færre bæltefikseringer i retspsykiatrien.

Læs resultatet af forskningsprojektet i *Fag&Forskning* nr. 4/2019, som udsendes med dette nummer af *Sygeplejersken*.

(hbo)



Lindy Andersen sammen med sygeplejerske Helle Luther Hoff i "radialis-lounge". Her er de planlagte patienter i mere rolige omgivelser, adskilt fra de akut syge og med bedre mulighed for at snakke og udveksle erfaringer med andre patienter.

Siddende succes for hjertepatienter

Gladere patienter. Større arbejdsglæde blandt sygeplejersker. Bedre brug af ressourcer. På Afdeling for Hjertesygdomme på Gentofte Hospital kan de sætte flueben ved alle tre punkter.

Tekst **JAKOB LUNDSTEEN** Foto **CLAUS BECH**

Tilbagelænet i en bordeauxfarvet, blød lænestol smiler 74-årige Lindy Andersen stort.

"Jeg har det meget behageligt," svarer han sygeplejerske Helle Luther Hoff, da hun spørger til hans velbefindende.

Afdeling for Hjertesygdomme på Gentofte Hospital har som den første i landet indført en såkaldt "radialis-lounge", hvor omkring 125 patienter pr. måned får undersøgt deres kranspulsåre. Konceptet går ud på at skifte sengestuer ud med en lounge med lænestole, hvor patienterne har større integritet.

"Patienterne er mere rolige og trygge i de her omgivelser og føler sig mindre hospitaliseret. Det giver også en større arbejdsglæde," forklarer Helle Luther Hoff, der er klinisk sygeplejespecialist og har været med til at drive projektet frem.

Tidligere blev undersøgelsen af kranspulsåren foretaget gennem lysken, modsat i dag, hvor der bliver lagt en venflon i håndledet. Dét kombineret med, at man spurgte patienterne, hvordan de ople-

vede de planlagte undersøgelser, førte til refleksion og handling. Ledende oversygeplejerske Helene Bliddal Døssing siger:

"Man skal huske på, at det potentielt er enormt angstprovokerende at komme ind og få et kateter op i hjertet. Ved at inddrage patienterne gennem feedbackinterviews kunne vi se, at de følte sig endnu mere hospitaliseret, når de blev lagt i en seng og kørt rundt i den til undersøgelse."

Inspiration fra Holland

En studietur til Holland gav idéen til at skifte senge ud med lænestole. Men det var ikke bare et knips med fingrene at få det indført. Stole skulle findes og finansieres og arbejdsgange ændres. Men nu er "radialis-loungen" en realitet. Den har været i funktion i mere end et år, evalueringen er positiv, og det er baggrunden for at fortælle om det nu.

"Jeg har tænkt, hvorfor har vi ikke gjort noget ved det før. Men der er mange led, der skal involveres, når man ændrer

arbejdsgange. Det kræver, at nogen får en idé, og så en ledelse, der siger: "Det er det, vi vil. Nu skal det her gentænkes";" forklarer Helene Bliddal Døssing, der understreger, at det er lykkedes, fordi alle faggrupper kunne se det fornuftige i idéen.

Næste skridt på afdelingen er at overføre idéen til de patienter, der skal have en loop-recorder. En chip, der via et lille operativt indgreb bliver indsat for at registrere hjerterytmen. Også de skal fremover springe sengen over.

"Med den voksende gruppe ældre vi møder nu, er vi nødt til at kigge på, hvordan vi gør det bedst for patienterne og for at bruge ressourcerne bedst muligt. Og det her har også frigjort ressourcer til glæde for mere syge patienter," siger Helene Bliddal Døssing.

Lindy Andersen, der også har diabetes, tager sin livssituation med ophøjet ro. Også selvom hans trykken for brystet er i den alvorlige del af den anatomiske afdeling:

"Sådan er det. Jeg er jo i reparationsalderen, og her får personalet et 10-tal."

Ny alliance vil bekæmpe ulighed i sundhed

Indkomst og uddannelse har alt for stor betydning for, hvor langt og sundt et liv danskerne lever. Det mener en række organisationer, der er gået sammen i en alliance om at bekæmpe social ulighed i sundhed.

Tekst **MAI BRANDI LUDVIGSEN**, mlu@dssr.dk

I dag lever den rigeste fjerdedel af danske mænd i gennemsnit knap 10 år længere end den fattigste fjerdedel. For 25 år siden var forskellen 5,5 år. Der er altså i stigende grad forskel på, hvor langt og sundt et liv man lever, alt efter hvilken position man har i samfundet.

Men det må ikke være hverken økonomi, uddannelse eller postnummer, der afgør, hvordan man klarer sig i mødet med sundhedsvæsenet. Derfor skal den sociale ulighed mindskes, og det er en række organisationer nu gået sammen om at sætte fokus på.

National alliance mod social ulighed består foreløbig af Danske Regioner, KL, Kræftens Bekæmpelse, Danske Patienter, Lægeforeningen, Dansk Sygeplejeråd, Jordemoderforeningen, DGI, PensionDanmark, FOA, 3F og sundhedsplejerskerne.

Alliancen blev præsenteret på en konference om netop ulighed, som Danske Regioner afholdt i begyndelsen af november.

”Vi har vidst det her i mange år, men det er svært at håndtere, fordi det er kompliceret,” lød det fra Jesper Fisker, administrerende direktør i Kræftens Bekæmpelse.

Derfor handler alliance om at komme i gang med for alvor at gøre noget.

”Alle i alliancen forpligter sig til at afprøve løsninger hver især og til at gøre noget konkret. Vi skal ikke bare sætte det på dagsordenen, men få det til at fungere,” sagde han.

Brug for mange løsninger

På konferencen deltog også sundheds- og ældreminister Magnus Heunicke og social- og indenrigsminister Astrid Krag. Begge med budskabet om, at regeringen har fokus på den sociale ulighed i sundhed, og at der skal gøres noget. Konkret foreslog Astrid Krag blandt andet forebyggende sundhedstjek til socialt udsatte, socialsygeplejersker i alle regioner og brobyggere i psykiatrien.

Et andet forslag kom fra Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd, der fra salen mindede om vigtigheden af den tidlige forebyggelse:

”Vi ved, at det virker at forebygge tidligt. For eksempel kan vi se, at besøg af sundhedsplejersken i treårs-alderen betyder, at færre børn er overvægtige, når de begynder i skole.”

Fag& Forskning

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

Kræver støtte at komme ud af opioidbehandling

Patienter, som har gennemgået en rygoperation, kommer i opioidbehandling mod smerter. Men når patienten skal trappes ud af smertebehandlingen, opleves ofte svære abstinenser.

De hyppigste abstinenssymptomer er uro, rast- og søvnløshed, som er værst om natten og kan vare i flere dage eller uger. Patienterne oplever ofte at være meget alene med disse gener.

Derfor bør patienterne have information om risikoen for abstinenser, når de skal ophøre med opioider, samt have mulighed for vejledning og støtte i denne proces.

Læs ”Vær opmærksom på patienten ved ophør af opioidbehandling” i Fag&Forskning nr. 4/2019, som udsendes med dette nummer af Sygeplejersken.

(hbo)



Line Gessø Hansen, Kreds næstformand i Dansk Sygeplejeråd i Region Syddanmark, kritiserer kommunen for at have kørt en "heksejagt" på de ansatte Botilbud Fangelvej. I stedet burde man fra begyndelsen have prøvet at se, hvad man kunne lære af den tragiske sag, mener hun.

Træk advarsler tilbage og betal erstatning

Ny rapport fra Styrelsen for Patientsikkerhed retter hård kritik af ledelsen på Botilbuddet Fangelvej i Odense efter en beboers dødsfald. Dansk Sygeplejeråd kræver erstatning til fyret sygeplejerske.

Tekst **JAKOB LUNDSTEEN** Foto **NIELS SVALEBØG**

Dommen fra kommunen var entydig, da ansvaret skulle placeres, efter at en 50-årig kvinde døde – formentlig af medicinforgiftning – på Botilbud Fangelvej i Odense i maj: fire fyringer og otte advarsler til personalet. Ledelsen blev frikendt.

Men en tilsynsrapport fra Styrelsen for Patientsikkerhed slår nu fast, at ledelsen har et stort ansvar i sagen for utilstrækkelige instrukser om medicinbehandling. Ifølge rapporten er instrukserne ikke tilpasset de lokale forhold, og de beskriver ikke, hvordan personalet skal kontrollere, at medicinen er i overensstemmelse med ordinationen.

Det stemmer overens med det, som en af de fyrede, sygeplejersken A., sagde til *Sygeplejersken* (blad nr. 10) i september, da de første oplysninger om uklare instruktioner kom frem:

“Jeg fulgte de instrukser og retningslinjer, som var tilstede, og som var udarbejdet af ledelsen. Jeg er nu blevet klar over, at ledelsens forventninger til de

yderligere sygeplejefaglige opgaver ikke er beskrevet fyldestgørende og klart.”

Line Gessø Hansen, kreds næstformand i Dansk Sygeplejeråd i Region Syddanmark, påpeger over for Fyens Stiftstidende, at den nye rapport konkluderer, at instrukserne til personalet ikke har været fyldestgørende. Derfor falder problematikken ikke tilbage på den enkelte, men på bostedet og ledelsen.

Vil have erstatning til fyrede

“Vi ønsker derfor, at kommunen trækker advarslerne tilbage og giver erstatning for tort og svie til dem, der er blevet afskediget. Vi ønsker, at kommunen lærer af den her situation og i højere grad får fokus på, hvordan beboerne får et godt og sikkert liv,” siger Line Gessø til avisen.

Hun kritiserer kommunen for at have kørt en “heksejagt” på de ansatte. I stedet burde man fra begyndelsen have prøvet at se, hvad man kunne lære af den tragiske sag

Ledere tavse om forældede instrukser

TV2/Fyn afdækkede i begyndelsen af november, at en forløbschef, en socialoverlæge og en chefkonsulent havde kendt til, at der lå forældede instrukser på Botilbuddet Fangelvej. Instrukser, der ikke tydeligt gjorde personalet opmærksom på, hvordan de skulle reagere på de symptomer, som den nu afdøde kvinde viste i dagene op til sin død. Instrukser, der skulle have været fjernet allerede i sommeren 2018.

De forældede instrukser, som de tre medarbejdere ikke fortalte om, viser ifølge TV2/Fyn, at der på ledelsesniveau ikke var handlet korrekt for at sikre, at de ansatte på Fangelvej havde de rette instrukser at orientere sig efter.

Dette kom ikke frem efter dødsfaldet, og medarbejderne fik det fulde ansvar for forløbet op til kvindens død.

Lyden af dit fag og din hverdag

Historier om sygeplejefaget og sygeplejerskers hverdagsliv udkommer nu som podcast.

Tekst **JAKOB LUNDSTEEN**

”Man øver sig jo ved at blive bevidst om sin egen død...”

Det kan du høre sygeplejerske Maria Vinter Midjord fortælle i en ny podcast fra *Sygeplejersken*. Om at blive klar til samtalen med patienter om deres sidste tid.

Eller tag med på en lydtur ind i natten på intensivafdelingen på Bispebjerg Hospital. Her kan du komme med Catrine Thomsen på nattevagt og blive klogere på, hvad der sker med din krop, og hvordan du kan passe godt på den, når du skal arbejde, mens resten af byen sover.

Når du læser disse linjer, har *Sygeplejersken* fået en ny kanal til at udbrede nogle af de mange gode og opbyggelige historier om sygeplejerskers fag og arbejdsliv. Udvalgte historier og reportager vil nu jævnlige udkomme som podcast. Ikke mindst fordi det er en behagelig og nem måde at tilegne sig oplevelser og viden om sygeplejefaget.

De første podcasts er produceret af Maria Louise Kræmer, der både er uddannet sygeplejerske og journalist.

Du finder Sygeplejerskens podcast, hvor du plejer at hente dine podcasts og på dsr.dk/podcast

Kom med på nattevagt med sygeplejerske og arbejdsmiljørepræsentant Catrine Thomsen på intensivafdelingen på Bispebjerg Hospital.



ENGLAND

Undgå 100 mio. stykker plastik

De engelske hospitalsmyndigheder opfordrer landets hospitaler til at halvere forbruget af plastikbestik, -kopper og -sugerør samt andet engangsmateriale, der anvendes ved f.eks. måltider i personalerum og på opholdssteder for patienter og pårørende.

En opgørelse viser, at det årlige forbrug nærmer sig 200 millioner stykker plastik i forbindelse med fortæring. Målet er en halvering senest i år 2021. Ønsket om reduktion i forbruget af plastik gælder ikke for medicinsk engangsudstyr.

(hbo)

Har du ikke modtaget Dansk Sygeplejeråds kalender 2020

Sammen med *Sygeplejersken* nr. 12, der udkom i uge 43 (fra 21.-26. oktober), var medsendt Dansk Sygeplejeråds lomme kalender for 2020.

Desværre forsvinder nogle fagblade og kalendere i distributionen, når kalenderen udsendes.

Hvis du ikke har fået blad og kalender

Hvis du ikke har modtaget *Sygeplejersken* nr. 12 med kalenderen, så skriv til udeblevetblad@dsr.dk. Så sørger vi for, at du får tilsendt et nyt eksemplar. Husk at oplyse medlemsnummer.

Har din kollega fået sin kalender?

Du kan gøre os en stor tjeneste, hvis du vil gøre kollegaer, som ikke har modtaget kalenderen, opmærksom på, at de kan skrive til udeblevetblad@dsr.dk, så sender vi kalenderen til dem. På forhånd tak.



KAN BØRN MED DIABETES HAVE SVÆRT VED AT HOLDE STYR PÅ, HVAD, HVOR MEGET OG HVORNÅR DE VIL SPISE?

Nu er Fiasp® også godkendt til behandling af unge og børn med diabetes fra 1 år og opefter.¹

Fleksibilitet i en aktiv hverdag

Sammenlignet med NovoRapid® absorberes Fiasp® 2 x hurtigere i kredsløbet.^{1-3#}

Det giver mulighed for fleksibel dosering[‡], der kan gå hånd i hånd med et aktivt børneliv.

Fiasp® og NovoRapid® er registrerede varemærker tilhørende Novo Nordisk A/S. DK19F5P00007. 25. august 2019



Indikation Fiasp®: Behandling af diabetes mellitus hos voksne, unge og børn fra 1 år og opefter.¹

Indikation NovoRapid®: Behandling af diabetes mellitus hos voksne, unge og børn fra 1 år og opefter.⁴

Hurtigere indledende absorption af Fiasp® (efter 4 min) sammenlignet med NovoRapid® (efter 9 min).¹⁻³
‡ Fiasp® kan administreres ind til 2 minutter inden et måltid og op til 20 minutter efter måltiden er begyndt.¹

Referencer: 1. Det godkendte produktresumé for Fiasp® (07/2019). 2. Russell-Jones D et al. Diabetes Care. 2017;40(7):943-950.
3. Heise T et al. Clin Pharmacokinet. 2017;56(5):551-559. 4. Det godkendte produktresumé for NovoRapid® (04/2018)



Novo Nordisk Scandinavia AB
Ørestads Boulevard 108, 6 · 2300 København S
www.novonordisk.dk. Kundeservice tlf.: 80 200 240

Fiasp®
fast-acting insulin aspart

Ung med de gamle

Af **LINE ELBERG LORENZEN** sygeplejerske, stud.cur.

Jeg er 26 år gammel og blev færdiguddannet sygeplejerske i 2017. Efter at have arbejdet i 11 måneder valgte jeg at starte på Kandidatuddannelsen i Sygepleje, cand.cur. Her fik jeg igen interesse og en nysgerrighed for forskning i sygeplejen. En interesse og en nysgerrighed, som jeg også havde oplevet, da jeg læste på sygeplejerskeuddannelsen. Jeg husker, at vi havde om evidens og forskning, da vi var lidt over to år henne i uddannelsen. Jeg var, som en af de eneste fra min klasse, helt optaget af dette, mens mange af mine medstuderende ikke havde den samme interesse for søgningsprocesserne og de hertil hørende videnskabelige artikler. På

kandidatuddannelsen har jeg været heldig at komme i praktik hos en dygtig klinisk sygeplejeforsker og fået lov til at følge en ph.d.-studerende, hvor jeg bl.a. har været med til at skrive en videnskabelig artikel. Det har givet mig et indblik i forskermiljøet og gjort mig endnu mere hooked på at lave en ph.d., når jeg er færdig med min kandidatuddannelse.

MEN på trods af at jeg har modet, viljen og motivationen, så har jeg oplevet at skulle forsvare mig selv og min beslutning om at læse en kandidatuddannelse og ønsket om en ph.d. efterfølgende. Både kollegaer og bekendte har spurgt mig, om jeg ikke skulle ud og bruge min

sygeplejerskeuddannelse til noget? Mit svar er et stort JO – jeg skal bruge den til at forske, udvikle og forbedre sygeplejen både til fordel for patienter, pårørende, mine kollegaer og for samfundet. Andre har spurgt mig: "Jamen... Er du så en rigtig sygeplejerske?" Ja, jeg er en rigtig sygeplejerske. Jeg er ligeså meget sygeplejerske som mine kollegaer, der arbejder på operationsgangen, sengeafdelingen og i kommunen. Vi er allesammen sygeplejersker, og man kan mange ting som sygeplejerske, fordi sygeplejefaget er bredt og heldigvis for det. Så til slut er mit budskab, at jeg kan og vil gøre en forskel – for jeg er sygeplejerske.

Få flere kompetencer i basal palliation – Internatkursus for sygeplejersker

Kurset udbydes af Sankt Lukas Hospice og LUKAS KURSER, og foregår på Refugium Smidstrup Strand den 16. – 19. marts 2020.

Internatkurset er for sygeplejersker, der vil styrke deres kompetencer i basal palliation, og er i særlig grad rettet til hospitalssygeplejersker, sygeplejersker der arbejder på plejehjem og hjemmesygeplejersker.

Pris: 10.500 kr. **Early Bird pris:** 9.500 kr. ved tilmelding inden 1. december 2019.

Kursusledere: Lisbeth Christiansen, udviklingssygeplejerske Sankt Lukas Hospice og Berit Johnsen, sygeplejerske Sankt Lukas Hospice.

Læs mere og tilmeld dig på www.sanktlukas.dk/lukaskurser

LUKAS KURSER – hvor læring og mening mødes



Fag & Forskning

udkommer med dette nummer af Sygeplejersken

Følg også med på nettet.

VI BYGGER DEN RIGTIGE VOGN TIL JERES BEHOV

- anæstesivogne
- isolationsvogne
- hjertestopvogne
- akut- & dropvogne
- behandlingsvogne
- flexvans
- tilbehør



- ORDEN
- OVERBLIK
- HYGIEJNE

TEST SELV

Få en vogn på prøve

StandardSystemer
by MedicSysteme

+45 38 26 49 00

standardsystem.dk/vogne



Skal klinikken erstattes med simulation?

Af **JOHANNE SØBORG HARTMANN**, stud.cur., klinisk vejleder, sygeplejerske, **LOUISE L. OLSEN**, stud.cur., underviser, klinisk vejleder, sygeplejerske og **NICOLINE MØLLER**, stud.cur., ekstern underviser, sygeplejerske.

Kommentar til: 'Stor glæde i Dansk Sygeplejeråd over penge til sygeplejersker'

DSR udtrykker glæde over regeringens udspil om at ansætte 1.000 nye sygeplejersker, men hvor skal de komme fra? Aktuelt er der stort set ingen ledige sygeplejersker i Danmark, hvilket betyder, at vi må uddanne flere. Det hjælper dog ikke at uddanne nye, hvis flugten fra det offentlige sundhedsvæsen fortsætter. Det vil svare til at hælde vand i en spand med et stort hul i bunden. Det lyder nemt, men det tager 3,5 år at blive uddannet sygeplejerske, hvilket kræver både teoretisk og praktisk dannelse, og hvem skal så tage sig af den praktiske del?

Vores erfaring som kliniske vejledere og undervisere er, at de første som nedprioriteres i en travl hverdag, er de studerende. De får ofte besked om: "I dag har vi ret travlt, så har du ikke noget, som du mangler at læse?". Uddannelsen kritiseres ofte for at være blevet for akademiseret, men hvorfor sættes de studerende så til at læse, når de er i klinik? Mesterlæren, den tavse viden og de praktiske færdigheder får man ikke ind under huden, hvis man blot sættes til at læse. Derudover er det en udfordring, at en klinisk vejleder ofte følges med op til fem studerende, da det bliver svært at have patientkontakt, hvis man skal deles om plejen.

Vi er nødt til at nytænke klinikperioderne. Skal de ligefrem droppes og erstattes med e-learning og simulation, hvis de studerende alligevel ikke får lov til at deltage? Et sådant tiltag vil i vores øjne være en falliterklæring og vil forringe de nye sygeplejerskers praktiske kundskaber. Løsningen bør i stedet være, at der fra politisk side øremærkes ressourcer i form af sygeplejersker, der har tid og kompetencer til at sikre en god praktisk uddannelse for de studerende. Er det ikke et fælles ansvar at forberede vores kommende kollegaer på den virkelighed, de vil stå overfor i sundhedsvæsenet?

Kommentar til: Skal sygeplejestuderende overhovedet i klinik under uddannelsen?

Af **DORTHE BOE DANBJØRG**, næstformand i Dansk Sygeplejeråd og **KAMILLA FUTRUP**, formand for Sygeplejestuderendes Landssammenslutning

Tak for jeres input til debatten. Vi er grundlæggende helt enige i jeres overvejelser, men vi vil gerne vende problematikken om: Hvis vi nogensinde skal have et bæredygtigt sundhedsvæsen, også i forhold til uddannelsesopgaven, så er der behov for flere kolleger. Når der er flere kolleger på vagt, er der samtidig lidt mindre pres på i hverdagen, og dermed kommer også de studerendes kliniske undervisning mindre i klemme.

Der er ingen snuptagsløsninger, når der skal findes 1.000 nye sygeplejersker. Et væsentligt håndtag er at uddanne flere. Et andet er en målrettet politisk indsats for at mindske frafaldet på uddannelsen. Begge dele kræver, at der følger penge med den enkelte studerende - også til praktikperioderne, for de skal selvfølgelig bevares. Det kræver også et styrket fokus på kvalitet og prioritering af uddannelsesopgaven, hvor de studerende oplever et sammenhængende og godt uddannelsesforløb, og at der er tid til den enkelte studerendes læring, undren og særlige interesser.

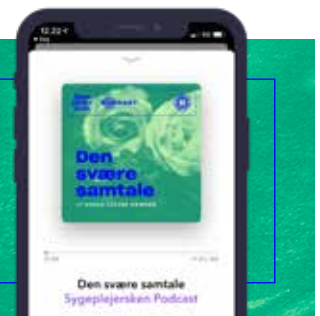
Det er vejen til, at vi både får flere nye kolleger og sygeplejersker med større gejst til at gå ind i vores fag. Samtidig skal vi arbejde for, at sundhedsvæsenet er et attraktivt sted at være hele arbejdslivet. Det kræver et fokus på bl.a. et godt arbejdsmiljø, god ledelse, bedre løn m.v. Og vi skal også tænke i andre baner for at nå målet om (mindst) 1.000 flere sygeplejersker, f.eks. gode introduktionsforløb for nyuddannede, ret til at arbejde på fuld tid og gøre det attraktivt at vende tilbage til faget.

Det kan kræve både kreativitet, knofedt og nytænkning at løbe i gang, men målet er at skabe en positiv spiral, der styrker vores profession såvel som sundhedsvæsen. Og ja, det er vores fælles ansvar.

Sygeplejersken

PODCAST

Podcast fra Sygeplejersken. Hør den, hvor du henter dine podcasts eller på dsr.dk/podcast



HØRT! PÅRØRENDE ER IKKE ENS

Politikerne er enten uvidende eller taler mod bedre vidende, når de omtaler pårørende som en ressource, man bare kan trække på. Det mener sygeplejerske **Lisbeth Uhrenfeldt**, som med sin kronik vil gøre de ansvarlige lidt mere ansvarlige.

Tekst **ANNE WITTHØFFT**
Foto **JORGE GUERRERO OG PRIVAT**

En radioudsendelse på P4 om, at Skive Kommune havde ansat en pårørende-vejleder, blev dråben i det velkendte bæger for Lisbeth Uhrenfeldt.

Det var dog ikke udsendelsen i sig selv, men derimod en mere generel frustration, der fik Lisbeth Uhrenfeldt til at skrive en kronik til Kristeligt Dagblad.

”Jeg har igennem længere tid lagt mærke til, at der i den offentlige debat og blandt politikere ofte tales om pårørende i ental, som om der er tale om én bestemt gruppe. Men pårørende kan være alt fra f.eks. erhvervsaktive til en jævnaldrende ældre eller en lige så svækket ægtefælle,” siger Lisbeth Uhrenfeldt.

Hun er sygeplejerske, ph.d. og professor ved Nord Universitet i Bodø i det nordlige Norge, hvor hun bl.a. har været med til at afdække de pårørendes oplevelser af, hvornår en udskrivelse eller overflytning er en succes.

Samfundsøkonomisk dyrt

”Man taler også om pårørende, som nogle man har råderet over og frit kan disponere over, når patienter udskrives eller skal blive hjemme,” siger Lisbeth Uhrenfeldt.

”Problemet er, at dem, der tilrettelægger sundhedsvæsenet på makroniveau, ikke ved, hvad pårørende er. Men samfundsøkonomisk er det alt for dyrt ikke at interessere sig for, hvem de pårørende er, og hvad de magter,” siger Lisbeth Uhrenfeldt og peger på, at forskning viser, at hvis man inddrager og har kontakt med de pårørende i kort tid,

MAN TALER OM PÅRØRENDE, SOM NOGLE MAN HAR RÅDERET OVER.

så kan man minimere genindlæggelser og gøre borgerne mere trygge.

Kronik førte til nye dialogpartnere

Efter at Lisbeth Uhrenfeldt havde fået trykt sin kronik i Kristeligt Dagblad lagde hun den også ud på sin LinkedIn-profil. Her har knap 3.000 mennesker indtil videre læst den, og hun har fået henvendelser fra både præster, psykologer, sygeplejersker og undervisere.

”De har genkendt problematikken og har været glade for, at jeg har taget den op,” fortæller hun.

Og det har også fået Lisbeth Uhrenfeldts øjne op for, at der er flere faggrupper end hendes egen, som kan være dialogpartnere i forhold til de pårørende.

Vigtigt at bidrage til debatten

Lisbeth Uhrenfeldt fortæller, at hun gennem sin ansættelse på det norske universitet har været

på kursus i kronik-skrivning. For på Nord Universitet anses det at ytre sig offentligt, som en vigtig del af forskergerningen.

”Det har en dobbelt betydning. Dels betaler vi tilbage til det samfund, som understøtter vores forskning, og dels er det med til at placere os forskere som nogle, der kan bidrage med perspektiver, man ellers ikke var kommet i tanker om. På den måde viser vi, at her er noget, I kan lære af os, og derfor er det vigtigt, at vi fortsætter med at forske,” siger hun og fortæller, at det tager tid at skrive en kronik.

”Nogle gange starter det med, at man bliver vred over noget, og så skal vreden lige lægge sig, inden jeg skriver. Bagefter får jeg en anden til at læse kronikken, så eventuelle bommerter bliver fjernet.”



Man overser, at dét at være pårørende kan se ud på mange forskellige måder, mener Lisbeth Uhrenfeldt. Her ses f.eks. tre generationer Uhrenfeldt: fra venstre Aase, Lisbeth og Ebbe.

Tekst **HELLE LINDBERG** · Foto **MICHAEL DROST HANSEN**

DEN SVÆRE, MEN NØDVENDIGE SAMTALE

Tre ud af fire danskere dør på enten hospital eller plejehjem. Derfor har sygeplejersker en vigtig rolle for at sikre borgerne en værdig afslutning på livet og skabe vished om de ønsker genoplivning eller ej. Men hvordan bliver man klar til at tage samtalen – i god tid? Det ved de på Sygehus Lillebælt i Vejle. Her har sygeplejerske Helen Bruun og klinisk sygeplejespecialist Jannie Christina Frølund med hjælp fra kollegaer og ledelse skabt rum til samtalen om døden.



På Medicinsk Afdeling på Sygehus Lillebælt i Vejle har de arbejdet målrettet med at klæde sundhedspersonalet på til den svære samtale om livets afslutning. Her handler det ikke kun om at få taget stilling i god tid, men også om at fremelske en åbenhedskultur, hvor der er respekt for både det faglige og det menneskelige skøn.



