



Opgør med kvinders smerter

Kvinder med ondt i underlivet bliver ofte mødt med råd som **"tag et par panodiler"** pga. manglende viden om kvindesygdomme. Diagnosetiden er lang og behandlingen sparsom. Sygeplejersker og forskere har længe påpeget problemet, og nu spirer håbet, da politikerne har afsat millioner til forskning og oplysning.



Frivillige skaber håb og fællesskaber i psykiatrien

GA275_01_2602

Gennem de seneste fem år har organisationen Håb i Psykiatrien med stor succes formået at få frivillige ind på psykiatriske afdelinger i hele landet. I dag får mere end 50 afsnit jævnligt besøg af frivillige, som i samarbejde med personalet skaber små aktivitetsfyldte åndehuller og samvær i en hverdag, der for mange patienter kan være præget af håbløshed og kedsomhed.

"Psykiatrien er udfordret i disse år, og både patienter og personale savner ofte de små åndehuller, hvor sygdommen ikke fylder det hele. Når der sker noget anderledes og meningsfuldt på afsnittet, giver det patienterne en pause og adspredelse fra de tunge tanker og styrker følelsen af fællesskab, håb og sågar handlekraft. Gennem samtaler og fælles aktiviteter opstår ligeværdig kontakt, der kan give mod på mere socialt samvær – både under og efter indlæggelse," siger Lotte Frost Jørgensen, forperson i Håb i Psykiatrien

Konkret sørger Håb i Psykiatrien for en grundig screeningsproces af både frivillige og afsnit, hvorefter foreningen sikrer, at der er en solid intro og klare rammer for den frivillige indsats og personalets roller og ansvar på afsnittet. Først når alt er på plads, kan den frivillige møde op første gang. Herefter besøger den eller de frivillige afsnittet hver eller hver anden uge og faciliterer f.eks. kreaværksteder, blomsterbinding, højtlesning og musikalske indslag. Aktiviteter, som giver grundlag for en anden og ligeværdig samtale, som kan være afgørende for at frisætte håb og handlekraft.

Håb i Psykiatrien har fået en bevilling fra LB Foreningen, der bl.a. ejer Bauta Forsikring, på 4,5 mio. kr., som skal sætte ekstra tryk bag det opsøgende arbejde for at rekruttere nye frivillige, skabe kontakt til de forskellige afsnit og få en struktur og sammenhæng i det fællesskab, som nye frivillige kan træde ind i.

I LB Foreningen ser man mange perspektiver i Håb i Psykiatriens arbejde: "Man kan næsten ikke finde noget mere meningsfyldt end at prøve at skabe håb i en situation, hvor håbløsheden ellers hersker. Håb i Psykiatrien har skabt en formel for at skabe netop håb og fællesskab i en verden, hvor mennesker ellers kan have det svært. Deres indsats er lovende, og vi tror på, at kombinationen af frivillige og fællesskabsaktiviteter har potentialet til at gøre en markant forskel for mennesker med psykiske lidelser," siger Lars Busk Hansen, formand for LB Foreningen.

Det er forventningen, at man i løbet af projektet kan vokse til at have frivillige på op til 200 psykiatriske sengeafsnit og ambulatorier inden 2029.

Hvis du vil vide mere om Håb i Psykiatrien og deres indsatser så se mere på www.haabipsykiatrien.dk



Bauta Forsikring er en del af LB Forsikring, der er ejet af LB Foreningen.

LB Forsikring er Danmarks største medlemsejede privatforsikringsselskab, med over 450.000 medlemmer. Som forsikringstager i LB Forsikring er man også medlem af LB Foreningen og dermed medejer af LB Forsikring. LB Foreningen uddeler ca. 20 mio. kr. til almenyttige formål kr. årligt – heraf 5 mio. kr. til regionale formål.

LB Foreningen støtter Håb i Psykiatrien med 4.5 mio. kr. frem til juni 2029.



Bauta Forsikring

En del af LB Forsikring

Foto August Vinther



Med sygeplejen som kompas

Helen Bernt Andersen

forlod klinikken tidligt i karrieren, men aldrig sit udgangspunkt. Gennem 18 år som sygeplejedirektør på Rigshospitalet var hun i patienternes tjeneste og navigerede sikkert gennem både udvikling, omlægning og kriser.

◀ Side 34



Vi arbejder efter tysk lov, og vores dokumentation er på tysk.

Miriam Nöske

sygeplejerske,
Dansk Sundhedstjeneste

Side 58

Aftryk for livet

For evigt taknemmelig

Side 5

5 til forskeren

Tid og grundighed kan redde skæve liv

Side 7

Tillidsrepræsentanten

171.000 og en højere månedsløn

Side 8

Tema

Kvindesygdomme overses i årevis

Side 10

Fag i forandring

Fra blodsukker-dagbog til monitorering 24/7

Side 26

Dilemma

Hvem kan komme med ambulanceflyet?

Side 40

Forskning får liv

Plejhjem fik digital vågekone

Side 44

Peer review

Indlæggelse eller ej?

Side 70

Sygeplejersken

Danish Journal
of Nursing

Ansvh. chefredaktør
Louise Balleby

Redaktionschef
Kristine Jul Andersen

Redaktør
**Lone Schumann
Lotte Havemann**

Bladsekretær
Ditte Jørgensen

Art Director
Mathias N Justesen

Journalister
**Anton Kjeller Alexandersen
Christina Sommer
Emma Kold
Helle Lindberg Emarati
Lars Jørgensen
Luna Leah Holtermann
Mathilde Nyfos Ebbesen
Sofie Twistmann Gregersen**

Næste udgave udsendes: 16.-22. juni 2026

Distribueret oplag: Perioden 2022-23 70.843 ekpl. Medlem af Danske Medier

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

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

Forsideillustration: Marie Boye Thomsen

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**



Faglighed, der styrker sygeplejen

Nu kan du bladre i en ny udgave af *Sygeplejersken*. Fremover udkommer magasinet lidt sjældnere – men til gengæld med mere dybde, længere levetid og et tydeligere fokus på vores fag og forskningen, der udvikler det.

I dette nummer finder du bl.a. den første peer review-artikel bedømt og vurderet af vores forskningspanel. "Indlæggelse eller ej? Akutteams' effektivitet og udfordringer" på side 70 giver et solidt indblik i et område, hvor sygeplejersker hver dag træffer afgørende beslutninger tæt på borgerne. Det er samtidig højaktuelt, da akutsygeplejen spiller en vigtig rolle i at lykkes med de politiske mål bag sundhedsreformen.

Bladet sætter også spot på et vigtigt, men ofte overset område: Kvindesygdomme, som alt for længe har fået for lidt opmærksomhed i sundhedsvæsenet. Endelig ser vi nu politiske tegn på, at forskningen i kvinders sundhed bliver prioriteret højere. Det er positivt, og her spiller sygeplejersker også en central rolle, fordi vi møder patienterne i deres hverdag og ser konsekvenserne af manglende viden.

Artiklerne i bladet viser med stor tydelighed, at en investering i sygeplejerskers faglighed og sygeplejefaglig forskning ikke er et tilvalg – det er en forudsætning for et mere sundt og sikkert samfund. Det budskab tager jeg også med mig i mine politiske drøftelser med både politikere og arbejdsgivere.

I bladet kan du også møde Helen Bernt Andersen, der begyndte sin karriere som sygeplejerske i 1981, senere blev sygeplejedirektør på Rigshospitalet og i dag står i spidsen for Kræftens Bekæmpelse. Hendes spændende karriere viser, hvor mange veje vores fag kan åbne for os. Det inspirer forhåbentlig både kommende og nuværende sygeplejersker – ligesom Helen har været en inspiration for mig.

Rigtig god læselyst.



Dorte Boe Danbjørg

Dorte Boe Danbjørg
Forkvinde



Håndboldspiller Rasmus Lauge og hans kone Sabrina Jepsen glemmer aldrig de sygeplejersker, der greb dem, da de stod midt i deres livs mareridt.

For evigt taknemmelig

Tekst **Sofie Twisttmann Gregersen**

Foto **Tor Birk Trads**

"I dag fejrer vi dig. Du ville livet. Tillykke med din første fødselsdag, vores Anna", skriver **Sabrina Jepsen** til sin Instagram-reel den 19. februar 2026. Her sidder datteren i sin højstol og vifter ivrigt med et flag omgivet af lyserøde balloner og pakker. For et år siden vidste de ikke, om de kom til at fejre milepælen. For Anna kom til verden alt for tidligt i uge 24+0. Kun 700 gram og 30 cm lang.

Der blev livet vendt på hovedet for **Rasmus Lauge**, Sabrina Jepsen og Annas to søskende Freja og Noah. Hverdagen blev skiftet ud med bippende alarmer, iltslanger og en frygt for fremtiden, mens lillesøster kæmpede for sit liv i en kuvøse på intensivafdelingen på Aarhus Universitetshospital.

Ro i kaos

Hvert minut, hver time, hver dag handlede om overlevelse. På hospitalsstuen hang en konstant uvished i luften - fik de deres datter med hjem? Midt i deres livs største krise blev de grebet af sygeplejersketeamet, der passede på Anna døgnet rundt.

"Vi kommer aldrig til at glemme navnene på de sygeplejersker, der var med på rejsen. Vi kunne læne os op ad deres stærke faglighed, og det gav os styrke og håb. De var ikke "bare" på arbejde. Vi kunne mærke, at de havde hjertet med," fortæller Sabrina Jepsen.

"De var meget ærlige, og det gav ro, selvom ærligheden måske var hård i de meget kritiske perioder, som der var mange af," fortæller Rasmus Lauge og uddyber, at sygeplejerskerne altid vidste, om de skulle forklare, bare være eller give et kram i de situationer, hvor ingen anede, hvad vej det ville gå.

En del af familien

Anna var patienten. Men det var ikke kun hende, sygeplejerskerne var der for.

"De tog sig også af vores to store børn, og de tog sig af os. De rummede os alle, mens de udførte deres arbejde. De blev nærmest en del af familien i perioden," siger Rasmus Lauge.

Anna vandt kampen, og efter 155 dage kunne de ånde lettet op og tage hjem alle fem. De har altid haft en enorm respekt for sygeplejersker. Men på den anden side af indlæggelsen mærker familien især, hvor meget de betød.

"Vi er dem evigt taknemmelige, og vi føler ikke, at vi nogensinde kan takke dem nok. De har været med til, at vi alle fem er kommet godt ud på den anden side," siger Sabrina Jepsen. ♥



Øjeblikkeligt
fugtboost



Uparfumeret



Blødgør tørre og
sprukne hænder



Elsa,
sygeplejerske

TIL DINE HÅRDTARBEJDENDE HÆNDER

matas

fotex

Bilka

Tid og grundighed kan redde skæve liv

Tekst **Luna Leah Holtermann**

1 Hvad viser din forskning?

Overordnet forsker jeg i ulighed i sundhed – særligt i den store overdødelighed blandt mennesker med psykisk sygdom. De dør tidligere end resten af befolkningen, ofte af helt almindelige, forebyggelige sygdomme.

Mit projekt undersøger, hvordan retspsykiatrien kan blive bedre til at opdage og håndtere fysisk sygdom hos patientgruppen. Vi udviklede en model, hvor en praktiserende læge i Region Midtjylland fik ansvaret for patienter i retspsykiatrien. Lægen havde god tid, var grundigt forberedt og kunne se patienterne på en måde, der tog højde for deres sygdomskompleksitet.

Resultatet var lovende: Med bedre struktur og mere tid kan man opdage problemer tidligere og skabe et mere sammenhængende behandlingsforløb.

2 Hvordan kan din forskning bruges i praksis?

Lige nu arbejder man på at integrere somatik og psykiatri bedre, og her kan vores erfaringer bruges direkte. Sundhedsvæsenet er i høj grad designet til borgere med høj sundhedskompetence: Dem, der møder til tiden, lytter, spørger og forstår.

Men vi møder også patienter, der er skæve, ikke-kompatible

eller har kaotiske liv. Her kan man ikke bare følge standardiserede pakkeforløb. Vores projekt viser, at man kan forhindre, at patienter falder ud af forløb.

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

Ja. Alle dele af sundhedsvæsenet. Effektivisering og digitalisering fungerer fint for dem, der er ressourcestærke. Men vi taber dem, der ikke er.

Pointen er: Systemet skal tilpasses de borgere, der har behov for det – ikke kun dem, der er nemme at have med at gøre. Som sygeplejersker må vi nogle gange gå uden for retningslinjerne for at fastholde relationen og sikre, at patienterne ikke giver op. Det kan være små ting som at gå med en patient ud at ryge på et dårligt tidspunkt, fordi relationen er vigtigere end reglen.

Den logik gælder også i tandplejen, kommuner og sociale systemer. Mange falder mellem stolene, hvis vi kun tænker effektivt og ikke menneskeligt.

4 Hvad fik dig til at forske?

Jeg har arbejdet 10 år som sygeplejerske inden for psykiatri og misbrugsbehandling i kommuner og kunne mærke, at jeg manglede at bygge videre på min faglighed. Jeg søgte ind



Christian Haurdahl Jentz

Ph.d.-studerende i retspsykiatri ved Aarhus Universitet og Retspsykiatrisk Afdeling, Region Midtjylland. Klinisk baggrund som psykiatrisk sygeplejerske i både kommunal misbrugsbehandling, psykiatri og retspsykiatri. Han forsvarede sin ph.d. den 20. februar 2026.

på en sundhedsfaglig kandidatuddannelse for at blive klogere. Her mødte jeg to overlæger i retspsykiatrien, som viste mig tillid og inviterede mig ind i deres forskningsprojekter. Vi rejste bl.a. tre uger til Grønland for at samle data – en intens og formativ oplevelse. Der opdagede jeg, at jeg slet ikke var færdig med at forske.

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

Start med at tale med din leder om mulighederne og find nogle gode "legekammerater". Når folk ved, at du er interesseret, kan du blive inviteret med til små projekter, få lov at samle data ind eller deltage i journal clubs.

Netværk betyder meget. Det samme gør efteruddannelse. En kandidatuddannelse kan give både faglig tyngde og de formelle papirer, der gør en forskerkarriere mulig. ♥

171.000 kr. og en højere månedsløn

Tillidsrepræsentant Kirsten Merete Wassard **hjælp en sygeplejerske med rumænsk baggrund** med at få sit arbejde i Rumænien og Italien talt med i sin anciennitet. Det betød 171.000 kr. på lønkontoen og 7.500 kr. mere i månedsløn.

Tekst **Laura Elisabeth Lind**

Foto **Tor Birk Trads**

En dag sætter Kirsten Merete Wassard sig foran computeren og skriver en mail.

“Jeg skriver til alle de sygeplejersker på afdelingen, som jeg kan se, ikke er medlem af DSR. Jeg vil gerne gøre dem opmærksom på, at de ikke er på min liste. Måske er de registreret forkert, og så skal vi have styr på det, men der kan også være nogen, som ikke er medlem, som måske gerne vil være det,” fortæller Kirsten Merete Wassard.

Hun er sygeplejerske og arbejder til dagligt på Akut Intern Medicinsk Afsnit på Hobro Sygehus, hvor hun også er tillidsrepræsentant for godt 50 sygeplejersker.

Et par dage efter, at mailen lander i sygeplejerskernes indbakke, banker det på døren til hendes kontor. En sygeplejerske, der har arbejdet 2,5 år på afsnittet, vil gerne vil have hjælp til at melde sig ind i Dansk Sygeplejeråd.

“Vi finder en computer og får meldt hende ind. Med det samme falder snakken på, at hun ikke har fået sin anciennitet fra udlandet med sig, og hun undrer sig over, om det kan være rigtigt.”

” Det var rimelig ligetil. Det er skønt, at det ikke altid behøver at være så besværligt.

Sygeplejersken kommer fra Rumænien, hvor hun har arbejdet som sygeplejerske i 2 år og 4 måneder. Hun flytter derefter til Italien og arbejder i 5 år og 1 måned, inden hun kommer til Danmark, hvor hun efter noget tid får dansk autorisation som sygeplejerske. Derefter får hun arbejde på afsnittet i Hobro, og det er kun arbejdet fra Hobro, der ser registreret som anciennitet på hendes lønseddel. Hun har haft sine udenlandske ansættelseskontrakter forbi lønkontoret, men får at vide, at hun skal dokumentere, at hun rent faktisk har arbejdet de steder, hvor hun har været ansat i udlandet.

Graver en gammel arbejdsbog frem

“Så vi bliver enige om, at hun skal prøve at grave gamle dokumenter frem. Det er udfordrende, for når man er flyttet to gange, er der mange ting, man smider ud. Rumænien har nok heller ikke samme e-bokssystem som Danmark. Os der har alderen til det, ved også, vi ikke gemmer gamle lønsedler og den slags.”

Men sygeplejersken graver dybt i de gamle papirbunker, hun trods alt har, og finder en gammel arbejdsbog fra Rumænien. Her er information om, hvornår hun er steget i løn, hvornår hun har opnået en ny kompetence, og man kan se, at hun kontinuerligt har været på arbejde i en årrække. Hun får at vide, at dokumentationen skal oversættes til dansk eller engelsk.

“Men jeg kan hurtigt afkode datoerne, så jeg siger til hende, at vi tager den med og ser, hvad de i første omgang siger.”

Fra Italien finder hun et brev med bekræftelse på, at hun har arbejdet på hospitalet fra en bestemt dato til den dato, hvor hun har sagt sin stilling op. Det hele er på italiensk.

“Jeg sender det for en god ordens skyld til lønkontoret og siger, at vi selvfølgelig nok skal få det oversat.”

Ved ikke, hvad de har ret til

Men kort tid efter står sygeplejersken igen i døren ind til Kirsten Merete Wassards kontor. Hun har et kæmpe smil på læberne.

“Hun har fået sin anciennitet godkendt. Det blev til mange penge. For hun har både ramt fire års-tillægget og lønstigningen efter otte års anciennitet. Og lige rundt om hjørnet venter stigningen efter 10 års anciennitet.”

Kirsten Merete Wassard har ellers været nervøs for, at der ville blive kigget på papirer og fremsendte dokumenter med lup, hvor hvert et lille punktum eller komma skulle vendes og drejes:



♦ Tillidsrepræsentant Kirsten Merete Wassard fik sat et gravearbejde i gang efter gamle arbejdspapirer. Det resulterede i mange penge til den sygeplejerske, der fandt dokumenter fra Rumænien og Italien frem, og derfor fik sin anciennitet fra udlandet godkendt.

“Men det var rimelig ligetil. Det er skønt, at det ikke altid behøver at være så besværligt.”

Sygeplejersken fra Rumænien har helt fra starten haft svært ved at finde ud af, hvem der kunne hjælpe hende. Nu har hun svært ved at få armene ned igen. Kirsten Merete Wassard er glad for, at hun kunne hjælpe og håber, at andre sygeplejersker med udenlandsk erfaring bliver inspireret til at gå samme vej.

“171.000 kr. er mange penge, men de 7.500 kr. fremadrettet hver måned er virkelig noget, man mærker i sin hverdag,” siger hun og tilføjer:

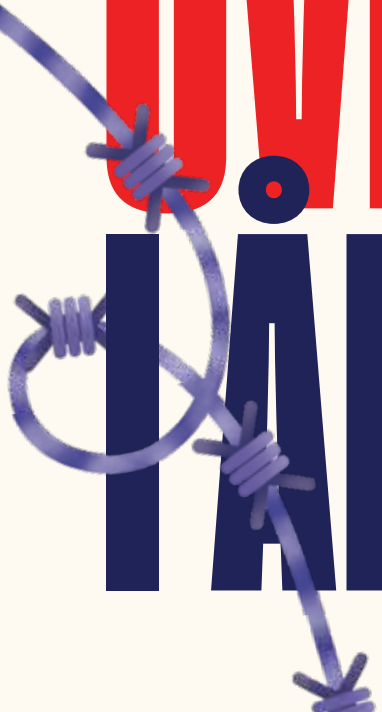
“Det har åbnet mine øjne for, hvor vigtigt det er at synliggøre vores fagforening. Specielt i forhold til dem, der kommer hertil med udenlandsk baggrund og ikke automatisk har fået den information på sygeplejerskeuddannelsen i Danmark og er vokset op med det naturlige i, at mange af os er organiseret i fagforeninger. De ved ikke meget om, hvad de har ret til. Derfor kan de have et ekstra behov for at komme med i det fællesskab.” ♥

Hvad har du lært?

“Vi har mange sygeplejersker i Danmark, der kommer fra andre lande. Når de har opnået dansk autorisation, skal vi gribe dem og fortælle, at de kan melde sig ind i en fagforening. For der kan de få hjælp til at få deres erfaring fra udlandet talt med i ancienniteten. Hvor skal de vide det fra, hvis ikke vi som sygeplejersker på afdelingerne sørger for at tage fat på dem? Jeg ville ikke vide, hvem jeg skulle ringe til, hvis jeg flyttede til Rumænien.”

Kirsten Merete Wassard
Sygeplejerske og TR på Hobro Sygehus

KVINDE- SYGDOMME OVERSES I ÅREVIS



Tekst **Christina Sommer**
og **Mathilde Nyfos Ebbesen**
Foto **August Vinther**
Illustration **Marie Boye Thomsen**



Kvinder har symptomer i flere år, før de bliver diagnosticeret med f.eks. endometriose. **De uopdagede gynækologiske lidelser** giver også højere risiko for depression, viser ny forskning. Nu giver politikerne penge til området. På tide, men ikke nok, mener sygeplejersker og forskere.

Mange kvinder lever i årevis med smerter, som ingen kan forklare, eller som bliver negligeret. Ganske enkelt fordi man ikke ved bedre. Eller fordi man ikke har undersøgt det nærmere. Nogle af de mest udbredte, men langt fra kendte gynækologiske lidelser, er voldsom eller uregelmæssig menstruation, vulvodyni og endometriose samt dysplasi, nedsunken livmoder, inkontinens og smertefulde efterfødselsskader.

Lidelser, som flere sygeplejersker, forskere og patienter håber, vil få meget mere opmærksomhed i fremtiden. Ikke mindst Mette Bjerring Andersen, formand for Fagligt Selskab for Gynækologiske og Obstetriske Sygeplejersker, som side- ►

- løbende med sit kandidatstudie i klinisk sygepleje arbejder på Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler på Kolding Sygehus. "Vi skal blive meget bedre til at diagnosticere og møde de her kvinder, hvor de er. Hele sundhedsvæsenet skal blive bedre til at tage problematikkerne alvorligt og ikke negligere f.eks. smertefulde menstruationer med råd som "tag et par panodiler," siger hun.

Burde være sket for længst

Problemet er efter mange år begyndt at få politikernes bevågenhed. De fem regioner investerer tilsammen 25 mio. kr. i kvinders sundhed de kommende år, og i oktober sidste år annoncerede regeringen, at den afsætter 160 mio. kr. over de næste fire år til at etablere Nationalt Center for Forskning i Kvinders Sundhed. Det glæder Mette Bjergering Andersen.

"Det er virkelig positivt, at kvindesygdomme endelig får den politiske og samfundsmæssige opmærksomhed, de fortjener. Det har vi advokeret for i mange år. Det er et yderst specialiseret område, som kræver enormt meget af både personalet, samfundet og patienterne selv," siger hun og uddyber:

"For patienterne betyder det ofte lange udredningsforløb, smerter og nedsat livskvalitet, og for samfundet øgede sundhedsudgifter og tabt arbejdskraft."

Hun bakkes op af Mette Bliddal, lektor i Forskningsenheden for Gynækologi og Obstetrik, Klinisk Institut på SDU.

"Det burde jo være sket for lang tid siden, for kvindekroppe er bare anderledes og mere komplicerede end mandekroppe pga. vores hormonspejl, altså de konstante svingninger, der er i vores hormoner gennem hele livet. F.eks. under menstruationscyklus, pubertet, graviditet og overgangsalder. Der er behov for flere midler til forskning i deciderede kvindesygdomme, men også i medicin til kvinder i forbindelse med sygdomme, der rammer både mænd og kvinder," siger hun.

Over 250.000 diagnosticeret

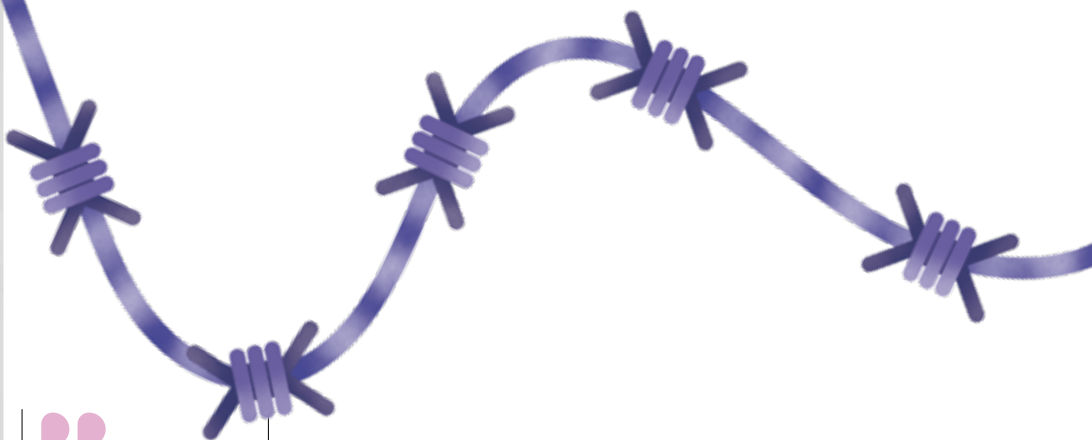
Et lysende eksempel på, hvad forskning på området kan give af viden, står Mette Bliddal selv bag. Hun har forsket i kvin-





Ved endometriose går der 4-11 år, fra kvinden har de første symptomer, til hun får diagnosen.

Mette Bliddal
lektor i Forskningsenheden for Gynækologi og Obstetrik, Klinisk Institut på SDU



desygdomme og reproduktion i flere år, og i oktober sidste år offentliggjorde hun sammen med forskerkolleger et omfattende registerstudie, der viser, at kvinder med gynækologiske lidelser oftere har depression, både før og efter, de får stillet diagnosen.

Studiet omfatter danske sundhedsdata for over 2,2 mio. kvinder i alderen 15-49 år. Heraf blev 265.891 – svarende til 12. pct. – diagnosticeret med mindst én af de 24 mest udbredte gynækologiske lidelser, f.eks. endometriose, PCOS og menstruationsforstyrrelser.

"Det er i sig selv bemærkelsesværdigt, at 12 pct. af alle kvinder får en diagnose med mindst en af disse lidelser, særligt da det drejer sig om sygehusdiagnoser, som indikerer en vis alvorlighed," fortæller hun.

Dernæst undersøgte forskerne forekomsten af depression blandt kvinderne tre år før og tre år efter diagnosetidspunktet. Og konklusionen er klar: Forekomsten af depression er højere blandt kvinder med en gynækologisk lidelse sammenlignet med kvinder uden.

Diagnose efter 4-11 år

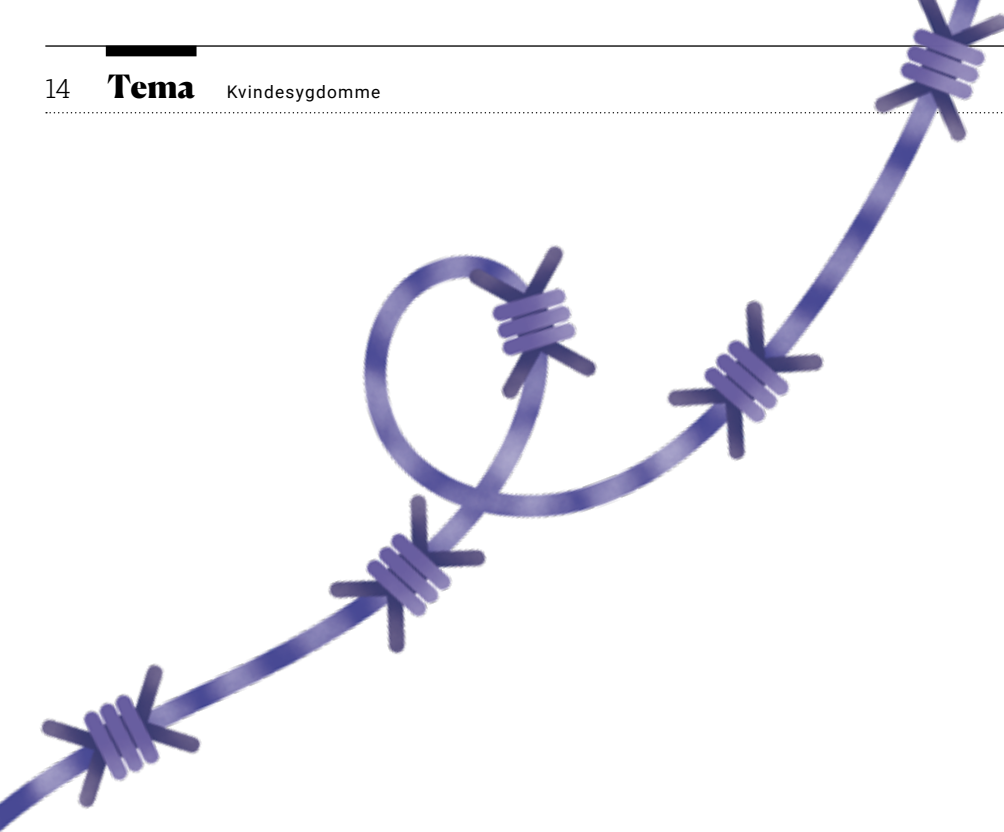
Studiet viser, at risikoen for depression var 44 pct. mere udbredt blandt kvinderne allerede tre år før diagnosen, og i året efter var risikoen for depression mellem 15 og 109 pct. højere afhængig af gynækologisk lidelse.

"Vi kan altså se, at kvinder, der får en af disse lidelser, har en højere risiko for depression flere år, før de får en diagnose. Vi kan dog ikke se, om de allerede har symptomer på deres lidelse på det tidspunkt, men det er en hypotese. Vi kan også se, at den største forekomst af depression ses hos kvinder med smertefulde lidelser som PCOS og endometriose. Her er risikoen for depression op mod dobbelt så høj som hos kvinder uden," fortæller Mette Bliddal og fortsætter:

"Her er det jo tankevækkende, at der f.eks. ved endometriose i dag går 4-11 år, fra kvinden har de første symptomer, til hun får diagnosen."

