

Neurorehabilitering: Vi gør en masse, vi ikke kan beskrive

Kom med til  
Sygeplejefestival 2014

# SYGGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING NR. 9 · 15. AUGUST 2014 · 114. ÅRGANG



Tal med patienten  
om seksuel  
sundhed



Tema om  
kropssprog og faglighed

OK15  
Hvilke krav vil du prioritere?



Nyutdannet  
- vi har jobb  
til deg!

# Vil du ha sikker jobb med god lønn i eksotiske Norge?

**Dedicare søker etter flere sykepleiere og spesialsykepleiere.**

Du styrer din egen arbeidstid. Prøve nye arbeidsplasser og arbeidsoppgaver. Jobbe korte perioder eller få fast jobb. Vi tilbyr **ekstra 30 kr\*** timen til alle spesialsykepleiere. Du får hjelp til skatt og autorisasjon og din egen personlige bemanningskonsulent. Husk at vi i tillegg betaler din reise og bolig.

**Kontakt oss snarest mulig!**

Registrere deg på [www.dedicare.no/nurse](http://www.dedicare.no/nurse) eller ring oss på **+47 074 80**  
Du kan og maile oss på [rekruttering@dedicare.no](mailto:rekruttering@dedicare.no)

\*Spesielle vilkår gjelder. Kontakt oss for nærmere informasjon.

*Vi bryr oss mer!*

**DEDICARE**  
Nurse



# FÅ **EN TRYK START** PÅ ARBEJDSLIVET ALLEREDE MENS DU STUDERER

I DSA har alle jobkonsulenter en sundhedsfaglig uddannelse.  
De kender derfor den virkelighed, du skal ud i efter studiet.

Meld dig ind allerede nu og senest et år før, du afslutter din uddannelse.  
Så får du ret til dagpenge fra første dag som nyuddannet. Det er gratis,  
hvis du er under 30 år.

Læs mere på [dsa.dk](http://dsa.dk)

DANSKE  
SUNDHEDSORGANISATIONERS  
ARBEJDSLØSHEDSKASSE



## KORT

- 6 Højere adgangskrav til kommende sygeplejersker**  
Karakterkravet for at komme ind på kvote 1 er steget på 27 ud af 31 sygeplejerskeuddannelser pga. stigende interesse. De øgede krav skaber mere status for uddannelsen.

## TEMA OM KROPSSPROG

- 18 Sygeplejerske, kend din krop og styrk din faglighed**  
Når man kan læse og tale kroppens sprog, kan man skabe tillid, omsorg og tryghed i mødet med patienten.
- 23 Studerende danser sig til god patientkontakt**  
På sygeplejerskeuddannelsen på UC Diakonissestiftelsen er dans skemalagt som en fast del af undervisningen. Dansen giver bedre patientkontakt og skal i sidste ende reducere frafaldet på uddannelsen og i faget.

## BAGGRUND

- 26 Sygeplejersker opsporer tarmkræft**  
På Sygehus Sønderjylland i Aabenraa er det udelukkende sygeplejersker, der udfører screening for tyktarmskræft. Uddannelsesprogrammet på Enheden for endoskopi har dannet baggrund for en national uddannelse til koloskoperende sygeplejerske.
- 38 Sådan blev én innovativ sygeplejerske til mange**  
Udviklingssygeplejerske Jannie Christina Frølund udviklede et kursus for kollegerne, så én udviklingssygeplejerske nu er blevet til en hel hær af innovative sygeplejersker.
- 42 PÅ JOB: Ældres sygdomme skal tages i opløbet**  
Tidlig opsporing af begyndende sygdom, TOBS, er et redskab, som Favrskov Kommunes hjemmesygepleje bruger til at forebygge indlæggelser.

## NYT FRA DSR - DIN ORGANISATION

- 46 Sygeplejersker skal ikke bistå ved tvangshjemsendelser**  
"Vores anbefaling bunder i, at vi helt principielt ikke mener, at sygeplejens værdier er forenelige med tvangshjemsendelser af ikke-raske asylansøgere," siger Dorte Steenberg, næstformand i Dansk Sygeplejeråd.
- 52 OK15: Inspiration til indsamling af krav**

## FAGLIG INFORMATION

- 62 Hjælp mindst muligt**
- 66 Udvikling af sygeplejen til patienter med atrieflimren**
- 68 Vi er klar til donorpatienter**



## FAG

### 70 Sygeplejerskens rolle i neurorehabilitering

Sygeplejersker må italesætte deres bidrag i rehabiliteringen, hvis de skal være nøglepersoner i tilrettelæggelsen af rehabiliteringsforløbene i kommunerne.

### 86 Nerveskader ved anlæggelse af perifert venekateter

Sygeplejersker skal være meget opmærksomme på pludseligt opståede smerter under anlæggelse af perifert venekateter.

### 88 Hepatisk encefalopati - behandling og pleje

Artiklen beskriver symptomer, udredning og behandling af leversygdommen hepatisk encefalopati.

### 96 Sygepleje til patienter med hepatisk encefalopati

Såvel patienten med hepatisk encefalopati som hans pårørende har brug for omhyggelig sygepleje for at forstå og forebygge nye tilfælde af sygdommen.

### 100 Den mandlige patient og hjemmehæmodialyse

Mænd har et andet syn på omsorg end kvinder, og deres behov for kontrol og autonomi er generelt anderledes end kvinders.

## TEORI OG PRAKSIS

### 77 Samtalen om seksualitet

Teoretiske og praktiske aspekter af samtalen om seksualitet, som giver anvisninger på, hvordan sygeplejersker kan tage hul på emnet.

## I HVERT NUMMER

### 8 Studerende i praksis

### 11 Dilemma

### 13 Kulturjournalen

### 14 Historisk

### 32 Parentes

### 44 5 faglige minutter

### 34 Boganmeldelser

### 58 Navne/Mindeord

### 60 Facebook

### 62 Fagtanker

### 67 Fra forsker til fag

### 105 Stillingsannoncer

### 109 Kurser/møder/meddelelser

### 114 Kontakt

Forsideillustrationer iStock | Helene Bagger

# Den mangfoldige sygepleje

Sygeplejerskeuddannelsen er til debat. Igen. Denne gang er det Uddannelsesministeriet, der har bedt et konsulentbureau lave en rapport om uddannelses- og kompetencebehov på sundhedsområdet 10-15 år frem i tiden. Resultaterne skal bruges som afsæt for at udvikle de sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser.

Der uddannes 2.200 sygeplejersker årligt, så sygeplejerskeuddannelsen er en investering for samfundet. Derfor er det fornuftigt at undersøge, om uddannelsen er ajour. Men uddannelsen er også en investering i sundhed, for sygeplejersker varetager mange centrale og livsvigtige opgaver. Alene det, at vi - som profession - kan mønstre 36 faglige selskaber, er med til at understrege, at sygeplejen spænder vidt. Og når sygeplejersker - som man kan læse i dette nummer af *Sygeplejersken* - varetager opgaver indenfor alt fra koloskopi til neurorehabilitering, siger det noget om mangfoldigheden i vores fag.

Kvaliteten i sygeplejerskeuddannelsen er et vigtigt grundlag for, at vi som sygeplejersker kan løfte vores ansvar - eller med et begreb fra Marit Kirkevold: løfte vores samfundsmæssige mandat - kvalificeret. En tidssvarende sygepleje fordrer, at vi hele tiden justerer vores uddannelse i forhold til samtiden. Men det skal ske, uden at vi skylder det unikke i uddannelsen ud med badevandet. Derfor har Dansk Sygeplejeråd i regi af Sundhedskartellet allieret sig med bl.a. Aalborg Universitet, der skal give et bud på uddannelses- og kompetencebehov ud fra de fokuspunkter, vi mener er vigtige.

Samtidig er en tidssvarende sygepleje betinget af, at vi sygeplejersker - også fremover - har mulighed for at videreudanne os, så vi er i stand til at imødekomme de stigende krav i sundhedsvæsenet. Derfor har vi kæmpet indædt for, at det arbejde, der pågår i regeringens Kvalitets- og Relevansudvalg, ikke udmunder i forringede videreuddannelsesmuligheder for landets sygeplejersker.



*Dorte Steenberg*

Dorte Steenberg,  
næstformand i Dansk Sygeplejeråd

NÆSTE NUMMER UDKOMMER 5. SEPTEMBER

Læs bl.a.:

- Tema om åbne patientrum og diskretion
- På job: Der skal prioriteres hver dag
- Fag: At være partner til en patient med rygmærskade

Chefredaktør, ansvarlig efter medieansvarsloven  
**Sigurd Nissen-Petersen**  
 (På barselsorlov 1. juni - 31. juli 2014)

Journalist  
**Christina Sommer**  
 cso@dsr.dk  
 Tlf. 4695 4264

Konstitueret chefredaktør 1. juni - 31. juli 2014:  
 Administrerende direktør  
**Anne Granborg**  
 ang@dsr.dk  
 Tlf.: 3315 1555

Journalist  
**Mikkel Søren Bødker Olesen**  
 mso@dsr.dk  
 Tlf.: 4695 4119

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

Fagredaktør  
**Jette Bagh**  
 jbg@dsr.dk  
 Tlf.: 4695 4187

Redaktionssekretær  
**Lotte Havemann**  
 lha@dsr.dk  
 Tlf.: 4695 4179

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

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

Layouter  
**Anita Raun Brogaard**  
 anb@dsr.dk  
 Tlf.: 4695 4283

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

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

#### Distribueret oplag

1. januar - 30. juni 2013: 73.884 ekspl.  
 Medlem af Dansk Fagpresse

#### Årsabonnement

840,00 kr. + moms  
 Løssalg:  
 64,00 kr. + moms  
 Kontakt Dansk Mediaforsyning på dsrabn@dmfnet.dk

#### Ændring af medlemsoplysninger:

Kontakt Medlemsregisteret  
 Tlf. 3315 1555  
 medlemsregisteret@dsr.dk

#### Udgiver

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

#### Tryk

**ColorPrint**

#### Annoncer

**Dansk Mediaforsyning**  
 Elkjærvej 19, st. - 8230 Åbyhøj  
 Tlf. 7022 4088  
 Fax 7022 4077  
 E-mail:  
 Stillingannoncer:  
 dsrjob@dmfnet.dk  
 Forretningsannoncer:  
 dsrtekst@dmfnet.dk

**Hvis Sygeplejersken udebliver, kan du sende en mail til: [udeblevetblad@dsr.dk](mailto:udeblevetblad@dsr.dk)  
 Oplys medlemsnummer.**

Redaktionen forbeholder sig ret til elektronisk lagring og udgivelse af de faglige artikler i tidsskriftet. Redaktionen påtager sig intet ansvar for materialer, der indsendes uopfordret. Holdninger, der tilkendegives i artikler og andre indlæg, udtrykker ikke nødvendigvis Dansk Sygeplejeråds synspunkter. Chefredaktøren er ansvarlig for bladets indhold.

## Højere adgangskrav til kommende sygeplejersker

Sygeplejerskolerne har modtaget 28 pct. flere ansøgninger i 2014 end året før. Det betyder, at karakterkravet for at komme ind på kvote 1 er steget på 27 ud af 31 sygeplejerskeuddannelser. De øgede krav skaber mere status for uddannelsen, mener uddannelsesforsker Palle Rasmussen.

Tekst **Mikkel Søren Bødker Olesen**

Da dette års håbefulde ansøgere sendte deres ansøgninger af sted for at komme på en videregående uddannelse, var 17.575 af dem adresseret til sygeplejerskolerne, viser tal fra Uddannelses- og Forskningsministeriet. Sammenlignet med 2013 er det en stigning på 28 pct. Og da sygeplejerskolerne ikke har skruet op for antallet af optagne studerende i 2014, er kampen om at blive optaget blevet hårdere.

Af de i alt 31 sygeplejerskeuddannelser har 27 af dem opjusteret kravet til ansøgerens karakterer, fordi antallet af ansøgere er så højt. Højdespringeren er Næstved Sygeplejerskole med vinterstart, der i 2013 krævede et snit på 3,3. I 2014 kræver det et snit på 5,4.

”De højere krav til optagelsen på sygeplejerskeuddannelsen betyder, at der kommer mere status i uddannelsen. Tendensen har været, at professionshøjskolerne har fået en fremgang på ca. en tredjedel flere ansøgninger i løbet af de sidste år,” siger uddannelsesforsker Palle Rasmussen fra Aalborg Universitet.

### Ingen ledige pladser

At interessen er blevet større for sygeplejefaget, kan ses ved, at antallet af før-

steprioritetsansøgere er fordoblet i forhold til 2001. Den større interesse har også betydet, at ansøgerne ikke har været lige så kritiske overfor, hvor uddannelsen geografisk finder sig.

I både 2012 og 2013 var der sygeplejerskoler, som meldte, at de havde ledige pladser, deriblandt Rønne, Nykøbing Falster og Hjørring. Det har den store ansøgningsrekord dog lavet om på, således at de førnævnte uddannelsessteder pr. 30. juli kunne melde ud, at de ikke havde flere ledige pladser.

Landsgennemsnittet for optagelse på sygeplejerskeuddannelsen var i 2013 på 5,5, hvorimod det i år er steget til 6,4. Og de nye krav til de kommende sygeplejestuderende kommer til at betyde, at de vil stille højere krav til uddannelsen, mener uddannelseschef på Sygeplejerskeuddannelsen UCN, Jonna Frølich. Hun er også enig med Palle Rasmussen om, at de højere krav ændrer sygeplejerskeuddannelsens image i en positiv retning.

Hun siger:

”Det vil give sygeplejerskeuddannelsen mere prestige, at det ikke er alle og enhver, som kan komme ind, og dermed vil det give de studerende, der er optaget, mere stolthed.”

### Udviklingen af ansøgninger til sygeplejerskeuddannelsen

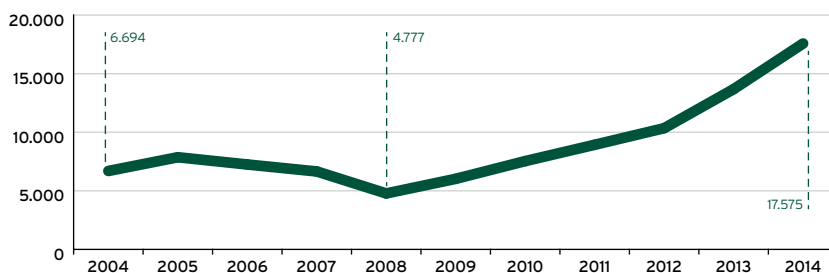




Illustration: Gitte Skov

Sygeplejersker kan udvikle deres professionalitet, når de er opmærksomme på kropssproget, mener forsker i kroppens sprog. Læs tema side 18.

## Lys, akustik og sansehaver kan virke helende

Den 15. august indvies det sidste af seks nye kræft-rådgivningshuse, der er bygget ud fra filosofien om den helende arkitektur.

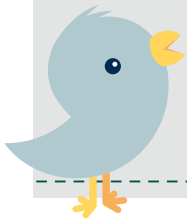
Forskning viser, at de fysiske rammer har stor betydning for, hvordan man har det, når man efter sygdom og behandling skal hele igen. Kræftens Bekæmpelse har i samarbejde med Realdania, som har bevilget 50 mio. kr., bygget og åbnet seks nye kræft-rådgivninger tæt på de store kræft-behandlende sygehuse i Roskilde, Odense, Aalborg, Næstved, Herning og Vejle. Der er yderligere planer om at opføre en rådgivning tæt på Herlev Hospital.

Husene har det tilfælles, at der er godt lys-indfald, afmålte farver, god akustik, sansehaver, og at stemningen er hjemlig og tryk.

Læs mere om projektet på [www.livsrums.dk](http://www.livsrums.dk)

(sbk)





## Mød Sygeplejersken på Facebook og Twitter

På Facebook og Twitter kan du debattere faglige emner.

Vær med på [facebook.com/fagbladetsygeplejersken](https://www.facebook.com/fagbladetsygeplejersken) og [@\\_sygeplejersken](https://twitter.com/_sygeplejersken)

## Den døende som læremester

Ida Hinrichsen, sygeplejestuderende på modul 12 på Professionshøjskolen Metropol

*En sygeplejestuderende er nysgerrig på, hvordan uafvendeligt døende patienter har det med skulle slippe livet. En patient lærer hende lidt om, at fremfor at ligge i sengen og blive mere og mere afkræftet, kan døden være at foretrække. Et ordentligt farvel er en del af processen.*

Jeg passede en døende, som havde tabt kampen til brystkræft. Det gik brat ned ad bakke for hende i de tre dage, jeg passede hende.

Jeg havde været inde hos hende en uge forinden, hvor hun fint kunne komme over og sidde i stol, men dette var ikke tilfældet længere, hun var nu sengeliggende, afkræftet og opgivende.

Første dag hos hende var hun talende, grinende og vi snakkede om vind og vejr, og hun var en haj til navne.

Hun spiste sparsomt, men drak fint uden problemer.

Dag to kunne jeg allerede se en ændring, hun havde ikke rigtig lyst til mad, men følte stor tørst. Hendes reaktionsevne ved samtale var nu dårligere.

Jeg havde nu et spørgsmål, som jeg var nysgerrig efter at få belyst. Jeg tænkte på, hvorvidt hun var afklaret med at skulle dø og følelserne bag det. Jeg spurgte med lidt tilløb, hvordan hun havde det med det hele. Hun svarede, at hun var helt afklaret og syntes ikke, at et liv som sengeliggende var værdigt, når hun var vant til at kunne alt selv. Derudover fortalte hun hele sin sygehistorie fra start til slut og om alt det, der var sket på blot otte måneder.

Jeg sagde til hende, at hun endelig måtte sige til, hvis jeg pressede for meget på med mine spørgsmål, og jeg fortalte, at jeg var meget nysgerrig omkring det her med døden.

Hun siger til mig, helt afkræftet og træt, at jeg næsten skulle prøve at læse det brev, der ligger i skuffen, det er et brev fra en person, som har været hendes veninde gennem mange, mange år. Hun beder mig læse det op.

Jeg begynder at læse op med en klump i halsen og gåsehud over det hele, det er et specielt øjeblik mellem hende og mig. Jeg synes, det er kæmpe stort, at jeg må få lov til det - hvorfor har hun valgt at betroe dette brev til lige netop mig? Det er et brev, som jeg aldrig har haft i hænderne før, hvor hensigten er at sige farvel til



Arkivfoto: Scapix

en god veninde pga. en uretfærdig sygdom og med "en tak for alle de år, jeg har kendt dig, du er et godt menneske, og vi ses på den anden side." Det var kæmpe stort. Vi blev begge enormt rørt. Det var virkelig et øjeblik, der ikke kan beskrives, så stort var det.

Bagefter satte jeg mig ned på en stol ved siden af hende for at vise, at jeg havde tid, og vise min taknemmelighed for dette øjeblik.

Dag tre chokerede mig. Jeg kom ind til hende på stuen og sagde godmorgen, men der var nærmest ingen reaktion, og hun var meget træt og søvngig. Jeg kunne mærke, hun var langt væk. Hendes børn kom, og de var endnu mere chokerede over den tilstand, deres mor nu var i, de havde ikke regnet med, at det ville gå så stærkt.

Dette patientforløb vil jeg aldrig glemme. Det var stort og lærerigt.

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





spar op til **660 kr.** på dine basisbøger

# Få 2 bøger for kr. 19.-

pr. stk. + porto og eksp. 39 kr.



Få ny inspiration til dit fag og bliv orienteret om tidens vigtigste bøger om sygepleje og sundhed - spar flere hundrede kroner på dine bøger.

Velkommen i Bogklubben for Sundhedsprofessionelle

Anita Egelund, redaktør



Meld dig til på [Sundhedsprof.dk](http://Sundhedsprof.dk) klik på Bliv medlem og brug tilbudskoden: **BFS14**

Velkomstillbud fra **sundhedsprof.dk**

# En glæde at pleje spedalske

Tekst **Svend Løbner**  
Foto **Samuel André**

*Elisabeti Joram Sinyanya er sygeplejerske og plejer de 13 spedalske, der lige nu er indlagt på Sikonge Distriktshospital i det centrale Tanzania. Spedalskhedsarbejdet er grundlagt af Brødremenighedens Danske Mission.*

"Jeg holder meget af mit arbejde, selv om det selvfølgelig gør mig ondt for de syge," fortæller Elisabeti Joram Sinyanya.

Hun har arbejdet på Leprosariet, som afdelingen hedder, i otte år, og hendes opgave består primært i sårbehandling.

Spedalskhed er stadig udbredt i Tanzania. Sygdommen lammer nerverne i huden og skaber deformiteter i hænder, fødder, næse, ører og øjne. Man mener, spedalskhed smitter gennem luftvejene. Sygdommen har en inkubationstid på mellem tre og fem år, nogle gange længere, hvorfor en spedalsk uden at vide det kan nå at smitte mange mennesker. Heldigvis er 95 pct. immune over for spedalskhed. Og en flermedicinsk behandling kan stoppe sygdommen og gøre patienten smittefri indenfor et døgn.



Spedalskhedsbakterien trives i kølige områder af kroppen, i huden, ved albuerne, næsetippen, øreflipperne, hænderne og fødderne. Den angriber derfor de perifere nerver i huden. Sygdommen opdages ved prikken i fingre og tæer, følelseløshed i huden, lyse pletter og blister. Blisterne kommer af, at patienten brænder sig på ild og varme gryder, fordi de ikke kan føle noget. Derfor pådrager de sig også skrammer, som bliver til væskende

og lugtende sår. Sårene behandles ved, at patienten sætter sine fødder i saltvand en halv time, hvorefter de smøres ind i vaseline og forbindes.

"Jeg føler stor medlidenhed med de syge. Derfor er det en ekstra glæde for mig at kunne hjælpe dem. Jeg medicinere dem, forbinder deres sår og giver dem råd og vejledning i, hvordan de skal holde sårene rene," fortæller Elisabeti Joram Sinyanya.

## Ny hjemmeside er sygeplejerskers videnbank

Sygeplejersken har fået ny hjemmeside. Samtlige faglige artikler fra tidsskriftet tilbage fra 1997 og til i dag er blevet taget med søgeord, og arkivet rummer nu 7.000 faglige artikler og udgør dermed en videnbank om dansk og international sygepleje. Når du bruger artikelsøgefunktion på Sygeplejersken.dk, søger du udelukkende i artikler fra Sygeplejersken.

På Sygeplejersken.dk kan du også finde faglige opdateringer, fakta, nyheder og medlemsrabatter. Det er dit fagblad plus meget mere.

Se hjemmesiden på [Sygeplejersken.dk](http://Sygeplejersken.dk)



# Interview med en døende patient

Sygeplejestuderende interviewer ofte patienter i forbindelse med deres bachelorprojekt. Men er der en grænse for, hvor tæt man skal komme på svært syge mennesker, når fundene fra interviewene eller undersøgelsen med stor sandsynlighed ikke skal bruges til noget og ikke er repræsentative?

Bibi og Thea er studerende på sidste modul af sygeplejerskeuddannelsen. De er begge efter nogle oplevelser i klinikken meget optaget af døden og det at afslutte livet i værdighed. Derfor har de besluttet at skrive deres bachelorprojekt sammen, og de har fået tildelt en vejleder.

"Vi vil gerne interviewe en døende," siger Bibi til vejlederen. Det er vejlederen helt med på, "men husk nogle etiske overvejelser, før I finder en patient, og glem ikke at skrive om jeres overvejelser i opgaven," formaner hun.

Bibi og Thea går på jagt efter en patient, og på Theas afdeling ligger en kvinde på 62 år, som gerne vil deltage i et interview. Hun er meget syg af kræft i bugspytkirtlen og har formentlig ikke særlig langt igen. De studerende forbereder et interview, hvor den ene skal stille spørgsmål, og den anden skal iagttage kropssprog, tonefald m.m. De har formuleret i alt otte spørgsmål i en åben interviewguide. Patienten er i mellemtiden sløjet af, "men nu har jeg jo lovet dem at deltage," siger hun til sin datter.

Datteren bliver rasende. "Hvad er det for en skole, der giver sine studerende lov til at gramse på folks følelsesliv, når der er så kort tid igen," harcelerer hun til afdelings-sygeplejersken. "Hvem kommer det til gode?"

Afdelings-sygeplejersken svarer, at de studerende får erfaring med forskningsmetodik på den måde, og at fundene jo kan komme andre patienter til gode.

"Jeg vil bede dig om at annullere den aftale," siger datteren.

*Hvad synes I om de sygeplejestuderendes nysgerrighed og adfærd overfor patienten?*

*Hvordan mener I, afdelings-sygeplejersken skal reagere på datterens krav?*

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

**Svar 1.** Etik er det en interessant diskussion om, hvorvidt man skal respektere patienternes autonomi og dermed deres ret til at blive informeret om alt af relevans for deres situation, kontra det at beskytte dem mod belastningen i at skulle foretage alle disse valg.

Det sidste vil betyde, at andre foretager valg for patienten i den hensigt at ville det bedste. Selv om fagprofessionelle er særdeles veluddannede og er opdraget til at gå på arbejde for at hjælpe patienterne, viser flere undersøgelser, at de fagprofessionelle skønner forkert i op til 30 pct. af samarbejdsrelationerne. Dette er særlig udtalt ved terminale forløb - at man går fejl af hinanden.

En døende patient må gerne adspørges om at ville deltage i et interview, medmindre denne har givet udtryk for det modsatte. Blot skal personen vide, at det er i orden til hver en tid at sige fra, også under selve interviewet. Hvad casen gør opmærksom på, er, at det er en god idé at have den nærmeste familie med i disse overvejelser og dermed informere om, at det ikke er et problem at sige fra.

*Af Dorte E.M. Holdgaard, RN, exam.art., SD, MPA, etik- og kvalitetskonsulent, formand for Lokal Klinisk Etisk Komité ved Aalborg Universitetshospital.*



**Svar 2.** Afdelings-sygeplejersken må give datteren en undskyldning, da der må være sket noget, der kan give anledning til misforståelse og uro. I den palliative indsats er målet at fremme livskvaliteten hos patienter og deres familie. I de sygeplejerske-etiske retningslinjer understreges betydningen af, at sygeplejersken har ansvar for at yde omsorg i den hensigt, at patienten oplever velvære. Situationen her udfordrer oplevelsen af at være vel og dermed livskvaliteten.

Afdelings-sygeplejersken kan tale med moderen og datteren og under denne samtale forsikre moderen om, at der ikke kan blive tale om at medvirke mod hendes ønske. Respekten for selvbestemmelse, anerkendelse af værdighed, hensynet til moderens integritet samt omhu for det sårbare liv er vigtigt for al udøvelse af sygepleje.

Til alle tider i alle dele af uddannelses- og forskningsfeltet i sygeplejen gennemtænker sygeplejersker de etiske konsekvenser af en undersøgelse. Interessen for undersøgelsen må aldrig gå forud for hensynet til den enkelte informant, således heller ikke patienten her.

*Af Birthe Ørskov, lektor i sygeplejerskeuddannelsen, medlem af Sygeplejeetisk Råd.*

*Et uddybende svar kan læses på Sygeplejeetisk Råds hjemmeside, [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) > sygeplejeetisk råd*

Har du et dilemma, du gerne vil have belyst? Send det til fagredaktør Jette Bagh på [jb@dsr.dk](mailto:jb@dsr.dk). Det må højst fylde 900 tegn uden mellemrum. Husk navn og medlemsnummer på din mail.

# Øjenvidneberetning fra Gaza

Den tyske sygeplejerske Eileen Guersdorf ankom for to uger siden til Gaza for at arbejde for Læger uden Grænser. Hun skal bo i det krigsramte land i seks måneder – også selvom kampene fortsætter.

Tekst **Vinni Yang Søgaard** • Foto **Samantha Maurin, Læger uden Grænser**

Hun vidste ikke, at der ville udbrude krig mellem Israel og Gaza, da hun planlagde sin tur, men det har ikke ændret noget for Eileen Guersdorf, 42, der arbejder på Al-Shifa hospitalet i Gaza By, der blev bombet den 28. juli.

“Jeg har tænkt mig at blive her i al tiden, medmindre Læger uden Grænser beslutter sig for, at vi skal forlade Gaza,” fortæller hun, da «kursiv» Sygeplejersken ringer hende op en sen tirsdag eftermiddag.

“Jeg kan tale i 30 minutter. Jeg bliver nødt til at møde på arbejde på Al-Shifa hospitalet, inden det bliver mørkt, så vi skal køre klokken seks,” siger hun og fortsætter:

“I dagslys er det tydeligt, at hospitalspersonalet kører med Læger uden Grænser bil, så vi kører om dagen for at være sikre på ikke at blive forvekslet med anden part i mørket.”

## Komplekse skader

Det er fjerde gang, Eileen Guersdorf arbejder i Gaza som intensivsygeplejerske på en klinik for brandsårsbehandling. Men det er første gang, hun er i landet, imens der er krig.

“Det er noget helt andet nu. Alt er anderledes. Det er første gang, jeg arbejder med krigsofre. Patienternes skader er meget mere komplekse, end jeg har prøvet

før,” siger hun og forklarer, at patienterne kommer ind med flere og mere voldsomme skader, end hun er vant til.

“Et eksempel kan være, at de brandofre, vi får ind, har fået beskadiget deres lunger i langt højere grad, end jeg har prøvet de andre gange, jeg har været her,” fortæller hun.

## Lærer stadig fra sig

Eileen Guersdorf kom oprindeligt til Gaza for at undervise. Men krigen giver hende ikke mulighed for at lære fra sig på den traditionelle facon:

“Nu er der ikke tid til undervisning på

den måde. Men jeg prøver altid at kombinere undervisning med det, jeg laver. Så kan jeg lære de andre sygeplejersker nogle teknikker i stedet for. Det bliver en meget praktisk undervisning.”

## På job hver nat

Eileen Guersdorf har arbejdet hver nat siden sin ankomst. Inklusive transport er det næsten 13 timer i døgn i 14 dage.

“Det er meget forskelligt, hvor travlt vi har. Nogle nætter kan være rolige, så vi kan holde pauser, og nogle nætter arbejder vi igennem hele natten, hvis der er mange tilskadekomne,” forklarer hun.

Selvom Eileen Guersdorf lyder frisk, er hun faktisk meget træt. Ikke så meget af arbejdstiden, men af konflikten:

“Folk her er virkelig trætte. Ikke bare personalet på hospitalet, men også befolkningen her i Gaza. De vil virkelig gerne have fred nu, så de ikke mister flere pårørende i krigen.”

## Aldrig sikker

Al-Shifa hospitalet, som Eileen Guersdorf arbejder på, blev ramt under bombardementerne den 28. juli.

“Der er ikke nogen steder i Gaza, hvor man kan føle sig 100 pct. sikker. Vi fra Læger uden Grænser føler dog et lille niveau af sikkerhed, da vi kommunikerer til begge sider, at vi er her,” fortæller hun.

Al-Shifa er et af de steder, der betragtes som mere sikkert af de lokale palæstinensere, og omkring 2.000 palæstinensere har bosat sig på hospitalets grund.

“Folk tænker, at der er mere sikkert her, så de sætter telte op og laver læ af lagner,” fortæller Eileen Guersdorf.

Hun understreger også, at hun ikke føler sig bange:

“Jeg skal kun bekymre mig om mig selv, og jeg kan altid forlade landet, hvis jeg vil. Det er mere de familier, der er fanget her, der har noget at bekymre sig for.”

## Tre sygeplejersker i Gaza

Læger uden Grænser har i øjeblikket tre sygeplejersker udsendt i konfliktområdet i Gaza. Ingen af dem er danskere. De arbejder alle tre på hospitalet Al-Shifa, der blev bombet den 28. juli. Det har dog ikke påvirket deres arbejde. Sygeplejerskerne arbejder sammen med tre kirurger og tre anæstesi-læger fra samme organisation og det lokale personale. Al-Shifa er det fjerde hospital, der er blevet ramt af bomber i Gaza, siden krigen begyndte den 8. juli.



Der arbejder tre sygeplejersker, tre kirurger og tre anæstesi-læger fra Læger uden grænser på Al-Shifa.



## Friske æg på plejecenter

Tekst **Torben Svane Christensen** • Foto **Palle Peter Skov**

Først var det hunde, katte og fugle, der holdt deres indtog. Men på flere plejehjem kan man nu også høre kaglen og øffen. Bl.a. på Plejecenter Ågård i Vejle Kommune.

Sygeplejerske Ulla N. Karmann har selv høns derhjemme, og hun falder til ro og føler en glæde, når hun er sammen med sine høns.

"Gennem arbejdet med demente har jeg erfaret, at det er vigtigt at bruge elementer fra deres unge dage. Jeg har oplevet, at demente og ældre kan få ro og tilfredsstillelse ved fysisk udfoldelse i naturen, i husholdningen og med dyr. Vi har mange beboere fra landet, og mange af dem har haft høns," fortæller hun.

Dette gav Ulla N. Karmann inspiration til at lade fjerkræene flytte ind på plejecentret. Hendes håb er, at en meningsfuld hverdag for de demente måske kan reducere behovet for nerve- og sovemedicin.

"Vi har en beboer, der ikke rigtig havde lyst til noget, før vi fik høns. Efter vi fik høns, var han den første, der var ude hos hønsene, hvor han finder det største æg til sin morgenmad. Hønsene er blevet en stor del af hans hverdag. En anden borger kommer med brød til hønsene hver dag," siger hun.

Der er oprettet en lille gruppe, der skal tage sig af hønsene, men det er ikke alle blandt personalet, der vil være med.

"Der er nogle, der slet ikke kan lide at have med høns at gøre. Men nu er der en gruppe i et andet hus, der gerne vil have hængebugsvin," siger hun.

Det er en aktivitetsmedarbejder, der gør rent ved hønsene.

Sygeplejersken har også lært noget af beboerne.

"En beboer kunne fortælle, at man kan se på hønsene og mærke på maven, hvornår en høne er holdt op med at lægge æg. Her var det mig, der kunne lære noget," siger Ulla Karmann, der også har fået gode råd, når hønsene lægger æg udenfor redekassen.

"Alt i alt opleves hønsene som en berigelse for beboerne, giver gode samtaleemner, når hønsene kan ses fra middagsbordet, og det giver selvværd til beboerne, at de kan bidrage med viden til dagligdagen," siger Ulla N. Karmann.

I første omgang fik plejecentret nej fra Levnedsmiddelstyrelsen til at spise æggene, men da beboerne bor i egne selvstændige enheder i et leve-bo-miljø, blev det dem, der søgte, og så var tilladelsen i hus.



Ellen Petersen som Ingrid i den norske film *Blind*.

*Forventet premiere den 21. august*  
**Blind**

Hvordan er det at miste en af sine sanser? En film om at miste synet, men ikke udsynet og fantasien. Ingrid har svært ved at acceptere sit nye liv som blind og vil ikke forlade lejligheden. Hendes mand Morten prøver forgæves at få hende til at leve livet lidt igen. Eller gør han? Ingrid er nemlig ved at skrive en roman, og der opstår en glidende overgang mellem det, hun forestiller sig, og det som (måske) virkelig sker omkring hende.

*Vises i Grand Teatret i København og Reprise Teatret i Holte*

*27-29. august*

**Sig det, som det er!**

Vold i familien, psykisk sygdom i familien og alkoholmisbrug i familien. Disse tabuer er en del af mange børn og unges hverdag.

I samarbejde med Red Barnet præsenteres de tre kortfilm "Den perfekte middag", "Loftet" og "Den store prøve", der sætter fokus på emnerne.

*Vises i perioden under Odense Film Festival*

Læs flere informationer og se andre arrangementer på [www.dsr.dk/Sygeplejersken/Kulturjournalen](http://www.dsr.dk/Sygeplejersken/Kulturjournalen). Kalenderen bringes i samarbejde med Kulturnaut.dk. Sygeplejersken tager forbehold for datoændringer, aflysninger mv.

# Sengen klarer selv de tunge løft

I de sidste 100 år har behandling, sygepleje, medicin og hospitalsbyggeri undergået store forandringer, mens selve hospitalssengen ikke har ændret sig synderlig meget. Fremtidens intelligente seng har været længe ventet.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen**



Foto Dansk Sygeplejehistorisk Museum

Operationspersonale fra Rigshospitalet i 1951 løfter en nyopereret patient fra operationsejlet over i sengen. Bandagen til det opererede ben ligger klar.



Foto Dansk Sygeplejehistorisk Museum

Sengen har trådløs betjening. Den kan vende patienten og mobilisere i siddende stilling. Læs mere på [www.dsr.dk/dshm](http://www.dsr.dk/dshm)

## Dengang

Hospitalssenge havde i 1800-tallet metalstativ og tremmer, og sådan så de ud indtil begyndelsen af 1900-tallet, hvor de første modeller dukkede op med mulighed for at hæve sengegærdet mekanisk.

Gradvist kom der bevidsthed om patientens ergonomi og komfort og plejepersonalets arbejdsmiljø.

Ordet "arbejdsmiljø" dukkede først op som emne i *Sygeplejersken* i midten af 70'erne, men hurtigt tog artiklerne om rygskader og andre løfteskader til.

I hospitalssengens historie har det store spring været, da den danske virksomhed Linak i 1989 udviklede et elektronisk løftesystem, hvor man ved et tryk på en knap kunne løfte patienten sikkert, lydløst og i en ren og glidende bevægelse.

På Regionshospitalet i Randers undrede chefsygeplejerske Karin Valbæk sig over, at hospitalssenge ikke havde udviklet sig, siden hun var sygeplejeelev i 1968, og som ansvarlig for indkøb af udstyr for millioner af kroner hvert år kunne hun konstatere, at der ikke var meget udstyr, der havde som formål at aflaste sygeplejerskerne eller patientplejen. Efter at have argumenteret længe over for Region Midtjyllands ledelse for, at der var brug for at nytænke hospitalssengen, bevilgede regionen i 2006 5 mio. kr. til et udviklingsprojekt af "Fremtidens hospitalsseng".

Karin Valbæk havde især to ønsker: Sengen skulle gøre patienten så selvhjulpne som muligt, og den skulle kunne give signal til sygeplejerskerne, når patienten kastede op eller gjorde sengen våd.

## Nu

Første eksemplar af fremtidens hospitalsseng kan nu ses på Dansk Sygeplejehistorisk Museum. Sengen har trådløst styresystem og er forprogrammeret, så den kan løfte patienten i forskellige stillinger i den rigtige rækkefølge afhængigt af, om patienten er mave- eller hofteopereret. Den kan vippe fra side til side, så patienten bliver vendt mest skånsomt. Er madrassen våd, eller har patienten forladt lejet, kan den sende besked til det personale, som overvåger. Planen er også, at sengen skal sende data om vitale værdier til den elektroniske patientjournal.

Udviklingen er sket i et samarbejde mellem borgere, hospital og private virksomheder, og sengen bliver i øjeblikket testet på afdeling M4, Regionshospitalet Randers.

"Vi har apopleksipatienter og geriatriske patienter, og vores gamle senge er dem med pumpe og sengeheste, man sætter i hak. Den nye seng er fantastisk især til meget immobile patienter med parese. Vi behøver ikke være to til at udføre personlig hygiejne, fordi sengen selv kan vende patienten. Man skal bare være opmærksom på, at den ikke gør alt arbejdet for patienten, hvis patienten kan selv," siger sygeplejerske Pia Hviid Kristensen fra M4.

Prisen bliver ifølge direktør i K.R. Hospitalsudstyr, Klaus Brock, i et leje, der kan matche de standardhospitalssenge, som findes i dag.

Den intelligente seng er trækplastrer på en udstilling på Dansk Sygeplejehistorisk Museum, der også viser sengens historie tilbage til 1800-tallet.

## Sygeplejemuseet i Kolding vil kigge ind i fremtiden

Dansk Sygeplejehistorisk Museum vil fremover satse på både fortiden og fremtiden. Den første udstilling efter det nye koncept "Fremtidens intelligente hospitalsseng" åbnede den 1. juli. (se "Historisk" på foregående side). Senere er det planen, at andre udstillinger og aktiviteter om ny velfærdsteknologi i relation til sygepleje skal præsenteres.

Museets strategi om også at satse på fremtiden er at skabe et sygeplejefagligt formidlingscenter, som kan give sundhedspersonale og studerende -

men også borgere med interesse for sundhedsvæsenet - indblik i det sygeplejefaglige område.

Museet, som har til huse i Kolding i et tidligere tuberkulosesanatorium for børn, åbnede i 1999 og rummer faste udstillinger indenfor temaerne: kald, hierarkier i hospitalerne, sygeplejens udvikling, stiftelsen af Dansk Sygeplejeråd, sygeplejersker i udlandet, behandling, hjemmesygepleje, uddannelse, hygiejne og leveforhold.

(sbk)

” Velfærdsstaten er under forandring på en måde, hvor dele af det, der før var sygeplejerskers og sundhedsfagliges funktioner, overtages af pårørende, familie, netværk og venner. Alene fordi vi udskrives hurtigere fra hospitalerne, bliver de pårørende involveret mere i plejen.

Professor Kristian Larsen, som forsker i lighed i sundhed, med henvisning til, at den gennemsnitlige indlæggelsestid er faldet fra 4,5 dage i 2008 til 3,6 dage i 2013. Politiken, den 3. august 2014.

## Vær med til at skabe fremtidens velfærdssamfund

Nyt initiativ vil skabe debat og sikre bedre samarbejde på tværs af ansættelsesforhold og relationer i sundhedsvæsenet.

"Mere Menneske og Mindre System" er et initiativ, der er sat i søen af Region Midtjylland, Marselisborg Centret, Rehabiliteringsforum Danmark og Aarhus Kommune, Sundhed og Omsorg. Ved

hjælp af bl.a. sociale medier ønsker man at skabe en platform for at kunne diskutere, hvordan man i fremtiden kan blive endnu bedre til at skabe stærke relationer mellem borgere, pårørende og fagpersoner.

Læs mere på [www.conferencemanager.dk/mrms](http://www.conferencemanager.dk/mrms) eller deltag selv i debatten på Facebook og LinkedIn.

*Jeg er alkoholiker – men jeg drikker ikke mere*

Ole "Bogart" Michelsen

Minnesota-behandling har hjulpet titusinder til et bedre liv – uden alkohol. Vi kan også hjælpe dig.



Behandlingscenter  
T J E L E

4 centre – også ét tæt på dig

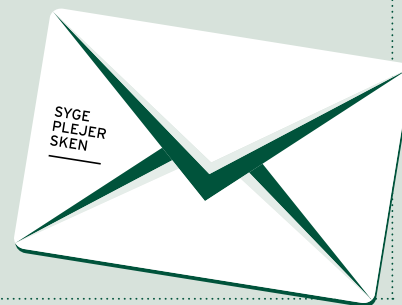
**Døgntelefon**

**70 20 40 80**

[www.tjele.com](http://www.tjele.com)

## Tilmeld dig faglige nyheder

Få nyheder fra *Sygeplejersken* direkte i din indbakke. Du tilmelder dig ved at gå ind på [sygeplejersken.dk](http://sygeplejersken.dk) og klik på "Abonnér på nyheder fra Sygeplejersken.dk" under nyhedsspalten.



Dette lægemiddel er underlagt supplerende overvågning. Læger og sundhedspersonale anmodes om at indberette alle mistænkte bivirkninger. **Produktinformation for ELIQUIS (APIXABAN) 2,5 mg og 5 mg filmovertrukne tabletter.** De med \* markerede afsnit er omskrevet/forkortet i forhold til det af Sundhedsstyrelsen godkendte produktresumé dateret 25. april 2014 og omhandler udelukkende indikationen forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos patienter med non-valvulær atriefibrillen (NVAf). **Terapeutiske indikationer\*:** Forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos voksne patienter med NVAf med en eller flere risikofaktorer, såsom apopleksi eller transitorisk iskæmisk attack i anamnesen, alder  $\geq 75$  år, hypertension, diabetes mellitus, symptomatisk hjertesvigt (NYHA-klasse  $\geq$  II). **Dosering og administration\*:** 5 mg oralt 2 gange dagligt. *Dosisreduktion:* 2,5 mg oralt 2 gange dagligt hos patienter med NVAf og med mindst to af følgende karakteristika: alder  $\geq 80$  år, kropsvægt  $\leq 60$  kg eller serumkreatinin  $\geq 1,5$  mg/dl (133 mikromol/l). Patienter, der udelukkende opfylder kriteriet for svært nedsat nyrefunktion (kreatininclearance 15-29 ml/min), bør også få den lave dosis af apixaban på 2,5 mg to gange dagligt. Ved skift fra Vitamin K antagonist (VKA) til ELIQUIS (APIXABAN) skal VKA seponeres og ELIQUIS (APIXABAN) initieres, når INR  $< 2,0$ . *Nedsat nyrefunktion:* Anbefales ikke til patienter med kreatininclearance  $< 15$  ml/min eller patienter som er i dialyse. Skal anvendes med forsigtighed til patienter med svært nedsat nyrefunktion (15-29 ml/min). *Nedsat leverfunktion:* Kontraindiceret hos patienter med leversygdom, der er forbundet med koagulopati og klinisk relevant blødningsrisiko. Anbefales ikke til patienter med svært nedsat leverfunktion. Kan anvendes med forsigtighed til patienter med let til moderat nedsat leverfunktion, samt patienter med forhøjede leverenzym og forhøjet total bilirubin. Før behandling indledes, bør der udføres leverfunktionstest. *Kardiovertering:* Patienter kan forblive på ELIQUIS (APIXABAN) under kardiovertering. *Administration:* Oral anvendelse. Skal synkes med vand, med eller uden føde. **Kontraindikationer\*:** Overfølsomhed over for aktivt stof eller ét hjælpestof. Aktiv klinisk signifikant blødning. Leversygdom forbundet med koagulopati og klinisk relevant blødningsrisiko. Læsion eller tilstand med signifikant risikofaktor for større blødning. Samtidig behandling med andre antikoagulantia undtagen i tilfælde af behandlingsskift til eller fra ELIQUIS (APIXABAN). **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen\*:** Patienter skal kontrolleres omhyggeligt for tegn på blødning. Forsigtighed udvises ved generelt øget risiko for blødning. Seponeres, hvis der forekommer alvorlig blødning. *Patienter med mekaniske hjerteklapper:* Eliquis' sikkerhed og virkning er ikke blevet undersøgt hos patienter med mekaniske hjerteklapper, med eller uden atriefibrillen. Eliquis frarådes derfor i disse tilfælde. *Kirurgi og invasive indgreb:* Seponeres mindst 48 timer inden elektiv kirurgi eller invasive indgreb med moderat eller høj blødningsrisiko og mindst 24 timer inden ved lav risiko for blødning. Behandlingen bør genstartes så hurtigt som muligt efter indgreb. *Midlertidig seponering:* Ændringer i behandling bør undgås. I tilfælde med midlertidig seponering, bør behandlingen genstartes hurtigst muligt. *Eldre patienter:* Forsigtighed udvises ved samtidig administration af acetylsalicylsyre. *Laboratorieparametre:* Koagulationsparametre (f.eks. PT, INR og aPTT) påvirkes af ELIQUIS (APIXABAN). *Lactose:* Bør ikke anvendes til patienter med galactoseintolerans eller glucose/galactosemalabsorption. **Interaktioner\*:** Frarådes hos patienter, der samtidig får systemisk behandling med kraftige hæmmere af både CYP3A4 og P-gp. Forsigtighed ved samtidig brug af kraftige CYP3A4- og P-gp-induktorer. Bør anvendes med forsigtighed ved samtidig behandling med NSAID og trippelkombination med acetylsalicylsyre og clopidogrel. Lægemidler forbundet med alvorlig blødning anbefales ikke til samtidig brug. **Fertilitet, graviditet og amning\*:** Bør ikke anvendes. **Bivirkninger\*:** *Almindelig (1-10%):* Anæmi. Blødning, herunder hæmatom, okulært, epistaxis, gastrointestinal blødning, hæmatokesi, rektal blødning, gingival blødning, hæmaturi og blødning i huden. *Ikke almindelig (0,1-1%):* Overfølsomhed. Hjerneblødning, anden intrakraniell eller intraspinal blødning. Hæmoptyse. Traumatisk blødning. **Overdosering\*:** Ingen antidot. I tilfælde af hæmorrhagiske komplikationer skal behandlingen stoppes og kilden til blødningen findes. Påbegyndelse af passende behandling, f.eks. operativ hæmostase eller transfusion med frisk frosset plasma, bør overvejes. Administration af aktivt kul kan være hensigtsmæssig. Indgivelse af rekombinant faktor VIIa kan overvejes. **Pakninger og priser (ESP 21-07-2014):** Filmovertrukne tabletter 2,5 mg: 10 stk: 143,90 kr, 20 stk: 265,95 kr, 60 stk: 754,20 kr, 168 stk: 2072,45 kr. Filmovertrukne tabletter 5 mg: 14 stk: 192,70 kr, 100 stk: 1242,45 kr, 168 stk: 2072,45 kr. Se venligst dagsaktuel pris på <http://medicinpriser.dk>. **Tilskud:** Generelt tilskud **Udlevering:** B **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Bristol-Myers Squibb/Pfizer EElG, Bristol-Myers Squibb House, Uxbridge Business Park, Sanderson Road, Uxbridge UD8 1DH, Storbrannien. Produktresuméet kan vedrørløst rekvireres fra den danske repræsentant: Bristol-Myers Squibb, Lyngby Hovedgade 98, 2800 Lyngby.