“ DØDEN

**skal ikke være det første,
de bliver spurgt om**

Tekst **HELLE LINDBERG** · Foto **MICHAEL DROST HANSEN**

LOMMEKORT

Sådan kan du indlede samtalen om den sidste tid

- Hvad tænker du om din sygdom og den behandling, du får for den?
- Hvad tænker du bliver de næste skridt i dit liv?
- Skal vi fortsætte behandlingen, som den er nu?
- Giver behandlingen mening, synes du?
- Er der noget, der særligt bekymrer dig omkring din behandling?
- Er der noget vigtigt – her i denne fase – du gerne vil tale om eller have hjælp til?
- Er der noget særligt, du håber vil ske?
- Har du tænkt på, hvordan det skal gå det næste stykke tid?
- Er der noget, der har særlig betydning for dig her i den sidste tid?
- Har du spørgsmål til din sygdom – eller er der noget, du frygter omkring din sygdom?

Kilde: Klar til samtalen om den sidste tid, Medicinsk Afdeling, Vejle Sygehus – en del af Sygehus Lillebælt

”Samtalen ikke kun et fagligt, men i høj grad også et menneskeligt skøn,” siger sygeplejerske og kvalitetskoordinator Helen Bruun.

”Hvad er vigtigt for dig?” står der med fed skrift på et rødt badge, som er hæftet på Jannie Christina Frølund’s hvide uniform. Det er et spørgsmål med plads til fortolkning, men det går godt i spænd med den åbne samtalekultur om døden og stillingtagen, som man har opdyrket på Medicinsk Afdeling på Sygehus Lillebælt i Vejle.

”I virkeligheden er det jo et spørgsmål, som vi alle bør stille os selv hele tiden, men det kan faktisk være rigtig svært for mange patienter at svare på – ikke mindst når de nærmer sig livets afslutning,” siger Jannie Christina Frølund.

Hun er klinisk sygeplejespecialist, og sammen med sygeplejerske og kvalitetskoordinator Helen Bruun har hun været primus motor på afdelingens deltagelse i ”Klar til samtalen – i god tid”. Et projekt ledet af Dansk Selskab for Patientsikkerhed, som blev gennemført fra efteråret 2017 til foråret 2019. Målet med projektet var at udarbejde et sæt anbefalinger til, hvordan sygehuse kan arbejde med at tilbyde, gennemføre og registrere samtaler med patienter om den sidste tid.

På afdelingen i Vejle har de dog allerede siden slutningen af 2014 arbejdet målrettet med at klæde sundhedspersonalet på til den svære snak om døden. Dengang blev man bedt om at undersøge årsagen til en stigning i antallet af hjertestopkald – en undersøgelse, der blev grebet systematisk an med en journalgennemgang af alle hjertestop i perioden.

”Vi fandt for det første ud af, at vores hjertestopkurve faktisk ikke var så slem, da det kom til stykket. Derudover fandt vi ud af, at vi havde to ben at gå på: Det ene var observation af patienterne, og det andet var at få taget stilling til genoplivning i tide,” siger Jannie Christina Frølund.

Det handler om mennesker

Siden er der blevet søsat en lang række tiltag på afdelingen, der alle har skullet sikre, at personalet har så gode forudsætninger som muligt for at kunne tale med patienterne om livets afslutning – og at deres ønsker så vidt muligt efterkommes.

”En ting er selve samtalen, men det handler også om at sørge for, at beslutninger når ud til alle, der skal vide det. Er det klart for alle – både sygeplejersker og læger – at der er blevet taget stilling?” siger Helen Bruun.

Derfor er fravalg af genoplivning nu blevet gjort synligt i afdelingen på elektroniske oversigtstavler, i journalen og på morgenkonferencen. Der bliver lavet audits på alle hjertestopkald, der bliver indsamlet data og ført statistik. Man har også gennemført en spørgeundersøgelse blandt personalet omkring samtalen om den sidste tid. På baggrund af undersøgelsen er der blevet udviklet et lommekort med gode råd og forslag, som personalet kan støtte sig til i selve samtalsituationen.

På trods af værktøjer, struktur og målrettet tilgang understreger Jannie Christina Frølund imidlertid, at man ikke ønsker at tvinge samtalen igennem.

”Til syvende og sidst drejer det her sig om mennesker. Derfor har det helt oppe fra ledelsesniveau handlet om at skabe en kultur, hvor personalet tør tage samtalen, og hvor de føler, at de kan tale om det med hinanden. Det tager tid, og det er ikke muligt, hvis der ikke er opbakning til det,” siger hun.

Helen Bruun er enig. Hun tilføjer, at dét at skabe gode rammer for samtalen om den sidste tid ikke kun handler om samarbejde og åbenhed, men også om respekt for patienterne.

”Døden skal ikke være det første, de bliver spurgt om, når vi har fået deres CPR-nummer. Når en patient kommer ind akut, så er de måske slet ikke klar over, at de er i den sidste fase af livet. Måske er de klar over det, men er ikke parat til at tale om det. Derfor er samtalen ikke kun et fagligt, men i høj grad også et menneskeligt skøn,” siger Helen Bruun.

Sygeplejerskerne vil have afklaring

Hverken Jannie Christina Frølund eller Helen Bruun er i tvivl om, at den fælles indsats har af født konkrete resultater. På Medicinsk Afdeling bliver der taget stilling til genoplivning hos flere patienter end nogensinde før – og som oftest sker det allerede i ”fredstid”, som de kalder det.

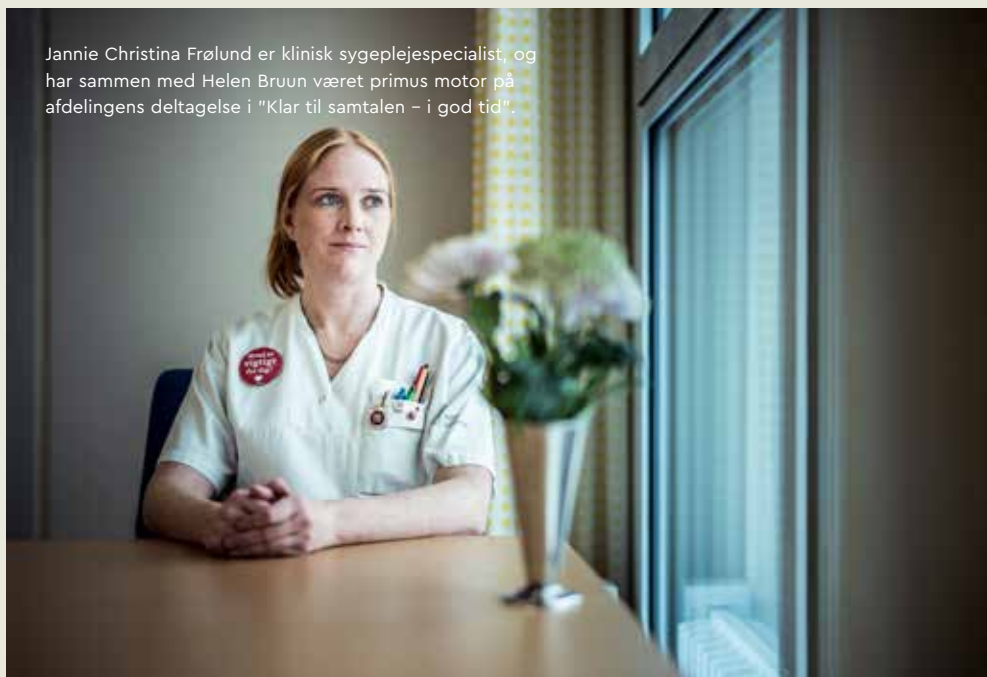
Ifølge dem begge er det især sygeplejerskerne på afdelingen, der gerne vil have afklaring omkring genoplivning.

”Det er jo sygeplejerskerne, der plejer patienten, og som lærer dem at kende, fordi de er inde hos dem hele tiden. Det er dem, der ser det først, når det går ned ad bakke, og det er også dem, som skal gå i gang med genoplivningen ved hjertestop. Derfor vil de ofte gerne tage samtalen tidligt i forløbet,” siger Helen Bruun.

Derfor opfordres sygeplejerskerne til at bruge deres faglige observationer og sætte ord på, når de føler, at en samtale om den sidste tid er relevant – og ikke blot efterlade ”en gul seddel til lægen”, som Jannie Christina Frølund udtrykker det.

”Måske har lægen en god grund til at udskyde samtalen. Måske har sygeplejersken observeret noget, som lægen ikke har set. Derfor er det netop så vigtigt, at vi bruger hinandens faglighed, så vi kan nå frem til en fælles forståelse,” siger Jannie Christina Frølund. ●

Jannie Christina Frølund er klinisk sygeplejespecialist, og har sammen med Helen Bruun været primus motor på afdelingens deltagelse i ”Klar til samtalen – i god tid”.



Den værdige

DØD

Nye vejledninger om fravalg af genoplivning og livsforlængende behandling skal være med til at sikre, at der på landets sygehuse og plejehjem bliver taget stilling til døden i god tid. Men ikke alle får ret til at fravælge genoplivning.

Tekst **HELLE LINDBERG**

Overbehandling af terminale patienter, uklare retningslinjer, ”nej tak” til genoplivning og svære samtaler om den sidste tid. På danske sygehuse og plejehjem konfronteres sygeplejersker dagligt med de etiske og juridiske udfordringer, der kan opstå, når en alvorligt syg patient eller borger nærmer sig livets afslutning – men fremover bliver det nemmere at manøvrere rundt om dødens snubletråde.

Den 1. november 2019 udsendte Styrelsen for Patientsikkerhed to nye vejledninger om fravalg af genoplivning og livsforlængende behandling. De nye vejledninger er blevet udarbejdet i samarbejde med Dansk Sygeplejeråd, Lægeforeningen, Danske Regioner, Kommunernes

Landsforening, Ældre Sagen, Danske Seniorer, Danske Patienter og FOA.

Som resultat er reglerne for fravalg af genoplivning og livsforlængende behandling nu blevet mere gennemskuelige, fortæller Anne-Marie Vangsted, direktør i Styrelsen for Patientsikkerhed.

”Det er et komplekst område, der fylder meget for sundheds- og plejepersonalet. Derfor er det også vigtigt, at der er klare rammer. Med de nye vejledninger har vi skabt større forudsætninger for, at reglerne kan omsættes til praksis i personalets hverdag,” siger hun.

Ingen roser uden torne

Hos Dansk Sygeplejeråd er man stolte af det gode samarbejde og positivt indstillet

over for de nye vejledninger. Det fortæller næstformand Anni Pilgaard.

”Det har været et meget givtigt samarbejde, og vi synes, vi har skabt nogle gode resultater. At der for eksempel nu er kommet klarhed over, at fravalg også gælder på tværs af sektorer, og at egen læge eller sygehuslægen altid skal orientere relevant sundhedspersonale direkte om fravalgsbeslutninger – dét er altså vigtigt,” siger hun.

Træerne vokser imidlertid ikke ind i himlen. I de nye vejledninger er det også blevet præciseret, at fravalg af genoplivning ikke kan ske alene pga. alderssvækkelse. Dette er ifølge Anni Pilgaard en forringelse af mulighederne for selvbestemmelse, da fravalg af genoplivning tidligere også har været gældende i forbindelse med almindelig alderssvækkelse.

”Der er ingen roser uden torne. Selvom vi generelt er glade for, at der er kommet mere struktur og klarhed over vejledningerne, så er der stadig et stykke vej, før vi er helt i mål. Alderssvækkelse bør være en gyldig grund til fravalg,” siger Anni Pilgaard.

Dansk Sygeplejeråd har i et hørings-svar gjort Styrelsen for Patientsikkerhed opmærksom på forringelsen. Sundheds- og ældreminister Magnus Heunicke (S) har meldt ud, at han vil sætte emnet på dagsordenen til næste møde i den etiske kreds, der afholdes i februar næste år. ●

Det går ud over arbejdsglæden, når sygeplejersker ikke føler, de har nok tid til at pleje døende patienter, eller når de tvinges til at genoplive døende patienter, fordi der ikke tages stilling i tide. Ifølge et amerikansk studie kan såkaldt nytteløs eller upassende behandling bidrage til klinisk udbrændthed blandt sundhedspersonalet.

Manglende tid fører til ringere trivsel

Tekst **HELLE LINDBERG** · Foto **BO AMSTRUP**/Ritzau Scanpix

Ⓓ Hjerneskader, nyreskader eller brækkede ribben er ikke de eneste negative konsekvenser, der kan følge i kølvandet på en forsøgt genoplivning. Det påvirker også sygeplejersken mentalt, når han eller hun bliver tvunget til at overbehandle døende patienter – og mange sygeplejersker føler, at der ofte ikke er tid nok til at tage sig ordentlig af dem.

Det viser en ikke tidligere offentliggjort undersøgelse fra Dansk Sygeplejeråd fra i år. Blandt 2.228 medlemmer svarede 41% af de sygeplejersker, der regelmæssigt plejer og giver omsorg til døende, at de oplever, ikke at have den nødvendige tid til pleje og omsorg af døende.

Et amerikansk studie peger desuden på, at ”futile or potentially inappropriate care” – nytteløs eller upassende behandling – kan føre til mistrivsel hos sundhedspersonalet.

I studiet deltog 349 sundhedsfaglige personer. Mange af dem forbandt overbehandling af patienter med vedvarende negative følelser. Flere svarede også, at nyttesløs behandling af en patient ofte fik dem til at undgå at interagere med patientens pårørende, at tale om det med kollegaer eller med egne familier.

Netop denne type opførsel kan ifølge studiet bidrage til såkaldt klinisk udbrændthed – en form for træthed og mental udmattelse, der kan opstå hos sygeplejersker og sundhedspersonale, når arbejdet ikke giver mening, eller opgaverne ikke kan løses på tilfredsstillende vis.

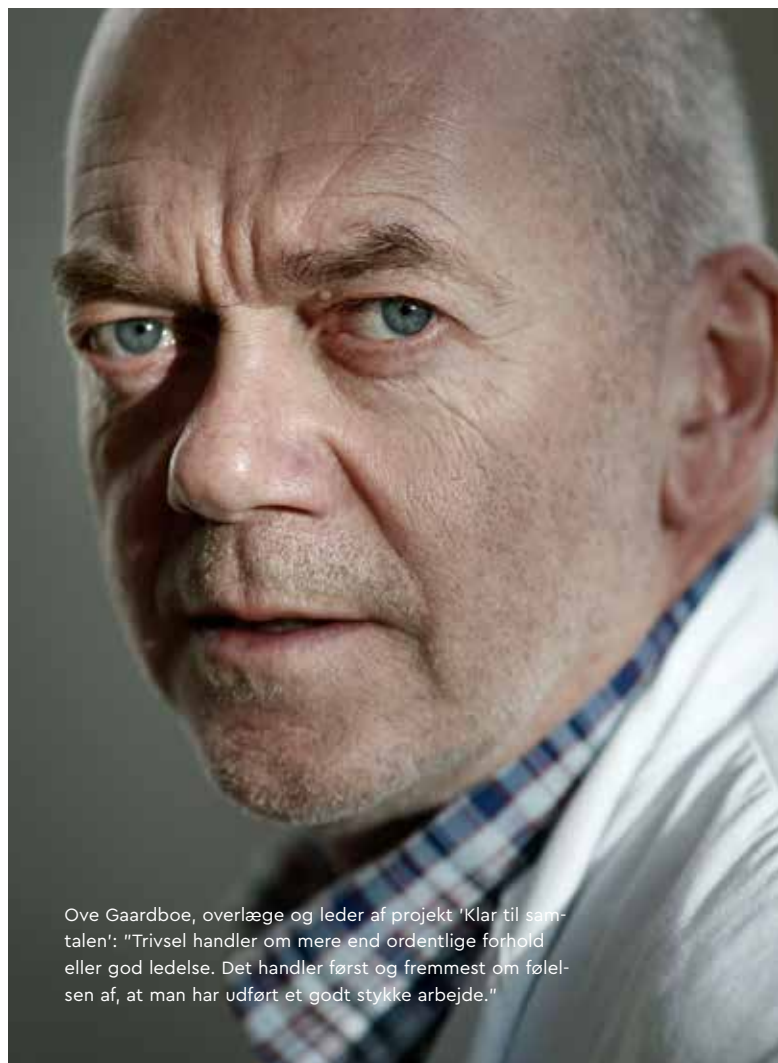
Vi husker de dårlige oplevelser

Det er ikke et ukendt fænomen herhjemme, at manglende tid og afklaring ved livets afslutning i sidste ende kan føre til ringere trivsel for personalet. Det fortæl-

ler Ove Gaardboe, overlæge og leder af ”Klar til samtalen” – et projekt, der har haft til formål at klæde sundhedspersonalet på sygehuse og plejehjem på til den svære samtale.

Mange af de problemer, som studiet beskriver, er nogle, han selv er stødt på i forbindelse med hans samtaler med blandt andet sygeplejersker.

”Trivsel handler om mere end ordentlige forhold eller god ledelse. Det handler først og fremmest om følelsen af, at man har udført et godt stykke arbejde. Hvis man står i en situation, hvor man er med til at yde en behandling, som man ikke synes skulle være indledt, så føles det ikke tilfredsstillende. Når man går hjem den dag, så husker man ikke på alle de gode ting, der også skete. Man husker kun de dårlige ting – og man husker på dem længe,” siger Ove Gaardboe. ●



Ove Gaardboe, overlæge og leder af projekt 'Klar til samtalen': "Trivsel handler om mere end ordentlige forhold eller god ledelse. Det handler først og fremmest om følelsen af, at man har udført et godt stykke arbejde."



Det bliver aldrig rutine

Når Sanne Andersen skal tale med patienter og deres pårørende om døden, er hun ikke bange for at sætte sig selv i spil. Ifølge hende er det vigtigt, at man til den svære samtale ikke kun er en sygeplejerske, men også et menneske.

Tekst **HELLE LINDBERG** · Foto **MICHAEL DROST HANSEN**

Her er travlt, men stille. På Medicinsk Afdeling på Sygehus Lillebælt i Vejle er der rigeligt med aktivitet, men det foregår i et dæmpet lydbillede. På stuerne er der ro. Da en lille gruppe af besøgende bevæger sig ned af den lange hovedgang, taler de kun lavmælt sammen. Mange af patienterne, der ligger her, er enten gamle, alvorligt syge eller begge dele, og det fornemmer man hurtigt, når man træder ind.

Sanne Andersen er sygeplejerske på afdelingen. Hun har været i faget i over 19 år, men selvom erfaringen har lært hende, hvordan man kan tale med patienter og deres pårørende om den sidste tid, så har den også lært hende, at der aldrig er to samtaler, der er ens.



"Jeg kan godt blive ked af det eller berørt, når jeg skal tage den svære samtale med en patient eller deres pårørende.

Ofte er det jo mennesker, som jeg på én eller anden måde har fået et forhold til – og når jeg forlader stuen, kan jeg også godt af og til knibe en tåre. Sådant bliver det nødt til at være, for jeg er jo ikke en følelsesløs robot, selvom jeg er på arbejde," siger Sanne Andersen.

"Jeg har det grundlæggende fint med at skulle tale om døden. Det er grænseoverskridende de første par gange, men med tiden er det kommet til at falde mig ret naturligt. Man kan måske sige, at jo flere gange man prøver det, jo nemmere bliver det – men det bliver aldrig rutine," siger hun.

Sanne Andersen fortæller, at hun er blevet sikker på sig selv, når snakken om livets afslutning skal tages. Derfor er hun heller ikke bleg for at gå ind i samtalen med en patient, der er oprevet eller ked af det, hvis hun kan gøre en forskel.

"Vi havde en KOL-patient, som blev vred på lægen, fordi han havde besluttet, at hun ikke skulle genoplives ved hjertestop. Hendes lunger var meget dårlige, men hun følte selv, at hun havde det godt. Jeg måtte tage en lang samtale med hende, hvor jeg fik hende til at forstå, at hun med al sandsynlighed ville ende i respirator, hvis hun blev genoplivet. Da hun først fik det forklaret, kunne hun bedre acceptere det," fortæller Sanne Andersen.

Afklaring er en lettelse

Sanne Andersen hører til gruppen af sygeplejersker, der gerne vil have, at der hurtigt bliver taget stilling til genoplivning, så snart det giver mening for patientens sygdomssituation.

"Jeg synes, det er rart at få afklaring i det, vi kalder fredstid, når patienten stadig har det forholdsvis godt. Så risikerer man ikke pludselig at skulle stå under en nattevagt og fortælle både den syge og familien, at nu gør vi altså ikke mere. Det kan være en meget voldsom oplevelse for dem – og det er heller ikke en særlig behagelig situation at stå i som sygeplejerske," siger Sanne Andersen.

Derfor er det ifølge hende en potentiel stressfaktor, der bliver taget af bordet, når der bliver taget stilling til livets afslutning i god tid.

"Det betyder helt sikkert noget for mig, at der kommer klarhed over det. Det er på en måde en lettelse, fordi jeg så ikke er i tvivl om, hvordan jeg skal handle i tilfælde af hjertestop. Det gør det jo også nemmere for mig at have med de pårørende at gøre, når de ikke svæver i uvished," siger hun.

Man skal være til stede

Når Sanne Andersen bliver bedt om at komme med et godt råd til de sygeplejersker, som har svært ved at tale med patienter om den sidste tid, er hun ret klar i spyttet: Man skal simpelthen øve sig.

"Det nytter ikke, at man forsøger at gemme sig for det. Som sygeplejerske skal man simpelthen kunne rumme dét at tale om døden. Man må bare prøve at være til stede i situationen, så godt man kan, og forsøge at rumme patientens

3 GODE RÅD TIL SAMTALEN OM DEN SIDSTE TID

Hav modet til at starte samtalen, når muligheden opstår – også selvom du faktisk ikke helt tør. At overvinde sin egen frygt er ofte sværere end selve samtalen.

Få en anden sygeplejerske til at gå med, hvis du føler dig usikker på, hvordan samtalen skal gribes an. Nogle gange kan det føles nemmere, hvis man er to.

Kig andre over skulderen.

Ved at lytte med, når en anden sygeplejerske eller en læge tager samtalen, kan du lære af deres erfaring.

følelser – og de pårørendes for den sags skyld, for det er ofte deres følelser, der fylder mest," siger Sanne Andersen.

Hun understreger, at netop fordi der er mange store følelser på spil, så er det også vigtigt, at man som sygeplejerske husker, at man er et menneske, som godt kan vise følelser, selvom man er på arbejde.

"Man skal turde at sætte sig selv i spil. Der sidder jo nogen foran dig, som er meget kede af det. Hvis du som sygeplejerske ikke bliver berørt af det, så skal du nok lave noget andet. Når jeg taler med dem om døden, så har jeg også nogle følelser. Jeg er ikke kun sygeplejerske, jeg er også et menneske. Ofte er det jo patienter, som har været her ad flere omgange. Man lærer dem at kende – og pludselig er det slut. Det bliver man nødt til at forholde sig til," siger Sanne Andersen. ●

Døden skal ikke skygge for

LIVET

Tekst **HELLE LINDBERG** · Foto **CATHRINE ERTMANN**

På plejehjemmet Solsidecentret i Nibe lever de livet, imens de giver naturligt plads til døden. Her starter man samtalen om den sidste tid allerede, når den ældre borger flytter ind – men altid på beboerens præmisser.



◉ Selv om plejecentret hedder Solsiden, taler man her gerne om livets skyggeside. Med empati og plii.

”Jeg havde samtale med et ældre ægtepar, da konen var flyttet ind hos os. Jeg kunne mærke under samtalen, at det fyldte rigtig meget hos dem begge, at de skulle til at bo hver for sig efter så mange års samliv,” siger Pernille Vestergaard.

Hun er sygeplejerske og assisterende leder på plejehjemmet Solsidecentret i Nibe. Her bringer hun døden op, når hun taler med nye beboere ved indflytning, hvis det er passende. Nogle gange hænder det dog, at hun ikke kan få sig selv at bringe emnet på bane.

”Jeg kan huske, at manden under samtalen sagde til konen: Nu skal jeg til at besøge dig, når jeg vil se dig. Det er da helt tosset – vi er jo gift! Lige dér kunne jeg mærke, at jeg ikke kunne få mig selv til at bringe døden op, for det var de ikke klar til endnu. De skulle først vænne sig til tanken om at være skilt ad i livet,” siger Pernille Vestergaard.

På Solsidecentret sætter de ellers gerne ord på døden. Her har en stor del af hjemmets 83 beboere besluttet i god tid, om de ønsker genoplivning ved hjertestop eller livsforlængende behandling.

”Vi spørger for eksempel i invitationsbrevet til beboerne og deres pårørende, om de har fået lavet et livs- eller behandlingstestamente, eller om de måske har nogle særlige ønsker, når den tid kommer,” siger Pernille Vestergaard.

Hun lægger vægt på, at samtalen foregår på beboernes præmisser – og at et nej tak til at tale om døden altid bliver respekteret. Hun fortæller også, at de fleste beboere allerede på forhånd har gjort sig nogle tanker om, hvad der skal ske, når livet er ved at rinde ud.

”De ældre ved godt, at de er i livets sidste fase. De kan mærke, at de er blevet gamle og mere skrøbelige. Jeg oplever, at det ikke ligger dem fjernt at tale om,” siger Pernille Vestergaard.

Klædt på til at gribe bolden

Det er ikke kun ved indflytningssamtalen, at de taler om døden på Solsidecentret. Tværtimod arbejder de på plejehjemmet aktivt med at tage den svære samtale løbende.

I samarbejde med plejehjemslægen tilbyder de for eksempel beboerne en lægesamtale 1-2 måneder efter indflytning, hvor spørgsmål om genoplivning og behandlingsniveau er på dagsordenen. Hvert år afholder man medicinalgennemgange, hvor emnet også bliver bragt op. Hvis beboeren ønsker det, kan der være pårørende med til samtalen.

Senest har de på plejehjemmet også udfærdiget en pixibog, som personalet kan støtte sig til både før, under og efter den sidste tid i en beboers liv. Bogen indeholder blandt andet gode råd til samtalen om livets afslutning, information om de kropslige og mentale forandringer, som døden kan medføre, praktiske instrukser og lignende.

I det hele taget opfordrer man personalet på Solsidecentret til at tale åbent om døden med hinanden – og til at gribe bolden, når en beboer virker tynget eller giver udtryk for, at de har brug for en snak om emnet.

”Nogle gange kan du fornemme på en beboer, at der er nogle tanker, der fylder, eller også kan det være en henkastet bemærkning, der lige falder i forbifarten. Derfor er det vigtigt, at alle medarbejderne føler sig klædt på til at tage samtalen, når den opstår, for det er vores erfaring, at det giver både beboerne og personalet ro at tale om livets afslutning,” siger Pernille Vestergaard.

Den gode samtale kræver respekt for livet

Når ældre borgere flytter på plejehjem, lever de i gennemsnit 2 år og 8 måneder i deres plejebolig. For langt de fleste er hjemmet det sidste stop i livet, hvor afslutningen ikke ligger så langt ude i fremtiden. Ifølge Dødsårsagsregisteret lå andelen af danskere, der døde på plejehjem i 2017, på 22 procent.

På Solsidecentret virker det dog ikke umiddelbart til, at tanker om døden fylder så meget. En halvstor gruppe beboere er samlet rundt om et kaffebord i én af fællesstuerne. Ud fra deres snak og interne drillerier kan man fornemme, at humøret er højt.

En anden beboer bliver kørt tilbage til sin stue. Hun er dårligt gående og sidder i kørestol, men det har ikke forhindret hende i at spise brunch med veninder denne formiddag.

”Vi er sidste stop, men det betyder ikke, at de ældre kun kommer her for at dø. Solsidecentret er i høj grad et sted, hvor vi lever livet med aktiviteter, hygge og samvær,” siger Pernille Vestergaard.

Hun fortæller, at man med de forskellige tiltag på plejehjemmet har givet naturligt plads til at tale om døden og stillingtagen – når det giver mening. Hun understreger dog, at den gode samtale også kræver respekt for beboeren og det liv, der endnu ikke er forbi.

”Døden er en naturlig del af tilværelsen på et plejehjem, men den skal ikke skygge for livet,” siger hun. ◉

83-årige Else Kokholm er én af de beboere, der gerne har villet tale om den sidste tid. Pernille Vestergaard fortæller, at der er meget at vinde ved at tage snakken. ”Det er med til at sikre, at de får en værdig afslutning. De skal ikke dø i en ambulance eller akutmodtagelse. De skal tage afsked med livet her hos os, omgivet af deres pårørende og et personale, der kender dem og holder af dem.”



"Jeg har selv taget stilling til, hvordan jeg gerne vil herfra, og det gør det nemmere at snakke med andre," fortæller Maria Vinter Midford.

DEMENTE er særligt sårbare

Personalet på Bakkegården plejecenter arbejder tæt sammen med pårørende for at give beboere med demenssygdom en værdig afslutning på livet.

Tekst **MARIA LOUISE KRÆMER** · Foto **BAX LINDHARDT**

På Bakkegården i Gladsaxe bor 107 beboere med svær demenssygdom. Her er sansehaver, husdyr og en ugentlig rockklub, og selvom hyggekedroene emmer af hjemlighed, så er det ikke til at komme udenom, at Bakkegården er beboernes sidste hjem. Det stiller krav til plejepersonalets viden om beboernes ønsker for den sidste tid.

