

Sygeplejersken

Danish Journal
of Nursing

September 2026
126. årgang

3



er din nye kollega

Den kan tjekke røntgenbilleder
eller overvåge urolige patienter og
dermed frigøre tid for sygeplejersken.
Men **AI** stiller også nye krav til det
kliniske blik, etik og dømmekraft.

Giv medarbejderne et sikkert fagligt fundament.

Med VAR får I adgang til evidensbaserede procedurer, opdateret viden og værktøjer, der understøtter høj kvalitet i den daglige pleje og behandling.

Ny AI funktion -VAR Assist

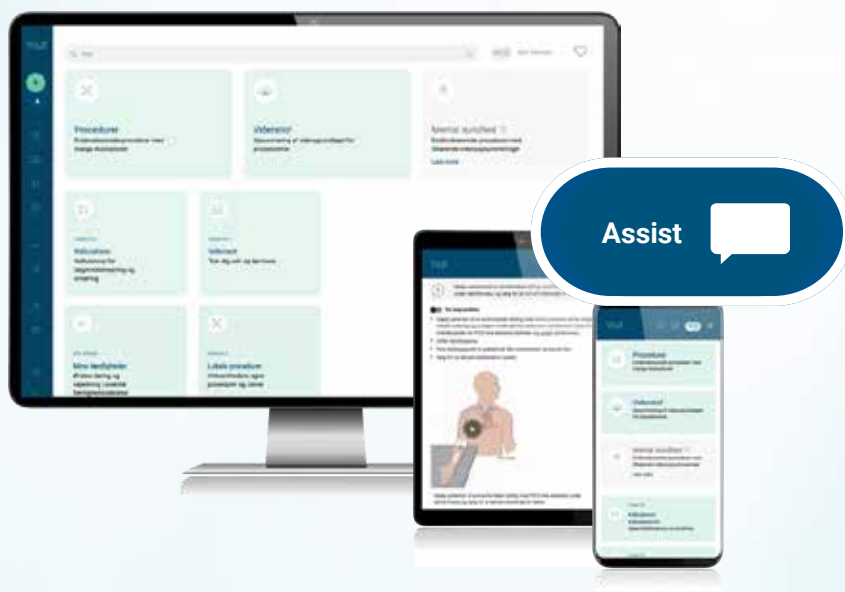
Hurtige svar fra VAR

- > Enkel søgning - svar baseret på VARs evidensbaseret indhold
- > Mulighed for at søge på over 30 sprog
- > Mulighed for at indtale spørgsmål

Ny version af Mine Færdigheder

Kompetencemodulet med ny funktionalitet

- > Lederen får overblik - "hvem kan hvad"
- > Onboarding: Medarbejderen bliver "klædt på" til nye opgaver



Vil du teste vores tillægsmoduler?



VAR Assist

Hurtigst svar på flere sprog



Mine færdigheder

Kompetenceopbygning



Mental sundhed og misbrug

Evidensbaseret viden til håndtering af mennesker med mentale udfordringer, misbrug og afhængighed

Vil du kontaktes af os?

Registrer dig her:



Foto Amanda Hjerne



Fra røntgenbillede til håb

Da **Nuhu Seidu** hørte om efteruddannelsen i stråleterapi, var han ikke i tvivl. I dag kombinerer han sygepleje med avanceret kræftbehandling på Herlev Hospital, hvor han både arbejder med præcis stråleteknologi og tæt patientkontakt i et speciale, der udvikler sig konstant.

◀ Side 46



Så længe alle
forholder sig
tavse, får vi
ikke ændret
kulturen.

Dorthe Birkmose
psykolog

Side 58

Aftryk for livet

"Sygeplejersken var
en *gamechanger*"

Side 7

Tema

AI gemmer på nye
faldgruber

Side 8

Tillidsrepræsentanten

291.000 kr. gemte sig
i ancienniteten

Side 22

5 til forskeren

Lang oplæring af
nyuddannede lønner sig

Side 25

Fag i forandring

Fra fysisk overlevelse
til mental trivsel

Side 26

Forskning får liv

Ny sedering kan give
hurtigere hjælp

Side 50

Dilemma

Skal hun dele sin viden
med skibschefen?

Side 54

Peer review

Barrierer spænder ben for
indsatsen mod delirium

Side 71

Ikke den
opvarmning, du
havde i tankerne?

Lav den rigtig opvarmning
med EasyWarm® og
reducér risikoen for
kirurgiske komplikationer.

Vil du vide mere om
præopvarmning af
patienter?

Besøg:
[www.molnlycke.com/
da-dk/praeopvarmning](http://www.molnlycke.com/da-dk/praeopvarmning)

Sygeplejersken

Danish Journal
of Nursing

Ansvh. chefredaktør
Louise Balleby

Redaktionschef
Kristine Jul Andersen

Redaktør
Lotte Havemann

Bladsekretær
Ditte Jørgensen

Art Director
Mathias N Justesen

Journalister
Anton Kjølner Alexandersen
Christina Sommer
Emma Holm Haugaard
Emma Kold
Helle Lindberg Emarati
Mathilde Nyfos Ebbesen
Sarah Hvid Nielsen
Sofie Twistmann Gregersen

Næste udgave udsendes: 10.-15. november 2026

Distribueret oplag: Perioden 2024-25 71.118 eksp.

Medlem af Danske Medier

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

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

Forsideillustration: Sidsel Sørensen

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

Tryk: Stibo

Annoncer og abonnement: Media-Partners, telefon: 2967 1436, mail: hanne@media-partners.dk

Vi tager ansvar for
indholdet og er tilmeldt

**PRESSE
NÆVNET**



Vi kan bekæmpe mistrivlsen

Alt for mange børn og unge mistrives. Det mærker familier, skoler, sundhedsvæsenet, ja hele samfundet. Derfor glæder det mig, at der endelig er kommet politisk fokus på at gøre noget ved det.

For vi kan som sygeplejersker spille en afgørende rolle.

Vi møder børn og unge på forskellige tidspunkter i livet. Sundhedsplejersken møder den nybagte familie i hjemmet og følger barnet gennem de første leveår og senere i skolen. Sygeplejersken i almen praksis møder børn og forældre, når de søger hjælp for søvnproblemer, angst, mavesmerter eller skolefravær. Og på sygehusene møder vi børn og unge på f.eks. børneafdelinger, i akutmodtagelser og i psykiatrien.

Med vores fag har vi mulighed for at opdage begyndende sårbarhed, stille de vigtige spørgsmål og reagere, før problemerne bliver større og sværere at løse.

I dette nummer af *Sygeplejersken* kan du møde nogle af de sundhedsplejersker, som netop ser de små tegn, andre måske overser. Det arbejde er uvurderligt, og deres indsats bør opprioriteres. Både ift. de 1-5-årige børn. Men også i skolerne, hvor sundhedsplejen gennem de seneste to årtier desværre er blevet nedprioriteret. Der skal sættes systematisk ind, for jo tidligere vi hjælper børn og familier, desto bedre kan vi være med til at forebygge alvorlig mistrivsel senere i livet. Sundhedsplejersker skal gøre det for børns mistrivsel, som de gjorde for børnedødeligheden.

Udfordringen med børn og unges mistrivsel kan ikke løses af én faggruppe alene. Men sundhedsplejersker og sygeplejersker er en vigtig del af løsningen. For vi har fagligheden, relationerne og adgangen til at møde børnene tidligt.

Den mulighed skal udnyttes.



Dorthe Boe Danbjørg

Dorthe Boe Danbjørg
Forkvinde

Over 95.000
danskere har
klikket sig ind
på **knogletallet**
det sidste år.

Har du?

Læs mere på:

knogletallet.dk



Scan her for at
åbne hjemmesiden



Kalk er nødvendigt for at vedligeholde normale knogler.

Knogletallet er udviklet af UniKalk og giver en indikation af, om du lever en knoglevenlig livsstil.



UniKalk[®]

Dine knogler længe leve

Søs Egelind: “Sygeplejersken var en gamechanger”

Tekst **Anton Kjøller Alexandersen**

Foto **Marcus Emil Christensen**

Kræft fra top til tå. Sådan formulerer skuespiller **Søs Egelind** det selv, når hun skal beskrive de to kræftforløb, hun har været igennem. I 2007 blev hun ramt af lymfeknudekræft og et par år senere af modermærkekræft.

“Det er et kæmpe chok at få at vide, man har kræft. Min første tanke var, at jeg ikke kunne have kræft. Jeg er jo for kendt,” siger Søs Egelind og tilføjer, at det er en latterlig tanke, eftersom hun ikke går op i den slags.

Søs Egelind var “helt væk fra vinduet”. Det var svært for hende at forstå beskeden om, at hun var meget syg. Lægens ord var ikke opmuntrende. Men midt i kaos på Rigshospitalet kom sygeplejersken Kirsten, som endte med at blive en uvurderlig person.

“Hun blev min væbner i flere år. Min *wingwoman*.”

Kirsten, kemo og kærlighed

I sin solblegede, blå uniform og med sit rødlige hår stod Kirsten, som var oversygeplejerske på kræftafdelingen på Rigshospitalet, klar med kemo og kærlighed. Hun endte med at betyde meget for Søs Egelind. Kirsten favnede hendes sorg, glæde og panik med humor og varme, og hun var i stand til at gribe hende og familien på en omsorgsfuld måde.

“Kender du det, når døren går op, og så kommer der lys ind? Sådan én var Kirsten, og så kom hun også med den gode kemogift, og hun satte sig ned og snakkede med min mor, som nu havde et voksent barn med kræft,” siger hun og slår fast:

“Mødet med hende, hendes ro og åbenlyse erfaring var en gamechanger.”

Kærlighed og taknemmelighed

Sygeplejersken var med til at give Søs Egelind behandling, men også troen på, at det hele nok skulle ende godt, og energi til at kæmpe videre. Og så mestrede hun virkelig at lægge et PVK.

“Det kunne hun bare, du,” griner Søs Egelind.

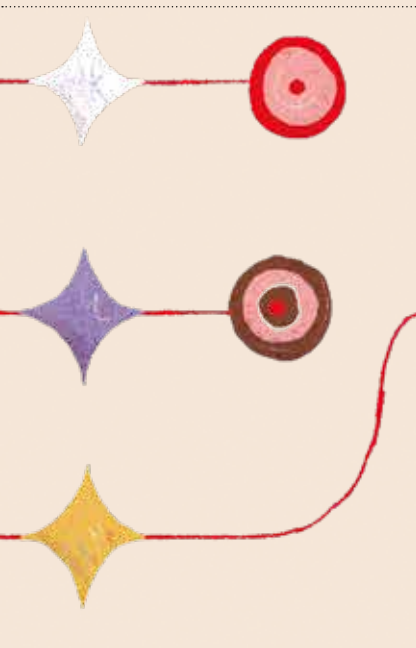
I dag er Søs Egelind rask, og hun mindes sygeplejersken med respekt og evig taknemmelighed. Hun siger selv, at hun bliver lidt forelsket, når hun ser et billede af Kirsten, for hun har sat et aftryk for livet.

“Hvordan skal jeg dog sammenfatte den taknemmelighed, jeg har?” spørger Søs Egelind og sender en tak til alle de sygeplejersker, hun har været i hænderne på.

“Jeg håber virkelig, at sygeplejerskerne får den *credit*, de fortjener. Der er ingen helbredelse uden sygeplejersker.” ♥







AI gemmer på nye faldgruber

Kunstig intelligens har indtaget sundhedsvæsenet til gavn for både patienter og sundhedspersonale. F.eks. når den tjekker røntgenbilleder. Men **ny teknologi skaber også nye udfordringer**, som sygeplejersker skal forholde sig til og klædes på til at kunne håndtere.

Tekst **Helle Lindberg Emarati**

Foto **Tor Birk Trads**

Illustration **Sidsel Sørensen**




For det utrænede øje er den lille fraktur svær at se. Den sidder nederst på grundstykket af lilletåknoglen og er ikke meget mere end en skygge på et par millimeter og nem at forveksle med andre normale strukturer i vævet. Rikke Højen udpeger dog hurtigt bruddet på computer-skærmen for *Sygeplejersken*, inden hun klikker på en lille fane nederst i venstre hjørne.

Skærbilledet skifter. Røntgenbilledet er det samme, men nu er der en hvid firkant rundt om frakturen. Firkanten indikerer, at programmets kunstige intelligens også har identificeret et brud på lilletåknoglen, helt i tråd med Rikke Højens vurdering.

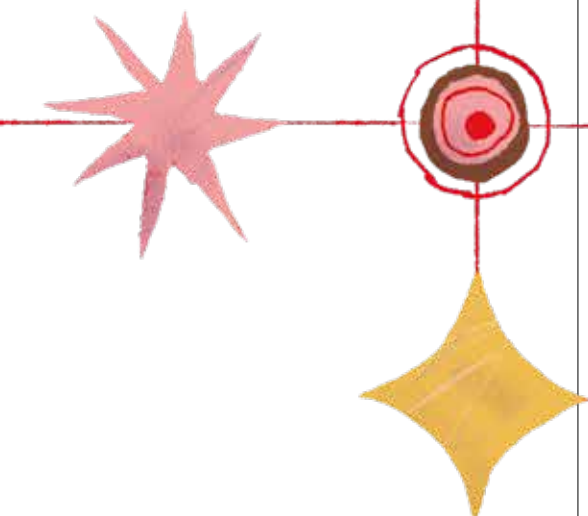
Hun er en af i alt fem behandlersygeplejersker på Småskadeklinikken på Hobro Sygehus, som er en del af Aalborg Universitetshospital. Her håndterer de ud fra et flowdiagram selvstændigt små skader, herunder suturering og vurdering og behandling af frakturer, som ikke kræver avanceret behandling.

"Når vi er i tvivl om en fraktur eller har brug for faglig sparring, ringer vi stadig til ortopædkirurgisk mellemvagt på Aalborg Universitetshospital, men vi behandler og sender uden tvivl patienterne hjem meget hurtigere end før," fortæller Rikke Højen.

Da AI erstattede kirurgen

"Før" betyder før Milvue Suite, et AI-værktøj, som gør det muligt for behandlersygeplejerskerne at vurdere og behandle små knoglebrud på egen hånd.

Småskadeklinikken har cirka otte-ni patienter om dagen og omtrent 3.000 patienter på årsbasis. For cirka to år siden blev behandlersygeplejerskernes arbejde dog i høj grad effektiviseret, da den kun-



- stige intelligens til røntgenbilleder blev implementeret.

"Tidligere skulle vi altid ringe til Aalborg Universitetshospital for at få en anden-håndsvurdering af røntgenbilleder. Det betød ofte ventetid for patienterne, men det har AI'en skåret kraftigt ned på, fordi den har erstattet kirurgens vurdering," forklarer Gitte Stadsgaard Kjeldsen, der også er behandlersygeplejerske på Småskadeklinikken i Hobro.

Set fra hendes stol har AI-værktøjet udelukkende været en gevinst for hendes faglighed.

"Det er et rigtig godt værktøj for os. Siden den kunstige intelligens er kommet til, føler jeg faktisk, at vores kompetencer som behandlersygeplejersker kommer mere i spil, fordi det har givet os en større selvstændighed i behandlingen af patienterne," siger Gitte Stadsgaard Kjeldsen.

Ny teknologi, nye dilemmaer

Hun er ikke alene med sin opfattelse. En ny tværfaglig spørgeundersøgelse fra IDA blandt 1.200 medlemmer af de faglige organisationer Dansk Sygeplejeråd, FOA, Ergoterapeutforeningen og Danske Fysioterapeuter viser, at 53 pct. af sundhedspersonelle bruger ny sundhedsteknologi ofte eller meget i deres arbejde, og at 54 pct. har positive forventninger til at arbejde med ny sundhedsteknologi.

Potentialet i AI som en medspiller, der kan hæve niveauet for både behandling og pleje og spare tid på dokumentations- og rugbrødsarbejde, er da også stort. Men der følger både dilemmaer og faldgruber med



En lille firkant markerer det område på røntgenbilledet, hvor AI'en har identificeret et knoglebrud.

den nye teknologi, som f.eks. sygeplejersker skal være opmærksomme på.

Det mener læge og forfatter Andreas Pihl. Han har skrevet flere bøger om kunstig intelligens i sundhedsvæsenet og peger på, at sundhedsprofessionelle trods gevinsterne ved AI altid skal huske at bevare den kritiske sans, når de rådfører sig med tænkende maskiner.

"I virkeligheden dækker begrebet "kunstig intelligens" jo over alt fra tekstgenerering til beslutningsstøtte, billeddiagnostik, patientmonitorering og bittesmå algoritmer i MR-scannere eller computerprogrammer. På den måde skal man holde tungen lige i munden, når man taler om AI, for vi bruger det hele tiden og det er ikke alt sammen lige indgribende eller potentielt problematisk," siger Andreas Pihl. Han fortsætter:

"I sundhedsvæsenet skal vi dog generelt passe på med at tænke på kunstig intelligens som en kollega eller ekspert i stedet for et værktøj. Og vi skal være bevidste om, hvorfor vi bruger den, hvordan vi bruger den, og hvad konsekvenserne kan være," fortæller han.

Et menneske i kredsløbet

En af farerne ved AI er ifølge Andreas Pihl, at vi over tid risikerer at overlade alle de svære opgaver og krævende mellemregninger til en computer. Som resultat afgiver vi vores evne til at kunne tænke selvstændigt. Undersøgelser viser, at det for f.eks. sundhedsfaglige kan resultere i *deskilling* (på dansk: dequalificering), hvor de mister færdigheder og bliver dårligere til at løse konkrete opgaver.

"Det sker, fordi mennesker mister deres færdigheder, når de ikke bruger dem. Vil vi acceptere det tab af færdigheder hos sundhedsprofessionelle til gengæld for gevinsterne ved AI? Det vil vi måske, men det er en diskussion, vi bør have," forklarer Andreas Pihl.

Uigennemskuelige AI-systemer, der ikke altid forklarer, hvordan de når frem til et givent resultat, skævheder i algoritmetræningen, hvor menneskelige fordomme ubevidst bliver overført til den kunstige intel-

Behandlersygeplejerske Gitte Stadsgaard Kjeldsen fortæller, at AI er en pålidelig *second opinion* til røntgenbilleder. På Småskadeklinikken bruger de også AI til journalføring, hvor sygeplejerskerne dikterer, hvad den kunstige intelligens skal skrive.



ligens og dermed kan føre til forkerte diagnoser eller vurderinger, er også blandt de potentielle snubletråde ved den nye teknologi.

Andreas Pihl fremhæver desuden såkaldt *automation bias* – den menneskelige tendens til at stole blindt på automatiske systemer og computere – som en potentiel risiko ved kunstig intelligens.

"Hvis du tager de nyeste generationer af chatbots som eksempel, så kan de jo være helt utroligt overbevisende. De svarer på en måde, som er både troværdig og tillidsvækkende, og de fremstår enormt lydhøre og hjælpsomme," siger Andreas Pihl. Han fortsætter:

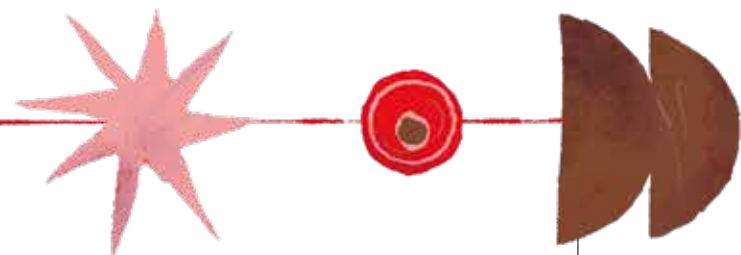
"For sundhedsfaglige er det derfor vigtigt, at vi f.eks. ikke tillægger kunstig intelligens for stor autoritet eller betragter den som en ekspert. AI kan utroligt meget allerede i dag, men der skal altid være et *human in the loop*, dvs. et menneske i kredsløbet, der kvalitetssikrer eller sætter spørgsmålstejn ved det, computeren siger."

Det kliniske blik kommer først

Det er der også i Hobro. Altså et menneske i kredsløbet.

Alle røntgenbilleder fra Småskadeklinikken bliver den efterfølgende dag gennemgået af en radiolog. Skulle der mod forventning være noget, behandlersygeplejerskerne eller den kunstige intelligens i Milvue





- Suite har overset eller fejlvurderet, vil den pågældende patient blive ringet op og bedt om at komme ind i klinikken. Desuden bliver skaderne gennemgået af henholdsvis håndkirurger, fodkirurger og børneortopædkirurger.

"Det er også vigtigt at understrege, at vi først og fremmest bruger vores kliniske blik, når vi kigger på et røntgenbillede. Vi kigger altid først på billedet uden AI for at lave vores egen vurdering. Bagefter tjekker vi billedet med den kunstige intelligens," fortæller Gitte Stadsgaard Kjeldsen.

AI'en har en sensitivitet på omkring 96 pct., men det hænder alligevel at sygeplejerskerne er uenige med den. Når det sker, rådfører de sig med den vagthavende ortopædkirurg. Generelt føler de sig dog trygge ved at have den kunstige intelligens som *second opinion*.

"Selvfølgelig skal man passe på, at man ikke stoler ukritisk på den, men det giver en god følelse af sikkerhed, når jeg kigger på et røntgenbillede og ser en fraktur, og AI'en så ser det samme. Patienterne er også helt trygge ved det, når vi forklarer dem det," siger Rikke Højen. Hun tilføjer:

"Min første tanke, da den kunstige intelligens blev implementeret, var nok, at det var en spareøvelse. Vi har jo oplevet rigtig mange gange, at når der bliver lavet nye tiltag, så handler det på en eller anden måde om at spare ressourcer. Men jeg synes, det er blevet vendt til også at være en rigtig god faglig mulighed for os."

Personale mangler uddannelse

Og AI kommer efter alt at dømme til at fylde meget mere i bl.a. sundhedsvæsenet. I 2024 nedsatte den daværende regering Den Digitale Taskforce for Kunstig Intelligens, et tværoffentligt samarbejde mellem regeringen, KL og Danske Regioner, der skal understøtte udbredelsen af kunstig intelligens i den offentlige sektor.

Et af taskforcens erklærede mål er, at udrulning af kunstig intelligens i de offentlige myndigheder, herunder regionerne



Det giver en god følelse af sikkerhed, når jeg kigger på et røntgenbillede og ser en fraktur, og AI'en så ser det samme.

Rikke Højen
behandlersygeplejerske

og kommunerne, skal frigøre mindst 50 mio. timer, svarende til 30.000 årsværk på tværs af den offentlige sektor frem mod 2035. Et andet er, at 80 pct. af offentlige myndigheder senest i 2030 skal anvende kunstig intelligens, "hvor det giver mening og værdi."

Skal det lykkes i sundhedsvæsenet, kræver det ifølge Andreas Pihl, at sygeplejersker og andre sundhedsfaglige bliver klædt ordentligt på til at kunne bruge AI.

"Der mangler helt klart – for alle grupper af sundhedspersonale – uddannelse og kompetencer til at kunne bruge kunstig intelligens på en forsvarlig måde. Der er gang i alt muligt rundt omkring i sundhedsvæsenet, men der mangler en national handleplan i forhold til skalering og implementering," siger han.

Mere tid til...hvad?

I spørgeundersøgelsen fra IDA svarede blot 33 pct. af de sundhedsprofessionelle, at de ofte modtager undervisning eller oplæring i ny sundhedsteknologi, selvom langt flere bruger sundhedsteknologi regelmæssigt. Og kun 26 pct. oplever at blive inddraget, når ny teknologi skal implementeres.

Netop den manglende brugerinddragelse er bekymrende, mener Andreas Pihl. Han hæfter sig desuden ved, at der ikke er nogle sundhedsfaglige repræsentanter eller eksperter tilknyttet Den Digitale Taskforce for Kunstig Intelligens.

"Det er jo totalt risikabelt, for én af de store spørgsmål ved kunstig intelligens i sundhedsvæsenet, som vi skal tage stilling til, er, hvad vi gerne vil med den. Hvis AI skal frigøre mere tid, hvad skal vi så bruge den tid til? Er det at få endnu flere patienter igennem systemet? Eller er det, at sundhedspersonale kan bruge lidt flere minutter på en patient, læse op på noget fagligt eller bare holde en pause og gå en tur?" påpeger han og fortsætter:

"Vi har jo f.eks. store udfordringer med stress og udbrændthed i sundhedsvæsenet. AI kan være en del af løsningen. Men det kræver, at vi lige sætter os ned og taler om, hvordan den skal bruges."

Et værktøj til gavn

I Hobro er behandlersygeplejerskerne enige med Andreas Pihl i, at kunstig intelligens skal bruges med omtanke. Generelt er de dog optimistiske omkring anvendelsesmulighederne for AI i fremtidens sundhedsvæsen.

"Hvis man kan bruge kunstig intelligens på en måde, hvor man som sundhedsfaglig stadig skal tage kritisk stilling, så tænker jeg, det er en gevinst," siger Gitte Stadsgaard Kjeldsen.

Bliver I bedre sygeplejersker af kunstig intelligens?

"Nej, det vil jeg ikke sige. Det er et værktøj, som hjælper os med at arbejde mere effektivt, til gavn for både os og patienterne. Processen bliver bedre, men vores sygeplejefaglighed er den samme," siger Rikke Højen. ♥

Behandlersygeplejerskerne på Småskadeklinikken i Høbro er optimistiske omkring AI i fremtidens sundhedsvæsen. "Hvis man kan bruge kunstig intelligens på en måde, hvor de sundhedsfaglige stadig skal tage kritisk stilling, så tænker jeg, det er en gevinst," siger Gitte Stadsgaard Kjeldsen (t.v.), der her ses sammen med Rikke Højen.

DSR: AI skal give mere tid til sygepleje

Kunstig intelligens kan være en kæmpe gevinst for sygeplejen og sundhedsvæsenet, men den må aldrig blive et mål i sig selv. Den skal implementeres, hvor det dokumenterbart kan forbedre patientoplevelsen, patientsikkerheden eller frigøre tid fra administrative eller rutineprægede opgaver.

Det mener Dorthe Boe Danbjørg, formand i Dansk Sygeplejeråd. Hun understreger desuden, at den frigivne tid skal bruges på mere omsorg og sygeplejefaglige kerneopgaver, ikke til at presse flere patienter igennem.

"Derfor skal sygeplejersker inddrages i udviklingen, samtalen og implementeringen af AI, fordi det nytter jo ikke noget hvis den vundne tid betyder, at vi så bare lægger ekstra patienter i sengene eller på gangene. Vi skal være med til at diskutere, hvad ressourcerne skal bruges til," siger hun.

Netop implementeringen ser hun som en af de største udfordringer ved kunstig intelligens. Det kræver ledelse, investeringer og en kontinuerlig faglig refleksion over, hvordan den nye teknologi ændrer sygeplejen.

"Vi bliver nødt til at have diskussionerne om, hvad det betyder for sygeplejerskernes arbejde. Hvad får vi, hvad mister vi? Hvis en kunstig intelligens f.eks. kan måle værdier på patienterne, kan det måske frigive tid, men hvis sygeplejersken så ikke længere skal ind og måle værdierne tre gange på en vagt, hvad betyder det så for det kliniske blik og følingen med patienten?" ♥

AI gør kernesyggeplejen uundværlig

Jo mere AI, der kommer ind i sygeplejen, **desto større bliver behovet for klassiske sygeplejefaglige dyder** og etiske overvejelser om, hvad der er rigtigt og forkert. Det mener forsker Victor Vadmand Jensen og formand for Sygeplejeetisk Råd, Inge Trelborg Møller.

Tekst **Helle Lindberg Emarati**

Illustration **Sidsel Sørensen**

AI-overvågede sensorer i gulve og senge, der kan registrere urolige patienter og forebygge fald. Algoritmer, der løbende analyserer vitale værdier, og som kan forudsige sepsis eller forringelser i patienternes tilstand timer, før det sker. Stemmestyrer journalføring, automatiseret vagtplanlægning, sårvurdering, medicineringskontrol, diagnosticering af knoglebrud og meget mere.

Kunstig intelligens er allerede i fuld gang med at blive afprøvet og implementeret i sundhedsvæsenet. Men det kræver klinisk ekspertise og en faglig næse for etik at kunne anvende AI på en måde, der er til mest gavn for patienterne og ikke overskridere deres grænser.

Det mener Victor Vadmand Jensen. Han er ph.d.-stipendiat på Institut for Klinisk Medicin ved Aarhus Universitet og Regionshospitalet Silkeborg. Han forsker i AI-etik i sundhedsvæsenet som en del af forskningsprogrammet CAAIR i Region Midtjylland.

"Kunstig intelligens leverer data, sygeplejersken fortolker dem. En AI kan fortælle,



Hvis patienterne oplever, at vi er alt for optagede af data, alarmer, apps og algoritmer, bliver den tillidsfulde relation mellem sygeplejerske og patient kompromitteret.



Inge Trelborg Møller
formand for Sygeplejeetisk Råd

om en patient er ved at stå ud af sengen, men det kræver en sygeplejerskes kliniske blik at kunne afgøre, om alarmen faktisk er relevant, og hvad der skal reageres på. Blikket på patienten er enormt vigtigt ift. at sikre, at teknologien bliver brugt på en etisk forsvarlig måde," siger han.

Hvad mener du, når du siger etisk forsvarlig?

"Etik handler om, hvad vi bør gøre, ikke hvad vi *kan* gøre, eller hvad vi *må* gøre. Så det handler om at skelne mellem det teknisk mulige, det juridisk tilladte og det etisk rigtige," forklarer Victor Vadmand Jensen. Han fortsætter:

"Kunstig intelligens bliver allerede i vid udstrækning brugt til at analysere information om patienter, men en sygeplejerske er den fagperson, der kender patienterne bedst og kan sige: "Hov, den her overvågning eller information har vi faktisk ikke brug for, og det har patienten heller ikke givet tilsagn til. Nu gør vi ikke længere, hvad der tjener dem bedst."

Etik skal være løbende praksis

Og det etiske aspekt ved kunstig intelligens i sundhedsvæsenet må ifølge Victor Vadmand Jensen ikke være noget, der blot tages stilling til en enkelt gang, når et nyt system, værktøj eller program indkøbes. Den "etiske AI-muskel" skal trænes løbende. Men det kræver, at der er tid til det i en travl hverdag med mange patienter og krav.

"Hvornår giver kunstig intelligens mening? Hvilket samtykke er muligt i den konkrete situation? Hvordan tilpasser vi teknologien til den enkelte patient? Hvis vi kan give rum til, at sygeplejersker og andre sundhedsfaglige kan have de samtaler, dele deres erfaringer og tage det op til diskussion, når patienterne ikke er trygge eller i stand til selv at sige fra, så kan vi få et AI-understøttet sundhedsvæsen, hvor etikken kontinuerligt inddrages i beslutninger," siger han.