	Eliquis®(apixaban) (2,5/5 mg)	Marevan®(warfarin) (2,5 mg)	Hjerdyl®(acetylsalicylsyre) (75/150 mg)
Virknings-mekanisme	Direkte faktor Xa hæmmer	Blokerer syntesen af de vitaminer K-afhængige koagulationsfaktorer	Hæmmer trombocyttaggregationen
Indikationer og dosering	Forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos voksne patienter med non-valvulær atriefibrillen (NVAf) med en eller flere risikofaktorer. Den anbefalede dosis ved NVAf er 5 mg indtaget oralt to gange dagligt.	Forebyggelse og behandling af dyb tromboflebit og tromboemboliske komplikationer. Patienter, der ikke tidligere har været i warfarinbehandling: Anbefalet startdosis er 2 tabletter (5 mg) en gang daglig i 4 dage. Herefter individuel dosering.	Primær profylakse af kardiovaskulær sygdom som trombose og akut koronarsyndrom hos personer over 50 år med en eller flere risikofaktorer for udvikling af kardiovaskulær sygdom. Dosering 150 mg som startdosis, efterfulgt af 75 mg daglig.
Dosisjustering	2,5 mg to gange dagligt hos patienter med NVAf og med mindst to af følgende: alder $\geq 80$ år, vægt $\leq 60$ kg eller serumkreatinin $\geq 1,5$ mg/dl (133 mikromol/l) eller ved svært nedsat nyrefunktion (CrCl 15–29 ml/min). Anbefales ikke ved CrCl $< 15$ ml/min	Monitorering påkrævet. INR 2–3 tilstræbes. En højere INR mellem 2,5 og 3,5 bør tilstræbes ved mekanisk hjerteklapprotese og kompliceret akut myokardieinfarkt.	Nedsat leverfunktion og nedsat nyrefunktion
Kontraindikationer	Overfølsomhed over for det aktive stof eller hjælpestoffer Klinisk signifikant aktiv blødning Læsion eller tilstand med betydende risiko for større blødning Samtidig behandling med andre antikoagulantia Graviditet og amning Leversygdom med klinisk relevant blødningsrisiko	Overfølsomhed over for warfarin eller hjælpestoffer Patienter med forhøjet blødningsrisiko Første trimester og de fire sidste uger af graviditet Svær leverinsufficiens Samtidig administration af prikbladet perikum	Overfølsomhed over for acetylsalicylsyre, andre salicylater eller hjælpestoffer Asthma, quincles ådem, rinit eller urticaria i anamnesen, som induceres ved administration af salicylater eller andre antiinflammatoriske analgetika, blødningstendens, aktivt ulcus pepticum, Svært nedsat nyre-, lever- og hjertefunktion. Doser over 100 mg/dag i tredje trimester af graviditeten Børn under 15 år med feber
Almindelige og meget almindelige bivirkninger (forekommer hos mere end 1 ud af 100 behandlede)	Blødning i øjet, hæmatom, epistaxis, gastrointestinal blødning, hæmatokesi, rektal blødning, gingival blødning, hæmaturi, blødning i huden	Næseblod, hæmoptyse, hæmaturi, tandkødsblødning, blå mærker, vaginal blødning, blødning i øjets bindehinde, gastrointestinal blødning, forlænget og omfattende blødning efter operationsindgreb eller traume	Forlænget blødningstid, hæmning af trombocyttaggregation, øget blødningstendens, begrænset asymptomatisk blodtab, hovedpine, bronkospasmer hos astma patienter, halsbrand, sure opstød, Gastrointestinal blødning, øvre gastrointestinal erytem og erosion, kvalme, dyspepsi, opkastning, diaré, abdominalsmerter, melæna, urticaria, forskellige udslet, angioødem, søvnløshed
Interaktioner	Frarådes ved systemisk behandling med kraftige hæmmere af både CYP3A4- og P-gp. Forsigtighed ved samtidig behandling med kraftige induktorer af CYP3A4 og P-gp, samt NSAID og pladehæmmere.	Smalt terapeutisk indeks. Lægemidler, der hæver eller sænker INR Dette gælder også for håndkøbslægemidler, naturlægemidler, kosttilskud og vitaminer, der indtages udover den anbefalede dosis.	Frarådes ved samtidig behandling med: Methotrexat, dikumarolgruppen, ciclosporin, ACE hæmmere, acetazolamid, probenecid, sulfonpyrazon Forsigtighed ved samtidig anvendelse af: NSAID, COX-2 hæmmere, Ibuprofen, clopidogrel, ticlopidin, antikoagulantia, abiciximab, tirofiban, eptifibatid, heparin, furosemid, quinidin, spironolaktone, digoxin, lithium, aminoglykosider, imipramin, SSRI, valproat, kortikosteroider, antidiabetika, antacida, varicella vaccine, ginkgo biloba, thiopental, alkohol, phenytoin, dipryridamol
Overdosering	Der findes ingen antidot	Antidoten phytomenadion (vitamin K1)	Der findes ingen antidot
Udlevering, pris (AUP inkl. recepturgebyr) (per 21/7/2014) Dagsaktuel pris kan findes på <a href="http://medicinpriser.dk">medicinpriser.dk</a>	Udl. B, Generelt tilskud, Tbl. 2,5 mg: 10 stk: 143,90 kr, 20 stk: 265,95 kr, 60 stk: 754,20 kr, 168 stk: 2.072,45 kr. Tbl. 5 mg: 14 stk: 192,70 kr, 100 stk: 1.242,45 kr, 168 stk: 2.072,45 kr	Udl. B, Generelt tilskud, Tbl. 2,5 mg: 100 stk: 146,30 kr	Klausuleret tilskud. Udl. HA, Tbl. 75 mg: 100 stk: 81,95 kr. Udl. B, Tbl. 75 mg: 200 stk: 83,30 kr, 1.000 stk: 254,10 kr. Tbl. 150 mg: 100 stk: 95,60 kr, 200 stk: 131,15 kr



# Nyhed:

## Patienter kan forblive på Eliquis<sup>®</sup> (apixaban) 2 x dgl. under kardiovertering<sup>1</sup>

**“Apixabans effekt er bedst dokumenteret i en bred AFLI-population med forhøjet tromboembolirisiko over for både ASA og VKA. Det reducerer risikoen for både apopleksi og mortalitet og medfører ikke flere alvorlige blødninger end ASA<sup>2</sup>.“**

Forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos voksne patienter med non-valvulær atrieflimren (NVAF) med en eller flere risikofaktorer, såsom apopleksi eller transitorisk iskæmisk attack (TIA) i anamnesen, alder  $\geq 75$  år, hypertension, diabetes mellitus, symptomatisk hjertesvigt (NYHA-klasse  $\geq$  II).<sup>1</sup>

Se venligst yderligere oplysninger i produktresumeeet for Eliquis<sup>®</sup> (apixaban) og vejledning til ordinerende læge. Uddel venligst også patientkortet til dine patienter ved ordinerings af Eliquis<sup>®</sup> (apixaban).

Referencer: 1. Produktresumee for Eliquis<sup>®</sup> (apixaban).

2. Antitrombotisk behandling ved kardiovaskulære sygdomme »Trombokardiologi«, DCS vejledning 2012, Nr. 3

Jobkode: EUAPI208  
Udarbejdet i: Maj 2014



**Eliquis<sup>®</sup>**  
**Apixaban**



# SYGEPLEJERSKE, KEND DIN KROP OG STYRK DIN FAGLIGHED

Sygeplejersker kan udvikle deres professionalitet, når de er opmærksomme på kropssproget, mener Helle Winther, som underviser og forsker i kroppens sprog. Når man kan læse og tale kroppens sprog, kan man skabe tillid, omsorg og tryghed i mødet med patienten.

Tekst **Miriam Lykke Schultz**  
Foto **Helene Bagger**

Kroppens sprog er et meget stærkt sprog. Det er vores første, sidste og vigtigste sprog. Kroppen kommunikerer altid og vil altid være i spil i det professionelle møde mellem sygeplejerske og patient. Det forklarer Helle Winther, der er lektor på Københavns Universitets Institut for Idræt, og som er forsker i kroppens sprog.

I sin forskning har hun udviklet begrebet ”den professionspersonlige kompetence”, som handler om den professionelles evne til at læse,

mærke og se kroppens sprog. Noget, som alle kan træne og udvikle, siger forskeren.

Sygeplejerske Rikke Øland Sejersbøl arbejder på Reumatologisk afdeling, Aarhus KH.

Hun har fået sit kropssprog analyseret af Helle Winther, som på de følgende sider giver sit bud på, hvad hun ser i den kropslige kommunikation mellem sygeplejerske og patient ud fra billederne. Hun giver også bud på, hvad sygeplejersken kan være opmærksom på.



## LIGEVÆRDIG KOMMUNIKATION

Sygeplejersken bruger sin krop til at forklare noget fagligt. Det fungerer rigtig godt, at hun har sat sig ned, så hun har den samme kropslige status som patienten. På den måde er der skabt et åbent rum med mulighed for en ligeværdig kommunikation.

Sygeplejersken har klar øjenkontakt med patienten, og hans opmærksomhed er rettet mod hende. Han får ikke bare stukket et papir i hånden. Det ser ud, som

om der er lagt an til dialog, hvor patienten har mulighed for at stille spørgsmål.

### Vær opmærksom på:

Selvom sygeplejersken er meget klar og afgrænset i sit kropssprog, sidder hun måske lidt tæt på patienten. Det er altid den professionelle, der har det primære ansvar for at skabe tillid mellem sig selv og patienten. For at leve op til det ansvar

er det vigtigt, at sygeplejersken er opmærksom på ikke at overskride patientens intime zone. Alle er forskellige og har forskellige territoriale grænser. For nogle er det fint, at andre kommer tæt på og måske rører ved dem, for andre kan det virke ubehageligt eller forstyrrende for kommunikationen. Derfor må sygeplejersken bruge sin egen krop som et instrument, der kan sanse patienten i situationen.

## PRIVAT AFGRÆNSNING



Det særlige ved denne situation er, at det er en ret nøgen situation, hvor sygeplejersken har kropskontakt med patienten, mens hun foretager en nødvendig sygeplejefaglig berøring.

Det fungerer godt, at hun afgrænser sig selv og gør sig mindre følelsesmæssigt åben ved at vende siden til ham i stedet for at sidde med front mod ham.

### Vær opmærksom på:

I situationer som denne er det vigtigt for både ham og hende, at hun ikke kommer til at overskride hans grænse. Det skal være hende, som den professionelle, der afgrænser situationen. Hun skal både sørge for at skabe plads til patienten og for at have en privat afgrænsning i den kontakt, hun har

med patienten. Hun kan afgrænse sig gennem måden, hun sidder på, og ved at røre patienten med en fast og sikker hånd. Her er det også vigtigt, at sygeplejersken har en god egenkontakt, så hendes krop kan udstråle ro og sikkerhed. Hun skal dog også passe på, at hun ikke overbelaster sin egen krop i ubekvemme siddestillinger.



## KROPSLIG KOREOGRAFI

Sygeplejersken bruger sin krop som en sygeplejefaglig koreografi, hvor hun med sine bevægelser viser patienten noget, som han visuelt kan forstå og spejle med sin egen krop. Det er en stor fordel at bruge sin krop til at lære patienten noget. Sygeplejersken kan bedre forklare ved hjælp af sin krop, end hvis hun fortæller patienten det med ord, og mange patienter kan bedre forstå og huske noget, de har fået vist og prøvet selv.

### Vær opmærksom på:

Her er det vigtigt at arbejde med tempo, timing og lederskab. Det kan være en ukendt situation for patienten. Derfor er det vigtigt, at sygeplejersken sanser patienten. Hun må afstemme sine egne bevægelser med hans tempo, samtidig med at hun har lederskab over situationen.

## TILLIDSKONTAKT

I denne situation er der mulighed for en anden åbenhed mellem patient og sygeplejerske. Sygeplejersken rører ved patientens arm, mens hun smiler til ham og han til hende. Her synes der at være en følelsesmæssig åbenhed. Tillidskontakten er i spil gennem øjenkontakt, smil og berøring. Hun viser, at patienten kan stole på hende og føle sig tryk. Øjenkontakt, smil og berøring er tre stærke virkemidler. Tilsammen kan de skabe tillid.

### Vær opmærksom på:

Også her er det vigtigt, at sygeplejersken sanser og læser patienten, og at hun er bevidst om det professionelle i den åbne kontakt. Også her er det hende, der gennem sin kropslige kommunikation skal vise lederskab over situationen.



### Læs mere/Tre niveauer

Den professionspersonlige kompetence har tre niveauer.

1. Egenkontakt
2. Kommunikationslæsning og kontakt-evne
3. Lederskab.

Læs mere i bogen "Kroppens sprog i professionel praksis".

## VÆR PÅ SAMME BØLGELÆNGDE



Smil er den korteste vej mellem to mennesker og en hurtig måde at fange patientens opmærksomhed.

At vide, hvornår det er okay at grine, handler om at have situationsfornemmelse og kontakt til sig selv og sine egne følelser. Ved at læse og efterligne patienten viser hun, at hun er på bølgelængde med patienten.

### Vær opmærksom på:

Hun skal have lederskab og tillade latteren og kunne stoppe den igen.

Hun griner kun, fordi det er okay med ham i denne situation. Det er ikke sikkert, det havde været i orden i en anden situation eller med en anden patient. Der kunne det være helt upassende eller grænseoverskridende.

Det vigtige er, at det er patienten, der kommer først, man skal ikke bare grine, fordi man selv har lyst til at grine. Der er nogle tegn, hun griber fra ham, som tillader, at det kan ske.



## KROPSKONTAKT

Her har sygeplejersken den omsorgsgivende kontakt, hvor det handler om den omsorgsfunktion og menneskevarme, som er en del af hendes praksis.

Kropskontakt er et af de stærkeste kommunikationsredskaber, som både dyr og mennesker har. Gennem kropskontakten kan man give mennesker omsorg, varme og nærhed og kærlighed.

### Vær opmærksom på:

Kroppen kan tale der, hvor ordene ikke slår til. I nogle situationer kan patienten have mere brug for at mærke en varm hånd end en lind talestrøm.

Den varme hånd kan være en meget givende kommunikation. En hånd oven på patientens hånd kan være den bedste måde at vise, at man tager hånd om situationen, at man ønsker at værne og beskytte.

### Mild berøring giver helbredelse til kroppen

Vidste du, at berøring og nærvær stimulerer frigørelsen af oxytocin.

Oxytocin, som også kaldes for kærlighedshormonet, virker beroligende og revitaliserende på kroppen, fordi det hæmmer frigørelsen af stresshormonet kortisol.

Dette gør hormonet ved kroppen:

- Blodtrykket daler
- Pulsen daler
- Smertetærsklen øges
- Blodets indhold af stresshormonet kortisol halveres
- Optagelsen af næringsstoffer fra kosten forbedres
- Fordøjelsen fremmes
- Sårhelingstiden halveres
- Immunforsvaret styrkes
- Kolesterolallet bliver sundere
- Angst og bekymring dæmpes
- Aggressivitet og vrede dæmpes
- Du beroliges og bliver afslappet

Læs "Afspænding, ro og berøring" af forsker og professor i fysiologi Kerstin Uvnäs Moberg.

# STUDERENDE DANSER SIG TIL GOD PATIENTKONTAKT

På Sygeplejerskeuddannelsen på UC Diakonissestiftelsen er dans skemalagt som en fast del af undervisningen. Dansen hjælper de studerende til større kropsbevidsthed, fortrolighed med egen krop og bevidsthed om grænser. Det giver bedre patientkontakt og skal i sidste ende reducere frafaldet på uddannelsen og i faget.

Tekst **Miriam Lykke Schultz**

Musikken dunder ud af højtalerne og sætter bevægelse i kroppene på gulvet. Alle bevæger de sig ind og ud mellem hinanden, mens de bliver mere og mere frigjorte.

Selvom det er fredag, er vi hverken vidne til endnu et afsnit af "Vild med dans" eller havnet på den lokale Crazy Daisy. Derimod er vi til en undervisningstime på Diakonissestiftelsens Sygeplejerskeuddannelse, hvor kursisterne gennem dansen øver sig i at være opmærksomme på deres eget og andres kropssprog.

Ifølge kropssprogsekspert Helle Winther kan der være flere fordele for sygeplejersker i, at kroppen og ikke mindst bevægelse kommer på skemaet. Kroppens sprog har nemlig betydning for autenticitet, nærvær, empati og lederskab.

"Ordenes strøm kan stoppes, men kroppen er altid i bevægelse – altid kommunikerende. Alligevel er kroppens sprog et overset potentiale inden for sygeplejerskeuddannelsen," siger

Helle Winter, der er lektor i bevægelsespsykologi og dans og til daglig er forsker og underviser på Institut for Idræt og Ernæring på Københavns Universitet.

## Kroppen kommunikerer altid

Usikkerhed ved at være tæt på et fremmed menneskes krop og det vanskelige ved at have øjenkontakt med patienten er blandt årsagerne til et hyppigt frafald af elever

på Diakonissestiftelsens Sygeplejerskeuddannelse.

"Alle i ledelsen var enige om, at vi havde brug for at gøre noget for at sikre og udvikle kvaliteten af uddannelsen," siger lektor Susanne Grøntved.

Samtidig ønskede ledelsen at gå nye veje i forsøget på at fastholde de studerende. Løsningen blev, at der skulle indføres dans på uddannelsen.

I samarbejde med Helle Winther og specialestuderende og danser Eva Kold Gravesen iværksatte skolen i september 2012 et udviklingsprojekt, der med fokus på træning af kroppens sprog i professionel praksis skulle fremme sygeplejerskernes evne til at danne gode relationer til patienterne.

Gennem dans og bevægelse har de studerende fået en mere klar bevidsthed om kropssprogets betydning i mødet med patienten. Det har resulteret i, at skolen nu har indført et obligatorisk forløb om bevægelse, kroppens sprog og professionspersonlig udvikling. Her har de studerende 10 lektioner på modul to og tre, mens de på fjerde modul har fem lektioner.

## Svært ved øjenkontakt

Det kropsnære møde med sårbare og kriseramte patienter stiller store krav til, at sygeplejersken både kan rumme egne følelser og er i stand til at læse og forstå

patientens ofte udelukkende sanselige kommunikation. En del af jobbet, der kan være både overvældende, berørende og chokerende for unge sygeplejerskestuderende eller nyuddannede, forklarer Helle Winther.

Susanne Grøntved fortæller, at særlig mødet med den virkelige verden kan virke voldsomt.

"Den nyuddannede bliver ofte overvældet af de møder, hun har med patienterne og de pårørende, samtidig med at hun er under konstant handletvang. Det er vigtigt, at hun evner at være cool i situationerne. At hun tror på sig selv og har så meget jordforbindelse, at hun formår at blive i situationerne uden at lade sig forføre af magtesløshed og opgiveness," siger hun.

## Foran på det kropslige

Den øgende kropsbevidsthed giver de kommende sygeplejersker et nødvendigt forspring, mener Susanne Grøntved.

"Hvis vi skal positionere os i forhold til læger og sosu'er, må vi vise, at det kropslige er noget, som vi er særligt kompetente til, fordi vi gennem kroppen kan udvise sikkerhed – også i situationer, der kan være grænseoverskridende."

Susanne Grøntved mener, at sygeplejersker er blevet så indlejret i den medicinske verden, at de har glemt mennesket bag, og begrundet det med ▶

” Vi laver en øvelse, hvor jeg skal gå rundt og lægge hænderne på andres skuldre, mens de har deres øjne lukkede. Jeg prøver at skjule min usikkerhed, da jeg ikke er sikker på, hvordan jeg skal holde om personen i starten, men jeg mærker at jeg selv begynder at løsne op hen af vejen og berøringen begynder også at føles lettere og mere naturlig for mig. Jeg giver ikke fuldstændig slip på min selvbevidsthed, men synes allerede nu, at jeg kan mærke, at det hjælper. Jeg ved, det er vigtigt for en sygeplejerske at have en god kontakt med sine patienter.

Dagbogsnotat fra sygeplejestuderende Mette.

- akademiseringen, som faget har været igennem.

”Vi har været meget opmærksomme på at teoretisere faget, og det har også været godt, men det må ikke blive på bekostning af, at vi også styrker de studerendes evne til at indgå i relationer. At turde være nær syge mennesker og kunne gå ind i de private zoner.”

### **Større blufærdighed blandt unge**

Hvis man går 50 år tilbage i tiden, så fik de unge mennesker nogle kompetencer med sig fra opvæksten på en anden måde, end de gør i dag, fortæller Susanne Grøntved.

”Man fulgte i højere grad livets gang. Moderen var hjemmegående, og igennem hende fik man en fornemmelse af, hvordan man plejer og passer mindre søskende og bedsteforældre.”

Susanne Grøntved oplever de unge som mere blufærdige i dag, end da hun startede med at undervise midt i 90'erne.

En problematik som Helle Winter forklarer med den moderne samfundsudvikling og det øgede fokus på det ydre, som også har betydet, at mange unge er præget af en voksende angst og blufærdighed over for kroppen.

Derfor er det på høje tid, at der kommer nye tiltag, mener Helle Winther.

”Hvis ikke der bliver taget hånd om dette problem, er faren, at endnu flere drukner i praksischock og de krav, som faget stiller til

deres mellemmenneskelige kompetencer,” siger hun.

### **Dansen skaber erindringer**

Gennem projektet har de studerende fået undervisning i dans, bevægelse og træning i kropslig kommunikation. Dansen kan på én og samme tid være både tryghedsskabende og udfordrende. For at få de studerende lidt ud på kanten danser de derfor ofte sammen to og to.

”Først er det dansen, der bringer lyst frem, men pludselig er det lysten i sig selv, som lader dem danse. Når de begynder at blive så frie i det, så begynder de at mærke efter, hvad der sker i kroppen. Det kan bringe nogle erindringer frem, som kan give dem en forklaring på, hvorfor de har nogle begrænsninger i forhold til at turde skabe kontakt til andre eller turde have øjenkontakt og berøre,” siger Susanne Grøntved.

Hun beskriver det som nogle skyggesider i de studerendes liv, som gør, at de har nogle barrierer og hæmninger, der trænger sig på i det øjeblik, de møder patienten, og som de derfor bliver nødt til at arbejde med på det personlige plan for at blive gode sygeplejersker.

### **Øjenkontakt var en øjenåbner**

For den 24-årige sygeplejestuderende Maria Christiansen betyder dansen og bevægelsen, at hun er blevet mere bevidst om sig selv og sin krop i kontakten med

andre. Igennem øvelserne er det gået op for hende, hvor meget det betyder, at hun forstår og kan læse patientens kropssprog, men også at hun ved noget om sit eget kropssprog.

”Hvordan reagerer jeg f.eks. på at skulle føre andre eller selv at blive ført? Hvordan har jeg det med at være nær et andet menneske og se vedkommende i øjnene? Gennem dansen har jeg fundet ud af, hvad jeg har svært ved, og hvad der er vigtigt for mig at arbejde med,” siger Maria Christiansen og nævner som eksempel én af øvelserne, hvor de studerende skulle bevæge sig rundt mellem hinanden og se hinanden i øjnene. Først kort tid, så længere og længere, til de til sidst stod og så hinanden dybt i øjnene.

”I starten syntes jeg, det var meget grænseoverskridende og akavet, men efter at have prøvet det nogle gange, gik det op for mig, at det er ikke så farligt. Jeg fandt ud af med mig selv, at det kan jeg godt, fordi jeg har prøvet det før.”

For Maria Christiansen har undervisningen hjulpet hende til at blive den sygeplejerske, hun gerne vil være:

”Jeg er blevet mere bevidst om, hvilke signaler jeg sender med kroppen, og jeg er opmærksom på, at mit kropssprog harmonerer med den, jeg gerne vil vise, at jeg er. Jeg vil gerne vise, at jeg er en sygeplejerske, der er interesseret i, hvordan mine patienter har det, og at de føler sig så trygge, som overhovedet muligt.”





Bio-Oil® er en hudpleje olie, som hjælper med at forbedre udseendet af ar, stræk-mærker og ujævne hudnuancer. Den indeholder planteekstrakter, vitaminer og den banebrydende ingrediens PurCellin Oil™. For yderligere produktinformation og resultater af studier besøg [bio-oil.com](http://bio-oil.com). Bio-Oil® er det bedst sælgende produkt inden for ar og strækmærker i 17 lande.\* Vejl. pris 119,95 for 60 ml.

Bio-Oil® distribueres i Danmark af Cederroth A/S. For spørgsmål og kommentarer vedrørende Bio-Oil® ring 43 66 40 00 eller mail til [danmark@cederroth.com](mailto:danmark@cederroth.com)

\*se [bio-oil.com](http://bio-oil.com)

# Sygeplejersker opsporer tarmkræft

På Sygehus Sønderjylland i Aabenraa er det udelukkende sygeplejersker, der udfører screening for tyktarmskræft. Enheden for endoskopi har pionérstatus, når det gælder kikkertundersøgelser af tyktarmen. Enhedens uddannelsesprogram har dannet baggrund for en national uddannelse til koloskoperende sygeplejerske.

Tekst **Annette Hagerup** • Foto **Lene Esthave**

På Enhed for Endoskopi på Sygehus Sønderjylland i Aabenraa er det sygeplejersker, der fører skopet, når patienterne skal have foretaget en kikkertundersøgelse af tyktarmen.

Hele proceduren skal helst ikke tage mere end højst tre kvarter. Maksimalt 30 minutter for at nå gennem hele tyktarmen og til det sted, hvor den går over i tyndtarmen og 6-10 minutter den anden vej. Det er på tilbagevejen, den rutinerede koloskopisygeplejerske registrerer, om alt ser sundt og normalt ud i tyktarmens slimhinde. Hun følger nøje skopets vej gennem tarmen på en stor skærm, mens hun med kyndige hænder fører skopet sikkert gennem tarmens krinkelkroge.

De specialuddannede koloskopisygeplejersker er toprægede i at vurdere tarmslimhindens og opspore patologiske fund. De kan tage en biopsi, hvis de støder på noget mistænkeligt, og har lov at fjerne polypper på op til 1 cm. Er der tale om større fund, skal de altid tilkalde en læge.

Koloskopisygeplejerske Helle Roy Tillgaard, 48 år, er afsnittets ankerkvinde. Hun har koloskoperet siden 2002 og har efterhånden gennemført mere end 3.000 koloskopier.

Helle Roy Tillgaard ser det som en konstant faglig udfordring selv at stå med ansvaret for undersøgelsen, fremfor blot at assistere ved den. Men det kræver gode lederegenskaber.

”Du skal kunne lide at tage føringen. Det er dig, der leder processen og skal få hele stuen inklusive to sygeplejeassistenter til at føle sig som et team. Det spændende er, at



**Koloskopisygeplejerske Belinda Fabrin Petersen**, 35 år, er fascineret af den håndværksmæssige facet af koloskopien:

”Du skal kunne tænke tredimensionalt - fra øje til hånd - for at udføre den korrekt. Man bruger sine hænder, og det er en stor tilfredsstillelse, at man hele tiden bliver dygtigere og forfiner sin teknik, så undersøgelsen bliver så skånsom som muligt for patienten.”

Belinda Fabrin Petersen har foreløbig gennemført 1.000 koloskopier.

vores kompetencefelt som koloskoperende sygeplejersker hele tiden udvikles og udvides løbende, og vi får større og større råderum til at udføre opgaver selvstændigt. F.eks. kigger vi selv på mikroskopisvar, sender svar til patienter og pårørende, skriver indkaldelser, lægger behandlingsplaner og laver henvisninger til røntgen. Vi sender også patienterne videre til gastromedicinerne, hvis der er tale om godartede tarmlidelser.”

## Sygeplejersker kan håndværket

En undersøgelse fra Endoskopisk Enhed på Sygehus Sønderjylland viser, at:

- Sygeplejersker fuldførte flere koloskopier end lægerne.
- Sygeplejersker måtte afbryde færre undersøgelser end lægerne som følge af smerter.
- Patienterne oplevede færre smerter, når det var en sygeplejerske, der gennemførte koloskopien.

Resultatet er baseret på data fra 384 patientspørgeskemaer og 468 journaler i en periode på fire måneder fra 2012-2013.

Hvis den koloskoperende sygeplejerske opdager en tumor i tarmen, er det også hende, der tager vævsprøver og sætter en tatovering på stedet, så kirurgen senere ved, hvor der skal skæres, når patienten skal kikkertoperes.

”Det er altid op til min egen samvittighed og erfaring, om jeg skal tilkalde assistance. Vores overlæge har fuld tillid til, at vi kan administrere det ansvar,” fortæller Helle Roy Tillgaard.

Sygeplejersken ordinerer også selv let bedøvende/beroligende medicin under koloskopien. Det er meget individuelt, hvor meget patienterne har brug for. Nogle vælger at blive undersøgt helt uden bedøvelse.

”I starten var jeg mest bekymret for, om jeg ville kunne mestre teknikken. Det er ikke helt nemt,” fortæller Belinda Fabrin ▶



- ▶ Petersen, 35 år. Hun har været koloskopi-sygeplejerske siden 2012:

”Koloskopier er altid forskellige. Tyktarmen er halvanden meter lang, men der er store individuelle variationer i tarmens udformning. Det er en ny erfaring hver gang, og det appellerer til mit konkurrencegen at gøre det så godt som muligt og uden gener for patienten.”

### Delegeret ansvar

Enhed for Endoskopi er et mønstreksempel på en velfungerende opgaveglidning fra speciallæge til specialsygeplejerske.

Det var i udgangspunktet mangel på speciallæger, som tilbage i 2002 bragte den specialeansvarlige overlæge Svend Dueholm på den tanke at lade sygeplejersker koloskopere selvstændigt.

Der er tale om et såkaldt delegeret ansvar, hvor overlægen har ansvaret i sidste ende.

”Delegationen hviler på et princip om, at en speciallæge altid skal tilkaldes ved mindste tvivl,” fortæller Svend Dueholm, som har været overlæge på afdelingen siden 1998.

Afdelingen lå dengang i Haderslev, og man besluttede på inspiration fra USA og England at etablere en egentlig uddannelse for sygeplejersker, der skulle arbejde med kikkertundersøgelser af tyktarmen. I første omgang handlede det udelukkende om sigmoideoskopi, som er en undersøgelse i den nederste del af tyktarmen. Men uddannelsesprogrammet udviklede sig gradvist til også at omfatte koloskopi inklusive bedøvelse.



**Koloskopisygeplejerske Helle Roy Tillgaard,** 48 år, ser det som en daglig udfordring at have selvstændigt ansvar for koloskopierne: ”Det er spændende at stå i front og være med til at flytte grænser for, hvad der er sygeplejerskeopgaver, og hvad der er lægeopgaver.” Helle Roy Tillgaard har koloskoperet siden 2002. Alligevel valgte hun i 2012 at tage den formelle specialuddannelse som koloskoperende sygeplejerske. Hun har gennemført mere end 3.000 koloskopier.

”Sygeplejerskerne fik både teoretisk undervisning og praktisk sidemandsoplæring. De skulle være med til 100 koloskopier, før de fik lov at prøve på egen hånd. Alt blev optaget på video, så vi kunne bruge det som dokumentation i undervisningen,” fortæller Svend Dueholm.

Forløbet blev efterhånden så formaliseret, at Region Syddanmark i 2010 besluttede at indføre det som en regional uddan-

### Ekstra koloskopier

Den landsdækkende tarmkræftscreening vil medføre 22.000 ekstra koloskopier, de første fire år. Herefter vil tallet stige yderligere, fordi de personer, der har fået diagnosticeret polypper eller tarmkræft med efterfølgende operation, skal kontrolkoloskoperes.

Når screeningsprogrammet er helt oppe at køre om fire år, skal der alene i Region Hovedstaden foretages 16.000 ekstra koloskopier om året. For hele landet er tallet ca. 44.000 ekstra koloskopier.”

Kilde: Sundhedsstyrelsen

nelse for koloskoperende sygeplejersker. Uddannelseskabelonen fra pionértiden i Sønderjylland dannede siden baggrund for etableringen af den Nationale uddannelse til koloskoperende sygeplejerske, som startede i august 2012. Beslutningen om at etablere en national uddannelse var en direkte følge af beslutningen om at indføre landsdækkende screening for tarmkræft for de 50-74-årige. Det skete i erkendelse af, at man ville mangle kvalificeret arbejdskraft til at udføre de mange ekstra undersøgelser.

### Screening for tyktarmskræft

Den landsdækkende screening for tyktarmskræft blev skudt i gang i foråret 2014.

På Sygehus Sønderjylland har man besluttet, at screening for tyktarmskræft udelukkende skal udføres af koloskopisygeple-



**Overlæge Svend Dueholm**, Enheden for Endoskopi, Sygehus Sønderjylland i Aabenraa, fortæller, at sygeplejerskerne i dag udfører mange flere koloskopier end lægerne. Han er ikke selv bleg for at overlade skopet til en sygeplejerske, hvis han føler, der er behov for en anden hånd til at føre det.

”Jeg tror desværre, at frygten for ansvaret holder mange sygeplejersker tilbage fra at tage en koloskopiuddannelse. Og det er synd!”



Hvis den koloskoperende sygeplejerske opdager en tumor i tarmen, er det også hende, der tager vævsprøver og sætter en tatovering på stedet, så kirurgen senere ved, hvor der skal skæres.

gersker. Enhed for Endoskopi i Aabenraa har p.t. tre uddannede koloskopsygeplejersker til rådighed samt en fjerde på vej.

Betingelsen for at foretage screeningsundersøgelser er, at den enkelte sygeplejerske selvstændigt har udført mere end 500 koloskopier.

*Screening foretages på mennesker, som i udgangspunktet er raske. Er det forsvarligt at lade sygeplejersker udføre denne opgave?*

”Ja, helt bestemt. Jeg ved godt, at man nogle steder mener, det er en ren lægeopgave. Men i min optik betyder det ikke noget, om du er sygeplejerske eller speciallæge. Det er kompetencerne, der er afgørende, og her hos os har sygeplejerskerne større erfaring i at koloskopere end de fleste af vores læger. I modsætning til sygeplejerskerne har de yngre læger ingen struktureret uddannelse på dette område. De må ty til sidemandsoplæring,

som jeg også selv måtte i sin tid,” fortæller Svend Dueholm.

Men uddannelsen skal vedligeholdes, understreger Svend Dueholm. Sygeplejerskerne får kun lov at koloskopere selvstændigt, hvis de til stadighed udfører mindst 300 koloskopier om året.

Ifølge Sundhedsstyrelsen er der evidens for, at risikoen for perforation af tarmen falder, hvis endoskopøren udfører mindst 300 koloskopier om året.

# Ønsker flere koloskopisygeplejersker

Stor erfaring, håndslag og evnen til at tænke tredimensionalt. Det er adgangskravene til den nationale uddannelse til koloskoperende sygeplejerske. Nyt hold starter til efteråret, hvis der kan skaffes deltagere nok.

Tekst **Annette Hagerup** • Foto **Lene Esthave**

Interessen for at videreudanne sig til koloskopisygeplejerske er i disse år stigende, fortæller formand for styregruppen til uddannelse af koloskoperende sygeplejersker, ledende oversygeplejerske Birgitte Østergaard, Køge Sygehus. Men hun kunne godt ønske sig, at endnu flere sygeplejersker tog springet.

For at komme i betragtning til uddannelsen skal man være en rutineret endoskopisygeplejerske. Man skal være fortrolig med teknikken og have flair for den.

Foreløbig har ét hold på i alt 24 sygeplejersker gennemført uddannelsen til koloskoperende sygeplejerske. Hold to, som består af ni sygeplejersker, har bestået den teoretiske del og er nu i færd med den praktiske del af uddannelsen. Derudover har et antal sygeplejersker fået dispensation, idet

de har bestået den hidtidige uddannelse i regi af Region Syddanmark.

Birgitte Østergaard fortæller, at der i øjeblikket arbejdes på at etablere et nyt hold med start til efteråret – alternativt primo 2015.

”Det her er opgaveglidning, der batter,” siger hun. ”Der bliver større og større behov for, at lægerne bruger deres tid på mere specialiserede behandlinger samt tager sig af de dårligste patienter. I den forbindelse er det oplagt at lade vores kyndige endoskopisygeplejersker varetage mere basale opgaver som f.eks. koloskopi. Vi er først ved starten af en ny æra. Jeg gætter på, at det i fremtiden bliver en naturlig forventning, at sygeplejersker, der arbejder på et endoskopiasnit, også kan koloskopere på egen hånd,” siger Birgitte Østergaard.

Hun fortæller, at det er den lokale afsnitsledelse samt evt. erfarne kolleger, der vurderer, om en sygeplejerske er egnet til specialuddannelsen som koloskopisygeplejerske.

”Det er en ledelsesopgave at spotte talenterne og opmuntre dem. Man skal have øje for de medarbejdere, der har flair for opgaven. De skal have interessen og synes, det er en spændende og udviklende opgave.

Den første træning foregår i simulator, hvor man bl.a. får testet sin evne til at tænke og arbejde tredimensionalt. Det er en vigtig egenskab, når man skal skopere,” fortæller Birgitte Østergaard.

På Birgitte Østergaards egen afdeling i Køge, indgår koloskopisygeplejersken i programplanlægningen stort set på lige fod med lægerne. Der er etableret specifikke programmer, hvor hun alene koloskoperer med assistance af to andre sygeplejersker.

”Jeg mærker en øget nysgerrighed blandt mine egne sygeplejersker, men også en vis forsigtighed. Hertil er kun at sige, at sygeplejersker ikke skal være bange for at påtage sig den her nye funktion. Det er en kendt risiko, at man kan stikke hul på tarmen i forbindelse med en koloskopi. Men risikoen for, at det sker, er meget, meget lille. (ca. 1 promille, red.). Sygeplejersker skal tænke på, hvilke højrisikoopgaver, de i øvrigt håndterer til daglig som f.eks. medicingivning, i.v.-medicin, blodtransfusioner m.m.,” fortæller Birgitte Østergaard.

Endoskopiasnittet i Kirurgisk Afdeling, Køge Sygehus, skal udføre 800 ekstra koloskopier pr. år de kommende fire

## Specialuddannelsen

Specialuddannelsen til koloskoperende sygeplejerske varer et år, og teoridelen foregår på Hindsgavl Slot.

Optagelseskraet er nogle års klinisk erfaring fra en koloskoperende afdeling.

Uddannelsen indledes med et tredages teoriseminar, som følges op af en multiple choice-test få dage efter.

Herefter følger den praktiske træning efter et nøje tilrettelagt program. Hver enkelt sygeplejerske skal selvstændigt udføre 150 koloskopier. Der bliver udarbejdet en logbog over samtlige de koloskopier, den enkelte sygeplejerske udfører. Under hele det praktiske forløb har sygeplejersken en mentor, som står til rådighed med vejledning.

Kvaliteten af de 150 koloskopier bedømmes ud fra nøje fastlagte kriterier.

Kursisterne skal indstilles til praktisk eksamen senest 12 måneder efter den teoretiske eksamen.

Den praktiske eksamen består af tre koloskopier på samme dag i overværelse af en censor. Først derefter får sygeplejersken lov til at lave selvstændige koloskopier.

år, som følge af det nationale screeningsprogram for tarmkræft. Dertil kommer et efterhånden stigende antal kontrolkoloskopier.

”Holdningen her på Køge Sygehus og i Region Sjælland er, at vores koloskopsygeplejersker er så veluddannede og træned, at de er fuldt så fagligt kvalifi-

cerede som læger – som i øvrigt altid er klar til supervision. Og at det vil være forsvarligt også at lade dem deltage i screeningen.”



Endoskopiafsnittet i Kirurgisk Afdeling, Køge Sygehus, skal udføre 800 ekstra koloskopier pr. år de kommende fire år, som følge af det nationale screeningsprogram for tarmkræft. Dertil kommer et efterhånden stigende antal kontrolkoloskopier.







# De gode øjeblikke bliver forstørret i Legeværelset

Tekst Susanne Bloch Kjeldsen · Foto Søren Svendsen

Sundhedsplejerske Anette Hvidberg Larsen (tv.) holder fast om Thor på 10 måneder, mens han ivrigt gynger frem og tilbage og smiler til sundhedsplejerske Bente Søndergaard og sin mor Maria Jensen (th.). I maj modtog Anette Hvidberg Larsen og Bente Søndergaard i fællesskab prisen som Årets Sundhedsplejerske for deres arbejde i Helsingør Kommune med at etablere "Legeværelset", som er et tilbud til familier, der vil udvikle forældre-barn-samspelet. Her kan man lære, hvad man konkret skal gøre med sit barn, frem for blot at tale om det. Filosofien er, at når man gør konkrete ting sammen såsom at lege, synge eller bade sit barn, så åbner man sig på en anden måde. Bente Søndergaard siger: "Vi fremmer en god udvikling ved at forstørre de gode øjeblikke. Mødrene lærer af hinanden og får konkrete idéer til, hvad de kan øve sig på derhjemme."

## En vigtig og vægtig bog

En lang række meget kompetente fagfolk, 31 i alt, har bidraget til en ny dansk lærebog om syge-pleje til mennesker med kræft, der omhandler hele forløbet, fra diagnosen stilles til behandlingen afsluttes. De mange valgte bidragydere har gjort et fortrinligt arbejde med indholdet. Bogen består af seks dele, der omhandler forskellige elementer i kræftforløbet. Første del indledes til min store glæde med tumorbiologi, behandlingsmetoder og epidemiologi. Indsigt i sygdommen på cel-leniveau er nemlig en helt væsentlig forudsætning for at forstå, hvad kræftsygdommene og deres behandling – direkte såvel som indirekte – medfører for de mennesker, der rammes, også eksistentielt og psykosocialt.

Bogen har meget på hjerte, og jeg er enig med redaktørerne i, at emnet kræft er for omfattende til, at bogen kan rumme alle aspekter. Netop derfor er en stram redigering påkrævet, således at for mange gentagelser undgås, og faktuelle oplysninger optræder ens. At den danske prævalens for kræft angives som henholdsvis 235.000, 245.000 og 225.000, alt efter hvilket kapitel man læser, er ikke hjælpsomt for målgruppen. En stram redigering kunne desuden have skabt plads for nogle af de vigtige emner, der er udeladt, f.eks. ledelse af kræftsygeplejen og af de sygeplejersker, der udfører den. Hvordan sikres faglig kvalitet og udvikling af kræftsygeplejen i det daglige? Hvordan tages der hånd om de sygeplejersker, der i forreste linje konfronteres



Anne Prip og Karina Wittrup (red.)  
**Kræftsygepleje - i et forløbsperspektiv**  
 Munksgaard 2014  
 376 sider - 340,00 kr.

med alvorlig sygdom og lidelse i et biomedicinsk orienteret behandlingssystem? Andre væsentlige emner, jeg savner behandlet netop i et forløbsperspektiv, er den kræftsygepleje, som udføres i primær sektor og almen praksis, pleje og behandling af kræftsår på sygehuset og hjemme samt ernæring til kræftpatienter i de forskellige faser i patientforløbet.

Bogen er ikke tænkt som handlingsanvisende. Imidlertid fungerer de kapitler, hvori forfatterne anviser handlemuligheder, rigtig godt, idet disse praksisnære eksempler konkretiserer og illustrerer de mange overordnede anbefalinger og vejledninger, der eksisterer på kræftområdet. "Kræftsygepleje – i et forløbsperspektiv" er en vigtig og vægtig bog. Ovenstående skal derfor ikke hindre, at den tages bredt i anvendelse, men kan muligvis tjene til inspiration for næste udgave.

*Af Lene Seibæk, forskningssygeplejerske, lektor, ph.d.,  
 Gynækologisk – Obstetrisk afdeling,  
 Aarhus Universitetshospital.*

## Klodens eneste overlevelsesmulighed

Hvis du er til et godt gys, så læs denne bog, og du vil blive klogere på de mærkelige tiltag, der pågår både i uddannelsessystemet og i resten af samfundet. 11 forskellige bidragydere sætter spot på mordet på velfærdsstaten og dens transformation til konkurrencestat, hvilke konsekvenser dette afføder samt bud på en ny vej.

Den politiske tankegang er, at vækst er økonomiens redning, så derfor skal der produceres effektivt. Konkurrence synes at være incitamentet, så vi kæmper individuelt, nationalt og globalt mod hinanden. (Steen Hildebrandt, Ove K. Peder-

sen). I forhold til omsorgsarbejdet viser det sig ved standardisering og rutinisering af opgaver indenfor snævre tidsrammer og ikke nødvendigvis udført af fagprofessionelle (Katrín Hjort).

Dette fordrer verdens bedste uddannelsessystem, men det går ikke så godt,

Knud Illeris (red.)  
**Læring i konkurrencestaten**  
**Kapløb eller bæredygtighed**  
 Samfundslitteratur 2014  
 300 sider - 249 kr.



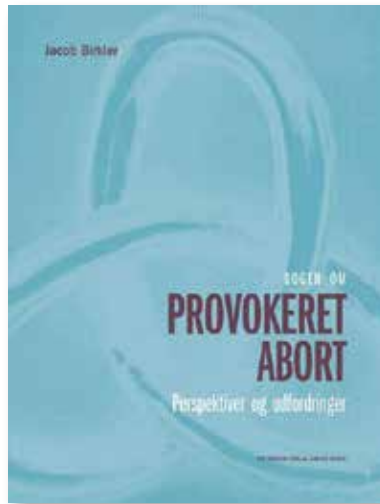
# Aborten og de evige dilemmaer

Jacob Birkler, som er formand for Det Ethiske Råd, har skrevet en lille, men tætpakket bog om de mange moralske dilemmaer og praktiske problemer, som gennem tiderne er opstået, fordi kvinder til alle tider har været og vil være udsat for uønskede graviditeter og derfor har grebet til alverdens remedier og handlinger for at abortere.

Bogen er bygget op omkring fire emneområder. Det første handler om abortens historie, jura og implementering af lovgivningen især i Danmark, dog med korte introduktioner til andre landes lovgivning. Det andet område belyser perspektiverne ved provokeret abort ud fra filosofiske, pragmatiske eller psykosociale vinkler. For det tredje behandler Birkler de etiske udfordringer, og til sidst introduceres læseren for den nyeste teknologi indenfor fertilitetsområdet og de dertil knyttede udfordringer.

Når først ægget kan udvikles hvor som helst, følger der sig nye svære spørgsmål til, hvad der er abort, hvad der er barn, og hvem der ejer hele molevitten. Således banker konsekvenserne af at anvende en kunstig livmoder i hele fostertilværelsen på, fordi muligheden for at skabe gode forhold for fostret uden for den naturlige livmoder i den periode mellem 2. og 22. uge, hvor en livmoder er nødvendig, teknisk er kommet meget nærmere.

Den oplysning i bogen, der rystede mig mest, var, at halvdelen af de ca. 42 millioner aborter, som skønnes foretaget hvert år i hele



Jacob Birkler

## Bogen om provokeret abort - perspektiver og udfordringer

Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck 2014  
136 sider - 199,95

verden, er illegale. Her i det 21. århundrede, hvor kvindebevægelsen i årtier har kæmpet for kvinders ligestilling, er det stadig halvdelen af de kvinder, som har brug for abort, der tvinges til at skaffe sig en sådan på ulovlig måde. Med alle de helbredsrisici det indebærer. Det kan man passende huske på, næste gang man bliver spurgt, om den 8. marts stadig har sin berettigelse.

*Af Karen Ellen Spannow,  
sygeplejerske og etnograf.*

*Dette er den sidste boganmeldelse, Karen Ellens Spannow nåede at skrive. Hun døde d. 12 juli 2014 efter længere tids sygdom. Karen Ellen Spannow var født i 1944, hun blev sygeplejerske i 1969, mag. art. i etnografi i 1987 og ph.d. i 1999. Hun blev kendt for sine kronikker, for sin deltagelse i debatprogrammer på P1 og for sine direkte og underholdende boganmeldelser i Sygeplejersken. Vi vil savne hendes kloge ord og humor.*

viser alle målinger. Illeris sammenfatter problemstillingen ved at fremhæve, "at vi har udviklet et skole- og uddannelses-system, hvor den nationale konkurrence går forud for hensynet til læringen og de lærende, hvilket medfører, at læringen bliver dårligere, hvilket reducerer den nationale konkurrence". Et andet alarmerende problem er en 160 pct. stigning gennem de sidste 14 år på antallet af børn i psykiatrisk regi, hvoraf halvdelen udgøres af de såkaldte bogstavbørn, f.eks. ADHD og OCD (Søren Langager).

At læring ikke kan ses alene som kompetencer rettet mod erhvervslivet, men

må handle om udvikling af identitet hos såvel unge som voksne, er en realitet, der overses i jagten på produktivitet. (Thomas Ziehe, Etienne Wenger, Illeris).

På det personlige plan medfører mange omstruktureringer og umulige krav fra chefer uden branchekendskab til udvikling af stress, hvilket Nadja Prætorius i sin meget tankevækkende artikel kalder Arbejdsrelateret Ydrestyret Dehumanisme. Medarbejdere bliver f.eks. tvunget til at gå på kompromis med egen faglighed og etik eller dække over fejl, så bevillinger ikke stoppes. Dette måske under tavs trussel om afskedigelse.

Et paradigmeskifte er selvsagt nødvendigt. Et bud kan sammenfattes under begrebet bæredygtighed, forstået som respektfuldt, værdigt samarbejde - ikke konkurrence - i såvel lokale fællesskaber som samarbejde på det globale plan i miljø- og netværksstater. Klodens eneste overlevelsesmulighed. (Prætorius, Hildebrandt).

*Af Kirsten Dalby, sygeplejerske,  
cand.pæd., underviser på  
Professionshøjskolen Metropol.*

# Velskrevet brobygger mellem skole og klinik

Titlen på bogen refererer til ønsket om dels at forberede og styrke de sundhedsprofessions-bachelorstuderendes møder med de kliniske uddannelsessteder, dels de kliniske uddannelsessteders møder med de studerende. Her må bogen siges at være vellykket, idet den virkelig formår at slå ned på elementer, som for mange sygeplejepraktikere er blevet selvfølgelige, tavse eller ligefrem skjulte i et sundhedssystem, der er hårdt økonomisk styret og stramt bundet op på personaleresourcer og tid. Den beskriver bl.a. uniformer, arkitektur, sprog og læringsredskaber på en måde, som gør læseren opmærksom på, hvilke udfordringer mødet med klinisk praksis giver, og hvilke læringsmuligheder der opstår, når den studerende bevæger sig i de kliniske arenaer.

Bogen er velskrevet og bærer præg af fagligt kompetente forfattere, som formår at formidle læringsteorier på en lettilgængelig og praksisnær måde, der giver blod på tanden i forhold til vejledningsopgaven. Ligeledes er den højaktuel ift. at eliminere det praksischock, som flere studerende oplever, og som desværre kan være årsag til studieophør, idet bogen fungerer som brobygger mellem den teoretisk orienterede skoleverden og den praktisk orienterede kliniske verden.



Stine Glasdam og Steen Hundborg (red.)

## Læring i og af klinisk praksis

Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck 2013

240 sider - 299,95 kr.

Bogen er bygget op som en antologi med 14 selvstændige og lettilgængelige kapitler, hvilket gør den velegnet som opslagsværk. Den henvender sig til såvel studerende, undervisere som kliniske vejledere på professionsbacheloruddannelserne indenfor sundhedsområdet, men sundhedsprofessionelle uden egentlig vejlederuddannelse vil ligeledes have stor gavn af at læse bogen, da vejledning af studerende i klinisk praksis er en fælles opgave, og bogen giver en fremragende indføring i vejledningsopgaven og de udfordringer, krav og forventninger, der er forbundet hermed.

*Af Mette Nørtoft Nielsen, sygeplejerske, klinisk vejleder, master i sundhedspædagogik, Regionshospitalet Hammel Neurocenter, Kognitiv klinik.*

## KORT NYT OM BØGER

Anna-Grethe Thøgersen

### Mad & Måder

#### Kogebog til dysfagi - spise- og synkebesvær

Eget forlag

86 sider - 250 kr. inkl. forsendelse

Fås ved henvendelse til [thogersen2014@gmail.com](mailto:thogersen2014@gmail.com)

Her er opskrifter til køkkener og produktionssteder, der leverer mad til personer med dysfagi. Forfatteren er økonoma og har bl.a. arbejdet som privatansat og skrevet artikler i forskellige medier. Det er al ære værd, at hun gerne vil give mennesker med synkebesvær en god oplevelse af måltidet, men jeg kan ikke lade være med at undre mig over opskrifterne på blødkogt æg og kartoffelmos. Ved man ikke, hvordan man frembringer et blødkogt æg i et storkøkken? Mange af retterne er baseret på færdiglavet puré, og hvordan den smager, ved jeg ikke. Portionerne rækker til 10-15 personer, og forfatteren anvender konsistenstrappen til at beskrive, hvilke kostarter opskriften dækker. Konsistenstrappen er beskrevet i *Sygeplejersken* 2014;(2):61-73.

