

Fag & Forskning

Sygeplejersken

TRIALOG

OVERGANGSALDEREN

Mere end biologi

MANGE VEJE IND
TIL DEN GODE SAMTALE

HORMONER KAN HJÆLPE,
MEN IKKE ALLE KVINDER HAR BRUG
FOR BEHANDLING

HAV OVERGANGSALDEREN
I BAGHOVEDET

BEHANDLINGSMULIGHEDER
OG GODE VANER

SIDE 14

NY PRAKSIS

Pigtail-kateter. Mange forespørgsler førte til forskningsprojekt

SIDE 10

PEER REVIEWED

Covid-19. Udlånte sygeplejersker følte størst belastning.

SIDE 30

FAGLIGT AJOUR

Psykiatri. Pandemien ændrede den diagnostiske samtale.

SIDE 40

PÅ SPIDSEN

Patientsikkerhed. Sygepleje udført af sygeplejersker har positiv betydning.

SIDE 75

Redaktionspanel

Det eksterne redaktionspanel bistår redaktionen i den løbende udvikling af *Sygeplejersken Fag&Forskning*. Panelets medlemmer har deres professionelle virke i forsknings- og udviklingsmiljøer på sundhedsområdet. De deltager ulønnet og udpeges for to år ad gangen.



**SELINA
KIKKENBORG
BERG**

Seniorforsker og professor i kardiologi med særlig fokus på klinisk sygepleje i Hjertecentret, Rigshospitalet og ved Institut for Klinisk Medicin, Københavns Universitet. Professoratet har særligt fokus på psyko-kardiologi, dvs. sammenhængen mellem hjerne og hjerte.



MARI HOLEN

Sygeplejerske, cand.cur. og ph.d., lektor ved Center for Sundhedsfremmeforskning, Institut for Mennesker og Teknologi ved Roskilde Universitet. Forskningsinteressen gælder mødet mellem sundhedsvæsenet og patienten i bred forstand, især hvordan sygdomsidentitet og institutionsidentitet udspiller sig i det kliniske felt. Arbejder med kvalitativ metodologi og trækker på sociologisk teori. Forsker aktuelt i brugerinddragelse, ulighed i sundhed og i sammenhænge på tværs af fremtidens sygeplejerskeuddannelse.



**BODIL
BJØRNSHAVE
NOE**

Sygeplejerske, lektor, ph.d., UC Syd. cand. scient.san. og ph.d. fra Aarhus Universitet. Min særlige interesse er, hvordan mennesker klarer sig og kommer sig efter sygdom eller skade, og rehabilitering er overskriften for min forskning. Jeg er optaget af tværprofessionelle og tværsektorielle udfordringer og samarbejde, herunder brug af ICF-modellen som ramme og konkret værktøj.



LENE SEIBÆK

Seniorforsker v/ Kvinde-sygdomme og Fødsler, Aarhus Universitetshospital, samt professor i sygepleje v/ Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab, Ilisimatusarfik Grønlands Universitet. Specialuddannet kræftsygeplejerske og ph.d. i klinisk sygepleje. Forsker i grundlæggende og specialiseret kirurgisk sygepleje, samarbejdet med patient og familie samt forebyggelse af og rehabilitering efter kræft.

Chefredaktør
MORTEN JAKOBSEN
mja@dsr.dk
Telefon: 4695 4110

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

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

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

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

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

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

Art Director
HANNE GRØNLUND
hgr@dsr.dk
Telefon: 4695 4106

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

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

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

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

Distribueret oplag
Perioden 2020 – 2021
78.501 ekpl.
Medlem af Danske Medier

Tryk
Stibo

Annoncer
Media-Partners, Det gl.
Mejeri, Alhøjvej 2, Stilling,
8660 Skanderborg
Telefon: 2967 1436
annoncer@
media-partners.dk

Manuskriptvejledning
www.dsr.dk/
manuskriptvejledning

Udgiver
Dansk Sygeplejeråd
Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
Telefon: 3315 1555
redaktionen@dsr.dk
www.sygeplejersken.dk
ISSN 2445-9461



Fag&Forskning udkommer fire gange om året som et tillæg til *Sygeplejersken*. *Fag&Forskning* sætter fokus på den nyeste forskning og udviklingen inden for sygeplejen.

Redaktionen påtager sig intet ansvar for materialer, der indsendes uopfordret. Holdninger, der tilkendes i artikler og andre indlæg, udtrykker ikke nødvendigvis Dansk Sygeplejeråds synspunkter.

.....
Illustration side 1, 4, 6, 7, 14, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 40, 42, 48, 56, 68: Hanne Grønlund / iStock //



De mange spørgsmål satte en proces i gang

HVORFOR kommer der så mange patienter ind med komplikationer med deres Pigtail-Nefrostomikaterer? Hvorfor opstår der så mange komplikationer, der kræver ambulans behandling og ofte indlæggelse?

Disse og flere spørgsmål inden for samme emne undrede de urologiske sygeplejersker på Aalborg Universitetshospital. Derfor besluttede sygeplejerske og medicinsk antropolog, lektor, ph.d., Helle Haslund, at der skulle findes svar på disse spørgsmål.

Det førte til et forskningsprojekt, der bl.a. indeholdt en systematisk litteratursøgning og en

manuel gennemgang af to års patientjournaler. Målet var at finde ud af, om antallet af akutte behandlinger og indlæggelser kunne reduceres gennem intervention.

Projektet har resulteret i en hjemmeside med fakta, et e-læringskursus, en fejlfindingsguide og et nyt materiale til patienter og pårørende.

LÆS SIDE

10



Overgangsalderen er en livsfase, som alle kvinder går igennem. Mange kvinder har dog brug for mere viden, hvis overgangsalderen ikke skal forringe deres livskvalitet.

En livsfase behæftet med sejlivede myter

Overgangsalderen er en livsfase, som alle kvinder skal igennem. Men det er en livsfase, som er frygtet og berygtet, og som mange kvinder kun tør hviske om, for de har i virkeligheden brug for mere viden, fortæller forsker, som har skrevet en bog om emnet.

Sygeplejersker kan møde kvinder i overgangsalderen næsten alle steder i sundhedsvæsenet, og derfor kan de blive en uvurderlig kilde til viden, især hvis deres egen viden om overgangsalderen bliver opkvalificeret. Hvis sygeplejersker er opmærksomme på overgangsalderens symptomer og faresignaler, kan de medvirke til at berolige kvinder og åbne deres øjne for behandlingsmuligheder.

Hormonbehandling kan både lindre svære symptomer og øge livskvaliteten, men fordele skal altid opveje eventuelle ulemper for den enkelte kvinde.

LÆS SIDE

14



FAMILIEBASERET TERAPI.

Familiebaseret terapi er førstevalg som behandling til børn og unge med spiseforstyrrelser, da det har vist sig at være den mest effektive behandling i flere randomiserede studier.

PATIENTINVOLVERING.

Tidstro dokumentation på patientstuerne kan anbefales, da det giver mere tid sammen med patienterne og kan give tillidsfulde sygeplejerske-patient relationer.

KNOGLEMETASTASER.

Træningsprogrammer bidrager med essentiel viden til de klinikere, som ikke ved, hvad de må anbefale til patienter med knoglemetastaser.

GAMLE.

Formålet med studiet var bl.a. at frembringe ny viden om, hvordan sygehusvæsenets indretning påvirker de gamles indlæggelsesforløb set fra flere perspektiver.

LÆS SIDE

26

Studier har vist, at sygeplejersker er særligt sårbare i forhold til at udvikle negative, psykologiske reaktioner under en pandemi.

Sygeplejerskers mentale sundhed er derfor i fokus i dette tværsektorsstudie baseret på kvantitative data indsamlet via et web-baseret spørgeskema.

Skemaet indeholdt validerede spørgsmål til måling af stress, angst, depression og søvnproblemer samt selvudviklede spørgsmål om covid-19.

1.165 sygeplejersker deltog i undersøgelsen. Studiet viste, at sygeplejersker, som havde været udlånt til afdelinger

med covid-19-patienter, adskilte sig signifikant fra sygeplejersker, som arbejdede med covid-19-patienter på deres faste afdeling. De udviste flere depressive symptomer, rapporterede højere grad af stress og flere søvnproblemer. Udlån til andre afdelinger belastede med andre ord i høj grad den mentale sundhed.

LÆS SIDE

30

Arkivfoto: Oskar Steinar Gjeston/RetnaScanak



Pandemien ændrede samtaleformen

Covid-19 førte til anderledes afvikling af diagnostiske samtaler i psykiatrien i Region Hovedstaden. Restriktioner betød, at der skulle være afstand mellem kliniker og patient, at der ikke længere kunne gives hånd, og at pårørende ikke længere kunne deltage i samtalerne. En litteratursøgning viste, at der kun var sparsom litteratur vedr. rammerne for samtaler i psykiatrisk regi. Personalet, dvs. sygeplejersker, læger og psykologer, oplevede, at samtalerne ændrede form, og at indholdet blev formidlet på nye måder.

Resultater af fokusgruppeinterview med de tre grupper viste, at grupperne havde forskellige erfaringer med betydningen af afstand og lagde vægt på forskellige aspekter af den ændrede samtaleform.

LÆS SIDE

40

Tryksår erhvervet på intensiv afdeling

Tryksår forekommer hyppigt på intensiv afdeling. Et internationalt endagsstudie om forekomsten af tryksår viser, at 44 ud af 149 patienter på 19 afsnit havde mindst et tryksår den dag, studiet blev gennemført, og at hovedparten af patienterne havde fået tryksåret på intensivafdelingen. 10 patienter havde mere end et tryksår. Derfor er der behov for øget fokus på forebyggelse af tryksår før, under og efter indlæggelse på intensiv afdeling.

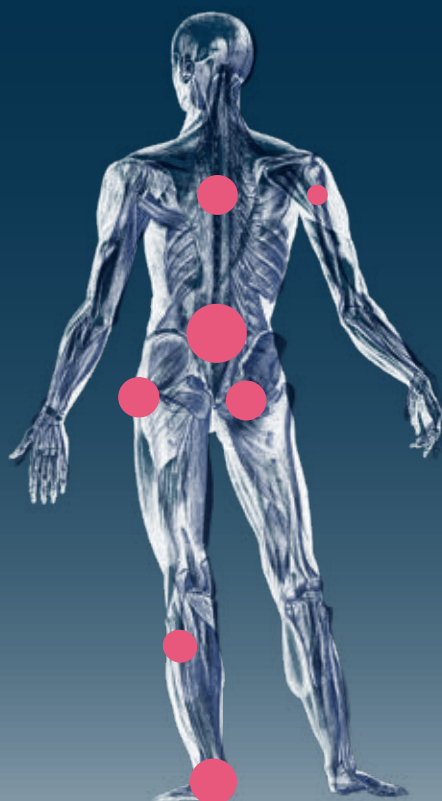
LÆS SIDE

48

Viden om tryksår gennem e-læring

Sygeplejersker oplever generelt, at de har solid viden om forebyggelse og kategorisering af tryksår. Praksis viser dog, at bl.a. viden om lokale retningslinjer på området kan styrkes. Med baggrund i en spørgeskemaundersøgelse af viden om tryksår blev der udviklet et e-læringsprogram om forebyggelse og kategorisering af tryksår. Brugbarheden blev vurderet til 7,5 på en skala fra 1-10.

LÆS SIDE 56



Øreakupunktur som middel til aftrapning

Mennesker med kroniske smerter og langvarige sygdomsforløb kan udvikle et stort forbrug af opioider. Aftrapningen er vanskelig og ledsages ofte af svære abstinenser. Et projekt på en smerteklinik viste, at øreakupunktur øger muligheden for et vellykket aftrappingsforløb. Øreakupunktur er derfor et fast tilbud i klinikken i dag.

LÆS SIDE 68

Hospitalsven afleder børnene

Procedurer, der indebærer smerter og angst, er svære at komme igennem for små børn i aldersgruppen 0-4 år og for personale og forældre. Børnenes hospitalsven "Hjulle" har gjort det nemmere at aflede børnene. Interaktive spil, der spilles på en iPad monteret på et stabilt stativ med hjul, har betydet, at tre ud af fire børn blev helt eller delvist afledt, viser feltobservationer og registreringer.

LÆS SIDE 62





Mange sygeplejerskers behov for at tydeliggøre, hvad faget går ud på ... har medført øget anvendelse af argumentationen, at sygepleje udført af sygeplejersker spiller en rolle for patient-sikkerheden.

LÆS SIDE

75

Gør sygepleje synlig

Professionel.

Sygeplejersker må se sig selv som både akademikere og praktikere og forholde sig kritisk til egen praksis.



Tekst **JETTE BAGH**,
cand.cur., fagredaktør,
Sygeplejersken, Fag & Forskning

Jeg har læst rigtig mange faglige artikler i årenes løb og observeret, hvordan form og indhold over tid bliver bedre og bedre, og hvordan sproget er fulgt med. Gulvsygeplejerske, det skrækkelige ord, er nu en sjældenhed, men i bytte er der kommet en række flertalsbetegnelser, som er pænt upræcise. Fagprofessionelle, sundhedsprofessionelle, velfærdsmedarbejdere, sundhedsarbejdere og sidst men ikke mindst sygeplejersker. Ingen lønarbejdere.

At være professionel er klart forbundet med noget positivt, men hvad ligger der i ordet?

Sygeplejerskeuddannelsen blev akademiseret i 2001, og det betyder, at sygeplejersker må opfatte sig som både akademikere og praktikere. Dvs. at sygeplejersker skal mestre såvel akademisk tænkemåde som praktiske færdigheder og kunne forholde sig kritisk til egen praksis.

En tilgang, der inkluderer et samfundsnyttigt perspektiv på sygepleje.

Profession kan også forstås som sygeplejerskers faste greb om viden og opgaver, der kan være en måde at opnå magt og status på. Altså en kamp for det, der er nyttigt for egen faggruppe. Profession kan derfor ses fra to perspektiver: samfundsnytte og egennytte.

Hvis en gruppe udelukkende forsvare professionen ud fra egne interesser, kan den over tid miste samfundets respekt og status. At sygeplejersker opfatter og definerer sig som professionelle er ikke nok. Det omgivende samfund skal være enige.

Det er derfor nødvendigt, at sygeplejersker har en argumentationskraft, der ruster dem til at forklare og beskrive, hvilken nytte patienter har af at møde en sygeplejerske i hjemmet eller under en indlæggelse. "Vi gør en forskel" er ikke nok. Det handler om at synliggøre det arbejde, sygeplejersker udfører, uanset hvor de udfører det.

Forskning og diverse projekter er i stigning, men vi er stadigvæk ikke der, hvor professionen rutinemæssigt udvikler praksis med baggrund i egen undren, søgning af litteratur, ændring af praksis og evaluering.

Nogle sygeplejersker føler sig f.eks. ikke klædt på til f.eks. palliativ sygepleje i hjemmet eller til at mindske angst hos mennesker med KOL. Men hvem skal stå for påklædningen?

Det skal sygeplejerskerne. Sparebøsse-pædagogik findes ikke. Der kommer ikke nogen og laver en ridse i ryggen på sygeplejersken, fylder på og lukker til. At være professionel kræver, at praksis drives fremad gennem nysgerrighed og udforskning og med den aktuelt bedste vidensbaserede pleje af patienten som mål.

De mange sygeplejersker med en ph.d.-grad og de ca. 40 professorer hjælper udviklingen på vej, men bliver de brugt efter fortjeneste? En professor fortalte f.eks., at hun aldrig havde været inviteret til at holde oplæg om sin forskning på sygeplejerskeuddannelsen.

Synd. Selvfølgelig skal studerende have mulighed for at møde en forsker og høre om den forskning, der foregår i klinikken – og der foregår rigtig meget derude. ☺



PATIENTER KAN GØRE DET DIGITALT



Scan QR-koden og tilmeld dig vores nyhedsbreve om diabetes

Digitale sundhedsværktøjer der hjælper til en smidigere diabetes håndtering



VIS

Sundhedspersonale har sikker adgang til patienters glukoserapporter via cloud-løsningen LibreView¹



SKAN

Personer med diabetes kan på bekvæmmelig vis tjekke deres glukoseniveau ved brug af mobiltelefon²



FORBIND

Omsorgspersoner kan følge en brugers glukosedata og tendenser på deres smartphone³



Læs mere på
www.FreeStyle.Abbott



Billederne udgør udelukkende et illustrativt formål. Det er ikke virkelige patienter.
 1. LibreView websiden er kun kompatibel med visse operative systemer og browsers. Tjek www.LibreView.com for yderligere information. 2. FreeStyle LibreLink appen er kun kompatibel med nogle mobil enheder og operativsystemer. Tjek venligst websiden for mere information om mobilitetskompatibilitet for anvendelse af app. For at kunne anvende FreeStyle LibreLink appen skal den registreres hos LibreView. 3. LibreLinkUp appen er kun kompatibel med nogle mobil enheder og operativsystemer. Tjek venligst www.LibreLinkUp.com for mere information om mobilitetskompatibilitet for anvendelse af app. For at kunne anvende FreeStyle LibreLink og LibreLinkUp appen skal den registreres hos LibreView. LibreLinkUp mobil appen er ikke ment som primær glukosemonitoring; private brugere skal konsultere deres primære måleudstyr og konsultere lægefagligt personale før de drager medicinske tolkninger eller tager beslutninger relateret til deres behandling ud fra data i appen. Lægefagligt personale bør bruge data fra appen i sammenhæng med anden klinisk data.
 © 2021 Abbott. FreeStyle, Libre og relaterede varemærker ejes af Abbott. Andre varemærker tilhører deres respektive ejere. ADC-42286 v4.0 11/21.
www.FreeStyle.Abbott · +45 3977 0190 · Abbott Laboratories · Emdrupvej 28C, 2100 København Ø



Vi undrede os - det satte det hele i gang

Hjemmesygeplejerskerne havde ikke adgang til relevant neurologisk viden – derfor kom der så tit patienter ind på hospitalet med kateterkomplikationer, som kunne være løst i hjemmet.

Tekst **KURT BALLE JENSEN** Foto **MIKKEL BERG PEDERSEN**

Det hele startede med en lille forundring på urologisk afdeling på Aalborg Universitetshospital: Hvorfor er det lige, at vi får så mange patienter ind med komplikationer med deres Pigtail Nefrostomikateter?, se Boks. Hvorfor opstår der så mange komplikationer, der kræver akut ambulans behandling og nogle gange indlæggelse? Hvorfor kan vi opleve, at en patient kommer til os med kateteret i en Netto-pose, fordi det er faldet ud?

”Her på Aalborgs Universitetshospital er forskning tæt forbundet med den kliniske praksis, så her var jo et oplagt emne at tage fat på som et forskningsprojekt,” siger lektor, ph.d., Helle Haslund, sygeplejerske og medicinsk antropolog, som er ansat på hospitalet som forsker.

”Der var en række spørgsmål, vi gerne ville have svar på. Hvorfor kommer der patienter på hospitalet, hvor kateteret er stoppet og skal skylles igennem, når det formentlig lige så godt kunne være sket i hjemmet med en hjemmesygeplejerske? Mangler der viden? Langt de fleste patienter er relativt svage cancerpatienter, og når de kommer her, bliver det let til indlæggelse, fordi de skal have taget blodprøve, og så er røntgen måske først klar til at lægge nyt kateter dagen efter. Det er patienter, der jo helst skal bruge deres tid med familien og ikke på hospitalet,” forklarer hun.

Klart mål fra starten

Helle Haslund gik sammen med de to urologiske sygeplejersker og mastere i klinisk sygepleje, Henriette



Lektor, ph.d., Helle Haslund, sygeplejerske og medicinsk antropolog: Det er afgørende på Aalborg Universitetshospital, at forskningen og den kliniske praksis er tæt forbundne. Og her var et projekt, der udsprang direkte af den kliniske praksis.

Jensen og Beritt Pedersen, i gang med projektets første fase: Dels systematisk litteratursøgning, dels en manuel gennemgang af journalerne for patienter i 2013 og 2014. Hvem er patienterne, hvilke komplikationer er der tale om?

”Målet for projektet var fra starten klart: Vi ville undersøge, om vi gennem intervention kunne reducere antallet af akutte behandlinger og indlæggelser. Derfor var det vigtigt at få data om patienterne. Samtidig kunne vi konstatere, at der stort set ikke findes littera-

tur om sygeplejen til de pågældende patienter,” fortæller Helle Haslund.

Nødvendigt med intervention

Normalt skal patienter med Pigtail Nefrostomikaterer have udskiftet kateteret hver tredje måned, men i virkelighedens verden holdt det ikke. Der kunne være problemer med tilstopning, forkert fiksering, så kateteret ikke blev, hvor det skulle være, og andre former for komplikationer, så urinen ikke kom ned i posen. Det kan i værste fald være farligt for patienten og kan medføre infektioner og måske endog blodforgiftning. Studiet med gennemgang af to års patienter bekræftede forskeren og de to sygeplejersker i, at det både for patienternes sikkerhed og for at spare dem for unødvendige ture til hospitalet var nødvendigt med en intervention.

Forskelle på viden og praksis

”Næste fase var at gennemføre et fokusgruppeinterview med syv sygeplejersker fra urologisk afdeling og fem interviews med i alt 20 hjemmesygeplejersker i fem kommuner. Det viste, at der ”her i huset” er forskelle på viden og praksis alt efter den enkeltes erfaringer. Der findes ikke tilstrækkeligt med retningslinjer, der sikrer fælles praksis. Og for hjemmesygeplejersker var det samme gældende. De var virkelig på Herrens Mark. De ser de pågældende patienter relativt sjældent og kan arbejde længe som hjemmesygeplejersker, før de første gang står med en patient med komplikationer pga. et sådant kateter. Vi hørte nogle sige, at de forsøgte sig ved at google, men hvad kommer så op? I hvert fald ikke faglig evidensbaseret viden,” siger Helle Haslund.

Opbygning af ny hjemmeside

”Dermed kom vi til interventionen. Der var nu ingen tvivl om, hvad der var behovet. Ensartet og kvalificeret viden i begge sektorer og samtidig øget information til patienterne. De og deres pårørende skal vide, hvornår de skal reagere og kontakte hjemmesygeplejen. Hvis kateteret er stoppet, og der ikke kommer urin i posen, hjælper det ikke noget at sige: ”Nå, hjemmesygeplejersken kommer i morgen, så må hun se på det.” Nej, så skal der reageres,” siger Helle Haslund.

Nu gik arbejdet med at opbygge en hjemmeside i gang, og samtidig blev der udarbejdet e-learningkursus i samarbejde med e-læringskonsulent Sammi Kosar fra Region Nordjylland. Her kan man med video og fotos lære, hvordan man skyller, hvis der er stoppet, hvordan man fikserer katetret korrekt, så det bliver, hvor det skal være, og meget mere. Desuden får man en masse fakta om Pigtail Nefrostomikaterer, så man har den grundlæggende viden.

”Henriette og Beritt udviklede en fejlfindingsguide, så sygeplejerskerne kan gå frem punkt for punkt, hvis der er komplikationer, og de er usikre på, hvad de skal gøre. Her

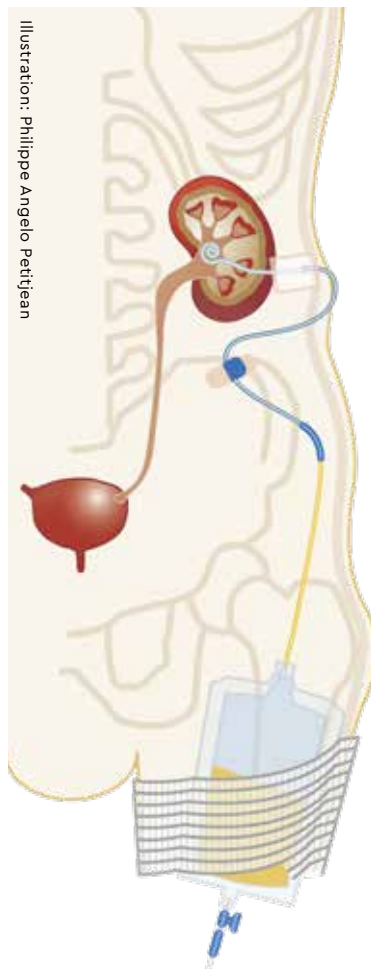


Illustration: Philippe Angelo Perthean

Pigtail Nefrostomikaterer

I Region Nordjylland er der årligt cirka 150 patienter med Pigtail Nefrostomikaterer. Det anvendes fortrinsvis til cancerpatienter, hvor tumoren forhindrer urinen i at komme fra nyren til blæren. Man kan da få et kateter ind, der fører urinen uden om blæren og ned i en pose, der bæres på låret. Det er et tyndt kateter, der er fikseret med snoretræk, der ligner en grisehale - deraf navnet. Det skal virke som modhage, så kateteret ikke bare smutter ud igen. Det gør det så alligevel i nogle tilfælde, og der kan opstå andre problemer som hudproblemer eller at kateteret stopper. Der kan også opstå infektioner, hvis urinen ikke kan løbe ned i posen.

står til sidst, at man jo altid kan kontakte de urologiske sygeplejersker inde hos os. Vi skal samarbejde mere mellem sektorerne, ikke mindre,” siger Helle Haslund.

Opsamling af erfaringer

Interventionen betød også direkte kick off-undervisning af sygeplejersker på såvel hospitalet som i kommunerne, hvor Beritt og Henriette underviste i alt 200 sygeplejersker. Sidste fase bliver opsamling af erfaringer og registrering af resultater i såvel primær- som sekundærsektoren.

”Vi kan konstatere, at rigtig mange sygeplejersker tager e-learningkursen, både her i regionen men også andre steder i landet. Det er desuden blevet oversat til engelsk og bruges aktuelt i regi af European Association of Urologic Nurses, så der reelt er global adgang, og vi kan se her, at også udenlandske sygeplejersker har taget kurset,” siger Helle Haslund.

Hun glæder sig over, at projektet går på tværs af primær og sekundær sektor, og at det allerede nu kan konstateres, at der kommer færre til akut ambulans behandling og eventuel indlæggelse på grund af komplikationer. Mere og mere fanges i hjemmesygeplejen. ●

De to urologiske sygeplejersker og master i klinisk sygepleje Henriette Jensen (forrest) og Beritt Pedersen i kontakt med hjemmesygeplejersker ude i kommunerne. Projektet har styrket det tværsektorielle samarbejde.



Jeg er bekymret for rødme ved kateterets indstikssted

Færre patienter end tidligere kommer ind til akut behandling på hospitalet forløsning af komplikationer med kateteret.

Tekst **KURT BALLE JENSEN**
Foto **MIKKEL BERG PEDERSEN**

Etage 9 på Aalborg Universitetshospital. Udsigten er fantastisk, men den har de to urologiske sygeplejersker Henriette Jensen og Beritt Pedersen ikke tid til at nyde. De har begge en hjemmesygeplejerske i røret fra to af de kommuner, Aalborg Universitetshospital dækker. "Jeg er altså noget bekymret for den rødmen, der er ved kateterets indstikssted," siger hjemmesygeplejersken fra et sted ude i oplandet.

"Det kan jeg godt forstå, men har du set billederne på vores hjemmeside? De viser forskellen på rødmen på grund af irritation og rødmen på grund af infektion," forklarer Henriette Jensen.

Hjemmesygeplejersken har set på billederne, men hun er ikke helt sikker. Det kunne godt tyde på infektion, mener hun.

"Så må der podes ved egen læge, så det kan blive afklaret," konkluderer Henriette Jensen.

Fint at ringe ind

Samtalen afsluttes. Den pågældende hjemmesygeplejerske havde brugt hjemmesiden og fejlfindingsguiden, men var stadig i tvivl. Så var det fint, at hun ringede ind.

"Før fik vi patienter ind med rødmen omkring indstiksstedet, hvor kateteret

bare skulle sidde lidt anderledes. Så forsvandt rødmen,” siger Henriette Jensen.

Beritt Pedersen har også lige afsluttet en samtale. Det var en hjemmesygeplejerske, som efter at have taget e-learningkurset er helt tryk ved at skylle ved tilstopning, selv om man skyller direkte ind i nyren. Hun har set på video, hvordan man gør. Det var ellers noget, en del hjemmesygeplejersker var utrygge ved før og derfor valgte at lade patienten sende på hospitalet.

”I dette tilfælde pibler skyllevæsken ud ved indstiksstedet, og derfor ringede hun ind til os. Det tyder på, at der er noget galt, og så planlægger vi og aftaler tid med røntgen. Hvis patienten har smerter og feber, skal han eller hun ind med det samme,” siger Beritt Pedersen.

Før ringede hjemmesygeplejersker ind med problemer, der relativt let kunne løses, hvis de havde haft den fornødne viden. Måske sad forbindingen for stramt, så den trak i kateteret. Måske var trevejshanen ved en fejl blevet lukket, f.eks. når patienten var på toilet og skulle trække bukserne op og ned. Den skulle så bare åbnes. Men hjemmesygeplejerskerne havde ikke altid den fornødne viden.

Vidensdeling går begge veje

Nu ringer de ind med specifikke problemer. De har ofte brugt fejlfindingsguiden og oplysningerne på hjemmesiden, så når de ringer, er der et konkret behov for at få en vurdering fra de sygeplejersker, som ser mange flere tilfælde med patienter med Pigtail Nefrostomikateter, end de selv gør. Og i telefonsamtalen behøver man ikke starte med ”har du prøvet det og det”, for hjemmesygeplejersken har sin viden og sin fejlfindingsguide.

”Da vi var ude og interviewe, blev vi virkelig forbavsede over, hvor lidt informationsmateriale de fik i hjemmesygeplejen. De havde hverken den viden eller erfaring, vi har her på hospitalet, så det var klart, at de ofte kontaktede os eller sørgede for, at patienten blev sendt på sygehuset. Nu har de fået mere viden, og det har vi også. Det gik begge veje. De fortalte om, hvor hårdt det

er for patienterne at skulle indlægges med ofte lang transport og flere timers venten på røntgen. Det kan tage dem flere dage at komme over det, fortalte de. På den måde fik vi et større helhedsbillede af patienterne,” fortæller Beritt Pedersen.

De to sygeplejersker fik stor respekt for hjemmesygeplejerskerne. De skal dække meget bredt. Selv blev Beritt Pedersen og Henriette Jensen færdige som mastere i klinisk sygepleje på samme tid, og de arbejder og sparrer godt sammen. Beritt arbejder på ambulatoriet, mens Henriette arbejder på senge- og dagafsnittet. At de kommer fra hver sit sted er med til, at man får samme viden, og at man taler samme sprog i hele afdelingen. Det betyder også større kontinuitet i vejledningen til patienterne.

”Netop det med, at vi taler samme sprog, er vigtigt, både her i huset og når hjemmesygeplejerskerne ringer ind,” siger Henriette Jensen.

Gensidig forståelse af arbejdsvilkår

Men her stopper det ikke. For ud af klinisk praksis sprang endnu en tanke:

Hvorfor ikke starte med det mere robuste ballonkateter, som alligevel i en del tilfælde ender med at blive resultatet?

Helle Haslund, Henriette Jensen og Beritt Pedersen tog fat i et projekt, der var vokset ud af det oprindelige. Problemet er, at det kræver en operation og er meget smertefuld. I samarbejde med en anæstesi-læge fik vi lavet en smertebehandlingspakke.

”Vi udviklede ud fra praksis, og vi lavede et pilotprojekt med 20 patienter. De fik pakken, og nu er det blevet implementeret, så det er fast procedure at tilbyde patienterne det lidt tykkere ballonkateter på baggrund af lægernes og patienternes evalueringer om smerter og den tekniske mulighed. Fordelen er, at det kan skiftes ambulant,” siger Helle Haslund.