Tænkes ind i psykiatri

Selvom studiet ikke siger noget om årsag og virkning, viser resultaterne ifølge Mette Bliddal, at fysisk ubehag i underlivet og psy-



- kisk mistrivsel ofte følges ad. Forskerne efterlyser derfor en mere integreret indsats mellem somatisk og psykiatrisk behandling, både i udredningsfasen og i opfølgningen, især i almen praksis og gynækologisk regi.

"Mit håb er, at læger og andre sundhedsprofessionelle tager kvinder med fysiske gener i underlivet alvorligt og spørger ind til, om generne påvirker deres mentale helbred og omvendt: Har en kvinde problemer med sit mentale helbred og tegn på depression, skal man også huske at spørge ind til evt. gener i underlivet," siger Mette Bliddal, der også er spændt på at se, hvordan det kommende nationale center for forskning i kvinders sundhed kommer til at fungere i praksis.

"Vi er jo en del forskningsgrupper rundt om i landet, der arbejder med forskellige emner på området. Jeg håber, at centret kan styrke samarbejdet på tværs af de mange forskningsmiljøer, så vi kan supplere hinanden frem for, at alle midlerne bliver koncentreret et sted."

Sygeplejerskerne skal med

Netop spørgsmålet om, hvordan man sikrer, at forskningsmidlerne havner der, hvor de kan gøre mest gavn for både patienter og sundhedsprofessionelle, er Ulrik Bak Kirk også optaget af. Han er forsker ved Institut for Folkesundhed på Aarhus Universitet og har fulgt udviklingen i forskning i endometriose og kvindesygdomme generelt tæt de seneste år. Bl.a. som projektleder på det EU-finansierede forsknings- og innovationsprojekt 'FEMaLe: Finding Endometriosis using Machine Learning'.

"De 160 mio.kr. er en god start, men de rækker ikke langt. Nu skal der handling bag de flotte hensigtserklæringer, og her er det afgørende, at vi får identificeret behovene nedefra ved at tage afsæt i patienternes faktiske behov, så vi kan bruge ressourcerne der, hvor der faktisk er brug for dem," siger han velvidende, at det er lettere sagt end gjort.

"Der er behov for at involvere en bred gruppe af patienter, ikke kun 'de professionelle', som er velorganiserede i store patient-



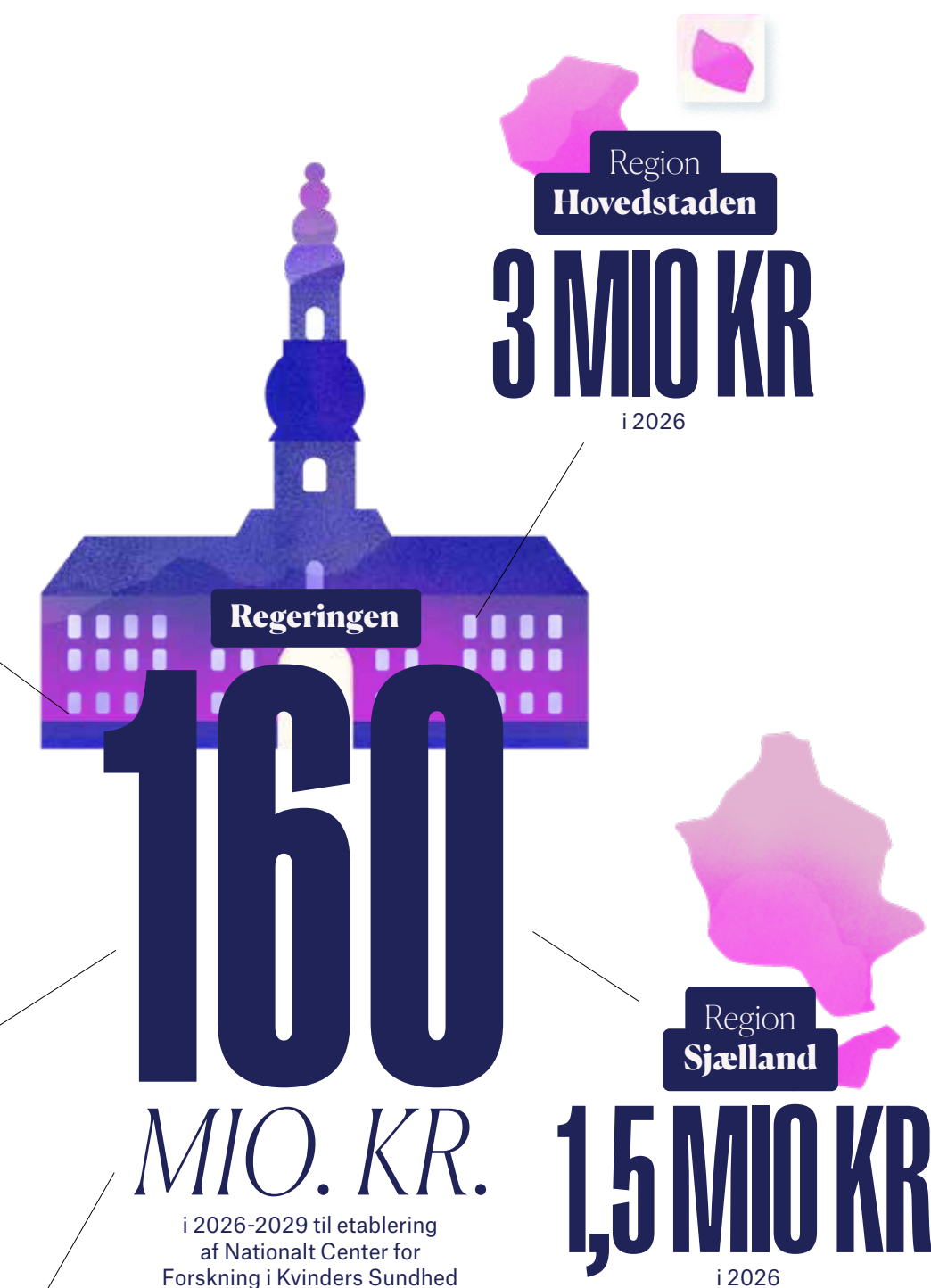
Har en kvinde tegn på depression, skal man huske at spørge ind til gener i underlivet.

Mette Bliddal
lektor i Forskningsenheden for Gynækologi og Obstetrik, Klinisk Institut på SDU

INVESTERING I KVINDERS SUNDHED

2025 var året, hvor kvinders sundhed kom på budgettet. 2026 er året for at finde løsningerne. Se her, hvor mange midler regeringen og regionerne har afsat til kvindespecifikke sygdomme i 2026 og årene frem.





De fem regioner investerer sammenlagt **25 mio. kr.** i kvinders sundhed. På tværs af regionerne er der fokus på forskning, kortlægning, oplysning og helhedsorienterede indsatser. Det er endnu uklart, hvad midlerne konkret skal gå til, da regionerne først forhandler i løbet af foråret. Alle regionerne forsikrer om, at de vil videndele på tværs af landet.

foreninger. Vi risikerer dog at ende med en kæmpe lang ønskeliste, og derfor er det vigtigt at få fagpersonerne med, især sygeplejerskerne, der har afgørende viden om, hvor systemet knækker i mødet med kvinder – både på hospitalerne, i kommunerne og i almen praksis,” tilføjer han.

Ensartet behandling efterlyses

Skulle politikerne følge rådet om at invitere sygeplejersker med i etableringen af det nye nationale forskningscenter, står formand for Fagligt Selskab for Gynækologiske og Obstetriske Sygeplejersker Mette Bjerring Andersen klar.

”Vi er ikke et stort selskab, men vi er godt repræsenteret på afdelinger for kvinde-sygdomme og fødsler over hele landet. Vi er højt specialiserede og har indblik i, hvor der er plads til mere forskning og videndeling, så alle patienter kan blive behandlet lige over hele landet,” siger hun og peger selv på endometriose, blødnings- og smerteproblematikker og efterfødselsskader samt mindre kendte sygdomme som lichen sclerosus som nogle, der fortjener mere opmærksomhed.

Mette Bjerring Andersen håber også, at centret kan være med til at sikre, at den højt specialiserede viden, der findes rundt om i Danmark, kommer ud til alle i hele sundhedsvæsenet, samt at der kommer mere overordnede nationale planer for både diagnose- og behandlingsforløb.

”I dag er der f.eks. stor forskel på at have endometriose i Jylland, på Fyn eller Sjælland, fordi de er langt fremme på området i Nordjylland. Men vi formår ikke rigtigt at tale sammen og få delt vores viden. Sådan skal det ikke være i et lille land som Danmark. Det kan centret forhåbentlig afhjælpe,” understreger hun. ♥

Læs også artiklen på side 20-22, hvor indenrigs- og sundhedsminister Sophie Løhde (V) uddyber regeringens ambitioner og mål med det nye center for forskning i kvinders sundhed.



Kvindesygdomme, herunder endometriose, er kommet på dagsordenen politisk og i medierne. Nu skal sundhedsvæsenet følge med. Sygeplejerske **Helle Ring-Knudsen** har arbejdet med endometriose i 15 år, og hun håber på mere viden om og interesse for den invaliderende kvindesygdom.

Tekst **Christina Sommer** og

Mathilde Nyfos Ebbesen

Foto **August Vinther**

Det klistrer sig fast til organerne. Vævet. Som minder om slimhinden i livmoderen, men sidder uden for og ikke inde i den. Det vokser sig fast til organer, det ikke skal vokse fast til. Urinblæren, tarmene, æggestokkene. Det skaber betændelselignende tilstande. Og så gør det pokkers ondt.

Endometriose rammer én af 10 kvinder, men kun 2 pct. har fået diagnosen ifølge Endometriose Fællesskabet. Og så tager det 4-11 år at få diagnosen stillet. Sygdommen er en af mange kvindesygdomme, der er blevet overset i forskningen. Men nu sker der noget på Christiansborg og i regionerne. Kvinders sundhed er kommet på budgettet.

ENDOMETRIOSE

VI MANGLER VIDEN

Det er dog ikke alle steder, endometriose er blevet overset i årtier. Sygeplejerske på Gynækologisk Klinik på Rigshospitalet Helle Ring-Knudsen har beskæftiget sig med sygdommen, før den blev moderne.

Sygeplejersker underviser

Endometriose er væv, der sidder uden for livmoderen. Det minder om slimhinden, fordi det bløder, når man har menstruation - og så vokser det rundt om og ind i organer, så det i de slemme tilfælde kan betyde, at man skal operere. Symptomerne tæller bl.a. voldsomme smerter ved menstruation, samleje, vandladning og afføring.

"Vi har patienter, der skal have fjernet et stykke tarm, fordi vævet er vokset ind i tarmvæggen. Eller blærevæggen. Patienter, hvor nyren er stået af, fordi urinlederne er blevet klemte af," fortæller Helle Ring-Knudsen.

Hun blev ansat på afdelingen i 1991, og siden 2011 har Rigshospitalet opereret de sværeste tilfælde af endometriose, og disse patienter har været Helle Ring-Knudsens primære. Mange af dem har ventet længe på en diagnose, og de mangler viden om at leve med den. Det hjælper Helle Ring-Knudsen og de andre sygeplejersker patienterne med:

"Vi taler med dem om både det psykiske og det fysiske. Helheden. Om deres familie, hvordan det fungerer derhjemme, om det påvirker parforholdet, seksualiteten? Men også, hvad de selv kan gøre mod smerterne og trætheden."

Hun har konsultationer med patienter og er underviser i Rigshospitalets tilbud 'ENDO-VIDEN', et tilbud til patienter med endometriose og deres pårørende. Desuden kan patienter tilknyttet afdelingen ringe ind til sygeplejerskerne to gange om ugen med spørgsmål om deres endometriose. Og så underviser hun som den eneste sygeplejerske i 'guidet egenbeslutning' – en personlig samtale med patienter, der skal vejledes til at tage beslutninger, når det gælder deres sygdom.

Og der er brug for vejledningen. For der findes ikke en behandling, der helbreder sygdommen endnu. Den kan kun lindre den.

Ingen behandling

Endometriose er kendt som en underprioriteret sygdom. Man ved endnu ikke, hvorfor den opstår, eller hvordan man behandler



den medicinsk – kun hvordan man hindrer sygdommen i at udvikle sig, med bl.a. hormonbehandling og evt. suppleret med operation. Så mere forskning er et stort ønske, fortæller daglig leder i Endometriose Fællesskabet, Anne Hovmøller.

"Vi mangler forskning, fordi vi mangler at finde ud af, hvorfor man får endometriose. Så vi mangler både en forklaring og en ordentlig behandling," siger hun og fortsætter:

"I mellemtiden ønsker vi fokus på de ting, man godt kan gøre, og en anerkendelse af, at endometriose er en sygdom, som skal tages alvorligt."

Der er nemlig store diagnoseforsinkelser. Og så er der i medierne en gennemgående fortælling om, at kvinder med endometriosesymptomer, som ofte ligner menstruationssmerter, ikke bliver taget seriøst, når de går til egen læge. Den kritik svarer Maria Krüger, formand i Dansk Selskab for Almen Medicin på. Hun er ked af, at kvinder ikke føler sig taget seriøst.

"Vi har et ansvar for at være opdateret på viden, når vi er læger og har patientansvar," slår hun fast og fortsætter:

"Men man kan ikke vide alt om alt. Heller ikke praktiserende læger. Så når man bliver mødt af nogle problemstillinger, som man ikke er opdateret på, eller møder symptomer, man ikke kan forklare, så skal man henvise videre til et speciale. Det tænker jeg, at de fleste gør."

Og det er bl.a. hos Helle Ring-Knudsen, man så kan ende.

Viden skal ned gennem lagene

På Rigshospitalet glæder Helle Ring-Knudsen sig over, at der er millioner på vej til kvindesygdomme. Hun ønsker sig også mere forskning, mere behandling – og flere der tager patienter med endometriose alvorligt.

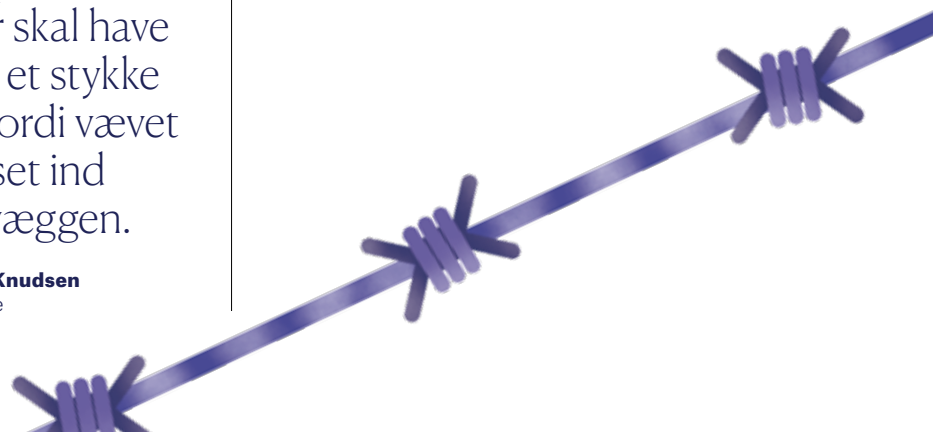
"Endometriosepatienter har et ry for at være nogle besværlige patienter. De har altid ondt, og der er ikke nogen hurtige løsninger til at hjælpe dem. Men der er bare mange af dem, der er rigtig syge," fortæller hun.

Helle Ring-Knudsen glæder sig over at kunne give de her patienter, der ikke har megen behandling at læne sig op ad, værktøjer til at leve bedre med deres endometriose. Og så håber hun, at viden bevæger sig ned gennem alle lag i sundhedssystemet. ♥



Vi har patienter, der skal have fjernet et stykke tarm, fordi vævet er vokset ind i tarmvæggen.

Helle Ring-Knudsen
sygeplejerske





HER NØRDER DE DYSPLASI

Ambulatorium for Kvindesygdomme i Hjørring arbejder i tværfaglige teams efter subspecialer, f.eks. dysplasi. **Her kolposkoperer sygeplejerskerne** Eva Damsgaard og Charlotte Ejning Jacobsen selv, og de har også ansvar for at opkvalificere læger og andre kolleger.

Tekst **Christina Sommer**
Foto **Claus Bjørn Larsen**

”Jeg starter lige med at kigge lidt udvendigt, og jeg skal nok sige til, når jeg fortsætter.” Sygeplejerske Eva Damsgaard har sat sig for enden af den sorte brik med de to benstøtter, hvor dagens første patient, en 47-årig kvinde, har lagt sig til rette. Hun har fået konstateret lette celleforandringer på livmoderhalsen hos egen læge og er blevet henvist til kolposkopi i Ambulatorium for Kvindesygdomme på Regionshospitalet Nordjylland Hjørring.

”Det ser umiddelbart rigtig fint ud,” siger Eva Damsgaard, før hun tager andenæbbet, der ligger på rullebordet ved siden af hende sammen med tampon- og biopsitængerne og andre instrumenter, hun skal bruge under kolposkopen.

Med 35 min. til hver patient har Eva Damsgård (t.v.) og Charlotte Ejsing Jacobsen god tid til at kolposkopere og tale med kvinderne om undersøgelsen, HPV-virus og celleforandringer.

Ved briksen står sygeplejerske Charlotte Ejsing Jacobsen klar til at tale med kvinden om både børn, job og undersøgelsen, mens Eva Damsgaard forsigtigt, men rutineret fortsætter undersøgelsen af livmoderhalsen og fortæller, hvad hun gør og hvorfor.

Faglig fordybelse og stolthed

Det er onsdag og dermed tid til den ugentlige dysplasi-ambulatoriedag for Eva Damsgaard og Charlotte Ejsing Jacobsen. Mellem kl. 8.30 og 9 kan patienter ringe med spørgsmål om celleforandringer og HPV-virus, før den første patient kommer kl. 9.10.

Eva Damsgaard har kolposkoperet siden 2020, mens Charlotte Ejsing Jacobsen kom til i 2022. De er begge specialeansvarlige sygeplejersker på dysplasi- og abortområdet, mens andre kolleger har ansvar for andre subspecialer som f.eks. inkontinens og endometriose, som de løfter tværfagligt sammen med bl.a. læger og fysioterapeuter.

Eva Damsgaard og Charlotte Ejsing Jacobsen har også andre opgaver i ambulatoriet, f.eks. støttesamtaler før og efter abort og anlæggelse og skift af spiral og P-stav. Alle sygeplejersker har også vagter på operationsgangen og fødegangen, men de tværfaglige teams er kommet for at blive, fortæller chefsygeplejerske Christina Østergaard.

"Som leder vægter jeg især to ting: De bedste patientforløb og et godt arbejdsmiljø. Her spiller tværfaglige teams en vigtig rolle. De skaber ligeværdighed mellem faggrupperne og faglig stolthed og arbejdsglæde – at kunne fordybe og dygtiggøre sig i et område er godt for både medarbejderne og patienterne," siger hun.

Fedt at nørde

På stue 14 har Eva Damsgaard fået andennæbbet på plads, så det sikrer det rette udsyn. Hun fører kikkertapparatet hen

foran kvindens vaginale åbning, hvorfra det kan forstørre livmoderhalsen og gengive den live på skærmen til venstre for Eva Damsgaard.

Hun nærstuderer billedet sammen med Charlotte Ejsing Jacobsen for at være sikker på, at hun tager celleskrab og biopsier de korrekte steder. Det sidste kan nive lidt, men en bedøvende spray, evt. lokalbedøvelse og opfordring til at hoste, når biopsitangen klemmes sammen, afhjælper smerterne, forklarer sygeplejerskerne, der også er glade for de faste teams.

"Det er så fedt at få lov til at nørde ned i et subspecial, og er vi i tvivl om noget, arbejder vi jo tæt sammen med lægerne," siger Charlotte Ejsing Jacobsen.

Opkvalificerer læger

Direkte adspurgt er de spændte på, hvordan det nye nationale center for forskning i kvinders sundhed kommer til at fungere.

"Men det skaber forhåbentlig større opmærksomhed om kvinders sundhed og sygdomme, så flere kvinder tager symptomer alvorligt og går til lægen," tilføjer Charlotte Ejsing Jacobsen.

Selv er de meget aktive ift. at opsøge ny viden. Som specialeansvarlige sygeplejersker skal de holde sig ajour med nyeste viden, forskning og undersøgelses- og behandlingsmetoder på både dysplasi- og abortområdet. De deltager jævnligt i kurser og konferencer, også i udlandet, og er på 6. år ansvarlige for at afholde den årlige Landskonference for sundhedspersonale, som arbejder med gynækologi.

"Det kan vi, fordi vores ledelse giver os tid og ressourcer til det. Og vi har også ansvar for løbende at videndele og opkvalificere lægerne og andet personale her på afdelingen," fortæller Eva Damsgaard.

Styrker det faglige blik

Da kvinden har fået sit tøj på igen, bliver hun sendt stille og roligt ud ad døren med besked om, at der kommer svar på prøverne inden for 2-4 uger. Er der ingen eller lette celleforandringer, kommer svaret i e-boks.

"Men viser de sig at være moderate eller svære, ringer jeg til dig, og så lægger vi en behandlingsplan sammen," siger Eva Damsgaard.

Når ambulatoriedagen slutter kl. 15, har de to sygeplejersker på skift kolposkoperet i alt syv kvinder, hvilket er med til at styrke deres faglige blik og kompetencer, uddyber Eva Damsgaard:

"Forskning viser, at jo flere kolposkopier man udfører, jo bedre er man til at spotte celleforandringer." ♥

Vi har også et ansvar for at videndele og opkvalificere læger og andet personale.



Charlotte Ejsing Jacobsen
sygeplejerske





Vi skal sikre, at vi systematisk får spredt den viden, vi har, ud til de relevante miljøer og i den kliniske hverdag.

Sophie Løhde (V)
indenrigs- og sundhedsminister

CENTER STARTER KVINDERS SUNDHEDSKAMP

Efter **mange års underprioritering af kvindesygdomme** har regeringen afsat 160 mio. kr. til Nationalt Center for Forskning i Kvinders Sundhed. Sundhedsminister Sophie Løhde (V) sætter nu ord på, hvad planen er.

Tekst **Christina Sommer** og **Mathilde Nyfos Ebbesen**
Foto **August Vinther**

Sundhedsministeren sidder på sit kontor iført en dybblå kjole og en mild bekymringsrynke, der danser mellem øjenbrynene.

"Det er et område, vi ikke har været gode nok til at tale højt om. Vi har igennem rigtig mange år diskuteret ulighed i vores sundhedsvæsen – socialt og geografisk – men ikke hvordan forskningen historisk har taget udgangspunkt i mandekroppen, eller den ulighed, at der findes en række sygdomme, der alene rammer kvinder, som f.eks. endometriose," siger Sophie Løhde.

Og det er alvorligt. Forskere vurderer efterslæbet til at være over 200 år gammelt, og en rapport fra konsulentfirmaet McKinsey fra 2024 anslår, at med den nuværende udviklingshastighed vil der gå 130 år, før uligheden er udlignet.

Men nu er der blevet afsat 160 mio. kr. til et Nationalt Center for Forskning i Kvinders Sundhed. Det er historisk.

Samling og koordinering

Men kan 160 mio. kr. over fire år løse 200 års efterslæb?

"Hvis de 160 mio. kr. var de eneste penge, der skulle bruges på forskning i kvinders sundhed, så ville jeg være fuldstændig enig i, at det på ingen måde rækker. Men det her kommer jo udover, at der allerede bliver forsket i kvinders sundhed en række forskellige steder," svarer Sophie Løhde og fortsætter:



- "Det, der mangler, er, at vi får en meget mere samlende og koordinerende funktion. At vi sikrer, at vi systematisk får spredt den viden, vi har, ud til de relevante miljøer, så vi kan få bedre forebyggelse, tidligere og mere præcis diagnosticering, men også mere målrettede behandlinger i den kliniske hverdag."

Centret skal altså centralisere og holde udviklingen i ørerne, når det gælder kvinders sundhed. Om det skal etableres fysisk, vides endnu ikke. Men Sophie Løhde kan løfte sløret for, at der i slutningen af februar bliver udgivet et puljeopslag fra Sundhedsstyrelsen, hvor man kan ansøge om midler til etablering af centret.

Derefter vil en hovedansøger skulle varetage det ledelsesmæssige, koordinerende og administrative ansvar, mens forskningen skal produceres af de øvrige deltagende aktører, der får en del af midlerne.

"Det er jo en national opgave, og centret vil få til opgave at sikre, at vi også får mest muligt ud af det. Derfor håber jeg også, at flere universiteter, forskningsinstitutioner og andre vil melde sig på banen," siger ministeren.

Bedre sent end aldrig

Selvom det er historisk, at regeringen afsætter et millionbeløb til kvinders sundhed, har Danmark indtil nu ikke været frontløber på området. Norge har haft et center for kvinders sundhed siden 2006, og i 2023 lavede Norge en national plan for kvinders sundhed. Det samme findes i England og Skotland. I Australien sagde den daværende sundhedsminister Greg Hunt allerede i 2017 offentligt undskyld på parlamentets vegne for ikke at have anerkendt endometriose som sygdom noget før. Så hvorfor er 2026 året for kvinders sundhed i Danmark?

Det svarer Sophie Løhde på:

"Vi ser et klart behov for, at vi i Danmark får løftet niveauet, og at vi dermed også skeler til de gode erfaringer fra andre lande."

Der skal turbo på udviklingen

Kristina Robins, 2. næstforkvinde i Dansk Sygeplejeråd, har ønsket sig et center for



Viden vil generere viden og forskning vil generere mere forskning.



Kristina Robins
2. næstforkvinde i
Dansk Sygeplejeråd

kvinders sundhed i mange år. Hun mener, at det ville være optimalt, hvis det var kommet før, men nu kommer det, og så "skal der bare turbo på udviklingen."

"Jeg ser det som et startskud. De seneste år har man allerede kunnet se, at der har været et større fokus på bl.a. endometriose, PCOS og overgangsalder. Der er kommet en forståelse af, at vi har misset noget, når det gælder kvinders sundhed. Så jeg tror, det vil vokse af sig selv, at viden vil generere viden, forskning vil generere mere forskning, og fokus vil generere mere fokus," fortæller hun og tilføjer:

"For sygeplejerskerne ser jeg to perspektiver i det nye forskningscenter: Et er, hvad det betyder for kvinders sundhed, sygdom og vilkår på arbejdspladsen. Det andet er, hvilken rolle sygeplejersker kan og skal have i forhold til at rådgive, spotte udfordringer, behandle og have indledende samtaler med kvinderne." ♥



**Annonce for
Orion Pharma**

**Annonce for
Orion Pharma**

Se ud over protokollen

Det er på tide at **gøre op med illusionen** om, at samlebandsmodellen er den eneste vej i kræftbehandlingen. Det mener sygeplejerske og cand. arch Hanne Kjær Uhlig.

Tekst **Laura Elisabeth Lind**

Illustration **Eszter Marie**

For to år siden opdagede Hanne Kjær Uhlig en knude i det ene bryst. Hun fik knuden opereret væk. Men stråler og kemo for den aggressive brystkræft var ikke noget for hende.

For mange er det ikke nemt at snakke med lægen i den situation. For ofte er lægen ikke så lydhør over for andre veje end den konventionelle behandling, erfarede Hanne Kjær Uhlig, der for nylig har skrevet en kronik om det i Berlingske.

“For mig var det vigtigt, at jeg ikke fik ødelagt mit liv på grund af de voldsomme bivirkninger, der kan være ved kemo og stråler. Jeg vil hellere have nogle få gode år, end flere der er ødelagt af senfølger,” siger hun og understreger, at hun ikke har haft tilbagefald.

Hun er 76 år og har været uddannet sygeplejerske siden 1975. Men efter et par års arbejde på en operationsafdeling, uddannede hun sig til arkitekt. Siden har hun periøvis arbejdet som sygeplejerske, både på ortopædkirurgisk afdeling, en børneafdeling og en operationsafdeling, og gennem



Jeg vil hellere have nogle få gode år, end flere der er ødelagt af senfølger.

en del år har hun også interesseret sig for alternativ behandling. Så i forbindelse med brystkræften designede hun sin egen protokol med forskellige kosttilskud, kostomlægning og genanvendte lægemidler (eksisterende lægemidler, der er udviklet til anden brug) som, ifølge hende, har gavnlig dokumenteret effekt mod kræft. Den viden, som hun i forbindelse med sin sygdom resear-

chede sig frem til, førte til informationssitet jegharkraeft.dk, hvor andre kan få del i hendes viden.

Især ældre kan undgå senfølger

“Kræft er for alvorlig en sygdom til, at man ikke skal tage imod den konventionelle behandling eller dele af den. Men jeg synes, at lægerne skal være åbne for dokumenteret viden om, at genanvendte lægemidler og kosttilskud kan blokere kræftens energiveje. Måske virker det ikke lige så godt som den gængse behandling. Men hos f.eks. ældre mennesker er det måske fint nok med en vis virkning, hvis man til gengæld slipper for at få ødelagt sit liv af behandlingen.”

Hanne Kjær Uhlig har fået en del positive reaktioner på kronikken, både fra læger og sygeplejersker.

“Jeg håber, debatten kan føre til, at kræftpatienten i højere grad bliver en aktiv medspiller i stedet for en passiv modtager.”

Aktiv og håbefuldst patient

Hun mener, at lægerne ofte er for bundet af retningslinjerne - af frygt for at begå fejl.

“Lægen er tit bange for at give patienten falske forhåbninger og afviser derfor at tale om kosttilskud og andre alternative veje. Det er trist.”

Hun synes også, det er trist, når patienter får at vide, at der ikke er mere at gøre - fordi den gængse behandling ikke virker.

“Man må aldrig tage håbet og modet fra et menneske. Vi ved fra forskning, at placeboeffekten er fantastisk stærk og indimellem kan have den samme virkning, som man ser ved konventionel behandling. Den tro er man nødt til at tage højde for.”

Vi har derfor brug for et sundhedsvæsen, der tør gøre op med illusionen om, at samlebandsmodellen er den eneste vej i kræftbehandlingen, mener Hanne Kjær Uhlig:

“Vi har brug for et sundhedsvæsen, der tør se ud over protokollen.” ♥

Fra BLODSUKKER- DAGBOG

Da Anette Hougaard (t.h.)
og Lise Illum begyndte at
arbejde med diabetes i hhv.
2005 og 2008, var arbej-
det mere *hands-on* med
fokus på vidensformidling.