"Det kan være særligt svært med vores borgere at få indhentet viden om, hvad deres ønsker er. Vi skal respektere borgernes ytringer, og selv om de ikke kan træffe kvalificerede valg længere, så må vi gøre, hvad vi kan, for at borgerne føler sig hørt," forklarer udviklingssygeplejerske Anne Bakmand, som har været med til at implementere planlagte samtaler med beboere, pårørende, personale og embedslæge om beboerens ønsker for den sidste tid.

"Tidligere, da vi ikke havde fastsat tidspunktet for samtalen, blev det taget ud fra et skøn, og det var som om, at man ikke fandt det rigtige tidspunkt at tage snakken på," fortæller hun. De manglende samtaler medførte tidligere nogle uheldige forløb, hvor borgerne endte på hospitalet, fordi deres ønsker ikke var dokumenteret.

"Særligt for vores meget demente beboere er det meget belastende at komme på hospitalet. Selvom de kommer hjem igen, så er indlæggelserne nærmest et overgreb, fordi de slet ikke kan orientere sig. Derfor har det været vigtigt for os at nedbringe indlæggelser og sørge for, at borgerne kan blive i eget hjem, hvor velkendte lyde og dufte kan bringe ro i et palliativt forløb," fortæller Anne Bakman.

Udviklet med pårørende

På Bakkegården arbejder de kontinuerligt med at skabe gode rammer for palliation til deres beboere, men i forbindelse med deltagelse i projekt "Klar til samtalen" er de begyndt at planlægge samtalerne for at sikre, at borgernes ønsker bliver dokumenteret. Allerede ved indflytning på Bakkegården gør personalet nu opmærksom på, at de gerne vil have en samtale om borgerens ønsker. Ofte er beboeren så påvirket af sin demenssygdom, at det er de pårørende, som må tale



Besøg Bakkegården på podcast

Lyt med på Sygeplejerskens nye podcast fra besøget på Bakkegården. Her fortæller Marie Vinter Midkjord om de konkrete oplevelser og erfaringer med beboerne og deres sidste tid. Find 'Den svære samtale', hvor du henter dine podcasts eller på dsr.dk/podcast



De fleste af os dør på hospitalet...

- I 2017 var der 52.939 dødsfald i Danmark
- 44 procent døde, mens de var indlagt på sygehus
- 25 procent døde i eget hjem
- 22 procent døde på plejehjem

Kilde: Dødsårsagsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen

...men vi vil helst dø hjemme

- I 2013 blev et udsnit af danskerne spurgt om, hvor de ønsker at dø.
- 55 procent af de adspurgte ønsker at dø i eget hjem
 - 27 procent ønsker at dø på hospice
 - 5 procent på et hospital
 - 1 procent ønsker at dø på et plejehjem

Kilde: Videncenter for Rehabilitering og Palliation



for beboeren. Derfor blev tidspunktet for samtalen fastlagt i samarbejde med de pårørende. Som en del af projekt "Klar til samtalen" interviewede sygeplejerske og daglig leder af huset Søglint og Udsigten på Bakkegården, Maria Vinter Midkjord, de pårørende om, hvornår plejepersonalet bedst kan tale med dem.

"Det er for følsomt for de pårørende at skulle tale om døden oveni, at deres kære skal flytte ind, særligt for ægtefællerne. Derfor var der bred enighed blandt pårørende om, at efter tre måneder er der mere ro til at tage samtalen," fortæller Maria Vinter Midkjord. Derfor afholdes de planlagte samtaler nu ca. tre måneder efter indflytning.

Direkte sprog for døden

Selvom de borgere, som er meget påvirkede af deres demenssygdom, ikke kan formulere deres ønsker klart, så opstår situationer i hverdagen, hvor de alligevel giver udtryk for deres ønsker.

"Vi har oplevet, at borgerne kan indlede samtaler om døden, og så er det om at gribe muligheden. Vi havde en beboer, som gav udtryk for, at det var meget vigtigt for hende, at hun ikke var påklædt, når hun engang skulle i kisten, men den viden får man kun, hvis man tager snakken med beboeren, når muligheden opstår," forklarer Maria Vinter Midkjord.

Den åbenhed kræver også at personalet har forholdt sig til deres egen død.

"Jeg har selv taget stilling til, hvordan jeg gerne vil herfra, og det gør det nemmere at snakke med andre. Det bliver mere naturligt, end hvis man tænker, døden, det kommer aldrig til at ske for mig, for det gør det jo," fortæller Maria Vinter Midkjord. Derfor sørger de for at evaluere de enkelte palliative forløb, så personalet på den måde får mulighed for at belyse deres egne handlinger og reaktioner i forløbene.

Fokus på samtalerne har også medført en anden tilgang til dødsfaldene, mener Anne Bakman.

"Tidligere var vi måske lidt tilbageholdende med at fortælle de øvrige beboere, hvis en af de andre var gået bort, men der må godt blive sat et lille lys ved døren, og vi taler med de pårørende om, hvordan de vil markere det," fortæller hun. ●

VI VIL GERNE TALE OM DØDEN

– men få tager stilling

Tekst **HELLE LINDBERG**

Selvom livets afslutning kan være et tungt samtaleemne, så tyder noget på, at mange af os faktisk gerne vil tage snakken. En spørgeundersøgelse offentliggjort af Ældre Sagen i 2019 afslører nemlig, at over halvdelen af voksne danskere mener, at vi taler for lidt om døden – og at 61 procent af de adspurgte mener, at døden er et vigtigt emne.

Spørgeundersøgelsen, der er blevet udgivet i rapporten "Lad os tale mere om døden", blev besvaret af 1038 personer over 18 år. Af dem svarede godt 42,5 procent, at de taler med andre om døden "en gang imellem" eller oftere.

Når vi taler om livets afslutning, taler vi som regel med vores allernærmeste. 71 procent svarede i undersøgelsen, at de har talt om døden med deres ægtefælle, samlever eller partner, og 43 procent svarede, at de har talt om døden med et eller flere af deres børn. Det er især konkrete ting, der er på dagsordenen i forbindelse med den svære samtale – for eksempel begravelse eller arv.

Oftentimes bliver snakken dog ved det rent praktiske. Det er nemlig kun cirka hver tredje voksne dansker, der har talt med andre om deres overvejelser i forbindelse med genoplivning eller livsforlængende behandling – og blot 15 procent har talt med andre om deres ønsker for den sidste levetid. ●

Hvornår skal du genoplive

Med de nye vejledninger er det blevet mere overskueligt, hvordan man som sygeplejerske skal håndtere patienter og borgeres måske mest betydningsfulde valg – og fravalg.

Tekst **HELLE LINDBERG**

Retten til selvbestemmelse er kernen i det danske sundhedsvæsen, men hidtil har det ikke altid stået lysende klart, hvordan patienters beslutninger om tilvalg og fravalg af livsforlængende behandling og genoplivning har skullet håndteres i praksis. Med de nye vejledninger om fravalg af genoplivning og livsforlængende behandling, som Styrelsen for Patientsikkerhed har sendt ud den 1. november 2019, er reglerne imidlertid blevet tydeligere, og der er sket forbedringer.

I de opdaterede vejledninger er det blandt andet blevet slået fast, at fravalg af genoplivning eller livsforlængende behandling er gældende på tværs af sektorer. Det kan for eksempel have stor betydning i situationer, hvor en plejehjemsbeboer bliver udskrevet fra hospitalet. Tidligere var det for eksempel ofte uklart for plejepersonalet, om lægelige fravalg var gældende efter udskrivelse.

Lægen skal orientere om fravalg

De nye vejledninger præciserer også, at den behandlingsansvarlige læge har pligt til at orientere sygeplejersker og øvrigt plejepersonale om fravalgsbeslutninger. Det betyder i praksis, at sygeplejersker nu ikke længere skal risikere at stå i en situation, hvor det

Hvornår skal du ikke forsøge at genoplive?

Som hovedregel skal du altid tilkalde hjælp og forsøge genoplivning, hvis du finder en livløs borger eller patient. Der er dog fem undtagelser:

1. Når døden var forventet af lægen, eller det er åbenlyst, at døden er indtrådt
2. Når en læge i situationen beslutter, at der ikke skal genoplives
3. Når en læge på forhånd har fravalgt genoplivning
4. Når en patient eller borger har fravalgt genoplivningsforsøg
5. Når der er fravalgt genoplivning i et livs- eller behandlingstestamente

Du kan læse mere om de fem undtagelser – og hvornår de er gældende – på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside www.stps.dk.


Kilde: Styrelsen for Patientsikkerhed

er uklart, om patienten eller lægen har fravalgt genoplivning, og om fravalget i så fald stadig er gældende.

Endelig er det blevet klart formuleret, at den behandlingsansvarlige læge skal tage stilling til fravalg af genoplivning, når en borger eller patient erklæres for terminal. Lægens beslutning skal fremgå tydeligt af journalen og være noteret på et lettilgængeligt sted. Dette skaber større klarhed for de sundhedsprofessionelle, der har terminale patienter i pleje. Tidligere har det været uklart, hvornår man skulle iværksætte genoplivning, hvis en døende patient fik hjertestop. ●

MERE INFORMATION

Projektgruppen Fremfærd Ældre afholder ti møder fordelt rundt i landet i 2020. På møderne vil der dels være information og anbefalinger, herunder viden om jura/nye vejledninger samt forskellige samarbejdsmodeller. Møderne vil være målrettet sundhedsfaglige medarbejdere i kommunerne, herunder sygeplejersker og ledere.



En sygeplejerske i tæt kontakt med sin meget syge patient i 1970'erne.

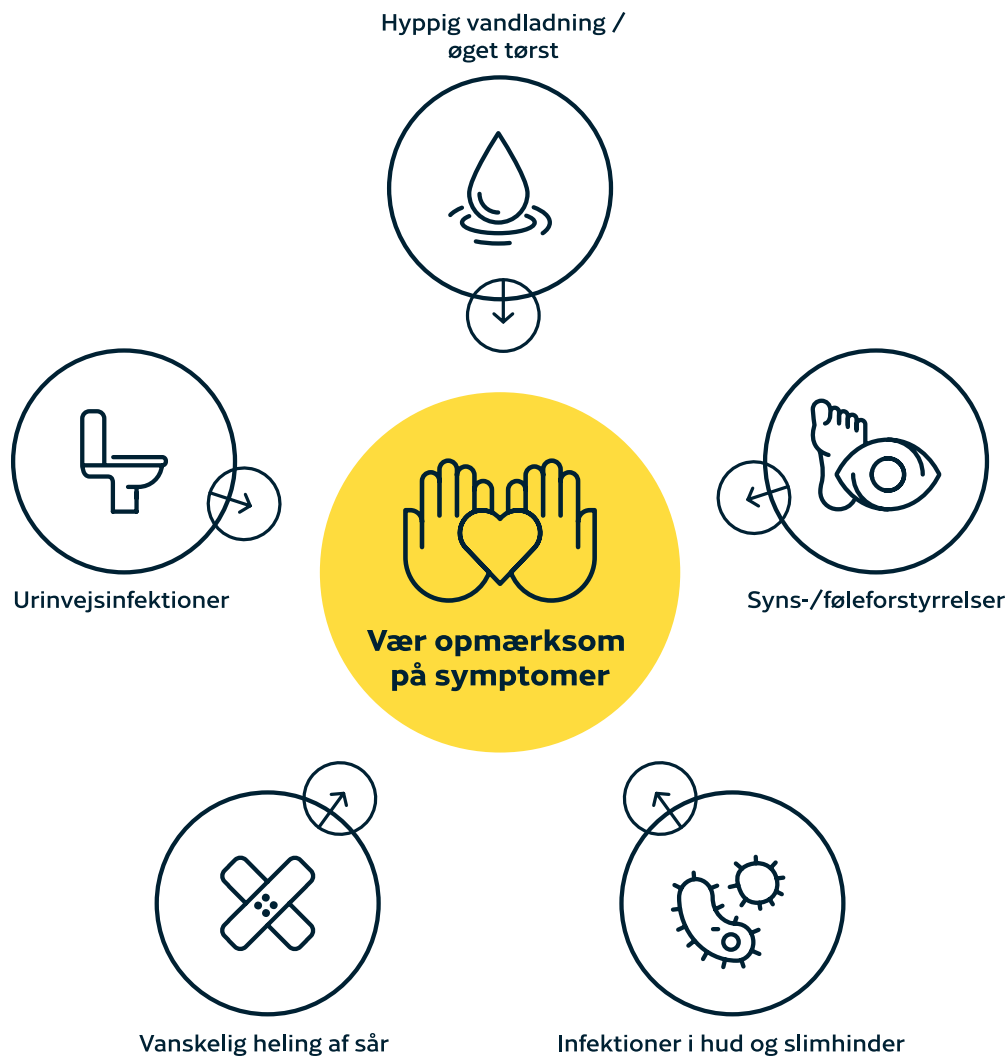
• Dengang •

”MAN MÅ ALDRIG FORTÆLLE SANDHEDEN”

Før i tiden var det ikke almindeligt at fortælle patienten, at han havde kræft eller en anden dødelig sygdom. Man mente ikke, at patienter kunne tåle at få sandheden at vide, og man måtte ikke tage håbet fra dem. I stedet brugte man omskrivninger som kroniske betændelsestilstande, godartede knuder og lignende. Det kunne føre til ganske akavede relationer, når den syge ikke kendte sin diagnose, mens familien ofte blev underrettet om prognosen. I 1973 blev der endelig taget hul på tabuet med Elisabeth Kübler-Ross' bog ”Døden og den døende”, og ganske langsomt ændredes holdningen til at sige sandheden. Først nu skulle sygeplejersker og læger til at lære kunsten med den vanskelige samtale, og først nu begyndte det at blive en del af sygeplejerskeuddannelsen.

(gs)

Vær med til at spotte type 2-diabetes



Ved du, hvad du skal gøre, hvis du ser symptomer på type 2-diabetes hos en borger?

I dag går ca. 60.000 danskere rundt med diabetes uden at vide det. Ved at være opmærksom på symptomer på type 2-diabetes kan du sikre, at sygdommen opdages så tidligt som muligt, og at flere borgere får rettidig behandling og mulighed for at leve et godt liv med sygdommen.

Til dig som leder: Tal med dine medarbejdere om, hvad I gør og hvem, der gør hvad, når I får mistanke om, at en borger har type 2-diabetes. Læs mere på sst.dk/godtspottet

Nausheen Christoffersen blev mundlam, da hun – under sin praktik – blev vidne til, at en terminal patient fik seponeret to kalktabletter af økonomiske årsager.



Hun måtte ikke få ”dyre bolsjer”

Af NAUSHEEN CHRISTOFFERSEN, ADJUNKT, CAND.CUR.
Foto CLAUS BECH

Jeg var i min første praktik og skulle for første gang sådan rigtig prøve at agere som sygeplejerske. En oplevelse, jeg især husker, er en dagvagt, hvor jeg sammen med min vejleder skulle passe en ældre, terminal dame. Jeg kom hen til hende med morgenmedicin, som min vejleder havde doseret. Den ældre dame var i gang med at spise morgenmad. Hun kiggede på mig og smilte, hvorefter hun tog imod pilleglasset, kiggede ned på pillerne og sagde ”der mangler to piller”. Det var første gang, jeg var inde hos hende og vidste derfor ikke, hvor mange piller hun normalt fik. Jeg sagde, at jeg lige ville undersøge det. Jeg gik hen til min vejleder, der kiggede på skærmen og fortalte, at lægen havde seponeret hendes kalkpiller. Da jeg kiggede undrende på hende foreslog hun, at jeg spurgte lægen om grunden til denne ændring.

Lægen sad inde i konferencestuen, og jeg turde næsten ikke spørge ham, idet jeg jo ”kun” var en studerende. Jeg valgte dog alligevel at gå hen til ham med min undren. Jeg fortalte lægen, at den ældre dame havde bemærket, at der manglede to piller i hendes morgenmedicin, og at min vejleder havde oplyst, at pillerne var seponeret. Han kiggede på mig og gav mig et stort indforstået smil og sagde ”ja, nu skal du høre unge dame. Det er jo nogle dyre bolsjer, ikke?” Han nikkede til mig, hvorefter han vendte sig om for at arbejde videre ved sin pc.

Jeg blev helt mundlam og vidste hverken, hvad jeg skulle sige eller gøre. Jeg gik ud af konferencestuen med en grim og yderst ubehagelig erkendelse. Ja, jeg forstod. Hun var terminal, men var jo vant til at få et vist antal piller og kunne jo derfor tydeligt se, at der manglede to store piller. Jeg fik helt ondt i maven. Den ældre dame skulle snart dø. Skulle jeg virkelig gå tilbage og fortælle hende, at lægen havde fjernet hendes kalkpiller, fordi det var ”dyre bolsjer”, da hun snart skulle dø, og derfor ikke skulle have andet end smertestillende medicin? Nej, det

kunne jeg altså ikke. Og hvor dyre kan kalkpiller egentlig være? Det ville da også være bedre, hvis lægen selv havde informeret hende om denne ændring. Jeg kunne mærke, at jeg blev vred. Det gjorde man ikke, i hvert fald ikke på denne måde! Gad vide om hun overhovedet var klar over, at hun var terminal, og om der var nogen, der havde taget ”den svære samtale” med hende?

Jeg gik ud til min vejleder, der var ved at dosere medicin til de andre patienter, og sagde, at jeg synes, vi skulle lade patienten få sine kalkpiller, som hun var vant til, fordi lægen ikke havde inddraget hende i denne ændring, og fordi det var noget, der var vigtigt for hende. Min vejleder hældte to kalkpiller op til mig, som jeg herefter gav til den ældre dame.

Jeg ved ikke, hvad der skete efterfølgende, men jeg har tænkt på hende siden. ●

Husker du mødet med den patient, som lærte dig noget essentielt om at være sygeplejerske? Var det din første patient? Var det patienten, som døde på din vagt, der står mejslet i din hukommelse? Var det det alvorligt syge barn, som blev helbredt trods svære odds? Eller ...?

Skriv til: redaktionen@dsr.dk

Længde: maks. 3.000 anslag.

Emne: ”Patienten, jeg aldrig glemmer”.



Nyt greb skåner patienter

Mere nænsomt og trygt. Større mulighed for kommunikation til patient og kollega. Mindre risiko for dødsfald. Region Hovedstadens Psykiatri er den første region i Danmark til at indføre nyt fastholdelsesgreb.

Tekst **NANA TOFT**
Foto **NIKOLAI LINARES**

☽ “Pres, pres, pres. Følg med hende, hvis hun bevæger sig.”
“Jeg kan altså ikke holde den her hånd.”
“Møv dig tættere på hende, Sofie. Ind med din hoft.”

Tretten sygeplejersker fra Bispebjerg Hospitals Psykiatriske Afdeling ligger i bogstaveligste forstand og kæmper på en rød måtte.

Omkring dem står specialinstruktør og sygeplejerske Lone Osbæck samt to vedligeholdelsesinstruktører og kommer med instrukser: Brug jeres vægt. Aldrig give slip. Overkroppen ind over benene.

Mere nænsomt, større kommunikation

Tumulsten på gulvet skyldes, at Region Hovedstaden, som den første region i Danmark, har besluttet at undervise og

træne alt personale på samtlige sengeafsnit i psykiatrien i det nye fastholdelsesgreb “nedtagning til sideleje”, der stammer fra Norge.

To norske instruktører har været i Danmark for at undervise 25 medarbejdere, der er blevet regionens specialinstruktører. Inden årsskiftet er det ambitionen, at samtlige medarbejdere på de 93 sengeafsnit er blevet introduceret til det nye greb, der erstatter det fastholdelsesgreb, hvor patienten typisk ligger fladt på maven og indimellem også på ryggen.

Det nye greb er et slags aflåst sideleje, hvor patienten ligger og ”krammer” sig selv, og hvor tre, modsat tidligere, hvor der kun var to, personaler ligger eller sidder tæt på den enkelte patient: En hen over benene og de to andre



ved fastholdelser

ved patientens overkrop, men dog med ansigtet mod patienten og ikke mindst hinanden.

Ifølge vicedirektør i Region Hovedstadens Psykiatri, Anne Hertz, passer initiativet godt ind i ambitionen om at halvere antallet af bæltefikseringer og minimere brugen af tvang generelt. Her er den nye metode både mere nænsom, og den giver bedre mulighed for at kommunikere og få øjenkontakt til personalet og mellem medarbejdere.

“Vi har et håb om, at den nye metode kan deeskalere situationer og forebygge yderligere tvang, for eksempel bæltefikseringer,” lyder det fra Anne Hertz.

Lige ved at miste patient

Fastholdelsen bliver evalueret på måtten:

”Egentlig en ret behagelig position”
 “Jeg kan slet ikke bevæge mig, selvom jeg seriøst vrider mig. Men det er egentlig en ret behagelig position det her,” lyder det fra en af kursisterne, der ligger i krammeposition på gulvet i rollen som patient.

“Ja, det fungerer ret godt, når vi pakker patienten helt ind,” er kommentaren fra hende, der sidder på højre side med armen over sin ”patient”.

Vi er halvanden time inde i undervisningen, og i teams af fire har kursisterne været alle roller igennem; fra patient til ben samt højre og venstre side af kroppen. Flere har ytret, at især benene er svære at holde i ro. Især hvis man forstiller sig stærkt urolige patienter. Andre er i tvivl om, hvorvidt grebet er lige så effektivt som det tidligere; om det holder patienten lige så godt fast.



“Det er teknik, det her. Ikke et spørgsmål om muller,” lyder det fra specialinstruktør Lone Osbeck, der ligger fastholdt i sideleje af tre af sine kolleger.

Alle er dog samstemmende enige om, at muligheden for at kommunikere med både patient og kollega er et klart plus. Dét og så ikke mindst de frie luftveje.

Lige ved at miste patient

Især den sidste pointe har stor betydning, hvis du spørger specialinstruktør Lone Osbeck, der for seks måneder siden var lige ved at miste en af sine patienter.

“Min numse ligger i hans armhule, mit ben er bukket op langs hans underarm, og jeg holder fast i patientens håndled med begge mine hænder. Ryggen er mod både min kollega, Peter, og patient, og det eneste jeg kan mærke er en spænding i de hænder, jeg holder, og dele af hans arm,” fortæller Lone Osbeck.

Det er en patient, der er stærkt psykotisk, så efter 70 minutter har Lone, Peter og et par andre kolleger, der er kommet til, ham stadig fastholdt i den klassiske mavestilling. Pludselig kan Lone ikke mærke den spænding i hånden, der har været indtil da.

“Peter, hvad sker der?” råber Lone, der får vendt sig rundt og opdager, at manden har respirationsstop.

SÅ MANGE TRÆNES OG UNDERVISES

- 24 specialinstruktører har trænet ca. 100 vedligeholdelsesinstruktører i den nye metode.
- De 100 vedligeholdelsesinstruktører er nu i gang med at undervise alle de kolleger, der indgår i alarmsituationer.
- Det er typisk sygeplejersker, SOSU-assistenten, plejere og en del fysioterapeuter og ergoterapeuter, der alle arbejder på et af Region Hovedstadens Psykiatris 93 sengeafsnit.
- Vikarer på sengeafsnit får desuden også oplæring i den nye metode.



Ved det nye fastholdelsesgreb bringer personalet patienterne ud af balance og vipper dem sidelæns ned på gulvet.

“Det er egentlig først nu, hvor jeg er blevet introduceret for det nye greb, at jeg har opdaget, hvor sårbare de utallige fastholdelser, jeg har været med til i årenes løb, har været,” fortæller Lone Osbæk.

Lone og hendes kollega får liv i patienten igen, og han overlever.

“Men jeg er rystet over, at jeg først opdager, hvor galt det står til, da jeg mister spændingen i hånden,” fortæller Lone Osbæk.

Mindre pres på patienten

Jacob Hvidhjelm, postdoc og ph.d. i Enheden for Klinisk Psykiatrisk Sundheds- og Sygeplejeforskning på Psykiatrisk Center Sct. Hans, er også begejstret for det nye greb. Han påpeger, at der i forskningslitteraturen er adskillige eksempler på formodentlige dødsfald på patienter, der har været fastholdt på enten mave eller ryg. Det nye greb

er derfor et spørgsmål om at minimere risikoen for, at patienter dør. Men det er samtidigt en position, der er mindre konfliktoptrappende.

“Erfaringer fra Norge viser, at sideleje lægger mindre pres på patienten, hvilket gør, at de ikke i samme grad ønsker at kæmpe imod. Det er derfor håbet, at vi holder antallet af fikseringer på et minimum,” fortæller Jacob Hvidhjelm.

Han peger på en undersøgelse blandt tidligere, psykiatriske patienter i Norge, der viser, at sidelejet bliver opfattet som mindre krænkende, mindre smertefuldt, men mere tryk.

“Man skulle tro, at positionen kunne være intimiderende, fordi personalet sidder så tæt på dem, som de gør. Men det har faktisk den modsatte, mere afstressende, effekt,” fortæller Jacob Hvidhjelm. ●

NEDTAGNING TIL SIDELEJE - EN KARAKTERISTIK

- Friere luftveje
- Bedre kommunikationsmuligheder og øjenkontakt til både patient og kollega
- Tre personer fastholder: To på hver sin side af kroppen, en over benene
- Mere behageligt at blive lagt ned (patienten tippes sidelæns og får ikke gulvet "lige imod sig", red.)
- Region Hovedstadens Psykiatri har ladet sig inspirere til metoden fra psykiatrien i Bergen i Norge. Her er metoden en del af et samlet koncept, der kaldes TERMA (TERapeutisk Møde med Aggression).

Kilde: Region Hovedstadens Psykiatri, specialinstruktør og sygeplejerske Lone Osbæk samt undervisningsansvarlig Nethe Plenge

Når ikke målet om halvering af bæltefikseringer

Vi skal ikke slå os selv i hovedet, fordi vi sætter ambitiøse mål, vi ikke når, lyder det fra formand for psykiatri- og socialudvalget i Danske Regioner, Sophie Hæstorp Andersen.

Tekst **NANA TOFT**

Regionerne når ikke målet om en halvering af antallet af bæltefikseringer og en generel minimering af tvang inden 2020. Samtidig er der store forskelle regionerne imellem.

Det viser den nyeste rapport fra Sundhedsstyrelsen om tvang i psykiatrien.

Formand for psykiatri- og socialudvalget i Danske Regioner, Sophie Hæstorp Andersen, holder dog fast i, at udviklingen går i den rigtige retning.

“Vi når ikke det, vi satte os for, men der er en klar, positiv udvikling,” poin-

terer Sophie Hæstorp Andersen, der især fremhæver, at der i samtlige regioner er sket et markant fald i antallet af patienter, der bliver bæltefikseret.

Stop med at slå hinanden i hovedet

På nuværende tidspunkt ser det dog ud til, at det kun er Region Hovedstaden, der når målet om en halvering af bæltefikseringer og en generel nedbringelse af tvang. Region Syddanmark er tæt på, men havde i 2018 en stigning i næsten alle former for tvang.

Alligevel mener Sophie Hæstorp Andersen, at der bliver fokuseret for meget på de regionale forskelle.

“Der er plads til forbedring. Men kigger du på bosteder internt i de enkelte kommuner, er forskellighederne endnu mere udtalte. Vi skal ikke stirre os blind på forskelligheder, selv om vi bevæger os i forskellige tempi,” lyder det fra Sophie Hæstorp Andersen.

Hun mener samtidig ikke, at de fastlagte mål har været for ambitiøse.

“Man skal ikke være bange for at sætte sig ambitiøse mål for at iværksætte en ny retning. Vi skal dog holde op med at slå hinanden i hovedet, hvis vi ikke når dem hundrede procent,” lyder det fra Sophie Hæstorp Andersen.

Nødvendigt med flere ressourcer

For at komme tættere på målet kræver det dog ekstra ressourcer. Flere medarbejdere og tid til den enkelte patient mindsker tvang og reducerer antallet af genindlæggelser, pointerer Sophie Hæstorp.

“Vi ved fra de satspuljeprojekter, vi har haft i regionerne med f.eks. tvangsfrie

BEKYMRENDE

“Det er bekymrende, at man ikke er kommet længere på det her område, når vi allerede ved hvad der virker.” Det siger Dorthe Boe Danbjørg, der næstformand i Dansk Sygeplejeråd, og uddyber:

“Der er flere gode eksempler på steder, hvor man med den rette sammensætning af kompetencer hos personalet og tid sammen med patienterne har formået at nedbringe brugen af tvang. Vi ved for eksempel, at det gør en forskel når sygeplejerskerne har en specialuddannelse i psykiatrisk sygepleje, men der er et stort behov for at få uddannet flere. Derfor håber jeg at uddannelse bliver prioriteret i den kommende 10 års plan for psykiatri.

MÅL: MINDRE TVANG I PSYKIATRIEN

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse indgik i 2014 en aftale med regionerne om at halvere brugen af tvang i psykiatrien inden 2020.