På den måde er det hele ikke slut endnu. Der skal evalueres på både det ene og det andet. Men to ting glæder de to sygeplejersker, Henriette Jensen og Beritt Pedersen:

Om projektet

- Projektet var et interventionsstudie i tre faser ud fra MRC-modellen (Medical Research Council) for udvikling af komplekse interventioner. Projektet startede i 2014 og skulle kombinere klinisk kompetence med forskningskompetence. Sidste fase bliver en opsamling af erfaringer efter 12 måneders implementering.
- For forskningen stod ph.d., lektor i klinisk sygepleje, Helle Haslund, sygeplejerske og medicinsk antropolog, i tæt samarbejde med de to urologiske sygeplejersker og Mastere i Klinisk Sygepleje, Henriette Jensen og Beritt Pedersen.
- Projektet har resulteret i en hjemmeside med fakta ^{*}), et e-learningkursus, en fejlfindingsguide og et nyt, grundigt materiale til patienter og pårørende. Vidensdeling fra urologiske sygeplejersker til hjemmesygeplejersker har betydet, at vidensniveauet fik et løft i begge sektorer, at man taler samme sprog, og at man har samme grundviden. Personalet på urologisk afdeling på Aalborg Universitetshospital har taget og skal fremover hvert år skal tage e-learningkurset.
- Mindst 100 sygeplejersker rundt om i Europa har taget den engelske version af e-learningkurset. Projektet er blevet præsenteret i diverse danske og internationale faglige sammenslutninger og netværk.

^{*}) <http://rn.dk/nk>

”Vi er kommet tættere på de sygeplejersker, som arbejder i kommunerne. Vi har fået en tværsektoriel forståelse for hinandens arbejdsvilkår. Det andet er, at vores viden er blevet bredt ud. Da vi havde lavet e-learningprogrammet, lod vi kolleger teste det. Det var alt for svært, det skulle rettes til, så det blev på almindeligt dansk. Det er nu til rådighed for alle. Også patienter og pårørende. Vi har pligt til at dele vores specialistviden ud, og det er sket med dette projekt.” ●

Trialogen bliver til som et interview mellem tre parter. På den ene side en førende ekspert inden for et fagligt område. På den anden side journalisten og en sygeplejerske, der arbejder inden for feltet. Journalisten og sygeplejersken interviewer i fællesskab forskeren med det mål at formidle den nyeste viden, som har relevans for den kliniske sygepleje.



Overgangsalderen er mere end biologi

Overgangsalderen er en livsfase, som alle kvinder går igennem, men den er behæftet med sejlivede myter, kulturelle tabuer og et skrækindjagende ry. Nogle kvinder har dog brug for mere viden om overgangsalder, hvis den ikke skal forringe deres livskvalitet.



LOTTE HVAS er speciallæge i almen medicin, dr.med., og har i 25 år arbejdet som praktiserende læge. Sideløbende med det kliniske arbejde har hun i flere årtier forsket i overgangsalderen (Forskningsenheden for almen praksis, Københavns Universitet) med fokus på kvinders oplevelser. Lotte Hvas arbejder nu med formidling og undervisning og er forfatter til 'Bogen om overgangsalderen', (2022), der bidrager med faktuel viden om denne periode i kvinders liv.



Tekst
HELLE LINDBERG
Journalist



SUSANNE MALMSTRØM er uddannet sygeplejerske i 1985. Primært hjertepatienter og intensiv. Hun har i 22 år arbejdet som konsultationssygeplejerske med tilknytning til efteruddannelsesafdelingen i Praktiserende Lægers Organisation, PLO-E. Hun har været på kursus om overgangsalder og er desuden flittig foredragsholder og skribent til forskellige fagblade.

Alle kvinder kommer i overgangsalderen, men mange kvinder ved ikke nok om dens symptomer, gener, årsager, følgevirkninger, eller hvad overgangsalderen egentlig er for en størrelse. Det kan Susanne Malmstrøm bekræfte. Hun er konsultationssygeplejerske i almen praksis og oplever jævnligt, at hendes kvindelige patienter ikke er vidende om overgangsalderen. Hun nævner et eksempel med en lidt ældre kvinde, som kom ind for at få målt sin blodprocent:

”Den var meget lav, og hun var så træt, så træt. Hun fortalte, at hun blødte meget. Jeg spurgte hende, om hun var i overgangsalderen. Det mente hun måske, at hun var, men det var der ikke rigtig nogen, som nogensinde havde talt med hende om – kunne blødningerne mon have noget med dét at gøre, spurgte hun? Hendes menstruationer var meget kraftige og uregelmæssige, men hun havde ikke selv koblet det til overgangsalderen. Jeg sørgede straks for at få bestilt tid til hende, så hun kunne blive undersøgt,” siger Susanne Malmstrøm.

Frygtet og berygtet livsfase

Hendes eksempel er ikke en enlig svale. Overgangsalderen er nemlig en frygtet og berygtet livsfase,

som en del kvinder næsten kun tør hviske om, og hvor der i lang tid har været brug for udbredelse af mere viden. Det fortæller Lotte Hvas, speciallæge i almen medicin, dr.med. Hun har i flere årtier forsket i kvinders oplevelser i overgangsalderen.

Med baggrund i sine forskningsresultater har hun skrevet bogen 'Overgangsalderen – bedre end sit rygte', en fagligt funderet bog til kvinder (1).

”Overgangsalderen markerer afslutningen på den fertile periode i en kvindes liv. Hun kan ikke længere få børn, hun holder op med at få menstruation, og kroppen forandrer sig. Men overgangsalderen er mere end biologi. Oveni kommer hele den eksistentielle og kulturelle forståelse, som fylder rigtig meget hos mange – hos nogle mere end de fysiologiske symptomer (11). Myten om overgangsalderen bygger den op til at være noget forfærdeligt slemt, der gør alle kvinder usynlige, syge, grå, triste, hormonelle og ustabile,” siger Lotte Hvas.

Svær at tale om

Overgangsalderens skrækindjagende ry er ifølge forskeren overdrevet. Hun fortæller, at et stort antal kvinder trives fint i overgangsalderen, og at danske kvinder generelt har det godt, selv om



nogle kan slås med mange symptomer. Flere kvinder kan også fortælle om glæden ved at slippe for menstruationer og tilhørende hovedpine og humørsvingninger.

Som tommelfingerregel oplever 33 pct. kun få eller ingen gener. 33 pct. oplever symptomer i varierende grad, og de sidste 33 pct. oplever gener, der er meget udtalte, og som forringer livskvaliteten (2).

Men mange kvinder er usikre på, hvor de kan gå hen med deres spørgsmål om overgangsalderen. For når den ikke er en sygdom, er det ikke oplagt at gå til lægen. Det kan også være vanskeligt at søge råd og viden, når det er noget, vi helst lægger låg på.

”Kvinder forholder sig til kroppen hele tiden, og alligevel er overgangsalder ikke noget, vi taler højt om. Men tabuerne er heldigvis ved at blive brudt, og flere og flere kvinder – også kendte – er begyndt at tale om overgangsalderen. Selv Michelle Obama har fortalt om sine hedeture, og at hun havde brug for hormonbehandling, fordi det blev umuligt for hende at stå dér som førstedame og storsvedende vinke fra flyveren med skjolder under armene,” siger Lotte Hvas.

”Det virker forskrækkende på nogle kvinder, at de pludselig oplever ikke længere at kunne genkende deres krop, fordi den opfører sig anderledes, end den plejer. Det kan gøre kvinder usikre, når overgangsalderen samtidig er behæftet med myter og tabuer, så den bliver svær at tale om. Men kvinder har brug for viden om, hvad der sker i kroppen i overgangsalderen, og hvad de kan gøre ved det – med eller uden behandling.”

Kvinderne skal mødes i øjenhøjde

Susanne Malmstrøm har som sygeplejerske været på kursus, som handlede om overgangsalderen, og har privat også selv været igennem det berygtede klimakterie. Hun nikker genkendende til, at generne kan fylde i hverdagen, men samtidig være vanskelige at tale højt om:

”For mig var det uregelmæssige og kraftige blødninger, som virkelig gjorde det svært f.eks. at være på arbejde. Det var jo ikke ligefrem nemt hele tiden at stikke ud på toiletet med et bind eller en Tampax – men jeg tænkte, at sådan var det nok bare at være i overgangsalderen,” siger hun og fastslår:

”Derfor er det vigtigt, at kvinder i overgangsalderen bliver mødt i øjenhøjde i sundhedsvæsenet, for den opleves individuelt fra kvinde til kvinde.” ●

HVAD ER OVERGANGSALDEREN?

- Overgangsalderen, også kaldet klimakteriet eller perimenopausen, dækker over **perioden omkring sidste menstruationsblødning**. Den starter typisk nogle år før den sidste menstruation – menopausen. Overgangsalderen er altså årene op til en kvindes sidste menstruation og de første 12 måneder efter sidste blødning.
- Den naturlige overgangsalder indtræffer som regel i **45-55-årsalderen**, men hos nogle kvinder kan den starte tidligere, og ved andre kommer den først senere. Den varer typisk mellem to og syv år, men overgangsalderens varighed kan variere. Gennemsnitsalderen for den sidste menstruationsblødning er cirka 51 år hos danske kvinder.
- Overgangsalderen indtræffer, når den fertile periode i en kvindes liv nærmer sig sin afslutning, og æggestokkene naturligt begynder at producere **færre af de kvindelige kønshormoner**: østrogen og progesteron.
- Nogle kvinder kan komme i en såkaldt **”kunstig overgangsalder”**, f.eks. ved medicinsk behandling af lidelsen endometriose eller ved kirurgisk fjernelse af æggestokkene. Enkelte kvinder kan også opleve at komme naturligt i overgangsalderen tidligere end normalt, f.eks. på grund af kromosomforandringer eller genetiske forhold.
- Når en kvinde kommer i overgangsalderen før 45-årsalderen, betegnes det som **”for tidlig overgangsalder”**.

(Kilde: 4,14)

ALMINDELIGE SYMPTOMER OG GENER

Overgangsalderen sættes ofte i forbindelse med en lang række af forskellige symptomer, gener og følgevirkninger. Blandt de mest almindelige og bredt anerkendte symptomer er:

BLØDNINGSFORSTYRRELSER

Blødningsforstyrrelser i form af uregelmæssige og langvarige og/eller kraftige menstruationer er ét af de mest normale symptomer på overgangsalder. Det skyldes, at æggestokkenes naturlige produktion af det kvindelige kønshormon progesteron falder.

Progesteron er det hormon, som kun findes i kroppen fra ægløsning til menstruation, og som forbereder livmoderen på at modtage et befrugtet æg. Det er således manglen på progesteron, der gør blødningerne uregelmæssige.

Nogle kvinder begynder at opleve blødningsforstyrrelser allerede omkring 40-årsalderen. Det er imidlertid normalt sådan, at menstruationerne bliver mindre hyppige jo tættere man kommer på menopause.

HEDE- OG SVEDETURE

Pludselige hedeture, hvor kroppen koger, og sveden hagler, er et andet meget almindeligt symptom på overgangsalder. De kaldes også for vasomotoriske symptomer og skyldes faldet i æggestokkenes produktion af det kvindelige kønshormon østrogen.

Når mængden af østrogen i kroppen bliver mindre, bliver man mere følsom overfor temperatursvingninger. Det betyder, at selv små ændringer i temperaturen vil være nok til, at kroppen vil forsøge at komme af med varmen. Hedeture optræder hyppigst om natten, hvilket kan give søvnproblemer hos en del kvinder i overgangsalderen.

Før menopause kan hedeturene optræde lige før eller i forbindelse med menstruationen. Efter menopause er hedeturene mest udtalte det første år, hvorefter de gradvist aftager.

SLIMHINDEFORANDRINGER

Faldet i østrogenproduktionen har også den effekt, at slimhinderne i skeden forandrer sig. De bliver tyndere og mere sårbare, hvilket kan føre til tørhed, øget følsomhed og større risiko for at udvikle blærebetændelse.

Slimhindeforandringer i skeden kaldes også for vaginal atrofi. Symptomerne på vaginal atrofi er kløe, irritation, svie og smerter ved samleje.

(Kilde: 2)

Mange veje ind til den gode samtale

Sygeplejersker kan møde kvinder i overgangsalderen næsten alle steder i sundhedsvæsenet og kan være en uvurderlig kilde til viden og værdifuld samtale. Det kræver dog, at sygeplejerskernes egen viden om overgangsalderen bliver opkvalificeret.

Af **HELLE LINDBERG**, journalist

Når kvinder i overgangsalderen kommer i kontakt med sundhedsvæsenet, er sygeplejersken ofte den første sundhedsfaglige person, som møder dem. Derfor er sygeplejersker også nøglespillere i forhold til at formidle viden om overgangsalderen til de kvinder, der har brug for det, fortæller Lotte Hvas:

”Sygeplejersker er én af de allervigtigste sundhedsfaglige grupper overhovedet, som kvinder kan gå til for at få mere viden,” siger hun og fortsætter:

”Selvfølgelig kan man læse om overgangsalder på nettet, hvor man i øvrigt selv skal sortere i informationer og kilder, men det er vigtigt, at man som kvinde også har en kvalificeret fagperson, man kan tale med.”

Forskeren henviser til, at mange kvinder ikke finder det nødvendigt at gå til deres læge for at få mere information om overgangsalderen, medmindre de oplever udtalte gener eller symptomer. Undersøgelser viser desuden, at hver fjerde kvinde, som ender med at få hormonbehandling, venter syv måneder med at søge læge, selvom de har behandlingskrævende gener (2).

Kvinder er enormt artige

”Mange kvinder i overgangsalderen er enormt artige og vil ikke bruge lægens tid på dét, fordi de jo som sådan ikke fejler noget. Men hvem skal man så snakke med? Hos veninderne får du ofte amnestu-historier eller myter, eller måske hører du om deres personlige erfaringer med overgangsalder, som kan være helt anderledes end den oplevelse eller de symptomer, du selv sidder med,” siger Lotte Hvas og konkluderer:

”Derfor kan sygeplejersker og f.eks. personale hos en praktiserende læge være en uvurderlig kilde til viden og samtale om overgangsalderen. Det samme gælder sygeplejersker i sygehusambulatorier eller på en gynækologisk afdeling. Vi ser jo ofte, at patienter vælger at tale med en sygeplejerske frem for en læge, hvis det ikke direkte handler om sygdom.”

Kræver opkvalificering

Hvis sygeplejersker skal kunne hjælpe og rådgive kvinder i overgangsalderen, kræver det dog en generel opkvalificering af deres viden på området, mener Susanne Malmstrøm:

”Det er en oplagt opgave for os, ikke mindst ude i almen praksis, men det kræver uddannelse eller efteruddannelse. Da jeg selv kom i overgangsalderen for år tilbage, vidste jeg faktisk ikke rigtig noget om det – og jeg vidste heller ikke, hvad der var normalt, eller hvad jeg måske kunne forvente. Det er et videnshul for mange,” siger hun.

Hun oplever dog, at mange kvinder gerne vil tale med en sygeplejerske, og at de gerne vil have mere viden om den næste fase i deres liv.

”Der kommer mange kvinder ind i almen praksis, der virkelig gerne vil have svar på, om de er i overgangsalderen, fordi de måske selv er i tvivl og er i tvivl om symptomerne. Her kan sygeplejerskerne være til uvurderlig hjælp, hvis de er godt klædt på til det,” siger hun.

Tal om tørre slimhinder

Kvinderne kan dog være tøvende i forhold til selv at dreje samtalen ind på overgangsalderen. Her mener

både Lotte Hvas og Susanne Malmstrøm, at det er vigtigt, at sygeplejersker kan tage teten, så kvinderne kan få mere viden om nogle af de gener, der for mange er svære at tale om.

”Noget af dét, en sygeplejerske kan gøre, er bl.a. at snakke med kvinderne om de slimhindeforandringer, som er almindelige i overgangsalderen (4). Udover øget tendens til blærebetændelse og skedeinfektioner kan tørre slimhinder især gøre det svært at have velfungerende sexliv,” siger Lotte Hvas.

Hun peger på, at tørre slimhinder er et symptom, der hos mange først kommer et par år efter den sidste menstruation, hvorfor nogle kvinder slet ikke laver koblingen mellem overgangsalder og tørhed i skeden.

”De tror måske, at det bare er sådan, det er at blive ældre, og de taler ikke med nogen om det, med det resultat, at sexlivet forsvinder – ikke nødvendigvis fordi kvinden mister lysten til sex, men fordi det gør ondt. Det kan desuden mindske lysten til sex hos manden, fordi han ikke har lyst til at gøre hende ondt. Det er ærgerligt, for det behøver ikke være sådan, hvis kvinderne bare får den nødvendige viden,” siger Lotte Hvas.

Vigtigt at blive skolet

Susanne Malmstrøm nikker til forskerens ord:

”Det er utroligt vigtigt, at man som sygeplejerske bliver skolet i at spørge ind til de her ting. Blandt andet er sex et følsomt emne, som sygeplejersker godt kan have en tendens til at vige lidt uden om. Vi snakker gerne om kost, rygning og motion, men sex, det får vi måske ikke snakket så meget med vores patienter om,” siger hun.

Susanne Malmstrøm tilføjer, at det selvfølgelig er afgørende, at man som sygeplejerske sørger for at lægge en føler ud og sikrer sig, at det er okay at spørge ind til nogle af de mere følsomme gener og symptomer, der kan opstå i kølvandet på overgangsalderen. Der kan dog være mange måder at gå til emnet på, mener begge kvinder. (Læs også: Sommer C. Husk patienternes seksualitet. *Fag&Forskning* 2020;(1).)

”Der er en del sygeplejersker, der nu laver celledskraber, som jo virkelig er en oplagt anledning til at få en god snak om overgangsalder, tørre slimhinder eller sexlivet. Det kan også være i forbindelse med en blodtryksmålning, hvor en kvindelig patient nævner, at hun i øvrigt også får mange hedeure eller bløder ofte,” siger Lotte Hvas.

”Sygeplejersker kan møde kvinder i overgangsalderen næsten alle steder i sundhedsvæsenet, og vejene ind til den gode samtale er mange – for selvom overgangsalderen ikke er en sygdom, så er den stadig værd at snakke om.” ●



PSYKISKE SYMPTOMER – HORMONELT ELLER EJ?

Et symptom, der hyppigt sættes i forbindelse overgangsalderen, er **humørsvingninger**. Nogle kvinder rapporterer om depressioner og ændringer i humøret, men der er ikke stærk evidens for, at disse humørsvingninger er hormonelt betingede. Der er desuden ikke stærk evidens for, at kvinder oftere bliver deprimerede i overgangsalderen – tværtimod er der studier, der tyder på, at hyppigheden af depression falder efter menopause.

Det er samtidig værd at holde sig for øje, at dårlig nattesøvn og forringet livskvalitet som følge af hedeure, blødningsforstyrrelser og tørre slimhindeforandringer også kan påvirke humøret. Nogle kvinder kan desuden også blive triste ved overgangen til en ny livsfase, der markerer afslutningen på den fødedygtige alder.

(Kilde: 9, 15, 16, 17)

MYTEDRAB

Er prævention nødvendig i overgangsalderen?

Svar: Ja.

- Selvom overgangsalderen markerer begyndelsen på slutningen på en kvindes fødedygtige alder, så er det stadig nødvendigt at bruge prævention ved samleje, hvis man vil være sikker på at undgå graviditet. Ganske vist er risikoen for en blivende graviditet lille, men ikke desto mindre er det muligt at blive gravid i overgangsalderen.
- Kondom og pessar er begge gode præventionsmuligheder for kvinder i overgangsalderen, men mange har også glæde af hormonspiral. En hormonspiral indeholder gestagen, som er et progesteronlignende hormon, der kan afhjælpe blødningsforstyrrelser – et almindeligt symptom på overgangsalder.



Hormoner kan hjælpe, men ikke alle kvinder har brug for behandling

Et kritiseret amerikansk studie har siden 2002 har kastet skygger over hormonbehandling af kvinder i overgangsalderen. Hormoner kan imidlertid både lindre svære symptomer og øge livskvaliteten – men fordelene skal altid opveje ulemperne for den enkelte kvinde.

Af **HELLE LINDBERG**, journalist

D Selvom overgangsalderen ikke bør sygeliggøres, så er der heller ingen grund til leve med svære gener, når hormoner kan hjælpe. Ifølge Lotte Hvas kan behandling af kvinder i overgangsalderen med hormonpræparater absolut have sin berettigelse.

”Det handler kort og godt om livskvalitet. Hvis en kvinde går til sin læge og siger, at hun ikke kan fungere på sit arbejde, i sit familieliv eller sit sociale liv på grund af symptomer på overgangsalder, så kan hun have god gavn af hormonbehandling i en periode,” siger forskeren.

Udskældt behandling

Hormonbehandling af kvinder i overgangsalderen har imidlertid længe

været udskældt. Op gennem 1980’erne og 90’erne havde hormonerne ganske vist deres storhedstid, men så kom den bratte opbremsning. Det skete i 2002, da det stort anlagte amerikanske studie Women’s Health Initiative (WHI) måtte afbrydes før tid.

Det randomiserede studie skulle undersøge effekten af hormonbehandling blandt 16.000 kvinder, men foreløbige undersøgelser viste dengang, at kombinationsbehandling med østrogen og gestagen gav markant forhøjet risiko for brystkræft – og at behandlingen i øvrigt ikke beskyttede mod hjertekarsygdomme som først antaget, eller for den sags skyld havde nævneværdig indflydelse på kvindernes trivsel (6).

”I forbindelse med hormoner taler

HORMON- BEHANDLING OG BRYSTKRÆFT

man gerne om tiden før og efter WHI-studiet fra 2002. Hormonbehandling gik fra at være et vidundermiddel til noget, man helst skulle have så lidt af som muligt i så kort tid som muligt,” siger Lotte Hvas.

Øjeblikkelig effekt

Selvom man grundlæggende har kunnet slå fast, at hormonbehandling ganske rigtigt giver en let forhøjet risiko for brystkræft (5), så er væsentlige dele af WHI-studiets konklusioner og grundlag efterfølgende blevet både kritiseret og tilbagevist (6).

Effekten af det kritiserede studie var dog så godt som øjeblikkelig. Hormonpræparaterne blev fra den ene dag til den anden gemt væk på bagerste hylde i medicinskabe verden over. I Danmark blev antallet af kvinder i hormonbehandling mere end halveret på to år – og tallet har ligget på nogenlunde samme niveau lige siden. I 2002 brugte 188.000 danske kvinder således systemisk hormonbehandling (i. e. medicinen føres med blodet rundt i kroppen) for gener relateret til overgangsalderen. I 2020 drejede det sig ca. 50.000 kvinder (7).

Ifølge Lotte Hvas er det drastiske fald i antallet af hormonbehandlede kvinder dog ikke nødvendigvis et problem i sig selv. Hun peger på, at det langt fra alle kvinder i overgangsalderen, som har behov for hormonbehandling.

Feminin for evigt

”Indtil 2002 blev hormonerne markedsført som noget, alle kvinder burde tage forebyggende, uanset om de oplevede gener i forbindelse med overgangsalderen eller ej – og hvis du havde lidt med hjertet eller ondt et sted, så skulle du da også have nogle hormoner for dét. Overgangsalderen blev italesat som noget skrækindjagende, der gjorde kvinder grå, usynlige og ukvindelige, men med hormoner kunne du være feminine forever – *feminin for evigt* – som slagordet hed i USA,” siger Lotte Hvas.

Som tommelfingerregel er det dog kun cirka en tredjedel af alle kvinder, der oplever svære gener i forbindelse med overgangsalderen. En tredjedel oplever

Det er flere gange blevet bekræftet, at der er en let øget risiko for brystkræft ved hormonbehandling i overgangsalderen, senest ved studiet *Type and timing of menopausal hormone therapy and breast cancer risk: Individual participant meta-analysis of the worldwide epidemiological evidence* (10).

- Studiet blev offentliggjort i det videnskabelige tidsskrift *The Lancet* i 2019 og inkluderer data fra en lang række studier af hormonbehandling i overgangsalderen, hvor de undersøgte kvinder er blevet fulgt over en længere periode.
- Studierne har samlet set inddraget data fra 108.647 kvinder, som har udviklet brystkræft. 51 pct. af dem havde taget hormoner i forbindelse med overgangsalderen. Gennemsnitsalderen ved kræftdiagnosen var 65 år.
- Alle typer hormonbehandling undtaget vaginale østrogener (behandling i skeden med østrogener) var associeret med øget risiko for brystkræft. Den størst øgede risiko sås ved østrogen+gestagen/progesteron kombinationsbehandling.
- Efter ophør med hormonbehandling var der øget risiko i over 10 år – graden af risikoøgning afhæng af varigheden af tidligere hormonbehandling i menopause. Ved mindre end 1 års tidligere hormonbehandling i menopause var der kun lille øget risiko.
- For kvinder med normal kropsvægt i udviklede lande vil 5-års hormonbehandling i menopause startende ved 50-årsalderen medføre en stigning i 20-års risiko for brystkræft i aldersgruppen 50-69 år, afhængigt af specifik hormonbehandling:
- Østrogen + fast daglig gestagen/progesteron: fra 6,3 pct. til 8,3 pct.
- Østrogen + intermitterende gestagen/progesteron: fra 6,3 pct. til 7,7 pct.
- Østrogen: fra 6,3 pct. til 6,8 pct.
- Risikoen for at få brystkræft som følge af hormonbehandling er dog relativt lille – en 50-årig kvinde, der får østrogenbehandling i op til fem år, øger således sin risiko for at få brystkræft fra 10 pct. til 11-12 pct. Andre forhold spiller også ind på risikoen for bivirkninger såsom livsstil, vægt, almindelig sundhedstilstand, sygdomshistorik og arvelige forhold.

(Kilde: 10, 3)



symptomer i varierende grad, imens den sidste gruppe ikke rigtigt mærker noget til overgangen (4).

”Heldigvis har vi bevæget os væk fra opfattelsen af overgangsalder som en sygdom, der nødvendigvis kræver behandling hos alle kvinder. Med det sagt, så er det selvfølgelig ikke hensigtsmæssigt, hvis hormonforskrækkelse afholder kvinder med svære gener fra at søge hjælp,” siger Lotte Hvas. Hun understreger, at i sidste ende er det kvindernes eget valg, men det skal ske efter grundig information.

Et vigtigt kønshormon

Hormonbehandling af kvinder i overgangsalderen kan være enten systemisk eller lokal og kan gives via tabletter, gel, spray, stikpiller, hormonplaster eller hormonspiral. Behandlingen kan enten være med østrogen, gestagen, som er et syntetisk hormon, der ligner progesteron, eller en kombination af begge.

Østrogen er et vigtigt kvindeligt kønshormon, der stimulerer både slimhinder, knogler, hud og bindevæv. Derfor kan det hos mange kvinder også mærkes i nogen eller udpræget grad, når kroppens naturlige produktion af østrogen tager et dyk i overgangsalderen (4).

Slimhinderne i skeden forandrer sig og bliver tyndere, tørre og irriterede. Mange kvinder bliver mere temperaturfølsomme og oplever de famøse hedeture, som kan sætte kroppen i kog. Blødningsforstyrrelser kan gøre menstruationen både langvarig, hyppigere og uforudsigelig (4). Det er netop disse symptomer, som hormonbehandlingen kan afhjælpe.

Lotte Hvas mener, at det langt hen ad vejen bør være op til kvinderne selv at definere, hvornår deres livskvalitet og hverdag er hæmmet af overgangsalderens gener i en sådan grad, at hormonbehandling er den rette vej at gå.

Baseres på individuel vurdering

”Hormonbehandling i overgangsalderen bør altid baseres på individuel vurdering - det skal give mening for den enkelte. Hvis kvinderne vurderer, at fordelene opvejer eventuelle ulemper, så er der ikke



[MYTEDRAB]

Udskyder hormonbehandling overgangsalderen?

Svar: Nej.

Nogle kvinder oplever, at gener fra overgangsalderen kommer tilbage, hvis de stopper med hormonbehandling. Det er dog ikke ensbetydende med, at man ved hormonbehandling udsætter overgangsalderen eller ”skubber symptomerne foran dig” – det betyder blot, at disse kvinder ikke er færdige med at være i overgangsalderen på det tidspunkt, hvor de stopper behandlingen. Derfor er det også individuelt, hvor længe hormonbehandling bør vare.

(Kilde: 4)

noget forkert i at tilbyde dem en behandling, som kan lindre deres symptomer ganske effektivt,” siger forskeren.

Lotte Hvas understreger i tråd med de almindelige anbefalinger, at kvinders stillingtagen til hormonbehandling altid bør foregå i samråd med en læge. Hun mener, det er vigtigt, at kvinder i overgangsalderen får adgang til fyldestgørende information og rådgivning, så de selv kan vælge vejen fremad:

”Der er nogle risici forbundet med hormonbehandling, men man placerer sig efter min mening på den forkerte side, hvis man afviser hormoner som en legitim behandlingsmulighed til kvinder, der oplever gener ved overgangsalderen.” ●

Hav overgangsalderen i baghovedet

Det kan give kvinder ro og åbne deres øjne for behandlingsmuligheder, når sygeplejersker er opmærksomme på overgangsalderens symptomer – men de skal også kende faresignalerne.

Af **HELLE LINDBERG**, journalist

◉ Når Susanne Malmstrøm møder kvindelige patienter i den rette aldersgruppe, er symptomer på overgangsalderen en del af hendes kliniske blik.

”Det er f.eks. ofte ved urinvejsinfektioner, hvor en kvindelig patient klager over blærebetændelse igen og igen, at jeg ofte skæver til hendes alder – kunne det være relateret til overgangsalderen? Sarte slimhinder er jo et almindeligt symptom, som kan give øget tendens til urinvejsinfektioner.” (4)

Tænk ikke over det

”Mange af kvinderne har slet ikke tænkt på, at deres gener kunne skyldes overgangsalderen. Hvis jeg så også spørger ind til, om deres menstruationer er regelmæssige, så er svaret måske, at der egentlig er noget uro dér, og måske har de også haft hedeture, når de tænker efter.”

Susanne Malmstrøm peger på, at det kan give kvinderne noget ro, når sygeplejersker har overgangsalderen i baghovedet.

”Måske finder de ud af, at der er en årsag til deres gener, og at de er helt normale – og måske får de også nogle behandlingsmuligheder, hvis de har brug for det. Overgangsalderen er en del af livet, men symptomerne kan fylde meget hos den enkelte kvinde, og derfor kan det give dem rigtig meget, hvis de får noget information,” siger hun.

Susanne Malmstrøm tilføjer, at sygeplejersker selvfølgelig skal være opmærksomme på, at uregelmæssige blødninger eller lignende symptomer også kan have andre årsager end overgangsalderen. Lotte Hvas er enig.

Kan fejle noget andet

”Man skal huske, at kvinderne også kan fejle noget andet. Der er desværre eksempler på kvinder, som får lov til at gå for længe, fordi man har afskrevet deres symptomer som overgangsalder, og så viser det sig pludselig, at de fejler noget alvorligt,” siger hun.

”Det skyldes bl.a., at overgangsalderen tidligere er blevet tilskrevet en lang liste af symptomer, som ikke nødvendigvis har haft noget med overgangsalderen at gøre (8). Derfor er det vigtigt, at man som sygeplejerske også er opmærksom på faresignaler og f.eks. altid reagerer på vedvarende blødningsforstyrrelser.” ◉

[VIDSTE DU]

... at hver femte kvinde
ikke taler med nogen om deres udfordringer
i forbindelse med overgangsalderen

... at 7 ud af 10
kvinder oplever gener i varierende grad

... at 75 pct.
oplever blødningsforstyrrelser

... at 80 pct.
oplever hedeture i varierende grad

hver fjerde kvinde
oplever tørre slimhinder

... at hver fjerde kvinde,
der ender med at få behandling, venter over
syv måneder med at søge læge

GUIDE

BEHANDLINGSMULIGHEDER OG GODE VANER

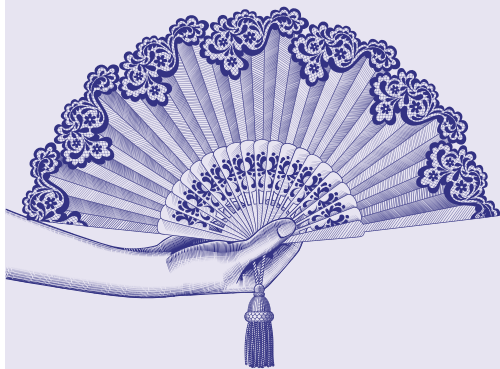
Af **HELLE LINDBERG**, journalist



SYSTEMISK HORMONBEHANDLING

Ved systemisk behandling anvendes større mængder af østrogeten østradiol til generel behandling af gener ved overgangsalderen. Behandling gives oftest via tabletter, gel, plaster eller spray, sjældnere ved indsprøjtning. Systemisk behandling med østradiol kan lindre hedeture og svedeture, og kan i nogle tilfælde også lindre tørre slimhinder.