A photograph of two women, Anette Hougaard and Lise Illum, sitting on a set of wide wooden steps. They are both wearing white medical scrubs. The woman on the left is wearing glasses and has her hair tied back. The woman on the right is also wearing glasses. They are looking at each other and appear to be in conversation. The steps are made of light-colored wood and have green cushions on some of the steps. The lighting is warm and dramatic, with long shadows cast across the steps. A thin white line runs diagonally across the image from the top left towards the bottom right.

til
MONITORERING
24/7

De seneste 20 år har diabetessygeplejerskers rolle ændret sig. **Mere effektiv teknologi** har betydet flere og mere komplekse opgaver. I dag har de en langt mere faciliterende og selvstændig rolle, hvor de afholder kurser, screener for diabetesstress og vejleder om ny teknologi.

Tekst **Emma Kold**Foto **Brage Borup**

DEN TEKNOLOGISKE UDVIKLING

Lise Illum sidder og kigger i en blodsukker-dagbog. En diabetespatient har målt sit blodsukker med en fingerprikker fire gange om dagen og skrevet niveauerne ned i en lille notesbog.

Blodsukkertallene står som perler på en snor, skrevet med den samme kuglepen.

Det var i 2008, samme år, som diabetes-sygeplejerske Lise Illum startede på Steno Diabetes Center Copenhagen. I dag føles det fjernt, at hun justerede patienters insulinbehandling med data fra en dagbog.

"På det tidspunkt fyldte teknologien meget mindre i mit arbejde," siger hun.

Diabetesområdet er nemlig et af de områder, hvor teknologien har udviklet sig i topfart – og stadig gør det. Og den nye og effektiviserede teknologi som insulinpumper og sensorer har været med til at ændre diabetessygeplejerskens rolle.

Lægens højre hånd

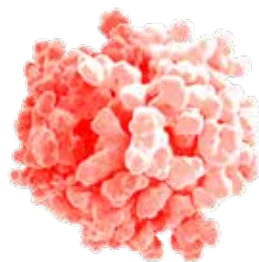
Da Lise Illum begyndte at arbejde med type 1-diabetes, så arbejdet en del anderledes ud.

Hun vejledte patienter om både hypoglykæmi, kost, motion og injektionsteknikker, men havde ikke selvstændige konsultationer med patienterne som i dag.

Det samme var tilfældet, da Lise Illums kollega Anette Hougaard i 2005 begyndte som diabetessygeplejerske på Rigshospitalets endokrinologisk afdeling.

"Jeg følte lidt, at jeg var lægens højre hånd. Jeg gjorde patienterne klar, inden de skulle ind til lægen. Jeg underviste i injektionsteknik, tjekkede infiltrater og målte blodtryk," fortæller Anette Hougaard og fortsætter:

Insulinen kom til Danmark for over 100 år siden, men først 50 år senere tog den teknologiske udvikling for alvor fart.



I begyndelsen af 1980'erne dukkede **de første insulinpumper** frem i Danmark. Indtil da brugte patienter store kanyler og glassprøjter til at injicere insulin.

Den første pen, **Novopen**, kom på markedet i 1986, og efterfølgende skiftede langt de fleste patienter til den.

"Det der med at have selvstændige konsultationer, havde vi slet ikke på samme måde, som vi har i dag."

Mindre patientinddragelse

Det billede kan Kirsten Lomborg genkende. Hun er professor emerita på Københavns Universitet og ekstern seniorforsker på Steno Diabetes Center Copenhagen.

I sine feltstudier af konsultationer, hvor patienter med diabetes mødes med en sygeplejerske, observerede Kirsten Lomborg, hvordan sygeplejersker, når de er bedst, udøver deres faglighed som den venlige vidensformidler og nu også coach.

"Førhen lavede diabetessygeplejerskerne mest vidensformidling. De instruerede og informerede uden at bruge meget tid på at spørge ind til patientens egen viden," siger Kirsten Lomborg.

Anette Hougaard mener dog, at hun også førhen brugte tid på at møde patienterne, der hvor de var, men at det i dag er en større integreret del af arbejdet.

"Det har selvfølgelig udviklet sig, men det har altid fyldt for mig at se patienten, ikke bare som en patient med diabetes, men som et menneske med et liv, hvor diabetes på en eller anden måde skal passe ind," fortæller hun.

Mange flere data

Siden insulinpumper og sensorer i midten af 00'erne for alvor blev implementeret i Danmark, er de kun blevet mere effektive. Pumperne er blevet trådløse, sensorerne tilkoblet en app, og de er mere præcise i deres målinger.



Anette Hougaard (t.h.) og Lise Illum har arbejdet med diabetes i ca. 20 år, og de fortæller begge, at der indenfor de seneste få år er kommet større fokus på diabetesstress i faget.



Forsvindende få brugte de nye insulinpumper pga. **frygten for diabetisk ketoacidose** og hypoglykæmi, hvis pumpen skulle svigte. Derfor var mange behandlere skeptiske overfor teknologien, som derfor først for alvor gjorde sit indtog i 00'erne.

I første halvdel af 00'erne var det primært **fingerprikkere**, som patienter med type 1-diabetes brugte, indtil de første kontinuerlige glukosemålere (CGM) i 2006 begyndte at komme i brug i Danmark. Først i 2010 blev CGM brugt sammen med insulinpumper.



Dog krævede insulinpumperne og CGM stadig **meget administrering af den enkelte patient.**

- Og i takt med at flere diabetikere har en sensorbaseret glukosemåler, har diabetes-sygeplejersker som Lise Illum og Anette Hougaard mange flere data fra patienterne at arbejde med.

"I starten kunne jeg godt føle mig meget overvældet af alle de her data," fortæller Anette Hougaard.

Det har krævet tilvænning, men gjort arbejdet meget nemmere.

"Der er så mange ting, vi kan nu, som vi ikke kunne dengang. Før kunne vi f.eks. ikke se, hvad der skete imellem de målinger, patienten tog. Men på grund af sensoren, kan vi nu trække det data ud og bruge den til bedre at forstå patienten," siger hun.

Faciliterende rolle

Både pumper og sensorer er også blevet langt mere udbredt, siden Lise Illum og Anette Hougaard startede som diabetes-sygeplejersker.

Lige nu har 92,2 pct. af børn og unge med type 1-diabetes en insulinpumpe, og ved udgangen af 2026 har alle danskere med type 1-diabetes ret til en sensor.

Den teknologiske udvikling har betydet, at Lise Illum og Anette Hougaard har fået en mere faciliterende rolle og nu afholder flere kurser.

"Vi underviser patienterne i at bruge deres apparater, også hvis teknologien svigter, og vi faciliterer, at de møder andre med diabetes, så de kan dele oplevelser og spejle sig i hinanden," fortæller Lise Illum.

I de daglige konsultationer har de stadig en vejledende og lyttende rolle, hvor teknologien også kan fylde, f.eks. i form af behandling af data, tekniske udfordringer og alarmer fra apparater.

Overvældende teknologi

En anden stor opgave for sygeplejerskerne er at lære patienterne at leve godt med teknologien, der for mange kan være overvældende.

"De bliver konfronteret med deres diabetes 24/7. De bliver hele tiden forstyrret af alarmer og skal forholde sig til sensorkurver og pumper hver gang, de spiser," fortæller Anette Hougaard og fortsætter:

"Selvom patienterne har teknologi, som kan hjælpe dem, kan det stadig være rigtig svært at leve med diabetes."

Flere patienter med diabetes oplever også, at deres sygdom påvirker dem psykisk. Fænomenet kaldes diabetesstress.

Det ikke en egentlig diagnose, men en betegnelse for en følelsesmæssig bekymring og reaktioner på at leve med diabetes.

"Vi er blevet meget bedre til at tage snakken om, hvad det betyder at have alt det her teknologi på kroppen. Og selvom patienten måske er velreguleret, så kan de stadig føle, at de ikke gør det godt nok," fortæller Anette Hougaard.

Screenere for diabetesstress

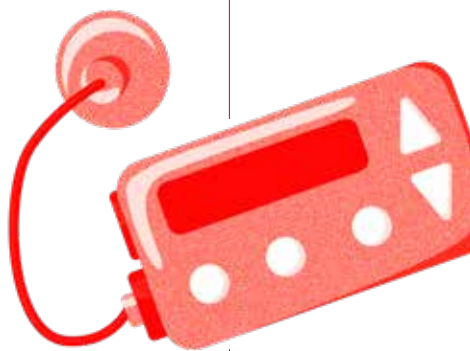
De seneste år er sygeplejerskerne på Steno Diabetes Center Copenhagen derfor begyndt at bruge et screeningsværktøj til at opfange diabetesstress hos patienterne.

"Før var vi også opmærksomme på, at nogle patienter havde det svært med at leve med diabetes. Men i dag arbejder vi systematisk med at screene patienter og tilbyder dem gruppeforløb," siger Anette Hougaard.

Lise Illum er en af de sygeplejersker, der faciliterer diabetesstresskurserne.

"Diabetes er en sygdom, man lever meget

Selvom studier på dette tidspunkt ikke kunne konkludere, om den nye teknologi forbedrede glukosereguleringen i en grad, så langtidskomplikationer blev reduceret, viste det sig, at **patienters livskvalitet steg markant**, når de begyndte at bruge de nye pumper og sensorer.



Indenfor de seneste seks år er **automatiske insulinpumper (AID)**, der taler sammen med CGM, kommet på markedet. Stort set alle der bruger AID, er bedre regulerede nu.



Sygeplejersker skal lade deres egen ekspertise spille sammen med patientens ekspertise.

Kirsten Lomborg
seniorforsker og professor emerita

alene med. Selvom man har venner og familie, vil de aldrig helt kunne sætte sig ind i, hvordan det virkelig er. Derfor er det så vigtigt, at patienterne møder hinanden, så de kan spejle sig," forklarer Lise Illum.

Og det giver god mening, at det lige netop er sygeplejerskernes arbejde at screene for og behandle diabetesstress, mener Anette Hougaard:

"Som sygeplejersker er vi ret gode til at få italesat det, der kan være svært – ikke kun fysisk, men også psykisk."

Den venlige coach

Professor emerita Kirsten Lomborg er enig i, at diabetessygeplejerskens rolle har fået en ny karakter.

"Diabetessygeplejersken i dag er stadig en vidensformidler, men agerer nu også 'venlig coach'," fortæller hun.

Den coachende rolle indebærer ifølge Kirsten Lomborg, at sygeplejersker i højere grad lytter end foredrager overfor patienten.

"Diabetessygeplejersker er blevet enormt opmærksomme på at skabe en tillidsfuld kontakt til patienterne og etablere det intime rum, hvor de kan snakke sammen, så patienterne kan få den støtte, de har brug for," fortæller hun.

Forandringen skyldes ny teknologi, men også at sundhedsvæsenet er blevet mere brugerinvolveret og individualiseret.

"Mange patienter ved lige præcis, hvad de vil have, og det kræver, at sygeplejersken agerer mere coachende," siger Kirsten Lomborg.

Diabetessygeplejerske Lise Illum genkender rollen som den venlige coach:

"Patienterne er blevet eksperter, og vi er i højere grad blevet sparringspartnere."

Hvis Kirsten Lomborg skal kigge i krystalkuglen, fortsætter udviklingen i den retning.

"Folk søger viden på nye måder. Patienter kommer i højere grad ind med egne ønsker og krav. Det kommer til at betyde, at sygeplejersker skal lade deres egen ekspertise spille sammen med patientens ekspertise," siger hun og pointerer:

"Jeg tror, vi kommer til at se, at sygeplejersker skal være endnu mere smidige og løsningsorienterede end nu." ♥

Kilde: Kirsten Nørgaard, overlæge
på Steno Diabetes Center Copenhagen

Moralsk skade, intensivsygepleje og videomøder

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



Synne Garff

Moralsk skade - det oversete traume (originalartikel)

Bibliotek for læger 2025
Nr. 4/2025 – 99,95 kr.

Sammenbrud når moralen overtrædes

► **Moralsk skade** kan opstå, når ens etiske og moralske værdier bliver forrådt af én selv eller andre. Det kan man læse om i Bibliotek for læger nr. 4/2025, hvis tema er traumer i forskellige afskygninger.

Leder af Center for tro, tab og traumer, Synne Garff, beskriver, hvordan moralsk skade kan ramme sundhedspersoner, der får gjort skade på en patient (f.eks. pga. underbemanding) eller er vidne til en kollegas skadende handling, som de ikke tør eller

kan forhindre. Følgerne kan være skam, magtesløshed og følelsen af at være en fiasko.

Når vi lider, kan troen hjælpe nogle. Garff peger på 'bibelsk sjælesorg', som er et internationalt velafprøvet forskningsbaseret samtalekoncept. Studier viser, at initiativet kan give deltagerne færre traumesymptomer og gøre dem bedre til at *cope* med deres traumer.

I 2025 blev ansatte i sundhedsvæsenet på Færøerne uddanet i at facilitere samtalerne om tro, tab og traumer.



Pia Dreyer, Anna Holm og Tina Kramer (red.)

Sygepleje på intensiv

Munksgaard 2025
295 sider – 450 kr.

Nyeste viden om intensiv-pleje

► I denne 2. udgave er tilføjet kapitler om børn indlagt på intensiv, kropspleje samt indtag og udskillelse. Delirium har også fået sit eget kapitel, og den tekniske sygepleje er blevet udvidet. Rehabiliteringsgrebet er også udbygget og så introduceres palliation.

Bogen henvender sig til sygeplejersker, som til daglig arbejder med intensivpatienter, samt sygeplejestuderende, undervisere og vejledere på bachelor- og kandidatniveau.



Bettan Bagge, Ditte Høgsgaard, Heidi Myglegaard Andersen og Mai-Britt Hægi-Pedersen (red.)

Virtuelle konsultationer

FADL's Forlag 2025
229 sider – 379,95 kr.

Mød patienten på skærmen

► **Digitale løsninger** som virtuelle konsultationer gør deres entré i sundhedsvæsenet bl.a. pga. demografiske udfordringer. I denne bog giver forskere og fagpersoner deres bud på, hvordan omsorg og behandling udfolder sig, når mødet med patienten flytter fra det fysiske rum til en skærm.

Den giver perspektiver på etik, kommunikation, relationer og kompetenceudvikling i virtuelle konsultationer, og den indeholder konkrete værktøjer til denne nye praksis.

Sygeplejersker skal undre sig

Tekst **Michael Holbek**

Hvad læser du lige nu?

"En bog af Kirsten Magdavius: 'Knogle-sundhed – helt naturligt'."

Hvordan har den inspireret dig?

"Den er enormt inspirerende, for jeg er meget holistisk tænkende. For mig personligt er medicin aldrig førstevalget. Der er mange andre veje at gå, og man kan gøre meget selv. Men det kræver mod og en indsats, hvis man selv skal gøre noget andet end at tage en pille. Bogen viser, at man i forhold til knogleskørhed kan gøre meget selv med kost, kosttilskud og motion. I sundhedsvæsenet plejer vi at gribe til medicin som det første, men en del af sygeplejerskeuddannelsen er, at vi skal undre os. Og jeg synes, vi har pligt til at se på et problem fra mange vinkler, før der træffes beslutning om det ene eller andet."

Hvilken bog burde alle sygeplejersker læse – og hvorfor?

"Jeg vil anbefale 'Triggerpunkt-terapi – Selvbehandling af smerter', skrevet af Amber og Clair Davies. Rigtig mange sygdomme og symptomer kommer af de såkaldte triggerpunkter, som er små knuder i muskelvævet. De kan opstå ved særlige belastninger eller ulykkestilfælde, men er kendetegnet ved, at de sender den vedvarende smerte videre til andre dele af kroppen. F.eks. kan spændinger i maven give sure opstød og halsbrand, og det vil lægen så udskrive medicin imod. Bogen viser, hvordan man selv og fagfolk over en bred kam faktisk med manuel terapi ofte kan fjerne smerterne, f.eks. ved at massere et triggerpunkt, så både medicin og operation kan undgås."

Hvilken bog har betydet mest for dig?

"Uden tvivl 'Anne Franks dagbog'. Jeg læste den første gang i 8. klasse og har



Betina Stabehl Rasmussen
udekørende hjemmesygeplejerske
i aftenvagtteamet i Viborg
Kommune



Amber og Clair Davies
**Triggerpunkt-terapi
- Selvbehandling af smerter**
Gyldendal, 2010
297 sider - 350 kr.



Anne Frank
Anne Franks dagbog
Lindhardt og Ringhof, 2021
368 sider - 330 kr.

læst den mange gange siden. Så sent som sidste år, hvor jeg også var i Amsterdam på en Anne Frank-tur og se de steder, der var forbundet med hendes liv. Hver gang bliver jeg dybt berørt af hendes måde at være i verden på, livet under jorden og den menneskejagt, der foregik. Og det foregår jo stadig i vores verden, kan man sige. Så vi har ikke lært så meget."

Hvad har været din bedste læseoplevelse de seneste år?

"'Det skal mærkes at vi lever', som er en samtalebog fra 2005 mellem Johannes Møllehave og Benny Andersen. Jeg elsker den bog og vender tilbage til den igen og igen. Det er en dyb og rørende bog om livet og døden og alt ind imellem. Hverken Møllehave eller Benny Andersen lever jo længere, men de er begge meget nærværende i bogen. F.eks. er det meget rørende, at de fortæller om den dybe kærlighed, de havde til deres koner, og hvordan det var at miste dem."

Hvilken bog fik du aldrig læst helt til ende?

"Rigtig mange anbefalede mig at læse Dostojevskijs 'Forbrydelse og straf', men jeg fatter ikke, hvordan de nogensinde er kommet igennem den. Gab! siger jeg bare. Jeg opgav efter få sider. Den er utroligt tung og sygt kedelig."

Hvad er det næste, du skal læse?

"Jeg har faktisk to, der ligger klar. 'Moralsk stress' af Dorte Birkmose om forræelse og udbrændthed i sundhedsvæsenet, og hvordan vi som personale forsøger at finde forsvarsmekanismer til at overleve i det. Hvor man måske godt kan blive lidt hård og kynisk. Og så Anders Agger og Mingos bog 'Død – 20 fortællinger om at leve'. Jeg læste deres bog om kærlighed, og hvis det er samme stil, vil jeg elske den."

**Annonce for
Orion Pharma**



Helen Bernt Andersen har haft betydningsfulde poster gennem sin karriere, og i 2025 blev hun nr. 76 på listen over sundhedsvæsenets mest magtfulde personer. Magt og ledelse som mål i sig selv, har dog aldrig interesseret Helen Bernt Andersen: "Mit mål var at gøre en forskel for patienterne."

Kræftsygeplejersken, der blev spydspids

Da Rigshospitalet blev vendt på hovedet og direktøren forlod posten midt i det hele, stod **Helen Bernt Andersen** midt i omstillingen. Siden navigerede hun som sygeplejedirektør gennem reformer, kriser og en pandemi. Og hun har aldrig glemt, hvem hun arbejder for.

Tekst **Helle Lindberg Emarati**

Foto **August Vinther**

Det var en ganske almindelig aften. Eller, så almindelig, som den nu kunne være, eftersom Helen Bernt Andersen lå på sofaen hjemme hos sig selv. Hun var tung, træt og højgravid med sit andet barn, en dreng mere. Faktisk var hun gået et godt stykke over tid og kunne føde hvert øjeblik.

"Jeg lå der med min store mave og havde radioen tændt, og så kom nyhederne på. Pludselig sagde oplæseren, at Christian Nissen havde sagt sit job op som administrerende direktør på Riget. Han skulle i stedet over til Danmarks Radio og være generaldirektør," fortæller Helen Bernt Andersen.

Det var i 1994. Bagude lå næsten et helt års altopslugende knokleri, hvor hun som konsulent havde været med til at lægge fundamentet til en spritny centerstruktur på Rigshospitalet. Blækket fra det sidste punktum i kompendierne var knap nok tørt. Det hårde arbejde med at implementere alle de mange ændringer var på nippet til at gå i gang.



Jeg var lidt ked af at bevæge mig væk fra den direkte patientkontakt, men jeg fik noget andet i bytte.

Og nu tog chefen, der havde sat gang i det hele, sit gode tøj og gik. Helen Bernt Andersen var nær faldet ned fra den sofa, hun lå på.

"Jeg kan huske, jeg tænkte: Christian, du efterlader dig jo et bombekrater," siger hun og tilføjer:

"Bagefter tænkte jeg: Hvad pokker sker der nu?"

Viljen til at gå nye veje

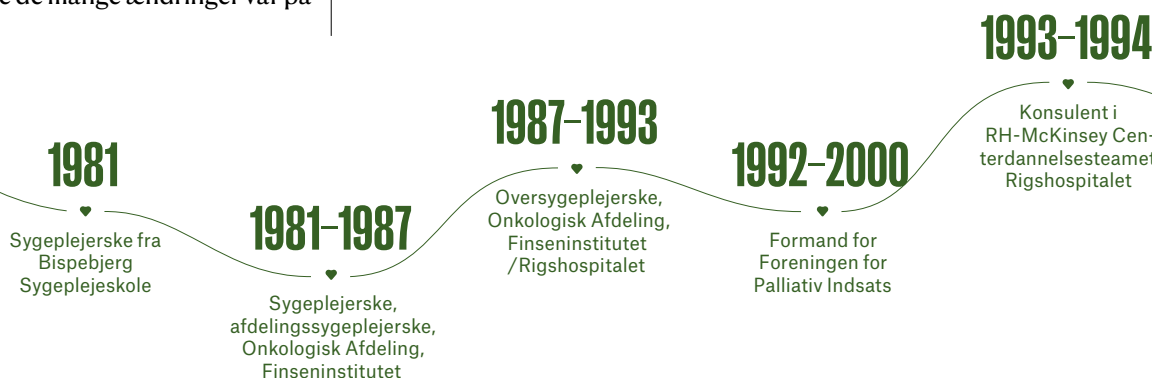
Helen Bernt Andersen er uddannet sygeplejerske fra Bispebjerg Sygeplejerskole i 1981. Siden har hun haft et langt arbejdsliv, hvor hun har sat sit præg på både sygeplejen og det danske sundhedsvæsen.

I en alder af 47 år tiltrådte hun som sygeplejedirektør på Rigshospitalet. Den post bestred hun i 18 år, gennem gode tider med udvikling, opdrift og fremdrift, men også sparerunder, ventelister, kriser og covid-19. Hun har siden 2018 været formand for Kræftens Bekæmpelse og kunne i juli sidste år fejre sin 70-års fødselsdag.

Indtil den store omstrukturering på Rigshospitalet og den aften, hvor alting føltes som om, det var ved at ramle, lå det ikke ligefrem i kortene at Helen Bernt Andersen skulle blive dybt involveret i en hel hospitalsomlægning. Sygeplejen, med blikket for patienten, lindringen og den nære omsorg, var det, hun brændte for. Også selvom hun slog ind på ledervejen tidligt i karrieren.

"Jeg var lidt ked af at bevæge mig væk fra den direkte patientkontakt, men jeg fik noget andet i bytte. Jeg fik indflydelse og mulighed for at arbejde for patienterne på en anden måde. Jeg synes stadig, oversygeplejersker er de måske vigtigste ledere i sundhedsvæsenet i dag. De opererer lige i krydsfeltet mellem klinikken, patienterne og det administrative," fortæller hun.

Sit første job som nyuddannet sygeplejerske havde hun fået på Onkologisk Afdeling på kræfthospitalet Finsen- ▶



- instituttet i de selvsamme bygninger på Strandboulevar- den i København, hvor Kræftens Bekæmpelse i dag har til huse. Inden for få år blev hun afdelingssygeplejerske. "Finsen var et helt særligt sted. Det var på mange måder forud for sin tid, og der var rigtig gode mulighe- der for at være med til at præge og udvikle sygeplejen dér. Der var f.eks. stort fokus på at inddrage patienterne i deres egen behandling og en vilje til at gå nye veje. Det har jeg altid følt stærkt for, og arbejdet passede mig virkelig godt," siger hun.

En uventet opgave

Da Finseninstituttet blev fusioneret med Rigshospita- let i 1990, fulgte hun med som oversygeplejerske. Men hospitalets økonomi havde det skidt, og derfor blev der i 1993 givet politisk grønt lys til at indføre en ny struktur, som skulle samle afdelingerne i tværfaglige centre og sikre en bedre styring med pengene. Hensigten med omstruktureringen var også at styrke forskningen på hospitalet og forbedre patienternes behandling.

Det blev startskuddet på næste skridt i Helen Bernt Andersens karriere. For der skulle dannes et centerdan- nelsesteam, hvor der også skulle to sundhedsfaglige konsulenter med. Valget faldt på hende som den ene, og sammen med en overlæge blev hun sundhedsfaglig spyspids for omlægningen.

"Det var uventet, men jeg har altid holdt på, at man skal gribe mulighederne, når man får dem. Så jeg sagde ja til jobbet, selvom jeg jo ikke rigtigt anede, hvad jeg gik ind til," siger hun.

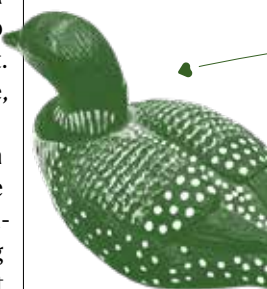
De næste mange måneder blev omstruktureringen et fuldtidsjob for Helen Bernt Andersen. Sammen med resten af teamet lagde hun slagplaner, omlagde fra top til bund og tegnede omridset til det nye Rigshospitalet. Og derfor glemmer hun aldrig den uvished, hun følte, da hun hørte om direktørens afgang.

"Alting gik jo heldigvis godt alligevel, og omlægningen blev gennemført i sidste ende. Centerlederne arbejdede ihærdigt for at få det til at lykkes, og jeg blev selv centerchefsyrgeplejerske for Juliane Marie Centret, da jeg kom tilbage fra barsel. Men det er en af de få gange i mit arbejdsliv, hvor jeg virkelig har følt mig på gyngende grund," fortæller hun.

Sygeplejen som pejlemærke

Der har været andre tidspunkter i Helen Bernt Ander- sens karriere, hvor hun har været usikker på det, der lå

”Det var uventet, men jeg har altid holdt på, at man skal gribe mu- lighederne, når man får dem.



foran hende. Skyderiet i Field's Storcenter i 2022 træ- der frem i hukommelsen. Først uvisheden om omfan- get. Hvor mange sårede, hvor mange dræbte? Bagefter timerne i kriseberedskabet for pårørende, der ikke vidste, om deres kære var blandt de levende eller døde.

Pandemien i 2020 er også et kapitel for sig i scrap- bogen. Året, hvor sundhedsvæsenet blev tryktestet i ekstrem grad, og hvor hun også selv smøgede ærmerne op, tog værnemidlerne på og stak nålen i tusindvis af københavnske borgere og ansatte på Rigshospitalet.

Men hun har sjældent rystet på hånden. Det ligger ikke til hende.

"Jeg tror aldrig, jeg har været i tvivl om, at de beslut- ninger, jeg har truffet, har været de rigtige. Til gengæld har jeg været med til at gennemføre beslutninger, hvor jeg har været uenig – sådan noget som nedskæringer og afskedigelser," siger Helen Bernt Andersen og tilføjer:

"Det hører jo desværre med til at være en del af direk- tionen og have ansvaret for budgetterne. Jeg har dog altid været meget glad for mit samarbejde med de sid- dende direktører og den øvrige ledelse."

Selvom hun allerede i 2002 kom på direktionsgan- gen, har sygeplejen været det pejlemærke, Helen Bernt Andersen har orienteret sig mod. Og hun valgte bevidst en formel lederuddannelse fra. I stedet tog hun kan- didatuddannelsen i sygepleje på Aarhus Universitets- hospital i 2007.

"Jeg er lidt kontroversiel på den måde, at jeg ikke er enig i den gængse opfattelse af ledelse som et selvstændigt fag. Ledelse er et middel til at nå et mål. Mit mål var at gøre en forskel for patienterne og sikre, at de fik den bedste behandling. Som sygeplejedirektør var det en mærkesag for mig at understøtte forskningen og sikre udviklingen af evidensbaseret praksis," understreger hun.

Kunsten at se helheden

I alle årene, uanset hvilket kontor, hun har siddet på, eller hvilken jobtitel, hun har haft, har en lille træfigur af en lom fået hæderspladsen på Helen Bernt Ander- sens skrivebord. Den er kun et par centimeter høj og lidt flere lang, og forestiller en islom med et iriserende sortgrønt hoved og sorte vinger med hvide prikker. ►

2007-2018

Bestyrelsesmedlem
i Børnecancerfonden

2010-2020

Formand for Center for
Kliniske Retningslinjer,
Aalborg Universitet

2007

Cand.cur., kandidat-
uddannelse i sygepleje
ved Aarhus Universitet

2002-2018

Sygeplejedirektør,
Rigshospitalet

2002-

Bestyrelsesmedlem i
Region Hovedstadens
Feriefond

1995-2002

Centerchef-
sygeplejerske, Juliane
Marie Centret,
Rigshospitalet



- Den har ingenting med sygepleje at gøre. Og så alligevel. "Jeg fik den som helt ung, da jeg vikarierede som sygeplejerske på Island, før jeg startede i mit første job på Finseninstitutet. Den har fulgt mig overalt og har på en eller anden måde fået en stor betydning i mit arbejdsliv. Når jeg tænker over det, er der nok en form for symbolik i den," fortæller hun.

F.eks. har hun altid været et stort naturmenneske. Måske har det noget at gøre med hendes halvislandske ophav – hendes mor er fra Island – men skønheden i en fugl, en blomst og en dejlig udsigt har altid været terapeutisk for hende.

"Jeg lader op i naturen og har altid brugt den til at finde ligevægten inde i mig selv. Den giver mig energi og velvære. Naturen er noget, vi som mennesker har til fælles, og nærmest alle kan jo blive enige om, at det føles rart bare at være ude i den. Som kræftsygeplejerske prioriterede jeg at gå ture med mine patienter og opfordrede dem også til at komme ud i naturen, hvis de kunne," siger Helen Bernt Andersen.

For hende var den lille islom på skrivebordet en konstant påmindelse om helheder. Om at være et helt menneske og se det hele menneske i andre. At vi alle er en del af noget, der er større end os selv.

"Jeg tror, det ligger dybt i alle sygeplejersker. Det gør det i hvert fald for mig. Da jeg blev leder, holdt jeg ikke op med at have blik for helheden. Det skal man selvfølgelig også have, når man i en direction har 12.000 ansatte under sig," siger hun og fortsætter:

"Men f.eks. blandede jeg mig meget i indretningen på Rigshospitalet. Hvordan der så ud, hvad der var på væggene. Om der var planter og blomster, steder at sidde, kaffe på kanden, adspredelse – f.eks. et bibliotek. Det betød noget, at patienterne og deres pårørende følte sig velkomne, når de kom ind på hospitalet. At de kunne mærke, der var tænkt på dem, og at de blev mødt på en ordentlig måde."

