Sygeplejersken

Danish Journal of Nursing

November 2026
126. årgang
4



Nyt lys på nattevagten

Mens Danmark sover, er sygeplejersker med til at holde sundhedsvæsenet oppe. Ny undersøgelse viser dog, at 40 pct. finder nattevagterne stærkt belastende. Men **færre opgaver, plads til søvn og indflydelse** på egne vagter kan gøre natten sundere og sikrere.

Vi fejrer 50 års fællesskab



”Det er ikke skaderne, vi husker bedst”

Man håber aldrig, at man får brug for sin forsikring. Men når uheldet er ude, betyder det meget, hvordan man bliver mødt. Det ved Bente og Erik fra Ringkøbing alt om efter mere end 15 år som medlemmer i Bauta Forsikring: *”Når jeg tænker tilbage, er det faktisk ikke skaderne, jeg husker bedst. Det er måden, vi er blevet mødt på.”* fortæller Bente.

Gennem årene har parret haft flere forsikringssager, men fælles for dem alle har været oplevelsen af at blive mødt med venlighed, forståelse og hurtig hjælp: *”Når der var brug for en taksator, kom hjælpen hurtigt, og samarbejdet var præget af ro og tillid. For os er det netop det, et forsikringsfællesskab handler om.”* fortæller Bente.

For Bente og Erik handler tryghed nemlig ikke kun om at være dækket, hvis noget går galt. Det handler om følelsen af ikke at stå alene, når noget uventet sker. Som Bente fortæller: *”‘Hvor vi passer på hinanden’ er ikke bare et slogan - det er en oplevelse af, at der står mennesker klar, når man har mest brug for dem.”*

Det er den oplevelse af omsorg og nærvær, Bente og Erik tager med sig fra deres mange år som medlemmer i Bauta Forsikring.

Vil du også være en del af fællesskabet?

Tryghed begynder med et godt overblik. Scan QR-koden og få et overblik over dine forsikringer. Som tak for din tid modtager du et gavekort på 200 kr.*

** Tilbuddet gælder til og med 31.12.2026. Gavekortet sendes via SMS efter gennemført telefonisk forsikringstjek.*

Bauta Forsikring
En del af LB Forsikring

GA275_01_2609

Indhold



Foto **August Vinther**

At gøre det umulige

12 år som udsendt sygeplejerske har lært Astrid Opstrup, at god sygepleje i verdens konfliktområder ikke altid handler om at redde liv. Nogle gange handler det om at gøre, hvad man kan.

Side 36

> Ensomhed er ikke kun et socialt problem, men også en sundheds-udfordring, vi har et ansvar for.
>
> **Bolette Møller Bjerre**
> sygeplejerske

Side 19

Tema
Nattevagen er ikke populær, men ...
Side 8

Fag i forandring
Fra smittevej til skægkræ
Side 26

Sundhedsvæsentligt
Behov for mere viden om demens
Side 50

Forskeren fortæller
Farvel til one size fits all-pleje
Side 72

Tillidsrepræsentanten
Hvor kan jeg parkere min bil?
Side 22

Jubilæum
125 år med fagbladet
Side 44

Studerende i praksis
Afskriv ikke praktik på et plejecenter
Side 71

Fagligt perspektiv
Lægemidler i stomi
Side 77

once weekly

mounjaro®

(tirzepatide)

A Lilly Medicine

DEN FØRSTE OG ENESTE GIP/GLP-1-RECEPTORAGONIST TIL BEHANDLING AF OVERVÆGT/SVÆR OVERVÆGT HOS VOKSNE[1]



5 MG: PÅ 4 UGER

Fra startdosis (2,5 mg) til første vedligeholdelsesdosis (5 mg) på kun fire uger.[1]

31,6% af patienterne opnår et vægttab på **≥ 20%** ved 5 mg.[1,2]



EFFEKT

Med Mounjaro 15 mg blev der opnået et vægttab på - **22,5%** fra baseline[1,2]*

Mounjaro® 15 mg reducerede taljeomkreds med **19,9 cm**.[1,2]**



MEKANISME

GLP-1- og GIP-receptorer bidrager til appetitregulering.

GIP-receptorer i fedtvæv er involveret i lipidmetabolisme og fedtlagring.[3]

*p<0,001 vs placebo, justeret for multiplicitet. Vægtreduktion med placebo var -2,4% (ved 72 uger).[1,2]

**p <0,001 vs baseline, ikke justeret for multiplicitet. Reduktion i taljeomkreds med placebo var -3,4 cm (ved 72 uger).[1,2]

Referencer:

1. Mounjaro produktresumé.

2. Jastreboff AM, Aronne LJ, Ahmad NN, et al. Tirzepatide once weekly for the treatment of obesity. N Engl J Med. 2022;387(3):205-216. doi:10.1056/NEJMoa2206038.

3. Samms RJ, Coghlan MP, Sloop KW. How may GIP enhance the therapeutic efficacy of GLP-1? Trends Endocrinol Metab. 2020;31(6):410-421. doi:10.1016/j.tem.2020.02.006.

Produktinformation findes på side 6.

CMAT-43873 / 08.10.2026

Mounjaro®, Kwikpen® and Lilly are registered trademarks of Eli Lilly and Company.
©2026 Eli Lilly and Company. All rights reserved.

Lilly
A MEDICINE COMPANY

Sygeplejersken

Danish Journal of Nursing

Ansvh. chefredaktør
Louise Balleby

Redaktionschef
Kristine Jul Andersen

Redaktør
Lotte Havemann

Art Director
Mathias N Justesen

Journalister
Anton Kjøller Alexandersen
Christina Sommer
Emma Holm Haugaard
Emma Kold
Helle Lindberg Emarati
Sarah Hvid Nielsen
Sofie Twistmann Gregersen

Bladsekretær
Ditte Jørgensen

Næste udgave udsendes: 8.-13. marts 2027

Distribueret oplag: Perioden 2024-25 71.118 ekspl.

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 tilkendegives i artikler og andre indlæg, udtrykker ikke nødvendigvis Dansk Sygeplejeråds synspunkter.

Forsidefoto: August Vinther

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

Miljømærket tryksag 5041 0004

Vi skal passe på dem, der passer på os om natten

Jeg kan stadig huske følelsen efter en nattevagt. Trætheden i kroppen og den mærkelige fornemmelse af at være på vej hjem, mens resten af verden er på vej på arbejde.

Natarbejde er et grundvilkår i vores sundhedsvæsen. Patienter og borgere har brug for sygepleje hele døgnet. Men det har en pris. Fire ud af ti sygeplejersker med natarbejde oplever det som stærkt belastende at arbejde om natten, og forskning viser, at dét at arbejde imod kroppens naturlige døgnrytme kan påvirke både helbred og sikkerhed.

Derfor skal vi gøre alt, hvad vi kan, for at skabe de bedst mulige rammer om nattevagten.

I dette nummer kan du læse, hvordan man bl.a. gør det. Ved at fjerne unødvendige opgaver, skabe mulighed for hvile og give sygeplejersker større indflydelse på arbejdstiderne. Det gør en forskel.

Vi kan ikke gøre det naturligt for kroppen at arbejde om natten. Men arbejdsgiverne kan tage ansvar for, at natarbejdet bliver så sundt og sikkert som muligt. Og følge anbefalingerne om højst tre nattevagter i træk, mindst 11 timer mellem vagterne og vagter på højst ni timer.

For det er vigtigt at passe på sygeplejerskerne, så de også kan passe godt på patienterne og borgerne om natten.

Tak til alle jer, der tager vagten, mens vi andre sover.



Dorthe Boe Danbjørg

Dorthe Boe Danbjørg
Forkvinde

Pligttekst - Mounjaro® (Tirzepatid) injektionsvæske, opløsning i fyldt pen

▼ Dette lægemiddel er underlagt supplerende overvågning. Dermed kan der hurtigt tilvejebringes nye oplysninger om sikkerheden. Sundhedspersoner anmodes om at indberette alle formodede bivirkninger.

Indikation: *Type 2-diabetes mellitus*: Mounjaro er indiceret til behandling af voksne, unge og børn på 10 år og derover med utilstrækkeligt kontrolleret type 2-diabetes mellitus som supplement til kost og motion. Monoterapi: når metformin anses for uhensigtsmæssigt på grund af intolerance eller kontraindikationer. I tillæg til andre lægemidler til behandling af diabetes. Se produktresuméet vedrørende studieresultater med hensyn til kombinationer, virkning på glykæmisk kontrol, de undersøgte populationer og kardiovaskulære hændelser. *Vægtkontrol:* Mounjaro er indiceret som supplement til en kaloriefattig kost og øget fysisk aktivitet med henblik på vægtkontrol, herunder vægttab og vægtvedligeholdelse hos voksne med et indledende Body Mass Index (BMI) på ≥ 30 kg/m^2 (svær overvægt) eller ≥ 27 kg/m^2 til < 30 kg/m^2 (overvægt) ved tilstedeværelse af mindst én vægtrelateret komorbiditet (f.eks. hypertension, dyslipidæmi, obstruktiv søvnapnø, kardiovaskulær sygdom, prædiabetes eller type 2-diabetes mellitus). Se produktresuméet vedrørende studieresultater med hensyn til obstruktiv søvnapnø (OSA) og hjertesvigt med bevaret pumpefunktion (HFpEF). **Dosering**: Startdosis er 2,5 mg én gang ugentlig. Efter 4 uger skal dosis øges til 5 mg én gang ugentligt. Om nødvendigt kan dosisøgninger foretages i trin på 2,5 mg efter mindst 4 uger med den aktuelle dosis. *Voksne:* De anbefalede vedligeholdelsesdoser er 5, 10 og 15 mg. Den maksimale dosis er 15 mg én gang ugentligt. *Pædiatrisk population:* De anbefalede vedligeholdelsesdoser er 5 og 10 mg. Den maksimale dosis er 10 mg én gang ugentligt. Sikkerhed og virkning er ikke klarlagt hos børn under 10 år til behandling af type 2-diabetes mellitus (T2DM) og hos børn under 18 år til vægtkontrol. Administration: Subkutan injektion. **Kontraindikationer**: Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler**: Akut pankreatitis: Tirzepatid er ikke undersøgt hos patienter med pankreatitis i anamnesen og skal anvendes med forsigtighed hos disse patienter. Der er rapporteret om akut pankreatitis hos patienter i behandling med tirzepatid. Patienterne bør informeres om symptomerne på akut pankreatitis. Hvis der er mistanke om pankreatitis, skal tirzepatid seponeres. Hvis diagnosen pankreatitis bekræftes, bør tirzepatid ikke genoptages. Hypoglykæmi: Patienter, der får tirzepatid i kombination med et insulinsekretionsfremkaldende stof eller insulin, kan have en øget risiko for hypoglykæmi. Risikoen for hypoglykæmi kan nedsættes ved at reducere dosen af det insulinsekretionsfremkaldende stof eller insulin. Gastrointestinale effekter: Tirzepatid har været forbundet med gastrointestinale bivirkninger, som omfatter kvalme, opkastning og diarré. Patienter skal informeres om den potentielle risiko for dehydrering og der skal tages forholdsregler for at undgå væskemangel og elektrolytforstyrrelser. Dette bør især overvejes hos ældre. Svær gastrointestinal sygdom: Tirzepatid er ikke undersøgt hos patienter med svær gastrointestinal sygdom, herunder svær gastroparese, og det bør anvendes med forsigtighed hos disse patienter. Diabetisk retinopati: Hurtig forbedring af glukosekontrol er blevet forbundet med en midlertidig forværring af diabetisk retinopati. Patienter med diabetisk retinopati bør overvåges nøje og behandles i henhold til kliniske retningslinjer. Aspiration i forbindelse med fuld narkose: Den øgede risiko for tilbageværende gastrisk indhold som følge af forsinket gastrisk tømningstid bør tages i betragtning, inden der gennemføres procedurer med fuld narkose eller dyb sedation. **Interaktioner**: Tirzepatid forsinker ventrikeltømningen og kan derfor potentielt påvirke absorptionen af samtidigt administrerede orale lægemidler. Denne effekt er mest udtalt på tidspunktet for påbegyndelse af tirzepatidbehandlingen. Det anbefales at overvåge patienter, der får orale lægemidler med et snævert terapeutisk indeks (f.eks. warfarin, digoxin), især ved initiering af behandling og efter dosisøgning. Risikoen for forsinket virkning bør også tages i betragtning for orale lægemidler, for hvilke en hurtigt indsættende virkning er vigtig. Se produktresumé pkt. 4.5. **Fertilitet, graviditet og amning**: Kvinder i den fertile alder: Anbefales at anvende prævention under behandlingen. Graviditet: Der er en begrænset mængde data fra anvendelse af tirzepatid til gravide kvinder. Dyrestudier har påvist reproduktionstoksicitet. Frarådes under graviditet og hos kvinder i den fertile alder, der ikke bruger prævention. Tirzepatid bør seponeres mindst 1 måned før en planlagt graviditet grundet den lange halveringstid. Amning: Efter en enkelt dosis på 5 mg blev koncentrationen af tirzepatid i modermælk fundet at være upåviselig til meget lav sammenlignet med plasmakoncentrationerne. Enhver lav mængde i modermælk forventes at blive nedbrudt og ikke oralt absorberet som intakt lægemiddel hos det ammede spædbarn. Det vides ikke, om det reducerede fødeindtag hos moderen, påvirker sammensætningen eller næringsindholdet i modermælken. Samlet set kan anvendelse af tirzepatid under amning overvejes. Fertilitet: Tirzepatids virkning på fertiliteten hos mennesker kendes ikke. **Bivirkninger**: De hyppigst rapporterede bivirkninger var forstyrrelser i mave-tarm-kanalen, herunder kvalme (meget almindelig), diarré (meget almindelig), forstoppelse (meget almindelig/almindelig), mavesmerter (meget almindelig/almindelig) og opkastning (meget almindelig/almindelig). Generelt var disse reaktioner for det meste milde eller moderate i sværhedsgrad. De forekom oftere under dosiseskalering og faldt over tid. Se produktresumé pkt. 4.8 for beskrivelse af udvalgte bivirkninger: Overfølsomhedsreaktioner, hypoglykæmi ved T2DM, gastrointestinale bivirkninger, galdeblære-relaterede hændelser, immunogenicitet, øget hjertefrekvens, reaktioner på injektionsstedet, forhøjet pankreasenzymer eller calcitonin, svimmelhed, hypotension, hårtab hos de med overvægt eller svær overvægt, træthed, dysgeusi, dysæstesi, akut pankreatitis, anafylaktisk reaktion, angioødem, nedsat appetit. Sikkerheds- og immunogenicitetsprofilerne hos børn og unge i alderen 10 år til under 18 år med T2DM, var i overensstemmelse med de ovenfor beskrevne for voksne patienter med T2DM, med undtagelse af en højere forekomst af opkastning, mavesmerter, samt en højere forekomst af hypoglykæmi, når tirzepatid blev tilføjet til metformin alene. **Overdosering**: I tilfælde af overdosering skal der iværksættes passende understøttende behandling i overensstemmelse med patientens kliniske tegn og symptomer. Det kan være nødvendigt med en forlænget periode med observation og behandling af disse symptomer, idet der tages højde for tirzepatids halveringstid (ca. 5 dage). **Udlevering:** B. **Tilskudsstatus:** Ingen. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Eli Lilly Nederland B.V. **Pakningsstørrelser og pris: 2,5 mg, 5 mg, 7,5 mg, 10 mg, 12,5 mg og 15 mg**: 1 fyldt KwikPen, hver pen har 4 doser á 0.6 ml. For dagsaktuel pris henvises til medicinpriser.dk

Pligtteksten er omskrevet og forkortet i henhold til det produktresume, som er godkendt af det Europæiske Lægemiddelagentur. Læs altid omhyggeligt produktresuméet inden ordination. Det fuldstændige produktresumé kan vederlagsfrit rekvireres ved henvendelse til Eli Lilly Danmark A/S, Lyskær 3E, 2.tv, 2730 Herlev. Telefon: 45 26 60 00. Besøg også https://www.lilly.com/dk

CMAT-56122. 01.10.2026

A MEDICINE COMPANY

100 blodpropper og 1 øl til far

Tekst **Anton Kjøller Alexandersen**
Foto **Marcus Emil Christensen**



Peter Mygind knalder hovedet i asfalten. 20 meter fra indgangen til hospitalet. Det er søndag morgen, og skuespilleren er lige blevet sat af ved Gentofte Hospital, fordi han er bange for, at han er ramt af en blodprop endnu en gang. Frygten viser sig at være velbegrundet. Mygind får hjertelungeredning af en forbipasserende læge, inden andre støder til og får ham ind på hospitalet.

"Jeg kunne i teorien have været død," siger Peter Mygind.

Den danske skuespiller, tv-vært og entertainer fik konstateret flere hundrede blodpropper i lungerne dengang. Episoden ligger mange år tilbage, men han husker den tydeligt.

"Jeg havde det som om, jeg skulle genstarte hele mit system. Her var det sygeplejersken, der hjalp mig ud i badet, og som gav mig håb og tro på, at jeg nok skulle komme mig. Jeg føler, at sygeplejersken på mange måder er den, der sørger for, at man kommer hel igennem systemet," fortæller Mygind, der var indlagt i tre dage.

En kold fra kassen til far

Igennem sit 63-årige liv har Peter Mygind haft sundhedspersonale tæt på sig selv og sine nærmeste mange gange. Det gælder både med hans egne blodpropper, angstanfald og gigt samt hans forældres indlæggelser og senere afsked med livet. Især natsygeplejersken fra Rigshospitalet, som var en del af mange samtaler i februar 2020, inden Peter Myginds far, Søren Mygind, døde, gjorde et særligt indtryk.

"De samtaler, jeg havde med natsygeplejersken, var sindssygt betydningsfulde, og de var vigtige for mig for at få sjælefred," siger Peter Mygind. Han fortsætter:

"Det sidste, min far ønskede sig, var en tår øl, som sygeplejersken fremskaffede klokken elleve om aftenen. Iskold. Så min fars sidste ord, da han fik en lille tår øl, var faktisk: "Hold kæft, hvor smager det godt". Og så døde han tre timer senere. Det kan jeg takke sygeplejersken for."

Pas på sygeplejersken

Peter Mygind mener, at sygeplejersker er med til at passe på dit sind og din sjæl. Han fremhæver flere gange sin taknemmelighed over de sygeplejersker, der har været tæt på ham selv og hans nærmeste. Derfor kommer Peter Mygind også med et vigtigt budskab:

"Min dybeste respekt går til det sindssygt vigtige erhverv, som sygeplejersken udøver. Vi skal som borgere, pårørende og patienter huske at passe på jer, for så ved jeg, at I vil gøre alt for at passe på os." ♥



NATTE-VAGTEN ER IKKE POPULÆR...

...men kan blive en bedre ven



4 ud af 10 sygeplejersker oplever natarbejde som belastende, viser nye tal fra Dansk Sygeplejeråd. Men **generne ved nattevagten kan mindskes**, og fordelene fremelskes. På Afdeling for Blodssygdomme på Rigshospitalet har de fjernet alle unødvendige opgaver om natten, indrettet et hvilerum og givet sygeplejerskerne ro til at arbejde i mørket.

Tekst **Helle Lindberg Emarati**
Foto **August Vinther**

”Så må du sove godt,” siger Silke Selina Honoré lavmælt til sin patient, inden hun forsigtigt lukker døren ind til stuen.

De røde tal på digitaluret i loftet lyser op på den dunkle hospitalsgang og afslører, at klokken er 00.12. Sygeplejerskerne har netop gået deres midnatsrunde, og alt er fredeligt. Gennem halvåbne døre ind til andre patientstuer kan man høre puslen fra dyner eller skimte et par ben, der vender sig i sengen.

Alle 17 patientsenge på Afdeling for Blodsygdomme på Rigshospitalet er fyldt op denne nat, men foreløbig tegner det til at blive en rolig vagt, hvor de tre sygeplejersker, der er på arbejde, kan koncentrere sig om den basale patientpleje og holde pauser. Kun lejlighedsvis bliver stilheden afbrudt af den melodiske *bing-bong* fra et patientkald.

"De sidste to nætter har der været virkelig travlt med akut syge patienter, så det er helt underligt, at der er så stille nu," siger Silke Selina Honoré til *Sygeplejersken*, da vi begiver os tilbage til personalestuen.

Hun har været ansat på afdelingen i fire år. Da hun startede, arbejdede hun i treholdsskift, men efter ca. et halvt år fik hun mulighed for primært at arbejde i dag- og nattevagt. Det var mere hende.

"Jeg syntes ikke så godt om aftenvagterne. På en eller anden måde føles det mere naturligt for mig at møde klokken 23, hvor næsten alle sover, og så gå hjem klokken syv i stedet for at skulle møde om eftermiddagen og få fri sent om aftenen," fortæller Silke Selina Honoré.

"Og så er der noget ved roen, jeg godt kan lide," tilføjer hun. "At det er mørkt udenfor, og alt er stille. Her kan som sagt også være vildt travlt om natten, men når her er roligt, er her virkelig roligt."

Ingen opvask og oprydning

Det er ikke tilfældigt, at de på Afdeling for Blodsygdomme lettere kan holde pulsen nede om natten. Det er resultatet af en konkret indsats, fortæller konstitueret oversygeplejerske på afdelingen, Aziza Haddad Pedersen.

"Vi har prøvet at mindske generne og skære helt ind til benet, så alle de opgaver, der skal laves i en nattevagt, kun handler om patienterne. Det betyder, at sygeplejerskerne f.eks. ikke skal gå og fylde op i depoterne, sætte opvask over eller rydde op. Og så prioriterer vi de opgaver, der er, så morgenrunderne inden vagtskifte ikke bliver for pressede," forklarer hun.

På afdelingen har de også indrettet et natpauserum med en sovesofa og hyggebelysning, hvor sygeplejerskerne på skift kan trække sig tilbage for at slappe af, powernappe eller hyggescrolle uforpligtende på telefonen. Forskning viser nemlig, at det mindsker risikoen for ulykker ved natarbejde og kan minimere gener som f.eks. hovedpine, hvis hvile prioriteres.



> Natarbejde er nemmere at sælge, når der ikke er en lang liste af opgaver, der ikke handler om patienterne.
>
> **Aziza Haddad Pedersen**
> oversygeplejerske

Indsatsen betyder langt fra, at sygeplejerskerne nu er ved at falde over hinanden for at komme på arbejde om natten. Men det har hjulpet.

"Helt ærligt, så tror jeg, det altid vil være svært at afsætte nattevagten, uanset hvad vi gør. Selvom det i høj grad følger med jobbet som sygeplejerske, er det jo bare unaturligt for mennesker at være vågne om natten. Men natarbejde er klart nemmere at sælge, når der f.eks. ikke er en alenlang liste af opgaver, der overhovedet ikke handler om patienterne," siger Aziza Haddad Pedersen.

En svær balancegang

Det er ikke kun på Afdeling for Blodssygdomme, at nattevagter er upopulære. En analyse fra Dansk Sygeplejeråd fra juni 2026 viser, at 40 pct. af sygeplejersker med natarbejde finder det belastende i høj eller meget høj grad. Blandt de adspurgte sygeplejersker arbejder



72 pct. om natten flere gange om måneden eller hyppigere.

Ifølge forkvinde i Dansk Sygeplejeråd, Dorthe Boe Danbjørg, afspejler tallene en kompliceret virkelighed, hvor natarbejdet er en balancegang mellem sammenhængskraften i sundhedsvæsnet og hensynet til den enkelte sygeplejerske.

"Tallene er bekymrende, for vi har et døgnåbent sundhedsvæsen, hvor vagterne skal dækkes, og hvor vi også skal passe godt på patienterne om natten. Men ud fra min egen erfaring med nattevagter og de mange natarbejdende kolleger, jeg gennem tiden har haft, forstår jeg absolut godt, hvorfor sygeplejersker synes, det er belastende," siger Dorthe Boe Danbjørg. Hun fortsætter:

Oversygeplejerske Aziza Haddad Pedersen (t.v.) og sygeplejerskerne Sigrid Ransedokken (t.h.) og Silke Selina Honoré er enige om, at nattevagterne aldrig bliver helt uden gener. Men også, at der er meget at vinde ved at fokusere på de gode sider af natarbejdet.

"Det er virkelig hårdt at være vågen om natten. Det er hårdt at skulle omstille sig fra dag eller aften til nat, og det er hårdt at få det til at hænge sammen med et familieliv. Og så ved vi desværre også fra statistikkerne og forskningen, at der er en risiko forbundet med natarbejde, og at man kan blive syg af at arbejde om natten."

Tømmermænd uden fest

I personalerummet på Afdeling for Blodsygdomme er belysningen på lavt blus med små lamper og det blåhvide skær fra sygeplejerskernes computerskærme som primære lyskilder. Ved den ene af skærmene sidder sygeplejerske Sigrid Ransedokken og udfylder journaler. Hun har fundet sig godt til rette i den særlige rytme, der hersker på afdelingen om natten.

Sigrid Ransedokken har typisk nattevagter hver anden eller tredje uge. Selvom hun allerhelst ville være dem foruden og godt kan mærke, at kroppen ikke er skabt til at være vågen, mens resten af verden sover, kan hun ligesom Silke Selina Honoré også finde lyspunkter i nattens mørke.

"Jeg kan godt lide, at der er et andet tempo, selvom der selvfølgelig også kan ske noget akut. Der er mulighed for at fordybe sig i specialet og lære patienterne at kende på en anden måde. Nogle har f.eks. brug for at snakke i 10-15 minutter, inden de falder i søvn," fortæller Sigrid Ransedokken.

Men nattevagterne er ikke uden omkostninger for hendes privatliv, tilføjer hun.

"Når man kommer hjem, kan man nærmest føle sig tømmermændsramt uden at have haft glæden ved at være i byen. Og man kan være nødt til at sige nej til sociale arrangementer, fordi man simpelthen er for træt. Det er den del, jeg prøver at forklare mine venner, som ikke arbejder i sundhedsvæsnet," siger hun.

Silke Selina Honoré kan genkende beskrivelsen. Selvom hun foretrækker nattevagter frem for aftenvagter, kan det også for hende være svært at få vendt døgnrytmen, når den sidste nattevagt er overstået.

"Man kan godt have nogle dage, som nærmest bare skal krydses ud i kalenderen, fordi man er træt og egentlig bare har lyst til at putte sig under dynen. Man har ikke det samme overskud eller energiniveau, og selvom man har sovet om dagen, kan man stadig mærke trætheden, når det bliver aften," siger hun.

Kroppen arbejder imod

Det er netop det grundlæggende problem ved natarbejde. For uanset hvor godt arbejdspladsen indretter forholdene, kan den ikke ændre på menneskets biologiske døgnrytme.

Kirsten Nabe-Nielsen er seniorforsker på Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA). Hun forklarer:

"Det væsentligste at vide om natarbejde er, at man skal være vågen, fysisk aktiv, socialt aktiv og i gang på det tidspunkt, hvor kroppen fysiologisk er indrettet til at sove. Omvendt forsøger man at sove på det tidspunkt, hvor kroppen er indrettet til at være vågen," siger hun.

Denne forskudte døgnrytme kan på kort sigt bl.a. føre til søvnmangel, træthed, koncentrationsbesvær og øget risiko for fejl og ulykker. På længere sigt viser forskningen en højere forekomst af en række sygdomme blandt mennesker, der arbejder om natten, herunder visse kræftformer, hjerte-kar-sygdomme og diabetes.



Selvom Sigrid Ransedokken har trukket sig tilbage i natpauserummet, er hun stadig opmærksom på patienterne. Hun har tilkaldet tændt, så hun kan høre, hvis der bliver ringet fra stuerne.

Derfor anbefaler NFA, at medarbejdere højst har tre nattevagter i træk, mindst 11 timers hvile mellem vagterne og nattevagter på højst ni timer.

De bliver dog ikke altid fulgt. En undersøgelse fra Dansk Sygeplejeråd fra oktober 2025 viser, at 19 pct. af sygeplejersker med natarbejde havde mere end tre nattevagter i træk, sidste gang de arbejdede nat, mens 33 pct. inden for den seneste måned havde haft en nattevagt med mindre end 11 timers hvile til den næste vagt. Begge andele er steget med to procentpoint siden 2023.

Ifølge Dorthe Boe Danbjørg er det en vanskelig balancegang både at beskytte sygeplejerskernes helbred og samtidig give dem indflydelse på deres arbejdstider.

"Det bliver ekstra svært, når en vagtplan, der ikke følger anbefalingerne, faktisk kan være det, der passer bedst ind i den enkelte sygeplejerskes liv. Derfor er det vigtigt, at vi fortæller, hvorfor anbefalingerne findes. Det handler om at passe på den enkelte og sikre et sundt arbejdsmiljø, hvor vi ikke bliver syge eller risikerer at komme galt af sted," siger hun.

Et pusterum for sig selv

På Afdeling for Blodsygdomme har sygeplejerskerne i samarbejde med ledelsen forsøgt at finde deres egne måder at håndtere nattevagterne på. Når opgaverne og plejen tillader det, aftaler de ved vagtens begyndelse, hvem der har behov for at hvile hvornår. Nogle benytter lejligheden til at lukke øjnene, mens andre blot har brug for at trække sig tilbage fra afdelingens lyde og lys.

For Sigrid Ransedokken er det sidste ofte nok.

"Jeg kan godt lide at gå ind i hvilerummet og få lidt tid for mig selv. Jeg lægger mig ned, strækker ryggen, slapper af eller scroller på telefonen. Det er rart bare at kunne trække stikket lidt, selvom vi selvfølgelig stadig kan høre, hvis patienterne ringer," fortæller hun.

Silke Selina Honoré fremhæver også hvilerummet som en forbedring. Men hun understreger, at det ikke altid er muligt at benytte det.

"Hvis man har en meget dårlig patient, kan man ikke bare gå ind at lægge sig. Jeg har f.eks. haft en nattevagt, hvor jeg slet ikke fik hvilet, fordi min patient var så dårlig. Men næste nat var der mulighed for det, og så kunne jeg ligge ned og hvile en stund. Det gør en stor forskel," fortæller hun.

Pauser og indflydelse letter

I Dansk Sygeplejeråds analyse fra juni 2026 er der da også en tydelig sammenhæng mellem sygeplejerskernes oplevelse af belastning og deres arbejdsvilkår.

Blandt de sygeplejersker, der arbejder om natten flere gange om måneden eller hyppigere, og som kun i lav grad oplever natarbejdet som belastende, svarer 68 pct., at de ofte eller altid har mulighed for at holde de nødvendige pauser. Blandt dem, der oplever natarbejdet som stærkt belastende, gælder det 48 pct.

Tilsvarende oplever 47 pct. i den mindst belastede gruppe, at de har indflydelse på deres arbejdstider, mod 22 pct. i den mest belastede gruppe.

Og netop derfor skal gode indsatser som f.eks. på Afdeling for Blodsygdomme udbredes, mener Dorthe Boe Danbjørg.

"Vi skal kunne diskutere, om det her er noget, der skal løftes ved det centrale forhandlingsbord, eller om det er personalepolitikker, der hører hjemme ude på de enkelte arbejdspladser. Men uanset hvad tror jeg, der er meget at hente, hvis arbejdsgiverne er fleksible og går forrest med de gode eksempler," siger hun.

Gør vagtplanen fleksibel

Hos Danske Regioner anerkender man betydningen af pauser og af, at medarbejderne har indflydelse på tilrettelæggelsen af deres arbejde. I en skriftlig kommentar til *Sygeplejersken* oplyser Danske Regioner, at regionerne arbejder målrettet med at professionalisere og opkvalificere vagtplanlægningen og arbejdsmiljøet om natten, fordi

> Der er noget ved roen om natten, jeg godt kan lide. At det er mørkt udenfor, og alt er stille.
>
> **Silke Selina Honoré**
> sygeplejerske



det har stor betydning for både patientsikkerheden og medarbejdernes trivsel.

"Vagtplanlægning skal balancere flere hensyn: Patienternes behov, regionernes økonomiansvar og medarbejdernes behov. Det stiller store krav til både kompetencer og overblik," skriver Danske Regioner.

Det er en udfordring, som Dorthe Boe Danbjørg anerkender.

"Man skal tage udgangspunkt i den enkelte sygeplejerske og se hende som et helt menneske og ikke bare som arbejdskraft. Det kan godt være, at alle ikke kan få deres ønsker opfyldt. Men det handler om, at man virkelig prøver," siger hun.

Hun mener, at en mere fleksibel vagtplanlægning kan være med til at fastholde flere sygeplejersker gennem et langt arbejdsliv.

Ro til eksistentielle samtaler

På Afdeling for Blodsygdomme er Aziza Haddad Pedersen ikke i tvivl om, at der fortsat vil være sygeplejersker, som helst vil undgå nattevagterne. Men hun mener også, at der er behov for at tale anderledes om natarbejde.

"Der har været meget fokus på, hvor usundt det er, og det skal der selvfølgelig også være. Jeg tror dog, det måske kan hjælpe lidt, hvis vi ikke udelukkende taler om det negative, men også fremhæver de gode ting, der kan være ved at arbejde om natten," siger hun.

Hun fremhæver bl.a. de fortrolige samtaler, der kan opstå med alvorligt syge patienter, når mørket falder på, og dagens mange aktiviteter er overstået.

"Det er også her, vores patienter kan blive ramt af angst og få eksistentielle tanker. Man kan få nogle ret fine samtaler på en kræftafdeling om natten, som man aldrig ville få i dagtimerne, fordi der sker så mange ting. Man får en anden relation til patienten," fortæller Aziza Haddad Pedersen.

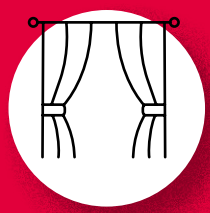
Det er netop den side af natarbejdet, som Sigrid Ransedokken og Silke Selina Honoré også holder af. Men de er samtidig enige om, at selv den bedste nattevagt kan mærkes i kroppen bagefter. Derfor handler det for dem også om, at det skal anerkendes, hvad det koster at arbejde, mens andre sover.

"Jeg synes, det er en ulempe at gå i nattevagt, og selvom vi selvfølgelig får et tillæg, så synes jeg måske, man skal honoreres mere for at vende sit døgn og kæmpe med sin krop. For selvom jeg godt kan lide at være her om natten, ændrer det jo ikke på, at det er hårdt bagefter," siger Sigrid Ransedokken. ♥

GODE RÅD TIL DIG DER ARBEJDER **NAT**



Tag en lur inden nattevagten. Sov f.eks. 1-2 timer om aftenen for at være mindre træt om natten.



Få en mere uforstyrret søvn ved at **lukke lys og lyde ude**, f.eks. med øreprupper, mørklægningsgardiner eller sovemaske.



Spis lette måltider som frugt, groft brød og syrnede mælkeprodukter jævnligt i løbet af natten.



Powernap 20-30 minutter, når vagten er i gang, hvis arbejdet tillader det.



Undgå rygning, kaffe, te, sodavand, juice, chokolade og andet sukker de sidste tre timer, før din vagt slutter.



Brug f.eks. solbriller på vej hjem om morgenen, hvis solen er stået op. Skarpt lys kan gøre dig mere vågen efter, vagten er slut. Det gælder også lys fra skærme.

Kilde: Regionalt arbejdsliv

13 ÅR I NATTEVAGT

har lært hende, at én ting skal prioriteres

Sygeplejerske Catherine Carlson elsker sine nattevagter, men **særligt søvnen er vigtig for at kunne klare arbejdet**. Forsker underbygger det og peger på flere faktorer, der i fremtiden måske kan gøre det mere sundt og sikkert at arbejde om natten.

Tekst **Anton Kjøller Alexandersen**
Foto **Tor Birk Trads**



Det røde skær fra kommunebilen sætter spot på Catherine Carlson, som er bevidst om at gøre sit for at mindske generne ved natarbejdet.

Det kan måske lyde helt godnat at have arbejdet som nattevagt i hele sit arbejdsliv. Ikke desto mindre er det virkeligheden for 37-årige Catherine Carlson. Og hun kan lide det.

Catherine Carlson er distriktssygeplejerske og udekørende sygeplejerske på Natcenteret i Randers Kommune. Her er hun med til at yde sygepleje, mens størstedelen af os andre sover.

"Jeg har altid trivedes godt om natten. Den ændrede døgnrytme passer mig godt, og jeg har nemt ved at sove. Jeg har faktisk aldrig oplevet fysiske symptomer," fortæller Catherine Carlson.

I 2013 startede hun som nyuddannet sygeplejerske på Natcenteret. Først med vagter både nat og dag, men hurtigt efter kun i nattevagter. I dag kører hun i en såkaldt 5-2-ordning. Det betyder, at hun møder ind tirsdag og onsdag nat, herefter har hun fri i to dage, og så arbejder hun fem nætter i træk.

"Jeg prioriterer min søvn meget, og jeg er rigtig god til at sove. Inden jeg f.eks. skal have mine fem nattevagter, så sørger jeg for at få sovet op til og få sovet mellem vagterne. Jeg har det som udgangspunkt bedst med at have sammenhængende søvn, men hvis jeg har flere nattevagter i streg, så sover jeg også gerne lige en eller to timer igen, inden jeg skal i vagt."

"Den her struktur giver meget mening for mig og det familieliv, jeg har. Jeg kan som regel nå hjem fra en nattevagt og aflevere min børn i skole om morgenen, så sove og hente dem igen om eftermiddagen. Så jeg sover, når de er ude af huset og har hele eftermiddagen og aftenen med dem," siger Catherine Carlson, der bor med sine to børn og sin mand.

Nattens forløb kan være meget forskelligt. Natholdet består af en koordinator og 10 udekørende kolleger, hvor mindst to er sygeplejersker. De løser opgaver som omhandler kontinensproblematikker, palliationsbesøg, medicinhåndtering, fald, sygeplejefaglige vurderinger ved akut opstået sygdom, smerteudredning, sårpleje, psykisk støtte, respirationsproblemer m.m.

"Natarbejdet kræver virkelig en stor selvstændighed og faglighed. Og evnen til at skabe tryghed, når andre sover," siger Catherine Carlson.



> Natarbejdet kræver virkelig en stor selvstændighed og faglighed.
>
> **Catherine Carlson**
> sygeplejerske

Ifølge Catherine Carlson er der en særlig ro om natten, som også giver mulighed for at skabe en relation og tryghed hos borgerne.

Natten påvirker din krop og dit liv

Catherine Carlson er bevidst om, at de lange nætter kommer med en risiko og kan påvirke hendes helbred, selvom hun ikke mærker gener. Derfor er hun opmærksom på sin krop og sin søvn.

Og særligt søvnen er vigtigt. Det fortæller Kirsten Nabe-Nielsen, der er seniorforsker ved Det Nationale Forskningscenter For Arbejdsmiljø (NFA). Igennem de sidste 20 år har hun forsket i natarbejde og kigget på, hvordan det påvirker os og vores liv at arbejde om natten.

"Når man har en nattevagt, er søvnen den vigtigste gene at fremhæve. Søvnen er typisk kortere, når man sover om dagen, og det gør, at man er mindre frisk, mindre veludhvilet, og man kan blive mere irritabel og få depressive symptomer. Når man vender om på dag og nat, kan det også påvirke fordøjelsen og ens appetit. Vi ser også, at man bliver mindre opmærksom og får længere reaktionstid, og derved er der også en højere risiko for at begå fejl," fortæller Kirsten Nabe-Nielsen.

Disse konsekvenser er en naturlig følge af dét at arbejde om natten, fordi man er vågen, når ens krop fysiologisk er indrettet til at skulle sove. Natarbejde påvirker derfor søvn, adfærd, fysiologi og ens mentale helbred. Derfor har NFA lavet en række forskningsfaglige anbefalinger, som skal bidrage til at gøre det sundere og sikrere at arbejde om natten.