Er blødningsforstyrrelser det eneste symptom på overgangsalder, kan disse behandles systemisk med gestagetabletter, der stabiliserer livmoderslimhinden.



LOKAL HORMONBEHANDLING

Ved lokal behandling anvendes små mængder af østradiol, prasteron eller gestagen til at lindre gener ved overgangsalderen. Behandling gives oftest via stikpiller, cremer, vaginalring eller hormonspiral. Lokal behandling kan lindre tørre og irriterede slimhinder, og afhjælpe blødningsforstyrrelser.

KONTINUERLIG KOMBINATIONS- BEHANDLING MED HORMONER

Ved kontinuerlig kombinationsbehandling anvendes midler med et konstant indhold af hormoner. Disse præparater indeholder både østrogen og gestagen, og der tilføres samme mængde hormon hver dag. Behandlingen kan gives som tabletter, plaster eller kombinationen plaster/gel/spray og hormonspiral.

Kontinuerlig kombinationsbehandling afhjælper blødningsforstyrrelser ved at stoppe blødningerne helt. Kombinationsbehandling bør derfor først gives 1-2 år efter menopausen.

SEKVENSBEHANDLING MED HORMONER

Ved sekvensbehandling anvendes midler med et varierende indhold af hormoner. Sekvenspræparater indeholder både østrogen og gestagen i et indhold, som varierer gennem en cyklus. Behandlingen kan gives som tabletter eller plaster.

Ved sekvensbehandling får man stadig menstruation. Sekvensbehandling bør derfor anvendes, hvis man får generende hedeture, mens man stadig får menstruationer.

ANBEFALINGER TIL HORMON- BEHANDLING

- Risikoen for bivirkninger ved systemisk hormonbehandling stiger med behandlingens varighed. Derfor bør behandlingstiden som udgangspunkt være så kort som mulig. Der er dog ingen faste regler for, hvor længe systemisk hormonbehandling bør vare.
- I den første fase af overgangsalderen, hvor uregelmæssige blødninger ofte er eneste symptom, kan man med fordel anvende gestagetabletter eller hormonspiral for at stabilisere blødningerne.
- Hvis gener i underlivet er det eneste symptom, bør man vælge lokalbehandling frem for systemisk behandling.

HÅNDKØBS- PRÆPARATER

Der findes flere forskellige fugttilførende håndkøbspræparater, der kan lindre tørre og irriterede slimhinder i skeden.

Disse præparater kræver ingen recept, men giver dog kun midlertidig symptomlindring og behandler ikke årsagen til slimhindeforandringer, da de ikke indeholder hormoner. Håndkøbsbehandling består typisk af stikpiller, gel eller cremer.

[VIDSTE DU]

... at der i de første 10 år efter overgangsalderen sker et accelereret fald i mineralindholdet i knoglerne, hvor man taber 10-15 pct. af den eksisterende knoglemasse. Da kvinders knogletæthed som udgangspunkt er lavere end mænds, er postmenopausale kvinders **risiko for at udvikle knogleskørhed** og få knoglebrud større end den er hos jævnaldrende mænd.

... at før overgangsalderen har kvinder lavere risiko for at få hjertekarsygdomme end mænd.

Studier peger på, at østrogen har en beskyttende virkning på blodkarrene og modvirker åreforkalkning. Efter overgangsalderen stiger kvinders **risiko for hjertekarsygdom**, og i 65-årsalderen er den lige så høj som mændenes.

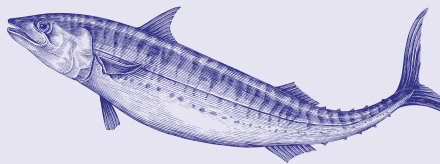
(Kilder: 2, 18)



KOSTTILSKUD MED PLANTEØSTROGENER

Planteøstrogener er stoffer fra planteriget, der påvirker østrogenreceptorer. Der findes generelt tre typer planteøstrogener: isoflavonoider, lignaner og coumestaner. Lignaner findes i fiberige fødevarer som frø, fuldkorn og grove grøntsager, og indgår derfor allerede i den daglige kost hos mange. Isoflavonoider og coumestaner findes primært i sojabønner, men også i rødkløver. Der findes en lang række forskellige kosttilskud med planteøstrogener, da nogle studier tyder på, at de kan mindske gener ved overgangsalderen. Effekten er dog ikke konsistent i litteraturen – til gengæld er det påvist, at planteøstrogener har en gavnlig effekt på mineraltætheden i knoglerne.

Der er desuden ikke udført studier, der er store og langvarige nok til, at man kan udtale sig om sikkerheden ved planteøstrogener. Derfor er det uafklaret, om planteøstrogener er mere sikre end konventionelt østrogen.



KOST OG MOTION

Der er som udgangspunkt ingen særlige kostråd til kvinder i overgangsalderen. Det anbefales, at man blot følger de generelle kostråd – spis sundt, groft og varieret. Det er dog værd at have i baghovedet, at fødevarer som avocado, nødder og fisk indeholder sunde fedtsyrer, der er gode for kredsløb, led og hjerne. Fødevarer som magre mejeriprodukter og bælgfrugter indeholder desuden D-vitamin og calcium, der styrker knoglerne.

Nogle fødevarer kan man med fordel undgå, hvis man lider af hedeture, f.eks. stærke krydderier eller kaffe, te og cola. Det er dog individuelt, hvad der udløser hedeture hos kvinder, og derfor må man prøve sig frem.

Regelmæssig motion er altid tilrådeligt, og det ændrer sig ikke, selvom man kommer i overgangsalderen. Tværtimod er det absolut en god idé at dyrke motion i form af kredsløbstræning eller styrketræning i overgangsalderen, da motion har en positiv effekt på humøret og hormonbalancen samt styrker muskler, led og knogler. Det anbefales, at man er fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen.

(Kilde: 3, 4, 9, 12, 13)

Referencer

1. Hvas L. *Overgangsalderen – bedre end sit rygte*. Klim. København 2017.
2. Gandhi J, Chen A, Dagur G, et al. *Genitourinary syndrome of menopause: an overview of clinical manifestations, pathophysiology, etiology, evaluation, and management*. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;215(6):704-11.
3. *Management of symptomatic vulvovaginal atrophy: 2013 position statement of The North American Menopause Society*. *Menopause (New York, NY)*. 2013;20(9):888-902; quiz 903-884.
4. Sundhed.dk. *Overgangsalderen og Hormonbehandling*: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/kvindesygdomme/sygdomme/hormonbehandling/overgangsalderen-hormonbehandling/>. Revideret: 25.07.2019. Besøgt: 24.01.2022.
5. *Type and timing of menopausal hormone therapy and breast cancer risk: individual participant meta-analysis of the worldwide epidemiological evidence*. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. *Volume 394, Issue 10204, P1159-68*.
6. *Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial*. *JAMA* 2002;288:321-33.
7. Sundhedsstyrelsen. *Valg af lægemidler til hormonbehandling i overgangsalderen*: <https://www.sst.dk/da/nyheder/2021/valg-af-laegemidler-til-hormonbehandling-i-overgangsalderen/>. Revideret: 21.12.2021. Besøgt: 24.01.2022.
8. Ekström H. *Keeping My Ways of Being: Middle-aged women and menopause [Thesis]*. Lund: Lund University, 2005.
9. Dennerstein L. *Well-being, symptoms and the menopausal transition*. *Maturitas* 1996; 23: 147-57.
10. *A critique of Women's Health Initiative Studies (2002-2006)*. *Nucl Recept Signal*. 2006; 4: e023.
11. Avis NE. *Women's perception of the menopause*. *European Menopause Journal* 1996;3:80-4.
12. *Phytoestrogens as a dietary supplement*. *Ugeskr Læger* 2018;180:VO4180286.
13. Sundhed.dk. *Fysisk aktivitet og sygdomme i muskler, led og knogler*: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/sundhedsoplysning/idraet-og-motion/fysisk-aktivitet-og-sygdomme-i-muskler-led-og-knogler/>. Revideret: 23.08.2017. Besøgt: 24.01.2022.
14. Sundhed.dk. *Klimakteriet*: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/gynaekologi/tilstande-og-sygdomme/diverse/klimakteriet/>. Revideret: 25.07.2019. Besøgt: 24.01.2022.
15. Holte A, Mikkelsen A. *Psychosocial determinants of climacteric complaints*. *Maturitas* 1991;
16. Hunter M, Battersby R, Whitehead M. *Relationships between psychological symptoms, somatic complaints and menopausal status*. *Maturitas* 1986;8:217-28.
17. Kaufert PA, Gilbert P, Tate R. *The Manitoba Project: a re-examination of the link between menopause and depression*. *Maturitas* 1992;14:143-55.
18. Sundhed.dk. *Overgangsalderen*: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/kvindesygdomme/sygdomme/hormonbehandling/overgangsalderen/>. Revideret: 25.07.2019. Besøgt: 24.01.2022.

Supplerende litteratur

Simonsen RT: "Jeg er fucking hot". Politikens Forlag, 2018.

Effektiv behandling mod spiseforstyrrelser hos børn og unge

Familiebaseret terapi handler om at hjælpe hele familien med at bekæmpe spiseforstyrrelse, og forældrene vejledes i at samarbejde og overtage ansvaret for at begrænse spiseforstyrret adfærd.



Bentz M, Pedersen SH, Moslet U.

An evaluation of family-based treatment for restrictive-type eating disorders delivered as standard care in a public mental health service.

J Eat Disord 2021 Oct 29;9(1):141
doi: 10.1186/s40337-021-00498-2.

Familiebaseret terapi er førstevalg som behandling til børn og unge med spiseforstyrrelser, da det har vist sig at være den mest effektive behandling i flere randomiserede studier. Grundlæggende handler familiebaseret terapi om at hjælpe hele familien med at bekæmpe spiseforstyrrelse, og forældrene vejledes i at overtage ansvaret for at begrænse spiseforstyrret adfærd og arbejde sammen som et team.

I Region Hovedstaden har man på Børne- og Ungepsykiatrisk Center i dette studie specifikt evalueret effekten af familiebaseret terapi til børn og unge med anoreksi – i en meget tæt forankring i klinisk praksis i et prospektivt, ikkekontrolleret studie.

Dette studie afskiller sig på flere måder fra eksisterende randomiserede studier på området, hvor der ofte er meget specifikke in- og eksklusionskriterier og en stram protokol for behandlingen.

1. Det var muligt for familier at deltage i studiet uden at forholde sig til to typer af behandling: en med behandling med familiebaseret terapi og en uden og uden at give samtykke til randomisering.
2. Familiebaseret behandling blev tilbudt til en bredere population og inkluderede derfor også patienter med langt flere medicinske komplikationer, men dette afspejlede den kliniske praksis og organisering.
3. Familierne blev tilbudt konsultationer med en diætist uddannet i familiebaseret terapi, som kunne vejlede forældre om energitætte måltider for at fremme vægtøgning.
4. Klinikere og familie evaluerede systematisk fremskridt i behandlingen, alt imens behandlingen fandt sted, da det er en vigtig del af klinisk praksis især hos patienter med anoreksi, da ineffektiv behandling i værste fald kan opretholde anoreksi.

5. Indholdet i og omfanget af terapien blev skræddersyet til de enkelte patienter og familier, og pga. kulturelle kontekster i Danmark var der også fokus på bl.a. dilemmaer blandt forældre og håndtering i flere hjem hos skilsmisefamilier.
6. De fleste forældre modtog offentlige tilskud til pasning af et sygt barn i hjemmet, hvilket er en faktor, som er forskellig fra andre studier, der ikke har samme velfærdssystem.

Effekten af familiebaseret terapi som led i standardbehandling af 157 patienter med anoreksi blev således evalueret i forhold til en række outcomes, og man fandt følgende:

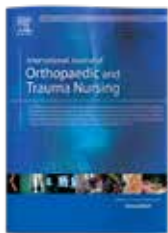
57 pct. gennemførte behandlingen med succes inden for 12 måneder, og 48 pct. gjorde det med 20 eller færre sessioner. Yderligere 20 pct. gennemførte behandlingen med succes med en længere behandlingsvarighed. Vægtgenopretning blev opnået med 75 pct. inden for 12 måneder, og 46 pct. opnåede normalisering af kropsvægt samt adfærdsmæssige symptomer på anoreksi inden for 12 måneder. I alt 20 pct. havde behov for intensiveret behandling som indlagte eller dagpatienter i en periode.

Forskerne bag studiet kan takket være deres klinisk forankrede studie konkludere, at familiebaseret terapi synes at være velegnet til at tilpasse sig omstændigheder i forskellige kulturelle sammenhænge, i standardpleje og i en multidisciplinær kontekst. ●

Sasja Jul Håkonsen, sygeplejerske, cand.cur., ph.d., Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram Videncenter – Ressourcer & Innovation.

Tidstro registrering på patientstuerne giver tillidsfulde relationer

Patientinvolvering. Ordet 'tidstro' dækker over dokumentation uden forsinkelse direkte på patientstuen i samarbejde med patienten.



Jepsen JH, Hellerup M, Specht K.
Orthopaedic nurses' experiences with real-time documentation in a high-tech ward: A qualitative study. Int J Orthop Trauma Nurs. 2021 Sep 9;100901. doi: 10.1016/j.ijotn.2021.100901. Online ahead of print. PMID: 34865991

Introduktion. Ved tidstro dokumentation er der etableret stationære PC'er på patientstuerne. Sygeplejersker læser og dokumenterer tidstro i patientjournalerne sammen med patienterne på patientstuerne i stedet for at forlade patienterne for at læse og dokumentere på et kontor væk fra patienterne.

Tidligere havde sygeplejersker læst patienternes journal, før de mødte patienterne, men den nye arbejdsgang medførte, at sygeplejerskerne skulle læse i patientjournalerne sammen med patienterne på patientstuerne. Formålet med studiet var at undersøge sygeplejerskers oplevelser af tidstro dokumentation på patientstuerne i et ortopædkirurgisk sengeafsnit.

Metode. Studiet var kvalitativt med en fænomenologisk-hermeneutisk tilgang. Data blev indsamlet via tre semistrukturerede fokusgruppinterview med i alt 18 sygeplejersker på et dansk hospital i oktober - november 2020. Data blev analyseret med inspiration fra Paul Ricoeurs fortolkningsteori.

Resultater. Gennem strukturanalysen fremkom fem temaer:

- 1) Sygeplejerskerne var skeptiske i begyndelsen og ude af deres komfortzone,
- 2) Implementering krævede støtte fra ledelsen og kolleger,
- 3) Mere tid med patienterne medførte bedre relationer, men sygeplejersker savnede tid til refleksion med kolleger,

- 4) Øget patientinddragelse kunne give udfordringer,
- 5) Dokumentation blev en mere integreret del af sygeplejen.

Diskussion. Fundamentals of Care Framework (FoC) skitserer tre kernerdimensioner for at levere grundlæggende sygepleje af høj kvalitet: Relationer, integration af sygeplejen og konteksten for sygeplejen. Tidstro dokumentation kan bidrage til, at sygeplejersker fortløbende bliver understøttet i at udvikle tillidsfulde relationer med deres patienter.

Konsekvenser for praksis. Tidstro dokumentation på patientstuerne kan anbefales, da det giver mere tid sammen med patienterne og kan give tillidsfulde sygeplejerske-patient relationer. Dette kan være med til at sikre, at patienternes essentielle behov (fysiske, psykosociale og relationelle) bliver mødt og dermed højne kvaliteten af sygeplejen. ●

Kirsten Specht, lektor, sygeplejerske, ph.d., MPH, Ortopædkirurgi, Sygehus Sønderjylland, Aabenraa.

Fysisk aktivitet på trods af knoglemetastaser

Knoglemetastaser. Fem anbefalinger om træning til patienterne kan dels forbedre integration af træningsprogrammer, dels øge klinikernes viden om feltet.



Campbell KL, Cormie P, Weller S et al.

Exercise Recommendation for People With Bone Metastases: Expert Consensus for Health Care Providers and Exercise Professionals

JCO Oncology Practice
<https://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/OP.21.00454>

Introduktion. Patienter med knoglemetastaser får sjældent anbefalinger og/eller onkologisk vejledning i, hvad de må og ikke må i klinisk praksis. De ender derfor ofte uden den rette støtte og hjælp til at kunne fungere i en hverdag.

Metode. Denne artikel omhandler specifikt anbefalinger om træning til patienter med knoglemetastaser og er publiceret af en international arbejdsgruppe, Internationale Bone Metastases Exercise Working Group. Den er udarbejdet efter eksisterende evidens (systematisk review), ekspert-konsensus og survey blandt klinikere.

I alt fem anbefalinger fremkom efter ovenstående fremgangsmåde:

Resultater.

1. Før træning bør der udføres en vurdering af risikoen for skeletkomplikationer ved træning.
2. Konsultation med patientens medicinske team bør etableres med henblik på at indhente vigtige medicinske oplysninger og etablere dialog.
3. Fagprofessionelle, som er bedst egnede til håndtering af denne population, er fysioterapeuter og kliniske træningsfysiologer (eller tilsvarende), som har supplerende viden om træning til kræftpatienter.
4. Klinisk vurdering og dømmekraft bør anvendes til at overveje, om træningstest er nødvendig.
5. Motion på recept bør følge standardanbefalingerne for træning som skitseret af International Exercise Guidelines for Cancer Survivors med større vægt

på justering af kroppen (postural alignment), kontrolleret bevægelse, korrekt teknik og hensyntagen til knoglelæsionens placering og præsentation.

Diskussion. Ultimativt bør den vurderede risiko for skeletkomplikationer opvejes mod potentielt udbytte for helbredet på baggrund af dialog mellem patienter og sundhedsprofessionelle. De fem anbefalinger giver således en indledende ramme for at forbedre integrationen af træningsprogrammer hos patienter med knoglemetastaser. De bidrager med essentiel viden til de klinikere, som ikke ved, hvad de må anbefale til patienter med knoglemetastaser - og et håb om, at patienterne på sigt hurtigt henvises til den rette støtte og hjælp. ●

Sasja Jul Håkonsen, sygeplejerske, cand.cur., ph.d., Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram Videncenter – Ressourcer & Innovation.

Uønskede gamle patienter på sygehusene

Gamle. Feltobservationer viste, at der er forskel på, hvad de gamle, deres pårørende og sygeplejerskerne finder betydningsfuldt, hvilket kan medføre udskrivelse før anbefalet aflægerne eller fravalg af pleje.



Falch, LA. **Det betydningsfulde i gamle patienters indlæggelsesforløb.** Forstyrrelsen. Sygeplejefagligt tidsskrift for sygeplejersker der arbejder med udvikling og forskning. Læst 7. december 2021. https://issuu.com/ribertus/docs/2_2021_forstyrrelsen_final/s/13169927

Introduktion. Gamle patienter, som var uønskede på højt specialiserede afdelinger og blev italesat med sætningen "det er ikke vores patient", var inspiration til arbejdet. Formålet med studiet var bl.a. at frembringe ny viden om, hvordan sygehusvæsenets indretning påvirker de gamles indlæggelsesforløb set fra flere perspektiver, og hvordan historikken bidrager til dette.

Metode. Gennem feltobservationer, livsformsteori og begreber fra Foucault blev 13 patienter (78-99 år) fulgt gennem deres indlæggelse på et dansk sygehus. Observationerne blev suppleret med data fra sygeplejedokumentationen, interview med 14 sygeplejersker og seks læger samt en del historiske dokumenter.

Fund. Gamle patienter er siden 1990'erne blevet gjort speciale-, interesse- og historieløse på grund af deres komplekse sygdomsbillede. På sygehuset er der en opfattelse af, at de gamles problematikker skal varetages i primærsektor og ikke på sygehuset. En sygeplejerske fortæller, at hun bevidst ikke spørger til de gamles hverdagsliv, idet problematikker derfra kan føre til længere indlæggelsestid.

Pårørendeinvolvering varierede fra deltagelse i pleje- og omsorgsopgaver, som sygeplejersker almindeligvis har varetaget (hjælp til spising og personlig hygiejne) til total mangel på opfattelse af, hvad de pårørende forsøgte at gøre opmærksom på.

Der ses en forskel på, hvad de gamle, deres pårørende og sygeplejerskerne finder betydningsfuldt. For

sygeplejerskerne handler patientinvolvering om at få de gamle til at komme med oplysninger relevante for behandlingen, og at deres pårørende inddrages mht. praktikaliteter vedr. udskrivelsen.

Diskussion. Der er risiko for fejl og manglende understøttelse af selvstændighed og selvbestemmelse, når patient- og pårørendeinvolvering opfattes så snævert. En del genindlæggelser og unødigt lidelse for patienterne vil kunne forebygges ved udvikling af sygeplejepraksis, så den reelle involvering af patient og pårørende kommer ind på lige vilkår som diverse målinger og screeninger.

Konsekvenser for praksis. Der er næppe brug for nye standardiserede patient- eller pårørende-inddragelsesredskaber, men måske for plads til fritekst i EPJ/Sundhedsplatformen, så livsformsperspektivet kan medtages som et naturligt supplement.

Kommentar. Hele ph.d.-projektet kan downloades gratis:

Søg i Google på titlen '*Det er ikke vores patient!*'

En ½ times præsentation findes også på YouTube: Søg på titlen '*Det er ikke vores patient!*' ●

Helle Svenningsen, lektor, MKS, ph.d. Sygeplejerskeuddannelsen VIA University College, Aarhus.

SYGEPLEJERSKERS MENTALE SUNDHED UNDER FØRSTE BØLGE AF COVID-19 PANDEMIEN – ET TVÆRSNITSSTUDIE

BAGGRUND. I marts 2020 blev virussygdommen covid-19 erklæret for en pandemi. Studier har vist, at sygeplejersker er særligt sårbare i forhold til at udvikle negative psykologiske reaktioner under en pandemi.

FORMÅL. Studiets formål var at undersøge den mentale sundhed blandt sygeplejersker på danske sygehuse under covid-19-pandemien samt at undersøge, om der var særlige faktorer forbundet med en eventuel belastet mental sundhed.

METODE. Tværnsnitsstudie baseret på kvantitative data indsamlet via et webbaseret spørgeskema. Spørgeskemaet indeholdt validerede spørgeskemaer til måling af stress, angst, depression og søvnproblemer samt selvudviklede spørgsmål om covid-19.

Udlånte sygeplejersker følte størst belastning

COVID-19. Sygeplejerskers psykiske belastning under covid-19-pandemiens første bølge var i højere grad forbundet med udlån til andre afdelinger end med selve det at arbejde på en afdeling med covid-patienter.



RESULTATER. 1.165 sygeplejersker deltog i undersøgelsen. Sygeplejersker, som havde været udlånt til afdelinger med covid-patienter, adskilte sig statistisk signifikant fra sygeplejersker, som arbejdede med covid-patienter på deres faste afdeling, idet de udviste flere depressive symptomer, rapporterede højere grad af stress og flere søvnproblemer.

KONKLUSION. Den mentale sundhed blandt sygeplejersker på danske sygehuse under covid-19-pandemiens første bølge var belastet. Symptomerne på psykisk belastning var i højere grad forbundet med udlån til andre afdelinger end selve det at arbejde på en afdeling med covid-patienter.

FORFATTERE



CAROLINE TRILLINGSGAARD MEJDAHL

Cand.cur., ph.d., ansat som forsker i DEFACTUM, Region Midtjylland. Uddannet sygeplejerske 2006. Forskningsmæssig interesse: Patientrapporterede oplysninger (PRO) i klinisk praksis, patient- og borgerperspektiver, organisatorisk forskning, mental sundhed samt borger- og patientinvolvering i forskning.

carmej@rm.dk



MORTEN DELEURAN TERKILDSSEN

Antropolog, cand.mag., ph.d., seniorforsker. Arbejder antropologisk med patienters og sundhedsprofessionelles perspektiver på sundhed og sygdom, nye teknologiers betydning for mødet mellem patient og sundhedsprofessionel, patientinvolvering.



MIMI YUNG MEHLISEN

Cand.psych., ph.d. Ansat som lektor og studieleder på Psykologisk Institut ved Aarhus Universitet, aktiv i fagpolitisk arbejde i Dansk Psykologforening. Forskningsfokus: kræftpatienters trivsel samt voksne menneskers udvikling igennem større livsbegivenheder som alvorlig sygdom.



BERIT KJÆRSIDE NIELSEN

Cand.psych., ph.d., programleder og seniorforsker ved DEFACTUM, Region Midtjylland. Forsker bl.a. i patientens møde med sundhedsvæsenet, borger- og patientinvolvering, hverdagsliv med kronisk sygdom og mental sundhed.

I

Introduktion

I december 2019 i Wuhan, Kina, opdagede man en ny alvorlig virussygdom forårsaget af SARS-CoV-2. Sygdommen kaldes Coronavirus disease 2019 (covid-19) og er en viral luftvejsinfektion. Covid-19

spredte sig hurtigt til hele verden, og den 11. marts 2020 erklærede Verdenssundhedsorganisationen WHO covid-19 for en pandemi (1).

Tidligere undersøgelser har dokumenteret, at pandemier kan føre til ekstraordinært pres på sundhedsprofessionelle (2). Forhold som øget arbejdsbyrde, mangel på værnemidler, fysisk udmattelse, risiko for at blive smittet og etiske problemstillinger kan i høj grad påvirke de sundhedsprofessionelles fysiske og mentale sundhed (3).

Mental sundhed er en tilstand af trivsel, hvor det enkelte menneske kan udfolde sine evner, håndtere dagligdags udfordringer og stress samt indgå i fællesskaber med andre mennesker (4). Belastet mental

Konkurrerende interesser
Ingen

Finansiering

Studiet har modtaget støtte fra DEFACTUM, Region Midtjylland, Region Midtjyllands Sundhedsvidenskabelige Forskningsfond, og Dansk Sygeplejeråds Sygeplejefaglige Forskningsfond.





sundhed kan komme til udtryk i form af negative psykologiske reaktioner som depression, angst, stress eller søvnløshed.

Det er dokumenteret, at sundhedsprofessionelle er særligt sårbare i forhold til at udvikle negative psykologiske reaktioner under pandemier (5,6). Den første undersøgelse af den mentale sundhed blandt sundhedsprofessionelle under første bølge af covid-19 identificerede da også negative psykologiske reaktioner i form af angst, stress, depression og søvnproblemer (7). Dette er siden genfundet i en lang række undersøgelser (3,8-13). Flere undersøgelser dokumenterede desuden, at sygeplejersker var den faggruppe blandt sundhedsprofessionelle, hvor forekomsten af negative psykologiske reaktioner er størst (3,8,9,12,14).

Viden om, hvilken betydning covid-19 pandemien havde for danske sygeplejerskers mentale sundhed, var i foråret 2020 fraværende, men vigtig. Ligeledes manglede der viden om, hvilke faktorer eller aspekter i arbejdet som sygeplejerske under pandemien, der måtte være udslagsgivende for den mentale sundhed. Sådanne former for viden ville forventeligt kunne støtte op om arbejdet med at afbøde potentielle kort- og langsigtede negative konsekvenser forbundet med det at arbejde som sygeplejerske under den nuværende og eventuelt fremtidige pandemier.

Vi ønskede derfor at undersøge den mentale sundhed blandt danske sygeplejersker under covid-19-pandemien samt undersøge, om der var særlige faktorer forbundet med en eventuel belastet mental sundhed.

Formål med studiet

Studiets formål er at undersøge den mentale sundhed blandt sygeplejersker på danske sygehuse under covid-19-pandemien, herunder symptomer på depression, angst, søvnløshed og stress.

Forskningsspørgsmål:

1. Er arbejdet som sygeplejerske under covid-19-pandemien relateret til trusler mod den mentale sundhed i form af symptomer på depression, angst, stress og søvnløshed?
2. Er der særlige faktorer (f.eks. anciennitet, arbejdsområde) forbundet med lavere mental sundhed blandt sygeplejersker på danske sygehuse under covid-19-pandemien?



Metode

Studiedesign

Det aktuelle studie var en tværsnitsspørgeskemaundersøgelse. Dataindsamlingen blev foretaget med et online spørgeskema bestående af en kombination af både validerede skalaer og til

formålet selvudviklede enkelt-spørgsmål. Spørgeskemaet blev distribueret gennem sociale medier, f.eks.

lukkede sygeplejerske-facebookgrupper, hjemmesider og nyhedsbreve. Spørgeskemaet skulle besvares elektronisk via SurveyXact, og linket blev gjort tilgængeligt den 18. maj 2020 og kunne tilgås og besvares frem til den 7. juni 2020.

Vores antagelse var, at arbejdet som sygeplejerske på et dansk hospital under første bølge af covid-19 ville have en negativ effekt på selv-rapporteret mental sundhed, herunder højere forekomst af depressive symptomer, angst, søvnløshed og stress.

Forud for udsendelsen af det elektroniske skema testede vi spørgeskemaets overflade-validitet (face-validity) på en mindre gruppe sygeplejersker.

Deltagere

Deltagerne blev rekrutteret igennem en annoncering på de sociale medier. I den medfølgende information til spørgeskemalinket inviterede vi alle sygehusansatte sygeplejersker i landets fem regioner til at deltage i en spørgeskemaundersøgelse af sygeplejerskers mentale sundhed og trivsel under covid-19.

Spørgeskemaet

Spørgeskemaet bestod af 47 spørgsmål og indeholdt seks demografiske spørgsmål (køn, alder, samlivsstatus, geografisk ansættelsessted, antal år som sygeplejerske, afdelingstype), fire internationalt validerede skalaer til måling af mental sundhed, som på daværende tidspunkt var blevet anvendt i et kinesisk studie, der rapporterede fra epicentret for covid-19 udbruddet (7). Siden har flere internationale studier publiceret resultater, hvor samme skalaer er anvendt (15-17). Derudover blev syv enkeltstående spørgsmål udviklet til undersøgelsen. De vedrørte deltagerens konkrete erfaring med og bekymring for covid-19. Afslutningsvis inkluderede vi et åbent tekstfelt i spørgeskemaet, hvor sygeplejerskerne frit kunne beskrive, hvordan de oplevede det at arbejde som sygeplejerske under pandemien. Resultaterne fra analysen af de mere end 350 kvalitative besvarelser på det åbne spørgsmål er ikke medtaget i denne artikel.

PHQ-9

De primære udfaldsmål var forekomsten af depressive symptomer, angst, søvnløshed og stress. Til måling af depressive symptomer anvendtes the Patient Health Questionnaire (PHQ-9), der belyser tilstedeværelsen af depressive symptomer inden for de seneste to uger (18). PHQ-9 består af ni udsagn, hvor respondenterne på en 4-punkts Likert-skala angiver, i hvilken grad de er enige med udsagnet. Herefter udregnes en totalscore på mellem 0 og 27, hvor en højere score er et udtryk for flere depressive symptomer. PHQ-9 har vist sig at være et validt og reliabelt spørgeskema. PHQ-9 er oversat til dansk, men denne version er endnu ikke valideret på dansk. Imidlertid har PHQ-9 vist sig at have gode psy-

kometriske egenskaber i den generelle befolkning (19). Cronbach's alpha var i nærværende undersøgelse 0,86.

GAD-7

Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) blev anvendt til at belyse forekomst af generel angst (20). GAD-7 består af syv spørgsmål, hvor respondenter vurderer hyppigheden af symptomer inden for de seneste to uger på en 4-punkts Likert skala, der spænder fra "slet ikke" til "næsten hver dag." Der udregnes en totalscore med værdier fra 0 til 21, hvor en højere score indikerer højere grad af angst. Cronbach's alpha var i nærværende undersøgelse 0,89.