Patienterne var drivkraften

Som formand for Kræftens Bekæmpelse har hun stadig helhedsblikket med sig. Hver gang hun møder de



Ledelse er et middel til at nå et mål. Mit mål var at gøre en forskel for patienterne og sikre, at de fik den bedste behandling.

mange frivillige, der får organisationen til at dreje rundt. Når hun taler med kræfttramte, tidligere kræfttramte og deres pårørende. Når hun holder taler, er ude med indsamlingsbøssen eller giver hånd til de kongelige.

Arbejdet som formand er i øvrigt ulønnet. Det var jobbet som sygeplejedirektør selvfølgelig ikke. Men Helen Bernt Andersen har i sit arbejdsliv altid været drevet af et dybtliggende ønske om at gøre noget godt for alvorligt syge mennesker.

Der var også derfor, hun fra 1992 til 2000 var formand for Foreningen for Palliativ Indsats. At hun blev bestyrelsesmedlem i Børnecancerfonden. Og at hun har haft et utal af store og små projekter på siden, med omsorg og lindring som centrale omdrejningspunkter.

"Mit frivillige arbejde og de mange sideopgaver har været essentielt for mig. Det gav mig indsigt og forståelse, og det har hjulpet mig med at bevare mit blik for patienterne. Det var jo dem, det hele drejede sig om." ♥



Naturen har altid været et helle for Helen Bernt Andersen både privat og fagligt. "Som kræftsygeplejerske prioriterede jeg at gå ture med mine patienter og opfordrede dem også til at komme ud i naturen, hvis de kunne," siger hun.

2018–

Medlem af
Danske Patienters
Forretningsudvalg

2018–

Formand for Kræftens
Bekæmpelse

2018–2023

Sundhedsfaglig
direktionskonsulent,
Rigshospitalet

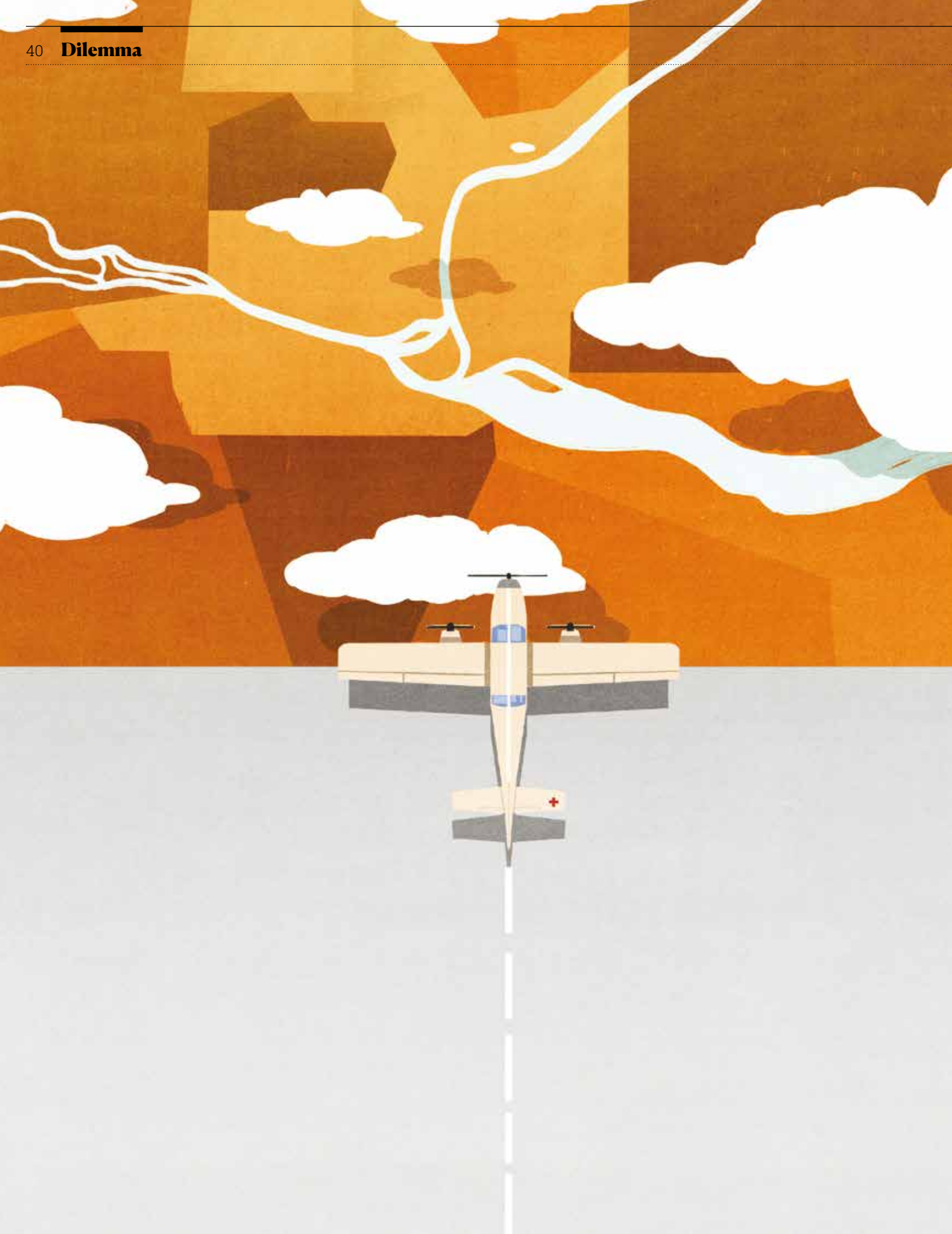
2023–2024

Vicedirektør,
Rigshospitalet

2024–

Sundhedsfaglig
direktionskonsulent,
Rigshospitalet

**Annonce for
Novo Nordisk**



Hvem kan komme med ambulanceflyet?

Beboere fra en sydsudansk landsby kommer løbende ad landingsbanen med en mand på en bære. Hvis han skal med flyet, skal andre syge og sårede patienter ud.

Men flyet skal flyve nu. Hvad skal sygeplejerske Susanne Norby Bojesen gøre?

Tekst **Laura Elisabeth Lind**

Illustration **Andrea Ucini**

Landingsbanen er glohed, og Susanne Norby Bojesen har derfor fundet skygge under den ene vinge på det lille propelfly. Hun har netop fået plads til alle de patienter, der er mødt op ved landingsbanen for at blive fløjet afsted til behandling på et hospital langt fra landsbyen. Et søskendepar med skudsår deler samme sæde ved en af vinduespladserne, og på hvert af de andre sæder sidder også to patienter. De sårede og syge sydsudanere er lettede over at have fået plads i flyet. Nogen har skader efter skudsår i arme og ben. Andre har malaria og andre livstruende tropesygdomme.

Susanne Norby Bojesen går mod flydøren, men lige idet hun skal til at lukke den efter sig, kommer en flok landsbybeboer løbende med en mand på en bære. De råber, at han skal med. Men tiden er knap. Hun har lige brugt den halve time, hun har, til at undersøge og udvælge de sygeste patienter. Nu skal de på vingerne.

“Vi har kun kort tid til at tage patienterne om bord, flyve dem til det aftalte hospital og overdrage dem sikkert til personalet på hospitalet, inden vi sætter kurs tilbage mod hovedstaden, hvor vi skal være inden klokken 17. For på det tidspunkt lukker luftrummet,” fortæller 65-årige Susanne Norby Bojesen.

Til dagligt arbejder hun som klinisk sygeplejespecialist på Afdeling for Børn og Unge på Herlev og Gentofte Hospital. Men siden 2015 har hun fem gange været udsendt som børnesygeplejerske med Internationalt Røde Kors og Dansk Røde Kors - et arbejde hun i 2025 modtog Florence Nightingale-medaljen for.

Da hun for snart ti år siden er udsendt første gang til en lille landsby i Sydsudan, der har været gennem flere år med borgerkrig, udbryder der igen uroligheder. Hun bliver derfor evakueret til hovedstaden Juba, hvor hun arbejder som alt andet end børnesygeplejerske. En af opgaverne er netop at flyve ud med det lille propelfly til klinikker og landsbyer for at transportere patienter til et hospital. Det er ikke uvant for hende at vælge benhårdt mellem patienterne - selvfølgelig ud fra faglige kriterier. F.eks. må hun en dag fravælge en lille pige, som ligger i skyggen under et træ - selvom hun er skudt i ryggen. For alle pladser i flyet skal bruges til syge patienter, og derfor kan hendes mor eller far ikke komme med.

Det samme gør sig gældende på den glohede landingsbane, hvor patienterne nu er klar til at lette med det lille propelfly. Her skal pladserne også gives til dem, der har mest brug for behandling.

“Der er ikke mødt mange op den dag ved landingsbanen, og derfor har jeg fået alle med ind i flyet. Jeg plejer at skulle vælge ca. halvdelen fra. Det er svært, for alle har lige ret til at få hjælp.”

Landsbybeboerne med manden på båret bliver ved med at råbe og gøre tegn til, at han skal med. Det trækker i hende for at undersøge ham. Kan hun nå det? Hvis han er så syg, at han skal med, vil det betyde, at flere patienter skal ud af flyet for at få plads til båret, bl.a. de to søstre, der kun lige er med, fordi der ikke er mødt flere op. Men vil det skabe for meget utilfredshed, kaos og tumult - og kan det få tidsplanen til at skride, så de ikke når at være tilbage, inden luftrummet lukkes? Hun ser piloten i øjnene - de taler deres tydelige sprog: Tag en beslutning. Nu. Hvad gør hun?

Det gjorde sygeplejersken

“Jeg vælger at vende ryggen til manden på båret og fortæller den lokale Røde Kors-medarbejder, der står for evakueringen, at de er kommet for sent. Han er enig med mig og går hen og taler med dem. Jeg vil ikke vide, hvad der er galt med manden. For potentielt vil det kunne mare mig resten af livet.”

Kort efter er flyet på vingerne.

“Jeg har simpelthen ikke tid til at vurdere, hvem der skal ud af flyet, hvis han skal med. Går der fem minutter for meget, kan vi ikke nå det, vi skal nå, inden flyveforbuddet. Så må evakueringen aflyses, og ingen af patienterne får hjælp.”

Da de flyver ind over sumpene og savannen, bliver hun ramt af sorg:

“Det er frygteligt. Som sygeplejerske er det en del af mit faglige dna at hjælpe mennesker i nød. Men jeg overlever grusomme valg, som dette, med Sindsrobønnen. Jeg gør det bedste, jeg kan, både fagligt og personligt, og jeg hjalp mange andre den dag.”

På trods de svære situationer og valg, hun flere gange har stået i, er hun klar til at tage afsted igen, hvis Røde Kors ringer:

“Det er min livsdrøm at gøre en forskel der, hvor der er allermest brug for det. Det er derfor, jeg blev sygeplejerske.” ♥



Det er frygteligt. Som sygeplejerske er det en del af mit faglige dna at hjælpe mennesker i nød.

Del dit dilemma!

Skriv til redaktionen@dsr.dk og skriv dit 'Dilemma' i emnefeltet eller scan QR-koden. Det er muligt at være anonym.



**Annonce for
Novo Nordisk**

pka



Sammen giver
vi mere tilbage



Få 7,5 % i rente på din opsparing

I 2026 får du 7,5 % i rente på din pensionsopsparing hos PKA. Det er den rente, som din pensionsopsparing vokser med i 2026.

Vil du have mest muligt ud af den høje rente, kan du lave en ekstra indbetaling. Jo tidligere du indbetaler, jo mere får du ud af dine penge.

Se, hvad du får ud af en ekstra indbetaling på **pka.dk/sparop**

Har du brug for rådgivning, er du velkommen til at ringe på **39 45 45 40**.

Dine fordele i PKA

- ✓ 7,5 % i rente i 2026 på al opsparing
- ✓ Lave omkostninger – det giver dig mere i pension
- ✓ Gode forsikringer ved sygdom og død

PKA er en medlemsejet pensionskasse med 365.000 medlemmer indenfor social- og sundhedsområdet.



Få mere ud af
den høje rente på
pka.dk/sparop

Plejehjem fik digital vågekone

Kan en **trådløs overvågning af plejehjemsbeboere**, der netop er udskrevet fra hospitalet, opspore forværring og redde liv? Det har et mindre forskningsprojekt undersøgt og afprøvet.

Tekst **Ulla Abildtrup**

Foto **Brage Borup**

Klokken nærmer sig 18, og der er travlt på Håndværkerforeningens Plejehjem i København, hvor aftensmaden skal serveres for de 142 beboere.

Pludselig går alarmen i den ansvarshavende aftensygeplejerskes lomme. Den kommer fra en beboer, som er blevet udskrevet fra hospitalet tre dage tidligere. Han var indlagt med lungebetændelse, men er nu udskrevet til sin bolig på plejehjemmet.

Beboeren har som led i et forskningsprojekt sagt ja til at deltage i trådløs overvågning af sine værdier. Det er den overvågning, som udløser alarmen.

Da sygeplejersken når frem, har beboeren skummende sekret om munden og svær åndenød. Sygeplejersken ringer 112. På hospitalet får han konstateret akut lungeødem.

"Der er ingen tvivl om, at den digitale overvågning reddede beboerens liv," fastslår plejehjemmets uddannelsesansvarlige sygeplejerske, Katja Safin Gudmundsen.

Hun var plejehjemmets kliniske ansvarlige for WARD-projektet, som slog alarm, da beboeren fik det dårligt.

WARD står for *Wireless Assessment of Respiratory and circulatory Distress*, og trods det engelske navn er der tale om et dansk udviklet system, som kan overvåge bl.a. hjerte- og respirationsfrekvens og iltmætning.

"På plejehjemmet har vi ikke ressourcer til, at samtlige beboere, der lige er udskrevet, kan have en sygeplejerske hos sig døgnet rundt. Vi er kun ni sygeplejersker til at dække alle vagter, hvoraf otte er på deltid," påpeger Katja Safin Gudmundsen.

Sensorer er et stærkt supplement

Det er første gang, at digital overvågning er blevet testet på et plejehjem. Teknologien er taget i brug på flere sygehuse herhjemme med gode resultater. Den er også testet i borgeres eget hjem, men aldrig på plejecentre, heller ikke i udlandet, fortæller Mia Lind Jepsen.



▲ Sygeplejerske Katja Safin Gudmundsen mener, at digital overvågning af nyudskrevne beboere kan hjælpe med at fange udfald tidligere og dermed give beboerne en bedre chance for overlevelse.

Hun er projekt- og forskningssygeplejerske i Anæstesiaafdelingen, WARD, på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital og koordinerede projektet på Håndværker-



Der er ingen tvivl om, at den digitale overvågning reddede beboerens liv.

Katja Safin Gudmundsen
uddannelsesansvarlig
sygeplejerske

foreningens Plejehjem. Sideløbende foretog hun et litteraturstudie af trådløs overvågning af patienter og borgere i udlandet.

”Resultaterne fra begge studier peger på, at det er muligt at forbedre beboernes psykiske helbred og oplevede livskvalitet. Men konstant monitorering kan ikke stå alene. Overvågningen skal ses som et supplement til det kliniske blik,” understreger Mia Lind Jepsen.

Fra sit kontor i en fløj ved kapellet på Bispebjerg Hospital med udsigt til hospitalets helende haver arbejder hun på at formidle sine fund fra plejehjemsprojektet og håber på finansiering til et større projekt på plejehjemmet.

Stort potentiale i digital monitorering

Trådløs overvågning af vitale parametre hos beboere udskrevet fra hospitalet til deres bolig på plejehjem har potentiale til tidligere opsporing af forværring.

Sundhedspersonale får mulighed for at sætte hurtigere ind ved tidlige tegn på komplikationer, hvilket kan bidrage til at forebygge genindlæggelser.

Data fra sensorerne på beboerne kan være et supplement til det kliniske blik og understøtte sundhedsfaglig refleksion og styrke kvaliteten af plejen.

Digital overvågning kan øge borgeren og de pårørendes tryghed.

’WARD projekt plejehjem’ fandt sted i 2024/2025 i et samarbejde mellem Bispebjerg og Frederiksberg Hospital og Håndværkerforeningens Plejehjem i Københavns Kommune. 10 borgere fik ved udskrivelsen fra hospitalet påsat sensorer tilkoblet en WARD-app, som udløste relevante alarmer, hvis en grænseværdi som f.eks. respirationsfrekvensen blev overskredet. Sensorerne blev afmonteret efter tre døgn. Forskerne søger finansiering til et udvidet projekt.

WARD er grundlagt på Bispebjerg Hospital, Rigshospitalet og DTU. Den kommercielle og regulatoriske udvikling sker i virksomheden WARD247 ApS, som samarbejder med hospitalet i et offentligt-privat partnerskab.

Læs mere om WARD på ward247.org (engelsksproget hjemmeside).



- I det første projekt deltog 10 patienter, der havde været indlagt mindst et døgn på hospitalet og skulle udskrives til eget hjem på plejehjemmet.

Etisk debat om terminal deltager

De 10 patienter var kognitivt i stand til at underskrive en samtykkeerklæring og fik påsat trådløse sensorer på brystet og i siden, en blodtryksmanchet på armen og et armbåndsur i tre døgn.

Den første projektdeltager var erklæret terminal på hospitalet, og det udløste etisk debat både blandt personalet på sygehuset og på plejehjemmet.

"Vi fik mange spørgsmål, om det nu var en god idé at belaste en borger i den sidste tid med at deltage i et projekt. Men hun ville gerne bidrage til forskningen, og den digitale overvågning ændrede faktisk den palliative pleje i den sidste tid," siger Mia Lind Jepsen.

Katja Safin Gudmundsen stemmer i og fortæller, at flere af hendes kolleger spurgte, hvad de dog skulle bruge den terminale beboers værdier til.

"Men pludselig en dag kunne vi se på WARD-appen, at beboers puls og hjertefrekvens steg. Vi gik ind til beboeren, men det kliniske blik viste ikke nogen ændring, og hun mente heller ikke selv, hun havde fået det værre."

Det kan vi bruge overvågning til

WARD-monitorering kan opspore livstruende tilstande i realtid. Tidlig intervention kan afværge alvorlige konsekvenser.

Digital monitorering kan styrke kvaliteten i plejen, selv når målet ikke er behandling, men lindring.

Data styrker de faglige drøftelser i sygeplejegruppen om bl.a. smerter, dehydrering, angst og den sygeplejefaglige beslutningstagning.

Kilde: Mia Lind Jepsen og Katja Safin Gudmundsen

Overvågningen skal ses som et supplement til det kliniske blik.



Mia Lind Jepsen
forsknings-
sygeplejerske

"Mange af vores beboeres svækkede tilstande betyder generelt, at de kan have dæmpede eller atypiske symptomer, som gør, at de kan have svært ved at mærke og sige til, når der opstår forværring. Her kunne vi så aflæse forværringen på beboers værdier på grund af WARD og handle i realtid, så hun fik den rette hjælp. Årsagen var formentlig, at hospitalet havde stoppet den vanlige hjertemedicin, hvilket gav hende en hjertefrekvens på helt op til 150. Og så gav den digitale overvågning virkelig god mening, også selvom hun var terminal," siger Katja Safin Gudmundsen.

Mia Lind Jepsen peger på, at tidligere WARD-studier med flere end 500 patienter har vist, at forværring i værdierne kan spores op til fire timer før, de konstateres ved klinisk vurdering.

Må ikke erstatte sygeplejersker

Både den terminale beboer og hendes pårørende følte, at det var betryggende med den "digitale vågekone". Det samme mener Linda Lefevre, der er søster til en beboer på plejehjemmet, som også har været på WARD-overvågning.

Han var blevet opereret i tarmen og udskrevet med en infektion. "Det gav en ekstra tryghed, at personalet kunne overvåge min bror ved hjælp af WARD. De målte hans værdier konstant uden at skulle ind og vække ham hele tiden," siger Linda Lefevre.

Det ligger hende dog meget på sinde, at WARD ikke bliver en spareøvelse, hvis kommunen engang indfører systemet i driften.

"Den digitale overvågning er en god idé, hvis den betragtes som et supplement og ikke en erstatning for sygeplejerskerne."

Katja Safin Gudmundsen er ikke bekymret for, at WARD på et tidspunkt vil kunne erstatte nogle af hendes kolleger.

"Alle vores beboere skal ikke overvåges med WARD, men systemet er godt for dem, der kommer lige fra hospitalet, fordi vi kan fange udfald tidligere. Når vi kan handle hurtigere, kan vi give beboerne en bedre overlevelsesprognose."

Kan spare 10 minutter per patient

Ifølge Mia Lind Jepsen rummer WARD potentiale til at mindske forbruget af sundhedsydelser, særligt i hjemmesygeplejen og på hospitalerne.

"Forskning viser, at hospitaler kan spare op til 10 minutter per patient ved at anvende WARD fremfor punktmålinger. Der går simpelthen en masse spildtid med at lede efter blodtryksmålere og andet udstyr," fortæller hun.

På hospitalerne forestiller hun sig, at flere patienter på længere sigt vil blive sendt hjem med WARD-overvågning fremfor at ligge til observation eksempelvis ved risiko for høj feber eller ved afvigende vitale parametre.

Teknologien er nem at bruge, understreger Katja Safin Gudmundsen.

"Vi er som sygeplejersker vant til at bruge forskelligt udstyr, og WARD-appen er meget intuitiv, fordi den er brugertestet bl.a. af sundhedsfagligt personale."

Fald førte til læring

Det var da heller ikke teknologiens skyld, da en beboer med WARD-overvågning faldt og senere blev fundet afkølet.

"Vi fik en sygemelding en time før nattevagtens start og havde ikke fået WARD indarbejdet i skemaet for vikarer. Det betød, at vikaren ikke havde telefonen med WARD-appen på sig, da beboeren faldt efter toiletbesøg. WARD viste, at patienten var faldet på

Uddannelsesansvarlig Katja Safin Gudmundsen har nok at se til som den eneste fuldtidsansatte af de ni sygeplejersker på Håndværkerforeningens Plejehjem med 142 beboere.

grund af akut klinisk forværring med afvigende vitalværdier.”

”Det er en læring, vi tager med os, hvis vi får lov at deltage i et nyt og større projekt, men allerede nu har vi ændret arbejdsgangen for vores triagering, så vi nu minimum tilser alle nyudskrevne beboere tre gange på en vagt i alle vagtlag,” siger Katja Safin Gudmundsen.

Hun er stor tilhænger af praksisnær forskning i kommunerne.

”Udvikling og forskning i eget regi giver så meget mening. Men hvis vi får WARD igen, håber jeg på færre og mere præcise alarmer, som i højere grad er tilpasset vores borgergruppe.”

Den del arbejder WARD-teamet allerede på at forbedre. I fremtiden bliver det muligt at indstille reference- og grænseværdierne i appen endnu mere præcist efter den enkelte persons sygdomsbillede. ♥



WEBINARER OM ASTMA OG KOL

Webinarerne er forbeholdt sundhedspersoner i almen praksis.

Orion Pharma har fornøjelsen af at invitere dig til et fagligt program med forelæsninger af førende eksperter inden for astma og KOL. Programmet er udviklet med henblik på at styrke den kliniske praksis og tilbyde opdateret viden, som er relevant for både læger og sygeplejersker i almen praksis. Du har mulighed for at tilmelde dig én eller flere af forelæsningserne, afhængigt af dine interesser og kalender. Vi håber, at du har mulighed for at deltage. Webinarerne er gratis at deltage i. Orion Pharma honorerer foredragsholderne.

Dato	Foredragsholdere	Tema
5. februar kl. 15.00-16.00	Vidar-André Wöien Børneallergolog Skånes Universitetshospital, Malmö	Allergisk rhinitis hos børn og unge – hvordan opdager og behandler vi bedre? I dette webinar får du indblik i den nyeste viden om diagnostik og behandling af allergisk rhinitis. Du får konkrete og praktiske råd til, hvordan tilstanden kan håndteres i almen praksis, samt vejledning. Webinaret indeholder også virkelighedsnære cases, der giver inspiration til, hvordan du kan omsætte viden til praksis i hverdagen.
10. marts kl. 15.00-16.00	Ellen Risom Uddannelsesansvarlig overlæge Afsnitsansvarlig overlæge, lungemedicinsk sengeafsnit Slagelse Sygehus	Global Airways (+12år). Sammenhænge og forskelle ved luftvejssygdomme Øvre og nedre luftveje er forbundet med hinanden, og er dækket af den samme slimhinde. Både øvre og nedre luftveje kan påvirkes af de samme problemstillinger, og de kan også påvirke hinanden. Derfor er det vigtigt at forholde sig til begge ved luftvejssygdomme for at opnå god behandlingseffekt.
14. april kl. 15.00-16.00	Klaus Roslind Praktiserende læge, Aaruplægerne	Få styr på astmapatienten. Hvilke værktøjer er der til rådighed, og hvilken struktur kræves i vores praksis for at komme i mål? SABA har nu en meget begrænset plads i astma-behandlingen, og der skal tages betydelige tiltag i almen praksis, hvis vi skal reducere risiko for exacerbationer, permanent lungeskade og dødelighed. Klaus Roslind har selv været igennem processen og deler ud af sin erfaring.
20. maj kl. 15.00-16.00	Louise Hay Lungesygeplejerske - Regionshospitalet Horsens - Allergologisk Klinik v. Ayfer Topcu	"Bare spirometri" Webinar omkring spirometri helt fra "bunden". Hvad er en spirometri? Hvad betyder tallene? Hvordan gør man? Hvordan bruger man kurverne og hvad viser de? Fejlkilder, udfordringer, gode råd og forskellige cases.
28. maj kl. 15.00-16.00	Søren Dam Larsen Overlæge, speciallæge i lungemedicin og intern medicin, Regionshospitalet Nordjylland	Astma og små luftveje: Har partikelstørrelsen betydning i praksis? Astma er en kompleks sygdom med mange forskellige fænotyper. Hvordan påvirker inhalationsmedicinens egenskaber behandlingsresultater – og hvad betyder det for din kliniske praksis? Få evidensbaserede svar og praktiske anbefalinger i dette webinar.

TILMELDING:

Du kan tilmelde dig webinarerne ved enten at scanne QR-koden med kameraet på din mobiltelefon eller ved at indtaste dette link i din browser:

www.wehale.life/dk/webinartilmelde/

Vi håber, at du har mulighed for at deltage.

Med venlig hilsen

Orion Pharma
opdk@orionpharma.com

Arrangementet vil blive anmeldt til ENLI, inden arrangementets afholdelse. Arrangementet er efter arrangørernes opfattelse i overensstemmelse med reglerne på området, selv om arrangementet ikke på forhånd er godkendt af ENLI.



TILMELDING

Kortere afstand mindsker social ulighed

Når patienter med hjertesygdom tilbydes træningsbaseret hjerterehabilitering tættere på deres hjem, bliver adgangen mere lige. Det viser et nyt stort dansk registerstudie, hvor bl.a. seniorforsker Kristine Bihrmann fra Statens Institut for Folkesundhed har undersøgt effekterne af, at tilbuddet er blevet flyttet fra hospitaler til kommuner.

Resultaterne peger på, at decentraliseringen har reduceret både geografiske og sociale uligheder – især til gavn for ældre, borgere med flere kroniske sygdomme og mennesker med kort uddannelse. Studiet viser bl.a., at den typiske kørselsafstand til træningsbaseret hjerterehabilitering er faldet med omkring 40 pct.

Træningsbaseret hjerterehabilitering er en veldokumenteret indsats, der reducerer risikoen for nye hjerteproblemer og forbedrer livskvaliteten hos personer med hjertesygdom. Alligevel deltager langt fra alle patienter i tilbuddene, og tidligere forskning har vist, at netop praktiske barrierer som transport og afstand spiller en væsentlig rolle.

Studiet *'Comparing disparities in geographic proximity to exercise-based cardiac rehabilitation before and after decentralisation of services'* er udgivet i tidsskriftet *International Journal for Equity in Health*.

/llh

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



Illustration Mathias N Justesen / iStock

Sygeplejersker kan matche læger

Mange opgaver, som traditionelt ligger hos læger, kan varetages af sygeplejersker uden at forringe kvaliteten. Det viser et nyt review udgivet i *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2, 2026. Forskerne har analyseret 82 randomiserede studier med over 28.000 patienter fra 20 lande. Konklusionen viser, at der generelt er lille eller ingen forskel mellem sygeplejerskeledet og lægeledet behandling i hospitalsregi.

Reviewet viser nemlig stort set ingen forskel på dødelighed, patientsikkerhed eller patienternes oplevede helbred, når behandlingen udføres af sygeplejersker frem for læger. I studierne overtog sygeplejersker og kliniske specialister lægelige opgaver

inden for bl.a. diabetes, cancer, gynækologi, reumatologi og kardiologi.

Behandlingen var samlet set lige så sikker og effektiv, hvad enten den blev varetaget af sygeplejersker eller læger. Dog kunne forskelle i plejemodeller, ansvar og uddannelse have en effekt på resultaterne. I flere forløb med en sygeplejerske i spidsen fik patienterne samtidig en tættere og mere systematisk opfølgning, hvilket kan have bidraget til de bedre resultater. Størstedelen af studierne var gennemført i højindkomstlande, og evidensen for de vigtigste patientresultater blev samlet set vurderet som moderat sikker.

/llh

Etiske idealer i demensplejen

De fleste EU-lande fremhæver værdighed, selvbestemmelse og personcentreret omsorg som bærende principper i deres nationale demensstrategier. Men bag de enslydende formuleringer gemmer sig markante forskelle i, hvad værdierne betyder, og hvordan de omsættes til praksis. Det viser et nyt internationalt studie, som belyser nationale demensstrategier i 17 EU-lande.

Forskere fra Statens Institut for Folkesundhed har været primus motorer for

projektet og har i samarbejde med andre europæiske forskere kortlagt, hvilke etiske principper, der fremhæves, hvordan de beskrives, og hvor stor vægt de får i de politiske dokumenter.

Studiet er publiceret i *Journal of Aging & Social Policy* og skal give beslutningstagere et bedre overblik over både fælles værdier og blinde vinkler i europæisk demenspolitik.

/llh

Har I ansøgt om årets krammere?