Katherine Pakieser-Reed

### Night Shift Nursing

#### Savvy Solutions for a Healthy Lifestyle

Sigma Theta Tau International 2013

168 sider - USD 29,95

Fås på [www.nursingknowledge.org/sttbooks](http://www.nursingknowledge.org/sttbooks)

Målet med bogen er at give sygeplejersker gode råd og konkrete idéer til, hvordan livet som nattevagt kan blive et sundere liv. Det handler f.eks. om at spise ordentligt og lade være med at benytte mad som et middel mod kedsomhed. Desuden indeholder bogen talrige forslag til motion, og den viser gennem mange citater, hvordan man på den enkelte arbejdsplads lægger vægt på at fortælle, at man faktisk bekymrer sig om nattevagter som kategori. Der er særlige arrangementer for nattevagter, og ledelsen gør en ekstra indsats for at passe på dem. Det har jeg aldrig set eksempler på i danske lokale medier eller intranet.

Læs eventuelt mere om natarbejde her: [www.personaleweb.dk/bedrenattevagter](http://www.personaleweb.dk/bedrenattevagter)  
[www.dsr.dk/Løn & job/Arbejdsmiljø/natarbejde](http://www.dsr.dk/Løn%20og%20job/Arbejdsmiljø/natarbejde)

Anders Stahlschmidt &

Peter Knoop Christensen

### Spørgeteknik

Akademisk Forlag Business 2014

Bogen udkom første gang for syv år siden, men denne udgave er tilføjet nye afsnit om bl.a. ansættelsesinterview, spørgeguider og spørgeskemaer. Hensigten med bogen er at skabe bedre samtaler indeholdende bedre spørgsmål. Nogle mennesker kan spørge, så samtals karakter forandres – hvad er det, de gør?

Bogen er let at læse og spækket med eksempler. Den skitserer bl.a. samtalsforløb, formidler viden om abstrakte, indfølelse og dumme spørgsmål, og til slut findes en inspirationsliste med mange hv-spørgsmål: hvordan, hvorfor, hvad, hvor.

”Vi spørger til fakta før forklaringer”, lyder en grundregel i bogen. Den er god at huske – også i sygeplejen. Sygeplejersker og sygeplejestuderende kan uden tvivl bruge bogen til at blive bedre til at beherske dialogen med både patienter og kolleger.



**sorbact**<sup>®</sup>  
green wound healing



- ✓ Til alle typer sår
- ✓ Til svamp i hudfolder
- ✓ Effektivt og økonomisk
- ✓ Ingen miljøpåvirkning
- ✓ Ingen resistensudvikling
- ✓ Veldokumenteret

**Sorbact-metoden** bygger på, at sygdomsfremkaldende bakterier og svampe binder til forbindningen gennem hydrofob interaktion.



**Distribution:**  
Mediq Danmark A/S - Tlf. 36379200  
Abena A/S - Tlf. 74311818  
One Med A/S - Tlf. 86109109



Kontakt os for yderligere information eller vejledning.

ABIGO Pharma A/S . Kundeservice: tlf. +45 4649 8676 . www.abigo.dk



## Som studerende og medlem af DSR...

- kan du få Danmarks bedste studiekonto. Med en masse medlemsfordele, som du ikke finder nogen andre steder.

### Sådan får du Danmarks bedste studiekonto

1. Book et møde på 3378 1927 eller på [studiekonto.dk](http://studiekonto.dk) og husk at fortælle, at du er medlem af DSR, så du kan få alle fordelene.
2. Tag dit NemID og pas eller kørekort med til mødet.
3. Efter mødet klarer din personlige rådgiver alt det praktiske med at skifte fra din nuværende bank.

### Studiekonto - ganske kort

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

**Få en bedre studiekonto!**  
Ring på 3378 1927 eller gå på [studiekonto.dk](http://studiekonto.dk)



Lån & Spar Bank A/S, Højro Plads 9B, 1200 København K, Cvr.nr. 13.533.8530

Til din studiekonto kan du vælge en kassekredit på op til 50.000 kr. Debitorrenten er 5,09 %, det svarer til ÅOP på 5,09 %. (ÅOP er beregnet på samlet kreditbeløb 50.000 kr., 100% udnyttelse og løbetid på 5 år). Du skal blot samle hele din privatøkonomi hos os og være medlem af DSR. Du får Studiekontoen på baggrund af en almindelig kreditvurdering. Alle rentesatser er variable og gældende pr. 1. maj 2014.

**lån & spar**

din personlige bank

# Sådan blev én innovativ sygeplejerske til mange

Jannie Christina Frølund er udviklingssygeplejerske på en afdeling med mere end 300 medarbejdere på Vejle Sygehus. Ene kvinde kan hun umuligt bære de nødvendige udviklingsprojekter igennem på så stort et sted. Derfor fik hun en god idé: Hun udviklede et kursus for kollegerne, så én udviklingssygeplejerske nu er blevet til en hel hær af innovative sygeplejersker.

Tekst **Marianne Bom** • Foto **Palle Peter Skov**

Hvert år den første torsdag i maj stimler sygeplejersker fra Sygehus Lillebælt sammen for at fokusere på deres fælles passion:

## Innovative sygeplejersker

*Sygeplejersken sætter i en ny serie fokus på nogle af de mange gode initiativer, som udviklingssygeplejersker tager til gavn for patienter og samfund. Trods konkurrence fra mange andre opgaver på hospitalerne og i hjemmeplejen holder de fanen højt og styrer i samarbejde med kolleger nyttige udviklingsprojekter igennem. Der er bred enighed om, at innovation og udvikling er nødvendigt for, at sundhedssystemet lever op til krav om f.eks. bedre behandling, effektivisering, målrettede patientforløb og samarbejde på tværs. Men hvordan får man som sygeplejerske succes med sit projekt? Det svarer tre ildsjæle på i serien "Innovative Sygeplejersker". Dette er tredje og sidste artikel i serien.*

udvikling af sygeplejen. De kommer fra sygehusets forskellige matrikler i Fredericia, Give, Kolding, Middelfart og Vejle. På symposiet deltager de i workshops og viser posters om deres egne, lokale udviklingsprojekter.

Én afdeling har de seneste år været særligt stærkt til stede. Det er Medicinsk Afdeling på Vejle Sygehus, hvorfra 14-15 sygeplejersker tropper op med posters under armen. Sådan har det ikke altid været. Tilbage i 2010 var der kun én sygeplejerske fra den store afdeling, der stillede op.

Forandringen skyldes, at afdelingen i mellemtiden har fået en klinisk udviklingssygeplejerske, Jannie Christina Frølund, som har sat sine spor. Men da hun tiltrådte, kunne hun ikke se sig fri for en vis præstationsangst. Hun var ung, havde kun få års klinisk erfaring, og opgaven føltes stor: "Hvordan kan jeg ene kvinde få gen-

nemslagskraft på så stor en afdeling? Jeg kan jo umuligt drive alle projekterne selv," tænkte hun.

På det tidspunkt var der mange udviklingsprojekter på afdelingen, der ikke blev gennemført som planlagt. Hvorfor? Ja, det skulle Jannie Christina Frølund finde ud af.

"Jeg kunne se, at der blev iværksat mange ting, men der blev ikke fulgt tilstrækkeligt op. Det skyldtes bl.a., at der var stor usikkerhed i personalet om, hvordan man griber et udviklingsprojekt an. Sygeplejerskerne ville rigtig gerne være med til udvikling, men de savnede viden om metoderne," siger hun.

### Ambitiøs strategi om uddannelse

Den indsigt førte til en ambitiøs strategi om uddannelse, som ledelsen bakkede op om. Jannie Christina Frølund tilrettelagde indholdet på et 10-dages kursus kaldet ▶

### Jannie Christina Frølunds tip til udvikling

Største barriere for udvikling er modstand mod forandring, som Søren Kierkegaard siger: "Alle vil udvikling - ingen vil forandring". Derfor:

- Gør forandringen spiselig. Sørg for, at folk kan se meningen
- Begynd med interessentanalyse, så kender du folks holdninger og kan lægge strategi
- Kommunikér grundigt og målrettet. Alle skal vide, hvorfor de skal bruge tid og ressourcer på projektet
- Identificér og involvér nøglepersoner, som kan hjælpe. Ledelsen skal altid med
- Vis tydelig projektledelse, så folk ved, at projektet bliver til noget.



” Normalt når man kommer tilbage fra et kursus, vil man gerne ændre verden, men det er svært, hvis man har været alene afsted.

- ”Internt Metodekursus” og stod for undervisningen. Hidtil har 65 kolleger været af sted. De har bl.a. lært om, hvordan man arbejder evidensbaseret, følger sine projekter til dørs og evaluerer.

Siden er kurset blevet udbudt til sygeplejersker fra hele Sygehus Lillebælt. Desuden er der indgået et samarbejde med University College Lillebælt, hvor kurset bliver udbudt på diplomniveau, svarende til 10 ECTS-point.

Kurset kobler teori og praksis tæt, og alle kursister gennemfører et udviklingsprojekt på deres afdeling. Det betyder, at uddannelsen fører til forbedringer med det samme, og sådan bliver én udviklings- sygeplejerske til en ”hær” af innovative sygeplejersker.

Et projekt har f.eks. ført til bedre hygiejne i et ambulatorium, hvor patienterne selv henter mad i en café. Det har betydet, at patienterne fortsat selv kan hente mad i caféen, og personalets ressourcer kan bruges til pleje og behandling frem for uddeling af mad. Et andet projekt sikrer kvalitet i smertebehandlingen, så personalet ikke ”bare” uddeler den ordinerede medicin, men også undersøger, om den virker, og fører observationerne i journalen.

### Sammen om at ændre verden

Der er store fordele for hospitalet ved, at mange sygeplejersker på en arbejdsplads får uddannelse i metoder til udvikling, mener Jannie Christina Frølund.

”Normalt når man kommer tilbage fra kursus, vil man gerne ændre verden, men det er svært, hvis man har været alene af sted. Når mange har været af sted sammen, kan de holde hinanden op på ønsket om udvikling, og de kan sparre med hinanden. Det betyder, at der bliver taget initiativ til

flere udviklingsprojekter, og at de i højere grad bliver evalueret,” fortæller hun.

Måske betyder et bredt kompetenceløft også, at en afdeling kommer nemmere igennem med større projekter. Jannie mærker i hvert fald god opbakning til de projekter, hun i øvrigt er med i. Det er f.eks. et projekt, der tilbyder kemoterapi i hjemmet til patienter med knoglemarvs- kræft. Et andet tilbyder behovssamtaler til terminale kræftpatienter, så de kan føle sig trygge og være mest muligt i eget hjem, hvis de ønsker dét. Derudover er der den løbende udvikling med at konvertere indlæggelser til ambulante forløb, hvor det er muligt.

### Ydmyg arbejdshest

Selv om Jannie Christina Frølund står i spidsen for udviklingstropperne, ligner hun langt fra en general. Hun er en spinkel kvinde på 34 år, der hverken slår ud med armene eller hæver stemmen. Men bag den beskedne facade gemmer sig en målrettet ildsjæl og strateg.

”Jeg ved godt, hvad folk tænkte, da jeg kom ind ad døren som udviklings- sygeplejerske. Jeg har jo slet ikke alderen og heller ikke et CV med 10 sider,” siger hun. ”Jeg var opmærksom på, at jeg skulle sætte mig selv i respekt ved at vise resultater.”

Heldigvis var hun vant til at knokle, for dét – mener hun – er nødvendigt, hvis man vil opnå at have gennemslagskraft som udviklings- sygeplejerske. Jannie blev sygeplejerske i 2004, og fra 2006 læste hun til cand.cur. sideløbende med fuldtids- arbejde. Det handlede om at få noget på CV’et, så hun kunne få job bagefter, og det fik hun i 2008 som udviklings- sygeplejerske først på Hæmatologisk Afsnit og fra 2010 for hele Medicinsk Afdeling i Vejle.

Jannie Christina Frølunds ansvar er at bidrage til udvikling af hele afdelingen, ikke ”kun” sygeplejen, og hvad mon gerne mener om det? Er de skeptiske over for en sygeplejerske med dét ansvar? Ja, måske var de i starten, men ikke længere, siger hun.

”Jeg sørger for, at de kan se, at der sker noget. Der er en dagsorden for hvert møde, og de får efterfølgende et beslutningsreferat og at vide, hvad de skal gøre. Jeg sørger for, at deadlines bliver overholdt ved at sende venlige påmindelser, og efterhånden finder folk ud af, hvad jeg kan. Så begynder de at komme til mig og bede om sparring om alle mulige ting, f.eks. grafisk opsætning. Jeg hjælper gerne, for så ved jeg, at de også hjælper mig,” siger Jannie Christina Frølund, der møder ind kl. 6.30 om morgenen for at nå kontorarbejdet, inden møderne begynder.

”Mine resultater skyldes 90 pct. flid og hårdt arbejde og 10 pct. evner. Det er hårdt arbejde at lave udviklingsprojekter, og jeg er meget struktureret. Det er man nødt til at være i sådan en stilling – både i den måde jeg skriver og arbejder på.”

---

### ”Internt Metodekursus”

---

Kurset kombinerer teori og praksis. Deltagerne får redskaber til, hvordan man genererer udvikling i hverdagen. På programmet er bl.a. litteratursøgning, projektarbejde, kvalitetsudvikling og audit, kliniske retningslinjer, patientinformation, dataindsamlingsmetoder, spørgeskema- og interviewundersøgelser, observationsstudier, kritisk tænkning, implementering, formidling.

Læs mere på [www.sygehuslillebaelt.dk](http://www.sygehuslillebaelt.dk)

---





## ET PUST AF FORNYELSE TIL DIN HVERDAG OG KARRIERE

**Aalborg Universitet udbyder forsknings-  
baserede og fuldt akkrediterede  
masteruddannelser inden for læring,  
ledelse og coaching**

### **MASTER I LÆREPROCESSE - UDDANNELSE I FORNYELSE**

For dig med erfaring inden for undervisning, medarbejderudvikling, klinisk vejledning mv. Du vil styrke og forny dine pædagogiske kompetencer, og du vil fordybe dig i viden om læring og forandring.

- Flere specialiseringsmuligheder på 2. studieår.
- Gode muligheder for at læse enkeltfag.

Seminarerne finder sted i Aalborg.

[www.evu.aau.dk/master/mlp](http://www.evu.aau.dk/master/mlp)

### **MASTER I LEDELSES- OG ORGANISATIONSPSYKOLOGI**

For dig, der arbejder med ledelses-, medarbejder- og organisationsudvikling. Du opnår en bred indføring i de dele af læringsteorien og psykologien, som har særlig relevans for ledelse og organisationsudvikling.

Seminarerne finder sted i Aalborg.

[www.evu.aau.dk/master/loop](http://www.evu.aau.dk/master/loop)

### **MASTER I ORGANISATORISK COACHING OG LÆRING**

For dig, der arbejder med HR, procesledelse og forandringsledelse. Omdrejningspunktet er coaching som samtalebaseret læreproces.

Du opnår redskaber til at udvikle læringskulturer og til at igangsætte og fuldføre organisatoriske forandringsprocesser.

Seminarerne finder sted i Aalborg og København.

[www.evu.aau.dk/master/moc](http://www.evu.aau.dk/master/moc)

**ANSØGNINGSFRIST 1. NOVEMBER 2014  
STUDIESTART FEBRUAR 2015**



**AALBORG UNIVERSITET**  
EFTER- OG VIDEREUDDANNELSE

9940 9420 (kl. 12-15) · [evu@aaau.dk](mailto:evu@aaau.dk) · [www.evu.aau.dk](http://www.evu.aau.dk)

# Er du stud. chance?

## Det kan koste kassen.

**Ring på 86 17 43 44 eller  
sms GFSUNDHED + dit navn  
til 1272\*, og vi kontakter dig.**

\*Det koster kun alm. sms-takst

Fx hvis din iPhone bliver stjålet, eller du styrter og slår tænderne ud. Som studerende kan du få indbo-, ansvar- og ulykkesforsikring i én og samme pakke fra 1.664 kr. om året. Du kan også få en elektronik-forsikring der dækker alle dine elektriske apparater som fx computer, iPad eller mobil.

**Kontakt os og hør mere.**

**GF Hospital og Sundhed**  
Skejby Centret  
Skelagervej 5-9, 1. sal  
8200 Aarhus N  
Tlf. 86 17 43 44  
[gf-hospitalogsundhed.dk](http://gf-hospitalogsundhed.dk)



**Det gode selskab**



Hjemmesygeplejerske Inger Badstue besøger Bertha Christensen en gang om ugen.

Tidlig opsporing af begyndende sygdom, TOBS, er et redskab, som Favrskov Kommunes hjemmesygepleje bruger til at forebygge indlæggelser.

# Vitale værdier afslører

Tekst **Kirsten Bjørnsson** · Foto **Kissen Møller Hansen**

Det er overskyet og trykkende denne sommermorgen, og Bertha Christensen har taget sin ilt i brug for at få bedre luft, fortæller hun hjemmesygeplejerske Inger Badstue.

Bertha Christensen må for tiden bruge kørestol efter et fald og en tilstødende lungebetændelse. Men trods høj alder, 83 år, og en KOL, som af og til bliver kompliceret af luftvejsinfektioner, har hun ikke været på sygehuset for nylig. Hun er en af de borgere, som Favrskov Kommunes indsats for at forebygge indlæggelser er rettet mod.

Når en borger viser tegn på svækkelse, bruger hjemmesygeplejersken et nyudviklet redskab, Tidlig Opsporing af Begyn-

dende Sygdom, TOBS, til at afdække borgerens tilstand. Hun måler puls, temperatur, respiration, blodtryk og bevidsthed og scorer hvert område med 0-3. Hvad scoren skal udløse af handlinger, er fastlagt i et sæt retningslinjer. Hvis den samlede score f.eks. er 1, skal sygeplejerskerne bl.a. undersøge urin, vurdere væskeindtag og medicinændringer og gentage observationerne inden for otte timer.

”Vi skal stadig have det kliniske blik. Men TOBS kvalificerer de observationer, vi gør,” siger Inger Badstue.

Det nye redskab giver et fælles sprog til alle, der er involveret i en borgers behand-

ling. Det er ikke mindst en fordel i kontakten til de praktiserende læger, og det er Inger Badstues oplevelse, at man hurtigere får sat en nødvendig behandling i gang, når man kan underbygge sine observationer med borgerens vitale værdier.

”Jeg har flere gange hørt fra en vagtlæge, at det var godt at tale med én, der havde styr på det.”

Om TOBS har resulteret i færre indlæggelser, er svært at sige, for TOBS er ikke den eneste nyskabelse i kommunens forebyggende arbejde.

Der er også oprettet et specialteam af fire hjemmesygeplejersker med intensiv



Jørn Mundus-Pedersen får dryppet øjne, inden han står op. Det passer med, at hans hustru får hjælp til sin medicin.



Bertha Christensen fik et snitsår af en tallerken, der gik i stykker. Det ser pænt ud og behøver ikke skiftes.



Der er en TOBS-taske til hver hjemmeplejebil, pakket og klar med udstyr til at måle vitale værdier.



Karin Albrethsen skal i dag have kontrolleret blodtryk på grund af ændret medicin.



Bambi tager et hvil, mens Inger Badstue gør klar til at skifte forbindelse på et problematisk operationssår.



Inger Badstue har været hjemmesygeplejerske i samme område i rigtig mange år og kender beboerne godt.

# begyndende sygdom

baggrund, og dem kan man trække på morgen og aften på hverdage og om dagen i weekenderne.

Mens TOBS er et godt redskab for hjemmesygeplejerskerne hos kronisk syge borgere, går specialteamet især ind i de problemer, der opstår akut.

”Vi har også borgere med kroniske sygdomme, der simpelthen har en startpakke med penicillin og prednisolon liggende i hjemmet, så vi kan få startet en behandling så snart, der opstår et behov,” fortæller Inger Badstue.

”Med pakkerne til patienter med kroniske sygdomme har kommunerne jo i det

hele taget fået flere redskaber til at forebygge indlæggelser.”

*Læs om udviklingen af TOBS i ”Tidlig opsporing af sygdom i det primære sundhedsvæsen”, Sygeplejersken nr. 2/2014.*

---

## Din bedste oplevelse med en borger for nylig?

---

”En borger med en let depression begyndte pludselig at virke deliragtig, lidt manisk og meget snakkende. Det var fredag aften, og da TOBS'en ikke viste noget fysisk, undersøgte vi urinen, fandt en blærebetændelse og fik sat en behandling i gang. Næste dag havde hun helt mistet sprog og initiativ. Jeg fik sørget for ekstra hjælp til at spise og drikke, og da vores specialteam kom ud om søndagen og heller ikke fandt noget fysisk, og vagtlægen ikke fandt indikation for indlæggelse, fik borgeren fast vagt i 48 timer. På den måde sikrede vi, at borgeren fik noget at spise og drikke, og behandlingen fik mulighed for at virke.”

---

Af Jette Bagh, fagredaktør



## Det svage køn har brug for en stærk indsats

Grete og Einar er min søns naboer. Og Einar på 59 år er en af de mænd, som "Selskab for mænds sundhed" gerne vil lære at kende, for han er så usund, som han kan blive. Efter års hårdt arbejde i bygge- og anlægsbranchen, mange daglige øl og rigtig mange cigaretter er Einar ikke den mand, han var engang. Klokken fem er han med sin hustrus ord "helt færdig". Hans rygerlunger forhindrer ham i at blive iltet igennem, mener hun, og han er så træt, så træt. Desuden er han med årene blevet en smule usammenhængende, når dagen går på hæld. Men til lægen? Så absolut nej. Kun for at hente en recept i ny og næ.

Grete har efterhånden lært, at de henvendelser, hun i smug har foretaget til egen læge, før Einar skulle have tjekket sine lunger eller hente recepter, ikke har ført til noget som helst andet end frustration og vrede – hos Grete, fordi lægen ikke kan trylle Einar rask eller motiveret for at blive raskere, hos Einar, fordi han fornemmer, at Grete går bag hans ryg.

Vi taler om ulighed i sundhed, men må også tale om ulighed mellem køn i sundhed, viser alle tal. Mænd lever kortere tid end kvinder, og de dårligst stillede mænd, f.eks. enlige, ufaglærte, arbejdsløse og netværksløse, lever kortere tid end deres bedrestillede kønsfæller. Enlige mænd lever ca. syv år kortere end mænd i parforhold.

Einar skulle for mange år siden have lyttet til Grete, det gjorde han ikke, og nu er han under langsom forvandling til plejehjemsbeboer. Einar var umulig at nå med alle glade sundhedsbudskaber, og spørgsmålet er, om sundhedsvæsenet på nogen måde kan forebygge, at flere mænd når Einars sørgelige tilstand alt for tidligt?

Kønsspecifik omsorg i sundhedsvæsenet, indsatser på arbejdspladser, i lokalområder og i lokalradioen, samtaler på genbrugspladsen, etablering af mødesteder (men's sheds) for mænd, som gerne vil udvide deres netværk, og fokus på kommunikation, der fremmer dialog med mænd, er nogle af de elementer, som kan indgå i en strategi, der rækker ud over pjecestadiet.

Men's sheds startede i Australien i 2007, men har bl.a. vundet udbredelse i Irland og bliver på sigt etableret i Danmark. Et shed er et inkluderende mødested, der rummer plads til forskelligartede projekter, bl.a. nogle, der kræver en maskinpark af et vist format (derfor ingen alkohol) og har fokus på mænds helbred og velbefindende.

Der mangler bare et virksomt dansk navn, for shed bliver tolket som shit, siges det.

I den faglige artikel om mænd i hjemmehæmodialyse side xX i dette nummer af Sygeplejersken fremhæver tre mænd, at kontrol, autonomi, frihed og tillid til sygeplejersken er væsentlige faktorer, hvis de skal føle sig tilpas i sundhedsvæsenet og blandt de hvidkittede. Forventningerne til sygeplejersken er, at hun skal være ærlig, positiv og imødekommende, acceptere mændenes grænser for åbenhed og deres viden om egen sygdom. Ikke urimelige krav, men derimod egenskaber, de fleste sygeplejersker vil mene, de er i besiddelse af. Et bud på kønsspecifik omsorg, som sygeplejersker kan tage med i bagagen og hive frem, hvis de ikke kan nå igennem med føleriet.

” Einar var umulig at nå med alle glade sundhedsbudskaber, og spørgsmålet er, om sundhedsvæsenet på nogen måde kan forebygge, at flere mænd når Einars sørgelige tilstand alt for tidligt?

Og hvad med Grete og Einar?

Grete har givet op. Einar står ikke til at redde, mener hun, og øjnene bliver blanke. Planerne for pensionisttilværelsen er skrinlagte, og livet leves fra dag til dag.

Kunne sundhedsvæsenet have rakt ud mod Einar og nået ham? Ville et mødested for mænd have givet ham en anden og bedre livskvalitet? Burde en sygeplejerske i lægepraksis have opbygget et tillidsfuldt forhold til ham og dermed åbnet for Einars egne tanker og ønsker?

Ikke til at sige. Men det er forsøget værd.

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



# Er du klar til et karriereskift?

## Danish Pharmaceutical Academy

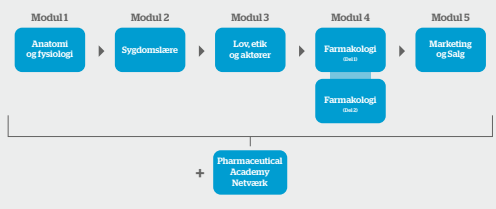
DPA er Lif Uddannelses farmakologiske uddannelse, tidligere kendt under navnet Lægemiddelkonsulentuddannelsen.

DPA sikrer dig den farmakologiske viden og begrebsforståelse, der er afgørende for, at du kan begå dig i lægemiddelindustrien som rådgiver.

I sin helhed er DPA en diplomuddannelse, bestående af i alt fem moduler. Du kan vælge at tage modulerne som individuelle kurser, og der er ikke noget uddannelsesmæssigt optagelseskrav.

Læs mere på [dpa.lif-uddannelse.dk](http://dpa.lif-uddannelse.dk)

## DPA - Danish Pharmaceutical Academy



Lif Uddannelse, Lersø Parkallé 101, 2100 København Ø, Tlf. 39 27 60 60, [www.lif-uddannelse.dk](http://www.lif-uddannelse.dk)

## Hypertensions kursus 3.-4. og 5. december 2014 for sygeplejersker

Er du interesseret i behandling af hypertensions patienter. Så ønsker vi dig velkommen i en verden af Hypertension. Kurset byder blandt andet på erfaringer fra hypertensionsklinikken med håndtering af livsstilsændringer, patient undervisning samt total gennemgang af den medicinske behandling, og bivirkninger fra denne. Virker det vi gør? Øv dig med udgangspunkt i Patientcases fra videoklip fra hypertensionsklinikken.

**Kursusafgift 1.500,-**

### Undervisere

Professor, overlæge, dr. med. Hans Ibsen  
Sygeplejerske Christine Aabel Helms  
Overlæge Ulla Overgaard Andersen

### Program og tilmelding

Sekretær Christina Bønni Justesen, [cbju@regionsjaelland.dk](mailto:cbju@regionsjaelland.dk)



## DANSK SELSKAB FOR SÅRHELING

### Årsmøde:

**Status på behandling af diabetes fodsår og lymfødem.**

Torsdag 20.11.2014 – Fredag 21.11.2014

**Kursussted:** Comwell Hotel, Kolding

### Mødeleder:

Overlæge Eskild W. Henneberg og  
Hygiejnesygeplejerske Susanne Aagaard

**Tilmelding:** skriftligt senest den 15. oktober 2014

Dansk Selskab for Sårheling  
v/forretningsfører Niels Müller  
Cypresvej 18, 3450 Allerød  
Tlf.: 4817 7025 - Fax: 4817 7065  
Telefontid: mandag - fredag kl.11:00 - kl. 13:00  
E-mail: [dsfs@mail.tele.dk](mailto:dsfs@mail.tele.dk)

**Pris** inkl. middag og overnatning i dobbeltværelse:

medlemmer kr. 2.635,00  
ikke medlemmer kr. 2.910,00  
tillæg for enkeltværelse kr. 295,00

**Fuldt program:** [saar.dk](http://saar.dk) under kalender.

## SYMPOSIUM 2014 4. DECEMBER, TORVEHALLERNE, VEJLE

# PATIENTEN SOM PARTNER

- om shared decision making

Dorthe Crüger: Visioner og intentioner

Erik Rasmussen: Sundhedssektorens største og mindst udnyttede ressource: Patienten

Vibe Hjelholt Pedersen: Lægers og sygeplejerskers forståelse af patientinddragelse

Angela Coulter: Engaging Patients in Healthcare

Pål Gulbrandsen: Kliniske erfaringer og udfordringer med shared decision making

Jacob Birkler: Etske problemstillinger i forbindelse med patientinddragelse

Pris: 475 kr. inkl. frokost og kaffe

Tilmeld dig senest 1. oktober 2014 på: [www.vejlesymposier.dk](http://www.vejlesymposier.dk)



VEJLE SYGEHUS  
- PATIENTERNES  
KRÆFTSYGEHUS

---

# Sygeplejefestival 2014

---

**Keynote speakers**  
**Gæsteoplægsholdere**  
**60 faglige sessioner**  
**100 posters**

**Markedsplads** med 50 aktive faglige stande,  
hvor du kan blive inspireret og lære nyt fra  
eksterne interessenter og faglige selskaber

**Biograf** med temaet demens

**Debattorv**, hvor du kan debattere aktuelle  
kliniske problemstillinger i sygeplejen

**Uddeling af Firkløverprisen 2014**

**DSR Street**  
**Meeting Point**  
**Sponsorer**



**SYGEPLEJEFESTIVAL**  
2014 

Tilmelding senest 20. august på  
[www.dsr.dk/sygeplejefestival](http://www.dsr.dk/sygeplejefestival)



# Leder i orkanens øje – velkommen til 1813

Sygeplejerske Birgitte Degenkolv har siden maj været vicedirektør i Region Hovedstadens akutberedskab. Herunder leder af den meget omblæste akuttelefon 1813. Hun kommer på Sygeplejefestival 2014 og fortæller om udfordringerne som leder.

”Nu kommer jeg jo fra et hospital, der er utroligt veldrevet,” fortæller Birgitte Degenkolv om Gentofte Hospital, der var hendes arbejdsplads frem til 30. april i år.

”Gentofte Hospital har eksisteret i over 80 år og er en meget velstruktureret og velorganiseret enhed. Så på den måde er det jo anderledes at komme et sted, hvor disse understøttende funktioner ikke er opbygget endnu,” siger hun for at vise, hvor meget det betyder at have rutiner og indarbejdede metoder at trække på. Det kan hun ikke hos akutberedskabet, der består af flere enheder, der er blevet lagt sammen for relativt nylig.

”Man skal på den måde lægge stene, mens man går vejen. Jeg lægger

strategier, hvor jeg træffer en beslutning på baggrund af det, jeg ved på nuværende tidspunkt. Det kan godt være, den ikke holder hele vejen. Så man skal kunne korrigere på den senere,” fortæller hun.

Akutberedskabet består ud over 1813-funktionen også af andre enheder. F.eks. er 112-funktionen og lægebilerne også lagt ind i organisationen inden for de seneste to år.

Akuttelefonen startede som rådgivende funktion i 2012. 1. januar 2014 fik den hele visitationsopgaven, som den gamle lægevagt havde. Det har gjort, at organisationen er vokset meget hurtigt.

## Under overvågning

I modsætning til tidligere arbejdspladser oplever Birgitte Degenkolv stor fokus fra mange sider:

”Der står nogen og overvåger, om man gør det rigtigt hele tiden. Så man skal virkelig tænke sig godt om. For der er nogen, som ikke nødvendigvis vil en det bedste,” fortæller hun med henvisning til nogle medier, organisationer og politikere.

Det er regionens hensigt at have åbenhed om, hvad der sker

på det præhospitale område, forklarer Birgitte.

”Så må man jo så også være indstillet på, at man bliver kigget i kortene. Vi har jo også med sårbare patienter at gøre, og en fejlvurdering kan jo være fatal. Så man skal også tåle, at der er fokus på det,” siger hun.

Den store opmærksomhed udefra har været hårdt for medarbejderne.

”Jeg kan jo nok godt tackle det, men medarbejderne synes, det er hårdt. Både læger og sygeplejersker. For deres faglighed og intentioner bliver draget i tvivl i det offentlige rum.”

Hør Birgitte Degenkolv på Sygeplejefestival 2014, og stil selv spørgsmål til hende.

## Akutberedskabet består af

- Akuttelefonen 1813
- 112-funktion
- Lægebiler
- Psykiatrisk beredskab
- Akut Medicinsk Koordination ved større ulykker
- Helikopterdrift i samarbejde med andre regioner
- Intern transport af intensivpatienter
- Disponering af ambulancer
- Liggende sygetransport

Foto Privatfoto



# Sygeplejersker skal ikke bistå ved tvangshjemsendelser

Tekst **Mads Krøll Christensen**

Dansk Sygeplejeråd anbefaler sine medlemmer ikke at medvirke ved tvangshjemsendelser af asylansøgere.

“Vores anbefaling bunder i, at vi helt principielt ikke mener, at sygeplejens værdier er forenelige med tvangshjemsendelser af ikke-raske asylansøgere,” siger Dorte Steenberg, næstformand i Dansk Sygeplejeråd.

Dorte Steenberg understreger, at hun ikke forholder sig til hjemsendelser af asylansøgere generelt, men udelukkende til tvangshjemsendelser af syge asylansøgere.

“Hvis et menneske er så sygt - enten psykisk eller fysisk - at det ikke kan klare hjemsendelse, uden at der skal være sundhedsprofessionelle med, så mener vi ikke, at det er etisk forsvarligt at tvangshjemsende vedkommende. Hvis vi medvirker til

tvangshjemsendelser af syge asylansøgere, legitimerer vi det. Og det vil vi ikke,” siger hun og fortsætter:

“Det er uacceptabelt at stille sygeplejersker i situationer, hvor de risikerer at blive involveret i udøvelse af ikke-sundhedsfagligt begrundet magtanvendelse over for patienter. I stedet må landets politikere sikre, at vi som samfund har klare procedurer, der tager højde for, at de asylansøgere, der tvangshjemsendes, reelt er så raske, at de kan klare det uden ledsagende sundhedspersonale.”

Dorte Steenbergs synspunkt bakkes op i De Sygeplejeetiske Retningslinjer, hvoraf det fremgår, at:

Sygeplejersken har et ansvar, fagligt, personligt, etisk og æstetisk, i forhold til de patienter, der har behov for sygepleje. Magtudøvelse kan kun forvaltes moralsk ansvarligt i

solidaritet med den svage. I ansvaret ligger en forpligtelse til at yde omsorg.

“Det er vigtigt for mig at understrege, at det alene er tvangshjemsendelser, vi anbefaler vores medlemmer ikke at deltage i. Ved frivillige hjemsendelser er sagen en anden, fordi der ikke er tale om tvang. I sådanne tilfælde anbefaler vi vores medlemmer at bistå med sygepleje i det omfang, det er nødvendigt,” siger Dorte Steenberg.

Sagen kommer efter, at Lægeforeningen har meldt ud, at de anbefaler landets læger ikke at medvirke ved tvangshjemsendelser. Netop fordi lægerne siger fra, kan der komme et øget pres på landets sygeplejersker for at deltage.

Dansk Sygeplejeråd har skrevet til samtlige medlemmer, der er ansat i Kriminalforsorgen og i Dansk Røde Kors Asylcentre, for at oplyse om rådets holdning til sagen.

” Hvis man vil forbedre sygeplejerskernes dårlige arbejdsmiljø, nytter det ikke at isolere løsningerne til den enkelte arbejdsplads. Christiansborg er nødt til at bryde med sit ensidige fokus på økonomi og produktivitet i sundhedsvæsenet.

Dansk Sygeplejeråds næstformand Dorte Steenberg i en kommentar i dagbladet Information, den 6. august.

## DSR I MEDIERNE

*I løbet af sommeren har Dansk Sygeplejeråd været i medierne i forbindelse med bl.a. disse emner.*

### Psykatripersonale: Ny aftale vil mindske tvang

Partierne bag satspuljemidlerne er blevet enige om en ny psykiatriaftale på 2,2 mia. kr. “Vi er specielt glade for, at aftalen betyder et generelt kompetenceløft af personalet i psykiatrien, bl.a. i form af flere specialuddannede sygeplejersker. Kompetenceløftet vil på sigt utvivlsomt reducere brugen af bæltefiksering og tvangsmedicinering. Det er en stor gevinst for både patienter og personale,” siger formand for Dansk Sygeplejeråd Grete Christensen i BT.

### Fagforbund vil garantere værdig behandling af ældre

De ældre skal have ret til et værdigt liv. Derfor foreslår Dansk Sygeplejeråd og FOA en såkaldt værdighedsgaranti til ældre.

“Der er for mange eksempler på, at vi ikke tager hånd om vores ældre. Derfor peger vi på, med inspiration fra Norge, at der laves en værdighedsgaranti. Det betyder, at der bygges ind i lovgivningen, at der er nogle krav til, hvordan vi behandler ældre,” siger Dorte Steenberg, næstformand i Dansk Sygeplejeråd til B.dk.

### Sundhedsplejersker på erhvervsskolerne

De unge på erhvervsskolerne skal have hjælp til at få et sundere liv. “Vi foreslår, at der bliver tilknyttet sundhedsplejersker på erhvervsskolerne for at være med til at holde de unge i en sund livsstil og give dem en større tro på tilværelsen,” siger formand for Dansk Sygeplejeråd Grete Christensen i P3 Nyhederne.



## Nye retningslinjer for indsats for borgere med psykisk lidelse og misbrug

Til august udsender Social- og Sundhedsstyrelsen retningslinjer for den tværsektorielle koordinering af indsatser for borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug, som behandles ambulært i psykiatrien, og/eller som har meget komplekse sociale problemstillinger.

Med satspuljeaftalen på psykiatriområdet 2014-17 er der årligt afsat 6 mio. kr. til

implementering af de koordinerende indsatsplaner. Regioner og kommuner skal i fællesskab udarbejde lokale koordinerede indsatsplaner i regi af sundhedsaftalerne.

Retningslinjerne udsendes medio august 2014 og følges op af regionale informationsmøder i september.

## Dansk Sygeplejeråd med til Copenhagen Pride



LGBT-sygeplejersker og -støtter deltager igen i år i Copenhagen Pride, som i år finder sted den 30. august. Sygeplejersker fra hele landet deltager, og alle er

velkomne. På [www.dsr.dk/pride](http://www.dsr.dk/pride) kan du læse mere om både paraden, arrangementet før og den T-shirt med firkløveren i regnbuefarver, du kan købe.

## Varmer op til næstformandsvalg

To af de toppolitiske poster i Dansk Sygeplejeråd er i spil, når afstemningen til næstformandsvalget bliver skudt i gang den 25. oktober. Allerede nu er der opvarmning til valget. Tre kandidater har indtil videre meldt sig: de to nuværende næstformænd, Anni Pilgaard og Dorte Steenberg, og kredsformand i Kreds Syddanmark, Line Gessø Hansen. Fristen for at opstille som kandidat er den 30. september.

Medlemmer kan løbende følge valgkampen på hjemmesiden og i løbet af efteråret se bl.a. kandidaternes valgoplæg, cv og læse nyheder om valget.

[www.dsr.dk/valg2014](http://www.dsr.dk/valg2014)

### Tjek dine medlemsoplysninger og stem

Det er nødvendigt, at Dansk Sygeplejeråd har de rigtige medlemsoplysninger,

når der skal sendes valgmateriale ud til medlemmerne.

Derfor belønner Dansk Sygeplejeråd alle, der tjekker "Min side" på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk), med et lod i lodtrækningen om biografbilletter hver uge fra uge 34 til og med uge 40. Hver uge er der 10 gratis biografure for to personer på højkant.

[www.dsr.dk/tjekdigselv](http://www.dsr.dk/tjekdigselv)

# 2014

NÆSTFORMANDSVALG  
I DANSK SYGEPLEJERÅD

Uddrag af Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensens kalender.



### 19. august

- Møde med TR på Aarhus Universitetshospital, AUH, Aarhus

### 20. august

- Bestyrelsesmøde i Lån & Spar Bank, København

### 21. august

- Arbejdspladsbesøg på Kirurgisk Ambulatorium, Sygehus Himmerland, Farsø

### 24.-26. august

- Seminar for FTF's forretningsudvalg, Bruxelles

### 27. august

- DHL-stafet, Fælledparken, København

### 28. august

- Repræsentantskabsmøde i Lån & Spar Bank, København

### 29. august

- Møde med branchearbejdsmiljørådene, Kvæsthuset, København

### 2. september

- Bestyrelsesmøde i Dansk Sygeplejehistorisk Museum, Kolding

### 3. september

- Møde med Socialdemokraternes beskæftigelsesudvalg, Christiansborg, København
- Møde med Astrid Krag (S), Kvæsthuset, København
- Bestyrelsesmøde i Forbrugsforeningen, København

### 4. september

- Formøde i Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Kvæsthuset, København

## Svigt på en presset nattevagt

*Sygeplejerske på Aalborg Universitetshospital vækker opsigt med et Facebook-opslag, hvori hun beskriver en nattevagt. Det skriver Metroxpress.*

Tekst **Mads Krøll Christensen**

”Undskyld til sygeplejersken, som jeg pres-  
de til at blive, selv om hun var helt opbrugt.  
Undskyld til sygeplejersken, jeg fik til at græ-  
de ved at kritisere, hvordan de håndterede  
sygemeldingen. Undskyld til lægen, som var  
presset i forvejen, og undskyld til patienterne  
og de pårørende, som jeg føler, at jeg har for-  
sømt,” skriver sygeplejerske Kirsten Pia Pe-  
dersen bl.a. i sit opslag på Facebook.

Forud for undskyldningerne beskriver hun  
en kaotisk aften, hvor antallet af patienter  
og plejeopgaver tårnede sig op i et ureali-  
stisk tempo, og hvor kritisk syge og ulyk-  
kelige patienter og pårørende derfor blev  
svigtet gang på gang af et fortravlet, klemt  
og ofte grædefærdigt personale.

I Dansk Sygeplejeråd genkender man  
kritikken. Ifølge formand Grete Christen-

sen er der god grund til at råbe vagt i  
gevær:

”Sundhedstoppen lukker øjnene for, at båd-  
de forskning og virkelighed viser, at de her  
forhold koster kvalitet og patienters liv,”  
siger hun til Metroxpress.

Læs hele historien på [www.metroxpress.dk](http://www.metroxpress.dk) - søg på ”Sygeplejerske slår alarm”.

## Generalforsamlinger i kredsene og i Lederforeningen

*Dansk Sygeplejeråds fem kredse samt Le-  
derforening skal alle afvikle generalfor-  
samlinger i løbet af oktober.*

Generalforsamlingen er den øverste  
myndighed i hhv. Dansk Sygeplejeråds  
kredse og i Lederforeningen i Dansk Sy-  
geplejeråd. Af Dansk Sygeplejeråds love  
§ 18 stk. 1 og Lederforeningens vedtæg-

ter § 11 stk. 1 fremgår det, at generalfor-  
samlinger skal finde sted hvert år i løbet  
af oktober.

Forslag til behandling på kredsenes ge-  
neralforsamlinger stiles til kredsbestyre-  
lsen, forslag til behandling på Lederfor-  
eningens generalforsamling stiles til Le-  
derforeningens bestyrelse.

Fristen for at indsende forslag fastlæg-

ges af kredsbestyrelsen jf. Dansk Sygeple-  
jeråds love § 18 stk. 4, og for Lederforenin-  
gens vedkommende af Lederforeningens  
vedtægter § 11 stk. 2.

Nedenfor findes informationer om,  
hvor og hvornår generalforsamlingerne  
finder sted i de enkelte kredse/Lederfor-  
ening, og hvornår der er frist for at ind-  
sende forslag.

Kreds	Dato	Kl.	Sted	Frist for fremsendelse af forslag
Midtjylland	Tirsdag den 28. oktober	18.00	Silkeborg (oplysning om sted følger)	23. september 2014
Nordjylland	Tirsdag den 28. oktober	17.30	I Aalborg Kongres & Kultur Center, Europaplads 9000 Aalborg	1. oktober 2014
Syddanmark	Torsdag den 23. oktober	Starter med spisning kl. 17.00	Scandic Hotel, Kokholm 2, 6000 Kolding	22. september 2014
Sjælland	Tirsdag den 28. oktober	19.00 Oplæg kl. 17.00 Spisning kl. 18.00	Frederik II, Idagårdsvej 3, 4200 Slagelse	18. september 2014
Hovedstaden	Tirsdag den 28. oktober Bemærk ugedag!	17.00-22.00	DGI-Byen, Tietgensgade 65, 1704 København V.  Med livetransmission til kreds- kontoret på Bornholm	1. september 2014
Lederforeningen i Dansk Sygeplejeråd	Onsdag den 29. oktober	10.00-16.00	Center for Ledelse, Bernadottes Allé 45, 2100 København Ø	15. oktober 2014

# Sygeplejersken.dk kan tåle et gensyn

Tak for deltagelse i sommerkonkurrencen, der blev introduceret i *Sygeplejersken* 2014;(8):31. Der kom 23 svar på mail og seks svar pr. brev, og en del svar var forkerte. Se de rigtige svar her:

*Ja, ja, 5, ja, nr. 2/2014 og nr. 1/2014.*

## Et par kommentarer til svarene

*Sygeplejersken* er faktisk på twitter. Det er nyt, men sandt.

Teori & Praksis er en specifik artikeltype, der er markeret med en grøn forside inde i *Sygeplejersken*. Artiklerne indeholder læsertest, blå bog på forfatteren og stop op og tænk-bokse, som opfordrer til refleksion over egen prak-

sis. Man kan læse alle Teori & Praksis-artikler fra 1997 til i dag på [www.dsr.dk/Sygeplejersken](http://www.dsr.dk/Sygeplejersken) > Fag > Teori & Praksis.

## Vinderne af sommerkonkurrencen er

1. Laila Kristensen, Aalborg
2. Lene Tougaard, Silkeborg
3. Tine Bovien, Karlslunde

Der er en bog og et gavekort på vej til Aalborg, Silkeborg og Karlslunde.

(jb)



Gør en forskel  
VIA Videreuddannelse



Sundhedsfaglig  
videreuddannelse

**- ledige pladser  
i efterår 2014**

Du kan stadig nå at tilmelde dig et af efterårets moduler på VIA University College. Læs mere på [via.dk/sundhed](http://via.dk/sundhed)

WETWIPE®

## Reception

I anledningen af at Thomas Glad takker af som administrerende direktør for Wet Wipe A/S og Philip Chr. Glad overtager stillingen pr. 1. september 2014, vil det glæde os at se forretningsforbindelser og venner af huset til reception

**Torsdag den 4. september 2014, kl. 14:00 – 16:00**

Receptionen holdes på Vallensbækvej 65  
2625 Vallensbæk



**Wet Wipe A/S**  
Vallensbækvej 65  
DK-2625 Vallensbæk  
Tel +45 43 62 19 43 Fax +45 43 62 19 23  
E-mail [info@wetwipe.dk](mailto:info@wetwipe.dk) Web [www.wetwipe.dk](http://www.wetwipe.dk)

# TILLID OG MEDBESTEMMELSE STYRKER KVALITETEN I KERNEOPGAVEN

Arbejdspladsen er rammen for jeres faglighed, og I stilles hver eneste dag over for nye krav om effektivisering og produktivitet, så arbejdsgange og rutiner udfordres og ændres. I mødes samtidig med store krav til kvaliteten af jeres arbejde, og derfor er det så vigtigt, at I er med til at præge og sætte dagsordenen i de kommende overenskomstforhandlinger, så vi sammen kan skabe de bedst mulige vilkår for jeres fælles arbejdsliv. Sunde, kvalitetsbevidste arbejdspladser sikres i fællesskab ved et øget fokus på tillid, faglighed og kvalitet, som er til gavn for både medarbejdere og ledere i Sundhedskartellet.

## Fokus på jeres virkelighed

Sundhedskartellet ønsker, at der sættes fokus på det, der fylder i hverdagen ude på arbejdspladserne og på at sikre de bedst mulige resultater for jer ved overenskomstforhandlingerne på fire afgørende temaer:

- Arbejdsliv og -miljø
- Løn og pension
- Faget og kompetenceudvikling
- Medindflydelse og medbestemmelse

Overenskomstforhandlingerne omfatter såvel lederes som medarbejderes vilkår. Det handler dermed også om et sundt og godt grundlag for ledelse af sundhedsprofessionelle, som er med til at sikre den gode arbejdsplads og professionsudvikling til gavn for borgere og patienter.

Med venlig hilsen



Grete Christensen  
Formand for Dansk Sygeplejeråd og Sundhedskartellet

Tillid, faglighed og kvalitet er nøgleord i dén tillidsreform, som regeringen har indgået sammen med en lang række af arbejdsmarkedets parter. Derfor har Sundhedskartellet besluttet at tage udgangspunkt i de samme temaer til forberedelserne af OK15. Vi skal som professioner på vore særlige arbejdspladser kunne se os selv i Tillidsreformen.

På de næste sider har vi inden for de fire nævnte temaer oplyst, hvad Sundhedskartellet's Forhandlingsudvalg anbefaler, at vi sætter fokus på ved de kommende forhandlinger, som grundlag for drøftelse ude på arbejdspladserne. Vi vil meget gerne have jeres mening - også hvis I ser andre eller flere temaer, som vi skal prioritere ved de kommende forhandlinger. Vi vil med dette debatoplæg inspirere til debat og dialog med og mellem medlemmer. Vi opfordrer jer til at deltage i debatten. Hvad er vigtigt på jeres arbejdsplads? Og er I enige i, at det er de rigtige temaer?

## Tillid, dialog og samarbejde

Tillidsreformen kommer til at berøre alle ansatte i den offentlige sektor, og reformen er aftalt mellem både arbejdsgivere og lønmodtagerorganisationer.

Reformen sætter, som navnet afslører, fokus på tillid i den offentlige sektor og tager udgangspunkt i syv aftalte principper for samarbejde:

1. Styring i den offentlige sektor skal fokusere på mål og resultater
2. Dialog, åbenhed og klare mål skal være udgangspunkt for opgaveløsningen
3. Ledelse og styring skal tage afsæt i tillid og ansvar
4. Udvikling og fagligt handlerum skal bygge på velbegrunder dokumentation
5. Opgaveløsningen skal baseres på viden om, hvad der virker
6. Ledelse og engagement skal fremme innovation
7. Offentlig service skal inddrage borgernes ressourcer.