"Anbefalingerne er baseret på forskning om risikoen for kræft, ulykker og negative graviditetsudfald ved forskellige måder at tilrettelægge natarbejdet på," siger Kirsten Nabe-Nielsen.

Hun oplyser, at det vigtigste ved at forebygge gener af nattevagter er at få sovet nok samt at følge de generelle sundhedsråd. Statistisk set har dem, der arbejder om natten, en højere forekomst af hjerte-kar-sygdomme, diabetes og depression, mens natarbejde klassificeres som sandsynligvis kræftfremkaldende, når det gælder brystkræft, prostatakræft og tyk- og endetarmskræft. Men:

"Der er tale om mange år med natarbejde, når vi ser på de langvarige, kroniske udfald."

Et sundt og sikkert natarbejde

NFA har tidligere i år udgivet en rapport, der afdækker vagtplanlægning på hospitaler med et særligt fokus på, hvordan medarbejderne bliver involveret i planlægningen af deres egne vagter. Rapporten er første del af et større forskningsprojekt *'Influence on Working Hours and the Impact on Sleep and Health (IWISH)'*, der skal undersøge, om øget indflydelse på egen arbejdstid kan mindske de negative konsekvenser for helbredet, som er forbundet med at arbejde om natten.

"Folk trives godt med at have indflydelse på deres arbejdstider, men vi ved ikke, om det også forebygger helbredseffekterne af at arbejde om natten," siger Kirsten Nabe-Nielsen.

På NFA forskes der primært i, hvad arbejdspladsen kan gøre for at forebygge negative helbredseffekter af natarbejde. Det kan handle om organiseringen af arbejdstiderne eller andre tiltag på arbejdspladsen, som handler om arbejdsmiljøet. Men forskerne oplever også en efterspørgsel efter, hvad medarbejderen selv kan gøre, hvis natarbejde er et vilkår i arbejdet.

Udover at undersøge om indflydelse på vagtplaner kan være med til at gøre natarbejde sundere, har forskerne også fokus på betydningen af, hvornår man spiser og sover. Sidstnævnte handler om to-faset søvn, hvor man deler sin søvn op, samt muligheden for at tage en lur.

"Det kunne f.eks. være, at din primære søvn ligger efter en nattevagt, men at du så også har nogle yderligere timer, enten inden vagten eller på et bestemt tidspunkt i løbet af vagten, så du samlet set hen over 24 timer får nok søvn. Det kunne være en mulig løsning, så man forebygger de negative konsekvenser af et opbygget søvnunderskud hen over en periode med nattevagter," siger forskeren og fortsætter:

"Internationalt foregår der lige nu en del forskning i, hvad man spiser, og hvornår man spiser på en nattevagt. Der er ingen endelige resultater endnu, men det kunne være, at man med den viden kan lave justeringer, og at arbejdspladsen kan understøtte dem, f.eks. ved at give adgang til sund kost eller pauser på bestemte tidspunkter. Det er nogle resultater, vi spændt afventer, og som vi gerne vil afprøve under danske forhold."

Anbefalinger til natarbejde

- Højst tre nattevagter i træk.
- Mindst 11 timer mellem to vagter.
- Højst ni timers varighed af vagter.
- Gravide bør normalt arbejde højst én nattevagt om ugen for at mindske risikoen for ufrivillig abort og andre graviditetskomplikationer.
- Kvinder, der har haft brystkræft, bør ikke have natarbejde, da natarbejde øger risikoen for tilbagefald.

Kilder: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø

Vi hjælpes ad

Dorthe Boe Danbjørg, forkvinde i Dansk Sygeplejeråd, kan tydeligt huske, hvordan det var at arbejde om natten. Hun synes, det lyder spændende med den forskning, som er i gang. Men:

"Det er lidt indgribende i privatsfæren, når man begynder at tale om, hvordan man skal indrette sig for at kunne passe sit arbejde. Men hvis det kan hjælpe os med at kunne holde til arbejdet og forebygge sygdom, synes jeg, det er rigtig godt, at der er opmærksomhed på det."

Siden 2005 har alle haft ret til gratis helbredskontrol via deres arbejdsplads, hvis man arbejder mere end 300 timer i nattevagt i løbet af 12 måneder. Det har Catherine Carlson tidligere gjort brug af, og det giver en tryghed.

"Vi arbejder også meget tværfagligt og hjælpes ad, så vi kan få spist og drukket om natten, og hvis nogen har brug for en powernap, så er der et sted, hvor vi kan sætte os hen," siger hun og uddyber:

"Jeg er bevidst om, at natarbejde kan påvirke mit helbred. Det tager jeg alvorligt."

Catherine Carlson skruer bl.a. på de parametre, der kan passe ind i hendes liv og arbejdsliv.

"Jeg dyrker motion og tænker over, hvad jeg spiser, og så tager jeg multivitamin med ekstra D-vitamin," siger hun, inden hun runder af:

"Men jeg har virkelig et fedt og udfordrende job, der giver meget mening for mig." ♥



Natholdet i Randers Kommune består af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og -hjælpere.

UNIVERSITY OF COPENHAGEN

SHIFT2HEALTH

Arbejder du nattevagter?

Forsøgspersoner søges til et studie om effekter af dagligt indtag af to kosttilskud på insulinfølsomhed hos natarbejdere

For undersøge effekterne:
- foretages 4 testdage á 1,5 time på Frederiksberg Campus
- før eller ved hvert besøg: opsamles fæces og urin; registreres kost, afføring og søvn; måles blodtryk, kropssammensætning og sensorik, og blodprøve tages

Du kan deltage, hvis du:
- har minimum 4 nattevagter/måneden, heraf 2 i træk
- arbejder minimum 24 timer om ugen
- har aktuelt og har haft nattevagter i ≥3 år
- er sund og rask og minimum 21 år gammel

Som forsøgsdeltager, vil du (for gennemført deltagelse):
- modtage et skattepligtigt gavekort på 1.500 kroner
- få indsigt i kropssammensætning og basalstofskifte, sensoriske målinger og kontinuerte blodsukkermålinger

Scan QR-koden eller kontakt os

shift2health@nexs.ku.dk

+45 93 56 55 14

Funded by the European Union

Studiet er godkendt af den Etiske Komite for Region Hovedstaden (H-25094137)

arctic hunter

Tasker til Hjemmesygeplejen

Vandtætte | Robuste | Desinficerbare

ARCTIC HUNTER producerer et stort sortiment kvalitets-rygsække, 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 hjemme-sygeplejen ved daglige klientbesøg.

Vi tilbyder branding på tasker.

www.arctichunter.dk

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





Nå et opkald i pausen!

Vi rådgiver dig kort og godt om alt det relevante...

Ønsker du at tale med en dygtig forsikringsrådgiver?
Ring op til

+45 66 12 94 48

Vi svarer på **11 sek!**

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

Tag ensomheden alvorligt

Hvornår har du sidst sat dig på en stol ved siden af en patient og spurgt: **"Hvordan har du det?"** uden også lige at skulle måle et blodtryk eller skifte kateter? Ifølge sygeplejerske Bolette Houmøller Bjerre sker det alt for sjældent.

Tekst **Laura Elisabeth Lind**
Illustration **Eszter Marie**



"Hvis ensomhed er en sundhedsrisiko, bør nærvær ikke være en ekstra ydelse, der måske er tid til."

Det mener sygeplejerske Bolette Houmøller Bjerre. Og det har hun for nylig skrevet et debatindlæg om i Sundhedsmonitor og Seniormonitor.

Hun har været uddannet sygeplejerske i fire måneder og arbejder i dag på Afdeling for Plastikkirurgi og Brandsårsbehandling på Rigshospitalet. Men allerede gennem en række praktik- og studiejobforløb har hun været forbi alt fra en geriatrisk afdeling og et ortopædkirurgisk afsnit til en åben psykiatrisk afdeling, hjertemedicinsk afsnit og et plejehjem. Og her har hun bidt mærke i to ting:

For det første at mange ældre er meget alene på deres patientstuer. Der går langt mellem opkald fra pårørende, og blomsterbuketten i vasen bliver sjældent skiftet ud med en ny. Ensomheden er til gengæld fuldt ud til stede på stuerne.

For det andet har hun oplevet, at det for hende og andre ansatte kan være svært at finde tid til at sætte sig ned hos patienten – alene med samtalen og nærværet som formål.

> Rigtig mange ældre tilbringer store dele af dagen alene på patientstuen.

Og det vil hun gerne starte en debat om. Kan det være rigtigt, at samtalen og nærværet ikke bliver prioriteret på lige fod med andre ydelser, nu hvor der kommer flere og flere ensomme ældre i sundhedsvæsenet?

"Jeg har selv bedsteforældre, der har været indlagt på hospitalsafdelinger, og det har sat nogle tanker i gang. Jeg har ikke kunnet undgå at lægge mærke til, at rigtig mange ældre tilbringer store dele af dagen alene med deres tanker på patientstuen."

Ikke kun et socialt problem

Bolette Houmøller Bjerre understreger, at ensomhed ikke kun er en ubehagelig følelse. Den kan også forbindes med dårligere trivsel, øget risiko for sygdom og svækket immunforsvar.

"Så ensomhed er ikke kun et socialt problem, men også en sundhedsudfordring, vi har et ansvar for at tage hånd om."

Hun oplever, at mange sundhedsprofessionelle gerne vil have tid til de nærværende samtaler. Men travlhed og organisatoriske rammer kan gøre det svært at prioritere dem. Derfor mener hun, at man også skal diskutere, hvordan arbejdsdagen skrues sammen. For så bliver nærvær måske ikke det første, der bliver valgt fra, når tiden er knap.

"Jeg ved godt, at ensomhed ikke kan kureres på et par ugers indlæggelse. Men jeg tror, det gør en forskel at tænke over, om vi kun skal gå ind ad døren til patienten eller borgeren for at give medicin eller udføre en anden aktiv sygeplejefaglig handling."

Vil starte en debat om ensomhed

Hun har gennem de seneste par år skrevet en række debatindlæg. For hun synes, det er vigtigt at ytre sig og blande sig i sundhedsdebatten. Og hun har både fået positive og negative tilbagemeldinger på sit seneste debatindlæg om ensomhed.

"Det er kun fedt, for min hensigt er netop at skabe en debat om det emne. Vi har haft en samtale på min egen arbejdsplads, og det er supergodt, hvis det også kan blive en dagsorden andre steder."

Selv er hun ikke i tvivl om, hvor hun står:

"Samtalen og nærværet er lige så meget en opgave, vi skal have fokus på som at sørge for, at patienten får børstet tænder eller skiftet kateter. Det er en del af den samlede pakke - ikke en ekstra ydelse, vi måske har tid til." ♥

Dette indlæg er et udtryk for kildens egen holdning.

PRODUKTINFORMATION RETTET TIL SUNDHEDSPERSONER | Pligttekst

Bufomix Easyhaler (budesonid/formoterol): 80/4,5 mikrogram/dosis, 160/4,5 mikrogram/dosis og 320/9 mikrogram/dosis, inhalationspulver. **Indikationer**: Astma: Bufomix Easyhaler 80/4,5 mikrogram/dosis er indiceret til voksne, unge og børn i alderen 6 år og ældre. Er indiceret til regelmæssig behandling af astma, hvor anvendelse af en kombination (inhalationskortikosteroid og langtidsvirkende $ß_2$-adrenoceptoragonist) er hensigtsmæssig: hos patienter, der ikke er velkontrollerede med inhalationskortikosteroider og korttidsvirkende $ß_2$-adrenoceptoragonister ved behov, eller hos patienter, der allerede er velkontrollerede med både inhalationskortikosteroider og langtidsvirkende $ß_2$-adrenoceptoragonister. Bemærk: Bufomix Easyhaler 80/4,5 mikrogram/dosis er ikke egnet til patienter med alvorlig astma. Bufomix Easyhaler 160/4,5 mikrogram/dosis eller 320/9 mikrogram/dosis er indiceret til voksne og unge (fra 12 år) til behandling af astma, hvor anvendelse af en kombination (inhalationskortikosteroid og langtidsvirkende $ß_2$-adrenoceptoragonist) er hensigtsmæssig: - hos patienter, der ikke er velkontrolleret på inhalationskortikosteroider og korttidsvirkende $ß_2$-adrenoceptoragonister ved behov, eller - hos patienter, der allerede er velkontrolleret på både inhalationskortikosteroider og langtidsvirkende $ß_2$-adrenoceptoragonister. Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL): Bufomix Easyhaler 160/4,5 mikrogram/dosis eller 320/9 mikrogram/dosis er indiceret til voksne på 18 år og derover til symptomatisk behandling af patienter med KOL med forceret ekspirationsvolumen i 1 sekund (FEV_1) < 70 % af forventet normalværdi (postbronkodilatatorisk) og tidligere gentagne eksacerbationer på trods af regelmæssig behandling med bronkodilatorer. **Dosering og indgivelsesmåde*:** Til inhalation. Den laveste effektive dosis bør anvendes, og patienterne bør løbende kontrolleres af en læge, så dosis forbliver optimal. Astma: Vedligeholdelsesbehandling (alle styrker): Anfaldsmedicin (separat hurtigvirkende bronkodilatator) skal patienten altid have på sig. Voksne (18 år og ældre): 1-2 inhalationer (80/4,5 mikrogram/dosis eller 160/4,5 mikrogram/dosis) eller 1 inhalation (320/9 mikrogram/dosis) 2 gange dagligt. Nogle patienter har brug for op til hhv. maksimalt 4 inhalationer (80/4,5 mikrogram/dosis eller 160/4,5 mikrogram/dosis) eller 2 inhalationer (320/9 mikrogram/dosis) 2 gange dagligt. Unge (12-17 år): 1-2 inhalationer (80/4,5 mikrogram/dosis eller 160/4,5 mikrogram/dosis) eller 1 inhalation (320/9 mikrogram/dosis) 2 gange dagligt. Børn fra 6 år og ældre: 2 inhalationer 2 gange dagligt (kun 80/4,5 mikrogram/dosis). Brug til børn under 6 år (alle styrker) frarådes. Vedligeholdelses- og behovsbehandling (80/4,5 mikrogram/dosis og 160/4,5 mikrogram/dosis): Bufomix Easyhaler tages dagligt som vedligeholdelsesbehandling og derudover efter behov til behandling af symptomer. Patienterne bør rådes til altid at have Bufomix Easyhaler på sig som behovsmedicin. For patienter, der tager Bufomix Easyhaler som behovsbehandling, skal forebyggende brug af Bufomix Easyhaler til allergen- eller motionsinduceret bronkokonstriktion diskuteres mellem læge og patient; den anbefalede brug bør tage højde for hvor ofte der er behov for behandling. I tilfælde af hyppigt behov for bronkodilatation uden tilsvarende behov for øget dosis af inhalationskortikosteroider skal der anvendes en anden behovsbehandling. Denne behandling skal især overvejes til patienter med: Utilstrækkelig astmakontrol og hyppigt behov for anfaldsmedicin og tidligere eksacerbationer af astma, som krævede medicinsk behandling. Voksne (18 år og ældre): Anbefalet vedligeholdelsesdosis er 2 inhalationer dagligt, enten som én inhalation morgen og aften eller som 2 inhalationer morgen eller aften. Kun for 160/4,5 mikrogram/dosis – kan være nødvendigt med 2 inhalationer 2 gange dagligt. Patienterne skal tage 1 ekstra inhalation efter behov til behandling af symptomer. Hvis symptomerne ikke er ophørt efter et par minutter, tages endnu en inhalation. Højst 6 inhalationer ad gangen. Højst 12 inhalationer dagligt i en begrænset periode. Patienter, der tager mere end 8 inhalationer dagligt, bør opfordres til at kontakte lægen. Brug til børn under 12 år frarådes. **KOL:** Voksne: 2 inhalationer (160/4,5 mikrogram/dosis) eller 1 inhalation (320/9 mikrogram/dosis) 2 gange dagligt. Instruktioner vedrørende korrekt anvendelse (alle styrker): Se produktresuméerne. Candidainfektioner i mund og svælg skyldes rester af lægemidlet, og derfor skal munden skylles med vand efter hver vedligeholdelsesdosis for at minimere risikoen. **Kontraindikationer*:** Overfølsomhed over for de aktive stoffer eller lactose. **Særlige advarsler*:** Behandling må ikke initieres under eksacerbationer eller ved signifikant eller akut forværring af astma. Pludselig forværring af astma eller KOL kan være livstruende, læge bør opsøges og evt. supplerende kortikosteroid overvejes. Alvorlige astmarelaterede bivirkninger og eksacerbationer kan opstå under behandling. Behandlingen kan fortsættes, men lægehjælp skal søges, hvis astmasymptomerne forbliver ukontrollerede eller bliver værre. Bufomix Easyhaler 80/4,5 mikrogram/dosis og 160/4,5 mikrogram/dosis som behovsmedicin skal tages til behandling af astmasymptomer, men er ikke beregnet til regelmæssig profylaktisk anvendelse. Vedligeholdelsesdosis skal tages som ordineret, også uden symptomer. Hvis symptomerne er under kontrol, kan dosis reduceres gradvist. Hvis der opstår paradoks bronkospasme med akut øget hvæsende vejrtrækning og åndenød efter inhalation, seponeres behandlingen omgående og der skal gives hurtigtvirkende inhalerede bronkodilatatorer. Ved synsforstyrrelser bør henvises til oftalmolog. Hos patienter med risiko for osteoporose, som får langtidsbehandling med høje daglige doser, kan knogletætheden påvirkes. Forsigtighed bør udvises ved initiering af behandling hos patienter, hvis det antages, at tidligere brug af systemiske steroider har ført til nedsat binyrebarkfunktion. Skift fra oralt lægemiddel til Bufomix Easyhaler kan udløse allergiske eller reumatiske symptomer såsom rhinitis, eksem og muskel- og ledsmerter. Der er anledning til mistanke om generel utilstrækkelig virkning af glukokortikosteroider, hvis der i sjældne tilfælde opstår symptomer såsom træthed, hovedpine, kvalme og opkastning. En midlertidig dosisøgning af orale glukokortikosteroider kan sommetider være nødvendig. Bør administreres med forsigtighed hos patienter med thyreotoksikose, fæokromocytom, diabetes mellitus, ubehandlet hypokaliæmi, hypertrofisk obstruktiv kardiomyopati, idiopatisk stenosis subvalvularis aortae, alvorlig hypertension, aneurisme eller andre alvorlige kardiovaskulære lidelser som iskæmisk hjertesygdom, hjertearytmier eller alvorlig hjerteinsufficiens. Forsigtighed udvises ved behandling af patienter med forlænget QTc-interval. Behovet for og dosis af kortikosteroider til inhalation bør revurderes hos patienter med aktiv eller inaktiv lungetuberkulose eller med svampe- eller virusinfektioner i luftvejene. Behandling med høje doser $ß_2$-adrenoceptoragonist kan medføre potentiel alvorlig hypokaliæmi. Da budesonid og formoterol primært udskilles via metabolisering i le-veren, kan en forøget eksponering forventes hos patienter med alvorlig levercirrhose. Seponering: Dosis bør nedsættes gradvist og ikke stoppes pludseligt. Brat seponering af supplerende behandling med systemiske steroider eller inhaleret budesonid bør undgås. Under dosisnedtrapning følges patienten. Bufomix Easyhaler 160/4,5 mikrogram/dosis og 320/9 mikrogram/dosis: En stigning i forekomsten af pneumoni, herunder pneumoni der kræver hospitalsindlæggelse, er blevet observeret hos patienter med KOL der tager inhalationskortikosteroider. Der er visse tegn på en øget risiko for pneumoni med stigende dosis af steroider. Børn: Det anbefales at følge væksten jævnligt i langtidsbehandling med inhalationskortikosteroid. Fordelene ved denne behandling og de mulige risici for væksthæmning skal afvejes mod hinanden. **Interaktioner*:** Samtidig anvendelse af potente CYP-3A4-inhibitorer skal undgås. Hvis dette ikke er muligt, skal tidsintervallet mellem administration af inhibitoren og budesonid være så langt som muligt. Hos patienter, der bruger potente CYP-3A4-hæmmere, frarådes den kombinerede vedligeholdelses– og behovsbehandling. Betablokkere (inklusive øjendråber) bør ikke gives samtidigt, medmindre der er tvingende årsager. Samtidig behandling med kinidin, disopyramid, procainamid, phenothiaziner, antihistaminer, MAO-hæmmere og tricykliske antidepressiva kan forlænge QTc-intervallet og øge risikoen for ventrikulære arytmier. L-dopa, L-thyroxin, oxytocin og alkohol kan svække hjertets tolerance overfor $ß_2$-sympatomimetika. Samtidig behandling med MAO-hæmmere og stoffer som furazolidon og procarbazin kan fremskynde hypertensive reaktioner. Risiko for arytmier er øget under anæstesi med halogenerede hydrocarboner (kulbrinter). Samtidig anvendelse af andre beta-adrenerge lægemidler eller antikolinerge lægemidler kan have en potentielt additiv bronkodilaterende virkning. Hypokaliæmi kan øge tilbøjeligheden til arytmier i behandling med digitalisglykosider. Hypokaliæmi kan skyldes behandling med $beta_2$-agonister og kan forstærkes af samtidig behandling med xanthinderivater, kortikosteroider og diuretika. Forsigtighed bør udvises ved ustabil astma med varierende forbrug af bronkodilatatorer med hurtig indsættende virkning, ved akut svær astma, da hypoxi kan øge risikoen, og ved andre tilstande, hvor der er en øget sandsynlighed for hypokaliæmi. **Fertilitet, graviditet og amning*:** Bør kun anvendes under graviditet, hvis behandlingsfordelen overstiger de potentielle risici. Den lavest effektive budesoniddosis bør anvendes. Budesonid udskilles i modermælk og det vides ikke, om formoterol passerer over i modermælken. Bør kun anvendes under amning, hvis den forventede behandlingsfordel for moderen er større end en eventuel risiko for barnet. **Trafik- og arbejdssikkerhed*:** Ikke mærkning. **Bivirkninger*:** Almindelig (≥1/100 til <1/10): Tremor, palpitationer, candidainfektion i mund og svælg, pneumoni (hos KOL patienter), hovedpine, let irritation i halsen, hoste, dysfoni, hæshed. Ikke almindelig (≥1/1.000 til <1/100): Aggression, psykomotorisk hyperaktivitet, angst, søvnforstyrrelser, svimmelhed, sløret syn, takykardi, kvalme, blå mærker, muskelkramper. Sjælden (≥1/10.000 til <1/1.000): Akutte og sene overfølsomhedsreaktioner f.eks. eksantem, urticaria, kløe, dermatitis, angioødem og anafylaktisk reaktion, hypokaliæmi, hjertearytmier f.eks. atrieflimmer, supraventrikulær takykardi, ekstrasystoli, bronkospasmer. Meget sjælden (<1/10.000): Cushings syndrom, binyrebarksuppression, vækshæmning, nedsat knogletæthed, hyperglykæmi, depression, adfærdsforandringer (hovedsageligt hos børn), smagsforstyrrelser, katarakt, glaukom, angina pectoris, forlængelse af QTc-intervallet, blodtryksvariationer. **Overdosering*:** Symptomer: Tremor, hovedpine, palpitationer, takykardi, hyperglykæmi, hypokaliæmi, forlænget QTc-interval, arytmier, kvalme, opkastning. Understøttende og symptomatisk behandling kan være nødvendig. Ved kronisk anvendelse af meget store doser, kan der forekomme systemiske glukokortikosteroid-virkninger. **Pakninger:** Bufomix Easyhaler 80/4,5 mikrogram/dosis: 120 doser (med beskyttelseshylster). Bufomix Easyhaler 160/4,5 mikrogram/dosis: 60 doser (med beskyttelseshylster), 120 doser (med beskyttelseshylster), 360 doser. Bufomix Easyhaler 320/9 mikrogram/dosis: 60 doser (med beskyttelseshylster), 180 doser. Priser: For dagsaktuel pris se www.medicinpriser.dk. **Udlevering:** B. **Tilskudsstatus:** Generelt tilskud. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Orion Corporation, Orionintie 1, 02200 Espoo, Finland. **De med * markerede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til de af Lægemiddelstyrelsen godkendte produktresuméer dateret 13.03.2023**

ORION PHARMA

EN RØD TRÅD

GENNEM LIVET MED ASTMA

BUFOMIX EASYHALER® | VEDLIGEHOLDELSES- OG BEHOVSBEHANDLING (MART) I ÉN OG SAMME INHALATOR, FRA 12 ÅR[1]



MART

BUFOMIX EASYHALER®

BUDESONID/FORMOTEROL[1]

80 µg/4,5 µg | 160 µg/4,5 µg

Referens: 1. Bufomix Easyhaler produktresumé.

For fuldstændig indikation se venligst pligttekst.

MAT-DK-EH-092026-0001 2026.09.07

ORION PHARMA A/S | TLF 86140000 | WWW.ORIONPHARMA.DK

"Hvor kan jeg **parkere min bil?"**

Da **onkologien skulle flytte,** og sygeplejerskerne med kort varsel skulle beslutte, om de ville med, holdt to FTR'er akut 1:1-samtaler og åbent hus for dem.

Tekst **Laura Elisabeth Lind**
Foto **Marcus Emil Christensen**

At rykke teltpløkkerne op er ikke altid nemt. Slet ikke, når man ikke selv har truffet valget om en flytning. Det har 289 sygeplejersker og radiografer fra Roskilde Sygehus og Næstved Sygehus erfaret.

Tilbage i januar fik de et brev om flytteplanerne, og i september og oktober flyttede onkologien så til Sjællands Universitetshospital i Køge.

I brevet stod, at sygeplejerskerne havde en uge til at beslutte, om de ville flytte med eller ej. Og de blev præsenteret for en såkaldt "væsentlig vilkårsændring". Den betyder, at hvis man har længere end 45 km. fra sin nuværende arbejdsplads eller bopæl eller har længere end 45 min. til den nye arbejdsplads, skal man høres, om man vil flytte med. Og hvis man vælger ikke at flytte med, bliver det betragtet som en fyring.

De store forandringer førte til bekymring og uvished om fremtidens arbejde.

Fællestillidsrepræsentanterne Susanne Rønn Haunsvig fra Sjællands Universitetshospital, Køge, (SUH) og Christina Kjær Hansen fra onkologien på Næstved Sygehus og Roskilde Sygehus besluttede derfor at holde et åbent hus-arrangement for at informere de berørte sygeplejersker. Det holdt de tilbage i januar under perioden på de syv dage, hvor der skulle træffes vigtige beslutninger. Her havde sygeplejerskerne mulighed for at dele deres tanker og bekymringer.

"Der var f.eks. en sygeplejerske, der snart skal pensioneres. Hun lever op til kriterierne for en "væsentlig vilkårsændring". Hvis hun takkede nej til at flytte med og derfor blev fyret, havde hun et halvt års opsigelse og yderligere tre måneders godtgørelse med løn, og derefter kunne hun gå på pension. Så der var vi inde og vende fordele og ulemper ved det," fortæller Christina Kjær Hansen.

> "Hvis ikke mine bedste kolleger flytter med, hvad skal jeg så?

I tvivl? Flyt med

De to fællestillidsrepræsentanter holdt også 1:1-samtaler. De fleste af de individuelle samtaler handlede om økonomi. Nogle havde også brug for at få luftet deres frustrationer.

"Nogle har valgt at sige, at de ikke skal med til Køge, andre tænker, "Det bliver spændende, det finder vi ud af", og så var der dem, der ikke vidste, om de skulle med eller ej," siger Susanne Rønn Haunsvig.

Rådet til de fleste sygeplejersker, der var i tvivl om, hvorvidt de skulle flytte med, var at slå koldt vand i blodet og tage med.

"For så har man ikke travlt med at finde et nyt arbejde, men man kan se det an og tage det roligt og lede efter noget andet, hvis det er det, man vil," siger Christina Kjær Hansen og tilføjer:

"Og så undgår man at vælge forkert. Det kan jo være, man finder ud af, at det nye er spændende. På den måde udelukker man ikke sig selv fra forskellige muligheder."

Flytter mine kollegaer med?

Begge fællestillidsrepræsentanter understreger, at det er vigtigt på forhånd at have alle fakta klar, når man holder et åbent hus-arrangement, som de gjorde. For der kommer en stime af spørgsmål om alt fra, hvorvidt man kan nå på arbejde til tiden med toget om lørdagen, til hvor stor afdelingen bliver.

"Generelt har vi lyttet meget til sygeplejerskerne og hjulpet med at finde løsninger på de udfordringer, de måtte have," siger Susanne Rønn Haunsvig.

Den helt store bekymring viste sig at handle om logistik:

"Mange bekymrede sig om parkeringsforholdene: Hvor kan jeg parkere min bil, kommer jeg for sent på arbejde, fordi der ikke er parkeringsplads, og skal jeg ud at købe en bil?" fortæller hun og tilføjer:

"Der har også været bekymringer som: Hvis ikke mine bedste kollegaer flytter med, hvad skal jeg så? Og har jeg de samme arbejdsopgaver som før og de kvalifikationer, der skal til for varetage nye opgaver?"

De to FTR'er har haft den tilgang, at alle tanker er legitime.

"Vi har sagt til sygeplejerskerne, at det er naturligt at være bekymret og ked af det. Men der er lys for enden af tunnelen. Man får ikke det gamle igen, men det skal sikkert nok blive godt," siger Susanne Rønn Haunsvig.

Vær til stede hurtigst muligt

Flyttekasserne i Køge er ved at være pakket ud, men flytteprocessen er ikke slut. Hovedparten af de resterende afdelinger fra Roskilde Sygehus flytter til Køge til januar 2028. Det samme gør Lungemedicinsk Afdeling og Urologisk Afdeling fra Næstved Sygehus. Og fra 1. januar 2027 flytter en række sygeplejersker fra kommunerne til hospitalet i Køge som led i den nye sundhedsreform.

De to FTR'er kan trække på deres flytteerfaringer. Susanne Rønn Haunsvig siger: "Vi skal være på forkant og allerede nu begynde at snakke med dem, der snart skal flytte. Det hjælper at være tilgængelig og snakke om det i god tid." ♥



De to fællestillids-repræsentanter Susanne Rønn Haunsvig (t.v.) og Christina Kjær Hansen har holdt åbent hus og 1:1-samtaler for sygeplejersker, der stod over for en stor hospitalsflyttedag. Hver fjerde, der stod over for de nye flytteplaner, valgte ikke at flytte med.

Tre lærdomme

Få grønt lys fra ledelsen til at holde informationsmøder i god tid.

♥

Vær tilgængelig.

♥

Bed ledelsen om at finde fakta frem.

nicorette®

Gør frihed til virkelighed

Hjælp med hurtig lindring

- Begynder at lindre ryge- og nikotintrang efter 30 sek.*
- Mere end dobbelt så stor chance for at forblive røg- og nikotinfri* (2,5 gange sammenlignet med viljestyrke)[1]
- En dispenser kan erstatte op til 150 cigaretter.**
- Diskret og lille plastikdispenser med børnesikring, der kan ligge i lommen eller tasken.



*Ved 2 pust. ** Ved brug af 1 pust pr. gang.

1. Tønnesen P, et al. Higher dosage nicotine patches increase one-year smoking cessation rates: results from the European CEASE trial. Collaborative European Anti-Smoking Evaluation. European Respiratory Society. Eur Respir J. 1999 Feb;13(2).

Nicorette® (nicotin). Indikation: Beh. af tobaksafhængighed ved lindring af nicotintrang og abstinenssymptomer. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for nicotin/indholdsstoffer. **Advarsler og forsigtighedsregler:** Fordelene ved rygestop opvejer evt. risici af korrekt anv. af nicotinerstatningsbehandling (NRT). Risk-benefit-vurdering bør foretages af passende sundhedspersonale for pt. med følgende tilstande: *Hjertekarsygdomme:* Afhængige rygere m. nyligt hjerteinfarkt, ustabil eller forværret angina inkl. Prinzmetals angina, alvorlige hjertearytmier, nylig apopleksi, cerebrovaskulær lidelse og/eller ukontrolleret/alvorlig hypertension/hjerteinsufficiens. *Diabetes:* Pt. med diabetes mellitus bør rådes til at kontrollere deres blodsukkerniveau nøjere end ellers, når rygningen stoppes og NRT-beh. påbegyndes. *Allergiske reaktioner:* grundet disponering for angioødem og nældefeber. *Nedsat nyre- og leverfunktion, fæokromocytom og ukontrolleret hypertyreose, mave-tarm-sygdomme. Krampeanfald:* Brug med forsigtighed hos personer, der får antikonvulsiv beh. eller med epilepsi i anamnesen, da tilfælde af kramper er blevet rapporteret i forbindelse med nicotin. *Aktivt mavesår i tolvfingertarmen/mavesækken.* Nicotindoser, som en voksen ryger kan tolerere, kan forårsage forgiftningssymptomer eller være dødelig hos små børn. Ved rygeophør kan der forekomme ændringer i plasmaniveauer for CYP1A2 afhængige lægemidler, f.eks. theophyllin, tacrin, clozapin, ropinirol, flecainid, pentazocin, imipramin, olanzapin, clomipramin, fluvoxamin. **Graviditet og amning:** Rygning kan skade fostret/det nyfødte barn alvorligt og bør stoppes. Der bør altid rådes til rygestop uden brug af NRT. Fordelen ved brug af NRT vejer dog væsentligt tungere end risikoen ved fortsat rygning. ***Graviditet*:** Nicotin passerer placenta og påvirker fostret/det nyfødte barns hjertefrekvens og respiration. ***Amning:*** Nicotin passerer over i modermælk i mængder, som kan påvirke barnet, selv ved terapeutiske doser. *Bivirkninger* er hovedsaligt dosisafhængige. Der vil typisk ses flest bivirkninger de første 3-4 uger af beh. Frekvens og sværhedsgrad klinger af ved fortsat brug. En øget frekvens af mundsår kan forekomme efter rygeophøret. Svimmelhed, hovedpine, søvnløshed, vrede, angst og rastløshed kan skyldes rygeophøret. **Nicorette QuickMist & Nicorette QuickMist Cool Berry mundhulespray**, opløsning hvor 0,07 ml (1 pust) indeholder 1 mg nicotin. **Advarsler og forsigtighedsregler:** Bør ikke anv. til pers. <18 år. **Dosering:** Peg med spraydysen så tæt som muligt på den åbne mund efter ladning af pumpen. Tryk øverst på dispenseren, så der frigives ét pust (1 spraydosis) ind i munden. Undgå at ramme læberne og inhaler ikke, så det undgås, at der kommer spray i luftvejene. Undlad at synke i et par sek. efter brug, og spis og drik ikke, mens mundhulesprayen anv. Der kan bruges op til 4 pust i timen. Brug ikke mere end 2 pust pr. dosering og max. 64 pust (4 pust i timen i løbet af 16 timer) i døgnet. I kombi med Nicorette Invisi depotplastre: se depotplastre. **Bivirkninger:** Mundspraybrugere kan få hoste og irritation i mundhule og hals de første dage. Desuden bivirkninger som: overfølsomhed, hovedpine, dysgeusi (ændret smagssans), paræstesi (prikken/snurrende fornemmelse), hikke, irritation i halsen, hoste, kvalme, mavesmerter, mundtørhed, diarré, dyspepsi, luft i maven, øget spytsekretion, stomatis (betændelse/irritation i mundhulens slimhinde), opkastning, brændende fornemmelse på administrationsstedet, træthed. **Pakninger:** 1 dispenser a 13,2 ml (150 pust) findes i pk. med 1,2 eller 3 stk. **Udlevering:** HF. **Tilskud:** Nej. **Teksten er omskrevet i forhold til de af Lægemiddelstyrelsens godkendte produktresuméer. Forkortet produktinformation er baseret på de fuldstændige produktresuméer, som er tilgængelige på www.produktresume.dk og kan fås ved henvendelse til McNeil Denmark ApS**, tlf. **00800-55522000, www.nicorette.dk.** Medicinske produktspørgsmål kan rettes til vores medicinske informationsafdeling: Consumer-dk@kenvue.com
Juli 2026. DK-NIC-2026-356212. September 2026.

Overvægtsoperation højner livskvalitet

Tekst **Emma Holm Haugaard**
Foto **Marcus Emil Christensen**



1 Hvad viser din forskning?

Min forskning viser, at mennesker, der opereres for svær overvægt, får en bedre livskvalitet efter deres operationer, især den fysiske livskvalitet forbedres. Men det er komplekst for patienterne at gennemgå operationen og det store vægttab, og de kan have svært ved at adaptere til livet efter operationen.

Vi ser også, at patienterne har et udækket behov ift. den psykologiske del af processen samt i det efterfølgende forløb.

Særligt omkring 18 måneder efter operationen oplever mange en periode, hvor de føler sig ekstra udsatte. Her begynder vægten typisk at stagnere, og patienterne skal finde ud af, hvem de er efter et stort vægttab og lære at leve i deres krop på ny. Samtidig skal de navigere i frygten for at tage på igen.

2 Hvordan kan din forskning bruges i praksis?

Den kan forhåbentligt være med til at øge forståelsen af, hvor komplekst det er at gennemgå sådan en operation. Det er ikke bare at blive opereret, og så bliver alt bedre. Der er behov for et større psykologisk fokus, og derfor har vi i samarbejde med patienter og deres pårørende udarbejdet to interventioner. Den ene er nogle erfaringsvideoer, som patienterne kan se inden operationen. De giver dem en bedre forståelse af det forløb, de skal igennem, og mulighed for at spejle sig i de problematikker, andre har oplevet. Samtidig fungerer videoerne som en katalysator for dialog, der gør det lettere for patienterne og deres pårørende at stille spørgsmål og italesætte bekymringer og sårbarhed.

3 Kan nogen uden for din egen kontekst bruge din forskning?

Jeg håber, at forskningen kan være med til at binde en sløjfe om, at man ikke kun skal kigge fysiologisk og medicinsk på noget, men at man skal se hele mennesket og sammenhængen. Samtidig har det været centralt at inddrage patienterne og de pårørendes stemmer i udviklingen af forløb på tværs af specialer. Hvis man kan tilpasse det til andre kontekster, så tror jeg, vi kunne hjælpe mange patienter, der går med bekymringer eller spørgsmål om behandlinger, som de ikke nødvendigvis får sat ord på.

Camilla Thorbøll Wæhrens

- Ph.d.-studerende i livskvalitet efter overvægtsoperationer ved Gastroenheden Hvidovre Hospital.
- Uddannet sygeplejerske i 2014. Siden har hun haft flere års erfaring fra psykiatrisk regi.
- Afsluttede kandidatuddannelsen i Sygeplejevidenskab i 2022.
- Afleverer sin ph.d. i november 2026.

4 Hvorfor begyndte du at forske?

Jeg har siden sygeplejerskeuddannelsen haft et ønske om at være med til at kvalificere sygeplejen som profession gennem forskning. Jeg er drevet af, at vores profession skal stille os bedre og skabe forskning, der kommer patienterne til gavn, og derfor sprang jeg ud i det.

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

Det er vigtigt at tale højt om sine interesser. Hvis man ikke gør det, er det svært for andre at gribe dem. Forskning er heller ikke noget, man driver alene. Det er en holdsport. Så det handler om at være nysgerrig, bruge sit netværk og være åben over for de muligheder, der opstår. ♥

Fra SMITTEVEJE til SKÆGKRÆ



En UV-lysboks og håndsprit med farve i Gentofte Kommunes simulationslaboratorium kan afsløre, om håndhygiejnen er udført korrekt eller ej.



Siden hygiejnesygeplejerskerne for alvor begyndte at dukke op på hospitalerne i 1980'erne, er specialet **vokset fra et snævert fokus på smitteveje** og rengøring til et bredt ekspertområde med ansvar for alt fra risikovurdering og byggeri til bæredygtighed og antibiotikaresistens.