Hans synspunkt deles af Inge Trelborg Møller, klinisk sygeplejespecialist og formand for Sygeplejeetisk Råd. Hun opfordrer til, at ledelsen på arbejdspladserne går forrest i forhold til at skabe plads til de etiske overvejelser omkring kunstig intelligens.

"Nogle steder bliver der nærmest himlet med øjnene, hvis man bruger ordet "refleksion," men det skal der simpelthen være tid til. Det er der, vi som sygeplejersker bliver virkelig stærke og i stand til at træffe gode valg om brugen af AI i samarbejde med patienter og pårørende," siger hun.

Må ikke sjuske med nærværet

I arbejdet med kunstig intelligens peger Inge Trelborg Møller samtidig på, at sygeplejersker først og fremmest skal være skarpe på de tre grundværdier i etisk forsvarlig sygeplejepraksis: Tillid, omsorg og ansvar.

FIRE SPØRGSMÅL

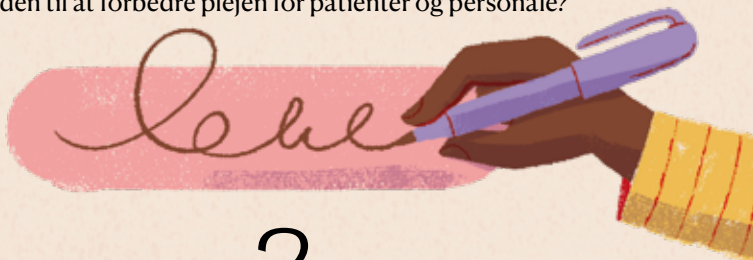
sygeplejersker bør
stille om AI



1

**Giver den kunstige intelligens værdi
- eller skaber den bare mere arbejde?**

Hvilket problem skal teknologien løse, og hvordan kan vi bruge den til at forbedre plejen for patienter og personale?



2

Hvilke samtykker er rigtige - og hvordan får vi dem?

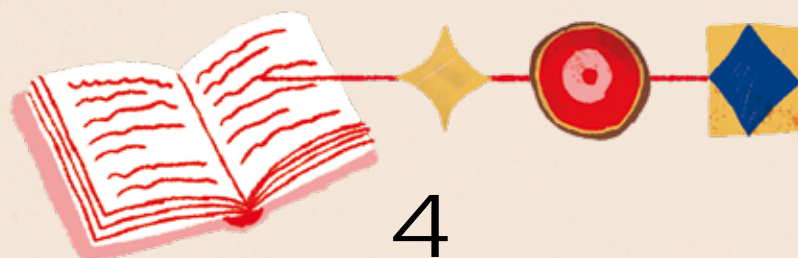
Hvor meget information bør vi give patienten om, hvad AI bruges til og hvordan håndteres situationer, hvor patienten ikke kan give et informeret samtykke?



3

Hvem har ansvaret?

AI kan støtte beslutninger, men erstatter ikke sygeplejerskens faglighed eller kliniske vurdering. Ansvarer bør ikke overlades til teknologien.



4

Er afdelingen klar til at bruge AI?

Er medarbejderne oplært, er der fælles retningslinjer, og er der tid til løbende at diskutere de etiske spørgsmål i hverdagen?

Kilde: Victor Vadmand Jensen, forsker i AI-etik i sundhedsvæsenet.



En sygeplejerske er den fagperson, der kender patienterne bedst og kan sige: "Hov, den her overvågning eller information, har vi faktisk ikke brug for."



Victor Vadmand Jensen
forsker i AI-etik i sundhedsvæsenet

"AI kan rigtig meget, men noget af det, som gør os sygeplejersker helt særlige, er netop det, den *ikke* kan. Den kan ikke skabe relationer, for tillid kan ikke automatiseres. En kunstig intelligens kan heller ikke læse mellem linjer og forstå kontekster på samme måde, som en sygeplejerske af kød og blod kan. Og jeg tror, kunstig intelligens fordrer, at vi alle sammen bliver meget mere bevidste om vigtigheden af netop relationen til patienten," siger hun.

Når f.eks. en AI-sensor i en intelligent ble på en patient kan sende informationer om, hvor våd den er direkte til en app på sygeplejerskens arbejdstelefon, kan det forebygge urinvejsinfektioner, lækager og unødige bleskift. Men prisen for effektiviteten ved kunstig intelligens må ikke være mindre omsorg og mangel på den værdifulde patientkontakt.

"Vi kan som sygeplejersker ikke tillade os at sjeske med nærværet. Hvis patienterne oplever, at vi er alt for optagede af data, alarmer, apps og algoritmer, så bliver den tillidsfulde relation mellem sygeplejerske og patient kompromitteret. Patienten skal kunne have tillid til, at vi tager ansvar for at drage omsorg for dem," pointerer Inge Trelborg Møller. ♥

Den første AI-generation

Martha Haile og Emilie Andersen er begge sygeplejestuderende og bliver blandt de første sygeplejersker i sundhedsvæsenet, der har brugt kunstig intelligens allerede på studiet. De forventer, at AI bliver en stor del af deres arbejdsliv, men er **bekymrede for at miste vigtige færdigheder**, hvis computerne overtager for meget.

Tekst **Helle Lindberg Emarati**

Foto **Mikkel Berg Pedersen**

Illustration **Sidsel Sørensen**

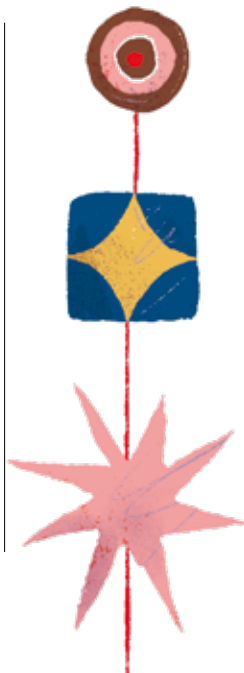


”ChatGPT

, forklar mig hjertets mekaniske system, som om jeg var 10 år gammel.”

Der går cirka et sekund, så har AI-chatbotten generet en pædagogisk tekst-gennemgang af kamre, klapper og pumpefunktion, hvor hjertet bliver sammenlignet med en garage med pumpe, lungerne en tankstation og blodet er små leveringsbiler, der leverer ilt rundt i kroppen.

Spørgsmålet kunne til forveksling ligne et, som Martha Haile kunne finde på at stille den kunstige intelligens. Hun går på 7. semester på sygeplejerskeuddannelsen i Viborg og bruger jævnligt AI som værktøj i sit studie. Den kan være hendes oversætter, sekretær, søgemaskine eller indtage andre hjælpsomme funktioner.



”Jeg kan f.eks. finde på at bruge den til at forklare kompliceret fysiologi eller anatomi i et sprog, der er lidt lettere at forstå. Eller hvis jeg har lavet et oplæg til en eksamen, får jeg den til at samle det, så det lige ser mere overskueligt ud. Hvis jeg mangler nogle hjemmesider, hvor jeg kan læse om et bestemt emne, kan jeg også godt finde på at bruge ChatGPT eller Google AI,” forklarer Martha Haile.

Kunstig intelligens på skolebænken

Hun er ikke alene. I en amerikansk undersøgelse fra marts 2026 selvrapporterede cirka 89 pct. af bachelorsygeplejestuderende, at de brugte AI på studiet. I Danmark viste et ph.d.-projekt fra 2023, der beskæftigede sig med studerendes brug af sprogmodeller i bacheloropgaver på sygeplejerskeuddannelsen, at sygeplejestuderende i vid udstrækning bruger chatbots som redskab i deres bachelorprojekter.

Den kunstige intelligens har også sneget sig ind i undervisningen. På flere sygeplejerskeuddannelser bliver AI-bots f.eks. brugt



Kunstig intelligens er virkelig overbevisende, så måske kunne jeg godt blive usikker på mig selv.

Martha Haile
sygeplejestuderende

til simulationstræning, hvor de studerende kan øve sig på svære patientsamtaler.

Uddannelserne har desuden politikker for brugen af AI, der tillader kunstig intelligens som redskab på studiet, så længe det er i tråd med reglerne. Dermed er den første generation af sygeplejersker, der har stiftet bekendtskab med AI allerede på skolebænken, godt på vej ud i det danske sundhedsvæsen.

Emilie Andersen er også studerende på 7. semester på sygeplejerskeuddannelsen i Viborg. Ligesom Martha Haile bruger hun kunstig intelligens regelmæssigt i sit studie og oplever, at det er helt almindeligt blandt de studerende.

"Folk taler åbent om, at de bruger kunstig intelligens, det er ikke tabu på nogen måde. Jeg er ordblind, så jeg bruger f.eks. en chatbot til at hjælpe mig med at rette mine stavfejl i opgaver. Jeg bruger den også som spar-



Martha Haile (t.v.) og Emilie Andersen er begge sygeplejestuderende og bruger kunstig intelligens på studiet - f.eks. som sparringspartner eller assistent.

ringspartner i refleksioner, hvor den måske kan udfordre mig lidt i min tænkning," fortæller hun.

Selvom hun ser flere dilemmaer ved brugen af kunstig intelligens, betragter Emilie Andersen det som naturligt skridt i sin uddannelse, at hun lærer teknologien at kende.

"Jeg ser sådan på det, at kunstig intelligens nok kommer til at blive en del af mit arbejdsliv. Det virker uundgåeligt, så i stedet for at sidde med armene over kors og sige, at det gider jeg ikke være en del af, så tænker jeg mere: Hvordan kommer jeg det bedst i møde?"

Kan godt blive usikker af AI

Men for de studerende følger der også bekymringer og overvejelser med brugen af den kunstige intelligens. For Martha Haile er det f.eks. refleksioner over potentielt tab af færdigheder, der fylder.

"Jeg kan jo godt mærke, at jeg ikke bruger min hjerne lige så meget som før. At jeg bliver doven. Det er virkelig fristende bare at spørge AI i stedet for at bladere i en bog eller søge på Google. Jeg kan blive bekymret for, om jeg mon springer nogle vigtige læreprocesser over," fortæller hun.

Emilie Andersen er enig. Hun ser det derfor som virkelig vigtigt, at sygeplejersker og sygeplejestuderende bevarer en kritisk tilgang til brugen af AI.

"Det er klart, at vi ikke må miste helt basale færdigheder. Vi ved jo heller ikke altid, hvor den kunstige intelligens får sine informationer fra. Jeg synes selv, jeg er blevet god til at bruge det på en ansvarlig måde, men jeg er ikke sikker på at alle sygeplejersker er klædt lige godt på til at arbejde med AI," siger hun.

Hvis I en dag i fremtiden ender i en situation ude i klinikken, hvor I er uenig med en kunstig intelligens, hvad ville I så gøre?

"Jeg tror, jeg ville stole på min egen faglighed, siger Emilie Andersen. Martha Haile er en smule mere tøvende.

"Jeg håber, jeg ville kunne tro på mig selv. Men jeg kan faktisk godt komme i tvivl. Kunstig intelligens er jo virkelig overbevisende, så måske kunne jeg godt blive usikker på mig selv. Dog ville jeg ikke træffe en faglig beslutning alene på baggrund af, hvad en AI fortæller mig." ♥

Uddannelserne skal gå forrest

Sygeplejestuderende skal allerede på uddannelsen rustes til at kunne **anvende kunstig intelligens med faglig dømmekraft** og kritisk sans, mener lektor.

Tekst **Helle Lindberg Emarati**

Illustration **Sidsel Sørensen**

Det handler om andet og mere end det rent mekaniske at kunne anvende kunstig intelligens i sygeplejen på en forsvarlig måde. Derfor skal sygeplejestuderende introduceres til AI og guides i brugen af teknologien tidligt i uddannelsen.

Det mener Marianne Eilsø Munksgaard. Hun har en master i IT og interaktionsdesign, er cand.pæd. i generel pædagogik og lektor på sygeplejerskeuddannelsen på Københavns Professionshøjskole.

Her arbejder hun ikke kun med at lære sygeplejestuderende at anvende kunstig intelligens, men også at udvikle deres faglige dømmekraft i mødet med den.

"Når jeg f.eks. bruger generativ AI i simulationstræning med de studerende, kan jeg *prompte* den til at spille en patient, som reagerer mindre forudsigeligt eller er mere "besværlig." Det kan gøre simulationen mere realistisk og stille større krav til den studerendes kommunikation og kliniske vurderinger," fortæller Marianne Eilsø Munksgaard. Hun fortsætter:

"Det interessante er netop også bagefter at diskutere: Hvad gjorde AI'en? Hvad virkede realistisk? Hvad skal vi være kritiske overfor? AI kræver altid menneskelig og sygeplejefaglig dømmekraft - det man kalder *human in the loop*."

AI må ikke overtage læreprocessen

Marianne Eilsø Munksgaard peger på, at AI-undervisning på sygeplejerskeuddannelserne først og fremmest skal definere, hvad kunstig intelligens kan hjælpe med, og hvad de studerende skal kunne på egen hånd.



De skal forstå, hvor kunstig intelligens kan hjælpe dem, og hvor den kan spænde ben for dem.

Marianne Eilsø Munksgaard
lektor på sygeplejerskeuddannelsen
på Københavns Professionshøjskole

"Lige nu er de studerende langt hen ad vejen overladt til selv at finde ud af, hvordan de skal bruge kunstig intelligens. Derfor skal vi på uddannelserne tidligt begynde at arbejde med, hvad f.eks. generativ AI egentlig er, hvad teknologien kan og ikke kan, og hvornår der er grund til at sætte spørgsmålstegn ved de svar, den giver," siger hun og tilføjer:

"De skal også lære at bruge kunstig intelligens som en professionsrettet teknologi og f.eks. ikke kun som noget, der kan bruges til at komme lettere gennem studierelaterede opgaver."

AI må nemlig ikke overtage de studerendes læring, understreger hun.

"Som underviser vil man jo netop gerne have, at de studerende fordyber sig, fordi det er en vigtig del af læreprocessen. Derfor er det afgørende, at vi netop giver de studerende indsigt i AI på uddannelsen. De skal forstå, hvad formålet med undervisningen er, hvor kunstig intelligens kan hjælpe dem, og hvor den måske direkte kan spænde ben for dem," siger Marianne Eilsø Munksgaard. ♥

**Annonce for
Orion Pharma**

**Annonce for
Orion Pharma**

Lyv ikke for mennesker med demens

Et busstoppested uden bus, en købmandsbutik uden sælger og undulater i pap. **Plejhjem indrettet med kulisser**, attrapper eller som decideret demenslandsby skyder op i Danmark. Det er et skråplan, mener sygeplejerske Jannie Sternberg.

Tekst **Laura Elisabeth Lind**

Illustration **Eszter Marie**

“**Mennesker med demens** har ikke brug for en kunstig virkelighed skabt af illusioner. De har brug for, at vi møder dem i den virkelighed, de oplever, gennem nærværende og fagligt funderede relationer.”

Sådan lyder det fra sygeplejerske Jannie Sternberg, som for nylig har haft et debatindlæg i Kristeligt Dagblad. Hun skrev det som reaktion på, at en ny demenslandsby er skudt op i Danmark. Udover busstoppestedet, hvor der aldrig kommer en bus, kan man også finde et lille hvidt attrap-stakit foran udgangsdøren med en advarselstrekant og et skilt, hvor der står “Pas på - nymalet.” Beboerne kan også lægge vejen forbi en frisersalon uden frisør, der klipper deres hår. Det bliver ordnet af de ansatte. Hos købmanden kan beboerne tage genbrugstøjet med fra stativerne uden at betale, ligesom de i sommervarmen kan snuppe en is fra fryseren.

Ifølge forstanderen i demenslandsbyen må man godt snyde mennesker med demens ved f.eks. at sætte et attrap-stakit op, hvis



Vi skal ikke aflede mennesker med demens fra virkeligheden.

det forhindrer beboere i at forlade plejehjemmet og blive væk, forklarer hun i en artikel i Kristeligt Dagblad. Men det er Jannie Sternberg ikke enig i.

Kulisser opfylder ikke behov

For selv om landsbyen er skabt i den bedste mening med respekt for dens beboere, så køber Jannie Sternberg ikke idéen om at bygge en uvirkelig ramme omkring mennesker med demens. Hun arbejder selv inden-

for ældreplejen og har mange års erfaring som demenskoordinator:

“Vi skal ikke aflede mennesker med demens fra virkeligheden. Man kan ikke bare snyde dem og konstruere en alternativ virkelighed bygget på en illusion, der skal kunne rumme mennesker med svær kognitiv svækkelse, som derfor har svært ved at klare sig selv. De er almindelige mennesker med almindelige følelser og helt basale psykologiske behov, der ikke bliver opfyldt i den her verden af kulisser.”

Ved at legitimere snyd som metode risikerer man at flytte omsorgen fra relation til iscenesættelse, mener hun:

“Det er et skråplan at tænke, at mennesker med demens ikke kan agere i verden, som den er. Det kan de. De skal bare have hjælp. Det kræver tid, gode relationer og høj sygeplejefaglighed,” siger Jannie Sternberg og fortsætter:

“Løsningen ligger ikke i bare at sende Hans ind i købmandsbutikken for at handle. Så ryger den faglige refleksion, som er så vigtig. Hvad er det egentlig, Hans gerne vil, og hvad giver han udtryk for? Savner han måske noget at tage sig til, siden han hele tiden spørger, hvornår vi skal ud at købe ind?”

Tid og nærvær er værdigt

Jannie Sternberg har kun fået positive tilbagemeldinger på debatindlægget. Hun mener, det er vigtigt, at sygeplejersker fortsætter debatten.

“Det kan måske føre til, at man griber det anderledes an, næste gang, man planlægger at lave en demenslandsby,” siger hun og tilføjer:

“Hvis der bliver lavet en tydelig klinisk vurdering og specifikke handleplaner, er der ikke brug for en undulat af pap i et fugebur. Vi skal møde mennesker med demens med tid og nærvær. Vi skal ikke lyve over for dem. Det er uværdigt.” ♥

Dette indlæg er et udtryk for kildens egen holdning.

291.000 kr. gemte sig i ancienniteten

Man kan gå glip af mange penge, **hvis ikke ancienniteten er korrekt.** Det erfarede en nyansat sygeplejerske, da TR Anne-Marie Stilling gik hendes lønbilag efter.

Tekst **Laura Elisabeth Lind**

Foto **Lars Horn**

"Jeg troede, det var løgn."

Men den var god nok. Da sygeplejerske og tillidsrepræsentant Anne-Marie Stilling åbnede en mail fra lønkontoret, kunne hun se, at en af sygeplejerskerne skulle have et stort beløb efterbetalt. Mere end en kvart mio. kr. – 291.000 kr. For hendes anciennitet havde ikke været korrekt de sidste to-tre år.

"I mailen stod der, at lønkontoret havde regnet på det nogle gange og havde kontak-
tet jurister for at være helt sikre. Så det var rigtigt nok," fortæller Anne-Marie Stilling.

Hun har været uddannet sygeplejerske siden 2002 og har i godt to år været tillidsrepræsentant på Bostedet Aars og fællestillidsrepræsentant for 40-50 sygeplejersker i specialektoren i Region Nordjylland. Hun har hjulpet mange medlemmer med at tjekke deres indplacering på lønskalaen. Og det sker faktisk tit, at hun finder fejl. Men hun har aldrig oplevet, at en sygeplejerske skulle have så mange penge efterbetalt.

"Det er en af de dage, hvor jeg tænker: 'Wow, man kan virkelig gøre en forskel som TR.'"

Ved nyansættelser er Anne-Marie Stilling altid inde over alle kontrakter og lønindplaceringer. Så da hun modtager sygeplejerskens lønbilag, studser hun over, at sygeplejersken ikke får sit 10-årstillæg.



Det var ikke kun grundløn-
nen, der
var for lav.
Der kom
ulempe-
tillæg,
feriegodt-
gørelse og
pension
oveni.

"Jeg ringer hende op og finder ud af, at hun har arbejdet andre steder end i Region Nordjylland, og dermed har hun noget anciennitet, der ikke er registreret."

10 gange så stort beløb som forventet

Sygeplejersken har bl.a. arbejdet i andre regioner og i udlandet. Det tæller alt sammen med, når ancienniteten skal beregnes. Det viser sig, at hun skulle have haft tillægget for et par år siden. Hun skulle også have haft 8-årstillægget to år tidligere. Anne-Marie Stilling sender flaks en mail til regionens lønkontor, hvor der i ugerne efter bliver regnet og kalkuleret.

"Sygeplejersken har haft mange vagter, og derfor løber det op og bliver til mange penge. Det var ikke kun grundlønningen, der var for lav. Der kom ulempetillæg, feriegodtgørelse og pension oveni."

I Anne-Marie Stillings egen hurtige hovedregning, havde hun tænkt, at det måske var godt 30.000, sygeplejersken skulle have efterbetalt for ikke at have fået 10-årstillægget i omkring tre år.

"Men hun skulle have omkring 10 gange så meget efterbetalt."

Send selv dokumentation

Som tillidsrepræsentant ved Anne-Marie Stilling, at det er vigtigt at dobbelttjekke ancienniteten og sikre sig, at alt med lønnen er korrekt, når nye sygeplejersker kommer til.

"Jeg finder altid først ud af, om vedkommende er medlem af DSR eller ej. Er de medlem, så ringer jeg dem op. Her snakker vi om, hvad de siger til det lønbeløb, de er blevet tilbudt. Og så slutter jeg altid af med at tjekke, om anciennitetsdatoen er korrekt."

Det er her, hun ofte opdager fejl i lønnen.

"Der er tit andet arbejde, der ikke er registreret. Når man f.eks. har arbejdet uden for regionen, skal man huske selv at indsende dokumentation for det, så der måske kommer en lønstigning et år eller to tidligere."

Hun er også forpligtet til at kontakte sygeplejersker, der ikke er medlem.

"Der skriver jeg bare en mail om, hvad de er blevet tilbudt. Hvis det ligger inden for lønrammen, gør jeg ikke mere ud af det. Jeg forhandler selvfølgelig, hvis de ønsker det - ud fra deres begrundelser og ønske om beløb. Men jeg ringer dem ikke op og tager en snak om anciennitet. Det er en service, man får, hvis man er medlem."

Den dag huset brænder

Anne-Marie Stilling har ikke haft brug for at have ledelsen med inde over, og hun er fuldt ud tilfreds med lønkontorets rolle i sagen. Sygeplejersken er da også glad for, at hendes tillidsrepræsentant hjalp med at få styr på lønnen. For hun havde nok ikke selv opdaget fejlen - og udover efterbetalingen får hun nu fremover en højere løn.

"Hun er meget taknemmelig," siger Anne-Marie Stilling og understreger, at det er en af de ting, man kan få for sit medlemskab.

Hun oplever nemlig, at sygeplejersker ringer og siger, at de har været medlem i mange år, men har meldt sig ud, fordi de ikke har haft brug for medlemskabet.

"Men så vil de pludselig gerne have tjekket lønnen efter eller have hjælp til at løse andre problemer. Der plejer jeg at sige: 'Ærgerligt, men sådan foregår det ikke. Hvis du ikke betaler din brandforsikring eller husforsikring, er du heller ikke dækket, den dag huset brænder, eller du har haft indbrud.' ♥"

Tre lærdomme

Husk at få sendt
dokumentation for
anciennitet ind.



En TR gør en forskel
– hvis du er medlem.



Intet er for småt til
at undersøge det.



Hansaplast

LØSNINGEN TIL 83% AF ALLE SÅR*



TRANSPARENT



ULTRATYNDT



FLEKSIBELT



PATENTED
TECHNOLOGY

*Undersøgelsen (DE/UK/IT, n=495, 2014) oplyster de almindelige typer af sår, man møder i hverdagen (f.eks. mindre snitsår, hudafskrabninger, vabler og rifter), hvilket indikerer, at Hansaplast-produkter er velegnede til behandling af de fleste hverdagssår.

Lang oplæring af nyuddannede lønner sig

Tekst **Christina Sommer**

1 Hvad viser din forskning?

I 2018 etablerede man på Medicinsk Afdeling i Horsens et toårigt oplæringsforløb for nyuddannede sygeplejersker. Jeg har undersøgt, om vi leverer det, forløbet indeholder, og om det virker.

Min forskning viser, at vi i høj grad leverer det aftalte, og at et længere, struktureret oplæringsforløb kan have betydning for nyuddannede sygeplejerskers overgang til praksis. De efterspørger både udviklingsmuligheder og støtte i hverdagen, og især de såkaldte udeophold er populære.

Som ansat på et sengeafsnit har den nyuddannede eksempelvis ophold i akutafdelingen og den ambulante klinik, der hører til afsnittet, eller en af de kommuner, afsnittet udskriver til. Det giver sygeplejerskerne en større forståelse for patientens vej gennem sundhedsvæsenet og kan styrke samarbejdet på tværs.

Forskningen tyder på, at forløbet gavner patienterne, da de oplever bedre information og involvering end på medicinske afsnit uden et toårigt oplæringsforløb. Forskningen peger også på, at forløbet styrker sygeplejerskernes jobtilfredshed og forventninger om at blive i faget.

2 Hvordan kan din forskning bruges i praksis?

Den kan bruges som argument for, at nyuddannede sygeplejersker har brug for længere, strukturerede oplæringsforløb, der både rummer faglig udvikling og tæt støtte i hverdagen. De nyuddannede vil have ansvar, udvikle sig og se karriereveje, men har også brug for trygge rammer, faglig støtte og mulighed for refleksion. Forskningen kan også bruges, hvis andre afdelinger skal udvikle eller justere introduktions- og oplæringsforløb.

3 Kan nogen uden for din kontekst bruge din forskning?

Oplæringsforløbet kan ikke kopieres direkte til andre specialer, da forløbet skal tilpasses den kliniske kontekst. I en medicinsk sengeafdeling giver udeophold i klinik, akutafdeling og kommune mening. Andre steder kan andre samarbejdspartnere være relevante.

Elementer som nyuddannedes behov for supervision, tid til refleksion, faste kontaktpersoner og klare udviklingsveje er dog relevante på tværs af specialer og sektorer.

4 Hvorfor begyndte du at forske?

Jeg er grundlæggende drevet af nysgerrighed og har altid været

Manja Bjerring Rothenberg

- Sygeplejerske, cand.cur. og ph.d.
- Ansat i en kombinationsstilling mellem Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Horsens og Sygeplejerskeuddannelsen VIA Horsens.
- Forsvarede i marts 2026 sin ph.d.-afhandling 'Støtte til nyuddannede sygeplejersker i medicinske afdelinger: Oplæringsforløbs gennemførlighed, betydning for jobtilfredshed og for kvaliteten af sygeplejen vurderet af patienter og sygeplejersker'.
- Afhandlingen er gennemført i et samarbejde mellem Regionshospitalet Horsens og Aarhus Universitet, Health.

optaget af overgangen fra teori til praksis - både på sygeplejerskeuddannelsen, og når nyuddannede får deres første job. Der findes ikke meget dansk forskning på området, og jeg sprang derfor til, da hospitalet ønskede at undersøge det toårige oplæringsforløb.

Har du et råd til sygeplejersker med en forsker i maven?

Vær nysgerrig og tal højt om det, både med din leder og med andre, der arbejder med forskning og udvikling. Man skal typisk have en kandidatuddannelse for at gå ph.d.-vejen, men man kan begynde med at opsøge viden, netværk og mennesker, der forsker, længe før, f.eks. gennem faglige selskaber, forsknings- og udviklingsmiljøer eller tværfaglige netværk. Mulighederne opstår lettere, når nogen ved, at man er nysgerrig og gerne vil bidrage. ♥



Privatfoto

Fra FYSISK OVERLEVELSE

Sundhedsplejersker arbejder meget alene med stort ansvar og selvstændighed, og Jeanne Vetterstein (t.v.) og Ellen Eldrup sætter derfor stor pris på den faglige sparring, de har med kolleger på kontoret og i Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker.

til
MENTAL
TRIVSEL

I snart 90 år har sundhedsplejersker rykket ud til danske familier. I begyndelsen for at reducere den høje spædbørnsdødelighed, i dag for at **fremme sundhed og trivsel hos både børn, unge og forældre**. Deres vigtigste redskab har altid været deres faglige viden og evnen til at kommunikere og skabe tillidsfulde relationer.

Tekst **Christina Sommer**

Foto **Brage Borup**

Hun savner den stadig. Jernstangen med krogen i den ene ende og det forskydelige lod i den anden, også kaldet en bismervægt. Den var fast følgesvend ved sundhedsplejerske Ellen Eldrups småbørnsbesøg, indtil en instruks fra Sundhedsstyrelsen fastslog, at vejninger fremover skulle foregå med digital vægt.

"Jeg har først ægte lagt den fra mig, da jeg fik job i København i 2022, hvor jeg fik forbud mod at bruge den. Jeg elskede den, men vi skal bruge digitale vægte for at gøre vejningen helt præcis i forhold til anbefalinger om, hvor meget småbørn må tabe sig," siger hun og tilføjer:

"Vi bliver mere og mere skarpe på, at vejningerne skal være præcise, samtidig med at vores fag bevæger sig væk fra fysisk overlevelse og hen mod sundhed og trivsel – hvordan trives børnene, hvordan trives forældrene, og hvordan er deres relation. Det er lidt tankevækkende."

Hygiejne, sundhed og trivsel

Sundhedsplejen blev indført ved lov i 1937. Dengang døde otte pct. af alle børn i det første leveår, hvorfor Rigsdagen indførte en opsøgende sundhedsplejeordning for spædbørn og mødre med fokus på ernæring og hygiejne.

Knap 90 år senere arbejder sundhedsplejerskerne nu med forældre og børn op til 18 år, og fokus er groft sagt rykket fra at forebygge sygdom til at fremme sundhed og trivsel.

Udviklingen er sket gradvist, og digitale vægte er blot en ting, som Ellen Eldrup og kolleger, heriblandt Jeanne Vetterstein, har skullet vænne sig til, siden de tog specialuddannelsen i sundhedspleje i hhv. 2007 og 2000, fortæller Jeanne Vetterstein.

FRA SPÆDBØRN TIL TEENAGERE

1937

Sundhedsplejen bliver indført ved lov for at **bekæmpe den høje spædbørnsdødelighed**. Året efter begynder **de første sygeplejersker på specialuddannelsen** til sundhedsplejerske ved Institut for Syge- og Sundhedsplejersker ved Aarhus Universitet.

1946

Ved lov kan sundhedsplejersken nu bistå skolelægen, når spædbørnsbesøgene tillader det. Mange skoler har allerede sygeplejersker til at assistere skolelægen. Ifølge loven bør de videreuddanne sig til sundhedsplejersker.