Sundhedskartellet vil arbejde for, at de 7 principper skaber et godt fundament for forhandlingerne med arbejdsgiverparterne ved OK15, og at principperne bliver en del af en langsigtet forandringsproces af den offentlige sektor.

Læs mere om Tillidsreformen på [www.ftf.dk/tillidsreform](http://www.ftf.dk/tillidsreform)

## Arbejdsliv og arbejdsmiljø

Et tæt, tillidsfuldt samarbejde om arbejdstid og arbejdstilrettelæggelse skaber øget trivsel og et bedre arbejdsmiljø. I skal kunne klare arbejdsbelastningen i et langt arbejdsliv og samtidig føle jer trygge i jeres ansættelse. Et godt fysisk og psykisk arbejdsmiljø er helt afgørende for arbejdets kvalitet.

Vi ved, at et godt arbejdsmiljø bl.a. handler om balance mellem krav og ressourcer og om arbejdstid, som er tilpasset både arbejds- og privatlivet. De attraktive arbejdspladser bliver derfor

### Sundhedskartellet ønsker derfor særligt at sætte fokus på:

- En fælles indsats om arbejdstid og arbejdstilrettelæggelse, der understøtter og synliggør de lokale muligheder
- Muligheder for øget sammenhæng mellem arbejdsliv og familieliv
- Medindflydelse på tilrettelæggelsen af arbejdstiden
- Tryghed i ansættelsen
- Kvalitet og faglighed.

Skal Sundhedskartellet sætte fokus på andre temaer på dette område?

dem, som kan sikre et sikkert og sundt arbejdsmiljø. Det betaler sig for alle, at vi har fokus på arbejdsmiljøet - både for samfundet, arbejdspladserne og for jer som medarbejdere.

Der er behov for politisk og ledelsesmæssigt fokus på, at forandringstiltag i sundhedsvæsenet fører til øget kvalitet, og samtidig er der også behov for at øge kvaliteten i forandringsprocesserne.

## Løn og pension

Den offentlige sundhedssektor har oplevet markante produktivitetstigninger, og vi véd, at I har løbet ekstra stærkt for at leve op til målene. For eksempel er der i sundhedsvæsenet på det regionale område fra 2008-2012 opnået en produktivitetudvikling på knap 20 %<sup>1</sup>. I kommunerne er der tilsvarende effektiviseret for 12 mia. kr. fra 2007-2013<sup>2</sup>. Sundhedskartellet arbejder for, at I anerkendes og respekteres for jeres arbejde, og at I lønnes svarende til jeres uddannelse og kompetencer.

Vi skal fortsat kunne tiltrække og fastholde de dygtigste medarbejdere til den offentlige sundhedssektor. Derfor skal der være konkurrencedygtige løn- og ansættelsesvilkår. Sundhedskartellet vil arbejde for at sikre jeres lønfremgang og fokusere på, at der som minimum bliver en reallønssikring ved de kommende forhandlinger.

### Sundhedskartellet ønsker derfor særligt at sætte fokus på:

- Generelle lønstigninger
- Videreførelse af reguleringsordningerne
- Forbedring af pensionen
- Opdatering af lønmodellerne

Er der andet, som Sundhedskartellet skal sætte fokus på, på dette område?

Sundhedskartellet lønmodeller blev aftalt for ca. 10 år siden, og siden da har organiseringen af arbejdet været under løbende udvikling og forandring. Mange nye stillingstyper har set dagens lys, og der er behov for at se på, om vores lønmodeller i tilstrækkelig grad tager højde for den udvikling, der er sket på vores arbejdspladser. Det handler derfor om, at vi skal se på, om vores løn- og stillingsstruktur er tidssvarende.

1 Kilde: Nøgletal fra Danske Regioner 2014

2 Kilde: KL's undersøgelse af kommunernes effektiviseringsarbejde 2013 og 2014.

## Faget og kompetenceudvikling

Social- og sundhedsvæsenet er under konstant udvikling, og nye arbejdsmetoder stiller store krav til jer. Det er vigtigt, at I er klædt på til hverdagens udfordringer og forandringer. En styrket faglighed og bedre rammer for kompetenceudvikling er et vigtigt element i Tillidsreformen. Kompetenceudvikling er til gavn for alle og bør bygge på forskning og udvikling fra sundhedsprofessionernes fag.

I er altafgørende for borgernes og patienternes sikkerhed og sundhed, og en højere kvalitet i behandlingerne i vores sundhedsvæsen starter med en politisk investering i jeres kompetenceudvikling.

### Sundhedskartellet ønsker derfor særligt at sætte fokus på:

- Professionsudvikling
- Kompetenceudvikling
- Forskning og udvikling af kerneopgaven

Er dette det rette fokus, og har I konkrete eksempler eller forslag i forhold til faget og kompetenceudviklingen?

## Medindflydelse og medbestemmelse

Når jeres arbejdspladser er under forandring, er det vigtigt at sikre en god dialog mellem tillidsrepræsentanten, kollegaerne og jeres ledere. Tillidsreformen er med til at sætte fokus på samarbejde og den gode dialog i den offentlige sektor.

### Sundhedskartellet ønsker derfor særligt at sætte fokus på:

- Et tidssvarende MED-system, så medarbejderrepræsentanter, medarbejdere og ledere på berørte niveauer inddrages og sikres indflydelse på det rigtige tidspunkt.

Skal Sundhedskartellet sætte fokus på andre temaer på dette område?

Forandringerne kræver et øget samarbejde, og særligt tillidsrepræsentanter står over for nye opgaver. De skal stå i spidsen for at fremme det gode samarbejde på arbejdspladsen, og de skal sikre og skabe sammenhængskraften på arbejdspladserne til fælles bedste for alle parter.

## Forhandlingsforløbet

Sundhedskartellet koordinerer de samlede krav fra de 11 medlemsorganisationer, og vi sætter rigtig stor pris på de input, som I

## Kravindsamling OK15

- Kravindsamlingen i Dansk Sygeplejeråd foregår i perioden fra den 15. august til den 28. august.
- I denne periode vil der blive afholdt medlemsmøder i kredsene eller ude på jeres arbejdspladser. Kontakt jeres kreds eller tillidsrepræsentant for mere information.
- I kan også deltage i kravindsamlingen på DSR's hjemmeside via et elektronisk spørgeskema. Læs om processen på [www.dsr.dk/ok15](http://www.dsr.dk/ok15)

bidrager med i denne forberedende fase. Det er jer, der i sidste ende skal stemme om overenskomstresultatet, og I kan løbende følge med i forhandlingerne på [www.sundhedskartellet.dk](http://www.sundhedskartellet.dk).

Ved overenskomstforhandlingerne i 2013 så vi, at arbejdsgiverne satte hele lønmodtagersiden under pres med besparelsedagsorden og krav om øget ledelsesrum og fleksibilitet. For i højere grad at kunne modstå dette pres og for at opnå bedre resultater ved forhandlingerne, har Sundhedskartellet sat gang i en proces, hvor vi samler lønmodtagersiden i et nyt og endnu stærkere forhandlingsfællesskab. Sundhedskartellet består stadig som et stærkt fællesskab - også i fremtiden.

Du kan læse om det nye forhandlingsfællesskab her: <http://www.sundhedskartellet.dk/msite/text.asp?id=46&NewsID=16481>

Dette debatoplæg er tænkt som inspiration for medlemsdebatten i Dansk Sygeplejeråd om kravene til OK15. I Dansk Sygeplejeråd afholdes der fra den 15.-28. august en række lokale medlemsmøder i kredsene og ude på jeres arbejdspladser. På disse medlemsmøder indsamles krav til OK15, hvorefter der i kredsene foretages en udvælgelsesproces, før de endelige krav indsendes til hovedbestyrelsen. I får også mulighed for at give jeres mening til kende via hjemmesiden, hvis I ikke har mulighed for at deltage i medlemsmøderne. I kan læse mere om processen på [www.dsr.dk/ok15](http://www.dsr.dk/ok15)

Nedenfor ses en overordnet tidslinje for det kommende forhandlingsforløb.

<b>AUGUST</b>	Indsamling af medlemmernes forslag til temaer/krav
<b>SEPTEMBER-OKTOBER</b>	Behandling af krav i organisationerne
<b>OKTOBER-DECEMBER</b>	Behandling af krav i Sundhedskartellet/ nyt forhandlingsfællesskab
<b>DECEMBER-FEBRUAR</b>	Forhandlinger med arbejdsgiverne
<b>ULTIMO FEBRUAR</b>	Opnåelse af resultat eller sammenbrud
<b>MARTS</b>	Urafstemning eller iværksættelse af konflikt

# LEDERE I FREMTIDENS SUNDHEDSVÆSEN

*Hver dag kæmper vi i Lederforeningen i Dansk Sygeplejeråd for hver en krone til dig og for at sikre dig de bedst mulige forhold som leder i sundhedssektoren – og det vil vi også gøre ved de kommende overens-komstforhandlinger. Vi kan ikke love dig guld og grønne skove. Men vi vil derimod love at gøre, hvad vi kan!*

De fire forhandlingstemaer og de medfølgende krav, som anføres i det store debatoplæg, bliver også de gennemgående forhandlingstemaer på lederområdet:

- Arbejdsliv og -miljø
- Løn og pension
- Faget og kompetenceudvikling
- Medindflydelse og medbestemmelse.

Derudover vil vi gerne tage følgende spørgsmål op med arbejdsgiverne:

## Lige løn for lige ledelsesarbejde

Den centrale overenskomst fungerer som en minimumsgaranti for, hvilken løn og hvilke vilkår du har som leder. Det skal den blive ved med, men vi vil samtidig gerne opdatere og skabe en større fleksibilitet i lønmodellens trin.

Tiden er moden til, at der generelt sker en forandring i arbejdsgivernes måde at tænke lederlønnen på. Det skal ikke udelukkende være

éns grunduddannelse, der afgør lønnens størrelse. Det skal i højere grad være de ledelsesopgaver, man løser, og de kompetencer, man i øvrigt har med sig. Vi mener, at ledelse på samme ledelsesniveau – hvor ansvar og kompetence kan sidestilles – skal give samme honorering, uanset hvilken grunduddannelse man kommer med.

Lederforeningen mener desuden, at den fremtidige aftale om lokal løndannelse skal være skarpere formuleret i forhold til at opnå yderligere lønforbedring via lokale forhandlinger. Vi mener, at den eksisterende rettighed til en lokal forhandling skal gøres tydeligere. Arbejdsgivere skal forpligtes til hvert år at indkalde til en lønforhandling.

Det er derfor meget afgørende for Lederforeningen i Dansk Sygeplejeråd, at vi i de kommende overens-komstforhandlinger diskuterer følgende:

**Hvordan opnår vi anerkendelse af, at ledere på samme ledelsesniveau skal have samme løn?**

## Fokus på ledelse i løndannelsen

I Lederforeningen ønsker vi os et større fokus på den ledelsesopgave, du og dine ledende sygeplejer-skekolleger udfører. Der-

### Lederforeningens lokale lederlønsmodel



**Hvordan sikrer vi, at den centrale overenskomst giver de bedst mulige rammer for, at der i løndannelsen sættes særligt fokus på ledelsesopgaven?**

for arbejder vi lokalt med at udbrede en lederlønsmodel, der tager afsæt i din ledelsesopgave. Vores mål er, at du først og fremmest aflønnes for den ledelsesopgave, du udfører, og dernæst for dine personlige kvalifikationer, herunder din uddannelse og erfaring som sygeplejerske. Det er samtidig en lønmodel, der giver dig mulighed for at forhandle selv og for at få løn for de resultater, du skaber.

### Ledere er både arbejdsgivere og arbejdstagere

Som leder i det offentlige sundhedsvæsen har du to roller. Den ene rolle er som arbejdstager, og den anden rolle er som arbejdsgiver via din ansættelse som leder.

Uanset hvilket ledelsesniveau du befinder dig på, har du et ansvar for, at økonomien hænger sammen, at der er kvalitet i opgaveløsningen, og at ressourcerne anvendes økonomisk og fagligt forsvarligt.

Udmøntning af Tillidsreformens syv principper er et godt eksempel på din dobbeltrolle som både arbejdstager og arbejdsgiver. Tillidsreformens syv principper anviser på den ene side, hvordan du som arbejdsgiver bør bedrive ledelse og styring. På den anden side rammesætter Tillidsreformen, hvilke vilkår du har som

arbejdstager. Det er din rolle som arbejdstager, der er i fokus, når det drejer sig om en overenskomstfornyelse, og det rejser følgende spørgsmål ved de kommende OK15-forhandlinger:

## Hvordan opnår vi anerkendelse af, at ledere på samme ledelsesniveau skal have samme løn?

### Giv udtryk for din mening i så mange fora som muligt

Giv din mening til kende via det spørgeskema, som du finder på DSR's hjemmeside.

I Lederforeningen producerer vi endvidere en lille debatpakke, som vi opfordrer dig til at drøfte med dine lederkollegaer. Resultaterne af jeres drøftelser vil vi bede jer om at melde tilbage til os via Lederforeningens hjemmeside, hvor vi opretter et OK15-debatforum.

Hvis I kan samle en gruppe ledere, møder vi også gerne op ud fra devisen: "I ringer, vi kommer".

Husk at bruge alle kanaler til at fremsætte dine forventninger til OK15, også de muligheder, der er tæt-test på dig, f.eks. via dialog med din arbejdsgiver.

Med venlig hilsen

Irene Hesselberg  
Formand for Lederforeningen



# Næstved Sygehus

## – et sygehus med højt til loftet



Næstved har 81.000 indbyggere, og Næstved Sygehus er en del af Region Sjællands tilbud til regionens 815.000 borgere.

Og et sygehus med højt til loftet. Både bogstaveligt og i overført betydning. Det gælder ikke mindst for ambitionsniveauet på Anæstesiologisk Afdeling, som målrettet går efter at blive dansk mester inden for faget. At blive patienternes foretrukne valg til elektiv kirurgi – og »Best In Class«!

Afdelingen har noget at have ambitionerne i. I løbet af de kommende år får Næstved Sygehus et alloplastikcenter og dermed Danmarks næststørste operationskapacitet med nye hofter og knæ til 1.200 patienter hvert år.

Samtidig bliver sygehuset også et af landets største centre inden for dagkirurgiske operationer, og dermed får medarbejderne ekstra stor rutine og erfaring på området.

### **Fakta om Anæstesiologisk Afdeling**

Ca. 7.900 anæstesier om året, heraf ca. 1.000 anæstesier til ambulante patienter.

Anæstesier til planlagte og akutte patienter inden for urologi, gynækologi, obstetrik, pædiatri samt øjen- og ortopædkirurgi (frem til 2017). Sygehusets store børneafdeling dækkes også.

Desuden anæstesifunktion ved røntgenundersøgelser, CT- og MR-scanninger og i dagskirurgisk ambulatorium, plus assistance til hele sygehuset ved hjertestop og MAT-funktioner. På andre geografier Deltagelse i ECT-behandlinger på andre geografier, herunder anæstesi ved mammakirurgiske indgreb.

Med etablering af Garantiklinik på Næstved Sygehus følger også behov for anæstesiologisk assistance. Udover central operationsgang består afdelingen af: Observationsafsnit, dagskirurgisk afsnit, Opvågning, Sterilcentral, Sekretariat, Tværfaglig Smerteklinik og Palliation.  
Læs mere på [www.regionsjaelland.dk/Job](http://www.regionsjaelland.dk/Job) - quicknr. 15300



## Charlotte Storm

Sygeplejerske og faglig konsulent i DSR Kreds Syddanmark, Charlotte Storm, er stille sovet ind den 29. juli, 47 år gammel.

Charlotte påbegyndte sygeplejerskeuddannelsen på skolen i Aarhus og dimiterede fra skolen i Odense i 1996. Herefter arbejdede hun på Nyborg Sygehus og OUH. På OUH var hun i fem år tillidsrepræsentant for 200 sygeplejersker på intensiv afdeling.

I 2005 blev Charlotte ansat som faglig konsulent i daværende Dansk Sygeplejeråd Vejle Amtskreds, der ved strukturændringen blev en del af Dansk Sygeplejeråd Kreds Syddanmark.

Karakteristisk for Charlotte var hendes flid, dygtighed og mod til at fremsætte nuancerede synspunkter. Charlotte var en fornem repræsentant for sygeplejerskerne og en respekteret forhandlingspartner af arbejdsgiversiden. Vi vil savne Charlottes personlighed i hverdagen, og vores medfølelse samler sig om familien, der alt for tidligt har mistet en kærlig mor og hustru.

På vegne af Dansk Sygeplejeråd, Kreds Syddanmark

*Jan Villumsen, Gerda Dam Hansen og  
John Christiansen.*

## Lisa Sterll

Den 25. juni sov Lisa Sterll, 57 år, ind på Palliativ afdeling på Bispebjerg Hospital efter 12 måneder med alvorlig sygdom.

Lisa blev uddannet på Bispebjerg Hospital i 1978 og har det meste af sit arbejdsliv været i Blodbanken på Rigshospitalet; de sidste næsten otte år i Dialysen på Frederiksberg.

Lisa var en meget afholdt kollega i vores dialyseafdeling, og det er med stor sorg, at vi nu skal undvære Lisa i vor hverdag. Den tryghed, som man følte i hendes nærvær, er ubeskrivelig. Hun elskede sit arbejde som sygeplejerske og havde en høj faglig stolthed. Hun havde en fantastisk kontakt til patienterne - også de lidt skæve eksistenser var hun god til. Hun evnede at hvile i sig selv, hvilket gav hende overskud til dagens arbejde.

Samtidig var Lisa vores alle sammens "nørd" i afdelingen. Hun elskede at fordybe sig i små mærkelige opgaver samt i alt, hvad der var af teknisk karakter. At dele ud af sin viden til patienter og kolleger betød rigtig meget for Lisa.

Lisa elskede livet og fandt fred og hvile i sin kolonihave omgivet af sine elskede blomster og krydderurter. Ofte forkælede hun os med smagsprøver på sine lækkerier, og hun lavede lotteripræmier til vores årlige julearrangement med hjemmelavede lækkerier. Pengene fra salget hvert år gik til at forsøde aftenen for de kolleger, der havde nytårsvagten.

For mange af os blev hun kaldt/opfattet som en slags mor, da det var hende, man kom til og spurgte til råds om alle mulige huslige ting såsom madlavning, blomster og strikkeopskrifter.

Lisa efterlader os med et stort tomrum og savn i dialysen på Frederiksberg.

Hendes mand Allan, tre børn Camilla, Signe og Benjamin, tre børnebørn og venner betød alt for hende, og vi sender dem vores dybeste medfølelse.

På vegne af kollegerne fra Dialysen på Frederiksberg,

*Charlotte Marcuslund Larsen,  
afdelingssygeplejerske.*



### Efteruddannelse til sygeplejersker

Ønsker du også en efteruddannelse med stor fleksibilitet?  
Vi er i hele landet og har dag-, aften- og weekendhold.  
Nogle kurser kan læses helt eller delvis på nettet.

**Du kan blandt andet blive:**

- ✓ Mindful Eating Practitioner NYHED!  
- i samarbejde med Per Brændgaard
- ✓ Kostvejleder / Slankekonsulent™
- ✓ Mindfulness Instruktør
- ✓ Positiv Psykologi Vejleder
- ✓ Sundheds- og livstilscoach
- ✓ Massør og Sportsmassør
- ✓ Zoneterapeut



kr. 7.750,-

kr. 8.900,-

kr. 8.900,-

kr. 8.900,-

kr. 12.750,-

kr. 21.500,-

kr. 42.500,-

**AT WORK**  
MED GARANTI FOR FAGLIGHED

Bestil gratis brochure og læs mere på [www.atwork.dk](http://www.atwork.dk)  
E-mail: [info@atwork.dk](mailto:info@atwork.dk) - Telefon: 44 48 61 00

## Kirsten Christensen

Sygeplejerske Kirsten Christensen, uddannet fra Sygeplejerskolen i Silkeborg 1984, er død efter kort tids sygdom, 58 år.

Kirsten har i størstedelen af sin sygeplejekarriere været ansat på sygehuset i Silkeborg, på Skadestue/Modtagelse, og de sidste tre år som ansvarlig for Skadeambulatoriet.

Kirsten var en meget vellidt og dygtig sygeplejerske, et dejligt og varmt menneske med evne til at være nærværende og levende interesseret i både patienter og kolleger.

Kirstens pludselige død har chokeret alle. Ved Kirstens bisættelse i Linå Kirke var kirken fyldt til yderste ståplads med familie, venner og kolleger, der ville sige Kirsten farvel.

Kirsten har betydet meget for rigtig mange mennesker i sit alt for korte liv. Kirstens store lykke var de tre børnebørn, som havde en stor plads i hendes hjerte.

Vores tanker går til Kirstens mand Ejnar og hele familien.

*På vegne af Center for Planlagt Kirurgi,  
Regionshospitalet Silkeborg,  
Mette Fjord Nielsen,  
oversygeplejerske.*

## Susanne Reinwald

Sygeplejerske Susanne Reinwald er den 23. juni efter kort tids kamp mod kræften død på Hospice i Frederikshavn. Susanne blev kun 43 år, og vi har i den grad mistet en god kollega.

Vi lærte Susanne at kende som en stærk personlighed både på jobbet og privat. Susanne var lige til det sidste så fattet, at hun selv arrangerede alt, så ingen skulle have "besvær" med noget, når hun ikke var mere.

Susanne kom til os, kort tid efter hun afsluttede sin uddannelse som sygeplejerske fra UCN i Hjørring i januar 2010. Susanne fik en stilling i apopleksiafsnittet på afd. m4, Frederikshavn.

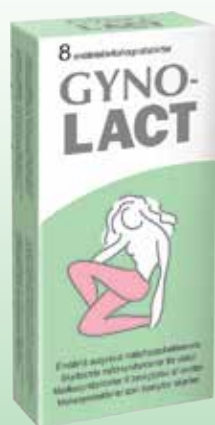
Susanne havde klaret at tage en uddannelse som sygeplejerske i en sen alder, samtidig med at hun var alene med sine to piger, fire heste og to hunde. Hun var en utrolig engageret og fagligt velfunderet sygeplejerske, som selvom det var et tungt speciale, hun var ansat i, altid mødte op frisk og veloplagt.

Selvom Susanne kun nåede at være sygeplejerske i fire år, var hun også klinisk vejleder og har haft en del sygeplejestuderende. De var meget glade for hende og gav udtryk for, at hun var der for dem. Patienterne var også meget glade for Susanne, ikke mindst for hendes empati.

Vores tanker går specielt til Susannes to piger Louise og Sara, som har mistet en fantastisk mor. Efterlader sig desuden sin bror, mor, mormor og kæreste Lasse. Vi kollegaer vil altid tænke på og savne Susanne. Specielt hendes høje og inderlige, smittende latter, som gjorde det hele meget nemmere.




Altid i vores hjerter.

*Kollegaerne på afd. M4, Frederikshavn.*



**Pakningsstørrelse  
8 tabletter**

### Probiotiske Mælkesyrebakterier som naturlig beskyttelse af vagina

-  **Til forebyggelse og behandling af bakteriel vaginose**
-  **Efter antibiotisk behandling af vaginitis**
-  **Behandlingen er nem, sikker og pålidelig.**

Gynolact opløses hurtigt og kan bruges af kvinder i alle aldre. Mælkesyrebakterierne beskytter skeden og hjælper med at opbygge den naturlige balance i løbet af bakteriel vaginose. 1 tablet dagligt indeholder 2 x 10 mælkesyrebakterier: L.acidophilus, L.casei, L.rhamnosus.

**Fås på apoteket, i Matas og i helsebutikker.**

Vitalans ApS  
www.vitalans.dk  
Storegade 5, 2. sal, 7330 Brande / Tlf. 28 77 73 30

**NYHED!**  
**GYNO-  
LACT**  
**FORSTÅR KVINDER**





Foto: Dansk Sygeplejehistorisk Museum

## 1970'erne: Uniformssøm på afveje

Moden i samfundet har også haft indflydelse på sygeplejerskeuniformen. For 100 år siden var sygeplejersker i stof fra top til tå, mens de i de glade slut 60'ere og 70'ere gerne svingede et bart lår på hospitalsgangene.

Huha, de er korte! 😊

Lige før den er smartere end den nuværende uniform 😊

Ja, sådan var tiderne jo nu engang ... Som elev (sådan var benævnelsen) fra 73 til 76 kunne vi ikke få kjolerne for korte eller for stramme. Og så var de endda lettere genomsigtige. Ingen tog anstød af det - sådan var 70'erne. 😊

Uha, uha ... Sådan en uniform kunne være skønt at have på ... Her i varmen ... 😊

## Der er grænser for, hvor meget de pårørende kan

Pårørende bliver i stigende grad inddraget i plejen af syge. Men der er grænser for, hvor meget man kan lægge over på dem, mener Dansk Sygeplejeråd.

*Tager dybt afstand fra Bent Hansens udtalelse om, at pårørende kan komme ind og lære at lægge et kateter. Nogle patienter kan sagtens selv, men er det så ægtefæller eller barnebarnet, der skal på kursus? Jeg tænker her på etik og værdighed.*

*Så forstår jeg ikke, hvorfor der skal bygges større og bedre hospitaler, hvis de pårørende skal passe deres kære. Hvad skal personalet så lave? Passe det digitale system? Er dette dagens Danmark? Jeg græmmes 🙄🙄*

*Nok er nok. Nu må det være politikernes tur til at spare nogle af deres stillinger og pensioner væk. Det er på tide, der bliver kigget efter, om det er nødvendigt, der er så mange.*

Fra [www.facebook.com/sygeplejersker](http://www.facebook.com/sygeplejersker)

## "De menneskelige værdier er nødt til at udgå"

*"De går grædende hjem indimellem. Der er så mange ting, som de rigtig gerne vil, men som de ikke kan, fordi der er for mange patienter." Sådan sagde sygeplejerske Karin Ravn fra Glostrup Hospital til Information i juli.*

*Det er trist, det er sådan et sygehusvæsen, vi har fået. Men politikerne mærker det ikke, for de får særbehandling. Sygeplejen har desværre ikke plads til alle de værdier, som der er med til at gøre en forskel. Det hele er blevet for instrumentelt, fordi de menneskelige værdier er nødt til at udgå. [...]*

*Kunne det være interessant at få afdækket, hvad de 400 mia., sundhedsvæsenet tildeles om året, bliver brugt til? Er der patientgrupper, der bliver favoriseret frem for andre? Også når det gælder udsigtsløs behandling, der koster en formue? [...]*

Fra [www.facebook.com/fagbladetsygeplejersken](http://www.facebook.com/fagbladetsygeplejersken)

**Følg Dansk Sygeplejeråd på [www.facebook.com/sygeplejersker](http://www.facebook.com/sygeplejersker), Sygeplejersken på [www.facebook.com/fagbladetsygeplejersken](http://www.facebook.com/fagbladetsygeplejersken) og på twitter @\_Sygeplejersken**

**Redaktion Jette Bagh, cand.cur., fagredaktør**

I sektionen "Fag" bringer vi ca. 45 faglige artikler om året. Artiklerne beskriver praksis, forskning, teorier og udviklingsarbejder. Artiklerne er hovedsageligt skrevet af sygeplejersker, men også af andre sundhedsprofessionelle.

Skriv til Fag. Læs Sygeplejerskens manuskriptvejledning på [www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk) > Manuskriptvejledning og ring eller send en mail med din idé, nummeret er 4695 4187 og mailadressen [jb@dsr.dk](mailto:jb@dsr.dk)



**FAG**

- FRA SYGEPLEJERSKE TIL SYGEPLEJERSKE

## Guds gave til patienterne

Sygeplejersken har slumret siden slutningen af juni, men er nu på gaden med ikke mindre end seks veloplagede faglige artikler. Patienters seksuelle sundhed og trivsel er temaet i Teori & Praksis-artiklen, og her er anbefalinger, der hjælper den nølende og måske blufærdige sygeplejerske med at hjælpe patienten med at sætte ord på seksuelle problemer. Der er konkrete bud på, hvordan sygeplejersken kan gøre en indsats for at tillade og muliggøre samtalen om seksualitet og dermed fremme trivsel på området.

Mænds måde at håndtere sygdom på er omdrejningspunktet i artiklen "Den mandlige patient og hjemmehæmodialyse", og her er et par drøje hug til sygeplejersker, som ikke lytter til patienten. "Der er mange af de nye sygeplejersker, der tror, at de er Guds gave til alle os andre, her, ikke?" siger en af de tre informanter.

Anlæggelse af perifert venekateter er ikke nogen ophidsende opgave, men for patienten kan brugen af "studentens trøst," vena cephalica, i høj grad blive en voldsom oplevelse, idet der er en risiko for at ramme nervus radialis med svære smerter til følge. Læs mere i "Nerveskader ved anlæggelse af perifert venekateter".

"Plejen", det er ergoterapeuternes fællesbetegnelse for de sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, som deltager i neurorehabilitering. Interview med repræsentanter fra de tre grupper viser, at sygeplejersker "... gør en masse ting, som man ikke kan beskrive."

En stilfærdig opfordring: Så er det om at komme i gang. Hvis der altså er hold i, at sygeplejersker gerne vil deltage i neurorehabilitering både i kommunerne og i hospitalsregi.

Hepatisk encefalopati, svært at udtale og tilsyneladende også en svær tilstand at diagnosticere og ikke mindst behandle og pleje. I to artikler beskrives mulige tilgange, samt hvordan og hvornår patient og pårørende kan inddrages.

*Jessie Bayh*  
Sygeplejerske,  
cand.cur., fagredaktør.



## Hjælp mindst muligt

Maia Linnea Espensen, sygeplejerske, Neonatalafdelingen, Rigshospitalet

*Hjælp til selvhjælp bliver konkretiseret for en sygeplejerske under et besøg i Afrika. Hun benytter sin nye og grundfæstede viden i arbejdet som sygeplejerske på en neonatalafdeling efter at være kommet hjem.*

Masanga hospital ligger i en lille landsby midt i det vestafrikanske land Sierra Leone. Landet har været hærget af borgerkrig, og store dele af sundhedsvæsenet ligger derfor i ruiner. Den danske speciallæge Peter Bo Jørgensen stiftede i 2005 foreningen Masanga, der har til formål at rehabilitere og drive Masanga hospital (1). Foreningen er udelukkende drevet af frivillige, både i Danmark og i Sierra Leone.

I 2013 tog jeg til Masanga for at arbejde med sygeplejen på hospitalet. Jeg havde nogle klare idéer om, hvad jeg kunne bidrage med, og hvordan jeg ville gribe arbejdet an. Jeg er nu efter seks måneder vendt hjem med et langt mere nuanceret perspektiv på kommunikation, udviklingsarbejde og sygepleje.

### Motivation og anerkendelse

Det gik hurtigt op for mig, at sygeplejepersonalet på hospitalet ikke blot manglede faglig viden, de manglede i høj grad også motivation i deres arbejde. Begrebet faglig stolthed dukkede igen og igen op i mine tanker, og jeg tror, at jeg for første gang virkelig forstod, hvad begrebet indebærer. Jeg oplevede personale, der ikke satte sig ind i, hvilke patienter der var i deres afdeling, ikke tjekkede op på medicingivning og ikke reagerede på alarmerende værdier hos patienterne. Hvor var deres faglige stolthed, ansvarsfølelse og empati? Det stod klart for mig, at her lå hospitalets og personalets virkelige udfordring, og at det var det, jeg skulle arbejde med. Gennem kulturelt tilpassede medarbejderudviklingssamtaler (MUS) forsøgte jeg at vække disse essentielle sygeplejeregenskaber hos personalet.

### Bæredygtig hjælp

Havde jeg befundet mig på et dansk hospital, ville jeg blot have ►

### Sådan vurderes artiklerne til FAG

**Teori & Praksis** har været gennem fagfællebedømmelse

**Videnskab & Sygepleje** har været gennem dobbelt blind bedømmelse i Sygeplejerskens videnskabelige panel

**Faglige artikler** er godkendt efter sygeplejefaglig vurdering og vejledning

Redaktionen forbeholder sig ret til lagring og elektronisk udgivelse af alle artikler.

Artiklerne i "Fag" er indekseret i databaserne CINAHL, SweMed+ og bibliotek.dk

Ideer, artikelforslag eller spørgsmål kan sendes til [jb@dsr.dk](mailto:jb@dsr.dk)

## Health & Rehab Scandinavia 2014

# Mød Protac på stand C2:031

– og oplev vores sansestimulerende nyheder

Vi fejrer jubilæet med reception onsdag den 10. september kl. 14 på Protacs stand C2:031 - og du er inviteret!

**Gratis adgangskort på [Health-Rehab.com](http://Health-Rehab.com)**

Har du ikke mulighed for at besøge Protac på messen, så kig forbi vores nye lokaler i Stilling, hvor vi har samlet administration, showroom og lager i nye flotte lokaler.



Protac A/S, Niels Bohrs Vej 31 D, Stilling, 8660 Skanderborg



## 20 års erfaring

– med sanseintegration

I 20 år har Protac udviklet, produceret og solgt sansestimulerende hjælpemidler til børn, unge, voksne og ældre med funktionsnedsættelse.

Protac Kugledynen™ var den første i rækken af sansestimulerende hjælpemidler skabt ud fra teorier om sanseintegration. Gennem 20 år har kugledynen hjulpet mennesker til bedre søvn og større ro.

Ud over den velkendte kugledyne, har Protac blandt andet udviklet et knætæppe, en vest og en stol med kugler til mennesker med særlige behov.

**PROTAC®**  
INTEGRATING SENSES



## → OLYMPUS ACADEMY

Olympus Danmark A/S udbyder kurser inden for udvalgte specialer og produkter, som vi har med at gøre i vores dagligdag. Kurserne er med til sikre vores deltagere en grundig teoretisk og praktisk opdatering omkring vores produkter samt viden om procedurer.

Du kan på Olympus Academy finde kurser inden for fleksibel endoskopi, hygiejne, kirurgi og øre-næse-hals.

Læs meget mere om kurserne via vores hjemmeside [www.olympus.dk/academy](http://www.olympus.dk/academy). Det er ligeledes her du kan tilmelde dig - og dine kollegaer - til et eller flere kurser. Tilmeldingen til efterårets kurser åbner 1. september 2014.

Vi glæder os til at se dig på et af vores kommende kurser.

Læs mere om - og tilmeld dig - et af vores Olympus Academy kurser her:  
[www.olympus.dk/academy](http://www.olympus.dk/academy)

**OLYMPUS**

▶ gået i gang med at indkalde personalet til samtaler. Alt arbejde i Masangaprojektet har imidlertid fokus på bæredygtighed, dvs. at der arbejdes med henblik på, at lokalbefolkningen med tiden skal overtage al drift af hospitalet. I stedet for selv at afholde MUS introducerede jeg derfor den lokale afdelingssygeplejerske for den anerkendende spørgeteknik. Sammen udviklede vi de konkrete spørgsmål, han skulle stille sine medarbejdere til samtalerne. Vi arbejdede på, hvordan han gennem anerkendelse og inddragelse kunne motivere hver enkelt medarbejder. Han var en empatisk og klog kommunikator, og jeg følte en stor glæde ved at se, hvordan han lyttede til sine medarbejdere og fandt hver enkelt persons stærke sider frem. Det vil sandsynligvis tage flere år at ændre på det sygeplejefaglige personalets motivation og ansvarsfølelse. Men sammen tog vi det første vigtige skridt og fik sat fokus på emnet.

### Hjælp mindst muligt

Lige gyldigt hvor i verden man arbejder med udvikling, er det et centralt spørgsmål, hvor meget man kan og skal hjælpe. Skal den sygeplejestuderende have hjælp? Og hvor meget skal hun selv finde ud af? Hvor mange gode råd skal man give en patient i krise? Og hvor meget skal man i det hele taget hjælpe et udviklingsland? Underviser og sygehuspræst Bent Falk skriver, at man skal give mindst mulig hjælp (2). Man skal kun gøre det, der er nødvendigt, gør man mere, risikerer man at tage handlemulighederne fra dem, man hjælper. Det beskriver meget præcist de oplevelser, jeg har fået af at arbejde med udvikling i Masanga. Der er en fin balance mellem at hjælpe ved at overtage arbejdet og derved fjerne handlemulighederne samt ansvarsfølelsen fra lokalbefolkningen, og at hjælpe ved at fungere som katalysator i projekter initieret af lokalbefolkningen. Som sygeplejerske opfatter jeg dette som noget af det mest vanskelige, men når det lykkes, og den, man forsøger at hjælpe, blomstrer op og tager ansvar for sit eget liv, er det det hele værd.

Fire uger inden jeg skulle rejse hjem, havde jeg netop sådan en oplevelse. En af de lokale sygeplejersker kom med den idé, at vi skulle lave en sygeplejesammenslutning. Formålet skulle være at styrke sygeplejerskernes identitet på hospitalet og skabe et forum for vidensudveksling og en platform, hvor idéer til fremtidige danske frivilliges projekter kan tage form. På den måde skabes projekterne lokalt og ikke i Danmark. Idéen var genial. Det, at den ikke kom fra mig, gjorde den blot endnu bedre. Hurtigt fik vi stablet et møde på benene, og vi begyndte at skrive vedtægter for sammenslutningen.

Efter min hjemrejse er to nye frivillige danske sygeplejersker taget til Masanga. De arbejder nu videre i samarbejde med de lokale sygeplejersker om sygeplejesammenslutningen.

### Mine nye kompetencer

Jeg arbejder til daglig på en neonatalafdeling og møder her mange forældre i krise. Jeg er sikker på, at mine mange overvejelser om, hvordan og hvor meget man skal hjælpe, vil komme mig til gode her. Jeg forestiller mig, at jeg bedre vil kunne håndtere disse forældres situation og blot være til stede i relationen frem for at forsøge at komme med løsninger på deres til tider meningsløse situationer.

### Litteratur

1. www.masanga.dk eller https://www.facebook.com/MasangaCreatingLife
2. Falk B. At være der hvor du er. København: Nyt Nordisk Forlag, 2010.



## Intensivt, Internat med mulighed for fordybelse og stresshåndtering

### Mindfulness Baseret Kognitiv Terapi

**Mindfulness Baseret Kognitiv Terapi.  
Mindfulness-trænerkursus, trin 1 og 2 2014/2015.**

**Eller har du bare lyst til, for din egen skyld,  
at lære mindfulness?  
(Trinene kan tages uafhængigt af hinanden)**

Kognitiv Center Fyn udbyder for 11. år kurser i Mindfulness baseret kognitiv terapi / stressreduktion med psykologerne Lene Iversen og Peter Hørslev Rasmussen for psykologer, læger og tværfagligt sundhedspersonale.

**Trin 1** At lære metoden og bruge den på sig selv.

**Trin 2** At lære at træne/lave kurser for andre – for deltagere, der har erfaring med Mindfulness Meditation svarende til Trin 1.

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

# Master i humanistisk sundhedsvidens- skab og praksisudvikling

**Veje til at udvikle og forbedre kvaliteten af  
vort sundhedsvæsen.**

**Forandring af praksis gennem analyse,  
refleksion og samarbejde.**

**Hent inspiration og ny viden fra 20 danske forskere i kulturforskning,  
psykologi og filosofi. Masteruddannelsen bygger på deres tværfaglige  
forskning tilknyttet Forskningscenter Sundhed, Menneske og Kultur  
(SMK)**

**Næste holdstart:**  
September 2015

**Ansøgningsfrist:**  
1. maj 2015

Yderligere oplysninger om masteruddannelsen og SMK:  
www.smk.au.dk eller ved henvendelse til Studiekordinator, lektor Karen  
Munk (filkpm@cas.au.dk) eller Centerleder, professor Uffe Juul Jensen  
(filujj@cas.au.dk)





## Bliv frivillig rådgiver på Livslinien

En stor del af mit professionelle liv har jeg brugt på at hjælpe andre mennesker og deres pårørende. Som telefonrådgiver på Livslinien får jeg mulighed for at videreudvikle mine kompetencer i forhold til den direkte dialog med kriseramte mennesker, samtidig med at jeg fortsat får mulighed for at bruge min tid på noget meningsfyldt og givende. På Livslinien har jeg fået professionel træning i at tage den selvmordsforebyggende samtale, og jeg er en del af et åbent og engageret kollegialt fællesskab med god sparring.

*Merete, pensioneret sygeplejerske  
og telefonrådgiver på Livslinien*

Læs mere på [www.livslinien.dk](http://www.livslinien.dk)  
Ansøgning sendes til: [frivillig@livslinien.dk](mailto:frivillig@livslinien.dk)  
senest 9. september 2014

**LIVSLINIEN**  
forebygger selvmord



## → BASISKURSUS I DIATERMI OG LAPAROSKOPI

Arbejder du på operationsgangen eller inden for dagkirurgi på det laparoskopiske område er dette kurset for dig. Kurset henvender sig til eksisterende og fremtidige brugere af Olympus udstyr.

Med kurset ønsker vi, du skal få en bedre indsigt i, hvad diatermi er, hvordan det virker og hvordan det håndteres i hverdagen. Desuden lærer du, hvordan laparoskopisøjlen er opbygget og får en dybere indsigt i den daglige håndtering af søjlen – herunder fejlsøgning og forebyggelse af problemer. Kurset er interaktivt med høj grad af hands-on træning og inddragelse af spørgsmål fra deltagerne.

Kurset afholdes den 4. november hos Olympus Danmark A/S, Tempovej 48-50, 2750 Ballerup samt den 18. november på Hotel Koldingfjord, Fjordvej 154, 6000 Kolding. Kurset afholdes begge dage kl. 9-16.

Kursusafgiften er kr. 600 pr. person. Hver tredje tilmeldte fra samme afdeling deltager gratis.

Læs mere om - og tilmeld dig - dette og andre Olympus Academy kurser her:  
[www.olympus.dk/academy](http://www.olympus.dk/academy)

**OLYMPUS**

# Udvikling af sygeplejen til patienter med atrieflimren

Stine Rosenstrøm, afdelingssygeplejerske, Sussie Foghmar og Jennie Jønsson, sygeplejersker, Hjertemedicinsk Ambulatorium, Hvidovre Hospital; stineros@mail.dk

*Et projekt fra Hvidovre Hospital har belyst effekten af en sygepleje-intervention over for patienter med atrieflimren. Evalueringen viser, at patienterne blev bedre til at mestre deres sygdom efter interventionen, men at der er behov for yderligere forskning på området.*

Gennem et struktureret sygeplejeforløb med holdundervisning og individuel vejledning er det formålet, at patienter med atrieflimren øger deres viden og handlekompetence ift. behandling, symptomer, følelsesmæssige reaktioner og sociale følger, så patienterne oplever øget tryghed, handlekompetence og livskvalitet i hverdagen.

## Baggrund

Atrieflimren er den hyppigst forekommende hjerterytmeforstyrrelse, som ca. 65.000 mennesker i Danmark lider af. Forekomsten stiger med alderen, og det forventes, at antallet af patienter med atrieflimren vil stige til det dobbelte inden 2020 (1). Atrieflimren er ikke akut livstruende, men ubehandlet kan sygdommen føre til slagtilfælde med blodprop i hjernen og hjertesvigt. Sygdommen kan dermed have voldsomme følger for den enkelte patient og for sundhedsøkonomien pga. alvorlige handicaps og gentagne indlæggelser. Desuden er den medicinske behandling ofte kompleks, og patienterne kan samtidig have andre kroniske sygdomme, som kan komplicere deres samlede helbreds situation (2).

Udover at behandlingen er kompleks, viser en kvalitativ undersøgelse, at patienter med atrieflimren ofte har en oplevelse af at have det generelt dårligere fysisk og psykisk end raske, hvilket betyder, at patienterne oplever, at sygdommen påvirker deres helbredsrelaterede livskvalitet (3).

Patienterne har ofte meget lidt viden om deres sygdom, behandling og håndtering af hverdagen, hvilket kan medføre, at patienterne begrænses i deres hverdag både fysisk og psykisk. Patienterne med atrieflimren skal lære at leve med sygdommen og dens symptomer, og der efterlyses fokus på, hvilken effekt sygeplejerskens intervention har på patienter med atrieflimren (4).

I samarbejde med overlæge, ph.d. Ulrik Dixen og læge, ph.d.-studerende Ane Katrine Skielboe fra Hjertemedicinsk Ambulatorium, Hvidovre Hospital, er sygepleje til patienter med atrieflimren med i et større forskningsprojekt, som undersøger effekten af hjertetræning hos patienter med paroksysk og persistent atrieflimren. Forud for træningsforløbet modtog patienterne et struktureret sygeplejeforløb over otte uger efterfulgt af hjertetræning i tre måneder. Træningen i studiet blev ledet af fysioterapeuter.

## Evaluering af projektet

Sygeplejerskerne evaluerede effekten af informationen og vejledningen hos de sidste 21 patienter, der deltog. Evalueringen bestod af spørgeskemaer før, under og efter sygeplejeforløb samt af to fokusgruppinterview med i alt 13 patienter (5,6). Der blev an-

vendt "The qualitative content analysis proces" til at analysere de to interview og de 21 sygeplejekonsultationer (7).

## Resultater

Sygeplejerskerne kunne ud fra spørgeskemaerne konkludere, at patienterne fik øget deres viden om sygdommen, symptomer og sygdommens behandling henover forløbet. Ud fra fokusgruppinterviewene fik sygeplejerskerne patienternes perspektiv på, hvad patienterne havde fået ud af sygeplejeforløbet.

Der fremkom følgende temaer ud fra fokusgruppinterviewene og sygeplejekonsultationerne:

1. Bedre evne til at tilpasse sig hverdagen
2. Fællesskab ved holdundervisning
3. Mestring – bedre til at håndtere sygdommen
4. En kontaktsygeplejerske giver tryghed.

I et kvalitativt studie efterlyses netop, hvordan patienterne mangler tilbud om psykisk opfølgning og hjælp til at mestre sygdommen (8).

Patienterne oplevede det som en tryghed at komme hos sygeplejersken, hvor der var tid til information og vejledning samt tid til at tale om de psykiske følger af sygdommen. Patienterne evaluerede, at et tilbud om information og vejledning om mestring af atrieflimren var af stor betydning for trygheden og livskvaliteten.

Projektet har givet sygeplejerskerne i hjerTEAMULATORIET viden og redskaber til at videreudvikle det ambulante tilbud til patienter med atrieflimren. Der er behov for at forske i og udvikle sygeplejen til patienter med atrieflimren, så vi kan højne den patientoplevede kvalitet i fremtiden. Desuden er der behov for yderligere undersøgelse af langtidseffekten af sygeplejerskers intervention målt på prognostiske parametre som f.eks. indlæggelsesrisiko.

## Litteratur

1. Hjertekarsygdomme i Danmark. Forekomst og udvikling 2000-2009. Tilgængelig på: [www.hjerteforeningen.dk/rapporter](http://www.hjerteforeningen.dk/rapporter). (Besøgt d. 01.07.14).
2. Petty GW, Brown RD Jr, Whisnant JP et al. Ischemic stroke subtypes: a population-based study of functional outcome, survival, and recurrence. *Stroke*. 2000; 31(5):1062-68.
3. Berg SK. Helbredsoplevelser hos patienter med atrieflimren. *Tidsskrift For Sygeplejeforskning*; 2006(3):4-9.
4. Johansen P et al. Patientens oplevelse af at leve med atrieflimren – en oversigtsartikel. *Klinisk Sygepleje* 2012;(3):15-29.
5. Kvale S, Brinchmann S. Interview – Introduktion til et håndværk. København: Hans Reitzels Forlag; 2009.
6. Halkier B. Fokusgrupper. København: Forlaget Samfundslitteratur; 2012.
7. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *Jan Research Methodology*. The Authors. Journal compilation. Blackwell Publishing Ltd.; 2007.
8. McCabe P. "Living With Atrial Fibrillation – A Qualitative Study" *Journal of Cardiovascular Nursing* 2011;(4):336-344.

# Rehabilitering af patienter med KOL må evalueres

I Danmark findes ca. 135 sygeplejersker med en ph.d. eller doktorgrad. Sygeplejersken har opsøgt nogle af dem for at finde ud af, hvorfor de valgte forskervejen, og hvordan det er gået, siden de fik deres forskertitel.



Bodil Bjørnshave Noe er 53 år, bor i Rødding ved Viborg og er gift. Hun har to voksne børn. Bodil Bjørnshave Noe er ansat som adjunkt i et stillingsfællesskab mellem Aarhus Universitet, Institut for Folkesundhed, Sektion for Sygepleje og Hospitalsenhed Midt, Viborg.

## Hvad fik dig til at forske?

”En god idé og nogen, der bakkede op. Der er flere faktorer, der har spillet sammen, for at det er lykkedes. Jeg tror, at jeg har haft interessen altid, men det er jo slet ikke nok. Helt konkret havde jeg et relevant emne, men helt afgørende var det, at ledelsen på Hospitalsenheden Horsens (HEH) og det tværfaglige hold på den lungemedicinske afdeling åbnede døren og ville forskning. Der var mod og vilje til at finde midler, så jeg kunne færdiggøre en projektbeskrivelse og søge fonde. Professor Claus Vinther Nielsen og overlæge Jens Korsgaard, som jeg kendte fra mit kandidatstudie, sagde ja til at være vejledere. Jeg fik en kontorplads på forskningsenheden på Marselisborg Centret i Aarhus og dermed et godt forskningsmiljø, som er helt afgørende for et godt forløb.”

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

”Rehabilitering af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL).

Studiet undersøger, om patienter med KOL, der deltager i rehabilitering som et tilbud i daglig klinisk praksis, opnår de gevinster i form af forbedret livskvalitet og funktionsevne, der forventes. HEH er pioner i arbejdet med at udvikle og implementere et rehabiliteringsprogram, og programmet er tilbudt siden 2003. Så det var oplagt at undersøge, hvordan det er gået med implementeringen, og om patienterne opnår det, vi håber på og regner med.

Vi fulgte en gruppe KOL-patienter for at undersøge, hvad der karakteriserer de patienter, der gennemfører rehabilitering i forhold til dem, der ikke gennemfører.

Overraskende fandt vi, at kun en lille andel gennemførte rehabilitering, og at patientgruppen med KOL er homogen. Langt de fleste med kort uddannelse, langt de fleste med andre sygdomme og et selvvalderet fysisk helbred dårligere end jævnaldrende.

Vi undersøgte, om de, der gennemførte rehabilitering, opnåede forbedringer mht. livskvalitet, funktionsevne og åndenød. Vi fandt ikke de forventede forbedringer.

Der er imidlertid ingen tvivl om, at patienter med KOL skal tilbydes rehabilitering. Men undersøgelsen viser, at der er behov for at afklare, hvordan rehabilitering fremover bedst tilrettelægges mhp. at opnå de ønskede effekter.”

