

Fag & Forskning

Sygeplejersken

TRIALOG

Sygeplejersker kan bremse diabetes- bølgen

NÅR INSULINBALANCEN
ER SKÆV

SIDE 18

OPSPORING OG
BEHANDLING SKAL SKE
I HVERDAGSLIVET

SIDE 20

TIDLIG INDSATS KAN
FOREBYGGE ELLER UDSKYDE
MANGE TILFÆLDE

SIDE 24

TAG UDGANGSPUNKT
I DET ENKELTE
MENNESKE

SIDE 26

NY PRAKSIS

Palliativ indsats.

Nu kan hjemmeplejen identificere behov hos KOL-patienter.

SIDE 8

PEER REVIEWED

Hoftebrud.

Evidensbaserede retningslinjer redder liv.

SIDE 38

FAGLIGT AJOUR

Kvalme.

Professionelle kan hjælpe kræftpatienter med belastende kvalme.

SIDE 50

PÅ SPIDSEN

Basal sygepleje.

17 år tager det at indføre evidensbaseret viden i praksis. Hvad venter vi på?

SIDE 75

Redaktionspanel

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

ANNE KJÆRGAARD DANIELSEN

Ph.d., sygeplejerske, cand.pæd.pæd., MKS (master i klinisk sygepleje). Medlem af DASYS' forskningsråd. Ansat dels som forskningssygeplejerske på Gastroenheden, Herlev og Gentofte Hospital, dels som forskningskonsulent på hele Herlev og Gentofte Hospital. Har i samarbejde med hospitalets forskningsfysioterapeut forskningsunderstøttende og -vejledende funktioner med fokus på klinisk forebyggelse. Erfaring fra hospitalsansættelser i forskellige specialer og på forskellige niveauer og overvejende inden for det kirurgiske område.



ERIK ELGAARD SØRENSEN

Professor MSO i klinisk sygepleje og forskningsleder ved Klinisk Institut, Aalborg Universitet, og Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitetshospital, sygeplejerske, cand.cur. og ph.d. Har bidraget i opbygningen af et samarbejde med Aalborg Universitet i forbindelse med etablering af Aalborg Universitetshospital. Han har bl.a. været engageret i forskning med særlig vægt på sygeplejefaglig ledelse, operationssygepleje og sygeplejerskers forskningskapacitet.



ALLAN FLYVBJERG

Direktør, Steno Diabetescenter København. Tidligere overlæge, professor, dr.med. og formand for Diabetesforeningen samt tidligere dekan ved det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet. Har stået bag op mod 600 videnskabelige publikationer om diabetes og følgesygdomme og har modtaget adskillige internationale priser for sit bidrag til diabetesforskningen.



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 i fremtidens sygeplejerskeuddannelse.



KIRSTEN LOMBORG

Professor ved Aarhus Universitet, Institut for Klinisk Medicin og Institut for Folkesundhed, ph.d., cand.cur. og sygeplejerske. Leder af Forskningsprogrammet Patientinvolvering ved Aarhus Universitetshospital. Kursusleder for tilvalgsfag i patientinvolvering ved de sundhedsvidenskabelige kandidatuddannelser på Aarhus Universitet. Medlem af en række ekspertråd og videnskabelige udvalg, herunder formand for Novo Nordisk Fondens Komité for Sygeplejeforskning.



Konst. chefredaktør
ANNE GRANBORG
ang@dsr.dk
Telefon: 4695 4004

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
Mobil: 2121 8770

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

Webredaktør
CHARLOTTE TROLLE
ctr@dsr.dk
Telefon: 4695 4111

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

Journalist
SUSANNE BLOCH KJELDSEN
sbk@dsr.dk
Telefon: 4695 4178

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

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

Journalist
EMMA TRAM
emt@dsr.dk
Telefon: 4695 4106

Journalist
DIANA MAMMEN
dma@dsr.dk
Telefon: 4695 4109

Distribueret oplag
1. januar – 30. juni
2016: 76.716 ekspl.
Medlem af Danske Medier

Tryk
ColorPrint

Annoncer
Dansk Mediaforsyning
Elkjærvej 19, st.
8230 Åbyhøj
Telefon: 7022 4088
Fax: 7022 4077
info@dmfnet.dk

Manuskriptvejledning, udgivelsesplan m.m.
www.sygeplejersken.dk

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 udvikling 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.

Grafik side 15 og 59: Mathias N Justesen / Illustration, foto og grafik side 1, 18, 21, 23, 25, 27, 29, 31, 50, 53, 56, 60, 62, 68 og 74: iStock

Musik åbner op til borgere med demens

DEMENS. Sang og musik kan skabe åbninger og relationer til borgere med demens. Dermed kan de lettere udtrykke deres behov overfor sygeplejersker i en hverdag, hvor borgeren med demens ofte føler sig fortabt, forvirret og ladt alene. Det viser et postdocprojekt som sygeplejerske Aase Marie Ottesen har udført, og som nu er blevet ført ud i praksis. Projektet dokumenterer at sang og musik fungerer som kommunikativ interventionsform i indsatsen for borgere med demens og dermed forbedrer livskvaliteten for dem og skaber en lettere hverdag for deres pårørende.

LÆS SIDE

8



Bugspytkirtlens endokrine væv udgøres af de såkaldte Langerhanske øer, som består af fire hormonproducerende celletyper. Størstedelen er beta-celler, som producerer insulin. Alfa-celler, der producerer glukagon, delta-celler, der producerer somatostatatin og endelig PP-celler, der producerer pankreatisk polypeptid.

Kilde: Holst JJ og Tranum-Jensen J. Bugspytkirtel i Den Store Danske, Gyldendal. Hentet 13. september 2017 fra www.denstoredanske.dk

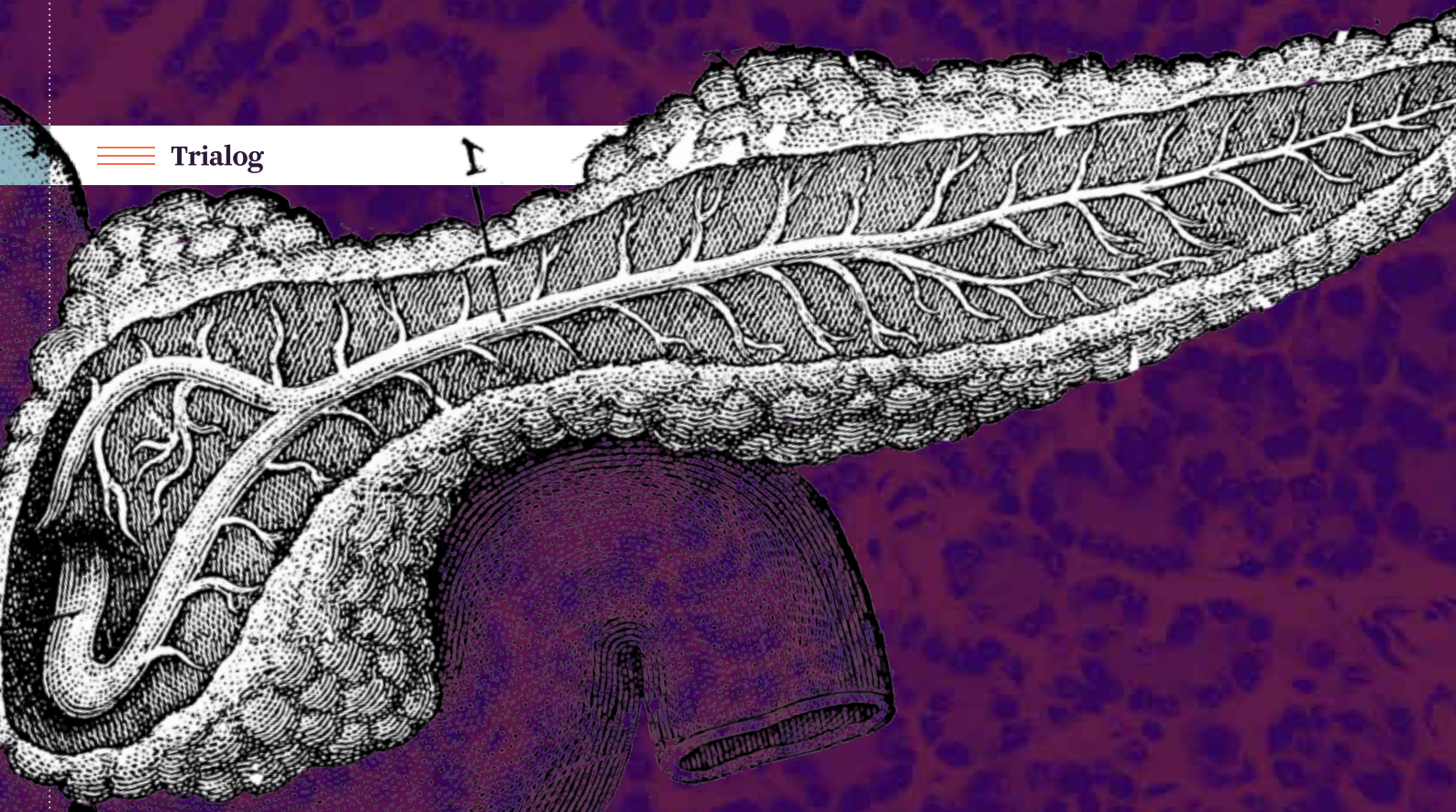
Klædt på til palliativ indsats i hjemmeplejen