ISI-7

Insomnia Severity Index (ISI-7) inkluderer syv spørgsmål, der måler sværhedsgrad af søvnløshed set over de seneste to uger (21,22). Respondenter vurderer sværhedsgraden af at falde i søvn, blive i søvnen, vågne tidligt, tilfredshed med nuværende søvn samt graden af bekymring eller angst forårsaget af søvnbesvær. Desuden spørges til søvnbesværets påvirkning af dagtimerne, og hvorvidt omgivelserne bemærker funktionsnedsættelse relateret til søvnproblemet. En 5-punkts Likert-skala (0-4) bruges til at vurdere områderne i forhold til den oplevede sværhedsgrad. Den samlede score går fra 0 til 28, hvor en højere score indikerer større sværhedsgrad af søvnløshed. Der findes en præliminær validering af den danske oversættelse af ISI-7, som viser gode psykometriske egenskaber (23). Cronbach's alpha var i nærværende undersøgelse 0,92.

PSS-10

Endelig inkluderede vi the Perceived Stress Scale (PSS-10), et generelt mål for oplevet stress, der viser, i hvilken grad en person oplever sit liv som uforudsigeligt, ukontrollabelt og belastet (24). PSS-10 spørger til følelser og tanker inden for den sidste måned og består af 10 items. PSS-10 er oversat og valideret i en dansk kontekst og er anvendt i en række danske undersøgelser, herunder den Nationale Sundhedsprofil (25). PSS-10 scoren går fra 0 til 40, hvor en højere score indikerer højere grad af oplevet stress. Cronbach's alpha var i nærværende undersøgelse 0,89.

Covid-spørgsmålene

Udvikling af de covid-relaterede enkeltspørgsmål skete dels med afsæt i de spørgsmål, der var anvendt i det internationale studie publiceret tilbage i april 2020 (7), dels i en dialog med inddragelse af sygeplejersker, som en måned inde i pandemien havde gjort sig praktiske erfaringer i relation til situationen, som den blev oplevet på sygehusene. Tabel 1B viser de syv spørgsmål, deres svarkategorier og svar fordelt på spørgsmålet: *Er du i forbindelse med covid-19-pan-*

demien blevet udlånt fra din normale afdeling til en anden afdeling? med svarmulighederne:

- Ja, jeg er/har været udlånt til en afdeling, som behandler covid-19-patienter
- Ja, jeg er/har været udlånt til en afdeling, som ikke behandler covid-19-patienter
- Nej, jeg har hele tiden været på min faste afdeling, som behandler covid-19-patienter
- Nej, jeg har hele tiden været på min faste afdeling, som ikke behandler covid-19-patienter.

Statistik

Beskrivende statistik blev udført på deltagerne. Alder på de deltagende sygeplejersker er beregnet ud fra deres fødselsdato, som de opgav i skemaet. Anciennitet er baseret på det antal år, respondenter selv har angivet i sit svar. Urealistiske værdier, som må tilskrives fejlindtastninger, blev slettet og efterladt som missing. Forskelle mellem udlånte sygeplejersker og sygeplejersker, som var forblevet på deres faste afdeling, testes ved en serie af chi-square test. En serie af variansanalyser (ANOVA) gennemføres med henblik på at undersøge forskelle i gennemsnitligt niveau af psykiske symptomer og item-score på enkeltspørgsmål relateret til covid-19 mellem sygeplejersker i de fire kategorier: 1) har arbejdet med og 2) uden covid-patienter på a) egen faste afdeling eller b) på en afdeling, de var udlånt til.

I opfølgende analyser anvendtes t-test til at bestemme forskelle i symptomniveau mellem undergrupper af sygeplejersker. Cronbach's alpha blev udregnet på de anvendte spørgeskemaer i studiet med henblik på at vurdere realibiliteten. Signifikansniveauet blev fastsat til $p < 0,05$. Data blev behandlet og analyseret i SPSS version 27.

Etiske overvejelser

Undersøgelsen fulgte de etiske principper for forskning, der involverer mennesker, som de fremgår af Helsinki-deklarationen (26). Data blev indsamlet anonymt via et webbaseret, offentligt spørgeskema-link. Deltagelse var frivillig. Skriftlige oplysninger om undersøgelsen herunder kontaklinformation til forskningsansvarlig ledsagede undersøgelsen. Deltagerne gav samtykke til deltagelse ved at markere afkrydsningsfeltet for ja til deltagelse.



Resultater

I alt 1.240 sygeplejersker afkrydsede et samtykke til deltagelse i undersøgelse, som var indgangen til at kunne åbne skemaet. Af disse besvarede 1.165 mindst ét spørgsmål i skemaet, og disse betragtes som

undersøgelsens sample. Sygeplejersker (gennemsnitsalder 43 år, min-max: 20-76 år) fra alle fem



regioner i Danmark deltog i undersøgelsen, men med størst repræsentation fra Region Midtjylland (n = 596, 52 pct.) og Region Hovedstaden (n = 251, 22 pct.). I Tabel 1A ses deltagerens demografiske karakteristika, mens specifikke covid-19-oplysninger, herunder arbejdsstatus under første bølge af covid-19, fremgår af Tabel 1B.

Mere end halvdelen af deltagerne svarer, at de i nogen grad (36 pct.) eller i høj grad (17 pct.) har følt sig utrygge i deres arbejde pga. covid-19, se Tabel 1.b. Sygeplejersker, som har været udlånt til andre

afdelinger, er signifikant mere utrygge end sygeplejersker, der har været på deres faste afdelinger [F (3, 1.031) = 4,17, p = 0,006].

To ud af tre sygeplejersker svarer, at de i nogen grad (36 pct.) eller i høj grad (29 pct.) har været bekymrede for deres nærmeste pårørende grundet deres arbejde som sygeplejerske under pandemien, og her er de sygeplejersker, som har været på covid-afsnit (fast eller udlånt) signifikant mere bekymrede sammenlignet med sygeplejersker, der ikke har været på covid-afsnit [F (3, 1.023) = 8,82, p < 0,001], se Tabel 2.

Af Tabel 1b fremgår det, at sygeplejersker, som har været udlånt til andre afdelinger, adskiller sig signifikant på alle covid-relaterede spørgsmål på nær tilgængeligheden af værnemidler. Således angav udlånte sygeplejersker relativt oftere, at de var testet positive for covid-19, at de havde fået undervisning i håndtering af covid-19, at de var utrygge i deres arbejde og bekymrede for deres nærmeste pårørende, men havde mindre tillid til deres ledelses håndtering af covid-19 og havde fået utilstrækkelig information fra ledelsen. Derudover ses i Tabel 2, at sygeplejersker, som har været udlånt til andre afdelinger, adskiller sig signifikant mht. psykisk belastning i forhold til sygeplejersker, som er blevet på deres faste afdelinger.

Sygeplejersker, der har arbejdet på deres faste afdeling med covid-patienter, scorer således lavere på stress, angst, depressive symptomer og søvnproblemer end sygeplejersker, der er blevet udlånt til en anden afdeling, også selv om de ikke er blevet udlånt til en afdeling med covid-patienter.

Opfølgende analyser viser, at når der kun ses på de udlånte sygeplejersker, er der ikke forskel på symptomer hos sygeplejersker, der er udlånt til afdelinger med og uden covid-patienter (t: 0.77-1.07, p: 0.285-0.438).

På samme måde, når man kun ser på sygeplejerskerne, som har været på deres faste afdeling, er der heller ikke forskel i stress, depression, og søvnproblemer, uanset om sygeplejerskerne har arbejdet på afdelinger med eller uden covid-patienter (t: 0.31-1.85, p: 0.065-0.759), om end sygeplejersker på afdelinger med covid-patienter scorer lidt højere på angst (p=0.027).

Til gengæld scorer de udlånte sygeplejersker på covid-afdelinger signifikant højere på stress, depression og søvnproblemer sammenlignet med sygeplejersker, som er på deres faste afdeling med covid-patienter (t: 2.22-2.89, p: 0.003-0.028).

Med hensyn til sygeplejerskernes oplevelse af ledeshåndtering og information angav henholdsvis 38 og 43 pct., at de i høj eller nogen grad har haft tillid til ledelsens håndtering af covid-19. 32 og 45 pct. svarer, at de har modtaget tilstrækkelig information om covid-19 situationen fra deres nærmeste ledelse.

Tabel 1A. Deltagerkarakteristika

Køn	Antal (Pct.)
Kvinder	1125 (96,6)
Mænd	38 (3,3)
Andet	1 (0,1)
Ikke angivet	1 (0,1)
Alder (år)	
Min-max	20-76
Gennemsnit	43
Samlevsstatus	
Lever alene	
Nej	995 (85,4)
Ja	170 (14,6)
Ikke angivet	0 (0)
Bor sammen med samlever	872 (74,8)
Bor sammen med børn under 16 år	487 (41,8)
Bor sammen med andre personer over 16 år	244 (20,9)
Anciennitet som sygeplejerske (år)	
Range	0-46
Gennemsnit	16
Region	
Region Hovedstaden	251 (21,5)
Region Midtjylland	596 (51,1)
Region Nordjylland	77 (6,6)
Region Syddanmark	110 (9,4)
Region Sjælland	103 (8,8)
Ikke angivet	29 (2,5)
Stamafdeling	
Medicinsk afdeling	182 (15,6)
Intensiv afdeling	66 (5,7)
Skadestue/akutafdeling	87 (7,5)
Psykiatrisk afdeling	41 (3,5)
Ambulatorium	176 (15,1)
Anæstesiologisk afdeling	87 (7,5)
Børneafdeling	34 (2,9)
Kirurgisk afdeling	150 (12,9)
Opvågnings og operationsafdeling	85 (7,3)
Anden	166 (14,2)
Ikke angivet	91 (7,8)
Har været på COVID-19 afdeling?	
Ja, udlånt til COVID-afdeling	266 (22,8)
Ja, fast COVID-afdeling	254 (21,8)
Nej, udlånt til ikke-COVID-afdeling	88 (7,6)
Nej, fast ikke-COVID-afdeling	444 (38,1)
Ikke angivet	113 (9,7)



Tabel 1B. COVID-19-relaterede oplysninger

	Alle N=1165 Antal (Pct.)	Ikke udlånt n=698 Antal (Pct.)	Udlånt n=354 Antal (Pct.)	Forskel udlånte vs. ikke-udlånte Chi-square
Har selv haft COVID				
Ja (testet positiv)	69 (5,9)	32 (3,0)	36 (3,4)	12,7**
Måske (ikke testet, men haft symptomer)	157 (13,5)	107 (10,2)	46 (4,4)	
Nej (ikke haft symptomer)	826 (70,9)	553 (52,6)	266 (25,3)	
Ikke angivet	113 (9,7)	6(0,6)	6(0,6)	
Har modtaget undervisning/oplæring i COVID-19				
Ja	561 (48,2)	313 (30,0)	243 (23,1)	55,6***
Nej	472 (40,5)	364 (34,6)	101 (9,6)	
Ved ikke	20 (1,7)	15 (1,4)	5 (0,5)	
Ikke angivet	112 (9,6)	6 (0,6)	5 (0,5)	
Har oplevet at mangle værnemidler				
Aldrig	630 (54,1)	415 (39,4)	209 (19,9)	1,5
En enkelt gang	186 (16,0)	126 (12,0)	60 (5,7)	
Flere gange	177 (15,2)	110 (10,5)	64 (6,1)	
Hyppegt	48 (4,1)	33 (3,1)	13 (1,2)	
Ikke angivet	124 (10,6)	14 (1,3)	8 (0,8)	
Har følt sig utryk i sit arbejde pga. COVID-19				
I høj grad	176 (15,1)	188 (17,9)	112 (10,6)	8,8*
I nogen grad	375 (32,2)	237 (22,5)	134 (12,7)	
I mindre grad	355 (30,5)	188 (17,9)	71 (6,7)	
Slet ikke	140 (12,0)	70 (6,7)	27 (2,6)	
Ikke angivet	119 (10,2)	15 (1,4)	10 (1,0)	
Har været bekymret for sine nærmeste pga. arbejde som sygeplejerske under COVID-19				
I høj grad	303 (26,0)	188 (17,9)	112 (10,6)	8,8*
I nogen grad	372 (31,9)	237 (22,5)	134 (12,7)	
I mindre grad	266 (22,8)	188 (17,9)	71 (6,7)	
Slet ikke	97 (8,3)	70 (6,7)	27 (2,6)	
Ikke angivet	127 (10,9)	15 (1,4)	10 (1,0)	
Haft tillid til ledelsens håndtering af COVID-19				
I høj grad	389 (33,4)	285 (27,1)	99 (9,4)	17,1***
I nogen grad	445 (38,2)	268 (25,4)	173 (16,4)	
I mindre grad	169 (14,5)	108 (10,3)	59 (5,6)	
Slet ikke	32 (2,7)	21 (2,0)	11 (1,0)	
Ikke angivet	130 (11,2)	16 (1,5)	12 (1,1)	
Har modtaget tilstrækkelig information om COVID-19 fra nærmeste ledelse				
I høj grad	328 (28,2)	244 (23,2)	80 (7,6)	22,2***
I nogen grad	470 (40,3)	296 (28,1)	170 (16,2)	
I mindre grad	182 (15,6)	113 (10,7)	66 (6,3)	
Slet ikke	54 (4,6)	26 (2,5)	28 (2,7)	
Ikke angivet	131 (11,2)	19 (1,8)	10 (1,0)	

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

Tabel 2. Klinisk arbejdsområde og gennemsnitsscores på PSS, GAD-7, PHQ-9 og ISI

	Udlånt COVID-afdeling n: 250-258	Udlånt ikke- COVID-afdeling n: 80-82	Fast afdeling m. COVID-patienter n: 231-246	Fast afdeling u. COVID-patienter n: 398-424	Forskel mellem grupper	Signifikans
	Gns. (SD)	Gns. (SD)	Gns. (SD)	Gns. (SD)	F	p
Stress (PSS) N=959	15,3 (7,7)	14,2 (7,2)	13,3 (7,4)	12,7 (6,5)	7,23	< 0,001
Angst (GAD-7) N=1003	4,3 (4,3)	3,9 (3,7)	3,7 (4,0)	3,1 (3,2)	6,23	< 0,001
Depression (PHQ-9) N=1010	6,2 (5,3)	5,6 (4,8)	5,2 (4,8)	4,5 (4,1)	7,59	< 0,001
Insomni (ISI) N=994	8,4 (6,8)	7,8 (5,0)	7,2 (5,8)	7,0 (5,8)	3,06	0,027



Omkring en femtedel har i mindre grad eller slet ikke haft tillid til deres ledelse eller har følt, at informationen var tilstrækkelig.

Der er forskel på, om man har været udlånt til covid-afdeling, eller om man har været på egen afdeling, hvor udlånte sygeplejersker har signifikant mindre tillid til ledelsens håndtering af covid-19 [F (3,1020) = 2,94, p = 0,032]. Sygeplejersker, som har været på deres egne afdelinger, synes i højere grad, at informationen fra ledelsen har været tilstrækkelig sammenlignet med de sygeplejersker, der har været udlånt til andre afdelinger [F (3,1019) = 6,00, p < 0,001].

D

Diskussion

Formålet med dette tværsnitstudie var at undersøge den mentale sundhed blandt sygeplejersker på danske sygehuse under covid-19-pandemiens første bølge samt at undersøge, om der var særlige faktorer forbundet med en eventuel belastet mental sundhed. Undersøgelsen viser, at den mentale sundhed blandt sygeplejersker på danske sygehuse under covid-19 pandemien første bølge var belastet, idet sygeplejerskerne udviste negative psykologiske reaktioner i form af symptomer på depression, angst, stress og søvnproblemer.

Forekomst af netop disse negative psykologiske reaktioner genfindes i flere internationale videnskabelige litteraturgennemgange (reviews) over covid-19-pandemiens indvirkning på sygeplejerskers mentale sundhed (3,8,9,12).

Analyse af spørgeskemabesvarelserne viste desuden, at en betydelig andel af sygeplejerskerne havde været utrygge på egne vegne og i endnu højere grad været bekymrede for deres pårørende.

Sygeplejerskers utryghed og bekymring – særligt for deres pårørende – er sidenhen blevet beskrevet i flere kvalitative undersøgelser af sygeplejerskers oplevelser under covid-pandemien (27-31).

I overensstemmelse med denne undersøgelses fund viser en portugisisk tværsnitundersøgelse af sygeplejerskers mentale sundhed under covid-19-pandemien, at sygeplejersker er bekymrede for selv at blive smittet, men også dette studie finder, at sygeplejerskerne i højere grad er bekymrede for at smitte deres familie og venner. Endvidere finder den portugisiske undersøgelse, i overensstemmelse med resultaterne fra vores undersøgelse, en statistisk signifikant sammenhæng mellem stigende bekymring for smitte og øget forekomst af symptomer på depression, angst og stress (32).

Knap hver tredje var udlånt

Nærværende undersøgelse viser, at 30,4 pct. af sygeplejerskerne havde været udlånt enten til en

covid-afdeling eller til en ikke-covid-afdeling. Et overraskende fund i analyserne er, at det i højere grad synes at være udlån fra ens faste afdeling end det at skulle arbejde med covid-patienter, som er forbundet med symptomer på psykisk belastning. Både sygeplejersker, der havde været udlånt til andre afdelinger med covid-patienter, og dem, der havde været udlånt til afdelinger uden covid-patienter, adskilte sig således statistisk signifikant fra sygeplejersker, som arbejdede med covid-patienter på deres faste afdeling. De udlånte sygeplejersker udviste flere depressive symptomer, rapporterede højere grad af stress og flere søvnproblemer.

Dette fund adskiller sig fra resultaterne af den førnævnte portugisisk undersøgelse af sygeplejerskers mentale sundhed under covid-19-pandemien (32). I den portugisiske undersøgelse finder forskerne, at 15,8 pct. af deltagerne havde været udlånt til en anden afdeling, og i undersøgelsen rapporteres ingen signifikant sammenhæng mellem det at blive udlånt og grad af depression, angst eller stress blandt deltagerne (32).

Undersøgelsens svagheder

Vores undersøgelse har flere svagheder. Da vi ikke havde adgang til officielle optegnelser over hospitalsansatte sygeplejersker og derfor ikke havde mulighed for tilfældig udvælgelse af deltagere, valgte vi at rekruttere deltagere via div. sociale medier, nyhedsbreve og hjemmesider. Deltagerne udgjorde herved et selvudvælgende sample, hvilket potentielt øger risikoen for selektionsbias. Dette muliggør en risiko for, at de, der har deltaget i undersøgelsen, overvejende er personer med stærke holdninger og/eller særlig interesse i det, der undersøges.

En anden svaghed ved undersøgelsen er brugen af de selvudviklede covid-19-spørgsmål. Sådanne spørgsmål er ikke validerede, hvilket svækker datakvaliteten og besværliggør sammenligning med andre undersøgelser.

Undersøgelsens styrke

Undersøgelsens styrke er, at der blev anvendt validerede spørgeskemaer (18,20,21,24) til måling af mental sundhed, og at lignende internationale studier finder tilsvarende mental belastning blandt sundhedsprofessionelle under første bølge af covid-19. Endnu en styrke ved undersøgelsen er det høje antal deltagere, hvilket styrker resultaternes robusthed.

Spørgeskemaet blev afprøvet på en mindre gruppe sygeplejersker inden udsendelsen med henblik på at vurdere, om spørgsmålene forstås efter hensigten, hvilket øgede undersøgelsens validitet. Endelig har de anvendte spørgeskemaer i undersøgelsen alle udvist god intern konsistens med Cronbach's alpha

værdier > 0,7, hvilket er et udtryk for, hvor godt spørgsmålene i de enkelte spørgeskemaer hænger sammen (33).

Den mentale sundhed var belastet

Den mentale sundhed blandt sygeplejersker på danske sygehuse under covid-19-pandemiens første bølge var belastet. Spørgeskemaundersøgelsen viste, at sygeplejerskerne havde været betydeligt bekymrede for deres eget og pårørendes helbred. Undersøgelsen tyder imidlertid på, at symptomer på psykisk belastning i højere grad var forbundet med udlån til andre afdelinger end selve det at arbejde på en afdeling med covid-patienter. Sygeplejersker, der havde været udlånt til andre afdelinger, adskilte sig statistisk signifikant fra ikke-udlånte sygeplejersker, idet de udviste flere depressive symptomer, udviste mere angst og stress og rapporterede flere søvnproblemer.

Vigtigt indblik i reaktioner på pandemien

Undersøgelsens resultater giver et vigtigt indblik i forekomsten af negative psykologiske reaktioner på covid-19-pandemien blandt sygeplejersker på danske sygehuse og beskriver særlige faktorer forbundet med den belastede mentale sundhed. Denne viden er relevant både nu og her under den igangværende pandemi og på sigt også i forbindelse med eventuelle fremtidige pandemier eller andre sundhedskriser.

Undersøgelsens påvisning af belastet mental sundhed blandt sygeplejerskerne er relevant i arbejdet med at afbøde kort- og langsigtede negative konsekvenser forbundet med det at arbejde som sygeplejerske under covid-19-pandemien. Fokus på og håndtering af sygeplejerskers negative psykologiske reaktioner bør således indgå som et særligt opmærksomhedspunkt i sundhedsvæsenets krisehåndtering.

I et indlæg i Journal of American Medical Association (JAMA) uddrager Lawrence O. Gostin syv lærdomme af pandemien, hvor den vigtigste handler om vigtigheden af at opbygge robuste sundhedsvæsen (34). Alle lande bør opbygge tilstrækkelig kapacitet til hurtigt at kunne opdage, vurdere, rapportere og reagere på nye smitteudbrud (34). Sygeplejersker spiller en afgørende rolle i opbygningen af et robust sundhedsvæsen, som hurtigt kan reagere på nye smitteudbrud. Når sundhedsvæsenet hurtigt skal kunne reagere og omorganisere i forbindelse med pandemier, kræver det en høj grad af fleksibilitet fra de sundhedsprofessionelles side. Vores undersøgelse dokumenterer, at udlånet af sygeplejersker og dermed den fleksibilitet, der kræves af sygeplejersker, i høj grad har været med til at svække den mentale sundhed. Relevansen af dette fund synes at række ud over covid-19-pandemien, idet meget tyder på, at sygeplejersker fremover vil blive mødt med krav om større fleksibilitet i både opgaver og placering. ●

Referencer

1. Organization WH. Statement On The Second Meeting Of The International Health Regulations (2005) Emergency Committee Regarding The Outbreak Of Novel Coronavirus (2019-Ncov) 2020 [Available from: [https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))].
2. Liu X, Kakade M, Fuller CJ, Fan B, Fang Y, Kong J, et al. Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Compr Psychiatry*. 2012;53(1):15-23.
3. Vizheh M, Qorbani M, Arzaghi SM, Muhidin S, Javanmard Z, Esmaili M. The mental health of healthcare workers in the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*. 2020.
4. Sundhedsstyrelsen. Mental sundhed [Available from: <https://www.sst.dk/da/viden/mental-sundhed>].
5. Lung FW, Lu YC, Chang YY, Shu BC. Mental Symptoms in Different Health Professionals During the SARS Attack: A Follow-up Study. *Psychiatr Q*. 2009;80(2):107-16.
6. Wu P, Fang Y, Guan Z, Fan B, Kong J, Yao Z, et al. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Can J Psychiatry*. 2009;54(5):302-11.
7. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA network open*. 2020;3(3):e203976.
8. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*. 2020;88:901-7.
9. Luo M, Guo L, Yu M, Jiang W, Wang H. The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public - A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2020;291:113190.
10. Krishnamoorthy Y, Nagarajan R, Saya GK, Menon V. Prevalence of psychological morbidities among general population, healthcare workers and COVID-19 patients amidst the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2020;293:113382.
11. Cabarkapa S, Nadjidai SE, Murgier J, Ng CH. The psychological impact of COVID-19 and other viral epidemics on frontline healthcare workers and ways to address it: A rapid systematic review. *Brain Behav Immun Health*. 2020;8:100144.
12. Sanghera J, Pattani N, Hashmi Y, Varley KF, Cheruvu MS, Bradley A, et al. The impact of SARS-CoV-2 on the mental health of healthcare workers in a hospital setting-A Systematic Review. *J Occup Health*. 2020;62(1):e12175.
13. Salari N, Khazaie H, Hosseini-Far A, Khaledi-Paveh B, Kazemini M, Mohammadi M, et al. The prevalence of stress, anxiety and depression within front-line healthcare workers caring for COVID-19 patients: a systematic review and meta-regression. *Hum Resour Health*. 2020;18(1):100.
14. Benfante A, Di Tella M, Romeo A, Castelli L. Traumatic Stress in Healthcare Workers During COVID-19 Pandemic: A Review of the Immediate Impact. *Frontiers in Psychology*. 2020;11(2816).

Har du brug for direkte links til dokumenterne i referencelisten, så findes artiklen også i en digital udgave på dsr.dk/fagogforskning. Her er artiklen forsynet med de links, forfatterne har angivet.

15. Buselli R, Corsi M, Baldanzi S, Chiumiento M, Del Lupo E, Dell'Oste V, et al. Professional Quality of Life and Mental Health Outcomes among Health Care Workers Exposed to Sars-Cov-2 (Covid-19). *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(17). **16.** Zhang WR, Wang K, Yin L, Zhao WF, Xue Q, Peng M, et al. Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. *Psychother Psychosom*. 2020;89(4):242-50. **17.** Martín J, Padierna Á, Villanueva A, Quintana JM. Evaluation of the mental health of health professionals in the COVID-19 era. What mental health conditions are our health care workers facing in the new wave of coronavirus? *Int J Clin Pract*. 2021;75(10):e14607. **18.** Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9. *Journal of General Internal Medicine*. 2001;16(9):606-13. **19.** Hammash MH, Hall LA, Lennie TA, Heo S, Chung ML, Lee KS, et al. Psychometrics of the PHQ-9 as a measure of depressive symptoms in patients with heart failure. *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*. 2013;12(5):446-53. **20.** Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*. 2006;166(10):1092-7. **21.** Chalder T. *Insomnia: Psychological Assessment and Management*. By C. M. Morin. Guildford Press: New York. 1993. *Psychological Medicine*. 1996;26(5):1096-7. **22.** Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep medicine*. 2001;2(4):297-307. **23.** Dieperink KB, Elnegaard CM, Winther B, Lohman A, Zerlang I, Möller S, et al. Preliminary validation of the insomnia severity index in Danish outpatients with a medical condition. *J Patient Rep Outcomes*. 2020;4(1):18-. **24.** Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 1983;24(4):385-96. **25.** Eskildsen A, Dalgaard VL, Nielsen KJ, Andersen JH, Zachariae R, Olsen LR, et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Danish consensus version of the 10-item Perceived Stress Scale. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2015;41(5):486-90. **26.** World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*. 2013;310(20):2191-4. **27.** Gianluca Catania MZ, Hayter Mark, Fiona Timmins, Nicoletta Dasso, Giulia Ottonello, Giuseppe Aleo, Annamaria Bagnasco. Lessons from Italian front-line nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitative descriptive study. *Journal of nursing management*. 2020. **28.** Galehdar N, Kamran A, Toulabi T, Heydari H. Exploring nurses' experiences of psychological distress during care of patients with COVID-19: a qualitative study. *BMC psychiatry*. 2020;20(1):489-. **29.** Karimi Z, Fereidouni Z, Behnammoghadam M, Alimohammadi N, Mousavizadeh A, Salehi T, et al. The Lived Experience of Nurses Caring for Patients with COVID-19 in Iran: A Phenomenological Study. *Risk management and healthcare policy*. 2020;13:1271-8. **30.** Kalateh Sadati A, Zarei L, Shahabi S, Heydari ST, Taheri V, Jiriaei R, et al. Nursing experiences of COVID-19 outbreak in Iran: A qualitative study. *Nursing open*. 2021;8(1):72-9. **31.** Liu Q, Luo D, Haase JE, Guo Q, Wang XQ, Liu S, et al. The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. *The Lancet global health*. 2020;8(6):e790-e8. **32.** Sampaio F, Sequeira C, Teixeira L. Nurses' Mental Health During the Covid-19 Outbreak: A Cross-Sectional Study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2020;62(10):783-7. **33.** Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *International journal of medical education*. 2011;2:53-5. **34.** Gostin LO. The Great Coronavirus Pandemic of 2020—7 Critical Lessons. *JAMA Health Forum*. 2020;1(8):e201043-e.

Femarelle®

- når hormonerne spiller dig et puds

Femarelle® er et kosttilskud der anbefales verden over. Det indeholder som det eneste produkt i verden stoffet DT56a.

Recharge indeholder B6-vitamin der bidrager til at regulere den hormonelle aktivitet.



Som kvinde ønsker jeg da at være den bedste udgave af mig selv. Det giver Femarelle mig helt klart en hjælpende hånd med."



METTE BLOMSTERBERG

I FEMARELLE SERIEN FINDES OGSÅ



Femarelle® kan købes på femarelleshop.dk, apoteket, førende webshops og udvalgte helsekostbutikker

DISTRIBUTØR: Nordic Consumer Health, Denmark, info@consumerhealth.dk



Følg os på Facebook gruppen "Det er bare en overgang" eller "femarelledk" på Instagram og læs mere om vores produkter på consumerhealth.dk

Fagligt Ajour præsenterer ny viden fra sygeplejersker eller andre sundhedsprofessionelle, der arbejder systematisk og metodisk med udvikling af sygeplejen eller genererer viden, der er anvendelig i sygeplejen. I artiklerne formidler de resultater og konklusioner fra deres udviklingsarbejde og giver kollegial inspiration til fornyelse af den kliniske sygepleje. Har du selv lyst til at skrive en Fagligt Ajour, så læs mere på dsr.dk/manuskriptvejledning.



MICHAL MEYER

Sygeplejerske i 2009. Specialuddannelse i Psykiatrisk Sygepleje 2014. Har arbejdet med psykiatrisk sygepleje siden 2009. Tidligere ansat på Rigshospitalets affektive specialeafsnit bl.a. som klinisk sygeplejespecialist og siden 2018 som visitationssygeplejerske på Center for Visitation og Diagnostik.



ALLAN LOHMANN-OLSEN

Sygeplejerske i 1993. Specialsygeplejerske i Psykiatrisk Sygepleje 1999, Master of Public Governance 2014. Ansat som sygeplejerske på diverse psykiatriske afdelinger 1993-2001. Fra 2001 til 2010 konsulent i den psykiatriske administration. Visitationschef i Region Hovedstadens Psykiatri siden 2010.

Allan.Lohmann-Olsen@regionh.dk



EVA HUNDRUP

Sygeplejerske i 1999, suppleringsuddannelse i sygepleje 2004, cand. scient.san. 2009. Sygeplejerske på Rigshospitalet 1999. Ansat i hospitalspsykiatrisk regi siden 2009. Visitations- sygeplejerske i Center for Visitation og Diagnostik, Region Hovedstadens Psykiatri (RHP) siden 2014.

Nærhed trods – den diagnostiske

RESUME

Klinikerne i Region Hovedstadens Psykiatri Centrale Visitation har meget hurtigt har vænnet sig til de restriktioner, som blev indført i hospitalsvæsenet på grund af corona-epidemien.

Det viser resultatet af en række gennemførte fokusgruppeinterview. Målet med disse interview var at undersøge, hvordan klinikerne oplevede ændringerne i deres daglige virke med at udrede og diagnosticere patienter. Restriktionerne betød, at der skulle være afstand mellem kliniker og pa-

tient, at der ikke kunne gives hånd (eller knus), og at pårørende ikke kunne deltage i samtalerne.

Resultatet af undersøgelsen viste bl.a., at restriktionerne ikke kun har medført negative konsekvenser: Det blev bl.a. konstateret, at patienterne måske er bedre i stand til at holde sammen på sig selv, når sygeplejersken sidder bag et skrivebord.

En litteratursøgning viste desuden, at der er meget sparsom litteratur, som beskriver, hvordan rammerne for samtaler i psykiatrisk regi bør være.