Tekst **Christina Sommer**
Foto **Brage Borup** og **Lars Horn**

Blækket på eksamensbeviset var knapt tørt, før sygeplejerske Bettina Slott for alvor blev optaget af, hvor vigtig korrekt hygiejne er. Vi skriver 1993, og hun havde lige fået sit første job på en infektionsmedicinsk afdeling.

"Vi modtog patienter med tropesygdomme, HIV og AIDS, og på et tidspunkt fik vi også lungemedicinske patienter, bl.a. med lungetuberkulose. Men det skræmte mig ikke. Det var her min interesse for mikroorganismer og smitteveje blev vakt," fortæller hun og uddyber:

"Vi havde jo styr på regler og værnemidler. Jeg er grundlæggende dybt fascineret af bakterier, og hvad de kan gøre ved mennesker, og hvordan man kan afværge det," siger Bettina Slott, der allerede her begyndte at drømme om en karriere som hygiejnesygeplejerske, selvom der ikke fandtes en formel uddannelse.

"Stillingerne var sjældne og fuldstændigt urealistiske at komme i betragtning til," husker hun.

Hygiejnens store betydning

Pernille Ripadal genkender Bettina Slotts fascination af specialet, selvom hun landede i det på en lidt anden måde. Som nyuddannet sygeplejerske i 1996 ønskede hun først og fremmest at skabe bedre læring for de sygeplejestuderende i praktikken.

"I mit første job på en kirurgisk afdeling var jeg også undervisningsansvarlig og med til de studerendes eksamen efter deres sidste praktik," siger hun og fortsætter:

"Ved de eksamener gik det virkelig op for mig, hvor stor betydning hygiejne har i sygeplejen og alt det, vi laver på et hospital - lige fra afbrydelse af smitteveje gennem håndhygiejne mellem rene og urene procedurer til korrekt håndtering af infusionsmedicin og pleje og anlæggelse af diverse katetre."

Hun tilføjer:

"Selvom vi også havde håndbøger og instrukser dengang, var der ikke lige så meget fokus på infektionshygiejne, som der er i dag. Antallet af isolationspatienter var også langt mindre."

Specialuddannelse eller ej

De to første stillinger som hygiejnesygeplejerske i Danmark blev oprettet i 1967 i Amtsrådsforeningens afdeling for sygehushygiejne. Afdelingen blev dog nedlagt igen i 1975, hvorefter Sundhedsstyrelsen placerede ansvaret for sygehushygiejnen hos amterne i samarbejde med læge- og sygeplejeledelserne, mens kommunerne selv skulle føre tilsyn med og have ansvar for de hygiejniske forhold på deres institutioner.

De fleste hospitaler oprettede hygiejneudvalg og ansatte op gennem 1980'erne gradvist flere hygiejnesygeplejersker med ansvar for infektionsforebyggelse og -bekæmpelse.

I 1982 udgav Sundhedsstyrelsen for første gang retningslinjer for en egentlig specialuddannelse til hygiejnesygeplejerske. Uddannelsen blev udbudt i 1984, igen i 1987 og endelig 1990, hvorefter den kom under revision for at tilpasse hygiejnesygeplejerskernes kompetencer til et sundhedsvæsen, hvor opgaver også blev flyttet uden for hospitalerne.

Først i 2000 blev det igen muligt for danske sygeplejersker at tage en specialuddannelse i infektionshygiejne. Den bliver udbudt af Statens Serum Institut og Dan-

FRA HÅNDVASK TIL BÆREDYGTIGHED



1847

Den ungarske læge Ignaz Semmelweis dokumenterer, at **håndvask i klorkalkopløsning** mellem patientkontakter reducerer dødeligheden blandt fødende kvinder drastisk.

1850'erne

Under Krimkrigen dokumenterer Florence Nightingale, at rengøring, ventilation, rent vand og systematisk sygepleje kan redde liv. I sin bog 'Notes on Nursing' fra 1859 beskriver hun bl.a. **hygiejne som en kerneopgave** for sygeplejersker.

1870-1890'erne

Fransk og tysk forskning dokumenterer, at mikroorganismer forårsager sygdom, hvilket danner **det videnskabelige fundament** for den moderne infektionshygiejne.

1902

Statens Serum Institut (SSI) bliver etableret for at sikre fremstilling og forsyning af anti-difterisk serum til danske patienter. Siden har SSI arbejdet med tuberkulose, børnevacciner, smitsomme dyresygdomme, covid-19, influenzaepidemier m.m.

1900-1950

Ansvaret for hygiejne på sygehusene bæres primært af den enkelte medarbejder – især afdelingssygeplejersker, oversygeplejersker og læger.

1920'erne

Som reaktion på bl.a. tuberkulose- og tyfusepidemierne opretter SSI Infektionsepidemiologisk Afdeling, i dag **Afdeling for Infektionsepidemiologi og Forebyggelse**. Afdelingen skal kortlægge forekomsten og deltage i forebyggelse og bekæmpelse af smitsomme sygdomme.

1920-1970

Sygehusforeningen bliver stiftet i 1920 og fungerer frem til kommunalreformen som central arbejdsgiver- og interesseorganisation for de danske sygehuse. Foreningen etablerer også landets første centrale afdeling for sygehushygiejne, som bl.a. fører tilsyn med og rådgiver sygehusene om, hvordan man bekæmper infektioner.



1954

Dansk Sygeplejeråd udgiver en **praktisk håndbog** for hjemmesygeplejersker, der bl.a. beskriver, hvordan de skal koge, skure og flambere bækkener.



Som hygiejnesygeplejerske i Region Nordjylland samarbejder Pernille Ripadal (t.h.) med en række hygiejnekontaktpersoner fra de områder på regionens hospitaler, hun har ansvar for. Hun besøger dem jævnligt, her intensivsygeplejerske Dorthe Bak fra Hjerte/Kar Intensiv Afdeling på Aalborg Universitetshospital i Hospitalsbyen.

marks Sygeplejerskehøjskole, men måtte lukke igen i 2005 pga. for lav efterspørgsel.

Krav om uddannelse

Fra 2007 rejste en del danske sygeplejersker derfor til Gøteborg for at tage den nordiske specialuddannelse i infektionshygiejne ved Nordisk Vårdhøjskole. I 2014 måtte den dog også lukke, men Bettina Slott og Pernille Ripadal nåede begge at få eksamenen i hus i hhv. 2011 og 2013.

Bettina Slott uddyber:

"Pludselig så jeg et jobopslag som hygiejnesygeplejerske på en afdeling for klinisk mikrobiologi. Jeg søgte og fik det med krav om, at jeg ville tage specialuddannelsen, og det ville jeg jo gerne."

Selvom Bettina Slott løbende havde beskæftiget sig med specialet, åbnede uddannelsen en ny verden for hende.

"Jeg blev opmærksom på, hvor stor betydning den organisatoriske og ledelsesmæssige del har, hvis man skal lykkes med at gennemføre ændringer. Den menneskelige adfærd, og hvordan den påvirkes, var også et nyt og spændende felt for mig," siger hun og tilføjer:

"Forebyggelse og afbrydelse af smitte involverer jo alt fra værnemidler, rengøring

og legionella-bakterier i vandsystemer til indretning af de bygninger, patienter og borgere skal være i."

Væk med skægkræ og rotter

Pernille Ripadal begyndte at arbejde fuldtid med infektionshygiejne, da hun i 2009 blev hygiejnesygeplejerske i Infektionshygiejnen, Klinisk Mikrobiologisk Afdeling på Aalborg Universitetshospital. Her blev hun del af et stærkt fagligt fællesskab, da alle hygiejnesygeplejersker i Region Nordjylland arbejder fra samme matrikel, uanset om de er tilknyttet hospitaler eller kommuner.

I dag har de i alt 14 hygiejnesygeplejersker – ofte sammen med en kollega - ansvar for en række områder. For Pernille Ripadals vedkommende på regionens hospitaler.

"Vi kan fordybe os i vores emner og sparre med kolleger, og det sikrer, at alle afdelinger får samme viden og retningslinjer. Jeg kom jo med en baggrund fra kirurgien, som jeg også arbejder med i dag sammen med radiologi, operation, anæstesi og opvågning samt logistik," siger hun og tilføjer:

"Jeg samarbejder desuden med portører, rengøring og teknisk personale, f.eks. om ventilationssystemer og bekæmpelse af skægkræ og rotter. Sådan har det egentlig altid været, men i begyndelsen havde jeg mest fokus på de sundhedsfaglige personaler. Det nye sygehusbyggeri har også fyldt meget de seneste år, og i dag samarbejder jeg med mange faggrupper og områder, jeg aldrig havde drømt, jeg skulle arbejde med."

Antibiotikaforbrug halveret

Kort tid efter at Bettina Slott havde taget specialuddannelsen i infektionshygiejne, søgte hun væk fra hospitalsgangene.

"Kommunerne begyndte stille og roligt at ansætte hygiejnesygeplejersker, da de kunne se fornuften i at blive bedre til at forebygge sygdomme og undgå dyre indlæggelser."

I dag arbejder hun i Gentofte Kommune, hvor hun de seneste 11 år har opbygget hygiejneorganisationen fra bunden. Hun omsætter ny viden og retningslinjer til instrukser, som koordinatorer og ressourcepersoner er med til at implementere på plejecentrene og i kommunes rehabiliteringscenter. Hun dækker også omsorgstandplejen og social- og handicapområdet, mens en kollega står for bl.a. skole-, dags-, fritids- og kulturinstitutionerne.

Som eksempel på et vellykket samarbejde fremhæver hun et projekt fra 2017-2022 om forebyggelse af urinvejsinfektioner, hvor også forskere fra Herlev og Gentofte Hospital og fra Københavns Universitet deltog.

"Vi fandt, at vi kan halvere antibiotikaforbruget ved at undervise personalet i forebyggelse af urinvejsinfektioner. Vi udviklede bl.a. et dialogredskab til kvalificering af de observationer, der skal foretages ved mistanke, som fortsat bliver brugt i dag."

Bæredygtighed fylder mere

Bettina Slott og Pernille Ripadal har begge afvekslende arbejdsdage. Nogle dage er de på kontoret og studerer ny viden og besvarer opkald og mails, andre dage besøger de arbejdspladser og underviser bl.a. nyansatte.

Så sent som i uge 38 var de begge dybt involverede i den årlige, landsdækkende hygiejneuge, hvor et af hovedemnerne var håndhygiejne. I Region Nordjylland førte det bl.a. til fokus på handskebrug og bæredygtighed.

"Under covid-19 steg forbruget af håndsdesinfektion og handsker, og handskeforbruget er ikke faldet igen. Det skyldes bl.a., at mange unge studerende ikke bryder sig om at røre ved patienter, de synes måske, det bliver for intimt. Men det er hverken godt for huden eller særligt bæredygtigt at bruge handsker, når det ikke er påkrævet," siger Pernille Ripadal og tilføjer:

"Bæredygtighed er den nye dreng i klassen, og regionerne er også pålagt nogle CO_2-reduktionsmål, de skal nå inden 2030. Vi vil gerne bæredygtighed, men det går ikke altid hånd i hånd med infektionshygiejne og patientsikkerhed. Flergangsbrug af f.eks. respiratorslanger kan ikke lade sig gøre, da

> Det er hverken godt for huden eller særlig bæredygtigt at bruge handsker, når det ikke er påkrævet.
>
> **Pernille Ripadal**
> Hygiejnesygeplejerske

1967

De to første hygiejnesygeplejerskestillinger etableres i den daværende Amtsrådsforenings afdeling for Sygehushygiejne.

1975

Sundhedsstyrelsen placerer ansvaret for sygehushygiejnen hos amterne i samarbejde med læge- og sygeplejeledelserne, mens kommunerne selv skal føre tilsyn og have ansvar for de hygiejniske forhold på deres institutioner. **Hospitalerne opretter gradvist hygiejneudvalg** og begynder at ansætte hygiejnesygeplejersker.

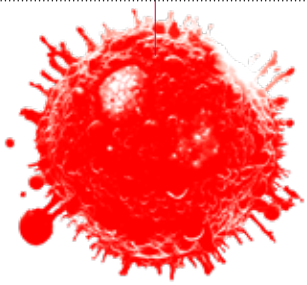


1978

SSI opretter Central Afdeling for Sygehushygiejne (CAS), i dag **Central Enhed for Infektionshygiejne** (CEI), som nationalt videncenter for sygehushygiejne. CAS udgiver året efter den første udgave af 'Råd og anvisninger om desinfektionsmidler'.

1982

Sundhedsstyrelsen udgiver retningslinjer for den **første specialuddannelse til hygiejnesygeplejerske**. Uddannelsen udbydes i hhv. 1984, 1987 og sidst i 1990.



1980-1990'erne

Nye sygdomme som **HIV, Aids og MRSA** gør sammen med nye behandlingsmetoder infektionshygiejnen mere kompleks og udvider hygiejnesygeplejerskernes rolle.

1997

24 hygiejnesygeplejersker er ansat rundt om i Danmark, primært på hospitaler.

2000

Danske sygeplejersker kan igen tage en specialuddannelse i infektionshygiejne, men den må lukke igen i 2005 pga. **for lav efterspørgsel**.

2015

NIR – de **Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer** – opstår i sit nuværende format som evidensbaserede, tværgående kliniske retningslinjer. Den første udgivelse, der dækker det præ-, per- og postoperative område, udkommer dette år, efterfulgt af de generelle forholdsregler for hele sundhedssektoren i 2017.

2020-2022

Covid-19 synliggør betydningen af håndhygiejne, værnemidler, isolation, rengøring og ventilation for smitteforebyggelse, og hygiejnesygeplejersker bliver nogle af sundhedsvæsenets mest efterspurgte eksperter.

man ikke kan rengøre og desinficere slangen pga. dens nuværende udformning."

Covid-19 og plastiksække

Adspurgt, hvad der for alvor har påvirket deres arbejdsliv, nævner de to hygiejnesygeplejersker først covid-19, som de begge gik til med en form for faglig begejstring.

"Da jeg hørte, at der måske var en pandemi på vej, tænkte jeg først: "Wow, jeg er godt nok heldig at få lov til at opleve det"," fortæller Bettina Slott.

Pernille Ripadal var også spændt: "Tænk for én gangs skyld i sit liv at få lov til at arbejde med lige præcis det, man er bedst til."

Begejstringen lagde sig dog hurtigt, husker Bettina Slott. I begyndelsen stod kommunerne bagest i køen til værnemidler, hvorfor hun sammen med kolleger måtte hente udstyr fra lukkede daginstitutioner og lave forklæder af plastiksække, indtil der kom styr på leverancerne.

"Der var også mange problematikker på plejecentrene, hvor beboere blev isoleret til stor frustration for de pårørende. Borgere med demens kunne også reagere kraftigt på personale med værnemidler på, og vi måtte løbende tilpasse vores arbejdsgange, så både smitteforebyggelse og omsorg kunne lade sig gøre."

Arbejder du med grise?

Selvom covid-19 også medførte lange arbejdsdage for Pernille Ripadal, beskriver hun indtoget af patienter med husdyr-MRSA på hospitalsgangene i start 2010'erne som en endnu mere gennemgribende forandring.

"Pludselig stod vi med en resistent mikroorganisme, som patienterne erhvervede sig ude i samfundet på deres arbejde. Det var en kæmpe omvæltning, hvor vi gik fra højst 100 patienter om året til flere hundrede," siger hun og fortsætter:

"Nu skulle man ved indlæggelse også spørge, om folk arbejdede med grise. Du kan være rask smittebærer i mange år uden symptomer, men bliver du syg eller skal opereres, kan husdyr-MRSA føre til infektioner, som skal behandles med mere bredspektret antibiotika, der også dræber de bakterier, som er en del af den normale flora og immunforsvar. Og det kan igen føre til et såkaldt selektionspres, hvor resistente bakterier får overtaget."

Husdyr-MRSA blev også startskuddet på *One Health*-tankegangen, som kobler sundheden mellem mennesker, dyr og miljø tæt, fortæller hun:



"Nu skulle vi også til at tænke over, hvordan vi bruger antibiotika i dyrehold. Det hele hænger sammen, og det var en stor *gamechanger*."

Forebyggelsen er presset

Netop resistente bakterier fylder mere i dag end for blot 20 år siden. Nye typer er kommet til, og behovet for specialiseret viden er vokset.

"Vi kan ikke ændre, at bakterierne er der eller kommer med hjem. Til gengæld skal vi



Hygiejnesygeplejerske Bettina Slott (t.v.) underviser jævnligt nye medarbejdere i Gentofte Kommune i infektionshygiejne, her om korrekt på- og aftagning af værnemidler i kommunens simulationslaboratorium, som blev indviet i 2025.

forebygge, at de spreder sig til andre borgere eller personalet. Covid-19 viste, hvor afgørende specialiseret infektionshygiejnisk viden er, og det er derfor bekymrende, at flere kommuner nu nedlægger de hygiejnesygeplejerskestillinger, der opstod under covid-19," fortæller Bettina Slott og tilføjer:

"Jeg finder det også bekymrende, at faget infektionshygiejne i dag fylder så lidt på de sundhedsfaglige uddannelser, og i øjeblikket eksisterer der heller ikke en specialuddannelse for hygiejnesygeplejersker."

Pernille Ripadal er enig.

"Forebyggelse kræver, at frontpersonalet ved, hvad de skal gøre. Men det kan være svært at få fokus på forebyggelse frem for behandling, selv om vi sidste år fik en ny national handleplan mod antibiotikaresistens, hvor infektionsforebyggelse og mere undervisning i hygiejne er udpeget som et af i alt fire centrale indsatsområder." ♥

2021

Bæredygtighed sniger sig ind i specialet, og man begynder at undersøge, hvordan man kan mindske brug af engangsprodukter og mængden af affald uden at kompromittere patientsikkerheden. I dag er bæredygtighed et fast element i de infektionshygiejniske overvejelser, og SSI har udgivet faglige rammer for, hvordan man balancerer miljøbelastning og hygiejnekrav.



2024

"Hygiejnesygeplejerske" bliver en **beskyttet titel**, men paradoksalt nok er både den danske og nordiske specialuddannelse sat i bero, så der findes pt. ikke en ordinær uddannelsesvej til titlen.

2026

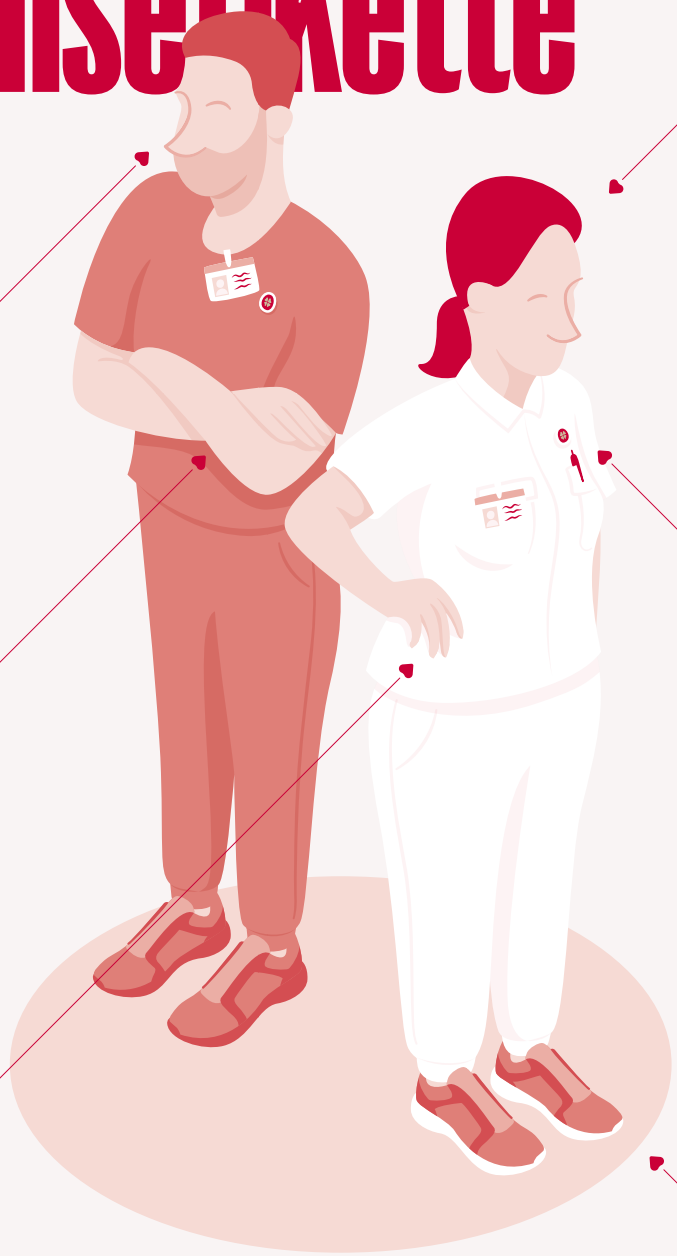
Fagligt Selskab for Hygiejnesygeplejersker kan fejre 45-års jubilæum. Selskabets formål er at styrke og synliggøre det infektionshygiejniske arbejde, fremme faglig udvikling og samarbejde samt skabe kollegialt fællesskab blandt hygiejnesygeplejersker.

♥

Kilder: www.ssi.dk, www.dsr.dk og www.sst.dk

Korrekt uniformsetikette

Tekst **Josephine Stær**
Illustration **Andreas Normann**



Hår

Langt hår skal sættes op og være samlet, så du undgår, at det falder ned på patienten. Hvis du bærer tørklæde, må der ikke være løsthængende stof.

Smykker

Generelt anbefales det, at du ikke bærer smykker, når du er på arbejde. Halskæder, der sidder tæt på halsen, og ørestikker er dog tilladt. Du må ikke bære ringe, armbånd og armbåndsure.

Ansigt

Langt skæg skal samles, så det ikke kommer i kontakt med patient eller omgivelser. Alternativt skal der anvendes skægbind.

Nålen

Emblemet skal sættes på og tages af uniformen med rene hænder. Kommer det i kontakt med urene flader, skal det rengøres/desinficeres akkurat som tilfældet er med f.eks. ID-kort/navneskilt m.m.

Arme

Dine underarme skal være frie op til over albuerne ved direkte kontakt med patienter, så du kan vaske dig på hele underarmen. Privat tøj skal være dækket af uniformen.

Duft

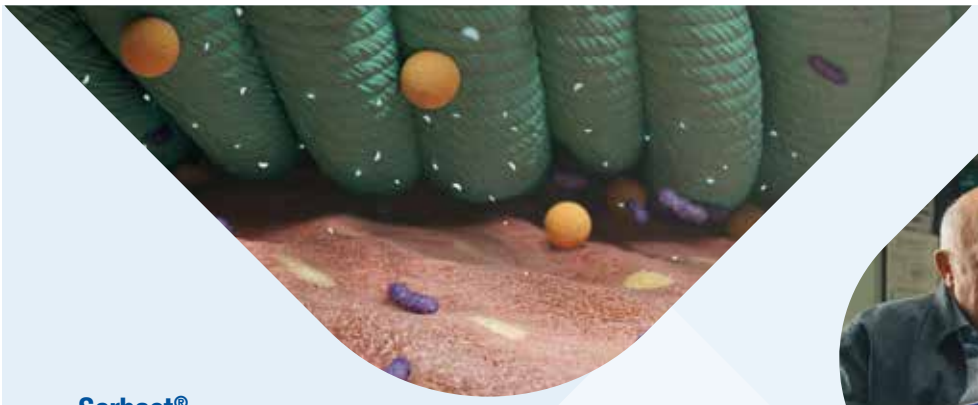
Spar på parfumen. Kraftige dufte kan være til gene for patienterne, som også kan lide af parfume-allergi.

Hænder

Sørg for, at dine negle er rene og kortklippede (højst 2 mm.), og brug ikke negle- eller shellac-lak, da revner i lakken kan indeholde mikroorganismer. Kunstige negle er ikke tilladt.

Sko

Der er ikke krav til, hvilke sko en sygeplejerske har på, udover at skoene skal kunne rengøres effektivt. Vælg dog gerne komfortable sko, som er gode at gå i igennem en hel arbejdsdag, og opbevar dem gerne på arbejdspladsen.



sorbact®
Healing for every body



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® TECHNOLOGY

Spar penge på julegaverne med PlusKort

zalando 10 %

15 %

CHANGE LINGERIE 20 %

SAMSUNG 15-50 %

cewe 15 %

GO DREAM 5-15 %

Se endnu flere rabatter og tilbud i PlusKort appen eller på pluskort.dk



Deltag i **Plus**Julekalender.
Tilmeld dig og vind!
Præmier for
+ 200.000 kr.

PlusKort.

Der tages forbehold for trykfejl og ændrede rabataftaler. Læs vilkår og betingelser for rabataftalerne i PlusKort appen eller på pluskort.dk

AI, forskning og funktionelle lidelser

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



Henning Langberg og Charlotte Voglhofer
AI i klinikken: Praktisk guide til almen praksis og sundhedsvæsenet
SundhedAI.dk 2026
333 sider - 349 kr.

Prompts som klinisk redskab

Hverdagen i klinikken er presset. Journalen er lang. Listen over lægemidler vokser. Patienterne lever længere med flere sygdomme, og forventningen er, at du både skaber overblik, træffer gode beslutninger, dokumenterer præcist og kommunikerer klart. Ofte på 15 min.

AI i klinikken viser, hvordan AI kan bruges som et praktisk redskab i den virkelighed. Målet er bedre patientbehandling gennem mere systematik, skarpere overblik, tydeligere patientkommunikation og arbejdsgange, der kan holde i en travl klinik.

Bogen giver sundhedsprofessionelle konkrete eksempler og værktøjer til at anvende AI i hverdagen, bl.a. til patientkommunikation, faglig sparring og administrative opgaver. Fagligt ansvar, databeskyttelse og kritisk vurdering af AI-genererede svar er gennemgående temaer.

Et af kapitlerne handler om brug af AI i sygeplejefaglig klinisk praksis. Her kan du læse, hvornår - og hvornår ikke - AI skal bruges.



Dorthe Boe Danbjørg og Mari Holen(red.)
Helt ærligt! Giver sygeplejeforskning bedre sygepleje?
Munksgaard 2026
124 sider - 190 kr.

Hvad skal vi med forskning?

Forskning har gennem årtier været med til at udvikle sygeplejefaget og kvalificere den kliniske praksis. Alligevel bliver dens værdi fortsat diskuteret – både internt i professionen og blandt politikere og beslutningstagere – og fronterne trækkes ofte hårdt op.

Med afsæt i aktuelle debatter og historiske linjer diskuterer bogens kapitler, hvilken rolle forskning spiller i sygepleje i dag, og hvilken type viden der faktisk gør en forskel i praksis.



Dorthe Grosen, Margrethe Møller & Aksel M. Grosen
Mødt i kroppen
- Tidlig indsats ved funktionelle lidelser
Gads forlag 2026
130 sider - 249,95 kr.

Når symptomerne ikke kan forklares

Patienter med vedvarende kropssymptomer af ukendt oprindelse og funktionelle lidelser overses ofte.

Bogen præsenterer en helhedsorienteret og praksisnær tilgang til tidlig indsats for disse patienter. Deres symptomer er reelle og skal mødes med faglig nysgerrighed, tydelig kommunikation og en forståelse af samspillet mellem biologiske, psykologiske og sociale faktorer.

Den henvender sig til læger, sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle.

At give sig selv lov

Tekst **Michael Holbek**



Signe Marie Mygdal Jørgensen
chefsygeplejerske på afdelingerne for Hjerne- og Rygkirurgi og Tand-, Mund- og Kæbekirurgi på Aarhus Universitetshospital. Næstforperson i Fagligt Selskab for Neurosygeplejersker

Hvad læser du lige nu?

"Lea Korsgaards bog 'Inden året er omme', hvor hun for sin egen skyld vil se alle danske sommerfuglearter på ét år."

Hvordan har den inspireret dig?

"Der er noget utroligt tiltrækkende ved at trække sig selv ud af sin hverdag. At give sig selv lov til at fordybe sig i noget, som ikke er ens arbejde eller relateret til ens familie. Det handler meget om at give sig selv lov til at dykke ned i noget og bruge tid på noget, som ikke har et formål. Noget, man kan blive optaget af, og som man måske ikke vidste, man kunne blive optaget af. Bogen rummer hendes refleksioner over sin rejse ind i sommerfuglenes verden. Både de tekniske omkring arten, men også filosofiske tanker om naturen og vores forhold til den. Hvordan påvirker vi naturen, og hvad er det, der giver livet værdi? For mange, også for mig, er det instinktivt forbundet med dårlig samvittighed, at man gør noget, som ikke umiddelbart giver mening, men det er vidunderligt, at hun gør det."

Hvilken bog burde alle sygeplejersker læse – og hvorfor?

"Jeg læser rigtig mange relevante fagbøger, alligevel vil jeg nævne 'Vinterbørn' af Dea Trier Mørch fra 1976. Det slår mig altid, når jeg genlæser den, hvor meget der har ændret sig inden for sygeplejen og hospitalsvæsenet, men også hvor meget som er fuldstændig ens for vores patienter. Så selv om især teknologien har ændret måden, vi gør ting på i dag, er der også mange eksistentielle ting ved livet på et hospital, som ikke har ændret sig. Vi ligner stadig hinanden på tværs af tid."

Hvilken bog har betydet mest for dig?

"Jeg tror, meget af det, man læser som ung, på en måde former én og ens læselyst. Da jeg var 13 år, læste jeg over en fireårig periode en serie af norske Bente Pedersen om pigen Raija. På grund af hungersnød bliver hun sendt bort af sine forældre og vokser op blandt samer i Finnmarken i 1700-tallet. Den er i 40 bind og er en klassisk romantisk slægts- og kærlighedshistorie fuld af folketro, troldom, naturskildringer, naturfænomener og kærlighedskvaler. Måske er det ikke så flatterende at nævne den serie, men den tog bare fat i mig, og jeg blev fuldkommen opslugt af den. Og den var en slags nøgle, for jeg fik jo en kæmpe kærlighed til litteratur. Og jeg læser stadig virkelig mange bøger, især historiske bøger."



Lea Korsgaard
Inden året er omme
Zetland 2025
314 sider - 250 kr.



Gisèle Pelicot
En hyldest til livet
Politikens Forlag 2026
272 sider - 250 kr.

Hvad har været din bedste læseoplevelse de seneste år?

"Der er flere, men jeg vil i hvert fald nævne 'En hyldest til livet – Skammen skal skifte side' af Gisèle Pelicot. En virkelig historie, som bygger på fakta, og som er så vanvittig, at man tænker, det ikke burde kunne forekomme. Men det gjorde det. I næsten 10 år blev hun bedøvet og udsat for brutale seksuelle overgreb af fremmede mænd i sit eget hjem. Det er stærkt at læse hendes refleksioner, som går fra, at det er hendes egen skyld, til at det overhovedet ikke er hendes skyld. Andre bærer ansvaret for overgrebene, og derfor skal hun ikke bøje nakken."

Hvilken bog fik du aldrig læst helt til ende?

"'Profeterne i Evighedsfjorden' af Kim Leine. Den var for barsk og voldsom på en autentisk måde. Jeg blev nødt til at lukke den."

Hvad er det næste, du skal læse?

"En historisk roman, 'Kvinderne på Grand Hôtel' af Ruth Kvarnström-Jones. En historie fra starten af 1900-tallets Stockholm, hvor kvinder kæmper for frihed og retfærdighed på et mandsdomineret hotel."

I starten handlede udsendelserne om at hjælpe patienterne her og nu. I dag er 44-årige Astrid Opstrup også optaget af at uddanne lokalt sundhedspersonale, så hjælpen kan fortsætte, når hun rejser hjem.



Krisesygeplejersken, der lærte, at man ikke kan redde alle

Fra ebolaepidemier i Afrika til krig og kaos i Gaza og Yemen. Sygeplejerske **Astrid Opstrup** har gjort det til sit arbejdsliv at tage ud til de steder i verden, hvor nøden er størst, og forholdene er sværest. I sine 12 år hos Læger uden Grænser har hun lært, at en udsendt sygeplejerske nogle gange må acceptere det uacceptable.

Tekst **Helle Lindberg Emarati**
Foto **August Vinther**

Den spritnye fødeafdeling i Yemen havde kun været åben et par dage, da Astrid Opstrup pludselig stod i en situation, hun ikke var forberedt på.

En kvinde kom ind til et akut kejsersnit og skulle bedøves, men der var ingen anæstesilæge til stede.

Derfor måtte Astrid Opstrup træde til og ventilere patienten med en ventilationspose under hele operationen. Selvom hun er uddannet intensivsygeplejerske, var det alligevel en ny og stor opgave at stå med ansvaret for en patients luftveje under sådanne forhold.

"Jeg kan huske, jeg tænkte, at vi var åbnet for tidligt. Vi var jo ikke så parate til at tage imod de her patienter, som vi burde have været. Jeg tænkte, at når man slår dørene op til et hospital eller en sundhedsklinik, så skal man i hvert fald kunne tilbyde minimum det, der skal til, for at vi kan redde de liv, der kommer ind," fortæller Astrid Opstrup.

> Efter få dage begyndte jeg at tænke, at jeg måske havde begået en fejl.

"Men det kunne vi jo så også," tilføjer hun.

Både kvinden og hendes nyfødte barn overlevede operationen, på trods af de skrabede omstændigheder. Men oplevelsen satte tanker i gang hos krisesygeplejersken, der som udsendt for Læger uden Grænser har været med til at åbne og drive sundhedstilbud i nogle af verdens mest udsatte områder.

Steder, hvor kriterierne for acceptabel hospitalsdrift ofte kan se helt anderledes ud end i Danmark.

"Det er den type dilemmaer, du ofte står i, og som du på en eller anden måde skal kunne håndtere som udsendt," forklarer Astrid Opstrup.

"Er det f.eks. bedre bare at åbne dørene, så patienterne i det mindste har et sted at være, selvom vi ikke er helt klar? Eller skal vi vente, til vi er bedre forberedt, fordi det er mere sundhedsfagligt forsvarligt – med den konsekvens at patienterne så slet ingen steder har at gå hen? I det her tilfælde ved vi jo, at kvinden og barnet ville være døde uden os."

Det umuliges kunst

Astrid Opstrup er uddannet sygeplejerske i 2008 og har de sidste 12 år været udsendt for Læger uden Grænser til en lang række krise- og konfliktområder. Hun har bl.a. arbejdet med ebola i Sierra Leone og DR Congo, håndteret difteriudbrud i Bangladesh og givet pleje til syge kvinder og børn i Yemen og Gaza.

I dag bliver hun oftest udsendt i ledende funktioner, hvor hun er med til at etablere sundhedstilbud, koordinere arbejdet og sikre, at både internationalt og lokalt sundhedspersonale har, hvad de skal bruge for at kunne løse deres opgaver. Med knudrede forsyningskæder, krig, konflikt, epidemier og alle de politiske barrierer, der kan stå imellem de nødstedte og den hjælp, de har brug for.

Mange gange har det dog været hende selv, der har stået ved patienters side uden udstyr eller forudsætninger for at kunne udøve korrekt sygepleje.

2008
Uddannet sygeplejerske. Ansat på Neonatalklinikken (GN), Rigshospitalet

2012
Færdiguddannet specialsygeplejerske i intensiv sygepleje

2008–2016
Neonatalklinikken (GN), Rigshospitalet, samtidig med udsendelser med Læger uden Grænser

2014
Første udsendelse med Læger uden Grænser (MSF) til Bangui i Den Centralafrikanske Republik, lejr for internt fordrevne

2014
Udsendt til Kailahun i Sierra Leone, indsats under ebolaepidemi

"Jeg har f.eks. været i situationer, hvor jeg har måttet vaske respiratorslanger og genbruge dem, eller hvad det nu end var, der skulle til for at få tingene til at ske. Men selvom det er megafrustrerende, så er der også et eller andet spændende og fedt i, at det umulige nogle gange kan lade sig gøre alligevel. Det er en succesoplevelse, som er svær at beskrive," forklarer hun

Da Astrid Opstrup søgte ind på studiet, havde hun slet ikke forestillet sig, at hendes arbejdsliv skulle komme til at foregå i krigs- og konfliktområder. Oprindeligt havde hun drømt om at blive jordemoder, men da hun ikke kunne komme ind på uddannelsen, faldt valget på sygeplejen.

"Jeg havde slet ikke sådan en fast idé om, hvad jeg ville. Jeg tror bare, jeg gerne ville have muligheden for at lave noget andet end at være i Danmark. Jeg havde tidligere boet et år i Frankrig og tænkte, at jeg som sygeplejerske kunne tage til et andet land og arbejde," siger hun.

En hård start

Hun fik dog i første omgang arbejde på Neonatalafdelingen på Rigshospitalet. Hun var glad for jobbet, opgaverne var spændende, og hun kunne lide de mennesker, hun arbejdede sammen med. Den ene dag tog den anden. Drømmene om udlandet gled langsomt i baggrunden til fordel for hverdagens trygge rutine.

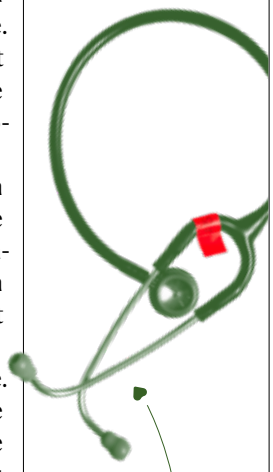
"Der gik et par år, og lige pludselig var jeg blevet 30. Jeg kan huske, at jeg snakkede med nogle kolleger, hvor jeg fik sagt, at det jo egentlig var meningen, at jeg skulle noget helt andet end det her. At jeg skulle ud i verden og prøve noget, og nu sad jeg bare her og havde ikke rigtig gjort noget ved det," fortæller Astrid Opstrup.

En af dem foreslog hende at tage til informationsmøde hos Læger uden Grænser.

"Jeg havde aldrig overvejet det før, men jeg ville gerne lave noget helt andet, så jeg blev varm på tanken. Det tiltalte mig, at jeg kunne rejse ud og arbejde i nogle måneder og så komme hjem igen. Jeg havde ikke lyst til at være væk i flere år ad gangen eller hive hele mit liv op med rod permanent," siger hun.

Derfra gik der omkring to år med forberedelser, obligatoriske kurser, ansøgninger, ventetid, tålmodighed, stress- og tryktests, før Astrid Opstrup i 2014 blev tilbudt en udsendelse. Turen gik til Bangui, hovedstaden i Den Centralafrikanske Republik, hvor hun skulle arbejde på tre nyoprettede sundhedsposter i en lejr for internt fordrevne.

Men hendes første udsendelse satte også tvivlsspørgsmål i gang hos Astrid. Hun var ny i organisationen, fuldstændig grøn i nødhjælpssygepleje og kendte hverken arbejdsgangene eller de mange uskrevne regler. De lokale medarbejdere havde langt mere erfaring, og den anden nye sygeplejerske, hun skulle have arbejdet sammen med, kom ikke afsted alligevel.



Scan koden og lyt til *Sygeplejerskens* podcast med Astrid Opstrup

"Det hele føltes ret kaotisk, og jeg havde følelsen af, at jeg ikke helt fattede, hvad der foregik. Allerede efter få dage begyndte jeg at tænke, at jeg måske havde begået en fejl. At jeg ikke var egnet til det her arbejde," fortæller hun og fortsætter:

"Men jeg tænkte også, at det simpelthen ikke kunne passe. Jeg havde jo været på forberedelseskursus og var så motiveret. Og jeg kom da også efter det!"

Efter to måneder var Astrid Opstrups første udsendelse slut. Og allerede få uger senere var hun klar igen og tog til Sierra Leone, hvor en omfattende ebolaepidemi var i udbrud.

"Det var et meget veletableret projekt med mange kolleger, som jeg kunne lære af og støtte mig op ad. Og der var et stærkt socialt fællesskab, selvom arbejdsforholdene var svære," siger hun.