Når alt er uvant, er det rart med en blød og beroligende ven. Derfor ud-deler TrygFonden igen i år 60.000 krammebamser til børn på hospitaler og specialklinikker. I kan samtidig bestille en krammebamsehistorie, der er skrevet af Renée Toft Simonsen. Bogen handler om krammebamsens magi, og fortællingen kan aflede den lille patient og gøre det lettere at tale om store og svære følelser.

Ansøg om krammebamser og bøger senest 9. marts på trygfonden.dk/krammebamser



TrygFonden



Dine knogler længe leve.



Kalk er nødvendigt for at vedligeholde normale knogler.



10µg D3-vitamin ●○○○
400mg Calcium ●●●●



20µg D3-vitamin ●●○○○
400mg Calcium ●●●●



38µg D3-vitamin ●●●○○
400mg Calcium ●●●●



UniKalk®

Dine knogler længe leve



Kalk er nødvendigt for at vedligeholde normale knogler.

EN KRISE KOMMER SJÆLDENT ALENE

Ingen strøm, it-nedbrud og mangel på vand. Der er mange scenarier i spil, når sundhedsvæsenet skal være beredskabsklar. Nye anbefalinger skal ruste hospitalerne, men det er langt fra nok.

Tekst **Anton Kjøller Alexandersen, Michael Ørtz Christiansen** og **Lars Jørgensen**
Illustration **Andreas Normann**

"Det kom bag på mig."

Annemarie Hellebek var egentlig på ferie den 21. januar, da et strømnedbrud ramte hele Bornholm, og dermed også det hospital, hun er direktør på. Via generatorer kom strømmen på få sekun-



Vi er godt klar over, at vi skal klare os selv hvis strømmen går.

Annemarie Hellebek
Direktør på Bornholms Hospital

der tilbage på Bornholms Hospital, men vandtrykket faldt, fordi strømnedbruddet var på hele øen.

"Jeg havde ikke forventet, at vandtrykket blev reduceret så hurtigt. Det influerer på almindelige hygiejnemæssige forhold og implicerer laboratoriedrift, operationsgange og vores dialyse," siger Annemarie Hellebek om hændelsen, som hun mener, man håndterede godt, men:

"Vi skal justere og opgradere for at kunne køre hospitalet under normale vilkår i 24 timer. Det er noget, vi skal arbejde med."

Strømsvigtets påvirkning af vandtrykket gjorde, at en række spørgsmål meldte sig på hospitalsgulvet. Må vi tage et glas vand? Må vi trække ud i toilettet? Må vi vaske hænder?

"Det er interessant at vide, at det er det niveau, du skal ind i og tale om. Så kan det i højere grad være vores hygiejnesygeplejersker, vi skal involvere i beredskabsarbejdet, f.eks. i størrelsen af lagre af håndsprit," siger hun og fortæller, at man evaluerer beredskabet efter hændelsen.

Det kan vise, om der er behov for justeringer som f.eks. flere vandtanke eller nye arbejdsgange. Hun slår også fast, at der aldrig var mangel på drikkevand til patienter under strømsvigt.

Nye anbefalinger

Netop disse kædereaktioner efter et forsyningssvigt var også i fokus, da regeringen den 20. februar lancerede et totalberedskab og en akutpakke, hvor 1,2 mia. kr. udmøntes på beredskabsområdet.

Heraf går 295 mio. kr. til sundhedsområdet: 220 mio. kr. til regionernes arbejde med at opgradere nødstrømskapaciteten på landets sygehuse og 75 mio. kr. til et mobilt medicinsk modtagecenter til krisesituationer, hvor det skal modtage, fordele og behandle både civile og soldater, der er kommet til skade.

I januar kom Sundhedsstyrelsen desuden med en ny vejledning til sygehusenes drift i tilfælde af forsyningssvigt. De skal kunne opretholde driften i minimum 24 timer ved omfattende strømsvigt, herefter køre på nedsat drift i tre dage og med nøddrift i en uge.

Det er ifølge lektor Rasmus Dahlberg, ph.d., lektor og viceleder ved Center for Samfundssikkerhed og Resiliens på RUC, gode anbefalinger. Men det kræver tre ting, hvis en beredskabsplan skal være en succes. Han siger, at planerne skal være klar, de skal være velkendte og afprøvede.

På landets østligste hospital mener man også, at de nye anbefalinger er fornuftige.

"Men kan vi så leve op til det med det samme? Der vil være noget i det, der vil udfordre os," siger Annemarie Hellebek.

Hvis strømmen går på hospitalet

Her oplever man ikke, at strømmen går

Vitalt udstyr. Det kan være operationsudstyr eller udstyr til en skopi. Det meste af laboratoriet er også sikret, da blodprøver ikke må gå tabt. Hjersteovervågning, intensivstuer og traumestuer er også omfattet.

Hospitalets telefoncentral og interne telefon-systemer er også sikret

Der er altså tale om, at alt det mest kritiske udstyr, som kan køre videre via et UPS-anlæg (*Uninterruptible Power Supply*), som er et strømforsyningsanlæg, der fungerer som et intelligent backup-batteri, som sikrer blinkfri elforsyning.

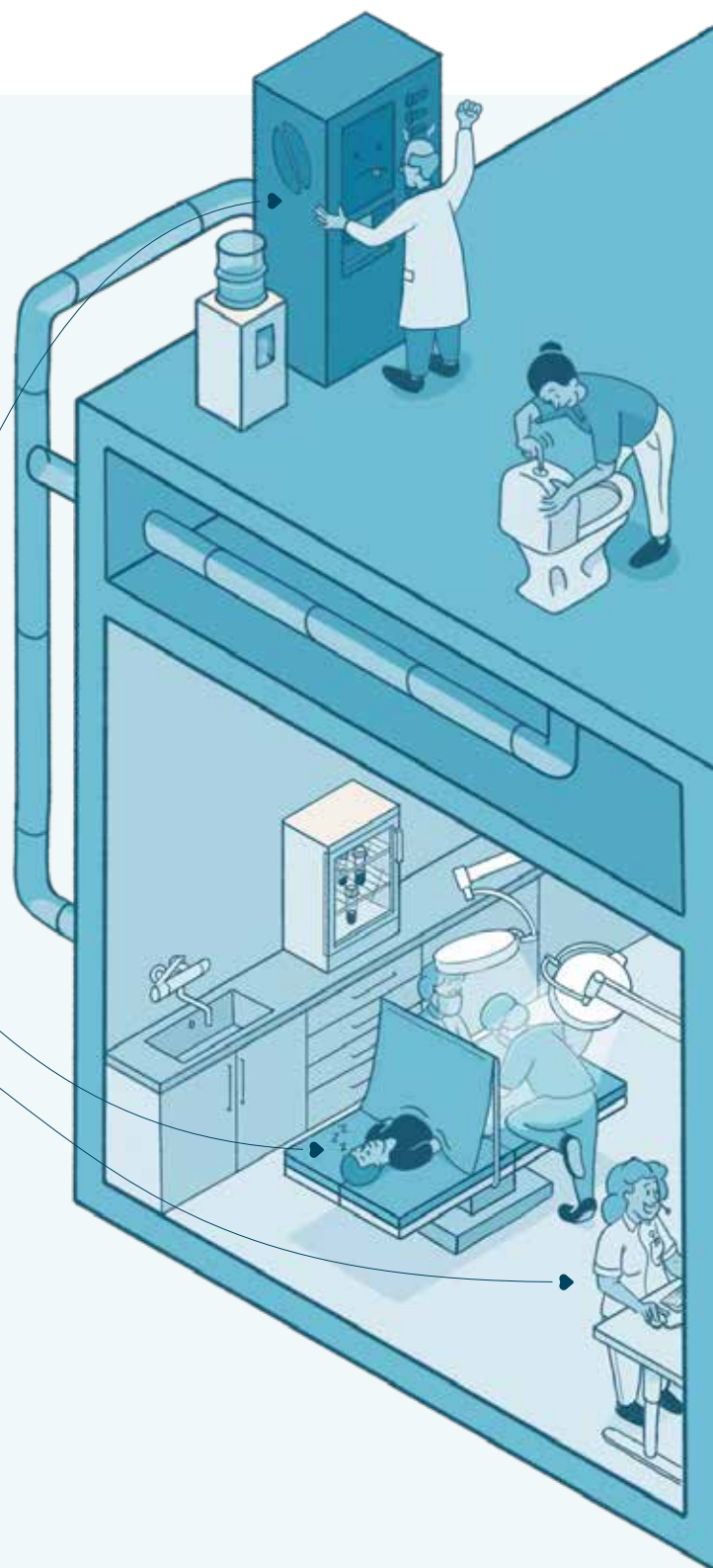
Her bemærker man kort, at strømmen går

Alt på dette niveau er sikret med nødgenerators. De forsyner alt på hospitalet, og nødgeneratoren vil normalt starte, hvis der er såkaldt sort lys, altså ingen strøm, i to til fire sekunder. Derefter vil der typisk gå 20-30 sekunder, før generatorerne er startet og kan levere el ud i huset.

Noget udstyr, som ikke genstarter selv, vil dog manuelt skulle sikres, som f.eks. ventilation og røgtenudstyr.

CT-scannere og MR-scannere har et højt energiforbrug, hvorfor de genstartes i den udstrækning, som der er generatorkapacitet til.

Kaffemaskinen indgår også herunder.





Her vil der mangle strøm, indtil elnettet er i funktion igen

Kontorområder, mødelokaler, omklædningsrum, værksteder, kældre og ingeniørgange. Altså alle ikke-patientområder.

Bivirkninger, hvis strømmen går:

Vandforsyningen er dybt afhængig af elnettet, og derfor kan et strømnedbrud give et faldende vandtryk og tilgængelighed af vand.

I værste fald kan man løbe tør for vand.

Bivirkninger på vandtryk og vandforsyning vil påvirke f.eks. dialyseapparater, autoklaver, instrumentvaskemaskiner og bækkenkogere. Funktionerne som toiletskyl og håndvask udfordres straks.

Uden påvirkning, hvis strømmen går:

Adgang til medicinrum, da adgangskort med chip kører på sit eget system og er batteriforsynet.

IT-systemer vil også virke, da de kører på en såkaldt dash-teknologi via nettet, og teleoperatører kan tage over for hinanden, for at sikre, der er dækning

Automatiske døre på hospitalet, da de også er batterisikrede

Illustrationen er et fiktivt eksempel. Det er udarbejdet ud fra et dansk hospital, men det kan ikke overføres 1:1 til alle hospitaler.

Tasker til Hjemmesygeplejen

Vandtætte | Robuste | Desinficerbare

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

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

Vi tilbyder branding på tasker.

www.arctichunter.dk

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



rie Hellebek, der mener, at den seneste hændelse har vist, at hospitalet er nået langt i sit beredskabsarbejde.

"Jeg tror, vi er lidt længere end nogle af de store hospitaler, fordi de kan skabe redundans ved, at patienterne kan blive henvist til et andet hospital i nærheden, hvis strømmen går. Vi er godt klar over, at vi skal klare os selv," siger hun.

Pandelamper og powerbanks

Men hvad så med de svageste i kommunerne?

Som en af de første gik Viborg Kommune i 2024 i gang med at designe en beredskabsplan for sundhed og omsorg, hvor et af målene var at kunne levere stabil sygepleje under et svigt af el, vand og varme i op til tre døgn. Her skal Skovvænget, som er et plejecenter i Bjerringbro, agere nødberedskab for ældre borgere med strømkrævende hjælpemidler i nærområdet, hvis ulykken er ude.

“Vi har en stor sal, hvor vi har sat masser af lys og stikkontakter op, hvis vi får brug for at hjælpe de borgere, der har strømkrævende hjælpemidler,” siger Susanne Glerup Persson, der er sygeplejerske og leder af plejehjemmet.

Husets nødgeneratorer skal sikre halvdelen af matriklen herunder salen. Skovvængets fire sygeplejersker vil få hjælp af andet sundhedspersonale, hvis udefrakommende borgere skal hjælpes. Centeret har powerbanks, lanterner, pandelamper, batterier og engangsbækkener og -kolber, men har også bedt beboere om at have tæpper og batteridrevet lys. Derfor føler Susanne Glerup Persson sig tryk og sikker på, at man kan opretholde normal drift i 24 timer:

“Det vil jeg mene. Vi kan f.eks. også centralt fra lave et udtræk af, hvad for noget medicin borgerne skal have, og vi har sikret belysning, mad og drikke, så det burde vi være klar til.”

Rekrutteringsudfordringer

I Dansk Sygeplejeråd (DSR) understreger forkvinde Dorthe Boe Danbjørg, at sygeplejersker og andet sundhedspersonale er helt centrale, når Danmark rammes af kriser. Men også at beredskabet, som det er nu, kan få svært ved at følge med bemandingsmæssigt.

“Selvom det går bedre, så er sundhedsvæsenet stadig presset. Sygeplejerskerne har travlt, og det kan være svært at få vagtplanerne til at hænge sammen. Hvis vi skal have et reelt robust beredskab i både kommuner og regioner, skal kapaciteten følge med, og det kan være svært med de rekrutteringsudfordringer, der stadig er flere steder i sundhedsvæsenet i dag,” siger hun.

En ny undersøgelse fra DSR viser, at 43 pct. af de ledende sygeplejersker mangler personale i deres enhed, og 56 pct. af dem vurderer, at den mangel påvirker kvaliteten af sygepleje og behandling negativt. Derudover siger næsten hver fjerde ledende sygeplejerske, at de har svært ved at få besat ledige stillinger. ♥

To vindere af ophold på Koldingfjord



Mental trivsel er lige så fagligt som at rense et sår. Sådan lød løsningssætningen i Sygeplejerskens julekrydsord 2025. Inspirationen kom fra temaet om psykiatri i Sygeplejersken nr. 6/2025.

Hele 744 sendte det rigtige svar ind og deltog i lodtrækningen.

De to heldige vindere blev:

Helle Schier, Årslev og **Peter Berg Nellemann**, Søborg.

De har hver fået et gavekort til to overnatninger i dobbeltværelse, inkl. halvpension for to personer på Hotel Koldingfjord

Redaktionen takker for deltagelsen.

/ha

AFDELING KODEORD (1. DEL)	K	P	RYSTE	BINDE- ORD	FASTGØRE		FYNSK BY 50	O	M
					LUFT	I			
	M	F	A	S	A	KURS		L	T
	E	P	A	T	I	S		HALV SNES	T
	N	G	E	T	AVISSTOF	N	Y	AMNESI	E
PRIN- JUTET					HÆDEREN				
							MÅLER		U
	19. ROGSTAV		ANGST	R	Æ	D	DARCGJE		

Hansaplast

LØSNINGEN TIL 83% AF ALLE SÅR*



TRANSPARENT



ULTRATYNDT



FLEKSIBELT



PATENTED
TECHNOLOGY

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

Får danskerne fibre nok via kosten?

Husk

til dem der har brug for at supplere kosten med fibre.

Prøv vores fiberberegner



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

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

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

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

Og på den måde hjælper til en normal fordøjelse.

Brug for sparring?

Kontakt vores produkt-specialister Rikke Sloth og Jette Uhre på info@husk.dk.



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

HUSK
PSYLLIUM · MAVEBALANCE

Et dansk hjerte i Slesvig

Som sygeplejerske hos Dansk Sundhedstjeneste servicerer Miriam Nöske det danske mindretal i Tyskland.

Hun er selv opvokset i mindretallet, hvor hun nu yder sygepleje med dansk sprog og kultur for øje.

Fortalt til **Anton Kjøller Alexandersen**

Foto **Michael Drost-Hansen**



Et smertepaster bliver skiftet. Det skal det hver mandag. Derfor er jeg i dag ude hos Ekke, der er 88 år gammel og i mange år har været en aktiv del af det danske mindretal. Ud over at han skal have skiftet et smertepaster, har jeg også doseret medicin til ham og hans kone, som snart fylder 90 år.

Jeg er uddannet sygeplejerske i Tyskland, og jeg arbejder som sygeplejerske i hjemmeplejen i Dansk Sundhedstjeneste, som er en dansk organisation i Tyskland. Det har jeg gjort siden 2009. Dansk Sundhedstjeneste servicerer borgere fra det danske mindretal i Sydslesvig med f.eks. hjemmepleje, skolesundhedstjeneste og fodpleje, og tjenesten har også et plejehjem. I Tyskland er sundhedssystemet baseret på lovpligtige sygekasser, hvor alle skal være forsikrede. Det er en form for privat forsikringsselskab, hvorigennem man bliver visiteret til hjælp, og herefter kan borgerne så f.eks. vælge, at de vil have hjælpen af os i Dansk Sundhedstjeneste.

I Team Syd, som jeg er en del af, er vi seks sygeplejersker, som alle er tyske statsborgere. I teamet har vi kun morgenvagter, så jeg starter kl. 7 om morgenen fra kontoret. Turen er fastlagt på vores mobiltelefon,

Jeg er stolt af at være en del af det danske mindretal. Jeg har hjertet med i det.

Miriam Nöske
sygeplejerske

hvor jeg kan se, hvem jeg skal hen til, og hvilken behandling jeg skal udføre. Som sygeplejersker planlægger vi selv vores ture til klienterne, som vi kalder dem her i Tyskland. I Team Syd dækker vi hele Sydslesvig, dvs. et område, der går ned til Ejderen og op mod Flensborg, så vi kan sagtens have halvanden time i køretid.

Jeg bor selv i en lille landsby uden for Slesvig by, som hedder Klensby, sammen med min tyske mand. Jeg er opvokset i Slesvig by hos min mor, men jeg har gået i dansk børnehave og dansk skole. Jeg har altid været en del af mindretallet i Sydslesvig, og jeg er dansk- og tysktalende.

Dansk sprog, tysk standard

Jeg kører ud til vores borgere som hjemme-sygeplejerske, og de opgaver, jeg varetager, er f.eks. at tage kompressionsstrømper på, hjælpe med at komme i bad, dosere medicin, måle blodsukker, udføre sårbehandling eller

lave såkaldte sikkerhedsbesøg, hvis nogle føler sig utrygge ved at være alene.

Man vælger som sagt selv, om man vil have hjælp af os, og der er nok også nogle borgere, der vælger at få tysk hjælp, men de fleste i det danske mindretal lægger vægt på, at vi kommer fra sundhedstjenesten. Dem, som har været en del af mindretallet i hele deres liv, vælger også at blive ved med at være en del af det. Det er vigtigt for dem, som er opvokset med dansk sprog og dansk kultur, at de stadig har mulighed for at være en del af mindretallet, når de har brug for hjælp. Og det er især dét, at vi taler dansk, der tæller for dem. Men vi arbejder efter tyske vilkår, tyske standarder og tysk lov. Vores dokumentation er også på tysk, da de fleste læger er tyskere, så når de kommer og skal læse om klienterne, skal de kunne forstå, hvad der står.

Et samfund i samfundet

Vi mødes jo alle vegne, og man kender folk, som er en del af mindretallet. Jeg kører f.eks. ud til gamle lærere eller gamle pædagoger. Når det er første gang, man skal hen til en af sine gamle lærere, så kan det godt være lidt underligt i starten. Men man kommer jo hurtigt i snak, fordi man kender hinanden.

Det er specielt for mig, fordi jeg også selv er en del af det danske mindretal. Fordi vi er en del af mindretallet, ser vi ikke kun klienterne i sundhedstjenesten, men også i f.eks. idrætsforeninger eller når der er andre arrangementer. Det er faktisk et lille samfund i samfundet. I mindretallet har man en masse foreninger og prøver at holde traditioner og den danske kultur ved lige. F.eks. til jul med luciaoptog, som ikke findes i Tyskland.

Jeg synes, det er berigende og unikt, hvis jeg f.eks. er ude hos en gammel lærer fra min barndom. Vi har en fælles historie, og jeg ved, at der er mange af dem, der synes, det er hyggeligt, at det er en gammel elev, som kommer.

Et job med hjertet

Jeg har været sygeplejerske i 25 år, og det er jeg selvfølgelig stolt og glad over. Men det er mere specielt for mig med det her job, da jeg er en del af det danske mindretal. Der er flere følelser i det. Jeg synes også, at det er hyggeligt at møde folk, som jeg har kendt i



mange år, og som sygeplejerske håndterer man det jo også professionelt.

Jeg er stolt af at være en del af det danske mindretal. Jeg har hjertet meget med i det, og for mig er det ikke kun et arbejde. Det er i hvert fald sådan, jeg har det. Selvom jeg har taget min uddannelse på tysk og også har arbejdet i det tyske system, så er det her noget andet. ♥



Sygeplejerske Miriam Nöske har mange klienter, som hun kender igennem mindretallet. Her ses hun hos 88-årige Ekke.

**Annonce for
AstraZeneca**



Værsgo! Vi giver over

8 mio. kr.

tilbage i renter til kunder, der er medlem af DSR

Lån & Spar er ejet af over 50 fagforeninger, som ønsker at give deres medlemmer særlige fordele. For eksempel får MedlemsKunder i Lån & Spar Danmarks højeste rente på deres lønkonto. Den høje rente betyder, at vi i år betaler over 160 mio. kr. tilbage til vores MedlemsKunder.

Udnyt de fordele, der følger med dit medlemsskab af Dansk Sygeplejeråd – bliv MedlemsKunde i dag.

Ring **3378 1927** eller læs mere på lsb.dk/dsr



Lån & Spar

Livssamtalen, der ikke må springes over

For **patienter med kronisk nyresvigt** er det vigtigt at få talt om de barske realiteter og om det, der stadig giver hverdagen værdi, selvom man er livstruende syg. Men det kan være svært for både patienter og sygeplejersker. Derfor har Klinik for Dialyse i Gødstrup nu indført et nyt hjælperedskab.

Tekst **Helle Lindberg Emarati**

Foto **Tor Birk Trads**

”Før i tiden var det en stående joke, at hvis vi ikke kunne gøre andet for en meget dårlig patient, så kunne vi da i hvert fald lige give en hæmodialysebehandling, for man skulle jo nødig have et kaliumniveau på over seks, inden man skulle i kapellet,” fortæller Tina Brink Hansen.

Hun smiler skævt, inden hun fortsætter:

”Det kan lyde morbidt, men det var jo nok et udtryk for frustration over, at vi ikke fik talt med patienterne om, hvad de ønskede. Om de rent faktisk gerne ville have, at vi skulle blive ved med at behandle dem, selv når de lå på det yderste.”

Hun har været sygeplejerske i Klinik for Dialyse på Regionshospitalet Gødstrup i 24 år. Da hun tog en master i klinisk sygepleje i 2023, blev hun dog for alvor opmærksom på et tilbagevendende problem i klinikken: Hvis man ikke får talt om de svære ting, mens tid er, kan man ende i situationer, der føles forkerte for både sygeplejersker og patienter.

”Jeg har altid været optaget af vores måde at snakke med patienterne på, men som sygeplejerske har jeg desværre også mange gange stået i situationer, hvor jeg har været i tvivl om, om vores måde at handle på faktisk var det, patienten ønskede. Det har naget mig,

at vi ofte ikke fik talt om, hvad der var vigtigt for dem,” siger hun.

Da Tina Brink Hansen skulle skrive sit masterprojekt, greb hun derfor chancen for at grave sig dybere ned i den tilgængelige viden og litteratur på området.

”Det er ikke raketvidenskab, men jeg blev klogere på, hvor stor betydning, det har, at vi husker at tale med patienterne om de svære ting. Ikke kun om døden, selvom den selvfølgelig fylder meget, men f.eks. også om, hvad der giver dem livskvalitet. Hvad det faktisk vil sige at have kronisk nyresvigt, og hvornår konsekvenserne ved behandlingen ikke nødvendigvis står mål med resultatet,” forklarer hun.

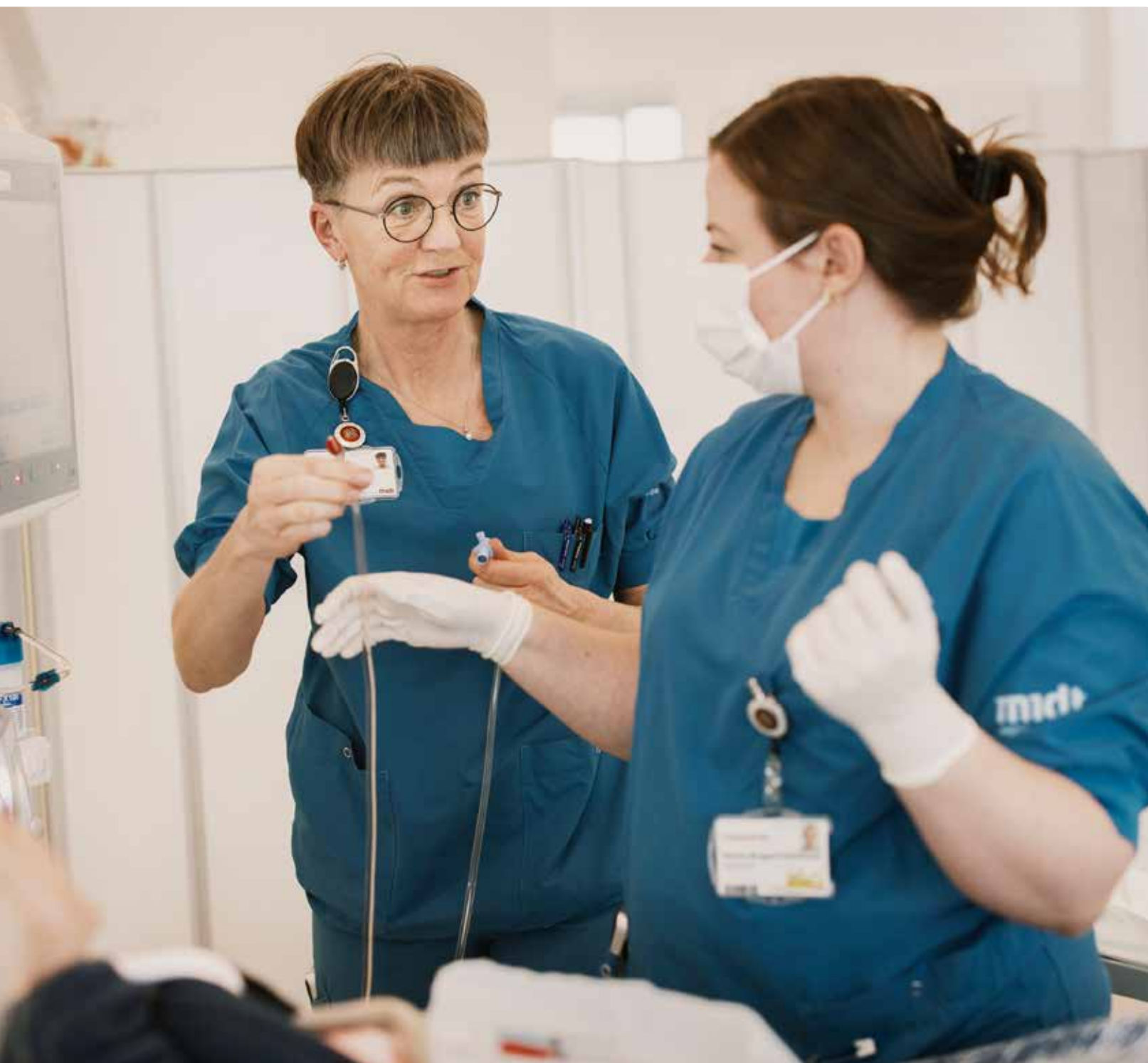
Tre behandlinger blev til to

Derfor gør de i Klinik for Dialyse nu en dyd ud af at tale om det svære. I forbindelse med deres behandling bliver patienterne i klinikken tilbudt, hvad Tina Brink Hansen kalder for ”livssamtaler,” hvor de med hjælp fra personalet kan få sat ord på det, der fylder, når man er livstruende syg.

En patient, der har fået sådan en samtale, er Annelis Nielsen. Hun har kronisk nyresvigt og bor på Jegindø ved



▲ Tina Brink Hansen (tv.) og sygeplejerske Simone Burgdorff Mathiasen gør Annelis Nielsen klar til hæmodialyse. Hendes livssamtale har bl.a. betydet, at hun får behandling to gange om ugen i stedet for tre.



Thyholm. To gange om ugen tager hun turen på cirka en times kørsel hver vej til Klinik for Dialyse på Regionshospitalet Gødstrup.

Her bliver hendes blod rensat for de affaldsstoffer og overskydende væsker, som hendes nyrer ad egen drift ikke kan klare.

Det er også derfor, hun er kommet i dag, hvor *Sygeplejersken* er på besøg i klinikken. På hospitalsstuen lyder der en konstant lavmælt brummen fra dialysemaskinerne, sporadisk afbrudt af bløde bip: Lyde, der

indikerer, at der bag afskærmningerne, der skal give patienterne lidt privatliv, allerede er flere behandlinger i gang.

Dialysen varer cirka fire timer hver gang. Nyresvigtspatienter får normalt hæmodialyse tre gange om ugen, men ligesom de fleste andre nyrepatienter, bliver Annelis Nielsen meget træt af behandlingen. Fordi hendes sygdomsstadie indtil videre tillader det, har hun derfor fået lov til at nøjes med to.

Sådan vil det ikke blive ved med at være, for kronisk nyresvigt er en fremadskridende sygdom. Før eller siden vil hendes nyrefunktion blive så dårlig, at det ikke længere slår til med to ugentlige behandlinger. Men så længe hun kan, er det vigtigt for Annelis Nielsen, at hun stadig har tid, energi og overskud til andre ting i sit liv.

"Jeg er glad for, at jeg har fået talt med personalet om, hvad der er vigtigt for mig. Ja, i det hele taget er jeg glad for, at jeg har ►

- fået talt med nogen. Min familie kan jeg slet ikke snakke med om det her. De lukker i og bliver utilpasse, hvis man prøver at tale om sygdom, død og den slags,” fortæller Annelis Nielsen.

Skemaspørgsmål som isbryder

Men det er ikke kun pårørende, der udfordres af tunge samtaler om liv og død. Efter at have talt med flere af sine kolleger om emnet, blev det klart for Tina Brink Hansen, at mangel på værktøjer og berøringsangst hos sundhedspersonalet var en primær årsag til, at de svære patientsamtaler før kun blev taget sporadisk.

”Vi er sygeplejersker, men vi er jo også bare mennesker, der helst ikke vil sige noget forkert. Mange af sygeplejerskerne gav udtryk for, at de ikke rigtigt vidste, hvordan de skulle gå til de her samtaler. Selv når patienterne selv gav bolden op, formåede de langt fra altid at gribe den og udnytte muligheden til en snak, selvom vi faktisk er forpligtede til det,” siger hun.