Konkret er målet at:

- halvere antallet af bæltefikseringer
- mindske brugen af alle former for tvang

Seneste tal fra 2018 viser, at andelen af patienter, der bæltefikseres, er faldet fra 7,7% i 2013 til 5,1% i 2018. Målet i 2020 er 3,9%.

Sundhedsstyrelsen vurderer, at det er tvivlsomt, om regionerne samlet set når målsætningen.

Kilde: Sundhedsstyrelsen samt Region Hovedstadens Psykiatri

afdelinger og bæltefrie afsnit, at de ekstra midler gjorde en kæmpe forskel. For her fik vi både ekstra mandskab og ressourcerne til nødvendig efteruddannelse af personalet,” forklarer Sophie Hæstorp. Men hvad sker der så i 2020, når I ikke har nået målet?

“Vi vil gerne forny partnerskabet med regeringen, så den taler ind i den kommende, nationale, 10-årige investeringsplan for psykiatrien. Som regioner kunne vi dog godt tænke os et bredere fokus, så fokus ikke kun er på bælte, men på nedbringelse af andre tvangsformer også – f.eks. færre tvangsendlæggelser,” lyder det fra formanden. ●

2 x Marte Meo med forskellig læsevenlighed

Mads på otte år er voldsomt jaloux på sin lillebror. Det skaber store konflikter i familiens hverdag. I det hele taget er dagligdagen med Mads meget konfliktfyldt, og især mor synes, at det er svært at finde varme følelser frem for Mads.

Familien får tilbudt et Marte Meo-forløb. Efter tre film kan familien afsluttes. De har nu hver dag gode og hyggelige stunder sammen, konfliktniveauet er meget lavt, og mor har fået øje på, at hun har en elskelig dreng. Sådanne forløb er magiske at opleve og genkendes af alle, som arbejder med Marte Meo.

Marte Meo er en udviklingsstøttende, videobaseret samspilsmetode. Mange sundhedsplejersker og pædagoger i daginstitutioner er uddannet i metoden. Langt det meste Marte Meo-arbejde udføres inden for børneområdet og har børn med problemskabende adfærd i fokus.

De to bøger er begge skrevet af erfarne Marte Meo terapeuter med mangeårig erfaring som terapeuter og undervisere af kommende Marte Meo terapeuter og supervisere på uddannelsen.

Jytte Birk Sørensens sigte med bogen "Fra diagnoser – til udviklingsstøttende kontakt" er at problematisere den tiltagende psykiatriske diagnosticering af børn og unge. Jytte Birk Sørensen argumenterer for at tilbyde børn og unge et udviklingsstøttende samspil som alternativ til psykiatrisk behandling og for et børnesyn, som retter sig imod barnets miljø og opvækstbetingelser fremfor iboende vanskeligheder hos barnet. Forskningen i tilknytning og tilknytningsforstyrrelser



Jytte Birk Sørensen
**FRA DIAGNOSER
- TIL UDVIKLINGSSTØTTENDE
KONTAKT**
Dansk Marte Meo Center 2019
184 sider - 289,95 kr. (vejl.)

JPernille Roug og Jane Larsen
**MARTE MEO
Udviklingsstøttende
samspil mellem mennesker**
Hans Reitzels Forlag 2019
272 sider - 250 kr.

og beskrivelse af metoden giver konkrete idéer til, hvordan omsorgspersoner kan støttes i at styrke et barns trivsel.

Bogen er udgivet af Dansk Marte Meo Center, som ejes af Jytte Birk Sørensen. En hjælpsom redaktør kunne have hjulpet med at gøre bogen mere læsevenlig ved at luge ud i de lange sætningsopbygninger med indskudte sætninger, de mange sammensatte ord og med konsekvent litteraturhenvisning til den nævnte forskning.

Let sprog og bred appel

Læsevenlig er til gengæld Pernille Roug og Jane Larsens bog. Sproget flyder let, og den taler til både hjerne og hjerte. Formålet er, skriver forfatterne i indledningen, at udbrede kendskabet til Marte Meo. Metoden beskrives detaljeret og illustreres med cases. Der er appel til både den, som gerne vil have indblik i, hvad Marte Meo går ud på, samt til den erfarne Marte Meo terapeut og til den studerende, som er tildelt sit helt eget kapitel.

For den erfarne er der god mulighed for at få skærpet og genopfrisket sin kunnen og i tilgift få nogle gode sætninger med i bagagen til fremtidige tilbagemeldinger. Bogen beskriver arbejdet med forældre og børn, daginstitutionspersonale og børn, lærere og børn samt demente og plejepersonale. Marte Meo-metoden lægger sig op ad den neuroaffektive udviklingspsykologi og tager, uanset om det gælder små eller store, udgangspunkt i den følende og sansende hjerne.

Let tilgængelig og praksisnær bog og en god følgesvend til Marte Meo-folket.

Hanne Lindhardt, MSA, sundhedsplejerske, Marte Meo terapeut.

Efter tre film kan familien afsluttes. De har nu hver dag gode og hyggelige stunder sammen, konfliktniveauet er meget lavt, og mor har fået øje på, at hun har en elskelig dreng.

og -erfaring fra praksis er afsættet for argumentationen. Alternativet til psykiatrisk behandling er at tilbyde behandling med Marte Meo-metoden. Praksiseksempler

Tager på fornem vis den studerende ved hånden



Diana Astrup, Thea Quist Hjørnholm, Peter Stray Jørgensen (red.)

DET GODE BACHELORPROJEKT I SUNDHEDSUDDANNELSERNE

Samfundslitteratur 2019
475 sider - 349 kr. (vejl.)

”Det gode bachelorprojekt” er et brugs- og opslagsværk til studerende i sundhedsuddannelserne baseret på en kombination af teori og redaktørernes egne erfaringer. Formålet med bogen er at give den studerende viden om, hvordan en videnskabelig undersøgelse principielt gennemføres, og hvordan sådan en formidles i et bachelorprojekt med bestemte krav og kriterier i forhold til form og indhold og viden om processen og produktet.

Bogen kombinerer den undersøgende virksomheds proces- og produktarbejde og lykkes med at samle disse elementer i én bog, hvor det ikke kun overordnet beskrives, hvad man kan gøre, men også hvordan det kan gøres. For den som kender bogen ”Den gode opgave”, er denne bog let genkendelig og komplementerer opgaveskrivningens faser, struktur og indhold.

At den undersøgende virksomhed netop indeholder både proces og produkt synliggøres igennem bogens kapitler og konkretiseres igennem praktiske arbejds- og planlægningsredskaber, som motiverer den studerende i både proces- og skrivearbejdet. Det er befordrende, at der igennem bogen er konkrete praktiske og skrivetekniske eksempler, hvorved der bindes bånd fra teoretiske anvisninger til praktisk anvendelse i produktarbejdet. Det fungerer desuden fortrinligt med opsamlingsbokse systematisk placeret igennem kapitlerne,

som fremhæver vigtige elementer af de forskellige afsnit. Det fremmer bogens formål som opslagsværk og giver læseren et hurtigt overblik over indhold, samtidigt med at boksene er direkte handlingsanvisende.

Bogen tydeliggør kontinuerligt de spørgsmål, der skal stilles i processen og til det produkt, som den studerende bør forholde sig til. Bogen giver forslag til svar på spørgsmålene ved at nuancere med adskillige muligheder, og der argumenteres med belæg både for og imod de forskellige forslag. Bogen tager på fornem vis den studerende ved hånden, fører ham igennem procesarbejdet, giver anvisninger til de valg, der skal træffes, og viser muligheder herfor. Der bygges bro mellem procesarbejdet og produktet ved at tydeliggøre systematikker for, hvor og hvordan procesarbejdet kan formidles i bachelorprojektets form.

Bogen opfylder til fulde sit formål og er en guide til hvad og hvordan i såvel procesarbejdet som i formidling af det skriftlige produkt, når der arbejdes med kvalitativt og kvantitativt forsknings- og udviklingsarbejde. Det er især bemærkelsesværdigt, at redaktørerne bevæger sig ud i innovationsarbejde og nuancerer muligheder og metoder hertil og netop italesætter ligheder og forskelle af betydning for processens formidling.

Bogen kunne med fordel også nuancere kvalitetsudviklingsarbejdets metoder og formidlingsmuligheder. Redaktørerne lægger dog ikke op til, at bogen skal kunne stå alene som metodebog, hvorfor den med fordel kan suppleres med litteratur til uddybning af de metodiske muligheder og valg.

Lene Søndergård Andersen, ph.d., cand.cur. og lektor ved sygeplejerskeuddannelsen i Viborg, VIA University College.

ANDERS AND OG ALBRIGHT

MARIANNE KRAGH PEDERSEN

Sygeplejerske,
Hjertekirurgisk
afdeling 3144,
Rigshospitalet.



Tekst **MICHAEL HOLBEK**

HVAD LÆSER DU LIGE NU?

”Som nyuddannet 50-årig sygeplejerske bladrer jeg ofte i fagbøger, men på natbordet har jeg skønlitteratur, aviser, et sladderblad i ny og næ – og så Tintin og Anders And, fordi jeg har en søn på 9 år. Jeg har lige læst Madeleine Albright's erindringsbog ”Madame Secretary”, hvor hun reflekterer over sit politiske virke som USA's FN-ambassadør og siden USA's første kvindelige udenrigsminister.”

HVORDAN HAR DEN INSPIRERET DIG?

”Hendes refleksioner vidner om en tilgang til alverdens religiøse og politiske konflikter, hvor fokus syntes at være på ansvarsfølelse, konfliktløsning og forsoning. Det inspirerer mig, især med tanke på de helt anderledes tilstande, der hersker i bl.a. Det Hvide Hus i dag, og som præger os alle på kloden.”

HVILKEN BOG BURDE ALLE SYGEPLEJERSKER LÆSE - OG HVORFOR?

”Den bog, der gør sygeplejersken klogere på sig selv, for jo større selvindsigt man har, desto bedre fungerer man i mødet med sit medmenneske og i rollen som omsorgsgiver. Jeg anbefaler Elsa Morantes vidunderlige og medmenneskelige roman ”Historien”, som satte spor i mig, da jeg læste den for mange år siden.”

HVILKEN BOG FIK DU ALDRIG LÆST HELT TIL ENDE?

”100 års ensomhed” af nobelpris-modtageren Gabriel Garcia Marquez. Måske var det timingen i mit liv, men jeg blev i sin tid ikke fanget af den.”

KORT NYT OM BØGER

Margaret Lindhardt
EN JULEKALENDER
24 nedslag på Decembevej
 Eksistensen 2019
 128 sider – 125 kr.

Giro 413 er kendt af de fleste danskere over 60. Den kendte stemme bag lytternes musikønsker og tilhørende indsamling af penge til dårligt stillede børn og unge, Margaret Lindhardt, har begået en skriftlig julekalender med et kapitel til hver dag i julemåneden. Hun arbejdede i 36 år i Danmarks Radio, og hun kender de danske sange og salmer. Hun tager udgangspunkt i nogle af dem i enkelte kapitler. Udgangspunktet i bogen er kristent, og kapitlerne kredser om julebudskabet, naturen, de mange foredrag, hun har holdt, og de valg, hun har truffet. Desuden indeholder bogen refleksioner over, hvordan man modtager gaver, som man ikke umiddelbart synes om – og andre vanskelige emner. En julekalender til fans og fornuftige.

Linda Burlan Sørensen
EN HÅNDBOG FOR TERAPEUTER
Stressbehandling med metakognitiv terapi
 Neokognitivt institut 2019
 320 sider – 299,95 kr. (vejl.)

Selvfokus er problemet, når stress skal behandles. Der er spot på tanker, følelser og fornemmelser – og det er problemet, mener forfatteren til denne bog. Den metakognitive terapi er effektiv over for stress, fordi den beskæftiger sig med, *hvordan* den stressramte tænker og ikke *hvad*, hun eller han tænker. Den ramte skal lære, at det ikke er tanker, der udgør problemet,

men responsen på dem. Gennem metakognitiv terapi kan bekymringstimer og grublerier reduceres, så den ramte kan handle på det, der er det reelle problem. Og hvordan når man så dertil? Det viser bogen gennem sessioner med forskellige personer og diverse øvelser. Det er læsning for terapeuter og særligt interesserede, synes jeg, hvilket også fremgår af titlen.

Cecilie Lind
MIT BARN
Digt
 Gyldendal 2019
 136 sider – 199,95 kr. (vejl.)

Moderskab og myter hænger sammen. Der er mange af de sidste, men dem afliver forfatteren til dette langdigt godt og grundigt. Det yndige barn, den store glæde, den vellykkede amning, det knusende gode parforhold. Sådan ser Cecilie Linds verdensbillede ikke ud. Hun er ind imellem aldeles rasede på det hele og har tanker om døden, om sin egen mor, om at være en dårlig mor, om at tro at barnet er dødt, om den ældre partner og far til barnet, som er litteraturanmelder og digter:

*”jeg lover barnet: når far dør
 må du få alle hans knogler som
 rangler
 far er gammel
 han dør
 før mig
 fra dig
 fra mig ...”*

Det kan man ikke vide med sikkerhed.



Systemet diskuterer borgerens fremtid – uden borgeren



Bagga Bjerge og Esben Houborg (red.)
RUSMIDDELBRUGERE I KRYDSFELTET MELLEM SEKTORER OG FAGLIGHEDER
 Aarhus Universitetsforlag 2019
 208 sider – 249,95 kr.

Bogen rummer teoretiske overvejelser om håndtering af komplekse lidelser, symptomer og problemstillinger, aktuelle emner for enhver sygeplejerske. Bogen afslører desværre, at ”Intet om mig uden mig” endnu slet ikke er implementeret i dansk, socialt arbejde, og bogen er ikke opmærksom på denne defekt. Psykiatri, stofbehandling, bostøtte, jobtilbud, hjemme-sygepleje og socialpsykiatri holder tre timers møder og diskuterer borgerens fremtid – uden borgeren.

I bogen skriver man, at ”man løser borgerens problemstillinger”, men i moderne, socialt arbejde hjælper man altså borgeren med selv at løse sine problemer. Og det er meget uheldigt, at man i en bog, der understreger ordenes magt, skriver om ”komplekse borgere”, når det handler om borgere med komplekse problemer.

Igennem hele bogen er der mange sætninger, jeg må læse flere gange for at prøve at forstå dem.

For en sygeplejerske på gulvet ligner det en uinteressant overvejelse, om fagspecifik viden er konstrueret eller orienteret mod realisme, og bogen promoverer en netværksmodel med et ejendommeligt syn på symptomers forhold til lidelse, problemer og handlinger. Søvnstudiet i bogen bygger på interview med fem borgere og er meget abstrakt.

Der er dog enkelte pointer, sygeplejersker virkelig kan blive inspireret af. Bl.a. når borgeren oplever, at der er masser af penge, men intet nærvær i behandlingssystemet, og de deraf følgende overvejelser om, hvornår vi hjælper med nærvær, og hvornår vi hjælper med produkter. En kort beskrivelse af konfliktmægling i arbejdet må også inspirere sygeplejersker.

Jeg arbejder med kræftpatienter, der ofte samtidig har KOL, diabetes og depression, så bogens overvejelser om sekventiel, parallel eller integreret behandling burde også være relevant for mig. Forfatterne foreslår desværre heller ikke her, at man rådfører sig med borgeren, så det bliver ikke via denne bog, at kvaliteten af sygeplejen højnes gennem involvering.

Stine Riegels Læsø, palliationssygeplejerske, Vigerslevhus – tidligere socialsygeplejerske.

NÅR ET SÅR FØRST ER BLEVET INFICERET, ER DET FOR SENT AT FOREBYGGE



**SORBACT®
BINDER BAKTERIER
OG SVAMP**

SORBACT® RIGHT FROM THE START

Et inficeret sår kan føre til forsinket sårheling og dermed længere behandlingstid og yderligere omkostninger, samt tid væk fra job og familie. Sorbact® er velegnet til at forebygge sårinfektioner ved helt naturligt at reducere den mikrobielle belastning.^{1,2}

Takket være den unikke Sorbact teknologi bindes bakterier og svampe irreversibelt til det grønne Sorbact®-væv, og fjernes fra såret ved bandageskift. Sorbact® er også velegnet ved behandling af allerede inficerede og sværthelende sår.³

Læs mere om de forskellige Sorbact® bandager på sorbact.dk



Referencer: 1. Skinner R, Hampton S. The diabetic foot: managing infection using Cutimed Sorbact dressings. Br J Nurs. 2010 Jun 10-23;19(11):S30, S32-6. 2. Stanirovski P, et al. Randomized Controlled Trial Evaluating Dialkylcarbamoyl Chloride Impregnated Dressings for the Prevention of Surgical Site Infections in Adult Women Undergoing Cesarean Section. Surg Infect (Larchmt) 2016; 17(4):427-35. 3. Von Hallern B. Treatment of over 1500 critically contaminated and infected wounds by using hydrophobic dressings thus reducing the use of systemic antibiotics and antiseptics. EWMA 2007;P 108.

Nicolai lægger knap mærke til stikket, da drop-
pet bliver lagt, fordi han er i fuld gang med at
skyde måger i den virtuelle verden



VIRTUEL VERDEN

**snyder
smerten**

VIRTUAL REALITY. Rigshospitalet dokumenterer i en undersøgelse, at Virtual Reality-spil kan få børn til at glemme deres frygt for at blive stukket og lindre deres smerter.

Tekst ANNETTE BIRCH · Foto CLAUS BECH

12-årige Nicolai Fugl sidder i en seng på Rigshospitalets børneafdeling og forbereder sig på at få lagt drop. Men i tankerne er han på en båd midt på havet. Foran ham ligger en bunke fisk i stavnen. Der kommer en måge svævende mod ham. Han tager sigte og skyder. Vandballonen rammer mågen, der forsvinder. En anden måge prøver også at snuppe nogle fisk og en til i stadig hurtigere rækkefølge. De bliver også skudt ned.

”Hvor mange måger har du skudt?” spørger Gitte Aagaard, der er børnesmertesygeplejerske på Rigshospitalets Videnscenter for Børnesmerter. Hun sidder ved siden af Nicolai, mens droppet bliver lagt.

”Jeg har skudt rigtig mange. Nu prøver jeg at ramme en i luften.....der ramte jeg den!” siger Nicolai begejstret.

Han reagerer dårligt, da droppet bliver lagt, men han fortæller bagefter, at han registrerede stikket.

”Jeg kunne godt mærke det, men det var ikke så meget som før og jeg glemte helt at sige av. Jeg var heller ikke så nervøs, men det gjorde stadig ondt,” siger Nicolai Fugl. Han indrømmer, at han er lidt

bange for at blive stukket, selv om han har prøvet det flere gange før.

Distraktion med virtual reality-spil gør, at børn som Nikolaj Fugl ikke er nær så bange for at blive stukket og oplever færre smerter i forbindelse med stikprocedurer. Det har Rigshospitalet nu dokumenteret i en videnskabelig artikel fra juni, der er baseret på 64 børn i alderen 7-16 år.

”Det har hjulpet og været så morsomt. Mange børn aner ikke, at de bliver stukket og vi har haft rigtig sjove snakke bagefter. Der er nærmest en konkurrence om, hvor mange måger de har fået skudt og de synes, at det er smaddersjovt. Det er også en stor hjælp for os sygeplejersker, da det gør det meget nemmere at samarbejde med børnene,” siger Gitte Aagaard.

Smerte er subjektiv

Forskning viser, at distraktion kan være smertelindrende i behandlingen, da hjernen ikke koncentrerer

sig på samme måde om smerten, hvis opmærksomheden er andetsteds.

”Da smerte er en subjektiv oplevelse, er distraktion rigtig effektiv til at aflede opmærksomheden fra smerten. MR-scanning viser, at der er områder i hjernen, der bliver aktiveret ved VR, så det får en neurofysiologisk virkning i hjernen, der er med til at modulere smerteopfattelsen og virke smertelindrende. Vores undersøgelser viser, at Virtual Reality som distraktionsmiddel kan give samme smertelindrende effekt som, hvis en specialuddannet sygeplejerske skulle aflede barnets opmærksomhed,” siger Søren Walther-Larsen, der er overlæge på Rigshospitalets Videnscenter for Børnesmerter.

Han henviser til den såkaldte Gateteori (se note 1), der postulerer, at da smerte kræver opmærksomhed, vil hjernen ved distraktion ikke kunne koncentrere sig på samme måde om smerten. Flere amerikanske undersøgelser viser, at virtuelle miljøer kan give den nødvendige distraktion (se note 2). På Rigshospitalets børneafdeling bruger man udover Virtual Reality lokalbedøvende creme og distraherer børnene med legetøj, musik og videogames for at dæmpe smerten, når børnene bliver stukket. Desuden sørger personalet for at skabe en så tryk stemning som muligt. Helt små børn får sukkervand og har godt af amning eller anden fysisk kontakt. Derimod virker almindelige smertestillende midler ikke mod stiksmertesmerter.

Spil gjorde børnene trygge

”Det gør ondt at blive stukket. Der er nogle børn, der bliver så bange, at de ikke vil være med mere og så tager det tid at lære at have tillid igen. Derfor kan det tage lidt længere tid og flere ressourcer at bruge f.eks. Virtual Reality-spil, men det får vi tilbage på langt sigt, hvis de ikke bliver bange for at blive stukket,” siger Susanne Molin, der er børnesmertesygeplejerske på Rigshospitalets Videnscenter for Børnesmerter. Det gælder især børn med kroniske sygdomme som f.eks. gigtt og blødersygdomme, der ofte kommer på hospitalet for at blive stukket.

Videnscenter for Børnesmerter lavede i 2017 en undersøgelse af 600 børn og deres familier. Her sagde en fjerdedel, at de havde haft moderate til svære smerter på hospitalet, særligt stikrelaterede smerter. Da hospitalet kort efter vandt en præmie,

RIGSHOSPITALET'S FORSKNING

Rigshospitalets undersøgelse af at bruge en virtuel virkelighed som et middel til smertelindring under stikprocedurer er baseret på 64 børn i alderen 7-16 år. Børnene blev opdelt i en gruppe, der brugte Virtual Reality og en kontrolgruppe uden. Begge grupper fik standardbehandling i form af 'numbing cream', 'positioning' og var distraheret af en specialiseret sygeplejerske.

Rigshospitalet fandt, at VR-gruppen udviste en betydelig større patienttilfredsstillelse under stikprocedurerne end kontrolgruppen, oplevede færre smerter og ikke var nær så bange for stikprocedurer.

Note 1:

Gateteori: Melzack, R., and Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science* 150, 971-979. doi: 10.1126/science.150.3699.971.

Note 2:

doi.org/10.3389/fnhum.2019.00262

investerede de i et Virtual Reality-spil, der i samarbejde med spilfirmaet blev tilpasset børnenes behov. Det skulle være engagerende, men hverken indeholde uhyrer, der gjorde børnene utrygge, eller ting, der kørte rundt, som karrusel eller rutsjebane, da mange undersøgelser viser, at det gør børn utilpasse.

Afhænger af det enkelte barn

På Videnscenter for Børnesmerter mener man, at Virtual Reality-spillet har vist sig at være et godt redskab til at distrahere, men at dets anvendelsesmuligheder meget afhænger af det enkelte barn.

”Der er nogle børn, som vi anbefaler, ikke bruger det, f.eks. børn med epilepsi. Børn, der har brug for kontrol, når de bliver stukket, vælger det også fra. Teenagere kan først godt synes, at det lyder lidt kedeligt, men når de får det på, bliver de helt fanget af det,” siger Gitte Aagaard. Derimod har hun ikke oplevet

nogle nævneværdige bivirkninger ved spillet, men de er i gang med at kigge på, hvordan de kan brede målgruppen ud til at inkludere helt små børn.

”Det skal selvfølgelig afpasses børnenes alder. Til helt små børn er det Gurli Gris, ikke Harry Potter,” siger Gitte. Desuden ser hospitalet på, hvordan de kan udvikle nye spil, der gør brug af udviklingen i ny teknologi, f.eks. ved at kombinere den virtuelle verden med Augmented Reality, der lægger et digitalt lag med computergenerede figurer over virkeligheden, så børnene bedre kan følge med i, hvad der foregår. Et eksempel på Augmented Reality er Pokemon Go.

Søren Walther-Larsen tilføjer, at der stadig er brug for mere forskning i forhold til, hvordan Virtual Reality og andre distraktionsmidler virker på forskellige børn. Det er heller ikke afklaret, hvilke længerevarende bivirkninger brugen af Virtual Reality evt. kan have på en umoden hjerne. ☉



VIRTUAL REALITY. Ny amerikansk undersøgelse af 48 voldsomt forbrændte børn viser, at brugen af Virtual Reality nedsætter oplevelsen af den værste smerte, når sårene renses.

VIRKER IKKE FOR ALLE BØRN

En ny videnskabelig undersøgelse fra Shriners børnehospital i Galveston, Texas, viser, at lidt under halvdelen af de 100 børn, der prøvede Virtual Reality under behandlingen, ikke oplevede en smertelindrende effekt. Her inddeler man børnene i tre grupper:

1. Små børn mellem syv og 12 år, der normalt kunne lide VR.
2. Børn mellem 12 og 18 år, der normalt ikke kunne lide VR.
3. Børn over 18 år ser VR som en måde at undslippe smerten.

Det er især børn mellem 12 og 18 år, der ikke oplever en smertelindring ved at blive en del af den nuværende virtuelle sneverden.

Kilde: Dr. Walter Meyer II, Shriners børnehospital i Galveston, Texas.



12-årige Nicolai Fugl ser glad og tryk ud sammen med Gitte Aagaard, der er børnesmertesygeplejerske.

En slemt forbrændt dreng får rensed sine sår, mens hans opmærksomhed er fanget af det virtuelle spil Snowworld. På Shriners børnehospital i Galveston, USA, har de specialiseret sig i denne form for smertelindring.



Iskoldt parallel-univers HJÆLPER BRÆNDOFRE

Tekst **ANNETTE BIRCH** · Foto **HUNTER HOFFMAN**, University of Washington, Seattle

Børn, der er indlagt for alvorlige forbrændinger på Shriners børnehospital i Galveston, Texas, har i over fem år kunnet fordybe sig i en iskold sneverden gennem Virtual Reality-spillet 'SnowWorld'. Her kan de flyve gennem snævre viadukter mellem isvægge, mens de skyder efter mammutter, snemænd og pingviner. Spiller distraherer børnene fra deres værste smerter, mens deres sår renses. Det viser en ny undersøgelse af 48 voldsomt forbrændte børn i alderen 6-17 år, som hospitalet fik offentliggjort i august.

"Det går hurtigt, så det kræver så meget koncentration at ramme, at barnet 'glemmer' sine smerter. Her fungerer

Virtual Reality som distraktion under behandlingen," siger Robert Rodriguez, MPH, der er projektleder på Virtual Reality på Shriners børnehospital. Det er Walter Meyer III, M.D., der er læge på børnehospitalet, enig i.

"Vi har oplevet en smertenedsættelse på omkring 40 procent, når børnene får smertebehandling med Virtual Reality, mens de får deres sår rensed. Mange af børnene ønsker ikke at stoppe," siger Walter Meyer.

Smertebehandling kan give PTSD

Det kan på sigt gøre en forskel for børn med voldsomme forbrændinger, der løbende skal have deres sår rensed. Det er en meget smertefuld proces, der foretages dagligt over flere uger. Den kan ikke alene give stærk akut smerte, men også længerevarende psykiske virkninger som depression, frygt og PTSD. På Shriners børnehospital bliver patienterne behandlet med morfin og ativan, men det er ikke altid nok til at dæmme op for smerten og en højere dosis kan skabe afhængighed.

"Vi får de ekstreme forbrændinger, hvor 30, 60 eller 90 procent af den totale krops-overflade er påvirket af forbrændinger. Det kan være lidt skræmmende at blive vasket, mens de ligger på en bære med alle menneskene omkring dem. Her er der patienter, som er mindre bange, når de bruger Virtual Reality og det kan over tid hjælpe dem til at slappe mere af under behandlingen," siger Angel Martinez, der er sygeplejerske på Shriners børnehospital.

Mangler mere forskning


Robert Rodriguez og Walter Meyer understreger, at mens de ikke er i tvivl om, at den virtuelle verden distraherer barnet fra sine smerter, vil effekten afhænge af barnet og situationen. De er nu i gang med at undersøge om særligt børn mellem 12 og 18 år vil respondere bedre, hvis de bruger mere end 120 grader synsvinkel.

Angel Martinez mener, at der stadig mangler forskning, før de kan bruge Virtual Reality som en general procedure.

"De nye teknologier giver nye muligheder, men det kræver også tid og flere undersøgelser. Hvilke forandringer er fordelagtige for brugerne og hvilke sker bare, fordi teknologien udvikler sig? Vi må overveje, hvad der virker for vores patienter," siger Angel Martinez. ©



Professor Hunter Hoffman har specialdesignet den fiberoptiske hjelm, der gør den forbrændte voksne patient i stand til at spille det virtuelle spil, der distraherer smerten under behandlingen, mens han sidder i et kar med vand.