KOL-PATIENTER. Et nyt studie har givet medarbejdere i hjemmeplejen et langt mere indgående kendskab til patienter med KOL. Det har forbedret den palliative indsats betragteligt. Det er sygeplejerske og lektor Camilla Mousing, der med sin ph.d. fra juni i år, har skabt den nødvendige evidens for en ny praksis i Randers, der gør at medarbejdere i hjemmeplejen føler sig langt bedre rustet til den palliative indsats. Det har skabt større tryghed hos borgere med KOL, der nu får bedre hjælp til at forebygge og håndtere angst og åndenød samt vejledning om kost og motion.



LÆS SIDE

14



Tidlig indsats kan bremse diabetesbølgen

Diabetes resulterer hvert år i 5.700 tabte leveår for mænd og kvinder. Danmark står over for en tsunami af diabetestilfælde i løbet af de næste årtier. Udviklingen bliver af nogle beskrevet som en potentiel bombe under det danske sundhedsvæsen. Ekspertter skønner, at omkring 270.000 danskere har diabetes, hvoraf de ca. 239.000 er diagnosticeret med type 2-diabetes. Og de tal vil vokse dramatisk de kommende årtier. Men en tidlig indsats kan bremse den forventede eksplosive stigning. Det kan være svært at implementere nye strikse mad- og bevægelsesvaner i hverdagen, men her kan bl.a. sygeplejersker i kommuner og almen praksis spille en afgørende rolle for mange patienter og for dem, der endnu ikke har fået sygdommen, siger en af

landets førende forskere i forebyggelse, sundhedsfremme og sundhedspædagogik på området.

Hun understreger, at praktiserende læger og sygeplejersker i almen praksis og kommuner bør komme mere på banen. For der er god evidens for, at man med de rette greb kan forebygge eller udskyde diabetes.

De klassiske symptomer som træthed, øget tørst og hyppig vandladning er milde i begyndelsen og udvikler sig langsomt, som regel over måneder til år. En vigtig sygeplejefaglig opgave ligger i at identificere symptomerne og hjælpe borgerne til at ændre adfærd i tide. Men for mange stilles diagnosen stadig for sent.

LÆS SIDE

18

PSYKIATRI.

Sygeplejersker må se at komme ud af moderrollen overfor psykiatriske patienter, og involvere sig uden at optræde som eksperten, der altid ved bedre. Nyt studie rejser diskussion om sygeplejerskers selvforståelse.

OSTEOPOROSE.

Studie sætter fokus på, at det at blive diagnosticeret med osteoporose påvirker kvinders liv, selv når de ikke har oplevet brud.

HVERDAGSLIV.

Fokus på, hvordan den viden, patienter udvikler og bruger i dagligdagen kan overføres til andre patienter og transformeres til videnskab.

LÆS SIDE 34

Tidlig mobilisering er gavnlig

Patienter med hoftebrud i Danmark har en større risiko for at dø indenfor 30 dage i sammenligning med hoftebrudspatienter i andre europæiske lande. Vi har med andre ord et forbedringspotentiale inden for hoftebrud frakturer i Danmark. Evidensen for, at de sundhedsfaglige kerneopgaver såsom systematisk smerterejstrering, tidlig postoperativ mobilisering, rehabilitering og forebyggelse reelt påvirker patientens resultat efter operation, er mangelfuld.

En tværfaglig forskergruppe fra Aarhus Universitetshospital har derfor undersøgt sammenhængen mellem opfyldelse af syv procesindikatorer, der afspejler sundhedsfaglige kerneopgaver og 30-dages dødelighed, genindlæggelse og indlæggelsestid i et landsdækkende studie baseret på 25.354 patienter.

Opfyldelse af de sundhedsfaglige kerneopgaver i henhold til de nationale retningslinjer var associeret med en bedre overlevelse og lavere risiko for genindlæggelse. Sammenhængen med lavere 30-dages dødelighed, lavere genindlæggelsesrisiko og kortere indlæggelsestid var særlig stærk for mobilisering inden for 24 timer postoperativt.

LÆS SIDE

38

Kvalme er prisen for at blive rask

Et hverdagsliv præget af kvalme er en realitet for mennesker, som er i behandling med kemoterapi. Det belaster patienterne, men de taler ikke med sygeplejersker om problemet, bl.a. pga. angst for at blive indlagt, og hæmatologiske sygeplejersker er ikke opmærksomme på problemets omfang. Patienterne vælger at betragte kvalme som prisen for at blive rask – og at samle på de gode stunder med familien, når kvalmen er på retur. De vælger individuelle strategier for at lade omverdenen mærke mindst muligt til deres ubehag. Det viser interview med seks patienter om deres liv med hæmatologisk kræft.

LÆS SIDE

50

Hjælp til at træffe den bedste beslutning

Hvordan involverer sundhedspersonale patienter, når svære beslutninger om helbred og behandling skal træffes? Det kan være hensigtsmæssigt at anvende et beslutningsstøtteredskab, f.eks. Ottawa Personal Decision Guide, et redskab i fem trin, der findes i en dansk oversættelse. Patienten kan ved hjælp af redskabet og i dialog med sygeplejersken afklare sine værdier, finde frem til det, som har betydning, og dermed støttes til at træffe den eller de beslutninger, der passer bedst til ham. Sundhedspersonale beslutter ofte næsten umærkeligt, hvad der er bedst for patienten, men det er ikke alle beslutninger, der passer til alle, og alle beslutninger er ikke med sikkerhed gavnlige.

Sygeplejersker skal ikke styre, men støtte patienten, og det kræver samarbejde, dialog og vilje hos begge parter.

LÆS SIDE

56

Samarbejde på tværs lykkes med de rigtige kompetencer

Tværspektorielt samarbejde mellem hospitaler, kommuner og praksis-sektor er et område, der anvendes mange ressourcer og meget tid på, men resultaterne ved man ikke så meget om.

Derfor er der i Aarhusklyngen, dvs. Aarhus Universitetshospital, Aarhus Kommune og almen praksis i Aarhus, udført et studie, der består af fire undersøgelser af det tværfaglige samarbejde. Undersøgelserne belyser fordele og ulemper ved samarbejdet og havde fokus på multisyge gamle og demente borgere, som er den gruppe mennesker, man oftest samarbejder med og om.

LÆS SIDE

62

Vi kan reducere komplikationer og dødelighed, så hvad venter vi på?

LÆS SIDE

75

Smarter opleves forskelligt

Smarter bliver oplevet forskelligt, og holdningen til at have smerter og få smertestilende medicin er tilsvarende forskellig. Det viser en undersøgelse i Hospitalsenheden Vest, hvor 288 kirurgiske patienter indgik. Data blev indhentet via et spørgeskema og en numerisk rangskala, hvor patienternes

smerteoplevelse, tilfredshed med smertebehandling og deres holdning til smerte og smertebehandling blev identificeret. Det var overraskende, at holdningerne til smerte og smertepåvirkning pegede på angst for afhængighed og en overbevisning om, at smertestilende medicin ikke fuldstændigt kan kurere

smarter. En 0-10-punkts smerteskala kan derfor med fordel suppleres af en drøftelse af patientens holdning til smerter og smerter i aktivitet, som f.eks. påvirkede patienternes evne til at stå, sidde og gå.