Modelfoto

afstand samtale i pandemien skygge

I psykiatrien antages det generelt, at håndtryk og øjenkontakt er tryghedsskabende, men hvad sker der, når covid-19 forhindrer disse kontaktformer?



Klinisk visitation er et møde mellem patient og en kliniker i Center for Visitation og Diagnostik (CVD). Mødets formål er at sikre, at patienten tilbydes den rette behandling for sin sygdom.

CVD er den fælles indgang for patienter, der henvises til ambulant behandling i hospitalspsykiatrien i Region Hovedstaden. Formålet med CVD er at sikre lige adgang til behandling for alle patienter. CVD varetager udredningspakkerne i Region Hovedstadens Psykiatri (RHP). Sygeplejerskerne i CVD udfører ca. 80 pct. af visitationsarbejdet og har over det seneste år fået udvidet deres ansvar, så de også kan tage opfølgende samtaler i de tilfælde, hvor der er tvivl om diagnosen. Siden 2013 har CVD, som den eneste centrale visitation i Danmark, haft kliniske visitationssamtaler (1).

Psykiatrisk interview

Samtalens form har karakter af et psykiatrisk interview, hvor formålet er at forstå patientens problem og at vurdere aktuel psykopatologi. Dette skal lede frem til den mest retvisende diagnose. Derudover skal det afklares, om patienten tilhører målgruppen for den hospitalsbaserede psykiatri. Det betyder, at CVD skal afgøre, om sygdommens sværhedsgrad samt påvirkning af funktionsniveauet er så alvorlig, at hospitalsbehandling er påkrævet.

En klinisk visitation i CVD varer ca. 45 minutter og bliver afholdt af sygeplejerske, psykolog eller speciallæge. Kliniker og patient sidder sammen ved et samtalebord, og der er mulighed for at invitere en eller flere pårørende med til samtalen.



Rammerne for samtalerne i psykiatrien er baseret på vane-tænkning eller i bedste fald best practice.

Ændrede forhold

I marts 2020 blev der imidlertid som følge af covid-19-pandemien ændret på disse forhold. Et af regeringens tiltag, der blev iværksat for at begrænse spredningen af covid-19, var, at alle offentligt ansatte, som ikke varetog kritiske funktioner, blev



sendt hjem, dog ikke de offentligt ansatte i sundhedsvæsenet. Hurtigt udsendte Sundhedsstyrelsen en revideret retningslinje, som samtidig markerede, at den hidtidige inddæmningsstrategi blev afløst af en afbødningsstrategi (2).

Særlige tiltag indført

Den ledelsesmæssige strategi i CVD skulle sørge for *både* at begrænse smitte og fortsat afholde kliniske visitationer, hvorfor særlige tiltag blev indført. Vi ønskede at

- begrænse antallet af patienter i venteværelse/reception
- begrænse fysisk kontakt mellem kliniker og patient
- begrænse antallet af deltagere ved den kliniske visitation, hvorfor pårørende ikke længere kunne deltage i samtalen
- øge fysisk afstand mellem patient og kliniker til minimum to meter. Patienten placeres derfor alene ved samtalebordet og kliniker alene ved sit skrivebord.

I CVD bemærkede flere klinikere efter indførelsen af disse restriktioner, at samtaleforløbet med patienten i den kliniske visitation havde ændret sig.

På den baggrund fandt vi anledning til at søge svar på følgende spørgsmål: *Hvilken betydning har øget fysisk afstand og ophør af fysisk kontakt i forhold til patienten, for klinikers afvikling og oplevede kvalitet af den kliniske visitation?*

Metode

Formålet med denne artikel er at beskrive, hvordan ændringer i de fysiske forhold, rammer og kontaktførmåder som følge af covid-19 epidemien og restriktioner kan påvirke den målrettede og professionelle samtale med patienten i CVD.

Litteratursøgning

Indledningsvist gav en litteratursøgning på ”fysisk afstand” og ”psykiatrisk interview” eller ”diagnostisk interview/samtale” udført i maj 2020 i databaserne CINAHL, PubMed og Google Scholar ingen anvendelige resultater ift. denne undersøgelse.

I en enkelt artikel (3) undersøgte man indretningen af konsultationsrumets betydning for patient- og klinikeroplevet kvalitet af samtalen i forbindelse med et randomiseret klinisk forsøg. Her blev patienter randomiseret til konsultation i hhv. standard konsultationsrum og et re-designet konsultationsrum. Undersøgelsens hovedfokus var muligheden for, at både patient og kliniker kunne se på computerskærmen sammen under hele samtalen. Overordnet synes det sparsomme udbytte fra litteratursøgningen at indikere, at betydningen af fysisk afstand, placering af patient og kliniker og indretning af konsultationsrum/samtalerum i ambulant regi ikke er tilstrækkeligt af dækket. Derfor findes der ingen evidensbaserede anbefalinger. Rammerne for samtalerne i psykiatrien er med andre ord baseret på vanetænkning eller i bedste fald best practice.

Det centrale arbejdsredskab

Det psykiatriske interview er et af de mest centrale arbejdsredskaber i psykiatrien. De anbefalede rammer for et sådant interview er, at det skal finde sted i rolige omgivelser og i en privat atmosfære. Desuden anbefales det, at patient og behandler sidder med front mod hinanden, oftest med et bord

imellem sig for at fremme en åben kommunikation (4).

Et af de centrale elementer for udfaldet af samtalen er, at man etablerer en god kontakt med patienten fra starten af samtalen, bl.a. ved at udvise empati og accept af patienten samt ved at vise interesse for dennes tanker, følelser og oplevelser (4). Derudover må man altid sikre sig, at der er sat tilstrækkelig tid af til at kunne gennemføre et dækkende interview. Sidst anbefales det, at pårørende kan være til stede ved samtalen for at støtte både patient og journaloptagelsen (4).

Behandlerens observationer rummer udover patientens verbale udtryk også de nonverbale udtryk, hvilket begynder allerede, når behandleren tager imod patienten f.eks. ved observation af øjenkontakt, gangart, håndtryk, den fysiske fremtoning og ansigtsudtryk.

Desuden anbefales det, at kliniker noterer ting ned undervejs samt citerer nøjagtigt, hvad patienten har sagt. Dog skal man være påpasselig med, at dette ikke ødelægger den naturlige kontakt eller forårsager, at man ikke kan have en glidende samtale (5).

Kvalitativ undersøgelsesmetode

Vi valgte den kvalitative undersøgelsesmetode inden for den humanistiske tradition, hvor tilgangen til klinikerens oplevelser og forståelser søges belyst inden for en hermeneutisk-fænomenologisk forståelsesramme (6). Vi valgte at gennemføre tre fokusgruppeinterview: En sygeplejerskegruppe med seks sygeplejersker, en psykologgruppe med tre psykologer og en lægegruppe med tre læger. Opdelingen i faggrupper skete for at tilstræbe ligeværdighed imellem de respektive deltagere i fokusgrupperne (6) og for senere i undersøgelsen at kunne belyse, hvorvidt og evt. hvordan respondenternes, dvs. klinikerens, faglige ståsted har betydning for måden, hvorpå restriktionerne blev oplevet og håndteret af klinikerne.

Fokusgruppeinterview blev optaget via Mirsk, et dikteringsprogram, og herefter transskriberet. Udsagnene fra de udskrevne interview blev herefter kodet ved hjælp af Nvivo 12 (softwarepakke til



kvalitativ dataanalyse). Analysen viste, at data kunne samles inden for tre overordnede kategorier: pårørende, afstand og fysisk kontakt:

Pårørende

Hvad betyder det for samtalen, at pårørende i en periode ikke kunne deltage i samtalen?

Afstand

Hvordan ændres afstanden? Hvad gør den øgede afstand til patienten? Ændres perspektivet? Ser man noget andet? Er der ændringer i måden, kommunikationen forløber på? Er der redskaber, der ikke længere kan anvendes – eller skal anvendes på en ny måde?

Fysisk kontakt

Hvilken betydning har det, at der ikke længere gives hånd ved indledning og afslutning? Hvad betyder det, at fysisk kontakt ikke er tilladt?



Det er ikke umuligt, at samtalen har fået en bedre kvalitet gennem de indførte restriktioner.

I det efterfølgende vil de centrale budskaber for hver faggruppe blive analyseret efterfulgt af en analyse af det samlede indtryk fra de tre faggrupper

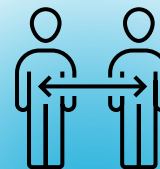
Afstanden blev ændret

En konsekvens af restriktionerne under covid-19 epidemien har været, at der skulle være mindst to meters afstand imellem kliniker og patient under den kliniske visitation. For at opretholde denne afstand



Pårørende

Hvad betyder det for samtalen, at pårørende i en periode ikke kunne deltage i samtalen?



Afstand

Hvordan ændres afstanden? Hvad gør den øgede afstand til patienten? Ændres perspektivet? Ser man noget andet? Er der ændringer i måden, kommunikationen forløber på? Er der redskaber, der ikke længere kan anvendes – eller skal anvendes på en ny måde?

måtte kliniker og patient være placeret ved hver deres bord under samtalen. **Sygeplejerskerne** frygtede, at afstanden ville forringe kontakten med patienten, men opdager dog, at de nu kan observere *hele* patienten – og at patienterne lader til at være bedre i stand til at holde sammen på sig selv:

”Nu får jeg måske mere ... hvordan sidder de med hænderne ... sådan lidt i skødet eller ned langs siderne, eller sidder de uroligt med benene.”

”Det er interessant, at der er færre, der er blevet kede af det under samtalen. Det lader til, at de bedre kan holde sammen på sig selv, fordi vi er længere fra dem, og hvis de bliver kede af det, så samler de sig hurtigere.”

”I nogle situationer er det måske lidt befriende for patienten, at det ikke er alt for tæt.”

Et andet område, som sygeplejerskerne finder ændret, er muligheden for at tegne og fortælle. Der er to forhold, hvor de ændrede retningslinjer har haft betydning: Det ene drejer sig om en gruppe væghængte plancher, som dels er et arbejdsredskab for klinikerne i forhold til visitationsopgaven, og dels anvendes af klinikerne som psykoedukativt redskab sammen med patienten.

”Jeg har taget planchen ned fra væggen for at stå på en anden måde, så det synes jeg stadigvæk, at jeg kan gøre.”



Fysisk kontakt

Hvilken betydning har det, at der ikke længere gives hånd ved indledning og afslutning? Hvad betyder det, at fysisk kontakt ikke er tilladt?

Det andet område drejer sig om at anvende tegninger/figurer for at understøtte kommunikationen med patienten. Når en patient f.eks. udredes for bipolar affektiv sindslidelse, er det afgørende at få afdækket, hvorvidt der har været maniske eller submaniske episoder i patientens liv. I den situation vil sygeplejersken typisk tegne en kurve, som illustrerer de normale udsving, et menneske har, for dermed at vise, hvornår udsving i stemning, energi- og aktivitetsniveau er ud over det normale. Tegningen gennemgås sammen med patienten, og kliniker og patienten forsøger at få tegnet patientens kurve ind. Det er vanskeligt, når kliniker sidder med afstand til patienten:

”Det har jeg ikke gjort lige så meget, men jeg har forsøgt at gøre det nogle gange stadigvæk. Det er væsentligt sværere.”

Sygeplejerskerne oplever, at de mister et arbejdsredskab pga. de ændrede samtaleforhold, men de forsøger at genskabe det ved at tilpasse redskabet til de nye rammer.

Lægerne finder derimod ikke, at den øgede afstand mellem kliniker og patient har haft den store betydning:

”Det der med at vi sidder med lidt større afstand, det oplever jeg ikke som noget problem. Jeg tror egentlig heller ikke, at patienten oplever det som et problem, hvis jeg skal være helt ærlig.”

”Vi er jo læger og ikke sådan rigtige omsorgspersoner, som I er (henvendt til den interviewende sygeplejerske). Det må jeg tilstå!”

Psykologerne oplever heller ikke, at det har haft den store betydning:

”Jeg tænker også, at vores samtaler måske ikke er så sårbare over for det der med, at nu skal der være mere fysisk afstand, fordi vores samtaler er så relativt strukturerede. Jeg tænker, at den form for alliance ikke er så truet af, at der er lidt større fysisk afstand”

Psykologerne er optaget af, at patienterne skal føle sig godt tilpas under samtalen:

”De skal føle sig godt tilpas. Det skal være hyggeligt at være her, og vi skal kunne have øjenkontakt. Jeg tænker ikke, at afstanden egentlig gør noget, for vi sidder jo ikke og laver terapi.”

Samlet set er sygeplejerskerne optaget af, at de oplever, at nogle handlinger, der indebærer en nærhed til patienten, ikke længere er mulige. Sygeplejerskernes tradition for at man er fysisk tæt på patienten, rører ved patienten, betyder, at de oplever det som et tab af handlemuligheder modsat lægerne og psykologerne, som ikke oplever et tab.

Fraværet af pårørende

Med øjeblikkelig virkning blev pårørende forment adgang til den kliniske visitation i CVD fra 11. marts 2020.

Sygeplejerskerne er enige om, at det er meget individuelt, hvorvidt det er en fordel eller en ulempe. Herudover er sygeplejersken mest optaget af tidsforbruget:

”I forhold til det med pårørende ... altså, samtalerne går jo hurtigere, når der ikke er pårørende.”

Lægerne er mere optaget af, hvilke informationer der bliver tilgængelige, når der er pårørende med – man er i særlig grad optaget af informationer fra patientens barndom, som patienten ikke selv kan bidrage med på samme måde.

”Vi har brug for de pårørende til at uddybe især barndomsanamnese, men jo også anamnesen ved bipolar sygdom, og det er faktisk ret vigtigt at få den belyst fra andre end patienten selv.”

Udover dette synes lægerne optaget af, at de pårørende har en vigtig støttende funktion for patienterne:

”Der var en pårørende med, og det var vældig godt, fordi det var sådan en, der havde en slags støttende funktion for patienten.”

Psykologerne er på samme måde som lægerne optaget af de manglende data især fra barndomsanamnesen:

”Jeg savner de pårørende, især hos de bipolare, som ikke kan beskrive det ordentligt, eller hos patienter med autisme.”

Tidsperspektivet spiller dog også en rolle for psykologerne, der ligesom sygeplejerskerne har bemærket, at samtalen går lidt hurtigere, når der ikke er pårørende med.

Dataindsamlingen påvirket

De tre faggrupper er alle optaget af, at dataindsamlingen påvirkes af, at de pårørende ikke kunne være med til samtalerne i en periode. Der peges i særlig grad på historiske data, som er vigtige i forhold til udredning for autisme og bipolar lidelse. Den største forskel på de tre grupper er, at det kun er lægerne, der giver udtryk for bekymring i forhold til den støttende funktion, som de pårørende kan have for patienten, hvilket er interessant i forhold til lægernes opfattelse af ikke at være egentlige omsorgspersoner.

Betydningen af ændret fysisk kontakt

Sygeplejerskerne oplyser, at det giver mening ikke at give hånd:

”Hvorfor er det egentlig, man går og trykker hinanden i hånden, det er jo egentlig noget griseri, selvom det føles helt naturligt at gøre det.”

Omvendt oplever de også at håndtrykket er en mulighed for at indhente data, som nu er mistet:

”Der er noget information, der går tabt ved ikke at give håndtryk – er det et slapt håndtryk, sveder patienten, er det naturligt, er det langt... altså, der er nogle ting, man mister.”

Interessant er det, at sygeplejerskerne fortæller om, at de lærer at være nærværende på en anden måde. Dette skinner igennem i en kommentar fra en anden sygeplejerske:

”[...] der er et eller andet for mig, der går tabt ... nå, men når vi kommer ind på mit kontor, så skal jeg til at skabe et eller andet, så derfor gør jeg mere ud af det.”

Sygeplejerskerne arbejder med andre ord aktivt på at kompensere for det, som opleves som et tab på grund af det manglende håndtryk.

På **lægesiden** savnes håndtrykket ikke – det ses nærmere som en lettelse:

”Det har ikke efter min opfattelse skabt nogen som helst distance, tværtimod har det i virkeligheden været lidt hjælpsomt, at man er særlig opmærksom på startkommunikationen på den måde.”

Håndtrykket savnes heller ikke af **psykologerne**, som hurtigt vænnede sig til ikke at give hånd. Det synes snarere som en lettelse:

”Så sidder man heller ikke med de der svedige håndtryk og skriver på sin bærbare og tager sig op i ansigtet. Jeg synes egentlig, det er meget rart. Ja, der er fordele ved corona – ikke alt det her uønskede berøring (der grines).”

Samlet set er det kun sygeplejerskerne, som giver udtryk for at savne håndtrykket, både som en kulturelt accepteret måde at hilse på og som kilde til



Information om patientens liv og især barndom kan ikke tilgås optimalt uden en pårørende ...

information om patienten. Lægerne og psykologerne giver mere udtryk for en lettelse, men psykologerne bemærker dog også, at det er påfaldende, så hurtigt de har vænnet sig til ikke at give hånd.

Forskellig oplevelse af ændringer

Samlet set har de tre faggrupper i CVD oplevet ændringerne i forbindelse med covid-19 forskelligt – men samtidig også ensartet. Den fysiske øgede afstand mellem kliniker og patient oplever sygeplejerskerne som vanskelig, da de ser patienten ”siddet alene” og ”lidt udsat/sårbar”. Samtidig giver den øgede afstand dog sygeplejerskerne mulighed for at observere patienten på en ny måde, idet de nu ser hele patienten.

Sygeplejerskerne beskriver også et konkret tab af et arbejdsredskab i form af psykoedukation af patienterne via fælles gennemgang af væghængte plancher samt muligheden for under samtale at kunne illustrere f.eks. et fysisk sygdomsforløb ved bipolar lidelse.

Lægerne synes upåvirkede af den øgede afstand, mens psykologerne er bevidste om, at deres opgave i CVD ikke er af terapeutisk karakter og derfor ikke kræver samme grad af nærhed og hygge som i en terapeutisk samtale. De oplever dog alligevel afstanden negativt og søger det kompenseret gennem en god placering af patienten i lokalet.

I forhold til fraværet af pårørende er alle tre faggrupper optaget af, at det påvirker indsamlingen af data i negativ ret-



ning. Information om patientens liv og især barndom kan ikke tilgås optimalt uden en pårørende, og derved bliver udredningen og diagnostikken måske mindre sikker. Det er kun lægerne, der giver udtryk for at være optaget af det tab, som patienterne kan opleve ved ikke at kunne have pårørende med til samtalen, idet der således savnes en "omsorgsperson" for patienten.

I forhold til at kunne give hånd ved start og slutning af samtalen er det udelukkende sygeplejerskerne, der oplever dette negativt. Psykologerne og lægerne synes mere lettede over det og giver udtryk for, at det ikke har en negativ effekt på relationen til patienten eller på indsamling af data.

Betydelig ændring i arbejdsgangene

Den øgede afstand, det fjernede håndtryk og fraværet af pårørende er betydelige ændringer i klinikernes vante arbejdsgange i psykiatrien. Ikke desto mindre har klinikerne hurtigt vænnet sig til de nye forhold og har endda fået øje på, at der måske skjulte sig nogle fordele i ændringerne. Måske var det ikke kun positivt med al den fysiske nærhed? Måske var det en god idé at fjerne håndtrykket? At se patienten lidt på afstand? Måske får patienten en mulighed for at holde sammen på sig selv på en ny måde i den svære samtale? Måske skulle sygeplejersken træde et par skridt tilbage for at kunne se hele patienten og for at give patienten mulighed for at vise sine mestringsstrategier? Det er ikke umuligt, at samtalen har fået en bedre kvalitet gennem de indførte restriktioner. Som beskrevet i litteratursøgningen er der ingen hverken kvantitativ eller kvalitativ evidens for at afholde samtalerne på den måde, som vi gør.

Til gengæld er fraværet af pårørende utvivlsomt knyttet til en oplevet mangel på data. Om det har påvirket kvaliteten af det diagnostiske arbejde, ligger uden for rammerne af dette projekt at svare på, men er bestemt værd at undersøge. Hvordan designer man den optimale diagnostiske samtale? Hvad skal der til for at kunne stille den rette diagnose i et speciale, hvor diagnoserne i sidste ende er konstruktioner? ●

Referencer

1. Lohmann-Olsen A, Hundrup E. Audit er et vigtigt ledelsesværktøj. *Sygeplejersken* 2016;(2):58-62. **2.** Coronavirus pandemien - Status på udbruddet og håndtering af patienter. Der er fortsat epidemi af kighoste i Danmark. *Coronavirus pandemien. Statens Serum Institut. Nyhedsbreve, EPI NYT 2020, Uge 12-2020.* (<https://www.ssi.dk/aktuelt/nyhedsbreve/epi-nyt/2020/uge-12--2020>). **3.** Ajiboye et al. *Effects of Revised Consultation Room Design on Patient-Physician Communication.* In: *Health Environments Research & Design Journal* 2015, Vol. 8(2):8-17 **4.** Simonsen E. *Det psykiatriske interview.* I: Red.: Simonsen & Møhl. *Grundbog i Psykiatri.* Hans Reitzels Forlag. 2010, 1. udgave 1. oplag. Kap. 8, 159-172. **5.** Nordentoft M., Mors O. *Psykiatrisk undersøgelse og journalskrivning.* I: Mors O, Nordentoft M., Hageman I. *Klinisk Psykiatri.* Munksgaard 2016, 4. udgave 1. oplag. Kap. 3, 56-75. **6.** Bowling A. *Unstructured interviewing and focus groups.* In: *Research methods in health: Investigating health and health services.* 2nd ed., Buckingham: Open University Press; 2002. Kap. 16, 378-401.

Hvilke gevinster er der fulgt i kølvandet af covid/corona på din arbejdsplads? Er der nogle arbejdsgange, der er blevet bedre? Lettere? Smartere? Mere sikre?

Litteratursøgningen viste, at der ikke er evidens for, hvordan et samtalerum skal indrettes. Er der andre grundlæggende antagelser om vores arbejde/fag, der bør udfordres?

Under pandemien er der ikke sket en øgning i antallet af videosamtaler i psykiatrien. Er det også sådan i andre specialer? Hvorfor har pandemien ikke ført til en eksplosion i videokonsultationer på hospitalerne?

Fagligt Ajour præsenterer ny viden fra sygeplejersker eller andre sundhedsprofessionelle, der arbejder systematisk og metodisk med udvikling af sygeplejen eller genererer viden, der er anvendelig i sygeplejen. I artiklerne formidler de resultater og konklusioner fra deres udviklingsarbejde og giver kollegial inspiration til fornyelse af den kliniske sygepleje. Har du selv lyst til at skrive en Fagligt Ajour, så læs mere på dsr.dk/manuskriptvejledning.



MARIE OXENBØLL COLLET

Sygeplejerske 2002.

Har arbejdet på Rigshospitalet på infektionsmedicinsk og intensiv afdeling.

Cand.scient.san. 2012, ph.d. 2020.

Postdoc tidlig rehabilitering. Intensiv behandlingsafdeling, Center for Kræft og Organ Sygdomme, Rigshospitalet.

marie.oxenboell-collet@regionh.dk



HANNE IRENE JENSEN

Sygeplejerske 1985.

Har mest arbejdet på intensivafsnit.

Cand.scient.san. 2009, ph.d. 2012.

Professor i end-of-life care, Anæstesiologisk Afdeling, Sygehus Lillebælt og Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet 2021.

RESUME

Tryksår er en hyppig komplikation hos patienter på intensiv afdeling, og størstedelen af patienternes tryksår er opstået under indlæggelsen. Dette medfører betydelige gener for patienterne og ekstra plejeopgaver for sengeafdelingens personale.

I alt 19 danske intensivafsnit deltog i 2018 i et internationalt endags-studie om forekomst af tryksår hos intensivpatienter. Af de indlagte danske intensivpatienter havde 30 pct. (44/149) mindst ét tryksår

på tidspunktet for undersøgelsen. Heraf havde 75 pct. erhvervet tryksåret på intensivafdelingen. Ti af patienterne havde mere end ét tryksår. Der blev i alt registreret 61 tryksår, hvoraf 43 var erhvervet på intensivafdelingen (70 pct.). Af alle tryksår var 41 pct. placeret i sakralregionen (25/61).

Der er behov for fortsat fokus på forebyggelse af tryksår, både før, under og efter indlæggelse på intensivafdelinger

Studie af forekomst af tryksår på danske intensivafdelinger

Tre ud af 10 intensivpatienter havde mindst ét tryksår. Heraf havde 75 pct. erhvervet tryksåret på intensivafdelingen, viser dansk undersøgelse.

I 2018 deltog 19 danske intensivafdelinger i ”The Decubitus in Intensive Care Unit Study” (DecubIUCs)-studiet. Det var en verdensomspændende prospektiv, observationel endags-prævalensundersøgelse af tryksår hos voksne intensivpatienter med 12 ugers opfølgning for længde af hospitalsindlæggelse og død (1) og den første af sin art. Undersøgelsen blev gennemført i regi af sygeplejesektionen af European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). I alt deltog 1.117 intensivafdelinger fra 90 lande fordelt på seks kontinenter. Vi vil i denne artikel fokusere på de danske resultater af undersøgelsen.

Tryksår er skade på hud og væv erhvervet pga. flere faktorer, se Boks 1.

Der findes forskellige tryksårsklassifikationssystemer, f.eks. Braden, der inddeler tryksår i stadier i forhold til formodet dybde af vævsskaden, se Boks 2, (2,3). Tryksår kan medføre smerte, handicap, nedsat livskvalitet og forlænget ophold på hospitalet, så tryksår har både konsekvenser for den enkelte patient og for samfundsøkonomien (4).

Intensivpatienter er ekstremt udsatte for at udvikle tryksår, da deres akut kritiske tilstand gør dem immobile og hæmodynamisk ustabile med ringe perfusion og oxygenisering af hud og væv.

Boks 1. Fakta om tryksår

- Lokale læsioner af hud og væv
- Skyldes tryk eller gnidning (shear)
- Ses oftest over knoglefremspring
- Kan udvikles så hurtigt som 4-6 timer efter vedvarende tryk
- Almindelige risikofaktorer:
 - Nedsat aktivitetsniveau
 - Ændring af ernæringsstatus
 - Hudfugtighed

Boks 2. Stadie-inddeling af tryksår**I. Erythem/rødme**

Huden er intakt med rødme, som ikke ændrer farve ved trykpåvirkning. Hyppigst over et knoglefremspring. Området kan være smertefuldt, fast, blødt, varmere, køligere end det omliggende væv.

**II. Delvis tab af dermis eller vabler**

Delvist hudtab viser sig som et overfladisk sår med en rød sårbund, uden dødt væv (nekrose). Det kan også præsentere sig som en intakt eller bristet vabel eller ses som et tørt eller væskende sår evt. med misfarvning, hvilket kan være tegn på dyb vævsskade.

**III. Fuldhudstab**

Her ses der subkutan fedt, men ikke sener, knogler eller muskler. Der kan ses dødt væv, men afgrænsningen i dybden af såret er synlig. Der kan forekomme underminering og fisteldannelse.

**IV. Tab af alle vævslag**

Her ses fuldt vævstab med blottet knogle, sener eller muskulatur. Nekrotisk væv eller arvæv kan være til stede i sårbunden. Der ses ofte underminering eller fistler.

Kan ikke vurderes

Misfarvet lilla el. rødbrunt område med intakt hud el blodfyldt vabel pga. skade på underliggende væv. Området kan være smertefuldt, fast, blødt, svampet varmere eller koldere end omkringliggende væv.

Mistanke om dyb trykskade

Tab af alle vævslag, hvor sårbunden er dækket af dødt væv. Den egentlige dybde og dermed kategori kan ikke afgøres, før dødt væv er fjernet.



Intensivpatienter er som oftest tilkøbt forskelligt livsreddende overvågningsudstyr, respiratorer og dialyseapparater, hvilket øger risikoen for trykskader fra udstyr. Desuden er der andre komplekse interagerende indre og ydre risikofaktorer, som f.eks. hæmodynamisk perfusion af væv, tilkobling til respirator og monitoreringsudstyr (5,6) se desuden boks 1.

Der er ikke i nyere tid udarbejdet en større dansk undersøgelse af tilstedeværelsen af tryksår hos intensivpatienter. Formålet med denne artikel er at beskrive prævalensen af tryksår hos danske intensivpatienter og mulige risikofaktorer for tryksår erhvervet på intensivafdeling.

Mange intensivpatienter overlever i dag deres intensivindlæggelse og bliver overflyttet til yderlige behandling og rehabilitering både på hospitalerne og i primærsektoren (7). I DecubiCUS-studiet var 59 pct. af de tryksår, der blev registreret, opstået under indlæggelsen på intensivafdelingen (1). Ud over de betydelige gener, dette påfører patienten, er det også en ekstra opgave for stamafdelingerne, da det betyder behov for yderligere pleje og behandling hos i forvejen plejekrævende patienter.

Metode

Dette er et substudie af DecubiCUS-studiet. Alle danske voksenintensivafdelinger, dvs. 39, modtog en invitation til at deltage. Hver deltagende afdeling udpegede en lokal investigator, som havde ansvar for dataregistreringen. Alle patienter, der var 18 år eller derover og indlagt fra kl. 00:00 til kl. 23:59 den 15. maj 2018, blev inkluderet. Der var ingen eksklusionskriterier. DecubiCUS-studiet var registreret på ClinicalTrials.gov (NCT03270345). Den danske del af undersøgelsen blev anmeldt til Datatilsynet (17/36284), og Styrelsen for Patientsikkerhed gav tilladelse til journaladgang uden patientsamtykke (3-3013-2234/1).

Baggrundsdata blev hentet fra patientjournaler og indtastet i en webbaseret elektronisk database. Tryksår blev observeret og vurderet på dagen af de lo-



I Danmark deltog 19 intensivafdelinger, 49 pct., fordelt på alle fem danske regioner. De 19 afdelinger inkluderede i alt 149 patienter.

kale investigatorer. Risiko for udvikling af tryksår ved hjælp af Braden-score (3) blev ligeledes vurderet på dagen. Tolv uger efter blev der indsamlet dato for udskrivelse fra hospitalet, og om patienten var i live. Alle investigatorer gennemførte forud for undersøgelsen et elektronisk kursus i identifikation og klassifikation af tryksår.

For uddybende detaljer af metode og dataindsamling henvises til artiklen "Prevalence, associated factors and outcomes of pressure injuries in adult intensive care unit patients: the DecubiCUs study" (1).

Resultater

I Danmark deltog 19 intensivafdelinger, 49 pct., fordelt på alle fem danske regioner. De 19 afdelinger inkluderede i alt 149 patienter, hvoraf 52 pct. (77/149) var indlagt på et universitetshospital og 80 pct. (119/149) på en blandet medicinsk-kirurgisk intensivafdeling med en median på 10 intensivpladser (min/max: 4-23).

Af de inkluderede patienter var 58 pct. mænd, og patienterne havde en median alder på 66 år (Inter Quartil Range (IQR) 58-75) se Tabel 1.