Bag det der ligner en blændet dykkermaske, morer Tina Simonsen sig i den parallelle verden, hvor hun suser afsted i en slags togvogn på et spor. Men det er ikke bare for sjov. Det virtuelle spil hjælper den 38-årige kvinde til at komme ud af det mentale mørke.

“Det afleder mine tanker fra alt det mørke

VIRTUAL REALITY. Odense Psykiatrisk Afdeling har erfaring med, at computer-simulerede miljøer kan være et middel i behandlingen af patienter med depressive symptomer og fobier. Det understøtter konklusionerne i forskningen.

Tekst **ANNETTE BIRCH** · Foto **ROBERT WENGLER**

🌙 Vognen kører langsomt ind i tunnelen. Tina Simonsen kan se sporene foran sig, da den kommer ud på den anden side. Der er blå himmel med hvide skyer til begge sider. Toget begynder at tage fart. Tina griner. Hun holder vejret et øjeblik, da det ser ud som om sporet fortsætter ud i den blå luft. Hun ånder lettet op, da toget drejer skarpt og fortsætter ad sporet...

Vognen står stille og Tina Simonsen tager VR-brillerne af. Hun sidder på en stol i et lokale på Odense psykiatriske afdeling. Ved siden af hende står specialsygeplejerske Louise Bach og sygeplejerske Zinat Ansari.

”Blev du bange?” spørger Louise Bach. Tina ryster på hovedet:

”Nej, men det var godt den stoppede. Den var altså sjov og jeg vil prøve den igen. Men da jeg var ved at køre ud over kanten, blev jeg nødt til at lukke øjnene. Jeg kunne virkelig mærke det.”

Siger 38-årige Tina Simonsen, der er indlagt på affektivt afsnit. Hun har glædet sig til rutsjebanen:

”Det elsker jeg at gøre med mine børn.”

Virtual Reality giver i det hele taget Tina Simonsen mulighed for at forsvinde i en anden verden.

”VR-spillene afleder mine tanker fra alt det mørke. Vi var i Venedig i går. Når

jeg så op, kunne jeg se mælkevejen på himlen. Bagefter var jeg helt ”hold da op” og var glad resten af dagen. Jeg var også med ude at gå aftentur, hvilket jeg ikke plejer,” siger Tina.

Supplement til andre metoder

Psykiatrisk afdeling på Odense Universitetshospital har brugt Virtual Reality-spillene til Tina Simonsen og andre psykiatriske patienter i lidt over et år, både for patienter på åbent afsnit og det lukkede afsnit. Patienterne kan vælge mellem spillene, der spænder lige fra oplevelser som rejser til f.eks. Italien, køre racerbiler og rutsjeture, interaktiv



Specialsygeplejerske Louise Bach og sygeplejerske Zinat Ansari bruger ikke Virtual Reality på patienter med meget svære psykoser.

slå-frugt-i-stykker med sværd, til at gå i butikker og parker. Erfaringen er, at det er et godt middel både som underholdning og terapeutisk som et supplement til andre beroligende metoder som kugle- og tyngdedyner, beroligende musik, sanserummet og massagestole.

”Mange af mine patienter har meget ulyst. Vi kan bruge VR-spillene til at lade dem prøve situationerne på forhånd og se, at de godt kan, f.eks. hvis de skal købe ind eller gå en tur i byen. Vi havde også en patient med svær OCD, der virkelig havde arbejdet med sine ritualer og godt kunne lide at spille spillene. Han skulle introducere spillene til nogle studerende og

gjorde det, selv om det var svært for ham,” forklarer Louise Bach. Det kan også bruges til unge mænd, der bruger meget tid på computere derhjemme: ”Det er sjovere for dem at køre racerbil end en stilleaktivitet.”

Effektivt ved behandling af fobier og PTSD

Det stemmer godt overens med en ny gennemgang af 36 studier om brugen af virtuelle verdener til behandling i psykiatrien, der næst efter lindring af børns smerter er bedst beskrevet i forskningen. Artiklen blev offentliggjort i tidsskriftet *Frontiers in Psychiatry* i juli 2019 af sydkoreanske forskere (se note 1). Her fremgår det, at Virtual Reality kan hjælpe patienter til at forbedre kvaliteten af deres liv. Det har vist sig særlig effektivt til brug ved behandling af fobier og PTSD og har vist potentiale for at mindske depressive symptomer og ændre tankeprocesser.

Effekten af Virtual Reality er dog meget afhængig af patienten og spillene kan i nogle tilfælde give bivirkninger i form af køresyge. Desuden kræver et, at der gives en ordentlig introduktion af brug af Virtual Reality til både patienten og personale.

”Det er vigtigt, at behandlingen afpasses efter den enkelte patient og at der bliver givet en ordentlig introduktion, f.eks. kom vi til at give en patient, der var bange for at befinde sig under vand, et VR-spil, der foregik under vandet. Vi var ikke klar over, at patienten havde denne

frygt, hvilket resulterede i, at patienten flåede brillerne af med det samme,” siger Søren Tønder, der er specialsygeplejerske og har fulgt introduktionen af VR-spillene til brug i behandlingen fra begyndelsen. Louise Bach og Zinat Ansari bruger heller ikke Virtual Reality på patienter med meget svære psykoser.

”Deres tilstand skal være noget bedre. De kan ikke koncentrere sig om spillet, hvis de hører stemmer eller hallucinerer og Virtual Reality kan provokere psykosens. Dem, der afprøver, er dem, der er langt henne i forløbet og kan kommunikere,” siger Zinat Ansari.

Breder sig i psykiatrien

Andre steder i landet er sygeplejersker i psykiatrien også begyndt med at bruge Virtual Reality i behandlingen. Sandra M. Jensen, der er afdelingssygeplejerske på Psykiatrisk Center Nordsjælland, fortæller, at centret i dette efterår starter et nyt tværfagligt projekt på de intensive afsnit, hvor metoden skal indgå i behandlingen og som en del af aktivitetstilbuddet. Den virtuelle verden skal bruges til at øge aktivitetstilbuddet i afsnittet, hvor de tilpasser det ud fra den enkelte patients behov, interesser og modtagelighed for sanseindtryk. ©

Note 1:

Link til artikel i 'Frontiers in Psychiatry': www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6659125/

HJERNEN KAN BLIVE køresyg

VIRTUAL REALITY. Ekspertter opfordrer til, at teknologien bliver brugt med omtanke. Næste skridt er, at den bliver tilpasset den enkelte patient.

Tekst **ANNETTE BIRCH**

D Lindring af børns smerter under behandling er det område, hvor effekten af Virtual Reality er mest veldokumenteret i forskningen, men det bliver i stigende omfang brugt indenfor andre discipliner.

”Der er rigtig mange gode initiativer i gang rundt om i landet, f.eks. til behandling af social angst i psykiatrien og motivationsfaktor til genoptræning under rehabilitering. Vi arbejder med at skabe det forkromede overblik igennem vores netværk,” siger Kim Birkemose Jørgensen, der er udviklingskonsulent i Region Hovedstadens Center for Videns-teknologi.

Anthony Lewis Brooks, der er associe-ret professor på teknisk fakultet for IT og Design, Aalborg Universitet, og har arbejdet i over 30 år med virtuel virkelighed, mener, at det er blevet mere populært at bruge den virtuelle verden i behandlingen, fordi effekten dels er bedre dokumenteret og udstyret er blevet billigere og lettere at bruge.

Nogle oplever køresyge

”Virtual Reality er et effektivt redskab til at simulere en given situation og observere patientens reaktioner samtidig med, at sundhedspersonalet kan se, hvad patienten ser. Det næste skridt bliver at tilpasse brugen af Virtual Reality bedre til den enkelte patient, se hvilken effekt det har på den enkelte, og hvad begrænsningerne er i brug af teknologien inden for sundhedssektoren,” siger Anthony Lewis Brooks.

Nogle personer oplever f.eks. en slags køresyge ved at komme ind i den kun-



stige virkelighed, mens man kan risikere at forværre en fobi, hvis man udsætter dem for en simulering af den frygtede situation.

Særlige forhold i psykiatrien

Lene Vistisen, der er sygeplejerske og netværksleder i innovationsnetværket Danish Healthtech, siger:

”Virtual Reality er et stærkt virkemiddel, der kræver, at man kan skelne mellem, hvad der er fantasi og hvad der er virkelighed. Når Virtual Reality bruges i f.eks. psykiatrien, er der helt særlige forhold, der gør sig gældende. Her skal de sundhedsfaglige behandlere inddrage deres viden om etik og forståelse for sygdomme og behandlingsmetoder, så det gavner patienten.”

Lene Vistisen. Metoden kan f.eks. anvendes mod social angst, så patienten får visualiseret dagligdags situationer og på den måde gradvist bliver tryk ved at komme ud.

Ekspertterne mener, at forskning i effekten af de computer-simulerede miljøer på de enkelte patientgrupper og udviklingen i teknologien, kan gøre sundhedspersonalet bedre i stand til at vurdere, hvornår og hvordan de kan bruge teknologien i behandlingen.

”Vi må arbejde videre med, hvad der virker og hvad der ikke virker. Der er også nye områder, der er under udvikling, f.eks. er det i dag så billigt at købe udstyret, at den enkelte kan bruge Virtual Reality derhjemme. Man er også begyndt at se på, hvordan Virtual Reality kan blive brugt i forhold til demens og Alzheimers,” siger Anthony Lewis Brooks. ©

NOVO NORDISK INTRODUCERER NYE UDDANNELSER INDEN FOR BEHANDLING AF DIABETES OG OVERVÆGT

Gennem fleksibel og målrettet uddannelse ønsker Novo Nordisk at bidrage til, at du og din praksis får ny viden og praktiske redskaber til at håndtere udfordringerne i relation til behandling af type 2-diabetes og/eller svær overvægt.

Uddannelsesprogrammet dækker bredt – både med hensyn til fokusområder og geografi – og det opdateres løbende.



**NOVO NORDISK
DIABETES
AKADEMI**

Efteruddannelse inden for type 2-diabetes målrettet behandlerteamet i almen praksis.



**NOVO NORDISK
SYGEPLEJERSKE
AKADEMI**

Moduluddannelse inden for type 2-diabetes målrettet konsultationssygeplejersker.




**NOVO NORDISK
DIABETES
STORMØDE**

Uddannelse inden for type 2-diabetes med fokus på muligheder og perspektiver i almen praksis.



**NOVO NORDISK
SYGEPLEJERSKE
MASTERCLASS**

Kurset målrettet konsultationssygeplejersker, der er erfarne inden for behandling af type 2-diabetes.



**NOVO NORDISK
DIABETES
I PRAKSIS**

Fleksibel uddannelse i egen praksis inden for type 2-diabetes.



**NOVO NORDISK
SPECIALISTEN
I PRAKSIS**

Målrettet uddannelse med valgfrit fokus inden for kardiologi, endokrinologi, nefrologi og overvægt.



**NOVO NORDISK
OVERVÆGT
I PRAKSIS**

Nyeste viden og praktiske redskaber til at hjælpe personer med svær overvægt.

Alle uddannelsestilbud fra Novo Nordisk Scandinavia AB er gratis og kun for sundhedspersonale.

Læs mere om hvilke relevante uddannelser, der afholdes i nærheden af dig på
www.novonordisk.dk/uddannelse

BEHANDLING AF OPIOIDINDUCERET OBSTIPATION (OIC) UDEN AT PÅVIRKE SMERTELINDRINGEN¹

Kyowa KIRIN

Moventig (naloxegol) er en perifert virkende μ -opioidreceptorantagonist, som reducerer de obstiperende virkninger af opioider i mave-tarmkanalen uden at påvirke den analgetiske virkning i CNS.*¹

* Se pkt. 4.4 Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen hos patienter med beskadigelser af blod-hjernebarrieren

REFERENCER: 1. MOVENTIG® Summary of Product Characteristics, December 2018.

Kyowa Kirin | Filial af Kyowa Kirin AB, Sverige
Niels Jernesvej 10 | 9220 Aalborg | Danmark
productdk@kyowakirin.com | www.kyowa-kirin.com

MOVENTIG®
En tablet dagligt

moventig
naloxegol

▼ Dette lægemiddel er underlagt supplerende overvågning. Dermed kan nye sikkerhedsoplysninger hurtigt tilvejebringes.

Læger og sundhedspersonale anmodes om at indberette alle formodede bivirkninger.
www.meldenbivirkning.dk

Moventig (naloxegol) tabletter. ATC-kode: A06AH03
Forkortet produktresumé. Terapeutiske indikationer: Moventig er indiceret til behandling af opioidinduceret obstipation hos voksne patienter, som har haft et utilstrækkeligt respons på laksantia. Se definitionen af utilstrækkeligt respons på laksantia i SPC pkt. 5.1. **Dosering*:** Den anbefalede dosis af Moventig er 25 mg en gang dagligt. Det anbefales ikke at justere dosis på baggrund af alder. Moventig tabletten skal tages på tom mave mindst 30 minutter før dagens første måltid eller 2 timer efter dagens første måltid. For patientens velvære skyld anbefales det, at Moventig tages om morgenen for at undgå afforing midt om natten. Til patienter, der ikke er i stand til at synke Moventig tabletten hel, kan den knuses til pulver og blandes i et halvt glas vand (120 ml) og drikkes straks. Glasset skal skylles med yderligere et halvt glas vand (120 ml), og indholdet skal drikkes. Blandingen kan også administreres via nasogastrisk sonde (CH8 eller højere). Det er vigtigt at skylle den nasogastriske sonde gennem med vand efter administration af blandingen. **Kontraindikationer*:** Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne eller over for andre opioidantagonister. Patienter med kendt eller mistankt gastrointestinal (GI) obstruktion eller patienter med øget risiko for tilbagevendende obstruktion på grund af muligheden for gastrointestinal perforation. Sygdomme hos patienter med cancersmerter: Patienter med underliggende cancer, som har øget risiko for gastrointestinal perforation, sasom patienter med: underliggende maligniteter i mave-tarm-kanalen eller peritoneum; tilbagevendende eller fremskreden ovariecancer; behandling med vaskular endotelial vækstfaktor (VEGF)-hammere. Samtidig brug af stærke CYP3A4-hammere (f.eks. clarithromycin, ketocozonazol, itraconazol eller telithromycin; proteasehammere sasom ritonavir, indinavir eller saquinavir; grapefrugtjuice i store mængder). Bivirkninger*: I de samlede data fra kliniske studier er de hyppigst indberettede bivirkninger med naloxegol ($\geq 5\%$): mavesmerter, diarre, kvalme, hovedpine og flatulens. Størstedelen af de gastrointestinale bivirkninger blev karakteriseret som milde til moderate, indtrådte tidligt i behandlingen og forsvandt ved fortsat behandling. Meget almindelig ($\geq 1/10$): Mavesmerter, diarre. Almindelig ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Nasopharyngitis, hovedpine, flatulens, kvalme, opkastning, hyperhidrose. Ikke almindelig ($\geq 1/1.000$ til $< 1/100$): Opioidabstinenssyndrom. Bemærk: Valget af bivirkninger og deres hyppighed er baseret på 25 mg-

dosen. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen*:** Tilstande med øget risiko for gastrointestinal perforation: Der skal udvises forsigtighed med hensyn til brug af naloxegol hos patienter med en hvilken som helst tilstand, der kan resultere i nedsat integritet af mave-tarm-kanalens væg (f.eks. svar ulcus pepticum, Crohns sygdom, aktiv eller tilbagevendende diverticulitis, infiltrerende maligniteter i mavetarm-kanalen eller peritonealmetastaser). Klinisk betydelige beskadigelser af blod-hjernebarrieren: Naloxegol er en perifert virkende μ -opioidreceptorantagonist med begrænset adgang til centralnervesystemet (CNS). Det er vigtigt, at blod-hjernebarrieren er intakt for at minimere optagelsen af naloxegol i CNS. Patienter med klinisk betydelige beskadigelser af blod-hjernebarrieren (f.eks. primære hjernemaligniteter, CNS-metastaser eller andre inflammatoriske tilstande, aktiv multipel sklerose, fremskreden Alzheimers sygdom osv.) blev ikke inkluderet i de kliniske studier og kan have en risiko for, at naloxegol gar ind i CNS. Samtidig brug af methadon: Patienter, der tog methadon til behandling af opioidafhængighed blev ikke inkluderet i det kliniske udviklingsprogram, og der skal udvises forsigtighed ved brug af naloxegol hos sådanne patienter. Gastrointestinale bivirkninger: Der er rapporteret om svære mavesmerter og diarre i kliniske studier med 25 mg-dosen. Disse virkninger indtrådte typisk kort tid efter opstart af behandlingen. Det kan overvejes at nedsætte dosen til 12,5 mg hos patienter, der oplever svære gastrointestinale bivirkninger afhængigt af den individuelle patients respons og tolerance. Opioidabstinenssyndrom: Der er rapporteret om tilfælde af opioidabstinenssyndrom i det kliniske program for naloxegol (DSM-5). Opioidabstinenssyndrom er et symptomkompleks med tre eller flere af følgende tegn eller symptomer: dysfori, kvalme eller opkastning, muskelsmerter, tåresekretion eller rinorre, pupiludvidelse eller piloarreaktion eller svedtendens, diarre, gaben, feber eller insomni. Opioidabstinens-syndrom udvikles typisk i løbet af nogle minutter til adskillige dage efter administration af en opioidantagonist. Hvis der er mistanke om opioidabstinenssyndrom, skal patienten seponere Moventig og kontakte sin læge. Patienter med kardiovaskulære sygdomme: I det kliniske studieprogram blev naloxegol ikke undersøgt hos patienter med nyligt myokardieinfarkt (inden for 6 måneder), symptomatisk kongestivt hjertesvigt, abenlys kardio15 vaskular (CV) sygdom i anamnesen eller hos patienter med et QT-interval ≥ 500 msec. Moventig skal anvendes med forsigtighed hos sådanne patienter. I et QTc-studie udført med naloxegol hos raske frivillige blev der ikke set tegn på forlængelse af QT intervallet. CYP3A4-induktorer: Naloxegol er frarådet til patienter, der tager stærke CYP3A4-induktorer (f.eks. carbamazepin, rifampicin, hypericum perforatum). Nyreinsufficiens: Tilstande med øget risiko for gastrointestinal perforation: Der skal udvises forsigtighed med hensyn til brug af naloxegol hos patienter med en hvilken som helst tilstand, der kan resultere i nedsat integritet af mave-tarm-kanalens væg (f.eks. svar ulcus pepticum, Crohns sygdom, aktiv eller tilbagevendende diverticulitis, infiltrerende maligniteter i mavetarm-kanalen eller peritonealmetastaser). Klinisk betydelige beskadigelser af blod-hjernebarrieren: Naloxegol er en perifert virkende μ -opioidreceptorantagonist med begrænset adgang til centralnervesystemet (CNS). Det er vigtigt, at blod-hjernebarrieren er intakt for at minimere optagelsen af naloxegol i CNS. Patienter med klinisk betydelige beskadigelser af blod-hjernebarrieren (f.eks. primære hjernemaligniteter, CNS-metastaser eller andre inflammatoriske tilstande, aktiv multipel sklerose, fremskreden Alzheimers sygdom osv.) blev ikke inkluderet i de kliniske studier og kan have en risiko for, at naloxegol gar ind i CNS. Samtidig brug af methadon: Patienter, der tog methadon til behandling af opioidafhængighed blev ikke inkluderet i det kliniske udviklingsprogram, og der skal udvises forsigtighed ved brug af naloxegol hos sådanne patienter. Gastrointestinale bivirkninger: Der er rapporteret om svære mavesmerter og diarre i kliniske studier med 25 mg-dosen. Disse virkninger indtrådte typisk kort tid efter opstart af behandlingen. Det kan overvejes at nedsætte dosen til 12,5 mg hos patienter, der oplever svære gastrointestinale bivirkninger afhængigt af den individuelle patients respons og tolerance. Opioidabstinenssyndrom: Der er rapporteret om tilfælde af opioidabstinenssyndrom i det kliniske program for naloxegol (DSM-5). Opioidabstinenssyndrom er et symptomkompleks med tre eller flere af følgende tegn eller symptomer: dysfori, kvalme eller opkastning, muskelsmerter, tåresekretion eller rinorre, pupiludvidelse eller piloarreaktion eller svedtendens, diarre, gaben, feber eller insomni. Opioidabstinens-syndrom udvikles typisk i løbet af nogle minutter til adskillige dage efter administration af en opioidantagonist. Hvis der er mistanke om opioidabstinenssyndrom, skal patienten seponere Moventig og kontakte sin læge. Patienter med kardiovaskulære sygdomme: I det kliniske studieprogram blev naloxegol ikke undersøgt hos patienter med nyligt myokardieinfarkt (inden for 6 måneder), symptomatisk kongestivt hjertesvigt, abenlys kardio15 vaskular (CV) sygdom i anamnesen eller hos patienter med et QT-interval ≥ 500 msec. Moventig skal anvendes med forsigtighed hos sådanne patienter. I et QTc-studie udført med naloxegol hos raske frivillige blev der ikke set tegn på forlængelse af QT intervallet. CYP3A4-induktorer: Naloxegol er frarådet til patienter, der tager stærke CYP3A4-induktorer (f.eks. carbamazepin, rifampicin, hypericum perforatum). Nyreinsufficiens: reinsufficiens er 12,5 mg. Hvis der opstår bivirkninger med indvirkning på tolerancen, bør naloxegol seponeres. Dosen kan øges til 25 mg, hvis 12,5 mg er veltolereret af patienten. Svar leverinsufficiens: Naloxegol er ikke undersøgt hos patienter med svar leverinsufficiens. Det frarådes at anvende naloxegol hos sådanne patienter. Cancerrelaterede smerter: Der er begrænset klinisk erfaring med brug af naloxegol hos patienter med opioidinduceret obstipation og cancerrelaterede smerter. Der skal derfor udvises forsigtighed ved ordination af naloxegol til sådanne patienter. **Interaktioner*:** Interaktion med CYP3A4-hammere: Samtidig brug af stærke CYP3A4-hammere er kontraindiceret. Samtidig indtagelse af grapefrugtjuice under behandling med naloxegol bør generelt undgås. Det anbefales at justere dosis af naloxegol ved samtidig administration af diltiazem og andre moderate CYP3A4-hammere. Startdosen til patienter, der tager moderate CYP3A4-hammere, er 12,5 mg en gang dagligt, og dosen kan øges til 25 mg, hvis 12,5 mg er veltolereret af patienten. Det er ikke nødvendigt at justere dosen hos patienter, der tager svage CYP3A4-hammere. Interaktion med stærke CYP3A4-induktorer: Moventig frarådet hos patienter, der tager stærke CYP3A4-induktorer. Interaktion med P-gp-hammere: Da virkningerne af P-gp-hammere på naloxegols farmakokinetik var små i forhold til virkningerne af CYP3A4-hammere, bør doseringsanbefalingerne for Moventig ved samtidig administration af lægemidler, der forårsager bade P-gpog CYP3A4-hamning, baseres på CYP3A4-hammerens status. **Absorbtion og Elimination*:** Maksimale koncentrationer (C_{max}) opnas efter mindre end 2 timer. Udskillelsen af moderstoffet naloxegol i urinen udgjorde mindre end 6 % af den totale administrerede dosis. Renal udskillelse er dermed en mindre udskillelsesvej for naloxegol. I kliniske farmakologistudier var halveringstiden af naloxegol i terapeutiske doser 6 til 11 timer. **Graviditet og amning*:** Brug hos gravide kvinder og ammende mødre frarådes. **Overdosering*:** I kliniske studier blev der administreret naloxegol-doser på op til 1.000 mg hos raske forsøgspersoner. Der er ingen kendt antidot mod naloxegol, og dialyse var ikke effektivt til elimination i et klinisk studie af patienter med nyresvigt. **Lægemiddelformer:** Tabletter. **Pakninger og priser*:** 25 mg: 10, 30 og 90 stk filmovertrukne tabletter i blystre. 12,5 mg: 30 stk filmovertrukne tabletter i blystre. Dagsaktuelt pris findes på www.medicinpriser.dk. **Udlevering:** B. Ej tilskud. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Kyowa Kirin Holdings B.V., Bloemlaan 2, 2132NP Hoofddorp, Holland. De med * markerede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det godkendte produktresumé af 12/2018. Yderligere information findes i produktresumeeet (www.ema.europa.eu), som vedtærlagsfrit kan rekvireres fra Kyowa Kirin, Niels Jernesvej 10, 9220 Aalborg.

MED EMBLEM I 120 ÅR

Dansk Sygeplejeråd rundede de 120 år i oktober. Det betyder, at organisationen bl.a. har oplevet to verdenskrige, penicillinets opfindelse og murens fald. En hæsblesende historie er ingen sag for et stolt, stærkt fællesskab som det blandt sygeplejersker.

Et fast holdepunkt gennem de 120 år har dog været emblemet med firkløveren 🍀.

Hvad betød det for dig at få emblemet 🍀?



f

Det er lige præcis 63 år siden, jeg fik min nål på Københavns Amt Sygehus i Gentofte. Har båret den med stolthed i mange år. Nu ligger den i skuffen og bliver først afleveret den dag jeg dør....

Lis Hansen

Gitte Anemark
BarrettStinne Engholm
Lindgren

Jane Boyschau

Jeg blev uddannet sygeplejerske for 5 år siden. Min mor var gået på efterløn året før, jeg var færdig, hvilket betød, at jeg kunne arve hendes sygeplejerskenål. Så nu bærer jeg emblemet både med hendes og mit nummer på ❤️

f

f

Det giver stolthed over at være en del af historien med sygeplejersker. Det betyder en kæmpe drøm er opfyldt. Mange gange tillykke til os alle 🇩🇪 🇸🇪 🍀

Jeg glæder mig til, at det om ca. 8 mdr. skal bæres med stolthed hver dag på min uniform ❤️👊 stort tillykke med fødselsdagen 🇩🇪 🇩🇪

f

DELIR I FOKUS

Sygeplejersker er ofte i risiko for at blive slået, kradset eller bidt, når de tager sig af patienter, der går i delir.

Sygeplejerskerne Mia Toldam og Jane Koch har været på delirkursus, og her lærte de blandt andet, at patienter i delir helt konkret "kun kan forstå sætninger med ét til syv ord," fortæller Mia Toldam, sygeplejerske på Hvidovre Hospital, i forrige nummer af Fagbladet Sygeplejersken 🍀



f

Dejligt der endelig kommer noget fokus på delirøse patienter 🙏

Isabella Lund
RasmussenChalotte Amalie
Laursen

Vi har ekstremt meget fokus på delir, både aktiv og stille delir. Da vi er en ældre medicinsk afdeling. Og vi fik reduceret antallet af delirøse patienter, da vi fik enestuer. Der er så meget viden, man kan lære ved delir. Det mest skræmmende er patienternes historier, da de er flove og husker alt.

f



Kom på
informasjonsdager
i november

Informasjonsdager - opplev Norge med Dedicare

Dedicare har fått ny avtale med alle sykehusene i Norge. Vi har nå mer jobb til deg som er sykepleier eller spesialsykepleier enn noen gang tidligere. Vi har blant Nordens høyeste lønninger for spesialsykepleiere. Du kan velge å jobbe fra Hammerfest i Nord till Oslo i Sør på sykehus og i kommuner.

Vi dekker din reise og bolig, samt gir deg god oppfølging av en bemanningskonsulent som er sykepleier. Vi er en trygg arbeidsgiver med lang kompetanse på helsebemanning. Dedicare er Norges største bemanningsbyrå innen helse.

Drop-in når det passer deg:

Tirsdag 26.11 i Ålborg Comwell Hvide Hus – 12:00 – 19:00

Onsdag 27.11 i Aarhus Scandic City Aarhus – 12:00 – 19:00

Torsdag 28.11 i København Scandic Palace – 12:00 – 19:00

dedicare.no/nurse
+47 74 80 40 70
nurse@dedicare.no

DEDICARE

Patienter med hjernerystelse svigtes

Patienter med længerevarende symptomer efter hjernerystelse må ofte selv finde og betale for deres behandling. Leder af Dansk Center for Hjernerystelse, Hana Malá Rytter, efterlyser lige behandling for alle.

Tekst **CHRISTINA SOMMER** · Illustration **ISTOCK**

Hvert år får ca. 25.000 danskere en hjernerystelse. Flertallet kommer sig hurtigt igen, men omkring 3.700 vil som Ida Herskind (side 56-57) stadig have symptomer som hovedpine og nakkespændinger et år efter traumat. Og de patienter tabes ofte i systemet, siger neuropsykolog og leder af Dansk Center for Hjernerystelse, Hana Malá Rytter: ”De må ofte selv finde frem til den rette behandling og også selv betale. Det kan medføre stress, bekymringer og forsinkelse i behandlingen, hvilket kan forværre symptomerne.”

Det skyldes ifølge Hana Malá Rytter bl.a., at læger i almen praksis og på sygehuse ofte ikke ved, hvor de kan sende patienterne hen. Der findes ellers en række specialiserede behandlings- og rehabiliteringstilbud på hjerneskadecentre, kommunikationscentre og i kommunalt regi. Men skulle lægerne kende til dem, er der endnu et problem.