LÆS SIDE

68

Victoza® – den eneste GLP-1 analog, der forhindrer kardiovaskulære hændelser¹⁻⁵



NYHED!
Forhindrer
kardiovaskulære
hændelser^{1,2}



Reducerer HbA_{1c} op til
20 mmol/mol (-1,8%)²



Giver vægttab
op til 4,3 kg²

Mere end 7 års klinisk erfaring⁶

Produktinformation findes på side 13.



Novo Nordisk Scandinavia AB
Ørestads Boulevard 108 · 2300 København S
www.novonordisk.dk. Kundeservice tlf.: 80 200 240

VICTOZA®
(LIRAGLUTID)

Det musiske møde med personen med demens



"Hver enkelt omsorgsgiver er det vigtigste instrument. Ansigtet, smilet, stemmen, det er alt sammen elementer, der kan spilles på i mødet med personen med demens," siger Aase Marie Ottesen.

Sang og musik fungerer som **kommunikativ interventionsform** i indsatsen for borgere med demens.

Tekst **KURT BALLE JENSEN**
Foto **JØRGEN PLOUG**

Der bliver flere og flere borgere med demens i Danmark og i verden som helhed. Ca. 90.000 danskere har en demenssygdom, og med 400.000 pårørende fylder demens i omkring hver niende danskers liv. Hvordan skaber man den bedste livskvalitet for personer med demens og dermed også en lettere hverdag for de pårørende?

Det er noget af det, sygeplejerske Aase Marie Ottesen brænder for at forske i. Hendes kolleger i sygeplejen og omsorgen for medborgere med demens oplever dagligt store udfordringer, når der skal skabes relationer til den enkelte med demens, som måske har svært ved at udtrykke sine behov, og som ofte føler sig fortabt, forvirret og ladt alene i uoverskuelige situationer.

I sit postdocprojekt forsker hun i "anvendelse af sang og musik som kommunikativ interventionsform i rehabiliteringsindsatsen over for personer med en demenssygdom," som det hedder i beskrivelsen af forskningsprojektet, der er finansieret af VELUX-fonden. Det løber frem til foråret 2019 og skal munde ud i en forskningsbaseret, realistisk og brugervenlig manual for, hvordan

institutioner og dermed tværfaglige personalegrupper kan implementere og forankre sang og musik i hverdagslivet for personer med demens. Vidensopbygning og metodeudvikling er en rød tråd i projektet.

Musik og terapeutisk rum

"Forskningen er praksisnær, og den baserer sig på aktionsforskning, hvor personerne med demens og deres pårørende involveres i forskningsprocessen. Derudover inddrager og samarbejder jeg med forskellige fagprofessioner som sygeplejersker, musikterapeuter, pædagoger, ergo- og fysioterapeuter, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere samt ledere fra fire institutioner," forklarer Aase Marie Ottesen.

Alle hendes samarbejdspartnere indgår som medforskere, hvor de bidrager med deres erfaringer og idéer om brugen af sang og musik.

"Det gør, at den forskningsbaserede manual, vi sammen får udviklet, bliver realistisk og kan anvendes i virkelighedens verden på plejecentre og i hjemmeplejen. Det er vigtigt at få input om, hvad der fungerer, og hvad der ikke fungerer,

og jeg har netop valgt de fire institutioner (se boks 1) ud fra deres forskellighed og ud fra, at de alle har erfaringer med anvendelse af musik og sang,” siger Aase Marie Ottesen.

Som et eksempel på, at personerne med demens og deres pårørende er involveret i forskningen, nævner hun, at de har deltaget i sangskrivning med afsæt i følgende temaer: ”Hvad giver musikken dig i dit liv?” og ”Hvilken betydning har musikken for dig?” I processen blev disse temaer fulgt op af nye temaer som: ”Samvær med familien om musik”, ”De gode minder” og ”Hvordan kan musikken hjælpe os igennem livet, der ligger foran os?”

”Igennem aktiv deltagelse i et musik og terapeutisk rum, skabt af musikerterapeut, fik personerne med demens i fællesskab komponeret to sange om, hvad sang og musik betyder for deres liv lige nu, og hvordan sang og musik kan hjælpe dem i deres sidste tid af livet,” siger Aase Marie Ottesen.

I sin ph.d. udviklede hun en læringsmodel for ansatte i demensomsorgen, der havde fokus på at udvikle omsorgsgivernes musiske kompetencer. Et gruppemusikterapiforløb var omdrejningspunkt for læringen med det formål at forbedre og udvikle omsorgsgivernes relationelle møde med personer med demens. Læringen var flyttet ud i omsorgsgivernes egen praksis, og her deltog Demenscenter Skovgården, Hadsund. Fire omsorgsgivere var sammen med fire beboere i gruppe-musikterapiforløbet, som blev optaget på video. I kombination med en teoretisk referenceramme brugte Aase Marie Ottesen disse videooptagelser under læringsforløbet med omsorgsgiverne, og der blev arbejdet med at omsætte teorien og musiske elementer til omsorgsgivernes praksis. Ud over at være med i gruppemusikterapi og læringsforløbet havde de fire deltagende omsorgsgivere som opgave at være ambassadører og udbrede viden og motivation til kollegerne.

Musikalsk nærvær

Under Aase Marie Ottesens forskning er begrebet ”musikalsk nærvær” opstået. Her handler det om det direkte og relationelle møde mellem omsorgsgiveren og personen med demens – mødet mellem to personer ansigt til ansigt.

”Det er et nærvær, hvor omsorgsgiver bruger musik/musiske elementer. En omsorgsgivers rolige tilstedeværelse og evne til ”at være” kan få beboeren til at slappe af og føle sig tryk. En måde at kommunikere på uden om ordene og med brug af sang eller musik i én eller anden form. Det kan være blid sang, nynnen eller nonverbalt gennem musik. Ved at arbejde bevidst med en lang række regulerende og stimulerende elementer via sang eller musik fandt omsorgsgiverne nye veje til mødet med personen med demens gennem anvendelse af stemmen, kropsholdning, bevægelser og vejtrækning samt musik, der indeholder dynamiske elementer. Gennem brug af musiske elementer, viden om arousalregulering*) og validering af følelser blev omsorgsgiverne i stand til at forebygge vanskelige pleje- og omsorgssituationer samtidig med, at deres kommunikation, relation og samværsformer i forhold til personerne med demens generelt blev forbedret,” siger Aase Marie Ottesen og fortsætter:

”Optagelser fra musikterapiforløbene viser eksempler på, hvordan nogle personer med demens gennem musikken kan improvisere, styre og navigere i kaos. De kan kommunikere gennem musikken, og der er ressourcer, der måske ikke umiddelbart var tydelige. I tilspidsede situa-

Boks 1. Samarbejde med fire institutioner

Aase Marie Ottesen samarbejder i sin forskning med følgende institutioner:

- Demenscenter Skovgården i Mariagerfjord Kommune
- Plejecenter Sølund i Københavns Kommune
- Strandgården, Hus 22 og 26 i Frederikshavn Kommune
- Demensenheden i Vejle Kommune

tioner med aggressive og udadreagerende personer med demens kan det være vigtigt at bruge musikken. Her kan validering af beboerens følelser være en mulig vej. Omsorgsgiveren møder personen med demens i hans eller hendes sindstilstand, og igennem brug af musik kan omsorgsgiveren hjælpe beboeren med at blive rolig og komme ned i arousalniveau for at bruge en faglig term for det. Musik og sang kan hermed skabe ro og ændre sindstilstanden.”