Med opbakning fra ledelsen og Tina Brink Hansen som primus motor blev en plan derfor sat i værk: En konkret målsætning om at tilbyde livstruende syge patienter en livssamtale i klinikken, så tidligt i forløbet som muligt. Efter den første samtale skal patienterne inviteres til en ny samtale minimum en gang om året, dog altid med det individuelle behov for øje.

”Vi har lavet en arbejdsgang for, hvordan vi dokumenterer samtalerne og hvordan vi planlægger dem, så vi f.eks. ikke har 10 livssamtaler på en enkelt dag. Vi har f.eks. også haft gruppearbejde og temadage, og vi har fået inspirationsoplæg fra dialyseklinikken på Aalborg Universitetshospital, hvor de har arbejdet målrettet med svære samtaler i et stykke tid,” fortæller Tina Brink Hansen.

Løsningerne var langt hen ad vejen lavpraktiske – men de virkede. Sygeplejerskerne fik bl.a. et samtaleskema, som de

“
Samtale-
skemaet
gav dem
nogle
spørgsmål
at gå ud fra.

Tina Brink Hansen
sygeplejerske, Klinik
for Dialyse

især i starten kunne læne sig op ad, når de skulle gennemføre de tunge snakke med patienterne.

”Det gav sygeplejerskerne en afstivning og f.eks. samtaleskemaet gav dem nogle spørgsmål at gå ud fra. Det var en mulighed for at være ærlig, bryde isen og sige: ’Ja, du må undskylde, hvis jeg virker lidt usikker, men det her er faktisk også nyt for mig, så jeg kommer måske til at sidde og skele lidt til det her stykke papir.’ Det gjorde det nemmere at tage hul på snakken,” forklarer hun.

Svært at finde ordene

Julie Marie Jakobsen er enig. Hun er også sygeplejerske i Klinik for Dialyse og ligesom Tina Brink Hansen oplevede hun, at det ikke altid var lige nemt for hende at gå ind i de tunge samtaler.

”Nogle gange har jeg stået i situationer med patienter, jeg ikke kendte så godt, hvor jeg burde tage en alvorssnak. Måske fordi, der har været forværring i deres tilstand eller andet, der lagde op til, at det var mig, der burde tage den samtale. Men jeg vidste ikke altid hvordan,” fortæller hun.

Med samtaleskemaet fik Julie Marie Jakobsen nogle konkrete formuleringer, hun kunne bruge i de situationer, hvor ordene ikke kom af sig selv, og det blev lettere for patienterne at tale om tingene.

”Mange af patienterne har allerede gjort sig en masse overvejelser om det, der er svært, men det kan være vanskeligt at finde ud af, hvordan de får sagt det højt. Når vi får sat ord på det sammen, får de nogle værktøjer, de kan bruge. Ikke kun over for os, men især også over for deres pårørende,” siger Julie Marie Jakobsen. Hun tilføjer:

”Der kan virkelig være stor forskel på, hvor meget de snakker om det derhjemme. Og også på forståelsen hos de pårørende i forhold til, hvor træt man bliver, når man er nyresyg, og hvor meget det faktisk fylder i ens liv.”

Hjælp til pårørende og hjemmepleje

Netop fordi det kan være vanskeligt for patienterne at tale med de pårørende om, hvordan de har det, tilbyder man i Klinik for Dialyse, at de pårørende kan være med til livssamtalen – eller at patienterne kan få en kopi af samtaledokumentationen med hjem.

”Jeg havde f.eks. en patient, som syntes, det var rigtig hårdt at skulle forklare sin familie, hvordan han havde det. Han fik en udskrift af samtalen med hjem, som han kunne give familien, så de kunne læse det i stedet. Det var han rigtig glad for,” siger Tina Brink Hansen.

Nogle gange kopierer sygeplejerskerne også samtaledokumentationen over i deres korrespondance med f.eks. hjemmeplejen.

”Det er selvfølgelig altid med patientens accept, men af og til kan der jo også være ting i forhold til deres ønsker, som er vigtige for



I forbindelse med sin master blev Tina Brink Hansen opmærksom på vigtigheden af at tale med patienterne om det, der fylder, når man er livstruende syg: "Ikke kun om døden, men f.eks. også om, hvad der giver dem livskvalitet," siger hun.

hjemmesygeplejerskerne at vide. Det handler om at sikre, at patienterne har så meget livskvalitet som muligt – og derfor tager vi snakken hver gang, der sker en væsentlig ændring.

Svesken på disken

Selvom sygeplejerskerne aldrig prøver at tvinge patienterne til at tale om noget, de ikke ønsker at tale om, så er det vigtigt, at de træffer beslutninger om deres liv og behandling ud fra et oplyst grundlag, fortæller Tina Brink Hansen.

"Vi prøver altid at være nænsomme. Med det sagt, så har vi en "svesken på disken" tilgang til samtalerne. At vi skal være ærlige om, at når man er kronisk dialysepatient, så kommer der et tidspunkt, hvor ulemperne ved behandlingen kommer til at være større end gevinsten," siger hun og fortsætter:

"Hvornår den skillevej kommer, er til gengæld meget individuelt. For én patient kan det være, at vi skal stoppe med at behandle, når han ikke længere kan køre motorcykel, fordi det er det, som gør livet værd at leve for ham. For en anden patient kan hvert eneste ekstra minut, de får, være behandlingen værd. Men vi ved det ikke, før vi taler med dem om det." ♥

Hurtig reparation af stenslag!

Du kan få hjælp via vores Bilforsikring, så stenslaget ikke udvikler sig...

Kører du til værkstedet, eller skal ruden ordnes hos dig?

Har du vores Bilforsikring med kaskodækning, koster en reparation af stenslag ikke noget, og det er nemt at få ordnet. Vi samarbejder med Dansk Bilglas, som har værksteder i hele landet, men de kører også gerne **ud til dig**, så du ikke behøver afbryde din dag!

Skal forruden skiftes, kan vi også hjælpe dig, så du kun skal betale en mindre del af regningen selv. Hvor meget, du skal betale selv, afhænger af dine valg på **Bilforsikringen**, som du nemt kan se på **Min Side**.

Som ansat i **Sundhedsvæsenet** har du mulighed for at blive medlem i Popermo! Ønsker du medlemskab, eller har du spørgsmål til dine forsikringer, hjælper vi dig gerne. Du kan **booke et telefonmøde** med os her:



- på forsikringsparker!

- eller ring på +45 66 12 94 48!

Popermo Forsikring GS
C.F. Tietgens Boulevard 38
5220 Odense SØ

Telefon +45 66 12 94 48
popermo.dk
CVR 61 67 23 11

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

popermo
VORES FORSIKRING
medlemmers

GIV DINE PATIENTER ET STÆRKERE STÅSTED

FRA 7. TIL 21. APRIL KAN NYE MEDLEMMER MELDE SIG IND I PARKINSONFORENINGEN TIL HALV PRIS

Medlemskabet giver adgang til støtte, rådgivning, inspiration og fællesskab, der kan gøre hverdagen lettere at navigere i for mennesker med parkinson og pårørende.

I Parkinsonforeningen er vi opdateret med den nyeste viden på området, så vi kan hjælpe medlemmerne med at forstå og håndtere sygdommen.

Mange parkinsonpatienter efterspørger netværk og troværdig information. Du kan gøre en forskel ved at fortælle dine patienter om mulighederne i Parkinsonforeningen.

parkinson.dk

ALDRIG ALENE MED PARKINSON

PARKINSON
foreningen

ERYTHEMA NODOSUM	KODEORD (Del 1)	2 ENS	KODEORD (Del 2)	STEDORD	TERNING- KAST	EFTER Q	DRENGE- NAVN	SAGT- MODIGT	NIKKE TIL BOLDEN	ANGREBSFEJL	PRONE- CESSITATE	DA STØRRELSE	SANG FOR TO	BESKYTTET TITEL
SØSTEREN									FORORD	SANG				
					KURSTED SE				EDITH			TILLØB LÆRLINGE		
1000		SÅR DRAGT								PLADSEN STEDORD				
PLACENTA									SPIDS SOVESTED		TOPKLASSE DYR			
TVIVLSOM					DILD UENDELIG			SNAKKE KØRETØJER					FRANSK Ø	GRUPPE PÅ 3
BUNDT				GRINE KORT			THALLIUM	MESSI MUR		BIBELNAVN		MOR- SOM- HED		
KAMP- PLADS					PRESSE DEL AF ET KROMOSOM						REDDE KURS			
TONE			ZEUS' KONE										FIRE CRP	
VÆRN						2 ENS PAPIR			SAMMEN- FØJE		ENS		GRÆSK FERIEØ	
	FNISER				2 ENS DIVER- GERET		TIDLIGERE PARTNER ÆSKE		PATTEDYR	GÅRD- RUMMET TABU				PAPE- GØJEN
ØSTRIG		GRÆSK BOGSTAV		MOR		FLÅEDE			UNDERLAG				TYSK	
KOST, RYGNING, ALKOHOL, MOTION											TIENDE BOGSTAV	LÆNGERE JYSK BY		
UDBRUD			SMERTE- UDBRUD			INGRE- DIENS	GAMMEL KARAKTER KLINKE		SMULE				FORBJERG SMØRE	
POLLEX											SOVE- STED			
VÆGT		FODTØJ	ADRÆT MAST				LILLE BILLE		SNØRE FYLDNING					
TRÆ				OVER- HOVED FALDE				HØFLIGHED			ASTRID LINDGREN- FIGUR BLIKFANG			TILTALE- FORM
LÆREN OM BEDØVELSE												SLUTTE		
? SIN EGEN KAGE					BIBELNAVN CIRKEL			GOD NOK TONE		KOMMUNI- KERER HENSIGT				
2 ENS			DEL AF INDIEN MEN				DYR 2 ENS			2 ENS UMODERNE		ANTAL LEVER		ØKONO- MISK HJÆLP
													PARKTRÆ	
LEDEDE								VINDER					FLAMME	

Lexidk

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

Send dit svar sammen med medlemsnummer til krydsord@dsr.dk. Svaret skal være redaktionen i hænde senest fredag den 10. april.

Scan koden!

For at maile dit svar.





who CAREs? me!

21 – 23 April 2026
Essen Exhibition Centre

Care means more than just routine –
it is passion, innovation and responsibility.

Discover new technologies, innovative concepts and
practical solutions that are revolutionising everyday care.
Exchange ideas with leading experts
and actively shape the future!



◀ VISIT NOW! www.altenpflege-messe.de/en  



Sorbact®

Designet med Sorbact® Technology, der forebygger og behandler sårinfektion

Det smarte valg – helt fra starten

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

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



Oplev fordelene og bestil vareprøver,
Besøg sorbact.dk



sorbact®
Healing for every body



93%
af sårene var
helet eller
forbedret



Gylden mulighed i psykiatrien

Et praktikophold i psykiatrien lærte en sygeplejestuderende, at man skal hjælpe patienter med sygdommen, men **aldrig glemme mennesket bag**.

Jeg vidste ikke særlig meget om psykisk sygdom før min praktik i psykiatrien på 3. semester. Vi havde haft lidt undervisning om det, men jeg havde svært ved at finde ud af, hvad det var for en størrelse. Er man i samme båd, som jeg var, kan man meget nemt have en forestilling om psykisk sygdom ud fra de stereotype billeder, man ofte ser i film og medier – men det er billeder, der desværre ikke afspejler psykisk sygdom særlig godt.

Jeg fik dog den gyldne mulighed for at lære mere om dette, da jeg blev tildelt en klinikplads på et intensivt psykiatrisk sengeafsnit. Jeg var glad, men også nervøs, for det betød, at jeg skulle helt tæt på mennesker, der lever med psykisk sygdom.

Det gjorde mig også nysgerrig – for hvordan kunne jeg yde omsorg for og pleje til disse mennesker, som er i en kontekst så fjern fra min idé om sygepleje?

Det fandt jeg svar på gennem de otte uger i klinik, fyldt med oplevelser, der har sat sig dybt i mig.

Særligt to møder med patienter gjorde indtryk på mig. Det første møde var med en ung mand, som var plaget af stemmer, som gjorde det svært for ham at tage vare på sig selv. Jeg måtte erkende, at det desværre gjorde det nemmere at tage afstand til ham end at række ud. Men en dag kom han over, mens jeg og min medstuderende spillede kort, og spurgte, om han måtte være med. Vi blev overraskede, men også glade, for nu var der en mulighed for at danne en relation.

Det blev starten på en vigtig samtale, hvor han fortalte om stemmerne, og hvad de dagligt sagde til ham. Det var barskt at høre, men det gav mig en bedre forståelse af ham som person og det menneske, han er bag sygdommen.



Illustration Thomas Thorhauge

Det andet møde var med en kvinde indlagt med svær depression. Hun var uden mod og meget umotiveret. Dog fik vi overtalende hende til at komme med til bålhygge en dag. Først var hun modvillig, men da vi ankom til stedet, lyste hun op. Hun kunne huske, at hun havde været spejder som barn og tilbød straks at give en hånd. Og for en stund trådte sygdommen i baggrunden, og vi så det menneske, hun er bag facaden.

Mit praktikophold lærte mig noget helt essentielt: At se mennesket bag diagnosen og at møde dem præcis, hvor de er. Man skal hjælpe dem med sygdommen, men aldrig glemme mennesket bag – de ønsker også et funktionelt og godt liv, ligesom alle andre gør.

Udover det oplevede jeg, hvor meningsfuldt det er at yde sygepleje i en kontekst, der ofte bliver misforstået, og hvordan små øjeblikke af tillid og omsorg kan gøre en forskel. Psykiatrisk sygepleje kan lyde teknisk og komplekst, men i virkeligheden handler det om nærvær, respekt og ægte menneskelig kontakt. Praktikken åbnede virkelig mine øjne for psykiatriens betydning og for, at det måske er den vej, jeg ønsker at gå som færdiguddannet sygeplejerske.



Rakul Vang
5. semester
Københavns
Professionshøjskole

Baggrund. Den ændrede demografiske sammensætning udfordrer det etablerede sundhedsvæsen. Mere opsporing og behandling skal ske i det nære sundhedsvæsen, og unødige indlæggelser skal forebygges. Disse opgaver har de kommunale akutfunktioner varetaget gennem mange år, men som følge af sundhedsreformen skal denne funktion nu overtages af regionerne, og der mangler evidensbaseret viden om betydningsfulde faktorer og barrierer. Formålet med artiklen er at give et solidt evidensgrundlag, der kan tydeliggøre akutfunktionens styrker og udfordringer og dermed understøtte udviklingen af det borgernære sundhedsvæsen.

Metode. Undersøgelsen er gennemført med brug af både kvantitative data fra 2.756 borgere, som har modtaget akutbesøg i årene 2022–2024 i Region Hovedstaden, samt kvalitative interviewdata fra 10 akutsygeplejersker. Kvalitative og kvantitative data er blevet analyseret sammen via mixed methods-analyser.

Resultater. Studiet identificerer en række demografiske og kliniske faktorer, der har betydning for henholdsvis forebyggelse af unødige indlæggelser og kvalificering af nødvendige indlæggelser. Ca. halvdelen af akutbesøgene resulterer i en forebygget indlæggelse. Særligt indsatser ved ernærings- og væskeproblematikker ser ud til at have betydning for at forhindre unødige indlæggelser, mens det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde har betydning for at kvalificere nødvendige indlæggelser. Derudover belyses centrale samarbejdsrelaterede, logistiske og kapacitetsmæssige barrierer for IV-antibiotika-hjemmebehandling, som ellers kan forkorte indlæggelser.

Konklusion. De kvalitative og kvantitative analyser viser, at de kommunale akutteams forebygger unødvendige indlæggelser og kvalificerer nødvendige indlæggelser blandt ældre, komplekst syge borgere. Akutsygeplejerskens tilstedeværelse i hjemmet muliggør kliniske vurderinger og relevante indsatser – særligt ved ernærings- og væskeproblematikker, som ellers kan føre til indlæggelse. IV-antibiotikabehandling i hjemmet forkorter indlæggelser, men udgør en begrænset del af akutteamets opgaver og møder implementeringsbarrierer i samarbejdet og apotekskapacitet. Samlet peger resultaterne på et potentiale for styrkelse af det nære sundhedsvæsen gennem akutfunktionerne, som bør indtænkes i det fremtidige borgernære sundhedsvæsen.

Indlæggelse eller ej?

En Mixed Methods-Analyse af Akutteams' Effektivitet og Udfordringer (2022-2024)

Forfattere

Maria Kjøllet Pedersen, RN, MPH, Ph.d., seniorforsker ^{1,2}
Parvin Sølvsteen, RN, Cand. Cur., adjunkt ³
Maria Brøndsted Lodahl Thygesen, RN, cand.cur., adjunkt ³
Annette Møllerup, RN, CCRN, MScHealth, Ph.d., lektor ⁴
Anna Merete Müller, RN, MPH, Lektor ³
Sheima Afrisham, RN, Daglig leder for FAF Fælles Akutfunktion i Høje Taastrup kommune ⁵
Rikke Agnete Petersen, RN, Cand. Scient, Ph.d., Lektor ³

¹ Nordsjællands Hospital, Forskningsafdelingen.

² Roskilde Universitet, Institut for Mennesker og Teknologi.

³ Københavns Professionshøjskole, Sygeplejerskeuddannelsen

⁴ UC Diakonissestiftelsen, Sygeplejerskeuddannelsen

⁵ FAF Fælles Akutfunktion i Høje Taastrup kommune

Maria Kjøllet Pedersen er korresponderende forfatter.

Mail: maria.kjoeller.pedersen@regionh.dk / tlf. 21 46 83 69

Ba

Baggrund

Demografiske fremskrivninger i Danmark indikerer en betydelig stigning i antallet af ældre borgere, der vil have behov for hospitalsindlæggelse i de

kommende årtier. En dansk undersøgelse anslår, at borgere på 70 år og derover vil stå for næsten 60 pct. af alle hospitalsindlæggelser i 2050 (1). Med alderen øges risikoen for multimorbiditet og skrøbelighed (2), hvilket yderligere forhøjer risikoen for indlæggelse (3). Den ændrede demografiske sammensætning, præget af en stigende andel ældre og kronisk syge borgere, nødvendiggør alternative løsninger i sundhedsvæsenet, da ældre borgere også har øget risiko for sygehuskomplikationer i form af delir (4), tryksår (5) og øget risiko for nosokomiale infektioner (6). Kommunerne er forpligtiget til at have en organiseret akutfunktion, bemandet af sygeplejefaglige akutteams (7). Akutfunktionerne er bemandet af akutsygeplejersker med kompetencer og/eller specialuddannelser fra forskellige akutspecialer og kan tilbyde akut pleje og behandling tæt på borgerens hverdagsliv ►



- og lokalmiljø (8). Også internationalt ses, at sygeplejersker udgør en stigende del af primærsektoren, hvilket er associeret med færre hospitalsindlæggelser (9).

Med den politiske aftale om Sundhedsreformens vedtagelse blev det i 2024 yderligere understreget, at akutteams er en central del af det nære sundhedsvæsen. Reformen har til formål at styrke sammenhængen mellem sektorer og sikre, at flere borgere kan modtage behandling uden for hospitalerne, hvilket stiller øgede krav til det borgernære sundhedsvæsens kapacitet, kompetencer og samarbejde. Regionerne står over for at skulle overtage den specialiserede del af de kommunale akutfunktioner, herunder akutsygeplejen, med virkning fra 1. januar 2027 (10). Derfor er det vigtigt, at den nye struktur bygger på erfaringer fra de kommunale akutfunktioner.

Målgruppen for de kommunale akutfunktioner er patienter med fysiske sygdomme og eventuelt psykiske lidelser, som oplever akut sygdom eller forværring af en kendt sygdom og har brug for observation, pleje og/eller behandling (11). Den kommunale akutfunktion er kendetegnet ved tidsbegrænsede, akutte (inden for få timer) eller subakutte indsatser (inden for et døgn) af kortere varighed, hvor akutsygeplejersker, efter henvisning fra f.eks. sygehus, egen læge, Region Hovedstadens Akuttefon 1813 eller kommunale samarbejdspartnere, tilser borgere i eget hjem. Akutfunktionen arbejder med tidsafgrænsede indsatser, hvor sygeplejefaglig assistance ydes i en begrænset periode for at afhjælpe en midlertidig forværring i borgerens helbredstilstand og forebygge yderligere forværring. Formålet er at stabilisere borgeren – ikke at levere langvarig pleje.

Forløbene strækker sig typisk over 1–7 dage, med undtagelse af intravenøse behandlingsforløb, som i nogle tilfælde kan have en længere varighed. Akutsygeplejerskerne kan tilbyde en række instrumentelle indsatser, herunder måling og vurdering af vitale værdier, akutte blodprøver (f.eks. infektionstal, blodsukker og blodprocent), medicinadministration (subkutant, intramuskulært og intravenøst), inhalationsbehandling, pleje af dræn og kateter samt prøvetagning til mikrobiologisk undersøgelse (11). Akutteamets nærmeste samarbejdspartnere er de praktiserende læger, efterfulgt af 1813 og dernæst hospitalerne, særligt geriaterne. De kliniske beslutninger træffes i samråd med den behandlingsansvarlige læge på baggrund af en helhedsorienteret vurdering af borgerens

samlede sundhedstilstand og aktuelle behov. I denne vurdering indgår både sygeplejefaglige kompetencer og systematiske kliniske redskaber, som understøtter en struktureret og evidensbaseret tilgang. Siden 2023 har IV-behandling været en obligatorisk indsats i akutfunktionen, der mangler dog fortsat viden om implementeringen heraf (11).

En nylig dansk undersøgelse af akutfunktionen konkluderer, at denne funktion signifikant reducerer hospitalskontakter relateret til infektioner, delirium og konfusion samt mindsker antallet af akutte ambulancekørsler. Disse effekter er særligt udtalte blandt ældre over 80 år samt beboere på plejehjem, omend de kausale årsagsmekanismer endnu ikke kendes (7). Der eksisterer fortsat et videnshul, når det gælder, hvilke borgerrettede faktorer, herunder demografiske og kliniske, der har betydning for, om en indlæggelse enten kan forebygges af akutteamet eller kvalificeres. En bedre forståelse af disse forhold vil kunne bidrage til at styrke og målrette den fremtidige akutindsats, så indsatsen for at forebygge unødige indlæggelser forbedres, samtidig med at akutteamets mulighed for at kvalificere nødvendige indlæggelser styrkes.

Formålet med artiklen er at give et solidt evidensgrundlag, der kan tydeliggøre akutfunktionens styrker og udfordringer og dermed understøtte udviklingen af det borgernære sundhedsvæsen. Dette opnås ved at undersøge følgende to delmål:

1. At identificere og opnå en dybere forståelse af demografiske og kliniske faktorer, der er positivt associeret med henholdsvis forhindret og kvalificeret indlæggelse hos borgere i akutteams.
2. At estimere udviklingen i hjemmebehandling med intravenøs antibiotikabehandling i det borgernære sundhedsvæsen samt afdække barrierer og facilitatorer herfor.

Me

Metode

Projektet er designet som et Convergent mixed methods studie, hvor kvalitative og kvantitative data indsamles parallelt for at opnå en dybdegående forståelse af undersøgelsens formål (12). Studiets videnskabsteoretiske ståsted er pragmatisme, hvilket understøtter en fleksibel og praksisnær tilgang, hvor metodiske valg træffes ud fra deres nytteværdi i forhold til at generere viden, der kan understøtte beslutninger og udvikling i den kliniske praksis (13). Studiet er rapporteret i henhold til 'Good Reporting of A Mixed Methods Study guidelines (GRAMMS)' (14).

Setting: Projektet er gennemført i Fælles Akutfunktion (FAF) som dækker akutfunktionen i kommunerne Albertslund, Glostrup, Høje-Taastrup og Vallensbæk.

Etiske overvejelser: Projektet er vurderet ikke-anmeldelsespligtigt af Videnskabsetisk komité (F-24075913) og anmeldt til datatilsynet via fortegnelse. Studiet er udført i overensstemmelse med principperne i Helsinki-deklarationen, og alle informanter har afgivet informeret samtykke til deltagelse.

Kvantitative data

Kvantitative data er indsamlet af FAF, hvor akutfunktionens medarbejdere systematisk har indsamlet monitoreringsdata fra 2022–2024 via selvadministreret dokumentationsark (øverste side 73).

Dokumentationsarket inkluderer følgende eksponeringsvariable:



Eksponerings Variabel	Niveau
ID-nummer	ID-numre
Køn	Mand, kvinde
Alder	Kontinuerlig variabel
Boligform	Plejecenter, rehabiliteringsafsnit/ midlertidige pladser, egen bolig, bosted
Henvissende part	Praktiserende læge, hospital, sygeplejerske/hjemmepleje, 'andet', hvor sidstnævnte typisk dækker over: borgere, pårørende og andre fagprofessionelle som f.eks. pædagoger
Kommune	Albertslund, Glostrup, Høje-Taastrup eller Vallensbæk Kommune
Overholdt responstid	Ja, nej
Sygeplejetilstandsproblem (helbredstilstandsproblem) som årsag til henvendelse	1: Funktionsniveau, 2: Ernæring, 3: Bevægeapparat, 4: Hud og slimhinder, 5: Kommunikation, 6: Psykosociale forhold, 7: Respiration og cirkulation, 8: Seksualitet, 9: Smerter og sanseindtryk, 10: Søvn og hvile, 11: Viden og udvikling, 12: Udskillelse af affaldsstoffer
Data vedrørende 25 specialiserede sygeplejeindsatser (udført vs. ikke udført)	1: Blodprøvetagning, 2: Smertebehandlingsproblematik, 3: Håndtering af enteralt ernæringsproblem, 4: Håndtering af parenteralt ernæringsproblem, 5: Behandling og pleje af mave-tarmproblem, 6: Håndtering af respiratorisk problematik, 7: Håndtering af drænproblematik, 8: Håndtering af vandladningsproblemer, 9: Mikrobiologisk prøvetagning, 10: Komplikationer i forbindelse med fald, 11: Psykisk/psykiatrisk plejeproblematik, 12: Håndtering af akut sårproblematik, 13: Håndtering af cirkulatorisk problem, 14: IV Antibiotika (AB)-behandling, 15: Væskebehandling, 16: Vurdering og måling af vitale værdier (ABCDE-vurdering), 17: Vurdering af behov for ændring af kommunal indsats hos borger, 18: Opfølgende sygeplejefaglig vurdering, 19: Oplæring/vejledning af personale, 20: Oplæring/vejledning af borger/pårørende, 21: Faglig sparring, 22: Kontakt egen læge/Regionale akut-telefon1813/sygehus/ISBAR (identifikation, situation, baggrund, analyse, råd), 23: Afhentning af medicin, 24: Aflevering/afhentning af prøvemateriale, 25: Klargøring af borger til ambulance.

Dokumentationsarket inkluderer også akutsygeplejerskernes selvrapporterede udfaldsmål fra akutbesøget. Udfaldet af et akutbesøg blev noteret af akutsygeplejersken ved afslutningen af hvert besøg som enten: Forhindret indlæggelse, kvalificeret indlæggelse, forkortet indlæggelse eller hjælp ydet på anden vis.

Inklusionskriterier: Borger som er bosat i hhv. Albertslund, Glostrup, Høje-Taastrup og Vallensbæk kommune og har modtaget behandling/vurdering af akutteamet FAF i perioden 2022-2024. Eksklusionskriterier: borgerhenvendelser uden registreret CPR-nummer på dokumentationsarket er ekskluderet i analyser (n=960 besøg/henvendelser).

Kvalitative data

Kvalitative data er indsamlet af artiklens anden- og tredje forfattere (PS og MBLT) i perioden februar 2025 til marts 2025 via semistrukturerede interviews med akutsygeplejersker ansat ved FAF. Se resume af interviewguide i [Tabel 1 side 74](#). Inklusionskriterier: Ansat som akutsygeplejerske ved FAF. Eksklusionskriterier: ingen.

Kvantitative analyser/statistiske analyser

Deskriptiv statistik blev anvendt til beskrivelse af borgernes karakteristika i [Tabel 2](#). Generalized Estimating Equations (GEE) blev benyttet som analytisk

metode for at tage højde for den korrelerede natur af gentagne besøg hos samme borger. I overensstemmelse med undersøgelsens delmål blev der gennemført tre separate GEE-analyser med hhv. *forhindret indlæggelse*, *kvalificeret indlæggelse* og *IV antibiotika (IV-AB)* som binære udfald (JA/NEJ). I analysen af IV AB indgik en tidsvariabel (måned og år) som prædiktor. I analyserne af forhindret og kvalificeret indlæggelse indgik følgende demografiske og kliniske variable som prædiktorer: *Bolig*, *Henvendelse fra*, samt de 25 specialiserede sygeplejeindsatser, der kunne registreres ved et besøg (se tidligere beskrivelse af variable). Indsatsen *klargøring til ambulance* blev dog udeladt, da den var for tæt korreleret med indlæggelse.

Alle tre GEE-analyser blev justeret for alder og køn. Herudover blev analyserne af forhindret og kvalificeret indlæggelse også justeret for *Antal udførte sygeplejeindsatser*, *Sygeplejetilstandsproblem (helbredstilstandsproblem)*, samt *Overholdt responstid*. I disse to analyser blev *backward stepwise selection* anvendt til modeloptimering.

Resultaterne fra GEE-analyserne vedrørende forhindret og kvalificeret indlæggelse præsenteres som forest plots med odds ratioer (OR) og 95 pct. konfidensintervaller (95 pct. CI) for de prædiktorer, der var signifikant positivt associeret med det pågældende udfald. OR angives i forhold til referencekategorien for hver prædiktor. En OR > 1 indikerer højere odds for udfaldet i den pågældende kategori sammenlignet med referencekategorien. For de binære sygeplejeinterventioner (udført vs. ikke udført) er 'ikke udført' sat som referencekategori (ikke vist i forest plots). Alle statistiske analyser blev udført i *IBM SPSS Statistics*, version 30, med statistisk signifikans sat til $p < 0.05$. Analyserne blev gennemført af artiklens sidste forfatter (RAP) under metode-mæssig sparring og drøftelse med artiklens førsteforfatter (MKP), samt sparring og validering af analysemodellerne ved statistiker.