"Når man måler et barn i dag, skal hovedet ligge op ad en væg eller anden fast kant, før man strækker benet ud, markerer punktet, fjerner barnet og måler op. Hold nu op, hvor har jeg rendt rundt med mange unger for at finde en ledig væg."

Ældre børn kommer til

Jeanne Vetterstein og Ellen Eldrup er hhv. forperson og næstformand for Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker. I over 20 år har de arbejdet med sundhedspleje i Jylland og på Sjælland, pt. i Sundhedsplejen i Københavns Kommune, hvor de arbejder med småbørn (0-1 år) og faglig koordinering. Jeanne Vetterstein er ansat i en kombineret stilling, hvilket også viser fagets udvikling.

"Frem til slut-1980'erne arbejder sundhedsplejersker primært med småbørn eller skolebørn i tæt samarbejde med skolelægen. Så begynder kombinationsstillingerne at dukke op, og de fleste sundhedsplejersker er i dag ansat i kombinationsstillinger, hvor de også arbejder selvstændigt med skolebørn," fortæller hun.

Kunsten at kommunikere

En stor del af sundhedsplejen er kommunikation.

"Det var det, der for alvor lokkede mig ind i specialet: At snakke med forældrene og formidle vigtige budskaber. I begyndelsen var jeg især nysgerrig på, hvorfor jeg kunne sige noget, de ikke forstod, mens min kollega sagde det samme, og så gik det rent ind. Eller omvendt," siger Jeanne Vetterstein.

Ellen Eldrup supplerer:

"Jeg er også optaget af det relationelle arbejde, især kunsten at få sagt svære ting kærligt, varmt og tydeligt, hvis noget skal



1963

Ny lov opfordrer kommunerne til at ansætte det nødvendige antal sundhedsplejersker. **Flere steder eksperimenterer med tilbud til større børn og gravide.**

1973

Sundhedspleje til spæd- og småbørn bliver en kommunal pligt. Der lægges også større vægt på samarbejde mellem sundhedsplejersker og andre faggrupper i social- og sundhedsvæsenet.

1980'erne

Kombinationsstillinger med både småbørns- og skolearbejde bliver mere almindelige. De fleste kommuner har en velfungerende skolesundhedspleje med årlige elevsamtaler og fokus på fysisk og mental sundhedsfremme.

1996

En ny lov om forebyggende sundhedsordninger samler indsatserne for børn og unge. Den kommunale sundhedstjeneste kommer til at omfatte flere faggrupper, men skolelæger bliver nu frivillige for kommunerne.



Sundhedsplejerskerne bevæger sig rundt på to hjul i København, hvilket ifølge Ellen Eldrup er et fint kendetegn ved faget. "Det har vi altid gjort, og vi kommer i al slags vejr."

ændres. Det er sårbart at vejlede om relationen mellem forældre og børn, og det kræver en tryk relation."

Ifølge Jeanne Vetterstein kan nogle besøg bedst beskrives som "en and, der ligger helt stille i vandet, men padler som en sindssyg under overfladen."

"Man kan komme ind i et hjem, hvor alt er rodet og synligt beskidt. Her skal man stadig være rolig og fokusere på barnet. Har barnet det godt? Er det i god udvikling? Er relationen god? Er rodet livsfarligt? Hvis ikke, hvor meget skal man så gå ind i rod, infektionsrisiko og hygiejne, selvom det jo var det, vi blev sat i verden for i 1937?"

Rygning og skærme forbudt

Gennem årene har Sundhedsstyrelsen og andre instanser iværksat sundhedsfremmende indsatser, som sundhedsplejerskerne har været del af.

Jeanne Vetterstein husker f.eks., hvordan hun som nyuddannet kom i mange hjem,

hvor forældrene røg. I 2004 lancerede Sundhedsstyrelsen en kampagne mod passiv rygning, og her spillede sundhedsplejerskerne en vigtig rolle på børnenes vegne.

"I dag kommer jeg ikke i mange hjem, hvor der stadig ryges indenfor. Jeg har ikke evidens for det, og vi spillede bare en lille rolle i den landsdækkende indsats, men jeg vil sige, at indsatsen virkede," siger hun.

Op gennem slut-00'erne begyndte de to sundhedsplejersker at møde flere usikre forældre, og de er ikke i tvivl om, at det især skyldes "skærmen" og sociale medier.

"Under mine studier på Danmarks Pædagogiske Universitet i 2012 skrev jeg en opgave om mobiltelefoner, hvor jeg forsøgte at undersøge, hvordan forældres skærmforbrug påvirker kontakten med deres børn. Allerede dengang blev de oversvømmet med tvivlsom information. Det gør helt sikkert mange usikre," siger Jeanne Vetterstein.

Ellen Eldrup tilføjer:

"Og det er kun blevet værre. Der er grupper om alt fra babyudstyr og osteopater til private jordemødre, ammerådgivere og folk, der klipper tungebånd. Det er en kæmpe industri, og nogle gange forsøger vi bare at overbevise forældrene om, at alt allerede er, som det skal være."

Risiko for at blive hængt ud

Skærmens indtog kan også påvirke relationen mellem sundhedsplejersker og forældre.

"I dag risikerer vi at blive hængt ud på sociale medier, hvor nogle mødre f.eks. skriver, at sundhedsplejersken ikke har opdaget barnets korte tungebånd, og amningen derfor er gået i stå. De aner ofte ikke, hvilken vejledning der ligger bag, og er heller ikke nysgerrige på det," siger Ellen Eldrup.

"Fagligt er jeg næsten ligeglad med dem, der poster opslagene. Jeg er mere bekymret for de forældre, der bliver usikre på vores faglighed. Derfor er vi ekstra omhyggelige med at journalføre besøg og observationer. Vi arbejder alene og vurderer mange situationer samtidig med, at vi skal passe på børn og forældre. Kommer der en klage, skal dokumentationen være i orden."

Skærmforbrug har også indflydelse på børnenes trivsel fra lige fødslen, tilføjer Jeanne Vetterstein.

"Vi berører det allerede ved første besøg i hjemmet under graviditeten. Er der en stor fladskærm tændt, bemærker jeg, hvis de ikke slukker, især fordi jeg selv bliver afledt. Er den tændt ved småbørnsbesøg, fortæller jeg stille og roligt, hvordan barnet risikerer at blive overstimuleret af de mange skift i et enkelt billede på TV."

De senere år har skærme og sociale medier også fået skyld for, at mange børn

og unge mistrives. Med god grund, mener Jeanne Vetterstein, som dog er fortrøstningsfuld:

"Når jeg taler med børn i 5. og 8. klasse, kan jeg høre, at langt flere har skærmregler end for få år siden. Jeg tror, de får en meget bedre IT-hygiejne, end mange har i dag. Men det er svært, for meget af deres sociale liv foregår jo her."

Umage forældre og vold

Selvom sundhedsplejerskerne møder mange usikre forældre, mener begge, at nutidens børn er heldige.

"Den generation af forældre, vi har lige nu, er nok nogle af de dygtigste nogensinde. De er reflekterede og gør sig umage. Også fædrene. Men ikke alt kan fikses. Nogle gange er det en proces, og det tager den tid, processer gør. Det kan være svært, når det ser ud til at lykkes for alle andre med det samme," siger Ellen Eldrup.

Og der er stadig meget at tage fat på.

"Den næste landsdækkende indsats, vi står overfor, er screening for højt konfliktniveau. Hvert 6. barn i Danmark vokser op med vold i hjemmet, så det er alvorligt. Og hey - det er det, vi kan. Vi er gode til at snakke med forældre om noget, der er så svært," siger Ellen Eldrup og henviser bl.a. til systematisk screening for efterfødselsreaktioner, som blev indført i 2011.

Sundhedsplejen virker

Selvom sundhedsplejerskerne i dag har stort fokus på både forældre og børns trivsel, er de ifølge Sundhedsstyrelsen først og fremmest sat i verden for at fremme børns sundhed, trivsel og udvikling.

Og det gør de godt. I dag dør kun 4 ud af 1.000 spædbørn i Danmark, hvilket er tæt på verdensrekord. Og i 2017 viste et studie fra det daværende SFI, nu VIVE, at børn, som i deres første leveår havde mulighed for at blive undersøgt af en sundhedsplejerske, havde større sandsynlighed for at overleve, til de fylder 64 år. De havde også lavere risiko for at udvikle hjerte-kar-sygdomme samt færre hospitalsovernatninger sammenlignet med børn, som ikke havde muligheden.

Studiet har været muligt, fordi sundhedsplejeordningen ikke var en skal-opgave i kommunerne før 1973. Også her er billedet et helt andet i 2026, fortæller Ellen Eldrup:

"I dag får alle familier og småbørn tilbud om sundhedspleje. 98 pct. takker ja. Det er helt unikt på verdensplan, og de sidste to pct. prøver vi at blive klogere på." ♥

2000'erne

Forskning viser, at **sundhedsplejerskers observationer tidligt i livet kan pege på risiko for psykisk sygdom senere**. Der udvikles nye screeningsredskaber til at identificere psykisk mistrivsel og sårbarhed hos børn, f.eks. ADBB (Alarm Distress Baby Scale) og PUF (Psykisk Udvikling og Funktion).

1998-2007

Dansk forskning dokumenterer værdien af sundhedsplejerskers samtaler med skolebørn, mens **mange kommuner skærer ned på indsatsen**.

2002

Sundhedsplejersker etablerer **Databasen Børns Sundhed**, som samler data fra hjemmebesøg og med tiden også skoleundersøgelser, der danner grundlag for forskning i børns sundhed og trivsel.



2027

Sundhedsplejen i Danmark kan fejre **90-årsjubilæum**, mens Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker fylder 50 år.



Man kan komme ind i et hjem, hvor alt er rodet og synligt beskidt. Her skal man stadig være rolig og fokusere på barnet.

Jeanne Vetterstein
sundhedsplejerske

Kilder: Bogen 'Sundhedsplejersken - 70 års sundhedspleje i Danmark' udgivet af Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker og Kvindemuseet samt Bjørn Holstein, professor emeritus, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

B Ø R N S

M I S T R I V S E L

K A L D E R P Å F L E R E

S U N D H E D S P L E J E R S K E R

Antallet af skolebørn med overvægt, mental mistrivsel og skolevægring er vokset de seneste årtier, mens besøgene hos sundhedsplejerskerne er blevet færre. **Børnene bliver ladet i stikken**, mener en professor og en sundhedsplejerske, som begge ønsker flere sundhedsplejersker i grundskolen.

”
Mange børn har allerede i indskolingen væsentlige helbredsproblemer, som påvirker deres skoledag, men som ingen rigtig tager sig af.



Bjørn Holstein
sociolog og professor

I dag er 13 pct. af alle børn overvægtige, når de starter i o. klasse. 6 pct. har motoriske problemer, 7 pct. forsinket sprogudvikling, og 13 pct. begynder skolelivet med forvarslers om psykisk sygdom – f.eks. problematisk forældre-barn-kontakt eller vanskeligheder i relationen til jævnaldrende. Derudover har 20 pct. en kronisk sygdom som astma, allergi, diabetes eller syns- og høreproblemer.

Når børnene går ud af 9. klasse, er andelen med overvægt steget til 18 pct., mens omkring 20 pct. har mentale helbredsproblemer. 12 pct. ryger og 20 pct. drikker ugentligt, og kun få lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om søvn, kost og fysisk aktivitet.

Det viser tal fra Databasen Børns Sundhed, som siden 2002 har samlet data fra sundhedsplejerskers journaler ved hjemmebesøg og elevers undersøgelser i o. og 9. klasse.

Ifølge Bjørn Holstein, sociolog og professor emeritus ved Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, understreger tallene et stort behov for en stærkere sundhedsmæssig indsats i grundskolen.

Hvor de fleste skoleelever i 1980'erne og 1990'erne mødte sundhedsplejersken hvert år, er antallet af besøg faldet støt. I dag møder mange elever højst sundhedsplejersken tre gange i skoleforløbet: i o., 5. og 9. klasse.

”Mange børn har allerede i indskolingen væsentlige helbredsproblemer, som påvirker deres skoledag, men som ingen rigtig tager sig af. Vi ved, at sundhedsplejersker kan gøre en forskel i forhold til f.eks. mistrivsel.

Efter min mening er mange skolebørn i dag ladet lidt i stikken, fordi der ofte ikke er en sundhedsplejerske, de kan opsøge i løbet af skoledagen.”

Flere faste og spontane besøg

Bjørn Holstein har fulgt sundhedsplejen siden 1980'erne og henviser til flere undersøgelser, der peger på behovet for flere sundhedsplejersker og en stærkere sundhedsfremmende indsats i grundskolen.

F.eks. viser Skolebørnsundersøgelsen, at andelen af piger i 5., 7. og 9. klasse, der er kede af det en eller flere dage om ugen, er mere end fordoblet fra 2010 til 2022 – fra henholdsvis 24, 28 og 23 pct. til 45, 57 og 59 pct. Ifølge professoren ses samme udvikling for bl.a. hovedpine, mavepine, svimmelhed, dårligt humør, ensomhed og lav social kompetence.

”Der er i høj grad brug for at opprioritere sundhedsplejen i grundskolen. Der er behov for flere faste besøg, og børnene skal kunne finde sundhedsplejersken, når de har brug for det,” siger han og fortsætter:

”Sundhedsplejersker har unikke redskaber og kompetencer til at tale med eleverne og se hele barnet. De kan oplyse og undervise i sundhed og livsstil og være bindeled mellem skole og forældre og mellem barn og lærer. Selvom der er brug for mere forskning, ved vi fra dansk forskning, at både faste samtaler og muligheden for spontant at opsøge en sundhedsplejerske har stor betydning – især for sårbare elever.”

En katastrofal afvikling

Bjørn Holstein henviser også til international forskning, som viser, at samarbejdet mellem sundhedsplejersker og lærere er vigtigt i indsatsen mod psykisk mistrivsel, og at sundhedsplejersker bidrager til bedre håndtering af astma og andre kroniske sygdomme. Forskningen peger desuden på, at sundhedsplejersker kan mindske skolefravær, og en amerikansk sundhedsøkonomisk analyse viser, at skolesundhedspleje betaler sig.

Det er især relevant i lyset af en ny analyse, som HBS Economics har lavet for Forebyggelsesalliancen. Sidste skoleår havde flere end hver femte folkeskoleelev over 10 pct. fravær, og analysen peger på, at skolevægring på længere sigt kan føre til et årligt BNP-



Børnene har tillid til os og betror sig ofte først til sundhedsplejersken, hvis de ikke kan tale med lærere eller forældre om det, der går dem på.



Pia Rønnenkamp
sundhedsplejerske

- tab på 8,3 mia. kr., fordi eleverne forventes at få lavere indkomst gennem arbejdslivet.

For Bjørn Holstein understreger det behovet for at styrke skolesundhedsplejen.

"Som jeg ser det, er der sket en fantastisk opblomstring af spædbørnssundhedsplejens kvalitet og opgaveløsning de seneste 20 år, mens skolesundhedsplejen er blevet katastrofalt afviklet. Der går meget tabt i opsporing, forebyggelse og sundhedsfremme blandt eleverne – både fysisk og mentalt."

Har længe stået for skud

Sundhedsplejerske Pia Rønnenkamp genkender Bjørn Holsteins beskrivelse. Hun er forperson for både Databasen Børns Sundhed og databasestyregruppen i Landsdækkende Database for Børns og Unge Sundhed og ansat som specialkonsulent ved Statens Institut for Folkesundhed.

Hun har arbejdet som sundhedsplejerske i 14 år og derefter 14 år som leder af sundhedsplejen i Brøndby Kommune, hvor hun selv har været med til at finde besparelser. Også her har skolesundhedsplejen flere gange stået for skud.

"Som sundhedsplejersker har vi en sundhedsfremmende og forebyggende tilgang. Det er vigtigt at sætte ind så tidligt som muligt, og derfor er småbørnssundhedsplejen altid blevet prioriteret, mens skolesundhedsplejen er blevet beskåret," siger Pia Rønnenkamp og tilføjer:

"Her har vi ikke været så godt hjulpet af Sundhedsstyrelsen, som jo ikke kan stille krav, uden at økonomien følger med, og skal

Minister:

Sundhedsplejersker skal mere i spil

*Sygeplejersken ville gerne have forholdt sundhedsminister **Ida Auken (S)** til kritikken og behovet for flere sundhedsplejersker i grundskolen. Det har desværre ikke været muligt inden deadline, men i et interview i P1 Morgen onsdag den 26. august om det voksende pres på børne- og ungespsykiatrien, fremhæver Ida Auken bl.a. sundhedsplejersker som en vigtig faggruppe, der skal mere i spil i det opsporende og forebyggende arbejde i grundskolen.*

der findes besparelser, skeler kommunerne naturligvis til styrelsens anbefalinger. I den seneste vejledning fremgår det dog, at skolebørn også skal ses midt i skoleforløbet og ikke kun ved ind- og udskolingen. Men det er stadig kun anbefalinger."

Mister fortroligt rum

Pia Rønnenkamp er ikke i tvivl om, at de færre besøg hos skolesundhedsplejen har negative konsekvenser.

"Sundhedsplejen er det eneste universelle sundhedsfaglige tilbud, som opsporer og forebygger tidligt gennem hele barnets opvækst. Vi har faglig viden om både sunde og syge børn og kan identificere tidlige tegn på mistrivsel, udviklingsforstyrrelser eller andre psykosomatiske belastninger, som måske ikke opdages andre steder," siger hun og fortsætter:

"Børnene har tillid til os og betror sig ofte først til sundhedsplejersken, hvis de ikke kan tale med lærere eller forældre om det, der går dem på. I dag, hvor de faste kontakter er få, og sundhedsplejersken ikke længere er på skolerne dagligt, har børnene mistet adgangen til et fortroligt rum, som gavner alle, men især de sårbare børn."

Øger uligheden

Det betyder, at mange børn går længere med f.eks. begyndende angst, ensomhed eller syns- og høreproblemer, før det bliver opdaget, siger Pia Rønnenkamp. Ligesom Bjørn Holstein efterlyser hun en højere prioritering af skolesundhedsplejen og mulighed for flere faste kontakter og spontane besøg i grundskolen.

"Vi ved, at børn, der har sundhedsudfordringer eller mistrives, klarer sig dårligere fagligt og socialt. Velfungerende familier finder ofte hjælp andre steder. Det er de mest sårbare børn, der rammes hårdest af, at vi ikke er der, og det øger uligheden," siger hun og tilføjer:

"Lærerne har heller ikke samme mulighed for sundhedsfaglig sparring, som kan hjælpe dem med at vurdere, om et barn har behov for sundhedsfaglig eller social indsats. Besparelserne på forebyggelsen øger mistrivslens blandt børn og unge, og derfor stiger behovet for specialiserede indsatser. Det er ikke kun et sundhedsproblem, men også et samfundsøkonomisk problem." ♥

Planlægger du en rejse i efteråret?

Husk en rejseforsikring – og med vores Årsrejseforsikring har du Popermo Rejsehjælp med dig døgnet rundt...

Tag afsted med ro i maven, for med Popermo Rejsehjælp kan du få hjælp døgnet rundt. Oplever du akutte problemer, mens du er ude at rejse, skal du blot ringe til **+45 78 79 14 48**, så får du assistance.

Popermo Rejsehjælp er en naturlig del af vores Årsrejseforsikring.

Men du skal tage stilling til følgende:

- Skal Årsrejseforsikringen dække i Europa eller i Verden inkl. Europa?
- Og ønsker du Afbestillingsforsikring?



Vi rådgiver dig meget gerne om vores forsikringer. Du kan booke et telefonmøde med en af vores dygtige forsikringsrådgivere via QR-koden. Du bestemmer dato og klokkeslæt, og vi ringer dig op til aftalt tid.

Popermo
Rejsehjælp



Popermo Forsikring GS / C. F. Tietgens Boulevard 38, 5220 Odense SØ
+45 66 12 94 48 / popermo@popermo.dk / popermo.dk

Popermo er et dansk forsikringsselskab
og er medlem af Garantifonden
for skadesforsikringsselskaber

popermo
VORES FORSIKRING
medlemmers

Sorbact®

Designet med Sorbact® Technology, der forebygger og behandler sårinfektion

Det smarte valg – helt fra starten

Sorbact® sårbandager med Sorbact® Technology er designet til at forebygge og behandle sårinfektion ved at binde og hæmme bakterier – uden forventet udvikling af antimikrobiel resistens.

Smart teknologi pakket ind i de mindste detaljer. Og det er netop de små detaljer, der kan gøre en stor forskel for patienter, sundhedsfaglige og budgetansvarlige.

Oplev fordelene og bestil vareprøver, besøg sorbact.dk



sorbact®
Healing for every body



93%

af sårene var
helet eller
forbedret

Sorbact®
TECHNOLOGY

Omsorg, musikterapi og helhedspleje

Sygeplejerskens redaktion får løbende tilsendt bøger fra landets forskellige forlag, både faglitteratur, fiktion og andre typer romaner. Her præsenteres et lille udvalg.



Grete Brorholt, Line Hillersdal,
Niels Sandholm Larsen og Gitte Wind

Omsorg i forandring

FADL's forlag 2026
176 sider – 299,95 kr.

Forandringer kan føre til omsorgskrise

► **Læs om de udfordringer**, som den professionelle omsorg i sundhedsvæsenet – særligt sygepleje – møder, og som ofte beskrives som et pres eller en omsorgskrise. Antologien her undersøger, hvordan omsorg formes og omformes i spændingsfeltet mellem faglighed, institutionelle vilkår og samfundsmæssige forandringer. Med afsæt i praksisnært forsknings- og udviklingsarbejde fra Institut for Sygeplejerske- og Ernæringsuddannelserne ved Københavns Pro-

fessionshøjskole i perioden 2020-2025 belyser bogens kapitler centrale forskydninger i sundhedssektoren.

Gennem analyser af tværfagligt samarbejde, uddannelse, teknologiforståelse samt relationer til pårørende og frivillige viser bogen, hvordan professionel omsorg kontinuerligt forhandles i mødet mellem politiske ambitioner, organisatoriske rammer og klinisk praksis.

Læs eller genlæs tema om omsorg i Sygeplejersken nr. 5/2023.



Åse Hyldgaard

Hende musikterapeuten kommer og spiller

Forlaget mellemgaard 2026
130 sider – 179,95 kr.

Tonernes kraft i demensplejen

► **Hvad har musik og demens** med hinanden at gøre? Bogen her indeholder 25 fortællinger om, hvordan musikterapi kan hjælpe mennesker med demens. Vi møder bl.a. Elisabeth, som ikke ville i bad, brødrene Nielsen, som mest sad og småsov og Ingrid, der sørgede over tabet af sin datter.

Efter mange års arbejde som sygeplejerske og leder inden for både sygehus og det kommunale sundhedsvæsen uddannede forfatteren sig til cand.mag. i musikterapi i 2011.



Gry Segoli og Benjamin Olivares Bøgeskov

Helhedspleje - En grundbog

Samfundslitteratur 2026
266 sider – 329 kr.

En ny retning for ældreplejen

► **Med ældreformen 2025** bliver der gjort op med årtiers ydelses- og minutbaseret pleje til fordel for en mere helhedsorienteret tilgang til borgeren.

Det betyder, at fagprofessionelle og ledere på ældreområdet skal integrere reformens visioner i mødet med hinanden, borgere og pårørende.

Bogen præsenterer en indsatsmodel, som angiver en retning for, hvordan reformens værdier om at styrke selvbestemmelse, tillid og samspil kan udfolde sig for at skabe borgernære forløb.

Bøger skal sætte et aftryk

Tekst **Michael Holbek**

Hvad læser du lige nu?

"Lige nu læser jeg 'I tilfælde af kærlighed' af Kirstine K. Høgsbro. Den handler om en kvindelig forfatter med skriveblokada, som higer efter sin frihed i sit familieliv med mand og børn. Man følger hendes skilsmisse og hendes nyvundne frihed og søgen efter egen identitet i sit nye liv."

Hvordan har den inspireret dig?

"Den har givet mig stof til eftertanke omkring parforhold, livet som småbørnsfamilie og egen identitet, når man også er en del af et fællesskab. Jeg kan godt lide at læse om relationer og menneskeskæbner, og selv om jeg måske ikke synes, at hovedpersonen er den mest sympatiske, så gør bogen, at jeg lige tænker over nogle ting i forhold til mine egne relationer. Bøger skal gerne sætte et aftryk i én og lægge op til refleksion."

Hvilken bog burde alle sygeplejersker læse - og hvorfor?

"På sygeplejestudiet læste vi Bent Falks 'At være der hvor du er', som er en virkelig god grundlæggende bog, alle bør læse - ikke kun sygeplejersker. Bent Falk er præst og psykoterapeut, og bogen handler om samtaleteknik, og om hvordan vi møder patienten eller andre i den livssituation, som de nu er i. Den er evig relevant og en god påmindelse om at tage udgangspunkt i patienten og dennes ønsker og tanker."

Hvilken bog har betydet mest for dig?

"Carlos Ruiz Zafóns roman 'Vindens skygge', som er den eneste bog, jeg har læst to gange. En historie om den unge dreng Daniel i tiden efter 2. verdenskrig, hvor faren tager ham med til De Glemte Bøgers Kirkegård. Her skal han vælge en bog, som han skal passe på resten af sit liv. Den bog bliver omdrejningspunktet for resten af historien, hvor Daniel, som bliver ældre op gennem bogen, forsøger at finde ud af mere om forfatteren - en opdagelse, som udfoldes på dramatisk



Maja Elmelund Wind
projektsygeplejerske på
Afdeling for Allergi, Hud-
og Kønssygdomme på
Gentofte Hospital



Bent Falk
At være der hvor du er
Munksgaard 2010
84 sider - 170 kr.



Carlos Ruiz Zafón
Vindens skygge
Lindhardt og Ringhof 2004
464 sider - 300 kr.

og foruroligende vis. Jeg elsker bøger, der beskæftiger sig med glæden ved bøger, og det gør den her smukke bog også."

Hvad har været din bedste læseoplevelse de seneste år?

"Valget står nok mellem Valérie Perrins 'Vand til blomster', Lærke Kløvedals 'Sømærke' og Sissel Jo Gazans 'I en dråbe'. Alle tre bøger handler på deres egen måde om familie, sorg, identitet og om at finde sin egen vej til lykken på trods af de givne omstændigheder. Når jeg læser en bog, har handlingen selvfølgelig en stor betydning, men sproget og skrivestilen mindst lige så meget. Disse tre bøger er helt utrolig velskrevne, og man tages på allerfineste vis med ind i hovedpersonens liv. Bøgerne handler også alle om, hvordan man lever sit liv med de omstændigheder, man nu er givet, og som beskrives og efterleves på meget forskellig vis. Valérie Perrins bog handler f.eks. om, hvordan en kvinde, som har oplevet meget smerte og traume i sit liv, alligevel formår at finde glæde i de små ting i livet. Lærke Kløvedals handler om at finde sit eget ståsted i skyggen af en berømt far. Jeg tror, at dét med at læse om identitet, eget ståsted og familiodynamikker er dragende for mig. Der er på mange måder altid noget, man kan drage paralleller til hos sig selv eller i sine møder med andre."

Hvilken bog fik du aldrig læst helt til ende?

"Haruki Murakamis 'Trækopfuglens krønike' fangede mig ikke rigtig. Hans univers kan godt være mystisk, og da hovedpersonen gik igennem en væg, tror jeg lidt, jeg mistede interessen."

Hvad er det næste, du skal læse?

"I min bogklub skal vi næste gang læse 'Sommerfuglens stemme' af Benjamin Koppel, men jeg har altid en lang liste liggende, så jeg har den næste bog klar."

Lige fra Nina Brünés' tid som gadesygeplejerske i 1998 til i dag som politisk influent, har hun arbejdet for at højne samfundets vidensniveau om socialt udsatte. "Man kan ikke blive sur over det, folk ikke ved. Men man kan hjælpe dem og give dem mere viden."



Gadesygeplejersken, der fødte socialsygeplejen

Som 24-årig gadesygeplejerske på Vesterbros åbne stofscene lærte **Nina Brünés** at se mennesket bag misbruget. Siden har hun bygget socialsygeplejen op fra bunden og står i dag i spidsen for at hjælpe regeringen med også at forstå socialt udsatte.

Tekst **Mathilde Nyfos Ebbesen**

Foto **August Vinther**



Alle hans symptomer blev misfortolket som misbrugsadfærd.

Da Søren kom ind med firetoget fra Jylland og skulle købe brun heroin ved Københavns Hovedbanegård, fik han kakaopulver. Kakapulveret fixede han ind i en åre på håndryggen, og det var sådan, han mødte gadesygeplejerske Nina Brünés i Ørstedsparken kl. 10 om formiddagen.

"Hans hånd var simpelthen hævet op som en boksehandske," genkalder Nina Brünés sig episoden 26 år efter, hvor hun står på præcis det samme sted, som hendes mobile sygeplejeklinik plejede at holde.

Til de andre socialt udsatte, misbrugere og hjemløse, der var stimlet sammen om den mobile sygeplejeklinik for at få sygepleje, måtte hun sige:

"Det er ærgerligt, *guys*, men vi skal på skadestuen."

På Bispebjerg Hospital fik Søren ikke hjælp til sine tunge abstinenser. Til gengæld fik han en pjece, trykt professionelt på dobbeltsidet og blankt papir, med et regelsæt om, hvordan man skulle opføre sig som narkoman indlagt på den afdeling. Han skulle opføre sig ordentligt og måtte hverken forlade afdelingen eller få besøgende.

"Det var tydeligt, at der havde stået en arbejdsgruppe bag den pjece. Og der stod jeg bare og tænkte: Hold fast, hvor må de have haft nogle virkelig, virkelig ubehagelige oplevelser, for ellers ender man ikke med at skrive sådan noget," fortæller Nina Brünés.

Så hun vendte tilbage og bankede på hos Bispebjerg Hospital. Hun og hospitalet kunne hjælpe hinanden med at forstå mennesket bag misbruget, mente hun. Det blev startskuddet til socialsygeplejen, som vi kender den i dag. Og hun har aldrig set sig tilbage.

Socialsygeplejerske midt i fixet

Når Nina Brünés står på Maria Kirkeplads på Vesterbro en lummer sommerdag i 2026 og er klar til en gåtur rundt i sit CV, kan hun så tydeligt se sin første arbejdsplads for sig. De hvide plastikkrus til at opløse heroin i, tonerne af saxofonspil, den umiskendelige, sødlige lugt af fodsvamp og jakkerne, der åbnede og lukkede.