Færre svære plejesituationer

Det allervigtigste for Aase Marie Ottesen i hendes forskning er at forbedre livskvalitet og trivsel for personer med demens, og her viser resultater og konklusioner fra Skovgården en række eksempler på positive resultater af anvendelse af musik og sang i plejen og omsorgen:

”Omsorgsgiverne har oplevet betydningen af musik som et nonverbalt kommunikationsmiddel, der kan berolige udadreagerende beboere eller hjælpe begge parter gennem vanskelige plejesituationer. Personerne med demens tager i højere grad selv initiativ, de virker gladere, og flere af de tidligere svære plejesituationer er enten blevet mindre tilspidsede eller er helt forsvundet. Selvfølgelig er der en tærskel, man skal over, hvis man som ansat skal begynde at synge foran en beboer og måske også, når en kollega eller flere er til stede. Det kræver et rummeligt arbejdsmiljø, hvor ingen er bange for, at kolleger griner i baggrunden. Derfor er det vigtigt, at lederen er med hele tiden, viser vejen og skaber rum for, at den enkelte omsorgsgiver får mulighed for at bruge og udvikle sine musiske evner i det daglige samvær med beboerne,” siger Aase Marie Ottesen. ●

*) Arousal: Udtryk for vågenhed, modtagelighed for sanseindtryk, parathed.



Musikken kan bruges til at skabe ro

Sang og musik er en del af hverdagen, når svære plejesituationer skal løses op, når personalet skal nå ind til en person med demens – og når alle bare skal have det hyggeligt og sjovt sammen.

Tekst **KURT BALLE JENSEN**
Foto **JØRGEN PLOUG**

Poul Ilsøe er musikerapeut og står ikke kun for musikerapi for grupper, han kan også være med, når en plejesituation er tilspidset og en beboer reagerer aggressivt. Han synger og spiller i spisesalen, og det har fået flere, der ellers ikke selv kunne spise, til i højere grad at klare sig selv.





Det er en almindelig formiddag på Demenscenter Skovgården i

Mariagerfjord Kommune. Pludselig lyder der guitar og sang. En kvinde støtter sig til rollatoren, mens hun sammen med en mand med guitar går hen ad gangen. Sammen synger de ”Vi skal gå hånd i hånd gennem livet du og jeg”.

Manden hedder Poul Ilsøe og er musikerterapeut. Lidt senere lyder der sang et sted fra, og det er i det hele taget, som om musikken er en konstant tone gennem demenscentret. Sygeplejerske og forsker Aase Marie Ottesen er på besøg, for Skovgården er et af de steder, hendes forskning i, hvordan musikken og sangen kan løfte livskvaliteten for personer med demens, foregår. Det sker i tæt samarbejde med leder Dorthe Lynge og det øvrige personale.

”Det er helt afgørende, at lederen er med og går forrest. Og sådan er det her på stedet,” påpeger Aase Marie Ottesen.

”Ja, og som leder skal man ikke være

bange for at dumme sig. På et tidspunkt kom jeg ind og sang en lystig sang i en tilspidset situation, og her fik jeg så lige at vide, at det nok ikke var den sang, der skulle synges lige nu,” fortæller Dorthe Lynge.

En gruppe personer med demens sidder omkring et bord i en aktivitetsstue og er helt parate til at give en sang. De er hjemmeboende og kommer om dagen i aktivitetstilbuddet Krogen, der er en del af Skovgårdens tilbud. Derudover bor der 66 personer, som har moderat til svær demens.

Poul Ilsøe slår tonen an, og snart synger Leif Iver, Knud, Jytte, Marion og Jørgen deres sang, der hedder ”Musik og Samvær”. De tilstedeværende har selv været med til at skrive den, og de synger om, hvordan musikken skaber stemning og humor. Omkvædet lyder: ”Uanset hvem, du er/så kan du være med/Vi samles i musikkens skønne sted”.

Nogle synger med på fuld kraft. Andre nøjes med at bevæge læberne lidt, men alle ser glade ud. Det er, som om stemningen bliver bedre og bedre for hvert af de ni vers. Der er liv i øjnene, nogle sidder med en rytmebold og slår takten med den. Da sangen er færdig, sidder alle med et stort smil og et åbent, lyst ansigt. De er stolte af sangen. Det er deres sang.

”Den hører med. Det hører med til at synge,” forklarer Leif Iver.

Danser som i ungdommen

Gruppens deltagelse i forskningsprojektet med komponering af to sange er blevet præsenteret ved en poster i forbindelse med Alzheimer Europe-konferencen i 2016 og ved Demensdagene i 2017. Musikken er blevet en del af deres liv, og hjemme hos Marion er de begyndt at danse igen. Og det er måske, som da hun og hendes mand var unge?

”Ja,” siger hun, og et stort og lykkeligt smil breder sig over hendes ansigt.

Vi får at vide, at Knud ligger og nynner gruppens egen sang, når han kommer i seng om aftenen.

”Den er ikke til at få ud af hovedet, og den hjælper mig med at slappe af,” siger han. Faktisk skulle han ikke kunne nynne den, for det er hans korttidshukom-

4 GODE RÅD

Husk, at du selv er det vigtigste instrument i forhold til at få skabt nærvær og en positiv relation

Viden om arousalregulering, validering af følelser og din brug af stemmen, kropsholdning, bevægelser og vejtrækning samt brug af musik kan sætte dig i stand til at forebygge vanskelige pleje- og omsorgssituationer og forbedre din kommunikation, relation og samværsform til personerne med demens.

Afstem dig efter, hvor personen med demens er, og tag udgangspunkt i nuet

Personer med demens er ikke optimalt i stand til at se sammenhæng mellem fortid, nutid og fremtid, men er ”overgivet” til den affektive oplevelse i nuet. Mening og sammenhæng må skabes via dig som omsorgsgiver.

Musikalsk nærvær i den indledende kontakt med personen med demens

Vær opmærksom på at undlade ”gøren” og hav i stedet fokus på ”væren”. Rolig tilstedeværelse og evne til ”at være” kan få personen med demens til at slappe af og føle sig tryk. Blid sang, nynnen eller nonverbal kommunikation gennem musik kan være indgangsporten til at skabe kontakt.

Indhent oplysninger om personens musikbiografi og musikpræferencer

For at kunne opretholde en demensramt persons identitetsoplevelse er det nødvendigt at have et detaljeret kendskab til personens livshistorie, samt hvilken musik og hvilke sange der har haft betydning for personen igennem livet.

melse ikke til. Men der er meget, der har overrasket personalet undervejs, og som stadig overrasker:

”Ja, vi har en borger med demens, der ikke har sprog. Han har ikke talt i årevis, men pludselig en dag supplerede han med en linje fra ”Nu falmer skoven trindt om land”. Vi oplever også demente, som

Boks 2. Forskningsprojektets grundelementer

Personer med demens ”kommer til orde”: Hvilken betydning har det for dem og for deres trivsel og livsglæde, at sang og musik er en del af rehabiliteringen, hverdagen og samværet med omsorgsgiverne?

De fagprofessionelle omsorgsgiveres oplevelse af, hvordan sang og musik influerer på relationen til personer med demens. Hvad giver de bedste resultater, når svære plejesituationer skal klares og forebygges, og når livskvalitet og trivsel skal løftes?

Det organisatoriske, implementering og forankring. Hvilke faktorer skal være til stede, og hvilke betingelser skal være opfyldt, for at brug af sang og musik kan forankres i praksis? Her, og i projektet i det hele taget, er ”medforskerne” på de fire institutioner musikterapeuter, sygeplejersker, pædagoger, ergoterapeuter, sosu-assistenten og sosu-hjælpere samt ledere.

Udvikling af en forskningsbaseret, realistisk og brugervenlig manual. Institutioner og dermed tværfaglige personalegrupper kan anvende manualen, når de ønsker at implementere og forankre sang og musik i hverdagslivet for personer med demens. Vidensopbygning og metodeudvikling er en rød tråd i projektet.

ellers er uden sprog, pludselig synger med, når vi har erindringsdans,” fortæller Hanne Molin, social- og sundhedsassistent og ”musikambassadør” på stedet. Det vil sige, at hun som deltager i Aase Marie Ottenses forskningsprojekt var med til at motivere kollegerne.

”Det foregår bl.a. på personalemøderne, hvor brug af musik og sang er et fast punkt. Vi skriver stjernestunderne op i en bog, så alle kan læse om de positive oplevelser, brugen af sang og musik giver. Det er i sig selv motiverende,” siger Hanne Molin.