Børn under et kilo kunne ikke hjælpes

Hver gang hun rejser ud i verden, har Astrid Opstrup sit eget stetoskop med i bagagen. Det ser ikke ud af noget særligt og ligner ethvert andet anonymt stetoskop. Men det er et af de vigtigste redskaber, hun har.

"Jeg har kun en enkelt gang ladet det blive hjemme. Det var da jeg skulle til Gaza første gang og restriktionerne for, hvad jeg måtte medbringe, var så strenge, at jeg var bange for, de ville tage det fra mig i kontrollen," fortæller hun.

Selvom hun altid prøver at forberede sig på det uventede, ved hun, at det ikke er alle, der kan reddes. Gennem årene har hun lært, at de svære beslutninger er en uundgåelig del af hendes job, og at valget nogle gange kan stå mellem et enkelt liv eller mange.

"Du kan f.eks. få en kvinde ind med voldsomme fødselskomplikationer. Du ved, at hun med al sandsynlighed vil dø i børnefødsel i fremtiden, hvis du ikke tilbyder hende en sterilisation. Men det kan du ikke, for det er imod de lokale myndigheders retningslinjer, og de kan lukke hele nødhjælpsoperationen ned, hvis du gør det alligevel," siger Astrid Opstrup.

På fødeafdelingen i Yemen måtte hun også acceptere, at de ikke kunne behandle de allermindste for tidligt fødte børn. Vejede de mindre end et kilo, fik døden lov

2016
Udsendt til Bangassou i Den Centralafrikanske Republik, børne- og neonatalafdeling på et hospital

2016–2018
Toårig kontrakt med Læger uden Grænser med udsendelser til bl.a. Yemen, Etiopien og Irak

2019
Udsendt til Den Centralafrikanske Republik og efterfølgende DR Congo med fokus på undervisning i ebola og pædiatri samt implementering af simulationstræning

2019–2020
Ansat i Akutmodtagelsen (AMA), Hvidovre Hospital

2020–2023
Ansat i Børnemodtagelsen, Rigshospitalet, sideløbende med udsendelser









til at gå sin gang, for der var hverken respiratorer eller den nødvendige medicin til at forhindre det. Og børn med medfødte misdannelser, som ville kunne behandles i Danmark, kunne hun heller ikke hjælpe.

Døden er en del af krisesygeplejen

Tiden og erfaringen har derfor gjort Astrid Opstrup lidt mere pragmatisk. Med sine egne ord måske også lidt mere kynisk.

"Jeg tror ikke, jeg synes, det er lige så hårdt længere, som jeg syntes i starten. Jeg har snakket meget med en veninde, der er teolog, om det her med, at vi som sundhedspersonale bliver skolet til at redde liv. Og at hvis man ikke har reddet et liv, så har man fejlet," siger Astrid Opstrup.

Hun tænker sig om i et par sekunder, inden hun fortsætter.

"Men vi kan ikke altid redde liv, fordi vi simpelthen ikke har mulighed for det. Det kan sikkert lyde lidt hårdt i andres ører, men nogle gange har man gjort det, man kunne med det, man havde, og så er det også i orden."

Den erkendelse bruger Astrid Opstrup gerne krudt på at give videre til de mindre erfarne krisesygeplejersker. For selvom hun ikke længere oplever det som lige så vanskeligt at træffe de hårde beslutninger, som hun engang gjorde, er det ikke ensbetydende med, at hun synes, vilkårene er nemme.

"Det er jo et tilfælde, at de mennesker er født, hvor de er født. Ligesom det er et tilfælde, at du og jeg er født i Danmark. Det, kan jeg sagtens synes, er uretfærdigt. Men når jeg står i et nødtørftigt indrettet sundhedscenter i DR Congo midt i en ebolabølge, så er jeg nødt til at forholde mig til realiteterne og de muligheder, jeg har."

Ændrede prioriteter

Indtil for relativt nylig accepterede Astrid Opstrup, at arbejdet bestemte over hendes kalender. I de 12 år, der er gået siden hendes første udsendelse, er hun gået glip af mange fødselsdage, mærkedage, højtider og stunder med kæreste, familie og venner.

Men noget har ændret sig.

"Jeg havde en jul i Yemen, hvor jeg lige pludselig ikke syntes, det var spor fedt at være så langt væk. Jeg havde virkelig meget lyst til at være hjemme. Før havde det været lidt mere ligegyldigt eller i hvert fald knap så vigtigt, men jeg kunne mærke, at sådan var det bare ikke længere," fortæller hun.

> Vi kan ikke altid redde liv.

"Nu er jeg nået et sted hen, hvor det her med at rejse ud skal passe ind i mit liv på en anden måde. Der er forskel på, om man er 32 eller 44. I hvert fald for mig. Der er nogle ting, jeg prioriterer højere end før. Jeg har f.eks. også prøvet at gå glip af den årlige tur i sommerhus med min søster. Det er den ene uge om året, vi har sammen, og det føltes bare fuldstændig forkert. Den slags ting går jeg ikke længere på kompromis med."

Det betyder dog ikke, at Astrid Opstrup er på vej til at lægge krisesygeplejen bag sig. Faktisk har hun svært ved at forestille sig et arbejdsliv, hvor hun ikke længere skal rejse ud i verdens farlige eller fattige afkroge. Hun elsker stadig det akutte, det uforudsigelige og udfordringen ved at få et sundhedstilbud til at fungere under forhold, hvor ressourcerne er knappe og problemerne mange.

På sin seneste udsendelse blev hun dog afskrækket af én ting.

"Folk spørger mig altid, om jeg ikke er bange for krig, kugler, bomber, sygdomme og alt muligt andet farligt, når jeg er ude. Det er jeg ikke. De ting kan jeg klare – fordi jeg ved, jeg har gode kolleger, der har styr på sikkerheden. Til gengæld har jeg lige været i DR Congo, hvor vi var indkvarteret et sted, hvor der var larm fra musik ude på gaden, som gjorde det svært for mig at sove. Det vil jeg gerne undgå til en anden gang." ♥



Det er ikke kun ønsket om at hjælpe andre, der driver Astrid Opstrup. Hun lægger ikke skjul på, at udsendelserne også handler om hendes egen udvikling og lysten til at blive udfordret.

2020, 2021 og 2023
Udsendt til Al Qanawis i Yemen, åbning af et fødehospital med neonatalafdeling

2023–2026
Neonatalklinikken (GN), Rigshospitalet samtidig med udsendelser med Læger uden Grænser

2024
To udsendelser til Gaza

2025–2026
Tredje udsendelse til Gaza

2026
Udsendt til DR Congo under et ebolaudbrud

Hjælp dine kvindelige patienter med ADHD til ro og fokus gennem dagen

Elvanse® giver dokumenteret, stabil symptomkontrol i op til 14 timer – med kun én daglig dosering.[1]

Elvanse® er indiceret til børn i alderen 6 år og derover med ADHD, når responset på methylphenidat er klinisk utilstrækkeligt samt til voksne med ADHD og præeksisterende symptomer på ADHD i barndommen.



Billedet er skabt med AI

Scan QR-koden og få adgang til kliniske redskaber til ADHD

Produktinformation findes på side 42.

Elvanse® lisdexamfetamin

1. Elvanse® Produktresume (Maj 2026), Lægemiddelstyrelsen. www.produktresume.dk

C-APROM/DK/ADH/0281 August 2026

Elvanse®
lisdexamfetamin

Forkortet produktinformation for Elvanse® (lisdexamfetamindimesilat), hårde kapsler, 60 ,50 ,40 ,30 ,20 og 70 mg

Indikation*: Elvanse er indiceret som en del af et omfattende behandlingsprogram for attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) til børn i alderen 6 år og derover, når responset på tidligere behandling med methylphenidat anses for at være klinisk utilstrækkeligt. Elvanse er desuden indiceret som en del af et omfattende behandlingsprogram for ADHD til voksne med præeksisterende symptomer på ADHD i barndommen. Elvanse er ikke indiceret til alle patienter med ADHD, og beslutningen om at bruge lægemidlet skal tage hensyn til patientens profil, herunder en grundig vurdering af sværhedsgraden og kroniciteten af patientens symptomer, potentialet for misbrug, forkert brug eller anvendelse til andre formål og klinisk respons på tidligere farmakoterapier til behandling af ADHD. **Dosering*:** Behandlingen skal påbegyndes under overvågning af en specialist i adfærdssygdomme. Før ordination er det nødvendigt at udføre en baseline-evaluering af en patients kardiovaskulære status og familieanamnese samt registrering af vægt før behandlingen. For pædiatriske patienter skal højde og vægt registreres på en vækstkurve. Doseringen bør tilpasses individuelt i forhold til patientens behandlingsbehov og respons. Omhyggelig dosistitrering er nødvendig i starten af behandlingen med Elvanse. Startdosis er 30 mg én gang daglig om morgenen. 20 mg kan anvendes, hvis det skønnes nødvendigt. Dosis kan øges med trin på 10-20 mg med ca. ugentlige intervaller. Elvanse bør administreres oralt ved den lavest effektive dosering. Den maksimalt anbefalede dosis er 70 mg/dag. Behandlingen skal stoppes, hvis symptomerne ikke forbedres efter en hensigtsmæssig dosisjustering i løbet af en 1 måned. Hvis der opstår en paradoks forværring af symptomerne eller andre intolerable uønskede hændelser, skal doseringen nedsættes eller seponeres. *Administration*: Elvanse kan sluges hele, eller kapslerne kan åbnes og indholdet opløses i blød mad fx yoghurt eller et glas vand. *Ældre*: Data er begrænset for ældre patienter. Ældre har nedsat dexamfetaminclearance, og der kan derfor være behov for dosisjustering. *Nedsat nyrefunktion*: Grundet en nedsat clearance hos patienter med svært nedsat nyrefunktion, må den maksimale dosis ikke overskride 50 mg/dag. Vær obs hos dialysepatienter, lisdexamfetamin og dexamfetamin ikke kan fjernes med dialyse. *Nedsat leverfunktion*: Der er ikke udført studier hos patienter med nedsat leverfunktion. *Børn under 6 år:* Elvanse bør ikke anvendes til børn under 6 år. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for sympatomimetiske aminer eller over for et eller flere af hjælpestofferne, samtidig anvendelse af monoaminoxidasehæmmere (MAO-hæmmere) eller inden for 14 dage efter behandling med MAO-hæmmer (evt. hypertensiv krise), hyperthyroidisme eller tyrotoksikose, agitationstilstande, symptomatisk kardiovaskulær sygdom, fremskreden arteriosklerose, moderat til svær hypertension, glaukom, fæokromocytom. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler*:** *Misbrug og afhængighed*: Stimulerende lægemidler kan føre til misbrug, hvilket bør overvejes ved ordinering af Elvanse. *Kardiovaskulære uønskede hændelser*: Børn og unge: Pludselig død er blevet rapporteret hos børn og unge, der tager CNS-stimulerende lægemidler, herunder børn og unge med strukturelle hjerteabnormiteter eller andre alvorlige hjerteproblemer. Voksne: Pludselig død, slagtilfælde og myokardieinfarkt er blevet rapporteret hos voksne, der tager stimulerende lægemidler ved de sædvanlige doser for ADHD. *Hypertension og andre kardiovaskulære sygdomme*: Stimulerende lægemidler forårsager en beskeden forhøjelse af det gennemsnitlige blodtryk (ca. 2-4 mmHg) og den gennemsnitlige hjertefrekvens (ca. 3-6 bpm), og individuelle personer kan have større forhøjelser. Da lisdexamfetamin hos nogle patienter forlænger QTc-intervallet, bør lisdexamfetamin anvendes med forsigtighed hos patienter med forlænget QTc-interval, og ved samtidig behandling med lægemidler, som påvirker QTc-intervallet og ved relevant eksisterende hjertesygdom eller elektrolytforstyrrelser. *Kardiomyopati*: Der er blevet rapporteret kardiomyopati ved kronisk forbrug af amfetaminer/lisdexamfetamindimesilat. Alle patienter, hvor behandling med stimulerende lægemidler overvejes, bør få foretaget en omhyggelig anamnese og en lægeundersøgelse for at vurdere tilstedeværelsen af hjertesygdom. *Psykiske bivirkninger*: Forsigtighed udvises ved eksisterende psykose og bipolar lidelse samt opmærksomhed på evt. fremkomst af nye psykotiske eller maniske symptomer. Aggression observeres ofte hos børn og unge med ADHD, og det er blevet rapporteret i kliniske studier og ved erfaring efter markedsføring af nogle lægemidler, der er indiceret til behandling af ADHD, herunder lisdexamfetamindimesilat. Patienter, der påbegynder behandling for ADHD, bør overvåges for fremkomst eller forværring af aggressiv adfærd eller fjendtlighed. Det er blevet rapporteret, at stimulerende lægemidler forværrer motoriske og fonetiske tics og Tourettes syndrom. *Langvarig virkning på vækst (højde og vægt)*: *Hos børn og unge i alderen 6 til 17 år:* Stimulerende lægemidler er blevet forbundet med reduceret vægtøgning og en reduktion af opnået højde. *Hos voksne*: Stimulerende lægemidler er blevet forbundet med vægttab. *Kramper*: Sænkning af krampetærskel. Hvis der observeres kramper, eller de forværres, skal lægemidlet seponeres. *Synsforstyrrelse*: Der er blevet rapporteret om problemer med akkommodation og sløret syn. **Interaktion*:** Stoffer og sygdomme, der forsurer urinen, øger udskillelsen via urinen og forkorter amfetamins halveringstid. Stoffer og sygdomme, der gør urinen mere basisk, reducerer udskillelsen via urinen og forlænger amfetamins halveringstid. Amfetamin bør ikke administreres i løbet af eller inden for 14 dage efter administration af MAO-hæmmere, da det kan øge frigørelsen af noradrenalin og andre monoaminer. Der kan opstå forskellige toksiske neurologiske virkninger og malign hyperpyreksi, til tider med dødelig udgang. Serotoninsyndrom er opstået sjældent i forbindelse med anvendelsen af amfetaminer, der gives sammen med serotonerge lægemidler, herunder SSRI'er og SNRI'er. Det er også blevet rapporteret i forbindelse med en overdosering af amfetaminer, herunder lisdexamfetamindimesilat. Amfetaminer kan reducere virkningen af guanethidin eller andre antihypertensiva. Amfetaminer potenserer den bedøvende virkning af analgetika. Chlorpromazin blokerer dopamin- og noradrenalin-receptorer og hæmmer derved den centralt stimulerende virkning af amfetaminer. Haloperidol blokerer dopamin-receptorer og hæmmer derved den centralt stimulerende virkning af amfetaminer. Den anorektiske og stimulerende virkning af amfetaminer kan hæmmes af lithiumcarbonat. Der er begrænsede data om mulig interaktion med alkohol. Amfetaminer kan forårsage signifikante forhøjelser af kortikosteroidniveauet i plasma. **Fertilitet*:** Virkningen af lisdexamfetamindimesilat på human fertilitet er ikke undersøgt. **Graviditet*:** Dexamfetamin, den aktive metabolit fra lisdexamfetamin, krydser placenta. Lægen bør diskutere behandlingen med Elvanse med kvinder i den fertile alder. Elvanse bør kun anvendes under graviditeten, hvis de mulige fordele opvejer de mulige risici for fostret. **Amning*:** Amfetaminer udskilles i human mælk. Elvanse må ikke anvendes under amning.**Trafikfarlighed*:** Elvanse kan forårsage svimmelhed, døsighed og synsforstyrrelser, herunder problemer med akkommodation, og sløret syn. Disse virkninger kan påvirke evnen til at føre motorkøretøj og betjene maskiner i moderat grad. **Bivirkninger*:** *Børn (6-12 år): Meget almindelige (≥ 1/10):* Nedsat appetit, insomni, hovedpine, øvre abdominalsmerter, vægtreduktion. *Almindelige (≥ 1/100 til < 1/10):* Tics, affektlabilitet, aggression, svimmelhed, somnolens, takykardi, mundtørhed, diarré, forstoppelse, kvalme, opkastning, irritabilitet, træthed, pyreksi.*Ikke almindelige* (≥ 1/1.000 til <1/100): Overfølsomhed, ophidselse, angst, logorré, depression, dysfori, psykomotorisk hyperaktivitet, bruksisme, dermatillomani, mani, hallucination, rastløshed, tremor, dyskinesi, dysgeusi, synkope, sløret syn, mydriasis, palpitationer, forhøjet blodtryk, epistaxis, dyspnø, hyperhidrose, urticaria, udslæt, brystsmerter, skælvende følelse. *Unge (13-17 år): Meget almindelige (≥ 1/10):* Nedsat appetit, insomni, hovedpine, vægtreduktion. *Almindelige (≥ 1/100 til < 1/10):* Angst, depression, svimmelhed, rastløshed, tremor, somnolens, palpitationer, takykardi, mundtørhed, diarré, kvalme, opkastning, øvre abdominalsmerter, dyspnø, irritabilitet, træthed, skælvende følelse, pyreksi. *Ikke almindelige* (≥ 1/1.000 til <1/100): Overfølsomhed, ophidselse, logorré, affektlabilitet, tics, dysfori, psykomotorisk hyperaktivitet, bruksisme, dermatillomani, mani, hallucinaton, dyskinesi, dysgeusi, synkope, mydriasis, epistaxis, forstoppelse, hyperhidrose, urticaria, udslæt, brystsmerter, forhøjet blodtryk. *Voksne: Meget almindelige (≥ 1/10):* Nedsat appetit, insomni, hovedpine, mundtørhed. *Almindelige (≥ 1/100 til < 1/10):* Ophidselse, angst, depression, nedsat libido, affektlabilitet, psykomotorisk hyperaktivitet, bruksisme, svimmelhed, rastløshed, tremor, takykardi, palpitationer, forstoppelse, diarré, kvalme, dyspnø, hyperhidrose, erektil dysfunktion, irritabilitet, træthed, skælvende følelse, brystsmerter, forhøjet blodtryk, vægtreduktion. *Ikke almindelige* (≥ 1/1.000 til <1/100): Overfølsomhed, logorré, dysfori, dermatillomani, mani, somnolens, dyskinesi, dysgeusi, synkope, sløret syn, opkastning, urticaria. Se venligst produktresumeét for bivirkninger, som er sjældne, meget sjældne, eller som har ukendt hyppighed. Indberetning af formodede bivirkninger bedes anmeldt via www.meldenbivirkning.dk. **Overdosering*:** Der bør tages højde for depot-frigørelsen af dexamfetamin efter administration af Elvanse, når der behandles for en overdosering. Manifestationer af akut overdosering af amfetaminer omfatter rastløshed, tremor, hyperrefleksi, hurtig respiration, forvirring, aggression, hallucinationer, paniktilstande, hyperpyreksi og rhabdomyolyse. Træthed og depression efterfølger normalt en stimulering af centralnervesystemet. Kardiovaskulære virkninger omfatter arytmi, hypertension eller hypotension og kredsløbskollaps. Mave-tarm-symptomer omfatter kvalme, opkastning, diarré og mavekramper. Posterior reversibel encefalopatisyndrom (PRES) er blevet rapporteret i forbindelse med overdosis af amfetamin. Symptomer, der indikerer PRES, omfatter hovedpine, ændret mental tilstand, kramper og synsforstyrrelser. Diagnosen bør bekræftes ved en radiologisk undersøgelse (f.eks. MR-scanning). Der er ingen specifik antidot for en overdosering af amfetamin. Behandling af en akut forgiftning med amfetamin er overvejende symptomatisk og kan omfatte administration af aktivt kul, administration af et udtømmende middel og sedation. Der bør tages højde for den lange virkningsvarighed af amfetamin, når patienter behandles for en overdosering. **Udlevering:** AP4 (kopieringspligtigt). **Tilskud:** Individuelt tilskud. **Priser og pakninger:** 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg og 70 mg pakninger á 30 stk. Der henvises til dagsaktuel pris på: www.medicinpriser.dk. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:**Takeda Pharmaceuticals International AG Ireland Branch

De *markerede afsnit er omskrevet/forkortet i forhold til det af Lægemiddelstyrelsen senest godkendte produktresumé, som i sin helhed vederlagsfrit kan rekvireres fra Takeda Pharma A/S, Delta Park 45, 2665 Vallensbæk Strand, Tlf: 4677 1010, e-mail: medinfoemea@takeda.com

21. maj 2026

Vinder af **krydsord**

Krydsordet i *Sygeplejersken* nr. 3 har fundet sin vinder blandt de mange læsere, som sendte deres bud på løsningen ind til redaktionen.
Den korrekte løsning var '*Mangel på tid og uddannelse hæmmer indsats mod delirium*'.
Løsningen var inspireret af peer review-artiklen om delirium, som blev bragt i samme blad.

Den heldige vinder af et ophold på Hotel Koldingfjord for to personer blev **Inge Susanne Poulsen**, Holbæk.

Du kan prøve lykken igen i dette blad på side 55.





Spar penge på julegaverne

Med dine medlemsfordele hos DSR er der masser af muligheder for at spare penge på julegaverne, både med **PlusKort** og **Forbrugsforeningen**.

Book et feriehus i juleferien

Du har adgang til at booke en billig feriebolig gennem DSR og kan vælge mellem fem skønne feriedestinationer i Danmark.

Se alle dine medlemsfordele på **dsr.dk/jul2026**

125 år med fagbladet

I år er det 125 år siden, **sygeplejerskernes fagblad udkom for første gang**. Fra debutnummeret af 'Tidsskrift for sygepleje' i 1901, hvor man bl.a. kunne læse resuméer af foredrag afholdt af læger, til nutidens udgave, *Sygeplejersken*, med reportager fra hverdagen, forskning og sygeplejefaglige dilemmaer. I anledning af jubilæet bringer vi en række historiske forsider, og vi har spurgt nutidens læsere, hvad fagbladet betyder for dem.

Tekst **Anton Kjøller Alexandersen** og **Lotte Havemann**



Freja Bjærge

sygeplejerske, intensiv,
Aalborg Universitetshospital (27 år)

"Der er en faglig stolthed i at have et fagblad, der varetager ens interesser. Man ser ikke altid sig selv spejlet som sygeplejerske i andre medier, så jeg har altid fundet det meget vigtigt.

Jeg er fagligt interesseret, så jeg bliver inspireret af at læse bladet, og det gør mig klogere.

Det er meget unikt at have et fagblad, der har været på gaden i så mange år. Det har altid samlet sygeplejersker, og jeg synes, det giver en fællesskabsfølelse."


TIDSSKRIFT-FOR-SYGEPLEJE

DETTE Tidsskrifts Udgiver, „Dansk Sygeplejeraad", er dennes Sygeplejerskers første Forsøg paa Organisation. At intet Forsøg før er gjort, ligger simpelthen deri, at hele Institutionen herhjemme er ganske i sin Barndom endnu. Den gamle Stadsindstil er ikke saa fjern, og Overgangen er gaaet lempelig for sig, saa det ene er glædet over i det andet, uden at det ry har medført synderlige Forandringer i Uddannelsesmetode eller Kaar.

Nu staar imidlertid de ry Sygeplejersker som en stor Stab, der er spredt hele Landet over, og Trangen har meldt sig til at faa et Sammenskytningspunkt, der kunde lede til en mere regelmæssig Udvikling af Sygeplejerskens hele Virksomhed.

„Dansk Sygeplejeraad" blev Resultatet af denne Trang og Tidsskriftet igen Resultatet af Foreningens Stiftelse. Det er Foreningens Haab, at Skriftet maa denne Bindelinie mellem alle Landets Sygeplejersker, saavel de, der er ansatte ved Privatpleje som ved Hospitaler og Sygehuse, at det maa blive Midlet til at samme dem til Samarbejde, saa de maaden i en fælles Bestræbelse for at faa det bedste ud af deres samlede Virksomhed. Vi haaber at give Hospitalsplejerskerne Blik for

1901

Forsiden af det første nummer af Tidsskrift for Sygepleje, i dag *Sygeplejersken*.



1956

10 forventningsfulde elever rejste med lyntoget "Englænderen" for at tilbringe 14 dage på hospitaler i England.



1975

Sygeplejerske skifter forbinding på en patient fra kirurgisk mandeafdeling på Århus Kommunehospital.



Tanja Klamer Buchberg

hjemmesygeplejerske,
Kalundborg Kommune (40 år)



Birthe Klarskov

sygeplejerske, organkirurgisk,
Rigshospitalet (73 år)

"Jeg møder en bred vifte af patienter, så det er fedt at have et fagblad, man kan læne sig op ad og få inspiration fra til sin egen arbejdsdag.

Jeg læste for nylig om, at man ikke må snyde demente, men også om et rullende sårteam, som var med til at sætte nogle tanker i gang. Man får et prik til sin egen virkelighed og tager det med sig ind ad døren næste gang, man møder en patient.

Jeg tror helt sikkert, der er et fagblad om 125 år. Og jeg vil bare opfordre folk til at læse det, fordi man bliver styrket på rigtig mange punkter."



1985

Mere end 125.000 mennesker – heriblandt mange sygeplejersker – deltog i en demonstration efter et politisk lovindgreb i en varslet konflikt på arbejdsmarkedet.



2000

Sygeplejersker på Bispebjerg Hospital måtte ryge i smug, da hospitalet nedlagde rygerummet og forbød rygning 1. januar 2000.



2016

Faglige artikler flytter til det nylancerede *Fag&Forskning*.



Anker Brink Lund

professor emeritus i medieledelse, CBS

"Når jeg får *Sygeplejersken*, tager jeg det altid med i seng eller læser i det efter arbejde. Jeg læser altid 'Studerende i praksis' og 'Dilemma', og så kan jeg godt lide, at man har fagpolitisk stof med, f.eks. med én, som ikke har fået sit tillæg. Bladet skærper din tankegang.

Bladet skaber også et fagligt fællesskab og identitet, og så giver det også noget networking. Jeg har virkelig set mange historier i *Sygeplejersken*, hvor jeg har ringet eller skrevet til folk, hvis jeg kunne bruge deres erfaringer på vores afdeling."

"Når du bladrer i et fagblad, der skriver om relevante emner, opdager du ting, du ikke vidste, du var interesseret i.

Med bladet bliver man også mindet om, at man er medlem af et fællesskab, og at fællesskabet repræsenterer dig og din profession. Så historisk har fagbladet spillet en meget stor rolle. Om det kan blive ved med at gøre det, kan jeg ikke love. Vi ved meget lidt om, hvorvidt elektroniske fagblade kan være lige så identitetsskabende. Jeg tror, man skal tænke sig meget godt om, før man afskaffer det fysiske, fordi det giver valuta for kontingentet.

Bladet har indgået som en del af identitetsskabelsen for professionen. Det har været et vigtigt organ for at knytte faglighederne sammen. For mange sygeplejersker blev bladet, der dumpede ind i postkassen, et minde om, at de ikke bare er medlem af DSR, men af et fagligt fællesskab."



2020

Danmark lukkede ned den 11. marts 2001 pga. covid-19. Den 23. marts var *Sygeplejersken* på gaden med et tema om konsekvenserne for sygeplejersker.

Retspsykiatrien handler mere om relationer end alarmer

Mange har en forestilling om, at retspsykiatrien er et utrygt sted at arbejde. Men for sygeplejerske Frederikke Forsberg er det relationerne til patienterne og **de små fremskridt i hverdagen**, der fylder mest.

Fortalt til **Sarah Hvid Nielsen**
Foto **Sara Galbiati**

Da jeg var under uddannelse, var der mange, der var nervøse for praktikken i psykiatrien, og havde en forestilling om, at hverdagen i retspsykiatrien er præget af alarmer og udadreagerende patienter. Men størstedelen af min arbejdsdag går med at skabe relationer, have samtaler og at hjælpe patienterne med at få en velfungerende hverdag.

Jeg uddannede mig først til social- og sundhedsassistent, og under praktikken i psykiatrien kom særligt denne patientgruppe ind under huden på mig, og jeg valgte derfor at blive ansat som timelønnet SOSU i efteråret 2023. Her fik jeg tid til at lære patienterne at kende. Hvorfor er de endt i denne situation? Og hvordan hjælper jeg dem bedst dem med at få det bedre? Jeg ville gerne være med til selve behandlingsforløbet, hvor jeg kunne følge patienternes udvikling, så derfor var det oplagt for mig at videreuddannede mig til sygeplejerske, og jeg er lige blevet færdiguddannet her i februar i år.

Lærer de små tegn at kende

Her på retspsykiatrisk afdeling SL11 i Slagelse går meget af min tid med relationsarbejde. Vores patienter er indlagt, fordi de har fået en anbringelses- eller behandlingsdom, og derfor bruger jeg meget tid på at lære dem at kende over flere uger og måneder. Deres mentale udfordringer kræver netop tid, tålmodighed og ro. Relationsarbejdet hjælper mig med at genkende deres krisetegn, f.eks. at de begynder at pille ved fingrene, ryge flere cigaretter eller bruge mere tid på deres stue. De små tegn er med til at gøre mig opmærksom på, at noget er på vej. Jeg får mulighed for at tale med patienterne om det, der fylder, og gør dem urolige, før problemerne vokser sig større, og situationen udvikler sig akut.

> Når patienten efter noget tid selv opsøger mig, er det et tegn på tillid.
>
> **Frederikke Forsberg**
> sygeplejerske

Det er også forskelligt, hvad der hjælper patienterne med at finde ro. Nogle gange er det nok, at jeg er ved deres side og lytter. Andre gange bruger vi sanserummet med bl.a. vandseng og tyngdebolde – redskaber, som mindsker den uro og stress, patienterne føler.

Det fedeste for mig er at opbygge et forhold til patienterne. Selvom en patient har afvist mig eller kun svarer kort, så er det mit arbejde at veksle mellem at være opsøgende og give plads. Når patienten efter noget tid selv opsøger mig, er det et tegn på tillid og noget af det mest givende ved jobbet.

Derudover er det meget meningsfuldt at opleve, hvordan vi sammen finder nye måder at håndtere svære situationer på, så patienten ikke bliver selvdestruktiv eller lader frustrationerne gå ud over andre. En af mine vigtigste opgaver er at hjælpe

patienterne bedst muligt videre i livet. Den største succes er selvfølgelig, når de bliver udskrevet, men de små delmål betyder også meget. Det kan være at få en god hverdagsrutine, et rygestop eller opleve små glimt af glæde. Det er i de øjeblikke, jeg virkelig føler, at jeg lykkes som sygeplejerske.

Mellem faglighed og følelser

Hver gang jeg møder ind på job, har jeg et overlap med mine kollegaer, hvor vi tjekker ind med hinanden og deler, hvordan vi har det, inden vagten starter. Det kan være, der har været en hændelse under ens sidste vagt, eller at noget på hjemmefronten trykker. Så ved vi, hvordan vi bedst hjælper hinanden gennem vagten.

Jeg kan stadig godt synes, at jobbet kan være nervepirrende. Ikke fordi jeg føler mig utryg, for jeg ved, vi arbejder som et team med hver vores rolle. Men det er ubehageligt at skulle give en patient medicin, som vedkommende ikke har lyst til, selvom det er bedst for dem i en akut presset situation.

I starten af min ansættelse var jeg igennem en række kurser om sikkerhed og konflikthåndtering. Derudover træner vi løbende forskellige scenarier gennem simulation. Det udvikler både min faglighed, selvtillid og tryghed i arbejdet.

Mange tror, at det hårdeste er, når alarmen ringer. For mig er det sværeste at se et menneske være svært plaget psykisk, vel-vidende at jeg har givet dem den medicin, de skal have, eller lavet den løbende forebyggende indsats. I de situationer kan man blive nødt til at udføre former for tvangsbehandling ved mere medicinering eller bruge fastholdelsesteknikker som sidste udvej, da det er for patientens eget bedste. Men så er det vigtigt, at jeg bagefter taler med mine kollegaer, for der vil være dage, hvor arbejdet i momentet ikke føles rart. Vi husker hinanden på, at vi arbejder med mennesker, der kan være plaget af diverse hallucinationer eller stemmer, og vi griber hinanden, hvis en vagt har "sat sig lidt i kroppen."

I takt med min uddannelse og de gode vejledere, jeg har haft, drømmer jeg også om at blive vejleder. Jeg vil gerne være med til at vise kommende sygeplejersker, at retspsykiatrien er meget mere end de fordomme, der ofte findes om området. Det er en arbejdsplads, hvor relationer, faglighed og samarbejde fylder mere end frygt. ♥



For Frederikke Forsberg handler arbejdet i retspsykiatrien om at skabe tillid og støtte patienterne i deres små og store fremskridt.

BEHOV FOR MERE VIDEN OM DEMENS

Når antallet af danskere med demens stiger, påvirker det sundhedsvæsenet på nye måder. Demenssygeplejersker på sygehuse og i plejesektoren kalder på mere uddannelse og viden generelt samt et blik for **sygeplejerskers rolle i opsporing og koordinering**.

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

Omkring 100.000 danskere lever i dag med demens, og det forventes at stige til 146.000 i 2040 i takt med, at antallet af ældre stiger. Og den udvikling har en kæmpe betydning for hele sundhedsvæsenet, og de faggrupper, der udgør det. På plejehjem, sygehuse og i hjemmesygeplejen møder sygeplejersker stadig flere borgere og patienter med demens - på tværs af områder og specialer.

Derfor kræver det mere viden generelt blandt sundhedspersonalet for at kunne håndtere og gribe den voksende patientgruppe, mener Gitte Kirkegaard. Hun er sygeplejerske og demensfaglig leder i Haderslev Kommune samt formand for Danske Demenskoordinatorer, der er en interesseorganisation for sundhedspersonale, som specialiserer sig i at behandle, udrede og koordinere omkring mennesker med demens.

> Der er et behov for, at demens bliver taget mere alvorligt. I samfundet og i alle grene af sundhedsvæsenet.



Gitte Kirkegaard
sygeplejerske og demensfaglig leder

"Sygeplejersker har eksempelvis kun ca. tre lektioner i demens på uddannelsen, og det samme har ergoterapeuter. Det er ikke nok, når man tænker på, hvor meget området fylder og kommer til at fylde i fremtiden," siger Gitte Kirkegaard.

"Skal tages mere alvorligt"

Men det er ikke kun sygeplejerskerne, der burde blive klædt bedre på.

"I samfundet bliver det stadig betragtet som noget naturligt at glemme, når man bliver gammel. Som om demens bare er en gammelmandssygdom. Men det er det slet ikke. Den yngste, jeg besøger, er 56," siger hun.

Hun glæder sig dog over, at man har bevæget sig lidt ift. den mere sundhedsfaglige opfattelse af demens.

"I mange år har man behandlet demenssygdomme i psykiatrien, men nu kigger man i højere grad på den med neurologiøjne. Mere som en hjernesygdom end noget, man bare får, fordi man bliver gammel," siger Gitte Kirkegaard og understreger:

"Der er et behov for, at demens bliver taget mere alvorligt. I samfundet og i alle grene af sundhedsvæsenet."

Én vidensperson per afdeling

Oversygeplejerske på Hukommelsesklinikken på Rigshospitalet Hanne Sørensen mener ligesom Gitte Kirkegaard, at viden om og uddannelse i demens er helt essentielt. Også på de sygehusafdelinger, der ikke beskæftiger sig specifikt med sygdommen.

"Jeg tror, at patienter med demens kan komme til at fylde lidt negativt, hvis man ikke ved, hvad man har med at gøre. Sygeplejerskerne på en ortopædkirurgisk afdeling eller en hjerteafdeling er superdygtige til deres speciale, men har måske ikke forståelse for, at patienten let bliver forvirret og utryg," forklarer hun.

Hun mener, at stigningen i antallet af patienter med demens, der kommer på hospitalet af andre årsager end demens, skaber et behov for, at der er mindst én på hver afdeling, der er opdateret på viden om demens.

"Jeg tror ikke, det er realistisk, at alle sygeplejersker på en sengeafdeling hele tiden er opdaterede på viden om

demens. Men hvis der bare var en enkelt sygeplejerske med ansvar for patienter med demens eller kognitiv svækkelse på hver afdeling, tror jeg, det kunne rykke meget," siger Hanne Sørensen.

Hun fremhæver 'demensvenligt sygehus', som noget, alle afdelinger bør være indrettet efter. På et demensvenligt sygehus er der krav til bl.a. indretning og skiltning, og hun håber, at flere afdelinger vil indrette sig demensvenligt ved at uddanne nøglepersoner, der har essentiel viden om demens.

"Vi har udviklet et E-learningskursus, der hedder ABC Demens til læger, sygeplejersker og plejepersonale, hvor de lærer, hvad man skal være opmærksom på, når det gælder patienter med en kognitiv svækkelse eller demens," fortæller hun.

Sygeplejersker kan opspore

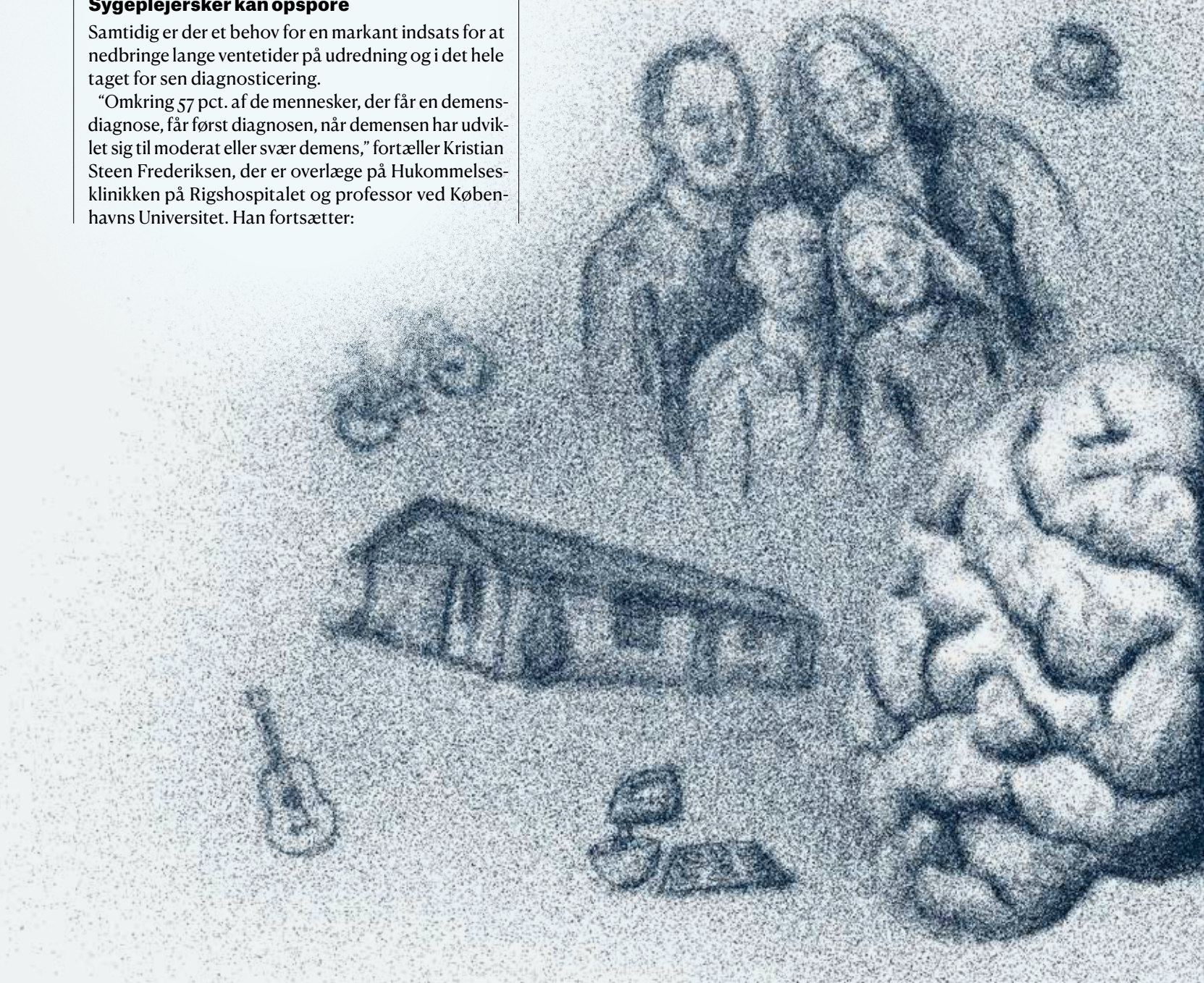
Samtidig er der et behov for en markant indsats for at nedbringe lange ventetider på udredning og i det hele taget for sen diagnosticering.