I en alder af 24 år med et dugfriskt eksamensbevis sprang hun ud som Københavns gadesygeplejerske nummer to. Sygeplejeklinikken lå bogstaveligt talt inde i Mariakirken og bestod primært af en hane med rindende vand. Sår og fodsvamp var hverdagen, når det ikke var livstruende bylder, overdoser og sår fra knivstik. Hun beskriver arbejdet som det bedste, hun har haft. Og det modigste spring i hendes karriere.

To år senere blev hun ansat i projektet 'Sygepleje på hjul' af hjemløseorganisationen 'Projekt Udenfor'.

"Vi havde en ombygget sengeambulance, som var lavet om til en mobil sygeplejeklinik. I den kørte vi rundt i Københavns gader og havde forskellige holdepladser. Så kunne de hjemløse komme og få hjælp til, hvad de nu havde brug for. Og så lavede vi opsøgende arbejde til fods."

Det var mødet med Søren foran den mobile klinik, der gav Nina Brünés idéen til at samarbejde med det etablerede system. Hun gik til Projekt UDENFOR med

1999-2000

Gadesygeplejerske

2000-2004

Sygepleje på Hjul

2004-2005

Gadejuristen

2006-2009

Socialsygeplejerske
hos Projekt Udenfor og
Bispebjerg Hospital

2009-2012

Projektleder 'Projekt
Socialsygeplejerske'

- projektidéen, der finansierede hendes ansættelse på Bispebjerg Hospital i to år. Efterfølgende ansatte Bispebjerg Hospital hende fast som socialsygeplejerske i somatikken.

Stoffet som symptom på forpintthed

Spørgsmålet 'hvorfor' har været Nina Brünés' mantra gennem hele hendes karriere. Det første 'hvorfor' blev udløst af et fagligt chok i sin sidste praktik på uddannelsen.

"På Rigshospitalet passede jeg en stofmisbruger, som blev utrolig uværdigt behandlet af personalet. Alle hans symptomer blev misfortolket som "misbrugsadfærd," og jeg blev både fagligt og menneskeligt indigneret over, at man kunne behandle en patient på den måde."

Men mandens skæbne endte med at røre dybere, end hendes faglige indignation gjorde. I mandens journal stod en sygeplejerske fra Vestre Fængsel som hans nærmeste pårørende.

"Jeg tænkte: Hvordan ender man her som 41-årig, hvor ens primære pårørende er en sygeplejerske i et fængsel? Dét har været min rettesnor igennem hele mit arbejdsliv med denne her gruppe mennesker. Hele tiden at spørge: Hvordan og hvorfor?"

Det gjorde hun så. Først i sin sidste opgave på uddannelsen i 1998, hvor hun interviewede misbrugere på gaden om deres møde med sundhedsvæsenet, og konturerne af et samfundsproblem viste sig – og så hver dag siden.

Da hun først begyndte at spørge ind til de her mennesker, som samfundet ikke forstod, gav deres skæbner mening. De fortalte om liv hjemsøgt af seksuelle overgreb, præget af familiemedlemmers overdoser, sexarbejde af nød og misbrug tidligt i barndommen.

"Jeg er blevet inviteret ind hos socialt udsatte, fordi jeg har turdet stille spørgsmålene. Hele denne her tunge, tunge gruppe, som har vist mig et menneskeligt ansigt, men også virkelig forpinte liv. Og så begynder man selv at svare på hvorfor og hvordan, og pludselig forstår man det godt."

Derfor gik det tidligt op for Nina Brünés, at man ikke tager stoffer for at dø. Man tager stoffer for at overleve det forpinte liv, man allerede har levet. Og det er også derfor, hun aldrig har prøvet at fiks fixeren, men i stedet reducere skaderne gennem sygepleje.

"Det kan godt være, at der i vores samfund er en holdning, der hedder 'hold op og lad være', men nogle er bare ikke klar til at komme i behandling lige nu, og så



Hvordan ender man her som 41-årig, hvor ens primære pårørende er en sygeplejerske i et fængsel?

handler det da om at passe på dem, så de har arme og ben og er i live, når de på et tidspunkt søger i behandling."

Fra gadesygeplejerske til pionér

I dag bliver Nina Brünés kaldt socialsygeplejers moder, men fodpleje og sårrensning er byttet ud med koordination og politisk indflydelse. Siden 2012 har hun været koordinator for socialsygeplejerskerne i Region Hovedstaden. Dengang var der fire sygeplejersker ansat i somatikken på hospitaler i regionen, i dag er der 22. "Jeg understøtter den faglige udvikling af socialsygeplejerskerne, underviser personale og er med i en hel del forskningsprojekter," fortæller hun.

Det er netop vigtigt for hende at fortsætte med at stille spørgsmål, også i forskningen.

Som noget relativt nyt er hun også blevet formand for Rådet for Socialt Udsatte, som hun, på nær to år, har været medlem af siden 2002. Hun blev dertil per 1. januar 2026 udpeget af daværende socialminister Sofie Hæstorp Andersen (S) til at stå i spidsen for at rådgive socialministeren og resten af regeringen på det sociale område.

"Det føler jeg mig meget privilegeret og ydmyg over. At skulle balancere at rådgive et folketing, en regering – også når man er uenig."

Og privilegeret er i hele taget et ord, der hænger løst i Nina Brünés' ordforråd, for hun føler sig inkarneret privilegeret over den position, hun har fået på det sociale område.

Nye tider

Der er sket noget, siden Nina Brünés startede som gadesygeplejerske i 1998, fortæller hun ved Hovedbanegården omringet af turister.

"Hovedbanen så anderledes ud dengang. Folk, som ikke havde nogen steder at bo, sove og være, satte sig derind," fortæller hun og peger på en sideindgang.

Hvor Lagkagehuset nu ligger, holdt 'Pillebørsen' engang til, og man bragede operamusik ud ad indgangen for at jage de pillehandlende væk. På Skelbækgade, en spytklat fra Kødbyen, hvor en Aperol Spritz i dag koster 130kr., solgte unge kvindelige misbrugere sex for det næste fix, fortæller Nina Brünés og peger på strækningen, hvor de blev samlet op.

Nu ser det anderledes ud. Der er blevet oprettet stofindtagelsesrum flere steder på Vesterbro. Vi lægger vejen forbi Mændenes Hjem og Café Dugnad, som tilbyder mad og ly for hjemløse og stofmisbrugere. Begge ►

2002

Rådet for Socialt udsatte – Medlem 2002-2018 og 2019-nu. Næstformand 2010-2018

2005

Medstifter Fagligt Selskab for Additiv Sygepleje – Formand 2005-2021

2012-

Faglig Koordinator for socialsygeplejerskerne

2019-

Rådsmedlem af Udsatterådet, Region Hovedstaden

2020-

Bestyrelsesmedlem Mændenes Hjem



- steder er der i øvrigt ansat sygeplejersker, og Nina Brünés sidder i Mændenes Hjems bestyrelse.

Men det har været hårdt arbejde at være med til at forbedre forholdene, fortæller hun med et konkret eksempel i hånden: Et af de små "værktøjssæt", som stofmisbrugerne bruger til at injicere stoffer med, og som de dengang fik gratis fra Falck-vogne. Hun finder en lille vandbeholder frem i sættet.

"Når jeg kigger på den der lille vandbeholder, så tænker jeg: I skulle vide, hvad det kostede af politiske samtaler og lobbyarbejde at få den med i sættet."

Undervejs har frustrationerne også fyldt:

"Hvor mange skal dø, inden vi gør noget? Det har jeg virkelig spurgt om mange gange."

"Du har reddet mit liv"

Derfor lærte Nina Brünés tidligt, at hun ikke skulle samle på solstrålehistorier, hverken som gade- og socialsygeplejerske.

"De historier er der bare ikke. Og hvis de er der, er de små," siger hun, men afbryder sig selv. For når hun tænker sig om, oplevede hun faktisk for nylig solen skinne på en kvinde, der ellers havde været omsluttet af mørke, da Nina Brünés kendte hende fra gaden.

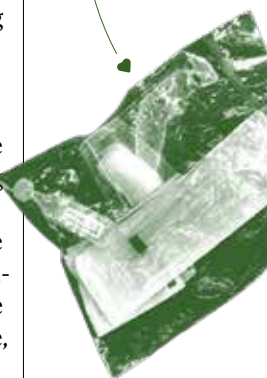
"Hun tog virkelig mange stoffer og hoppede ind i alle mulige biler, var ude for gruppevoldtægter og var helt ligeglad. Jeg var så bange på hendes vegne, for hun levede virkelig et farligt liv. Og pludselig var hun der ikke mere, og så vidste ingen, hvor hun var blevet af."

Nina Brünés har flere gange siden tænkt over, hvor hun mon blev af. Hun troede, kvinden var død. Men pludselig mødte hun hende 22 år senere, fortæller hun og tager sig til øjenkrogen.

"Så er hun blevet stoffri og har fået barn og mand og uddannelse og kører totalt karriere. Og så sagde hun: 'Nina, jeg fortæller alle, at du har reddet mit liv.' Og det forstår jeg ikke, hun gør," siger Nina Brünés, tydeligt bevæget over mødet fra sin fortid.

Og der er flere solstrålehistorier, når man graver lidt dybere. Nina Brünés fremhæver pilotprojektet på Bispebjerg, som ingen vidste, om ville lykkes. Men det gjorde det:

I sin tid som gadesygeplejerske følte Nina Brünés sig aldrig bange, selvom miljøet var hårdt. "Jeg var et kendt ansigt. De passede på sygeplejersken."



"Efter mit forløb på Bispebjerg skete der det, at personalet gik fra at se de socialt udsatte som narkomaner til at se dem som patienter med lægefaglige og sygeplejefaglige behov. Adfærden blev tolket ind i en faglig ramme i stedet for i en fordømmende ramme."

Et håb om overflødighed

Efter gåturen i hendes CV, kan Nina Brünés tydeligt se, at tingene har ændret sig. Den ender, hvor det hele startede: I Ørstedsparken, hvor Søren's kakaoinjicerende hånd ledte hende til det næste skridt på hendes karrieresti.

Hver gang, hun gennem de sidste 26 år har følt, det er gået for langsomt, har hun tænkt tilbage på Søren's møde med det etablerede system.

"Jeg har stadig det regelsæt og tager det frem med jævne mellemrum. Når jeg er allermest frustreret over, at tingene går for langsomt, så tænker jeg, at vi er et helt andet sted i dag, end vi var engang."

I dag er der ansat socialsygeplejersker på hospitaler i samtlige regioner og i flere kommuner. Men spørger man hende, hvordan socialsygeplejers fremtid ser ud, er hun ikke i tvivl. Hun håber, at alle sundhedsfaglige kan tolke for socialt udsatte i sundhedsvæsenet. ♥

Søren er et opdigtet navn. Redaktionen er bekendt hans rigtige identitet.



2022

Master i Public Health (MPH)

2025-

Bestyrelsesmedlem
Brugernes Pakkeri

2026-

Formand for rådet for
Socialt Udsatte



Sammen giver
vi mere tilbage

Det starter med dig



Ved du, at PKA er ejet af dig og de andre medlemmer – og at du kan påvirke din pension direkte? Lige nu har du chancen for at stille op til delegeretvalg 2026.

Som delegeret gør du et vigtigt arbejde for dig og dine kolleger. Du kan fx stille forslag om investeringsområder og forsikringer og stemme om ændringer i vedtægt og pensionsvilkår.

Hvorfor blive delegeret?

- ✓ Du er med til at sætte rammerne for din pension, og du taler på vegne af dine kolleger
- ✓ Du får inspiration, kurser og nye oplevelser
- ✓ Dit personlige og faglige netværk bliver udvidet

Du behøver ikke at vide noget om pension i forvejen. Vi vil gerne høre, hvad der er vigtigt for dig – uanset om du er ny i job eller har mange års erfaring.

Se, hvad en delegeret laver, og hvordan du digitalt stiller op på pka-valg.dk

**Stil op senest
10. oktober kl. 16**

Se mere her
pka-valg.dk



DV26

Sådan stiller du op til delegeretvalg – DV26

Stil op senest d. 10. oktober kl. 16.00. Du kan stille op som kandidat til at blive delegeret, hvis du er medlem af pensionskassen pr. 31. august 2026. Du kan ikke stille op, hvis du har anmodet om at træde ud af pensionskassen.

Valget er inddelt i valgkredse. Du hører til den valgkreds, hvor din indbetalerinstitution – dvs. den arbejdsgiver, der indbetaler pensionsbidrag

for dig – har adresse. Hvis du ikke har en arbejdsgiver, der indbetaler pensionsbidrag, stiller du op i den valgkreds, hvor du bor. Hvis du arbejder i en anden valgkreds end der, hvor din arbejdsgiver har adresse, er ansat på en landsdækkende institution, eller hvis du får indbetalt pensionsbidrag fra flere arbejdsgivere i forskellige valgkredse, gælder der særlige regler, som du kan se på pka-valg.dk. Du er delegeret for fire år ad gangen.

I alt skal der vælges 155 delegerede i Pensionskassen for Sygeplejersker, Lægesekretærer og Radiografer, heraf 105 sygeplejersker.

De 105 pladser er fordelt med: Region Hovedstaden og medlemmer bosat uden for valgkredsene 34; Region Sjælland 13; Region Syddanmark 21; Region Midtjylland 24; Region Nordjylland 10; Grønland/Færøerne 3.

Rullende sårteam ser mennesket bag såret

Et udekørende sårteam fra Sjællands Universitetshospital i Køge samarbejder med den kommunale hjemmepleje for at forbedre behandling og forebyggelse af diabetessår hos borgere i deres eget hjem. **Projektet fremmer både borgernær pleje og tværfagligt samarbejde** hen over sektorgrænser.

Tekst **Mathilde Nyfos Ebbesen**

Foto **Marcus Emil Christensen**

I en hvid kommunebil, der triller ned ad Faxe Kommunes veje en solrig tirsdag, sidder tre fagligheder samlet.

"Jeg tænker på dig, hver gang jeg beskærer et sår," siger hjemmesygeplejerske og chauffør Louise Sølvsteen til fodterapeuten Liane Ystrøm, der sidder på bagsædet. På forsædet sidder sårsygeplejerske Camilla Misha Holde Hjelmgaard, som til daglig arbejder sammen med Liane Ystrøm på sårambulatoriet på Sjællands Universitetshospital (SUH) i Køge.

Sidste gang de tre mødtes, gav de to sårspecialister Louise Sølvsteen et par råd til at beskære et sår på en borger med diabetes.

"Det er faktisk helet nu, efter I har rådgivet os," fortæller Louise Sølvsteen, mens hun svinger bilen ind på en ny vej.

Hendes to passagerer er en del af det udekørende sårteam, som hver tirsdag kører ud fra SUH i Køge og sammen med en kommunal hjemmesygeplejerske besøger borgere, der har svært ved selv at komme ind på sygehuset.

På vejen til dagens første borger, vender de tre kort, hvad de går ind til.

Forebyggende indsats

Alice Yvonne Schröder på 84 bor i Faxe Kommune i et gult rækkehus med tilrøget luft og blomstrede gardiner. Hun sidder ved sit spisebord med en musselmalet kop kaffe foran sig. Ind kommer sårteamet med sygeplejekufferten trillende efter sig, og det smalle køkken føles pludselig endnu smallere.

"Jeg har taget nye plastre med," siger Louise Sølvsteen, og prompte svarer Alice Yvonne Schröder:

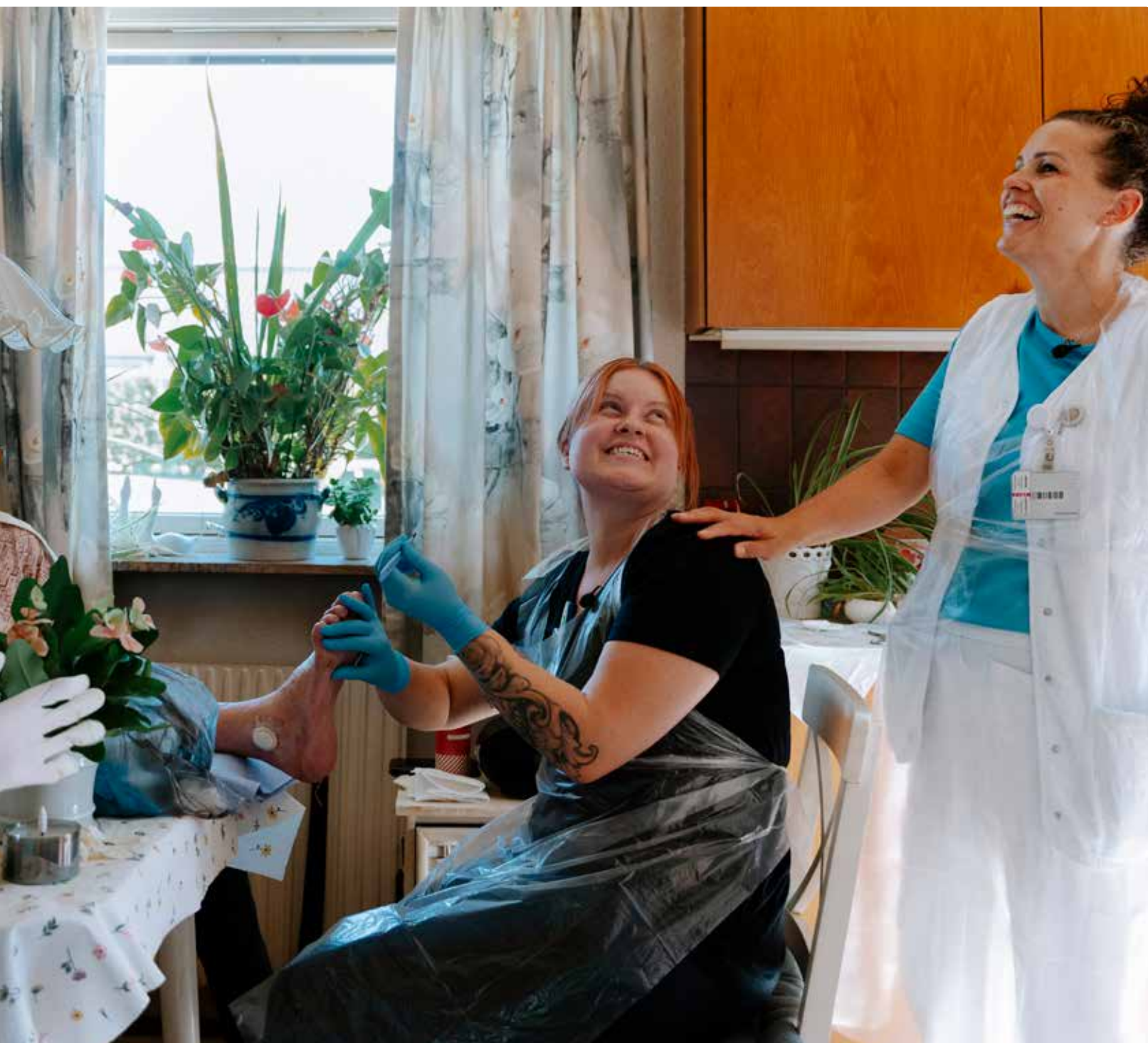
"Er det edderkopper? Alt det andet falder af."

"Det er edderkopper," svarer hjemmesygeplejersken og sætter sig over for Alice Yvonne Schröder med Camilla Misha Holde Hjelmgaard og Liane Ystrøm bag sig, klædt i plastikforklæder. Alice Yvonne Schröder folder sine sorte leggings op og blottet et spinkelt ben med en væskefyldt fod, som hun lægger op på blomsterdugen.

Sårteamet kender allerede Alice Yvonne Schröder. Sidste gang Liane Ystrøm og Camilla Misha Holde



Hjemmesygeplejerske Louise Sølvsteen (midten), sårsygeplejerske Camilla Misha Holde Hjelmgaard (t.h.) og fodterapeut Liane Ystrøm (t.v.) er på hjemmebesøg hos Alice Yvonne Schröder (bagest) for at tilse hendes diabetessår.



Hjelmgaard besøgte hende med det udekørende sårteam, bestilte de en tid til hende inde på afdelingen til en tenotomi. Camilla Misha Holde Hjelmgaard fremviser på tåen, hvordan den er blevet mere smidig siden, og såret, der var, er væk.

Det er bl.a. en af de forebyggende gevinster ved teamet – at såreksperterne kommer ud i virkeligheden, ser et problem og følger op på det.

Mens de alle kigger på Alice Yvonne Schröders fod, guider sårsygeplejersken og fodterapeuten Louise Sølvsteen i plejen af et andet diabetessår på Alice Yvonne Schröders kno på anklen.



Såret er faktisk helet nu, efter I har rådgivet os.

Louise Sølvsteen
hjemmesygeplejerske

"Tager du ikke lige en pincet og mærker, om der er knoglekontakt derinde?" Spørger Camilla Misha Holde Hjelmgaard Louise Sølvsteen, der fører en turkis pincet ind i det dybe sår.

"Åh!" råber Alice Yvonne Schröder, "Jeg skulle have haft en whisky på bordet i stedet for," siger hun og skæver til sin nu kolde kaffe.

Der er ikke knoglekontakt. Til gengæld er huden omkring såret rød og irriteret. Camilla Misha Holde Hjelmgaard peger ►



Når sårteamet kommer på besøg, er det altid hjemmesygeplejersken, der leder besøget, og sårspecialisterne, der sparrer med.

- på "edderkoppen" som er kælenavnet for en sugende skumbandage:

"Den der edderkop er ikke en særlig god bandage til dét sår."

Det suger nemlig ikke nok, fortæller hun, så sårvæskens skulper rundt i såret og gør dårligt værre. De aftaler, at hun næste gang tager en forbindelse med, der er større og suger bedre.

Patienten i egne rammer

Sårteamet er et samarbejde mellem SUH, Steno Diabetescenter Sjælland og hjemmeplejen i de syv kommuner, SUH i Køge samarbejder med. Faxe Kommune er den første kommune, projektet prøves af i.

"Det var en af vores oversygeplejersker Inna Jacobsen, min kollega og sårsygeplejerske Karina Bergstrand og mig, der fandt på projektet," siger Camilla Misha Holde Hjelmggaard.

De tænkte, at de kunne forbedre behandlingsmulighederne for folk med diabetessår ved at samle specialiserede fagligheder på tværs af region og kommune – og at man samtidig kunne nå flere borgere ved at tage ud til dem. Så de skrev en ansøgning og bad Steno Diabetescenter Sjælland om støtte til

Om sårteamet

Sårteamet er et samarbejde mellem Sjællands Universitetshospital Køge, Steno Diabetescenter Sjælland og de syv samarbejdskommuner i hospitalets område: Roskilde, Køge, Solrød, Greve, Stevn, Lejre og Faxe.

Siden februar har teamet kørt i Faxe Kommune. Snart udvides ordningen til flere kommuner. Sårteamet består af tre sårsygeplejersker og to fodterapeuter, der på skift kører ud.

Sårteamet samarbejder med en sygeplejerske fra hjemmeplejen, der laver en liste over borgere, som skal tilses af sårteamet.

Sårteamet underviser også kommunernes centersygeplejersker for at kompetenceudvikle, bygge bro mellem hospital og kommune, og for at styrke samarbejdet om den enkelte borger.

at føre idéen ud i livet. Steno så værdien i initiativet og har finansieret projektet, så det kan køre i tre år. Sårteamet har nu kørt siden februar 2026.

"Det bedste ved det her projekt er, at sygeplejen kommer ud til borgere, der har svært ved at komme ind til os. Og så giver den faglige sparring med vores kollegaer i hjemmeplejen også rigtig meget," fortæller Camilla Misha Holde Hjelmggaard.

De hospitalsansatte sårspecialister oplever også, at de lærer af hjemmebesøgene. F.eks. får de en idé om, hvilke materialer, der bliver brugt i hjemmeplejen, og hvornår det ikke er hensigtsmæssigt til lige præcis sårpleje. Desuden styrker det deres sygepleje at se patienterne i deres naturlige habitat.

"Vi ser virkelig mennesket bag såret, når de er i deres egne rammer," fortæller hun.

Det er også noget af det, der ligger i den nye sundhedsreform, og projektet er netop også tænkt til at indfri nogle af de visioner, reformen indeholder.

"Vi ser ind i en ny sundhedsreform, der bl.a. ønsker at rykke behandlingen tættere på borgerne, og det her initiativ spiller godt ind i det med den borgernære pleje og det tværfaglige samarbejde på tværs af sektorer," siger Camilla Misha Holde Hjelmggaard.

Prøv en anden forbindelse

Hos Alice har de tre kvinder nærstuderet Alice Yvonne Schröders fod med armene langet ind over hinanden. Hun har også et sår på storetåen, som hjemmesygeplejerske Louise Sølvsteen vurderer, ikke skal beskæres. Men det er Liane Ystrøm ikke enig i.

"Hvis du synes, det er svært at vurdere, hvor meget, der skal skæres af, siger du bare til, så skal jeg nok hjælpe dig," siger hun.

"Du må da gerne vise mig, hvordan man gør, svarer Louise Sølvsteen. De to bytter plads, så Louise Sølvsteen står bagved og ser de rutinerede bevægelser skære i den hårde hud med en skalpel.

På vej hen mod den næste borger reflekterer de videre over mødet hos Alice Yvonne Schröder.

"Jeg synes, det var rart at få at vide, at jeg skulle beskære såret, når jeg nu sad med en tanke om, at det ikke skulle. Det er jo uvidenhed. Så det er en god måde at udvikle hinandens kompetencer på, når du, Liane, så siger, at det skal det faktisk. Ellers havde jeg jo aldrig vidst det," siger Louise Sølvsteen og supplerer, at hun aldrig har haft med diabetessår at gøre, før hun startede i kommunen.

"Det er netop derfor, vi har foreslået, at vi kan komme ud og køre med nogle af de sygeplejersker, der ikke er så rutine-rede eller har brug for sparring, når det kommer til sår. Det er der, vi virkelig kan kompetenceudvikle, og det vil vi jo gerne bidrage til," siger Camilla Misha Holde Hjelmgaard.

"Også fordi jeg har en stor interesse for sår, så jeg vil gerne lære at gøre det ordentligt," siger Louise Sølvsteen.

Camilla Misha Holde Hjelmgaard supplerer ifm. Alice Yvonne Schröders sår.

"Jeg tror, at det der går galt er, at I bruger den forkerte forbindelse. Det kan bremse sårhelingen, når den konstant er for våd og tydeligt irriteret. Så jeg synes, I skal prøve en anden forbindelse af i nogle uger. Og hvis rødmen ikke falder, synes jeg, I skal booke en tid hos os."

På turnus i syv kommuner

Sårteamsprojektet har kun kørt et halvt år, så der er endnu ikke konkret data på, hvad sårteamet løser. Men både i kommunen og på hospitalet kan de se, at det gør gavn. Dels til kompetenceudvikling, dels til forebyggelse og dels til at udføre sygepleje tæt på borgeren på tværs af sektorer.

I september udvider de, så andre kommuner i regionen kan få glæde af sårteamet.

"Vi startede op i Faxe Kommune i starten af februar. Om lidt starter vi i Greve Kommune, som er en af de syv andre kommuner, der hører til SUH Køges optageområde. Og planen er, at vi på sigt skal besøge hver kommune en dag om ugen, så det bliver en turnusordning," siger Camilla Misha Holde Hjelmgaard.

Både i kommune og region kan de se værdien i samarbejdet.

"Det tværsektionelle samarbejde bliver styrket, fordi man kan sætte ansigt på hinanden. Når Louise ringer ind til mig, så ved jeg først og fremmest, hvem Louise er, men jeg har måske også en ide om, hvad hendes kompetencer er, eller hvad hun kunne have brug for hjælp til," siger Camilla Misha Holde Hjelmgaard.

"Vi ser, at der er kommet en bedre dialog. Tænker du ikke også det, Louise?" spørger Liane Ystrøm. Louise Sølvsteen bekræfter, og Liane Ystrøm fortsætter:

"Vi har fået så positive meldinger på, at vi hjælper hinanden sygehus og kommune imellem. Vi lærer lige så meget af at komme ud til borgerne, som hjemmesygeplejerskerne gør. Vi har jo alt lige ved hånden hos



🟢 Hos Jørn Axel Arnø går sårspecialisterne fra sårpleje til skomageri, så stroppen på terapiesandalene ikke irriterer såret på tåen.

os, og det sætter tingene i perspektiv, fordi det har de selvfølgelig ikke ude i kommunen."

Jørns smalle sneakers på pension

Vi befinder os på dagens sidste stop for det udekørende team. Jørn Axel Arnø, der har diabetes og et sår på storetåen, ligger i sin seng med strømperne af. Han har vasket dem, forsikrer han.

Såret, der startede som en lille rift, er blevet stort og pæreformet. Men det kan have noget at gøre med hans sko, vurderer Liane Ystrøm. Camilla Misha Holde Hjelmgaard viser på Jørn Axel Arnøs terapiesandal, hvordan sandalen gnaver lige der, hvor såret befinder sig. Hun retter derefter fokus mod hans blå sneakers, der er for smalle, og som derfor også trykker på såret. Men sårteamet har tricks med i lommen.

"Du kan lige komme herhen og se," siger Liane Ystrøm til Louise Sølvsteen og de to sårspecialister viser, hvordan man med skum kan lave en aflastning på terapiesandalen, så såret kun er i kontakt med luft og ikke kras velcro.

"Så, Jørn, de blå sko der, de skal på pension. Fra nu af er det kun terapiesandalene, der duer," siger Camilla Misha Holde Hjelmgaard.

På række går de tre fagligheder ud af huset, men samles ved et figentræ i den skarpe sensommersol. Jørn Axel Arnøs kone beder om hjælp til at plukke figenerne, som de får et par med af til køreturen.

"Det er alsidigt at komme ud til borgerne, må man sige," siger Camilla Misha Holde Hjelmgaard, før de forsvinder ind i kommunebilen. ♥





Der er konstant udvikling på området, så jeg bliver udfordret fagligt hver eneste dag.

Nuhu Seidu
stråleterapisygeplejerske

"Jeg fokuserer på dem, der bliver raske"

I mere end 20 år har Nuhu Seidu arbejdet som stråleterapisygeplejerske. **Her kombinerer han sygepleje, teknologi og omsorg** for at hjælpe kræftpatienter gennem svære behandlingsforløb.

Fortalt til **Emma Kold**
Foto **Amanda Hjernø**



Jeg har altid syntes, at arbejdet med røntgen var vildt spændende. At man kan se helt ind i nogen og finde ud af præcis hvorhenne, f.eks. en tumor sidder. Det er meget fascinerende.

Da jeg tilbage i 2004 blev færdig som sygeplejerske, arbejdede jeg på Mavetarmmedicinsk Afdeling på Herlev Hospital. En dag overhørte jeg nogle kollegaer snakke om denne her efteruddannelse i stråleterapi for sygeplejersker.