Hun beretter om, hvordan musikken kan være en hjælp i de ofte vanskelige plejesituationer: En svært dement beboer var aggressiv og ville ikke op. Hanne Molin slog aggressivt på beboerens klokkespil og mødte hende dermed i den sindsstilstand, hun var i. Langsomt blev Hanne Molin blidere i sine slag på klokkespillet, men ikke hurtigere, end at beboeren var med og også blev mindre aggressiv. Til sidst lykkedes det at få beboeren ud af sengen og gjort klar til dagen.

Netop ønsket om at møde personen med demens, hvor personen er, går igen. Det er vigtigt at møde personen i nuet: Hvis en beboer er ked af det, synges en trist sang. Derefter en lidt gladere sang, hvis beboeren er med og også virker lidt gladere.

Så kommer Poul med guitaren ...

Sygeplejerske Ulla Risberg kommer forbi og skal ud ad døren. Hun er koordinerende demenskonsulent, og hun er med til at sprede erfaringerne fra Skovgården ud over hele kommunen.

”Musikprojektet bliver bredt ud gennem mig og gennem vores særlige demenskorps. Det kan bruges hos personer med demens i eget hjem og på plejecentrene. Og det sørger vi for, at det bliver,” siger hun.

Boks 3. Forsker i musikkens betydning

Aase Marie Ottesen indgår i en forskergruppe på Aalborg Universitet med omdrejningspunkt i hendes postdocforskningsprojekt om ”Anvendelse af sang og musik som kommunikativ interventionsform i rehabiliteringsindsatsen over for personer med en demenssygdom” samt i forskningsprojektet ”Person Attuned Music Interaction” (PAMI) sammen med professor og forskningsleder for PAMI Hanne Mette Ridder, en postdocansat forsker og to ph.d.-studerende.

Demenskorpsset består af tre personer fra Skovgården, som rykker ud og hjælper, når der opstår et behov. Og her er musik og sang en del af hjælpemidlerne i værktøjskassen.

I nogle tilfælde rykker Poul Ilsøe ud som en slags plejens og omsorgens førstehjælp. Musikterapeuten er 27 timer ugentlig på Skovgården, og når der opstår en vanskelig situation med en måske aggressiv beboer, sendes der bud efter Poul Ilsøe.

”Så kommer jeg med guitaren og forsøger at få løst op. I nogle tilfælde kan der være panik eller angst, og her kan musikken ofte bruges til at skabe ro hos beboeren,” fortæller Poul Ilsøe, hvis indsats også kan være at hjælpe, når beboere er døende.

”Ja, og det handler ikke kun om hjælp i svære eller i tilspidsede situationer. Nogle gange kan musik og sang også hjælpe til, at man kan nå ind til personer med demens, der ellers lukker sig om sig selv,” tilføjer Aase Marie Ottesen.

Vi går hen til afdeling Under Bøgen. En gruppe personer med svær demens ser op, da vi træder ind. Nogle smiler. Andre ser bare på os og lader så blikket glide væk. Hanne Molin har en tromme under armen og sætter sig hen for bord-

enden, hvor Inga Jensen sidder. Hun er 93 år og var fra starten med i Aase Marie Ottenses projekt. Nu er hun blevet meget mere dement, men hun lyser op, da Hanne sætter sig hos hende med trommen.

”Det er en flot tromme, synes du ikke?” spørger Hanne Molin.

”Jo, uha da,” siger Inga Jensen. Så rækker hun prøvende en hånd frem og begynder at tromme, mens Hanne synger ”Den gang jeg drog afsted”.

Ingas opmærksomhed er vakt – hun er blevet nærværende i modsætning til før, Hanne Molin satte sig hos hende. Bordet rundt følger de med. Sanserne stimuleres, og opmærksomheden vækkes. Som det hedder i Krogens sang:

”Uanset hvem du er/Så kan du være med/Vi samles i musikkens skønne sted”.



Aase Marie Ottesen sammen med ansatte og personer med demens foran den poster med titlen "Personer med demens kommer til orde", der er blevet lavet om forskningsprojektet, og hvor sangen "Musik og Samvær" gengives.

Litteratur:

- Ottesen, Aa. M., & Ridder, H. M. O. (2012). Vitalitetsformer og spejlneuroner – anvendt i læringsmodel for professionelle omsorgsgivere. *Dansk Musikterapi*, 9(2), 3-12.
- Ottesen, Aa. M. (2014). *Anvendelse af musikterapi og Dementia Care Mapping i en læringsmodel til udvikling af musiske og interpersonelle kompetencer hos omsorgsgivere til personer med demens. Et casestudie med en etnografisk tilgang. (Ph.d.-afhandling, Forskerprogrammet i musikterapi, Aalborg Universitet). Lokaliseret den 15.05.15 fra: [http://vbn.aau.dk/en/publications/i-en-laeringsmodel\(54c91089-bc2e-4d18-8f48-531c36d05582\).html](http://vbn.aau.dk/en/publications/i-en-laeringsmodel(54c91089-bc2e-4d18-8f48-531c36d05582).html)*
- Ottesen, Aa. M. & Jacobsen, A. F. (2016). *Musikterapi som læringsrum for professionelle omsorgsgivere. I: Stige, B. & Ridder, H. M. O. (red.), Musikterapi og eldrehelse (s. 199-210). Kapitel 18. Oslo: Universitetsforlaget*
- Ottesen, Aa. M. (2016). *At mødes gennem musikken. Nærvær og kommunikation med personer med demens. I: Thomassen, L. S. (red.). At skabe gode dage. Hverdagsliv i et gerontologisk perspektiv (s. 93-101). Kapitel 10. Gråsten: Dansk Gerontologisk selskab. <http://gerodan.dk/nb/at-skabe-gode-dage/>*

Referencer:

1. Marso SP, Daniels GH, Brown-Frandsen K, et al; the LEADER Steering Committee on behalf of the LEADER Trial Investigators. Liraglutide and cardiovascular outcomes in type 2-diabetes. *N Engl J Med.* 2016;375(4):311-322
2. Godkendt produktresumé for Victoza® (liraglutid) juli 2017
3. ClinicalTrials.gov, [https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01394952?term=NCT01394952&rank=1\[04-08-2017 16:10:15\]](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01394952?term=NCT01394952&rank=1[04-08-2017 16:10:15]) (tilgået 15. august)
4. Pfeiffer MA, Claggett B, Diaz R et al, Lixisenatide in Patients with Type 2 Diabetes and Acute Coronary Syndrome, *New England Journal of Medicine*, 2015;373:2247-57
5. Astra Zeneca hjemmeside, <https://www.astrazeneca.com/media-centre/press-releases/2017/bydureon-exscl-trial-meets-primary-safety-objective-in-type-2-diabetes-patients-at-wide-range-of-cardiovascular-risk-23052017.html> (tilgået 16. august 2017)
6. EMA godkendt SPC, http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/medicines/001026/human_med_001137.jsp&mid=WC0b01ac058001d124 (tilgået 31. juli 2017)