Kvalitative analyser

Semistrukturerede interviews blev transkriberet og tematisk analyse af Braun and Clarke blev anvendt til analysen⁽¹⁵⁾. Analysen følger 6 analysefaser: 1) At gøre sig fortrolig med data ved at læse og genlæse transskriptionerne og lytte til lydoptagelserne. 2) Generering af indledende koder, hvor semantisk kodning blev anvendt med fokus på det eksplicitte indhold i data, eksempelvis ord, udsagn og meninger, som akutsygeplejerskerne direkte gav udtryk for. 3) Søge efter

Tabel 1. Resume interviewguide

Overordnet tema	Eks. Spørgsmål
Indledende spørgsmål	► Køn, alder, anciennitet, erfaring.
Tværfagligt samarbejde	► Hvornår bliver du som akutsygeplejerske indkaldt? ► Hvilke andre sundhedsprofessionelle samarbejder du oftest med?
Forståelse af registreringsskema som benyttes i FAF.	► I registreringsskemaet benyttes der forskellige begreber, hvad forstår du ved disse? ► "At forebygge en indlæggelse?" ► "At kvalificere en indlæggelse?" ► Hvornår/hvordan vurderer du, at en borgers indlæggelse er blevet forkortet
Hvordan bidrager tidsbegrænsede akutte indsatser til at forebygge indlæggelser og/eller kvalificere indlæggelse?	► Hvordan oplever du, at akutte indsatser bidrager til at forebygge og/eller kvalificere indlæggelser? ► Vil du give eksempler på, hvornår det lykkes at kvalificere eller forebygge indlæggelser.
Hvilke facilitatorer og barrierer oplever akutsygeplejerske for implementering af IV hjemmebehandling.	► Kan du give nogle eksempler på situationer, hvor hjemmebehandling har været særligt vellykket? ► Hvordan oplever du samarbejdet med andre sundhedsprofessionelle (læger, hospital, hjemmepleje) ifm. med hjemmebehandling med IV-medicin? ► Hvordan opleves samarbejdet med plejehjem/hjemmesygeplejen omkring opfølgning på IV-hjemmebehandling f.eks. kommunikation/dokumentation? ► Hvordan ser du fremtiden for hjemmebehandling med IV-medicin i sundhedsvæsenet?
Afsluttende spørgsmål	► Hvilke typer af akutbesøg oplever du særligt, at du kan gøre en positiv forskel? ► Bliver du ofte kaldt ud til akutbesøg, som du ikke vurderer relevante for jeres funktion? Hvilke? ► Hvad er dine tanker og håb om fremtidens borgernære sundhedsvæsen?

► temaer, på tværs af koder 4) Gennemgang af temaer for at sikre, at data understøtter temaerne uden tab af forankring i rådata 5) Definere 'essensen' af hvert tema 6) Sammenskrive analytiske narrativer (15). De analytiske narrativer blev senere anvendt i mixed methods-analyser i joint displays. De kvalitative analyser blev gennemført af tre forskere med baggrund som sygeplejersker: herunder artiklens andenforfatter (PS), som har indgående kendskab til akutfunktionen og praktisk erfaring fra arbejdet i funktionen, samt underviser på sygeplejerskeuddannelsen; artiklens tredje forfatter (MBLT), som underviser på sygeplejerskeuddannelsen; og artiklens førsteforfatter (MKP), som er en erfaren kvalitativ forsker.

Mixed methods-analyser

Mixed methods-analyser blev gennemført via *joint displays*. Et joint display er en metode til at samle, sammenholde og integrere kvantitative og kvalitative resultater i én samlet tabel, figur eller model. Formålet er at gøre det lettere at se, hvordan de to datatyper supplerer, uddyber eller forklarer hinanden (16). De kvalitative og kvantitative analyser 'merges' dermed i joint displays, hvorved den samlede meta-inferens udledes. Dette inkluderer, om kvalitative og kvan-

titative data konvergerer og viser samme tendenser, ekspansion, hvor den ene type data udvider forståelsen af den anden, eller diskrepans, hvor kvalitative og kvantitative data modsiger hinanden (16). Kvalitative og kvantitative data blev tillagt lige stor betydning i analyserne. Mixed methods analyser blev gennemført af artiklens førsteforfatter (MKP) som er erfaren mixed methods-forsker, med inputs fra de øvrige medforfattere. AI (Copilot) er anvendt til sproglig redigering og opsætning af figurer.

Re
Resultater

Der er i alt 10 akutsygeplejersker tilknyttet FAF, og alle deltog som informanter i de kvalitative interviews. Gennemsnitsalderen for de 10 akutsygeplejersker er 57 år (min-max 43-64 år). Alle har tidligere erfaring fra akutte specialer og generelt høj anciennitet (min-max 14-41 år) som sygeplejerske. Varighed af ansættelse i FAF var på interviewtidspunkt fra 1-13 år. Da FAF på dette tidspunkt havde eksisteret i 3,5 år, er der for nogle sygeplejersker tale om ansættelse i tidligere akutfunktioner inden for de enkelte kommuner.

I Tabel 2 vises kvantitative karakteristika for de 2.756 borgere, der i perioden 2022-2024 har modtaget ét eller flere akutbesøg fra akutteamet. Borgerne er ældre med en gennemsnitsalder på 80,5 år (SD 12,7), og der er en jævn kønsfordeling, hvor 54,3 pct. er kvinder. Størstedelen af besøgene er foretaget hos borgere i eget hjem (78 pct.). Samme borger kan have modtaget flere besøg; de fleste har modtaget ét, mens en enkelt har helt op til 101 besøg i perioden. De fleste borgere, der modtog besøg, havde sygeplejetilstandsproblemer relateret til respiration og cirkulation (73,6 pct.) samt udskillelse af affaldsstoffer (13,5 pct.).

Tabel 3 side 76 viser resultater omkring kvalificeret indlæggelse. Her ses, at det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde mellem akutsygeplejersker, hjemmesygeplejersker, læger, sygehuse og Regionale akutte telefon 1813 bidrager til at kvalificere indlæggelser blandt ældre, komplekst og kronisk syge borgere. Akutsygeplejerskens tilstedeværelse i hjemmet ved forværring muliggør kliniske observationer, som styrker beslutningsgrundlaget for indlæggelse.

Tabel 4 side 78 viser resultater omkring forhindret indlæggelse. Her ses, at akutteamet ved ca. 50 pct. af deres besøg formår at forhindre unødige indlæggelser – særligt



ved problemer relateret til ind- og udgift (f.eks. væskemangel, enteral ernæring og vandladning/urinkatetre). Teamets mulighed for at oplære kommunale samarbejdspartnere er ligeledes vigtig, da et lavt kompetenceniveau blandt plejepersonalet kan udgøre en barriere for forebyggelse af indlæggelse.

Tabel 5 side 80 viser resultater omkring intravenøs antibiotika-behandling. Her ses, at IV-AB-behandling i hjemmet kan muliggøre hurtigere udskrivelse samt give en oplevelse af borgerforløb med gode udfald i sygeplejerskernes perspektiv, herunder opretholdelse af funktionsniveau og hurtigere restitution. Dog møder hjemmebehandlingen flere samarbejdsrelaterede, logistiske og kapacitetsmæssige barrierer, og IV-AB-behandling i hjemmet udgør en mindre og faldende del af akutteamets opgaver.

Di

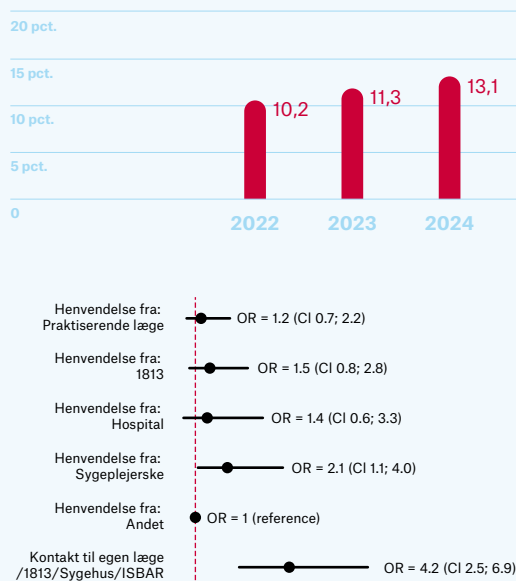
Diskussion

Studiet viser, at ca. halvdelen af de tværkommunale akutteam-besøg resulterer i en forhindret indlæggelse, og at IV-AB-hjemmebehandling typisk resulterer i forkortede indlæggelser. Dette kan potentielt forbedre de langsigtede behandlingsresultater, da ældre borgere har øget risiko for sygehuskomplikationer, herunder delir (4), tryksår (5) og øget risiko for nosokomiale infektioner (6). En mulig hypotese, som kan medvirke til at forklare akutteamets succes med at forebygge indlæggelser, kan være, at akut-sygeplejerskerne i akutteamet besidder kompetencer, der muliggør klinisk lederskab og en helhedsorienteret tilgang. Review-studier konkluderer ligeledes, at den demografiske udvikling kalder på øgede kompetencer for at imødekomme komplekse borgerforløb (17), og at klinisk lederskab kan forbedre patientudfald (18). Forløbene er ofte akutte og komplekse, hvilket kræver særlige sundhedsfaglige kompetencer. Derfor ansættes sygeplejersker med bred erfaring fra akutte hospitalsspecialer. Kommunernes etablering af akutfunktioner bemandet med akutsygeplejersker, der har kompetencer og/eller specialuddannelser fra flere forskellige akutspecialer, muliggør avanceret akut pleje og behandling tæt på borgerens hverdagsliv og lokalmiljø. Dette kan resultere i færre unødige indlæggelser eller bidrage til en kvalificeret indlæggelse (11). Resultaterne fra dette studie viser, at særligt ved problemer relateret til ind- og udgift (f.eks. væskemangel, enteral ernæring og vandladning/urinkatetre) har besøg fra akutteamet en effekt i forhold til at kunne forhindre unødige indlæggelser. Unødige indlæggelser blandt ældre med dehydrering er et stort problem i Danmark, hvor op mod 40 pct. af ældre patienter i akutmodtagelser er dehydrerede (19). Akutteamets indsatser på dette område kan derfor have stor betydning for at forhindre sådanne indlæggelser. Resultaterne viser ligeledes, at indsatser relateret til opsporing og opfølgning, f.eks. prøvetagning (blod/ mikrobiologisk) og opfølgende sygeplejevurderinger hos borgerne, kan forhindre unødige indlæggelser. Denne mulighed for opsporing og opfølgning tæt på borgeren er særligt relevant for ældre og svækkede borgere. Resultaterne viser da også, at sandsynligheden for at forhindre unødige indlæggelser er højere ved akutbesøg hos ældre, komplekse borgerforløb på plejecentre. Borgere med psykiske vanskeligheder og deraf komplekse sociale problemstillinger er en gruppe, som kan være udfordrende for sundhedssystemet at håndtere (20), men også her viser akutteamets indsatser at gøre en forskel i forhold til at kunne forhindre unødige indlæggelser. Også mere akutte sygeplejeindsatser spiller en rolle i forhold til forebyggelige indlæggelser – f.eks. muligheden for at varetage akut smertebehandling, håndtere respiratoriske problemstillinger, måle

Tabel 2. Karakteristika borgere (n=2.756) som modtager akutbesøg 2022-2024

Alder, y, Mean±SD Missing = 28	80,5 ± 12,7
Køn, n (pct.)	
Kvinder	1.491 (54,3)
Mænd	1.253 (45,7)
Missing = 12	
Boligtype, n (pct.)	
Plejecenter	421 (15,4)
Rehabilitering	181 (6,6)
Egen bolig	2.133 (78,0)
Missing = 21	
Kommune, n (pct.)	
Albertslund	600 (21,8)
Glostrup	562 (20,4)
Høje Taastrup	1.248 (45,3)
Vallensbæk	345 (12,5)
Missing = 1	
Antal besøg/borger, Median (1.-3. kvartil), Min - Max	1 (1-2), 1-101
Sygeplejetilstand (helbredstilstand)	
1. besøg, n (pct.)	
1 Funktionsniveau	93 (3,4)
2 Ernæring	124 (4,5)
3 Bevægeapparat	62 (2,3)
4 Hud og slimhinder	17 (0,6)
5 Kommunikation	6 (0,2)
6 Psykosociale forhold	19 (0,7)
7 Respiration og cirkulation	2.016 (73,6)
8 Seksualitet	0 (0,0)
9 Smerter og sanseindtryk	17 (0,6)
10 Søvn og hvile	2 (0,1)
11 Viden og udvikling	13 (0,5)
12 Udskillelse af affaldsstoffer	371 (13,5)
Missing = 16	

vitale værdier samt udføre akut sårpleje. Sidstnævnte håndteres dog kun i meget få tilfælde af akutteamet (1,8 pct. af akutbesøgene – analyser ikke vist). Man kunne forestille sig, at de positive resultater af akutfunktionens indsats 2022-2024 i forhold til forebyggelse af indlæggelse blev afspejlet i den årlige benchmark af indikatoren 'Forebyggelige akutte sygehusophold blandt ældre ≥ 65 år'. Her finder man dog, at de fire undersøgte kommuner, i tråd med stort set alle øvrige kommuner i Region Hovedstaden, har højere antal af forebyggelige akutte sygehusophold pr. 1.000 ældre (2024: fra 63,12-71,8 pr. 1.000 ældre) end landsgennemsnittet (2024: 56,4 pr. 1.000 ældre) (16). Der er dog tidligere rejst tvivl om, hvorvidt disse forebyggelige indlæggelser reelt er forebyggelige i og med, at man her ikke forholder sig til det enkelte borgerforløb, men udelukkende vurderer, om der er tale om én af 9 vedtagne indlæggelsesdiagnoser (22). Jf. kvalitetsstandarden for Akutfunktioner (11) skal akutfunktionen ses i organisatorisk sammenhæng med indsatser omkring tidlig opsporing af forringet helbredstilstand, herunder systematiske indsatser som triagering i ældreplejen. I nærværende undersøgelse har der ikke været adgang til data omkring hvor

Tabel 3. Joint display. Kvalificeret indlæggelse**Kvantitative fund****Andel af besøg, der resulterede i kvalificeret indlæggelse (pct.)**

For den binære sygeplejeintervention *Kontakt til egen læge/1813/Sygehus/ISBAR* er 'ikke udført' sat som referencekategori (OR=1) (ikke vist).

Sammenfatning kvantitative fund

De deskriptive kvantitative analyser indikerer, en svag stigning i andelen af kvalificerede indlæggelser fra 10,2 pct. i 2022 til 13,1 i 2024.

GEE-analysen af kvalificeret indlæggelse inkluderede 2.681 borgere, der havde fået mellem 1 og 101 besøg i perioden, hvilket resulterede i 7.288 besøg i modellen. GEE-analysen viste to signifikant positive prædiktorer nemlig Henvendelse fra: sygeplejerske og sygeplejeindsatsen *Kontakt til egen læge/1813/Sygehus/ISBAR*.

Når henvendelsen til akutteamet kommer fra en anden sygeplejerske, f.eks. hjemmesygeplejersken, er det således forbundet med ca. dobbelt så høje odds for kvalificeret indlæggelse sammenlignet med referencekategorien *Andet*.

Ligeledes gælder det, at når der under besøget tages kontakt til egen læge, 1813 eller sygehus, og kommunikationsmodellen ISBAR anvendes i kommunikationen, er det forbundet med fire gange højere odds for kvalificeret indlæggelse sammenlignet med når denne indsats ikke udføres.

Sammenfatning kvalitative fund**Tema: Ældre kronisk syge borgere med akut forværring**

Dette tema belyser akutsygeplejerskernes arbejde med en patientgruppe, der er kendetegnet ved ældre, komplekst og kronisk syge borgere, som oplever en akut forværring af deres tilstand. Denne forværring kan være vanskelig at vurdere uden en klinisk vurdering i hjemmet, hvorfor akutteamet ofte tilser disse patienter i deres hjem.

Adgangen til hospitalsindlæggelse kan ske gennem en vurdering foretaget af 1813, hvor personalet skal afgøre, om patienten kræver indlæggelse baseret på en telefonisk vurdering. Dette kan være udfordrende, især når det drejer sig om ældre, komplekst og kronisk syge patienter, der oplever en forværring af deres tilstand. Akutteamet kan assistere 1813 ved at foretage observationer af patienten i hjemmet og anvende deres kliniske blik. Dette samarbejde kan være afgørende for at sikre, at nødvendige indlæggelser bliver korrekt identificeret, så ældre patienter med behov for indlæggelse ikke overses. Følgende citat illustrerer, hvordan dette samarbejde mellem 1813 og akutteamet kan kvalificere indlæggelser.

Inf. 10: "Vi havde faktisk en for tre ugers tid siden. Og det var en af sygeplejerskerne fra 1813, der ringer til mig. Og så siger hun til mig, jeg har patienten i røret, og han siger, at han er meget dyspnøisk, men han kan tale i lange sætninger, og han taler pænt og flot. Jeg ved ikke rigtigt, jeg synes måske ikke, han skal indlægges. Så tager vi derud. For det første havde han 39 i feber, og han kan ikke stå på sine ben. Det var faktisk nødvendigt, at man kom ud til ham for at afdække, at det faktisk var noget skidt med ham."

Også egen læge kan anvende akutteamet til at foretage den kliniske vurdering, som kan kvalificere indlæggelser blandt ældre kronisk syge borgere med f.eks. KOL. Ofte kræver den kliniske vurdering ikke mange sygeplejeindsatser før akutsygeplejersken træffer beslutning om at anbefale indlæggelse.

Inf. 5: "Det er egen læge, der ringer og beder os om at komme ud. Borgeren har ringet om morgenen eller rettere sagt, at det var konen. Nej, det var ham selv, fordi han var helt taledyspnøisk, fik vi at vide, at han har KOL, og vi skulle så ud at finde ud af, hvor dårlig han var simpelthen. Og det var han! Han var cyanotisk og i den grad taledyspnøisk, da vi kom derud. Om det så var opblusning i hans

- mange af borgere med boligtype 'egen bolig', der i forvejen er modtagere af hjemmepleje, hvilket kunne have styrket fortolkning af undersøgelsens resultater yderligere.

Studiet viser en række barrierer for IV-AB behandling i hjemmet. En række af de barrierer, der fortsat begrænser implementeringen af IV-AB-behandling i hjemmet, synes at være tæt knyttet til eksisterende arbejdsgange og organisatoriske rutiner. Med sundhedsreformens intention om at overføre de specialiserede akutfunktioner til regionerne, opstår der nye muligheder for at styrke det tværsektorielle samarbejde, særligt mellem hospitaler og akutfunktioner. Det rejser dog spørgsmålet, om hvordan de nuværende arbejdsgange i kommunerne kan tilpasses de nye organisatoriske rammer, og hvordan overgangen kan organiseres, så både patienter og sundhedspersonale oplever kontinuitet og kvalitet i behandlingen.

Samtidig ses en markant udvikling i retning af mere hjemmebaseret behandling, herunder både hjemmebehandling, hjemme-monitorering og i stigende grad hjemmeindlæggelse (23). Dette studie har belyst, hvordan akutfunktionerne allerede bidrager til hjemmebehandling med IV-AB, monitorering af vitale værdier og prøvetagning i hjemmet. Det er relevant at diskutere, hvordan disse indsatser kan udvides og integreres i en mere formaliseret struktur for fremtidens hjemmehospitaler.

Hjemmehospitaler adskiller sig fra traditionel hjemmebehandling ved at tilbyde kontinuerlig overvågning og avanceret medicinsk behandling i borgernes eget hjem, hvilket kan sidestilles med konventionel hospitalsindlæggelse (24). Denne udvikling udfordrer ikke blot de eksisterende sundhedsstrukturer, men åbner også for en ny forståelse af, hvad det nære sundhedsvæsen kan rumme, og udviklingen vil potentielt rykke til det nære sundhedsvæsens mulighed for at styrke arbejdsgange og rutiner i hjemmebehandling.

KOL, som han har, eller det var hjertheinsufficiens, jeg tror, det var en kombination[...] Vedkommende skulle ind, og det var ikke til diskussion. Han fik lidt ilt og blev indlagt."

Inf. 10: "Vi har stået derude, og vi har målt alt, så har vi i hvert fald et kvalificeret bud på, hvad der er galt med vedkommende."

Når akutsygeplejerskerne har adgang til at vurdere borgeren med henblik på at kvalificere en indlæggelse i deres egne hjemlige omgivelser, har de også blik for mere end blot borgeren, som har behov for indlæggelse. De ser også borgerens pårørende, som eventuelt også har behov for en sygeplejefaglig vurdering og potentielt igangsætning af øget hjælp i hjemmet, når deres ægtefælle indlægges. Dette har akutsygeplejerskerne også mulighed for at samarbejde med kommunen omkring.

Inf. 9: "Jeg oplever, at jeg får nogle meldinger, hvor man tænker – ok fredag eftermiddag. Jeg tager den og ser borgeren, og så er det ikke noget. Og så var der den her dame, vi blev kaldt ud til fredag eftermiddag. Det viser sig, at det var superrelevant. Der lå en dame, som var meget, meget tynd og kakektisk, og som bare har ligget i sin sofa rigtig længe og er blevet passet af manden, som i øvrigt er dement. Det ender med, at hun bliver indlagt. Og vi får sat noget hjælp til manden – så det er jo godt, at vi bliver kaldt ud til det her hjem."

En holistisk tilgang i akutsygeplejen kan medføre øget ressourceforbrug, men udgør samtidig en central del af sygeplejerskens faglige identitet. Gennem professionel viden og klinisk erfaring kan akutsygeplejersken levere helhedsorienteret pleje, der understøtter den ældre, kronisk syge borgers behov.

Inf. 5: "Og det er jo rigtigt. Hvis du kigger op og kigger ud, så kommer besøget nogle gange til at tage lidt længere tid. Men det er jo for fanden også det, vi er uddannet til [...]"

Inf. 4: "[...]Jeg sidder og sludrer og siger. Hvordan har du det egentlig? Hvordan går det med det? Hvordan går det med at spise og drikke? Har du ondt? Og så kommer tingene jo frem og siger jamen, så lad os kigge på hvad du får. Så sagde jeg: Ej, det er godt nok ikke særlig meget, du får. Det er klart, du har så mange smerter. Og så på den måde, så synes jeg jo, så kommer den der helhedspleje ind. Hvilket jo også er vigtigt. Man kan jo ikke bare kun gøre sådan her, når man kommer ud og får IV-opgaven".

Meta-inferens

Kvalitative og kvantitative data viser konvergens og ekspansion. De kvalitative og kvantitative analyser konvergerer og viser enstemmigt, at det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde mellem akutsygeplejersker og hjemmesygeplejersker, læger, sygehuse samt Regionale akuttefon 1813 bidrager til at kvalificere indlæggelser blandt ældre, komplekse, kronisk syge borgere. De kvalitative data udvider forståelsen ved at indikere at, at når akutsygeplejersken først er til stede i borgerens hjem i forbindelse med en forværring i tilstanden, har akutteamet mulighed for at foretage kliniske observationer og dermed kvalificere indlæggelsen.

f.eks. den tværregionale Sundhedsplatformen (Region H og Region Sjælland), og de kommunale omsorgsjournaler baseret på Fælles Sprog 3. Det er en udtalt forventning, at de kommunale akutfunktioner systematisk indsamler data og monitorerer deres aktivitet som led i kvalitetssikring(11). Samtidig efterspørges mere forskning i det nære sundhedsvæsen, herunder hvordan akutfunktionen fungerer i de 98 meget forskellige kommuner, og hvordan kompetencer og kvalitet bliver ved overførsel af akutfunktioner til regionerne(28). Derfor forekommer det uhensigtsmæssigt, at man ikke kan separere data om de to hyppigst forekomne problemområder, respiration og cirkulation, der ydermere er relateret til de højest prioriterede organsystemer inden for ABCDE-algoritmen.

Styrker og begrænsninger ved studiet

Forskertriangulering og forholdet til intersubjektivitet styrker troværdigheden af de kvalitative fund, da de kvalitative analyser er gennemført af tre af studiets forfattere indtil tematisk konsensus var opnået (29). Da alle forskere involveret i analyserne har en baggrund i sygepleje, er der dog en risiko for indforståethed i interviews, men kan på den anden side også være en styrke qua en dybdegående indsigt i praksisbetingelserne. Artiklens andenforfatter (PS) kendte ligeledes nogle af informanterne. Dette blev dog håndteret ved, at artiklens tredje forfatter (MBLT), gennemførte disse interviews. Interviewinformanterne udgør en bred repræsentation af forskellige anciennitetsgrader fra akutteams – fra 1 til 13 år. De med længst anciennitet har været en del af det akutte beredskab, siden før FAF blev etableret i 2018. De kvantitative data er indsamlet af akutteamet selv, hvilket indebærer en risiko for informationsbias, herunder interessebias, da dataindsamlingen er foretaget af et team, der potentielt kan have en personlig eller organisatorisk interesse i et positivt resultat. Dette kan påvirke både objektiviteten og validiteten af de rapporterede resultater. Alle analyser er justeret for en række potentielle confoundere, men der er altid en risiko for residual confounding. De kvantitative analyser beror på et stort datagrundlag på over 7.000 besøg hos mere end 2.500 forskellige borgere, og da alle akutbesøg i årene 2022-2024 er inkluderet i analyserne, er risikoen for selektionsbias begrænset. Enkelte borgere har modtaget mange akutbesøg, en enkelt helt op til 101 besøg, dette kan forklares ved længere perioder med IV-AB-hjemmebehandling, og GEE-analyserne tager højde for denne korrelation. Mixed methods-analyserne gav mulighed for en dybere forståelse af akutteamets arbejde med hhv. at forebygge indlæggelser, kvalificere indlæggelser og IV-AB hjemmebehandling. Studiet styrker mixed methods-validitet (kaldet *legitimacy*) ved at anvende en mixed methods-tilgang, hvor kvalitative og kvantitative fund integreres gennem joint displays, hvilket muliggør udviklingen af meta-inferens. Denne metodiske tilgang bidrager til en mere nuanceret forståelse af forskningsspørgsmålene ved at udnytte de komplementære styrker ved begge forskningsmetoder. Særligt fokuseres der på to dimensioner af *legitimacy*: *Integration legitimacy*, som

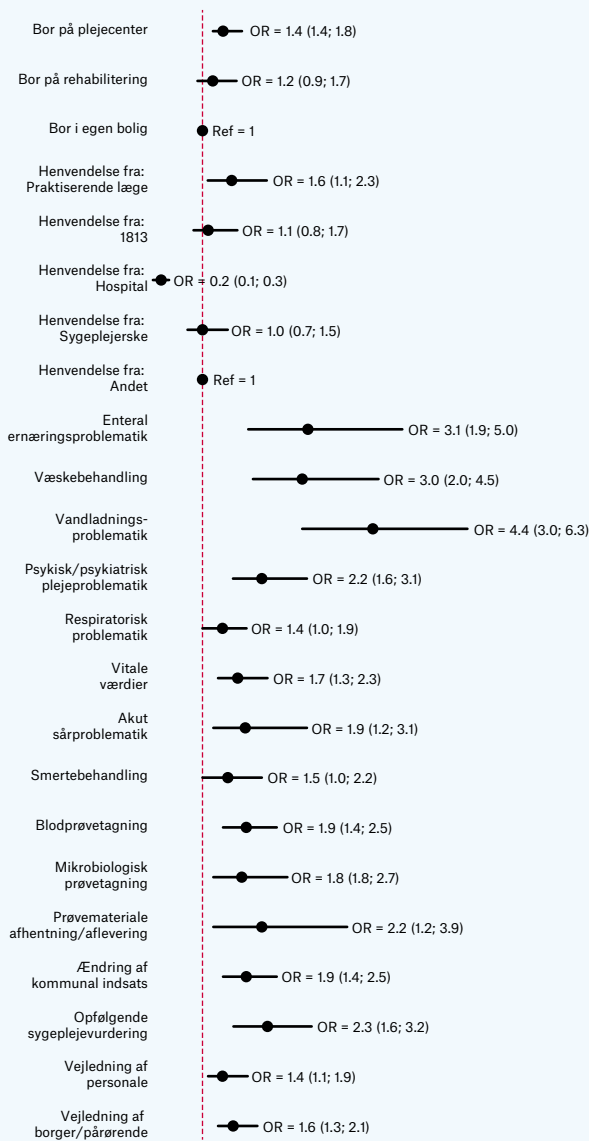
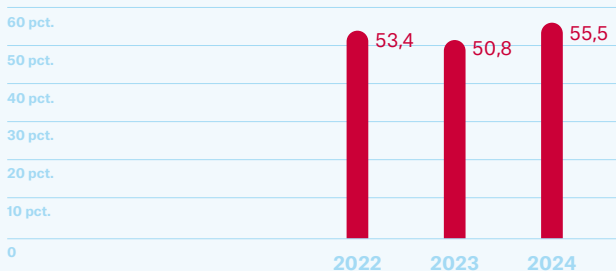
Undersøgelsen indikerer, at patienter oplever flere positive resultater ved IV-hjemmebehandling, hvilket understøttes af andre studier (25). Imidlertid viser forskning, der undersøger hjemmebehandlingens indvirkning på de pårørende, blandede resultater. Selvom pårørende ofte foretrækker hjemmebehandling frem for hospitalsindlæggelse, medfører hjemmebehandling også bekymringer og et øget ansvar, som pålægges de pårørende (26). Denne dimension er dog ikke blevet undersøgt nærmere i nærværende studie.

Studiet viser, at næsten tre ud af fire borgere, der modtager akutbesøg, har helbredsproblemer relateret til respiration og cirkulation (tabel 2). Jf. Vejledning om sygeplejefaglig journalføring (27) skal sygeplejefagligt personale journalføre planlagt og udført pleje, behandling og opnåede resultater. Respiration og cirkulation er de eneste af de sygeplejefaglige problemområder, der er slået sammen som ét problemområde i såvel lovgrundlaget som i de kliniske journalsystemer

Tabel 4. Joint display. Forhindret indlæggelse

Kvantitative fund

Andel af besøg, der resulterede i forhindret indlæggelse (pct.)



For alle de binære sygeplejeinterventioner er 'ikke udført' sat som referencekategori (OR=1) (ikke vist).

Sammenfatning kvantitative fund

De deskriptive kvantitative analyser indikerer, at ca. halvdelen (50,8-55,5 pct.) af de besøg, som akutteamet har gennemført i perioden 2022-2024, har resulteret i forhindrede indlæggelser.