"Omkring 57 pct. af de mennesker, der får en demensdiagnose, får først diagnosen, når demensen har udviklet sig til moderat eller svær demens," fortæller Kristian Steen Frederiksen, der er overlæge på Hukommelsesklinikken på Rigshospitalet og professor ved Københavns Universitet. Han fortsætter:

"Det betyder, at de har gået i fire, otte måske 10 år med symptomer uden at have fået den behandling, de har brug for."

Her kan hjemmesygeplejersker spille en vigtig rolle i fremtidens sundhedsvæsen, siger Gitte Kirkegaard:

"Jeg mener, at hjemmesygeplejerskerne skal have en hel del viden om demens og være med til tidlig opsporing, enten for at få stillet diagnosen så tidligt som muligt, så vi kan sætte ind med de rette ting, eller for at få afdækket, hvad de ellers fejler."



Desuden håber hun, at man vil øge antallet af demenskoordinatorer, der også kan hjælpe med udredningen, når der er pres på udredningsklinikkerne.

"Man bør kunne komme i kontakt med en demenskoordinator, uanset om man har diagnosen eller bare har en mistanke om det. Det værste, der kan ske, er, at de bliver peget i en anden retning," siger Gitte Kirkegaard.



Demens i 2026

Prognose: Dansk Videnscenter for Demens vurderede i april 2026, at over 146.000 danskere vil have demens i 2040. I 2025 var tallet anslået til 103.000.

Ventetid: Ifølge Rigsrevisionen går der i gennemsnit 165 dage fra henvisning til diagnose. Efter loven om rettidig udredning må det højst tage 30 dage.

Sen og for lav diagnosticering: Der er flere med demens, end der bliver diagnosticeret. Omkring 57 pct. af dem, der får diagnosen, er allerede i moderat eller svær fase.

Kilder: Dansk Videnscenter for Demens, Rigsrevisionen

Fokus på mennesket

Hun synes, det er vigtigt at holde fokus på, hvad det hele handler om: Mennesket med demens.

"Ventetiderne er et problem, man statistisk kan problematisere, men det er ikke det, der fylder mest hos borgerne. Det er det liv, der skal leves hver dag," understreger Gitte Kirkegaard.

Og her handler det på plejecentre og i hjemmeplejen i høj grad om personcentreret pleje og livet efter diagnosen. Hun peger på kognitiv stimulationsterapi, fysisk træning og socialt samvær, som en del af de indsatser, sundhedsfaglige i kommunerne bør fokusere på i den personcentrerede pleje.

Økonomi giver håb

Med udsigten til en ny demenshandleplan er der håb, mener sygeplejerskerne. Regeringen har afsat 680 mio. kr. til demensplanen over de næste fire år i finanslovsudspillet for 2027. Det er en start, mener Gitte Kirkegaard:

"Jeg håber, at beløbet bare er en begyndelse, og at det, der bliver sat i søen med den nye demenshandleplan, er langsigtet og vedvarende. Den næste handlingsplan, vi får, skal handle om det levende liv og om at få implementeret det, vi ved virker."

Også i Dansk Sygeplejeråd, er der begejstring for, at der snart kommer en plan og dertilhørende økonomi for fremtidens demenshåndtering.

"Jeg er glad for, at regeringen vil styrke indsatsen for mennesker med demens og deres pårørende. Men der er brug for, at en fast demenskoordinator er en helt central del af planen. En sundhedsfaglig person, der kan skabe sammenhæng i forløbet og hjælpe både den, der har demens, og de pårørende videre til den rette støtte," siger Harun Demirtas, 1. næstforperson i Dansk Sygeplejeråd.

Han håber på, at de afsatte millioner kan gå til den konkrete støtte, der er behov for. ♥

1 GANG UGENTLIGT
OZEMPIC®
semaglutid injektion

FAGLIGHED OG KLAUSUL I BALANCE

Valget af Ozempic® er din vurdering

Ozempic® har dokumenteret effekt på:*[1]

- Blodsukkerkontrol og vægtreduktion hos voksne med type 2-diabetes
- Reduktion af risikoen for kardiovaskulære hændelser, nyrehændelser og død af alle årsager blandt voksne med type 2-diabetes, der har høj kardiovaskulær risiko og/eller kronisk nyresygdom
- Øget gangdistance hos voksne med type 2-diabetes og symptomatisk perifer arteriesygdom



*26% relativ risikoreduktion for større kardiovaskulære hændelser vs placebo (2,3% absolut risikoreduktion) hos voksne med type 2-diabetes og høj kardiovaskulær risiko. Og 24% relativ risikoreduktion for nyrehændelser vs placebo (4,5% absolut risikoreduktion) hos voksne med type 2-diabetes og kronisk nyresygdom. Samt forbedret maksimal gangdistance på 13% vs. placebo hos voksne med type 2-diabetes og symptomatisk perifer arteriesygdom.[1]

Referencer:

1. Godkendt produktresumé for Ozempic®

Indikation:

Ozempic® er indiceret som et supplement til kost og motion til voksne med type 2-diabetes mellitus, som ikke er tilstrækkeligt kontrolleret. Monoterapi: når metformin anses for uhensigtsmæssigt på grund af intolerance eller kontraindikationer. Som supplement: til andre lægemidler til behandling af diabetes. For studieresultater vedrørende kombinationer, virkning på glykæmisk kontrol, kardiovaskulær sygdom og nyrehændelser og de undersøgte populationer henvises til pkt. 4.4, 4.5 og 5.1 i det fulde produktresumé.[1]

Scan QR-koden og læs mere om Ozempic®

Novo Nordisk Denmark A/S
Kay Fiskers Plads 10, 6. · 2300 København S
www.novonordisk.dk · Kundeservice tlf.: 80 200 240

novo

DK26OZM00012, 04 februar 2026

Produktinformation findes på side 54.

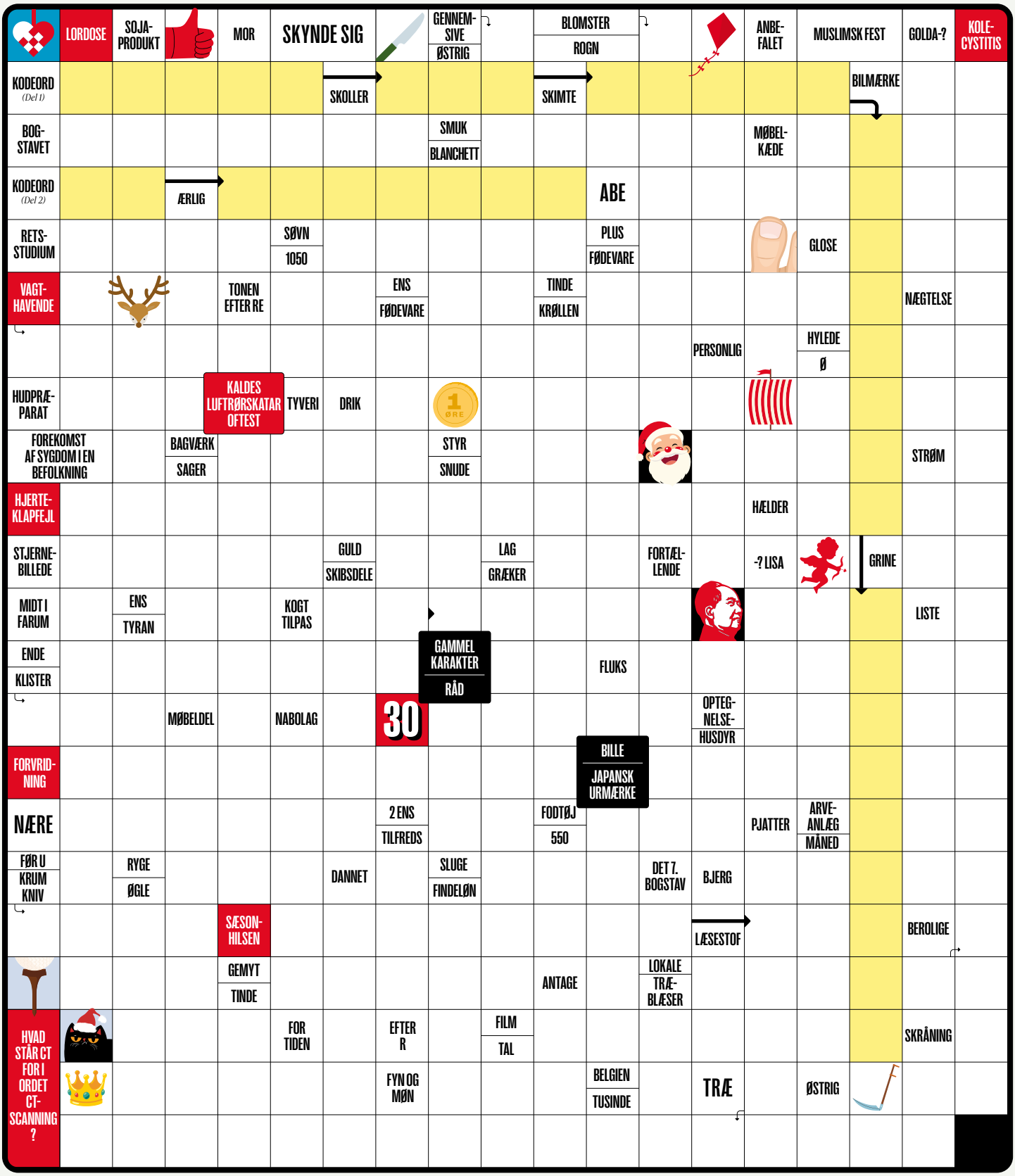
Ozempic® (semaglutid)

Pligttekst
Lægemiddelform: Injektionsvæske, opløsning, i fyldt pen. Klar og farveløs el. næsten farveløs, isotonisk opløsning. **Indikation**: Ozempic® er indiceret som et supplement til kost og motion til voksne med type 2-diabetes mellitus, som ikke er tilstrækkeligt kontrolleret. Monoterapi: når metformin anses for uhensigtsmæssigt på grund af intolerance el. kontraindikationer. Som supplement: til andre lægemidler til behandling af diabetes. For studieresultater vedrørende kombinationer, virkning på glykæmisk kontrol, kardiovaskulær sygdom og nyrehændelser og de undersøgte populationer henvises til pkt. 4.4, 4.5 og 5.1 i det fulde produktresumé. **Dosering og administration**: Startdosis: 0,25 mg semaglutid én gang ugentligt. Efter 4 uger: Dosis øges til 0,5 mg én gang ugentligt. Efter mindst 4 uger med en dosis på 0,5 mg én gang ugentligt kan dosis øges til 1 mg én gang ugentligt for yderligere at forbedre den glykæmiske kontrol. Efter mindst 4 uger med en dosis på 1 mg én gang ugentligt kan dosis øges til 2 mg én gang ugentligt for yderligere at forbedre den glykæmiske kontrol. Semaglutid 0,25 mg er ikke en vedligeholdelsesdosis. Ugentlige doser større end 2 mg anbefales ikke. Ved anvendelse som supplement til en eksisterende metformin- og/el. thiazolidindionbehandling el. til en SGLT2-hæmmer, kan den aktuelle dosis metformin- og/el. thiazolidindion el. SGLT2-hæmmer fortsætte uændret. Ved anvendelse som supplement til en eksisterende behandling med sulfonylurinstof el. insulin, skal det overvejes at reducere dosis af sulfonylurinstof el. insulin for at reducere risikoen for hypoglykæmi. Selv-monitorering af glucose i blodet er ikke nødvendig for at justere dosis. Selv-monitorering af glucose i blodet er nødvendigt for at justere dosis af sulfonylurinstof og insulin, særligt ved initiering af Ozempic® og ved reduktion af insulindosis. Det anbefales at reducere insulindosis trinvist. Glemt dosis: Hvis en dosis glemmes, skal den administreres hurtigst muligt og inden for 5 dage efter den glemte dosis. Hvis der er gået mere end 5 dage, skal den glemte dosis springes over, og næste dosis administreres på den planlagte dag. Ændring af doseringsdag: Dagen for den ugentlige administration kan ændres om nødvendigt, så længe tiden mellem to doser er mindst 3 dage (>72 timer). Ældre: Dosisjustering er ikke nødvendig. Nedsat nyrefunktion: Dosisjustering er ikke nødvendig. Erfaring med brug af semaglutid til patienter med nyresygdom i slutstadiet er begrænset. Nedsat leverfunktion: Dosisjustering er ikke nødvendig. Erfaring ved svært nedsat leverfunktion er begrænset. Der bør udvises forsigtighed ved behandling af disse patienter med semaglutid. Pædiatrisk population: Sikkerheden og virkningen af semaglutid hos børn og unge under 18 år er ikke klarlagt. Ingen data. Administration: Ozempic® administreres én gang ugentligt når som helst i løbet af dagen, med el. uden mad. Injiceres subkutant i maven, låret el. overarmen. Injektionsstedet kan ændres uden dosisjustering. Må ikke administreres intravenøst el. intramuskulært. **Kontraindikationer**: Overfølsomhed over for det aktive stof el. over for et el. flere af hjælpestofferne. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler**: Må ikke anvendes til behandling af diabetisk ketoacidose. Semaglutid er ikke en erstatning for insulin. Der er rapporteret om diabetisk ketoacidose hos insulinafhængige patienter, som hurtigt fik seponeret el. dosisreduceret insulin, ved initiering af behandling med en GLP-1-receptoragonist. Der er ingen erfaring med behandling af patienter med kongestiv hjerteinsufficiens i NYHA-klasse IV (New York Heart Association), og semaglutid anbefales derfor ikke til disse patienter. Aspiration i forbindelse med fuld narkose el. dyb sedation (dyb beroligelse): Der er rapporteret tilfælde af lungeaspiration hos patienter i behandling med GLP-1-receptoragonister i forbindelse med fuld narkose el. dyb sedation. Derfor bør den øgede risiko for tilbageværende gastrisk indhold som følge af forsinket gastrisk tømningstid tages i betragtning, inden der gennemføres procedurer med fuld narkose el. dyb sedation. Gastrointestinale virkninger og dehydrering: Brug af GLP-1-receptoragonister kan være forbundet med gastrointestinale bivirkninger. Dette skal overvejes ved behandling af patienter med nedsat nyrefunktion, da kvalme, opkastning og diarré kan forårsage dehydrering, som i sjældne tilfælde kan medføre en forværring af nyrefunktionen. Akut pankreatitis: Der er observeret akut pankreatitis ved brug af GLP-1-receptoragonister. Ved mistanke om pankreatitis, skal semaglutid seponeres; og hvis akut pankreatitis bekræftes, må behandling med semaglutid ikke påbegyndes igen. Der skal udøves forsigtighed hos patienter med tidligere pankreatitis. Hypoglykæmi: Patienter, der behandles med semaglutid i kombination med sulfonylurinstof el. insulin, kan have øget risiko for hypoglykæmi. Risikoen for hypoglykæmi kan nedsættes ved at reducere dosis af sulfonylurinstof el. insulin, når behandlingen med semaglutid påbegyndes. Diabetisk retinopati: Hos patienter med diabetisk retinopati, der er i behandling med insulin og semaglutid, er der observeret en øget risiko for udvikling af komplikationer ved diabetisk retinopati. Der bør derfor udvises forsigtighed ved brug af semaglutid til patienter med diabetisk retinopati, som er i behandling med insulin. Disse patienter skal overvåges nøje og behandles i henhold til kliniske retningslinjer. Hurtig forbedret kontrol af glucose i blodet er forbundet med en forbigående forværring af diabetisk retinopati, men andre mekanismer kan ikke udelukkes. Der er ingen erfaring med semaglutid 2 mg hos patienter med type 2-diabetes med ukontrolleret el. potentielt ustabil diabetisk retinopati, og anbefales derfor ikke til disse patienter. Non-arteritisk anterior iskæmisk opticus neuropati (NAION): Data fra epidemiologiske studier indikerer en øget risiko for non-arteritisk anterior iskæmisk opticus neuropati (NAION) under behandling med semaglutid. Der er ikke identificeret noget tidsinterval for, hvornår NAION kan udvikle sig efter behandlingsstart. Et pludseligt synstab bør føre til oftalmologisk undersøgelse, og behandling med semaglutid bør seponeres, hvis NAION bekræftes. Patienter med gastroparese: Patienter, der behandles med semaglutid, kan opleve mere alvorlige el. svære gastrointestinale bivirkninger. Bør anvendes med forsigtighed hos disse patienter, og anbefales ikke ved svær gastroparese. **Interaktioner**: Semaglutid forsinker ventrikeltømningen og har potentialet til at påvirke absorptionshastigheden af samtidigt oralt indgivne lægemidler. Semaglutid skal anvendes med forsigtighed til patienter, der får orale lægemidler, som kræver hurtig gastrointestinal absorption. Paracetamol: Forsinker hastigheden af ventrikeltømningen, vurderet ud fra farmakokinetik for paracetamol under en standardiseret måltidstest. Dosisjustering ikke nødvendig ved administration sammen med semaglutid. Oral kontraception: Forventes ikke at reducere virkningen af oral kontraception. Atorvastatin: Ændrede ikke den overordnede eksponering for atorvastatin efter én enkelt dosis (40 mg). Digoxin: Ændrede ikke den samlede eksponering el. C_{max} af digoxin efter én enkelt dosis digoxin (0,5 mg). Metformin: Ændrede ikke den samlede eksponering el. C_{max} af metformin efter en dosis på 500 mg to gange dagligt over 3,5 dage. Warfarin og andre coumarinderivater: Ændrede ikke den samlede eksponering el. C_{max} af R- og S-warfarin efter én enkelt dosis (25 mg), og warfarins farmakodynamiske virkning målt efter INR (international normalised ratio) blev ikke påvirket på en klinisk relevant måde. Der er dog rapporteret tilfælde af nedsat INR under samtidig brug af acenocoumarol og semaglutid. Ved initiering af behandling med semaglutid hos patienter i behandling med warfarin el. andre coumarinderivater anbefales hyppig overvågning af INR. **Fertilitet, graviditet og amning**: Kvinder i den fertile alder: Det anbefales at anvende kontraception under behandling med semaglutid. Graviditet: Utilstrækkelige data. Må ikke anvendes under graviditet. Skal seponeres mindst 2 måneder før en planlagt graviditet på grund af den lange halveringstid. Amning: Må ikke anvendes. Fertilitet: Ukendt hos mennesker. **Virkning på evnen til at føre motorkøretøj el. betjene maskiner**: Påvirker ikke el. kun i ubetydelig grad evnen til at føre motorkøretøj el. betjene maskiner. Hvis det anvendes i kombination med sulfonylurinstof el. insulin, skal patienterne rådes til at udvise forsigtighed for at undgå hypoglykæmi **Bivirkninger**: Immunsystemet: Overfølsomhed, anafylaktisk reaktion. Metabolisme og ernæring: Hypoglykæmi ved brug sammen med insulin el. sulfonylurinstof, hypoglykæmi ved brug sammen med andre orale antidiabetika, nedsat appetit. Nervesystemet: Svimmelhed, hovedpine, smagsforstyrrelser, dysgæstesi. Øjne: Komplikationer ved diabetisk retinopati, non-arteritisk anterior iskæmisk opticus neuropati (NAION). Hjerte: Øget hjertefrekvens. Mave-tarm-kanalen: Kvalme, diarré, opkastning, abdominalsmerter, abdominal distension, forstoppelse, dyspepsi, gastritis, gastroøsofageal reflukssygdom, eruktation, flatulens, akut pankreatitis, forsinket ventrikeltømning, tarmobstruktion. Lever og galdeveje: Cholelithiasis. Hud og subkutane væv: Angioødem. Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet: Træthed, reaktioner på injektionsstedet. Undersøgelser: Forhøjet lipase/amylase, vægttab. Beskrivelse af udvalgte bivirkninger: *For beskrivelse af udvalgte bivirkninger, se pkt. 4.8 i det fulde produktresumé.* **Overdosering:** Der er i kliniske studier rapporteret om overdosering med op til 4 mg i én enkelt dosis og op til 4 mg på en uge. Den hyppigst rapporterede bivirkning var kvalme. Alle patienterne restituerede uden komplikationer. I tilfælde af overdosis bør der initieres passende understøttende behandling baseret på patientens kliniske tegn og symptomer. **Udlevering:** Udleveringsgruppe B. Receptpligtigt lægemiddel. **Tilskud:** Ozempic® har klausuleret tilskud. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Novo Nordisk A/S. **Pakninger og priser:** Ozempic® 0,25 mg 1x1,5ml, Ozempic® 0,5 mg 1x3ml, Ozempic® 1 mg 1x3ml (4 doser), Ozempic® 1 mg 1x3ml (8 doser), Ozempic® 2 mg 1x3ml. Dagsaktuelle priser findes på www.medicinpriser.dk. (DK26OZM00063).
Læs altid indlægssedlen omhyggeligt inden produktet tages i brug. Den fuldstændige produktinformation kan vederlagsfrit fås ved henvendelse til Novo Nordisk Denmark A/S, Kay Fiskers Plads 10, 2300 Kbh. S, telefon +45 80 200 240. Besøg også www.novonordisk.dk.
(Ver. 06/2026).

1 GANG UGENTLIGT
OZEMPIC®
semaglutid injektion

Novo Nordisk Denmark A/S
Kay Fiskers Plads 10, 6. · 2300 København S
www.novonordisk.dk · Kundeservice tlf.: 80 200 240

novo



Lexi.dk

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 22. januar 2027.

Scan koden!
For at maile dit svar.



Christian Nørgaard Meyer er knapt trådt ind ad døren, før han retter blikket mod lille Alfred. Sundhedsplejersken søger øjenkontakt med barnet, og snart er han i gang med bl.a. at undersøge højde, drøjde og motorik.



Familier tror, han er gået forkert

Christian Nørgaard Meyer er måske **Danmarks eneste mandlige sundhedsplejerske**. På cykel besøger han familier i Brønshøj og Husum, hvor han følger de mindste børns udvikling og hjælper familierne med alt fra amning til forældrenes trivsel. Men indimellem kommer hans køn i vejen.

Tekst **Josephine Stær** og **Anton Kjøller Alexandersen**
Foto **Anton Kjøller Alexandersen**

"Jeg kan godt se, du er lidt fjern i blikket."

Med sine 185 cm., en ørering i venstre øre og brede skuldre, fylder sundhedsplejerske Christian Nørgaard Meyer godt i rummet. Lige nu er det tre måneder gamle Alfred, der har hans fulde opmærksomhed.

Han står bøjet over puslebordet hjemme hos familien i Brønshøj, hvor Alfred ligger og pludrer.

Christian Meyer Nørgaard læner sig længere ned mod drengen og forsøger at fange hans blik.

"Hej med dig," hvisker han. Han gentager ordene med en dæmpet stemme, mens han holder øje med Alfreds reaktioner. Han kigger efter, om drengen søger øjenkontakt og viser ansigtsmimik.

Men Alfred er træt, og Christian Nørgaard Meyer vurderer, at han ikke kan gennemføre en screening af hans sociale kontakt. Han forklarer forældrene, at man ved, at når et barn er træt, sulten eller sløj, kan man ikke få et brugbart resultat.

"Jeg havde perioder, hvor jeg havde samspil med ham, jeg fik nogle smil og noget ansigtsmimik. Så jeg ser lidt af det, jeg gerne vil se, men jeg ville selvfølgelig gerne se mere i en længere periode, men jeg er ikke bekymret," fortæller han.

Christian Nørgaard Meyer er på hjemmebesøg hos Alfred og hans forældre, Kristine Skov og Emil Ravnkilde. Som sundhedsplejerske cykler han rundt mellem familier i Brønshøj og Husum, hvor han følger de mindste børns udvikling og hjælper forældrene med de spørgsmål og bekymringer, der følger med at have små børn.

Mere end vægt og målebånd

Christian Nørgaard Meyer er færdig med at undersøge Alfred, der nu græder. Emil Ravnkilde lægger ham i en lift og går rundt i huset og vugger ham.

Sundhedsplejersken finder sin computer frem og taster drengens mål ind. Men besøget handler om mere end Alfreds udvikling. Det handler også om, hvordan resten af familien har det.

Ved spisebordet fortæller Kristine Skov, at deres datter er begyndt at reagere på at have fået en lillebror.



Christian Nørgaard Meyer lægger sig på gulvet for at undersøge, hvor god Clara er til at ligge på maven og løfte hovedet.

"Det er en måde for hende at få jeres opmærksomhed på. Det gør børn. Børn tester grænser og ser, hvor langt de kan trække den. Og det er, fordi dynamikken er ændret herhjemme, for nu er I pludselig fire, og du er ikke lige så tilgængelig mere," forklarer han og smiler beroligende til hende.

"Det giver mening," svarer Kristine Skov lettet.

For at forklare, hvad der kan ligge bag storesøsters reaktioner, introducerer Christian Nørgaard Meyer Tryghedscirklen, som er en model, der viser, hvordan børn har brug for deres forældre både som en tryg base, hvorfra de kan udforske verden, og som en tryg havn, de kan vende tilbage til, når de har brug for nærhed og støtte.

"I er den trygge base, hvor hun bliver tanket op på tryghed, og så bevæger hun sig ud i verden for at opdage. Og når hun har brug for noget, vender hun tilbage," forklarer han.

Han finder en illustration af cirklen frem på computeren, og Kristine Skov læner sig ind over bordet for at kunne se med, mens de fortsætter samtalen om storesøsters reaktioner.

"Hun reagerer herhjemme, fordi I er hendes trygge havn," siger han og peger på skærmen.

Kristine Skov fortæller, at det især er hårdt, når datteren afviser hende.

"Det kommer igen," beroliger Christian Nørgaard Meyer.

Alle familiers hjemmebane

Christian Nørgaard Meyer blev uddannet sygeplejerske i 2006 og har siden hen primært arbejdet på hospital, indtil han i 2023 blev uddannet sundhedsplejerske.

"Det er en helt anden måde at være sygeplejerske på. På hospitalet er det patienterne, der kommer til sygeplejerskerne, hvor de møder personalet i uniformer og træder ind på hospitalets præmisser. Som sundhedsplejerske er det omvendt," siger han.

> Jeg synes, at det er ærgerligt, når debatten begynder at handle om køn frem for kvalifikationer.
>
> **Christian Nørgaard Meyer**
> sundhedsplejerske

Christian Nørgaard Meyer møder op i sit eget tøj og træder ind i familiernes hverdag, hvor det er ham, der er gæst. Det betyder ofte, at familierne er mere afslappede. Men det stiller andre krav til ham som sygeplejerske, for når han kommer ind ad døren, skal han fornemme, hvem han står over for, og hvad familien har brug for.

Den eneste i Danmark

I dag er han blevet budt indenfor hos familierne i Brønshøj, men det er ikke altid, han får lov til at træde over dørtærsklen hos andre familier. Han oplever af og til at blive valgt fra som sundhedsplejerske, alene på grund af sit køn, hvilket han aldrig oplevede i sine mange år som sygeplejerske.

"I de år, jeg arbejdede som sundhedsplejerske på Amager, blev jeg fravalgt to gange. Men efter jeg er kommet til Brønshøj-Husum, har jeg oplevet det et par gange inden for kort tid," forklarer han.

Christian Nørgaard Meyer er en af ganske få mænd i sundhedsplejen. Måske endda den eneste af sin slags i Danmark. Selvom han skiller sig ud i et fag, hvor kun 4,6 pct. er mænd, er det ikke noget, han selv skænker mange tanker i hverdagen.

"Jeg tænker ikke så meget over det, men jeg har da oplevet situationer, hvor jeg har kunnet se, at der var nogen, der tænkte, jeg var gået forkert," fortæller han og tilføjer:

"Jeg bliver ærgerlig over, at jeg ikke får en chance for at vise, hvad jeg kan."

Kønnet kommer i vejen

Christian Nørgaard Meyer understreger, at det ikke er usædvanligt, at sundhedsplejersker bliver valgt fra. Familier kan have forskellige grunde til at ønske en anden sundhedsplejerske, og det tager han som regel ikke så tungt. Men når afvisningen alene skyldes hans køn, er det anderledes.

"Det rammer mig lidt hårdere at blive fravalgt på grund af mit køn, end at der er nogle, der ikke bryder sig om mig eller den måde, jeg siger tingene på."

Samtidig har han forståelse for, at nogle kvinder kan foretrække en kvindelig sundhedsplejerske i bestemte situationer.

Det er altså ikke ønsket om en kvinde i sig selv, der går ham på. Det er, når han bliver afvist på forhånd, uden at familien har mødt ham eller oplevet hans faglighed.

"Jeg synes generelt set, at det er ærgerligt, når debatten begynder at handle om køn frem for kvalifikationer."

Blik for små signaler

Ved dagens sidste hjemmebesøg er det otte uger gamle Clara og hendes forældre, Cecilie Banche og Alfred Rasmussen, der er centrum for opmærksomheden.

Christian Nørgaard Meyer har netop målt og vejet Clara på puslebordet i soveværelset.

Nu undersøger han, hvordan hun reagerer på kontakt med ham. Clara græder, og sundhedsplejersken forsøger at trøste hende med en lyserød sut. Han står bøjet over puslebordet med sine hænder, som er iklædt blå plastikhandsker, bag hendes hoved.

"Hjalp det lige at få sutten? Så kom der lidt mere ro på," siger han med dæmpet stemme. Clara stopper med at græde, og han holder øje med hendes mimik, lyde og bevægelser.

"Jeg ved ikke, om I kan huske det fra den store, men det, jeg kigger på her, er, hvor meget energi jeg skal bruge for at få øjenkontakt med hende, og hvor god hun er til at holde den," forklarer han til forældrene, der står ved siden af og følger med.

Undersøgelsen hedder Alarm Distress Baby Scale og bruges til at vurdere barnets sociale kontakt.

"Det er ikke fordi, jeg gerne vil se en baby, der smiler hele tiden, selvom det er hyggeligt. Jeg vil bare gerne se nogle følelser fra barnet."

Efter undersøgelsen skal Clara ned på gulvet. Christian Nørgaard Meyer sætter sig i skrædderstilling og tager imod Clara, som hendes far rækker til ham. Da hun bliver lagt på maven på tæppet, for at undersøge, hvordan hun løfter hovedet, begynder hun at græde.

"Det kan være, at det er for tæt på sovetid?" siger han.

Selv lægger han sig ned på siden, så han kommer i øjenhøjde med Clara og kan forsøge at fange hendes blik.

"Hej Clara," siger han roligt og kort efter vurderer han, at hun er for træt.

Bløde mænd?

Claras mor, Cecilie Banche, fortæller, at hun var overrasket, da hun opdagede, at familiens sundhedsplejerske var en mand. Da hun skulle se, hvilken sundhedsplejerske, de fik tilknyttet, troede hun først, at det var en Christina.

Sundhedsplejen i Danmark

- Der er 1.907 sundhedsplejersker i Danmark.
- 99 pct. af alle familier får besøg af sundhedsplejen i barnets første leveår.
- Sundhedsplejen har eksisteret i Danmark i 90 år, og blev oprindeligt indført for at nedbringe spædbarnsdødeligheden.
- Specialuddannelsen tager 1,5 år, og du skal have mindst 3 års relevant klinisk sygeplejeerfaring.
- Hvert år færdiggør ca. 120 sygeplejersker specialuddannelsen.

Kilder: Dansk Sygeplejeråd

"Vi har haft gode erfaringer med Christian. Han er superrar og god til at forklare tingene og svare på vores spørgsmål," siger Cecilie Banche.

Selvom det er anden gang, hun er blevet mor, kan der være meget at være i tvivl om, når der kommer en lille ny til verden. Derfor betyder det meget for hende at have en sundhedsplejerske, som kan svare på spørgsmål og hjælpe med de bekymringer, der opstår undervejs.

"Jeg synes, selvom man måske ikke skal sige det, at det har været en bedre oplevelse end første gang. Mænd er måske lidt mere bløde i det. Vi har været rigtig glade for Christian," smiler hun.

Besøget hos Clara og hendes forældre er slut. Christian Nørgaard Meyer pakker sine ting sammen og går ud til sin cykel og kører videre til hovedkontoret.

Fra uoverskueligt til håndterbart

For Christian Nørgaard Meyer er det mødet med familierne, der gør arbejdet som sundhedsplejerske meningsfuldt. Selvom vægten og målebåndet er hans vigtigste arbejdsredskaber, handler hans arbejde også om at hjælpe forældrene med deres bekymringer og udfordringer.

"Det giver mening for mig at være i sygeplejefaget, og især sundhedsplejen, fordi jeg føler, at jeg gør en forskel. Og det gør jeg, når jeg tager fra en familie, som har et problem, de oplever som værende uoverskueligt, og jeg så, inden jeg går ud ad døren, har hjulet dem, så det nu er håndterbart for dem. Det er derfor, jeg blev sundhedsplejerske," fortæller han. ♥



Med de blå plastichandsker undersøger sundhedsplejerske Christian Nørgaard Meyer lille Alfred på puslebordet.

wegovy®
semaglutid pille
semaglutid injektion

Referencer:

1. Godkendt produktresumé for Wegovy® pille.
2. European Medicines Agency (EMA). News: First oral GLP-1 treatment for weight management (22. maj 2026). tilgængelig her: https://www.ema.europa.eu/en/news/first-oral-glp-1-treatment-weight-management. Sidst tilgået 14. august 2026.
3. Godkendt produktresumé for Wegovy® injektion.