Victoza® (liraglutid) 6mg/ml

Forkortet Produktresumé

Lægemiddelform: Klar, farveløs, isotonisk injektionsvæske, opløsning, i fyldt pen. Victoza® er en Human GLP-1-analog (glukagon-lignende peptid-1). **Indikation:** Victoza® er indiceret som et supplement til kost og motion til voksne med type 2-diabetes mellitus, som ikke er tilstrækkeligt kontrolleret. **Monoterapi:** når metformin anses for uhensigtsmæssigt på grund af intolerance eller kontraindikationer. **Som supplement:** til andre lægemidler til behandling af diabetes. For forsøgsresultater vedrørende kombinationer, virkning på glykæmisk kontrol og kardiovaskulære hændelser og de undersøgte populationer henvises til pkt. 4.4, 4.5 og 5.1 i det fulde produktresumé. **Dosering og indgivelsesmåde:** For at forbedre den gastrointestinale tolerance er start-dosis 0,6 mg liraglutid dagligt. Efter mindst én uge skal dosis øges til 1,2 mg. Det forventes, at nogle patienter kan have gavn af en dosisøgning fra 1,2 mg til 1,8 mg, og baseret på det kliniske respons kan dosis efter mindst én uge øges til 1,8 mg for yderligere at forbedre den glykæmiske kontrol. Daglige doser på over 1,8 mg anbefales ikke. Victoza® kan anvendes som supplement til en eksisterende metforminbehandling eller til en kombineret metformin- og thiazolidinedionbehandling. Dosis af metformin og thiazolidinedion kan fortsætte uændret. Victoza® kan anvendes som supplement til en eksisterende sulfonylurinstofbehandling eller til en kombineret metformin- og sulfonylurinstofbehandling eller insulin. Når Victoza® anvendes som supplement til sulfonylurinstofbehandling eller insulin, skal det overvejes at reducere dosis af sulfonylurinstof eller insulin for at mindske risikoen for hypoglykæmi. Selv-monitorering af glucose i blodet er ikke nødvendig for at justere patientens dosis af Victoza®. Dog kan selv-monitorering af glucose i blodet ved behandlingsstart med Victoza® i kombination med sulfonylurinstof eller insulin være nødvendig for at justere dosis af sulfonylurinstof eller insulin. **Ældre (>65 år):** Dosisjustering, baseret på alder, er ikke nødvendig. **Nedsat nyrefunktion:** Dosisjustering er ikke nødvendig hos patienter med let, moderat eller svært nedsat nyrefunktion. Der er ingen klinisk erfaring hos patienter med nyr sygdom i slutstadiet, og Victoza® anbefales derfor ikke til disse patienter. **Nedsat leverfunktion:** Dosisjustering anbefales ikke for patienter med let eller moderat nedsat leverfunktion. Victoza® anbefales ikke til brug hos patienter med svært nedsat leverfunktion. **Pædiatrisk patientgruppe:** Sikkerheden og virkningen af Victoza® hos børn og unge under 18 år er ikke blevet klarlagt. Der er ingen tilgængelige data. **Administrationsmåde:** Victoza® må ikke administreres intravenøst eller intramuskulært. Victoza® administreres én gang dagligt på et vilkårligt tidspunkt, der er uafhængigt af måltider, og kan injiceres subkutan i abdomen, i låret eller i overarmen. Injektionssted og -tidspunkt kan ændres uden dosisjustering. Det er dog at foretrække, at Victoza® injiceres på omtrent samme tidspunkt hver dag, når det bedst egnede tidspunkt er valgt. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler:** Må ikke anvendes til patienter med type 1-diabetes mellitus eller til behandling af diabetisk ketoacidose. Liraglutid er ikke en erstatning for insulin. Der er ingen erfaring med behandling af patienter med kongestiv hjertesufficiens i NYHA-klasse IV (New York Heart Association), og liraglutid anbefales derfor ikke til disse patienter. Der er begrænset erfaring med behandling af patienter med inflammatorisk tarmsygdom og diabetisk gastroparese, og liraglutid anbefales ikke til disse patienter, da det er forbundet med forbigående gastrointestinale bivirkninger, herunder kvalme, opkastning og diarré. **Akut pankreatitis:** Der er observeret akut pankreatitis i forbindelse med brugen af GLP-1-receptoragonister. Patienterne skal informeres om de karakteristiske symptomer på akut pankreatitis. Hvis der er mistanke om pankreatitis, skal liraglutid seponeres; og hvis akut pankreatitis bekræftes, må behandling med liraglutid ikke påbegyndes igen. **Thyroidea-relateret sygdom:** Thyroidea-relaterede bivirkninger, f.eks. struma, er blevet rapporteret i kliniske studier, og særligt hos patienter med allerede eksisterende thyroidea sygdom. Liraglutid skal derfor anvendes med forsigtighed til disse patienter. **Hypoglykæmi:** Patienter, der får liraglutid i kombination med sulfonylurinstof eller insulin, kan have øget risiko for hypoglykæmi. Risikoen for hypoglykæmi kan mindskes ved at reducere patientens dosis af sulfonylurinstof eller insulin. **Dehydrering:** Hos patienter behandlet med liraglutid er tegn og symptomer på dehydrering, inklusive nedsat nyrefunktion og akut nyresygdom, blevet indrapporteret. Patienter, der behandles med liraglutid, skal informeres om den potentielle risiko for dehydrering i relation til bivirkninger fra mave-tarm-kanalen og tage forholdsregler for at undgå væskemangel. **Interaktioner:** In vitro har liraglutid udvist meget lavt potentiale for involvering i farmakokinetisk interaktion med andre aktive stoffer relateret til cytochrom P450 og plasmaproteinbinding. Den mindre forsinkelse af ventrikeltømmingen, liraglutid forårsager, kan påvirke absorptionen af samtidigt oralt indgivne lægemidler. Interaktionsundersøgelser har ikke påvist nogen klinisk relevant forsinkelse af absorptionen. **Warfarin:** Der er ikke udført interaktionsundersøgelser. En klinisk relevant interaktion med aktive stoffer med lav opløselighed eller snævert terapeutisk indeks, f.eks. warfarin, kan ikke udelukkes. Ved initiering af behandling med liraglutid hos patienter i behandling med warfarin el. andre coumarinderivativer anbefales hyppig overvågning af INR (International Normalised Ratio). **Paracetamol:** Dosisjustering ved samtidig brug af paracetamol er ikke nødvendig. **Atorvastatin:** Justering af atorvastatindosis er ikke nødvendig ved administration sammen med liraglutid. **Griseofulvin:** Dosisjustering for griseofulvin og andre forbindelser med lav opløselighed og høj permeabilitet er ikke nødvendig. **Lisinopril og digoxin:** Dosisjustering for lisinopril eller digoxin er ikke nødvendig. **Oral kontraception:** Der var ingen klinisk relevant virkning på den overordnede eksponering for hverken ethinyløstradiol eller levonorgestrel. Det forventes derfor ikke, at kontraceptionsmidlernes virkning påvirkes ved samtidig administration med liraglutid. **Insulin:** Der blev ikke observeret farmakokinetiske eller farmakodynamiske interaktioner mellem liraglutid og insulin detemir, når en enkelt dosis insulin detemir 0,5 E/kg blev givet sammen med liraglutid 1,8 mg ved stædy state hos patienter med type 2-diabetes. **Fertilitet graviditet og amning:** **Graviditet:** Utilstrækkelige data. Må ikke anvendes under graviditet, og det anbefales at anvende insulin i stedet. Hvis en patient ønsker at blive gravid, eller der konstateres graviditet, bør Victoza® seponeres. **Amning:** Det vides ikke, om liraglutid udskilles i modermelken. På grund af den manglende erfaring må Victoza® ikke anvendes under amning. **Fertilitet:** Ud over et let fald i antallet af levedygtige implantationer, indikerede studier hos dyr ikke nogen skadelig effekt hvad angår fertilitet. **Virkning på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner:** Victoza® påvirker ikke eller kun i ubetydelig grad evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner. Patienterne bør rådes til at udvise forsigtighed for at undgå hypoglykæmi, mens de fører motorkøretøj eller betjener maskiner, særligt hvis Victoza® anvendes i kombination med sulfonylurinstof eller insulin. **Bivirkninger** (meget almindelige/almindelige): **Infektioner og parasitære sygdomme:** Nasofaryngitis, bronchitis. **Metabolisme og ernæring:** Hypoglykæmi, anoreksi, nedsat appetit. **Nervesystemet:** Hovedpine, svimmelhed. **Hjerte:** Øget hjertefrekvens. **Mave-tarm-kanalen:** Kvalme, diarré, opkastning, dyspepsi, smerter i øvre abdomen, konstipation, gastrit, flatulens, abdominal distension, gastroøsofageal refluxsygdom, abdominalt ubehag, tandpine. **Hud og subkutane væv:** Udslæt. **Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet:** Træthed, reaktioner på injektionsstedet. **Undersøgelser:** Forhøjet lipase, forhøjet amylase. **Beskrivelse af udvalgte bivirkninger:** **Hypoglykæmi:** De fleste bekræftede episoder af hypoglykæmi i de kliniske studier var af mindre karakter. Der blev ikke observeret episoder af alvorlig hypoglykæmi i studiet med Victoza® som monoterapi. Alvorlig hypoglykæmi er ikke almindelig og er primært observeret, når Victoza® kombineres med sulfonylurinstof. Der blev observeret meget få episoder med administration af Victoza® i kombination med andre orale antidiabetika end sulfonylurinstoffer. Risikoen for hypoglykæmi er lav ved kombineret brug af basalinsulin og liraglutid. **Gastrointestinale bivirkninger:** Kvalme og diarré. De fleste episoder var lette til moderate og forekom dosisafhængigt. Patienter >70 år og patienter med let og moderat nedsat nyrefunktion, kan få flere gastrointestinale bivirkninger ved behandling med liraglutid. **Reaktioner på injektionsstedet:** Reaktioner på injektionsstedet set hos ca. 2% af de patienter, der fik Victoza® i de langvarige, kontrollerede studier. Reaktionerne var i reglen milde. **Pankreatitis:** Få (<0,2%) tilfælde af akut pankreatitis under de langvarige kliniske fase 3-studier med Victoza®. Pankreatitis er også blevet rapporteret ved brug efter markedsføring. I LEADER-studiet var hyppigheden af akut pankreatitis, der blev bekræftet ved ekstern ekspertvurdering, henholdsvis 0,4% for liraglutid og 0,5% for placebo. **Allergiske reaktioner:** Allergiske reaktioner inklusive urticaria, udslæt og pruritus, samt få tilfælde af anafylaktiske reaktioner med yderligere symptomer som hypotension, palpitationer, dyspnø og ødem er blevet rapporteret efter markedsføring. **Overdosering:** Fra kliniske studier og ved brug efter markedsføring er der blevet rapporteret om overdosering med op til 40 gange den anbefalede vedligeholdelsesdosis (72 mg). Generelt har patienterne rapporteret alvorlig kvalme, opkastning og diarré. Ingen af patienterne rapporterede alvorlig hypoglykæmi. Alle patienterne restituerede uden komplikationer. I tilfælde af overdosis bør der initieres passende understøttende behandling baseret på patientens kliniske tegn og symptomer. **Opbevaring og holdbarhed:** Opbevares i 30 måneder i køleskab (2°C-8°C), ikke for tæt på køleelementerne. Må ikke fryses. **Efter ibrugtagning:** Opbevares under 30°C eller opbevares i køleskab (2°C-8°C) i maksimum 1 måned. Opbevar pennen med penhætten påsat for at beskytte mod lys, når den ikke er i brug. **Udlevering:** Receptpligtigt lægemiddel. Lægemidlet har generelt klausuleret tilskud. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Novo Nordisk A/S. **Pakninger og priser:** Pakningsstørrelser a 2 eller 3 fyldte penne. Hver pen indeholder 18 mg liraglutid i 3 ml injektionsvæske, opløsning, der giver 30 doser på 0,6 mg, 15 doser på 1,2 mg eller 10 doser på 1,8 mg. Dagsaktuelle priser findes på www.medicinpriser.dk (Ver. 07/2017) (DK/VT/0717/0460)