”I dag kan lægerne ikke henvise patienterne til disse tilbud. Almen praksis kan i princippet kun henvise til vederlagsfri fysioterapi eller yderligere udredninger hos f.eks. speciallæger i privat regi eller på sygehuse. Men heller ikke de har mulighed for at henvise patienterne videre,” siger Hana Malá Rytter og uddyber: ”Lidt groft sagt er det i dag op til den kommunale sagsbehandler eller patientens forsikringsselskab eller privatøkonomi at afgøre, om patienten får den rette behandling.”

Hun mener derfor, at læger i almen praksis og på sygehuse skal have ret til at henvise patienter til de tilbud, der findes. Men det er lettere sagt end gjort, siger hun, da der er tale om et rehabiliteringstilbud, hvor indsatser hører ind under fire forskellige lovgivninger og flere overenskomstaftaler.

”Og det bliver hurtigt en debat om, hvem der skal betale. Overordnet mener jeg, at det er den sundhedsfaglige vurdering, der skal afgøre patientens vej igennem systemet og ikke patientens bopæl, sagsbehandler eller pengepung.”

Hun opfordrer derfor til, at Sundhedsstyrelsen sidestiller patienter med længerevarende symptomer efter hjernerystelse med patienter med hjerneskade.

”Den nyeste forskning peger på, at hjernerystelse er den mildeste form for traumatisk hjerneskade. Patienter, der ikke oplever spontan bedring, risikerer at udvikle længerevarende symptomer, og de skal derfor have adgang til

rettidig rehabilitering f.eks. gennem et konkret forløbsprogram, akkurat som patienter med mere alvorlige former for hjerneskade.”

I et skriftligt svar til *Sygeplejersken* oplyser seniorkonsulent Line Riddersholm, at Sundhedsstyrelsen ikke aktuelt vurderer, at det fagligt giver mening at lade de to patientgrupper være omfattet af samme anbefalinger. Hun fremhæver dog, at Sundhedsstyrelsen som beskrevet i *Fag&Forskning* nr. 4/2019 netop har godkendt Dansk Center for Hjernerystelse til at udarbejde den første, nationale, kliniske retningslinje om non-farmakologisk behandling af længerevarende følger efter hjernerystelse. Håbet er, at den vil kunne understøtte en ensartet indsats på tværs af kommuner, regioner og i praksissektoren. Sundhedsstyrelsen afviser heller ikke, at ny evidens på området kan give anledning til at vurdere, om det i fremtiden vil give mening at koble de to patientgrupper tættere sammen. ●

Læs Trialogen om hjernerystelse i Fag&Forskning nr. 4/2019 og bliv klogere på den aktuelt bedste viden om både diagnose, symptomer, konsekvenser og behandlingsmetoder.

Alt så normalt ud, **men ...**

Ida Herskind var netop begyndt på drømmejobbet som vært på den nu lukkede Radio24syv i 2015. Men få uger efter måtte hun sætte karriere og sit sociale liv på standby i flere måneder pga. en hjernerystelse, der blev sent diagnosticeret og behandlet.

Tekst **CHRISTINA SOMMER**
Foto **NIKOLAI LINARES**

Den burde være til at se. Den der sort-gule kabelbro, der krydsede asfalten for enden af den lille bakke ved DGI-Byen i København, som den dengang 26-årige Ida Herskind cyklede ned ad en fredag aften midt i september 2015. Først fredagsrock i Tivoli, nu videre til privat fest med nogle venner.

Ida Herskind nåede dog ikke så langt. Hun overså den lave, men meget stærke sort-gule forhøjning på vejen. Hendes cykel stoppede brat, og hun faldt ned på sin højre side, fortæller hun til Sygeplejersken her fire år efter uheldet, hvor hun trods manglende cykelhjelm ikke fik synlige skader.

”Men jeg gik ud som et lys. Da jeg vågner, står min veninde og rusker i mig samtidig med, at hun har 1813 i røret og fortæller, at jeg har været væk i 20 sekunder. Svaret er, at de ikke rigtig kan gøre noget, og at det er bedst, jeg tager hjem og slapper af,” husker hun.

Uden sår og smerter prajede Ida Herskind en taxa. Vel hjemme kontaktede hun selv 1813 og gengav aftenens hændelse punkt for punkt. Beskeden var dog den samme: Bliv hjemme og slap af.

Mere held end forstand

Næste morgen vågnede Ida Herskind med hovedpine. Hun slog det hen og tænkte, at det måtte være tømmermænd. Mandag morgen valgte hun dog at ringe til sin læge.

”Jeg drak kun to øl fredag, men følte stadig, jeg havde tømmermænd. Jeg fik en tid og mødte op og fortalte, hvad der var sket. Men jeg så jo frisk ud og havde svært ved konkret at fortælle, hvor det gjorde ondt. Og min læge havde svært ved at vurdere mig og min situation. Han målte mit blodtryk og sagde god for, at jeg kunne tage på arbejde.”

Med hjælp fra sin kæreste lærte Ida Herskind at nyde tiden som sygemeldt med hjernerystelse og sine gåture på Assistens Kirkegård i København: "Når jeg tænker tilbage, var det dejligt. Jeg gik meget og var i vildt god form og nåede f.eks. at høre alle seks bind af Karl Ove Knusgård's "Min kamp". Men de første to-tre uger efter styrtet var bare panik, angst og usikkerhed."

Så det gjorde Ida Herskind. Hun havde brugt hele sommerferien på at skrive kandidatspeciale i historie fra Københavns Universitet for at kunne aflevere før tid, så hun den 1. september kunne begynde på sit drømmejob som vært på kulturmagasinet "AK24syv" på den nu lukkede kanal Radio24syv. Men hun måtte hurtigt kaste håndklædet i ringen.

"Jeg ville så gerne vise, hvad jeg kunne, så jeg knoklede bare på resten af mandagen, tirsdag og onsdag med. Man kan ret meget med hovedpine, jeg sendte endda live to timer tirsdag aften. Men jeg var træt. Onsdag skulle jeg bare lave en lille opgave, men jeg kunne slet ikke fokusere. Lyden omkring mig var meget høj, jeg kunne knapt læse teksten og havde vildt ondt i hovedet."

Det blev startskuddet til et langt forløb med symptomer som hovedpine, nakkesmerter, lydfølsomhed og træthed, og hvor det var mere held end sundhedsfaglig forstand, der alt for sent førte til, at Ida Herskind fik den rette behandling.

Svær sygemelding

Ida Herskind var først og fremmest heldig, fordi hendes redaktørs kone havde haft langvarige symptomer efter hjernerystelse.

"Han insisterede på, at jeg skulle tage det alvorligt, og fik mig til at gå tidligt hjem den her onsdag. Her ringede jeg også til min veninde, som havde haft hjernerystelse. Hun sagde, at jeg skulle lade være med at se tv, lytte til radio,

læse og gå til fester. Jeg skulle melde mig syg og slappe af."

Efter telefonsamtalen med veninden mørklagde Ida Herskind sit soveværelse og sov med egne ord "i nærmest halvandet døgn". Weekenden tilbragte hun hos sine forældre for at tage til læge igen mandag. Denne gang fik hun faktisk diagnosen hjernerystelse og en henvisning til en kiropraktor, der skulle hjælpe hende af med nakkespændinger og hovedpine. Kiropraktoren havde tilfældigvis også haft hjernerystelse, men hans anbefaling var som udgangspunkt, "at hun bare skulle ligge ned i en måned":

"Han registrerede dog også, at der var noget med mit højre øje. Jeg fik nogle øvelser, men var super forvirret."

Arbejdet magtede Ida Herskind dog ikke, og udsigten til en sygemelding fik hende til at kontakte sin specialevejleder, hvilket igen var held i uheld.

"Jeg havde brug for en forhåndsgodkendelse af mit speciale, så jeg kunne få sygedagpenge. Skæbnen ville, at min vejleder også havde haft hjernerystelse, og hun sendte mig lige i armene på en fysioterapeut med speciale i hovedtraumer efter trafikuheld."

Gåture med høretelefoner

Det blev første, vigtige vendepunkt for Ida Herskind:

"Hun sagde, jeg skulle sygemelde mig i en måned, hvilket var enormt rart. Endelig en autoritet, der sagde, jeg skulle melde mig syg. Jeg fik behandlinger, og hun introducerede mig for mindfulness-øvelser og tog sig også af det psykiske. Hun kurerede mig ikke, men gav mig en paraply af værktøjer, som kunne lindre min hovedpine og nakkesmerter."

Den første måneds sygemelding blev til to:

"Jeg kunne ikke se fjernsyn, bruge NemID eller være sammen med mange mennesker, især børn. Jeg havde stadig hovedpine og kunne ikke overskue særligt meget."

Ida Herskind formåede dog at lytte til egne behov:

"Jeg havde lyst til at være ude og begynde at gå ture og høre lydbøger på Assistens Kirkegården. Jeg pakkede mig godt ind i varmt tøj, regntøj, gummi-støvler, kasket, solbriller, lydisolerende

høretelefoner og havde masser af guldkarameller i lommen."

Efter rådslagning med fysioterapeuten begyndte hun i december at arbejde på nedsat tid for at være tilbage på fuld tid igen i januar 2016, godt tre måneder efter styrtet.

"Men jeg prioriterede udelukkende jobbet og skruede fuldstændig ned for det sociale. Efter nogle måneder sagde fysioterapeuten dog, at jeg skulle stoppe med at være den der skrøbelige dame, der ikke kunne tåle noget, og jeg begyndte stille og roligt at være mere social igen."

Optometrist reddede min røv

Sommeren 2016 havde Ida Herskind stadig nakkespændinger, hovedpine og svært ved at koncentrere sig. Hun var dog fuldt funktionsdygtig i drømmejobbet og skrev også klummer til Information, bl.a. en som blev til en kronik om netop hjernerystelse. Kronikken blev delt over 10.000 gange, og hun fik masser af henvendelser fra læsere, der genkendte hendes historie.

Den endegyldige forløsning kom dog først i midten af 2017, hvor endnu en anbefaling fra en bekendt førte til, at Ida Herskind opsøgte en optometrist, igen for egne penge, da forsikringen ikke dækkede:

"Og hun reddede min røv. For det første diagnosticerede hun mig: Mit højre øje var slået lidt ud af kurs. Budskabet var, at det kunne jeg genoptræne. Så jeg lavede hendes øvelser hver morgen og fik det bedre og bedre," siger Ida Herskind og tilføjer:

"Tænk hvis jeg var kommet i gang med de øvelser med det samme. Herregud, jeg var væk fra arbejde i to-tre måneder, men jeg havde nakkespændinger og ondt i hovedet hele tiden, og så var der alt det sociale, jeg måtte droppe, og bekymringen fra nogle i min omgangskreds, om jeg var stresset. Det er jo en usynlig lidelse."

Ida Herskind slap optometristen i vinteren 2018 og er i dag med egne ord "sig selv igen". Hun understreger også, at hun ikke klandrer sin praktiserende læge:

"Men hvor ville jeg ønske, jeg var blevet sendt videre i systemet til den rette behandling meget tidligere." ☺

MEMBER OFFER

FORBRUGSFORENINGEN

Shop julegaver hjemme fra sofaen

Find webbutikker
med medlemsbonus

dsr.dk/rabatter



BAUTA FØRSIKRING

Ski, briller og rygskjold?

Husk rygdækning!

Rejseforsikring til medlemspris

www.dsr.dk/rabatter



GADS FORLAG

Fagbøger eller underholdning?

Køb bøger med rabat

www.dsr.dk/rabatter

Planlægning og engagement Det er mit job

Peter Hansen Jakobsen, Afdelingssygeplejerske



I en akutmodtagelse handler det om at være parat. Jeg møder 6:30, klæder om og går en runde for at høre, hvordan natten har været, og om vi skal gøre noget, for at dagen kan starte godt op.

Ved at investere den tid, kan vi være på forkant, uanset hvad der kommer. Vi modtager patienter med mange forskellige symptombilleder, lige fra patienten med den brækkede arm til den svært kritiske akut syge patient.

Søg et job med hjerne
og hjerte på midtjob.dk

midt
regionmidtjylland

THE FUTURE IN PRIVACY & HYGIENE SOLUTIONS



Keep it Clean™

SILENTIA SKÆRMSYSTEM

Kravene til et hygiejnisk nærmiljø omkring patienten bliver hele tiden vigtigere. Keep it Clean™ er Silentias bidrag til nedsat smittespredning. Silentias skærmsystem giver stor fleksibilitet og kan tilpasses til alle plejemiljøer. Skærmene er nemme at rengøre, flytte og folde sammen. • Læs mere på silentia.dk

EasyClean™

Alle vores produkter lever op til strenge hygiejnekrav. Overfladerne er nemme at rengøre. Det går hurtigt, og smittespredningen nedbringes på en effektiv måde.



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



Sygeplejersken

PODCAST




LYDEN AF NATTEVAGTEN

Kom med på nattevagt og hør, hvad der sker med din krop, og hvordan du kan passe godt på den.

Podcast fra Sygeplejersken. Hør den, hvor du henter dine podcasts eller på dsr.dk/podcast





Klimaændringer:

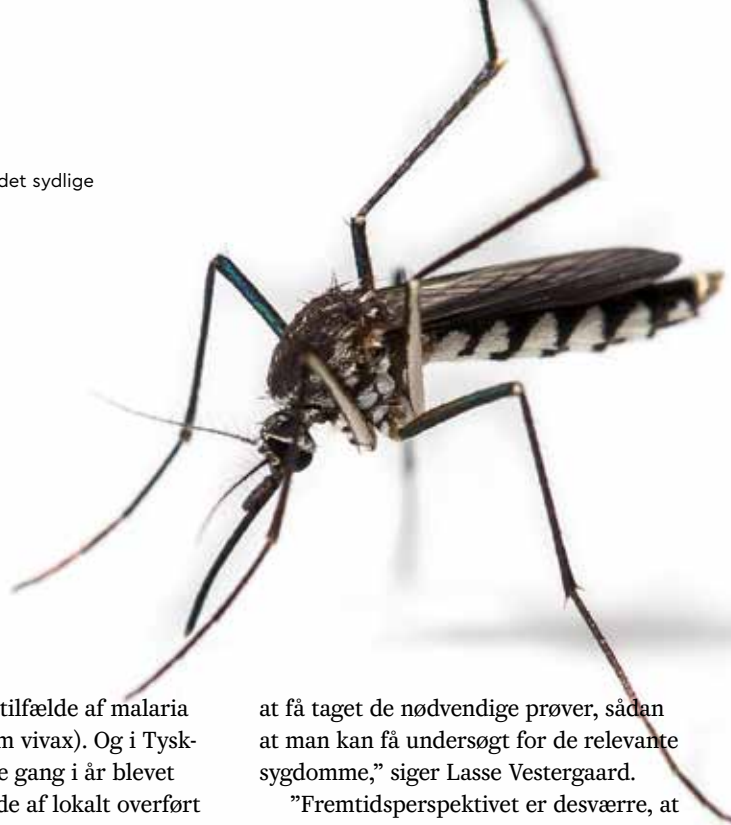
Den største trussel eller en chance for at forbedre folkesundheden?

I fremtiden skal danske sygeplejersker i højere grad også tænke på malaria, zikavirus og dengue, når en patient indlægges med influenza-lignende symptomer. Det er en konsekvens af klimaændringerne, der også kan få betydning for folkesundheden i Danmark.

Tekst **ANNE WITTHØFFT**
Illustration **ISTOCK**

Aedes albopictus. Den mest invasive myg i verden. Er til stede i store dele af det sydlige Europa. Kan være bærer af bl.a. zika, dengue og chikunguny.

Kilde: Statens Serum Institut



Malaria. Vestnilfeber. Dengue. Zikavirus.

Det er sygdomme, som danske borgere tidligere kun har skullet bekymre sig om, når de rejste til mere eksotiske himmelstrøg.

Men sådan er det ikke længere.

I den sydfranske by Hyères ved den franske riviera blev der i sommer konstateret tre tilfælde af zikavirus sygdom.

Det særlige var, at det ikke var en virus, som de tre smittede havde bragt med hjem fra andre kontinenter. De var derimod blev stukket i Hyères af myg, der bar smitten.

”Det synes jeg er ret bekymrende.

Betyder det, at vi på sigt skal til at advare danske gravide om at rejse til Frankrig, ligesom vi generelt fraråder gravide at tage til lande, hvor der er risiko for zikavirus?” spørger afdelingslæge Lasse Vestergaard fra Statens Serum Institut.

Fra 2008 til 2015 arbejdede Lasse Vestergaard for WHO i Sydøstasien og Stillehavet med bekæmpelse af myggeoverførte sygdomme, bl.a. malaria, dengue-feber og chikungunya. De kaldes også vektorbårne sygdomme. Dengang havde han ikke forestillet sig, at overvågning og bekæmpelse af vektorbårne sygdomme også skulle blive et af hans arbejdsområder i Danmark.

Men klimaændringerne og de øgede temperaturstigninger har gjort, at vektorbårne sygdomme, der tidligere kun fandtes i tropiske områder og på andre kontinenter, nu er kommet til Europa.

Hedebølge gav vestnilfeber

Der har bl.a. været set lokale tilfælde af dengue og chikungunya i lande som Spanien, Frankrig og Italien. Græken-

land har ofte lokale tilfælde af malaria (af arten Plasmodium vivax). Og i Tyskland er der for første gang i år blevet konstateret et tilfælde af lokalt overført vestnilfeber hos et menneske. En virus sygdom overført af myg, der ankom til Central- og Sydeuropa i 2010, og som siden har bredt sig, særligt under den langvarige hedebølge henover sommeren 2018, hvor 80 europæere mistede livet pga. vestnilfeber.

Derfor er der brug for mere oplysning til både danske borgere og dansk sundhedspersonale, mener Lasse Vestergaard.

”For sundhedspersonalet betyder det allerede nu, at både læger og sygeplejersker skal være mere opmærksomme på de symptomer, som patienter hjemvendt fra ophold i Sydeuropa beskriver. De skal også have en større opmærksomhed på

at få taget de nødvendige prøver, sådan at man kan få undersøgt for de relevante sygdomme,” siger Lasse Vestergaard.

”Fremtidsperspektivet er desværre, at medmindre vi formår at bremse temperaturstigningerne, vil de klimarelaterede problemer potentielt medføre en stor forandring for vores sundhedsvæsen.”

Ekstremt vejr påvirker psyken

Peter Furu er lektor og studieleder på Institut for Folkesundhedsvidenskab på Københavns Universitet.

Han er enig i, at der er brug for at gøre sundhedspersonalet mere bevidst.

”De bør allerede nu kende til de sundhedsmæssige konsekvenser af klimaændringerne, for i fremtiden vil de i højere grad blive udsat for, at patienter vil kunne dukke op med sundhedsproblemer

MYGGEBÅRNE SYGDOMME I EUROPA

- **Malaria** giver kulderystelser, feber, hovedpine, svimmelhed, maveproblemer og muskelsmerter. Den ondartede form af malaria kan give hjernemalaria, svær blodmangel, lever og nyresvigt. Hvert år dør ca. 500.000 mennesker af malaria.
- **Vestnilfeber** er i de fleste tilfælde en mild og ufarlig infektion. Men i sjældne tilfælde kan virus føre til alvorlige infektioner i hjernen, specielt hos ældre og svække personer. I 2018 var der ca. 2.000 tilfælde i Europa.
- **Dengue** kan give høj feber, udslæt, hovedpine og muskelsmerter som ved en alvorlig influenza. Mange får dog ingen eller meget milde symptomer. Der er mere end 390 millioner tilfælde af dengue hvert år. Denguefeber er hvert år skyld i ca. 20.000 dødsfald.
- **Zikavirus** giver kun lidt feber og udslæt. I de fleste tilfælde er det helt ufarligt. Men for gravide kan smitte med zikavirus give fosterskader, bl.a. mikrocephali (for lille hovedudvikling) og andre skader på centralnervesystemet hos nyfødte.
- **Chikunguny** giver influenzalignende symptomer og er kun i sjældne tilfælde dødelig. Er blevet registreret i Italien.

Kilde: Statens Serum Institut og sundhed.dk



Anopheles-myggen kan findes fra det sydøstlige Sverige til Portugal. Kan være bærer af malaria. Malaria myggen koster ca. 450.000 menneskeliv om året.

Kilde: Statens Serum Institut

opstået på baggrund af klimaændringerne,” siger han.

Allerede for 10 år siden konstaterede en ekspert-kommission sammensat af det videnskabelige britiske medicinske tidsskrift *The Lancet*, at klimaændringerne er ”den største trussel mod folkesundheden i det 21. århundrede”.

Den globale CO₂-udledning har ført til en stigning i hyppigheden og alvorligheden af ekstreme vejrphænomener som oversvømmelser, jordskred, storme og tørke, der er relateret til nedbør, vind og temperatur, fortæller Peter Furu.

Vejrphænomenerne fører til direkte afledte sundhedsproblemer i form af f.eks. skader og drukneulykker, siger han, men klimaændringerne har også mere indirekte konsekvenser, bl.a. på den mentale sundhed.

”Undersøgelser viser, at mennesker, der gentagne gange er udsat for naturkatastrofer forårsaget af vejrphænomener kan oparbejde usikkerhed og angst for, hvad der skal ske med hus, hjem og levevilkår. Det kan give grobund for alvorlige mentale sundhedsproblemer f.eks. i form af angst, depression og selvmord.

Selv om det især er lav- og mellemindkomstlande, der er hårdt ramt, kan vi i Danmark ikke regne med, at vi kommer til at gå fri, mener Peter Furu.

”Vi skal passe på med ikke at lukke øjnene for, at det i sidste ende ikke også rammer os. Vi er jo en del af den samme planet, og når det brænder i Amazonas regnskov, påvirker det klimaet på en måde, der på sigt også kan ramme os.”

Fra isbjørne til børnesundhed

I USA mærker man allerede klimaændringerne med ekstreme vejrphænomener og skovbrande. Akutlæge på Massachusetts General Hospital Renee Salas, som også er tilknyttet Harvard Medical School, si-

ger i et interview med *The New England Journal of Medicine*, at hun jævnligt ser sygdomme afledt af klimaændringerne hos sine patienter bl.a. forårsaget af stigende temperaturer, højere pollental og også klimadepressioner.

I interviewet understreger hun, at: ”Det er vigtigt, at vi (sundhedspersonalet, red.) forstår og taler om, hvordan klimaændringerne påvirker vores patienter negativt. Undersøgelser viser, at folk lytter mere til deres læge end til klimaeksperterne,” siger Renee Salas og fortsætter:

”Vi skal gøre klimasnakken mere personlig. I stedet for at tale mest om isbjørne på skrumpende isflager, skal vi tale om de konsekvenser vi ser hos vores patienter, familie og børn.”

Lige nu ser man tydeligst, hvordan det går ud over de mest sårbare patienter som børn og ældre, men alles sundhed vil på sigt blive påvirket, mener hun og peger på, at konsekvenserne af klimaændringerne i et land kan få direkte betydning for sundhedssystemet i et andet.

Som eksempel nævner hun, hvordan orkanen Maria, som hærgede Puerto Rico i september 2017, et halvt år senere fik konsekvenser for sundhedssystemet i USA, fordi de plasticposer, man bruger til intravenøs væske blev produceret i Puerto Rico på store fabrikker, som var blevet ødelagt af orkanen.

Den største sundhedsmulighed

Lektor på Institut for Folkesundhedsvidenskab på Københavns Universitet, Peter Furu fortæller, at et andet ekspertpanel nedsat af *The Lancet* i 2015 har peget på, at hvis verdenssamfundet målrettet bekæmper klimaændringerne, vil ”den største trussel mod folkesundheden” kunne vendes til den største mulighed for

en bedring af befolkningssundheden.

”Hvis vi reducerer drivhusgasserne tilstrækkeligt, så kan det føre en masse godt med sig. Hvis man formår at nedbringe luftforureningen, så vil det mindske dødelighed og sygelighed som følge af folks luftvejsproblemer,” siger han og peger også på, at flere plantebaserede fødevarer, grønnere områder i byerne og ændrede transportformer, der indbyder til større aktivitet både kan forbedre den fysiske og mentale sundhed. ●



KLIMAFORANDRINGER OG SUNDHED

De seneste 130 år er verden blevet 0,85 grader varmere. Globalt set har det negativ betydning for menneskers adgang til ren luft, rent drikkevand, mad og tag over hovedet.

Med de nuværende klimaforandringer vil der i perioden 2030-2050 årligt være cirka 250.000 ekstra dødsfald relateret til klimaforandringer. Folk vil dø af underernæring, malaria, diarré og hedeslag.

Hedebølgen i Europa i 2003 kostede 70.000 mennesker livet.

Kilde: WHO

NÅR DU VACCINERER MOD INFLUENZA, SÅ OVERVEJ OGSÅ AT BESKYTTE DINE PATIENTER MOD PNEUMOKOKPNEUMONI



HJÆLP DINE PATIENTER TIL BESKYTTELSE MOD PNEUMOKOKPNEUMONI VED VACCINATION MED PREVENAR 13^{®1,2}

Sundhedsstyrelsen har udvidet det klausulerede tilskud, så det nu er muligt for personer over 65 år med kronisk sygdom og øget risiko at opnå tilskud til vaccination med Prevenar 13^{®1,2}. En stor del af de patienter, der tilbydes gratis influenzavaccination, opfylder således også kriterierne for klausuleret tilskud til vaccination med Prevenar 13^{®1,2}.

Produktinformation findes på side 64.



Prevenar 13[®] indikation: Aktiv immunisering til forebyggelse af invasiv sygdom, pneumoni og akut otitis media forårsaget af *Streptococcus pneumoniae* hos spædbørn, børn og teenagere i alderen fra 6 uger op til 17 år. Aktiv immunisering med henblik på forebyggelse af invasiv sygdom og pneumoni forårsaget af *Streptococcus pneumoniae* hos voksne fra 18 år og hos ældre personer.

Referencer: 1. Prevenar (13) 063 SmPC V31.0 12Jun2019. 2. Sundhedsstyrelsen, tilskud til vacciner: <https://www.sst.dk/da/ogaver/forebyggelse/boernevaccinationsprogrammet/tilskud-til-vacciner-for-risikogrupper>.

Forkortet produktinformation findes på side xx

PP-PNA-DNK-0191 – 15. oktober 2019

Forkortet produktinformation for Prevenar 13 injektionsvæske, suspension.

Konjugeret pneumokok polysaccharidvaccine (13-valent, adsorberet). 1 dosis (0,5 ml) indeholder 2,2 µg pneumokokpolysaccharid af serotyperne 1, 3, 4, 5, 6A, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F, 23F og 4,4 µg af serotype 6B. Konjugeret til ca. 32 mikrog CRM₉₇ bærerprotein, adsorberet på aluminiumphosphat (0,125 mg).

Indikationer: Aktiv immunisering til forebyggelse af invasiv sygdom, pneumoni og akut otitis media forårsaget af *Streptococcus pneumoniae* hos spædbørn, børn og teenagere i alderen fra 6 uger op til 17 år. Aktiv immunisering mhp. forebyggelse af invasiv sygdom og pneumoni forårsaget af *Streptococcus pneumoniae* hos voksne fra 18 år og ældre personer. Se fuldt produktresumé pkt. 4.4 og 5.1 vedr. beskyttelse mod specifikke pneumokokserotyper. Anvendelsen bør baseres på officielle anbefalinger under hensyntagen til risikoen for invasiv sygdom og pneumoni hos forskellige aldersgrupper, underliggende komorbiditet samt variabiliteten af serotype-epidemiologi i forskellige geografiske områder.

Dosering: Intramuskulær injektion (anterolateralt på låret (m.vastus lateralis)) hos spædbørn eller m.deltoidus hos børn og voksne. **Spædbørn, børn og teenagere (til og med 17 år):** vaccinationsplanen bør baseres på officielle anbefalinger. **Voksne fra 18 år og ældre personer:** En enkelt dosis. Behovet for revaccination er ikke fastlagt. Hvis brugen af 23-valent polysaccharidvaccine anses for hensigtsmæssig, skal Prevenar 13 gives først uanset tidligere pneumokokvaccinationsstatus. **Særlige populationer:** Personer med underliggende sygdom der kan disponere for invasiv pneumokoksygdom (f.eks. seglcelleanæmi eller hiv-infektion) herunder tidligere vaccinerede (med en/ flere doser 23-valent pneumokok polysaccharidvaccine) må få mindst 1 dosis Prevenar 13. Ved hæmatopoietisk stamcelletransplantation (HSCT) består den anbefalede vaccinationsserie af 4 doser a 0,5 ml startende 3-6 måneder efter HSCT og indgivet med et interval på mindst 1 måned. 4. dosis anbefales det at give 6 måneder efter 3. dosis.