## Hvor tog du din forskeruddannelse henne?

”På Aarhus Universitet, Institut for Folkesundhed, Sektion for Rehabilitering og Social Medicin.”

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

”Jeg blev ansat på HEH, hvor jeg var garanteret løn under forudsætning af, at jeg søgte fonde. Jeg var så heldig at få en bevilling fra Region Midtjyllands Sundhedsvidenskabelige Forskningsfond og TrygFonden.”

## Hvor kan man læse om dine forskningsresultater?

”Resultaterne fra mit ph.d.-projekt er publiceret i tre artikler i internationale tidsskrifter. Jeg har skrevet et resumé til sygeplejersker i almen praksis.”

## Hvordan har din forskning betydning for praksis?

”Det er betydningsfuldt, at KOL-rehabilitering i Danmark kontinuerligt evalueres,

for at patienterne kan få det ud af det, vi regner med. Det dokumenterer studiet. Resultaterne adresserer en generel problematik: at en intervention kan vise sig at være effektiv, når den afprøves i kliniske forsøg, men at det ikke er givet, at den virker lige så godt, når den overføres til klinisk praksis. Praksis er langt mere kompleks, og der skal andre indsatser og metoder til, hvis den skal have den ønskede effekt.”

## Hvad forsker du i aktuelt?

”Epidemiologi og rehabilitering, herunder brugerinvolvering og overgange mellem sektorer.

Jeg er tilknyttet en nystartet forskningsenhed på Vestdansk Center for Rygmarvsskade på Hospitalsenhed Midt i et treårigt adjunktforløb, hvor jeg gennemfører epidemiologiske undersøgelser. Desuden har jeg et samarbejde med RYK, rygmarvsskadede i Danmark, om et mentorprojekt, hvor erfarne rygmarvsskadede fungerer som mentorer for nyttilskadede. Endelig gennemfører jeg en interviewundersøgelse for at klarlægge rygmarvsskadedes forventninger og bekymringer ved overgang fra rehabilitering til eget hjem.”

## Litteratur

1. Bjoernshave B, Korsgaard J, Jensen C, Vinther Nielsen C. Pulmonary rehabilitation in clinical routine: a follow-up study. I: J Rehabil Med. 2013;45:916-23.
2. Bjoernshave B, Korsgaard J, Jensen C, Vinther Nielsen C. Participation in pulmonary rehabilitation in routine clinical practice. Clin Respir J. 2011;5:235-44.
3. Bjoernshave B, Korsgaard J, Nielsen CV. Does pulmonary rehabilitation work in clinical practice? A review on selection and dropout in randomized controlled trials on pulmonary rehabilitation. Clin Epidemiol. 2010;2:73-83.

# Vi er klar til donorpatienter

**Pernille Urhøj Faber-Madsen**, intensivsygeplejerske, Glostrup Hospital; pernille.urhoej.faber-madsen@regionh.dk  
**Helle Oldfield**, intensivsygeplejerske, Glostrup Hospital

*I Spanien er der ansat ansvarlige koordinatore på alle hospitaler til at opspore potentielle donorer. Desuden er undervisning til personale og folkeoplysning bærende elementer, men sådan fungerer det ikke i Danmark, og derfor mangler der donorer. Donationsraten kan og bør øges gennem oplysning.*

Glostrup Hospital er et specialhospital med neurologisk center. Det har undret os, at der ikke har været flere organdonationsforløb. Derfor besluttede vi os for at undersøge, hvilke tiltag der gøres i andre lande med højere donationsrate end i Danmark.

Glostrup Hospitals organdonationsgruppe var i marts 2013 på studietur til Madrid for at forsøge at blive klogere på problemstillingen, at vi lokalt på intensiv afdeling på Glostrup Hospital – men også generelt i Danmark – er langt bagud i forhold til organdonationsraten i andre europæiske lande, som vi sammenligner os med (1).

Baggrunden for studieturen var at undersøge, hvordan man gør i Spanien, hvor man har den højeste donationsrate i Europa. Vi fandt ud af, at organdonation er højt prioriteret og organiseret således, at der er ansat ansvarlige koordinatore på alle hospitaler til at opspore potentielle donorer. Desuden er undervisning til personale og folkeoplysning bærende elementer (2).

Studiebesøget affødte mange tanker og idéer til nye tiltag. Der er planer om flere faglige artikler, og vi har allerede afholdt flere foredrag. Dels for at fortælle om erfaringer og observationer fra Madrid, dels for at fortælle om idéer til, hvordan vi kan opspore uerkendte organdonorer på Glostrup Hospital.

Hensigten er at øge opmærksomhed og diskussion om emnet. Vi synes, det er vigtigt, at alle argumenter kommer frem, positive som negative. Ved at kende den enkeltes holdning er det nemmere at samarbejde og komme videre med processen.

Studiebesøget afstedkom bl.a., at vores donationsansvarlige overlæge indledte et tæt samarbejde med lægerne på neurologisk afdeling. Organdonationsforløbet blev formidlet generelt, og specifikt neurologernes rolle i forhold til et organdonationsforløb blev italesat. En recipient (modtager af organ) fortalte om sit liv både før og efter organdonation, dette gjorde et stort og afgørende indtryk.

Efter studiebesøget, opstarten af samarbejdet med neurologerne og foredrag har der været to situationer, hvor en patient fra neurologisk afdeling blev erkendt som potentiel donorkandidat og henvist til intensiv afdeling af neurologen. Den ene af de to patienter endte med at blive donor.

Det er, ifølge Dansk Center for Organdonation, første gang i dansk medicinsk historie, at en afdelingslæge henviser en patient som potentiel donorkandidat.

Vi mener, at samarbejde og kommunikation er vejen frem for at øge fokus på organdonation. Vi skal udbrede vores erfaringer, hvor det er relevant, og undervise stamafdelingernes personale, så de er opmærksomme på potentielle donorkandidater. Åbenhed omkring emnet er alfa og omega.

Grundet regionsplanen har vi ikke længere en akutskadestue og heller ikke en neurokirurgisk intensiv afdeling. Til gengæld har vi på Glostrup Hospital et Neurologisk Center, hvilket burde betyde flere potentielle organdonationsforløb, end der har været indtil nu.

Da vi ikke som i Spanien har ansat en koordinator til at opspore potentielle donorer, må vi have hjælp til opgaven fra stamafdelingens personale, primært lægerne. Vi tror på, at vi gennem undervisning, oplysning og erfaringer med foredrag bl.a. med transplanterede patienter kan udrette noget, som vil øge donationsraten.

## Litteratur

1. Newsletter Transplant. Vol. 18 no.1 September 2013. [http://www.ont.es/publicaciones/Documents/newsletter\\_transplant\\_vol\\_18\\_no\\_1\\_september\\_2013.pdf](http://www.ont.es/publicaciones/Documents/newsletter_transplant_vol_18_no_1_september_2013.pdf)
2. Good practice guidelines in the process of organdonation National transplant organization, 2011. [http://www.edqm.eu/site/Good\\_practice\\_Guidelines\\_in\\_the\\_process\\_of\\_Organ\\_Donation-en-31244-2.html](http://www.edqm.eu/site/Good_practice_Guidelines_in_the_process_of_Organ_Donation-en-31244-2.html)

**ER DU SYGE-  
PLEJERSKE  
OG VIL DU ET  
SKRIDT  
VIDERE?**

**UNIVERSITY COLLEGE  
SYDDANMARK  
UCSYD.DK**

**Så er den sundhedsfaglige  
diplom lige noget for dig!**

**Hør to dimittender fortælle  
om uddannelsen på  
[ucsyd.dk/sundhedsdiplom](http://ucsyd.dk/sundhedsdiplom)**

# PRADAXA® (DABIGATRAN) ER INDIKERET TIL FOREBYGGELSE AF APOLEKSI OG SYSTEMISK EMBOLI HOS VOKSNE PATIENTER MED NONVALVULÆR ATRIEFLIMREN, MED EN ELLER FLERE RISIKOFAKTORER\*

\* Såsom tidligere apopleksi eller transitorisk cerebral iskæmi (TCI); alder ≥ 75 år; hjertesvigt (NYHA-klasse ≥ 2); diabetes mellitus; hypertension.

Informationen i skemaet omhandler forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli ved non-valvulær atrieflimmer ved behandling med standarddoseringerne 150 mg Pradaxa® (dabigatran) og 20 mg Xarelto® (rivaroxaban).

	Pradaxa® (dabigatran)	Xarelto® (rivaroxaban)
Dosering <sup>1,2</sup>	 **	 ***
Bedre end Marevan® (warfarin) til at forebygge apopleksi og systemisk emboli <sup>3,4</sup>	✓	÷
Samme antal større blødninger som Marevan® (warfarin) <sup>3,4</sup>	✓	✓
Bedre end Marevan® (warfarin) til at forebygge iskæmisk apopleksi <sup>3,4</sup>	✓	÷
Færre intrakranielle blødninger end Marevan® (warfarin) <sup>3,4</sup>	✓	✓
Nedsat vaskulær mortalitet sammenlignet med Marevan® (warfarin) <sup>3,4</sup>	✓	÷
Godkendt i forbindelse med DC-konvertering <sup>1,2</sup>	✓	÷
Kan anvendes med forsigtighed til patienter med CrCL 15-29 ml/min <sup>1,2</sup>	÷	✓ <sup>†</sup>
Langtidsdata (4,3 år) <sup>5</sup>	✓	÷
Publicerede danske registerdata <sup>6</sup>	✓	÷

Til information findes der ikke head-to-head studier mellem Pradaxa® (dabigatran) og Xarelto® (rivaroxaban).

\*\* Dosering 150 mg 2 gange dagligt.

\*\*\* Dosering 20 mg 1 gang dagligt.

† Patienter med CrCL < 50 ml/min anbefales Xarelto® (rivaroxaban) dosisreduktion til 15 mg dagligt.

For yderligere information se det forkortede produktresumé og sammenligningsskema på side 76.

# Sygeplejerskens rolle i neurorehabilitering

*Der er både udfordringer og muligheder for sygeplejersker, som arbejder med neurorehabilitering i tværfaglige i team. Det viser et studie fra 2008, som i artiklen relateres til nyere forskning. Men sygeplejersker må italesætte deres bidrag i rehabiliteringen, hvis de skal være nøglepersoner i tilrettelæggelsen af rehabiliteringsforløbene i kommunerne.*

**Tina Skov Hansen**, RN, MHS, underviser, Sygeplejeuddannelsen i Viborg, VIA University; tish@viauc.dk  
**Vibeke Lorentzen**, sygeplejerske, ph.d., forskningslektor, Center for Sygeplejeforskning - Viborg

Sygeplejerskens rolle i tværfagligt teamsamarbejde i neurorehabilitering har været aktuell i hospitalsverdenen gennem en årrække. Patienter med erhvervet hjerneskade har brug for bidrag fra flere fagpersoner i forhold til deres rehabiliteringsbehov, og neurorehabiliteringen på hospitalerne er derfor ofte organiseret i tværfaglige team, der arbejder ud fra en fælles målsætning.

Indlæggelsestiden for grupper af patienter med behov for neurorehabilitering er blevet kortere. Region Midtjylland har pr. 1. maj 2013 foretaget en omlægning af rehabiliteringsforløb for patienter med apopleksi, hvilket betyder, at visse patienter udskrives direkte fra akutafsnit til rehabilitering i kommunerne (1). Det gælder f.eks. for patienter med lettere apopleksi eller patienter med beskedent rehabiliteringspotentiale. Tværfagligt teamsamarbejde og fælles målsætning for patienter med erhvervet hjerneskade er således ikke længere kun et anliggende for neurorehabiliteringsafsnit på hospitalet, men et område, der skal udbredes og fokuseres på i kommunerne i det omfang, der foregår rehabilitering af patienter med erhvervet hjerneskade.

På hospitalerne er sygeplejersken ofte en del af det tværfaglige team omkring patienten med behov for neurorehabilitering. Da der typisk ikke er den samme adgang til sygeplejersker i kommunerne som på hospitalerne, er det vigtigt at være opmærksom på, hvilken betydning det har, at sygeplejersker er en del af rehabiliteringsteamet.

Denne artiklen tager udgangspunkt i en undersøgelse, der blev lavet i forbindelse med udarbejdelse af masterthesis som afslutning på masteruddannelse i Health Science (Nursing) fra Deakin University, Australien. Undersøgelsen blev foretaget i 2008 på et dansk neurorehabiliteringscenter og havde til formål at undersøge sygeplejerskers rolle i det tværfaglige teamsamarbejde på et neurorehabiliteringscenter (2). Formålet med undersøgelsen var at se på sygeplejerskens bidrag til patientens rehabilitering og dynamikken i det tværfaglige samarbejde. Undersøgelsen skulle belyse, hvordan sygeplejen blev italesat af sygeplejersker, af social- og sundhedsassistenter og af ergoterapeuter, da disse fag-

grupper har flere sammenfaldende opgaver hos patienten med behov for neurorehabilitering. Undersøgelsen skulle tydeliggøre, om der er forskel på de roller, funktioner og opgaver, som særligt sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i neurorehabilitering udfører, så kompetencer og ressourcer kan anvendes mest hensigtsmæssigt.

Fund fra undersøgelsen fra 2008 relateres i denne artikel til nyere undersøgelser af sygeplejerskens rolle og funktion i neurorehabilitering og ses i sammenhæng med de nuværende udfordringer i 2014, hvor der er behov for at organisere neurorehabilitering både i hospitals- og kommunalt regi.

## Baggrund

En vigtig faktor i forhold til de specialiserede neurorehabiliteringsenheders succes i Danmark er det terapeutiske miljø, der skabtes, og her ses teamsamarbejde som en vigtig hjørnesten (3,4). Teamsamarbejde kan være en udviklende og inspirerende oplevelse, som giver de involverede mulighed for at få indsigt i egen og andre professioners fag, men det er også en organisering, der har indflydelse på de professionelle værdier og interesser (5).

Brugen af social- og sundhedsassistenter inden for neurorehabilitering har været betydelig også i hospitalsregi, idet patienterne oftest er i en stabil fase af deres sygdom set i forhold til medicinske problemstillinger (6). Social- og sundhedsassistenters funktioner i neurorehabilitering varierer fra sted til sted, og der er sket en betydelig opgaveglidning i forhold til funktioner som modtagelse, deltagelse i møde med patienter, medicinadministration og -dispensering, kontaktperson, stuegang og koordinering af udskrivelse. Social og sundhedsassistenter kan derfor have udvidet ansvars- og kompetenceområde i forhold til pleje og rehabilitering af patienter med erhvervet hjerneskade.

## Undersøgelsens fokus

Denne undersøgelses fokus blev at undersøge, hvordan teamsamarbejde havde indvirkning på sygeplejerskens rolle i neurore-

habilitering. Dette blev gjort ved at undersøge samarbejdet i de tværfaglige team på en neurorehabiliteringsafdeling i Danmark.

### Design og metode

I undersøgelsen blev der foretaget kvalitative interview ud fra en fænomenologisk tilgang med inspiration fra Kvale og Brinkmann (7-8). Der blev foretaget seks semistrukturerede interview med tre forskellige fagprofessioner, to sygeplejersker, to ergoterapeuter og to social- og sundhedsassistenter. Det blev dermed muligt at indfange dynamikken i de tværfaglige team, da disse faggrupper har flere fælles arbejdsopgaver. De seks interview blev optaget og transskriberet i deres fulde længde. Som analysemetode anvendtes meningskondensering (8).

### Fund

Undersøgelsens fund præsenteres i det følgende som tre temaer: Sygeplejerskers samarbejde med social- og sundhedsassistenter, sygeplejerskers bidrag til rehabilitering og teamsamarbejdet.

#### *Sygeplejerskers samarbejde med social- og sundhedsassistenter*

I alle seks interview fremgik det, at sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter blev opfattet som en samlet gruppe, og de benævnes som ”plejen” eller ”plejegruppen”. Opgaverne for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter var i stor udstrækning de samme, og der nævnes stuegang, kontaktpersonrollen, deltagelse

i møder med patienten, medicinadministration og måling af puls og blodtryk. Ergoterapeuter oplevede ikke, at der var forskel på sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. En af ergoterapeuterne sagde:

”I det daglige kan jeg ikke sige, at der er forskel på sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Det er vigtigt for mig at sige – det kan jeg virkelig ikke” (ergoterapeut 2).

Generelt var der blandt sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter respekt for hinanden og hverandres arbejdsområder. Når sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter blev spurgt om forskelle i deres arbejdsområde, afviste de, at der var forskel, uden yderligere kommentarer. De bekræftede for både sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter vedkommende, at de arbejdede på lige fod, og for social- og sundhedsassistenter havde det stor betydning for deres fagidentitet:

” ... det var en af grundene til, at jeg søgte dette job. Det var fordi, jeg vidste, at jeg kunne arbejde på lige fod med sygeplejersker ...” (social- og sundhedsassistent 1).

Social- og sundhedsassistenter mente ikke, at sygeplejersker havde en speciel rolle, men syntes, at sygeplejersker var ”gode at have”. En af de interviewede social- og sundhedsassistenter nævnte, at det var de specielle koncepter, der blev anvendt i neurorehabiliteringen, der var vigtige, og at både sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter kunne lære disse. Det betød mindre, hvilken uddannelsesmæssig baggrund man havde.

#### *Sygeplejerskers bidrag til rehabilitering*

Generelt blev sygeplejerskers bidrag beskrevet af alle faggrupper i forhold til at tage sig af patientens fysiske behov som ernæring, udskillelse, observation af blodtryk og puls, hudpleje etc. Ergoterapeuter benævnte dette som ”pleje-ting”. Ergoterapeuter deltog sjældent i aktiviteter relateret til ”plejeområder”, og når de gjorde, var det for ”at hjælpe plejen med at få patienten ud af sengen”. Der var altså ikke tale om en fælles opgave, men en opfattelse af opgaverne som adskilte.

” Teamsamarbejde kan være en udviklende og inspirerende oplevelse, som giver de involverede mulighed for at få indsigt i egen og andre professioners fag, men det er også en organisering, der har indflydelse på de professionelle værdier og interesser.

- En af ergoterapeuterne nævnte, at plejepersonalet havde et stort ”plejegen” og mente, at det forhindrede plejepersonalet i at fokusere på rehabiliteringen i situationen:

”Du kan se to forskellige opfattelser af, hvordan du behandler patienter. Sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter har et meget, meget stort sygeplejegen. De prøver virkelig at gøre det så godt som muligt for patienten, men på det her sted er det en forkert mentalitet ...” (ergoterapeut 2).

Denne ergoterapeut fandt ikke, at sygeplejersker levede op til hendes forventninger, og ville gerne have sygeplejersker til at indtage en mere rehabiliterende tilgang, så patienterne fik et større udbytte, ved at sygeplejerskerne faciliterede mere deltagelse fra patienternes side i de daglige aktiviteter.

Den anden ergoterapeut refererede til sygeplejerskers tilgang på følgende måde:

”... selv om sygeplejersker har været her i mange år, så har de stadig deres plejesyn, mere end terapeuterne har, og sådan skal det også være, synes jeg. Det er deres kerneområde” (ergoterapeut 1).

Hun accepterede dermed, at de to faggrupper havde forskellige tilgange til patienten og så det som noget positivt.

### Tydelige fagforskelle

Direkte adspurgt havde sygeplejerskerne i undersøgelsen vanskeligt ved at italesætte deres bidrag. Alligevel var sygeplejerskernes svar i forhold til syn på fagforskelle, at sygeplejersker gav patienter lov til ”bare at være”. Pga. patienternes lange forløb havde de brug for et pusterum i forhold til alle de daglige aktiviteter, der pga. deres hjerneskade ikke længere var rutine for dem. Sygeplejerskerne

” I alle seks interview fremgår det, at sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter bliver opfattet som en samlet gruppe, og de benævnes som ”plejen” eller ”plejegruppen.

vidste, at det var hårdt arbejde for patienterne, og at patienterne havde brug for afbræk i træningen.

Selv om sygeplejersker havde forholdsvis vanskeligt ved at italesætte deres bidrag, mente de selv, de havde en del at tilbyde patienterne i rehabiliteringen. En af sygeplejerskerne sagde:

”Jeg mener, vi har en masse at tilbyde. Vores professionelle stolthed er måske ikke så synlig som terapeuternes. For vi gør en masse ting, som man ikke kan beskrive. Hvorimod terapeuterne, de er gode til at beskrive, hvad de er gode til ...” (sygeplejerske 2).

### Teamsamarbejdet

Flere af interviewpersonerne refererede til teamsamarbejdet som noget frugtbart og værdifuldt for både dem og patienterne, men samtidig noget, de skulle vænne sig til. Ergoterapeuterne havde en klart defineret rolle i teamet, de var bevidste om deres bidrag til rehabiliteringen, og de så plejepersonalet som vigtige, fordi de kunne træne med patienten i alle døgnets timer.

Ergoterapeuterne nævnte, at plejepersonalet havde en vigtig rolle, når patienten var meget plejetung og havde basale behov. Det var ergoterapeutens forventning, at sygeplejersker tog sig af disse problemer, og hvis ergoterapeuten deltog, var det for at hjælpe sygeplejersken:

”Enten hjalp jeg sygeplejersken med at få patienten ud af sengen, eller også havde de gjort patienten klar, så jeg bare havde træningen i badeværelset ...” (ergoterapeut 2).

Sygeplejersker nævnte, at de havde rollen som koordinører i teamet, men det var ikke en rolle, der blev nævnt af de andre interviewpersoner. Teamsamarbejdet var i stor udstrækning fremhævet som noget positivt, der var med til at udvide de professionelles horisont i forhold til udfordringer i rehabiliteringen, og det bidrog positivt til resultatet af denne.

### Diskussion

Fundene fra undersøgelsen i 2008 indikerer, at der på dette tidspunkt mangler en tydeliggørelse af sygeplejerskers rolle og bidrag til neurorehabilitering, da det i en vis udstrækning, også af syge-



” Når sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter blev spurgt om forskelle i deres arbejdsområde, afviser de, at der er forskel, uden yderligere kommentarer.

plejersker selv, er vanskeligt at beskrive og italesætte deres opgaver og funktioner. Dette er særligt tydeligt i forhold til social- og sundhedsassistenteres opgaver. Sygeplejerskers opgaver beskrives af alle faggrupper som at tage sig af fysiologiske observationer og behov, og der er en forventning om, at de har en rehabiliterende tilgang til patienterne, men der er ikke enighed om, hvad dette betyder.

I forhold til sygeplejerskers opgaver og funktioner er fundene i undersøgelsen fra 2008 i overensstemmelse med fund i andre studier (9-11), men de er ikke udtømmende i forhold til de roller og funktioner, der er identificeret i andre studier. Et studie af Marit Kirkevold fra 1997 identificerede fire terapeutiske roller for sygeplejersker i et akut apopleksiafsnit:

- den fortolkende rolle, hvor sygeplejersken hjælper patient og pårørende med at skabe mening og forståelse for den nye situation
- den trøstende rolle
- en rolle, der stiler mod at bevare normale kroppsfunktioner og beskytte mod risici
- en integrerende rolle, der stiler mod at inddrage nylærte funktioner i daglige aktiviteter (12).

Kirkevold har gennem sin beskrivelse af disse roller lagt vægt på den terapeutiske funktion, som sygeplejersken har. Således viser Kirkevold, at sygeplejersker har en selvstændig terapeutisk rolle, der har betydning for resultatet af rehabiliteringsforløbet. Kirkevold har i 2010 fulgt op på undersøgelsen fra 1997 og fundet, at der ud over disse roller er tilkommet nye studier, der belyser patienters oplevelse af neurorehabiliteringsforløb, og her viser

der sig særligt et behov for støtte og vejledning efter udskrivelse fra hospitalet (13). Patienterne har en forventning om, at når de kommer hjem, er alt som før; deres erkendelse af, at der er sket ændringer i deres kropslige funktioner, at skulle finde ud af nye måder at leve sit daglige liv på samt acceptere en ændret opfattelse af egen rolle i forhold til sine nærmeste, er noget, der kræver professionel støtte og vejledning, så patienten kan nå frem til at se muligheder i den ændrede situation.

Et andet studie fra 2013 har fortsat Kirkevolds arbejde og giver et bud på de identificerede rollers aktualitet i forhold til de udfordringer, der i dag er på hospitalerne i forhold til neurorehabilitering (14). Der er lavet et systematisk litteraturreview, der viser, at Kirkevolds beskrivelse af sygeplejerskers terapeutiske bidrag i 1997 stadig er aktuell i forhold til centrale funktioner i sygeplejerskers praksis, men at udviklingen også har tilføjet nye aspekter til sygeplejerskers bidrag. Denne udvikling adresserer forfatterne til udvikling i patientrollen, interdisciplinært teamsamarbejde og fokus på rehabilitering i patientens eget miljø (14). Set i lyset af dette og resultaterne af dette studie fra 2008 er det væsentligt, at sygeplejersker påtager sig funktioner, der adresserer disse nye udfordringer.

I stigende grad placeres rehabilitering af hjerneskadede patienter i kommunalt regi. Konsekvenserne kan blive, at sygeplejersker i kommunerne har vanskeligt ved at blive en central del af rehabiliteringsteamet omkring patienten, og da nyere studier har vist, at patienter har et stort behov for støtte og vejledning efter udskrivelse (13,14), kan det få betydning for resultatet af rehabiliteringsforløbet for den enkelte patient.

### Tænk tværsektorielt

De nævnte studier peger på, at der er behov for at tænke rehabilitering på tværs af sektorer (13,14), og Ådal et al. formulerer det således: ”For at kunne tage medansvar må patienten og de pårørende have professionel støtte og vejledning til at identificere kognitive, fysiske og sociale følger af apopleksien og dermed kunne se fremtidige muligheder” (14) (egen oversættelse).

- Sygeplejersker vil have meget at give i forhold til denne funktion, men der er behov for at tydeliggøre dette behov hos patienter og pårørende. Hvis patienten er udskrevet fra hospitalet og eventuelt har et plejebestanden, vil det i stor udstrækning være social- og sundhedshjælpere eller assistenter, som varetager denne opgave. Hvis ikke det er tydeligt, at der er forskel på sygeplejerskers og social- og sundhedsassistenters bidrag til neurorehabilitering, bliver sygeplejersker ikke inddraget i forløbet af økonomiske og ressourcemæssige grunde.

### Konklusion

Fundene i undersøgelsen fra 2008 kan belyse udfordringer for sygeplejersker i dag i forhold til patientforløb for voksne med erhvervet hjerneskade. Der har i flere år været beskrivelser i litteraturen af sygeplejerskers rolle i neurorehabilitering, men noget tyder på, at disse roller ikke har været en brugbar referenceramme for deres praksis. Sygeplejersker har i studiet fra 2008 vanskeligt ved at beskrive deres bidrag i forhold til social- og sundhedsassistenters bidrag. Sygeplejersker deltager ikke nødvendigvis i neurorehabiliteringsforløb i kommunerne, fordi social- og sundhedshjælpere og -assistenter varetager funktioner med pleje af neurorehabiliteringspatienten, men der er behov for specialiseret støtte og vejledning til patient og pårørende i forhold til det ændrede liv efter hjerneskaden.

Studier viser, at det er vigtigt for succesfuld rehabilitering, at indsatsen er tværfaglig og teambaseret med fælles målsætning (15), og at sygeplejersken er en nøgleperson i forhold til at tilrettelægge et rehabiliteringsforløb for patienter med behov for neurorehabilitering (9-11). Det er nu op til hospitaler og kommuner

” Selvom sygeplejersker har forholdsvis vanskeligt ved at italesætte deres bidrag, mener de selv, de har en del at tilbyde patienterne i rehabiliteringen.

at finde løsninger, der imødekommer disse anbefalinger i tilrettelæggelse af indsatsen over for patienter med behov for neurorehabilitering.

### Litteratur

1. Kristensen H, Roesen AB, Hansen TS, et al. Det gode patientforløb for borgere med apopleksi. 2012. Neurologisk Afdeling, Hospitalsenhed Midt. Online: <http://e-dok.rm.dk/edok/admin/GUI.nsf/desktop.html?Open/HospitalsenhedMidt/NeurologiskAfdeling/3.1.1.5.1/Samarbejdsaftale,organisation,rammerogværdier-detudgåendeapopleksiteam/Fremgangsmåde/Detudgåendeapopleksiteam> besøgt d. 12.02.2014
2. Hansen TS. The changing role of the registered nurse in neurological rehabilitation in Denmark. a thesis in partial fulfilment of the requirements for The degree of Master en Health Science (Nursing). VIA University College, School of Nursing, Viborg and School of Nursing, Deakin University 2009. Online: [www.viauc.dk/Videreuddannelse/Masteruddannelseisygepleje/Masterafhandlinger](http://www.viauc.dk/Videreuddannelse/Masteruddannelseisygepleje/Masterafhandlinger). Besøgt d.12.02.2014
3. Nordenbo AM., Jakobsen JK. Rehabilitering af svært traumatisk hjerneskade. Ugeskrift for læger 2007 Jan 15;169(3).
4. Bjørnsson K, Olsen TS. Apopleksiafsnit redder liv. Sygeplejersken. 1998;17.
5. Lauvås K, Lauvås P. Tværfagligt samarbejde. Aarhus: Forlaget Klim; 2006.
6. Nissen TD. Nye opgaver til social- og sundhedsassistenter. Sygeplejersken (2003);(17).
7. Polit DF, Bech CT. Nursing research. Principles and methods. Seventh edition. New York: Lippincott Williams and Wilkins; 2004.
8. Kvale S, Brinkmann S. Interview. Introduktion til et håndværk. København: Hans Reitzels Forlag; 2008.
9. Burton CR. A description of the nursing role in stroke rehabilitation. Journal of Advanced Nursing. (2000); (32):174-81.
10. Pryor J, Smith C. A framework for the role of registered nurses in the specialty practice of rehabilitation nursing in Australia. Journal of Advanced Nursing (2002);(39):249-57.
11. Long AF, Kneafsey R, Ryan J et al., & Berry, J. The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team. Journal of Advanced Nursing (2002);(37):70-8.

12. Kirkevold M. The role of nursing in the rehabilitation of acute stroke patients: toward a unified theoretical perspective. *Advances in Nursing Science* (1997);19(4):55-64.
13. Kirkevold M. The role of nursing in the rehabilitation of stroke survivors. And extended theoretical account. *Advances in Nursing Science* (2010); 33(1):E27-E40.
14. Ådal L, Angel S, Dreyer P et al. Nursing roles and functions in the inpatient neurorehabilitation of stroke patients: a literature review. *Journal of Neuroscience Nursing*. (2013);45(3):158-70.
15. Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade: - apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCI) – traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning og encephalopati. København: Sundhedsstyrelsen 2011.

---

### English abstract

---

Hansen TS, Lorentzen V. The nurse's role in neuro-rehabilitation. *Sygeplejersken* 2014;(9):70-5.

The article describes a study conducted in 2008 concerning nurses' role in multidisciplinary teams in neurological rehabilitation at hospitals. Findings from this study are related to recent studies and the challenges associated with organising neuro rehabilitation in both hospital and the municipal sectors in 2014.

**Background:** In recent years, neuro-rehabilitation has been organised as multidisciplinary teams, and studies have shown that this affects the patient's rehabilitation programme in a positive direction. At the same time, social and health care assistants are responsible for part of the nursing care of patients requiring neuro-rehabilitation. In this study, the focus is to highlight how teamwork affects the nurses' role in the multidisciplinary team at a Danish neurological rehabilitation department.

**Method:** Interviews with three different groups of staff members in the interdisciplinary team: Nurses, social and healthcare assistants and occupational therapists regarding their cooperation and expectations concerning each other's roles in the interdisciplinary team.

**Findings:** Nurses and social and health assistants were widely perceived as one "nursing care" group. In general, the nurse's contribution was described in relation to the patient's physiological needs. It was difficult for nurses to articulate their contributions, and teamwork was characterised by the fact it was operationally divided and not necessarily based on shared goals.

**Conclusion:** Compared with the roles identified in the literature, it appears that the opportunities and requirements described for nurses in neuro-rehabilitation team have not been obvious to nurses as a useful reference for their practice. This may have significance in the event that the current organisation chooses to add nurses to the interdisciplinary team working with the rehabilitation of brain-injury patients.

**Keywords:** Interview survey, neuro-rehabilitation, roles, interdisciplinary collaboration.

---

# PRADAXA® (DABIGATRAN) ER INDIKERET TIL FOREBYGGELSE AF APOPLEKSI OG SYSTEMISK EMBOLI HOS VOKSNE PATIENTER MED NONVALVULÆR ATRIEFLIMREN, MED EN ELLER FLERE RISIKOFAKTORER\*

\* Såsom tidligere apopleksi eller transitorisk cerebral iskæmi (TCI); alder ≥ 75 år; hjertesvigt (NYHA-klasse ≥ 2); diabetes mellitus; hypertension.

**Referencer:** 1. Produktresumé Pradaxa 2. Produktresumé Xarelto 3. Connolly et al.. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med. 2009;361: 1139–1151 and Connolly et al. Newly identified events in the RE-LY trial. N Engl J Med. 2010;363: 1875–1876. 4. Patel MR et al. Rivaroxaban versus Warfarin in Nonvalvular Atrial Fibrillation N Engl J Med 2011;365: 883–91 5. Connolly et al. The Long-Term Multicenter Observational Study of Dabigatran Treatment in Patients With Atrial Fibrillation (RELY-ABLE) Study. Circulation. 2013;128: 237-243 6. Larsen et al. Efficacy and Safety of dabigatran etexilate and warfarin in "real-world" patients with atrial fibrillation. JACC; 2013; 61; no. 22: 2264–73

## Pradaxa® (dabigatranetexilat)

### Forkortet produktresumé

Dette produktresumé omhandler udelukkende indikationen **forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos patienter med atrieflimren**.

**Indikation:** Forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos voksne patienter med nonvalvulær atrieflimren, med en eller flere risikofaktorer, såsom tidligere apopleksi eller transitorisk cerebral iskæmi (TCI); alder ≥ 75 år; hjertesvigt (NYHA-klasse ≥ 2); diabetes mellitus; hypertension. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for aktivt stof eller et eller flere hjælpestoffer. Svært nedsat nyrefunktion (CrCl < 30 ml/min). Læsion eller tilstand med betydende risiko for større blødning. Samtidig behandling med anden antikoagulant (UFH, LMWH, warfarin, rivaroxaban, apixaban osv.). Nedsat leverfunktion eller leversygdom, som forventes at påvirke overlevelsen. Samtidig behandling med systemisk ketoconazol, cyclosporin, itraconazol og dronedaron. Patienter med kunstige hjerteklapper. **Bivirkninger\*:** **Meget almindelige (over 10%):** Mindre blødninger. **Almindelige (1-10%):** Gastrointestinal blødning, mavesmerter, diarré, dyspepsi og kvalme, unormale leverfunktionstest. **Ikke almindelige (0,1-1%):** Trombocytopeni, lægemiddelloverfølsomhed, udslæt, pruritus, intrakraniell blødning, mavesår, gastrooesophagitis, gastrooesofageal refluksygdom, opkastning, dysfagi. **Sjældne (mindre end 0,1%)** bivirkninger samt bivirkninger med **ukendt hyppighed** er anført i det fulde produktresumé. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen\*:** Forsigtighed udvises ved alder mellem 75 og 80 år, ved moderat nedsat nyrefunktion, hos patienter med gastritis, øsofagitis eller gastrooesofageal refluks og hos patienter med generelt øget risiko for blødning. **Kirurgi og indgreb:** Pradaxa skal evt. pauseres før operation eller invasiv procedure grundet øget risiko for blødning – se produktresuméet. **Interaktioner\*:** Grundet øget risiko for blødning bør der udvises forsigtighed ved samtidig anvendelse af NSAID (T½ >12 timer), acetylsalicylsyre, clopidogrel, ticagrelor samt P-glycoprotein (P-gp) induktorer og -inhibitorer. Ved behandling med amiodaron eller verapamil bør indtagelse ske samtidig med Pradaxa og dosis for Pradaxa reduceres. Til patienter med moderat nedsat nyrefunktion, i samtidig behandling med verapamil, bør yderligere dosisreduktion for Pradaxa overvejes. **Graviditet og amning:** Pradaxa bør ikke anvendes. **Dosering\*:** 150 mg to gange dagligt. Patienter (ptt) ≥ 80 år samt ptt i verapamil-behandling (indgives samtidigt) anbefales 110 mg to gange dagligt. Før opstart bør nyrefunktionen vurderes ved beregning af kreatinin clearance (CrCl). Behandling anbefales ikke til patienter med en CrCl under 30 ml/min. Under behandling bør nyrefunktionen vurderes ved mistanke om et fald i nyrefunktionen. Hos ptt > 75 år og hos ptt med nedsat nyrefunktion bør nyrefunktionen vurderes mindst én gang om året. Patienter kan behandles med Pradaxa i forbindelse med kardiovertering. Kapslerne skal altid indtages uåbnede. Ved skift fra VKA til Pradaxa skal VKA seponeres, og Pradaxa initieres når INR < 2,0. **Overdosering\*:** Aktiveret protrombin-komplex eller faktor VIIa kan overvejes. **Pakninger og priser (uge 27/2014):** 110 mg: 10 kapsler, kr. 147,55; 60 kapsler, kr. 776,35; 150 mg: 60 kapsler, kr. 776,35; 3\*60 kapsler, kr. 2.285,35 (Priserne er inkl. recepturgebyr). Dagsaktuel pris findes på [www.medicinpriser.dk](http://www.medicinpriser.dk) **Udlevering:** B. Tilskudsberettiget. **Registreringsindehaver:** Boehringer Ingelheim International GmbH. De med \* markerede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af Sundhedsstyrelsens godkendte produktresumé af 03. juni 2014. Information om øvrige indikationer kan findes i produktresuméet, som vederlagsfrit kan rekvireres fra den danske repræsentant Boehringer Ingelheim Danmark A/S, Strødamvej 52, 2100 København Ø, tlf.: 39 15 88 88, Medicinsk Information, via [info\\_cop@boehringer-ingelheim.com](mailto:info_cop@boehringer-ingelheim.com) eller på [www.produktresume.dk](http://www.produktresume.dk)

## Sammenligningsskema for Pradaxa® (dabigatran), Marevan® (warfarin) og Xarelto® (rivaroxaban) udelukkende for indikationen apopleksiforebyggelse ved atrieflimren

	Pradaxa® (dabigatran) – 3. juni 2014	Marevan® (warfarin) – 28. april 2014	Xarelto® (rivaroxaban) – 15. august 2013
<b>Terapeutisk indikation</b>	Forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos voksne patienter med nonvalvulær atrieflimren, med en eller flere risikofaktorer, såsom tidligere apopleksi eller transitorisk cerebral iskæmi (TCI); alder ≥75 år; hjertesvigt (NYHA-klasse ≥ 2); diabetes mellitus; hypertension.	Forebyggelse og behandling af dyb tromboflebit og tromboemboliske komplikationer.	Forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos voksne patienter med ikke-valvulær atrieflimren samt én eller flere risikofaktorer som f.eks. hjerteinsufficiens, hypertension, alder ≥ 75 år, diabetes mellitus, forudgående apopleksi eller forbigående iskæmisk anfald.
<b>Doseringshyppighed</b>	2 gange dagligt.	1 gang dagligt.	1 gang dagligt.
<b>Kontraindikation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienter med svært nedsat nyrefunktion (CrCL &lt; 30 ml/min)</li> <li>• Aktiv klinisk signifikant blødning</li> <li>• Samtidig behandling med andre antikoagulantia</li> <li>• Patienter med hjerteklapprotoser, der kræver behandling med antikoagulantia</li> <li>• Læsion eller tilstand, der betragtes som en betydende risikofaktor for en større blødning</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienter med forhøjet blødningsrisiko</li> <li>• Svær leverinsufficiens</li> <li>• Kvinder i første trimester og under de fire sidste uger af graviditet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktiv klinisk signifikant blødning</li> <li>• Samtidig behandling med anden antikoagulantia</li> <li>• Læsion eller tilstand, hvis den betragtes som værende af betydelig risiko for svær blødning</li> </ul>
<b>Særlige advarsler og forsigtighedsregler</b>	Nedsat nyrefunktion, øget blødningsrisiko eller alder over 75 år.	Øget blødningsrisiko. Hos patienter med mutationer i genet for CYP2C9 enzymet er eliminationshalveringstiden for warfarin forlænget.	Øget blødningsrisiko.
<b>Interaktion med andre lægemidler</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P-gp inhibitorer eller P-gp-induktorer</li> <li>• Trombocytfunktionshæmmere</li> </ul>	En række lægemidler øger eller nedsætter effekten af marevan.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CYP3A4- og P-gp-hæmmere. CYP3A4-induktorer</li> <li>• Trombocytfunktionshæmmere</li> </ul>
<b>Overdosering</b>	Symptomatisk behandling. Ingen specifik antidot. Oprethold tilstrækkelig diurese.	Antidotet vitamin K administreres primært. Dereftersymptomatisk behandling.	Symptomatisk behandling. Ingen specifik antidot.
<b>Bivirkninger Almindelige (1-10%)</b>	Anæmi, næseblod, dyspepsi, mavesmerter, diarré, GI-blødning, unormal leverfunktion, uro-genital blødning.	Næseblod, hæmoptyse, hæmaturi, tendens til blå mærker, blødning i øjts bindehinde, GI-blødning.	Anæmi, svimmelhed, epistaxis, mavesmerter, dyspepsi, GI-blødning.
<b>Pakninger og priser pr. 22. juni 2014</b>	110 mg: 10 kapsler, 147,55 kr.; 60 kapsler, 776,35 kr. 150 mg: 60 kapsler, 776,35 kr.; 180 kapsler, 2.285,35 kr.	2,5 mg: 100 stk.; 127,50 kr.	15 mg: 28 stk., 640,10 kr.; 42 stk. 949,20 kr.; 98 stk., 2.149,25 kr.; 100 stk., 2.193,10 kr. 20 mg: 28 stk., 640,10 kr.; 98 stk., 2.149,25 kr.; 100 stk., 2.193,10 kr.

Produktresumé for annonce side 69.

Dagsaktuel pris kan findes på [www.medicinpriser.dk](http://www.medicinpriser.dk)  
Produktinformationen er ikke udtømmende. Der henvises til de respektive produktresuméer.

# TEORI PRAKSIS

Teori & Praksis indeholder en kort test til læseren og spørgsmål, der lægger op til diskussion af egen praksis. Indholdet i artiklen er så vidt muligt forskningsbaseret.

Skribenter, der har et emne til "Teori & Praksis", kan maile til [jb@dsr.dk](mailto:jb@dsr.dk) og få mere information om rammerne for artiklen, eller se manuskriptvejledningen på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) > sygeplejersken

Artiklen er fagfællebedømt.

# Samtalen om seksualitet

*Seksualitet er et emne, som mange sygeplejersker har svært ved at tale med patienterne om. Artiklen beskriver teoretiske og praktiske aspekter af samtalen om seksualitet og giver anvisninger på, hvordan man kan tage hul på emnet.*

**Jesper Bay-Hansen**, speciallæge i almen medicin og specialist i klinisk sexologi

## Artiklens målgruppe

Artiklen henvender sig primært til sygeplejersker med patientkontakter, især sygeplejersker med selvstændige konsultationer i lægepraksis, men kan læses af alle sygeplejersker, sygeplejestuderende samt andre sundhedspersoner med tilknytning til social- og sundhedssektoren.

## Målet med artiklen er at

- Tænke samtalen om seksualitet, herunder seksuel sundhed og trivsel ind i sygeplejearbejdet, ikke alene når patienten på eget initiativ bringer et seksuelt problem eller en bekymring op, men potentielt i alle patientsamtaler
- Konkretisere, hvordan sygeplejersken kan gøre en indsats for at tillade og muliggøre samtalen om seksualitet, herunder bygge bro mellem teori og praksis.

I dag hører samtalen om seksualitet til i sundhedsarbejdet, der ikke alene fokuserer på behandling af fysisk eller psykisk sygdom, men også på patientens sundhed og trivsel. Her spiller sygeplejersken en helt central rolle pga. den hyppige og tætte kontakt til patienten. Men samtalen om seksuelle emner er ikke altid lige nem. Denne artikel fremhæver vigtige teoretiske og praktiske aspekter af denne samtale.

## Mødet mellem forskellige seksualiteter

Samtalen med en patient er et møde mellem patientens seksualitet og sygeplejerskens seksualitet, uanset om der tales om seksuelle emner eller ej. Det er en vigtig pointe. Sygeplejersken møder en patient, som har en seksualitet, uanset om patienten oplever et seksuelt problem eller ej. Omvendt møder patienten en sygeplejerske, der også har en seksualitet. Den udtrykkes i alt fra frisure og påklædning til kropssproget, det talte sprog m.m. Samtalen med patienten er derfor et møde mellem to forskellige mennesker med hver deres seksualitet. Det er i denne kontekst, sygeplejersken skal navigere, og sygeplejersken skal gøre det på en måde, der sætter patienten i centrum, herunder

## Blå bog



Jesper Bay-Hansen er født i 1970 og uddannet cand.med. ved Københavns Universitet i 1998 med videreuddannelse til speciallæge i almen medicin i 2004. Efter fem år i egen lægepraksis skiftede han spor til sexologi. Han uddannede sig til specialist i klinisk sexologi fra Sexologisk Klinik, Rigshospitalet, i januar 2014 og blev

efterfølgende ESSM-certificeret ved Multidisciplinary Joint Committee on Sexual Medicine. Jesper Bay-Hansen har en privat samtaleklinik, Klinik for Sexologisk Rådgivning og Samtaleterapi. Derudover underviser han på forskellige sundhedsuddannelser, han holder foredrag og er tilknyttet DR's ekspertpanel "Lev Nu", hvor han besvarer spørgsmål om sex og parforhold. Jesper Bay-Hansen er forfatter til "Recepten på lykke" og "Få mere lyst" fra FADL's Forlag. Han er bogaktuel med "Livskunst i praksis" fra Forlaget Ella.

E-mail: [jesper-bay-hansen@dadlnet.dk](mailto:jesper-bay-hansen@dadlnet.dk)

afdækker patientens ønsker og behov for at tale om seksuelle emner, se boks 1.

## Det dobbelte tabu

Når det gælder samtalen om seksuelle emner, så eksisterer der et tovejstabu (1). Patienten spørger ikke sygeplejersken til et seksuelt emne, og sygeplejersken tør ikke spørge patienten. Det dobbelte tabu baserer sig bl.a. på frygten for at overskride grænserne for tilladelig opførsel, herunder frygten for at krænke patientens blufærdighed og egen blufærdighed, men også frygten for at overskride egen faglig kompetence (1). Det opløftende budskab er, at det er et tabu, vi kan arbejde med, så vi som sundhedspersoner gør vores for at fremme tilladigheden, når det gælder samtalen om sex og seksualitet. Dertil kan det være et tabu at tale om symptomer og sygdomme, f.eks. inkontinens, depression og kræft, og det kan være tabuiseret at tale om aldring og død. Rigtig mange symptomer og sygdomme, men også aldring/død, er tabuer, der hyppigt påvirker seksualiteten og kan gøre svært endnu sværere (1).

Tag en beslutning: Gør dit for at aflive det dobbelte tabu. Det kan du gøre ved at arbejde med din egen frygt for at overskride grænser og øve dig i at tale om seksuelle emner på måder, der fungerer godt for både dig og dine omgivelser. Du vil i det følgende finde inspiration til, hvordan det kan gøres.

Undgå fejlslutningen: Min værktøjskasse med samtaleværktøjer, viden om seksualitet, viden om sygdom og seksualitet m.m. skal være fyldt, inden jeg kaster mig ud i en samtale om seksuelle emner. Samtaleværktøjer er rigtig udmærkede, men forestillingen om, at du skal møde patienten med en fyldt værktøjskasse, kan holde dig tilbage fra at tale om seksualitet. Hvornår vil du i øvrigt vide, om din værktøjskasse er fyldt?

### Hvornår bliver det en sygeplejerskeopgave?

Vi lever i en tid med stadigt flere guidelines, behandlingsinstruktioner og andre kontrolsystemer, der bl.a. tilsigter, at vi får det hele med i mødet med patienten. Der kan siges for og imod sådanne tiltag, men det må aldrig fjerne fokus fra patienten. Derfor skal spørgsmål til seksualiteten ikke blot stilles til sidst i en samtale, alene fordi det står i en guideline eller instruks, eller fordi det er en afdelingsprocedure.

Uanset om sygeplejersken arbejder i en lægeklinik, på en hospitalsafdeling eller andetsteds, så er det en rigtig fornuftig ting at sætte seksualiteten på dagsordenen på arbejdspladsen og specielt forholde sig til de sygeplejeopgaver og sygeplejekonsultationer,

#### Boks 1. Stop op og tænk

- Hvor bevidst er du om, at enhver konsultation også er et møde mellem patientens seksualitet og din egen seksualitet?
- Når det gælder samtalen om seksualitet, ved du så, hvad der forventes af dig? Hvad forventer din arbejdsplads? Hvad, tror du, patienten forventer? Og hvad forventer du af dig selv?
- Konsultationen med patienten, som klagede over ondt i knæet og refererede til filmen Italiensk for Begyndere (Se side 89): Hvad tror du, lægen lærte af denne konsultation? Hvad tror du, at du ville have lært, hvis det var dig, der havde været i lægens situation?
- Hvad er en god samtale om seksualitet for dig? Og hvad forestiller du dig, at en god samtale er for patienten?

” Vi lever i en tid med stadigt flere guidelines, behandlingsinstruktioner og andre kontrolsystemer, der bl.a. tilsigter, at vi får det hele med i mødet med patienten. Der kan siges for og imod sådanne tiltag, men det må aldrig fjerne fokus fra patienten.

hvor der helt oplagt må tales mere grundigt om seksuelle emner og spørges ind til seksualiteten.

I en lægepraksis kan der være forskellige holdninger til, hvilke konsultationstyper sygeplejersken skal have. Mange praktiserende læger vil gerne overlade opfølgende konsultationer, især med ældre patienter, til sygeplejersken (2). Kroniske sygdomme som diabetes, hypertension og kronisk obstruktiv lungesygdom er nogle af de områder, hvor sygeplejersker i stigende grad involveres i almen praksis. Men hvad er forventningerne til sygeplejersken, når det gælder samtalen om seksualitet i forbindelse med opfølgende konsultationer og konsultationer med ældre med eksempelvis en kronisk sygdom? For sygeplejersken giver det tryghed i arbejdet at kende de præcise forventninger. For sygeplejersken kan kendskab til de præcise forventninger tænkes at bidrage til at aftabuisere samtalen om seksualitet. Som en forberedelse til samtalen om seksualitet kan sygeplejersken med fordel få klarlagt, hvad de præcise forventninger er til hende/ham.