Antal sygeplejersker på arbejde fordelt på vagter var: dagvagt median 9 (min/max: 3-19); aftenvagt median 8 (min/max:

Tabel 1. Baselinedata for alle deltagende patienter og opdelt hhv. med/uden tryksår og tryksår erhvervet under indlæggelsen på intensiv afdeling

	Total (n=149)	Uden tryksår (n=105)	Med tryksår (n=44)	Tryksår erhvervet på ITA (n=33)
Alder, år (median, IQR)	66 (58-75)	67 (58-77)	62 (57-72)	65 (57-72)
Køn (mand) n (pct.)	86 (57,7)	58 (55,2)	28 (63)	21 (63)
BMI				
< 18,5 n (pct.)	8 (5,4)	4 (3,8)	4 (9,1)	2 (6,1)
18,5 - 24,9 n (pct.)	48 (32,2)	33 (31,4)	15 (34,1)	12 (36,4)
25 - 29,9 n (pct.)	53 (35,7)	40 (38,1)	13 (29,6)	11 (33,3)
30 - 34,9 n (pct.)	28 (19)	19 (18,1)	9 (20,5)	7 (21,2)
35 - 40 n (pct.)	8 (5,4)	6 (5,7)	2 (4,6)	1 (3)
>40 n (pct.)	2 (1,3)	1 (1)	1 (2,3)	-
Respirator ved ITA-indlæggelse n (pct.)	78 (52,4)	54 (51,4)	24 (54,5)	22 (66,7)
Indlæggelsesdiagnose				
Medicinsk n (pct.)	83 (55,7)	50 (47,6)	33 (75)	22 (66,7)
Elektiv kirurgi n (pct.)	23 (15,4)	21 (20)	2 (4,6)	2 (6,1)
Akut kirurgi n (pct.)	30 (20,1)	25 (23,8)	5 (11,4)	5 (15,2)
Traume eller brandsår n (pct.)	13 (8,7)	9 (8,6)	4 (9,1)	4 (12,1)
Ko-morbiditeter				
KOL n (pct.)	27 (18,1)	17 (16,2)	10 (22,7)	8 (24,2)
Cancer n (pct.)	16 (10,7)	11 (10,5)	5 (11,4)	5 (15,2)
Levercirrose n (pct.)	5 (3,4)	3 (2,9)	2 (4,6)	1 (3)
Diabetes n (pct.)	23 (15,4)	13 (12,4)	10 (22,7)	6 (18,2)
Hjertesvigt n (pct.)	33 (22,2)	24 (22,9)	9 (20,5)	5 (15,2)
Nedsat mobilitet n (pct.)	16 (10,7)	8 (7,6)	8 (18,2)	6 (18,2)
Fejlernæret n (pct.)	6 (4)	2 (2)	4 (9,1)	2 (6,1)
Immunsupprimeret n (pct.)	5 (3,4)	3 (2,9)	2 (4,6)	2 (6,1)
Perifær vaskular sygdom n (pct.)	4 (2,7)	2 (2)	2 (4,6)	2 (6,1)
Nyresvigt n (pct.)	8 (5,4)	4 (3,8)	4 (9,1)	1 (3)
SAPS II (median, IQR)	34 (24-48)	31 (22-44)	41 (26-53,5)	46 (29-54)
Braden skala^a				
Meget høj risiko, n (pct.)	18 (12,1)	12 (11,4)	6 (13,6)	4 (12,1)
Høj risiko, n (pct.)	43 (28,9)	26 (24,8)	17 (38,6)	16 (48,5)
Moderat risiko, n (pct.)	28 (18,8)	17 (16,2)	11 (25)	6 (18,2)
Lav risiko, n (pct.)	42 (28,2)	35 (33,3)	7 (15,9)	4 (12,1)
Ingen risiko, n (pct.)	18 (12,1)	15 (14,3)	3 (6,8)	3 (9,1)

^a Braden score; Ingen risiko (19-23), lav risiko (15-18), moderat risiko (13-14), høj risiko (10-12) og meget høj risiko (≤9).

3-19); nattevagt median 8 (min/max: 3-22). Ud af de 19 deltagende afdelinger havde 18 afdelinger en fysioterapeut og syv en diætist tilknyttet.

Prævalens

Af de indlagte patienter havde 30 pct. (44/149) mindst ét tryksår på tidspunkt for undersøgelsen. Heraf havde 75 pct. (33/44) (95 pct, CI: 60,6-85,4) erhvervet tryksåret på intensivafdelingen. I alt havde 34 patienter ét tryksår, seks patienter havde to tryksår, tre patienter havde tre tryksår, og én patient havde seks tryksår.

I alt 61 tryksår blev registeret, hvoraf 43 var erhvervet på intensivafdelingen (70 pct. 95 pct., CI 58,1-80,4). De fleste tryksår var i kategori I og II, syv patienter havde et tryksår i kategori III eller værre erhvervet på intensiv afdeling. Af alle tryksår var 41 pct. placeret i sakralregionen (25/61), og ud af disse var 68 pct. (17/25) erhvervet på intensivafdelingen. Alle tryksårsplaceringer er præsenteret i Tabel 2.

Af de patienter, som havde erhvervet et tryksår på intensivafdelingen, havde 46 pct. mindst et Perifert Venekateter (PVK), 82 pct. et Centralt Venekateter (CVK), 85 pct. en arteriekanyale, 76 pct. et blærekateter (KAD) og 48 pct. en nasogastrisk ernæringssoede.

Patienter med tryksår havde ligget længere tid på intensivafdelingen inden undersøgelsen (median 7 dage; IQR (interkvartilområde) 3,5-11,5) sammenlignet med patienter uden tryksår (median tre 3 dage; IQR 1-10).

Forebyggende tiltag

Af de 19 deltagende afdelinger brugte 13 Braden-skalaen til at vurdere patienternes risiko for at udvikle tryksår, én afdeling brugte ingen skala, og fem brugte andre metoder.

Alle afdelinger havde standarder for forebyggelse af tryksår og anvendte forskellige tryksårsforebyggende hjælpemidler, se Tabel 3. Hvis en patient havde høj Braden-score, blev mekanisk ventileret, var indlagt mere end tre dage, var sederet eller i koma, og/eller fik vasopressor-behandling, blev der iværksat yderligere forebyggende tiltag.

Opfølgning 12 uger efter

På opfølgningsdagen 12 uger efter undersøgelsesdagen var ingen af patienterne forsat indlagt på intensivafdelingen, men 12 patienter var forsat indlagt på hospitalet. For patienter med tryksår var den mediane indlæggelsestid på intensiv 20,5 dage (IQR 6,5-32) og på hospitalet 29 dage (IQR 15-46). For patienter uden tryksår var den mediane indlæggelsestid på intensiv seks dage (IQR 2-21) og på hospitalet 18,5 dage (7-42,5).

I alt 12 pct. af alle registrerede patienter døde på intensiv. Den samlede 12-ugers mortalitet var 22,8 pct. Heraf døde 40 pct. (18/44) af patienterne med tryksår og 15,2 pct. (16/105) af patienterne uden tryksår.

Tryksår hos hver tredje patient

Denne danske del af en verdensomspændende tryksårsundersøgelse hos intensivpatienter fandt, at 30 pct. af patienterne havde mindst ét tryksår, hvoraf 75



Der er fortsat behov for fokus på forebyggelse af tryksår, både på intensiv- og sengeafdelinger.

Tabel 2. Placering af tryksår

	Total (n=61)	Erhvervet på ITA (n=43)
Øre	6	5
Næse	4	3
Mund	1	1
Hage	1	1
Hals	1	1
Skulder bagved	1	1
Albuer	1	1
Hænder	1	-
Kønsorganer	2	2
Inderlår	1	1
Sakral region	25	17
Knæ	1	1
Læg	1	-
Fod	3	1
Hæle	11	5

For det totale antal tryksår mangler der én registrering for sted. For tryksår erhvervet på ITA mangler der tre registreringer af sted.

Tabel 3. Forebyggende tiltag brugt på undersøgelsesdagen hos patienter med tryksår

	Patienter med tryksår (n=44), N (pct.)
Skummadras	7 (15,9)
Luftmadras	7 (15,9)
Skumpude	2 (4,6)
Ringpude	2 (4,6)
Low air loss seng	0
Repositionering af patient	24 (54,6)
Hæl skumforbinding	4 (9,1)
Flyvende hæle	3 (2)

Nogle patienter modtager mere end ét forebyggende tiltag.

pct. var erhvervet under indlæggelsen på intensiv afdeling. 10 patienter havde mere end ét tryksår. De fleste tryksår var lokaliseret til sakralregionen, men der blev også fundet tryksår på ører, næse og hæle.

I den internationale undersøgelse havde 59 pct. af patienterne erhvervet tryksår på intensivafdelingen (8), hvilket er en mindre del end hos de danske patienter. Grunden til denne forskel kan bl.a. være forskelle i sygdomsgraden hos de indlagte patienter, den stigende alder hos intensivpatienter i Danmark samt registrering af, hvor tryksår første gang opstår, og brug af højt specialiseret udstyr.

Den hyppigste behandling

For alle patienter, som havde tryksår, var den hyppigste behandling positionering og brug af tryksårsforebyggende madrasser. I denne undersøgelse blev der ikke spurgt, om patienterne lå på en vekseltrykmadrass, hvilket i dag er standardbehandling på mange danske intensivafdelinger.

En metaanalyse fra 2021, som undersøgte tryksårsforebyggende tiltag hos patienter på intensivafdeling, fandt, at sakral- og hælforbinding havde den bedste forebyggende effekt, men at f.eks. positionering ikke havde effekt (8). I metaanalysen anvendte alle inkluderede randomiserede undersøgelser vekseltrykmadrass som en del af standardbehandlingen.

Selvom intensive patienter er placeret på en vekseltrykmadrass, er det derfor vigtigt at iværksætte yderlige forebyggende tiltag så som repositionering, optimering af ernæring, hudpleje og sikre forflytninger for at forebygge shear (8). Et andet Review fra 2021 undersøgte forebyggende

skumforbindinger på hæl og sakralregion hos hospitaliserede patienter og beskrev, at skumforbinding er et nyere tiltag i forebyggelsen af tryksår, men at man ikke kan konkludere, om det virker bedre end "bundle of care", hvori flere interventioner indgår for at kunne forebygge eller behandle tryksår (9).

Ikke muligt at foretage analyser

Pga. det begrænsede antal patienter med tryksår i den danske del af undersøgelsen var det ikke muligt at foretage analyser, der belyser risikofaktorer for udvikling af tryksår hos danske patienter på intensiv afdeling. I den samlede undersøgelse fandt man, at højere alder, at være mand, at være undervægtig, indlagt pga. akut kirurgi, faldende Braden-score, længere ITA-forløb, kronisk obstruktiv lungelidelse, immundefekt, behandling med kontinuerlig dialyse eller mekanisk ventilation ved indlæggelsen på ITA, høj sygdomsscore (SAPS II) og længere ophold på intensiv afdeling inden undersøgelsesdagen var risikofaktorer for udvikling af tryksår (1). Både alder, det at være mand og intensivbehandling som mekanisk ven-

tilation er tidligere beskrevet som risikofaktorer for udvikling af tryksår hos patienterne (10).

Styrker og svagheder ved undersøgelsen

Styrker ved undersøgelsen er bl.a., at alle investigatorene før undersøgelsen gennemførte et online-kursus i vurdering og kategorisering af tryksår, hvilket øger validiteten og ensartetheden af registreringerne, samt deltagelse af intensivafdelinger fra alle fem regioner med en blanding af små og store intensivafdelinger.

Svagheder ved undersøgelsen er bl.a., at de fleste data er hentet fra patientjournaler og derfor er afhængig af pålideligheden af disse, herunder rapportering af, hvor et tryksår er opstået, samt designet af undersøgelsen, der giver et øjebliksbillede af andel af tryksår, men ikke beskriver dannelse og udvikling af tryksår.

I kategoriseringen af tryksår i denne undersøgelse blev kategorien "mistanke om dyb trykskade" anvendt. Det er uklart, om disse trykskader er faktiske trykskader eller anden skade. Det kan derfor diskuteres, om denne gruppe skal indgå. Da den danske del af undersøgelsen kun rapporterede to tilfælde, menes det ikke at have betydning for den samlede konklusion.

Tryksår er fortsat en komplikation med store individuelle og samfundsmæssige konsekvenser, derfor er det vigtigt at have fokus på dette. Derfor kunne det være en fordel, at tryksår blev en del af kvalitetsindikatorerne rapporteret til den danske intensivdatabase (7). En stor del af de patienter, som i dag er indlagt på danske sengeafdelinger, er alvorligt syge, så også her er der stor risiko for udvikling af tryksår. Resultaterne fra både den samlede DecuBICUs-undersøgelse og den danske del heraf vil forhåbentlig være med til at øge fokus på behovet for forebyggelse af tryksår.

Behov for fortsat fokus

Tryksår er en hyppig komplikation hos patienter på intensiv afdeling, og størstedelen af tryksårene er opstået under



Af de 19 deltagende afdelinger brugte 13 Braden skalaen til at vurdere patienternes risiko for at udvikle tryksår, én afdeling brugte ingen skala, og fem brugte andre metoder.





indlæggelsen. Derfor er der behov for fortsat fokus på forebyggelse af tryksår, både på intensiv- og sengeafdelinger.

Projektdeltagere

Tak til alle lokale investigatore: *Anne Sofie Bomholt Pedersen*, Regionshospitalet Horsens; *Tina Charlotte Bitsch Hansen*, Holbæk Sygehus; *Anne Langvad*, Thorax Intensiv 4141, Rigshospitalet; *Marie Oxenbøll Collet*, Intensivafsnit 4131, Rigshospitalet; *Jeanette Meier* og *Anja Hansen*, Sygehus Sønderjylland; *Tina Damgaard Thomsen*, Kolding Sygehus; *Susanne Fischer*, Sydvestjysk Sygehus; *Mette From*, Regionshospitalet Silkeborg; *Morten H. Bestle* og *Anne Marie Kodal*, Nordsjællands Hospital; *Birthe Husted*, Regionshospitalet Herning; *Inger Abildgaard Bliksted*, Vejle Sygehus; *David Flye Jensen*, Regionshospitalet, Randers; *Britta Jepsen*, Gentofte Hospital; *Sanne Mikkelsen*, Intensiv Øst, Aarhus Universitetshospital; *Karin Kaasby*, R, Notia, TIA og 103, Aalborg Universitetshospital, samt til DecubiCUs principal investigators:

Sonia Lebau (Nursing Department, Faculty of Education, Health and Social Work, HOGENT, University of Applied Sciences and Arts, and Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine and Health Science, Ghent University, Ghent, Belgium) og *Stijn Blot* (Dept. of Internal Medicine & Pediatrics, Ghent University, Belgium, og Burns Trauma and Critical Care Research Centre, The University of Queensland, Brisbane, Australia). ●

Læs også artiklen "Forebyggelse og kategorisering af tryksår gennem e-læring" side 56 i dette nummer af Fag&Forskning.

Hvad kan/skal sygeplejersker gøre for at forebygge tryksår?

●
Hvor tidligt i et akut behandlingsforløb kan sygeplejersker opstarte tryksårsforebyggelse?

●
Hvilket udstyr kan anvendes for at forebygge tryksår hos særligt udsatte?

Referencer

1. Labeau SO, Afonso E, Benbenishty J, et al. Prevalence, associated factors and outcomes of pressure injuries in adult intensive care unit patients: the DecubiCUs study. *Intensive Care Med.* 2021;47(2):160-9. doi:10.1007/s00134-020-06234-9
2. Edsberg LE, Black JM, Goldberg M, McNichol L, Moore L, Siegreen M. Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Injury Staging System. *J Wound, Ostomy Cont Nurs.* 2016;43(6):585-97. doi:10.1097/WON.0000000000000281
3. Huang C, Ma Y, Wang C, et al. Predictive validity of the braden scale for pressure injury risk assessment in adults: A systematic review and meta-analysis. *Nurs Open.* 2021;8(5):2194-2207. doi:10.1002/nop2.792
4. Gorecki C, Brown JM, Nelson EA, et al. Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: A systematic review: Clinical investigations. *J Am Geriatr Soc.* 2009;57(7):1175-83. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02307.x
5. Coyer F, Miles S, Gosley S, et al. Pressure injury prevalence in intensive care versus non-intensive care patients: A state-wide comparison. *Aust Crit Care.* 2017;30(5):244-50. doi:10.1016/j.aucc.2016.12.003
6. Soodmand M, Moghadamnia MT, Aghaei I, Ghasemzadeh G, Kazemnejad Lili E, Homaie Rad E. Effects of hemodynamic factors and oxygenation on the incidence of pressure ulcers in the ICU. *Adv Skin Wound Care.* 2019;32(8):359-64. doi:10.1097/O1.ASW.0000553599.20444.f4
7. Nielsen H, Svensson E. Dansk Intensiv Database Årsrapport 2016/2017. Accessed December 21, 2018. www.rkkp.dk
8. Lovegrove J, Fulbrook P, Miles S, Steele M. Effectiveness of interventions to prevent pressure injury in adults admitted to intensive care settings: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Aust Crit Care.* Published online 2021. doi:10.1016/j.aucc.2021.04.007
9. Sillmon K, Moran C, Shook L, Lawson C, Burfield AH. The Use of Prophylactic Foam Dressings for Prevention of Hospital-Acquired Pressure Injuries: A Systematic Review. *J Wound, Ostomy Cont Nurs.* 2021;48(3):211-18. doi:10.1097/WON.0000000000000762
10. Lima SM, González MMI, Carrasco CFM, Lima RJS. Factores de riesgo asociados al desarrollo de úlceras por presión en unidades de cuidados intensivos de adultos: revisión sistemática. *Med Intensiva.* 2017;41(6):339-46. doi:10.1016/j.medin.2016.09.003

MEDLEMSTILBUD

Studietilbud på forsikringer

Bauta Forsikring tilbyder en særlig fordelagtig studieforsikring med rabat på pris og selvrisiko til dig som sygeplejestuderende

dsr.dk/rabatter

MEDLEMSTILBUD

Bøger der (ra) batter

Som DSR-medlem får du 15-20 % rabat på alle bogtitler fra Munksgaards Forlag, Gads Forlag og FADL's forlag

dsr.dk/rabatter



 gads forlag

 munksgaard

Fagligt Ajour præsenterer ny viden fra sygeplejersker eller andre sundhedsprofessionelle, der arbejder systematisk og metodisk med udvikling af sygeplejen eller genererer viden, der er anvendelig i sygeplejen. I artiklerne formidler de resultater og konklusioner fra deres udviklingsarbejde og giver kollegial inspiration til fornyelse af den kliniske sygepleje. Har du selv lyst til at skrive en Fagligt Ajour, så læs mere på dsr.dk/manuskriptvejledning.



INGER ABILDGAARD BLIKSTED

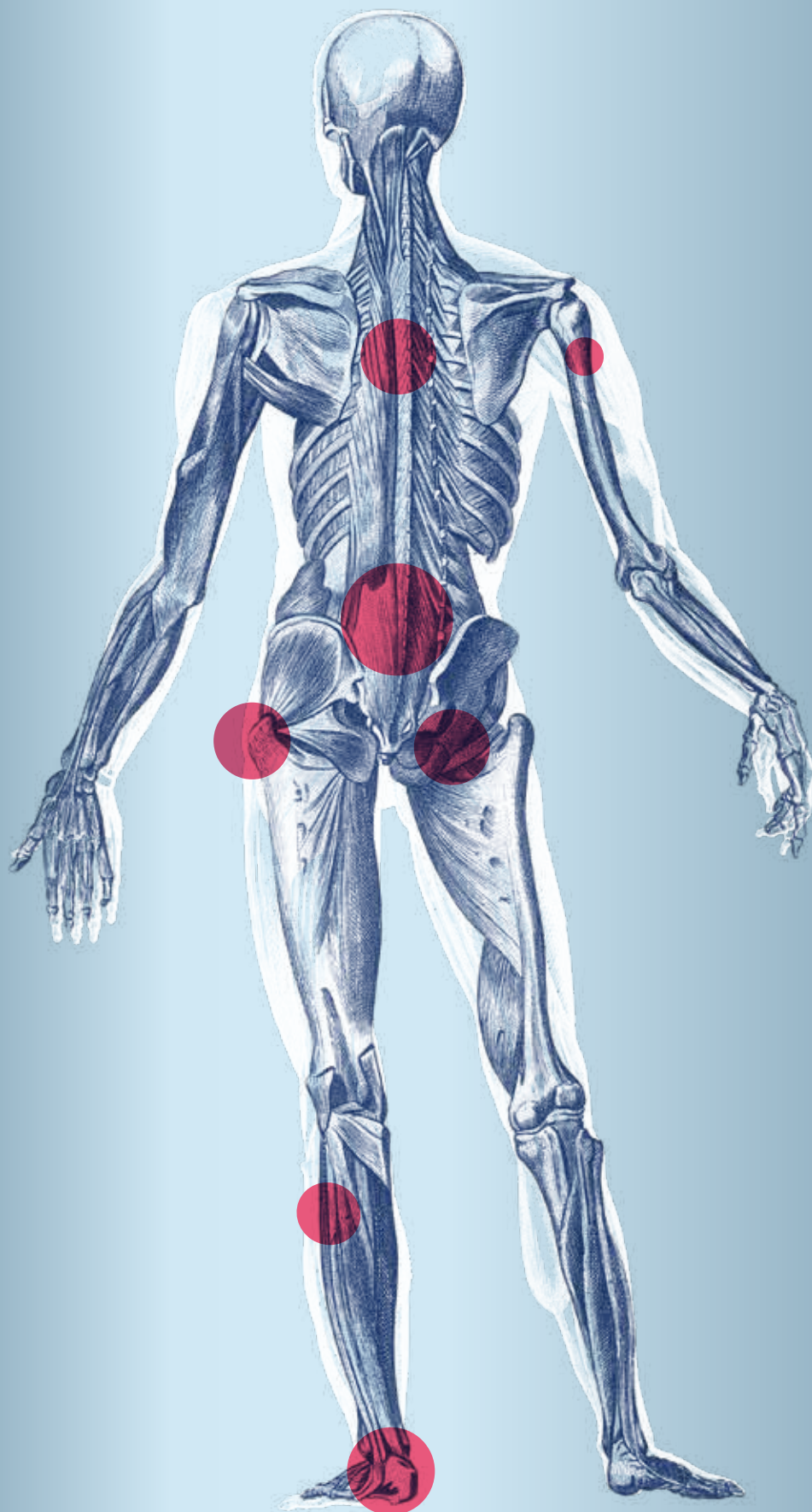
Sygeplejerske 1991. Intensivsygeplejerske 2001 på Vejle Sygehus. Uddannet forflytningsvejleder og arbejdsmiljørepræsentant (AMIR).



HANNE IRENE JENSEN

Sygeplejerske 1985, cand.scient.san. 2019, ph.d. 2012. Professor i end-of-life care, Anæstesiologisk Afdeling, Sygehus Lillebælt og Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet 2021.

hanne.irene.jensen@rsyd.dk



Forebyggelse af tryksår er en vigtig opgave for sygeplejersker. Det mindsker gener for patienter og sparer sundhedsvæsenet for store udgifter.

Sygeplejersker oplever generelt, at de har omfattende viden om tryksår og forebyggelse heraf, og at der er stort fokus på det i praksis. Forebyggelse af tryksår kan dog være udfordret af

travlhed i praksis, og der er plads til forbedringer af den forebyggende indsats. Et e-læringsprogram kan være et godt supplement til at sikre fokus på forebyggelse og til at øge viden om forebyggelse og kategorisering af tryksår.

Konstateringerne bygger på resultatet af en spørgeskemaundersøgelse i 2020 på Vejle Sygehus af sygeplejer-

skers og social- og sundhedsassistenters viden om og oplevelser af tryksår og tryksårsforebyggelse. Derefter blev der udviklet et e-læringsprogram om forebyggelse og kategorisering af tryksår. E-læringsprogrammet blev gjort tilgængeligt i april 2021. Brugbarheden af programmet blev vurderet til 7,5 på en skala fra 1-10.

Forebyggelse og kategorisering af tryksår gennem e-læring

Der er plads til forbedring mht. forebyggelse og klassifikation af tryksår, viser en spørgeskemaundersøgelse suppleret med en evaluering af et e-læringsprogram.

☉ Både kronisk syge og akut dårlige patienter er en stor del af hverdagen på sengeafsnittene. Disse patienter er i stor risiko for at udvikle tryksår bl.a. på grund af immobilisation og dårlig ernæringstilstand (1). Et tryksår har først og fremmest alvorlig betydning for patienten, da tryksår kan være smertefulde, mobilitets- og aktivitetsnedsættende samt psykisk og socialt belastende.

Heling af såret tager ofte op til flere måneder (2). Desuden betyder tryksår øgede samfundsøkonomiske omkostninger med udgifter på op til 185.000 kr. pr. sår (3).

De fleste tryksår kan forebygges gennem en målrettet indsats, bl.a. med brug af risiko-identificering med f.eks. Braden-skalaen (4), tryksårsforebyggende hjælpemidler i seng og stol samt fokus på ernæring og mobilisering (5). Alligevel viste et systematisk Review fra 2019, at andelen af hospitalsindlagte patienter med tryksår i Europa var 10,8 pct. med variation fra 4,6 til 27,2 pct. (6). Derfor er dels forebyggelse, dels korrekt identifikation og behandling af tryksår fortsat vigtige opgaver for plejepersonalet, og der er behov for løbende at sikre viden og systematik i det forebyggende og behandelende arbejde.

Formålet med projektet i denne artikel var 1) at undersøge plejepersonalets viden om og oplevelser af tryksår og tryksårsforebyggelse og 2) at udvikle og afprøve et e-læringsprogram om tryksår og tryksårsforebyggelse.

Metode

Baseline-måling

I 2020 blev der gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt plejepersonale på Vejle Sygehus. Ud over spørgsmål om profession - skemaet blev sendt til sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter - og antal års erfaring, indeholdt skemaet 22 spørgsmål omhandlende niveau af viden om tryksår, vurdering af fokus på fore-

byggelse af tryksår, kendskab til retningslinje for forebyggelse af tryksår, kendskab til og brug af Braden-skala, se Boks 1, praksis for registrering af tryksår og indberetning som utilsigtet hændelse og oplevelse af ansvar ved et opstået tryksår. Til en del af spørgsmålene var det muligt at skrive kommentarer.

Spørgeskemaet blev udviklet af projektgruppen baseret på litteratur og interview med sygeplejersker fra sengeafsnittene. Skemaet blev pilottestet af tre sygeplejersker. Skemaet blev oprettet elektronisk i survey-programmet SurveyXact, og via e-mail sendt til sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter fra otte afdelinger i september 2020. Ved manglende svar blev der sendt en reminder efter to uger.

E-læringsprogram

I forbindelse med en stor international undersøgelse af andelen af tryksår på intensivafdelinger gennemført i regi af European Society of Intensive Care Medicine (7) (læs artiklen "Studie af forekomst af tryksår på danske intensivafdelinger" side 48 i dette nummer af Fag&Forskning) blev der udviklet et engelsksproget e-læringsprogram for at sikre, at alle lokale projektansvarlige identificerede og registrerede tryksår ens. Den lokale projektansvarlige på Vejle Sygehus (IAB) fik efterfølgende tilladelse fra projektlederne til at udvikle et dansk e-læringsprogram baseret på materialet i projekt-e-læringsprogrammet.

Det danske e-læringsprogram blev udviklet i samarbejde med e-lærings-

Boks 2. E-læringsprogram

E-læringsprogrammet 'Forebyggelse af tryksår. E-læring, SLB' kan tilgås via dette link:

<https://rsd.plan2learn.dk> > Skriv "Forebyggelse af tryksår. E-læring, SLB" i søgefeltet

konsulenter fra Region Syddanmark. Programmet er opbygget med faktuel viden og indlagte tests. Når programmet er gennemført, har man været omkring, hvordan et tryksår opstår, hvad der kan være årsager til et tryksår, hvordan man risikovurderer en patient ud fra Braden-skalaen, og hvor og hvilke forebyggelses-tiltag man skal vælge og vægte. E-læringsprogrammet afsluttes med en beskrivelse af de forskellige sårkategorier og en lille test, hvor man skal klassificere forskellige tryksår. Undervejs linkes til Sygehus Lillebælts retningslinjer om tryksår.

Programmet blev i april 2021 gjort tilgængelig på kursusplatformen Plan2learn, se Boks 2. Oversygeplejersker på otte afdelinger på Vejle Sygehus fik en mail med information herom med ønske om, at informationen og link til programmet blev videresendt til deres sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter.

Evaluering

I juni/juli 2021 blev der gennemført en opfølgende spørgeskemaundersøgelse til det personale, der havde deltaget i baselinemålingen. De blev spurgt, om de havde gennemført e-læringsprogrammet, og hvis ja, om deres vurdering af brugbarheden heraf.

Databehandling

Kvantitative data blev analyseret deskriptivt ved hjælp af SurveyXact og Excel. De kvalitative kommentarer blev anvendt til at nuancere de kvantitative resultater.

Etik

Undersøgelsen blev anmeldt til Region Syddanmarks projektliste (Datatilsynet). Alle oversygeplejersker gav tilladelse til gennemførelse af undersøgelsen og gav

Boks 1 Braden-skala

Sensorisk perception Evne til at reagere meningsfyldt på tryk relateret ubehag	1. Helt begrænset 2. Meget begrænset 3. Lidt begrænset 4. Ingen begrænsning
Fugt Den grad i hvilken huden er udsat for fugt	1. Konstant fugt 2. Meget fugt 3. Lejlighedsvis fugt 4. Sjældent fugt
Aktivitet Grad af fysisk aktivitet	1. Bundet til sengen 2. Bundet til stol 3. Går en gang imellem 4. Går hyppigt
Mobilitet Evne til at skifte og kontrollere stilling	1. Helt immobil 2. Meget begrænset 3. Let begrænsning 4. Ingen begrænsning
Ernæring Sædvanligt fødeindtagelsesmønster	1. Meget dårlig 2. Sandsynligvis utilstrækkelig 3. Tilstrækkelig 4. Udmærket
Gnidning og forskydning	1. Problem 2. Potentielt problem 3. Ikke iagttaget noget problem

06-11 Høj risiko
12-18 Middel risiko
19-23 Lav risiko



... tryksår betyder øgede samfunds- økonomiske omkostninger med udgifter på op til 185.000 kr. pr. sår.

adgang til e-maillister på sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. I følge-mail til spørgeskemaet blev mulige deltagere informeret om, at deltagelse var frivillig, og at svar ville blive behandlet fortroligt og præsenteret anonymt. Udfyldelse af spørgeskemaet blev regnet som accept af deltagelse.

Økonomi

Projektet fik støtte fra Udviklingsrådet, Sygehus Lillebælt (SLB) og fra Forebyggelsesfonden, Region Syddanmark.

Resultater

Der deltog 193/497 (39 pct.) i baseline-målingen og 131/494 (26 pct.) i evalueringen. I baseline-målingen var 91 pct. sygeplejersker, og 63 pct. havde mere end 10 års erfaring.

På en skala fra 1-10, hvor 1 var *ingen viden* og 10 *ekspertviden*, vurderede deltagerne i baseline-målingen i gennemsnit deres viden om tryksår generelt til 6,7, deres viden om identifikation af tryksår til 7,2, og deres viden om risikofaktorer for udvikling af tryksår til 7,5. De oplevede *ofte* (2 pct.), *engang imellem* (29 pct.), *sjældent* (53 pct.) eller *aldrig* (9 pct.), at der opstod tryksår i deres afsnit.

De allerfleste oplevede, at der i *høj* eller *meget høj* grad var fokus på forebyggelse af tryksår i deres afsnit, se Tabel 1.

En kommenterede: "Vi har bl.a. en "knap" på Cetrea (elektronisk patientovervåningssystem), der hedder TRYK for skærpet opmærksomhed. Når patient er

Tabel 1. Oplevelse af forebyggelse af tryksår i praksis

	Baseline-måling	
	n	Pct.
Fokus på forebyggelse i eget afsnit		
I meget høj grad	51	(27)
I høj grad	92	(49)
I nogen grad/i mindre grad/slet ikke	40	(22)
Kendskab til sygehusets retningslinje		
I meget høj grad	14	(8)
I høj grad	75	(41)
I nogen grad/i mindre grad/slet ikke	98	(53)
Mener, at tryksår kan forebygges		
I meget høj grad	75	(40)
I høj grad	101	(54)
I nogen grad/i mindre grad/slet ikke	9	(5)
Føler mig ansvarlig, hvis der opstår et tryksår		
I meget høj grad	50	(27)
I høj grad	85	(46)
I nogen grad/i mindre grad/slet ikke	46	(25)
Nødt til at prioritere andre opgaver højere		
Altid eller næsten altid	3	(2)
Ofte	32	(17)
En gang imellem	58	(31)
Sjældent/aldrig	60	(37)
Når at risikovurdere inden for to timer		
Altid eller næsten altid	29	(16)
Ofte	67	(38)
En gang imellem	32	(18)
Sjældent/aldrig	31	(17)
Anvender Braden-skalaen		
Altid eller næsten altid	70	(39)
Ofte	57	(32)
En gang imellem	18	(5)
Sjældent/aldrig	29	(16)
Søger kollegial sparring ved tryksår		
Altid eller næsten altid	15	(8)
Ofte	82	(46)
En gang imellem	57	(32)
Sjældent/aldrig	13	(8)

Forskelle i n og procentsatser pga. manglende svar og "Ved ikke"-svar

screenet (det bliver alle) og er i risiko, så sættes TRYK-knappen på,” og en anden: ”Der findes en arbejdsgruppe i afdelingen og en kultur, hvor mobilisering er vigtig, og brug af luftmadrasser til sengeliggende.”