Wegovy® (semaglutid) Pligttekst

Lægemiddelform: Injektionsvæske, opløsning i fyldt pen (klar og farveløs isotonisk opløsning) og tabletter. **Indikation**: *Injektionsvæske, opløsning:* Voksne: Indiceret som et supplement til en kaloriefattig kost og øget fysisk aktivitet til vægtkontrol, herunder vægttab og vægtvedligeholdelse, hos voksne patienter med et start-BMI (*Body Mass Index*) på ≥30 kg/m² (svær overvægt) el. ≥27 kg/m² til <30 kg/m² (overvægt) og min. en vægtrelateret komorbiditet, såsom dysglykæmi (prædiabetes el. type 2-diabetes mellitus), hypertension, dyslipidæmi el. obstruktiv søvnapnø el. kardiovaskulær sygdom. For studieresultater vedrørende reduktion af kardiovaskulær risiko, overvægtsrelateret hjertesvigt og undersøgte populationer, se pkt. 5.1. i det fulde produktresumé. Unge (≥12 år): Indiceret som et supplement til en kaloriefattig kost og øget fysisk aktivitet til vægtkontrol hos unge patienter i alderen fra 12 år og derover med svær overvægt* og legemsvægt over 60 kg. Behandling skal ophøre og re-evalueres, hvis de unge patienter ikke har reduceret deres BMI med min. 5% efter 12 uger på 2,4 mg el. maksimal tolereret dosis. *Tabletter*: Indiceret som et supplement til en kaloriefattig kost og øget fysisk aktivitet til vægtkontrol, herunder vægttab og vægtvedligeholdelse, hos voksne patienter med et start-BMI (*Body Mass Index*) på ≥30 kg/m² (svær overvægt) el. ≥27 kg/m² til <30 kg/m² (overvægt) og min. en vægtrelateret komorbiditet, såsom dysglykæmi (prædiabetes el. type 2-diabetes mellitus), hypertension, dyslipidæmi el. obstruktiv søvnapnø el. kardiovaskulær sygdom. For studieresultater vedrørende de undersøgte populationer, se pkt. 5.1. i det fulde produktresumé. **Dosering og administration**: *Injektionsvæske, opløsning*: Voksne: Vedligeholdelsesdosis på 2,4 mg én gang ugtl. opnås ved at starte med en dosis på 0,25 mg. For at reducere sandsynligheden for gastrointestinale symptomer øges dosis over en periode på 16 uger til vedligeholdelsesdosis på 2,4 mg én gang ugtl. Hvis nødvendigt, kan dosis øges til 7,2 mg én gang ugtl. efter min. 4 uger på 2,4 mg dosis hos voksne med BMI ≥30 kg/m² ved behandlingsstart. Hvis der ikke observeres yderligere klinisk forbedring af legemsvægten med 7,2 mg, sænkes dosis til 2,4 mg én gang ugtl. I tilfælde af signifikante gastrointestinale symptomer skal det overvejes at udskyde dosisoptrapning el. reducere dosis til den tidligere dosis, indtil bedring af symptomer. Uge 1-4: 0,25 mg, uge 5-8: 0,5 mg, uge 9-12: 1 mg, uge 13-16: 1,7 mg, vedligeholdelsesdosis: 2,4 mg el. 7,2 mg. Skift fra oral til subkutan semaglutid: Effekten af skift mellem oral og subkutan semaglutid er ikke nem at forudsige, da oral semaglutid udviser større farmakokinetisk variabilitet i absorption sammenlignet med subkutan semaglutid. Patienter, der behandles med oral semaglutid 25 mg én gang dagligt, kan overgå til subkutan semaglutid 2,4 mg én gang ugentligt. Patienter kan påbegynde subkutan semaglutid dagen efter deres sidste dosis af oral semaglutid. Unge: i alderen 12 år og derover bør samme dosisoptrapningsplan anvendes som for voksne. Dosis bør øges, indtil 2,4 mg (vedligeholdelsesdosis) el. maksimal tolereret dosis er nået. Ugtl. doser på over 2,4 mg anbefales ikke. *Tabletter*: Startdosis er 1,5 mg én gang dagligt. Efter fire uger på denne dosis er trinene for dosisoptrapning én gang dagligt 4 mg, 9 mg og 25 mg med en min. varighed på fire uger på hvert dosisniveau. Dosis bør øges, indtil 25 mg (vedligeholdelsesdosis) er nået. Om nødvendigt kan dosis opretholdes på det foregående dosisniveau. Maksimalt anbefalede daglige enkeltdosis er 25 mg. Bør altid tages som kun én tablet dagligt. Der må ikke indtages mere end én tablet dagligt for at opnå effekten af en højere dosis. Skift fra subkutan til oral semaglutid: Effekten af skift mellem subkutan og oral semaglutid er ikke nem at forudsige, da oral semaglutid udviser større farmakokinetisk variabilitet i absorption sammenlignet med subkutan semaglutid. Patienter, der behandles med subkutan semaglutid 2,4 mg én gang ugentligt, kan overgå til oral semaglutid 25 mg én gang dagligt. Patienter kan påbegynde oral semaglutid én uge efter deres sidste dosis af subkutan semaglutid. Patienter med type 2-diabetes: *Injektionsvæske, opløsning og tabletter*: Risikoen for hypoglykæmi kan reduceres ved at reducere dosis af sulfonylurinstof el. insulin, når behandling med semaglutid påbegyndes. Glemt dosis: *Injektionsvæske, opløsning*: Hvis en dosis glemmes, skal den administreres hurtigst muligt og inden for 5 dage. Hvis der er gået mere end 5 dage, skal glemt dosis springes over, og næste dosis skal administreres på den planlagte dag. Hvis flere doser glemmes, bør det overvejes at reducere startdosis for genoptaget behandling. *Tabletter*: Hvis en dosis er glemt, skal den glemte dosis springes over, og den næste dosis skal tages den følgende dag. Ældre (≥65 år): *Injektionsvæske, opløsning og tabletter*: Dosisjustering pga. alder er ikke nødvendig. Erfaring med behandling af patienter ≥85 år er begrænset. Nedsat nyrefunktion: *Injektionsvæske, opløsning og tabletter*: Dosisjustering er ikke nødvendig ved let el. moderat nedsat nyrefunktion. Anbefales ikke til brug hos patienter med svært nedsat nyrefunktion, herunder patienter med nyresygdom i slutstadiet. Nedsat leverfunktion: *Injektionsvæske, opløsning og tabletter*: Dosisjustering er ikke nødvendig hos patienter med let til moderat nedsat leverfunktion. Anbefales ikke ved svært nedsat leverfunktion og bruges med forsigtighed ved let el. moderat nedsat leverfunktion. Pædiatrisk population: *Injektionsvæske, opløsning*: Dosisjustering er ikke nødvendig for unge i alderen fra 12 år og derover. Doser over 2,4 mg anbefales ikke. Sikkerhed og virkning hos børn under 12 år er ikke klarlagt. *Tabletter*: Sikkerhed og virkning af oralt administreret semaglutid hos børn og unge i alderen under 18 år er ikke klarlagt. Administration: *Injektionsvæske, opløsning*: Én gang ugtl., når som helst i løbet af dagen, med el. uden mad. Injiceres subkutant i maven, i låret el. i overarmen. Injektionsstedet kan ændres. Må ikke administreres i.v. el. i.m. Dosis på 7,2 mg kan enten administreres som én injektion på 7,2 mg el. som tre injektioner på 2,4 mg afhængigt af pennen. Injektionerne kan gives i samme kropsområde, men bør være min. 5 cm fra hinanden. Dagen for den ugtl. administration kan om nødvendigt ændres, så længe tidsrummet mellem doser er min. 3 dage (>72 timer). *Tabletter*: Til oral anvendelse. Skal tages på tom mave efter en anbefalet fasteperiode på min. 8 timer. Skal synkes hel med lidt vand (op til et halvt glas vand svarende til 120 ml). Må ikke deles, knuses eller tygges, da det ikke vides, om dette vil påvirke absorptionen. Patienter skal vente min. 30 minutter, før de spiser, drikker eller tager andre oralt administrerede lægemidler. Hvis der ventes mindre end 30 minutter, reduceres absorptionen af semaglutid. **Kontraindikationer**: *Injektionsvæske, opløsning og tabletter*: Overfølsomhed over for det aktive stof el. over for et el. flere af hjælpestofferne. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler**: Aspiration i forbindelse med fuld narkose el. dyb sedation (dyb beroligelse): *Injektionsvæske, opløsning og tabletter*: Der er rapporteret tilfælde af lungeaspiration hos patienter i behandling med GLP-1-receptoragonister (GLP-1-RA) i forbindelse med fuld narkose el. dyb sedation. Derfor bør øget risiko for tilbageværende gastrisk indhold som følge af forsinket gastrisk tømningstid tages i betragtning, inden der gennemføres procedurer med fuld narkose el. dyb sedation. Gastrointestinale virkninger og dehydrering: *Injektionsvæske, opløsning og tabletter*: Brug af GLP-1-RA kan være forbundet med gastrointestinale bivirkninger. Overvej ved behandling af patienter med nedsat nyrefunktion, da kvalme, opkastning og diarré kan forårsage dehydrering, som i sjældne tilfælde kan medføre en forværring af nyrefunktionen. Akut pankreatitis: *Injektionsvæske, opløsning og tabletter*: Der er observeret akut pankreatitis i forbindelse med brugen af GLP-1-RA. Ved mistanke om pankreatitis skal semaglutid seponeres; og hvis akut pankreatitis bekræftes, må behandling ikke genoptages. Forsigtighed udøves hos patienter med tidligere pankreatitis. Non-arteritisk anterior iskæmisk opticus neuropati (NAION): *Injektionsvæske, opløsning og tabletter*: Data indikerer en øget risiko for NAION under behandling med semaglutid. Der er ikke identificeret noget tidsinterval for, hvornår NAION kan udvikle sig efter behandlingsstart. Pludseligt synstab bør føre til oftalmologisk undersøgelse, og behandling med semaglutid bør seponeres, hvis NAION bekræftes. Patienter med type 2-diabetes: *Injektionsvæske, opløsning og tabletter*: Må ikke anvendes som erstatning for insulin. Må ikke anvendes i kombination med andre GLP-1-RA produkter. *Tabletter*: Efterlevelse af doseringsregimet anbefales for at opnå optimal effekt. Hvis behandlingsresponsen er lavere end forventet, bør den behandlende læge være opmærksom på, at absorptionen er meget variabel og kan være minimal, samt at den absolutte biotilgængelighed er lav. Desuden er det forventet, at patienter med diabetes har lavere lægemiddeleksponering og mindre vægtreduktion end patienter uden diabetes. Hos patienter med type 2-diabetes med utilstrækkelig respons på oral semaglutid bør skift til subkutant semaglutid overvejes. Hypoglykæmi hos patienter med type 2-diabetes: *Injektionsvæske, opløsning og tabletter*: Patienter, der behandles med semaglutid i kombination med sulfonylurinstof el. insulin, kan have øget risiko for hypoglykæmi. Risikoen kan nedsættes ved at reducere dosis af sulfonylurinstof el. insulin, når behandling med GLP-1-RA påbegyndes. Diabetisk retinopati hos patienter med type 2-diabetes: *Injektionsvæske, opløsning og tabletter*: Hos patienter med diabetisk retinopati i behandling med semaglutid, er der observeret en øget risiko for udvikling af komplikationer til diabetisk retinopati. Hurtig forbedret kontrol af blodglukose har været forbundet med en midlertidig forværring af diabetisk retinopati, men andre mekanismer kan ikke udelukkes. Ingen erfaring hos patienter med type 2-diabetes med ukontrolleret el. potentielt ustabil diabetisk retinopati og behandling anbefales ikke. Patienter med gastroparese: *Injektionsvæske, opløsning og tabletter*: Patienter, der behandles med semaglutid, kan opleve mere alvorlige el. svære gastrointestinale bivirkninger. Bør anvendes med forsigtighed hos disse patienter, og anbefales ikke ved svær gastroparese. Ikke-undersøgte patientgrupper: *Injektionsvæske, opløsning og tabletter*: Sikkerhed og virkning er ikke undersøgt hos patienter: i behandling med andre præparater til vægtkontrol, med type 1-diabetes, med svært nedsat nyrefunktion, med svært nedsat leverfunktion og med kongestiv hjerteinsufficiens i NYHA-klasse IV. Brug hos disse patienter anbefales ikke. Begrænset erfaring hos patienter: på 85 år og derover, med let el. moderat nedsat leverfunktion og med inflammatorisk tarmsygdom. Skal anvendes med forsigtighed. *Tabletter*: Begrænset erfaring hos patienter: med type 2-diabetes og HbA1c <8% for 25 mg oral semaglutid, med type 2-diabetes i samtidig behandling med insulin for 25 mg oral semaglutid. Skal anvendes med forsigtighed. Hjælpestof, som behandleren skal være opmærksom på: Natrium. **Interaktioner**: *Injektionsvæske, opløsning*: Forsinker ventrikeltømning, og påvirker potentielt absorptionshastigheden af samtidigt oralt administrerede lægemidler. Effekt af semaglutid 7,2 mg på hastigheden af ventrikeltømning er ikke blevet undersøgt. Anvendes med forsigtighed hos patienter, der får orale lægemidler, som kræver hurtig gastrointestinal absorption. Paracetamol: Forsinker ventrikeltømningen. Dosisjustering er ikke nødvendig. Oral kontraception: Forventes ikke at reducere effekten af oral kontraception. Atorvastatin: Ændrede ikke den samlede eksponering efter administration af en enkelt dosis (40 mg). Digoxin: Ændrede ikke den samlede eksponering el. Cmax af digoxin efter en enkelt dosis (0,5 mg). Metformin: Ændrede ikke den samlede eksponering el. Cmax af metformin efter en dosis på 500 mg to gange dagligt over 3,5 dage. Warfarin og andre coumarinderivater: Ændrede ikke den samlede eksponering el. Cmax af R- og S-warfarin efter en enkelt dosis (25 mg). Ved opstart af semaglutidbehandling hos patienter, der får warfarin el. andre coumarinderivater, anbefales hyppig overvågning af INR (international normalized ratio). Pædiatrisk population: Interaktionsstudier er kun udført hos voksne. *Tabletter*: Forsinker ventrikeltømning, og påvirker potentielt absorptionshastigheden af samtidigt oralt administrerede lægemidler. Thyroxin: Monitorering af thyroideaparametre skal overvejes ved behandling af patienter med semaglutid samtidig med levothyroxin. Warfarin og andre coumarinderivater: Ændrede ikke den samlede eksponering el. Cmax af R- og S-warfarin efter en enkelt dosis. Hyppig overvågning af INR anbefales. Rosuvastatin: Omfanget af ændringerne i eksponering anses ikke for klinisk relevant. Digoxin, orale kontraceptiva, metformin, furosemid: Der blev ikke observeret nogen klinisk relevant ændring af AUC eller Cmax for digoxin, orale kontraceptiva (der indeholder ethinylestradiol og levonorgestrel), metformin eller furosemid ved samtidig administration af semaglutid. Omeprazol: Der blev ikke observeret nogen klinisk relevant ændring af AUC eller Cmax for semaglutid ved samtidig indtagelse. Tilstedeværelsen af flere tabletter i maven påvirker absorptionen af semaglutid ved samtidig administration. Efter administration skal patienterne vente 30 minutter før indtagelse af andre orale lægemidler. Pædiatrisk population: Interaktionsstudier er kun blevet udført hos voksne. **Fertilitet, graviditet og amning**: *Injektionsvæske, opløsning og tabletter*: Det anbefales, at kvinder i den fertile alder anvender kontraception. Graviditet: Utilstrækkelige data. Må ikke anvendes. Skal seponeres min. 2 måneder før en planlagt graviditet på grund af lang halveringstid. Amning: Må ikke anvendes. Fertilitet: Virkning ukendt hos mennesker. **Virkning på evnen til at føre motorkøretøj el. betjene maskiner**: *Injektionsvæske, opløsning og tabletter*: Påvirker ikke el. kun i ubetydelig grad evnen til at føre motorkøretøj el. betjene maskiner. Svimmelhed kan forekomme under dosisoptrapning. Ved type 2-diabetes: Ved anvendelse i kombination med sulfonylurinstof el. insulin, skal der udvises forsigtighed for at undgå hypoglykæmi. **Bivirkninger**: *Injektionsvæske, opløsning og tabletter*: Immunsystemet: Anafylaktisk reaktion. Metabolisme og ernæring: Hypoglykæmi hos patienter med type 2-diabetes. Nervesystemet: Hovedpine, svimmelhed, dysgeusi, dysæstesi. Øjne: Diabetisk retinopati hos patienter med type 2-diabetes, non-arteritisk anterior iskæmisk opticus neuropati (NAION). Hjerte: Øget hjertefrekvens. Vaskulære sygdomme: Hypotension, ortostatisk hypotension. Mave-tarm-kanalen: Opkastning, diarré, forstoppelse, kvalme, mavesmerter, gastritis, gastroøsofageal refluksygdom, dyspepsi, eruktation, flatulens, abdominal distension, akut pankreatitis, forsinket ventrikeltømning, tarmobstruktion. Lever og galdeveje: Cholelithiasis. Hud og subkutane væv: Hårtab, angioødem. Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet: Træthed, reaktioner på injektionsstedet (kun for injektionsvæske, opløsning). Undersøgelser: Forhøjet lipase/amylase. Beskrivelse af udvalgte bivirkninger: *For beskrivelse af udvalgte bivirkninger, se pkt. 4.8 i det fulde produktresumé*. **Overdosering**: Overdosering kan være forbundet med gastrointestinale symptomer, som kan føre til dehydrering. I tilfælde af overdosering skal der initieres passende understøttende behandling. **Udleveringsgruppe:** *Injektionsvæske, opløsning*: B**.** Receptpligtigt lægemiddel. **Tilskudsstatus:** Wegovy® har ikke tilskud. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Novo Nordisk A/S. **Pakninger og priser:** Wegovy® FlexTouch® 0,25 mg 1x1,5 ml, 0,5 mg 1x3 ml, 1 mg 1x3 ml, 1,7 mg 1x3 ml, 2,4 mg 1x3 ml. Dagsaktuelle priser findes på www.medicinpriser.dk. Wegovy® SDD 7,2 mg 4x0,75 ml og Wegovy® 1,5 mg 30 tabletter, 4 mg 30 tabletter, 9 mg 30 tabletter, 25 mg 30 tabletter: Priser er anmeldt til Lægemiddelstyrelsens medicinpriser, men endnu ikke offentliggjort. DK26SEMO00094

*Svær overvægt (BMI ≥95. percentil) som defineret på køns- og aldersspecifikke BMI-vækstdiagrammer (CDC.gov).

Læs altid indlægssedlen omhyggeligt inden produktet tages i brug. Den fuldstændige produktinformation kan vederlagsfrit fås ved henvendelse til Novo Nordisk Denmark A/S, Kay Fiskers Plads 10, 2300 Kbh. S, telefon +45 80 200 240. Besøg også www.novonordisk.dk. (Ver. 07/2026).

DK26SEMO000081 2. september 2026

Novo Nordisk Denmark A/S · Kay Fiskers Plads 10, 6. · 2300 København S
www.novonordisk.dk · Kundeservice: 80 200 240

novo

wegovy®
semaglutid pille
semaglutid injektion

Verdens første orale GLP-1 RA til vægtkontrol i en enkelt daglig pille#[1,2]

Snart lanceres
Wegovy® pille
fra Novo Nordisk Danmark



Samme velkendte aktive stof som ved Wegovy® injektionsbehandling[1,3]

Scan koden og book et møde.

Indikation:

Injektionsvæske, opløsning:[3]

Voksne: Indiceret som et supplement til en kaloriefattig kost og øget fysisk aktivitet til vægtkontrol, herunder vægttab og vægtvedligeholdelse, hos voksne patienter med et start-BMI (Body Mass Index) på ≥30 kg/m² (svær overvægt) el. ≥27 kg/m² til <30 kg/m² (overvægt) og min. en vægtrelateret komorbiditet, såsom dysglykæmi (prædiabetes el. type 2-diabetes mellitus), hypertension, dyslipidæmi el. obstruktiv søvnapnø el. kardiovaskulær sygdom. For studieresultater vedrørende reduktion af kardiovaskulær risiko, overvægtsrelateret hjertesvigt og undersøgte populationer, se pkt. 5.1. i det fulde produktresumé.
Unge (≥12 år): Indiceret som et supplement til en kaloriefattig kost og øget fysisk aktivitet til vægtkontrol hos unge patienter i alderen fra 12 år og derover med svær overvægt* og legemsvægt over 60 kg. Behandling skal ophøre og re-evalueres, hvis de unge patienter ikke har reduceret deres BMI med min. 5% efter 12 uger på 2,4 mg el. maksimal tolereret dosis.
* Svær overvægt (BMI ≥95. percentil) som defineret på køns- og aldersspecifikke BMI-vækstdiagrammer (CDC.gov).

Tabletter:[1]
Indiceret som et supplement til en kaloriefattig kost og øget fysisk aktivitet til vægtkontrol, herunder vægttab og vægtvedligeholdelse, hos voksne patienter med et start-BMI (Body Mass Index) på ≥30 kg/m² (svær overvægt) el. ≥27 kg/m² til <30 kg/m² (overvægt) og min. en vægtrelateret komorbiditet, såsom dysglykæmi (prædiabetes el. type 2-diabetes mellitus), hypertension, dyslipidæmi el. obstruktiv søvnapnø el. kardiovaskulær sygdom. For studieresultater vedrørende de undersøgte populationer, se pkt. 5.1. i det fulde produktresumé.

Hvis nødvendigt, kan dosis øges til 7,2 mg s.c. injektion én gang ugtl. efter min. 4 uger på 2,4 mg dosis hos voksne med BMI ≥30 kg/m² ved behandlingsstart. Hvis der ikke observeres yderligere klinisk forbedring af legemsvægten med 7,2 mg, sænkes dosis til 2,4 mg én gang ugtl.[3]

Blandt godkendte lægemidler til vægtkontrol. Wegovy® i pilleform er godkendt til markedsføring i EU. Tidspunktet for introduktion i Danmark er endnu ikke fastlagt.

Novo Nordisk Denmark A/S · Kay Fiskers Plads 10, 6. · 2300 København S
www.novonordisk.dk · Kundeservice: 80 200 240

novo

DK26SEMO00081 2. september 2026



Fra SYGEPLEJEELEVER til VENNER FOR LIVET

De boede dør om dør på sygeplejeskolen, læste og festede sammen og blev hurtigt venner. Siden førte sygeplejen dem i vidt forskellige retninger, men de slap aldrig hinanden. **Nu fejrer de 50-års jubilæum** og ser tilbage på et fag, der har forandret sig lige så meget som dem selv.

Tekst **Helle Lindberg Emarati**
Foto **Michael Drost-Hansen**

"Heeej, hvor er det dejligt at se jer!"

Der bliver uddelt varme kram på omgang, da Ingelis Sander træder ind ad døren og forbi rullekufferterne i entreen.

Karen Korntoft, Lene Bjerre og Ingeborg Hedegaard Kristensen er allerede ankommet. Snakken flyder ubesværet og indforstået, som den kun kan gøre mellem men-



Erik Buus får et varmt knus af Ingelis Sander, da hun ankommer som den sidste.

nesker, der har kendt hinanden i årevis. Duften af friskbrygget kaffe har for længst bredt sig i den hyggelige stue og Erik Buus, gruppens femte mand, skynder sig hen for at sætte de hjemmebagte boller på bordet.

Det er hans lejlighed, vi befinder os i, i et seniorbofællesskab i midten af Herning, hvor *Sygeplejersken* er inviteret med til en særlig omgang eftermiddagskaffe.

Det er 50 år siden, de fem sygeplejersker startede på samme hold på sygeplejeskolen og mødte hinanden for første gang. I morgen går turen til Perpignan i Sydfrankrig, hvor de vil fejre deres jubilæum med en fælles ferie.

"Jeg foreslog det her for lang tid siden, fordi vi har fået tilbud om at låne et hus dernede mange gange, og det aldrig er blevet til noget. Så tænkte jeg, at nu skulle det altså være," fortæller Ingeborg Hedegaard Kristensen, imens hun hælder kaffe op.

Byture, ballade og faglighed

Det var den 1. september 1976, at de fem trådte ind på sygeplejeskolen i Herning for første gang. Flere af dem var kun 18 år gamle, og nogle havde aldrig været hjemmefra før. Dengang var de ikke studerende, men elever. De boede på skolen under opsyn fra forstanderinden og viceforstanderinden. Deres værelser lå ved siden af hinanden, og de blev hurtigt tætte.

"Jeg tror, vi blev venner nærmest med det samme. Det giver et helt særligt sammenhold at bo dør om dør, som jeg ikke tror, de studerende får på samme måde i dag. Man lærer hinanden at kende på en anden måde. Vi læste sammen, gik i byen sammen, tog på ferier sammen og kendte hinandens familier," siger Karen Korntoft.

> Det giver et helt særligt sammenhold at bo dør om dør.
>
> **Karen Korntoft**
> sygeplejerske

Erik Buus flyttede som den eneste i gruppen i en lejlighed for sig selv, men bevarede venskabet og den tætte kontakt med de andre sygeplejeelever. Det var dog ikke uden løftede øjenbryn, at han fik lov til at bo uden for skolen.

"Man så gerne, at vi blev boende dér. Så kunne de jo holde lidt styr på os," siger han.

"Det må man bare sige, at de ikke lykkedes med," indskyder Lene Bjerre tørt, og latteren breder sig straks omkring bordet. Røverhistorierne om festlige byture og forbudte besøg på værelserne sidder løst – men trods sjov og ballade blev studierne altid passet.

"Med alt det faglige, der synes jeg jo, vi var meget seriøse," fortæller Ingelis Sander. "Altså, vi havde det sjovt, når vi gik i byen, men vi var aldrig sådan nogle, der kom nemt om ved det eller bare sprang over, hvor gærdet var lavest."

Ingeborg Hedegaard Kristensen bryder ind.

"Nej, nej, nej. Vi læste jo lektier sammen og hjalp hinanden. Det var hele pakken," siger hun.

"Rend mig i traditionerne"

Livet på sygeplejeskolen var fyldt med regler, både skrevne og uskrevne, men for de fem sygeplejeelever var det ikke altid lige nemt at rette ind. Det var i 1970'erne, og oprør var en del af tidsånden.

"Jeg kan huske, at jeg havde nogle bestemte strømper på, når jeg gik rundt ude hos patienterne. Så fik jeg at vide af forstanderinden, at sådan kunne jeg altså ikke gå klædt. Men jeg tænkte, at det skulle hun ikke have lov at bestemme, så jeg blev ved med at tage dem på – i hvert fald indtil jeg fik så meget skældud, at jeg opgav," fortæller Karen Kortoft.

"Jeg blev også engang irettesat på grund af de sko, jeg havde på," indskyder Lene Bjerre. "Og så var der reglerne for, hvem der måtte være på værelserne om aftenen. Dørene skulle være lukkede klokken 10, og vi måtte ikke have nogen til at overnatte. Det overholdt vi jo bare ikke."

Den dag, de blev færdige som sygeplejersker, kunne de heller ikke dy sig for at udfordre konventionerne en sidste gang.

"De blev ved med at sige, hvad traditionen er, og tradition og tradition og tradition. Så til sidst sagde vi "rend mig i traditionerne" og blev det eneste hold, der nægtede at afgive sygeplejeløftet," siger Karen Korntoft.

Ingelis Sander nikker. "Men i virkeligheden havde vores skole faktisk været lidt foran de andre skoler i forhold til at være moderne og progressive. Sådan noget opdagede vi bare aldrig. Vi var jo unge."

Fra billig arbejdskraft til akademisering

Det var ikke kun forholdene på sygeplejeskolen, der var anderledes i 70'erne. Forskellen på dengang og nu kunne også mærkes ude på afdelingerne, hvor sygeplejeeleverne hurtigt fik meget mere ansvar, end de nødvendigvis var parate til.

"Vi var jo billig arbejdskraft. Jeg passede juleaften og nytårsaften en hel psykiatrisk afdeling uden overhovedet at have forstand på det, og jeg fik besked på bare at ringe, hvis det var noget. Har I ikke også prøvet det?" spørger Karen Korntoft ud i gruppen.

Alle nikker.

"Det ligger jo også i uddannelsen, at den er blevet et studium. Der er meget mere teori, end vi havde. I dag er de meget mere akademiske, hvor vi var meget mere ude ved sengene hele tiden," siger Erik Buus.



I starten var de flere fra sygeplejeskolen, der holdt sammen, men gennem årene er nogle faldet fra. Fra venstre: Erik Buus, Ingelis Sander, Ingeborg Hedegaard Kristensen, Karen Korntoft og Lene Bjerre.

Og det er ikke kun studiet, der har ændret sig. Både sygeplejen og sundhedsvæsnet har på mange måder forandret sig helt ned til, hvor længe patienterne ligger i sengene.

"Dengang var de jo indlagt i uger og måneder. Man fik et helhedsforhold til patienterne. Man lærte dem at kende, og derfor var der en helhedspleje på en anden måde, end der er i dag. Meget er røget ud i takt med, at det ambulante er kommet ind," siger Ingelis Sander og fortsætter:

"Men til gengæld er der også kommet meget mere tværfaglighed ind i arbejdet. Der er jo ikke kun sygeplejersker og læger på hospitalerne i dag, der er mange andre faggrupper. Og det dér med at kunne arbejde sammen i tværfaglige teams, det har en kæmpestor betydning for den pleje og behandling, vi kan give patienterne i forhold til, hvad vi kunne dengang."

Én gang sygeplejerske...

Da de begyndte i Herning, havde de samme uddannelse foran sig, men den kom til at føre dem vidt forskellige steder hen – til anæstesien, sundhedsplejen, ud i kommunen, over i psykiatrien, i forskningen, til Afrika og Grønland.

Nu er fire ud af de fem gået på pension. Men de er alle sammen enige om, at sygeplejerske holder man aldrig helt op med at være.

"Jeg har været i psykiatrien i mange år og arbejdet meget med flygtninge og indvandrere, på asylcenter og for Røde Kors. Men jeg var også sundhedsplejerske, så når børnene nu ringer hjem, kan de sige: "Hej mor, jeg skal lige snakke med sundhedsplejersken." På den måde er det jo en rolle, man aldrig rigtig træder ud af," forklarer Lene Bjerre.

Erik Buus nikker. Han har selv indtaget rollen som "hussygeplejerske" i det seniorbofællesskab, hans lejlighed er en del af.

"Man skal være 60+ for at bo her, og den ældste er 91, så de har jo alle sammen skavanker i varierende grad. Så hvis der er snak om et eller andet, nogen døjer med, så kigger alle automatisk på mig," siger han.

Men det er ikke en byrde, tilføjer Erik Buus:

"Hvis nogen kommer til skade, banker de på her. Og når de har været på sygehuset og har fået en besked i MinSundhed-appen, så skal jeg sige, hvad jeg tænker om det, der står der. Og det gør jeg med glæde."

Respekt og fællesskab

I alle årene, der er gået, har de fem sygeplejersker altid holdt kontakten. De har set hin-

anden mindst to gange om året, rejst sammen og fulgt hinanden i livets op- og nedture. De har boet forskelligt, dannet familier forskelligt og truffet valg, som ikke nødvendigvis lignede hinandens.

At de har holdt sammen så længe, krediterer de bl.a. til det fag, de har til fælles og den respekt, de altid har haft for hinanden som mennesker og sygeplejersker.

"I dag bliver der talt meget om rummelighed. At man skal kunne rumme nogle med andre holdninger. Og der må jeg da sige, at det tror jeg, vi har fået med os fra vores tid på sygeplejeskolen. At vi lever forskelligt og har respekt for hinanden, fordi vi har den her fælles historie," siger Ingeborg Hedegaard Kristensen.

De kan sagtens være uenige. Men uenighederne er aldrig vigtigere end relationen.

"Vi har bare haft sådan dyb respekt for hinandens måde at leve på, hvordan vi vil arbejde, hvordan vi vil have vores hverdag, hvordan vi bor og lever. Det har da været helt fantastisk at få så mange forskellige facetter på, hvordan man kan have et spændende og godt liv som sygeplejerske, selvom det har været utroligt forskelligt," siger Ingelis Sander.

Rundt om bordet bliver kaffen drukket færdig. Historierne afløser hinanden, og for en stund føles det som om, at det var i går, de gik på sygeplejeskolen sammen.

I entreen står kufferterne allerede klar. I morgen rejser de fem igen sammen. 50 år efter den første dag på sygeplejeskolen er de stadig ikke færdige med at skabe fælles minder. ♥

Erik Buus blev intensivsygeplejerske fire år efter endt uddannelse og blev i specialet resten af arbejdslivet, afbrudt af syv år på et væveri. Han har også arbejdet i Norge, Grønland og på Færøerne.

Lene Bjerre startede på intensiv og arbejdede siden mange år i psykiatrien, før hun blev sundhedsplejerske i Holstebro. Her har hun været med i mange projekter i sundhedsplejen og har bl.a. været med til at udvikle "De utrolige år". Hun har også arbejdet på asylcentre, i Røde Kors og knap tre år i Grønland.

Karen Korntoft var anæstesisygeplejerske i 32 år, heraf 15 år som praktikvejleder i Randers. Hun har været udsendt til Etiopien af Folkekirkens Nødhjælp og har sideløbende hjulpet til i sin mand og hendes 3D-printfirma.

Ingelis Sander har været leder det meste af karrieren, bl.a. 14 år på plejehjemmet Lindegården i Herning. Hun desuden været sygeplejelærer i Hvidovre og i Herning. Hun er den eneste af de fem, der stadig arbejder, nu som oversygeplejerske i psykiatrien på Regionshospitalet Gødstrup, og har i 20 år været aktiv i lokalpolitik.

Ingeborg Hedegaard Kristensen har arbejdet på børne- og barselsafdeling og været ulandsfrivillig i Zambia i fire år. Hun har en MPH og en ph.d., har været censor og forsker ved Aarhus Universitet med fokus på Marte Meo-metoden og er stadig tilknyttet forskningsprojekter.



De fem venner og deres holdkammerater, som de så ud, da de dimitterede fra sygeplejeskolen i Herning i 1980.

Ryaltris™ 665 mcg 25 mcg

(olopatadine hydrochloride and mometasone furoate monohydrate nasal spray)

RYALTRIS™ er indiceret til behandling af moderate til svære nasale symptomer forbundet med allergisk rhinitis hos voksne og unge på 12 år og derover.[1]

TIL BEHANDLING AF ALLERGISK RHINITIS SYMPTOM[1]

RYALTRIS™ næsespray er en kombinationsbehandling med mometasonfuroat (25 µg) og olopatadin (600 µg).[1]

Kombinationen viser synergistisk virkning med hensyn til forbedring af symptomer på allergisk rhinitis.[1]

VIL DU VIDE MERE?
ORIONPHARMA.DK/AR



Anbefalet dosis
To pust i hvert næsebor to gange dagligt (morgen og aften).[1]

RYALTRIS™ må ikke anvendes ved samtidig ubehandlet lokalinfektion i næseslimhinden, såsom herpes simplex. Patienter, som for nyligt har gennemgået nasalkirurgi eller har pådraget sig nasale traumer, bør ikke anvende RYALTRIS™, før opheling har fundet sted.[1]

REFERENCE
1. Ryaltris™ produktresumé

Produktinformation findes på side 70.

MAT-DK-RYA-012026-0021 22.09.2026
DK_RYA-03-2026-V01_PRINT AD

ORION PHARMA A/S | TEL 8614 0000 | WWW.ORIONPHARMA.DK

ORION PHARMA

Højt sygefravær blandt nyuddannede

Nyuddannede hospitalsansatte sygeplejersker og jordemødre har mere langtidssygefravær end ansatte fra andre brancher med samme uddannelsesniveau. Det viser et nyt studie fra SDU og Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, der har fulgt nyuddannedes helbredsudvikling de første seks år på arbejdsmarkedet i en række brancher.

Studiet bygger på data fra 8.752 nyuddannede sygeplejersker og jordemødre. Ca. 13 pct. af dem forlod jobbet inden for seks år. Det høje sygefravær og psykisk mistrivsel sås op til, at de forlod jobbet.

Dataene viser også, at de hospitalsansatte sygeplejersker og jordemødre oftere bliver diagnosticeret med ryglidelser.

Ifølge forskerne kan resultaterne bruges til at øge fokus på nyuddannede hospitalsansatte, for at flere sygeplejersker og jordemødre skal blive i hospitalsvæsenet.

/shn

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



Illustration iStock

Nattevagter øger inflammation i kroppen

Natarbejde vender ikke kun op og ned på døgnrytmen. Et nyt studie viser, at flere nattevagter for hospitalsansatte er forbundet med et højere inflammationsniveau i kroppen. Det højeste niveau blev fundet blandt medarbejdere med fast natarbejde, men også medarbejdere med nattevagter flere dage i træk havde højere inflammation end dem med faste dagvagter.

Et forhøjet inflammationsniveau betyder, at kroppen enten har en betændelsestilstand, infektion eller vævsskade, og det kan hænge sammen med øget risiko for kroniske sygdomme som f.eks. hjerte-kar-sygdomme.

Forskerne har vurderet inflammationsniveauet ud fra målinger af C-reaktivt protein (CRP) i blodprøver fra 929 kvindelige hospitalsansatte med forskellige arbejdstider.

Studiet viser også, at forskerne ikke endeligt kan forklare, hvorfor natarbejdere har et højere inflammationsniveau. En arbejdshypotese er dog, at natarbejde fører til højere vægt pga. forskydninger i søvn, måltider og fysisk aktivitet, og et højere BMI øger inflammationsniveauet.

Studiet *'Body mass index links night work intensity with higher low-grade systemic inflammation: results from a field study in humans'* er lavet af Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, NFA.

/ehh

Humor gavner telemedicin

Telemedicin gør det muligt for hospitalsspecialister at følge diabetiske fodsår via platformen Pleje.net, hvorfra kommunale sygeplejersker løbende deler billeder og oplysninger.

Men teknologien kan ikke stå alene. Det viser en ny evalueringsrapport, som har samlet erfaringerne fra et flerårigt forskningsprojekt lavet af Karkirurgisk Forskning, Sårcenter Viborg og VIA University College. En stærk relation mellem patient og sundhedspersonale samt et godt samarbejde mellem sektorer er afgørende for et godt behandlingsforløb og for, om teknologien bruges.

Rapportens delkonklusioner:

1. Telemedicin kan styrke personcentret pleje og patientinddragelse.
2. En humoristisk og støttende relation mellem patient og sundhedspersonale kan fremme effekten af telemedicin.
3. Videndeling, kontinuitet og tværfagligt samarbejde øger brug af teknologien.

/shn

Skal hun give den "besværlige" søn mere ADHD-medicin?

Susan er i tvivl om, hvorvidt hun skal **forsøge at bevare sin relation** med en 16-årig dreng eller give ham mere ADHD-medicin, som faren ønsker, fordi han oplever drengen som besværlig.

Tekst **Laura Elisabeth Lind**
Illustration **Andrea Ucini**

Susan sidder i ambulatoriet overfor en 16-årig ung mand og hans far. Faren dominerer, overtager samtalen og tager styring over narrativet om sønnen. Sønnen er i medicinsk behandling for ADHD og kommer derfor til løbende kontroller i ambulatoriet i børne- og ungepsykiatrien, hvor Susan arbejder som sygeplejerske.

"Jeg starter med at spørge den unge mand, hvordan det går, men faren begynder hurtigt at brokke sig over drengen. Han er doven og husker ikke deres aftaler.

Faren og moren er skilt, og faren bor alene med sønnen og en storebror. Jeg sidder tilbage med et billede af, at faren synes, at storebroren er dydsmønsteret, og sønnen på 16 er den besværlige."

Faren fortsætter: De to har mange konflikter i hjemmet, faren må sørge for det hele, og sønnen tager ikke ansvar for sin medicinske behandling.

"Den unge mand sidder og smiler. Han *pleaser* far, og jeg oplever ham som lidt kuet."

Susan kan hurtigt gennemskue, at farens frustration og måde at beskrive konflikterne i hjemmet på handler om, at han ikke har forståelse for sønnens kernesymptomer. Det er naturligt, at sønnen f.eks. har svært ved at koncentrere sig og huske ting, ligesom en ADHD-diagnose også vil betyde, at sønnen kan være meget impulsiv.

"Hvis de hverdagsrammer, man er i, oven i købet er udfordret, kan symptomerne forstærkes, og man kan have manglende overskud og svært ved f.eks. at tage opvasken, når far synes, man skal. For det tankepres, man har, belaster én og bliver ikke bedre af udfordrede rammer i hjemmet. Tværtimod," siger Susan.

Hun mærker, at hun er kommet i klemme i samtalen. For når hun henvender sig direkte til sønnen og spørger, hvordan han oplever konflikterne, og om det er svært for ham at huske ting, er faren uforstående. Faren kan ikke se, at der ikke er tilstrækkelig støtte fra ham.

"Han fanger slet ikke, hvor vi er på vej hen, men siger bare, at sønnen skal have mere medicin, for at der kommer mere ro på ham, så de ikke har alle de konflikter. Men jeg vurderer, at faren mangler indsigt i ADHD's betydning for drengens adfærd, og at han tænker, det bare skal dulmes med medicin, så sønnen kan makke ret," siger hun og tilføjer:

"Samtidig ser jeg en ung mand, der er forsagt. Han ser ud, som om han selv tænker: "Jeg er et problem, så jeg skal holdes nede, dopes lidt, så familien kan fungere."

> Han *pleaser* far, og jeg oplever ham som lidt kuet.





Så hvad skal Susan gøre? Skal hun gå med til at give sønnen mere medicin? På den måde kan hun måske nemmere samarbejde med faren. Men risikerer hun så at udfordre sin relation med den 16-årige søn, fordi han oplever at blive "beroliget", for at far kan holde ud at være sammen med ham?

Eller skal hun hellere forsøge at bevare relationen med drengen ved at vise mere forståelse for, at han ikke er besværlig, men er udfordret ift. at håndtere sin ADHD? Gør hun det, risikerer hun, at faren oplever sig kritiseret for ikke at kunne varetage den opdragende rolle tilstrækkeligt. Det kan udfordre samarbejdet. Hvad gør hun?

Det gjorde sygeplejersken

Susan vælger at tage en snak om ADHD-symptomerne, men går også med til at sætte dosis op.

"Medicinen udgør kun 20 pct. af behandlingen. Resten handler om relationsdannelser, kravregulering, struktur og forudsigelighed. Og her er der kun én forælder, og han skal være med til at støtte op om alt det. Mister jeg samarbejdet med faren, bliver det først rigtig svært."

Efterfølgende har Susan været meget optaget af dilemmaet, og hun forsøgte derfor til de følgende kontroller at få en bedre forståelse for farens tilgang til sønnens ADHD.

"Når mange af vores børn og unge udvikler sig i en positiv retning, så afhænger det ofte af ressourcerne i hjemmet," siger hun og tilføjer:

"Jeg spurgte derfor ind til, hvordan han har det med at være far til en 16-årig med ADHD og til hvilke ressourcer, der er i hjemmet mht. at klare en hverdag med to unge drenge. Alt sammen for at se, om der kunne skrues på noget for at støtte faren bedre og for at skabe et bedre samarbejde mellem den unge, hans far og mig til gavn for den samlede behandling af sønnens psykiske lidelse."

Til de næste kontroller oplever Susan, at relationen mellem de tre blev stærkere.

"Det var en god oplevelse. Jeg kunne ønske mig, at vi havde endnu mere tid til at gå ind i de her terapeutiske snakke. Det vil gavne mange børn og unge."

Del dit dilemma!