Jeg har altid elsket at være sygeplejerske, men hvis jeg kunne kombinere sygeplejen og det tekniske i stråleterapien, så ville det kun være endnu bedre.

På Mavetarmmedicinsk Afdeling arbejdede jeg til tider med patienter, som skulle igennem en koloskopi for at finde ud af, om de havde endetarmskræft. Ideen om, at jeg kunne hjælpe dem hele vejen igennem et stråleforløb, tiltalte mig meget. Jeg ville gerne være med til at følge behandlingen til dørs.

Så jeg tænkte: Hvorfor ikke? Og så tog jeg efteruddannelsen.

Fagligt ajour

Uddannelsen tog et år. Jeg var ansat på en stråleafdeling samtidig med, at jeg gik i skole og fik den teoretiske baggrund for strålebehandling. Da jeg blev færdig med efteruddannelsen i 2006, startede jeg som stråleterapisygeplejerske på afdelingen for kræftbehandling på Herlev Hospital, hvor jeg stadig arbejder i dag.

Som uddannet stråleterapeut giver man strålebehandling til næsten alle former for cancer. Når en patient

Det nytter ikke noget, at jeg siger: "Du kommer til at have diarré fra nu og til juleaften!"

Nuhu Seidu
sygeplejerske

får konstateret f.eks. lungecancer, bliver vedkommende scannet for at finde ud af præcis, hvor tumoren er henne. Så laves der en indtegnning, der fortæller nøjagtigt, hvor jeg skal give strålebehandlingen. Et forløb kan være alt fra fem til 39 behandlinger.

Desuden analyserer jeg røntgenscanningerne, som kan vise præcis, hvor stor tumoren er, og hvordan den har udviklet sig siden sidst.

Da jeg startede på efteruddannelsen, var jeg meget overrasket over, hvor nøjagtigt man kunne se en tumor, og hvordan man kunne følge med i udviklingen. Og sidenhen er teknologien kun blevet mere avanceret.

Der kommer hele tiden ny teknologi på området, som vi skal forholde os til: Nye accelerators (de maskiner, der bruges til udvendig strålebehandling, *red.*), som kan ramme tumorer meget mere præcist og overvågningssystemer, som kan sikre, at patienten ligger helt stille under hele forløbet.

Den teknologiske og forskningsmæssige udvikling stiller krav til min faglighed. Jeg skal hele tiden holde mig opdateret.

Vi har mange forskellige accelerators, som kan forskellige ting. En accelerator til behandling af brystkræft, en anden til behandling af blærekræft og hjernetumorer – jeg skal kunne navigere i alt det tekniske udstyr.

På den måde går jeg i hvert fald ikke fagligt i stå. Der er konstant udvikling på området, så jeg bliver udfordret fagligt hver eneste dag, og det gør, at det bliver ved med at være spændende for mig at gå på arbejde.

Et livsbekræftende job

Arbejdet som stråleterapeut kræver empati og situationsfornemmelse. Patienterne skal have informationer om behandlingen og om bivirkninger, så de føler sig klædt godt på.

Men det handler også om at forstå, hvor patienten kommer fra. Hvis en patient kommer ind og er meget nervøs, så nytter det ikke noget, at jeg siger: "Du kommer til at have diarré fra nu og til juleaften!"

De er i forvejen i et svært forløb med en forfærdelig sygdom. Det er så vigtigt, at jeg møder patienten, der hvor de er, og giver dem ro i maven – og det er utroligt livsbekræftende, når det lykkes.

Arbejdet kræver også, at jeg holder hovedet koldt. I sidste uge behandlede jeg en ung kvinde på 31 år med en stor tumor. Lægerne havde fortalt hende, at behandlingen ikke kunne gøre hende rask, og at der derfor ikke var lang tid tilbage.

Det stak virkelig i hjertet at høre. Sådan nogle situationer kan godt sidde i mig længe. Men selvom det rammer mig, er jeg professionel. Det nytter ikke noget at tage oplevelserne med hjem og gå at være trist over dem.

Jeg prøver i stedet at huske på de patienter, som har været i et behandlingsforløb hos os, som kommer tilbage et halvt år senere og fortæller os, at canceren er væk.

At jeg har været med til at gøre en patient kræftfri igen - det vælger jeg at fokusere på.

Derfor er det helt specielt for mig at kunne være med til at give kræftpatienter en behandling, som kan give dem håb. Håb for at deres tilstand forbedres. Det gør mig virkelig glad. ♥

► Siden 47-årige Nuhu Seidu startede som stråleterapeut for over 20 år siden, har teknologien udviklet sig meget. Maskiner som Halcyon Hypersight tager både hurtigere og klarere scanninger, end man tidligere har kunnet.



Ny sedering kan give hurtigere hjælp

Sygeplejersker har introduceret og implementeret en **ny form for sedering** på Nordjyllands største akutmodtagelse. Resultaterne er lovende.

Tekst **Ulla Abildtrup**

Foto **Claus Bjørn**

En ung mand kommer hinkende ind i venterummet på akutmodtagelsen på krykker. I venterummet sidder en anden mand og ømmer sig højlydt over sit knæ.

"Vi er Nordjyllands største akutmodtagelse og har på en almindelig dag op til 200 patienter," fortæller chefsygeplejerske Rikke Skuldbøl Nielsen.

Hun har arbejdet i akutområdet siden 2002 og har været leder siden 2015, og hun reagerer instinktivt, da der går en alarm. Først da hun ser en sygeplejerske løbe i retning af alarmen, genoptager hun samtalen.

Sygeplejerske Steven Krogh-Larsen slutter sig til. Han er akut- og traumekoordinator og en af initiativtagerne til et forskningsprojekt, der bringer akutmodtagelsen i Aalborg helt i front i Europa og måske endda på verdensplan.

Steven Krogh-Larsen har sammen med kollegaen Dennis Møller Andersen, der er undervisnings- og uddannelsesansvarlig, en baggrund inden for anæstesi, og de to kendte herfra til brugen af præparatet remimazolam.

Præparatet er et benzodiazepin-præparat, der virker hurtigt, men i kort tid. Det benyttes typisk ved mindre indgreb eller ved induktion og vedligeholdelse af fuld narkose.

De to sygeplejersker foreslog for henved 2½ år siden at introducere præparatet som en ny form for sedering på akutafdelingen.

Rikke Skuldbøl Nielsen var positiv og fik inddraget Anne Lund Krarup, forskningsansvarlig overlæge, og Dorte Melgaard, seniorforsker, lektor og ph.d. i forskningsprojektet.

"Unge sygeplejersker vil ikke vente 25 år på kompetenceudvikling, sådan som vi gjorde i min generation, hvor de mere erfarne sygeplejersker stod først for tur, når der var kurser og efteruddannelse. Det mærker jeg tydeligt i forhold til både rekruttering og fastholdelse. Vores afdeling er kendt som et sted, der er positivt overfor udviklingsprojekter, og det sætter medarbejderne stor pris på," siger Rikke Skuldbøl Nielsen.

Steven Krogh-Larsen nikker.

"Sygeplejersker er blevet mere forskningsorienterede. Jeg har kolleger, som har søgt

Om projektet

Remimazolam er et benzodiazepin-præparat, der virker hurtigt og forsvinder hurtigt ud af kroppen igen. Akutmodtagelsen på Aalborg Universitetshospital gennemførte i 2024 flere studier med patienter, som fik remimazolam af anæstesiuddannede sygeplejersker eller akutlæger, der var oplært i at sedere med præparatet.

Ved udgangen af juli 2026 havde **978 patienter** modtaget den nye form for sedering på Akutmodtagelsen i Aalborg.

97 pct. af patienterne havde ingen eller kun milde respiratoriske problemer under sederingen. To patienter fik kortvarige, alvorlige vejrtrækningsproblemer, men begge havde fået store doser opioider før remimazolam.

Patienttilfredsheden var høj. Blandt de få patienter, der kunne huske proceduren, var alle tilfredse med sederingen. **97 pct.** rapporterede enten hukommelsestab for proceduren eller tilfredshed med sedering og smertelindring.

Blandt de patienter, der fik led sat på plads, lykkedes proceduren i **89 pct.** af tilfældene.

Sederingen indtrådte efter en median på 1 minut. Patienterne var vågne og sikre at efterlade uden konstant overvågning efter en median på 15 minutter. Samlet lykkedes **94 pct.** af procedurerne.

Remimazolam er i dag en del af driften på akutmodtagelsen i Aalborg.

Ca. halvdelen af de patienter, der tidligere sandsynligvis ville være blevet sendt på operationsgangen til fuld bedøvelse, kan i stedet behandles direkte i akutmodtagelsen med remimazolam.

Behandlingsformen kan potentielt spare ventetid, frigøre operationskapacitet samt give hurtigere patientforløb og større patienttilfredshed.

Kilde: Akutmodtagelsen i Aalborg.





Sygeplejerske Steven Krogh-Larsen har en fortid inden for anæstesi og kendte herfra det beroligende præparat remimazolam, som kan anvendes ved mindre akutte procedurer som en hofte, der skal sættes på plads.

- væk, men er kommet tilbage, fordi der er gode muligheder for faglig udvikling her i akutmodtagelsen.”

Er I allerede færdige?

Steven Krogh-Larsen fortæller om en vagt på akutmodtagelsen, da forskningsprojektet med remimazolam næsten lige var begyndt.

En ældre mand kom ind, fordi hans hofte var gået af led. Manden var i store smerter, da Dennis tilbød ham at være med i projektet og få lidt smertestillende.

”Er der nogensinde en patient, der har takket nej til det tilbud?” spurgte patienten lidt hvast.

Steven Krogh-Larsen fulgte den lokale instruks og stillede et par spørgsmål for at fastslå, at patienten ikke var i risiko for komplikationer pga. eksempelvis overvægt, hjerteproblemer eller leversygdom. Herefter gav han patienten lidt beroligende og remimazolam intravenøst.

Begge virkede inden for et minut, hvorefter lægen satte hofte på plads, uden at patienten overhovedet opdagede, hvad der skete.

”Er I snart klar?” spurgte manden, der næsten ikke troede sine egne ører, da han fik at vide, at han stort set var færdig.

Et røntgenbillede fastslog, at alt var i orden, og patienten kunne forlade sygehuset.

Kortvarigt hukommelsestab

”Remimazolam er kendt for at give et kortvarigt hukommelsestab, og det har vi fået bekræftet i vores forskning. Langt de fleste husker intet overhovedet, og de, der husker indgrebet, er utroligt tilfredse og taknemmelige, fordi de ikke følte smerte pga. kombinationen af præparatet og smertestillende,” siger Steven Krogh-Larsen.

Sederingen bruges ofte til hofter, men også til f.eks. brækkede ankler eller lukkede skuldre. Blandt de patienter, der fik led sat på plads, lykkedes proceduren i 89 pct. af tilfældene.

Steven Krogh-Larsen fortæller også om en kvinde, der kom ind med en skulderluxation for fjerde gang. Efter indgrebet fortalte hun, at hun intet kunne huske fra proceduren. Ved siden af sad hendes ægtefælle, som bemærkede:

Sygeplejerskerne Tea Skøtt Petersen og Steven Krogh-Larsen samarbejder om at hjælpe en patient, der er kommet til skade med nakken.





Langt de fleste husker intet, og de, der husker indgrebet, er utroligt tilfredse.

Steven Krogh-Larsen
sygeplejerske



"Jeg kan da se på uret, at vi kommer hjem 12 timer tidligere end ved den type bedøvelse, hun plejer at få."

Løbende dataindsamling

Steven Krogh-Larsen og Dennis Møller Andersen har stået for undervisning af 10 af akutmodtagelsens sygeplejersker i den nye form for sedering.

I personalestuen hænger en seddel med navnene på dem, der har gennemgået kursusforløbet, så man altid kan se, om der er én på vagt, som er klædt på til at bruge remimazolam.

De to sygeplejersker har også fået implementeret en taske, der indeholder kompetencekort med instruktioner og alt, hvad man skal bruge i forbindelse med remimazolam, herunder modgift og iltmaske, hvis præparatet mod forventning giver patienten luftvejsproblemer.

Resultaterne og patienttilfredsheden har været så god, at sedering med remimazolam i dag er en fast del af driften.

Alle uddannede sygeplejersker har deltaget i dataindsamlingen, der foreløbig er blevet til tre videnskabelige artikler, og yderligere tre artikler er under review. Henvend 1.000 patienter har modtaget behandlingen de seneste to år.

Dataindsamlingen fortsætter, selvom den nye praksis er implementeret. I den særlige remimazolam-taske ligger en QR-kode, som personalet scanner efter brug. Herefter går de ind og rapporterer oplysninger som patientens navn, alder, højde, vægt og tid fra sedering til indgreb.

"Dataindsamlingen bidrager til flere forskningsprojekter, som kan understøtte, at brugen af remimazolam giver sikre og effektive forløb for vores patienter," forklarer seniorforsker Dorte Melgaard.

Hun vil desuden undersøge, hvorvidt det er muligt at foretage sundhedsøkonomiske beregninger på brugen af præparatet, der potentielt kan spare både personale og medarbejdere tid samt frigøre operationskapacitet.

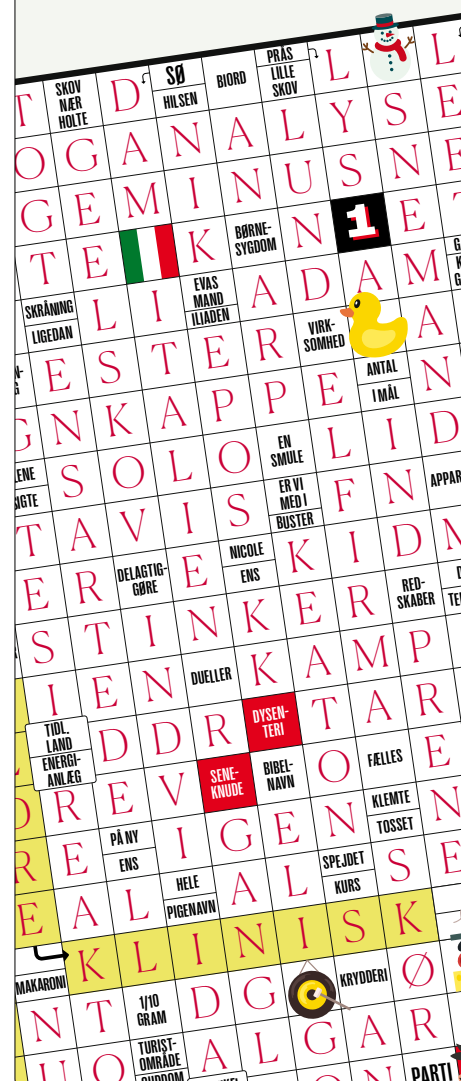
Akutaafdelingens forskningsresultater har vakt så stor opsigt, at den europæiske akutmedicinske kongres i Paris, *European Society for Emergency Medicine*, har inviteret Steven Krogh-Larsen til at præsentere projektet her i september. ♥

Vinder af krydsord

Krydsordet i *Sygeplejersken* nr. 2 fik 784 af jer læsere til at indsende løsningen til bladets kryds og tværs. Den rigtige løsning var 'Studerende i udvidet læringsforløb præsterer bedre klinisk'. Den var inspireret af peer review-artiklen om Honours-forløb, som blev bragt i samme blad.

Den heldige vinder af et ophold på Hotel Koldingfjord for to personer blev **Anne-Marie Aagaard**, Idestrup.

Prøv lykken igen i dette blad på side 63.



Skal hun dele sin viden med skibschefen?

Mette er udsendt med Forsvaret på en sejrende mission.

En soldat betror hende sine mørke tanker. Skal

Mette bryde sin tavshedspligt og soldatens tillid ved at gå videre til skibschefen med fare for, at missionen bliver afbrudt, og soldaten får et blakket CV?

Tekst **Laura Elisabeth Lind**

Illustration **Andrea Ucini**

Til dagligt arbejder Mette som anæstesisygeplejerske. Men gennem de sidste 25 år har hun været udsendt til bl.a. Kosovo, Irak og Mali. Ofte med Søværnet, hvor missionerne har handlet om alt fra jagt på somaliske pirater til at få kemiske våben ud fra Syrien og Libyen.

Og det er netop på en af de sejrende missioner, at hun pludselig står i et svært dilemma. Skibet har været afsted i et par måneder og befinder sig ca. 700 km fra nærmeste kyst. De er omkring 200 danske soldater om bord på det store metalgrå militærskib, som også huser et lille hospital. Hospitalet består af en sengestue, operationsstue og en konsultation, hvor Mette sidder med åben dør. En ung kvindelig soldat kommer ind, og de begynder at snakke.

“Så lukker jeg døren. Jeg har lagt mærke til, at hun har ændret adfærd, og hun er blevet mere tilbagetrukket.”

Mette spørger ind til, hvordan det går. Ud over at monitorere soldaternes fysiske tilstand, holder hun nemlig også øje med, hvordan de har det psykisk.

Soldaten begynder at græde og fortælle om en turbulent barndom og ungdom, præget af usikkerhed, angst og svigt. Hun har tiltagende negative tanker og sover dårligt. Mette kan ikke se tegn på selvskade, men soldatens lavmælte, energiforladte stemme afslører, at det ikke står for godt til. Soldaten har brug for, at Mette ikke deler sammenbruddet og de mørke tanker med nogen.

“Du har jo tavshedspligt, siger soldaten spørgende til mig.”

Og Mette bekræfter hende i, at hun har tavshedspligt, men spørger også den unge kvinde, hvad hun selv synes, de skal gøre ved de udfordringer, hun står over for. Soldaten vil helst bare se tiden an.

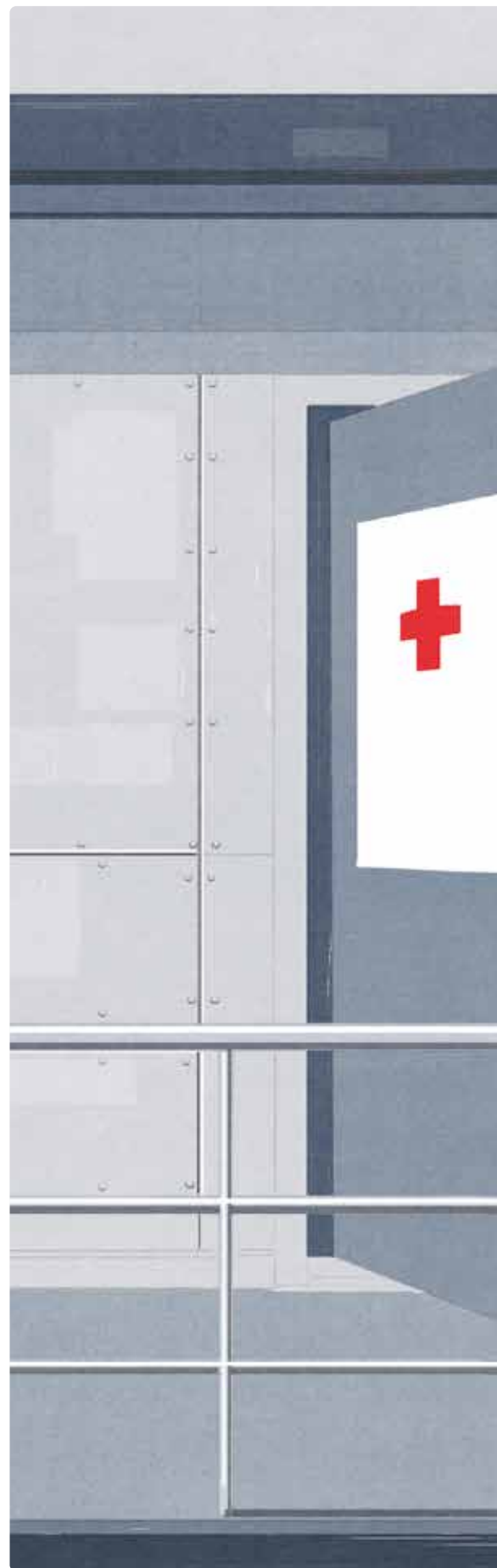
Nu bliver Mette i tvivl om, hvad hun skal gøre. Soldaten viser hende stor tillid under forventning om tavshed. Men Mette er klar over, at hun er forpligtet til at bryde tavshedspligten, hvis en af soldaterne er til fare for sig selv eller andre. Er soldaten det? Hvad kan hun finde på? Mette er i tvivl om, hvad hun skal gøre. Hun er opmærksom på, at de ikke befinder sig i en almindelig dansk lægeklinik. De er på en farlig mission. På åbent hav. Her gælder andre spilleregler. Missionens overordnede mål er primært styrende.

“Derfor er det også skibschefen, der bestemmer. Uanset hvad lægen eller jeg kan komme med af råd, er det ham, der bestemmer.”

Hun spørger mere ind til den unge kvindes tilstand. Hun kan mærke, at der ikke bare er tale om det *break down*, som mange sol-



Der betragter jeg hende som en tikkende bombe.





dater oplever efter to måneders isolation fra omverdenen. Mette spørger, om tankerne er så sorte, at hun ikke har lyst til at leve mere:

“Det kan godt være i den retning, svarer den unge soldat mig. Og det er nok til, at mine røde flag bliver hejst. Der betragter jeg hende som en tikkende bombe. Det kan udvikle sig tragisk, hun kan begå selvskade, forsøge at begå selvmord eller få et psykisk sammenbrud. Og sker det, kan vi ikke pludselig evakuere hende, for så må vi nulstille missionen, fordi vi enten skal søge havn eller helikopter for at evakuere hende. Det er en meget stor mission at afbryde.”

Mette hælder til, at skibschefen skal vide det. Men hun er alligevel i tvivl.

“For skibschefen er den unge soldats arbejdsgiver, og derfor skal man tænke karrieren ind i det. Jeg kan i princippet smadre hendes karriere ved at gå videre med det.”

Så hvad skal Mette gøre? Holder hun tæt, eller skal hun gå til skibschefen og skibslægen? Og kan hun det, når nu hun har lovet den unge kvinde fortrolighed?

Det gjorde sygeplejersken

Ret hurtigt bliver Mette klar over, at hun skal handle på den viden, hun har fået.

“Jeg siger til hende, at jeg ikke vil bryde hendes tillid og min tavshedspligt, men jeg vil gerne gå til lægen og skibschefen sammen med hende, og det skal være nu. For at passe på hende. Jeg tør ikke slippe hende.”

Soldaten accepterer, og lægen og skibschefen kommer ned på hospitalsskibet. Den unge soldat bliver kortvarigt sygemeldt, får ændret sine arbejdstider og kan derfor bedre sove. Hun kommer løbende til samtaler hos sin nærmeste overordnede. Stille og roligt trækker de mørke skyer væk. Hun får det bedre, men kommer tidligere hjem fra missionen end planlagt.

Mette er glad for, at hun traf den beslutning.

“Jeg blev nødt til at tage hende alvorligt og handle hurtigt,” siger hun og tilføjer:

“Sygepleje i en militær kontekst er anderledes. Vores ansvar er ikke på individet, men på missionen. Vi er udsendt af Danmark for at beskytte os alle.” ♥

Del dit dilemma!

Skriv og fortæl dit dilemma til redaktionen@dsr.dk eller scan QR-koden. Det er muligt at være anonym.



NYHED

MED ARTISKOK som bidrager til at mindske oppustethed

Husk at huske

Ekstrakt fra
artiskokblade



til dem som
har brug for at
supplere kosten
med fibre og
som ønsker
at mindske
oppustethed

Det er vigtigt at sørge for at få masser af fibre gennem kosten fra f.eks. fuldkornsprodukter, frugt og grøntsager.

Hvis man har brug for at supplere kosten med fibre, og ønsker at mindske oppustethed er HUSK® Psyllium Mavebalance med artiskokbladekstrakt et godt supplement.

HUSK® Psyllium Mavebalance med artiskokbladekstrakt kombinerer varmebehandlede, pulveriserede psyllium frøskaller med artiskokbladekstrakt, hvor psyllium frøskaller støtter en normal fordøjelse og tarmfunktion, og artiskok bidrager til at mindske oppustethed.

Et strejf af pebermynte giver en mild og frisk smag, som gør produktet behageligt at indtage.

Psyllium frøskaller indeholder 85% kostfibre og er i stand til at absorbere deres egen vægt 40 gange.

Når psyllium frøskallerne absorberer vand, produceres der en geléagtig masse, som giver tarmene noget at arbejde med.

Brug for sparring?

Kontakt vores produktspecialister
Rikke Sloth og Jette Uhre på info@husk.dk.



Psyllium frøskaller bidrager til en normal fordøjelse og tarmfunktion samt bidrager til tarmregelmæssighed og til at blødgøre afføring.

HUSK®
PSYLLIUM · MAVEBALANCE

Skab tryghed trods færre kontrolbesøg

Patienter med kronisk sygdom får i stigende grad færre kontrolbesøg på hospital og flere virtuelle konsultationer. I den forbindelse har patienter manglet information og følt sig utrygge.

Det fremgår af en undersøgelse fra maj 2026 af Center for Patientinddragelse, CPI.

23 patienter blev interviewet om deres kontrolbesøg og gav deres perspektiv på, hvilken kontakt og støtte der gør dem mest trygge.

For patienterne er flere ting vigtige: At kende ændringernes årsag, at forløbet tager afsæt i deres sygdom, at de har nem adgang til afdeling og specialister, og at der er en plan B, hvis sygdommen forværres.

Sundhedspersonale kan imødekomme patienterne ved at:

1. Forberede patienten før besøgene omlægges.
2. Skabe rum for ekstra henvendelser.
3. Holde løbende samtaler.
4. Sikre at patienten møder kendt personale.

Læs hele undersøgelsen på CPI's hjemmeside.

/shn

Har du nyt fra forskningens verden, så skriv gerne til os på redaktionen@dsr.dk



Illustration: Istock

Kræft rammer ikke kun kroppen fysisk

Kroppens fysiske tilstand er ikke det eneste, der påvirkes under et kræftforløb. Et nyt stort studie viser, at kræftpatienter har dobbelt så stor risiko for at udvikle psykiske lidelser senere i livet som individer uden kræft.

Det første år efter kræftdiagnosen er risikoen for at udvikle en psykisk lidelse hele fem gange større end resten af befolkningen. Derfra falder risikoen, men efter 10 år er den stadig 40 pct. højere. Derudover fandt forskerne, at hver anden kræftpatient efter 25 år havde udviklet en psykisk lidelse.

Forskerne bag studiet har kategoriseret det som en psykisk lidelse, hvis patienterne enten er blevet indlagt pga. en psykisk

lidelse eller har fået udskrevet medicin mod en. Her var angst og depression de mest udbredte lidelser.

Studiet har undersøgt ca. 300.000 patienter med kræftdiagnoser, og de er så blevet sammenlignet med en kræftfri gruppe på omtrent 1.000.000 personer. De to grupper var sammenlignelige mht. køn, alder og socioøkonomisk status.

Studiet 'Incident mental disorders following cancer: analysis of real-world psychiatric outcomes in a nationwide population-based cohort study in Denmark across three decades' er udgivet i British Journal of Cancer.

/ehh

Digital teknologi kan forebygge tryksår

Evnen til selv at forebygge tryksår i hjemmet styrkes hos personer med rygmarskader, når de bruger digitale teknologier.

Det viser et scoping review, der har analyseret eksisterende forskning om personer med rygmarskader. Reviewet tager udgangspunkt i 12 studier, hvoraf seks studier undersøger feedbacksystemer, der giver konkrete trykdata, mens seks andre studier ser på apps, SMS-baserede tiltag og teknologiske læringsforløb.

Reviewet viste, at de digitale teknologier kan styrke patienternes viden, opmærksomhed, engagement og ikke mindst tro på egne evner til selv at forebygge tryksår.

Tryksår er en af de hyppigste sekundære komplikationer efter rygmarskade, fremgår det desuden af reviewet, der også viser, at flere bruger digitale løsninger til at hjælpe med forebyggelsen af tryksår.

Dog viser reviewet også, at det er uklart, hvor stor effekt de digitale teknologier konkret har, og at der er behov for mere forskning på området.

Reviewet 'Self-managed digital technologies for pressure injury prevention in individuals with spinal cord injury: a systematic scoping review' er udgivet i Spinal Cord.

/ehh

HVORDAN OMTALER DÜ PATIENTERNE, NÄR DE IKKE ER TIL STEDE?

Sarah og Josephine oplever, at kolleger kommenterer negativt på patienters væremåde og udseende, når de ikke er psykisk eller fysisk til stede. **Det kompromitterer sygeplejeetikken og arbejdsmiljøet.** Når det sker, bunder det typisk i psykisk slid, og det kan der gøres noget ved.

Tekst **Mathilde Nyfos Ebbesen**
Illustration **Andreas Normann**

Når narkosen sætter ind, patientens muskler bliver trætte, og hjernen begynder at sove, har Sarah oplevet, at sygeplejersker og generelt sundhedspersonale har kommenteret på patientens udseende eller væremåde. På mærkværdige tatoveringer og fill-erindsprøjtede læber. Eller beskidte navler.

"Der er en kedelig tendens til at tale om patienterne, når de er bedøvede. Det ville jeg ikke synes var rart, hvis det var mig, der lå bedøvet."

Sarah har været narkosesygeplejerske i 16 år. Et speciale, hun har elsket. Men kulturen på narkosestuen har hun ikke altid brudt sig om.

"For det meste handler vi rigtig etisk forsvarligt. Men der er også gange, hvor nogle



Grundværdien tillid handler om at møde patienten med oprigtighed, ærlighed og respekt.



Inge Trelborg Møller
formand for Sygeplejeetisk Råd

kommenterer på patienternes udseende, når de er blevet lagt til at sove. De kommenterer f.eks. meget på kosmetiske operationer, som vi ser flere og flere af. Det er ydmygende og grænseoverskridende noget af det, der bliver sagt. Og det er ligegyldigt, at de ikke kan høre det. Det er det etiske, der er vigtigt. Og så er det ubehageligt for mig."

Nyuddannede Josephine har oplevet det samme. Da hun som sygeplejestuderende var i praktik i psykiatrien, oplevede hun, at der blev talt hen over hovedet på patienterne. Eller blev kommenteret på, når de var besværlige.

Fælles for Sarahs og Josephines oplevelser er, at det var ubehageligt at være vidne til måden at tale om patienterne. For hvad er de sociale konsekvenser ved at sige fra over for tonen? Og hvad er konsekvenserne, hvis man blot vender ryggen til og indirekte lader kulturen fortsætte?

De har begge prøvet begge metoder, men ingen af dem virker særlig godt, synes de. Nu håber de, at kulturen kan ændre sig, hvis vi taler højt om den.