Deltagerne oplevede, at det indimellem var nødvendigt at prioritere andre opgaver højere end tryksårsforebyggelsen, og at under 20 pct. af patienterne altid eller næsten altid blev risikovurderet inden for to timer, se Tabel 1. En skrev: ”Det er gjort i hovedet, men måske ikke skrevet ned.”

Begrænset kendskab til retningslinje

Omkring halvdelen havde kun *i nogen*, *i mindre grad* eller *slet ikke* kendskab til sygehusets retningslinje for forebyggelse af tryksår. Omkring halvdelen søgte kollegial sparring ved tryksår, og en skrev: ”Vi har en aftale om altid at vurdere sammen med en kollega med hensyn til trykgrad.”

Omkring 75 pct. følte sig i høj eller meget høj grad ansvarlige, hvis der opstod et tryksår hos en af deres patienter, se Tabel 1.

En skrev: ”Det er jo svært det med ansvar og skyld. Vi er jo et team og skulle måske hellere se på organisation og muligheder for udvikling.”

Terminalpatienter og manglende vilje og samarbejde fra patientens side ved vending og mobilisering blev beskrevet som de væsentligste årsager til, at forebyggelse af tryksår ikke altid var mulig.

Brug af Braden-skalaen

Af deltagerne havde 92 pct. kendskab til Braden-skalaen, og 39 pct. anvendte altid eller næsten altid skalaen, mens 32 pct. ofte anvendte skalaen til at risikovurdere patienter.

Indberetning af tryksår

Under 10 pct. af deltagere lavede ofte eller altid indberetning af tryksår stadie 2 eller derover enten som utilsigtet hændelse eller til en kvalitetsmedarbejder. Hertil skrev en: ”Godt spørgsmål, det har jeg aldrig gjort, men det burde man vel faktisk?” mens en anden skrev: ”Vi har en kultur for indberetning af tryksår.”

Ble-dermatit

I alt 47 pct. følte sig *i høj* eller *meget høj grad* rustet til at skelne mellem et tryksår og en ble-dermatit, mens det *i nogen grad* var tilfældet for 35 pct.

Vurdering af e-læringsprogrammet

I juni havde 106 gennemført e-læringskurset, og af dem deltog 57 i evalueringsundersøgelsen. De vurderede brugbarheden af kurset til 7,5 på en skala fra 1-10 (1 *ikke brugbart* og 10 *meget brugbart*).

Oplevelse af at have stor viden

Undersøgelsen viser, at sygeplejersker generelt oplever, at de har en stor viden om tryksår og forebyggelse heraf, og at der er stort fokus på det i prak-

sis. Undersøgelsen viser dog også, at der er plads til forbedringer, og at forebyggelsen af tryksår kan være udfordret af travlhed i praksis. E-læringsprogrammet blev vurderet som meget brugbart.

Selv om flere end halvdelen af deltagerne kun sjældent oplevede, at der opstod tryksår i deres afdeling, viste en audit gennemført i november 2018, at 8,1 pct. af patienterne på sengeafsnit på SLB havde tryksår. Tallet inkluderede både tryksår udviklet på SLB og tryksår, patienterne havde ved indlæggelsen.

I 2018 var der forud for den gennemførte audit rapporteret 52 tilfælde af tryksår opstået i forbindelse med indlæggelse, og da undersøgelsen her viste, at mange ikke rapporterede et nyopstået tryksår på stadie 2 eller derover som en utilsigtet hændelse, er antallet af opstående tryksår sandsynligvis højere.

Halvdelen af deltagerne i den nuværende undersøgelse havde kun *nogen*, *ringe* eller *slet ikke* kendskab til sygehusets retningslinje for forebyggelse af tryksår. E-læringsprogrammet blev af dem, der havde gennemført det, oplevet som meget brugbart. Vi vurderer derfor, at det fremover vil være et godt supplement til dels at sikre, at personalet har den størst mulige viden og erfaring i at screene og iværksætte rette behandling til tryksår, dels til at bibeholde fokus på forebyggelse af tryksår.

En forebyggende indsats er første prioritet, men når skaden er sket, er det vigtigt, at tryksåret diagnosticeres korrekt, så den rigtige behandling kan iværksættes. Her kan e-læringsprogrammets billeder være en stor hjælp. Det er vigtigt, at et opstået tryksår fra stadie 1 og 2 ikke udvikles til stadie 3 eller 4 på grund af for sen identificering og iværksættelse af handlinger.

Oplevelse af skam og skyld

Udvikling af et tryksår kan have mange årsager. Men selv om det kan være årsager, som den enkelte sygeplejerske ikke har indflydelse på, viser undersøgelsen, at mange oplevede skam og skyld, når det skete. Dårlig samvittighed er en væsentlig årsag til udvikling af stress på arbejdspladsen. Stress opstår typisk i situationer, hvor der er en ubalance mellem de krav,



Omkring halvdelen havde kun i nogen, i mindre grad eller slet ikke kendskab til sygehusets retningslinje for forebyggelse af tryksår.

omverdenen stiller til os, og de ressourcer, vi har til rådighed.

Som regel er vi i stand til at håndtere kortvarige belastninger, men hvis man gennem længere tid er overbebyrdet, kan det gøre skade på kroppen og medføre alvorlige stresssymptomer (8). Derfor kræver effektiv forebyggelse af tryksår ikke kun individuel viden om forebyggelsesmetoder, men også let adgang til hjælpemidler og en ledelse, der støtter op og sikrer tilstrækkeligt personale og tid til at arbejde struktureret med forebyggelse.

Styrke og svaghed ved undersøgelsen

Styrker ved undersøgelsen er deltagelse af både sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter fra otte forskellige afdelinger. Svagheder er de lave svarprocenter, og at undersøgelsen er gennemført på et enkelt sygehus. De lave svarprocenter kan dels skyldes, at maillisterne indeholdt personale fra alle afdelingernes afsnit, herunder også ambulatorier, hvor tryksårforebyggelse er mindre relevant end på sengeafsnit, dels at projektet blev gennemført under covid-19-pandemien. Ligeledes kunne information om e-læringsprogrammet ud over videresending via oversygeplejersker nok med fordel være suppleret med information på intranet, plakater i afdelingerne m.m. Da der sandsynligvis blandt deltagerne er en overvægt af dem, der er optaget af tryksårforebyggelse, er den generelle viden og beskrivelse af arbejdet med tryksårforebyggelse i praksis nok overvurderet i undersøgelsen.

Stor viden, men udfordret af travlhed

Sygeplejersker oplever generelt, at de har en stor viden om tryksår og forebyggelse heraf, og at der er stort fokus på det i praksis. Forebyggelse af tryksår kan være udfordret af travlhed i praksis, og der er plads til forbedringer. Et e-læringsprogram kan være et godt supplement til at sikre fokus på forebyggelse og til at øge viden om forebyggelse og kategorisering af tryksår. ●



Sygeplejersker oplever generelt, at de har en stor viden om tryksår og forebyggelse ...



Hvordan tror I, at resultaterne fra denne undersøgelse vil stemme overens med praksis hos jer?

Hvordan arbejder I med tryksårforebyggelse?

Hvordan kan I forbedre tryksårforebyggelse på jeres afdeling?

Referencer

1. Skovgaard B. National Klinisk Retningslinje for forebyggelse af tryksår hos voksne over 18 år. Findes her: <https://files.magicapp.org> > Skriv "National Klinisk Retningslinje for forebyggelse af tryksår hos voksne over 18 år" i søgefeltet. 2. Bermark S, Melby BØ. Tryksår. København: Munksgaard 2014.
3. Chan B, Cadarette S, Wodchis W, Wong J, Mittmann N, Krahn M. Cost-of-illness studies in chronic ulcers: a systematic review. *J Wound Care*. 2017;26:S4-S14.
4. Huang C, Ma Y, Wang C, Jiang M, Yuet Foon L, Lv L, et al. Predictive validity of the Braden scale for pressure injury risk assessment in adults: A systematic review and meta-analysis. *Nurs Open*. 2021.
5. Gaspar S, Peralta M, Marques A, Budri A, Gaspar de Matos M. Effectiveness on hospital-acquired pressure ulcers prevention: a systematic review. *Int Wound J*. 2019;16:1087-102.
6. Moore Z, Avsar P, Conaty L, Moore DH, Patton D, O'Connor T. The prevalence of pressure ulcers in Europe, what does the European data tell us: a systematic review. *J Wound Care*. 2019;28:710-9.
7. Labeau SO, Afonso E, Benbenishty J, Blackwood B, Boulanger C, Brett SJ, et al. Prevalence, associated factors and outcomes of pressure injuries in adult intensive care unit patients: the DecubicUs study. *Intensive Care Med*. 2021;47:160-9.
8. BFA Branche. Fællesskab. Arbejdsmiljø. <https://www.arbejdsmiljoweb.dk/trivsel/stress/om-stress>

Fagligt Ajour præsenterer ny viden fra sygeplejersker eller andre sundhedsprofessionelle, der arbejder systematisk og metodisk med udvikling af sygeplejen eller genererer viden, der er anvendelig i sygeplejen. I artiklerne formidler de resultater og konklusioner fra deres udviklingsarbejde og giver kollegial inspiration til fornyelse af den kliniske sygepleje. Har du selv lyst til at skrive en Fagligt Ajour, så læs mere på dsr.dk/manuskriptvejledning.



CHARLOTTE DREJDAL DYEKJÆR

Sygeplejerske 1992. Diplom i klinisk uddannelse og formidling, VIA Aarhus Universitet 2012. Master i klinisk sygepleje 2017. Udviklingsansvarlig sygeplejerske, Børn og Unge, Aarhus Universitetshospital

chardyek@rm.dk



BETINNA SMEDEGAARD HVIID

Sygeplejerske 1993. Ansat på sengeafsnit 2, Børn og Unge, Aarhus Universitetshospital



LINE VIND SKOVHOLM

Sygeplejerske 2015. Ansat på sengeafsnit 2, Børn og Unge, Aarhus Universitetshospital



CLAUS SIXTUS JENSEN

Sygeplejerske 1998. Master of Health Science, Nursing ved Deakin University og Viborg Sygeplejeskole i 2010. Ph.d. 2018. Ansat som klinisk sygeplejespecialist hos Børn og Unge, Aarhus Universitetshospital (AUH) samt postdoc ved Center for Akutforskning ved AUH og Aarhus Universitet.

Interaktivt spil afleder de mindste børn fra smerter

Et behov for afledning af børn i alderen 0-4 år ved smertefulde procedurer førte til et innovationsprojekt. Det førte til to spil med titlen ”Min hospitalsven Hjulle”. Registrering af børnenes smerter viser, at spillene hjælper børnene.

Forskning viser, at det kan være en traumatisk og angstfremkaldende oplevelse for et barn at komme på hospitalet. Barnet befinder sig i uvante omgivelser med fremmede mennesker omkring sig og skal måske endda lægge krop til undersøgelser og behandling, der kan være både angstfremkaldende og smertefulde (1). Oplevelsen af smerte er en sensorisk og personlig følelsesmæssig oplevelse. Den individuelle forståelse påvirkes af faktorer som alder, udviklingstrin, køn, temperament og mestringssevne (2,3).

Børn og Unge, Aarhus Universitetshospital (AUH), modtager årligt cirka 16.000 børn og unge. Den største aldersgruppe er børn under fire år. En af hjørnestenene i pædiatrisk sygepleje er at støtte barnet i at mestre det, der kan være svært i forbindelse med at komme på hospitalet. Vi oplever dog ofte, at børn i aldersgruppen 0-4 år er en særligt svær gruppe at støtte. Deres kognitive forståelse betyder, at det er svært at forklare og få dem til at forstå, hvad der skal ske, når de skal igennem forskellige undersøgelser og procedurer.

Afledning er en af de hyppigst anvendte mestringsiltag, vi anvender til denne aldersgruppe. Ved at udnytte barnets nysgerrighed og interesse for nye ting, flyttes barnets opmærksomhed væk fra det, der måske er smertefuldt eller angstfremkaldende, til noget mere sjovt og spændende. Forskning understøtter, at afledning kan være smertelindrende i forbindelse med behandling, da hjernen ikke på samme måde koncentrerer sig om smerten, hvis opmærksomheden er et andet sted (4).

Gennem mange år har vi på Børn og Unge opbygget en ”mestringskasse” med en bred vifte af tilbud, f.eks. bøger, fantasirejser, virtuel reality-briller, sæbebobler og legetøj med lys og lyd. Men vi oplevede, at tilbuddene til specielt de yngre børn var utilstrækkelige. Sæbebobler, som ofte havde været vores før-

RESUME

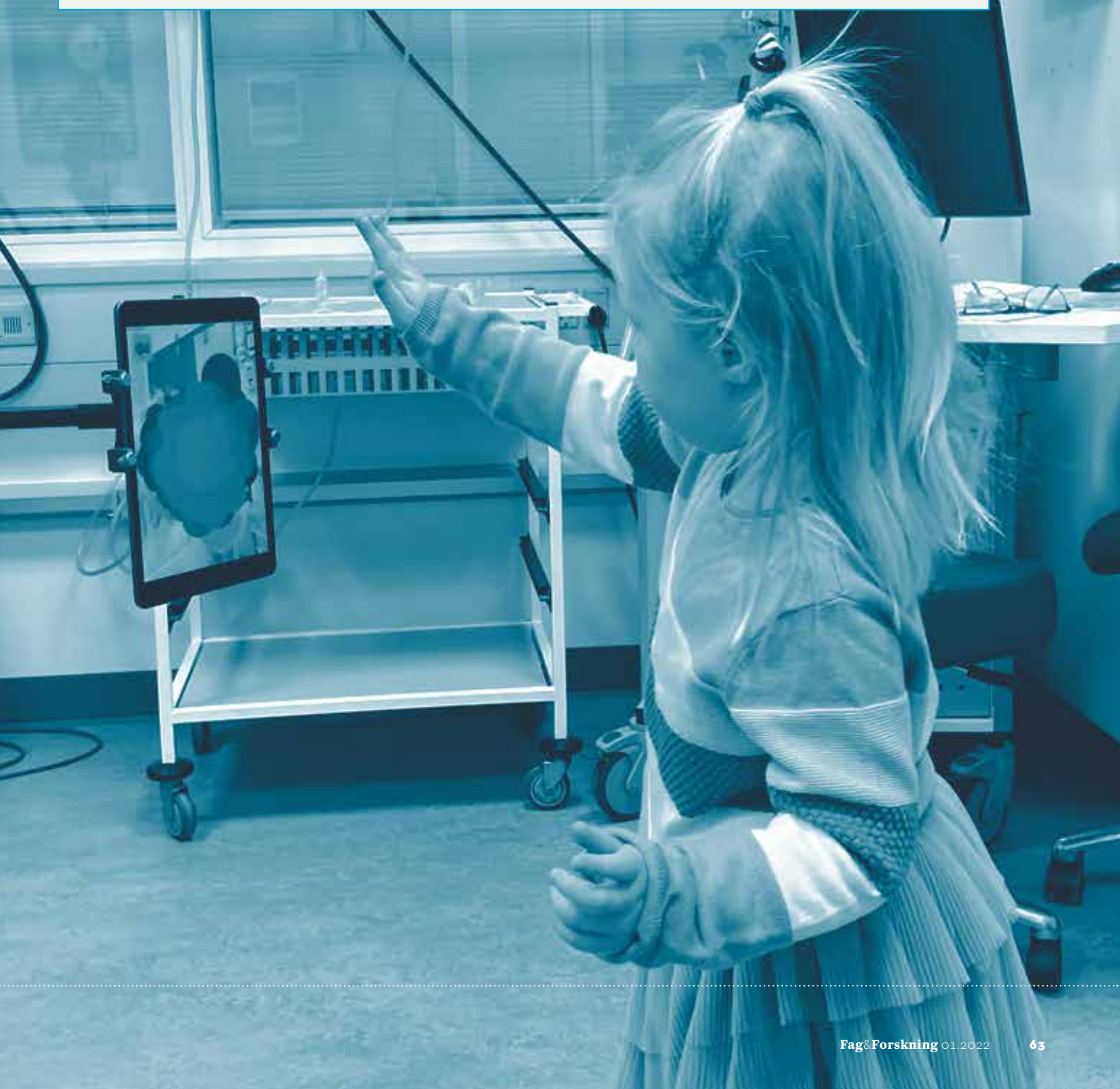
Manglende støtte til mestring af procedurer forbundet med smerte og angst for børn i aldersgruppen 0-4 år førte til innovationsprojektet "Min hospitalsven Hjullev" – to spil på en iPad målrettet aldersgruppen. Spillene spilles på en iPad, der er fastgjort på et mobilt stativ med hjul, deraf navnet Hjullev.

Projektet, som er gennemført på afdelingen Børn og Unge, Aarhus Universitetshospital, blev testet på 21 børn, hvor data blev indsamlet vha. feltobservationer, spørge-

skemaer, narrativer og registrering af smertescore. Vores resultater viste, at Hjullev er meget brugervenlig, og at 3 ud af 4 børn blev helt eller delvist afledt.

Hjullev er nu en del af afdelingens tilbud i mestringsskassen til de yngste børn. Målet er, at Hjullev fremover skal hjælpe børn på mange andre børne- og ungeafdelinger i Danmark.

Projektet viser, at det er muligt at fuldføre et innovationsprojekt selv med forholdsvis små midler til rådighed.



stevalg, kunne vi pludselig ikke anvende længere på grund af risiko for covid-19. På baggrund af dette fik vi ideen til at udvikle "Min hospitalsven Hjulle" se Boks 1.

Formål og metode

Vi valgte at teste "Hjulle" på fem tilfældigt udvalgte dage i januar 2021. Formålet var at undersøge brugervenligheden og få en fornemmelse af, om afledningen lykkedes i forhold til målgruppen. Målet var at teste på minimum 20 børn.

Inklusionskriterierne var børn i alderen 1-4 år, som skulle gennemgå en procedure, der kunne være forbundet med smerte eller angst. Til at vurdere brugervenligheden, oplevelsen og effekten af Hjulle blev der lavet dataindsamling i form af feltobservationer og smertescore vha. smertescoringsredskabet 'Face, Legs, Arms, Cry and Consolability' (FLACC), se Boks 2. Efter endt procedure udfyldte forældrene et spørgeskema. De sundhedsprofessionelle, der udførte procedurene, beskrev deres oplevelse af Hjulle gennem udsagn, som efterfølgende blev nedskrevet som narrativer.

Test af Hjulle

Inden vi testede, indhentede vi skriftligt samtykke fra forældrene.

Under testningen var to projektsygeplejersker til stede samt de sundhedsprofessionelle, som var nødvendige for at udføre proceduren. Sygeplejerske 1 vurderede barnets smerter før, under og efter proceduren med udgangspunkt i FLACC samt vejledte i anvendelsen af Hjulle. Sygeplejerske 2 udførte feltobservation. Der var fokus på brugervenlighed, stemning på stuen samt barn og forældres respons på Hjulle.

Vi testede på sengeafsnit, i klinik, ved ambulansetagning og på børneoperationsgangen. 21 børn blev inkluderet, se Tabel 1. Vi testede bevidst på et barn, som var yngre og ældre end inklusionsalderen for at få en fornemmelse af, om vi havde udvalgt den korrekte inklusionsalder. Vi testede desuden i forbindelse med flere forskellige procedurer, se Tabel 2.

Feltobservationer

Der blev udarbejdet deskriptive feltnoter



Foto: Fabio Cujino

Boks 1. Udvikling af "Min hospitalsven Hjulle"

Ønsket var at skabe en helhedsløsning. To spil blev udviklet målrettet aldersgruppen. Spillene spilles på en iPad, der er fastgjort på et mobilt stativ med hjul, deraf navnet Hjulle. Stativet har en ramme designet som et dyr, en dinosaur, og er dermed genkendeligt og synonym for "min hospitalsven Hjulle". Vi udviklede spillene sammen med firmaet Doktor Universe, der har stor erfaring med at udvikle spilløsninger til børn.

Spillene anvender teknologierne Augmented Reality (6) og Computer Vision (7). Det betyder, at barnet både kan være en aktiv del af spillet og samtidig spille på afstand uden at berøre, dvs. spille ved at lave blide bevægelser ud i luften. Afhængig af alder og udviklingsniveau kan barnet enten spille selv eller med hjælp fra en forælder. Specielt i en coronatid er det en stor fordel, at løsningen er håndfri og ikke kræver desinficering mellem hvert barn. Spillene er designet, så indhold og sværhedsgrad er målrettet aldersgruppen. Spillene tager udgangspunkt i velkendte grafiske elementer som dyr og balloner og kan spilles et uendeligt antal gange i træk.

Hjulle er nem at betjene, og der er ikke noget besværligt og langsomt set-up. Hjulle er altid klar.

Denne video viser, hvordan et barn anvender Hjulle: <https://vimeo.com/538684816>

Hjulle er støttet med 100.000 kr. af Innovationspuljen i Region Midt.

Boks 2. Smertescoringsredskabet FLACC

FLACC blev anvendt som smertescoringsredskab til at vurdere barnets smerter før, under og efter proceduren. FLACC blev valgt på baggrund af anbefalinger fra den nationale kliniske retningslinje, "Vurdering af smerteintensitet ved akutte smerter hos børn fra 28 dage - 18 år". Retningslinjen anbefaler, at sundhedsprofessionelle anvender et smertescoringsredskab, der er målrettet barnets udviklingsmæssige alder, når man vurderer et barns smerter.

Barnets udviklingsmæssige alder er væsentligere end barnets fysiske alder ved valg af smertescoringsredskab. Selvrapporterede smerter vurderes til at være mest valide, men hos yngre børn under 4-5 år anbefales et smertescoringsredskab, hvor det enten er forældrene eller den sundhedsprofessionelle, der vurderer barnets smerter på baggrund af systematiske observationer. Det kan f.eks. være smertescoringsredskabet FLACC (8).

på alle inkluderede børn. Herefter blev der udført indholdsanalyse inspireret af Kvale og Brinkmann (5). Feltnoterne blev gennemlæst flere gange af projektsygeplejerskerne. Først for at få et overblik over den enkelte testsituation, dernæst for at se efter naturlige meningsenheder. Meningsenhederne blev efterfølgende kondenseret til relevante temaer. Til sidst blev der set efter mønstre på tværs af de enkelte testsituationer for at afklare, om der var flere temaer, der gik på tværs i forhold til om afledningen lykkedes.

Tabel 1. Antal inkluderede børn fordelt på alder

Alder	Antal
6 måneder	1
1 år	8
2 år	4
3 år	6
4 år	1
5 år	1
I alt	21

Tabel 2. Antal børn fordelt på procedurer

Alder	Antal
Blodprøve	7
Anæstesiindledning	4
IV-adgang	2
Kateteranlæggelse	1
Fjernelse af PVK	2
Fjernelse af forbindelse og kateter	3
Fjernelse af dræen	1
Trakealsug	1
I alt	21

Tabel 3. Afledning fordelt på antal af børn på baggrund smertescor

	Smertescor før	Smertescor under proceduren	Smertescor efter
Afledt			
	0	6	4
	0	0	0
	0	0	0
	0	10	0
	0	1	0
	0	5	0
	0	7	0
	1	5	1
	1	4	1
	0	0	0
	0	0	0
	0	0	0
Delvist afledt			
	3	7	3
	1	8	4
	2	8	0
	3	7	3
Ikke afledt			
	2	7	1
	1	8	4
	1	7	0
	1	5	0

Smertescoring med FLACC

Der blev registreret smertescor på 20 børn, se Tabel 3. Et barn fik ikke registreret smertescor, da han kun prøvede "Hjulle" før proceduren. De fleste af de børn, der var fuldt afledt, havde en smertescor på 0-1 under selve proceduren, enkelte havde dog kortvarigt en smertescor på 7-8 under proceduren. 20-30 sekunder efter, at proceduren var overstået, havde børnene en smertescor på 0. Alle de børn, der ikke kunne afledes eller kun kunne

delvist afledes, havde en smertescor mellem 1-3, allerede inden proceduren gik i gang. Dette kan pege i retning af, at det kan have betydning, om barnet er bange eller har smerter på forhånd, i forhold til om afledningen lykkes.

21 børn testede Hjulle

Kun ét barn testede Hjulle, inden proceduren skulle udføres, da det var planlagt, at barnet skulle have lattergas. De 20 andre børn testede Hjulle i forbindelse med proceduren. 16 børn blev afledt eller delvist afledt, og fem børn blev ikke afledt. Vi inkluderede to børn uden for inklusionsalderen.

Barnet på 6 måneder blev afledt. Han var meget optaget af at se både sin mor, hvis ansigt han kunne se i iPad'en, samt ballonerne, som moderen fik til at springe med sin hånd. Han smilede hver gang, en ballon gik i stykker. Det var et overraskende fund at se, at Hjulle kunne aflede et barn under et år.

Barnet på 5 år blev ikke afledt. Dette kan skyldes flere forskellige årsager. Ifølge barnets mor blev pigen ikke fanget af spillene, da de var for barnlige.

Flere faktorer havde indflydelse på, om det lykkedes af aflede barnet. De blev beskrevet inden for nedenstående fem temaer.

1. Forældrenes rolle

Det var tydeligt, at forældrene havde en stor rolle i forhold til, om afledningen lykkedes. Det var vigtigt, at de var rolige og støttede barnet i at spille undervejs. F.eks. støttede nogle forældre barnet ved at sige "se, der er en gul, glad ballon" eller "hvad siger kyllingen?" Det hjalp barnet med at blive fastholdt i spillene gennem længere tid. De fleste af de gange, hvor afledningen lykkedes, var der en meget rolig atmosfære på stuen, hvilket forældrene var en medvirkende årsag til.

2. De sundhedsprofessionelles rolle

De sundhedsprofessionelle havde ligeledes en vigtig rolle i forhold til, om afledningen lykkedes. De havde både fokus på selve proceduren, men også på Hjulle, og flere havde overskud til at spørge ind til spillene



Foto: Charlotte Drejdaal Dyekjær

undervejs. I alle de situationer, vi observerede, agerede de sundhedsprofessionelle meget roligt og var gode til at forklare barnet, hvad der skulle ske på et niveau svarende til barnets udvikling. De var desuden også opmærksomme på at involvere forældrene, hvis det blev skønnet nødvendigt i forhold til proceduren og Hjulle.

3. Genkendelighed

De børn, som testede Hjulle ved anæstesiindledning på operationsgangen, var kort forinden blevet introduceret til Hjulle på sengeafsnittet. Det var helt tydeligt, at børnene genkendte Hjulle, da de kom ind på operationsstuen (et stort rum med mange mennesker og masser af apparater og udstyr). De vendte sig efter lyden, da Hjulle kan spille en lille melodi. Flere af børnene virkede, som om de var mere opmærksomme på Hjulle end på alt andet på stuen. På operationsstuen var en stol placeret foran Hjulle, som en af forældrene skulle sidde på, mens barnet skulle bedøves enten med maske eller have anlagt en perifer venekanyale til medicin.

I flere af testsituationerne begyndte forælder og barn straks at spille på Hjulle, idet de blev placeret på stolen, indtil barnet roligt faldt i søvn. I en af anæstesiindledningerne lykkedes det ikke at aflede, formentlig af flere forskellige årsager. En af årsagerne kunne være, at barnet var svagtseende. Vi havde dog valgt at inkludere ham, da han efter forældrenes udsagn reagerede meget på lyd. Han vendte sig kortvarigt efter melodien, som Hjulle spillede, da han kom ind på stuen, men blev herefter ked af det.

4. Tidsfaktor

Tidsfaktoren havde også betydning. De gange afledningen lykkedes bedst, var barnet og forældrene introduceret til Hjulle inden selve proceduren. Hjulle blev herefter sat væk, indtil proceduren skulle foregå. Et par gange oplevede vi, at barnet havde spillet på Hjulle i for lang tid. Nyhedsværdien var væk, og barnet blev optaget af noget andet. Et af de børn, som havde spillet i lang tid inden selve proceduren, havde brug for noget mere velkendt under selve proceduren – et bestemt spil på mors telefon. I forhold til de børn, som skulle bedøves, er vores vurdering, at barnet skulle introduceres til Hjulle kort tid inden anæstesiindledningen, så barnet havde en frisk erindring om Hjulle.

5. Teknik

Det var vigtigt, at teknikken virkede, og de småproblemer, der var i starten, blev hurtigt tilrettet. Det mobile stativ blev ligeledes forbedret undervejs. Desuden blev flere dyrerammer afprøvet både i forhold til udtryk og holdbarhed. Den endelige løsning blev en dinosaurramme. Flere forældre tilkendegav, at Hjulle var meget nem at betjene, og at teknikken fungerede fint.

Forældre besvarede spørgeskema

16 ud af 21 mulige forældre udfyldte spørgeskema.

Flere forældre beskrev, at deres barn ofte græd i forbindelse med procedurer forbundet med angst eller smerter.

På spørgsmålet om, hvordan barnet bedst muligt kunne hjælpes gennem procedurerne, svarede forældrene, at det var vigtigt, at der blev snakket beroligende med deres barn, og at de som forældre agerede roligt. Desuden havde det betydning, at proceduren forgik i rolige omgivelser. De fleste tilkendegav, at afledning og underholdning var den bedste måde at støtte deres barn i at mestre svære situationer.

Forældrene tilkendegav, at Hjulle var en positiv oplevelse, en god idé og spændende for barnet. Desuden virkede Hjulle rigtig godt som afledning. En forælder skrev, at hendes barn fremover ville have noget at se frem til, når han skulle på hospitalet.

En anden forælder skrev, at hendes barn løsnede lidt op, da han så Hjulle på stuen.

Narrativer fra sundhedsprofessionelle

Flere sygeplejersker skrev, at det var væsentlig nemmere at udføre en procedure, da barnet var optaget af Hjulle, det var knap så hektisk og stressende, som tidligere oplevet ved lignende procedurer. De tilkendegav, at barnet efterfølgende ville kunne huske Hjulle som en god oplevelse, også når de kom hjem.

En sygeplejerske fremhævede, at hun kunne se perspektiver i at bruge Hjulle til børn, som er bange for fremmede. De børn, hun mødte i neurologisk klinik, fik ofte udført en neurologisk gennemgang, hvilket bl.a. indebærer, at barnet skulle løbe og stå på et ben. I de situationer ville Hjulle være en god virtuel partner til at komme helt tæt på barnet. Flere nævnte, at det var



**Vi oplever ofte,
at børn i aldersgruppen 0-4 år
er en særligt
svær gruppe
at støtte.**



et vigtigt signal at sende, at vi altid gør en indsats for at få børnene til at føle sig trygge, når der skal ske noget, der ikke er rart.

En anæstesi-læge skrev, at han var positivt overrasket over Hjulle. De få anæstesiindledninger, han så, gik overraskende glat.

Tilbage meldinger fra et par af de bioanalytikere, som deltog i testning, var, at det var vigtigt at være opmærksom på, at Hjulle blev placeret et sted, så barnet kunne se, hvad der foregik på skærmen, og bioanalytikerne kunne udføre deres arbejde, uden at Hjulle var i vejen. De pegede desuden på, at de ofte anvendte øjenkontakt med barnet for at vurdere, om barnet skulle have mere forklaring i forhold til blodprøven. Denne metode kunne muligvis være sværere at anvende fremadrettet, hvis barnet kun havde fokus på Hjulle.