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

Ryaltris™ 665 mcg 25 mcg
(olopatadine hydrochloride and mometasone furoate monohydrate nasal spray)

PRODUKTINFORMATION RETTET TIL SUNDHEDSPERSONER | Pligttekst

RYALTRIS: 25µg mometasonfuroat / 600µg olopatadin, næsespray, suspension. Indikation: Ryaltris er indiceret til behandling af moderate til svære nasale symptomer forbundet med allergisk rhinitis hos voksne og unge på 12 år og derover. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for de aktive stoffer eller over for et eller flere af hjælpestofferne. Ryaltris må ikke anvendes ved samtidig ubehandlet lokalinfektion i næseslimhinden, såsom herpes simplex. Da kortikosteroider har en hæmmende indvirkning på sårheling, må patienter, som for nyligt har gennemgået nasalkirurgi eller har pådraget sig nasale traumer, ikke anvende nasale kortikosteroider, før opheling har fundet sted. **Bivirkninger*:** Almindelig (≥ 1/100 til < 1/10), dysgeusi, epistaxis og nasalt ubehag. Ikke almindelig (≥ 1/1.000 til < 1/100), svimmel-hed, hovedpine, somnolens, nasal tørhed, mundtørhed, mavesmerter, kvalme og træthed. **Interaktioner*:** Der er ikke udført interaktionsstudier med Ryaltris. Der er ikke observeret nogen farmakokinetisk interaktion mellem olopatadin og mometasonfuroat, når det administreres i kombination. *Olopatadin:* Ingen interaktioner mellem olopatadin og andre lægemidler. *Mometasonfuroat:* Det forventes, at samtidig behandling med CYP3A-hæmmere, herunder cobicistat- holdige lægemidler, øger risikoen for systemiske bivirkninger. Kombination bør undgås, medmindre fordelen op- vejer den øgede risiko for systemiske kortikosteroid-bivirkninger. Patienterne skal i givet fald overvåges for systemiske kortikosteroid-bivirkninger. **Særlige advarsler*:** Der er blevet rapporteret om tilfælde af nasal ulceration og nasal septum perforation hos patienter efter intranasal applikation af antihistaminer, Der er rapporteret om tilfælde af nasal septum perforation efter intranasal applikation af kortikosteroider. Der er rapporteret tilfælde af epistaxis hos patienter efter intranasal applikation af antihistaminer og kortikosteroider. I kliniske studier med mometasonfuroat administreret intranasalt er der set tilfælde med udvikling af lokaliserede *Candida albicans*-infektioner i næse og svælg. Patienter, der anvender Ryaltris i flere måneder eller længere, bør undersøges regelmæssigt for mulige ændringer i næseslimhinden. Behandlingen med Ryaltris skal seponeres, hvis overfølsomhedsreaktioner opstår. Kortikosteroider bør anvendes med forsigtighed, hvis overhovedet, til patienter med aktive eller latente tuberkuloseinfektioner i luftvejen, ubehandlede lokale eller systemiske svampe- eller bakterieinfektioner, systemiske virale eller parasitære infektioner eller okulær herpes simplex, da disse infektioner kan forværres. Der kan forekomme systemiske kortikos-teroide indvirkninger, når intranasale steroider anvendes i højere doser end de anbefalede eller hos modtagelige personer ved de anbefalede doser. Hvis sådanne ændringer forekommer, bør dosis af Ryaltris seponeres langsomt. Der er rapporteret om somnolens efter administration af Ryaltris, patienterne bør advares mod at beskæftige sig med aktiviteter, der kræver fuld mental opmærksomhed og motorisk koordination. Samtidig brug af Ryaltris med alkohol eller andre centralnervesystem (CNS)-depressiva bør undgås. Samtidig brug af olopatadin (f.eks. øjendråber) og andre antihistaminer administreret nasalt, okulært eller oralt kan øge risikoen for antihistamin-bivirkninger. **Dosering:** Den sædvanlige, anbefalede dosis er to pust i hvert næsebor to gange dagligt (morgen og aften). **Overdosering*:** Der forventes ikke overdoseringsreaktioner med den nasale administrationsvej. **Fertilitet, graviditet og amning*:** Ryaltris bør ikke anvendes under graviditet, med mindre de potentielle fordele for moderen opvejer de mulige risici for moderen, fosteret eller spædbarnet. Det skal besluttes, om amning skal ophøre eller behandling med Ryaltris seponeres/ikke initieres, baseret på en vurdering af fordele/risici. **Pakninger*:** 1 flaske indeholdende 30 ml (240 doser). **Priser:** For dagsaktuel pris se www.medicinpriser.dk. **Udlevering:** B **Tilskudsstatus:** Generelt tilskud. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Glenmark Pharmaceuticals s.r.o. Hvězdova 1716/2b, 14078 Prag 4 Tjekkiet. **Repræsentant:** Orion Pharma A/S Ørestads Boulevard 73, 2300 København. **De med * markerede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til de af Lægemiddelstyrelsen godkendte produktresuméer dateret 11.07.2025.**

Det fuldstændige produktresumé kan rekvireres hos den danske repræsentant: Orion Pharma A/S, Ørestads Boulevard 73, 2300 København S. Tlf. 86140000.

Læs hele produktresuméet før ordination.

Produktinformation for annonce side 66.

Afskriv ikke praktik på et plejecenter

Praktik i primærsektoren står tit **nederst på ønskelisten** blandt sygeplejestuderende. Men under en praktik på et plejecenter fik en studerende vigtige og basale færdigheder i sygepleje.

Som mange andre sygeplejestuderende havde jeg skrevet fem sygehusafdelinger og kun et enkelt plejecenter på mine seks ønsker til praktik. Jeg stod over for min anden praktikperiode på 10 uger på 2. semester.

Da jeg fik besked om, at jeg skulle i praktik på et plejecenter, blev jeg både glad og lidt trist. Ved mit første besøg på Plejehjemmet Ammershøjparken i Lejre Kommune fortalte min vejleder, at jeg var den første sygeplejestuderende, hun havde i praktik. Min første tanke var, at det nok ville blive lidt ensomt, men der tog jeg fejl. Jeg blev en del af et dygtigt sygeplejeteam med fire sygeplejersker, som tog godt imod mig og gav mig mulighed for at udvikle mine faglige kompetencer.

Hver onsdag var der stuegang med en læge fra det lokale lægehus. Det var spændende at opleve, hvordan man vurderede borgernes behandling ud fra deres samlede situation. Jeg fik en større forståelse for, hvor vigtigt det er at se på hele mennesket, og for at livskvalitet og værdighed kan være vigtigere end forebyggende behandling, når livet nærmer sig sin afslutning. Jeg deltog også i flere ligsyn, bl.a. et, hvor jeg assisterede med fjernelse af en pacemaker.

Jeg deltog desuden i *"Hvad er vigtigt for dig?"*-dagen, hvor jeg var ordstyrer ved to møder med pårørende. Det var lærerigt at høre deres tanker og bekymringer og få indblik i, hvor svært det kan være, når en ældre borger ikke længere selv kan udtrykke sine ønsker og behov.

En oplevelse, der især gjorde indtryk på mig, var en samtale med en borger på 98 år om hendes liv. Hun havde dyrket gymnastik gennem mange år, deltaget i opvisninger og været på gymnastikhøjskole. Da jeg selv har dyrket gymnastik, siden jeg var 14 år og også været på gymnastikhøjskole, kunne jeg genkende meget af hendes fortælling. Det blev en helt særlig samtale, der styrkede vores relation, og som mindede mig om, hvor meget man kan lære ved at lytte til et andet menneskes livshistorie.

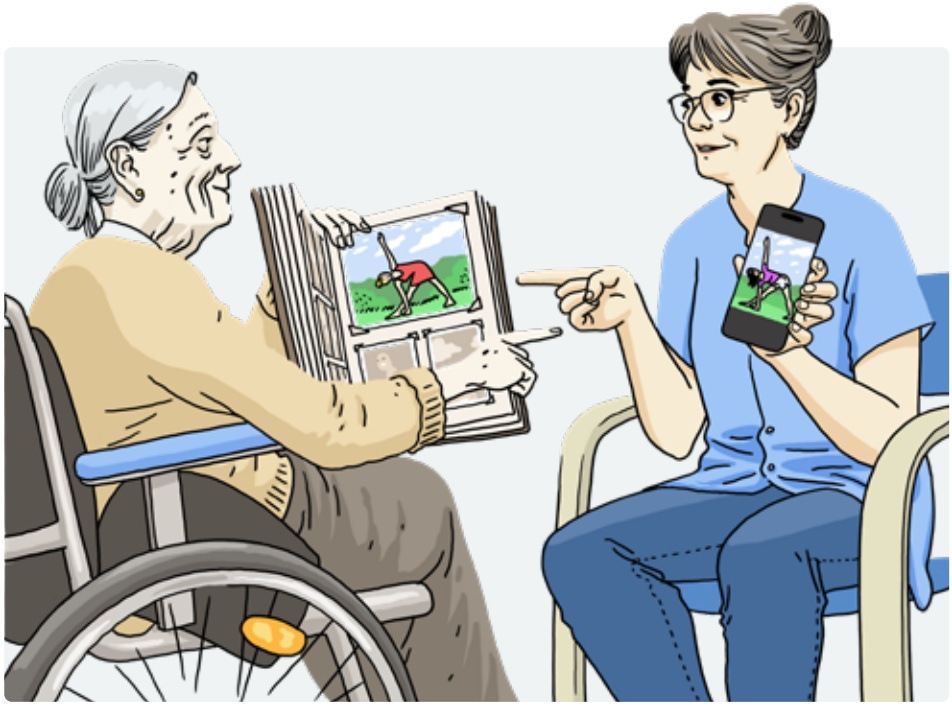


Illustration **Thomas Thorhauge**



Christina Spahl
3. semester
Professionshøjskolen Absalon i Roskilde

Jeg ved, at nogle af mine medstuderende bliver skuffede over at få en praktikplads på et plejecenter. Men jeg mener, at de går glip af noget vigtigt, hvis de på forhånd afskriver denne del af sygeplejen.

Min praktik har vist mig, at sygepleje handler om meget mere end behandling på et sygehus. Det handler også om at skabe tryghed, lytte, lindre og bevare menneskets værdighed.

Mit praktikophold på plejecentret gav mig mange gode oplevelser og en større forståelse for sygeplejen på et plejecenter. Jeg mødte et fagligt dygtigt sygeplejeteam og fik mulighed for at udvikle mig både fagligt og personligt. Jeg tager mange gode erfaringer med mig videre i min uddannelse fra en praktikperiode, jeg ikke ville have været foruden. ♥



Selina Kikkenborg Berg

Uddannet sygeplejerske i 1997

♥

Cand.cur., ph.d.

♥

Professor og forskningsleder i Forskningsenheden for klinisk sygepleje i Hjertecentret: IMPACT - Research & Care, Rigshospitalet.

♥

Master of Public Governance.

Farvel til one size fits all-pleje

Ingen plejeform er den rigtige i alle situationer. Et nyt forskningsprojekt giver i stedet syv anbefalinger til, hvordan sygeplejefaglige ledere kan **organisere plejen ud fra patienternes behov** og medarbejdernes kompetencer.

Tekst **Helle Lindberg Emarati**

Kære sygeplejerske, her kommer en hurtig quiz: Hvilken plejeform er den ultimativt bedste for dine patienter? A) Tildelt patientpleje, B) gruppepleje eller C) en hybrid?

Ifølge sygeplejerske og professor Selina Kikkenborg Berg er det rigtige svar: Ingen af dem.

Det er en af hovedpointerne i rapporten 'Organisering af sygeplejen på danske hospitaler,' som hun er forskningsleder på. Rapporten er udarbejdet af forskergruppen Collaborate to Care og giver syv anbefalinger til fremtidig plejeorganisering.

"Den bedste patientpleje handler ikke bare om at vælge mellem de tre plejeformer, vi kender fra grundbogen i sygepleje. Der skal løbende ligge en samlet ledelsesvurdering bag organiseringen, der bl.a. forholder sig til kontinuitet, afdelingens størrelse, relationen til patienterne, kompetenceudvikling og motivation, sammensætningen af personalegruppen og kompleksiteten af patienternes sygdom og forløb," siger Selina Kikkenborg Berg.

Hun peger på, at undersøgelsen især har gjort det muligt at sætte ord og systematik på de faglige vurderinger, der ligger bag organiseringen af sygeplejen.

"Med rapporten har vi forsøgt at professionalisere og sprogliggøre den ledelsesopgave. Vi kan nu opstille en model for de kriterier, man skal vurdere ud fra samt hvilke overvejelser, der gør den ene eller den anden plejeform fordelagtig," forklarer hun.

Ikke én rigtig model

For undersøgelsen har ikke afdækket en ny plejeform. Tildelt patientpleje, hvor én sygeplejerske selvstæn-

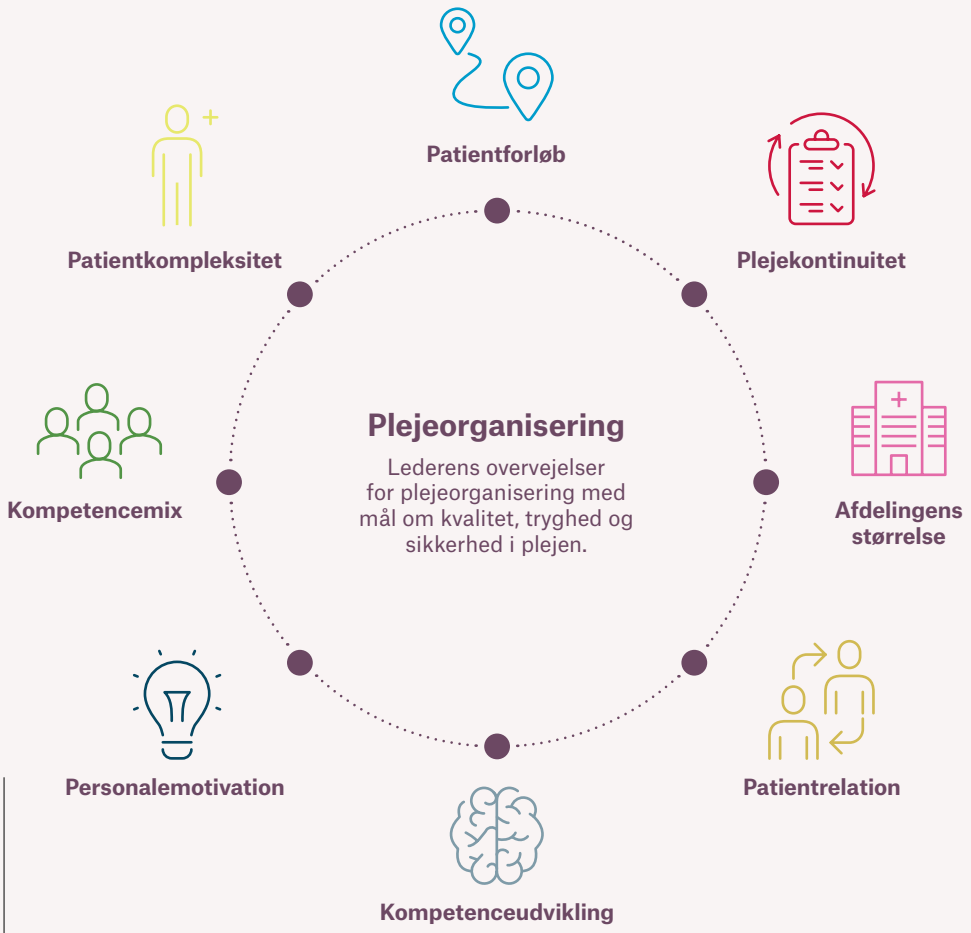
Om undersøgelsen

Rapporten 'Organisering af sygeplejen på danske hospitaler' bygger på 38 gruppeinterviews med 140 klinisk udøvende sygeplejersker og 63 sygeplejefaglige ledere på seks danske hospitaler.

Forskergruppen har undersøgt, hvordan sygeplejen organiseres, hvilke erfaringer sygeplejersker og ledere har med forskellige plejeorganiseringsformer samt hvilke fordele og ulemper, de oplever ved dem.

På baggrund af undersøgelsen har forskerne udviklet en model over faktorer, der bør indgå i overvejelserne om plejeorganisering – herunder patienternes kompleksitet og forløb, kontinuitet, relationen til patienten, afdelingens størrelse, kompetencemix, kompetenceudvikling og medarbejdernes motivation.

Denne figur kan inspirere til en analyse af optimal plejeorganisering i et hospitalsafsnit.



digt yder al pleje til en eller flere patienter i sin vagt, gruppepleje, hvor plejen fordeles mellem flere sygeplejersker og evt. andre faggrupper – eller en kombination af de to – er allerede gammelkendte plejeformer.

Det nye ligger bl.a. i måden, de kendte organiseringsformer bruges på, forklarer Selina Kikkenborg Berg. I praksis bliver de i højere grad blandet, og organiseringen kan ændre sig alt efter patienterne og medarbejderne – og også mellem dag-, aften- og nattevagt.

"Vi dræber den forestilling, at der er én model, som altid er den rigtige. For 25 år siden var tildelt patientpleje f.eks. meget fremme. Det gav kontinuitet, det var det, patienterne ville have, og det var det, politikerne ville have. Og på det tidspunkt var der nok sygeplejersker til at løfte sådan en plejeorganisering, og det gav god mening, fordi alle nogenlunde kunne det samme," siger hun.

Men i dag kan medarbejdergruppen se anderledes ud. Der kan være mange nyuddannede, større forskel på medarbejdernes kompetencer, eller andre faggrupper som f.eks. farmakonomer eller terapeuter involveret i plejen. Det kan øge behovet for at arbejde i grupper, hvor medarbejderne kan supplere hinandens kompetencer.

Det betyder samtidig, at organiseringen ikke nødvendigvis kan fastlægges én gang for alle.

"Som leder er man nødt til at lave et meget større og kontinuerligt analysearbejde. Man kan ikke bare beslutte organiseringen og så køre videre med den. Det kræver en fagprofessionel vurdering, for man kan ikke være leder i en afdeling uden at have forstand på patienternes kompleksitet, kravene til plejen, og hvad medarbejderne kan rent fagligt," siger Selina Kikkenborg Berg.

Daglig vurdering

Behovet for fleksibilitet bliver særligt tydeligt på afdelinger, hvor patientsammensætningen hurtigt kan ændre sig – f.eks. hvor en rolig vagt med stabile patienter kan ændre sig til hektisk aktivitet med et pludseligt indtag af akut syge eller tilskadekomne patienter.

I sådan et scenarie kan en anden organisering af medarbejderne være nødvendig, fortæller Selina Kikkenborg Berg.

"Hvis det er en afdeling, hvor plejekompleksiteten kan ændre sig fra time til time, er man nødt til at kunne omstille sig. De kortere patientforløb og hele effektiviseringen af sundhedsvæsenet betyder, at man skal være meget mere mobil i forhold til at skifte plejeorganisering. Dengang patienterne lå indlagt i tre uger, var det noget andet," siger hun.

Derfor kræver den fremtidige plejeorganisering ifølge hende en sygeplejefaglig leder, der er tæt på den kliniske virkelighed og kan vurdere både patienternes og medarbejdernes behov.

Rapportens syv anbefalinger

1. Gør plejeorganiseringen fleksibel og transparent
Organiseringen skal tilpasses lokale behov og skal kunne ændres over tid og mellem vagter.

2. Styrk de sygeplejefaglige ledelseskompetencer
Organiseringen skal bygge på faglig analyse af bl.a. patienter, forløb og medarbejdernes kompetencer.

3. Vælg plejeform efter situationen
Tildelt patientpleje egner sig især til korte, forudsigelige forløb, mens teampleje kan være relevant ved komplekse forløb. Plejeformerne kan kombineres.

4. Integrér nye faggrupper tydeligt
Andre faggrupper skal indgå med klar rolle- og ansvarsfordeling og med fokus på kerneopgaverne.

5. Skeln mellem generel uddelegering og situationsbestemt opgavefordeling
Det skal være tydeligt, hvilke opgaver der kræver sygeplejefaglige kompetencer, og hvilke der kan varetages af andre.

6. Vurdér kompetencerne løbende
Personalets kompetencer og kompetencemix skal løbende vurderes og tilpasses patienternes behov.

7. Træn medarbejdere i forskellige plejeformer
Medarbejdere og studerende skal have viden om og erfaring med forskellige organiseringsformer og samarbejde.

Kilde: Organisering af sygeplejen på danske hospitaler, 2025

"Det, vi med rapporten har fået øjnene op for, er, hvor stort et fagligt vurderings- og ledelsesarbejde der egentlig ligger i organiseringen. Det er ikke bare at beslutte sig for en model, rulle den ud og så køre sådan de næste fem år. Det er en daglig vurdering," siger hun.

Kontinuitet er ikke altid bedst

Rapporten nuancerer også forestillingen om kontinuitet som et entydigt gode.

En fordel ved tildelt patientpleje er f.eks., at den enkelte sygeplejerske kan opbygge et indgående kendskab til patienten og følge hele patientens forløb. Men hvis sygeplejersken ikke har de nødvendige kompetencer til at håndtere en kompleks patient alene, kan samme organisering skabe utryghed hos medarbejderen og i værste fald udfordre patientsikkerheden.

"Kontinuitet er bestemt ikke altid godt i sig selv. Hvis man har sygeplejersker, der står og er bange, fordi de ikke har kompetencerne til at passe patienterne én til én, eller man har en patient, der ikke får den pleje, vedkommende skal have, fordi sygeplejersken ikke har de rette kompetencer, så er det jo ikke den rigtige organisering," siger Selina Kikkenborg Berg.

Samtidig behøver kontinuitet ikke betyde, at den samme sygeplejerske står for plejen.

"Kontinuitet kan også opnås i en gruppe, men det tager lidt længere tid at lære patienten at kende, og der er mere koordinering og kommunikation. Derfor kan gruppepleje f.eks. være rigtig godt ved længere forløb, mens man ved et meget kort forløb kan ende med at bruge for meget tid på koordinering," siger Selina Kikkenborg Berg.

Pleje er ikke en opgaveliste

Med udsigten til en fremtid, hvor der kan blive færre sygeplejersker til rådighed, og flere opgaver skal varetages af andre faggrupper, bliver det ifølge Selina Kikkenborg Berg afgørende at have tydelige faglige modeller for, hvordan arbejdet organiseres. For arbejdsdeling er ikke blot et spørgsmål om at udpege en række ydelser, som sygeplejerskerne kan give videre til andre faggrupper.

"Pleje skal ses som en samlet pleje og ikke som en opgaveliste. Kerneydelser kan delegeres situationsbestemt, men ikke bare generelt. Der kan f.eks. være en situation, hvor en bestemt opgave kan delegeres til en anden sundhedsfaglig medarbejder, men hvis patienten pludselig bliver dårlig, skal opgaven tilbage til sygeplejersken," siger hun.

Derfor skal delegering ifølge forskningslederen altid tage udgangspunkt i den konkrete patient og medarbejdernes kompetencer. Og når flere faggrupper arbejder sammen, skal lederen samtidig sikre klare ansvarsområder og gode kommunikationsveje.

"Man skal ikke tro, at bare fordi man sætter nogle mennesker sammen, så samarbejder de godt, og alt går gnidningsfrit. Man kan have brug for timeouts, hvor man mødes og taler sammen, eller andre strukturer, der sikrer kommunikationen," forklarer Selina Kikkenborg Berg.

Et værktøj til lederne

Hendes råd til ledende sygeplejersker er derfor at begynde med den model, forskerne har udviklet. Modellen samler de faktorer, som sygeplejersker og ledere i undersøgelsen fortæller, at de lægger vægt på, når plejen skal organiseres.

"Prøv at bruge modellen til at systematisere plejeorganiseringen, så man får alle de relevante overvejelser med. Det er jo ikke kun én leder, der har sagt det hele. Det er noget, vi har kunnet samle på baggrund af de mange ledere og sygeplejersker, vi har talt med," siger hun.

Samtidig skal organiseringen være fleksibel og gennemskuelig for medarbejderne, så alle ved, hvordan ansvaret fordeles, hvis man ændrer organiseringen. Det kræver ifølge Selina Kikkenborg Berg, at den sygeplejefaglige leder både har et indgående kendskab til patienterne og plejen, tillige med analytiske og ledelsesmæssige kompetencer.

"Undersøgelsen viser, at sygeplejefaglig ledelse også handler om organisering. Man kan ikke være manager uden samtidig at løse det arbejde," siger hun. ♥

Du kan læse rapporten 'Organisering af sygeplejen på danske hospitaler' her:

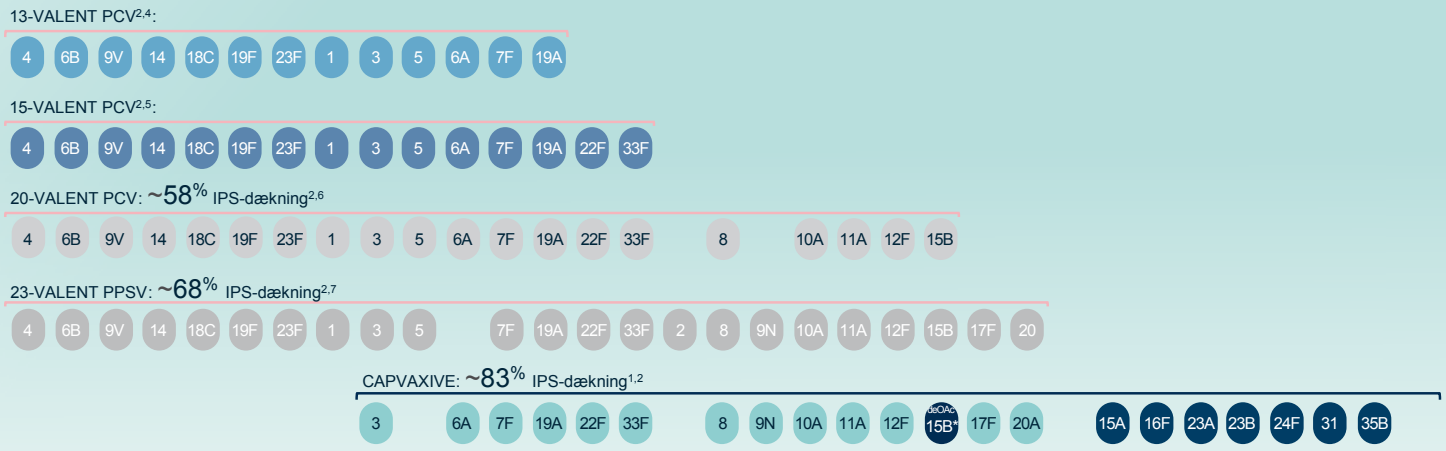
CAPVAXIVE®
konjugeret
pneumokokpolysaccharidvaccine
(21-valent)

MSD

MINDER DU DINE PATIENTER OM RE-VACCINATION?

CAPVAXIVE® (21-valent konjugeret pneumokokvaccine) indeholder de serotyper, der forårsager 83% af invasiv pneumokoksygdom hos voksne over 65 år i Danmark.[1,2]

Det handler ikke om antallet af serotyper, men relevansen af dem.[1,2,a]



* Serotype 15C repræsenterer immunresponset på deOAc15B-polysaccharidet, da molekylestrukturen for deOAc15B og 15C er ens

Forskellen i dækningsgrad afspejler ikke effektiviteten af de respektive vacciner. Der er i øjeblikket ingen kliniske studier, der sammenligner effektiviteten af CAPVAXIVE (PCV21) og PCV20.

Hjælp med at beskytte dine patienter.
Patienter, som tidligere er vaccineret med en ikke-konjugeret pneumokokvaccine (polysakkaridvaccine) og har behov for revaccination, kan også vaccineres med CAPVAXIVE®.[3]

CAPVAXIVE® er indiceret til aktiv immunisering til forebyggelse af invasiv sygdom og pneumoni forårsaget af stretococcus pneumonia hos personer i alderen 18 år og derover, samt til børn og unge i alderen 2 til 18 år der tidligere er pneumokokvaccineret.[1]

Referencer:
a andre vacciner omfatter PCV13, PCV15, PCV20 og PPSV23[4-7]

1. Capvaxive SmPC. **2.** SSI: https://www.ssi.dk/vaccinationer/pneumokokvaccination (tilgået d. 02.02.2026). **3.** https://www.ssi.dk/vaccinationer/pneumokokvaccination. Figur 1 (tilgået den 28.09.2026). **4.** Prenevar 13 SmPC. **5.** Vaxneuvance SmPC. **6.** Prevenar 20 SmPC.
7. Pneumovax SmPC.

DK-PCN-00035 29. september 2026

Produktinformation findes på side 76.

CAPVAXIVE®
konjugeret
pneumokokpolysaccharidvaccine
(21-valent)

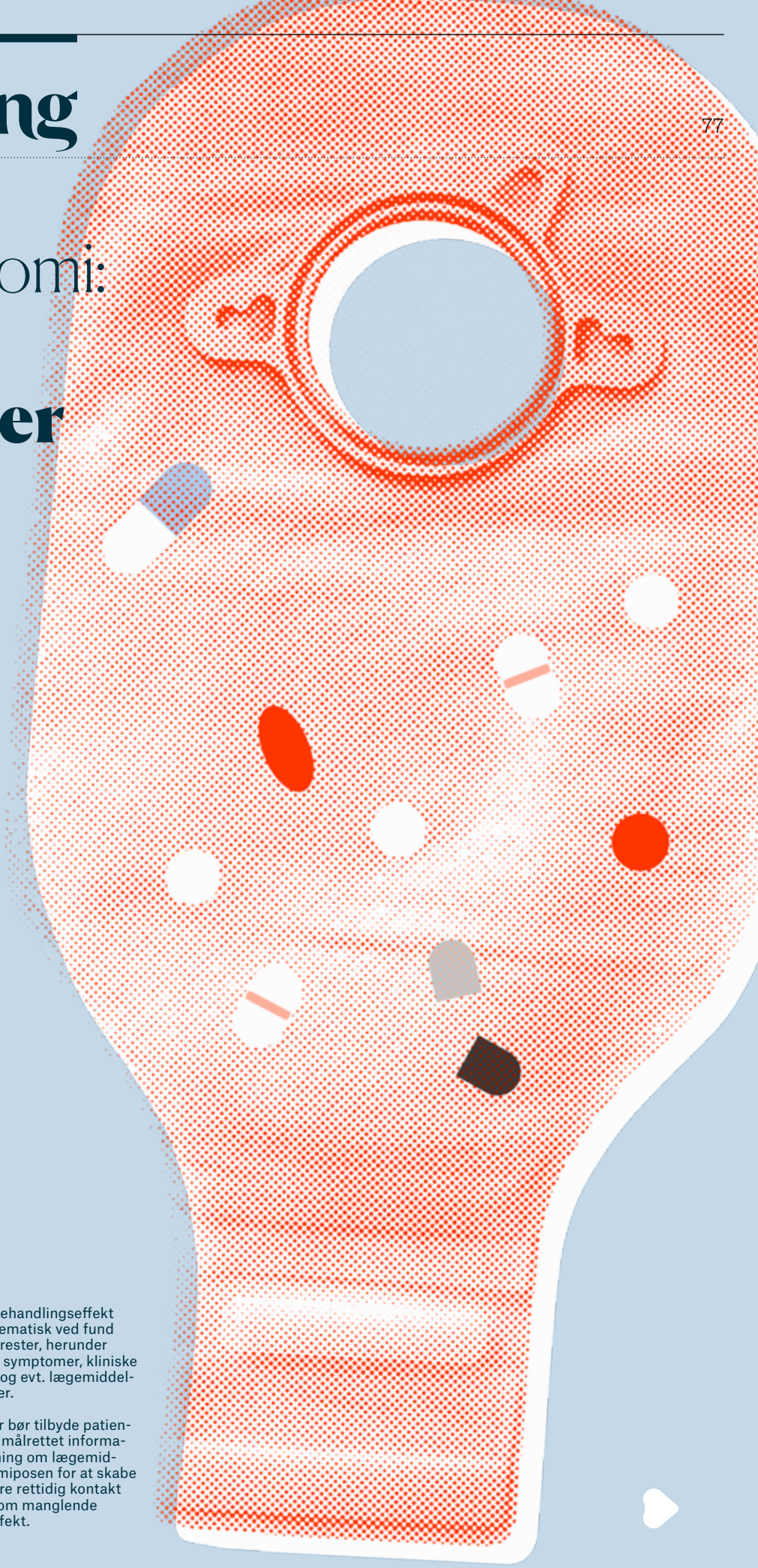
▼**Dette lægemiddel er underlagt supplerende overvågning. Dermed kan nye sikkerhedsoplysninger hurtigt tilvejebringes. Sundhedspersoner anmodes om at indberette alle formodede bivirkninger via Lægemiddelstyrelsen www.meldenbivirkning.dk**

CAPVAXIVE®, (konjugeret pneumokokpolysaccharidvaccine, 21-valent)

(*) **INDIKATION(ER)**:
CAPVAXIVE er indiceret til aktiv immunisering til forebyggelse af invasiv sygdom og pneumoni forårsaget af Streptococcus pneumoniae hos personer i alderen 18 år og derover.
CAPVAXIVE er indiceret til aktiv immunisering til forebyggelse af invasiv sygdom og pneumoni forårsaget af Streptococcus pneumoniae hos børn og unge i alderen 2 år til under 18 år, som tidligere har gennemført et primært pædiatrisk pneumokokvaccinationsprogram.
CAPVAXIVE skal anvendes i overensstemmelse med de officielle anbefalinger.
(*) **LÆGEMIDDELFORM OG DOSERING**: Injektionsvæske, opløsning (injektion). Vaccinen er en farveløs, klar til opaliserende opløsning. **Primærimmunisering**: Personer i alderen 18 år og derover.
Dosering: Personer i alderen 18 år og derover 1 dosis (0,5 ml). Børn og unge i alderen 2 år til under 18 år, som tidligere har gennemført et primært pædiatrisk pneumokokvaccinationsprogram 1 dosis (0,5 ml).
Administration: CAPVAXIVE må kun administreres som intramuskulær injektion. Denne vaccine skal helst administreres i deltoideusmusklen i overarmen.Vær omhyggelig med at undgå injektion i eller nær nerver og blodkar.
(*) **KONTRAINDIKATIONER**: Overfølsomhed over for de aktive stoffer, herunder difteritoksoid, eller over for et eller flere af hjælpestofferne.
Særlige advarsler og forsigtighedsregler: Der skal være adekvate forholdregler let tilgængeligt, hvis anafylaksi skulle opstå. Vaccination bør udskydes ved akut, alvorlig febril sygdom eller infektion, men ikke ved mindre infektioner eller let feber. Vaccinen bør gives med forsigtighed til personer med trombocytopeni, koagulationsforstyrrelser eller dem, der får antikoagulationsbehandling, da der kan opstå blødninger eller blå mærker ved intramuskulær injektion.Vasovagale reaktioner (synkope), hyperventilering eller stressreaktioner kan opstå under vaccinationen. Disse er midlertidige, og forholdsregler bør tages for at undgå skader ved besvimelse. Der er ingen data for immunkompromitterede personer, og vaccination bør overvejes individuelt. Immunkompromitterede personer kan have nedsat immunrespons på CAPVAXIVE.
Revaccination: Behovet for revaccination med en efterfølgende dosis af CAPVAXIVE er ikke fastlagt.
(*) **INTERAKTION(ER)**: Forskellige vacciner til injektion skal altid administreres på forskellige injektionssteder. CAPVAXIVE kan administreres samtidig med tetravalent influenzavaccine (split virion, inaktiveret). Der foreligger ingen data om samtidig administration af CAPVAXIVE og andre vacciner end influenzavacciner.
(*) **GRAVIDITET OG AMNING**: Der er ingen data om brugen af CAPVAXIVE under graviditet. Dyreforsøg viser ikke skadelige virkninger på graviditet eller fostrets udvikling. Vaccination bør kun overvejes, hvis fordelene opvejer risici. Det er ukendt, om CAPVAXIVE udskilles i modermælk.
(*) **BIVIRKNINGER & RISICI**: De hyppigste bivirkninger ved vaccination med CAPVAXIVE hos personer over 18 år var smerter på injektionsstedet (52,9%), træthed (25,3%), hovedpine (17,7%) og myalgi (10,4%). De fleste bivirkninger var lette eller moderate og varede i ≤ 3 dage, mens alvorlige bivirkninger opstod hos ≤ 1% af deltagerne. Samlet set var der ingen klinisk meningsfuld forskel i sikkerhedsprofilen observeret hos børn og unge i alderen 2 år til under 18 år, når den blev sammenlignet med personer i alderen 18 år og derover. De hyppigst rapporterede bivirkninger efter vaccination med CAPVAXIVE omfatter følgende:
Meget almindelige bivirkninger: Hovedpine, Smerter på injektionssted, træthed.Almindelige bivirkninger: Myalgi, rødme og hævelse på injektionsstedet, pyreksi. Ikke almindelige bivirkninger: Lymfadenopati, svimmelhed, kvalme, diarré, opkastning, artralgi, pruritus og blå mærker på injektionsstedet, kulderystelser. Sjældne: Overfølsomhedsreaktion, inklusive bronkospasme. CAPVAXIVE påvirker ikke evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner i væsentlig grad, men nogle bivirkninger kan midlertidigt have denne effekt.
Som med andre vacciner vil vaccination med CAPVAXIVE ikke nødvendigvis yde beskyttelse hos alle, der får vaccinen.
Dette lægemiddel indeholder mindre end 1 mmol natrium pr. dosis, dvs. det er natriumfrit. Dette lægemiddel indeholder 0,5 mg polysorbat 20 pr. dosis, som kan forårsage allergiske reaktioner.
PAKNINGER OG PRISER: Der henvises til dagsaktuelle priser på www.medicinpriser.dk. 0,5 ml opløsning i en fyldt enkeltdosis-injektionssprøjte (type I-glas) med stempelprop (brombutylgummi) og hætte (styren-butadiengummi eller isopren-brombutylgummi). Pakningsstørrelser: 1 sprøjte med 2 seperate kanyler eller 10 injektionssprøjter med 20 separate kanyler. Vnr. 1x: 17 03 85 / 10x: 49 67 67.
UDLEVERING: B
TILSKUD: Klausuleret tilskud.
INDEHAVER AF MARKEDSFØRINGSTILLADELSEN: Merck Sharp & Dohme B.V., Repræsentant: MSD Danmark ApS, Havneholmen 25, 1561 København V (dkmail@msd.com, tlf. 44 82 40 00). Baseret på senest godkendte produktresumé: capvaxive-epar-product-information_da.pdf Copyright © 2025 Merck Sharp & Dohme Corp. All rights reserved.
(*) Afsnit omskrevne og/eller forkortede i forhold til Lægemiddelstyrelsens godkendte produktresumé, som vederlagsfrit kan rekvireres
fra MSD.

MSD

Lægemidler i stomi: **Det skal sygeplejersker vide**



Fund af tilsyneladende ufordøjede tabletter eller kapsler i stomiposen bør altid udløse en systematisk sygeplejefaglig vurdering. Også selv om der ikke nødvendigvis er grund til bekymring om lægemiddeloptagelse. Dette faglige perspektiv beskriver sygeplejerskers centrale rolle ift. observation, vurdering, patientundervisning og tværfaglig koordinering.

Fagligt perspektiv er redigeret af Sygeplejerskens forskningspanel

Hovedbudskaber

- Fund af lægemiddelrester i stomiposen er relativt almindeligt og ses især ved visse depotformuleringer, hvor tablet- eller kapselrester kan udskilles, selvom lægemidlet er frigivet.
- Betydningen af lægemiddelrester skal altid vurderes individuelt ud fra stomitype, stomioutput, tarmlængde og patientens kliniske effekt af behandlingen.
- Risikoen for utilstrækkelig lægemiddelabsorption er størst hos patienter med høj-output stomi, korttarmssyndrom eller tarmsvigt samt i perioden kort efter stomianlæggelse.
- Depot- og enteroformuleringer kan være mindre velegnede ved hurtig tarmpassage, fordi lægemidlet frigives senere i tarmen og derfor kan få reduceret absorption.
- Vurdering af behandlingseffekt bør indgå systematisk ved fund af lægemiddelrester, herunder observation af symptomer, kliniske observationer og evt. lægemiddelkoncentrationer.
- Sygeplejersker bør tilbyde patienter med stomi målrettet information og vejledning om lægemiddelrester i stomiposen for at skabe tryghed og sikre rettidig kontakt ved mistanke om manglende behandlingseffekt.

Sådan vurderer sygeplejersken **lægemiddelrester i stomi**

Forfattere

Tine Frederiksen[1], **Kristian Asp Fuglsang**[2], **Pia Langebæk Lütgen**[3], **Kenneth Skov**[4,5]

[1] Klinisk Farmaci, Region Sjælland Sygehusapoteket.
[2] Gastroenterologisk sektion, Medicinsk afdeling, SUH Køge
[3] Stomiambulatoriet, Kirurgisk afdeling, SUH Køge
[4] Klinisk Farmakologisk Afdeling, SUH Køge
[5] Institut for klinisk medicin, Københavns Universitet

Kenneth Skov er korresponderende forfatter.
Mail: **kensk@regionsjaelland.dk** / tlf. **56 63 15 00**

Introduktion

Sygeplejersker, der varetager pleje og behandling af patienter med stomi – eller patienterne selv – kan af og til genfinde, hvad der ligner hele tabletter eller kapsler i stomiposen. Det kan skabe utryghed om, hvorvidt lægemidlet optages tilstrækkeligt, og om der vil være optimal virkning af medicinen. I de regionale stomiambulatorier og medicinrådgivningstilbud modtager vi indimellem spørgsmål til, om patienter kan have mindre effekt af deres behandling, når der findes "pillerester" i stomiposen. Svaret afhænger af, hvorfor patienterne har fået anlagt stomi, og hvilken type stomi, der er tale om. Derudover er der forskel på, om stomien er nyanlagt eller af ældre dato, og om afføringen er vandig eller fast. Endeligt opfører forskellige lægemidler og særligt forskellige lægemiddelformuleringer sig forskelligt hos disse patienter.