Sproget former virkeligheden

Det er problematisk, når man bagtaler patienterne, fordi sproget former vores virkelighed. Og dermed bliver det svært at udføre ordentlig, tillidsbaseret sygepleje og omsorg, hvis man taler nedsættende om patienterne, når de ikke er fysisk eller psykisk til stede, mener formand for Sygeplejeetisk Råd, Inge Trelborg Møller.

"Det kolliderer med vores helt grundlæggende sygeplejeetiske og faglige værdier. Patienterne kan ikke have tillid til, at vi tager ansvar for at drage omsorg for dem, når vi omtaler dem på dårlige måder."

Hun fortæller, at det ligger direkte op ad det nye sygeplejeetiske grundlag, der fremhæver tre punkter: Tillid, omsorg og ansvar.

"Grundværdien tillid handler om at møde patienten med oprigtighed, ærlighed og respekt. Og hvordan kan vi det, hvis vi lige har siddet og gjort grin med og følt os bedre end patienten ude i kaffestuen?"

"Ift. ansvarsgrundlaget har vi et ansvar for at have en høj sygeplejefaglighed hos patienten – men hvordan kan vi løfte det ansvar, hvis vi lige har været med til at gøre patienten til et ikke-menneske, fordi vi har omtalt vedkommende på en måde, som ikke er særlig værdig?"

Inge Trelborg Møller uddyber:

"Ift. omsorgsgrundlaget er det vigtigt, at magtforholdet i relationen forvaltes, så der vises solidaritet med modtageren af sygeplejen, og det omfatter evnen til at yde sygepleje med empati. Man kan dårligt, tænker jeg, sætte sig i den syges sted, hvis man ser ned på patienten."

Mere hårdhudet end man er

Inge Trelborg Møller mener, at der på de afdelinger, det finder sted på, måske er ved at indfinde sig en forrælseskultur. Et begreb, som Dorthe Birkmose, psykolog og forfatter, har uddybet specifikt om velfærdsfagene, bl.a. i bogen 'Når gode mennesker handler ondt'. Dorthe Birkmose forklarer selv begrebet:

"Man kan som individ være så udmattet og føle sig så alene med et ansvar, som er alt for stort at bære. Og så kan man beskytte sig selv ved at blive mere hårdhudet og ligeglad, end man i virkeligheden er. Der bliver forrælsen en mestringsstrategi for den enkelte. I det tilfælde gør man nar af andre mennesker – så får man det lidt bedre selv og slipper for at forholde sig til sit eget psykiske slid."

Og hun er overbevist om, at Sarahs og Josephines oplevelser kommer af forrælse:

"Når man kommenterer på patienterne på den her måde, er der ingen tvivl om, at det er forrælse. Og når sygeplejersker eller andre professionelle får brug for at umenneskeliggøre og lægge en distance til

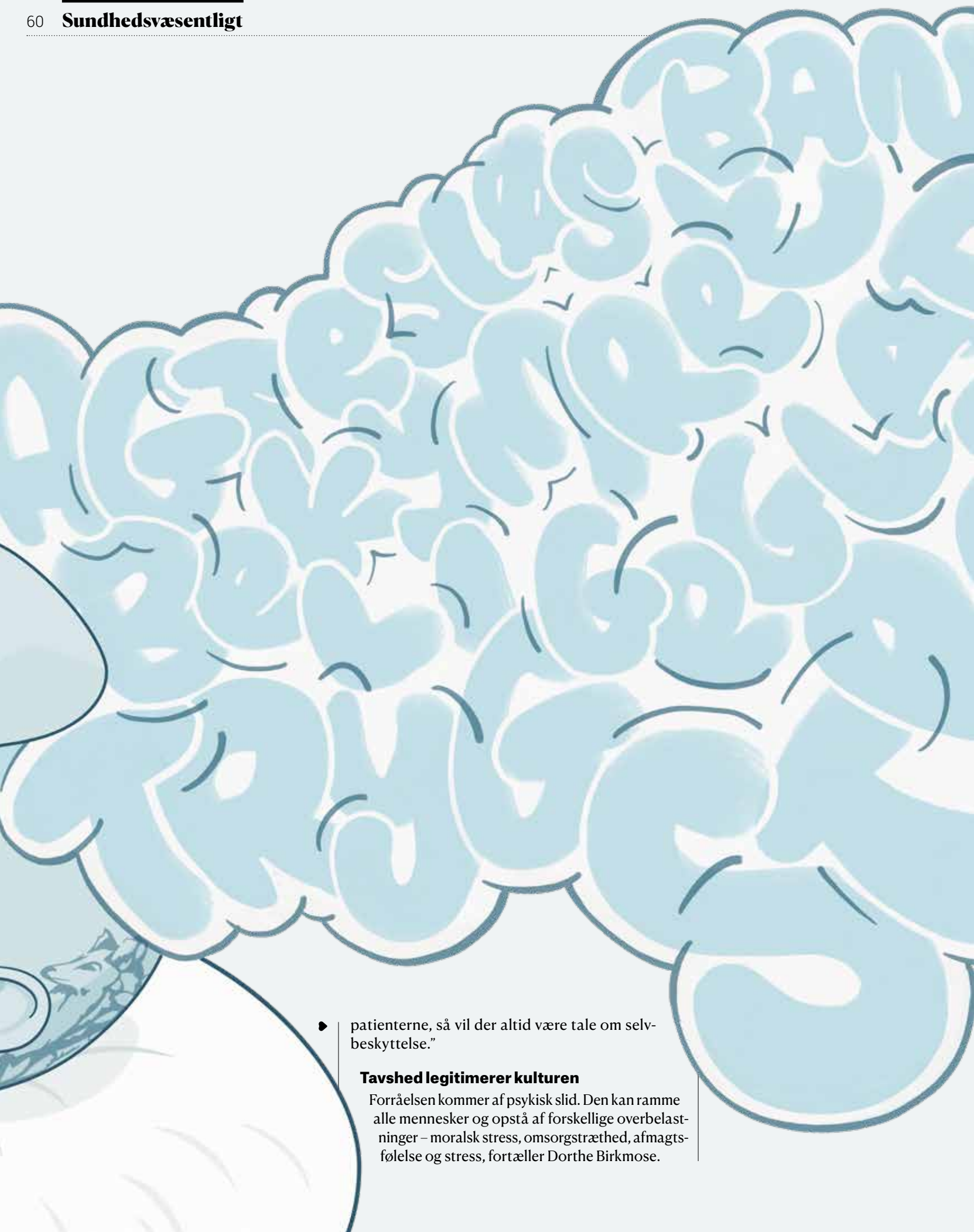
Imødekomende
og samarbejdsvillig

Afvisende og hård

Uforberedt og krævende

Nærværende
og tålmodig





- patienterne, så vil der altid være tale om selvbeskyttelse.”

Tavshed legitimerer kulturen

Forråelsen kommer af psykisk slid. Den kan ramme alle mennesker og opstå af forskellige overbelastninger – moralsk stress, omsorgstræthed, afmagtsfølelse og stress, fortæller Dorthé Birkmose.



Så længe alle forholder sig tavse, får vi ikke ændret kulturen.

Dorthe Birkmose
psykolog

"Arbejdet er så i fællesskab at finde ud af, hvad det er for et slid? Og først når man nogenlunde ved, hvad det er for nogle former for psykisk slid – så er der løsninger," siger hun.

Hun nævner metoder til at arbejde med de forskellige former for psykisk slid: Compassion-træning, egenomsorg, lejr-bålsmetoden og fiskerbænken til omsorgstræthed. Restitution ved stress. Og forbedringer af generelle arbejdsvilkår og mindre pseudoarbejde til at behandle moralsk stress. Så der er altså løsninger. Men hvad gør man, hvis man ser en forrået kultur opstå, som ens kollegaer ikke har opdaget endnu?

"Der er ingen vej udenom. Man er nødt til at sige det højt," siger Dorthe Birkmose.

Men det er måske lettere sagt end gjort.

"Så længe alle forholder sig tavse, får vi ikke ændret kulturen. Tavs- heden er med til at legitimere. Men det er jo nemt nok for mig at sige. Jeg tænker, at vi alle sammen ved, hvor svært det er," medgiver hun.

Og hvor svært det kan være, ved Sarah fra sin tid på narkoseaf- delingen. Hun har prøvet at vende ryggen til for at signalere, at hun ikke syntes, tonen var okay. Men når det har været for meget, har hun sagt fra.

"Jeg har set en kollega trykke på en patients bryster, for at se, om hun havde silikonebryster eller ej. Og der sagde jeg, at det der, det er ikke okay. Men jeg havde godt nok svært ved det, for jeg vidste, at man godt kan risikere hurtigt at blive uvenner og blive ignoreret.

Men hun blev flov, da jeg sagde fra. Det var som om, hun lige skulle tænke sig om en ekstra gang."

Det er en svær øvelse, siger Dorthe Birkmose. Men det er sådan, man stopper forråelsen.

"Man risikerer både eksklusionen selv, men man risikerer også, at det bliver svært for den, man kritiserer. Men Sarah fremførte nok kritik til, at kollegaen kunne mærke, at det var forkert. Sådan stopper man forråelse," siger Dorthe Birkmose.

Opgraderede patienter til business class

Og der er lyspunkter. På akutafdelingen i Viborg har de fundet ud af, hvordan de ændrer og forebygger en begyndende forråelses-

kultur. Her kunne ledelsen for knap 10 år siden se, at der opstod en afmagt over for nogle psykiatriske patienter med selvskade, som kom flere gange om ugen.

"Årh, nu kommer han igen," eller "Kan de ikke bare beholde hende på bostedet?" var kommentarer, der kunne komme om patienterne, fortæller oversygeplejerske Marianne Holm.

Og ledelsen så det. Kulturen var ikke sund. Så de lavede om på måden, de talte om patienterne på. I stedet for at kalde dem 'fre- quent flyers' eller svingdørspatienter', kaldte de dem 'VIP' (Very Important Patients).

"Hvis du er ude at flyve med et flyselskab rigtig tit, så bliver du opgraderet til busi- ness class, og du får champagne og en særlig behandling. Og så snakkede vi om, at i stedet for, at vi blev frustrerede over de her patienter, så skulle vi måske tænke på dem, som om de havde brug for noget særligt," fortæller chefsygeplejerske Trine Agerskov.

POP'er kan forebygge forråelse

Så det gjorde de. De begyndte at lave POP'er – patientorienterede planer – for de patienter, der havde brug for noget særligt. Det gjorde de med patientinddra- gelse og med hjælp fra både psykiatrien og bosteder. F.eks. var der en patient, der ikke ville tale med personalet på akutaf- delingen om selvskade. Det gjorde hun i psykiatrien, så det havde hun ikke behov for at gøre med dem. Til gengæld ville hun rigtig gerne tale om sin hund. Og det blev skrevet i POP'en.

"POP'erne betød, at vi fik nogle faglige begreber til at tale om den her frustration. Fordi den gør noget ved et personale, som gerne vil gå på arbejde og gøre det godt for patienterne. For de anede simpelthen ikke, hvad vi skulle gøre ved dem," siger Trine Agerskov.

I dag har de særlige opskrifter til 76 patienter på afdelingen. Og Trine Ager- skov og Marianne Holm er helt overbevi- ste om, at de med POP'erne og et generelt arbejdsmiljøfokus har forebygget en for- råelseskultur i opsving ved at passe på personalet og deres frustrationer. Og så får patienterne en bedre oplevelse oven i hatten. ♥

Sarah og Josephine er fiktive navne.

Redaktionen er bekendt med deres rigtige identitet.

Få indflydelse i Din Sundhedsfaglige A-kasse

Kom til delegeretmøde og få indflydelse på a-kassens arbejde. Du kan:

- ✓ Stille forslag, der skal behandles af delegeretforsamlingen
- ✓ Stille op til hovedbestyrelsen
- ✓ Overvære delegeretmødet som tilhører



Læs mere om bestyrelse, opstilling og tilmelding på dsa.dk/delegeretmoede

Tirsdag 24. november 2026 kl. 10.00 - 15.00
Torvehallerne, Fiskergade 2-8, 7100 Vejle

Din
Sundhedsfaglige
A-kasse



Med dig hele arbejdslivet



Tasker til Hjemmesygeplejen

Vandtætte | Robuste | Desinficerbare

ARCTIC HUNTER producerer et stort sortiment kvalitetsrygsække, velegnede til hjemmesygeplejen, som servicere klienter året rundt i det danske vejr.

Tasker kan desinficeres jvnfr. retningslinjer fra SSI, og har volumen til at rumme det nødvendige for hjemmesygeplejen ved daglige klientbesøg.

Vi tilbyder branding på tasker.

www.arctichunter.dk

Vester Søgade 76,5 1605 København V.
mail@arctichunter.dk | Tlf. 21623460



Få ro i økonomien med prisvindende forsikringer

Et familieliv er sjældent helt forudsigeligt. Skift, pauser og nye veje er en del af livet. Med den prisvindende lønsikring hos Din Sundhedsfaglige A-kasse får du tryghed også hvis livet tager en ny drejning.

Giv familien ro i maven. Tag snakken derhjemme, og få et forsikringstjek, så I er trygt dækket. Både nu og hvis noget ændrer sig.



Bestil et forsikringstjek og deltag i konkurrencen om et spaophold til en værdi af 3.000 kr.

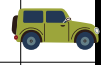


Med dig hele arbejdslivet

Din
Sundhedsfaglige
A-kasse



Bauta Forsikring
En del af LB Forsikring

KODEORD (Del 1)	SKIMTE	KODEORD (Del 2)	HENSIGT BRIER	LOCH-?	NERVESMERTER I BENETS STØRSTE NERVE	EFTER T	OBSTI- PATION	FADERVOR PRÅS	ULCUS GRURIS	NORGES HOVED- STAD	COMMOTIO CEREBRI	LAND	MESTER- SKAB
TRÆ					INSENSI- BILITET LAG								
BEDØ- VELSE						ÆDELSTEN					DREN- GE- NAVN INDGREB		
ENKELT				GÅR PÅ TVÆRS KORNART				LAGER- BYG- NINGER					KLÆDE- STOF
SIDST I SENG	LIONEL BYGNINGER				NARKO- TIKA BANGE			UJÆVN					
			ENDE	PUKLET KORT				7. BOGSTAV	BANDIT	ANTAL		ANTAL	
FEMUR										ÆRLIG			
USAND		?- BA- BA				FOSFOR	MANDRIL						
					HIMMEL- PUNKT	KLYNKE 2 ENS				GRIBE		ENS	
VAND- LØBET			DRØNE KÆRLIGT				PÅPEGEDE SKØNÅND						
	FØR E BEHOLDERE		PLUS	OMVENDT CIRKA						ANTAL BIBELNAVN			
SAMVÆR						ENS STÆVNE- MØDE		SILDE				LUKSATION	
INKLU- DEREDE					DA PLUS					2 ENS DRESSERET			LEVN
STEDORD			PIGENAVN REGNING				FISK NYE						
	KORT		BITTERHED SKINNE		HYLSTER TVEKAMPEN			TONEN EFTER DO	GRUND- STOF	KLAPPEDE DRØMME			
			VÆLGE		SLUMRE						2 ENS		
FRYGTET				ØKONOMISK HJÆLP ENS		STYGT HALV- TREDS					DEL PIGENAVN		
	HÆLDT							RØVEDE GÆT				BROM	SCENE- ARRAN- GEMENT
			INTET HÆDER			MENE LISTIG			KRYDDER STRUDS				
			BYRDE	PIGENAVN DAMP				GOLDA-? BIORD				STEDORD STRØM	
2 ENS					ANTAL		GAV BRYST					2 ENS	
ANSIGTS- SMERTER													

Lexidk

Kan du løse Sygeplejerskens krydsord? Så kan du være med i lodtrækningen om et ophold på Hotel Koldingfjord på to overnatninger i dobbeltværelse og halvpension for to personer.

Send dit svar sammen med medlemsnummer til krydsord@dsr.dk. Svaret skal være redaktionen i hænde senest den 1. oktober 2026.

Scan koden!
For at maile dit svar.



Nu føler patienterne, de vinder i lotto

På Holbæk Sygehus har de – på tværs af specialer – **stor succes med at indlægge patienter i hjemmet.** Deres søvn forbedres, de får mere appetit og et bedre sygdomsforløb. En dedikeret afdeling kan være nøglen til at skalere antallet af indlæggelser i hjemmet, mener oversygeplejersken.

Tekst **Anton Kjøller Alexandersen**

Foto **Thomas Olsen**

Med udsigt til en udstoppet bjørn, havens grønne græs og sin mand, Finn, sidder 79-årige Hanne Jensen i sin lænestol i fortrinligt humør. Omgivet af indrammede børnebørn og parrets to, sorte labradorer er hun faktisk lige nu indlagt. Indlæggelsen foregår i huset i Vipperød, som hendes mand i øvrigt selv har tegnet. Fem kilometer fra Holbæk Sygehus.

"På hospitalet ligger man i en seng eller sidder i en stol, og nu er jeg kommet hjem og kan gå lidt rundt og lave nogle ting, så det er meget anderledes. Det er dejligt og helt fantastisk," fortæller Hanne Jensen.

Efter et døgn på hospitalet på grund af rosen i venstre ben blev Hanne Jensen tilbudt at komme hjem under sin indlæggelse. Ja, faktisk bad hun selv om det, efter hun tidligere har været på samme ordning.

Under hjemmeindlæggelsen har hun fået besøg af personale fra Præhospitalet Region Sjælland, som bl.a. har hjulpet med et dropstativ til intravenøs antibiotika, mens hun selv har skullet måle og indtaste sit blodtryk, temperatur og vægt samt svare på et spørgeskema i appen "Min SP".

"Og hvis man ikke gør det, så bliver man ringet op. Det gjorde de faktisk i går aftes, for vi havde helt glemt at svare. Så de holder meget øje med en, synes jeg. Jeg er meget tryk ved det."

Hvordan har det været selv at skulle måle og indtaste tallene selv?

"Det har været godt nok, for manden har været her," siger Hanne Jensen og bryder ud i latter.

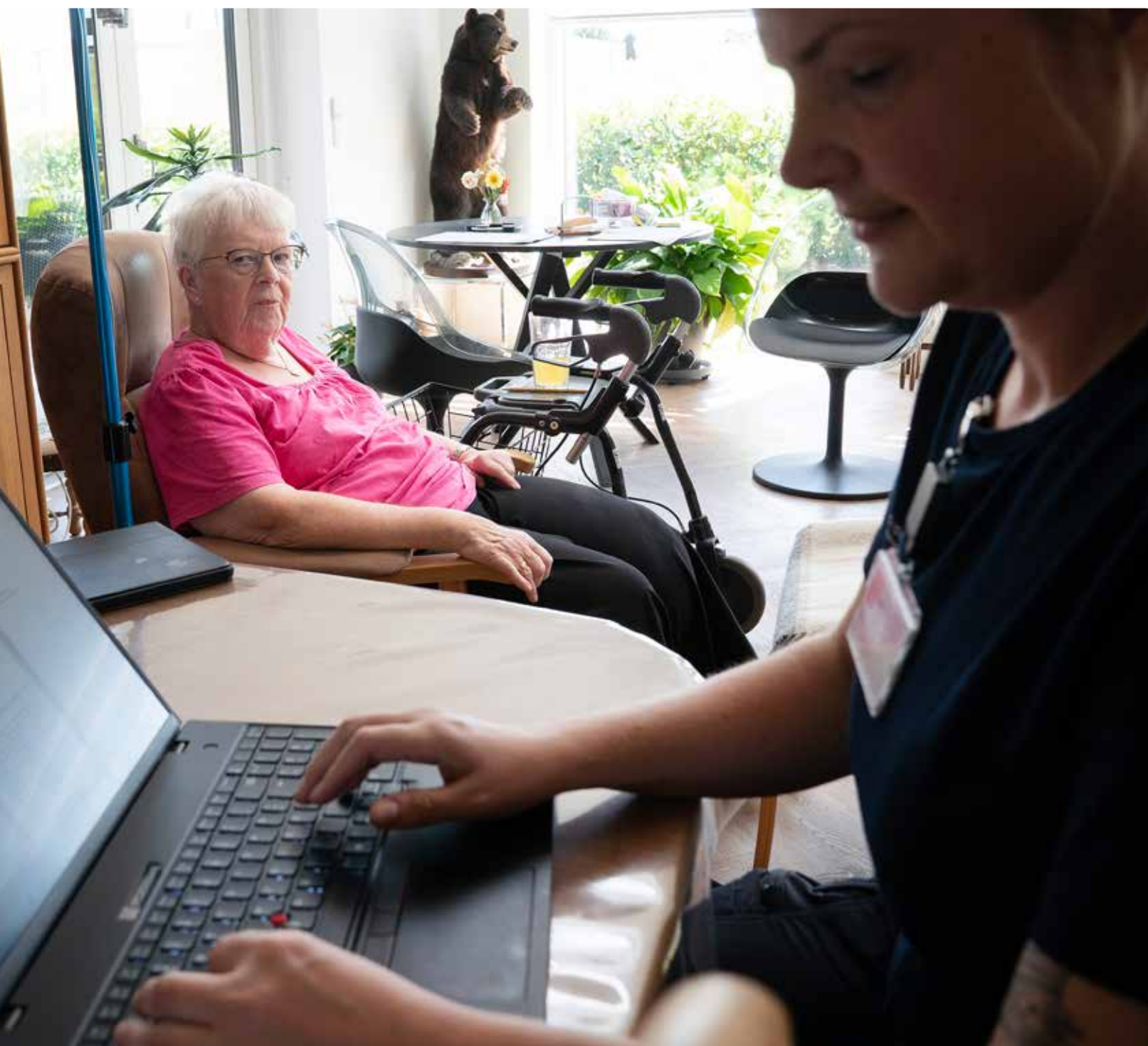
Foruden de daglige besøg og målinger har Hanne Jensen også haft virtuel stuegang med en sygeplejerske og læge fra sygehuset via sin iPad.

Første afdeling i landet

Det er en overafdeling, Afdeling for Hjemmeindlæggelser på Holbæk Sygehus, som spiller en central rolle i den nye form for hjemmeindlæggelser. Dens opgave er at varetage hjemmeindlæggelsen og sikre, at patienten er tryk. Afdelingen startede op i oktober 2025 og har siden haft over 70 hjemmeindlæggelser i alle aldersgrupper på tværs af seks specialer, hvor det primært er patienter med infektioner som lungebetændelse, urinvejsinfektioner og infektioner efter operationer, der er indlagt.



Hanne Jensen har nydt at være hjemmeindlagt, hvor hendes mand Finn Jensen har hjulpet med at lave målinger og bruge appen "Min SP". Her assisteres de af Maja Hansen, der er social- og sundhedsassistent.



“Vi har en gruppe sygeplejersker og en sekretær, der varetager hele døgndækningen af hjemmeindlæggelser og selve oplæring af patienterne. Det er den behandlingsansvarlige læge fra vores forskellige specialer, der har behandlingsansvaret og indlægger patienten. Driftsmæssigt har man ikke prøvet denne organisering før, men på denne måde kan vi få en større volumen,” fortæller Marie Linjordet Glenstrup, oversygeplejerske på Afsnit for Multisyrge og Afdeling for Hjemmeindlæggelser.

Patienternes målinger kommer ind i journalen, så personalet kan følge dem, og appen rekvirerer selv nye prøver fire timer senere, hvis en måling skiller sig ud. Som noget særligt har man fået bygget en såkaldt patienttype op i “Min SP”, som understøtter indlæggelsen.

Christine Als Thor, der er klinisk sygeplejespecialist, har deltaget i arbejdet med appen, hvor hun bl.a. har været med til at udforme spørgsmålene, som patienterne møder i spørgeskemaet under indlæggelsen.

“Rent sygeplejefagligt er det vigtigt for os at vide, om der er gang i maven, hvor meget de tisser, og om de er trygge. Det er ikke kun tallene, men også hvordan patienterne egentlig har det,” siger Christine Als Thor og slår fast, at patienten altid kan ringe, og de kan sende personale ud, hvis behandlingen kræver det, f.eks. hvis der skal sættes antibiotika op.

Inden en hjemmeindlæggelse screenes patienten grundigt, og der kan gå et par dage fra screening til start på hjemmeind-



- læggelsen. Her undersøger de bl.a., om patientene er indlagt med noget hospitalskrævende, om de er friske nok kognitivt, og om de er nogenlunde it-kyndige. Hvis patienten er egnet, bliver vedkommende lært op som en del af tilsynet på sengeafdelingen. Her gennemgås alt det praktiske, og via en træningsenhed, som kan vise Min SP fra et patientperspektiv, læres de op i det tekniske samt i at tage og indsende målinger.

“Her skal man få patienten til at lære en færdighed, og det er lidt noget nyt. Du skal også lige tjekke, at de rent faktisk kan det og forstår det,” siger Christine Als Thor.

Bedre patientforløb

Hjemmeindlæggelse stiller andre krav til sygeplejerskerne. De kræver både, at de har en vis portion erfaring, kan vurdere over video og har et Storm P-gen, fordi afdelingen og organiseringen er ny. Sygeplejerske Sofie Kjær Rønje mener også, at sygepleje på distance stiller større krav til kommunikationen.

“Til videostuegang skal vi have alle sanserne ude, kigge på deres farve og høre, hvad de har fået at spise.



Man er mere opmærksom, end når man er på en sengeafdeling, for der kan man gå ind til dem igen.



Sofie Kjær Rønje
sygeplejerske, Afdeling
for Hjemmeindlæggelser

Man er mere opmærksom, end når man er på en sengeafdeling, for der kan man gå ind til dem igen,” siger hun.

Erfaringerne med hjemmeindlæggelser er gode. Patienterne har mere appetit, sover bedre, bevæger sig mere, og de får et bedre sygdomsforløb, fordi de er i vante rammer, og de bliver ikke udsat for ny smitte på sygehuset.

“Patienterne får en bedre heling, og de får det bedre hurtigt. Selvfølgelig kan vi ikke undgå, folk bliver syge, men vi kan forkorte deres sygdomsforløb,” siger Sofie Kjær Rønje.

Marie Linjordet Glenstrup supplerer:

“Patienterne fungerer bedre i deres kendte rammer. Det handler om, at patienten har en meget større aktie i sin behandling. Hvis du har en dårlig dag, skal du snakke med en hjemmeindlagt patient. Jeg har aldrig nogensinde oplevet så stor en taknemmelighed.”

Christine Als Thor (tv.) og Sofie Kjær Rønje viser den kasse frem, som patienterne får med sig hjem. Den indeholder en termometer, en saturationsmåler og flere vejledninger.

Ligesom med Hanne Jensen, oplever de, at patienter nu selv efterspørger at blive indlagt på egen matrikel, så de kan opretholde en så almindelig hverdag som muligt.

“Der var én, der sagde, at hun følte, hun havde vundet i lotto,” fortæller Sofie Kjær Rønje.

Skal udbredes i hele regionen

Hjemme hos Hanne Jensen er en social- og sundhedsassistent ankommet. Hendes infektionstal er faldet så meget, at hun faktisk er blevet udskrevet ved virtuel stuegang. Derfor kan dropstativ og andet udstyr nu pakkes sammen.

“Jeg kommer lige ind og henter det sidste,” lyder det på vej ud ad hoveddøren.

Hanne Jensen siger selv, at hun sover bedre, og så er det bare bedre at kunne trisse rundt derhjemme og evt. hjælpe med at tørre af, når Finn har taget opvasken.

“At jeg kan gå rundt herhjemme, er en frihed. Jeg har faktisk kun rosende ord, for jeg synes, det er fantastisk, at det fungerer,” siger Hanne Jensen.

Selvom der også er enkelte patienter, der modsat Hanne Jensen ikke vil indlægges i eget hjem, så kalder erfaringerne fra Holbæk allerede på mere. Region Sjælland har således afsat 3,5 mio. kr. til at udbrede ordningen til resten af regionens hospitaler i løbet af 2026, mens det også er planen, at arbejdsgangen fra Holbæk skal udbredes til hele Region Østjylland.

“Formålet er at kigge på, hvordan vi kan skalere det,” fortæller Marie Linjordet Glenstrup.

I Holbæk er næste trin, at endokrinologi kobles på i september, mens man regner med i gennemsnit at have 10 patienter hjemmeindlagt dagligt til oktober. Desuden vil man udbrede tilbuddet til fire kommuner i hospitalets optageområde, så plejehjemsbeboere også kan indlægges i hjemmet.

“På sygehuset kan de få raget en ny bakterie til sig, så de enten bliver genindlagt eller får en lang indlæggelse, fordi de får ny infektion. Det kan blive en stor gevinst for plejehjemsbeboerne,” siger Christine Als Thor, mens Marie Linjordet Glenstrup afrunder:

“Vi kan skabe et bedre tilbud, der er mere individualiseret og tættere på borgerne.” ♥



Det handler om, at patienten har en meget større aktie i sin behandling.

Marie Linjordet Glenstrup

oversygeplejerske på Afsnit for Multisysge og Afdeling for Hjemmeindlæggelser



**Annonce for
Orion Pharma**

"Jeg voksede 10 cm den dag"

Prioritering og støtte til studerende i praktik er afgørende. Det sandede en studerende, da han **første gang skulle præsentere en patient** på morgenkonferencen.

Jeg ser ind i min sidste praktik som studerende, da jeg nu går på 6. semester. Det giver selvfølgelig anledning til at tænke over: Hvad har jeg prøvet, hvad har jeg oplevet, og hvad vil jeg gerne?

Til det må jeg bare sige, at som studerende og kommende sygeplejerske, så betyder specialet mindre, end hvordan det er at være på afdelingen.

Hvis jeg ikke føler mig tryk eller velkommen, kan jeg heller ikke lære.

Det stod klart for mig en kold vintermorgen i februar, da jeg gik gennem de store døre til Rigshospitalet. Nu stod jeg her. Foran mig ventede min 5. semester-praktik. Det eneste jeg kunne tænke på, var "akut og kritisk sygepleje", som var overskriften på 5. semesters tema. Det var skræmmende, men også udgangspunktet for de næste ugers klinisk undervisning.

Mine bekymringer blev dog hurtigt tilintetgjort. Jeg mødte min kliniske underviser, fik intro til afdelingen og hilste på den kliniske vejleder. Og lige dér – i personale rummet – hang billedet af mig sammen med den halve sides tekst, jeg havde skrevet om mig selv. De var ikke i tvivl om, at jeg kom. De kunne endda mit navn og vidste, hvad jeg brugte min fritid på.

Som ugerne gik, blev ansvaret og tilliden større. Jeg kunne både modtage patienter, snakke i telefon med andre afdelinger og selv ringe til lægen. Det var rart. Jeg vidste altid, hvem jeg kunne gå til, for i vagtplanen var jeg – "Kalle, sygeplejestuderende" – altid koblet op med en sygeplejerske fra afdelingen, og alles navne stod på tavlen, så jeg var ikke i tvivl om, hvor jeg kunne få hjælp.