Læs altid indlægssedlen omhyggeligt inden produktet tages i brug. Den fuldstændige produktinformation kan vederlagsfrit fås ved henvendelse til Novo Nordisk Scandinavia AB, Ørestads Boulevard 108, 6., 2300 Kbh. S, telefon +45 80 200 240. Besøg også www.novonordisk.dk

Produktinformation for annonce side 7.



Novo Nordisk Scandinavia AB
Ørestads Boulevard 108 · 2300 København S
www.novonordisk.dk. Kundeservice tlf.: 80 200 240

VICTOZA®
(LIRAGLUTID)

Klædt på til palliativ indsats i hjemmeplejen



”Vi har nu medarbejdere i Randers, der føler sig bedre klædt på til opgaven med palliation til patienter med KOL,” siger ph.d. og lektor Camilla Mousing, VIA.

Projekt ændrede hjemmeplejens **manglende kendskab til behov for palliation** hos patienter med KOL.

Tekst **MARIANNE BOM**
Foto **SØREN HOLM**

Efter Camilla Mousing i 1998 blev sygeplejerske, arbejdede hun i nogle år i hjemmeplejen. Her mødte hun patienter med KOL, som røg ud og ind af sygehuset.

”Jeg tænkte, at det måtte vi kunne begrænse ved hjælp af en mere fokuseret indsats i hjemmeplejen,” fortæller Camilla Mousing, som er ph.d. og lektor på VIAs sygeplejerskeuddannelse i Randers.

I sin ph.d. fra juni 2017 undersøgte hun behovet for lindrende indsatser i hjemmeplejen i Randers hos patienter med KOL. Hun undersøgte også, om patienterne oplevede, at hjemmeplejen opfyldte disse behov, og hvilket kendskab medarbejderne i hjemmeplejen havde til KOL og palliation. Dernæst udviklede hun sammen med personalet undervisning i KOL, og til sidst evaluerede hun, hvad personalet havde fået ud af indsatsen.

”Nu har vi medarbejdere i hjemmeplejen, som føler sig bedre klædt på til opgaven, og som føler sig i stand til at initiere palliative indsatser. Det viser evalueringen. Ledelsen og distriktssyge-

plejerskerne fortæller også, at medarbejdere i langt højere grad virker rustet til opgaverne. Det giver os en formodning om, at det har givet forbedring for borgerne. Men det kan vi ikke dokumentere, for det har vi ikke undersøgt,” siger Camilla Mousing.

Begrænset viden om palliativt behov

Før studiets intervention var der i personalet meget begrænset viden om patienters palliative behov – som f.eks. hjælp til at forebygge og håndtere angst og åndenød samt vejledning om kost og motion. Patienterne med KOL fortalte, at de ofte gik alene med bekymringer om sygdommen, fremtiden og døden. De ville gerne tale med hjemmeplejen, men deres behov blev ikke set. Samtidig var kvaliteten af plejen og videndelingen om KOL udfordret af den måde, arbejdet var organiseret på. Tiden hos borgeren kunne være knap. Det var desuden svært at følge den enkelte patients udvikling, fordi det ikke altid var den samme sundhedsprofessionelle, der kom flere dage i træk.

Sammen med personalet udviklede Camilla Mousing indhold og form på de kurser, som personalet efterfølgende kom på.

”Husk, at vi ikke er vant til at sidde stille længe,” sagde nogle af sosu’erne, og derfor skete undervisningen i korte sekvenser. Et ønske om at høre en patient med KOL fortælle blev også honoreret.

I stand til at identificere behovene

”Evalueringen viste, at undervisningen gav medarbejderne fokus på palliation. De er bedre i stand til at identificere behovene, og de har fået kommunikationsværktøjer. De har lært, at patienterne ofte bekymrer sig, og at det er i orden at spørge til bekymringerne. De ved også mere om, hvordan de selv kan hjælpe, og hvornår de skal tilkalde hjælp fra andre sundhedsprofessionelle,” siger Camilla Mousing.

Også organisatorisk ændrede hjemmeplejen praksis, så det i højere grad blev den samme medarbejder, der kom i hjemmet.

Er der brug for en lignende indsats andre steder?

”Jeg har ”kun” undersøgt situationen i Randers. Men vi vurderer ikke, at Randers er en atypisk dansk kommune, og derfor kan undervisningsprogrammet antageligt have overførselsværdi til andre kommuner,” siger Camilla Mousing.

Camilla Mousing har udarbejdet hjemmesiden, www.camillamousing.dk med viden om KOL og palliation. Hun håber at videreudvikle siden med e-learningtilbud. Hun håber også at få mulighed for at studere, hvordan patienter med KOL i dag oplever den palliative pleje i Randers. ●

Metode

- Et aktionsforskningsprojekt om muligheden for at forbedre den palliative indsats til patienter med KOL i hjemmeplejen
- Undersøgelse af patienters oplevelse af hjælpen fra hjemmeplejen
- Undersøgelse af sundhedsprofessionel-les oplevelse af og udfordringer med den palliative indsats
- Udvikling og gennemførelse af undervisning til ca. 160 hjælpere, assistenter og sygeplejersker fra 11 distrikter
- Evaluering i anonymt spørgeskema og fokusgrupper

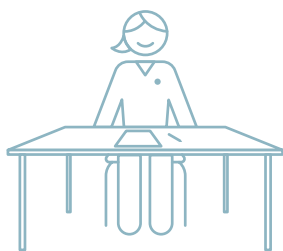
Resultater

Personalet gik fra ”non-awareness” om patienters behov til at have viden om og fokus på palliation. Programmet førte til ændringer i organisering af hjemmeplejen.