Jeg vil i det følgende sætte fokus på nogle af de områder af sexologien, som får stadigt større opmærksomhed i disse år, og som er særlig relevante for sygeplejersker i almen praksis, nemlig: Seksuel sundhed, seksuel rehabilitering og empowerment.

### Seksuel sundhed

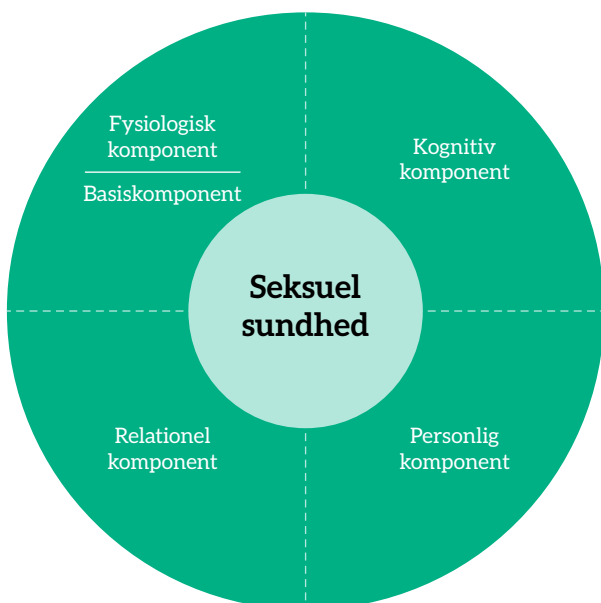
Herhjemme har kliniske sexologer, forskere og Sundhedsstyrelsen de senere år sat fokus på seksuel sundhed og trivsel (3,4). En arbejdsgruppe nedsat af verdenssundhedsorganisationen WHO har defineret seksuel sundhed som en tilstand af fysisk, følelsesmæssigt, mentalt og socialt velbefindende i forbindelse med seksualitet. Seksuel sundhed er ikke alene fravær af sygdom, dysfunktion eller handicap (3,5). Seksuel sundhed handler om livskvalitet og ►

- ▶ om forebyggelse af mistrivsel, stress og sygdom, der kan påvirke den seksuelle trivsel. Derfor er samtalen om seksuel sundhed og trivsel også en del af moderne sundhedsbehandling. Her spiller sygeplejersken en helt central rolle pga. den hyppige og tætte kontakt til patienten.

Men hvad er seksuel sundhed i praksis? Professor Jean-Yves Desjardins, der arbejdede som psykolog og klinisk sexolog ved University of Quebec i Montreal, har udviklet en model af menneskets seksuelle helbred og sundhed inspireret af WHO-standarder og kliniske observationer igennem mere end 40 år (6). Til den sexokorporelle model af menneskets seksuelle sundhed knytter sig et terapeutisk koncept, sexokorporel terapi, der har størst udbredelse i lande som Canada, Schweiz, Østrig, Italien, Frankrig og Tyskland. Ifølge den sexokorporelle tilgang baserer seksuel sundhed sig på dannelsen og udviklingen af seksualitetens forskellige komponenter:

- Basiskomponenten omfatter primært det biologiske køn (XX eller XY).
- Den fysiologiske komponent omfatter sansning i form af berøring, der involverer overfladereceptorer i huden og dybdereceptorer i musklerne, samt syn, hørelse, lugte- og smagssans. Den fysiologiske komponent inkluderer også medicinske forhold.
- Den kognitive komponent omfatter tanker, viden og uvidenhed, overbevisninger, idealiseringer, forestillinger om kvinder og mænds seksualitet, værdier m.m.
- Den personlige komponent: Kønsidentitet dvs. følelsen af at være mandlig eller kvindelig, seksuel lyst, seksuelle ønsker og fantasier, alt, hvad et menneske har erfaret, fører til seksuel ophidselse samt seksuel selvsikkerhed.
- Den relationelle komponent omfatter kærlighedsfølelser, kommunikation, forførelse, erotiske færdigheder i samspillet med andre, f.eks. måder at berøre et andet menneske på.

**Figur 1. En model af seksuel sundhed**



Ifølge den sexokorporelle model, se figur 1, består seksuel sundhed af forskellige komponenter, der indbyrdes hænger sammen og påvirker hinanden i et sexodynamisk samspil: En basiskomponent samt en fysiologisk, kognitiv, relationel og personlig komponent (6).

Med undtagelse af basiskomponenten i denne model af seksuel sundhed betragtes seksualitetens komponenter som sexodynamiske, fordi de udvikler sig og påvirker hinanden gensidigt livet igennem. Seksualiteten er ikke en standardiseret eller stationær størrelse (6). I samtalen om seksualitet kan sygeplejersken have denne model af seksuel sundhed i baghovedet. Seksuel sundhed handler om mere og andet end en intakt seksualfunktion, det handler også om tanker, følelser, personlighed m.m. I samtalen om seksualitet skal sygeplejersken have forståelse for de mange forskellige facetter af seksuel sundhed og trivsel. Sygeplejersken kan f.eks. tale med en patient med en kronisk sygdom og få patienten til at sætte ord på sine følelser og frygten for, at sygdom-

” Seksuel sundhed handler om mere og andet end en intakt seksualfunktion, det handler også om tanker, følelser, personlighed m.m.



men eller en behandling påvirker seksualiteten (7). Forskellige forskere har påpeget betydningen af, at sygeplejersken har en holistisk, mangefacetteret tilgang til samtalen om seksualitet (8).

### Seksuel rehabilitering

Middelalderen udvikler sig fortsat positivt og er nu 78,0 år for mænd og 81,9 år for kvinder (9). Vi lever længere, også længere med en sygdom eller med følgerne af en sygdom. Dertil er det mit indtryk, at mange mennesker stiller højere krav til livet, herunder sex- og samlivet. Tilsammen bevirker det, at seksuel rehabilitering, forstået som rehabilitering på det seksuelle område, er blevet et stadigt større fokusområde i moderne sundhedsbehandling. Det kan eksempelvis dreje sig om seksuel rehabilitering efter en kræftsygdom, blodprop i hjertet eller hjernen eller en hjerneblødning (10,11). Igen har sygeplejersken en nøgleplacering.

Seksuel rehabilitering omhandler tre dimensioner af seksualiteten: Seksualfunktionen, kønsidentiteten samt de seksuelle og sociale relationer, vigtigst samlivet, hvis patienten er i parforhold.

- Seksualfunktionen er den fysiske dimension, dvs. evnen til at engagere sig fysisk i seksuel aktivitet. Den kræver funktionsduelige kønsorganer, en funktionsduelig krop, kønshormoner i passende niveauer og et intakt nervesystem.
- Kønsidentiteten er den opfattelse, et menneske har af sit eget køn, dvs. det seksuelle selv billede lig med det billede, et menneske har af sig selv som kvinde eller mand.
- Dertil omhandler seksuel rehabilitering de seksuelle og sociale relationer. Hvis patienten er i parforhold, vil den mest betydningsfulde relation almindeligvis være partneren.

De tre dimensioner af seksualiteten og af seksuel rehabilitering påvirker hinanden indbyrdes. Hvis f.eks. den seksuelle funktions- evne ændrer sig, påvirkes det seksuelle selv billede og de interpersonelle relationer.

Hvad kan sygeplejersken bruge denne viden til? Når en læge eller sygeplejerske taler med en patient om seksualitet, så er det mit indtryk, at seksualfunktionen generelt får god opmærksomhed. Vi kan eksempelvis fokusere på en mands rejsnings- evne eller en kvindes lubrikationsevne. Derimod får patientens seksuelle selv- billede og samliv ofte langt mindre opmærksomhed. Jeg tænker, at det delvist afspejler, at vi ikke har en medicinsk løsning på de

problemer, der relaterer sig til disse facetter af seksualiteten. Det bekræfter, at samtalen om seksualitet er en meget vigtig del af den seksuelle rehabiliteringsindsats, og at medicinske ordinationer af f.eks. en potenspille eller lokal hormonbehandling mod tørhed af skeden ideelt set ikke bør stå alene, men suppleres med samtale.

Set med mine øjne har vi taget hul på en proces, der handler om at synliggøre seksualiteten som en naturlig del af rehabiliterings- indsatsen. Det kræver en indsats fra både patienters og sundheds- personalets side. Her er det vigtigt at holde fast i, at et godt og givende sex- og samliv er forbundet med livskvalitet, og at proble- mer i sex- og samlivet som følge af sygdom er noget, som patienten helt legalt kan tage op med sygeplejersken, og som sygeplejersken helt legalt kan spørge ind til. Der er også meget, patienten selv kan gøre for sin seksuelle sundhed og trivsel. Sygeplejersken kan lytte og støtte op om patientens tiltag og gøre sit til, at patienten mobi- liserer sine ressourcer bedst muligt. I denne sammenhæng bliver empowerment i sygeplejen meget relevant.

### Empowerment og seksualitet

Empowerment handler om at hjælpe patienten til at mobilisere sine ressourcer og bruge sine styrker bedst muligt (12,13). Sek- suel empowerment tager afsæt i samtalen om seksualitet, hvor sygeplejersken og patienten sammen ser på patientens seksuelle problemer. Patienten gives tid og rum til at beskrive sit problem (8). Sygeplejersken lytter aktivt og er parat til at holde pauser i samtalen, når patienten har brug for det. Patienten og sygeple- jersken finder i fællesskab mulige, seksuelt sunde veje at gå for patienten. Er der hindringer, der kan tænkes at gøre det svært for patienten at nå sine mål, så tales der også om disse.

Empowerment er ikke et nyt ord i sygeplejen, men empower- ment brugt i forbindelse med seksuel sundhed og håndteringen af seksuelle problemer er nyt. Seksuel empowerment aktiverer patienten på seksuelt sunde måder både mentalt og fysisk. For at eksemplificere, hvordan sygeplejersken kan bruge empowerment, så lad os se på en patient med rejsningsbesvær. Rejsningsbesvær kan behandles medicinsk med en PDE 5-hæmmer dvs. en poten- spille, men livsstilsændringer har også betydning for rejsnings- evnen, effekten af en eventuel tabletbehandling og prognosen. Empowerment handler i dette eksempel om at motivere patienten til livsstilsændringer (3,14):

- ▶ • Rygestop
- Motion
- Vægttab til en livvidde under 102 cm
- Sund kost.

Mange sygeplejersker i praksis sidder med forebyggelseskonsultationer og med konsultationer, hvor agendaen er livsstilsændringer f.eks. hos patienter med kronisk sygdom. Som illustreret med patienten med rejsningsbesvær så vil livsstilsændringer hyppigt være relevante, både når vi tænker i seksuel sundhed og trivsel, og når vi tænker i optimal sygdomsbe-

### Læsertest

#### 1. Hvordan kan vi forstå seksuel sundhed?

- a. Seksuel sundhed er defineret ved fysisk sundhed, herunder rygestop, motion, vægttab til normal vægt og sund kost
- b. Seksuel sundhed er fravær af sygdom, dysfunktion eller handicap, der går ud over seksualiteten
- c. Seksuel sundhed er en tilstand af fysisk, følelsesmæssigt, mentalt og socialt velbefindende i forbindelse med seksualitet

#### 2. Samtalen om seksualitet

- a. Angår kun sygeplejersken, hvis patienten bringer et seksuelt problem eller en bekymring op
- b. Tager udgangspunkt i, at sygeplejersken legaliserer, muliggør og inviterer til en samtale om seksuelle emner
- c. Skal være aftalt på forhånd, ellers fanges sygeplejersken på det forkerte ben

#### 3. Samtalen om seksualitet

- a. Kan ikke struktureres, medmindre sygeplejersken har dygtiggjort sig i sexologi og samtaleteknikker
- b. Er struktureret i PLISSIT-modellen, der beskriver forskellige samtale- og interventionsniveauer: tilladelse, begrænset information, specifikke forslag og intensiv terapi.
- c. Skal helst omfatte sexologisk rådgivning og gerne elementer af samtaleterapi, ellers spilder sygeplejersken sin egen og patientens tid

Læs svarene på læsertesten side 84.

handling. Her kan sygeplejersken bruge empowerment i rigtig mange konsultationer.

### Startkit til samtalen: PLISSIT

Det kan lyde næsten provokerende forsimpelt at tale om et startkit til samtalen om seksualitet. Ikke desto mindre er PLISSIT-modellen et rigtig godt bud på en model, der beskriver og strukturerer samtalen om seksualitet i forskellige niveauer. Modellen har været beskrevet i flere numre af Sygeplejersken (15,16). PLISSIT er et akronym for:

- **P: Permission = tilladelse.** Dette indebærer, at sygeplejersken skaber rum og tillader samtalen om seksualitet, lytter til patientens seksuelle ønsker og behov og skaber plads til patientens spørgsmål.
- **LI: Limited Information = begrænset information.** Her giver sygeplejersken en generel, men begrænset information om seksualiteten. Der fokuseres på den særlig relevante information i lyset af patientens samlede helbredssituation og funktionsevne. Det kræver, at sygeplejersken har viden om en sygdoms mulige påvirkning af seksualiteten, om medicinske og kirurgiske behandlings påvirkning af seksualiteten m.m. Sygeplejerskens vidensniveau vil på dette trin overgå de fleste patienters.
- **SS: Specific Suggestions = specifikke forslag.** Her bidrager sygeplejersken med specifikke løsningsforslag til håndtering af patientens seksuelle problemer. Dette kræver som regel en større viden om sygdoms og sygdomsbehandlings påvirkning af seksualiteten og et overblik over behandlingsmulighederne herunder brug af hjælpemidler.
- **IT: Intensive Therapy = intensiv terapi.** Her gives intensiv og specifik behandling af alvorlige seksuelle problemer. Det kan indebære sexologisk samtaleterapi, samlivsterapi, medicinsk eller kirurgisk behandling. Hjælp på dette niveau kræver indgående kendskab til både samtaleterapi og sexologi.

PLISSIT-modellen har flere styrker. Når man læser om modellen, så er det svært ikke at forholde sig til spørgsmålet: Hvor ser jeg selv i denne model? Hvad er mine holdninger til samtalen om seksualitet, mine grænser osv. Modellen giver samtidig et overblik over de forskellige samtale- og interventionsniveauer.

Langt de fleste seksuelle problemer kan håndteres ved at give tilladelse og begrænset information. I praksis kan det meget vel være sygeplejersken, der gør dette. Nogle seksuelle problemer kræver specifikke løsningsforslag eller intensiv terapi og dermed et større eller væsentlig større vidensniveau, kliniske erfaringer og evt. supplerende uddannelse. Hvis sygeplejersken ikke selv besidder de nødvendige færdigheder, er det vigtigt, at vedkommende kender sine grænser, så patienten kan blive henvist til en sundhedsperson, der har de nødvendige kompetencer.

### Faciliteret permission

Som PLISSIT-modellen beskriver det, må udgangspunktet i det kliniske arbejde være at tillade og legalisere samtalen om seksualitet. Det er dog ikke altid tilstrækkeligt, at sygeplejersken blot tillader samtalen om seksualitet. Sygeplejersken må muliggøre den. For at understrege at sygeplejersken selv kan gøre en indsats for at muliggøre samtalen om seksualitet, så taler jeg om faciliteret permission (17). Faciliteret permission bygger bro mellem permission og limited information i PLISSIT-modellen.

Jeg vil her eksemplificere, hvad faciliteret permission kan være. I praksis har mange sygeplejersker selvstændige konsultationer med patienter med diabetes. Her kan sygeplejersken aktivt fremme tilladelsen ved at spørge:

Eksempel 1. ”Mange patienter med sukkersyge har seksuelle problemer – gælder det også dig?”

I dette eksempel oplyser og inviterer sygeplejersken sig selv til en samtale om seksuelle problemer. Patienten informeres om, at sukkersyge kan være forbundet med seksuelle problemer, og gives chancen for at bringe seksuelle problemer op. Hvis patienten oplever det svært og tabuiseret at tale om sin seksualitet, så kan dette spørgsmål opleves som en befriende invitation. Hvis patienten svarer ”nej” til spørgsmålet, så kan det skyldes, at patienten vitterligt trives seksuelt, eller at patienten ikke ønsker at tale om sine seksuelle problemer lige nu. I dette tilfælde kan sygeplejersken f.eks. afrunde med ordene: ”Det er jo fint. Du skal vide, at du altid er velkommen til at bringe seksuelle problemer op, hvis du på et tidspunkt får problemer.”

Nogle sundhedspersoner vil nødtigt fremstå som nysgerrige og vil derfor gerne forklare, hvorfor de spørger til seksualiteten. Det kan gøres på forskellig vis.

Eksempel 2. ”Når jeg spørger, er det fordi, jeg bedst kan hjælpe dig, hvis jeg ved, om du har seksuelle problemer, og hvis du har problemer, hvad de betyder for dig.”

Her forklarer sygeplejersken, at den bedste hjælp gives, hvis der også tales om seksualitet og eventuelle seksuelle problemer. Sygeplejersken spørger ind til betydningen af de seksuelle problemer. Dette refererer sexologer ofte til som patientens lidelsespres.

### Lyt til, hvad patienten siger mellem linjerne

”Jeg har ondt i knæet, doktor,” var der en midaldrende mand, der sagde til mig for efterhånden en del år siden. Han var på vej ud ad døren i min konsultation, og jeg forestiller mig, at jeg må have set ret overrasket og forvirret ud. Dels regnede jeg med, at konsultationen var færdig, dels smilede patienten forlegent, da han sagde det. Jeg tror ikke, at jeg fik kommenteret på patientens uventede udbrud, men inviterede ham til at sætte sig igen. Han satte sig. Jeg tav og lod patienten bryde tavsheden. Det gjorde han med spørgsmålet: ”Har du ikke set filmen ”Italiensk for Begyndere?””

”Empowerment handler om at hjælpe patienten til at mobilisere sine ressourcer og bruge sine styrker bedst muligt. Seksuel empowerment tager afsæt i samtalen om seksualitet, hvor sygeplejersken og patienten sammen ser på patientens seksuelle problemer.

Patientens spørgsmål fik ikke min overraskelse og forvirring til at klinge af. Jeg havde faktisk set filmen nogle år forinden. Jeg huskede, at en af filmens hovedpersoner, Jørgen (spillet af Peter Gantzer) var dybt forelsket i en meget smuk, italiensk kvinde. Og jeg huskede, at Jørgen havde problemer med potensen og refererede til sit rejsningsbesvær som ”ondt i knæet”. Det var præcis det budskab, patienten ønskede at få frem.

Jeg forklarede patienten, at jeg var rigtig glad for, at han bragte sit rejsningsbesvær op, og at det bestemt var noget, jeg gerne ville tale med ham om. Hvis det skulle gøres ordentligt, så ville det kræve en ny tid, hvor vi kun talte om hans rejsningsbesvær. Det ▶

- ▶ kunne patienten sagtens forstå, og han gik synligt lettet fra konsultationen med en aftale om en ny konsultation.

Jeg blev bekræftet i, hvor vigtigt det er at give en patient tid og rum til at tale om et seksuelt problem, der går vedkommende på. Jeg lærte, at pauser kan have en helt utrolig effekt, fordi patienten gives tid til at samle sine tanker og beskrive sit problem. Det betyder ikke, at man som sundhedsperson nødvendigvis skal tage sig af problemet nu og her. I en travl hverdag i praksis er det ikke givet, at dette kan lade sig gøre. Men patienten kan få tid til en konsultation, hvor der tales om det seksuelle problem. Frem for alt lærte jeg at lytte til, hvad en patient siger mellem linjerne. Det er ikke ualmindeligt, at en patient oplever et seksuelt problem som så tyngende og svært at tale om, at samtalen går ad kringlede omveje. Patienter kan også tale rundt om et seksuelt problem i stedet for at tale om selve problemet. Her er det igen vigtigt at lytte og anerkende patientens oplevelser. Nogle patienter er så gode til at tale rundt om et seksuelt problem, at det kan være svært at få et indtryk af, hvori problemet egentlig består. I dette tilfælde har jeg god erfaring med dette spørgsmål: ”Hvis vi skal give dit problem et navn, hvad skulle det så være?”

### Elementer af den gode samtale om seksualitet

Læger, sygeplejersker, seksualvejledere m.fl. spørger mig jævnligt til elementerne af den gode samtale om seksualitet. Det rejser spørgsmålet, hvad en god samtale eller konsultation egentlig er?

PLISSIT-modellen beskriver de forskellige samtaleniveauer og vidensniveauer, som en sygeplejerske kan befinde sig på i mødet med en patient. Jeg vil her fremhæve nogle meget vigtige elementer i en samtale om seksualitet:

- Tillad – handler om at tillade samtalen om seksualitet. Sygeplejersken kan gøre sit til at fremme tilladelsen, også fremadrettet, f.eks.: ”Du skal vide, at du altid er velkommen til at bringe et seksuelt problem op.”

---

#### Svar på læsertest side 82.

---

1. c.
  2. b.
  3. b.
- 

- Invitér – handler om at invitere patienten til at fortælle om et seksuelt problem, men det kan også handle om at invitere sig selv til en samtale om seksualitet, f.eks. ”Vil det være okay for dig, at vi taler om behandlingens mulige påvirkning af dit seksualliv?”
- Psykoedukér – handler om at informere og uddanne patienten. Se eksempel et og to i afsnittet om faciliteret permission.
- Lyt – handler om at lytte til patienten og lytte til, hvad patienten siger mellem linjerne.
- Spørg, til du forstår – uklarheder kan gøre det svært at lytte, følge patientens tanker og anerkende patientens oplevelser. Her er det relevant at spørge, til du forstår, hvad patienten ønsker at fortælle.
- Anerkend – handler om at anerkende patientens oplevelser og give udtryk for sin anerkendelse. Anerkendelse af patientens oplevelser af kærlighed, intimitet, sex, parforhold m.m. skaber gensidig forståelse, tryghed og tillid.

I de listede elementer af en god samtale om seksualitet står der ikke noget om sexologisk rådgivning, samlivsterapi eller samtaleterapi. Det er heller ikke her, samtalen om seksualitet begynder.

### Mere faglig viden om sexologi

Sygeplejersken kan tilegne sig faglig viden om sexologi ved selvstudier og gennem faglitteratur. Undervisning i sexologi kan desuden foregå via udbudte kurser og undervisningsdage eller på tværs af faggrupper i en lægepraksis eller på en afdeling.

Særligt interesserede sygeplejersker kan tage en basisuddannelse i sexologi eller uddanne sig i sexologisk rådgivning (sexologisk counselling). Dansk Forening for Klinisk Sexologi (DACS) afholder uddannelserne i henholdsvis basissexologi og sexologisk counselling (18). Begge uddannelser afholdes i Sorø.

Den sociale diplomuddannelse i seksualvejledning er en uddannelse, som giver kompetence til at seksualvejlede mennesker med nedsat funktionsevne. Uddannelsen henvender sig til personer inden for det sociale, pædagogiske og sundhedsfaglige område, der arbejder med mennesker med nedsat fysisk og/eller psykisk funktionsevne, handicap og kronisk sygdom (19).

Dertil har det siden 2013 været muligt at tage en masteruddannelse i sexologi på Aalborg Universitet. Masteruddannelsen i sexologi er den første akkrediterede og universitetsforankrede

sexologiske videreuddannelse i Danmark og henvender sig primært til sundhedsprofessionelle med mellemlange videregående uddannelser, herunder sygeplejersker (20).

Sygeplejersker, der har gennemført basisuddannelsen samt rådgi-veruddannelsen i sexologi (DACS) eller masteruddannelsen i sexologi, kan videreuddanne sig til specialist i klinisk sexologi på Parterapeutisk Institut, Sorø, eller på Sexologisk Klinik, Rigshospitalet (21).

## Konklusion

Samtalen om seksualitet hører til i sygeplejearbejdet. Her kan der ikke alene tales om patientens seksuelle problemer, men også om seksuel sundhed og trivsel. Der foreligger ikke en fast drejebog til samtalen om seksualitet. Meget afhænger af sygeplejerskens egne grænser, holdninger og ikke mindst oplevelse af, hvor tabuiseret samtalen om seksualitet er. Patienten kan bestemt også opleve det som et tabu at bringe et seksuelt problem op. Det er derfor et godt udgangspunkt, at sygeplejersken over sig i at gøre en indsats for at vise patienten, at det er tilladt, muligt og sundhedsrelevant at sætte samtalen om seksualitet på dagsordenen.

## Litteratur

- Graugaard C, Møhl B, Hertoft P (red). Krop, sygdom & seksualitet. København: Hans Reitzels Forlag, 2006.
- Nørøxe KB, Moth G, Vedsted P. Hvilke patienter kan ses af sygeplejersker? Patienter og læger er ikke enige. *Practicus* 2014;219:16-17.
- Graugaard C, Pedersen BK, Frisch M. Seksualitet og sundhed. Vidensråd for Forebyggelse, 2012. [www.vidensraad.dk](http://www.vidensraad.dk)
- Halmø Tørkelsen L (redaktionel bearbejdning). Forebyggelsespakke – Seksuel sundhed. Sundhedsstyrelsen, 2012. [www.sundhedsstyrelsen.dk](http://www.sundhedsstyrelsen.dk)
- WHO. Defining sexual health. Geneva: World Health Association, 2006.
- Bay-Hansen J. Få mere lyst. FADL's Forlag 2012. 33-48.
- Shell JA. Including sexuality in your nursing practice. *Nurs Clin North Am*. 2007 Dec;42(4):685-96.
- Barnes J. Health promotion in sexual health 2: how to put theory into practice and empower clients. *Nurs Times*. 2009 May 19-25;105(19):26-8.
- Danmarks Statistik. Middellevetid 2012/2013. Nyt fra Danmarks statistik, nr. 73, feb. 2014.
- Lindholt J. Den sværeste samtale. *Sygeplejersken* 2002;(21):20-5.
- Bay-Hansen J. Seksualiteten skal også genoptrænes. *Hjernesagen* 2014;(2):14-5.
- Bartholdy J. Styrke til at handle selv. *Sygeplejersken* 2003;(26):22-4.
- Bay-Hansen J. Livskunst i praksis. Forlaget Ella 2014.
- Janiszewski PM, Janssen I, Ross R. Abdominal obesity and physical inactivity are associated with erectile dysfunction independent of body mass index. *J Sex Med*. 2009 Jul;6(7):1990-8.
- Sommer C, Birkedal Christensen K. Sæt seksualiteten på din professionelle dagsorden. *Sygeplejersken* 2007;(6):26-27.
- Thor R. Husk at tale seksualitet med patienterne. *Sygeplejersken* 2012;(1):95-7.
- Bay-Hansen J. Erektile dysfunktion – sådan kan du tale om det i almen praksis. *BestPractice, Sygeplejersken i almen praksis*, nr. 3, marts 2013.
- Dansk Forening for Klinisk Sexologi (DACS), [www.sexologuddannelsen.dk](http://www.sexologuddannelsen.dk)
- Den sociale diplomuddannelse i seksualvejledning. University College Lillebælt (UCL), [www.ucl.dk](http://www.ucl.dk)
- Masteruddannelsen i sexologi, Aalborg Universitet, [www.ev.u.aau.dk](http://www.ev.u.aau.dk)
- Specialistuddannelsen i klinisk sexologi, Rigshospitalet. Se link via DACS, [www.sexologuddannelsen.dk](http://www.sexologuddannelsen.dk)

## Supplerende litteratur >

- Idehen M. Seksualitet og livskvalitet. København: Munksgaard, 2013.
- Kristensen E. Sex og psyke. København: PsykiatriFondens Forlag, 2007.

---

## English abstract

---

Bay-Hansen J. The conversation about sexuality. *Sygeplejersken* 2014;(9):77-85.

Currently, conversations about sexuality in health-care provision should not focus solely on the treatment of physical or mental illness, but also on the patient's health and well-being. Here, the nurse has a central role arising from frequent and close contact with the patient.

This article views the conversation about sexuality, including sexual health and well-being in nursing work, as not being restricted to when the patient takes the initiative in bringing up a sexual problem or a concern, but potentially in all patient conversations. The article specifies how the nurse can make an effort to allow and facilitate the conversation about sexuality. It also describes important aspects of sexual health, sexual rehabilitation and empowerment in the conversation about sexuality.

**Keywords:** The conversation about sexuality, PLISSIT, sexual health, sexual rehabilitation and empowerment.

---

# Nerveskader ved anlæggele venekateter

Artiklen beskriver, hvordan anlæggelse af perifert venekateter kan give nerveskader, der kan plage patienten i måneder til år. Sygeplejersker skal derfor være meget opmærksomme på pludseligt opståede smerter under anlæggelse af perifert venekateter.

**Birgitte Pallisgaard**, sygeplejerske, håndkirurgisk ambulatorium, Nordsjællands Hospital; birgitte.pallisgaard@regionh.dk  
**Lotte Weibel**, sygeplejerske, håndkirurgisk ambulatorium, Nordsjællands Hospital  
 Illustration **Kristof Bien**

En 69-årig mand blev i juli 2013 henvist til håndkirurgisk ambulatorium pga. smerter på oversiden af sin højre hånd.

Patienten beskrev smerterne som stødvisse, stikkende og jagende, hvilket især plagede ham ved berøring af huden, som han oplevede som hypersensitiv. Når han frøs om hånden, følte det, som om hånden blev ubehagelig varm.

Smerterne stod på både nat og dag og forhindrede ham i at sove. Patienten var meget generet af sin hypersensibilitet, og i regnvej måtte han bruge handske for at skærme mod dråbernes berøring.

Smerterne var opstået to år tidligere, hvor patienten fik anlagt et perifert venekateter (PVK) i højre hånd i forbindelse med en operation. Patienten fortalte, at det ved anlæggelsen af PVK'et føltes, som om der kom fyrværkeri i hele hånden, og det gjorde meget ondt. Sygeplejersken, som anlagde det perifere venekateter, fortsatte dog proceduren og stak patienten igen i samme hånd. Smerterne var herefter ulidelige.

Efterfølgende blev patienten behandlet med Gabapentin og ergoterapi uden effekt.

Håndkirurgen mistænkte da, at der var opstået en nerveskade, og stillede diagnosen ved at indsprøjte lokalbedøvelse præcis der, hvor smerterne var, dvs. en diagnostisk blokade.

I november 2013 eksplorerede man på håndkirurgisk operationsstue patientens hånd dér, hvor smerterne var værst, og fjernede et neurom, dvs. arvæv, i en endegren i en af de dorsale nervegrene. Ved telefonkonsultation dagen efter fortalte en lettet patient, at smerterne var ophørt.

Ved suturfjernelsen på 14.-dagen kom patienten glad og kunne nu give et fast håndtryk uden smerter. Han udbrød begejstret til håndkirurgen, at hun ”havde reddet hans liv!”

## Et neurom er en skade på nerven

I litteraturen er ovenstående skade sparsomt beskrevet.

Helt tilbage i 1996 beskrives det fra en håndkirurgisk afdeling på et israelsk hospital (1). En patient fik lagt PVK i umiddelbar nærhed af den kutane gren af den radiale nerve på håndryggen og oplevede stigende smerter og føleforstyrrelser i hånden. Man negligerede symptomerne og fortsatte med at indgive medicin og væske

i PVK'et. Efter operationen fortsatte patientens klager og omfattede nu også hypersensibilitet som hos vores danske patient. En opfølgende kontrol afslørede senere, at patienten ikke kunne vende tilbage til sit arbejde, og at smerterne var blevet så omfattende, at han ikke kunne holde ud at have sit armbåndsur på. Efter fire måneder blev patienten opereret af en håndkirurg, som fjernede et neurom. Otte måneder efter operationen var patienten smertefri.

I en artikel i et amerikansk tidsskrift (2) opsummerer man efter en patientbeskrivelse, at man skal være bevidst om, hvor overfladisk den radiale nervegren ligger ved vena cephalica (studentens trøst), og at man straks skal trække PVK'et tilbage og fjerne det, hvis patienten oplever føleforstyrrelser. Det anbefales, at patienten skal tilses af en håndkirurg hurtigst muligt, hvis der er mistanke om nerveskade.

I den anden artikel (3) beskriver forfatterne, at netop fordi nervus radialis og den distale del af vena cephalica ligger med få millimeters mellemrum, er nervefibrene særligt udsatte for skader her. Derfor fraråder forfatterne, at man anlægger PVK i den distale del af vena cephalica som førstevalg eller som træning for uerfarne studerende og anbefaler, at sygehusene etablerer rutiner, der kan reducere risikoen for nerveskader, se figur 1.

I den regionale vejledning for Region Hovedstaden hedder det: ”at man ofte vil anvende f.eks. vena cephalica til anlæggelse af PVK”. Under komplikationer er der ikke gjort opmærksom på risikoen for nerveskader. Vi har søgt i Nordsjællands Hospitals database og har ikke kunnet finde statistik på området, og derfor kender vi ikke skadernes antal. Men vi synes, at vores case viser, at man kan pådrage patienterne mange smerter i månedsvi/årevis, og det bør man have in mente, når man anlægger et PVK.

” Patienten fortalte, at det ved anlæggelsen af PVK'et føltes, som om der kom fyrværkeri i hele hånden, og det gjorde meget ondt. Sygeplejersken, som anlagde det perifere venekateter, fortsatte dog proceduren og stak patienten igen i samme hånd.

# se af perifert

Sygeplejersker må og skal lytte til patienterne, når de beskriver en uventet smerte, og handle på det (4). Sygeplejersken på det hospital, vores patient kom fra, skulle have undret sig og siden hen have fulgt op på patientens smertebillede med en henvisning til en håndkirurg.

Patienten fortalte, at hospitalet ikke ville anerkende hans oplevelse og indrapportere den som en utilsigtet hændelse, og at man ikke var til nogen hjælp for ham i efterforløbet.

Patienten kunne have været forskånet for to års smertehelvede, hvis man havde taget hans symptomer seriøst.

Håndkirurgen henviste patienten til patientvejlederen, som anmeldte skaden til patientforsikringen.

Sygeplejersker bør være meget bevidste om de skader, der kan ske ved selv den mest simple anlæggelse af et PVK, og må holde inde med proceduren og finde en anden vene, hvis patienten oplever neurogene smerter, dvs. voldsomme, kraftige, udstrålende smerter, og bede om en lægelig vurdering.

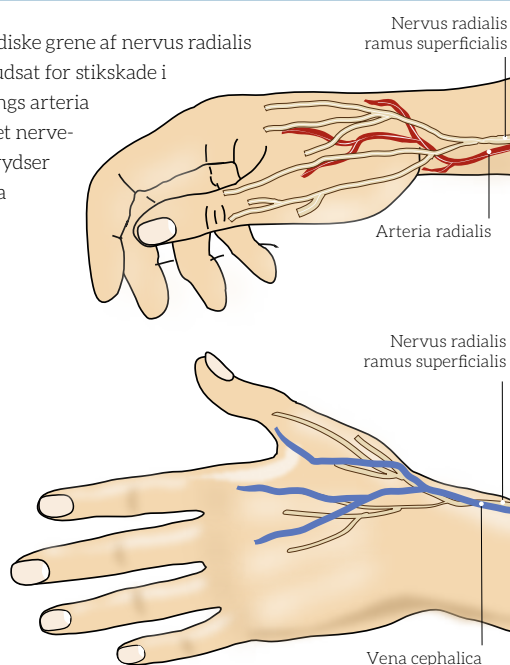
Vi må aldrig være for stolte til at indberette fejl, da det hverken hjælper patienten eller os selv.

## Litteratur

1. Stahl TS, Kaufmann B, Ben-David B. InternaNeuroma of the superficial Branch of the radial nerve after Intravenous Cannulation. The Anesthesia Research Society; 1996;83:180-2.
2. Boeson MB, Hranchook A, Stoller J. Peripheral nerve injury from intravenous cannulation: A case report. AANA Journal February 2000;68(1):53-7.
3. Kvarstein G, Jørn E. Kandidatens trøst – pasientens mareritt? Tidsskrift for den Norske Legeforening 2010;130:1250-1.
4. Trush DN, Belsole R. Radial Nerve Injury after Routine Peripheral Vein Cannulation. Journal of Clinical Anesthesia 1995;(7):160-62.

**Figur 1. Nervebanernes placering i fht. blodkarrene**

De overfladiske grene af nervus radialis kan være udsat for stikskade i forløbet langs arteria radialis, idet nervegrenene krydser under vena cephalica.



## English abstract

Pallisgaard B, Weibel L. Nerve damage from placement of peripheral venous catheters. *Sygeplejersken* 2014;(9):86-7.

This article outlines how nurses may accidentally cause their patients sustained nerve damage when inserting a peripheral venous line. The damage is located on the back of the hand and wrist emanating from the thumb. Patients experience radiating and stabbing pain as well as hypersensitivity, due to the formation of a neuroma.

The article emphasises that in the event that the patient experiences symptoms such as described above, the nurse must immediately have a physician assess the damage and refer the patient to a hand surgeon. The injury must also be reported as an adverse event and to the Danish Patient Insurance.

Keywords: Nerve damage, neuroma, peripheral venous catheter .

# Hepatisk encefalopati – behandling og pleje

Artiklen beskriver symptomer, udredning og behandling af leversygdommen hepatisk encefalopati. En efterfølgende artikel beskriver sygeplejen til denne gruppe patienter.

Mette Munk Lauridsen, læge og ph.d.-studerende, Medicinsk Gastroenterologi og Hepatologi, Sydvestjysk Sygehus Esbjerg og OUH; mettelauridsen@gmail.com

Ændret hjernefunktion er hyppigt forekommende blandt levercirrosepatienter, og årsagerne er mange, hepatisk encefalopati (HE) er en af dem. HE er en komplikation til leversygdom og er debut-symptom hos 10 pct. af patienterne, som viser sig at have levercirrose, hvilket i sig selv er forbundet med en betydelig mortalitet. Ca. 65 pct. med HE er døde, inden der er gået et år (1). Den høje dødelighed har været uændret igennem de sidste 20 år.

Hepatisk encefalopati kan manifestere sig ved ganske let påvirkning af kognitive funktioner til en dødlignende bevidstløshed.

## Ordforklaringer

### Portal hypertension

Tilstand med højt blodtryk i portalvenen. Definitivt er trykket for højt, når det er over 12 mmHg. Kan opstå, når blodet har svært ved at passere leveren, som det ses ved skrumpelever, hvor leveren er hård og ueftergivelig.

### Forgrenede aminosyrer

Kosttilskud i pulverform, der indeholder aminosyrerne valin, leucin og isoleucin. Virker ved at forbedre omsætningen af affaldsstoffer i kroppen og opbygger muskelmasse.

### Variser i spiserøret

Åreknuder i spiserøret, der opstår, fordi blodet fra tarmen finder andre veje at løbe i stedet for, som hos normale, at sive igennem leveren, hvor det renses.

### Ascites

Væskeansamling i bughulen, som kan optræde ved tilstande med portal hypertension. Behandles med vanddrivende medicin eller ved drænering (paracentese).

### Spider-naevi

Små karudvidelser, som især findes i ansigt og på brystkassen. De forsvinder kortvarigt, når man trykker på dem, og når man slipper, fyldes de med blod fra midten og ud. Finder man mere end 5 spider-naevi hos en patient, skal man mistænke leversygdom, medmindre der er tale om en gravid person.

Tilstanden kan give anledning til stor angst og bekymring blandt pårørende og hos os, der er ansvarlige for patientens behandling og pleje. Patienterne har ofte ringe sygdomsindsigt, og det kan være en tung sag at møde dem, men tilgangen lettes, hvis man møder dem med faglighed og viden. Derfor er målet med denne artikel at sætte fokus på hepatisk encefalopati.

## Ætiologi

HE er en såkaldt metabolisk encefalopati. Det betyder, at det ikke er hjernen i sig selv, der er syg, men at den lider under, at kroppens homeostase er forstyrret, se boks 1.

Leveren er den største kirtel, vi har i kroppen, og den har en lang række funktioner. Bl.a. er leveren ansvarlig for at afgifte blodet for affaldsstoffer fra tarmen, medicin, alkohol og andre toksiner. Når leveren er syg, bevirker tabet af levercellefunktion og portal hypertension, se boks 1, at affaldsstoffer fra tarmen ikke fjernes fra blodet i tilstrækkelig grad. Det urene blod når hjernen, og her reagerer hjernens støtteceller med at svulme op. Den vanlige nerveoverledning forstyrres dermed. Ammoniak er et af de affaldsstoffer, der dannes i

” Hepatisk encefalopati kan manifestere sig ved ganske let påvirkning af kognitive funktioner til en dødlignende bevidstløshed. Tilstanden kan give anledning til stor angst og bekymring blandt pårørende og hos os, der er ansvarlige for patientens behandling og pleje.

## Boks 1. Metabolisk hjernepåvirkning

Den metaboliske hjernepåvirkning, som ses ved hepatisk encefalopati, står i modsætning til den organiske hjerneskade, hvor der er skader i selve hjernen. En organisk hjerneskade kunne f.eks. være demens, herunder alkohol demens, og apopleksi. Kendetegnen for sidstnævnte er, at der oftest vil være ensidige neurologiske udfald f.eks. ensidig lammelse og sensibilitetsforstyrrelser. Herved kan tilstanden ofte skelnes fra HE.

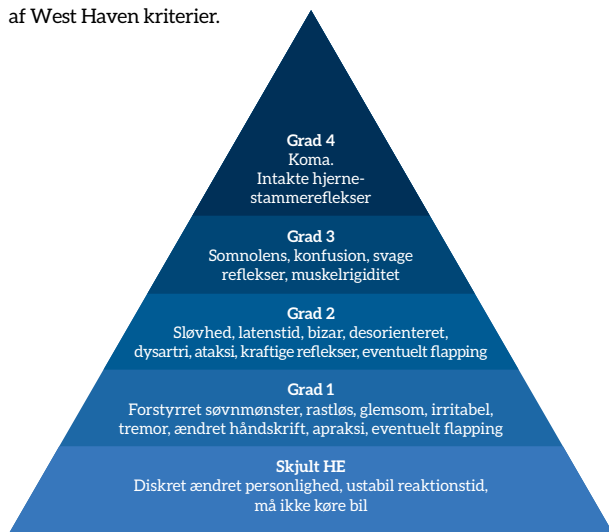


tarmen. Ammonium er et affaldsstof fra proteinnedbrydningen, og selv om hele årsagen til HE's opståen ikke er fuldt klarlagt, er man

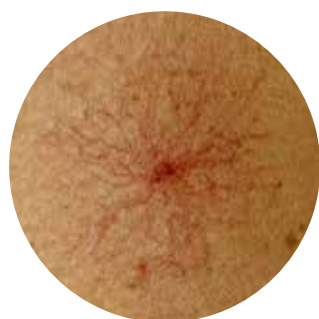
enige om, at ammonium spiller en hovedrolle i udviklingen af HE (2). De symptomer, der kan ses, er resumeret i figur 1.

**Figur 1. Graduering**

Graduering af sværhedsgraden af hepatisk encefalopati sker ved brug af West Haven kriterier.



**Figur 2. Spider-naevi**



### Hvem får hepatisk encefalopati?

Det er en forudsætning for at få HE, at portal hypertension og/eller betydelig nedsat leverfunktion er til stede. De, der ikke har dette, får ikke hepatisk encefalopati. Til gengæld skal man være meget opmærksom på, at der som nævnt er 10 pct., der debuterer med at have en episode med HE og derfor ikke endnu er diagnosticeret med leversygdom, når encefalopati indtræder. Rigtig mange mennesker går rundt med levercirrose uden at vide det, det giver langt hen ad vejen ikke ret mange symptomer.

Man kan få mistanke om, at en patient har udiagnosticeret levercirrose ved at spørge til alkoholvaner, idet alkohol forårsager over 90 pct. af tilfældene af levercirrose i Danmark. Få input til, hvordan man bedst gør dette i en tidligere udgave af Sygeplejersken (3).

Når man kigger på patienten, kan man se efter såkaldte spider-naevi, se figur 2, udtalt rødme i håndfladerne, hvide negle. Finder man > 5 spider-naevi, er det stort set diagnostisk for levercirrose, medmindre der er tale om en gravid kvinde (4).

### Kommunikation imellem faggrupper om HE

HE er en hjernepåvirkning, der kan ændre karakter fra time til time, og når det ene vagthold afløser det andet, er vigtigt, at kom-

### Boks 2. Tre typer hepatisk encefalopati

Afhængigt af årsagen taler man om tre typer af hepatisk encefalopati:

#### Type A

Er akut opstået og ses hos patienter med akut leversvigt f.eks. i forbindelse med paracetamolforgiftning.

#### Type B

Ses hos patienter med cirkulatoriske forstyrrelser, der bevirker, at urent tarmblod ledes udenom leveren f.eks. ved medfødte karanomalier eller portal-vene-trombose, leveren er ikke i sig selv nødvendigvis syg.

#### Type C

Optræder ved levercirrose, hvor både portal hypertension og nedsat leverfunktion er et problem i vekslende grad.

- kommunikationen om patientens tilstand er så klar og præcis som muligt. Derfor følger her en kort beskrivelse af, hvordan man kan kategorisere HE. Man kategoriserer først og fremmest patienterne i henhold til årsagen til HE (se boks 2). Dernæst efter sværhedsgraden af den encefalopatiske episode. Man kan give et skøn over sværhedsgraden af HE via West Haven-kriterierne, se figur 1. Slutteligt kategoriseres encefalopati i henhold til forløbet som enten episodisk, persisterende eller skjult/minimal, se figur 3 og boks 3.

Alle patienter med levercirrose er som udgangspunkt prædisponerede til at udvikle HE, men der er ofte en eller flere udløsende faktorer, som får læsset til at vælte og udløser de enkelte encefalopati-tilfælde. Udløsende faktorer er noget, der enten øger koncentrationen af affaldsstoffer i kroppen eller belaster leverens metaboliske funktion. Det er f.eks. infektioner, væskemangel, nytillkommet medicin, blødning og forstoppelse, se tabel 1, (5).

**Tabel 1. Udløsende faktorer**

**Faktorer, der kan udløse hepatisk encefalopati**

Forstoppelse
Væskemangel
Gastrointestinal blødning
Infektion
Elektrolytforstyrrelser
Medicin, især diuretika og sedativa
TIPS-behandling (via shunt)
Drikkeepisode
Kirurgi
Tapning af ascitesvæske

Hyppige udløsende årsager til hepatisk encefalopati. Listen er ikke udtømmende. Alt, hvad der kan forværre portal hypertension og belaste leverfunktionen, kan potentielt udløse en episode med hepatisk encefalopati.

En ordentlig faglig tilgang til pleje og behandling af patienten med HE indebærer, at man benytter sig af ovennævnte klassifikationer, og at man ved hvert møde med patienten evaluerer fremgang og tilbagegang.

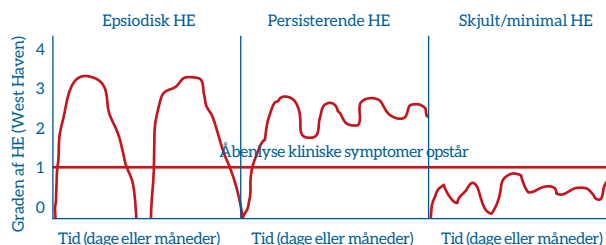
**Konsekvenser af HE**

Det har store konsekvenser for både patient og pårørende, når HE optræder. Ofte er ingen af parterne klar over, at HE er en mulig komplikation til levercirrose, og det er selvfølgelig et stort chok at opleve et familiemedlem ændre sig fuldstændigt og måske ende med at være i leverkoma, se boks 4. Patienten med en mildere grad

**Boks 3. Skjult form**

Man har i løbet af de seneste år tilføjet et ekstra trin i bunden af West Haven skalaen, idet man er blevet opmærksom på, at HE også forekommer i en skjult form (Grad 0). Dvs. at de kognitive forstyrrelser, patienten, eller måske især de pårørende, oplever, ikke kan erkendes via almindelig klinisk undersøgelse og kontakt med patienterne. Den skjulte encefalopati kan have store konsekvenser for patientens livskvalitet og skal diagnosticeres med sensitive psykometriske tests.

**Figur 3. Klassificering af HE, tidsmæssigt forløb**



Klassificeringen af HE i henhold til det tidsmæssige forløb. Ved episodisk HE er patienten fri for encefalopati imellem HE-episoderne. Ved persisterende HE er patienten aldrig helt fri for HE. Ved minimal/skjult HE bliver patientens symptomer på HE aldrig åbenlyse. Figur frit fra Aliment Pharmacol Ther. 2013;(31(5):537-547

af HE har høj risiko for faldulykker, de er derudover farlige bilister og har stor risiko for at blive del af et trafikuheld. Den komatøse patient er helt ubevidst om situationen, men er pga. indlæggelse, sengeleje og levercirrose i stor fare for at pådrage sig hospitalserhvervede infektioner, venetromboser og liggesår. Desuden er der høj risiko for malnutriering og dehydrering, da patienten ikke er i

stand til at indtage føde. Det er dog vigtigt at huske på, at patienten oftest kan vågne helt op igen uden varige men.

Hos patienter med HE er det i udenlandske studier vist, at livskvaliteten er meget ringe sammenlignet med leverpatienter uden HE. Det er især sociale evner, arbejdsevner, seksuel funktion og søvnmønster, der påvirkes (6-9). En kæmpe byrde påhviler ►

**Tabel 2. Differentialdiagnoser**

Differentialdiagnoser med sammenhæng til leversygdom eller alkoholoverforbrug	
Wernicke's encefalopati	Akut opstået B-vitaminmangel, som kan udløses af indgift af iv-glukose uden forudgående injektion af B-vitamin
Delirium tremens	Delir, der opstår som følge af utilstrækkeligt behandlede alkoholabstinenser
Akut alkoholintoksikation	En, for de fleste danskere, velkendt bevidsthedspåvirkning udløst af alkoholindtag
Korsarkoffs psykose	Følger efter kronisk B-vitaminmangel
Hyponatriæmi	Skyldes, at kroppen tilbageholder vand som respons på de kredsløbsændringer, der ses ved levercirrose. Kan være udløsende faktor, men kan også i sig selv give alvorlig metabolisk encefalopati, uden at der er tale om HE
Alkoholholdens	Demenstilstand opstået pga. langvarigt alkoholoverforbrug
Differentialdiagnoser uden relation til leversygdom	
Apopleksi	Her er ofte fokale neurologiske udfald, og derudover kan CT af cerebrum bruges til at skelne fra HE
Depression	Forværring af depressive symptomer kan ligne HE
Demens	Primært hukommelsessvækkelse, specifikke tests heraf vil afsløre dette
Neuroinfektion	Symptomer som feber, nakkestivhed, neurologiske udfald og lysskyhed kan lede mistanken hen på neuroinfektion
Hjernetumor	Kvalme, opkast og hovedpine kan betyde forhøjet intrakranielt tryk, og en årsag kunne være hjernetumor
Øvrige metaboliske encefalopatier	Uræmi, hypoglykæmi, hyponatriæmi og hypofosfatæmi kan alle give cerebrale symptomer
Medicinpåvirkning	Indtag af fenemal, benzodiazepiner og ulovlige rusmidler kan medføre sløvhed
Intrakraniell blødning	Hovedtraumer kan medføre intrakraniell blødning. Mistanken fås, hvis ydre skader ses ved objektiv undersøgelse, og CT af cerebrum giver diagnosen

Andre årsager til hjernepåvirkning med sammenhæng til leversygdom eller overforbrug af alkohol samt differentialdiagnoser uden relation til leversygdom.