Betydning for sygeplejen

Vi testede Hjulle på 21 børn. I de fleste tilfælde blev Hjulle anvendt som afledning, men flere gange også som en icebreaker, der kunne få generte børn til at løsne op. Vores resultater viste, at de fleste børn reagerede positivt på Hjulle, og at 16 ud af 21 børn, som prøvede Hjulle, enten blev afledt eller delvist afledt. Flere faktorer havde betydning i forhold til, om afledningen lykkedes. Udførelsen skulle foregå i rolige omgivelser, og det var vigtigt, at både forældre og de sundhedsprofessionelle agerede roligt og støttende. Afledningen virkede bedst, når barnet fik hjælp til at blive fastholdt i spillene. Forældrene i denne undersøgelse tilkendegav desuden, at afledning var en af de bedste metoder at anvende, når deres barn skulle igennem noget, der kunne være forbundet med angst eller smerter.

Anvend Hjulle med omtanke

En anden vigtig faktor var, at barnet skulle præsenteres for Hjulle i tilpas tid inden proceduren. Gerne kort tid inden, f.eks. på sengeafsnittet, inden barnet skulle på operationsgangen. På den måde havde barnet Hjulle i frisk erindring. Barnet måtte dog ikke spille i for lang tid inden, da nyhedsværdien ellers gik tabt, når selve proceduren skulle foregå. Derudover var det vigtigt, at Hjulle blev placeret, så sundhedsprofessionelle kunne udføre proceduren, uden at Hjulle stod i vejen. Vores resultater peger i øvrigt i retning af, at det kan have betydning for, om afledningen lykkes, hvis barnet allerede er bange eller har smerter forud for proceduren.

Testningen viste desuden, at Hjulle er meget brugervenlig, nem at betjene, og at teknikken fungerer godt. De sundhedsprofessionelle, som deltog i testningen af Hjulle, var primært positive og tilkendegav, at Hjulle er et kærkomment tilbud i mestringskassen og dermed indfrier det manglende mestringsstøttende tilbud til de yngste børn på hospitalet. Vores håb for fremtiden er at udvide målgruppen og udvikle spil, der anvender samme teknologi til lidt ældre børn. Derudover er vi i gang med at udbrede kendskabet til Hjulle, så børn på mange andre børne- og ungeafdelinger i Danmark kan få støtte af en Hjulle.

Aktuelt bliver Hjulle lige nu afprøvet i et vaccinationscenter, hvor børn vaccineres for covid-19. En foreløbig tilbagemelding har vist, at Hjulle er meget anvendelig og virker godt som afledning også i forbindelse med vaccination.

Vi har desuden planer om at lave et randomiseret studie, der skal undersøge, hvordan Hjulle virker som afledning sammenlignet med andre afledningsteknikker.

Projektet har vist os, at det selv med forholdsvist små midler til rådighed er muligt at fuldføre et innovationsprojekt udsprunget af et behov i hverdagen. ●

Hvordan får I patienter til at samarbejde ved procedurer, der kan være forbundet med angst eller smerter?

Hvordan arbejder jeres afdeling med innovationsprojekter, der opstår pga. et behov i hverdagen?

Hvordan arbejder I med at inddrage ny teknologi i jeres afdeling?

Referencer

1. Grønseth R, Markestad T. *Pediatri og pædiatrisk sygepleje*. Bergen: Fagbokforlaget 2011.
2. *The recognition and assessment of acute pain in children. Update of full guideline*. Royal College of Paediatrics and Child Health September 2009.
3. McGrath PJ, Stevens BJ, Walker SM, et al. *Oxford textbook of pediatric pain*. Oxford 2013.
4. Walther-Larsen S, Petersen T, Molin S, et al. "Immersive virtual reality for pediatric procedural pain: a randomized clinical trial". *Hospital Pediatrics* July 2019, 9 (7) 501-7; DOI: <https://doi.org/10.1542/hpeds.2018-0249>
5. Kvale S, Brinkman S *Interview: introduktion til et håndværk*. 3. udgave. København: Hans Reitzels Forlag; 2015.
6. https://da.wikipedia.org/wiki/Augmented_reality
7. <https://azure.microsoft.com/da-dk/overview/what-is-computer-vision/>
8. <https://cfkr.dk/retningslinjer/godkendte-retningslinjer/smerter-og-sanseindtryk/vurdering-af-smerteintensit/>

Fagligt Ajour præsenterer ny viden fra sygeplejersker eller andre sundhedsprofessionelle, der arbejder systematisk og metodisk med udvikling af sygeplejen eller genererer viden, der er anvendelig i sygeplejen. I artiklerne formidler de resultater og konklusioner fra deres udviklingsarbejde og giver kollegial inspiration til fornyelse af den kliniske sygepleje. Har du selv lyst til at skrive en Fagligt Ajour, så læs mere på dsr.dk/manuskriptvejledning.



LOTTE MARIE JENSEN

Sygeplejerske 2002,
Master i smertevidenskab og
tværfaglig behandling, Aalborg
Universitet 2019.

Siden 2014 ansat ved
Smerteklinikken Grindsted,
de sidste to år som klinisk
udviklingssygeplejerske.

lotte.marie.jensen@rsyd.dk



MARIANNE DONSLUND FYHN

Sygeplejerske i 1996, uddannet
NADA-behandler i 2019.

Siden 2011 ansat i Friklinikken /
Smerteklinikken Grindsted.



RESUME

Smerteklinikken Grindsted gennemførte i 2020 et projekt med øreakupunktur ud fra anvisninger fra National Acupuncture Detoxification Association, såkaldt NADA-behandling. Formålet var at afdække, hvordan Smerteklinikken patienter oplevede støtte under aftrapning af opioider. Projektet bekræftede smertesygeplejerskerne i, at NADA kan være et velegnet tilbud til patienter, som aftrapper opioider, og det er i dag et fast etableret tilbud i klinikken.

Case-personen Bente repræsenterer en gruppe kronisk smerteramte mennesker med et længerevarende sygdomsforløb, som har ført til et uhensigtsmæssigt forbrug af opioider. Hun har tidligere forsøgt aftrapning, med voldsomme abstinenser til følge og er derfor utryk ved tanken om endnu et aftrappingsforløb. Bente tilbydes NADA-behandling i håbet om at øge muligheden for et vellykket aftrappingsforløb.

Øreakupunktur lindrer abstinenser

Et projektforsøg viste god effekt af øreakupunktur. På Smerteklinikken i Grindsted er behandlingen derfor blevet et fast tilbud til patienter, som ønsker aftrapning af opioider.

D Måske kender du Bente. Hun er helt unik, og samtidig repræsenterer hun en gruppe kronisk smerteramte mennesker med et længerevarende sygdomsforløb, som har ført til et stort forbrug af opioider.

Bente er 58 år. Hun er gift og har to voksne børn og fem børnebørn. Hun har tidligere arbejdet som selvstændig frisør og elsket at rejse. Men en novemberdag i 2014 blev skæbnsvanger for Bente og hendes familie.

Føret var glat, og en lastbil kom over i den vejbane, hvor Bente og hendes mand

Leif netop kørte - på vej til barnebarnets to års fødselsdag. Leif fik nogle overfladiske skrammer, men Bentes bækket blev knust i sammenstødet med lastbilen. Det var heldigt, at hun overlevede, og efterfølgende var hun igen flere omfattende operationer. Ulykken satte sine spor hos ægteparret, der begge er blevet diagnosticeret med posttraumatisk stress.

Bentes smerter forværredes i årene efter ulykken, og hendes forbrug af opioider steg til hendes egen og den praktiserende læges fortvivlelse. Hun blev efter eget ønske henvist til Smerteklinikken i Grindsted og ankom forpint og udmattet sammen med sin mand. Her fortæller hun, at hendes liv opleves mere og mere passivt, og hun føler, at opioiderne styrer hendes liv, samtidig med at hun oplever, at smerterne tiltager.

Smertesygeplejersken lytter til ægteparret, og de taler om forventninger til forløbet, hvorefter Bente tilbydes psykologsamtaler, pårørendeundervisning og deltagelse i et smertehåndteringskursus. Desuden har Bente et ønske

om aftrapning af opioiderne, da hun ikke oplever, de hjælper på smerterne, men giver en del bivirkninger, se Boks 1.

Bente fortæller, at hun selv har forsøgt at stoppe, men blev dårlig med opkast, angst, svedeture og øgede smerter. Hun er bange for at opleve det igen, hun bliver urolig, og blikket flakker, da emnet berøres. I Smerteklinikken finder vi det vigtigt at lytte til ægteparrets erfaringer og oplevelser – og at behandlingsplanen tager udgangspunkt i disse.

Der udarbejdes en langsom aftrappingsplan med hyppig opfølgning og mulighed for medicinsk støtte, en plan både Bente og ægtefællen føler sig trygge ved.

Aftrapning af opioider – en kompleks opgave

De senere år har der været øget fokus på behandling af kroniske smerter, herunder behandling med opioider, som nu sjældnere opstartes og hyppigere aftrappes. (1). Aftrapning af opioider kan medføre abstinenser, der bl.a. kan vise sig som smerter, hovedpine, svedtendens, kvalme og afbrudt nattesøvn. Abstinenser kan opleves meget voldsomt af den enkelte, der i forvejen er udfordret af sin kroniske smertetilstand og ofte også andre konkurrerende lidelser.

Når aftrapning af opioider initieres på Smerteklinikken vil patientens kontaktsygeplejerske oftest være primær kontaktperson under forløbet. Der vil være regelmæssige kontakter med motiverende og støttende samtaler med den enkelte.

Sygeplejerskerne i Smerteklinikken har tidligere mødt mennesker som Bente og Leif, og med baggrund i disse møder blev øreakupunktur (NADA-behandling - National Acupuncture Detoxification Association) i 2021 et nyt tilbud i Smerteklinikken.

Forud for det nu etablerede tilbud om NADA-behandling gennemførte Smerteklinikken i 2019-2020 projekt NADA. Projektet viste, at NADA-behandling førte til mildere abstinenssymptomer samt oplevelsen af håb og tryghed i aftrappingsfasen. Håb og tryghed vurderes at være et vigtigt fundament for et vellykket behandlingsforløb, og NADA-behandling kan være endnu et redskab, som kan understøtte dette.

Fem nåle i hvert øre

NADA er ifølge NADA-Danmark øreakupunktur, som kan støtte den enkeltes recovery og empowerment. NADA består af fem akupunktur nåle i hvert øre, og metoden skal ses som supplement til ellers anvendte behandlingsmetoder. Sundhedsstyrelsen beskriver NADA som potentiel støtte under aftrapning af opioider og har været anvendt i misbrugscentre gennem flere år (2), men der er ingen tilgængelige studier fra danske smerteklinikker.

Under samtalen vender ægteparret flere gange tilbage til oplevelsen af voldsomme abstinenser. Kontaktpersonen lytter til deres oplevelser og bekymringer, og Bente tilbydes NADA-behandling to gange ugentligt á 45 minutter, se Boks 2.

Bente og Leif har ikke tidligere hørt om NADA, men finder det interessant

Boks 1. Opioider

Opioider (kaldes også morfin) er en gruppe medicin, som binder sig til opioidreceptorer i både centralnervesystemet, det perifere nervesystem og det enteriske nervesystem. Opioider anvendes primært i behandlingen af moderate til svære akutte smerter og sjældnere i behandlingen af kroniske smerter, hvor de oftere aftrappes.

Boks 2. Baggrunden for NADA

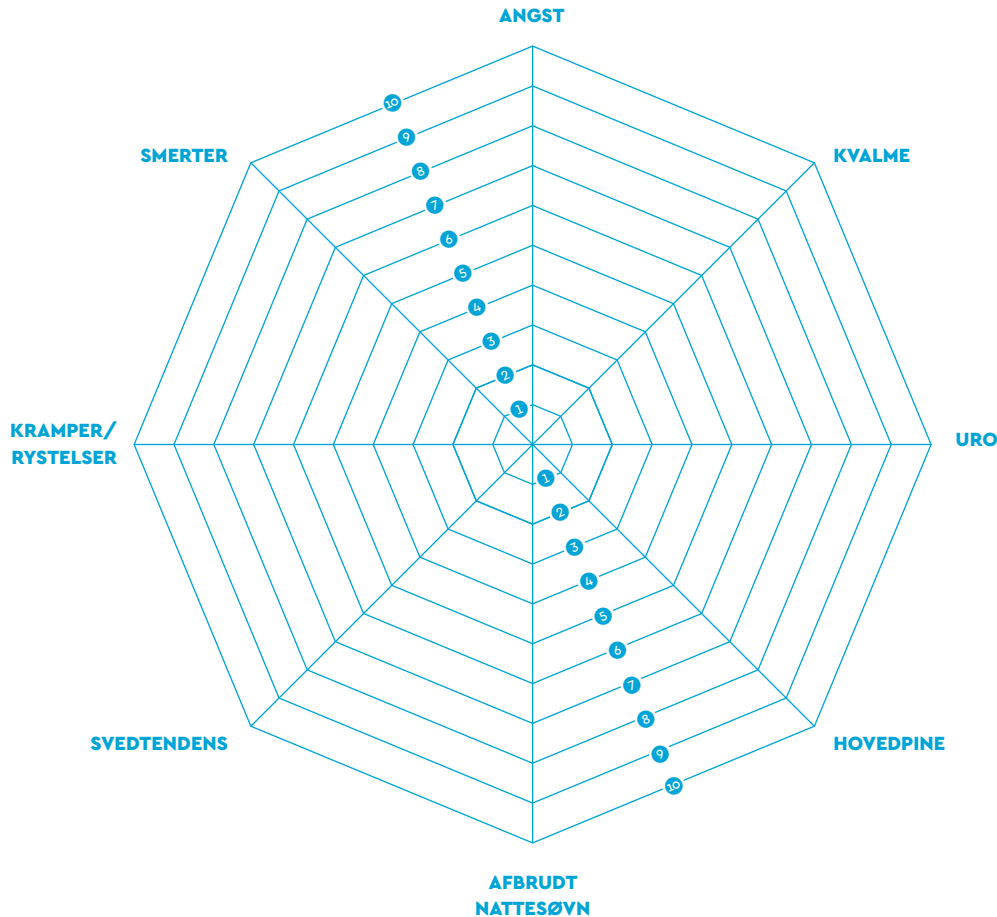
NADA er standardiseret øreakupunktur med fem akupunkturpunkter i hvert øre. Metoden blev udviklet på Lincoln Hospital i South Bronx, New York i begyndelsen af 1970'erne og er i dag kendt over det meste af verden. Metoden bygger på Traditionel Kinesisk Medicin, hvor aktivering af akupunkturpunkterne balancerer både krop og psyke. NADA er et redskab, der kan anvendes i kontakten til kroppens selvberoligende system og derved hjælpe med at finde indre ro og balance.

Organisationen NADA Danmark står for uddannelsen af behandlere. Det foregår over fire kursusdage inklusiv en praktisk øvelsesperiode.

Citat fra deltagere i projektet:

"Inden jeg blev tilbudt NADA-behandling, havde jeg haft tre uger med trælse nætter med megen uro i benene, så jeg græd over det ... intet hjalp. Men nålene hjalp, og jeg priser mig lykkelig over det, tak for tilbuddet."

"Det er lykkedes at komme ud af morfin og klart, at NADA gav hjælp hertil."



Figur 1.
Abstinenscirklen

Abstinenscirklen med otte abstinenssymptomer: Angst, kvalme, uro, hovedpine, afbrudt nattesøvn, svedtendens, kramper/rystelser og smerter. Hvis der tegnes en streg fra punkt til punkt, danner symptomerne tilsammen et spind. Man kan vælge at anvende forskellige farver fra gang til gang, så det bliver tydeligt for patient og behandler, om patientens symptomer lindres eller ej. Disse spind kan anvendes som et visuelt værktøj i dialogen med patienten.

På en skala fra 1-10 skal du angive med et kryds for hvert ben i cirklen, hvilket tal der bedst beskriver dine symptomer.

og samtidig trygt, at det kan foregå i klinikken. Bente tager imod tilbuddet, accepterer planen og fortæller, at hun både føler sig hørt og set.

Udtrapning lykkedes for Bente

Det lykkedes for Bente at trappe helt ud af brugen af opioiderne. Det tog 5 måneder, hvor hun den første tid modtog NADA-behandling i Smerteklinikken, hvorefter hun fandt en NADA-udøver i byen, hvor hun bor. Her fortsatte hun indtil 2 uger efter endt aftrapning.

Hun har stadig smerter, men kan nu mærke sig selv og har fået større mentalt overskud. Føler ikke længere hun går i en tåge, men kan tænke mere klart og kende sig selv igen. Det har været en sej periode, men det hele værd, siger hun. Det er også vigtigt at pointere, at støtte fra netværket har stor betydning, og Bente har oplevet god forståelse og støtte fra bl.a. sin mand, som også har været påvirket efter ulykken.

Metode

Der blev anvendt et mixed metode-design med patientrapporteret outcome, med afkrydsning på Abstinenscirkel, se Figur 1, samt spørgeskemaer med åbne spørgsmål. Der er data fra før opstart med NADA-behandling (baseline), umiddelbart efter første NADA-behandling og efter sidste NADA-behandling.

Abstinenscirkel blev udarbejdet med inspiration fra Dolo Test (3) og indeholder otte abstinenssymptomer: Smerter, angst, hovedpine, kvalme, afbrudt nattesøvn, uro, kramper/rystelser og svedtendens. De otte abstinenssymptomer er valgt på baggrund af ICD-10 kriterierne for alkoholabstinenser (4) og erfaringen fra det kliniske arbejde med patienter med abstinenser i forbindelse med aftrapning af opioider. Patienterne afkrydsede hvert symptom på Abstinenscirklen, hvorefter den blev aflæst med et tal fra 0-10, hvor 0 er = 'ikke udfordret' og 10 = 'Værst tænkeligt udfordret'. Derudover blev der udleveret spørgeskema for at undersøge patienternes oplevelse af NADA-behandlingen.

Fremgangsmåde

Patienter blev tilbudt NADA-behandling i forbindelse med aftrapning af opioider,

Tabel 1. Antal patienter, som scorede bedring fra baseline til sidste behandling

De otte abstinenssymptomer (Abstinenscirklen)							
Antal patienter, som scorede bedring fra baseline til sidste behandling							
Søvn	Smerte	Angst	Hovedpine	Kvalme	Uro	Kramper/rysten	Svedtendens
11/16	7/16	5/6	11/14	6/7	10/14	7/8	12/13

Tabellen viser antal patienter ud af mulige respondenter, som scorede lindring af det pågældende abstinenssymptom.

Tabel 2. Antal hele trin på Abstinenscirklen, patienternes symptomer blev forbedret

De otte abstinenssymptomer (Abstinenscirklen)								
Antal hele trin på Abstinenscirklen, patienternes symptomer blev forbedret								
Antal trin	Søvn	Smerte	Angst	Hovedpine	Kvalme	Uro	Kramper/rysten	Svedtendens
1-2	2	4	3	3	1	3	1	1
3-4	3	2	1	4	2	1	1	7
5-6	3	1	1	2	3	3	3	2
7-8	3	0	0	2	0	2	2	2
9-10	0	0	0	0	0	1	0	0

Tabellen viser, hvor mange patienter, der scorede forbedring af hhv. 1-2 trin, 3-4 trin, 5-6 trin, 7-8 og 9-10 trin på de enkelte abstinenssymptomer.

hvis de enten oplevede abstinenser eller var bekymrede for at udvikle abstinenser. NADA-behandlingen blev udført af en NADA-udøvende smertesygeplejerske to gange om ugen á 45 minutter. Patienternes data var anonymiseret og indeholdt alene et randomiseret ID-nummer og dermed ingen henførbare data. Projektet blev godkendt af Datasikkerhed ved Region Syddanmark, og patienterne kunne til enhver tid trække deres samtykke tilbage og udgå af projektet.

Resultater

16 patienter deltog i projektet og fik mellem 2 og 15 NADA-behandlinger. Grundet covid-19 blev muligheden for fortsat behandling begrænset for seks patienter, som ellers havde ønsket flere behandlinger. 13 ud af 16 patienter scorede i varierende grad lindring af abstinenssymptomer efter NADA-behandling. Abstinenscirklerne fra før NADA-behandlingsstart (baseline) og sidste NADA-behandling blev sammenlignet, og i Tabel 1 ses, hvor mange der scorede bedring ved de enkelte abstinenssymptomer. Tallene er baseret på antal patienter ud af mulige respondenter, altså ud fra hvor mange, der inden behandlingsopstart oplevede udfordringer med det pågældende abstinenssymptom.

Lindring opgøres i trin

Udover smerter er søvn, hovedpine og uro de tre hyppigst beskrevne abstinenssymptomer. 11 ud af 16 scorer bedring af søvn, 11 ud af 14 scorer lin-



Her udfører en NADA-udøvende sygeplejerske NADA-behandling med patienten siddende i afslappet position.



En NADA-udøvende sygeplejerske har sat de fem akupunktur nåle i, som skal sidde i ca. 45 minutter.



16 patienter deltog i projektet og fik mellem 2 og 15 NADA-behandlinger.

dring af hovedpine og 10 ud af 14 scorer mindre uro efter NADA-behandling. Det er interessant at vurdere, i hvilken grad patienterne oplevede lindring. Da Abstinenscirklen er opdelt op i trin, er der for hvert abstinenssymptom udregnet, hvor mange trin hver enkelt patient oplevede lindring, se Tabel 2.

Åbne spørgsmål besvaret skriftligt

Den kvalitative del af projektet bestod af åbne spørgsmål, som blev besvaret med flere skriftlige udsagn. Patienternes svar (direkte transskriberet) på hvert spørgsmål blev indledt i temaer, som er beskrevet på næste side.

Hvilken betydning har det for dig, at smerteklinikken tilbyder NADA-behandling?

TRYGHED

"Det er positivt, at det hele kan foregå samme sted, så der ikke er flere behandlingssteder, men alle er fra ét sted, så erfaringer lettere kan videregives."

"**Stor betydning**, da alt hjælper, og jeg føler mig tryk her."

"**Spændende**, tager imod al hjælp for at det kan blive bedre i dagligdagen."

HÅB

"Så håber jeg, jeg får nemmere ved at trappe ud af smertestillende medicin."

"Det betyder meget for mig som hjælp."

"En mulighed for at få det bedre."

"Et ekstra håb."

GLÆDE

"Rigtig meget"

– er megaglad for at få tilbuddet."

"Det betyder meget at få lov at prøve andet end medicin."

"Dejligt at kunne deltage i det sammen med den anden behandling."

Patienterne beskrev tydeligt tryghed, håb og glæde i deres svar på, hvilken betydning tilbuddet om NADA-behandling havde for dem.

Oplever du, at NADA-behandling støtter dig i ned-/udtrækning af morfin?

Hvis ja, beskriv hvordan.

LINDRING AF ABSTINENSER

"Føler mig mere sikker på, at det er nemmere."

"Ja, **Absolut**. Det har hjulpet på svedeturene, og jeg har haft mindre uro i kroppen ved nedtrækningen."

"Ja, færre abstinenser."

"Ja, **abstinenser** er aftaget fra 10-1. Giver mere ro i muskler."

"Ja, **de første** dage efter behandlingen har abstinenserne været færre, hvilket har gjort det lettere at trappe ned."

"Nedsat smerte."

INGEN FORSKEL

"Synes ikke, jeg mærker den store forskel."

"Nej, desværre ikke."

TVIVL

"Svært at vurdere, før jeg er ude af metadon."

Oplever du fysiske eller psykiske forandringer i forbindelse med dagens NADA-behandling?

Hvis ja, beskriv hvilke forandringer, du oplever.

AFSLAPPETHED

"En utrolig dejlig varme og afslappethed i hele kroppen."

"**Afslappethed** i muskler, kroppen og sindet."

"**Meget afslappet** og kunne tydelig mærke roen komme til mig hurtigt."

LINDRING AF ABSTINENSER

"Færre kramper."

"Mindre hovedpine."

"Sveder mindre."

"Mere ro på hænderne."

"Svedeturen, jeg havde, da jeg kom, er ophørt."

Der var en tendens til, at patienterne oplevede mildere abstinenssymptomer i forbindelse med og umiddelbart efter NADA-behandling. Patienterne beskriver især mindre uro og færre kramper.

SMERTE-LINDRING

"Aftagende smerter."

"Smertelindring (foreløbig)."

"Ja, færre smerter ved hver behandling."

PSYKISK TILSTAND

"Psykisk velvære."

"Positiv oplevelse."

INGEN FORANDRINGER

"Ikke umiddelbart."

"Nej, desværre ikke."

ANDEN VIRKNING

"Lugtesans forstærket."

"Følelsen i fødderne er anderledes."

Der er en tendens til, at patienterne oplevede støtte af NADA-behandlingen, hvilket ses i udsagnene om lindring af abstinenser samt oplevelsen af, at NADA-behandlingen kan lette processen. Denne oplevelse vurderes at kunne fastholde patienten i troen på, at det nok skal lykkes at trappe ud af opioid-behandlingen.

Trykke ved NADA-behandlingen

Patienterne udtrykker håb og tryghed ved muligheden for at afprøve NADA-behandling, hvilket er et vigtigt fundament for et vellykket behandlingsfor-

løb. 13 ud af 16 patienter scorer bedring af et eller flere abstinenssymptomer efter NADA-behandling i forbindelse med aftrapning af opioider.

Ud over smerter er søvn, hovedpine og uro de tre hyppigst beskrevne abstinenssymptomer. 11 ud af 16 patienter scorer bedring af søvn, 11 ud af 14 scorer lindring af hovedpine, og 10 ud af 14 scorer mindre uro efter NADA-behandling. Patienterne oplever anerkendelse ved tilbudet om NADA-behandling og udtrykker glæde ved, at der ikke alene fokuseres på medicin men også på tiltag, som styrker patientens handlemuligheder.

Der ses en tendens til, at patienterne oplever, at NADA-behandling støtter dem i aftrapningen af opioider, hvilket observeres i udsagn om lindring af abstinenser og oplevelsen af, at det kan lette processen.

Giver flere handlemuligheder

Resultaterne er baseret på en lille patientgruppe, hvilket dog ikke gør patienterne mindre vigtige. Det er udfordrende at måle på effekten af NADA, da det er en behandling, der gives sideløbende med anden behandling, og symptomerne, der måles på, er subjektive. Det vurderes af stor betydning, at smertesygeplejersken har flere tilgængelige handlemuligheder i forbindelse med støtte til patienter, som aftrapper opioider. Smerteklinikkens patienter er forskellige og oftest svært udfordret, og det er relevant, at sygeplejersken har flere muligheder for at kunne imødekomme patientens ønsker og behov, skabe tillid, tryghed og ligeledes anerkende patientens situation og lindre dennes lidelser. Ud over at projektet bekræfter smertesygeplejerskerne i, at NADA kan være et velegnet tilbud til patienter, som aftrapper opioider, illustrerer projektet potentiale i forhold til forbedring af søvn, som typisk er en stor udfordring hos smerteklinikkens patienter. ●



Patienterne udtrykker håb og tryghed ved muligheden for at afprøve NADA- behandling.



*Hvordan støtter
din afdeling op om
patientens håb om
bedring?*

*Hvad kan patientens
selv gøre for at lindre
sine abstinenser?*

*Hvad kan sygeplejer-
sken gøre for at støtte
patienten under
udtrapning af
opioider?*

Referencer

1. <https://sundhedsdatastyrelsen.dk> > Skriv "Medicinforbrug" i søgefeltet > Færre langtidsbrugere af opioider i 2017 2. Baker TE, Chang G. The use of auricular acupuncture in opioid use disorder: a systematic literature review. *Am J Addict* 2016;25:592-602. 3. Kristiansen K, Lyngholm-Kjaerby P, Moe C. Introduction and Validation of DoloTEST®: a new health-related quality of life tool used in pain patients. 4. <http://www.sundhed.dk> > Fagperson > Gå til Lægehåndbogen > Psykiatri > Tilstande og sygdomme > Alkohol > Abstinenssyndrom > Alkoholabstinenssyndrom Besøgt d. 23.03.21



Sygepleje udført af sygeplejersker har direkte betydning for patientsikkerhed

Der er belæg for at sige, at sygepleje øger patientsikkerheden, men argumentationen skal styrkes og anvendes klogt, så samarbejdspartnere fornemmer, at der er forskningsbaseret viden bag udsagnet.



GITTE BUNKENBORG, intensivsygeplejerske, ph.d., lektor i klinisk sygepleje, Anæstesiologisk afdeling Holbæk Sygehus og Institut for Regional Sundhedsforskning, Sundhedsvidenskabeligt Fakultet, Syddansk Universitet

”Det er som om alt, hvad vi gør, kan og skal have betydning for patientsikkerheden – og hvad betyder det egentlig?” sukkede en god kollega på et møde, hvor jeg netop havde foldet mig ud om patientsikkerhed, som har været en væsentlig del af mit forskningsfelt siden starten på min ph.d. for 13 år siden. Jeg studsede, men forstod så godt, hvor de ord kom fra, for der har været stor udvikling i fremhævelsen af sygepleje og patientsikkerhed.

Da jeg som spirende forsker skrev ph.d. om en flig af patientsikkerhedsarbejdet, var det ikke et hot emne. Det blev forbundet med kvantitative opgørelser over UTH'er og med organisatorisk strukturering af kliniske processer og arbejdsgange for at forbedre udvalgte patientsituationer og ikke så meget med egentlig sygepleje. Men særligt inden for de seneste år er patientsikkerhed og sygepleje oftere og oftere blevet nævnt i én og samme sætning. Hvorfor nu lige det, og er det, som antydtes, for meget?

Patientsikkerhed handler om at undgå, at patienter lider skade af at være i kontakt med sundhedsvæsenet, altså at forebygge at patientens situation forværres på grund af måden, vi, systemet, håndterer patienten på. I Danmark har vi haft en meget organisatorisk tilgang til patientsikkerhed, hvor indberetning af hændelser skulle føre til organisatorisk læring. Dog uden særlig fokus på kvaliteten af og vilkårene for den enkelte faggruppes kerneydelser.

Sygeplejersker sigter mod at varetage patienters sikkerhed, både i arbejdet tæt på patienten og i ledelse af patientforløb. Den voksende sygeplejerskemangel og mange sygeplejerskers behov for at tydeliggøre, hvad faget går ud på, og hvilken betydning sygeplejerskemangel har for patienterne, har medført øget anvendelse af argumentationen, at sygepleje udført af sygeplejersker spiller en rolle for patientsikkerheden. Vi skal styrke argumentationen og anvende den klogt, så den ikke udvandes og efterlader samarbejdspartnere med samme oplevelse som min førnævnte gode kollega.

Når det er sagt, så er der belæg for at sige, at sygepleje styrker patientsikkerheden. Adskillige undersøgelser har vist, at patient:sygeplejerskeration har betydning, og at sygeplejerskers uddannelsesniveau, autonomi, dokumen-



...sygeplejerskers uddannelsesniveau, autonomi, dokumentation og kommunikation understøtter patienters sikkerhed i mødet med sundhedsvæsenet.

tation og kommunikation understøtter patienters sikkerhed i mødet med sundhedsvæsenet. Det er vigtigt at understrege, at sygeplejerskers arbejdsmiljø, kombineret med få ressourcer og med kompleksiteten i den enkelte patients situation i høj grad udfordrer patienters sikkerhed.

Vi ved en del, men der er behov for mere forskningsbaseret viden om forholdet mellem sygepleje og patientsikkerhed, som derfor bliver ved med at være en vigtig del af mit forskningsfelt. Aktuelt i projektet 'The Region Zealand SPI project – Safe by Patient Involvement', hvor patienters perspektiv på egen tryghed og sikkerhed belyses, og hvor patienter inddrages aktivt i udvikling af en praksis, der kan styrke deres sikkerhed, når de befinder sig i en overgang mellem sektorer eller internt på sygehus. ●

Keep it Clean™



Silentia skærmsystem

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

■ Læs mere på silentia.dk

EasyClean™

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



■ Book tid for en **gratis fremvisning** hos jer på telefon 39 90 85 85 eller info@silentia.dk