Vi studerende var en prioritering for afdelingen. Det blev tydeligt, da jeg en morgen blev bedt om at præsentere min patient på morgenkonferencen.



Illustration Thomas Thorhauge



Kalle Straagaard Jensen
6. semester
Københavns
Professionshøjskole

Min første tanke var: "Shit man, nej – det kan jeg ikke!" Men min vejleder var der – og greb mig. Hun sagde til mig: "Gå hen til computeren, læs journalen, og skriv ned hvad du tænker, der skal ske. Her på afdelingen præsenterer vi patienterne over ISBAR."

Jeg fik læst op og forberedt mig. I dag kan jeg ikke huske patienten, men jeg kan huske oplevelsen. Min kliniske vejleder tog sig tid til først at fortælle mig, at jeg godt kunne. Derefter tog hun sig bare fem minutter, hvor jeg fik lov at præsentere min ISBAR for hende, og så gik vi sammen ind til morgenkonferencen. Med lidt rystende stemme fik jeg fremlagt, hvem patienten var, hvorfor han var indlagt, hvad der var af problemer, og hvad jeg tænkte, næste skridt skulle være.

Hele personalegruppen klappede ad mig. De vidste godt, at det var første gang, jeg skulle præsentere en patient. Men de klappede, og jeg tror, jeg voksede 10 cm den dag. Måske også fordi jeg lige efter fik en *highfive* af oversygeplejersken.

De så mig. Jeg var aldrig bare "den sygeplejestuderende". ♥

**Annonce for
Orion Pharma**

Barrierer spænder ben for indsatsen mod **delirium**

Trods retningslinjer og kendte forebyggende tiltag bliver delirium fortsat overset. Halvdelen af afdelingerne i en ny undersøgelse angav, at de ofte overså delirium. Tidspres, utilstrækkelig uddannelse og udfordringer i det tværfaglige samarbejde er barrierer for en bedre indsats, viste undersøgelsen. Forskerne bag peger på løsninger som systematisk screening, klare procedurer og styrket kompetenceudvikling.

Baggrund. Delirium er en akut tilstand med forvirring og ændret bevidsthedsniveau, som ofte rammer ældre og alvorligt syge patienter. Tilstanden kan have alvorlige konsekvenser og bliver ikke altid opdaget i tide.

Metode. Dette studie undersøger, hvor mange patienter der på danske hospitaler har delirium, hvordan tilstanden forebygges og behandles samt hvilke udfordringer sundhedspersonale oplever i deres praksis. Data stammer fra en landsdækkende undersøgelse, hvor 61 hospitalsafdelinger deltog.

Resultater. Resultaterne viser, at omkring hver ottende patient havde delirium på tidspunktet, hvor undersøgelsen blev foretaget. De mest anvendte tiltag var at lindre smerte, mobilisering, tilførsel af væske og mulighed for besøg fra pårørende. Det mest anvendte lægemiddel var haloperidol. Omkring halvdelen af de deltagende afdelinger vurderede, at delirium ofte bliver overset. De vigtigste barrierer for en god indsats var mangel på tid, utilstrækkelig uddannelse og udfordringer i samarbejdet mellem faggrupper.

Konklusion. Undersøgelsen peger på, at der er behov for mere systematisk opsporing af delirium, tydelige retningslinjer og øget kompetenceudvikling blandt sundhedspersonalet. Resultaterne kan bruges til at forbedre kvaliteten af pleje og behandling og styrke indsatsen for patienter med delirium.



Håndtering af delirium på tværs af hospitalsafdelinger i Danmark

– danske resultater fra en international tværsnitsundersøgelse

Forfattere

Marie O. Collet^{1,2}, Martin Shultz³, Eva Laerkner⁴, Charlotte Bjerg Sand Riis⁵, Laura Krone Larsen⁶, Kristine Mildahl Kjærgaard⁷, Christina Emme⁸, Iben Tousgaard⁸, Bianca Bech⁹, Anne-Dorte Krapper¹⁰, Linette Thorn¹¹, Anne Højager Nielsen^{12,13}, Pernille Reck Miller¹⁴, Camilla Grube Segers¹⁵, Marie Damgaard Winther¹⁶, Susanne Fischer¹⁷, Sally Jakobsen¹⁸, Tina Tang Fredenslund¹⁹, Cecilie Fuglsbjerg²⁰, Helle Svenningensen²¹

¹ Afdeling for Intensiv Behandling, Rigshospitalet, Københavns Universitetshospital, København, Danmark

² Institut for Klinisk Medicin, Københavns Universitet, København, Danmark

³ Geriatrik Afdeling, Amager og Hvidovre Hospital, Københavns Universitetshospital, Danmark

⁴ Anæstesiologisk-Intensiv Afdeling V, Odense Universitetshospital, Odense, Danmark

⁵ Neurologisk Afdeling samt Fysio- og Ergoterapi, Regionshospitalet Gødstrup, Herning, Danmark

⁶ Professionshøjskolen Absalon, Center for Sygepleje, Anders Larsens Vej 5, 4300 Holbæk, Danmark

⁷ Medicinsk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Køge, Danmark

⁸ Afdeling for Kvalitet og Uddannelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, København, Danmark

⁹ Kardiologisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Roskilde, Danmark

¹⁰ Klinisk Onkologisk afdeling og Palliativ Enhed, Sjællands Universitetshospital, Roskilde, Danmark

¹¹ Afdeling for Intensiv Behandling, Aarhus Universitetshospital, Aarhus, Danmark

¹² Operation og Intensiv, Regionshospitalet Gødstrup, Herning, Danmark

¹³ Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet, Aarhus, Danmark

¹⁴ Afdeling for Hjerne- og Nervekirurgi, Rigshospitalet, Københavns Universitetshospital, København, Danmark

¹⁵ Medicinsk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Nykøbing Falster, Danmark

¹⁶ Anæstesiologisk-Intensiv Afdeling, Regionshospitalet Nordjylland, Hjørring, Danmark

¹⁷ Anæstesiologisk-Intensiv Afdeling, Syddansk Universitet, Esbjerg, Danmark

¹⁸ Afdeling for Karkirurgi, Rigshospitalet, Københavns Universitetshospital, København, Danmark

¹⁹ Operation og Intensiv, Regionshospitalet Gødstrup, Herning, Danmark

²⁰ Kardiologisk Afdeling, Intensivafsnittet, Rigshospitalet, Københavns Universitetshospital, København, Danmark

²¹ VIA University College, Forskningscenter for pleje og rehabilitering, Aarhus N, Danmark

Marie Oxenbøll Collet er korresponderende forfatter.

Mail: marie.oxenboell-collet@regionh.dk / tlf. 4074 10 09



Delirium er en akut og alvorlig tilstand karakteriseret ved opmærksomhedsproblemer, desorientering og ændret kognitiv funktion, ofte ledsaget af psykoselignende symptomer på baggrund af somatisk sygdom, som ikke kan forklares ved en primær psykiatrisk lidelse (1). Tilstanden forekommer hyppigt hos ældre hospitalsindlagte patienter og ses med særlig høj prævalens blandt patienter indlagt på intensivafdelinger samt i terminale forløb (2). På verdensplan rammes cirka 18% af patienter indlagt på hospitaler eller plejecentre af delirium (3), og omkring 25% af patienter indlagt på en intensivafdeling udvikler delirium (4).

Delirium er forbundet med øget risiko for forlænget indlæggelse, komplikationer samt fysisk og kognitivt funktionstab. Derudover er delirium associeret med øget 2-årsmortalitet (2,5).

Flere prædisponerende faktorer øger risikoen for delirium, herunder høj alder, demens, tidligere delirium og syns- og hørenedsættelse (6). Udløsende faktorer omfatter bl.a. akut sygdom, smerter, hypoxi, elektrolytforstyrrelser, dehydrering, immobilitet, infektioner, kirurgi, visse lægemidler (f.eks. benzodiazepiner, antikolinergika og opioider) og ændringer i det fysiske miljø – herunder overstimulation eller sanseberøvelse (7).

Forebyggelse af delirium bygger på tidlig identifikation og risikovurdering. Systematiske tilgange som screening, reduktion i udløsende faktorer og styrket kommunikation med patienter og pårørende er centrale elementer i den forebyggende indsats (2).

Multikomponente interventioner har vist sig effektive til både forebyggelse og behandling af delirium hos hospitalsindlagte patienter (8,9). Disse interventioner omfatter bl.a. sanseoptimering, kognitiv stimulering, mobilisering, ernæring, støtte til normalisering af døgnrytme samt inddragelse af pårørende (2). Evidensen peger særligt på effekt blandt ældre patienter, postoperative og kritisk syge, hvor en multikomponent tilgang kan reducere forekomsten og varigheden af delirium med op til 43-50% samt mindske behovet for udskrivelse til plejehjem og rehabilitering sammenlignet med sædvanlig behandling (8,9). Systematiske og tværfaglige indsatser vurderes derfor at være afgørende for at opnå effekt.

Farmakologisk behandling af delirium er primært undersøgt på intensivafdelinger. Forebyggelse med antipsykotika har ikke vist effekt, og nyere studier viser, at behandling med haloperidol ikke reducerer varigheden af delirium (10,11). Ifølge nationale retningslinjer anbefales antipsykotika derfor ikke rutinemæssigt, men kan overvejes i udvalgte tilfælde, hvor ikke-farmakologiske tiltag er utilstrækkelige, og hvor patienten er i fare for at skade sig selv eller andre, eller hvor symptomer som hallucinationer, vrangforestillinger og agitation forhindrer sufficient diagnostisk og behandling (2).

På trods af øget opmærksomhed på delirium er der fortsat begrænset viden om, hvilke ikke-farmakologiske og farmakologiske interventioner der anvendes i klinisk praksis på danske hospitaler. I forbindelse med World Delirium Awareness Day (WDAD) den 15. marts 2023 deltog hospitalsafdelinger og plejecentre fra store dele af verden i 'World delirium awareness and quality survey in 2023-a worldwide point prevalence study' (WDAD2023), som undersøgte forekomsten af samt forebyggelses- og behandlingspraksis for delirium via et spørgeskema (3). Denne artikel præsenterer resultater fra en subgruppeanalyse af de danske data fra dette studie.

Formålet med subgruppeanalysen var derfor at beskrive prævalensen af delirium på danske hospitaler, hvilke ikke-farmakologiske og farmakologiske forebyggelses- og behandlingsinterventioner der benyttes samt at beskrive respondenternes ønsker til prioritering af fremtidig pleje, behandling og forskning inden for delirium.



Dette substudie var en tværsnitsundersøgelse med en national subgruppeanalyse baseret på de danske data indsamlet i forbindelse med det internationale WDAD2023-studie (3). Data blev indhentet via et elektronisk spørgeskema. I nærværende analyse rekrutterede forfattergruppen

danske afdelinger, oversatte og tilpassede spørgeskemaet til en dansk kontekst samt udførte en selvstændig analyse af de indsamlede danske data.

Denne artikel er udarbejdet efter 'Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology' (STROBE) guideline (12).

Spørgeskema

Det oprindelige kvalitetsspørgeskema blev udviklet og valideret af den internationale forskningsgruppe bag WDAD2023-projektet (WDAD Study Team).

Spørgeskemaet blev oversat fra engelsk til dansk af to uafhængige medlemmer af forfattergruppen. Herefter blev den danske version gennemgået i plenum, og ved tvivlstilfælde blev oversættelsen drøftet med det internationale WDAD Study Team. Der blev ikke anvendt back-translation, men tilstræbt funktionel ækvivalens og tilpasning til danske forhold.

Forud for dataindsamlingen blev den danske version pilottestet af seks sundhedsprofessionelle med erfaring fra både sengeafdelinger og intensivafdelinger. Pilottesten havde fokus på begrebsforståelse, sproglig klarhed og tilpasning til dansk praksis.

Spørgeskemaet indeholdt data om antallet af patienter indlagt på den pågældende dato samt antallet af patienter med og uden delirium. Spørgeskemaet indeholdt 14 sektioner med i alt 39 spørgsmål om sociodemografiske, hospitals- og afdelingsforhold. Der indgik også spørgsmål om deliriumvejledninger, implementering, ikke-farmakologiske interventioner (herunder smertebehandling), farmakologisk håndtering samt barrierer for effektiv deliriumbehandling i lukkede svarkategorier. I åbne fritekstsvar omhandlede spørgsmålene bl.a. respondenternes ønsker for fremtidig forskning og prioritering i klinisk praksis vedrørende delirium.

Rekruttering af deltagende afdelinger og respondenter

Deltagende afdelinger blev rekrutteret via *convenience*¹ og *snowball*² sampling. Rekrutteringen blev varetaget af en national koordinator gennem Dansk Delirium Netværk ([hesv77.wixsite.com/website](https://www.hesv77.wixsite.com/website)). Kun afdelinger med overnattende patienter kunne inkluderes i undersøgelsen. Sundhedsprofessionelle fra hver afdeling med interesse for delirium blev udpeget som respondenter ved onlinemøder i efteråret og vinteren 2022–2023. Respondenterne var ansvarlige for at indsamle data ved at besvare spørgeskemaet (én besvarelse pr.

¹ **Convenience sampling:** Udvælgelse af deltagere baseret på tilgængelighed og villighed til at deltage frem for tilfældig udvælgelse (31).

² **Snowball sampling:** En rekrutteringsmetode, hvor eksisterende deltagere hjælper med at identificere og rekruttere nye deltagere fra deres netværk (32).

- deltagende afdeling). Tidligere patienter, familiemedlemmer eller sundhedsprofessionelle, der arbejdede i ambulatorier eller på operationsafdelinger, var ekskluderet fra undersøgelsen. Respondenterne modtog en introduktion til formål, studiedesign, metode og dataindsamlingsprocedurer ved et onlinemøde.

Dataindsamling

Spørgeskemaet blev distribueret via e-mails til respondenterne gennem en international hjemmeside (www.wdd-study.center) med *SurveyMonkey* som feedback-platform. Alle respondenter udfyldte spørgeskemaet i egen afdeling kl. 08 og 20 den 15. marts 2023.

Data og databehandling

Data inkluderede både kvantitative svar fra lukkede svarkategorier og kvalitative svar fra åbne fritekstfelter. Resultaterne blev analyseret adskilt i hhv. en statistisk og en tematisk tilgang. I denne danske subgruppeanalyse af WDAD23-undersøgelsen blev de kvantitative data analyseret deskriptivt. Karakteristika for de deltagende hospitalsafdelinger samt svarfordelinger er præsenteret i antal og procent. Alle kvantitative analyser blev udført i SAS version 8.3. Aldersfordelingen og andre kontinuerte variable er angivet som median og interkvartilinterval (IQR). Resultaterne for ikke-farmakologiske, farmakologiske og afdelingsspecifikke interventioner er opgjort i tre grupper: 1) sengeafdelinger, 2) intensivafdelinger og 3) andre (akutmodtagelser/opvågningsafdelinger/skadestuer). Den kliniske erfaring hos respondenterne er inddelt i grupperne: under 10 års-, 10-20 års- og over 20 års erfaring. Antallet af senge på deltagende hospitaler er inddelt i: Under 500 senge, 500-1.000 senge og over 1.000 senge. De kvalitative data bestod af fritekstsbesvarelser fra 56 respondenter. Data blev analyseret ved en induktiv indholdsanalyse inspireret af Elo og Kyngäs (2008) (13). Analysen blev gennemført i flere trin. Først blev alle fritekstsbesvarelserne gennemlæst flere gange for at opnå en samlet forståelse af materialet. Herefter blev enheder identificeret og kodet. Koderne blev efterfølgende grupperet i underkategorier baseret på indhold og ligheder, som herefter blev abstraheret til overordnede temaer. Fritekstsvarene blev kondenseret og præsenteret som repræsentative eksempler inden for hvert tema.

Kodning og temadannelse blev udført af fire forfattere, hvorefter resultaterne blev drøftet i forfattergruppen med henblik på at opnå konsensus og styrke analysens troværdighed.

Denne subgruppeanalyse ekskluderede to plejecentre, der indgik i den samlede internationale undersøgelse, da deres pleje- og behandlingsstandarder ikke blev vurderet som sammenlignelige med hospitalernes. Kun fuldstændigt udfyldte spørgeskemaer blev inkluderet i analysen. Afdelinger med manglende eller ufuldstændige data blev derfor ekskluderet (figur 1).

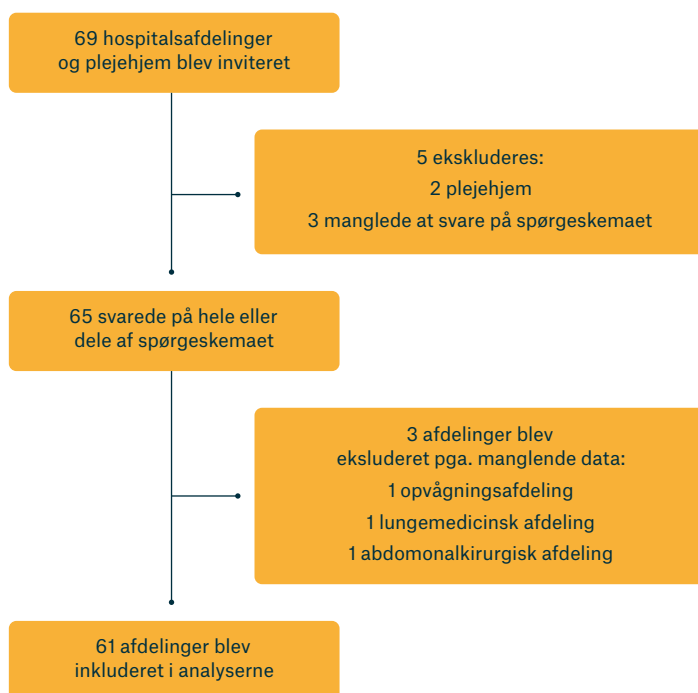
Etik

Afdelingsledelsen fra deltagende afdelinger gav samtykke til deltagelse. Respondenterne blev efterfølgende både mundtligt og skriftligt informeret om deres rolle, rettigheder og muligheder for at deltage. Linket til spørgeskemaet blev distribueret til respondenterne. Ved at udfylde spørgeskemaet bekræftede de samtidig deres samtykke. Ifølge dansk lovgivning var der ikke anmeldelsespligt for studiet, da der ikke indgik personoplysninger (journalnr. 22046324).



I alt deltog 69 hospitalsafdelinger og plejecentre. To plejecentre, der indgik i den samlede internationale undersøgelse, blev ekskluderet fra subgruppeanalysen, da deres pleje- og behandlingsstandarder ikke blev vurderet som sammenlignelige med hospitalernes (Supplerende materiale (SM) Figur 1). Tre hospitalsafdelinger havde ikke udfyldt spørgeskemaet, og tre afdelinger indsendte ikke fyldestgørende data og blev derfor ekskluderet. Den endelige analyse omfatter således 61 hospitalsafdelinger ((SM) Figur 1).

Supplerende materiale (SM) Figur 1. Flowdiagram



Blandt de 61 deltagende hospitalsafdelinger var 28 (45,9%) sengeafdelinger, 26 (42,6%) intensivafdelinger og 7 (11,5%) andre afdelinger (tabel 1).

De 61 respondenter var 48 (78,6%) sygeplejersker, 3 (4,9%) læger, 9 (14,8%) forskere og 1 (1,6%) af anden profession.

Blandt de 61 hospitalsafdelinger var der kl. 08:00 indlagt 1.101 patienter, hvoraf 83 af 612 screenede patienter blev vurderet delirium-positive med et valideret screeningsredskab, hvilket gav en prævalens på 13,6% (sengeafdelinger 10,0%, intensivafdelinger 26,4%, andre 44,4%). Klokket 20:00 var der 1.002 patienter indlagt, hvoraf 71 ud af 554 screenede patienter blev vurderet positive for delirium, svarende

til en prævalens på 12,8% (sengeafdelinger 10,7%, intensivafdelinger 18,4%, andre 25,0%).

De fleste afdelinger rapporterede at have implementeret skriftlige retningslinjer for håndtering af delirium (93,4%) (tabel 1). Ligeledes rapporterede 88,5% af afdelingerne at have en retningslinje for behandling af smerter og ernæring, og 50,5% havde en retningslinje for mobilisering. Retningslinjer for familieinvolvering og empowerment blev rapporteret af 21,3% af afdelingerne (tabel 1).

Tabel 1. Karakteristika af deltagende hospitalsafdelinger

	Alle n=61	Sengeafdeling n=28	Intensivafdeling n=26	Andre ^a n=7
Type af deltagende hospital, n (%)				
Universitetshospital	47 (77,0)	24 (85,7)	18 (69,2)	5 (71,4)
Tilknyttet universitetshospital	4 (6,6)	0 (0,0)	3 (11,5)	1 (14,3)
Regionshospital	10 (16,4)	4 (14,3)	5 (19,2)	1 (14,3)
Antal senge på deltagende hospital, n (%)				
< 500	37 (60,7)	23 (82,1)	8 (30,8)	6 (85,7)
500 – 1.000	12 (19,7)	4 (14,3)	7 (26,9)	1 (14,3)
> 1.000	12 (19,7)	1 (3,6)	11 (42,3)	0 (0,0)
Antal senge pr. afdeling, median (IQR)	15 (9,0-21,0)	20 (18,0-29,5)	9 (7,0-11,0)	15 (10,0-20,0)
Aldersfordeling af typiske patienter^b på deltagende afdeling, n (%)				
0-17 år	1 (1,6)	0 (0,0)	1 (3,8)	0 (0,0)
18-75 år	41 (67,2)	16 (57,1)	18 (69,2)	7 (100,0)
> 75 år	5 (8,2)	5 (17,9)	0 (0,0)	0 (0,0)
Mixed børn/voksne	14 (23,0)	7 (25,0)	7 (26,9)	0 (0,0)
Implementerede en skriftlig retningslinje for, n (%)				
Deliriumhåndtering	57 (93,4%)	25 (89,2)	26 (100,0)	6 (85,7)
Smerter	54 (88,5%)	23 (82,1)	25 (69,2)	6 (85,7)
Ernæring	54 (88,5%)	26 (92,9)	23 (88,5)	5 (71,4)
Mobilisering og træning	31 (50,8%)	12 (42,9)	17 (65,4)	2 (28,6)
Sedation	26 (42,6%)	4 (14,3)	21 (80,8)	1 (14,3)
Søvn	25 (41,0%)	9 (32,1)	14 (53,8)	1 (14,3)
SBT	15 (24,6%)	0 (0,0)	15 (57,7)	0 (0,0)
SAT	14 (23,0%)	0 (0,0)	13 (50,0)	1 (14,3)
Demens	14 (23,0%)	10 (35,7)	3 (11,5)	1 (14,3)
Familieinvolvering og empowerment	13 (21,3%)	3 (10,7)	9 (34,6)	1 (14,3)
Fysisk fiksering	12 (19,7%)	7 (1,0)	5 (19,2)	0 (0,0)
Dagbøger	11 (18,0%)	0 (0,0)	11 (42,3)	0 (0,0)
Andet ^c	8 (13,1%)	1 (3,6)	4 (15,4)	1 (14,3)
Ingen af de nævnte	2 (3,3%)	2 (7,1)	0 (0,0)	0 (0,0)

SAT: Sedation Awakening Trial, SBT: Spontaneous Breathing Trial.

^a opvågningsafdeling, intermedieær-afdeling, samlet operation-intensiv afdeling

^b angivelse af vurderet gennemsnitsalder på afdelingen

^c abstinenser, demensvenlige initiativer, nasal highflow, drænage, sepsis og antibiotika, diabetesprotokoller, krampeprotokoller, DCI-protokol, ekstern ventrikulær drænage, kvalme, forebyggelse af postoperativ urinretention, dehydratio, refeeding syndrom, dysphagi, fald, brug af fast vagt.

► Ikke-farmakologiske interventioner til forebyggelse og behandling af delirium

De mest rapporterede ikke-farmakologiske interventioner på tværs af afdelingerne omfattede smertebehandling (93,4%), mobilisering (90,2%) og brug af hjælpemidler (88,5%). Opmærksomhed på tilstrækkelig væskeindgift (86,9%) og etablering af døgnrytme (83,6%) blev også rapporteret som hyppige interventioner (tabel 2). Andre hyppigt anvendte interventioner var kognitiv stimulering gennem verbal reorientering (78,7%), uforstyrret søvn (73,8%), stimulering vha. aviser, TV, musik eller andet (67,2%) og inddragelse af familie, herunder frie besøgstider (86,9%) og information (73,8%) (tabel 2).

Farmakologisk behandling af delirium

Den hyppigste farmakologiske intervention, anvendt til håndtering af delirium på tværs af sengeafdelinger, intensivafdelinger og andre hospitalsafdelinger, var haloperidol (70,5%) (figur 1a). Dog blev dexmedetomidin rapporteret brugt lige så hyppigt som haloperidol på intensivafdelingerne til behandling af delirium (figur 1b). Præparater som clonidin, melatonin og quetiapin blev også rapporteret som hyppigt anvendt på intensivafdelingerne (figur 1b).

Tabel 2. Intervention med ikke-farmakologisk forebyggelse og behandling af delirium på deltagende hospitalsafdelinger

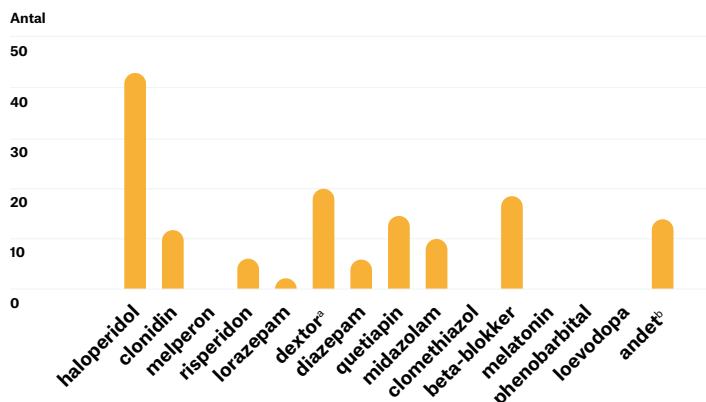
Ikke-farmakologiske interventioner ^a , n (%)	Alle n=61	Sengeafdeling n=28	Intensivafdeling n=26	Andre ^a n=7
Smertebehandling	57 (93,4)	25 (89,3)	26 (100)	6 (85,7)
Mobilisering (sidder på sengekanten og mere, i dagtimerne)	55 (90,2)	25 (89,3)	24 (92,3)	6 (85,7)
Anvendelse af hjælpemidler (briller, høreapparat og gangredskaber)	54 (88,5)	23 (82,1)	24 (92,3)	7 (100)
Tilstrækkelig væskeindgift	53 (86,9)	21 (75,0)	26 (100)	6 (85,7)
Frie besøgstider for familier (dagtid)	53 (86,9)	24 (85,7)	24 (92,3)	5 (71,4)
Etablering af døgnrytme	51 (83,6)	21 (75,0)	26 (100)	4 (57,1)
Verbal reorientering	48 (78,7)	20 (71,4)	25 (96,2)	3 (42,9)
Uforstyrret søvn (dvs. reduktion af støj og lys)	45 (73,8)	21 (75,0)	22 (84,6)	2 (28,6)
Information til familien	45 (73,8)	19 (67,9)	23 (88,5)	3 (42,9)
Involvering af familien	43 (70,5)	21 (75,0)	20 (76,9)	2 (28,6)
Kognitiv stimulering, f.eks. aviser, TV, musik, andet	41 (67,2)	18 (64,3)	21 (80,8)	2 (28,6)
Sengehest oppe	38 (62,3)	15 (53,6)	19 (73,1)	4 (57,1)
Tværfaglig stuegang/møder	38 (62,3)	16 (57,1)	20 (76,9)	2 (28,6)
Seng er kørt så langt ned som muligt	23 (37,7)	17 (60,7)	3 (11,5)	3 (42,9)
Fælles mål for pleje og behandling (tværprofessionelle)	29 (47,5)	11 (39,3)	17 (65,4)	1 (14,3)
Fast vagt	27 (44,3)	19 (67,9)	6 (23,1)	2 (28,6)
Udlevering af patientinformation eller undervisningsmateriale om delirium	17 (27,9)	8 (28,6)	9 (34,6)	0 (0,0)
Ørepropper, sovebriller	16 (26,2)	4 (14,3)	11 (42,3)	1 (14,3)
Undgå blærekateter og andet udstyr	15 (24,6)	10 (35,7)	3 (11,5)	2 (28,6)
Går "udenfor" afdelingen/afsnittet, f.eks. forhal, have, dagslys	14 (23,0)	5 (17,9)	9 (34,6)	0 (0,0)
Specialuddannet personale vedr. delirium/demensplejer ^b	12 (19,7)	6 (32,1)	6 (23,1)	0 (0,0)
Andet ^c	5 (8,2)	3 (10,7)	2 (7,7)	0 (0,0)
Fysisk fiksering (f.eks. på håndled og andet)	3 (4,9)	1 (3,6)	2 (7,7)	0 (0,0)
Aktiviteter i patientgrupper, f.eks. synge, spise, lave øvelser sammen, andet	2 (3,3)	1 (3,6)	1 (3,8)	0 (0,0)
Dyreassisteret terapi	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

^a Vurderet til at mere end 50% modtager rapporteret intervention.

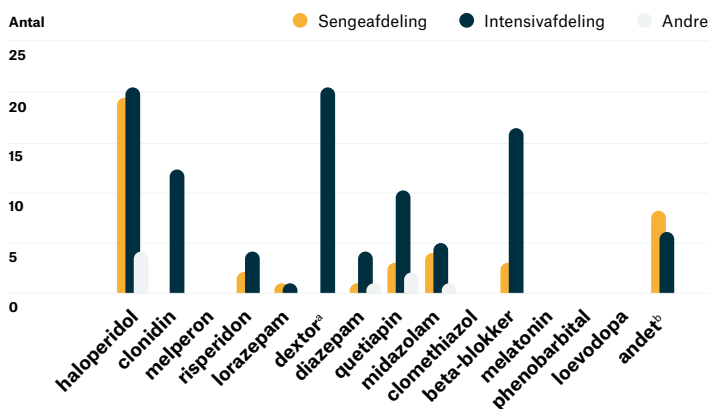
^b Sundhedspersonale med særlig efteruddannelse eller funktion inden for delirium- eller demenspleje, f.eks. ressourcepersoner eller nøglepersoner i afdelingen.