- ▶ de pårørende, der skal leve med patienten, som fra dag til dag har vekslende kognitiv funktion (10).

### Diagnosticering af HE

Både hos indlagte patienter med cirrose og patienter i ambulante forløb kan det volde problemer at præcisere, hvad årsagen til kognitive og bevidsthedsmæssige ændringer er. Vigtige differentialdiagnoser er nævnt i tabel 2. Diagnosen hepatisk encefalopati kan stilles, når differentialdiagnoserne er usandsynliggjorte og kun hos en patient med leversygdom. Måling af ammonium i blodet har ingen diagnostisk betydning, men en forhøjet værdi kan støtte diagnosen.

En førstegangsdiaagnose kan derfor kun stilles, når følgende er udført:

- Grundig anamnese med vægt på medicinoplysninger, tidligere psykiatriske lidelser, kostanamnese samt brug af alkohol og andre rusmidler.
- Objektiv undersøgelse med særlig vægt på neurologisk undersøgelse inkl. undersøgelse for flapping, psykisk vurdering og med angivelse af bevidsthedsniveau ud fra Glasgow Coma Scale.
- Blodprøver: levertal, toksikologiprøver herunder s-etanol, infektions- og væsketal, koagulationsstatus med måling af hæmoglobin, trombocytter og koagulationsfaktor II, VII og X,

## Boks 4. Leverkoma

Man skal være opmærksom på, at leverkoma ikke er en samlet betegnelse for hepatisk encefalopati. Betegnelsen "leverkoma" skal forbeholdes patienter, der har fuldt udviklet hepatisk encefalopati og er dødliggende bevidstløse.

### Case, et eksempel på en sygehistorie

57-årig kvinde indlægges på Fælles Akut Modtageafsnit under diagnosen apoplexia cerebri.

Patientens datter har besøgt hende og fundet hende psykisk ændret og sløv. Hun bliver meget bekymret og aftaler med vagtlægen, at moderen indlægges til vurdering på sygehuset. På sygehuset fortæller datteren til modtagende sygeplejerske, at moderen på det seneste har sovet meget og ved enkelte lejligheder har været aggressiv. Datteren kan også fortælle, at hendes mor tidligere i livet havde en periode på ca. 11-15 år, hvor hun drak mere end den maksimumsgrænse, der anbefales af Sundhedsstyrelsen. På det seneste har patienten virket sløv og ligeglad, og datteren mistænker, at hun igen drikker for meget alkohol. Moderen har ikke fået særlig meget at spise det seneste stykke tid og bidrager ikke med ret meget til historien.

Ved objektiv vurdering ses kvinden at være fjumret med en smule latentid og vekslende orientering i tid og sted. Hun mener ikke selv, der er noget i vejen. Kan ikke forstå, hvorfor hun skal indlægges. Der er ingen fokale neurologiske udfald. En mulighed er, at kvinden er dement.

Indlæggelsesblodprøver med levertal viser tegn på kronisk leversygdom, og samtidig ses det, at kvinden ikke har en alkoholpromille. Der er

hyponatriæmi og kreatinin i normalområdet, men steget en smule siden sidste blodprøvetagning ved egen læge for tre uger siden. Da var natrium også normal. Der laves en ultralydsscanning, der viser puklet leveroverflade forenelig med levercirrose, og der er en smule ascites. Desuden laves CT-scanning af hjernen uden abnorme fund.

Man mistænker nu, at kvinden kan have hjernepåvirkning relateret til leversygdom.

Der iværksættes først og fremmest behandling mod hepatisk encefalopati. Kvindens cerebrale tilstand bedres over de næste par dage. Hun behandles med elektrolytkorrigerende væsketerapi og 10 pct. glukose i.v. samt laktulose, og der sørges for en ordentlig kost med mange små måltider i løbet af hele dagen og ud på aftenen.

Trods grundig gennemdyrkning fandtes ingen infektion som udløsende årsag. Til gengæld viste det sig, at patienten grundet hævede ben var startet i behandling med vanddrivende medicin (furosemid) for tre uger siden. Dette kan have udløst dehydrering, forstoppelse og belastet leveren yderligere og derved udløst en førstegangsepisode af hepatisk encefalopati.

Leverbiopsi viste efterfølgende en sjælden årsag til levercirrose, nemlig alfa-1-antitrypsinmangel. Kvinden havde op til episoden med encefalopati ikke drukket mere alkohol end vanligt. Fra nu af frarådes hun al indtag af alkohol for at skåne leveren mest muligt. Samtidig seponeres al medicin, der ikke er strengt nødvendigt. Hun udskrives med laktulose og kommer til ambulant opfølgning efter to måneder, hvor psykometriske tests vil blive udført.

som alle dannes i leveren, desuden albumin, natrium, kalium, magnesium, zink og fosfat.

- Billed-diagnostik: CT-scanning af cerebrum alternativt MR-scanning af cerebrum. Det er ofte også nødvendigt med et røntgenbillede af thorax som led i infektionsudredning.
- Der skal sikres urin- og afføringsprøver og blod til dyrkning.
- Lægen skal udføre diagnostisk ascitespunktur for at undersøge, om der er bakterier i ascitesvæsken (spontan bakteriel peritonitis).

Den skjulte (kaldes minimal eller covered i udenlandsk litteratur) hepatiske encefalopati er ofte svær at diagnosticere, og man benytter derfor sensitive psykometriske metoder. I Danmark bruger vi kontinuerte reaktionsstidsmålinger, en 10-minutters test, der udføres ved hjælp af en computer. Patienten får høretelefoner på og en håndholdt trykknop i den dominante hånd. Computeren genererer lydstimuli (150 i alt) med vekslende interval på mellem 2-6 sekunder. Patienten skal, straks han registrerer lyden, trykke på trykknappen. Computeren udregner bagefter, hvor stabil man er i sine reaktionstider (11). Er man i stand til at reagere lige hurtigt hver gang, er det godt, men er reaktionstiderne meget vekslende, kan det være tegn på skjult HE.

Internationalt bruges andre tests, og en ordentlig diagnostisering og behandling af skjult HE sker bedst på de sygehusafdelinger, der har erfaring inden for området og kan anvende flere psykometriske metoder.

## Behandling af HE

### *Find den udløsende årsag*

Det er vigtigt at holde sig for øje, at en patient med HE er en meget skrøbelig patient, som kræver tæt observation og en behandling, der foregriber det kliniske forløb.

Der er en række livstruende årsager til, at HE kan optræde eller forværres. Kan en årsag findes og behandles adækvat, vil komaen ofte lette i løbet af i gennemsnit fire dage. HE er altså, trods den ringe langtidsprognose, en reversibel tilstand og ikke nødvendigvis stoppestedet inden døden. Det er derfor helt afgørende at udrede årsagen. De hyppigste udløsende årsager er listet i tabel 1.

” Det har store konsekvenser for både patient og pårørende, når HE optræder. Ofte er ingen af parterne klar over, at HE er en mulig komplikation til levercirrose, og det er selvfølgelig et stort chok at opleve et familiemedlem ændre sig fuldstændigt og måske ende med at være i leverkoma.

## Tidlig enteral ernæring

Tidlig ernæringsterapi til HE-patienter er en af hjørnestenene i behandlingen af den indlagte patient. Det første døgn kan man klare sig med rehydrerende og elektrolytkorrigerende væsketerapi, og i fald patienten ikke indtager føde, kan det være en god idé at give intravenøs glukose forudgået af injektion med B-vitaminer. Dybt komatøse patienter kan selvfølgelig ikke ernæres enteralt (via sonde eller spise selv), risikoen for at aspirere mad til lungerne er alt for stor. De må ernæres med parenteral ernæring efter det første døgn, indtil de er i stand til at forsvare deres luftveje. Enteral ernæring skal startes så snart som muligt, og det er tilrådeligt, at der udføres en diætistisk vurdering tidligt i forløbet. Patienten skal ikke have proteinfattig kost, men 1,3 g protein/kg/døgn, og kalorieindtaget bør være ca. 35-40 kcal/kg/døgn. Læs mere om ernæringsterapi til leverpatienter på ESPEN Guidelines ([www.espen.org](http://www.espen.org)).

## Medicinsk behandling

Hovedhjørnestenen i den medicinske behandling af hepatisk encefalopati er laktulose, som ved de lettere grader af HE drikkes, men må gives i ventrikelsonde hos den somnolente patient. De fleste steder anbefaler man, at der gives laktulose 20-80 ml/døgn fordelt på doser a 25 ml med 2-4 timers mellemrum, indtil der opnås 3-4 afføringer pr. døgn. Laktulose kan også gives rektalt hos de dybt komatøse, hvor der er risiko for aspiration ved enteral indgift. Rationalet i brugen af laktulose er dels den direkte udrensende effekt, men laktulose ændrer også pH i afføringen, sådan at dannelsen af ammoniak i tarmen begrænses. Laktulosebehand-

- ▶ lingen skal fortsættes efter udskrivelsen, og det er en god idé at udføre en psykometrisk test inden da. Denne test kan gentages, når patienten kommer til ambulant opfølgning, og give et mål for, om der er fremgang i den cerebrale funktion.

Oplever patienten recidiv af HE trods behandling med laktulose, kan tillægges et kosttilskud i form af forgrenede aminosyrer (Bramino®) eller rifaximin, som er et antibiotikum, der har effekt i tarmen og stort set ikke optages til blodet. Rifaximin er meget dyrt, og der er kun evidens for at bruge det i behandlingen af recidiverende HE. For mere information se f.eks. behandlingsinstruktionen e-dok.rm.dk, som er det senest opdaterede (12). I tabel 3 er den medicinske behandling resumeret.

### Behandling af skjult HE

Skjult HE (West Haven grad 0) findes med psykometriske tests hos ca. halvdelen af danske patienter med levercirrose. Halvdelen af dem, der har skjult HE, vil senere få en episode med åbenlys HE, de har desuden høj risiko for faldulykker, involvering i trafikulykker og er ofte så dårligt fungerende, at det påvirker deres arbejdsevne og sociale liv i ødelæggende grad. Der er derfor også god grund til at finde og forsøge at behandle disse patienter.

Sygeplejersker bliver stadigt mere og mere involveret i især ambulant udredning og behandling af patienter med levercirrose. Sygeplejersker varetager flere steder både fibrosescanning af leveren, udførelse af psykometriske tests til diagnosticering af skjult HE samt livsstilssamtaler, der hjælper patienten med at takle ernærings-, misbrugs- og sociale problemer. På Bispebjerg Hospital er man meget langt fremme i den ambulante tværfaglige behandling og med gode resultater. Man kan læse om deres erfaringer og gode resultater i Ugeskrift for Læger (13).

” Det er vigtigt at holde sig for øje, at en patient med HE er en meget skrøbelig patient, som kræver tæt observation og en behandling, der foregriber det kliniske forløb.

Hermed er læseren opdateret på den viden, vi har omkring hepatisk encefalopati. Meget ny viden er kommet til de seneste år, og forskningen inden for området er i rivende udvikling. Danmark er en af de nationer, der globalt set er med helt fremme i HE-forskning. Som det fremgår, er det en tilstand, som kan være kompleks, især når der er flere årsager til leverpatientens hjernepåvirkning, store sociale og psykiske problemer, og måske også udfordringer med patientens vilje og evne til at tage medicin som foreskrevet.

I de fleste tilfælde er sagen dog ret ligetil. Patienter, og især pårørende, er glade for, at der spørges ind til psykiske og adfærdsmæssige ændringer. Mange, både pårørende og sundhedspersonale, har måske tidligere været af den opfattelse, at en patient med leversygdom og hjernepåvirkning nok har ”drukket hjernen ud”. Den holdning skal vi til livs, og alle patienter, der får stillet diagnosen levercirrose, bør undersøges for HE og tilbydes behandling ved mistanke herom.

*Læs også artiklen ”Sygepleje til patienter med hepatisk encefalopati” side 96-99 i dette nummer af Sygeplejersken.*

## Litteratur

1. Jepsen P, Andersen PK, Sørensen HT, Vilstrup H. The clinical course of alcoholic cirrhosis with ascites: Effects of liver and kidney function, hyponatremia, and alcohol. *Hepatology*. 2010;52:896A.
2. Dam G, Keiding S, Munk OL, Ott P, Vilstrup H, Bak LK, et al. Hepatic encephalopathy is associated with decreased cerebral oxygen metabolism and blood flow, not increased ammonia uptake. *Hepatology*. 2012.
3. Lauridsen MM. Observation og behandling af alkohol abstinenser. *Sygeplejersken*. 2009:36-40.
4. Schaffalitzky de Muckadell OB, Haunsø S, Vilstrup H. *Medicinsk Kompendium*. ed: Nyt Nordisk Forlag; 2013.
5. Wright G, Chattree A, Jalan R. Management of hepatic encephalopathy. *Int J Hepatol*. 2011;2011:841407.
6. Schomerus H, Hamster W. Quality of life in cirrhotics with minimal hepatic encephalopathy. *Metab Brain Dis*. 2001;16(1-2):37-41.
7. Marchesini G, Bianchi G, Amodio P, Salerno F, Merli M, Panella C et al. Factors associated with poor health-related quality of life of patients with cirrhosis. *Gastroenterology*. 2001;120(1):170-8.
8. Cordoba J, Cabrera J, Lataif L, Penev P, Zee P, Blei AT. High prevalence of sleep disturbance in cirrhosis. *Hepatology*. 1998;27(2):339-45.
9. Groeneweg M, Quero JC, De Bruijn I, Hartmann IJ, Essink-bot ML, Hop WC et al. Subclinical hepatic encephalopathy impairs daily functioning. *Hepatology*. 1998;28(1):45-9.
10. Bajaj JS, Wade JB, Gibson DP, Heuman DM, Thacker LR, Sterling RK et al. The multi-dimensional burden of cirrhosis and hepatic encephalopathy on patients and caregivers. *Am J Gastroenterol*. 2011;106(9):1646-53.
11. Lauridsen MM, Thiele M, Kimer N, Vilstrup H. The continuous reaction times method for diagnosing, grading, and monitoring minimal/covert hepatic encephalopathy. *Metab Brain Dis*. 2013.
12. Vilstrup H. *Hepatisk encephalopati: Diagnostik og behandling: Region Midtjylland*; 2013. Available from: e-dok.rm.dk.
13. Andersen MM, Aunt S, Jensen NM, Homann C, Manniche J, Svendsen S et al. Rehabilitation for cirrhotic patients discharged after hepatic encephalopathy improves survival. *Danish medical journal*. 2013;60(8):A4683.

---

## English abstract

---

Lauridsen MM. Hepatic encephalopathy: Treatment and care. *Sygeplejersken* 2014;(9):88-95.

Hepatic encephalopathy (HE) is a condition in which the brain is affected by liver disease. The condition is a frequent complication of cirrhosis of the liver and is associated with a very poor prognosis. HE occurs because the blood-borne waste is not metabolised in the liver to the same extent as in healthy people. The waste products, especially ammonia, disrupt nerve conduction in the brain. Many patients and their families are not aware that failing brain function and liver cirrhosis are related, and therefore medical knowledge and thorough communication is important when meeting these patients. The condition can be classified by its triggering cause, severity and course. Diagnosis can be quite challenging and often must be based on a comprehensive assessment once other likely causes have been ruled out. There is a disguised form of hepatic encephalopathy which strikes 50 per cent of patients with liver cirrhosis and which cannot be determined by general objective evaluation. The condition impairs quality of life and increases the risk of falls and accidents; and 50 per cent of patients will progress to overt HE. The hidden encephalopathy is diagnosed using continuous response measurements at a highly specialised hospital department. The treatment of hepatic encephalopathy primarily uses fluid therapy and nutrition therapy, as well as lactulose, which reduces the amount of ammonia produced in the intestines. But first and foremost, the encephalopathy episode's precipitating causes must be identified. Most often constipation, infection, bleeding from varices, or dehydration causes the encephalopathy. Thorough nursing care to these patients is paramount, and good patient care can be ensured by an understanding of the disease among all professions and good communication with patients and relatives.

**Keywords:** Hepatic encephalopathy, liver cirrhosis, continuous response measurements.

---

# Sygepleje til patienter med

Såvel patienten med hepatisk encefalopati (HE) som hans pårørende har brug for omhyggelig sygepleje for at forstå og forebygge nye tilfælde af HE. Artiklen beskriver den specifikke sygepleje ved forskellige grader af HE. Artiklen "Hepatisk Encefalopati – behandling og pleje" på side 88 giver indsigt i symptomer og behandling.

**Lea Ladegaard Grønkjær**, sygeplejerske, cand.cur. Medicinsk Hepato-Gastroenterologisk Afdeling V, Aarhus Universitetshospital; lealad@rm.dk  
**Rikke Lænsø Baltzer**, sygeplejerske, Medicinsk Hepato-Gastroenterologisk Afdeling V, Aarhus Universitetshospital  
**Susanne Helle Bjerg**, sygeplejerske, Medicinsk Hepato-Gastroenterologisk Afdeling V, Aarhus Universitetshospital

I forlængelse af Mette Munk Lauridsens artikel, "Hepatisk Encefalopati – behandling og pleje" side 88-95 beskrives sygeplejen til patienter med hepatisk encefalopati (HE), som den foregår på Medicinsk Gastroenterologisk og Hepatologisk Afdeling V på Aarhus Universitetshospital. I denne artikel fremhæves de forhold, som sygeplejersken bør have kendskab til i interaktionen med den indlagte patient med HE. Det er vigtigt at pointere, at der er generaliserende elementer, og at nedenstående ikke nødvendigvis kan overføres til alle patienter med HE.

I forbindelse med diagnosticering af HE er det afgørende, at sygeplejersken har kendskab til de udløsende årsager samt differentialdiagnoser til HE (1). Sygeplejersken spiller en væsentlig rolle i behandlingen af HE, da den indeholder flere omsorgs- og informationsopgaver.

Når HE er konstateret, starter behandlingen. Sygeplejersken skal i samarbejde med lægen forsøge at rekonstruere patientens forløb op til indlæggelsen ved hjælp af pårørende eller hjemmeplejen for at få et overblik over, hvad der kan være den udløsende årsag til HE, så denne kan behandles. Har patienten haft daglig afføring? Har patienten feber? Er patienten dehydreret? Opstartet ny medicin?

Sygeplejersken måler de vitale parametre: blodtryk, puls, saturation, respirationsfrekvens og temperatur, og det vurderes sammen med lægen, hvor ofte de skal kontrolleres. Der bestilles blodprøver (infektionstal, levertal, væsketal, vitamintal, ammonium), der sendes urinprøve og eventuel afføring til dyrkning, og der tages arteriel punktur. Alt sammen for at komme årsagen til HE nærmere.

Hvis patienten har ascites, assisterer sygeplejersken til ascitespunktur, og der sendes ascites til celletælling og dyrkning med henblik på at be- eller afkræfte spontan, bakteriel peritonitis. Hvis det mistænkes, at HE skyldes infektion, udføres bloddyrkning og røntgen af thorax, og det kan blive nødvendigt for sygeplejersken at sende trakealsekret til dyrkning samt assistere til lumbalpunktur. Desuden opstartes relevant antibiotisk behandling.

Ved pågående blødning observerer sygeplejersken patienten tæt, og der arbejdes ud fra den lokale instruks for variceblødning (2).

Ved elektrolytforstyrrelser forsøges det at genoprette balance ved hjælp af intravenøs væske eventuelt suppleret med kosttilskud eller intravenøse elektrolytter. Hvis HE skyldes bestemt medicin, seponeres denne, og lægen og patienten må i fællesskab udarbejde en videre plan for medicineringen.

Udover at behandle den udløsende årsag til HE startes desuden behandling med laktulose, ernærings- og væsketerapi samt vitamin- og mineraltilskud i henhold til den lokale instruks (3). Hvis patienten er forstoppet og for at udskille og reducere optagelsen af ammonium fra tarmen, udfører sygeplejersken en tarmtømning på patienten ved at give klyksma eller lavement iblandt laktulose (4). Sygeplejersken anlægger perifert venekateter til væsketerapi og medicin. Efter indgift af B-vitaminer gives normalt 10 pct. glukose eventuelt med kalium og insulin. Sygeplejersken ernærings-screener patienten. Det kan være vanskeligt at samarbejde med patienten med henblik på at få oplyst højde og vægt, men på grund af sygdommens sværhedsgrad vil patienten altid have en ernæringsscore på 3, og der vil være indikation for ernæringsterapi med tilskudsdrikke, enteral- eller parenteralernæring (5). Der opstartes kortregistrering, så det er muligt at udregne patientens protein- og energiindtag, og afdelingens diætist kan kontaktes med henblik på samarbejde omkring patientens ernæring.

Sygeplejersken observerer patientens bevidsthedsniveau ud fra Glasgow Coma Scala og graden af HE ud fra West Haven kriterierne (3). Sygeplejersken dokumenterer sine observationer og handlinger, så det er muligt at planlægge sygeplejen fremadrettet og få en status på HE for hver vagt, da HE-tilstanden kan være svingende med store ændringer i bevidsthedsniveau og neurologiske fund over få timer.

## Sygepleje ved forskellige grader af HE

### HE grad 1-2

HE-grad 1-2 er karakteriseret ved, at patienten er desorienteret, udviser tab af færdigheder som f.eks. at spise og børste tænder, har besvær med at styre hænder, fødder, arme og ben samt mister evnen til at orientere sig rumligt. Patienten kan blive irriteret, rastløs, få latenstid og ændret søvnmønster. Her er sygeplejer-



# hepatisk encefalopati

skens opgave at korrigere, støtte og guide patienten, samtidig med at HE behandles. Sygeplejersken skal udvise tålmodighed og tage højde for latenstid i kommunikationen.

Pårørende og hjemmepleje må inddrages for at finde ud af, hvordan patienten vanligt fremstår. Sygeplejersken må afdække patientens funktionsniveau og tilrettelægge den personlige pleje herefter. Sygeplejersken skal yde basal sygepleje såsom mundpleje og sårpleje. Diurese og afføring skal observeres, og det kan blive nødvendigt, at patienten bruger ble. Der kan eventuelt anlægges kateter à demeure, men patienter med HE grad 1-2 kan være pillende og rodende, hvilket øger risikoen for seponering og infektion. Hvis patienten ikke har 3-4 bløde afføringer pr. døgn eller får vandtynd diarré, må sygeplejersken justere laktulosedosis i samråd med lægen.

Sygeplejersken skal støtte og guide i spisesituationer, da patienten ofte ikke selv tager initiativ. Som regel kan patienten indtage laktulose og væske peroralt, hvis han får hjælp til det, og der kan suppleres med intravenøs væske i form af 10 pct. glukose. Nogle patienter kan have svært ved at indtage føde og få tygget maden, det er derimod lettere for dem at få dækket deres protein- og energibehov ved hjælp af proteindrikke, kakaomælk eller sødmælk. Hvis det ikke er muligt for patienten at få dækket sit protein- og energibehov, kan sygeplejersken anlægge ventrikelsonde, hvor der gives 500 ml sondeernæring det første døgn, som øges til 1.000-1.500 ml pr. døgn, hvis der ikke er ventrikelretention, og hvis patienten kan samarbejde til at have sonden liggende.

Hvis patienten er irriteret og rastløs, må sygeplejersken skærme patienten for andre f.eks. ved at flytte patienten på enestue. Desuden må sygeplejersken i samråd med lægen vurdere, om det er nødvendigt med en fast vagt. Patientens skal hele tiden være under tæt observation for at undgå faldulykker og ukontrollerede handlinger, der kan skade patienten eller andre. Sygeplejersken skal forsøge at korrigere patienten, hvis han begynder at vende rundt på døgnrytmen.

## HE grad 3-4

HE grad 3-4 er karakteriseret ved, at patienten er ude af stand til at udføre mentale opgaver, er desorienteret i tid og sted, sovende,

” Sygeplejersken skal, i samarbejde med lægen, forsøge at rekonstruere patientens forløb op til indlæggelsen ved hjælp af pårørende eller hjemmeplejen for at få et overblik over, hvad der kan være den udløsende årsag til HE, så denne kan behandles.

svær eller umulig at vække samt ikke reagerer på smertestimuli. I denne tilstand er patienten hjælpeløs og ikke i stand til at give udtryk for sine behov og tage vare på sig selv, hvilket derfor er sygeplejerskens opgave.

Sygeplejersken hjælper patienten med den personlige pleje. Normalt udføres sengebåd, hvor sygeplejersken har mulighed for at observere patientens hud, farver, temperatur, muskelfunktion med videre og handle på eventuelle anomaliteter. Patientens kan ikke indtage føde, og der gives derfor væsketerapi med 10 pct. glukose. Der anlægges ventrikelsonde, hvor laktulose og medicin kan knuses og gives. Sondeernæring opstartes langsomt og øges, hvis der ikke er ventrikelretention.

Hvis patienten er i dyb koma, og der er risiko for at aspirere til lungerne, opstartes parenteral ernæring, og laktulose må gives som klyksma. Der anlægges kateter à demeure, og urinproduktion og afføring noteres, så ind- og udgiftsbalancen kan udregnes en gang i hver vagt. Faldende urinproduktion kan være tegn på hepatorensyndrom, og lægen må kontaktes med henblik på yderligere behandling (6). På grund af immobilitet og risiko for tryksår må sygeplejersken overveje brug af luftmadras og lejre patienten i forskellige stillinger flere gange i hver vagt. Sygeplejersken kan eventuelt kontakte fysioterapeuten med henblik på kontraktionsforebyggelse.

## Minimal HE

Minimal HE er karakteriseret ved kognitive forstyrrelser, træthed, tremor og nedsat reaktionstid. Det er ikke ualmindeligt, at patienter med minimal HE bliver initiativløse, og at pårørende vil kunne ►

- ▶ se små ændringer i personligheden. Minimal HE diagnosticeres ved psykometriske test og behandles med laktulose. Efter en måned gentages testen for at se, om der er sket en bedring. Hvis dette ikke er tilfældet, tillægges forgrenede aminosyrer eller rifaximin i behandlingen (7). Sygeplejerskens opgave er i dette tilfælde af mere informativ karakter. Der skal udleveres skriftlig information om den medicinske behandling, og patienten skal frarådes at køre bil på grund af den forlængede reaktionstid. Patienten og pårørende skal desuden informeres om tegn på og forebyggelse af manifest HE, da minimal HE er forbundet med en potentiel progression til HE.

### Forebyggelse af HE

For mange pårørende kan det være et stort chok at se deres nærmeste være konfuse eller i dyb koma på grund af HE. For patienten betyder HE nedsat livskvalitet, forringelse af arbejdsevne, social evne og søvn (8). Patienter i afdelingen udtrykker ligeledes følelse af kontroltab og hjælpeløshed efter episoder med HE, men det har ikke været muligt at finde studier, der undersøger patienternes oplevelse af HE.

For at forebygge nye tilfælde af HE må sygeplejersken informere patienten, pårørende og eventuelt hjemmeplejen om nødvendigheden af, at patienten opretholder god hydreringsstatus, indtager proteinrig kost og fortsætter behandlingen med laktulose. Mange patienter kan have dårlig kompliance i forbindelse med indtagelse af laktulose, da det smager grimt, kan give oppustethed og diarré (7). Derfor er det ekstra vigtigt, at sygeplejersken informerer om

” For at forebygge nye tilfælde af HE må sygeplejersken informere patienten, pårørende og eventuelt hjemmeplejen om nødvendigheden af, at patienten opretholder god hydreringsstatus, indtager proteinrig kost og fortsætter behandlingen med laktulose.

laktuloses virkning ved HE. Patienten skal desuden informeres om at undgå alkohol, analgetika og sedativa. Sygeplejersken skal udlevere og gennemgå medicinliste og patientinformation om forebyggelse af komplikationer i hjemmet (9).

I samarbejde med lægen må det vurderes, om patienten skal starte yderligere behandling til forebyggelse af HE i form af forgrenede aminosyrer eller rifaximin.

Sygeplejersken kan udlevere materiale om patientforeninger, f.eks. Leverforeningen, hvor patienter og pårørende kan søge information og rådgivning. Desuden kan sygeplejersken formidle kontakt til hospitalets socialrådgiver, der kan rådgive om sociale støttemuligheder.

### Konklusion

Denne artikel har beskrevet kompleksiteten af HE og de udfordringer, det indebærer for sygeplejerskerne. Ved at forstå de ændrede processer, der opstår som følge af HE, kan sygeplejen til patienterne blive en kontinuerlig helhedspleje, snarere end en tilfældig respons på symptomer. HE har store konsekvenser for patienter og pårørende, så effektiv og kyndig sygepleje kan være med til at forkorte HE-episoden, forebygge nye episoder og bedre patientens livskvalitet.

### Litteratur

1. Bass NM. Review article: The current pharmacological therapies for hepatic encephalopathy. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2006;25(1):23-31.
2. <http://e-dok.rm.dk/> > Aarhus Universitetshospital > Varicer, behandling af > Medicinsk Hepato-Gastroent 26.10.13. Besøgt d. 8. juli 2014.
3. <http://e-dok.rm.dk/> > Aarhus Universitetshospital. Hepatisk encefalopati (HE) > Medicinsk Hepato-Gastroent 26.10.13. Besøgt d. 8. juli 2014.
4. Sibae MR, McGuire BM. Current trends in the treatment of hepatic encephalopathy. *Therapeutic and Clinical Risk Management*. 2009;5:617-26.
5. <http://e-dok.rm.dk/> > Aarhus Universitetshospital > Ernæringscreening > observationsskemaer > Medicinsk Hepato-Gastroent 22.03.14. Besøgt d. 8. juli 2014.
6. <http://e-dok.rm.dk/> > Aarhus Universitetshospital > Hepatorenalt syndrom > Medicinsk Hepato – Gastroenter. 12.02.14. Besøgt d. 8. juli 2014.

7. Bajaj JS. Minimal hepatic encephalopathy matters in daily life. World Journal of Gastroenterology. 2008;14(23):3609-15.
8. Lactulose improves cognitive functions and health-related quality of life in patients with cirrhosis who have minimal hepatic encephalopathy. Hepatology. 2007;45:549-59.
9. <http://e-dok.rm.dk/> > Aarhus Universitetshospital > Medicinsk Hepato-Gastroen > Patientvejledning: Behandling/medicin > Levercirrose 01.01.13. Besøgt d. 8. juli 2014.

### English abstract

Grønkjær LL, Baltzer RL, Bjerg SH. Nursing care for patients with hepatic encephalopathy.

Sygeplejersken 2014; (9):96-9.

This article describes the nurse's role in the treatment and care of patients with hepatic encephalopathy (HE).

In order to provide a holistic care, a nurse should be aware of the triggering causes of HE and its treatment, differential diagnoses for HE and the degrees of HE severity.

The article describes the actions and observations required of nurses from the time HE patients are admitted to the department until their discharge. In addition, specific nursing actions are described for the various levels of HE severity and which interdisciplinary partners ought to be involved in the care of HE patients. Because HE affects patients' and relatives' daily lives negatively and impair patients' quality of life, it is important that the nurse inform and advise the patient sufficiently in order to prevent new episodes of HE.

Keywords: Hepatic encephalopathy, nursing, hepatic encephalopathy prevention.

DET FØRENDE ALTERNATIV FOR  
optimal hygiejne & patient-integritet



Silentia foldeskærme er svaret på de krav, som stilles til afskærmning indenfor sygeplejen.

**EasyClean™**  
Let at rengøre

**EasyReturn™**  
Let at folde sammen og trække ud

**EasyClick™**  
Mobil eller fast monteret



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



THE FUTURE IN PRIVACY & HYGIENE SOLUTIONS

Silentia ApS – Tel: 39 90 85 85 • [info@silentia.dk](mailto:info@silentia.dk) • [www.silentia.dk](http://www.silentia.dk)

## TEMADAG HOS PROTAC

Foredrag om pilotprojektet "Nedbringelse af TVANG i psykiatrien på Augustenborg Sygehus" v/ergoterapeuterne Charlotte Andersen & Anne Kolmos.

**"Sanseintegrerende terapi i psykiatrien; en metode der er med til at forebygge TVANG"**

Psykiatriske patienter kan have vanskeligt ved at integrere og bearbejde sansestimuli i en sådan grad, at det kan påvirke adfærden u hensigtsmæssigt med risiko for at blive udsat for fysisk tvang under indlæggelse. Motorisk uro, angst, søvnbesvær kan indikere forstyrrelse i sanseprocesserne. Ved hjælp af en test og kortlægning af patientens sanseprofil, kan man tilrettelægge en behandling, der retter sig mod sanserne og støtter patientens integration af sansestimuli.

Protac byder på kaffe og kage, samt fremvisning og afprøvning af de nye modeller af Protac Kugledynen™.

**Tid** Torsdag d. 25.09.2014, kl. 12.30 – 16.30

**Sted** Bispebjerg Hospital, Uddannelsescentret bygning 50, Bispebjerg Bakke 23, 2400 København NV

**Tilmelding** Senest d. 18.09.2014  
[protac@protac.dk](mailto:protac@protac.dk)

Venligst oplys navn, arbejdssted, mail og tlf. nr. for hver deltager

Tilmeld dig nyhedsbrev på [www.protac.dk](http://www.protac.dk) eller scan QR-koden



**OBS!**  
Det er gratis at deltage på temadagen

**PROTAC®**  
INTEGRATING SENSES

# Den mandlige patient og hjemmehæmodialyse

*Mænd har et andet syn på omsorg end kvinder, og deres behov for kontrol og autonomi er generelt anderledes end kvinders. Det viser litteraturen og interview med tre mænd i hjemmehæmodialyse. Artiklen anbefaler, at træningsforløb til mænd, som foretrækker hjemmehæmodialyse, inkluderer opmærksomhed på køn.*

**Hanne Agnholt**, udviklingssygeplejerske SD, MKS, Nyremedicinsk afdeling, Aalborg Universitetshospital; h.agnholt@rn.dk  
**Birgitte Schantz Laursen**, lektor, cand.cur., ph.d., Aalborg Universitet, Klinisk Institut, Aalborg Universitetshospital

Mænd og kvinder håndterer sygdom forskelligt, og for at kunne yde en optimal pleje og behandling er det nødvendigt, at sygeplejersker medtænker kønspektivet. Mænd har stort behov for at bevare deres autonomi, de har tendens til at bagatellisere problemer, de ønsker privathed omkring deres sygdom og behandling, og de har behov for at have kontrol over deres følelser (1). Kvinderne derimod tager ofte afsæt i følelserne i deres håndtering af sygdom og er tilbøjelige til at anvende emotionelt baserede mestringsstrategier (2). Kvinderne har et sprog, hvori sygdom og medfølgende frustrationer kan florere, og de har som regel ikke problemer med at gå 100 pct. ind i patientrollen (2,3).

Kønspektivet bliver særligt aktuelt i forbindelse med kronisk dialysebehandling, da patienten her ofte er en aktiv medspiller og i flere og flere tilfælde oplæres til at dialysere hjemme. Kronisk nyresygdom og dialysebehandling giver mange udfordringer, og en af de største er at lære at håndtere og mestre sygdommen, som påvirker patienterne både fysisk, psykisk og socialt (4,5).

Patienterne oplever en hverdag fyldt med tilpasning og restriktioner, hvilket ofte medfører en oplevelse af magtesløshed og tab af kontrol (4,5). De fysiske gener kan være hjertesvigt, kronisk træthed og påvirkning af seksuel formåen. Psykisk er patienterne påvirket af det store tidsforbrug, bundethed af behandlingen og uvished om, hvordan den næste dag bliver. Endelig rammes mange økonomisk, da de ikke magter et arbejde (4,5).

I 2012 var der i Danmark ca. 2.500 patienter i kronisk dialysebehandling, og som nævnt ovenfor vælger flere og flere af

” Analysen viste, at det, mændene var optaget af, var at forblive kaptajn i deres eget liv, og at det var vigtigt for dem at opleve respekt og anerkendelse af deres personlige behov og ønsker.

dem hjemmehæmodialyse som behandlingsform (6). Hjemmehæmodialyse giver mulighed for stor fleksibilitet i hverdagen, da behandlingen kan foregå på selvvalgte tidspunkter, hvilket giver patienterne en større livskvalitet (7). Hjemmehæmodialyse kræver stor involvering i og ansvar for egen behandling, og magter patienten dette, kan det betyde en øget følelse af sammenhæng og kontrol samt en følelse af at fremtræde og fungere så normalt som muligt (8).

For at patienten kan håndtere hjemmehæmodialyse, kræves et optræningsforløb, som varetages af sygeplejersker i stamafdelingen. Undersøgelser viser, at hvis patienterne ikke modtager adækvat undervisning, kan konsekvensen være, at de fravælger denne behandlingsform (9). Det er derfor afgørende, at sygeplejerskerne formår at tilrettelægge et individuelt undervisningsprogram, der tager udgangspunkt i den enkelte patients ressourcer, livsstil og mål, og her er det specielt vigtigt, at sygeplejersken også er bevidst om patientens køn (9). Denne artikel giver et indblik i, hvordan mænd reagerer på sundhed og sygdom eksemplificeret ved en lille gruppe mænds oplevelser i forbindelse med et optræningsforløb til hjemmehæmodialyse, og deres bud på, hvordan forløbet kan optimeres, så det matcher deres behov.

## Metode

Mændenes oplevelser er fremkommet gennem tre individuelle, semistrukturerede interview fra to forskellige dialysecentre i Danmark, se boks 1. Interviewene foregik i eget hjem, da det kan gøre patienten mere tryk og dermed give intervieweren mulighed for at få bedre indsigt i informantens erfaringer og behov. Interviewene blev optaget på diktafon og efterfølgende transskriberet. Der blev anvendt tematisk analyse inspireret af Kvaales fem trin omkring meningskondensering (10).

## Fund

Analysen viste, at det, mændene var optaget af, var at forblive

kaptajn i deres eget liv, og at det var vigtigt for dem at opleve respekt og anerkendelse af deres personlige behov og ønsker.

### At være kaptajn i eget liv

At være kaptajn i eget liv indebærer, at man har styringen og kontrollen, og at man tager ansvar. Derfor var det afgørende for mændene, at sygdommen ikke fik magten over dem. De havde stort behov for at være i kontrol og være styrende, og det var deres argumentation for at vælge hjemmehemodialyse, da det gav dem oplevelsen af frihed, fleksibilitet og øget autonomi. Mænd slipper ikke grebet om sig selv og går ikke 100 pct. ind i rollen som patient (1). De finder det meget ubehageligt at være hjælpeløse og i følelsernes vold, og hvis de oplever, at deres ønsker ikke tilgodeses i plejen, så kan en reaktion være distancering både mentalt, verbalt og socialt (3).

En af informanterne beskrev det således:

”Jeg vil have så meget magt over min sygdom, som jeg overhovedet kan. Jeg kan ikke vinde over min sygdom, men jeg vil selv have så meget indflydelse på, hvor meget den har af indflydelse på mig. Det føler jeg på den måde, at jeg bestemmer, jeg kan tage min egen dialyse”... ”jeg er nødt til at have kontrol over, hvad de laver med min krop, fordi jeg skal kunne sige stop, ellers kører de den mange gange længere ud, end jeg har lyst til at komme.”

Ved selv at tage vare på dialysebehandlingen oplevede mændene en stor følelse af frihed og fleksibilitet. En frihed, som bl.a. betød, at de ikke skulle bruge tid på transport til og fra dialysecentret, hvilket var med til at give større livskvalitet.

”Jeg vil jo næsten sige, livskvaliteten – det er jo sådan noget, som det er svært lige at sætte procenter på ... jamen, jeg vil jo faktisk ►

## Boks 1. Oversigt over interviewede informanter

Informant 1	Informant 2	Informant 3
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 40 år gammel</li> <li>• Single</li> <li>• Barnløs</li> <li>• Pensionist, arbejder ca. 25 timer om måneden for Dansk Blindesamfund.</li> <li>• Bor i rækkehus.</li> <li>• Tæt relation til sine forældre.</li> <li>• Næsten blind.</li> <li>• Har hund, høns, en rotte og to chinchillaer.</li> <li>• Kronisk nyresyg på baggrund af diabetes mellitus type 1.</li> <li>• Har været i kronisk dialysebehandling i to et halvt år, heraf ca. et år i hjemmehemodialyse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 53 år gammel</li> <li>• Gift med 10 år ældre kvinde, som arbejder i en genbrugsbutik.</li> <li>• Har ikke selv børn, men hustru har børn fra tidligere ægteskab.</li> <li>• Er pensionist, men bor på en nedlagt landejendom, hvor han ”makker” med mange ting, hjælper en nabo med nogle heste, passer egne får</li> <li>• Kronisk nyresyg på baggrund af en bindevævssygdom.</li> <li>• Har været i kronisk dialysebehandling i ca. to år, heraf knap halvandet år i hjemmehemodialyse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 62 år gammel</li> <li>• Gift med to år yngre kvinde, som er sagsbehandler på fuld tid.</li> <li>• Har fire børn fra første ægteskab, hustru har to børn fra første ægteskab, har hjemmeboende fælles søn på 26 år.</li> <li>• Har eget værksted, hvor han reparerer mindre både.</li> <li>• Får pension ved siden af egen indtægt.</li> <li>• Kronisk nyresyg efter at begge nyrer er blevet fjernet pga. kræft.</li> <li>• Har været i kronisk dialysebehandling i ca. to år, heraf ca. et år i hjemmehemodialyse.</li> </ul>

- ▶ mene, min livskvalitet den er 100 pct. nu. Før var den ikke mere end 50 pct. Jeg har fået, hvad skal man sige, frie tøjler som sådan, hvordan jeg vil vælge at køre mine behandlinger.”

Informanterne fik langt mere dialyse med hjemmehæmodialyse, end de fik før, hvilket gav mere energi. En energi, som blev brugt på at lave de aktiviteter i hverdagen, som var så vigtige for at hindre, at sygdommen fik magten over dem, og dermed gav dem en oplevelse af at være fastlåst i et sygdomscentreret perspektiv.

”Du har energien og overskuddet, det er tilfredsstillende for en selv, at du kan gøre noget endnu.”

## ” I de tilfælde, hvor mændenes behov ikke blev mødt, havde de en følelse af at miste deres autonomi.

### At blive respekteret som den, man er

Valget af hjemmehæmodialyse gav som nævnt mændene en oplevelse af at være kaptajn i deres eget liv, og selve optræningsforløbet kunne påvirke denne oplevelse i negativ retning. I de tilfælde, hvor mændenes behov ikke blev mødt, havde de en følelse af at miste deres autonomi. En af informanterne beskrev, at hans læringsstil var at se tingene og have dem i hænderne, hvilket hans kontaktsygeplejerske ikke var opmærksom på, da hun var meget fokuseret på at terpe det skriftlige oplæringsprogram uden at tage højde for hans eksisterende viden. Informanten oplevede, at sygeplejersken ikke i tilstrækkelig grad havde øje for, hvad det var for et menneske, hun sad overfor. Umiddelbart var hun ikke bevidst om hverken køn, forhåndsviden, alder eller baggrund. Hun skulle bare af med den viden, som hun havde på hjerte. Informantens kommentar til dette var:

”I kommer meget længere med en patient ved, at I prøver at gå lige så stille ind og snakke og så prøver at analysere det, som vedkommende siger og så bruge det.”

Det var et stort behov hos mændene at have 100 pct. tillid til sygeplejersken og at opleve, at der var god kemi imellem dem. Det var også meget afgørende, at sygeplejersken var ærlig, og at hun indrømmede, hvis hun fejlede:

”Hvorfor vil hun ikke indrømme, at hun rammer forbi (ikke rammer fistlen ved kanylering), så synes jeg ikke, at man spiller med åbne kort, så indrøm det sgu da ... hvad andet bliver så skubbet ind under ...?” se boks 2.

At tilliden har stor betydning, og at det er vigtigt, at sygeplejersken er ærlig, så der ikke skabes utryghed og mistillid, underbygges af sygeplejeteoretiker Kari Martinsen, idet hun påpeger, at tillid er en grundværdi i omsorgen, hvilket har med engagement og indlevelse at gøre (11). Det er desuden vigtigt at tale sandt, oprigtigt, at tale ud og lytte (11,12). Når patienten vover sig frem for at blive imødekommet, kræver det, at sygeplejersken er ærlig og oprigtig, og at hun er villig til at engagere sig i relationen, ellers kan hun ikke sætte sig ind i patientens situation (11,12).

Den yngste af informanterne var meget optaget af den forskel, som han oplevede på de yngre og de ældre sygeplejerskers væremåde. Han havde det især svært med de yngre, da han følte, at de ikke anerkendte ham, idet han ikke måtte gøre tingene på sin måde:

”Der er mange af de nye sygeplejersker, de tror, at de er Guds gave til alle os andre her, ikke?” De kommer ind og siger, at man skal gøre sådan og sådan, og så siger man, jamen jeg vil have lov til at gøre det på min egen måde ... det måtte jeg ikke. Det vil jo nok være en god idé, at nye sygeplejersker kom til at gå som ”føl” sammen med en ældre sygeplejerske, og de så får at vide, prøv at lægge mærke til, hvordan jeg behandler patienterne.”

Informanten oplevede, at sygeplejerskerne var for fastlåste i deres teoretiske baggrund, idet de ikke kunne se nuanceret på tingene og lytte til, hvad han sagde:

”Det er ligesom, at de har fået at vide, at nu skal han passes, og det er altså i hoved og røv, hvis han har noget, han tænker på, så skal han

---

### Boks 2. Ordforklaring

En fistel er en kirurgisk etableret forbindelse mellem en arterie og en vene, hvori der anlægges to kanyler, så dialysemaskinen kan forsynes med tilstrækkeligt blod.

---

endelig komme ud med det, og det ... sådan er mænd ikke indrettet, tror jeg ikke, fordi jeg vil gerne holde noget som mit privatliv.”

Hvis sygeplejerskens omsorg blev for omklamrende, brugte den yngste informant den for mænd meget karakteristiske distance- ring i forbindelse med håndtering af sygdom. Han udtrykte det således:

”Jeg kan godt blive lidt mopset på en ny sygeplejerske, hvis det er sådan, at hun træder for tæt på mig ... uha, men de skal bare vide, at der går min grænse, det bryder jeg mig ikke om, at de snakker ned til en og pylrer om en.”

Sygeplejerskerne havde tilsyneladende ikke den nødvendige situationsfornemmelse til at kunne klare balancegangen mellem formynderi, hvor de overtager for meget af ansvaret for patienten, og så respekten for menneskets selvbestemmelse (11).

Ifølge filosof Simon Sjørup Simonsen er det at være svag og syg ikke en væsentlig del af mænds selvforståelse. De konstruerer sig selv som dem, der kan drage omsorg – ikke dem, der får omsorg (3). Sygeplejerskernes omsorg kan tolkes som omklamrende i forhold til mændenes intimgrenser, hvis de ikke tager højde for deres autonomi. Sygeplejerskerne kan i deres omsorgskultur være utålmodige dels i forhold til at respektere mandens grænser, dels omkring det tempo og det ønske, de har om, at manden skal sætte ord på sin situation (3). Måske kan de mandlige patienter bedre tage imod sygeplejerskernes omsorg og hjælp, hvis sygeplejerskerne ser mændenes distance i forbindelse med sygdom som en sund form for autonomi, hvor distanceringen bruges som en måde at tage sig den tid, det tager at affinde sig med sygdommen (3).

### Betydning for praksis

Undersøgelsens resultater peger på, at mænd, som er i et optræningsforløb til hjemmehæmodialyse, har nogle specifikke behov, som sygeplejerskerne bør tilgodesee, hvis de mandlige patienter skal opleve samarbejdet som vellykket. Behovene gør sig ikke nødvendigvis gældende for alle mandlige patienter, men da undersøgelsens resultater sammenholdt med litteraturen viser kønsspecifikke forskelle i mænd og kvinders syn på sundhed og sygdom, er det vigtigt, at sygeplejerskerne har en bevidsthed om de særlige behov.

Sygeplejersken bør være opmærksom på behovene, når hun starter et optræningsforløb til hjemmehæmodialyse, og det vil være hensigtsmæssigt, at hun reflekterer over, hvorvidt de særlige behov gør sig gældende for netop den mandlige patient, som hun står overfor at skulle optræne. Sygeplejersken bør således være bevidst om, hvordan vedkommende anvender de maskuline strategier i sin sygdomshåndtering, og hvorledes hun kan respektere dem uden at svigte ham. Sygeplejersken bør have for øje, at manden har et syn på sundhed og sygdom, der betyder, at han ønsker ansvar, kontrol og autonomi. Er der ikke opmærksomhed på disse særlige behov, kan manden opleve, at omsorgen virker omklamrende, og han vælger måske derfor at distancere sig verbalt, mentalt og socialt.

” Sygeplejerskerne havde tilsyneladende ikke den nødvendige situationsfornemmelse til at kunne klare balancegangen mellem formynderi, hvor de overtager for meget af ansvaret for patienten, og så respekten for menneskets selvbestemmelse.

Det er ligeledes af afgørende betydning for et vellykket optræningsforløb, at den mandlige patient har 100 pct. tillid til sygeplejersken. Tilliden vil kunne være til stede, hvis sygeplejersken er ærlig, positiv og imødekommende. En informant oplever, at de yngre sygeplejersker ikke i tilstrækkelig grad har øje for den enkelte og dermed kan have problemer med bl.a. at anerkende informantens grænser i forhold til at udlevere sig selv til dem. Som en hjælp til at øge sygeplejerskernes kompetencer på det område lyder et forslag fra informanten, at de yngre sygeplejersker følger en ældre sygeplejerske og lærer af hende.

Ud fra ovenstående vil det være relevant at anbefale, at sygeplejersker får viden om forskellen på mænds og kvinders håndtering af sundhed og sygdom og inddrager det i deres pleje. Det vil give sygeplejerskerne, som arbejder med hjemmehæmodialyse, bedre ►

- ▶ mulighed for at planlægge individuelle optræningsprogrammer.

Undersøgelsen konkluderer, at hjemmehæmodialyse giver den mandlige patient større frihed, øget autonomi og kontrol over eget liv, hvilket er ensbetydende med større livskvalitet. Det giver grobund for at overveje at øge antallet af patienter i hjemmehæmodialyse, og da succesen af oplæringen har betydning for, om patienten kan overgå til hjemmehæmodialyse, er det yderst vigtigt, at kvaliteten af oplæringsprogrammet bliver optimeret.

De beskrevne anbefalinger, se boks 3, er primært rettet mod sygeplejerskerne, som optræner mandlige patienter til hjemmehæmodialyse, men den viden, der er fremkommet, kan være relevant for sygeplejersker i alle de specialer, hvor der ydes sygepleje til mandlige patienter.