I denne artikel beskriver vi lægemiddelbehandling af patienter med stomi. Vi fokuserer på:

1. De fysiologiske og farmakokinetiske forandringer, der kan påvirke lægemiddelbehandlingen.
2. De orale lægemiddelformuleringer, der kan være særligt problematiske.
3. Hvordan sygeplejersker kan vurdere betydningen af fundet for den enkelte patient.

Den normale tarm og fysiologiske forandringer ved anlæggelse af stomi

Hos voksne med intakt tarmkanal er tyndtarmens længde meget variabel, men i grove træk er den mellem 3,5 – 6 m (1), mens tyktarmens længde er ca. 1-1,5 m. Tyndtarmen har bugter, samt villi og krypter, som kraftigt øger tarmens samlede overfladeareal og dermed evnen til at absorbere næringsstoffer, elektrolytter, sporstoffer, vitaminer og lægemidler. Udvekslingen af væske i den intakte gastrointestinalkanal er ret betydelig, idet den dagligt secernerer og reabsorberer omkring 9 liter væske (2). Tarmen har en betydelig reservekapacitet, så en voksen person kan drikke adskillige liter væske uden at få diarré. Hos raske fungerer colon primært som reservoir for fæces og for absorption af overskydende væske.

En stomi er definitorisk en åbning i hud, men i denne artikel, som i almindeligt klinisk hverdagssprog, bruger vi betegnelsen stomi i betydningen enterostomi - altså en åbning fra tarm til hud. Stomier anlægges af mange årsager, der spænder helt fra cancer over inflammatoriske tarmsygdomme (Mb. Crohn eller colitis ulcerosa), kompliceret divertikulitis, iskæmi, traumer, stråleskader til tarmslyng (3). Nogle stomier er midlertidige, mens andre er permanente. Alt efter årsagen kan stomien være anlagt højere eller lavere på tarmens forløb. Anatomisk skelner man mellem jejunostomi, ileostomi og kolostomi, der er anlagt på hhv. øvre del af tyndtarmen (jejunum), nedre del af tyndtarmen (ileum) eller på tyktarmen (colon). Man kan ikke direkte se på stomien, hvilken type der er tale om, men det har stor indflydelse på, hvilke symptomer patienten har efterfølgende og herunder også på optagelsen af orale lægemidler.

Farmakokinetiske implikationer ved stomianlæggelse

Patienter med stomi varierer betydeligt. Individuelle patientkarakteristika påvirker lægemidlers farmakokinetik i forskellig grad. Optagelsen af lægemidler afhænger især af tyndtarmens overfladeareal, transittiden (hastigheden hvormed tarmindholdet flyttes igennem tyndtarmen) og kvaliteten af den tilbageværende tarm.

Absorptionen af orale lægemidler kan ske igennem hele gastrointestinalkanalens forløb fra mavesæk til rektum, men størstedelen sker i den øvre del af tyndtarmen pga. gode forhold såsom overfladeareal, peristaltik, blodtilførsel og pH (4). Stomianlæggelse reducerer den absorptive kapacitet, idet noget af tarmen ikke længere er aktiv. Stomier anlagt højt på tyndtarmen øger desuden motilitet og sekretion af mavesyre (4). Ved anlæggelse af en tyndtarmsstomi over den nederste del af tyndtarmen sættes den terminale del af ileum og første del af tyktarmen (coecum) ud af funktion. Dette område har en vigtig rolle, da det frigiver hormoner, som f.eks. GLP-1, når det møder tarmindholdet. Hormonerne sender signaler, der sænker sekretionen og bevægelserne i den øverste del af tarmen. Feedback-mekanismen omtales som den ileale bremse (5). Stomier placeret højt på tyndtarmen sætter den ileale bremse ud af effekt, og øger derfor risikoen for stort output og dårligere optagelse af lægemidler. Ved stort stomi-output justerer man ofte kost- og væskeindtag med rehydreringsvæske samt evt. med stoppende behandling i form af loperamid og proton-pumpe-hæmmer (PPI), for at reducere output (4,6).

Når en patient har mindre end 200 cm funktionel tyndtarm tilbage, er der definitorisk tale om korttarmssyndrom. Nogle patienter med korttarmssyndrom kan klare sig med den tilbageværende tarm, evt. ved hjælp af øget indtag af væske og kalorier, samt ovennævnte stoppende og antisecernerende behandling, mens andre udvikler tarmsvigt og dermed behov for fast intravenøs tilførsel af væske og ernæring (3). Et nyligt review identificerede patienter med korttarmssyndrom og tarmsvigt som dem med størst risiko for utilstrækkelig lægemiddelabsorption (7). Patienter med tarmsvigt følges ved højt specialiserede centre.

Udover typen af stomi, spiller det også ind på lægemiddelbehandlingen, hvor lang tid der er gået, siden stomien blev anlagt. Efter stomianlæggelse vil den tilbageværende del af tarmen i nogle tilfælde kunne forbedre sin funktion. Dette fænomen kaldes intestinal adaptation, hvor man har set, at den tilbageblevne del af tarmen kompenserer for den resecerede del ved hypertrofi af villi og øget dybde af krypterne samt øget transittid (8). Timingen af denne adaptation er dårligt belyst, men ændringen er mest sandsynlig i månederne efter anlæggelse af en stomi.

Endeligt har også kvaliteten af den tilbageblevne tarm en betydning for lægemiddelbehandlingen. F.eks. vil stråleskader, svær cøliaki, kronisk iskæmi eller Mb. Crohn kunne reducere kvaliteten af tarmen og dermed absorptionsevnen.

Formulering af orale lægemidler

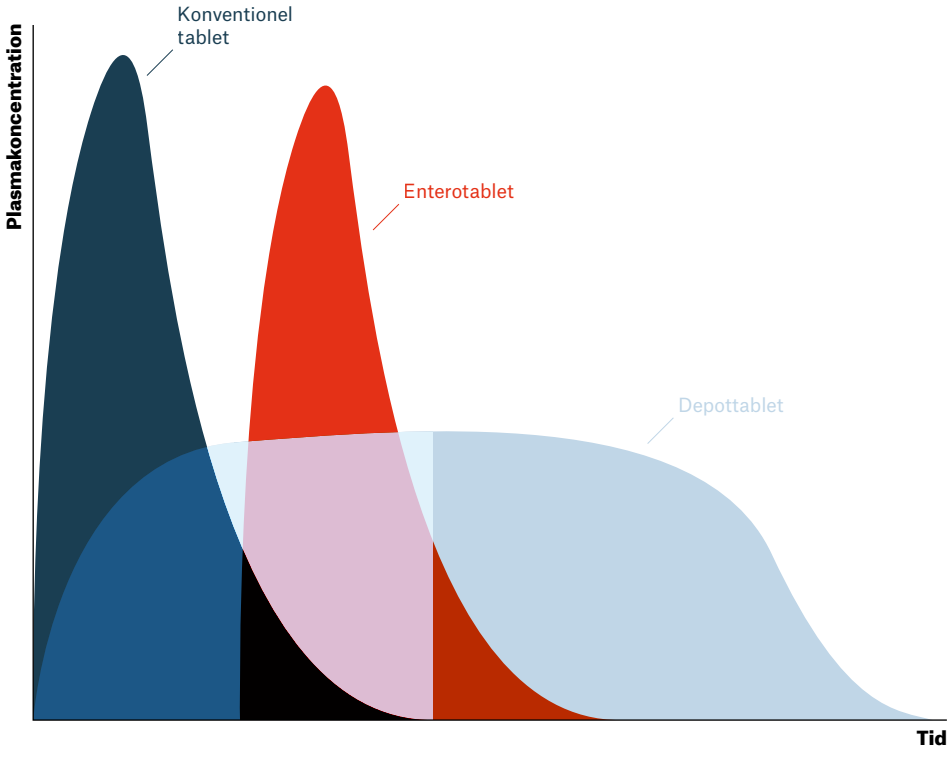
Et aktivt lægemiddelstof kan formuleres på forskellig vis. Formuleringen er afgørende for lægemidlets anvendelighed og for, hvordan det virker i kroppen (9). Nogle formuleringer egner sig dårligere til patienter med stomi.

En konventionel tablet skal efter synkning være henfaldet til mindre partikler indenfor 15-30 minutter (10). Det sker typisk i mavesækken. Herefter kan lægemiddelstoffet absorberes over tyndtarmens epitel eller virke lokalt i tarmen (9,11). Nogle tabletter og kapsler har modificeret udløsning, hvor frigivelsen af det aktive lægemiddelstof kan være forsinket eller forlænget (12). En

enterotablet har en forsinket udløsning, så lægemiddelstoffet først frigives 2-3 timer efter indtag, når det er nået forbi mavesækken og ned i tarmen (10). Depottabletter og -kapsler frigiver lægemiddelstoffet på kontrolleret vis over længere tid. Det giver en mere stabil plasmakoncentration over tid sammenlignet med en konventionel tablet (12). Det kan være en fordel ved behandlinger, der har gavn af en mere stabil koncentration i længere tid (13,14). Figur 1 illustrerer udviklingen af plasmakoncentrationer over tid ved oral administration af forskellige formuleringer. Da frigivelsen af lægemiddelstof fra enterotabletter og depottabletter sker senere i tarmen sammenlignet med konventionelle tabletter, bør lægemidler af denne type ofte undgås til patienter med tarmsvigt (4). Konventionelle tabletter derimod kan de fleste patienter med stomi ofte behandles med.

Der findes flere metoder til at fremstille depotmedicin, og kendskab til disse kan være nyttig for at forstå, hvorfor en depottablet nogle gange kan passere tilsyneladende uændret igennem tarmsystemet (9). Nogle depottabletter kan være formuleret som et mere eller mindre nedbrydeligt gitter, hvori lægemiddelstoffet er indlejret. Ved passage igennem tarmen frigives lægemiddelstoffet gradvist fra gitteret, som udskilles som en porøs, men tilsyneladende hel tablet. Andre depottabletter kan være formuleret som et reservoir omgivet af en semipermeabel membran, hvorfra lægemiddelstoffet frigives på kontrolleret vis. Membranen kan passere uændret igennem tarmsystemet og blive udskilt som en tom tabletskal (9,15). Depottabletter eller -kapsler kan desuden være formuleret som et reservoir indeholdende små inaktive kugler overtrukket med lægemiddelstof og en membran. Herfra kan lægemiddelrester såsom de inaktive kugler blive udskilt intakt (15). Tilsyneladende hele tabletter i stomiposen/fæces kan i nogle tilfælde derfor have afgivet deres lægemiddelstof.

Figur 1. Plasmakoncentrationen af et lægemiddelstof over tid ved oral administration af henholdsvis en konventionel tablet, en enterotablet og en depottablet.



Kilde: pro.medicin.dk (16)

Håndtering ved tabletrester i stomi

Sygeplejersker, der observerer eller gøres opmærksom på "pillerester" i stomiposen, bør overveje følgende spørgsmål:

- **Kan det indsnævres hvilke af patientens lægemidler, der er tale om?**
  Indhent en præcis beskrivelse af fundet og optag en fuld medicinanamnese. I de fleste tilfælde kan det indsnævres, hvilket lægemiddel eller hvilke lægemidler, der kvitteres i stomien. Hvis det f.eks. kun er tabletrester, kan kapselbehandling udelukkes. Den tidsmæssige sammenhæng kan også være retningsgivende, hvis fænomenet først opstår, efter at ny medicin bliver introduceret.

- **Får patienten behandling for sin tarmfunktion?**
  Hvis patienten har behov for intravenøs væske og ernæring, har patienten formentligt tarmsvigt, og det er meget mere sandsynligt, at perorale lægemidler ikke kan optages, når almindelige, essentielle fødeemner heller ikke kan. Hvis patienten har behov for stoppende lægemidler eller f.eks. PPI (protonpumpehæmmere), kan det være fordi, man vil reducere store outputs i stomien. Der kan dog også være andre årsager til, at patienten er i behandling med f.eks. PPI.

- **Hvor meget indhold er der i stomien/hvor tit skal den tømmes?**
  Højt stomiindhold (mere end 1,5 liter i døgnet) tyder på hurtig transittid i tarmen og derfor kortere tid til at optage orale lægemidler.

- **Får patienten depottabletter eller -kapsler?**
  Som beskrevet ovenfor er det ved visse typer depotmedicin helt forventeligt at finde lægemiddelrester i stomiindholdet. Infor-

mation om dette kan stå i lægemidlets produktresumé og/eller indlægsseddel eller være anført på pro.medicin.dk. Af tabel 1 fremgår en liste med eksempler på depotmedicin, der ved indtag normalt udskiller lægemiddelrester. Vær i øvrigt opmærksom på, at generiske depottabeletter kan være formuleret forskelligt og derfor kan forekomme forskelligt i stomiindholdet. Selvom fund af lægemiddelrester er almindeligt ved anvendelse af noget medicin, kan det stadig være relevant at overveje, om patienten har effekt af behandlingen.

- **Har patienten gavn af behandlingen?**
  Man kan ofte vurdere effekten af – især symptomatisk – lægemiddelbehandling direkte, f.eks. smertestillende effekt af morfin. Andre effekter kan direkte bestemmes, f.eks. kan blodtrykket måles ved blodtrykssænkende behandling. Det er her vigtigt at være opmærksom på, om ændringerne i effekt er blivende eller ej. Hvis patienten har behandlingssvigt og øges i dosis pga. hurtig transittid, skal dosis med stor sandsynlighed reduceres igen, når transittiden bedres, efter der er givet stoppende lægemidler.

- **Kan lægemidlets blodkoncentration måles?**
  I tvivlstilfælde kan lægen i nogle tilfælde bestille en koncentrationsmåling af lægemidlet. Det er ikke alle lægemidler, der som standard kan måles. De der kan, er især lægemidler, hvis effekt ikke direkte kan observeres eller bestemmes klinisk. Det kan f.eks. være antiepileptika, antipsykotika og visse antidepressiva.

Sygeplejefaglige implikationer og klinisk praksis

Fund af tilsyneladende ufordøjede tabletter eller kapsler i stomiposen bør altid udløse en systematisk sygeplejefaglig vurdering, men er ikke nødvendigvis grund til umiddelbar bekymring. Sygeplejersken spiller en central rolle i både observation, vurdering, patientundervisning og tværfaglig koordinering. Det indebærer, at observationer af "pillerester" altid sættes i relation til stomitype, output, patientens samlede kliniske tilstand samt den ordinerede lægemiddelbehandling (16).

Tabel 1. Eksempler på depotmedicin, hvor en medicinrest normalt udskilles med patientens afføring.

Lægemiddel	Lægemiddelstof	Formulering	Medicinrest
Kaliumklorid "EQL Pharma"	Kaliumklorid	Depottablet	Tabletkerne (matrix)
Adalat® Oros	Nifedipin	Depottablet	Tabletskal
Oxycontin® Depot	Oxycodon	Depottablet	Tabletskal
Deprakine® Retard	Valproat	Depottablet	Tablet
Invega®	Paliperidon	Depottablet	Tabletskal
Efexor® Depot	Venlafaxin	Depotkapsel	Små kugler
Venlafaxin "Medical Valley"	Venlafaxin	Depottablet	Tablet
Concerta	Methylphenidat	Depottablet	Tabletskal

Listen er ikke udtømmende. Kilde: produktresuméer og indlægssedler.

I klinisk praksis bør sygeplejersken arbejde struktureret med vurdering af lægemiddeloptagelse. Dette omfatter bl.a. systematisk registrering af stomiens output (mængde, konsistens og hyppighed), identifikation af mulige lægemiddelrester samt vurdering af sammenhængen mellem medicinindtag og observationer. Samtidig er det væsentligt at vurdere behandlingseffekt – både subjektivt (f.eks. smerte eller kvalme) og objektivt (f.eks. blodtryk, væskestatus eller biokemiske værdier). Disse observationer danner grundlag for rettidig justering af behandlingen i samarbejde med læge og evt. klinisk farmaceut (17).

Patientundervisning er en central sygeplejeopgave. Mange patienter oplever utryghed ved synlige "pillerester", og det er derfor vigtigt, at sygeplejersken informerer om, at dette i nogle tilfælde – særligt ved depotformuleringer – kan være forventeligt og ikke nødvendigvis ensbetydende med manglende effekt. Samtidig bør patienten instrueres i at være opmærksom på ændringer i effekt af medicin og i at kontakte sygeplejersken eller læge ved tvivl. Undervisningen bør være individualiseret og tage højde for patientens sygdom, stomitype og behandlingsregime (18,19).

I lægemiddelhåndtering identificerer sygeplejersken uhensigtsmæssige lægemiddeltyper. Særligt ved patienter med høj-output, jejunostomi eller korttarmssyndrom bør der være øget opmærksomhed på anvendelse af depot- og enteroformuleringer, som kan have nedsat absorption. Her kan sygeplejersken bidrage til, at der i samarbejde med læge overvejes alternative lægemiddelformuleringer (7).

Disse kliniske tiltag ligger i direkte forlængelse af de 9 nationale anbefalinger for sygeplejefaglig opfølgning efter stomioperation, hvor der bl.a. lægges vægt på at sikre, at patienter modtager individuel specialiseret sygeplejefaglig vejledning og undervisning efter en stomioperation, at stomiens output systematisk observeres og reguleres, samt at der sikres en nem adgang til relevant faglig støtte og tværfaglig koordinering for at skabe et trygt og sammenhængende patientforløb (6).

Særligt anbefalingerne vedrørende forventet tarmfunktion samt betydningen af kost og væske ift. væskebalancen er central i denne sammenhæng. Desuden er en vigtig pointe, at udfordringer med lægemiddelop-

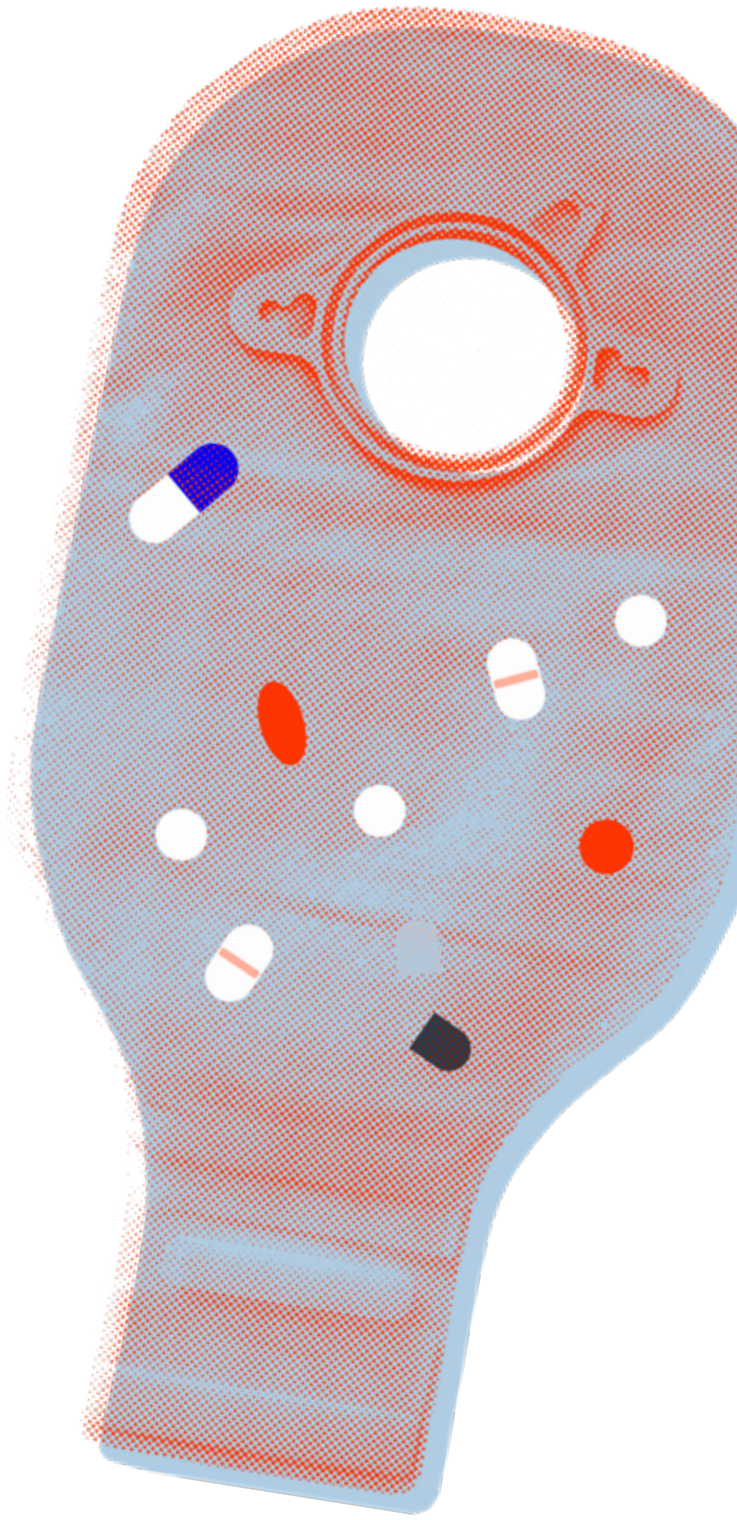
tagelse ikke kun er relevant i forbindelse med anlæggelse af en ny stomi, men kan opstå gennem hele livet med stomi (6).

Håndtering af lægemiddelbehandling hos stomipatienter kræver en høj grad af klinisk opmærksomhed og individualisering. Sygeplejersken har en nøglefunktion i at omsætte viden om fysiologi og lægemiddelformulering til praksis, sikre patientens tryghed og bidrage til optimal behandling gennem tæt monitorering og tværfagligt samarbejde med både læger og stomisygeplejersken (20).

Konklusion

Det er ikke ualmindeligt at genfinde lægemiddelrester i patienternes afføring, og særligt ikke i en stomipose. For nogle lægemidler er det en kendt problematik, at f.eks. matrix udskilles i hel form. Det betyder ikke nødvendigvis, at behandlingen ikke virker, men man må være særligt opmærksom på patienter med stomi. Ved at gennemse medicinlisten og optage en grundig anamnese kan relevante lægemidler hurtigt indsnævres, og betydningen for behandlingen vurderes. Særligt depottabletter kan passere tilsyneladende ufordøjet, særligt ved hurtig tarmpassage.

For at skabe tryghed for patienten bør sygeplejersker tilbyde målrettet information og vejledning om forekomst af lægemiddelrester i stomiposen. Særligt ved gentagne fund af lægemidler i stomien, bør der foretages en klinisk vurdering af, om lægemidlets effekt er tilstrækkelig, og om der er behov for at ændre præparat eller administrationsform. Sygeplejersken bør informere patienten om relevante kontaktmuligheder, og stomisygeplejersken kan ved behov inddrages med henblik på tværfaglig vurdering i samarbejde med ordinerende læge. ♥



Referencer

1. Hosseinpour M, Behdad A. *Evaluation of small bowel measurement in alive patients.* Surg Radiol Anat SRA. 2008 Nov;30(8):653–5. doi:10.1007/s00276-008-0398-2 PubMed PMID: 18685804. **2.** Kiela PR, Ghishan FK. *Physiology of Intestinal Absorption and Secretion.* Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2016 Apr;30(2):145–59. doi:10.1016/j.bpg.2016.02.007 PubMed PMID: 27086882; PubMed Central PMCID: PMC4956471. **3.** Pironi L, Arends J, Baxter J, Bozzetti F, Peláez RB, Cuerda C, et al. *ESPEN endorsed recommendations. Definition and classification of intestinal failure in adults.* Clin Nutr Edinb Scotl. 2015 Apr;34(2):171–80. doi:10.1016/j.clnu.2014.08.017 PubMed PMID: 25311444. **4.** Ward N. *The impact of intestinal failure on oral drug absorption: a review.* J Gastrointest Surg Off J Soc Surg Aliment Tract. 2010 Jun;14(6):1045–51. doi:10.1007/s11605-009-1151-9 PubMed PMID: 20094812. **5.** Van Citters GW, Lin HC. *Ileal brake: neuropeptidergic control of intestinal transit.* Curr Gastroenterol Rep. 2006 Oct;8(5):367–73. doi:10.1007/s11894-006-0021-9 PubMed PMID: 16968603. **6.** Styregruppen for Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Stomiplejen. *9 nationale anbefalinger – til sygeplejefaglig opfølgning efter stomioperation* [Internet]. 2025. Report 1. udgave, 1. oplag. Available from: https://dsr.dk/media/nlpno5rw/9-nationale-anbefalinger.pdf **7.** Azuz S, Poulsen JL, Vinter-Jensen L, Olesen AE. *Drug absorption from oral formulations in patients with short bowel syndrome: a comprehensive update of the literature.* Expert Opin Drug Metab Toxicol. 2023 Sep;19(9):577–600. doi:10.1080/17425255.2023.2256216 PubMed PMID: 37668362.**8.** Tappenden KA. *Intestinal adaptation following resection.* JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2014 May;38(1 Suppl):23S-31S. doi:10.1177/0148607114525210 PubMed PMID: 24586019. **9.** Gjelstrup Kristensen H. *Almen farmaci.* 5. udg. København: Samfundslitteratur; 2024. **10.** European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare. *European Pharmacopoeia.* 11.8. Strasbourg, France: Council of Europe; 2025. **11.** Florence AT, Attwood D. *Physicochemical principles of pharmacy.* 5. ed. London: Pharmaceutical Press; 2011. 510 p. **12.** Indenrigs- og Sundhedsministeriet. *Bekendtgørelse om Danske Lægemiddelstandarder 2023.2* [Internet]. 2023 May 30. Available from: https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2023/659 **13.** Jayanthi B, Manna P, Madhusudhan S, Mohanta G, Manavalan R. *Per oral extended release products – An overview.* J Appl Pharm Sci. 2011;(Issue):50–5. **14.** Andrade C. *Sustained-release, extended-release, and other time-release formulations in neuropsychiatry.* J Clin Psychiatry. 2015 Aug;76(8):e995-999. doi:10.4088/JCP.15f10219 PubMed PMID: 26335096. **15.** Tungaraza TE, Talapan-Manikoth P, Jenkins R. *Curse of the ghost pills: the role of oral controlled-release formulations in the passage of empty intact shells in faeces. Two case reports and a literature review relevant to psychiatry.* Ther Adv Drug Saf. 2013 Apr;4(2):63–71. doi:10.1177/2042098612474681 PubMed PMID: 25083252; PubMed Central PMCID: PMC4110830. **16.** Ramhøj P, Taleman J, Kjeldsen A, Egerod IE. *Klinisk sygepleje. 1,2 & 3: praksis & udvikling.* 1. udgave, 2. oplag. 2000. **17.** Berger V, Reeh M, Scherer M, Härterich S, Möller S, Wansing EMA, et al. *Enhancing drug therapy in ostomy patients: Best practice recommendations for medication management.* PloS One. 2024;19(6):e0305047. doi:10.1371/journal.pone.0305047 PubMed PMID: 38843261; PubMed Central PMCID: PMC11156294. **18.** Jandaghian-Bidgoli M, Jamalnia S, Pashmforosh M, Shaterian N, Darabiyan P, Rafi A. *Personalized nursing as the missing link of providing care: A systematic review.* BMC Nurs. 2025 Mar 3;24(1):239. doi:10.1186/s12912-025-02855-x PubMed PMID: 40033310; PubMed Central PMCID: PMC11877740. **19.** Harris MS, Kelly K, Parise C. *Does Preoperative Ostomy Education Decrease Anxiety in the New Ostomy Patient? A Quantitative Comparison Cohort Study.* J Wound Ostomy Cont Nurs Off Publ Wound Ostomy Cont Nurses Soc. 2020;47(2):137–9. doi:10.1097/WON.0000000000000623 PubMed PMID: 32150139. **20.** dsr.dk [Internet]. [cited 2026 Jun 2]. *Sygepleje skal bygge på en stærk relation til patienten.* Available from: https://dsr.dk/fag-og-udvikling/sygeplejersken/fagbladet-sygeplejersken/fagforskning-argang-2019-nr-1/sygepleje-skal-bygge-paa-en-staerk-relation-til-patienten/



HJÆLPER MED AT FREMME HELING AF VENØSE BENSÅR

JOBST® FarrowWrap® 4000

- Justerbar kompression i sæt bestående af wrap og inderstrømpe
- Kortstrækssystem med 4 bånd og integreret inderrør
- Inderstrømpen har kompression i foden
- Giver kompression på 30-40 mmHg
- Findes i farverne sort og beige

Scan QR-koden for at se påtagningsvideo

KONTAKT OS FOR MERE INFORMATION: JOBST.DK@ESSITY.COM

essity



Læs mere om Trimbow

Inhalationsklikket betyder

- Bekræftelse af tilstrækkelig inhalationskraft[1]
- Fuld dosis afgives[2]
- Bekræftelse til patienten[2]

Ingen dosis går tabt - hvis patienten åbner og lukker låget uden at inhalere, går dosis tilbage i pulverberholderen.[2]



Trimbow® NE Thaler®

beclometasondipropionat/ formoterolfumaratdihydrat/ glycopyrronium

INHALATIONSKLIKKET[2]

Referencer: 1. Chetta, A., et al. BMC Pulm Med 2021;21:65., **2.** Trimbow produktresumé, https://www.ema.europa.eu.

Forkortet produktinformation for Trimbow 88 mikrogram/5 mikrogram/9 mikrogram inhalationspulver (beclometasondipropionat/formoterolfumaratdihydrat/glycopyrronium) Denne produktinformation er omskrevet/forkortet i forhold til det af Det Europæiske Lægemiddelagentur godkendte produktresumé dateret 13. februar 2025. Produktresuméet kan vederlagsfrit rekvireres fra indehaveren af markedsføringstilladelsen eller findes på Det Europæiske Lægemiddelagenturs hjemmeside: http://www.ema.europa.eu/ema/.

LÆS PRODUKTRESUMÉET FØR ORDINATION, ISÆR MED HENSYN TIL DOSERING, BIVIRKNINGER, ADVARSLER OG KONTRAINDIKATIONER.

Indikationer: Vedligeholdelsesbehandling hos voksne patienter med moderat til svær kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), som ikke bliver tilstrækkeligt behandlet med en kombination af et inhaleret kortikosteroid og en langtidsvirkende beta2-agonist eller en kombination af en langtidsvirkende beta2agonist og en langtidsvirkende muskarin antagonist (for symptomkontrol og forebyggelse af eksacerbationer, se det fuldstændige produktresumé).

Dosering: Til inhalation. Den anbefalede dosis er to inhalationer to gange dagligt. Den maksimale dosis er to inhalationer to gange dagligt. For at sikre en korrekt administration af lægemidlet skal en læge eller andet sundhedspersonale instruere patienten i at anvende inhalatoren korrekt og regelmæssigt kontrollere, at patientens inhalationsteknik er tilstrækkelig. Efter inhalation skal patienterne skylle munden eller gurgle med vand uden at synke det eller børste tænder for at reducere risikoen for orofaryngeale candidainfektioner. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for de aktive stoffer eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Bivirkninger og risici:** Dette lægemiddel er ikke indiceret til behandling af akutte episoder med bronkospasme eller til behandling af en akut sygdomsforværring. Der er rapporteret om øjeblikkelige overfølsomhedsreaktioner efter administration. Hvis der opstår tegn herpå, især angioødem, urticaria eller hududslæt, skal behandlingen straks seponeres, og der skal iværksættes en alternativ behandling. Der kan opstå paradoks bronkospasme med en øjeblikkeligt forværret hvæsende vejrtrækning og åndenød efter dosering. Dette skal straks behandles med en hurtigtvirkende inhaleret bronkodilatator. Behandlingen skal straks seponeres og patienten vurderes med iværksættelse af alternativ behandling, om nødvendigt. Det frarådes at stoppe behandlingen pludseligt. En øget anvendelse af lindrende bronkodilatatorer indikerer en forværring af den underliggende sygdom, og en revurdering af behandlingen er nødvendig. Pludselig eller tiltagende forværring af symptomer er potentielt livstruende, og patienten skal evalueres under et akut lægebesøg. Trimbow bør anvendes med forsigtighed hos patienter med hjertearytmier, idiopatisk subvalvulær aortastenose, hypertrofisk obstruktiv kardiomyopati, svær hjertesygdom, okklusiv karsygdom, arteriel hypertension og aneurisme, kendt eller formodet forlængelse af QTc-intervallet, tyrotoksikose, diabetes mellitus, fæokromocytom, ubehandlet hypokaliæmi, aktiv eller latent lungetuberkulose, svampeinfektioner og virale infektioner i luftvejene, snævervinklet glaukom, prostatahyperplasi eller urinretention. Hvis der planlægges anæstesi med halogenerede anæstetika, skal det sikres, at Trimbow ikke administreres i mindst 12 timer før start af anæstesi. Der er set en øget forekomst af pneumoni. Læger skal være opmærksomme på mulig udvikling af pneumoni hos KOLpatienter, da de kliniske tegn på sådanne infektioner ligner symptomerne på KOL-eksacerbationer. Der kan opstå systemiske virkninger med alle inhalerede kortikosteroider, men det er meget mindre sandsynligt, at disse virkninger opstår end ved orale kortikosteroider. Behandling med beta2-agonister kan føre til potentielt alvorlig hypokaliæmi. Inhalationen af formoterol kan forårsage en stigning i glukoseniveauet i blodet. Derfor skal glukose i blodet overvåges hos patienter med diabetes. Desuden bør en langvarig administration sammen med andre lægemidler, der indeholder antikolinergika, ikke anvendes, på grund af den antikolinerge virkning af glycopyrronium. Hos patienter med svært nedsat leverfunktion eller svært nedsat nyrefunktion, bør Trimbow kun anvendes, hvis den forventede fordel opvejer den mulige risiko. Ved symptomer som sløret syn eller andre synsforstyrrelser bør det overvejes at henvise patienten til oftalmolog med henblik på vurdering af de mulige årsager; disse kan være grå stær, glaukom eller sjældne sygdomme såsom central serøs korioretinopati, som er indberettet efter brug af systemiske og topikale kortikosteroider. Dette lægemiddel indeholder lactose. Da glycopyrronium primært elimineres via nyrerne, er det muligt, at der kan opstå interaktioner med lægemidler, der påvirker mekanismen for udskillelse via nyrerne. Beclometason er mindre afhængig af CYP3A-metabolisering end visse andre kortikosteroider, og generelt er interaktion ikke sandsynlig. Muligheden for systemiske bivirkninger ved samtidig behandling med potente CYP3A-hæmmere kan dog ikke udelukkes, og der skal derfor udvises forsigtighed og sikres tilstrækkelig overvågning. Ikkekardioselektive betablokkere (herunder øjendråber) bør undgås. Hvis de administreres af tvingende årsager, vil formoterols virkning være reduceret eller helt fjernet. Samtidig anvendelse af andre beta-adrenerge lægemidler kan have potentielt additive virkninger. Derfor rådes der til forsigtighed, når andre beta-adrenerge lægemidler ordineres samtidigt med formoterol. Samtidig behandling med quinidin, disopyramid, procainamid, antihistaminer, monoaminooxidasehæmmere, tricykliske antidepressiva og phenothiaziner kan forlænge QT-intervallet og øge risikoen for ventrikulære arytmier. Desuden kan Ldopa, Lthyroxin, oxytocin og alkohol hæmme hjertets tolerance mod beta2-sympatomimetika. Samtidig behandling med MAO-hæmmere, herunder lægemidler med tilsvarende egenskaber, såsom furazolidon og procarbazin, kan udløse hypertensive reaktioner. Der er en øget risiko for arytmier hos patienter, der samtidigt får anæstetika med halogenerede kulbrinter. Samtidig behandling med xanthinderivater, steroider eller diuretika kan potensere en mulig hypokaliæmisk virkning af beta2-agonister. Hypokaliæmi kan øge disponeringen for arytmier hos patienter, der behandles med digitalisglykosider. Den langvarige administration af Trimbow sammen med andre lægemidler, der indeholder antikolinergika, er ikke blevet undersøgt, og de bør derfor ikke anvendes. Trimbow bør undgås under graviditeten og fødsel. Trimbow bør kun anvendes under graviditeten, hvis de forventede fordele for patienten opvejer de mulige risici for fosteret. Spædbørn og neonatale født af mødre, der fik betragtelige doser, bør observeres for adrenal suppression. *Almindelige bivirkninger:* Pneumoni (hos KOLpatienter), faryngitis, oral candidiasis, urinvejsinfektion, nasopharyngitis, hovedpine, dysfoni. *Ikke almindelige bivirkninger:* Influenza, oral svampeinfektion, orofaryngeal candidiasis, øsofageal candidiasis, fungal (oro)faryngitis, sinuitis, rhinitis, gastroenteritis, vulvovaginal candidiasis, granulocytopeni, allergisk dermatitis, hypokaliæmi, hyperglykæmi, rastløshed, tremor, svimmelhed, dysgeusi, hypoæstesi, otosalpingitis, atrieflimmer, QT-forlængelse, takykardi, takyarytmi, palpitationer, hyperæmi, rødme, hypertension, astmatisk krise, hoste, produktiv hoste, halsirritation, epistaxis, faryngealt erytem, diarré, mundtørhed, dysfagi, kvalme, dyspepsi, brændende fornemmelse af læberne, tandkaries, (aftøs) stomatitis, udslæt, urticaria, pruritus, hyperhidrose, muskelspasmer, myalgi, smerter i ekstremiteter, muskuloskeletale brystsmerter, træthed, forhøjet C-reaktivt protein, forhøjet antal trombocytter, forhøjet niveau af frie fedtsyrer, forhøjet insulinindhold i blodet, forhøjet ketonindhold i blodet, nedsat kortisol. *Sjældne bivirkninger:* Infektion i de nedre luftveje (svampeinfektion), overfølsomhedsreaktioner, herunder erytem, ødem på læber, ansigt, øjne og i svælg, nedsat appetit, hypersomni, angina pectoris (stabil og ustabil), ekstrasystoler (ventrikulære og supraventrikulære), nodal rytme, sinus bradykardi, insomni, ekstravasation af blodet, paradoks bronkospasme, eksacerbation af astma, orofaryngeale smerter, faryngeal inflammation, tør i halsen, angioødem, dysuri, urinretention, nefritis, asteni, forhøjet blodtryk, nedsat blodtryk. *Meget sjældne bivirkninger:* Trombocytopeni, adrenal suppression, glaukom, katarakt, dyspnø, vækstretardation, perifere ødemer, nedsat knoglemineralsk densitet. *Hyppighed ikke kendt*: Psykomotorisk hyperaktivitet, søvnforstyrrelser, angst, depression, aggression, adfærdsændringer (hovedsageligt hos børn), sløret syn. **Overdosering:** Hvis der opstår en overdosering, skal patientens symptomer behandles støttende med passende overvågning, efter behov. **Pakninger og priser:** Pakning med 120 doser eller multipakning med 360 doser (3 x 120 doser). Se dagsaktuelle priser på www.medicinpriser.dk. **Tilskud:** Klausuleret tilskud. **Udlevering:** B. **Indehaver af markedsføringstilladelsen**: **Chiesi Farmaceutici S.p.a., Via Palermo 26/A, 43122 Parma, Italien.** Lokal repræsentant: Chiesi Pharma AB, Klara Norra kyrkogata 34, 111 22 Stockholm, tlf: + 46 8 753 35 20. Revisionsdato: 7. marts 2025.

19731-01.02.2026

Chiesi Pharma AB | infonordic@chiesi.com | chiesipharma.dk