Kontraindikationer: Overfølsomhed over for indholdsstofferne, eller difteritokoid. Administrationen af Prevenar 13 udskydes, ved akut svær febrilsygdom (gælder ikke lettere infektion)

Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedr. brugen: Må ikke administreres intravaskulært. Medicinsk behandling og overvågning skal altid være til rådighed i tilfælde af sjældne anafylaktisk reaktion. Bør ikke gives til personer med trombocytopeni eller koagulopati, som kontraindicerer i.m. injektion, men kan gives subkutant hvis den potentielle fordel klart opvejer risici. Personer med nedsat immunrespons kan have nedsat antistof respons på aktiv immunisering og data for sikkerhed og immunogenicitet findes kun på et begrænset patientantal for seglcelleanæmi og hiv-infektion (ingen data for andre immunkompromiterede grupper). Potentielt risiko for apnø og behov for respiratorisk overvågning i 48-72 timer bør overvejes hos børn født meget for tidligt (≤ 28 ugers svangerskab). Febernedsættende behandling bør påbegyndes iht. lokale retningslinjer til børn med krampetilstande eller med en anamnese med febrile krampe og til alle børn, som får Prevenar 13 samtidig med vacciner, som indeholder helcelle-pertussis.

Interaktioner: **Fra 6 uger til 5 år:** Kan gives samtidigt med følgende vaccineantigener, enten som monovalente eller kombinationsvacciner: difteri, tetanus, acellulær pertussis eller helcellepertussis, *Haemophilus influenzae* type b, inaktiveret poliomyelitis, hepatitis B (se også under bivirkninger), meningokok serogruppe C, mæslinger, fåresyge, røde hunde, skoldkopper og rotavirusvaccine. Kan også gives samtidigt med tetanus-toksoïd-konjugeret meningokok-polysaccharidvaccine serotype A,C,W og Y (i alderen 12-23 måneder), ved tidligere immunisering med Prevenar 13. **Fra 6-49 år:** Ingen data for samtidig administration af andre vacciner. **Over 50 år:** Kan indgives samtidig med den sæsonbestemte trivalente (TIV) og tetravalente (QIV), inaktiverede influenzavaccine. Samtidig administration med andre vacciner er ikke undersøgt. Forskellige vacciner til injektion bør altid gives på forskellige vaccinationssteder.

Fertilitet, graviditet og amning: Bør ikke anvendes under graviditet. Ukendt om vaccinen udskilles i modermælk.

Virkninger på evnen til at føre køretøj eller betjene maskiner: Nogle af bivirkningerne kan midlertidigt have en indvirkning.

Bivirkninger: Der er set øget forekomst af krampeanfald (med/uden feber) og hypotoniske hyporesponsive episoder ved samtidig administration af Infanrix hexa. **Fra 6 uger til 5 år:** Meget almindelige: nedsat appetit, pyreksi, irritabilitet, erytem, induration/hævelse eller smerte/ømhed på vaccinationsstedet. Erytem eller induration/hævelse 2,5-7 cm (efter booster dosis og hos børn på 2-5 år), døsigthed, dårlig søvnkvalitet. Almindelige: pyreksi $> 39^{\circ}\text{C}$, bevægelsehæmning på vaccinationsstedet (pga. smerter), erytem eller induration/hævelse 2,5-7,0 cm (efter spædbørnsserien) på vaccinationsstedet, udslæt, opkastning, diarre. Ikke almindelige: Erytem, induration/hævelse $> 7,0$ cm på vaccinationsstedet, gråd, urticaria/urticarialignende udslæt, krampe (herunder feberkrampe). Sjældne: overfølsomhedsreaktion, herunder ansigtsødem, dyspnø, bronkospasmer, hypotonisk, hyporesponsiv episode. Hyppighed ukendt: Lymfadenopati (omkring vaccinationsstedet), anafylaktisk/anafylaktoid reaktion herunder shock, angioødem, erythema multiforme, urticaria/dermatitis/ kløe på vaccinationsstedet, flushing. **Specielle populationer:** Apnø hos spædbørn, født meget for tidligt (≤ 28 ugers svangerskab). **Fra 6-17 år:** Meget almindelige: nedsat appetit, irritabilitet, erytem, induration/hævelse eller smerte/ømhed på vaccinationsstedet (herunder nedsat bevægelighed), døsigthed, dårlig søvnkvalitet. Almindelige: hovedpine, udslæt, urticaria/urticarialignende udslæt, pyreksi. Ikke almindelige: opkastning, diarre. Bivirkninger set hos børn i alderen 6 uger til 5 år kan være relevante for denne aldersgruppe også. **Fra 18 år og de ældre:** Meget almindelige: nedsat appetit, hovedpine, diarre, opkastning (aldersgruppen 18-49 år), udslæt, kulderystelser, træthed, erytem, induration/hævelse og smerte/ømhed på vaccinationsstedet (svær smerte/ømhed meget almindelig i aldersgruppen 18-39 år), begrænsning i armens bevægelighed (svær begrænsning meget almindelig i aldersgruppen 18-39 år), artralgi, myalgi. Almindelige: opkastning (aldersgruppen ≥ 50 år), pyreksi (meget almindelig i aldersgruppen 18-29 år). Ikke almindelige: kvalme, overfølsomhedsreaktion herunder ansigtsødem, dyspnø og bronkospasmer, lymfadenopati omkring vaccinationsstedet. Der er observeret en højere frekvens af nogle af de systemiske reaktioner ved administration sammen med trivalent inaktiveret influenza vaccine.

Overdosering: Ikke sandsynlig, da Prevenar 13 leveres i en fyldt injektionssprøjte. Ved doser, administreret tættere på den tidligere dosis end anbefalet er de indberettede uønskede hændelser, i overensstemmelse med de hændelser, som blev indberettet med doser givet i de anbefalede pædiatriske tidsplaner for Prevenar 13.

Udl. B. Tilskud: Klausuleret.

Markedsføringstilladelse: Pfizer Europe MA EILG, Boulevard de la Plaine 17, Bruxelles, Belgien.

Lægemiddelform og styrke	Pakningsstørrelse
Injektionsvæske, suspension	1 x 0,5 ml

Dagsaktuel pris findes på www.medicinpriser.dk
De med * mærkede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af EMA godkendte produktresumé. Produktresuméet kan vederlagsfrit rekvireres hos Pfizer ApS, Lautrupvang 8, 2750 Ballerup, tlf. 44 20 11 00.

Prevenar (13) 062 ASmPC V30.0 31oktober2018

Produktinformation for annonce side 63.

PP-PNA-DNK-0181 - 15. oktober 2019

Du er en del af nogle stærke fællesskaber

Siden 1880 har Lån & Spar været en bank for helt almindelige mennesker. En bank som hylder fællesskabet. Vi er nemlig ejet af mere end 50 organisationer bl.a. DSR.

3 % er Danmarks højeste rente
Med fællesskabet følger ekstra gode fordele. Som bl.a. 3% i rente på de første 50.000 kr. på din lønkonto. Det er Danmarks højeste rente og noget ingen andre banker kan matche.
Se mere på lsb.dk/dsr

3%
PÅ LØNKONTOEN
- bare fordi du er medlem af DSR
Ring: 3378 1927
- eller gå på lsb.dk/dsr og book møde

Sådan får du 3 % i rente på din lønkonto

- Du er medlem af DSR og har afsluttet din uddannelse.
- Du samler hele din privatøkonomi hos Lån & Spar (LSBprivat®Løn er en del af en samlet pakke af produkter og services, som din økonomi kreditvurderes ud fra).
- De 3% i rente er på de første 50.000 kr. på lønkontoen. Der er 0% på resten.
- Se alle vilkår på lsb.dk/medlemsvilkaar. Rentesatserne er variable og gælder pr. 9. maj 2019.
- Du behøver ikke flytte dine realkreditlån. Men evt. ændringer og nye realkreditlån, skal gå gennem Lån & Spar og Totalkredit.



Lån & Spar

Navne

NY OVERSYGEPLJERSKE I AKUTAFDELINGEN PÅ REGIONSHOSPITALET RANDERS

Marianne Renberg, Risskov, der i dag er afdelingssygeplejerske i Intensiv Øst på Aarhus Universitetshospital, tiltræder som oversygeplejerske i Akutafdelingen på Regionshospitalet Randers den 1. november. Sammen med ledende overlæge Christian Skjærbæk skal hun stå i spidsen for cirka 150 medarbejdere, der tager sig af 40.000 akutte patientforløb om året.

Den nye oversygeplejerske har erfaring med at lede medarbejdere gennem større omstillinger og opbygge samarbejde på tværs af mange afdelinger fra sit arbejde på Aarhus Universitetshospital.

BOGEN 'SYGEPLJERSKEN' BEDST FORMIDLET

Landets bedste undersøgende journalister er her til aften blevet kåret af Foreningen for Undersøgende Journalistik.

Politikens journalist Kristian Corfixen har vundet Foreningen for Undersøgende Journalistik pris for bedste formidling for bogen 'Sygeplejersken', der handler om den såkaldte sygeplejerskesag fra Nykøbing Falster.

I bogen beskriver Kristian Corfixen sagen, der endte med, at en sygeplejerske, der arbejdede på Nykøbing Falster Sygehus, blev idømt 12 års fængsel. I detaljer beskriver Kristian Corfixen bl.a. en nattevagt, hvor sygeplejersken forsøgte at slå flere patienter ihjel.

FORSKERPRIS TIL SYGEPLJERSKE FRA VIBORG



Foto: Agata Ewa Lenczewska-Madsen

Marie Dahl, sygeplejerske, postdoc, ph.d., Regionshospitalet Viborg har modtaget Hjerterforeningens Karkirurgiske Forskningspris.

Marie Dahl har siden slutningen af 90'erne været med til at iværksætte de første, betydende, forebyggende foranstaltninger på afdelingen i Viborg. Siden har hun gennemført en masteruddannelse i sygepleje ved Deakin University i Australien. Og i 2018 forsvarede hun sit ph.d.-projekt vedrørende forebyggelse af hjerte-kar-sygdom hos kvinder. Marie Dahl er aktiv i det kardiovaskulære forskningsnetværk ved Regionshospitalet Viborg. Hun indgår også i et tværfagligt forskningsnetværk på OUH.

Mindeord

ERIK ELGAARD SØRENSEN



Det er med stor sorg, vi har mistet vores nære kollega, sygeplejerske, forskningsleder og professor i klinisk sygepleje, Erik Elgaard Sørensen.

Erik brændte for sygeplejen – for syge og sårbare mennesker og for til stadighed at bidrage til at forbedre pleje og behandling. Erik var en enorm sygeplejefaglig kapacitet og en højt respekteret mono- og tværfaglig samarbejdspartner. I perioden 2013-2018 stod Erik i spidsen for Forskningsprogrammet "Patienten i Front – Forskning i Centrum". Sammen med kollegaer ved AaUH og AAU indgik Erik i et internationalt forskningssamarbejde vedr. den sygeplejefaglige begrebsramme Fundamentals of Care. Med Erik bag roret førte dette samarbejde til etablering af et tværinstitutionelt forskningssamarbejde i Region Nordjylland om personcentreret sygepleje. Eriks strategiske blik og utrættelige indsats medførte, at professor Alison Kitson, Flinders University, Australien blev adjungeret som professor ved AAU.

Erik var en særdeles vellidt kollega og leder, og vi har med hans død mistet et forbillede og et fyrtårn inden for sygeplejen. Med sin grundige, ordentlige og omsorgsfulde facon har Erik sat sit aftryk mange steder; på AaUH, AAU og i utallige nationale og internationale sammenhænge. Det bliver en svær arv at løfte. Vi står heldigvis sammen, og det skal vi, for "sammen er vi stærke". Det ville Erik have sagt.

Vores tanker går til Eriks mand Flemming, familie og nære venner.

Æret være Eriks minde.

Sygeplejefaglig direktør Lisbeth Kjær Lagoni, Forskningsleder Mette Grønkjær og kollegaer ved Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, AaUH.



Et forsikringsfællesskab for dig,
der ved, at sinus frontalis bare
er et andet ord for pandehule.

Bauta Forsikring er et forsikringsfællesskab for udvalgte faggrupper, blandt andre sygeplejersker. Vi er ejet af vores medlemmer med alle de fordele, der følger med.

Vores mål er at sikre dig den lavest mulige pris og den højest mulige erstatning.

Tjener vi for meget på en forsikring, kommer det også dig til gode, enten ved at vi sænker priserne eller forbedrer dine forsikringer.

Derudover belønner vi dig årligt med en rabat på dine forsikringer, når du har været medlem i tre år.

Hvis du kan se meningen, så se, hvordan du bliver medlem.

Gå ind på bauta.dk/blivmedlem eller ring til os på 33 95 76 81.



Vores forsikringer er gang på gang kåret
Bedst i test af Forbrugerrådets magasin
Tænk Penge.

Senest for vores ulykkesforsikring.



Bauta Forsikring – en del af LB Forsikring A/S,
CVR-nr. 16 50 08 36, Farvergade 17, 1463 København K

Bauta Forsikring
En del af LB Forsikring

SYGEPLEJERSKER SØGES TIL GRØNLAND

– en faglig udfordring og en oplevelse for livet

Når du arbejder som sygeplejerske i Grønland får du alle dine faglige kompetencer i spil og vi har selvfølgelig også plads til dig. **Interesseret? Så læs mere på gjob.dk**



Det Grønlandske Sundhedsvæsen



Terese Klausen
4. semester
Københavns
Professionshøjskole



Trine Valbjørn
Madsen
5. semester
Via UC Viborg



**SARAH MUNKSØ
LAURIDSEN**
3. semester
UC Diakonissestiftelsen



Nathalie
Kjær Bach
3. semester
UC Diakonissestiftelsen



Sarah Bregnhøj
6. semester
UC Diakonissestiftelsen



...patienter er mere end blot en sygdom eller et problem, der skal løses...

Mennesket bag sygdommen er ikke synligt for alle sygeplejersker, og det kan der være mange årsager til. En studerende er dog overvejende fag-optimist efter de første to semestre.

Da jeg startede på sygeplejer-
skeuddannelsen, blev jeg spurgt,
hvorfor jeg havde søgt netop den
uddannelse. Det var et spørgsmål,
jeg ikke rigtig havde stillet mig
selv før. Da jeg skulle svare på det,
var det ikke med en indstuderet
tale. Svaret kom lige fra hjertet.

Idéen om at skulle arbejde in-
den for pleje og sundhed opstod
for snart fem år siden, da jeg fik
konstateret type 1-diabetes. Her
mødte jeg for alvor sundheds-
væsenet for første gang. Jeg blev
indlagt akut og oplevede en hær
af fantastiske, empatiske og in-
spirerende sygeplejersker. Men
jeg mødte også det modsatte. Jeg
mødte et hav af sygeplejersker,
der ikke så mig som menneske,
men faktisk så mig som et pro-
blem, der skulle løses. Jeg skulle
på benene igen, så jeg kunne blive
udskrevet og give plads til den næ-
ste. Og disse sygeplejersker blev
faktisk min største motivation for
at gå ind i denne verden.

Da jeg blev introduceret til hospi-
talsvæsenet, indså jeg hurtigt, at jeg
ville ændre noget, jeg ville gøre det
bedre, og jeg ville blive klogere.
Jeg ville se det hele indefra og ikke
bare fra en hospitalsseng.

På mit 1. semester prædikede
vores undervisere, at patienter er
mere end blot en sygdom eller et
problem, der skal løses. De er men-
nesker. Vores undervisere gav mig
håb. Tænk hvis jeg blot havde været
uheldig i mit møde med hospitalet
som patient. Men ligeså hurtigt blev
modet taget fra mig. Da jeg kom ud
i min første klinikperiode, blev jeg
forskrukket og nervøs for, om det
var en verden, jeg havde lyst til at
kaste mig ind i. Jeg så til, mens læ-
ger og sygeplejersker var nødt til at
løbe hurtigere end de kunne holde
til, og i sidste ende går det ud over
patienterne. Patienter, som bliver
fejlet af, når de oplever og giver
udtryk for krise og sorg. Det blev
tydeligt for mig, at det hele gik op
i effektivisering, patientplaner og

udskrivelser. De mennesker, som
lå i sengene på afdelingen, blev til
et skema, der dagligt skulle opfyl-
des og udfyldes, så udskrivelserne
kunne ske hurtigst muligt og efter
planen.

Nu er jeg på mit 3. semester,
og jeg har igennem det sidste år
heldigvis også mødt en masse
skønne og inspirerende sygeple-
jersker, som møder mennesker i
øjnehøjde. Patienter, kollegaer,
studerende og alt derimellem. Jeg
har nu oplevet livet på et hospital
både som patient og som syge-
plejestuderende, og jeg er blevet
klogere. Jeg har lært meget om,
hvad der former den fantastiske
sygeplejerske, som udviser em-
pati og overskud. Samtidig er jeg
også blevet klogere på de mange
årsager, der kan være til, at der
stadig findes sygeplejersker, der
ikke ser mennesket bag sygdom-
men. Jeg glæder mig til at blive
endnu klogere igennem de kom-
mende to et halvt år. ●



VI SØKER:

Reiseglade sykepleier-turister

- reis med Nordic Care du også!

Attraktive oppdrag i hele Norge

Vi søker

- Sykepleiere
- Sykepleierstudenter
- Leger og studenter

Vi tilbyr

- God lønn - minimum iht. tariff
- Lønnsutbetaling hver 14. dag
- Subsidiert reise og bolig

Utvalgte sommeroppdrag – Bonus fra 1. time*

Nordic Care – Beredskapspool

Ekstravakter til primær- og spesialisthelsetjenesten.
Kortere og lengre oppdrag - du bestemmer selv din periode.

* Kontakt oss for mer informasjon om betingelser.



FØLG OSS

Tlf. +47 22 17 22 17
post@nordiccare.no
24/7 Service

nordiccare.no

NORDIC CARE
- always there -

Delta Rengøring

Rengøring af lægeklinikker

Vi overholder Statens Serum Instituts anbefalede retningslinjer for rengøring i lægeklinikker.

Med høy faglighet er vores medarbejdere rustet til opgaven.

Ring eller skriv – vi er landsdækkende

Delta Rengøring
Teglvej 1
4990 Sakskøbing
Tlf. 4054 6546
delta@delta-rengoering.dk
www.delta-rengoering.dk



KLINISK SEXOLOGI

Basisuddannelse

Studiestart april 2020

Sted: Marienlyst Strandhotel

Seks weekendmoduler i 2020

Eksamen januar 2021

OPTAGELSESKRAV

Bachelor fra det
sundhedsfaglige
sociologiske, psykologiske
eller pædagogiske område

Tilmeldingsfrist

31. december 2019

www.blivsexolog.dk

DANSK FORENING FOR KLINISK SEXOLOGI



Bliv sorg- og kriseterapeut på vores 1-årige uddannelse:

Få de nyeste sorgteorier og effektive redskaber til arbejdet med alle forhold omkring døden og livskriser.

Læs mere om indholdet og om vores gratis introaftener i København d. 5.11., 3.12.2019 og 7.1.2020 på skolenforsorgogkriseterapi.dk eller ring på 26 66 62 88.



MANGE FÅR FØRST HJÆLP INDEN FOR HEGNET

Fortalt til
LAURA ELISABETH LIND

Foto
CLAUS BECH

SANDRA GRØN BUCHHOLTZ,
32 år

Nyt job: Januar 2019 i Jyderup Fængsel, som i løbet af 2021 skal være et fængsel kun for kvinder.

Kom fra: To år på Psykiatrisk Akutmodtagelse i Slagelse.

udfordring, som jeg synes er spændende i sig selv. På hospitalet sørger man for at yde den hurtigste og bedst mulige behandling. Men her i fængslet kan det ikke altid lade sig gøre. Når de indsatte på den lukkede afdeling f.eks. har en tid hos en speciallæge, skal deres indstilling til udgang først høres hos politiet, inden der kan gives godkendelse til udgangen. Derefter bliver samme indsat fulgt af tre betjente ved selve udgangen ud af fængslet. Vi kan også risikere, at udgangen bliver afvist. Så vi skal i den grad argumentere for vores visiteringer. Og det giver mening. For vi er i et fængsel. Men vi er sygeplejersker, og vi er her for at sikre de indsattes sundhed. Den her forhaling kan godt give kontroverser mellem de indsatte og os. Men jeg føler mig ikke utryk. De indsatte er jo normale, rare mennesker, men hvis vi pludselig skulle stå i en opkørt situation, kan vi til enhver tid tilkalde fængselsbetjentene via vores overfaldsalarmer.

Mange af de kriminelle lever et hårdt liv med misbrug. Når de er uden for hegnet, er de ikke altid så gode til at gå til lægen. Ofte har de kroniske sygdomme, og tit får de først rigtig

“Det her er virkelig en niche inden for sygeplejen. Det var det første, jeg tænkte, da jeg så stillingen. Der bliver ikke slået mange sygeplejere op inden for kriminalforsorgen. Så jobbet er helt specielt. I 2021 skal fængslet ovenikøbet omdannes til kvindefængsel med plads til ca. 140 kvinder – så der er tale om en niche af et nicheområde.

De sikkerhedsmæssige rammer i et fængsel kan til tider være problematiske, når det handler om at skabe lighed i sundhed. Og det kan være en

hjælp her inden for hegnet. Her opstarter vi behandling af deres sygdomme, behandler småskader, doserer medicin og har konsultationer med de indsatte. Vi sygeplejersker har en meget selvstændig og koordinerende funktion i sundhedsafdelingen. Det er f.eks. os, der visiterer de indsatte til læge og koordinerer samarbejdet med vores forskellige tværfaglige samarbejdspartnere. Det brede spektrum inden for sygeplejen i fængslet var også noget af det, der tiltalte mig ved stillingen. For jeg kunne godt tænke mig mere praksiserfaring.

Med kvindefængslet bliver det nemmere at målrette den gynækologiske behandling og samle de mange problematikker og indsatser, der handler om prævention, abort og graviditet. De gravide kvinder føder ude på en fødeafdeling, men kan godt have barnet i fængslet i den første levetid – så længe barnet ikke lider skade. Og her hjælper vi dem med at få en god start. Men det nye kvindefokus kræver efteruddannelse. For det lægger op til en specialisering af sygeplejen. Det er spændende at være med til en udvikling inden for noget, som ikke før er prøvet i Danmark.”

SAVNER DU INSPIRATION TIL KARRIEREN?

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

Læs mere på dsr.dk/job-og-karriere

JOB



Se alle stillinger
www.job.dsr.dk

Praktiske oplysninger til annoncører

Deadline kl. 9.00 for indtastning af KURSER/MØDER/MEDDELELSER på www.dsr.dk under Information til annoncører

Nº 14 — 2019	Nº 1 — 2020	Nº 2 — 2020
20. november 2019	18. december 2019	15. januar 2020

Vejledning ved indtastning af kurser/møder/meddelelser, kontakt redaktionen, Henrik Boesen, på tlf. 4695 4189, hbo@dsr.dk

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 14 — 2019	Nº 1 — 2020	Nº 2 — 2020
25. november 2019	30. december 2019	20. januar 2020

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

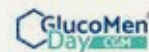
Udgivelsesdatoer

Nº 14 — 2019	Nº 1 — 2020	Nº 2 — 2020
9. december 2019	17. januar 2020	7. februar 2020

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**
330115500 A. Menarini Diagnostics
Produktspecialister til spændende lancering indenfor diabetes
Ansøgningsfrist 21. november 2019



Quicknr. **Hovedstaden**
330111955 HumanAssist
Sygeplejerske søges til kommunalt Træningscenter med ansvar for inkontinensområdet
Ansøgningsfrist 22. november 2019



Quicknr. **Midtjylland**
330110953 Silkeborg Kommune
Sundheds- og omsorgschef til en af Danmarks store vækstkommuner
Ansøgningsfrist 22. november 2019



Quicknr. **Midtjylland**
330116319 Hedensted Kommune
Hedensted Lægehus søger konsultationssygeplejersker pr. 1. januar 2020
Ansøgningsfrist 22. november 2019



SENIORSAMMENSLOTNINGEN

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

HOVEDSTADEN

Seniorsammenslutningen i Kreds Hovedstaden, Nord. Julemøde.

Der er julemøde den 4. december 2019. Medbring en pakke til max 30 kr.

Tid og sted: 4. december 2019 kl. 12:00 - 16:00. Rådhusstræde 29, 3400 Hillerød

Arrangør: Seniorsammenslutningen i Kreds Hovedstaden, Nord

Tilmelding: Senest 25. november 2019 på tlf. 2345 8507 eller på mail: bptvingsvej@gmail.com. Tilmelding er bindende
Pris: 150 kr.

Julefrokost for seniorer i Kreds Hovedstaden Central

Kom til seniorernes årlige julefrokost.

Tid og sted: 2. december 2019 kl. 12:00 - 15:00. Restaurant Vita, St. Kongensgade 25, 1264 København K

Arrangør: Seniorsammenslutningen i Kreds Hovedstaden central

Tilmelding: Senest 26. november 2019 til Birthe Kock på tlf. 2674 1105 eller mail: balkock@hotmail.com

Pris: 200 kr.

Seniorjulefrokost i Kreds Hovedstaden Vest

I år prøver vi noget nyt og spiser julefrokost på Restaurant Vita.

Tid og sted: 5. december 2019 kl. 13:00 - 17:00. Restaurant Vita, St. Kongensgade 25, 1264 København K

Arrangør: Seniorsammenslutningen Kreds Hovedstaden Vest

Tilmelding: Senest 3. december 2019 til Karen Kjettrup på tlf. 4717 7930 eller til Lisbeth Vendelboe på tlf. 4115 3596
Pris: 200 kr.

SJÆLLAND**Julefrokost for seniorsygeplejersker i Roskilde**

Der afholdes julefrokost for seniorer i Roskilde på Restaurant Up Stairs

Tid og sted: 27. november 2019 kl. 12:15. Restaurant Up Stairs, Skomagergade 4, 1. sal
Arrangør: Kontaktudvalget for seniorer i Roskilde
Tilmelding: Senest 22. november til Karin Karlsson på tlf. 4026 5553 eller på mail: karink48@hotmail.com
Pris: 200 kr. indbetales på kto. 15510010351170

NORDJYLLAND**Julefrokost i seniorsammenslutningen Kreds Nordjylland**

Julefrokost i Papegøjehaven, Aalborg Kongres & Kultur Center
Tid og sted: 3. december 2019 kl. 11:00 - 15:00. Aalborg Kongres & Kultur Center, Europa Plads 4, 9000 Aalborg
Yderligere info: www.dsr.dk/Kredse/nordjylland
Arrangør: Kontaktudvalget/Seniorsammenslutningen
Tilmelding: Bindende tilmelding senest 28. november 2019 til Birgit Hansen 6084 6854 eller Anna Lise Bonde 2283 4628 - gerne sms
Pris: 250 kr. inkl. frokost og kaffe

MIDTJYLLAND**Julefrokost 2019 - Seniorsammenslutningen i Aarhus/Silkeborg**

Julearrangement med sild og andet godt! Der betales 100 kr. ved tilmelding og 100 kr. på dagen. Glædeligt gensyn.
Tid og sted: 3. december 2019 kl. 12:30 - 16:00. Kloster Caféen, Klostergade 37, 1. sal, 8000 Aarhus C
Arrangør: Seniorsammenslutningen Kreds Midtjylland, Aarhus afd.
Tilmelding: Tilmelding med navn, medlemsnr. og fødselsdato senest den 22. november

2019 til Lis Jensen på tlf. 2398 1009.

Pris: 200 kr. ialt for maden, drikkevarer for egen regning.

SYDDANMARK**Julefrokost i seniorsammenslutningen Fyn**

Årets julefrokost holdes på First Hotel Grand. Vi nyder en juleanretning samt kaffe og risalamande. Husk at medbringe en gave til ca. 25 kr.
Tid og sted: 5. december 2019 kl. 13:00 - 17:00. First Hotel Grand, Jernbanegade 18, 5000 Odense C
Arrangør: Seniorsammenslutningen Fyn
Tilmelding: Senest 22. november 2019 til Conny på tlf. 2176 8818, mail: coands@gmail.com eller Lisbeth Jensen på tlf. 2496 4599, mail: lisbeth.aavang.jensen@gmail.com
Pris: 300 kr. Drikkevarer for egen regning.

Yderligere oplysninger: Beløbet på 300 kr. indbetales gerne via netbank til reg.nr. 0400, kontonr. 4011181940 (husk at angive navn). Kontanter modtages også på dagen.

Kom med til årets julefrokost i seniorsammenslutningen Trekanten

I bydes velkommen til årets julefrokost den 4. december 2019, til julehygge, god mad og kaffe. Medbring venligst selv drikkevarer.

Tid og sted: 4. december 2019 kl. 12:00 - 16:00. DSR's lokaler, Vejlevej 121, stuen, lokale Forlignen, 7000 Fredericia
Arrangør: Seniorsammenslutningen Trekanten
Tilmelding: Senest 2. december 2019 kl. 12:00 til Jenny Malberg på tlf. 3123 7433 eller til Kirsten Thygesen på tlf. 3091 4184
Pris: 150 kr. for medlemmer. 200 kr. for ledsager/pårørende.