### Boks 3. Anbefalinger til sygeplejersken

Anbefalinger til sygeplejersken i forbindelse med optræningsforløb til hjemmehæmodialyse hos den mandlige patient med kronisk nyresygdom

- Vær bevidst om kønsspecifikke forskelle på mænd og kvinders håndtering af sundhed og sygdom
- Overvej inden start på optræningsforløbet, om patienten anvender maskuline strategier i sin sygdomshåndtering
- Overvej, hvordan strategierne kan respekteres, så patienten ikke føler sig svigtet
- Skab tillid ved at være ærlig, positiv og imødekomende
- Anerkend patientens grænser for at udlevere sig selv i optræningsforløbet
- Tag højde for patientens eksisterende viden.

### Litteratur

1. Madsen S Aa. Manden som køn og patient. Akademiske Sygeplejersker. 2007 blad nr. 4.
2. Agger NP. Mænd. I: Esbensen BA. Mennesker med Kræft. København: Munksgaard Forlag; 2002. Kapitel 12.
3. Simonsen SS. Mænd, sundhed og sygdom – Ronkedorfænomenet. 1. udgave. Aarhus: Forlaget Klim; 2006.
4. Frøjk M. Psykosociale aspekter hos kronisk nyresyge patienter. Odense Universitet: Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet; 1993. Kapitel 2+3+4.
5. Cases A et al. The experience of individuals with renal failure participating in home haemodialysis: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of Health Psychology*. 2011;16(6):p.884-94.
6. www.nephrology.dk > publikationer > Dansk Nefrologisk Selskabs Landsregister > Årsrapporter > Årsrapport fra 2012.
7. Ageborg M, Allenius BL, Cederfjäll C. Quality of life, self-care ability, and sense of coherence in hemodialysis patients: A comparative study. *Hemodialysis International*. 2005;(9):8-14.
8. Sundhedsstyrelsen. Dialyse ved kronisk nyresvigt – kan antallet af patienter i udgående dialyse øges? En medicinsk teknologivurdering. København: Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering; 2006;43-9. www.sst.dk > udgivelser > udgivelser 2006 > Dialyse ved kronisk nyresvigt – kan antallet af patienter i udgående dialyse øges?
9. Sondrup B et al. Supporting Patient Choice: An Intervention to Promote Independent Dialysis Therapies. *Nephrology Nursing Journal*. 2011;Vol.38, No. 6.
10. Kvale S, Brinkmann S. Interview – Introduktion til et håndværk. København: Hans Reitzels Forlag; 2009.
11. Martinsen K. Omsorg i sygeplejen – en moralsk udfordring. I: Samtalen, skønnet og evidensen. København: Gads Forlag; 2006.
12. Martinsen K. Samtalen, kommunikationen og sagligheden i omsorgfagene. I: Samtalen, skønnet og evidensen. 1. udgave. København: Gads Forlag; 2006.

### English abstract

Agnholt H, Laursen BS. The male patient and home haemodialysis. *Sygeplejersken* 2014;(9):100-4.

Due to high involvement in their own care, home haemodialysis (HHD) provides the possibility of an increased experience of having control over their lives. Men and women deal with illness differently, because men have great need to preserve their autonomy and have control over the management of the disease, while women instead base their reaction on emotions. For the quality of the training course for HHD to be optimised, it is appropriate to examine those experiences which male chronic kidney-disease patients have with training. The empirical data consisted of three individual interviews. Thematic analysis inspired by Kvale was used.

The findings showed that HHD gives men the experience of greater control over their lives, more autonomy and more freedom. During training, patients must have 100 per cent trust in the nurse, and this occurs if the nurse is honest, positive and welcoming. The nurse must recognise the patient's limits in opening himself up, and she must take into account the patient's existing knowledge.

If the rehabilitation process is to be optimised, the nurse should employ up-to-date knowledge and therefore be able to practice gender-specific care.

Keywords: Home haemodialysis, men, gender-specific care.



# JOB



SE ALLE STILLINGER: [WWW.DSR.DK/JOB](http://WWW.DSR.DK/JOB)

## Klinisk sygeplejespecialist søges til Diakonissestiftelsens Hospice

Hospice søger en klinisk sygeplejespecialist 37 timer/uge til besættelse pr. 1.10.14 eller snarest derefter, da vores nuværende har valgt at gå på pension.

Stillingen ønskes besat af en sygeplejerske, der har:

- dansk autorisation og bred, opdateret klinisk erfaring indenfor palliation
- relevant efter- og videreuddannelse indenfor palliation/onkologi
- dokumenteret erfaring med og evne til selvstændigt at varetage formidlings- og pædagogiske opgaver
- erfaring med klinisk, evidensbaseret udviklingsarbejde og dokumentation
- evnen til at arbejde systematisk og målrettet
- IT-færdigheder på brugerniveau.

*Diakonissestiftelsens Hospice er en del af Den danske Diakonissestiftelse, som leverer serviceydelser på folkekirkeligt grundlag indenfor sundheds- social- og uddannelsesområdet.*

*Læs mere på: [www.hospice.diaconissen.dk](http://www.hospice.diaconissen.dk) og [www.diaconissestiftelsen.dk](http://www.diaconissestiftelsen.dk)*

Udover konkrete faglige kvalifikationer forudsætter funktionen også en kompetence til at løse ikke veldefinerede og uforudsigelige komplekse opgaver, hvorfor personligt overskud, gode tværfaglige samarbejdsevner, fleksibilitet og gennemslagskraft er nødvendige kvalifikationer.

Interesserede ansøgere kan indhente yderligere oplysninger på vores hjemmeside:

<http://hospice.diaconissen.dk/default.aspx?id=424>

**Ansøgningsfrist:** mandag den 25. august kl. 9.00.

**Ansættelsessamtaler** forventes afholdt tirsdag den 26. august hele dagen.



### Afdelingssygeplejerske i Akut- og traumecenter, FAM, Odense

Vi søger en afdelingssygeplejerske, som i et forpligtende ledelsesfællesskab med den nuværende afdelingssygeplejerske og den øvrige ledelse i FAM kan være med til at sikre kvaliteten og udvikle afdelingen på vej mod Nyt OUH.

Se det fulde stillingsopslag og søg stillingen på: [job.regionsyddanmark.dk](http://job.regionsyddanmark.dk), jobnr. 179662.

Ansøgningsfristen er den 10. september 2014.

**OUH  
Odense  
Universitetshospital**

Sdr. Boulevard 29, 5000 Odense C  
[www.ouh.dk](http://www.ouh.dk)



### Diakonissestiftelsens Hospice søger sygeplejerske

Vi søger en sygeplejerske gennemsnitlig 32 timer pr. uge i skiftende vagter. Stillingen ønskes besat 1. september eller snarest derefter. Diakonissestiftelsens Hospice er beliggende på Frederiksberg og består af et hospice med plads til 10 patienter og et udgående hospiceteam for 20-30 samtidige forløb. Vi har årligt mellem 150-180 indlæggelser og teamet visiterer mellem 120-145 patienter. Den ledige stilling er til vores døgnfunktion.

Optimal symptomlindring og følelsen af at have en vis grad af kontrol over sit liv er et grundlæggende behov. Ved at lade patientens og de pårørendes behov for lindring være det vigtigste mål for den tværfaglige, palliative indsats er det faktisk muligt at give patienten et meningsfuldt og værdigt liv, også selvom det er et liv med døden i vente.

#### Kvalifikationer

Stillingen ønskes besat med en sygeplejerske, som har bred klinisk erfaring indenfor palliation og/eller onkologi, samt opdateret teoretisk viden om god klinisk sygepleje.

#### Personlige kvalifikationer

Udover konkrete faglige kvalifikationer forudsætter funktionen også en kompetence til at løse ikke veldefinerede og uforudsigelige komplekse opgaver, hvorfor personligt overskud, gode tværfaglige samarbejdsevner, fleksibilitet og rummelighed er nødvendige kvalifikationer.

**Motiveret ansøgning** med relevante bilag fremsendes elektronisk til: [Hospicechef@diaconissen.dk](mailto:Hospicechef@diaconissen.dk), Mail: [heti@diaconissen.dk](mailto:heti@diaconissen.dk)

**Ansøgningsfrist mandag d. 25. august 2014 kl. 9.00**

*Diakonissestiftelsens Hospice er en del af Den danske Diakonissestiftelse, som leverer serviceydelser på folkekirkeligt grundlag indenfor sundheds- social- og uddannelsesområdet  
Læs mere på: [www.hospice.diaconissen.dk](http://www.hospice.diaconissen.dk) og [www.diaconissestiftelsen.dk](http://www.diaconissestiftelsen.dk)*



## Sygeplejersker

Støtte til patienter med komplekse behov

Region Sjælland søger erfarne sygeplejersker til projektet *Aktiv Patientstøtte*, som har til formål at øge patienternes egenomsorg samt styrke og koordinere deres forløb mellem de forskellige sundhedsinstanser.

Projektet er forankret i koncernenheden Produktion, Forskning og Innovation i Regionshuset i Sorø med fysisk arbejdsplads på Næstved Sygehus.

Læs hele stillingsopslaget på [www.regionsjaelland.dk](http://www.regionsjaelland.dk), Job og karriere, quicknr. 15292.

[WWW.REGIONSJAELLAND.DK](http://WWW.REGIONSJAELLAND.DK)



### Er du oversygeplejerske i topform og klar til at udfolde dit potentiale?

**Du har forberedt dig i flere år og er nu klar til en stilling, der har hele pakken!**

Som oversygeplejerske i Ortopædkirurgisk Afdeling på Vejle Sygehus vil du indgå i ledelsen af en afdeling med

- International profil på forskning og udvikling også inden for sygeplejeområdet
- I alt 350 ansatte - heraf otte afdelingssygeplejersker, 40 speciallæger og fem projektsygeplejersker
- Skadestue, ambulatorier, dagkirurgi, opretationsafsnit, sengeafsnit, sterilcentral, regionalt rygcenter mm.

Ansøgningsfristen er 31. august. Læs mere på [job.regionssyddanmark.dk](http://job.regionssyddanmark.dk), jobnr. 180143.

**Sygehus Lillebælt**



STILLINGER



SUNDHED OG OMSORG

## CHEF

**- med ansvar for Sundhed og Omsorgs Akuttilbud og Rehabilitering**

Magistratsafdelingen for Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune arbejder med omsorg for ældre og sundhed for alle borgere. Strategien for løsningen af den overordnede opgave er konkretiseret i fem lede-tråde. "Ledetråde for et bedre liv", der med afsæt i borger, pårørende og medarbejderinvolvering udstikker ambition og retning.

**Stærk sundhedsfaglig leder der vil "ledelse med vilje"**

Vi søger en chef, der får ansvar for Sundhed og Omsorgs Afdeling for akut- og rehabilitering.

Som landets næststørste kommune centralt placeret i forhold til Aarhus Universitetshospital har vi store ambitioner om at udvikle og drive et stærkt nært sundhedsvæsen tæt på borgerne.

Du vil som chef for området få et betydeligt ansvar, stor selvstændighed og en afgørende rolle i at sikre god drift og høj faglig udvikling af Sundhed og Omsorgs tilbud inden for akutfunktioner og rehabilitering. Afdelingen har en særlig rolle i at forebygge indlæggelser samt sikre høj kvalitet og gode forløb for borgere, der bliver udskrevet fra hospitalet og har behov for døgner rehabilitering.

Se hele stillingsopslaget på [www.aarhus.dk/job](http://www.aarhus.dk/job)

**VÆR MED  
TIL AT GØRE EN FORSKEL**

[AARHUS.DK/JOB](http://AARHUS.DK/JOB)

## Sygeplejerske til gynækologisk speciallægepraksis

Selvstændig sygepleje- og sekretærfunktion i en praksis, hvor vi er to i en travl og spændende hverdag. Blandt dine ansvarsområder er bl.a. booking, håndtering af prøver og prøvesvar, anmeldelse til offentlige institutioner, korrespondance med patienter og kollegaer, selvstændige sygeplejekonsultationer og assistance til gynækologiske undersøgelser og behandlinger.

Klinikken deltager jævnligt i forskningsprojekter og arrangerer kurser for læger og patienter. På klinikken udføres også operationer i narkose.

Det er en fordel, hvis du har erfaring med gynækologiske patienter og kompetencer inden for medicinsk aborter, ultralydsscanninger og dysplasi-kontroller.

Arbejdstiden er 37 timer om uge med flextid inden for klinikens åbningstid. Løn efter overenskomst. Ferie følger klinikens ferielukning (typisk 3 uger sommerferie, 1 uge efterårsferie og 1-2 uger juleferie). Start 1/11 eller efter aftale. Ansøgningsfrist 1/9. Ansøgning sendes pr. email til [peen@anettepeen.dk](mailto:peen@anettepeen.dk).

Speciallæge Anette Peen, Gynækologisk Klinik, Speciallægenes Hus, Morten Børupsgade 10 A, 8000 Aarhus C. [www.anettepeen.dk](http://www.anettepeen.dk)



## Sådan læser du din lønseddel ...

[www.dsr.dk](http://www.dsr.dk)

Dansk Sygeplejeråd



Quicknr. **Hovedstaden**  
Københavns Kommune  
**37543**  
**Sygeplejerske til aftenvagt i hjemmesygeplejen på Nørrebro**  
Ansøgningsfrist: 20. august 2014



Quicknr. **Hovedstaden**  
Københavns Kommune  
**37516**  
**Sygeplejersker til Center for Misbrugsbehandling og Pleje Valmuen**  
Ansøgningsfrist: 19. august 2014



Quicknr. **Hovedstaden**  
Glostrup Kommune  
**37566**  
**Sygeplejerske - barselsvikar til KABS Stjernevang**  
Ansøgningsfrist: 21. august 2014



Quicknr. **Hovedstaden**  
Dorthe Marie Hjemmet  
**37562**  
**Afdelingsleder**  
Ansøgningsfrist: 8. september 2014



Quicknr. **Hovedstaden**  
Frederiksberg Kommune  
**37572**  
**Afd. leder til Østervang Plejeboliger**  
Ansøgningsfrist: 20. august 2014

## Net annoncer

### Gå ind på [www.dsr.dk/jobsogning](http://www.dsr.dk/jobsogning)

Indtast Quick-nummeret, så kommer du direkte ind til netannoncen, hvor du kan læse meget mere om stillingen.

Netannoncer kan indtastes hele døgnet.

Quicknr. **Sjælland**  
Region Sjælland  
**37569**  
**Sygeplejerske til Anæstesiologisk Afdeling, intensiv afsnit**  
Ansøgningsfrist: 24. august 2014



Quicknr. **Syddanmark**  
Ærø Kommune  
**37552**  
**Sundhedsplejerske på Ærø**  
Ansøgningsfrist: 21. august 2014



Quicknr. **Hovedstaden**  
Rudersdal Kommune  
**37545**  
**Aftensygeplejerske**  
Ansøgningsfrist: 20. august 2014

Quicknr. **Udland**  
Departementet for Sundhed, Nuuk  
**37515**  
**Sygeplejefaglig konsulent**  
Ansøgningsfrist: 18. august 2014

Quicknr. **Hovedstaden**  
Københavns Kommune  
**37544**  
**Sår-sygeplejerske til Sygeplejen på Nørrebro**  
Ansøgningsfrist: 20. august 2014



Quicknr. **Udland**  
Gjøvik University College, Norge  
**37484**  
**Professor, Senter for omsorgsforskning, Østlandet**  
Ansøgningsfrist: 26. september 2014

**Seniorsammenslutningens arrangementer**

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

**Hovedstaden****Fællesarrangement seniorsygeplejersker Kreds Hovedstaden**

Journalist Søren Flotts foredrag om Hospitalsskibet Jutlandia. "Skibet er ladet med håb."

**Tid og sted:**

11. sept. 2014 kl. 14:00 - 16:00  
Garnisonskirkens Menigheds-  
hus, Sankt Annæ Plads 4,  
København K

**Arrangør:**

Kontaktudvalget for seniorsygeplejersker i Kreds Hovedstaden Vest

**Tilmelding:**

Senest den 8. september til  
Lisbeth Vendelbo  
tlf.: 3675 6483 eller  
Karen Kjettrup tlf.: 4717 7930

**Pris:**

Kr. 30

**Seniorsygeplejersker i Kreds Hovedstaden Nord**

Kom og vær med til at beslutte forårets program. Sammemøde om emner og ideer.

**Tid og sted:**

3. sept. 2014 kl. 14:00 - 16:00  
Rådhusstræde 29,  
3400 Hillerød

**Arrangør:**

Seniorsygeplejerskerne i  
Kreds Hovedstaden, Nord

**Tilmelding:**

Tlf.: 2345 8607 eller mail:  
bptvingsvej@gmail.com  
inden den 29. august

**Pris:**

Kr. 30 for kaffe

**Sjælland****Seniorsygeplejerskerne i Region Sjælland/Roskilde**

Der inviteres til besøg på INSP. Karin Karlson introducerer til projekterne på INSP. Vi afslutter besøget med frokost i folkekøkkenet.

**Tid og sted:**

16. sept. 2014 kl. 10:00 - 13:30  
INSP Køgevej, i det gamle  
Skoleslagter i Roskilde

**Arrangør:**

Kontaktudvalget i Roskilde

**Tilmelding:**

DSR i Borup, senest den 9. september, på tlf.: 7021 1665 evt. e-mail

**Pris:**

Kr. 60 for frokost - gæster er velkomne

**Yderligere info:**

E-mail: sjælland@dsr.dk

**Guidet tur til Borgcentret Vordingborg, frokost Café Klint**

Der udleveres en I-pad til hver med dansk tale til orientering. Centret er handicapvenligt. Der er fri adgang til udstillinger og Gåsetårnet. Frokost er sandwich, kylling, tun eller laks. Drikkelse for egen regning

**Tid og sted:**

3. sept. 2014 kl. 10:00 - 14:30  
Slotsruinen 1, 4760 Vordingborg. Parkering mulig i Voldgade.

**Arrangør:**

Kontaktudvalget,  
seniorsammenslutningen  
tidl. "Storstrømmen"

**Tilmelding:**

Til Gulle på tlf.: 5482 5684  
eller Inger på tlf.: 2042 5472  
senest 26. august.

**Pris:**

Kr. 150 for medlemmer.

**Seniorsygeplejerskerne i Vestsjælland**

Vi indbyder til Rejeforedrag om Burkina Faso Vestafrika, i lyd og billeder, ved Kurt Højmann Hansen. Mødet starter med frokost og kaffe. Mødet er for medlemmer og ledsagere.

**Tid og sted:**

17. sept. 2014 kl. 12:00 - 15:00  
FOA, Stenhusvej 35,  
4300 Holbæk

**Arrangør:**

Kontaktudvalget Vestsjælland

**Tilmelding:**

Senest 09.09.2014 til Ruth Hersinger, tlf.: 5943 7716

**Pris:**

Medlemmer gratis -  
ledsagere kr. 40

**Syddanmark****Seniorsammenslutningen Trekanten**

"Et liv i frihed" - kom til foredrag med en tværkulturel vinkel, som appellerer til en bred skare indenfor sygeplejen. Jette Seidenschnur fortæller gribende og personligt om sit liv efter 33 år som Jehovas Vidner.

**Tid og sted:**

22. okt. 2014 kl. 13:00 - 15:00  
DSR's lokaler, Vejlevej 121, 2. sal, 7000 Fredericia

**Arrangør:**

Seniorsammenslutningen Trekanten

**Tilmelding:**

Senest den 13. oktober, til Vibeke Wellendorf, tlf.: 9720 9587 / 2176 7697, e-mail: viber@dadlnet.dk eller Jenny Malberg, tlf.: 7214 5177 / 3123 7433

**Pris:**

Kr. 30 for kaffe med brød

**Yderligere info:**

www.dsr.dk

**Seniorsammenslutningen Esbjerg**

"Hvordan holder vi os i gang i den 3. alder?" Du inviteres til foredrag med tidl. embedslæge, politiker m.m. Preben Rudiengaard, Ribe.

**Tid og sted:**

16. sept. 2014 kl. 14:00 - 16:00  
Sognehuset ved Vor Frelser Kirke, Kirkegade 4,  
6700 Esbjerg

**Arrangør:**

Seniorsammenslutningen Esbjerg

**Tilmelding:**

Senest dagen før, den 16.09.2014 kl. 12.00, til Elna Schousboe, tlf.: 7511 6686 / 2334 0526, mail: elnaschousboe@bbsyd.dk eller Nina Jacobsen, tlf.: 7513 2246 / 3032 4337

**Pris:**

Kaffe kr. 20

**Yderligere info:**

www.dsr.dk

**Septembermøde i Syd**

Seniorer inviteres til møde med Museumsinspektør Inge Adriansen, Museum Sønderjylland, med foredraget "Kvindens vilkår under 1. verdenskrig". Tag gerne din ledsager med.

**Tid og sted:**

18. sept. 2014 kl. 13:30 - 15:30  
Stubbæk Forsamlingshus,  
Dybkærvej 2, Stubbæk,  
6200 Aabenraa

**Arrangør:**

Seniorsammenslutningen Syd

**Tilmelding:**

Senest den 13.09.2014 til Eva Frederiksen, tlf.: 4198 2923, e-mail: evachr20@gmail.com eller Kirsten Vigen Clausen, tlf.: 2042 4827, e-mail: kirstenvigen@dlgmail.dk

**Pris:**

Kr. 50 pr. person for kaffe

**Yderligere info:**

www.dsr.dk

**Seniorsammenslutningen Fyn**

Vi mødes denne gang på Hospice Fyn i Odense, hvor sygeplejerske Jette Søgård Nissen tager imod os.

Emnet er "Orientering om Hospice, den specialiserede palliative indsats".

Deltagerantal max. 25 personer. Vel mødt.

**Tid og sted:**

4. sept. 2014 kl. 13:30 - 15:30  
Fyn Hospice, Sanderumvej 130, 5250 Odense

**Arrangør:**

Seniorsammenslutningen Fyn

**Tilmelding:**

Senest 01.09.2014 til Conny, tlf.: 2176 8818,

e-mail: Coands@gmail.com

eller Lisbeth, tlf.: 2496 4599,

e-mail: lisbeth.aavang.jensen@gmail.com

**Pris:**

Kr. 15 for kaffe med brød

**Yderligere info:**

www.dsr.dk

**Midtjylland****Seniorsammenslutningen Kreds Midtjylland Viborg/Skive**

Fra dåre til patient.

Arkivar Dan Ersted Møller fortæller om forholdene bag murene på Viborg Sindssygehospital fra 1877 og frem til vor tid.

**Tid og sted:**

9. sept. 2014 kl. 13:30 - 16:00  
Foredragssalen, Viborg Museum, Hjultorvet 4, 8800 Viborg

**Arrangør:**

Seniorsammenslutningen, Kontaktudvalget Viborg-Skive og omegn

**Tilmelding:**

Tilmelding senest den 2. september 2014 til Ingrid Bøge på tlf.: 8688 0084 eller Else Marie Koefoed på tlf.: 8664 7332

**Pris:**

Gratis

**Seniorsammenslutningen, Århus afdeling**

Så mødes vi igen efter en dejlig sommer. Mag.art. Henrik Fode vil fortælle om Hack Kampmanns Aarhus.

**Tid og sted:**

2. sept. 2014 kl. 14:00 - 16:00  
Klostercaféen, Klostergade 37, 8000 Århus C

**Arrangør:**

Seniorsammenslutningen, Kontaktudvalget i Århus

**Tilmelding:**

Med navn, adresse og personnummer, senest den 29. august 2014 på telefon 2398 1009 eller 8619 1708

**Pris:**

Kr. 30 for kaffe og brød

**Nordjylland****Seniorsammenslutningen i Kreds Nordjylland Efterårsprogram**

21. oktober: Foredrag: Sygeplejerske og leder af Akuttilbud Aalborg, Kathrine Gellert.

"Akuttilbud Aalborg - en del af det nære sundhedsvæsen".

11. november: Foredrag ved Wiera Malama Lorentzen.

"Mamma doc" "Krigslæge på Mission". Foredraget er åbent for alle medlemmer af DSR.

2. december: Julefrokost i Papegøjehaven. Annonceres særskilt med frist for tilmelding.

Yderligere info. kontakt Birgit Hansen, tlf. 6084 6854.

**Seniorsammenslutningen i Kreds Nordjylland**

Efterårsudflugten går til Skagen. Vi ser Skagens malernes museum.

Der vil være kaffe mm. senere.

**Tid og sted:**

2. sept. 2014 kl. 12:00 - 17:30  
Kredskontoret, Sofiendalsvej 3, Aalborg SV

**Arrangør:**

Kontaktudvalget / Seniorsammenslutningen

**Tilmelding:**

Bindende tilmelding senest den 22. august 2014 til Birgit Hansen tlf.: 6084 6854 eller Annalise Bonde tlf.: 2283 4628 - gerne sms-tilmelding

**Pris:**

Kr. 200

**Yderligere info:**

www.dsr.dk/nordjylland

**DSR Meddelelse****Generalforsamling i FS for Konsultations- og Infirmerisygeplejerske**

Fagligt selskab for Konsultations- og Infirmerisygeplejersker, afholder generalforsamling i forbindelse med Landskursus, den 24. oktober 2014 kl. 19,30, på Hotel Fåborg Fjord. Dagsorden ifølge vedtægterne. Indkomne forslag og opstilling til bestyrelsen skal skriftligt være formanden i hænde senest den 1. oktober 2014. Yderligere informationer kan ses på hjemmesiden.

**Generalforsamling FS - Komplementær og Alternativ Behandling**

Generalforsamling i FS-KAB afholdes lørdag d. 27. september kl. 16.15 på Odense Universitets Hospital i forbindelse med landsmødet. Dagsorden iflg. vedtægter. Indkomne forslag skal være formanden i hænde senest 30. august 2014. Disse kan sendes til: jealange@gmail.com. For nærmere oplysninger om lokale se selskabets hjemmeside. Mvh. Bestyrelsen

**Generalforsamling i FS K&T 2014**

Lørdag d. 1. november 2014 kl. 15.45-16.45, Hotel Nyborg Strand, afholder Fagligt Selskab for Kardiovaskulære og Thoraxkirurgiske sygeplejersker generalforsamling. Dagsorden i følge vedtægterne, som kan ses på FS K&T's hjemmeside. Forslag til behandling på generalforsamlingen skal være formand Inge Schjødt, mail: ingschj@rm.dk i hænde senest d. 1. september 2014.

**Generalforsamling i FS for Reumatologiske Sygeplejersker**

Fagligt Selskab for Reumatologiske Sygeplejersker afholder generalforsamling mandag d. 15. september 2014 kl. 17.15-18.45 på Comwell Kolding. Dagsorden ifølge vedtægter, der kan ses på vores hjemmeside. Kandidatur til bestyrelsen og forslag til behandling skal være formand Camilla Schufri Klinkby i hænde senest 1. september. Disse kan sendes til camilla.klinkby@ouh.regionsyddanmark.dk

**Indkaldelse til generalforsamling i FS Nefro**

Fagligt Selskab for Nefrologiske sygeplejersker (FS Nefro) afholder generalforsamling torsdag den 1. oktober kl. 17.00-17.45 på Conferencecenter Koldkærgård, Agro Food Park 10, 8200 Aarhus N. Anmeldelse af kandidater til bestyrelsen skal være formanden i hænde senest d. 15. august 2014. Forslag til generalforsamlingen skal være formanden i hænde senest d. 3. september 2014. Dagsorden - se hjemmesiden karina.bruun@regionh.dk

### 35 års jubilæum Hold A sept. 79 Bispebjerg Sygeplejerskole

Vi blev færdige på Bispebjerg Sygeplejerskole i september for 35 år siden, skal vi mødes - og håbe vi genkender hinanden? Er du interesseret? Tag kontakt senest den 29. september til Inger Lise Randbøll: ingerlise-randboll@gmail.com - arbejde: ingerlisera@htk.dk eller Lene Bertelsen: lene38@hotmail.com Håber vi ses! Inger Lise og Lene

### PKA seniormøder

Der er ledige pladser i Næstved den 20. oktober 2014, kl. 16.00 - 19.30. Hør om: Fleksibel alderspension. Valgmuligheder ved arbejdsophør. Efterløn og samspil med pensioner. Folkepension og ATP. Muligheder på internettet. Du skal være fyldt 58 år for at deltage i mødet. Læs mere og tilmeld dig på pka.dk med NemID. Passer Næstved dig ikke? PKA holder seniormøder i hele landet. Find tid og sted på pka.dk.

### Generalforsamling 2014 FS for Infektionsmedicinske Sygeplejersker

Generalforsamlingen afholdes 6. november 2014 kl. 16.00-16.45, DSR, Sankt Annæ Plads 30, 1250 København K, i forbindelse med temadagen "Ulighed i sundhed- og sundhedsvæsenet i et infektionsmedicinsk perspektiv". Forslag til behandling skal være formanden i hænde inden 25. september på lissitindandersen@bcbnet.dk Opstilling til bestyrelsen sker enten via hjemmesiden eller til formanden inden 25. september. Dagsorden ses på hjemmesiden.

### FS-KIS Klin-kem Hvidovre, MRSA

Tirsdag 2.9.2014 kl. 17-19 på Hvidovre Hospital klin.kem.afd 445. Hygiejnesygeplejerske Helle Neustrup holder kursus: Overvågning og typning af MRSA. Besøg i laboratoriet. Videncenterets opgaver. Ukompliceret eradikationsbehandling. Infektionshygiejniske tiltag. Tilmelding til Yvonne på mail: Yvonne@amagerbrogade172.dk Skriv både hvis du kan eller ikke kan. På forhånd tak

### DSR Fonde og legater

#### Ansøgningsfrister Stipendiefonden

Ophold med start i nov. 2014: Ansøgningsfrist 01.09.2014, bevillingsmøde 01.10.2014  
Ophold med start i dec. 2014: Ansøgningsfrist 01.10.2014, bevillingsmøde 05.11.2014  
Ophold med start i januar 2015: Ansøgningsfrist 01.11.2014, bevillingsmøde 03.12.2014  
Uddelingerne fra Stipendiefonden går til studieophold, kongresser m.v. i udlandet. Ansøgning sker elektronisk på [www.dsr.dk/stipendiefonden](http://www.dsr.dk/stipendiefonden)

#### M.L. Jørgensen og Gunnar Hansens Fond

Længerevarende rekreation eller ferie for danske sygeplejersker, der er fyldt 40 år, og som har været sygeplejerske siden sin ungdom, og som på grund af sin gerning i det hele taget nyder almindelig anerkendelse. Ansøgninger skal være Dansk Sygeplejeråd i hænde senest den 05.09.2014. Svaret gives inden for ca. 3 uger efter ansøgningsfristen. Ansøgning sker elektronisk på [www.dsr.dk/legater](http://www.dsr.dk/legater)

### Øjensygeplejersker kan søge Uddannelsesstøtte

Medlemmer af Fagligt Selskab for Øjensygeplejersker, kan søge uddannelsesstøtte fra Øjensygeplejerskernes Fond for Uddannelsesstøtte. Støtten uddeles af midler fra Alcon, Novartis, AMO, Topcon og foreningens egen fond. Ansøgnings-skema og vejledning kan hentes på selskabets hjemmeside. Ansøgningsfrist 1. oktober 2014.

### DSR Kursus

#### Landsmøde - Menneskets selvhelbredende kræfter

Foredragsholdere: Jørgen Fjord Christensen, læge og psykoterapeut m.m. Helle Johannessen, professor, antropolog og forsker indenfor KAB. Lars Mygind, behandler indenfor bl.a. Tankefeltterapi og META-sundhed.

#### Tid og sted:

27. sept. 2014 kl. 09:30 - 17:35  
Odense Universitets Hospital

#### Arrangør:

FS-Interesse for Komplementær og Alternativ behandling

#### Pris:

Medlemmer kr. 150,  
ikke-medlemmer kr. 300

#### Yderligere info:

Læs nærmere på hjemmesiden eller vores Facebookgrupper

### FS Nefros årsmøde 2014

Sygeplejefaglig kvalitet indenfor nefrologien.

#### Tid og sted:

1. oktober 2014 kl. 09:30 -  
2. oktober 2014 kl. 15:00  
Koldkærgaard conferencecenter, Agro Food Park 10, 8200 Aarhus N

#### Arrangør:

FS Nefro

#### Pris:

Medlemmer af FS Nefro, kr. 2.200 ekskl. moms, ikke-medlemmer kr. 2.700 ekskl. moms

#### Yderligere info:

[www.dsr.dk/Arrangementer](http://www.dsr.dk/Arrangementer)

### Vejledning der gør en forskel

På konferencen sætter vi fokus på afklaring af metoder og indsigt i aktuelle krav. F.eks. hvad indførelse af studieaktivitetsmodellen betyder for læringsaktiviteter og vejledning. Hør bl.a. Peter Stray Jørgensen.

#### Tid og sted:

3. november 2014 kl. 09:00 -  
4. november 2014 kl. 16:00  
Hotel Hvide hus, Aalborg,  
Vesterbro 2, 9000 Aalborg

#### Arrangør:

FSUS Fagligt selskab for Undervisende Sygeplejersker

#### Tilmelding:

[pallene@mail.dk](mailto:pallene@mail.dk)

#### Pris:

Medlemmer af FSUS, kr. 3.900,  
ikke-medlemmer kr. 4.400

#### Yderligere info:

[www.fsus.dk](http://www.fsus.dk)

### Ulighed i sundhed sundhedsvæsenet ikke i Danmark vel?

Ulighed i sundhed- og sundhedsvæsenet i et infektionsmedicinsk perspektiv. Deltag og hør oplæg fra læger, socialsygl. og medarbejder fra Reden International, som alle arbejder med, og har stor erfaring indenfor emnet.

#### Tid og sted:

6. nov. 2014 kl. 09:00 - 16:00  
Dansk Sygeplejeråd, Sankt Annæ Plads 30, 1250 København K

#### Arrangør:

Fagligt Selskab for Infektionsmedicinske Sygeplejersker

#### Tilmelding:

[www.dsr/fs/fs27/Sider/Forside.aspx](http://www.dsr/fs/fs27/Sider/Forside.aspx)

#### Pris:

Kr. 775 for medlemmer,  
kr. 1.200 for ikke-medlemmer  
inkl. forplejning

#### Yderligere info:

Mette.Munch.Børgesen@regionh.dk

**DSR Kredsmøde****Hovedstaden****Generalforsamling i Klub for Sygeplejersker på Bornholm**

Klub for Sygeplejersker på Bornholm afholder generalforsamling. Dagsorden i henhold til vedtægterne.

**Tid og sted:**

2. okt. 2014 kl. 18:00 - 21:30  
Kreds Hovedstaden, Bornholm, Haslevej 50, 3700 Rønne

**Arrangør:**

Klub for Sygeplejersker på Bornholm

**Tilmelding:**

sygeplejerskeklubbornholm@gmail.com

**Pris:**

Gratis

**Sygeplejersker med varige begrænsninger i arbejdsevnen**

Se, om netværket er noget for dig, eller anbefal os evt. til en sygeplejerske du kender? Se på hjemmesiden, hvem vi er - og hvad vi arbejder med på vores møder.

**Tid og sted:**

26. aug. 2014 kl. 12:30 - 15:30  
Kreds Hovedstaden, Frederiksborggade 15, 4. sal, 1360 København K

**Arrangør:**

Kreds Hovedstaden

**Tilmelding:**

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

**Pris:**

Gratis

**Yderligere info:**

www.dsr.dk/hovedstaden/NedsatArbejdsevne

**Copenhagen Pride i Kreds Hovedstaden**

KB-medlemmer i Hovedstaden har igen valgt at bruge CPH-pride til at sætte fokus på mangfoldighed. Kom til morgenbord, hvor bl.a. ligestillingsminister Manu Sareen deltager - og gå evt. med i paraden bagefter.

**Tid og sted:**

30. aug. 2014 kl. 09:30 - 11:30  
Kreds Hovedstaden, Frederiksborggade 15, 4. sal. 1360 Kbh. K.

**Arrangør:**

Kreds Hovedstaden

**Tilmelding:**

www.dsr.dk/hovedstaden/kalendar

**Pris:**

Gratis

**Yderligere info:**

www.dsr.dk/hovedstaden/kalendar

**Sjælland****Udekørende psykiatri - fremtid og faglighed**

Udrednings- og behandlingsgarantien for psykisk syge medfører anderledes arbejdstilrettelæggelse. Kom og drøft de faglige udfordringer bl.a. med næstformand Dorte Steenberg

**Tid og sted:**

9. sept. 2014 kl. 16:30 - 19:30  
Kreds Hovedstaden, Frederiksborggade 15, 4.sal

**Arrangør:**

Kreds Hovedstaden

**Tilmelding:**

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

**Pris:**

Gratis

**Yderligere info:**

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

**Videnscafé Ny i sygeplejefaget**

Er du nyuddannet sygeplejerske, og har du brug for sparring og gode råd om, hvordan du finder dig tilrette i jobbet. Så kom og hør et oplæg ved Lisbeth Dybbro, sygeplejerske og Master i humanistisk sundhedsvidenskab.

**Tid og sted:**

9. sept. 2014 kl. 16:30 - 19:30  
Borup Erhvervshus, Møllevej 15, 4140 Borup

**Arrangør:**

Kreds Sjælland

**Tilmelding:**

Senest den 2. september på www.dsr.dk/sjælland under "Arrangementer"

**Pris:**

Gratis

**Reception - Åbent hus**

Kom og besøg dit nye medlemshus i Borup, alle medlemmer i Kreds Sjælland er velkomne.

**Tid og sted:**

16. sept. 2014 kl. 13:00 - 18:00  
Borup Erhvervshus, Møllevej 15, 4140 Borup

**Arrangør:**

Kreds Sjælland

**Pris:**

Gratis

**Videnscafé****Når etikken bliver synlig**

Vanskelige etiske situationer præger ofte sygeplejerskens hverdag. Situationer hvor der skal træffes nogle vanskelige valg, hvor man som person bliver sat på en hård prøve ved filosof Jacob Birkler

**Tid og sted:**

22. sept. 2014 kl. 17:00 - 19:30  
Borup Erhvervshus, Møllevej 15, 4140 Borup

**Arrangør:**

Kreds Sjælland

**Tilmelding:**

Senest den 15. september under www.dsr.dk/sjælland

**Pris:**

Gratis

**Fyraftensarrangement for privatansatte sygeplejersker**

Kom til en aften med spændende oplæg fra Jacob Birkler, og derefter kan du vælge imellem 4 forskellige workshops. Fokus denne aften er etik, forhandling, kommunikation og fagligt ansvar.

**Tid og sted:**

30. sept. 2014 kl. 16:30 - 21:00  
Borup Erhvervshus, Møllevej 15, 4140 Borup

**Arrangør:**

Kreds Sjælland

**Tilmelding:**

Senest den 23. september på www.dsr.dk/sjælland under "Arrangementer"

**Pris:**

Gratis

**Videnscafé****Tror du at pension kun er for "Det grå guld"**

I samarbejde med PKA og Lån og Spar Bank inviterer DSR Kreds Sjælland til et spændende arrangement om pension. Max 100 deltagere efter først-til-mølle princippet.

**Tid og sted:**

18. sept. 2014 kl. 17:00 - 21:00  
Borup Erhvervshus, Møllevej 15, 4140 Borup

**Arrangør:**

Kreds Sjælland

**Tilmelding:**

Senest den 15. september på www.dsr.dk/sjælland

**Pris:**

Gratis





## SUNDHEDSFAGLIGT UDDANNEDE JOB RÅDGIVERE

DSA er med dig. Du kan bruge os, hvis du savner inspiration til at komme videre med karrieren eller står uden arbejde. Hver måned udbyder vi et antal karrierecoachingforløb, som du kan booke dig til. Du bliver vejledt af sundhedsfagligt uddannede jobkonsulenter, der kender dit fag og arbejdsmarked.

Vi sparrer også gerne med dig om din ansøgning, dit cv og din jobsamtale, så jobbet forhåbentlig bliver dit.

DSA er Danmarks billigste a-kasse. Læs mere om den service, vi tilbyder på [dsa.dk](http://dsa.dk). Du kan også være aktiv i debatten på [facebook.com/dehvidesko](https://facebook.com/dehvidesko)

**DSA** - for sundhedsprofessionelle

DANSKE  
SUNDHEDSORGANISATIONERS  
ARBEJDSLØSHEDSKASSE



## Priser for ferieannoncer

Alle annoncer skal indtastes via DSRs hjemmeside - login rekvireres hos Dansk Mediaforsyning, [dsrrubrik@dmfnet.dk](mailto:dsrrubrik@dmfnet.dk)

Annoncerne må maksimalt indeholde 40 ord.

Priserne for medlemmer er kr. 650,- ekskl. moms, ikke medlemmer kr. 995,- ekskl. moms.

Faktura fremsendes når bladet er udkommet.

### Luxus lejlighed på over 100 m<sup>2</sup>

Beliggende direkte på stranden mellem Middelhavet og Mar Menor. Stor spise/dagligstue med DVD og fladskærm. To soveværelser, to toiletter med bad, køkken samt terrasse med super havudsigt. Swimmingpool. Direkte fly til Alicante. Kr./uge fra 2.405,-

Rekvirer brochure: tlf. 4457 0787 eller 2023 7577 [www.playaprincipe.dk](http://www.playaprincipe.dk) [booking@playaprincipe.dk](mailto:booking@playaprincipe.dk)

### ITALIEN HOS HANNE

På hyggeligt familiehotel i Rimini ved Adriaterhavets skønne sandstrand fra kr. 200/pers. Nu også med 2 ferielejligheder.

Eller nær TOSCANA, 2 natur-skønne landhuse med pejsestue, køkken, 2-3 værelser, 2 wc og lille have. Udlejes hele året Fra kr. 3.200/uge.

Hanne Astrup Pietroni  
Tlf. +39 335 8239863  
[www.hotel-dalia.it](http://www.hotel-dalia.it)  
[hanne@hotel-dalia.it](mailto:hanne@hotel-dalia.it)

## Praktiske oplysninger til annoncører

Deadline kl. 9 for indtastning af KURSER/MØDER/MEDDELELSER på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) under Information til annoncører

<b>Nr. 10 - 2014</b> 19. august 2014	<b>Nr. 11 - 2014</b> 9. september 2014	<b>Nr. 12 - 2014</b> 30. september 2014
---	---	--

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

**Rådgivning og vejledning vedr. opsætning af annoncer**  
Dansk Mediaforsyning ApS • Elkjærvej 19 st. • 8230 Åbyhøj  
Tlf. 7022 4088 • e-mail: [dsrjob@dmfnet.dk](mailto:dsrjob@dmfnet.dk)  
Internet: [www.dmfnet.dk](http://www.dmfnet.dk)  
Her kan du også rekvirere medieinformation.

Indleveringsfrister for STILLINGSANNONCER til de kommende numre

<b>Nr. 10 - 2014</b> 22. august 2014	<b>Nr. 11 - 2014</b> 12. september 2014	<b>Nr. 12 - 2014</b> 3. oktober 2014
---	--	---

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

Udgivelsesdatoer

<b>Nr. 10 - 2014</b> 5. september 2014	<b>Nr. 11 - 2014</b> 26. september 2014	<b>Nr. 12 - 2014</b> 17. oktober 2014
---	--	--

### Lejlighed i København

søges til min søn som starter på geografi på KU september 2014. Han er rolig og omgængelig, ikke-ryger, samt villig til at udføre viceværtarbejde.

Kontakt sygeplejerske Jane Nielsen på mobil: 3031 1582 eller mail: [Nielsen.grip@stofanet.dk](mailto:Nielsen.grip@stofanet.dk)

## Trænger du til ...ferie?



Fritidshus i Gl. Skagen

DSR har i alt 41 fritidsboliger, beliggende 5 steder ved de danske kyster.

Du kan vælge mellem Gl. Skagen (4 huse og 2 lejligheder), Skærbj Strand ved Nykøbing Sj (9 huse) og Dueodde på Bornholm (6 huse) alle med plads til max. 6 personer samt Løkken (11 lejligheder) og Strandfogedgården i Klegod på Holmsland Klit (9 lejligheder) med plads til max. 2, 4 eller 6 personer.

Du kan leje både weekend-, hverdags- og ugeperioder.

Ring til PKA's Boliganvisning på telefon 39 45 42 87.

Du kan se ledige lejeperioder og flere oplysninger på [www.dsr-fritidsboliger.dk](http://www.dsr-fritidsboliger.dk)

## Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse



**Grete Christensen**  
Formand



**Anni Pilgaard**  
1.-næstformand



**Dorte Steenberg**  
2.-næstformand



**Irene Hesselberg**  
Formand for  
Lederforeningen



**Sanne Fujsang  
Nyquist**  
Formand for SLS

### Kredsformænd



**Vibeke Westh**  
Kreds Hovedstaden



**Helle Dirksen**  
Kreds Sjælland



**John Christensen**  
Kreds Syddanmark



**Anja Laursen**  
Kreds Midtjylland



**Jytte Wester**  
Kreds Nordjylland

### 1.-kreds næstformænd



**Vibeke Schaltz**  
Kreds Hoved-  
staden



**Nils Håkansson**  
Kreds Sjælland



**Line Gessø  
Storm Hansen**  
Kreds Syddanmark



**Bente Alkærsg  
Rasmussen**  
Kreds Midtjylland



**Helle Kjærager  
Kanstrup**  
Kreds Nordjylland

## Dansk Sygeplejeråd centralt

### Administrerende direktør

Anne Granborg

Sankt Annæ Plads 30  
1250 København K  
Tlf. 33 15 15 55 • Telefax 33 15 24 55  
E-mail: dsr@dsr.dk • www.dsr.dk

### Ekspeditionstid (også tlf.):

Mandag-torsdag kl. 9 - 16  
Fredag kl. 9 - 15.

### Lederforeningen Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30  
1250 København K  
Tlf. 46 95 39 00  
E-mail: lederforeningen@dsr.dk  
www.dsr.dk/lederforeningen

### Sygeplejestuderendes

**Landssammenslutning**  
Sankt Annæ Plads 30,  
1250 København K  
Tlf. 4695 4234  
E-mail: sls@dsr.dk • www.dsr.dk/sls

### Sygeplejeetisk Råd

Formand: Grete Bækgaard Thomsen,  
Sundhedschef  
Sankt Annæ Plads 30,  
1250 København K  
www.sygeplejeetiskraad.dk

## Kreds Hovedstaden

### Kredschef

Anne Tovborg

Hovedtelefonnummer: 7021 1662  
Hovedfaxnummer: 7021 1663  
Hjemmeside:  
www.dsr.dk/hovedstaden  
E-mail: hovedstaden@dsr.dk

Hjemmesiden indeholder individuelle  
kontaktoplysninger på kredsens  
medarbejdere og formandskab

### Kontor

Frederiksborggade 15, 4,  
1360 København K

### Åbnings- og telefonider:

Man, tirs, tors, fre: 09.00 - 14.00  
Ons: 13.00 - 16.00

### Lokalkontor

Haslevej 50  
3700 Rønne  
Tlf: 7021 1662  
Fax: 5695 3812

### Telefontid

Man, tirs og tors: 09.00 - 12.00

## Kreds Sjælland

### Kredschef

Mads Hyltdgaard

Hovedtelefonnummer: 7021 1664  
Hovedfaxnummer: 7021 1665  
Hjemmeside: www.dsr.dk/sjaelland  
E-mail: sjaelland@dsr.dk

### Kontor

Møllevej 15  
4140 Borup

### Kontorets åbnings- og telefonider

#### Telefonåbent

Mandag	09.00 - 14.00
Tirsdag	13.00 - 16.00
Onsdag	09.00 - 14.00
Torsdag	13.00 - 16.00
Fredag	09.00 - 13.00

#### Fremmøde

Mandag	08.30 - 15.30
Tirsdag	08.30 - 15.30
Onsdag	08.30 - 15.30
Torsdag	12.00 - 16.00
Fredag	09.00 - 13.00

## Kreds Syddanmark

### Kredschef

Jan Villumsen

Hovedtelefonnummer: 7021 1668  
Hjemmeside: www.dsr.dk/syddanmark  
E-mail: syddanmark@dsr.dk

### Kontor

Vejlevej 121, 2,  
7000 Fredericia

### Telefontider

Kl. 08.30 - 13.00 - mandag, tirsdag,  
onsdag og fredag  
Kl. 13.00 - 16.00 - torsdag

## 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.

Hovedtelefonnummer: 4695 4600  
Hovedfaxnummer: 7021 1667  
Hjemmeside: www.dsr.dk/midtjylland  
E-mail: midtjylland@dsr.dk

### Lokale kontorer

Stationsvej 8a  
7500 Holstebro  
Åbent efter forudgående aftale.

Mindegade 10  
8000 Aarhus C  
Åbent efter forudgående aftale.

### Telefontider

Mandag - tirsdag kl. 10.00 - 15.00  
Onsdag lukket  
Torsdag kl. 10.00 - 15.00  
Fredag kl. 10.00 - 13.00

## Kreds Nordjylland

### Kredschef

Iben Gravesen

Telefon: 4695 4850  
Telefax: 9634 1426  
Hjemmeside: www.dsr.dk/nordjylland  
E-mail: nordjylland@dsr.dk

### Kontor

Sofiendalsvej 3  
9200 Aalborg SV

### Kontorets åbningstider

Man - ons kl. 09.00 - 15.00  
Torsdag kl. 13.00 - 16.00  
Fredag kl. 09.00 - 12.00

# Græsset ER grønnere på den anden side – Kom til Norge for at arbejde!

## **AMBIO Helse søger både nyuddannede og erfarne sygeplejersker til jobs i Norge.**

Kombiner værdifuld og relevant erfaring med smukke oplevelser – og tjen samtidig gode penge. AMBIO Helse leverer vikarer til kommune og sygehuse i hele Norge, til både korte og lange vikariater.

Ambio Helse er også Norges største leverandør av e-oplæringskurser indenfor helsesektoren; [www.helsekursportalen.no](http://www.helsekursportalen.no). Registrer dig hos os, og få alle kurser gratis.

### **Vi tilbyder:**

- Gratis rejse og bolig.
- Gode forsikringsordninger.
- Mulighed for at rejse flere sammen.
- Gratis medicinkursus.
- Hjælp med alt det praktiske omkring dit ophold i Norge.
- Personlig opfølgning.

**Vi har egen dansk kontaktsygeplejerske:  
[mie@ambiohelse.no](mailto:mie@ambiohelse.no)**

**Registrer dig i dag:  
[www.ambio-helse.no](http://www.ambio-helse.no)**

VI HAR OGSÅ  
SOMMERJOB TIL  
SYGEPLEJERSKE-  
STUDENTER

# HELT NY SERIE AF GRUNDBØGER TIL SYGEPLEJERSKE- UDDANNELSEN



*Nye grundbøger, der kan bruges gennem hele uddannelsen. Bøgerne indeholder flotte illustrationer, quizzer, videoer og meget mere. Alle kapitler er fagfællebedømt.*