GEE-analysen af forhindret indlæggelse inkluderede 2.679 borgere, der havde fået mellem 1 og 101 besøg i perioden, hvilket resulterede i 7.279 besøg i modellen. Analysen viste flere signifikant positive prædiktorer for forhindret indlæggelse. De stærkeste associationer viste sig ved sygeplejeindsatser, der omhandlede ernæring, væske og vandladning. Når besøg omhandler sygeplejeindsatser omkring disse 'ind- og udgiftsprædiktorer', er det groft sagt forbundet med 3-4 gange højere odds for, at det ender med en forhindret indlæggelse sammenlignet med besøg, hvor de ikke udføres. Ikke overraskende handler en del af de positivt associerede prædiktorer også om opsporing og opfølgning. Når besøgene således omhandler sygeplejeindsatser omkring prøvetagning (blod/mikrobiologisk) eller afhentning/aflevering af prøvematerialet, ændring i kommunale hjælpeindsatser og opfølgende sygeplejevurderinger er det groft sagt forbundet med dobbelt odds for forhindret indlæggelse ift. når disse ikke udføres. Med til 'opsporende og opfølgende' prædiktorer kan ligeledes siges at høre Henvendelse fra lægen, det at bo på Plejecenter, og Oplæring af personale og borger/pårørende. Disse er alle forbundet med 40-60 pct. højere odds for forhindret indlæggelse sammenlignet med deres referencekategorier (se forest plot). Også mere akutte sygeplejeindsatser spiller en rolle i forhold til forebyggelige indlæggelser. Det vil sige, at muligheden for at udføre akut sårpleje, varetage akut smertebehandling, håndtere respiratoriske problemstillinger og måle vitale værdier alle er forbundet med øget odds på 40-90 pct. En sidste, men betydelig indsats omhandler håndtering af psykiske/psykiatriske plejeproblematikker. Når besøgene omhandler denne indsats, er det forbundet med mere end dobbelt så høje odds for at det resulterer i en forhindret indlæggelse sammenlignet besøg, hvor denne indsats ikke er i spil. Værd at bemærke er naturligvis også at 'Henvendelse fra: Sygehus' er negativt associeret med forhindret indlæggelse sammenlignet med referencetegorien 'Henvendelse fra: Andet'. Det vil sige, at når henvendelsen til akutteamet kommer fra sygehuset, er oddsene lavere for, at besøget resulterer i en forhindret indlæggelse. Dette skyldes formentlig, at henvendelser fra sygehuset ofte relaterer sig til borgere, der allerede er indlagt, og hvor formålet med henvendelsen er at forkorte den aktuelle indlæggelse.

Sammenfatning kvalitative fund

Tema: Forebyggelige indlæggelser

Dette tema omhandler de sygeplejefaglige interventioner som akutsygeplejerskerne iværksætter for at forebygge indlæggelser under deres akutbesøg.

Inf. 6: "Jeg har tænkt mange tanker, inden jeg trykker på indlæggelsesknappen... og også i forhold til at se... fordi jeg tænker jo altid, kan den her borger blive hjemme? Er det én, der vil kunne ringe efter noget hjælp, hvis der bliver en forværring?"

Akutsygeplejerskerne har mulighed for at yde en helhedsorienteret sygepleje, hvor de iværksætter interventioner, koordinerer med hjemmeplejen/hjemmesygeplejen og følger op på interventionerne, hvilket kan bevirke at en potentiel indlæggelse bliver forhindret.

Inf. 7: "Jamen, det kunne være den der pneumoni dame, som normalt ikke får noget hjælp, men hun er så afkræftet på grund af denne her pneumoni, og hun er meget sengekær, og så tænker jeg, at hvis jeg kan få noget hjemmehjælp til hende, der lige kommer forbi og sørger for, at hun får noget at spise og drikke. Og familien bor i nærheden, og de vil også gerne lige kigge til hende. Og så kan jeg sætte nogle opfølgende kliniske besøg på for ligesom at se, går det den rigtige vej? Så synes jeg, at jeg har forhindret en indlæggelse, fordi ellers havde jeg været nødt til at indlægge hende".

Akutsygeplejerskerne følger ikke et fastlagt program, men har mulighed for at prioritere opgaverne, så de kan rykke ud, når det er nødvendigt. Denne fleksibilitet gavner borgerne, da akutsygeplejerskerne kan integrere forebyggelse af indlæggelser i deres praksis.

Følgende citat illustrerer dette:

Inf. 9: "At man får tilrettelagt besøgene, så man ikke kommer, når lokummet brænder, men at man kan tage det i opløbet. Så forebygge, så man ikke bliver indlagt."

Akutsygeplejerskerne mestrer en række avancerede sygeplejeinterventioner i relation til problematikker vedrørende ind- og udgift, såsom anlæggelse af komplicerede katetre og enterale sonder, som hjemmesygeplejen ikke kan varetage. Ofte ville sådanne procedurer kræve indlæggelse, men da akutteamet kan tilbyde disse sygeplejeinterventioner i borgerens eget hjem, kan det forebygge en hospitalskontakt.

Inf. 5: "Hvis vi har lagt et kateter [...], har man forhindret en indlæggelse [...], for ellers skulle de ind og have det lagt."

Inf. 6: "Hvis ikke jeg havde været her, så kunne alternativet godt være blevet, at borgeren var blevet indlagt. For eksempel en sonde. Hvis jeg en aften-vagt bliver ringet op, om jeg vil komme og anlægge en sonde. Og der skal gives livsvigtig medicin i den. Så det er ikke noget, der kan vente til dagen efter, hvor der eventuelt kommer noget andet personale. Så kan de stå sådan lidt med håret i postkassen. Jamen har du prøvet hjemmesygeplejersken? Har du prøvet alle dine andre kollegaer? Der er ikke nogen af dem, der tør lægge en sonde. Der er ikke nogen, der kan. Eller der er ikke nogen, der har tid, eller hvad ved jeg. Og så kører jeg ud, og så lægger jeg den. Og der kan man jo sige, hvis ikke jeg havde været her, så var borger blevet indlagt, fordi han/hun skulle have noget livsnødvendigt medicin. Så på den måde, der er den jo soleklar kan man sige, at der har man forhindret en indlæggelse."

Når akutsygeplejersker tilkaldes for at udføre enkeltstående avancerede sygeplejeinterventioner, som det øvrige personale ikke har kompetencer til at varetage, kan der opstå en oplevelse af manglende helhedsorientering i plejen. Et akutbesøg, der i udgangspunktet retter sig mod en specifik opgave, kan imidlertid udvikle sig til en mere helhedsorienteret indsats. Dette sker, fordi akutsygeplejersker – i mødet med borgeren i eget hjem – ofte retter blikket mod hele borgerens situation. De forholder sig ikke blot til den konkrete intervention, men er også opmærksomme på

grundlæggende behov som ernæring, væskeindtag og generel trivsel.

Inf. 2: "Sagtens, altså de enkelte ting. Det er jo at skifte et kateter, som en anden ikke har kunnet skifte, f.eks. Jeg er meget interesseret, qua min intensiv baggrund. Det er jo simpelthen alle de gamle med demens, der er konfuse – og sådan noget, der, hvis jeg kan finde på en eller anden plan, hvor jeg kan samarbejde med kommunen, og hvor vi kan stille noget op, hvor jeg mener, det er sikkert, og at se det an og observere. Og så er det ligesom at få det organiseret – at der bliver TOBS'et [tidlig opsporing af begyndende sygdom] tre gange dagligt, eller hvad det nu er – organiseret væskekema og organiseret, at der bliver sørget for måltider, at han nådes til at drikke – alle de der ting, som tilsvarende indlæggelse i virkeligheden... Og sætte væskebehandling i gang. Det er vi rigtig glade for. Det virker rigtig godt til de gamle mennesker i hjemmene, hvis man kunne give lidt væske eller medicin."

Tema: Barrierer for forebyggede indlæggelser

Dette tema beskriver de barrierer, som akutteamet oplever i deres arbejde med at forebygge indlæggelser. Akutteamet oplever generelt, at det faglige niveau blandt deres samarbejdspartnere i kommunens hjemmepleje eller plejecentre er vigende. Akutteamet ser det derfor som en vigtig opgave at være med til at øge fagligheden bl.a. via sparring og oplæring.

Inf. 6: "Fordi der er så lav faglighed herude også. I forhold til, at der er virkelig brug for nogen med erfaring herude. Det er der bare. Også fordi de bliver mere og mere komplekse, dem, der kommer til at være hjemme. Ja, så bruger vi jo faktisk også akutteamet til at være undervisningsdelen i forhold til social og sundhedshjælpere og assistenter og sygeplejersker, så man ligesom kan klæde dem bedre på i forhold til, hvad er det I skal være opmærksomme på."

Inf. 2: "Jeg kan ikke stole på, at der er nogen, der kan observere de her ting [...] Jeg har skrevet en UTH [utilsigtet hændelse], fordi det er gået helt galt. Det er en kultur og kompetence [...] mange nyuddannede, som faktisk ikke har nogen erfaring."

Skiftende personale og mange vikarer i vagterne skaber usikkerhed og manglende kendskab til borgerens

habituelle tilstand, og til den plan akutteamet har iværksat for at forebygge indlæggelse, hvilket kan resultere i at borgeren indlægges alligevel, på trods af planer om at holde borgeren hjemme.

Inf. 8: "Vi arbejder jo også sammen med en del plejehjem, og vi har jo også oplevet, at vi i en dagvagt har været ude og tilse en patient og er blevet enige om de bliver hjemme. Og sådan er det. Og så kommer der nye personaler om eftermiddagen, og så står de der og tænker nej, det kan jeg ikke tage ansvar for. Og så i stedet for at ringe og konsultere med FAF, så ringer de direkte til 1813, der så indlægger dem".

Akutsygeplejerskerne oplever, at det for nogle samarbejdspartnere – fx praktiserende læger – synes nemmere blot at indlægge borgeren frem for at forebygge en indlæggelse.

Inf. 9: "Jeg håber, at vi formår at holde flere borgere i eget hjem. Men vi bliver simpelthen nødt til at have nogle læger, der tager ansvar for os, og har noget tid og interesse i det. Hånden på hjertet, så er det ikke de praktiserende læger, der viser interesse i det altid. Det nemmeste for dem er at trykke på indlæggelsesknappen. Men nu har de fundet ud af, at mange af dem får de lige tilbage efter to timer. Det er ikke til gavn for nogen."

Samarbejdet med andre aktører kan opleves helt anderledes, hvor der ikke rapporteres om samarbejdsproblemer – f.eks. fremhæves særligt samarbejdet med geriaterne som en givende samarbejdsrelation, der bidrager positivt til de ældre og sårbare borgers samlede forløb.

Inf. 10: "Ved fælles hjælp og lidt internet [...], så prøvede vi at finde ud af at få hjulpet den her dame. Vi har været så heldige, at de [geriaterne] har brugt os nogle gange [...], så har vi så et samarbejde derhenad."

Meta-inferens

De kvalitative data udvider forståelsen af de kvantitative resultater. De kvantitative analyser belyser omfanget af forebyggede indlæggelser og de associerede prædiktorer herfor, hvor akutsygeplejerskernes evne til hurtigt at rykke ud og yde relevante sygeplejeindsatser i borgerens hjem – især ved væske- og ernæringsproblemer – er afgørende for akutteamets mulighed for at forebygge indlæggelser. De kvalitative data giver indsigt i, hvordan akutsygeplejerskerne arbejder for at muliggøre forebyggelse af indlæggelser blandt ældre patienter med komplekse kroniske tilstande. De kvalitative data giver ligeledes indblik i nogle af de barrierer, akutsygeplejerskerne oplever i forhold til at kunne forebygge endnu flere indlæggelser – herunder et lavt fagligt niveau blandt det kommunale plejepersonale. Dette underbygges af de kvantitative resultater, som viser øget forebyggelse af indlæggelser, når akutsygeplejerskerne afsætter tid til at undervise/vejlede plejepersonalet – altså en god investering i forebyggelsesarbejdet.

Tabel 5. Joint display. Udviklingen i IV-hjemmebehandling 2022-2024



Samarbejdsrelaterede barrierer

En væsentlig barriere er det manglende samarbejde i forbindelse med sektorovergangene mellem FAF og hospitalerne.

Inf. 6: "Så har der været en masse gnidninger i forhold til sektorovergangene med om medicinen har været leveret korrekt, og har det været underskrevet som det skulle? Og alle de her ting. Men det er egentlig kørt forholdsvis problemfrit, når vi har fået det fra apotekerne. Det har altid været, når apotekerne har været fyldt op, og man har skullet gøre det via egen afdeling, hvor man har skullet stå og blande tingene for eksempel pumper, inden man sender det ud til os. Det har de ikke været så rutineret i. Og det er jo nogle procedurer, som heller ikke kører ordentligt inde hos dem, kan man sige. Så det er jo alt sammen noget. Det er jo alt sammen en læring, vi alle sammen er i, kan man sige. Ja, og måske egentlig sværeste for dem [hospitalet], fordi vi står jo egentlig bare herude og skal modtage det"

Det mangelfulde samarbejde giver manglende rutine i samarbejdet, hvor hospitalspersonalet ofte glemmer FAF's rolle og kompetencer. Akutsygeplejerskerne peger selv på at en øget rutine i samarbejdet potentielt ville gavne samarbejdet, kendskabet til hinandens kompetencer samt lette implementeringen.

Inf. 3: "Vel egentlig, at vi får nogle flere [IV i eget hjem]. Ja, jeg synes, at det ville give rigtig god mening, at hospitalerne bliver lidt mere vant med det og har tillid til, at kommunerne måske også godt kan finde ud af det. At der er noget kompetence – i hvert fald i de her teams – kan vi godt, og jeg ved ikke, om det er på grund af kompetence, de ikke tænker, at vi kan finde ud af det. Det tror jeg sgu egentlig ikke. Jeg tror mere, det er implementeringen af det. Den er jeg ret sikker på."

Akutteamet kæmper for at opretholde/ opnå samarbejde, men oplever ofte at de bliver glemt som samarbejdspartnere. Akutsygeplejersken forsøger at hjælpe hospitalsafdelingerne med at huske FAF's funktion og kompetencer i forhold til IV behandling. Akutsygeplejerskerne oplever at kommuni-

kationen med hospitalet kan være vanskelig, og akutsygeplejerskerne forsøger derfor at tænke alternative kommunikationsveje, så deres funktion ikke glemmes.

Inf. 10: "Det er et konstant arbejde [...] at rejse flaget derude og få sagt, vi er her faktisk stadigvæk. Der er aldrig noget, der går helt glat [...], det kunne godt have været undgået. Det er også fordi, vi ikke kender hinanden. Der er igen relationer her."

Inf. 6: "Jeg kan også godt nogle gange finde på, at skrive i pleje forløbsplanen eller i manuelt indlæggelsesforløb, at jeg vurderer, at den her borger har lige brug for at komme ind og blive vendt og få taget de nødvendige blodprøver, en udvidet blodprøve status, et røntgenbillede af lungerne, eller hvad pokker det nu måtte være. Men efterfølgende så kan jeg godt skrive, at hvis de skønner, at der skal gives IV-antibiotika, må de meget gerne henvende os, henvende sig til os, fordi så kan vi tage borgeren. Meget få gange desværre [bliver det efterlevet], men det er sket før. Jeg er også sådan, hvis der er nogen pårørende, der følger med ind, prøver jeg faktisk også at informere dem om, at vi har muligheden for at gøre sådan her. Så fordi sygeplejerskerne jo ikke altid når at kigge i indlæggelsesrapporten, og de glemmer også os nogle gange. Det ved vi jo ik'. Dengang vi havde Glostrup akutmodtagelse, der fungerede det. Det der med når ting er lidt mindre..."

Logistiske barrierer ved IV-hjemmebehandling:

Logistiske udfordringer omfatter problemer med at sikre rettidig og korrekt administration af IV-behandling i hjemmet. Hospitalerne har ofte travlt og finder det lettere at holde patienterne indlagt, hvor de kan få IV-behandlingen.

Inf. 5: "Stort set alle borgere er bare så glade for det [IV-behandling i hjemmet]. Og det er jo så genialt, at de stakkels gamle mennesker ikke skal ind på et sygehus. Altså det er kun, at det er ærgerligt, det ikke fungerer, og at vi ikke får lidt flere hyppigere henvendelser. Jeg tror simpelthen, det er fordi, at de har travlt og så er det nogle gange nemmere at gøre det, man plejer."

Inf. 9: "De her fire kommuner har jo ikke så stor kapacitet på nuværende tidspunkt – nok pga. den store akutmodtagelse på Hvidovre. Det forplanter sig jo når der sker noget i regionen, så kan vi mærke det her i FAF også. Det handler meget om holdbarheden på medicinen også. Det er hele det issue med at medicinen ikke må være indblandet mere end fx 24 timer. [...] Vi har jo ikke blande-skabe."

Derudover er der problemer med IV-pumper og manglende labels på medicin, hvilket skaber usikkerhed om korrekt medicinering. Disse faktorer bidrager til forsinkelser og potentielle risici for patienterne.

Inf. 7: "Jeg synes det har været fint, bortset at der har været store udfordringer med én afdeling, der har udskrevet patienterne [...] så har de glemt at sende IV-pumperne, så har der ikke været labels på, og så ringer man til dem. Så ringer man til dem. "I har sendt nogle pumper – der er ikke labels på". Og de siger: "nej, nej men det er piazto [antibiotika] – jeg har også lagt en seddel ved". "Ja, men jeg kan jo ikke vide, hvad du har puttet i den her". "Nej det er rigtig nok". Vi har prøvet det mange gange, og vi prøver ledelsesmæssigt at sige, at nu skal I altså prøve at gøre et eller andet ved det. Og den ene gang måtte jeg sige til dem: "Prøv at høre her, hvis jeg nu laver en pumpe til dig, som du skal sætte op til en patient, så er der jo fanme forskel på om jeg har puttet 5 milligram morfin eller 500 milligram i". Så blev han stille. Altså det skulle helt derud".

Kapacitetsmæssige barrierer ved IV-hjemmebehandling:

Kapacitetsudfordringer på apotekerne udgør også betydelige barrierer. Apotekerne har ikke altid kapacitet til at håndtere den ekstra belastning, som IV-hjemmebehandling medfører.

Inf. 3: "Ja, men det fungerer vildt godt når det (IV opblandinger) kommer fra apotekets side, men der skal heller ikke være en stakkels sygeplejerske, der skal alt muligt i hver vagt for at blande en IV om morgenen, og sende den afsted med taxa. Jeg forstår bare ikke, hvorfor apoteket ikke kan have flere (IV opblandinger)".

Meta-inferens

Kvalitative og kvantitative data viser konvergens og ekspansion. Kvalitative og kvantitative data konvergerer og indikerer, at administrering af IV-AB hjemmebehandling muliggør hurtigere udskrivelse til eget hjem (forkortet indlæggelse). Samtidig udgør IV-AB behandling i eget hjem en mindre og faldende andel af FAF's opgaver. De kvalitative data udvider forståelsen af de kvantitative resultater ved at fremhæve de positive effekter, som akutsygeplejerskerne oplever, at hjemmebehandling har for borgerne. Samtidig illustrerer de en række barrierer, som akutsygeplejerskerne i FAF oplever i forbindelse med implementeringen af hjemmebehandling, herunder udfordringer i tværsektorielt samarbejde. Disse udfordringer skyldes bl.a. manglende rutine i samarbejdet, som følge af det sporadiske og uregelmæssige samarbejde, samt kapacitetsudfordringer ved apotekerne, når intravenøs behandling skal administreres i hjemmet.

- vedrører den sammenhængende syntese af forskellige datatyper, og *weakness minimization legitimacy*, der handler om at reducere metodiske svagheder gennem strategisk kombination af kvalitative og kvantitative metoder (30).

Undersøgelsen er gennemført med brug af data fra en tværkommunalt organiseret akutfunktion, som et samarbejde mellem fire kommuner i hovedstadsregionen. Størstedelen af data (45,3 pct.) oprinder fra Høje Taastrup Kommune, som er den største kommune af de fire kommuner, FAF dækker. Men jf. kommunernes forskellige befolkningsgrundlag bidrager alle fire kommuner ligeligt med data til analyserne, med akut besøg hos ca. 2 pct. af befolkningsgrundlaget jf. 2025-opgørelser. Der er betydelige forskelle i struktur og funktion af Danmarks kommunale akutfunktioner, og erfaringer fra FAF kan derfor ikke nødvendigvis overføres til alle kommuner. Det tværkommunale set-up med relativ afgrænset geografisk område giver høj volumen af indsatser og mulighed for at have et særskilt team af kompetente sygeplejersker, der er allokeret netop til akutfunktionen. I andre kommuner, f.eks. mindre landkommuner, kan man ikke allokere sygeplejersker i et særskilt akutteam, men har en akutfunktion, der går på skift mellem hjemmesygeplejerskerne (28).

Implikationer for sygepleje

Sundhedsreformen fremhæver akutteams som en nøglekomponent i det nære sundhedsvæsen og understreger behovet for øget kapacitet, kompetenceudvikling og tværsektorielt samarbejde. Reformens målsætning om at styrke sammenhængen mellem sektorer og fremme behandling uden for hospitalsregi medfører betydelige strukturelle og organisatoriske ændringer. Med regionernes overtagelse af den specialiserede del af de kommunale akutfunktioner, herunder akutsygeplejen, fra den 1. januar 2027, opstår et behov for at sikre kontinuitet og kvalitet i indsatsen. Det er derfor afgørende, at den fremtidige organisering bygger videre på de dokumenterede erfaringer og etablerede praksisser fra de kommunale akutfunktioner for at understøtte en effektiv og sammenhængende indsats i det borgernære sundhedsvæsen. Resultaterne fra dette studie kan således danne et vigtigt grundlag for det videre arbejde med akutteams i regionerne.

Implikationer for videre forskning i sygepleje

Resultaterne fra dette studie identificerer en række demografiske og kliniske prædiktorer

for hhv. forebyggelse af unødige indlæggelser og kvalificering af nødvendige indlæggelser, samt belyser centrale barrierer for IV-behandling i hjemmet. Disse fund peger på et behov for yderligere forskning inden for implementeringsvidenskab med henblik på at adressere de identificerede barrierer og fremme udbredelsen af IV-hjemmebehandling i akutfunktionerne. Der mangler også mere langsigtede prospektive studier, der kan følge borgernes forløb efter indsatserne fra akutteamet. Derudover er der et udtalt behov for øget indsigt i patienters og pårørendes oplevelser af akutfunktionerne for at sikre, at patientperspektivet integreres i udviklingen af fremtidige indsatser. En sådan viden vil kunne bidrage til en mere personcentreret og bæredygtig organisering af akutfunktionerne i det nære sundhedsvæsen.

Ko

Konklusion

De kvalitative og kvantitative analyser viser samstemmende, at de kommunale akutteams forebygger unødvendige indlæggelser samt kvalificerer nødvendige indlæggelser blandt ældre med komplekse tilstande. Akutsygeplejerskens tilstedeværelse i hjemmet muliggør kliniske vurderinger og relevante indsatser, særligt ved ernærings- og væskeproblematikker, der ellers kan føre til indlæggelse. IV-AB-behandling i hjemmet forkorter indlæggelser, men udgør en begrænset del af opgaverne og møder implementeringsbarrierer, bl.a. i samarbejdet og apotekskapacitet. Samlet peger resultaterne på et potentiale for styrkelse af det nære sundhedsvæsen gennem akutfunktionerne og bør indtænkes i den nye struktur for akutfunktionerne.

Taksigelser

Vi ønsker at takke akutsygeplejersker fra FAF for at stille op til interviews. Vi ønsker at takke statistiker Klaus Kaae Andersen fra Omnicron for statistisk sparring, validering og bistand. Uden jeres deltagelse havde studiet ikke været muligt. ♥

Referencer

- Oksuzyan A, Höhn A, Krabbe Pedersen J, Rau R, Lindahl-Jacobsen R, Christensen K. *Preparing for the future: The changing demographic composition of hospital patients in Denmark between 2013 and 2050*. Gurgel RQ, redaktør. PLoS ONE. 30. september 2020;15(9):e0238912. 2. Yarnall AJ, Sayer AA, Clegg A, Rockwood K, Parker S, Hindle JV. *New horizons in multimorbidity in older adults*. Age and Ageing. 1. november 2017;46(6):882-8.
- Verduri A, Carter B, Laraman J, Rice C, Cline E, Maskell NA, m.fl. *Frailty and its influence on mortality and morbidity in COPD: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Intern Emerg Med. november 2023;18(8):2423-34. 4. Wu CR, Chang KM, Tranoy V, Chiu HY. *Global incidence and prevalence of delirium and its risk factors in medically hospitalized older patients: A systematic review and meta-analysis*. Int J Nurs Stud. februar 2025;162:104959. 5. Li Z, Lin F, Thalib L, Chaboyer W. *Global prevalence and incidence of pressure injuries in hospitalised adult patients: A systematic review and meta-analysis*. Int J Nurs Stud. maj 2020;105:103546. 6. Bai AD, Dai C, Srivastava S, Smith CA, Gill SS. *Risk factors, costs and complications of delayed hospital discharge from internal medicine wards at a Canadian academic medical centre: retrospective cohort study*. BMC Health Serv Res. 4. december 2019;19(1):935. 7. Udesen SEJ, Lassen AT, Søndergaard J, Andersen N, Mikkelsen S, Bogh SB. *Potential interactions of community-based acute care teams on the frequency of acute contacts with health-care systems: an interrupted time series analysis*. The Lancet Healthy Longevity [Internet]. 7. april 2025 [henvist 10. april 2025];0(0). Tilgængelig hos: [https://www.thelancet.com/journals/lanh/article/PIIS2666-7568\(25\)00013-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanh/article/PIIS2666-7568(25)00013-3/fulltext). 8. Vinge S, Sandberg Buch M, Kürstein Kjellberg P. *Det kommunale akutområde* [Internet]. VIVE; 2021. Tilgængelig hos: <https://www.vive.dk/da/udgivelser/det-kommunale-akutomraade-ozono7vn/>. 9. McMenamin A, Turi E, Schlack A, Poghosyan L. *A Systematic Review of Outcomes Related to Nurse Practitioner-Delivered Primary Care for Multiple Chronic Conditions*. Med Care Res Rev. december 2023;80(6):563-81. 10. *Aftale om sundhedsreform 2024* [Internet]. [henvist 27. oktober 2025]. Tilgængelig hos: <https://www.ism.dk/Media/638743383915480390/Aftale%20om%20sundhedsreform%202024%20%20vers.%202-04.02.2025.pdf>. 11. Sundhedsstyrelsen. *Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner* [Internet]. Sundhedsstyrelsen; 2023. Tilgængelig hos: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2023/Kommunale-akutfunktioner/Kvalitetsstandarder-for-kommunale-akutfunktioner_ashx?sc_lang=da&hash=347E23176EA63F92C92B9C79E30F1E82. 12. Creswell JW, Plano Clark VL. *Designing and conducting mixed methods research*. Los Angeles, USA: SAGE; 2018. 13. Allemang B, Sitter K, Dimitropoulos G. *Pragmatism as a paradigm for patient-oriented research*. Health Expect. februar 2022;25(1):38-47. 14. O'Catlain A, Murphy E, Nicholl J. *The quality of mixed methods studies in health services research*. J Health Serv Res Policy. april 2008;13(2):92-8. 15. Braun V, Clarke V. *Using thematic analysis in psychology*. Qualitative Research in Psychology. 2006;3(2):77-101. 16. Guetterman TC, Fetterman MK, Creswell JW. *Integrating Quantitative and Qualitative Results in Health Science Mixed Methods Research Through Joint Displays*. Annals of family medicine. november 2015;13(6):554-61. 17. Egerod I, Kaldan G, Nordentoft S, Larsen A, Herling SF, Thomsen T, m.fl. *Skills, competencies, and policies for advanced practice critical care nursing in Europe: A scoping review*. Nurse Educ Pract. juli 2021;54:103142. 18. Ergün Arslanli S, Altundal Duru H, Ünal E, Sheehy K. *The impact of clinical nurse leadership models on the quality of care at the unit level: a systematic review*. BMC Nurs. 17. oktober 2025;24(1):1295. 19. Danielsen MAB, Beck AM, Poulsen JL, Klausen MB, Asferg MU, Brandstrup B. *Hyperosmolar dehydration in older adults*. Ugeskr Læger. 16. september 2024;1-7. 20. Berger NP, Christensen IE, Fynbo L. *Udredning af voksne med psykiske vanskeligheder, misbrug og komplekse sociale problemstillinger*. 2021; 21. *NATIONALE MÅL FOR SUNDHEDSVÆSENEN – 2024* [Internet]. 2024. Tilgængelig hos: <https://www.ism.dk/Media/638690706020851246/Nationale%20ma%C2%B0%202024-tilg.pdf>. 22. Holm E, Hansen PD. *Det er tvivlsomt, om forebyggelige indlæggelser kan forebygges*. Ugeskriften.dk [Internet]. 2013 [henvist 31. oktober 2025]; Tilgængelig hos: <https://ugeskriften.dk/videnskab/det-er-tvivlsomt-om-forebyggelige-indlaeggelser-kan-forebygges>. 23. Larsen MN, Dreisig TS, Rasmussen MK, Christensen ML, Bjerregaard D, von Sydow CD, m.fl. *Telemedicine-supported hospital-at-home for acutely admitted patients at Nordsjællands Hospital, Denmark: a study protocol for a randomised controlled trial*. BMJ Open. 14. maj 2025;15(5):e098287. 24. Fischer TK, Sandreva T, Larsen MN, Rasmussen MK, Nielsen TL, Christensen ML, m.fl. *Homecare, home monitoring, and hospital-at-home*. Ugeskr Læger. 9. september 2024;1-7. 25. Johansen MB, Kass ED, Hauge AM. *Når behandlingen rykker hjem – En undersøgelse af fagprofessionelles og patienters erfaringer med subakut hjemmehjælp*. 26. Bertelsen KB, Loft ML. *When the Home Becomes the Setting for Hospital Treatment: A Qualitative Study of Relatives' Experiences*. J Adv Nurs. 7. april 2025; 27. Retsinformation. VEJ nr 9473 af 25/06/2024. <https://www.retsinfo.dk/eli/retsinfo/2024/9473> [Internet]. 2024. *Vejledning om sygeplejefaglig journalføring*. 28. Abildstrup U. *Kommuner mangler ressourcer til forskning*. Sygeplejersken. 2025;5:24-6. 29. Shenton AK. *Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects*. Education for Information. 2004;22:63-75. 30. Younas A, Parveen Rasheed S, Zeb H. *Using legitimacy criteria to establish rigour in sequential mixed-methods research*. Nurse Res. 16. september 2020;28(3):44-51.



**Annonce for
Eli Lilly**

**Annonce for
Eli Lilly**