Yderligere oplysninger: www.dsr.dk/kredse/syddanmark/medlemsfordele

KREDSMØDER**HOVEDSTADEN****Ny i faget - Kend dine retigheder**

Sådan tjekker du din lønseddel for fejl; Forstå rammerne for din arbejdstid; Bliv klogere på dine muligheder for at påvirke dine lønforhold. Indholdet er tilpasset nyuddannede, men alle medlemmer er velkomne.

Tid og sted: 16. december 2019 kl. 16:30 - 19:30
 Kreds Hovedstaden, Frederiksborggade 15, 4.sal, 1360 København K

Yderligere info: www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer
Arrangør: DSR, Kreds Hovedstaden

Tilmelding: www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer
Pris: Gratis

Kunsten at brokke sig - fyraftensmøde på Bornholm

Storm Stensgaard vil, med vid og lune, indføre deltagerne i brokkens mange facetter både som energidræner og som potentiel formidler af vigtig faglig indsigt.

Tid og sted: 16. januar 2020 kl. 16:30 - 19:30. Kreds Hovedstaden, Bornholm, Store Torv 11, 1 sal, 3700 Rønne
Arrangør: DSR, Kreds Hovedstaden

Tilmelding: www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer
Pris: Gratis

Kursus i rehabilitering og palliation

Forstå sammenhænge og forskelle mellem palliation og rehabilitering og bliv bedre til begge dele.

Tid og sted: 19. december 2019 kl. 09:00 - 20. december 2019 kl. 15:30. Kreds Hovedstaden, Frederiksborggade 15, 4.sal, 1360 København K

Yderligere info: www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer
Arrangør: DSR, Kreds Hovedstaden
Tilmelding: www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer
Pris: Gratis

SYDDANMARK**Temadag om kobling mellem teori og praksis - Aabenraa**

Temadagen er målrettet kliniske vejledere. Dagens fokus: Hvordan du kan understøtte de studerendes kobling mellem teori og praksis.

Tid og sted: 4. februar 2020 kl. 08:30 - 15:00. UC Syddanmark Aabenraa, Campusalle 20, 6200 Aabenraa
Arrangør: DSR, Kreds Syddanmark

Tilmelding: Senest 20. januar 2020.

Pris: Gratis
Yderligere oplysninger: www.dsr.dk/kredse/syddanmark/arrangementer

Temadag om kobling mellem teori og praksis - Odense

Temadagen er målrettet kliniske vejledere. Dagens fokus: Hvordan du kan understøtte de studerendes kobling mellem teori og praksis.

Tid og sted: 18. februar 2020 kl. 08:30 - 15:00. UCL Odense, Niels Bohrs Allé 1, 5320 Odense
Arrangør: DSR, Kreds Syddanmark

Tilmelding: Senest 3. februar 2020.

Pris: Gratis
Yderligere oplysninger: www.dsr.dk/kredse/syddanmark/arrangementer

Temadag om kobling mellem teori og praksis - Esbjerg

Temadagen er målrettet kliniske vejledere. Dagens fokus: Hvordan du kan understøtte de studerendes kobling mellem teori og praksis.

Tid og sted: 20. februar 2020 kl. 08:30 - 15:00. UC Syddanmark Esbjerg, Degnevej 16, 6705 Esbjerg Ø
Arrangør: DSR, Kreds Syddanmark

Tilmelding: Senest 5. februar 2020.

Pris: Gratis
Yderligere oplysninger: www.dsr.dk/kredse/syddanmark/arrangementer

MEDDELELSER

Generalforsamling i Fagligt Selskab for Øjensygeplejersker

Dagsorden ifølge vedtægterne, kan ses på www.dsr.dk/fs/fs20/landskursus. Forslag til drøftelse på generalforsamlingen og kandidatur til bestyrelsen, skal være formanden i hænde senest 22. december 2019.

Tid og sted: 23. januar 2020 kl. 19.30, Vingsted Hotel og Konferencercenter, Bredsten.

Arrangør: FSØjne. Landskursus afholdes samme sted i dagene 23.-25. januar 2020. Program og tilmelding ses på www.dsr.dk/fs/fs20/landskursus

40 års jubilæum

Hold 1. årgang 1980 fra Sønderborg Sygeplejeskole holder 40 års jubilæum d. 29. februar 2020 i Sønderborg. Henvendelse til: Tove Thorning Pelle (Petersen) på mail: tove_pelle@hotmail.com eller Kirsten Høgh Jensen (Petersen) på mail: kirsten.hoegh58@gmail.com

Legatmeddelelse: Maria & Johs. Herfurths Fond

Fondens formål er at yde støtte til uarbejdsdygtige sygeplejersker (erhvervs sygdomme). Til ansøgningen vedlægges lægelig dokumentation for erhvervs sygdommen. Ansøgning sker elektronisk på www.dsr.dk/legater. Fonden kan søges indtil den 8. december 2019.

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. 700,- ekskl. moms, ikke-medlemmer kr. 995,- ekskl. moms.

Faktura fremsendes, når bladet er udkommet.

ITALIEN HOS HANNE

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

Eller nær TOSCANA, 2 natur-skønne landhuse med pejsestue, køkken, 2-3 værelser, 2 wc og lille have. Udlejes hele året fra kr. 3.800/uge.

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

SKILEJLIGHEDER AVORIAZ

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

Trænger du til ...ferie?



Strandfogedgården i Klegod

Lej en af DSR's fritidsboliger ved de danske kyster. Ring til DEAS på telefon 7030 2210 eller klik ind på www.dsr-fritidsboliger.dk

Lægerne Lyngby Hovedgade 27 søger sygeplejerske 37 timer ugentligt pr. 1.2.2020

Du skal indgå i et tæt samarbejde med 3 faste læger, 2 uddannelseslæger, 1 sygeplejerske og 1 sekretær.

Du skal varetage såvel sygeplejerske som sekretær opgaver bl.a. konsultationer, telefonbetjening, laboratorieopgaver og andet forefaldende arbejde. Du er alsidig, ansvarsbevidst, engageret, gerne med flere års praktisk erfaring. Vi er et dynamisk team, som prioriterer høj faglighed og godt humør.

Ansøgningsfrist 25.11.19. Send ansøgning til doktorerne@gmail.com

FRISK OG KULTIVERET HJÆLPER MED KØREKORT

Vi søger en ægte "Laura", der kan hjælpe til med huslige opgaver, fungere som ledsager og køre ærinder.

Vi bor i et dejligt hus i Humlebæk og søger en hjælp ca. 20 timer om ugen - fordelt efter aftale.

Familien består af et aktivt ægtepar i halvferdslerne og en hund. Fruen er næsten blind, og du skal være hendes øjne både ude og hjemme.

Du skal have godt overblik og varetage huslige opgaver som fx:
- sørge for, at huset generelt ser pænt ud (vi har rengøringshjælp)
- indkøb og madlavning
- fungere som chauffør/ledsager, dvs. at hente og bringe "Fruen" til forskellige arrangementer
- hjælpe til, hvor der er behov
- hjælpe med computeropgaver (MAC)

Hvem er du:
- du er selvstændig og moden
- du er udadvendt, glad og har et smittende humør
- du er ikke-ryger
- du er fleksibel og hjælpsom af natur
- du bor i Nordsjælland i rimelig afstand til Humlebæk
- du har gyldigt kørekort og er en sikker bilist
- du behersker engelsk på rimeligt taleniveau

Løn forhandles individuelt og vil stå mål med dine kvalifikationer. Ønsket start: januar 2020

Hvis dette job lyder som noget for dig, vil vi glæde os til at læse din ansøgning sendt til: mim@cfpgroup.dk



Lemvig Kommune

Udviklingssygeplejerske til Handicap & Psykiatri - 37 timer om ugen 1. januar 2020 eller snarest derefter

Er du vores nye udviklingssygeplejerske i Handicap & Psykiatri?

Stillingen omfatter bostederne Labyrinten, Kærhuset og Østerbo Nord, som alle er en del af Lemvig Kommunes tilbud på Handicap og psykiatriområdet.

Personalet på vores botilbud består af såvel autoriserede sundhedspersoner, samt personale som ikke er autoriseret i henhold til sundhedslovgivningen, men som foretager pleje og behandling af beboerne.

Som udviklingssygeplejerske får du til opgave at hjælpe os med at der foreligger opdaterede og entydige instrukser for sygeplejeindsatsens udførelse, at disse instrukser lever op til patientsikkerhedsstyrelsens målepunkter, at medarbejderne er instrueret og oplært heri samt at der føres kontrol med såvel den faglige indsats samt dokumentationen heraf. Der er således primært tale om en administrativ opgave som forudsætter viden om lovgivning og retningslinjer samt evnen til at omsætte disse til instrukser som skal formidles til kollegaer. I Lemvig Kommune arbejder vi med KMD Nexus og anvender VAR Healthcare.

Vi tilbyder:

37 timer i ugen, dog med mulighed for færre timer hvis det ønskes
Arbejde i dagtimerne og stor indflydelse på hvordan timerne placeres
Gode kollegaer i et uformelt arbejdsmiljø hvor vi har fokus på anerkendelse og ressourcer.
Ansættelsen er tidsbegrænset frem til 31.12. 2020

Har du spørgsmål er du meget velkommen til at kontakte Centerleder Tanja Guldhammer på tanja.guldhammer@lemvig.dk eller 9663 1521 / 2328 9911.
Ansøgningsfrist mandag den 4. december 2019 og samtaler forventes afholdt tirsdag den 17. december 2019
Ansøgning med relevante bilag sendes elektronisk via Lemvig Kommunes hjemmeside lemvig.dk/job

Da der ikke er indgået overenskomst vedrørende løn- og ansættelsesforhold opfordres ansøgere til at kontakte Dansk Sygeplejeråd (Juridisk Videncenter) med henblik på vejledning.

Sundhedsstyrelsen anbefaler influenzavaccination til gravide efter 12. uge – både af hensyn til mor og barn. ¹

Influenza øger risikoen for abort og alvorlige komplikationer hos gravide i 2. og 3. trimester.

Nyfødte har lavere sygelighed og dødelighed, hvis deres mor er vaccineret.

VaxigripTetra® er en inaktiveret influenzavaccine, som kan anvendes under hele graviditeten ².

Vaccinen er gratis for gravide fra den 1. november 2019 til og med udgangen af februar 2020.

SADK/ILU_19.10.0240

1. Sundhedsstyrelsen. Influenzavaccination: Gravid: <https://www.sst.dk/da/viden/vaccination/influenzavaccination/gravide> 2. VaxigripTetra SPC 1. august 2019. Afsnit 4

VaxigripTetra (Influenzavirus (inaktiveret, split)), injektionsvæske, suspension i fyldt injektionssprøjte

A/Brisbane/02/2018 (H1N1)pdm09 - lignende stamme, A/Kansas/14/2017 (H3N2) - lignende stamme, B/Colorado/06/2017 - lignende stamme, B/Phuket/3073/2013 - lignende stamme

Indikation: VaxigripTetra er indiceret til forebyggelse af influenzasygdom forårsaget af to influenza A- virusundertyper og to influenza B- virusundertyper indeholdt i vaccinen til:

- aktiv immunisering af voksne, inklusive gravide, og børn fra 6 måneder,

- passiv beskyttelse af spædbørn fra fødslen op til en alder på 6 måneder efter vaccination af gravide kvinder

Brugen af VaxigripTetra skal baseres på officielle anbefalinger. **Dosering*:** **Voksne:** 0,5 ml. Fra 6 måneder: 0,5 ml. Til børn under 9 år, som ikke tidligere er blevet vaccineret, skal en anden dosis på 0,5 ml gives efter et interval på mindst 4 uger. Børn under 6 måneder: Sikkerhed og effekt ved aktiv immunisering er ikke dokumenteret. Der foreligger ingen data. Passiv beskyttelse: En dosis på 0,5 ml til gravide kan beskytte spædbarnet fra fødslen og op til 6 måneders alderen. **Administration:** Vaccinen skal administreres intramuskulær eller subkutan injektion. For instruktioner om klargøring af lægemidlet før administration, se produktresuméet. **Kontraindikationer*:** Overfølsomhed over for de aktive stoffer eller over for et eller flere af hjælpestofferne, eller over for nogen komponenter, som kan være tilstede i lægemidlet i spormængder, for eksempel æg (ovalbumin, kyllinge proteiner), neomycin, formaldehyd og octoxinol-9. Vaccination skal udsættes i tilfælde af sygdom med moderat til svær feber eller akut sygdom. **Advarsler og forsigtighedsregler*:** Relevant medicinsk behandling og overvågning skal altid være let tilgængelig i tilfælde af en anafylaktisk reaktion efter administrationen af vaccinen, eller hændelser med synkope. VaxigripTetra må under ingen omstændigheder administreres intravaskulært. Vaccinen skal administreres med forsigtighed til personer med trombocytopeni eller en blødningsforstyrrelse, da blødning kan forekomme efter en intramuskulær administration hos disse personer. Som med alle vacciner beskytter vaccination med VaxigripTetra måske ikke alle vaccinerede personer. Med hensyn til passiv beskyttelse vil ikke alle spædbørn under 6 måneder, hvis mødre er blevet vaccineret under graviditeten, være beskyttet. Antistofrespons hos personer med endogen og iatrogen immunosuppression kan være utilstrækkelig.

Interaktioner*: VaxigripTetra kan gives sammen med andre vacciner. Separate injektionssteder og separate sprøjter bør anvendes. Personer i immunosuppressiv behandling kan have nedsat immunrespons. Efter influenzavaccination, er der set falske positive resultater af serologiprøver udført ved anvendelsen af ELISA-metoden for at måle antistoffer mod HIV1, Hepatitis C og især HTLV1. Westem Blot-teknikken modbeviser de falske positive ELISA resultater.

Graviditet og amning*: Kan anvendes under hele graviditeten og i ammeperioden. Gravide kvinder har høj risiko for influenza-relaterede komplikationer, herunder at gå for tidligt i fødsel samt at føde for tidligt, hospitalsindlæggelse og død. Gravide kvinder bør vaccineres med influenzavaccine. **Bivirkninger*:** Voksne og ældre: **Meget almindelig:** Hovedpine, myalgi, utilpashed. **Almindelig:** Kulderystelser, feber, erytem, induration, hævelse på injektionsstedet. **Ikke almindelig:** Lymfadenopati, svimmelhed, hedeure, diarré, kvalme, træthed. **Ekkymose, kløe, varme på injektionsstedet. Sjælden:** Hypersensitivitet, allergiske reaktioner såsom erytem, urticaria, kløe, generaliseret kløe, allergisk dermatitis, angioødem. Døsighed, parestesi, dyspnø, hyperhidrose, artralgi, asteni, influenzalignende sygdom, ubehag på injektionsstedet. **Børn/unge fra 3 til 17 år: Meget almindelig:** Hovedpine, myalgi, utilpashed, skælven. Smarter, hævelse, erytem, induration på injektionsstedet. **Almindelig:** Feber, ekkymose på injektionsstedet. **Ikke almindelig:** Trombocytopeni, stønnen, rastløshed, svimmelhed, diarré, opkastning, øvre abdominalsmerter, artralgi, træthed, varme og kløe på injektionsstedet. Børn fra 6 til 35 måneder: **Meget almindelig:** Hovedpine, opkastning, myalgi, irritabilitet, appetitløshed, unormal gråd, utilpashed, feber, døsighed. Smarter ømhed, erytem på injektionsstedet. **Almindelig:** Kulderystelser. Induration, hævelse, ekkymose på injektionsstedet. **Ikke almindelig:** Hypersensitivitet, diarré. **Sjælden:** Allergiske reaktioner som generaliseret pruritus, papulær udslæt. Udslæt og kløe på injektionsstedet, influenzalignende sygdom. Potentielle bivirkninger hos alle populationer: Følgende bivirkninger er rapporteret i forbindelse med Vaxigrip og kan forekomme blandt personer, som vaccineres med VaxigripTetra: **Ikke kendt:** Shock, udslæt, almen erytem, Guillain-Barré syndrom, nervebetændelse, nerveigt, krampes, træthedssyndrom, Vasculitis, såsom Henoch-Schönlein purpura, med kortvarig inddragelse af nyrer i visse tilfælde. **Pakningsstørrelser:** VaxigripTetra, inj.vsk.susp.sprøjte 1 x 0,5 ml (Vnr. 030679), VaxigripTetra inj.vsk.susp.sprøjte 10 x 0,5 ml (Vnr. 401623). For dagsaktuel pris se www.medicinpriser.dk. **Udlevering:** B. Læs indlægssedlen i pakningen omhyggeligt. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Sanofi Pasteur Europe, Frankrig. **De med * markerede afsnit er omskrevet/forkortet i forhold til det godkendte produktresumé, dateret august 2019. Produktresuméet kan vederlagsfrit rekvireres hos sanofi-aventis Danmark A/S, Slotsmarken 13, 2970 Hørsholm. Dato for reklamematerialet:** 29. oktober 2019.

Referencer:

1. Tresiba® senest godkendte produktresumé Februar 2018
2. Lane W, Bailey TS, Gerety G, et al. Effect of Insulin Degludec vs Insulin Glargine U100 on Hypoglycemia in Patients With Type 1 Diabetes: The SWITCH 1 Randomized Clinical Trial. JAMA 2017; 318(1):33–44.
3. Wysham C, Bhargava A, Chaykin L, et al. Effect of Insulin Degludec vs Insulin Glargine U100 on Hypoglycemia in Patients With Type 2 Diabetes: The SWITCH 2 Randomized Clinical Trial. JAMA 2017; 318(1):45–56.

Tresiba® (insulin degludec) 100 enheder/ml, 200 enheder/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:** Basalinsulin til subkutan indgivelse én gang dagligt på et hvilket som helst tidspunkt af dagen, fortrinvis samme tidspunkt hver dag. Hos patienter med type 2-diabetes mellitus kan dette lægemiddel administreres som monoterapi eller i kombination med orale antidiabetika, GLP-1-receptoragonister og bolusinsulin. Ved type 1-diabetes mellitus skal Tresiba® kombineres med korttids-/hurtigtvirkende 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 injektionsvæske, opløsning i en fyldt pen:** Tresiba® findes i to styrker. For begge indstilles den nødvendige dosis i enheder. Dosisstrinene er forskellige for de to styrker. Med Tresiba® 100 enheder/ml kan der administreres en dosis på 1-80 enheder for hver injektion, i trin af 1 enhed. Med Tresiba® 200 enheder/ml kan der administreres en dosis på 2-160 enheder for hver injektion, i trin af 2 enheder. Dosis indgives ved brug af halvdelen af volumenet i forhold til basalinsulinpræparatet med 100 enheder/ml. Dosisstærken viser antallet af enheder, uanset hvilken styrke der anvendes, og dosis skal ikke omregnes, når patienten skifter til en ny styrke. **Fleksibelt administrationstidspunkt:** 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. Der er ingen klinisk erfaring med fleksibelt administrationstidspunkt af Tresiba® hos børn og unge. 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 én 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 hurtigtvirkende 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 selvblandet insulinbehandling én gang dagligt, kan skift til Tresiba® ske enhed til enhed ud fra den tidligere basalinsulindosis efterfulgt af individuelle dosisjusteringer. En dosisreduktion på 20% i forhold til den tidligere basalinsulindosis efterfulgt af individuelle dosisjusteringer skal overvejes når der skiftes til Tresiba® fra basalinsulin to gange dagligt, og når der skiftes til Tresiba® fra insulin glargin (300 enheder/ml). **Patienter med type 1-diabetes mellitus:** For patienter med type 1-diabetes skal en dosisreduktion på 20% ud fra den tidligere basalinsulindosis eller basalinsulin komponent af en kontinuerlig subkutan insulininfusionsregime overvejes efterfulgt af individuelle dosisjusteringer baseret på det glykæmiske respons. **Brug af Tresiba i kombination med GLP-1 receptoragonister 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. Monitorering af glukose skal intensiveres og insulindosis justeres individuelt. **Nedsat nyre- og leverfunktion:** Kan anvendes til patienter med nedsat nyre- og leverfunktion. Monitorering af glukose skal intensiveres og insulindosis justeres individuelt. **Børn:** Der er ingen klinisk erfaring med brugen af dette lægemiddel i børn under 1 år. Kan anvendes til unge og børn fra 1 år. Ved skift af basalinsulin til Tresiba® skal individuel dosisjustering af basal- og bolusinsulin overvejes for at mindske risikoen for hypoglykæmi. **Administration:** Kun til subkutan anvendelse. Må ikke administreres intravenøst, da det kan resultere i alvorlig hypoglykæmi. Må ikke administreres intramuskulært, da det kan ændre absorptionen. Må ikke anvendes i insulininfusionspumper. Må ikke udtages fra cylinderampullen tilhørende den fyldte pen og ind i en sprøjte. Tresiba® administreres subkutan ved injektion i låret, overarmen eller abdominalvæggen. Injektionsstederne skal altid varieres inden for samme område for at nedsætte risikoen for lipodystrofi. Patienter skal instrueres i altid at bruge en ny nål. Genbrug af nåle til insulinpenne øger risikoen for blokerede nåle, hvilket kan føre til under- eller overdosering. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler:** **Hypoglykæmi:** Udeladelse af et måltid eller ikke planlagt anstrengende fysisk aktivitet kan medføre hypoglykæmi. Kan forekomme, hvis insulindosis er for høj i forhold til insulinbehovet. Hos børn skal der udvises omhu, så insulindosis (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 insulindosis. Den langvarige virkning af Tresiba® kan som ved andre basalinsulinpræparater forsinke normalisering af blodsukkeret efter hypoglykæmi. **Hyperglykæmi:** 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 et 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 acetoneånde. Ved type 1-diabetes mellitus 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. **Øjenssygdom:** Intensivering af 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 før hver injektion for at undgå uligget 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 dosistærken på pennen. For at undgå doseringsfejl og potentiel overdosering, skal patienter og sundhedspersonale aldrig anvende en sprøjte til at udtage lægemidlet fra cylinderampullen i den fyldte pen. I tilfælde af blokerede nåle, skal patienter følge instruktionerne beskrevet i brugervejledningen, som findes sammen med indlægseddelen. **Insulinantistoffer:** Insulin administration kan forårsage dannelse af insulinantistoffer. I sjældne tilfælde vil tilstedeværelsen af insulinantistoffer nødvendigvis justering af insulindosis for at korrigere en tendens til hyper- og hypoglykæmi. **Natrium:** Dette lægemiddel indeholder mindre end 1 mmol natrium (23mg) per dosis. **Interaktioner:** Et antal lægemidler er kendt for at påvirke glucosemetabolismen. Følgende lægemidler kan nedsætte insulinbehovet: Orale antidiabetika, GLP-1-receptoragonister, monoaminoxidasehæmmere (MAO-hæmmere), betablokkere, ACE-hæmmere, salicylater, anabolske steroider og sulfonamider. Følgende lægemidler kan øge patientens insulinbehov: Orale kontræceptiva, thiazider, glukokortikoider, thyreoideaerormoner, 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 human 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 specielt 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 insulindosis er for høj i forhold til insulinbehovet. Svar hypoglykæmi kan medføre bevidstheds og/eller kramper og kan resultere i midlertidig eller permanent hjerneskadelse 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, smerte, hæmoragi, erytem, knuder, hævelse, misfarvning, pruritus, varme samt fortykkelse på injektionsstedet), perifert ødem. **Overdosering:** En specifik overdosis af insulin kan ikke defineres, men hypoglykæmi kan dog udvikles over forskellige faser. **Opbevaring og holdbarhed:** 30 måneder. **For brugertagning:** Opbevares i køleskab (2°C-8°C), ikke for tæt på køleelementet. Må ikke fryses. **Under brug:** **Tresiba® FlexTouch® 100 enheder/ml og 200 enheder/ml:** Opbevares i højst 8 uger. Opbevares under 30°C. Kan opbevares i køleskab (2°C-8°C). **Tresiba® Penfill®:** Må ikke køles ned. Opbevares under 30°C i højst 8 uger. Opbevar **Tresiba® Penfill®** i den ydre karton og Tresiba® FlexTouch® med penhætten påsat for at beskytte mod lys. **Udlevering:** Receptpligtigt lægemiddel. Lægemidlet har generelt tilskud. **Indehaver af markedsføringsstilladelsen:** Novo Nordisk A/S. **Pakninger og priser:** Tresiba® FlexTouch® 100 enheder/ml 5 x 3 ml. Tresiba® FlexTouch® 200 enheder/ml 3 x 3 ml. Tresiba® Penfill® 100 enheder/ml 5 x 3 ml. Dagsaktuelle priser findes på www.medicinpriser.dk (Ver. 02/2018) (DK/TB/05170/190(2)). **Læs altid indlægseddelen omhyggeligt inden produktet tages i brug. Den fuldstændige produktinformation kan vederlagsfrit fås ved henvendelse til Novo Nordisk Scandinavia AB, Ørestads Boulevard 108, 6. sal, 2300 Kbh. S, telefon +45 80 200 240. Besøg også www.novonordisk.dk**

Produktinformation for annonce side 76.



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 helbreds mulighed.

TRESIBA®
insulin degludec

DANSK SYGEPLEJERÅDS HOVEDBESTYRELSE



DANSK SYGEPLEJERÅD CENTRALT

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

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

**Lederforeningen
Dansk Sygeplejeråd**
Sekretariatschef
Jonna Søegaard
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

Sygeplejeetisk Råd
Formand
Anne Bendix Andersen
Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
www.sygeplejeetiskraad.dk

KREDS HOVEDSTADEN

Kredschef
Anne Tovborg

Frederiksborggade 15, 4.
1360 København K
Telefon: 7021 1662
Fax: 7021 1663
www.dsr.dk/hovedstaden
hovedstaden@dsr.dk

Åbnings- og telefonider
Man, tirs, tors, fre
9.00 - 14.00
Ons 13.00 - 16.00

Lokalkontor
Store Torv 11, 1.
3700 Rønne
Telefon: 7021 1662
Fax: 5695 3812

Åbningstid
Man 12.00 - 15.00
Tirs 9.00 - 12.00
Tors 12.00 - 16.00
Se også dsr.dk/bornholm

Hjemmesiden indeholder
individuelle kontaktop-
lysninger på kredsens
medarbejdere og for-
mandskab.

KREDS SJÆLLAND

Kredschef
Mads Hyldegard

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

Åbnings- og telefonider
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
www.dsr.dk/midtjylland
midtjylland@dsr.dk

Telefontider
Man, tirs, tors
10.00 - 15.00
Ons 13.00 - 15.00
Fre 10.00 - 13.00

Lokale kontorer
Stationsvej 8a
7500 Holstebro
Åbent efter forudgående
aftale.

EcoPark
Bautavej 1A
8210 Aarhus V
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



FLEKSIBELT INJEKTIONSTIDSPUNKT
– ÉN GANG DAGLIGT¹



REDUCERET RISIKO FOR HYPOGLYKÆMI MED TRESIBA[®] VS INSULIN GLARGIN U100^{2,3*}

PATIENTER MED TYPE 1-DIABETES OG TYPE 2-DIABETES

*INFORMATION OM STUDIER SWITCH 1 OG SWITCH 2^{2,3}

Formål	Undersøge om insulin degludec er non-inferior eller superior i forekomst af symptomatisk hypoglykæmi (alvorlig eller blodglukose-bekræftede < 3,1 mmol/l) sammenlignet med insulin glargin U100.	
Studiedesign	Randomiseret, dobbelblindet, treat to-target cross-over forsøg omfattende to 32 ugers behandlingsperioder, hver med en 16-ugers titreringsperiode og en 16-ugers vedligeholdelsesperiode. SWITCH 1: 501 voksne med type 1-diabetes og med mindst 1 hypoglykæmi risikofaktor SWITCH 2: 721 voksne med type 2-diabetes med mindst 1 hypoglykæmi risikofaktor, der tidligere var behandlet med basal insulin med eller uden orale antidiabetika	
Primært endepunkt	Det samlede antal alvorlige eller blodglukose-bekræftede (<3,1 mmol/l) symptomatiske hypoglykæmiske episoder under vedligeholdelsesperioden.	
Konklusion	Behandling med insulin degludec vs insulin glargin U100 resulterede i et reduceret antal af generelle symptomatiske hypoglykæmier	
Resultat	SWITCH 1 11% reduktion af det samlede antal alvorlige eller blodglukose-bekræftede (<3,1 mmol/l) symptomatiske hypoglykæmiske episoder under vedligeholdelsesperioden. (RR: 0,89 (95% CI: 0,85-0,94), Non-inferiority: P<0,001, Superiority: P<0,001)	SWITCH 2 30% reduktion af det samlede antal alvorlige eller blodglukose-bekræftede (<3,1 mmol/l) symptomatiske hypoglykæmiske episoder under vedligeholdelsesperioden. RR: 0,70 (95% CI: 0,61-0,80)

Indikation: Behandling af diabetes mellitus hos voksne, unge og børn fra 1-års-alderen.

Produktinformation findes på side xx.



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