^c Pleje til pårørende, hovedpuder med musik, sansestol og kugledyne, dynamisk døgnrytmebelysning, specialdesignet delirium rum (patientstue eller miljø tilpasset patienter med delirium med fokus på f.eks. dæmpet belysning, reduceret støj, mulighed for orientering (ur, kalender) og trygge rammer).

Figur 1a. Farmakologisk behandling af delirium på deltagende hospitalsafdelinger



Figur 1b. Farmakologisk behandling af delirium fordelt på deltagende sengeafdelinger, intensivafdelinger og andre



^a dexmedetomidine

^b chloralhydrat, zopiclon, zyprexa

En reduktion af brugen af potentielt deliriuminducerende lægemidler (såsom benzodiazepiner, kortikoider, hypnotika m.m.) blev rapporteret på 23,0% af de deltagende afdelinger (25,0% af sengeafdelinger og 27,0% af intensivafdelinger). Ligeledes blev gennemgang af patientens medicinliste ved en specialist (f.eks. geriatr, farmaceut eller andet) rapporteret som en intervention mod delirium på 21,3% af de deltagende afdelinger (17,9% af sengeafdelinger og 23,1% af intensivafdelinger og 28,6% af andre afdelinger) (tabel 3).

Til håndtering af de farmakologiske interventioner rapporterede 44,3%, at de brugte

standardiserede procedurer og protokoller (35,7% af sengeafdelinger, 61,5% af intensivafdelinger og 14,3% af andre afdelinger) (tabel 3). Kun én intensivafdeling angav, at de anvendte "farmakologer/farmaceuter" til håndtering af de farmakologiske interventioner for delirium (tabel 3 side 78).

Barrierer for håndtering af delirium

I alt rapporterede 50,8% af respondenterne, at de manglede opmærksomhed på delirium, 49,2% rapporterede, at det var vanskeligt at identificere patienter i risiko for delirium, og 39,3% rapporterede manglende tid til at uddanne og træne personalet i deliriumhåndtering (tabel 4). Ligeledes rapporterede 37,7%, at manglende kommunikation mellem faggrupper havde indflydelse på deres deliriumhåndtering (tabel 4 side 79).

Kvalitative besvarelser

Respondenterne blev bedt om at beskrive områder ift. den fremtidige pleje og behandling af delirium samt ønsker for prioritering af forskning på området, hvilket uddybes herunder. Den kvalitative analyse resulterede i følgende tre temaer: Forebyggelse, pleje, behandling og miljø, systematisk håndtering af delirium, uddannelse og samarbejde (SM tabel 2 side 78).

Forebyggelse, pleje, behandling og miljø

Der blev efterlyst ikke-farmakologiske interventioner, bl.a. ift. forebyggelse af agitation, sikring af balance mellem hvile og aktivitet samt forebyggelse af delirium. Den praktiske håndtering, f.eks. af den agiterede patient, inddragelse af pårørende samt sikkerhed for patienter og personale var områder, som respondenterne ønskede belyst gennem forskning. En respondent beskrev f.eks., hvordan mangel på personale resulterede i medicinsk behandling fremfor ikke-farmakologisk forebyggelse således: "På grund af personalemangel og et højt opgavepres bliver den farmakologiske behandling ofte prioriteret – simpelthen fordi den er lettere at administrere."

Mange udtrykte behov for forskning i farmakologisk behandling, bl.a. i effekten af farmakologisk behandling generelt, men også ift. specifikke patientgrupper og præparater samt behandling af hypoaktivt delirium. Andre deltagere var optaget af de fysiske omgivelser og betydningen af enestuer. Respondenterne ønskede forskning inden for ikke-farmakologiske interventioner, særligt ift. forebyggelse af delirium, og enkelte deltagere fremhævede specifikke patientgrupper (f.eks. børn, intensivpatienter) eller specifikke interventioner (f.eks. brug af musik eller virtual reality).

Systematisk håndtering af delirium

Identificering af delirium, herunder systematisk screening, blev også fremhævet af respondenterne, som ønskede fokus på risikopatienter og på at få stillet diagnosen delirium rettidigt. Flere respondenter beskrev egne projekter med fokus på screening, bl.a. beskrev én: "Vi kører i øjeblikket et deliriumprojekt på vores afdeling. Her anvender vi CAM systematisk til patienter over 65 år eller til patienter, der er markeret med '3' på vores logistik tavle." En anden beskrev, hvordan undersøgelsen allerede havde ændret praksis i afdelingen således: "Dette studie blev et afsæt for, at vi fremadrettet arbejder med mere systematisk screening for delirium med CAM i afdelingen."

Tabel 3. Overvejelser om farmakologiske interventioner til forebyggelse og behandling på deltagende hospitalsafdelinger

Generelt gældende for den farmakologiske behandling af delirøse patienter, n (%)	Alle n=61	Sengeafdeling n=28	Intensivafdeling n=26	Andre n=7
Afhænger af specifikke symptomer hos den enkelte patient med delirium	40 (65,6)	18 (64,3)	17 (65,4)	5 (71,4)
Bygger på en individuel tilgang afhængig af patienter og bivirkninger	38 (62,3)	17 (60,7)	15 (57,7)	6 (85,7)
Informeres om ved overlevering og overflytning	34 (55,7)	14 (50,0)	15 (57,7)	5 (71,4)
Er baseret på en standardprocedure eller protokol	27 (44,3)	10 (35,7)	16 (61,5)	1 (14,3)
Bygger på en generel tilgang, herunder nogle få farmakologiske midler	21 (34,4)	10 (35,7)	9 (34,6)	2 (28,6)
Indeholder anbefalinger til nedtrapning/seponering af delirium-relaterede lægemidler	14 (23,0)	7 (25,0)	7 (26,9)	0 (0,0)
Inddrager psykiater eller delirium-specifikke liaison team	13 (21,3)	5 (17,9)	6 (23,1)	2 (28,6)
Diskuteres med familier, i de fleste tilfælde	9 (14,8)	6 (21,4)	3 (11,5)	0 (0,0)
Diskuteres med patienter, i de fleste tilfælde	3 (4,9)	3 (10,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
Andeta	2 (3,3)	0 (0,0)	1 (3,8)	1 (14,3)
Inddrager farmakologer/farmaceuter	1 (1,6)	0 (0,0)	1 (3,8)	0 (0,0)
Ingen af de ovenstående	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

^a Praktiserende læger bliver inddraget og oftest om polyfarmaci.

- Respondenterne efterlyste desuden retningslinjer for håndtering af delirium baseret på evidens og *best practice* samt en højere grad af ensartethed i de eksisterende retningslinjer, en mere systematisk tilgang til ikke-farmakologiske interventioner samt mere entydige planer for patienterne.

Respondenterne mente også, at der er behov for forskning i årsager til delirium, mekanismer, subtyper og screeningsredskaber, og enkelte deltagere efterlyste forskning i patientens oplevelse af delirium samt kognitive og følelsesmæssige sequelae efter episoder med delirium.

Uddannelse og samarbejde

Respondenterne ønskede deliriumspecifik uddannelse baseret på evidens med fokus på vurdering og behandling af delirium. Større opmærksomhed på delirium blev efterspurgt, særligt ift. tværprofessionelle samarbejdspartnere. Der blev også ytret ønske om et styrket tværprofessionelt samarbejde med læger også fra psykiatrien med fokus på tydelige planer, klar kommunikation og dokumentation. En respondent beskrev, hvordan deltagelse i undersøgelsen havde øget fokus på delirium således: "Undersøgelsen har været rigtig god at arbejde

Supplerende materiale (SM) Tabel 1. Kvalitative temaer med eksempler på kodet indhold fra fritekstsvær

Forebyggelse, pleje, behandling og miljø	Systematisk håndtering af delirium	Uddannelse og samarbejde
Optimere det fysiske miljø (især ICU-stuer)	Systematiske ikke-farmakologiske interventioner	Øget viden og opmærksomhed om delirium
Forebyggelse og ikke-farmakologiske indsatser	Systematisk screening (morgen og aften)	Bedre kommunikation mellem faggrupper
Involvering af pårørende	Udvikling af lokale retningslinjer og SOP'er	Træning og uddannelse i delirium
Opmærksomhed på komfort og tryghed	Brug af scoringsværktøjer	Simulationstræning og escape rooms
Menneskeliggørelse af intensiv terapi	Tydelige behandlingsplaner i dokumentationssystemet	Forbedret uddannelse af praktiserende læger
Indretning og daglige aktiviteter afbalanceret med hvile	Implementering af evidensbaseret viden	Øget fokus fra læger – ikke kun en sygeplejeopgave
Individuelle enestuer	Flow-charts til behandling	Tværfagligt samarbejde og fælles strategier
Undgå flytning uden for dagslys	Daglige interprofessionelle møder	Tættere samarbejde med psykiatri
Bevidsthed om patientens døgnrytme frem for hospitalsrutiner	Standardiseret brug af CAM	Undervisning i evidensbaseret praksis
	Konsensus om screeningsmetoder og -værktøjer	Større motivation gennem effektive behandlingstiltag

med ude på afdelingerne – det gav et fælles fokus og åbnede for nye dialoger om de udfordringer, der knytter sig til delirium.”



I denne undersøgelse blev prævalensen af delirium målt både kl. 08:00 og 20:00 og var hhv. 13,6% og 12,8%. De hyppigst anvendte ikke-farmakologiske interventioner på danske hospitalsafdelinger var smertebehandling, mobilisering samt opmærksomhed på behov for hjælpemidler og væske til forebyggelse og behandling af delirium. Respondenterne i denne undersøgelse efterspurgte særligt øget fokus på forebyggelse, pleje og fysiske rammer, en mere systematisk tilgang til identifikation og behandling samt styrket uddannelse og tværfagligt samarbejde.

Sammenlignet med de internationale resultater fra WDAD2023, peger de danske data på en generelt lavere prævalens af delirium og en højere grad af anvendelse af ikke-farmakologiske interventioner som hjælpemidler og familieinvolvering. Dette kan skyldes en kombination af øget opmærksomhed på delirium i danske kliniske miljøer, eksisterende nationale retningslinjer, at mange afdelinger har en implementeret retningslinje for håndtering af delirium samt forskelle i personalemæssige og organisatoriske ressourcer mellem sundhedsvæsenet.

I den internationale undersøgelse WDAD2023 sås ligeledes en lavere prævalens om aftenen, hhv. 18% kl. 08:00, og 17,7% kl. 20:00 (3). Dette kan, ligesom i Danmark, skyldes forskelle i screeningspraksis eller dokumentation mellem dag- og aftenvag, hvor personaleressourcer og observationstid kan variere. En anden mulig årsag til et fald i forekomsten kan være, at patienter med delirium i dagtimerne kan være faldet til ro om aftenen, hvilket understreger delirioms fluktuerende karakter (2,14). Årsagen kan være, at patienterne i løbet af dagen er flyttet til en anden afdeling, som ikke deltog i punkt-prævalensundersøgelsen.

I Danmark så vi en højere rapporteret brug af hjælpemidler (briller, høreapparat og gangredskaber), familieinvolvering samt

Tabel 4. Rapporterede barrierer for implementering eller brug af evidensbaserede strategier til håndtering af delirium på deltagende hospitalsafdelinger

Barrierer angivet ift. implementering eller brug af evidensbaserede strategier, n (%)	Alle n=61	Sengeafdeling n=28	Intensivafdeling n=26	Andre n=7
Manglende opmærksomhed på delirium	31 (50,8)	11 (39,3)	17 (65,4)	3 (42,9)
Patienter, der er svære at vurdere (demens, døende, for tidligt fødte)	30 (49,2)	16 (57,1)	11 (42,3)	3 (42,9)
Manglende tid til at uddanne og træne personale	24 (39,3)	13 (46,4)	8 (30,8)	3 (42,9)
Manglende kommunikation mellem faggrupper	23 (37,7)	9 (32,1)	13 (50,0)	1 (14,3)
Mangel på personale	21 (34,4)	13 (46,4)	7 (26,9)	1 (14,3)
Manglende viden om delirium (f.eks. behandling, vurdering osv.)	20 (32,8)	10 (35,7)	9 (34,6)	1 (14,3)
Andre ^a	14 (23,0)	5 (17,9)	6 (23,1)	3 (42,9)
Manglende motivation blandt personalet	13 (21,3)	0 (0,0)	13 (50,0)	0 (0,0)
Mangel på ikke-farmakologiske interventioner	13 (21,3)	6 (21,4)	7 (26,9)	0 (0,0)
Andre problemer er mere udfordrende	13 (21,3)	6 (21,4)	5 (19,2)	2 (28,6)
Manglende holdning (f.eks. ej vigtig)	8 (13,1)	1 (3,6)	7 (26,9)	1 (14,3)
Mangel på farmakologiske interventioner	8 (13,1)	0 (0,0)	8 (30,8)	0 (0,0)
Vi har ingen barrierer, delirium vurderes regelmæssigt, delirium-håndtering er implementeret og vi gør fremskridt	9 (14,8)	4 (14,3)	4 (15,4)	1 (14,3)
Ingen økonomi/ressourcer til promovning af delirium	4 (6,6)	1 (3,6)	3 (11,5)	0 (0,0)
Ingen passende redskab til vurdering af delirium	4 (6,6)	1 (3,6)	2 (7,7)	1 (14,3)
Tværfaglige konflikter	4 (6,6)	0 (0,0)	4 (15,4)	0 (0,0)
Manglende støtte fra ledelsen	2 (3,3)	0 (0,0)	2 (7,7)	0 (0,0)

^a Deliriumhåndtering er implementeret, men vi når ikke vores Key Performance Indicators (KPI), læger ændrer ofte behandlingsplan, svært generelt at skelne mellem hjernedysfunktion og kognitiv sygdom, har endnu ikke modtaget undervisning, manglende fokus, fysisk indretning kan gøre det vanskeligt at skærme og skabe ro, mangler evidensbaserede retningslinjer, delirium er ikke et problem og derfor ikke vigtigt.

- lavere brug af fysisk fiksering sammenlignet med resultater i den internationale WDAD23 (3). Et irisk subgruppestudie baseret på samme WDAD-undersøgelse viste, at der i Irland var større fokus på at reducere brugen af blærekateter og på verbal reorientering af patienten (15). Disse forskelle illustrerer, hvordan nationale retningslinjer og klinisk praksis kan påvirke prioriteringen af specifikke ikke-farmakologiske interventioner. Denne variation kan inspirere til fremtidig erfaringsudveksling og bidrage til udvikling af retningslinjer i en dansk kontekst.

I Danmark blev haloperidol rapporteret som det hyppigst anvendte præparat (70,5%) både på sengeafdelinger og intensivafdelinger. Dette ligger væsentligt højere end i den samlede internationale WDAD23-undersøgelse, hvor 46,2% af de deltagende afdelinger angav brug af haloperidol (3). Forskellen kan afspejle nationale forskelle i klinisk praksis, behandlingskultur og tilgængelige retningslinjer (16). I nogle lande anvendes fysisk fiksering måske oftere som alternativ til farmakologisk behandling, mens der i andre lande ses en mere tilbageholdende tilgang til medicinsk intervention ved delirium (17). Desuden kan forskellen skyldes variationer i uddannelse, lovgivning og holdninger til antipsykotisk behandling af ældre og kritisk syge patienter (18). Det højere forbrug i Danmark kan også afspejle et ønske om aktiv behandling frem for observation og støtte alene. Dette rejser samtidig spørgsmål om, hvorvidt brugen altid er evidensbaseret, da nyere studier har vist begrænset effekt af haloperidol på varigheden af delirium (11). Der er derfor behov for at undersøge, hvordan og hvornår haloperidol anvendes, og om praksis er i overensstemmelse med gældende evidens og anbefalinger – særligt ift. ikke-farmakologiske alternativer (19).

Flere af de identificerede barrierer for effektiv deliriumhåndtering i denne undersøgelse var relateret til organisatoriske og personalemæssige forhold. Blandt de mest fremtrædende var manglende opmærksomhed på delirium, begrænset tid til uddannelse og træning, vanskeligheder med vurdering af specifikke patientgrupper og utilstrækkelig tværfaglig kommunikation. Manglende fælles fodslag mellem faggrupper kan medføre forskellig vurdering, dokumentation og behandling af delirium og understreger behovet for tydeligere tværfaglig kommunikation og fælles procedurer. En respondent beskrev, at medicin ofte anvendes som den hurtigste udvej, især ved personalemangel. Dette må siges at være en problematisk, men desværre nok ikke enestående praksis i afdelinger med lavt fokus på delirium og hyppig underbemanding. Disse barrierer stemmer overens med fund i tidligere studier, hvor delirium sjældent betragtes som et kerneområde i den kliniske hverdag og derfor nedprioriteres (20). Den manglende opmærksomhed kan skyldes flere forhold. Delirium har et fluktuerende forløb og kan være vanskeligt at identificere, især den hypoaktive form (21). Desuden findes der ikke et screeningsværktøj, som anvendes bredt og systematisk på tværs af afdelinger (22). Klinisk praksis har ofte fokus på mere synlige eller akutte symptomer, hvilket kan betyde, at delirium overses, særligt i komplekse eller travle kliniske miljøer (23). For at højne opmærksomheden og styrke deliriumindsatsen bør der fokuseres på systematisk implementering af screening, udvikling af klare procedurer og øget tværfagligt samarbejde (24). Samtidig er der behov for målrettet undervisning og kompetenceudvikling blandt sundhedsprofessionelle, så delirium bliver et tydeligt prioriteret område i både akutte og elektive patientforløb.

Respondenternes kommentarer om, hvordan deres deltagelse i projektet allerede havde øget fokus på screening, viser, at selv en forholdsvis lille intervention, som deltagelse i en undersøgelse, kan medvirke til en mere systematisk praksis.

Den internationale WDAD2023-undersøgelse viste, at afdelinger med implementerede retningslinjer for håndtering af delirium i højere grad anvendte ikke-farmakologiske interventioner og havde et lavere forbrug af farmakologisk behandling af delirium (25). I de danske data angav 93,4% af afdelingerne, at de havde implementeret retningslinjer for delirium, men dette afspejledes ikke nødvendigvis i en systematisk og ensartet tilgang i praksis. Flere af de kvalitative udsagn fra vores undersøgelse viste, at der stadig efterspørges konkrete redskaber og strukturer til vurdering og behandling af delirium, især ikke-farmakologiske interventioner og systematisk screening (26,27). Det indikerer, at kendskab til retningslinjer ikke automatisk omsættes til endelige kompetencer i praksis.

For at styrke implementering og klinisk anvendelse kan der være behov for didaktiske metoder, som øger læring og refleksion i praksis. Tidligere studier har vist, at simulationstræning og scenariebaseret læring kan forbedre klinikernes evne til at identificere og håndtere delirium, både ift. kommunikation med agiterede patienter, anvendelse af screeningsværktøjer og beslutningstagning i komplekse situationer (28). *Escape room*-konceptet er én form for scenariebaseret læring, hvor kliniske situationer og problemløsninger gøres konkret og engagerende (29). Studier har vist, at denne tilgang kan fremme overførsel af viden til praksis, øge tværfaglig dialog og støtte koblingen mellem teori og handling (30). Ift. delirium, hvor situationerne ofte er komplekse og fluktuerende, kan sådanne læringsformer være særligt relevante for at styrke klinisk dømmekraft og teamkoordination.

Resultaterne peger på et behov for mere viden om, hvordan evidensbaserede deliriumtiltag bedst implementeres i klinisk praksis, herunder hvordan ikke-farmakologiske interventioner og systematisk screening kan integreres i forskellige kliniske lokationer. Der er samtidig behov for forskning, der undersøger effekten af uddannelse og træning af sundhedsprofessionelle samt betydningen af tværfag-

ligt samarbejde i håndteringen af delirium. Endelig er der behov for yderligere viden om anvendelsen af farmakologisk behandling, herunder hvornår og til hvilke patientgrupper denne er relevant.

Styrker og svagheder

Styrkerne ved denne tværsnitsundersøgelse er, at spørgeskemaet indeholdt både kvantitative lukkede spørgsmål og kvalitative fritekstspørgsmål, og at det var muligt at sammenligne resultaterne med de andre deltagende lande i den internationale WDAD23-undersøgelse. Kun fuldstændige spørgeskemabesvarelser blev inkluderet, hvilket sikrer en høj datakvalitet og ensartethed i analyserne.

En svaghed ved undersøgelsen er, at der blev anvendt *convenience/snowball* sampling, og at det samlede antal relevante hospitalsafdelinger i Danmark ikke kendes i relation til undersøgelsen. Det har derfor ikke været muligt at beregne den præcise respondenterate. Dette indebærer risiko for selektionsbias, idet afdelinger med interesse i delirium må antages at være overrepræsenteret i datamaterialet. En yderligere begrænsning er, at smertebehandling blev angivet som en ikke-farmakologisk intervention i spørgeskemaet. Det er dog uklart, om respondenterne har opfattet smertebehandling som udelukkende ikke-farmakologisk, eller om deres svar også dækker farmakologiske interventioner. Dette skaber usikkerhed omkring, hvilken type smerteintervention der reelt henvises til i besvarelserne. Da spørgeskemaet ikke er formelt valideret i dansk kontekst, må resultaterne fortolkes med forbehold for begrebsmæssige forskelle og mulige fortolkningsvariationer blandt respondenterne.



Denne subgruppeanalyse af de danske data fra den internationale WDAD2023-undersøgelse viste en punktprævalens af delirium på 13,6% om morgenen og 12,8% om aftenen blandt patienter indlagt på danske hospitalsafdelinger. Punktprævalensen var højere på afdelinger med akut kritisk syge patienter. De hyppigste anvendte ikke-farmakologiske interventioner omfattede smertebehandling, mobilisering og støtte til døgnrytme, mens haloperidol var det mest anvendte farmakologiske middel.

På trods af høj implementering af retningslinjer og udbredt anvendelse af ikke-farmakologiske interventioner fremhævede respondenterne væsentlige barrierer for systematisk håndtering af delirium, herunder manglende opmærksomhed, begrænsede ressourcer og utilstrækkelig tværfaglig kommunikation.

Resultaterne peger på et behov for i højere grad at omsætte eksisterende viden og retningslinjer til klinisk praksis. I sygeplejepraksis indebærer dette en mere systematisk tilgang til identificering og håndtering af delirium, herunder anvendelse af standardiserede screeningsredskaber, øget fokus på ikke-farmakologiske interventioner samt styrket kompetenceudvikling og tværfagligt samarbejde. ♥



Referencer

1. Boustani M, Rudolph J, Shaughnessy M, et al. (2014). The DSM-5 criteria, level of arousal and delirium diagnosis: inclusiveness is safer. *BMC Med*, 12(1):141. doi: 10.1186/s12916-014-0141-2.
2. Sundhedsstyrelsen. (2021). National klinisk retningslinje for forebyggelse og behandling af organisk delirium. Sundhedsstyrelsen.
3. Lindroth H, Liu K, Szalacha L, et al. (2024). World delirium awareness and quality survey in 2023 – a worldwide point prevalence study. *Age Ageing*, 53(11). doi: 10.1093/ageing/afae248.
4. Collet MO, Caballero J, Sonneviller R, et al. (2018). Prevalence and risk factors related to haloperidol use for delirium in adult intensive care patients: the multinational AID-ICU inception cohort study. *Intensive Care Med*, 44(7):1081-1089. doi: 10.1007/s00134-018-5204-y. doi: 10.1007/s00134-018-5204-y.
5. Krogseth M, Davis D, Jackson TA, et al. (2023). Delirium, neurofilament light chain, and progressive cognitive impairment: analysis of a prospective Norwegian population-based cohort. *Lancet Healthy Longev*, 4(8):e399-408. doi: 10.1016/S2666-7568(23)00098-3.
6. Ormseth CH, Lahue SC, Oldham MA, et al. (2023). Predisposing and precipitating factors associated with delirium: a systematic review. *JAMA Netw Open*, 6(1):e2249950. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.49950.
7. Wilson JE, Mart MF, Cunningham C, et al. (2020). Delirium. *Nat Rev Dis Primers*, 6(1):90. doi: 10.1038/s41572-020-00223-4 (2020).
8. Burton JK, Craig LE, Yong SQ, et al. (2021). Non-pharmacological interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. *Cochrane Database Syst Rev*, 7(7):CD013307. doi: 10.1002/14651858.CD013307.
9. Pun BT, Balas MC, Barnes-Daly MA, et al. (2019). Caring for critically ill patients with the ABCDEF bundle: results of the ICU Liberation Collaborative in over 15,000 adults. *Crit Care Med*, 47(1):3-14. doi: 10.1097/CCM.0000000000003482.
10. van den Boogaard M, Slooter AJC, Brüggemann RJM, et al. (2018). Effect of haloperidol on survival among critically ill adults with a high risk of delirium. *JAMA*, 319(7):680-690. doi: 10.1001/jama.2018.0160.
11. Andersen-Ranberg NC, Poulsen LM, Perner A, et al. (2022). Haloperidol for the treatment of delirium in ICU patients. *N Engl J Med*, 387(26):2425-35. doi: 10.1056/NEJMoa2211868.
12. von Elm E, Altman DG, Egger M, et al. (2008). The Strengthening of Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol*, 61(4):344-9. doi: 10.1016/j.jclinepi.2007.11.008.
13. Elo S, Kyngäs H. (2008). The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*, 62(1):107-15. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x.
14. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. (2014). Delirium in elderly people. *Lancet*, 383(9920):911-22. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60688-1. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60688-1.
15. Azizi Z, O'Regan N, Dukelow T, et al. (2024). Delirium care in hospitals in Ireland on World Delirium Awareness Day. *Ir J Med Sci*, 193(5):2485-2493. doi: 10.1007/s11845-024-03692-8.
16. Adamis D, Macdonald A, McCarthy G, et al. (2022). Towards understanding the nature and need of delirium guidelines across nations and cultures. *Aging Clin Exp Res*, 34(3):633-42. doi: 10.1007/s40520-021-01978-w.
17. Benbenishty J, Adam S, Endacott R, et al. (2010). Physical restraint use in intensive care units across Europe: The PRICE study. *Intensive Crit Care Nurs*, 26(5):241-5. doi: 10.1016/j.iccn.2010.08.003.
18. Tomlinson EJ, Schnitker LM, Casey PA, et al. (2024). Exploring antipsychotic use for delirium management in adults in hospital, sub-acute rehabilitation and aged care settings: a systematic literature review. *Drugs Aging*, 41(6):455. doi: 10.1007/s40266-024-01122-z (2024).
19. Igwe EO, Nealson J, Mohammed M, et al. (2020). Multidisciplinary and pharmacological interventions to reduce post-operative delirium in elderly patients: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Anesth*, 67:109977. doi: 10.1016/j.jclinean.2020.110004.
20. Emme C. (2020). "It should not be that difficult to manage a condition that is so frequent": a qualitative study on hospital nurses' experience of delirium guidelines. *J Clin Nurs*, 29(15-16):2849-62.
21. Ely EW, Margolin R, Francis J, et al. (2001). Evaluation of delirium in critically ill patients: validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Crit Care Med*, 29(7):1370-9. doi: 10.1097/00003246-200107000-00012.
22. Svenningsen H, Larsen LK, Collet MO, et al. (2024). Delirium screening instruments. *Ugeskr Laeger*, 186(4). doi: 10.61409/V04230263 (2024).
23. Schultz M, Jensen JR, Lembeck MA, et al. (2022). Opsporing, udredning og håndtering af delirium hos indlagte ældre. *Ugeskr Laeger*, 184(14).
24. Oh ES, Fong TG, Hsieh TT, et al. (2017). Delirium in older persons: advances in diagnosis and treatment. *JAMA*, 318(12):1161-74. doi: 10.1001/jama.2017.12067 (2017).
25. Nydahl P, Liu K, Bellelli G, Benbenishty J, Van Den Boogaard M, Caplan G, et al. (2024). A worldwide study on delirium assessments and presence of protocols. *Age Ageing*, 53(7):afae129. doi: 10.1093/ageing/afae129.
26. Oxenbøll-Collet M, Egerod I, Christensen V, et al. (2018). Nurses' and physicians' perceptions of Confusion Assessment Method for the intensive care unit for delirium detection: focus group study. *Nurs Crit Care*, 23(1):16-22. doi: 10.1111/nicc.12254.
27. Collet MO, Thomsen T, Egerod I (2019). Nurses' and physicians' approaches to delirium management in the intensive care unit: a focus group investigation. *Aust Crit Care*, 32(4):299-305. doi: 10.1016/j.aucc.2018.07.001.
28. Collinsworth AW, Priest EL, Campbell CR, et al. (2016). A review of multifaceted care approaches for the prevention and mitigation of delirium in intensive care units. *J Intensive Care Med*, 31(2):127-41. doi: 10.1177/0885066614553925 (2016).
29. Quak LH, Tan AJQ, Sim MJJ, et al. (2024). Educational escape rooms for healthcare students: a systematic review. *Nurse Educ Today*, 132:106004. doi: 10.1016/j.nedt.2023.106004 (2024).
30. Dansk Sygeplejeråd. (2023). Escape rooms for studerende. *Sygeplejersken*, 2023(1).
31. Stratton SJ. (2021) Population Research: Convenience Sampling Strategies. *Prehosp Disaster Med*, 36(4):373-374. doi: 10.1017/S1049023X21000649.
32. Hancock MS, Gile KJ. (2011) Comment: On the Concept of Snowball Sampling. *Sociol Methodol*, 41(1):367-371. doi: 10.1111/j.1467-9531.2011.01243x.

**Annonce for
Takeda**



Du tager dig af andre. Vi passer på dig. Sådan har det været i 50 år

I 50 år har Bauta Forsikring og DSR passet på dem, der hver dag passer på andre. Det vil vi gerne fejre.

For nogle begyndte det tidligt. For andre er det en del af hverdagen i dag. Og for mange er det noget, der går i arv. Måske har du været medlem i årtier. Måske har du haft en særlig oplevelse med vores medlems-service. Eller måske har du et stort eller lille minde, der fortæller hvad Bauta Forsikring har betydet for dig.

Lad os høre din historie

For det er jeres oplevelser, der har formet fællesskabet gennem 50 år og som viser, hvad det vil sige at være en del af et forsikringsfællesskab, hvor vi passer på hinanden. Fortæl din historie ved at scanne koden nedenfor eller send den direkte til Bauta Forsikring på voreshistorier@lb.dk.



Scan og vind 25.000 kr.
Del din historie med os og deltag samtidig i konkurrencen om et rejsegavekort på 25.000 kr.

Præmien er et rejsegavekort på 25.000 kr. Du kan deltage indtil den 5. oktober. Bauta Forsikring og DSR vælger den bedste historie og vinderen kontaktes direkte på telefon. Ansatte hos LB Forsikring A/S kan ikke vinde præmien.



Bauta Forsikring
En del af LB Forsikring