Betydning for praksis

Større opmærksomhed og mere viden om KOL og palliation.

Undervisning i KOL



1. Hjælpere og assistenter fik 11 timers undervisning fordelt på fire mødegange, mens sygeplejersker fik ni timer på tre mødegange. To undervisningsgange var fælles.



2. Undervisning om vejtrækningsteknikker, identificering og imødekom-melse af palliative behov, patienterfaringer, energibesparende teknikker og medicinsk behandling af KOL.



3. Bagefter oplevede medarbejderne, at de havde tilegnet sig kommunikative evner til at initiere samtaler om KOL-relaterede bekymringer og værktøjer til at håndtere KOL-symptomer.

Litteratur:

1. Mousing, C.A. 2017. *Improving the palliative care of people with chronic obstructive pulmonary disease in home care: A participatory action research study.* PhD Thesis. Published by Section for Nursing Science, Aarhus University, Department of Public Health. SUN-TRYK, Aarhus University. **2.** Danmarks Lungeforening og Palliativt Videncenter. 2013. *Palliativ indsats til KOL-patienter.* http://www.pavi.dk/Files/KOL_Pal_rapport_low2.pdf **3.** Raunkiaer, M. & Timm, H. 2013. *Interventions concerning competence building in community palliative care services – a literature review.* *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), pp.804-19.



Distriktssygeplejerske Camilla Drejer er i dag med sosu-assistent Theresia Lundum Berth på hjemmebesøg hos Vagn Mikkelsen, som har KOL. Sammen sikrer de sig, at Vagn Mikkelsen er tryk ved at klare sig uden iltbehandling.

KOL skal konstant italesættes

Med afsæt i et forskningsprojekt **rådgiver sundhedsprofessionelle i hjemmeplejen borgere med KOL.**

Tekst **MARIANNE BOM**
Foto **SØREN HOLM**

”Er der noget, der bekymrer dig, nu da du ikke længere skal have ilt?” spørger sosu-assistent Theresia Lundum Berth. Hun er hjemme hos 85-årige Vagn Mikkelsen i Spentrup nord for Randers. Vagn Mikkelsen har KOL. For tre måneder siden var han indlagt på intensiv og tæt på at dø af lungesygdommen. Alle tre voksne børn var samlet omkring sengen. Men Vagn Mikkelsen klarede sig igennem. Siden har hjemmeplejen fulgt ham tæt. Med oplæring i at trække vejret dybere og inhalere medicin korrekt. Med motivation til motion og med opfordring til at spise sundere, så vægten kan komme under 100 kg, og med samtaler om, hvordan Vagn Mikkelsen trives. Psyken er vigtig at have med i plejen af patienter med KOL. De kan opleve angst og være bange for ikke at få luft. Derfor spørger sosu-assistenten her til morgen ind til, om Vagn er bekymret, nu da han ifølge lægen ikke længere behøver at blive behandlet med ilt. I stuen her i det gule parcelhus står et sted mellem otte og 10 iltflasker klar til at blive kørt bort. ”Det bekymrer mig, om jeg skulle få det slemt igen. Men jeg tror, at det hjælper at få vægten ned,” siger Vagn Mikkelsen og fortæller med en gnist af selvironi, at han i dag kom under 100 kg. Vægten viste 99,9 kg. ”Det var da godt. Men du syntes jo, at det var lidt hårdt, da jeg satte dig på

knækbrød i stedet for kage,” svarer Theresia Lundum Berth i den humoristiske tone, som præger dialogen. ”Jo, nu spiser jeg først knækbrød og så kage,” smiler Vagn Mikkelsen, og Theresia Lundum Berth replicerer: ”Ja, men er du ikke kommet ned på en halv Dagmartærte i stedet for en hel?”

Sådan fastholdes viden om KOL

Dialogen hjemme hos Vagn Mikkelsen er et eksempel på, at hjemmeplejen i Randers er lykkedes med at implementere og udbrede den viden i praksis, som ca. 160 sundhedsprofessionelle fik for to et halvt år siden i et undervisningsforløb om KOL og palliation. Det vurderer distriktssygeplejerske Camilla Drejer, som er med på besøg i dag for at bidrage til en god overgang i behandlingen.

10 ud af 50 sundhedsprofessionelle her fra Spentrup-Møllevang-distriktet nord for Randers deltog i undervisningen, der var en del af lektor og ph.d. Camilla Mousings aktionsforskningsprojekt. Som distriktssygeplejerske er det Camilla Drejers vigtigste opgave at sikre og udvikle kvaliteten af plejen. Hun skal sørge for, at den erhvervede viden om KOL og palliation ikke forsvinder.

Det gør distriktssygeplejersken bl.a. ved at informere om KOL-indsatsen, når der kommer nye medarbejdere.

”Jeg informerer nye medarbejdere om KOL-indsatsen og om, hvordan man identificerer patienternes behov tidligt. Det står også i vores introduktionsmateriale, og jeg sender nye medarbejdere information om Camilla Mousings hjemmeside om KOL. Når der er behov for det, tager jeg også med ud til borgerne og sparrer,” fortæller Camilla Drejer.

Ledelsen skal ville det

Der er mange og forskelligartede opgaver, der konkurrerer om opmærksomheden i hjemmeplejen. Camilla Drejer ved godt, at

5 GODE RÅD

Ledelsen skal fastholde fokus på, at KOL og palliation er vigtigt, selv om mange andre opgaver presser sig på.

Den viden og inspiration, der bliver erhvervet med undervisning, skal fastholdes og spredes ved konsekvent at tale om KOL og palliation på teammøder, på ugentlige tavlemøder og i oplæring af nye medarbejdere.

Læg mærke til, hvilke medarbejdere der er særligt engagerede, og inspirer dem til at være ambassadører for en palliativ indsats af høj kvalitet.

Læg ruterne, så patienter med KOL ofte ser den samme medarbejder, som kan følge udviklingen og skabe en relation.

Husk at samarbejde tværfagligt med hjemmesygepleje og fysioterapi.

det ikke er alle medarbejdere, som af sig selv opsøger viden om KOL og palliation. Derfor har hun fokus på at nævne disse patienters behov på teammøderne. KOL er også et fast emne, når personalet om onsdagen har ”tavlemøder”, hvor de drøfter, hvilke borgere der er grund til at være opmærksom på for at undgå indlæggelse. Hun skønner, at det nok er hver 15. borger i distriktet, som har KOL, og så vidt muligt tilrettelægges ruterne, så det er medarbejdere med kompetencer inden for KOL, der kommer ud til dem.

”Det kræver en beslutning i ledelsen, hvis man vil lykkes med at implementere lindrende pleje til patienter med KOL. KOL og palliation skal konstant italesættes, og arbejdet skal tilrettelægges, så en indsats af høj kvalitet kan lade sig gøre,” siger Camilla Drejer. ●

Trialog

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.

Når insulin-balancen er skæv

Type 2-diabetes er en af de største folkesygdomme i Danmark og i fortsat vækst. Den kroniske sygdom skyldes både arv og livsstil og har store omkostninger for patienternes livskvalitet og samfundsøkonomien generelt. Sygdommen kan i mange tilfælde forebygges eller udsættes, men ikke helbredes. Sygeplejersker bør derfor spille en endnu større rolle i det opsporende og forebyggende arbejde, mener forsker. De er også centrale i behandlingen, der griber ind i både hverdagsliv og livsstil.



HELLE TERKILDSSEN MAINDAL

Sygeplejerske, Master of Public Health og ph.d. forskningsleder, Steno Diabetes Center Copenhagen, Enhed for Sundhedsfremme og lektor, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet. Har i en årrække bl.a. forsket i forebyggelse af type 2-diabetes samt sundhedsfremme og sundhedspædagogik primært inden for prædiabetes og diabetes (1).



CHRISTINA SOMMER

Journalist



RIKKE SELZER TERKILDSSEN

diabetessygeplejerske, koordinerende sygeplejerske, Type 2 Klinikken, Steno Diabetes Center Copenhagen. Arbejder med vejledning, rådgivning, uddannelse og behandling af patienter med komplicerede type 2-diabetes-forløb.

Opsporing og behandling skal ske i hverdagslivet

Type 2-diabetes er en af Danmarks største folkesygdomme og i fortsat vækst. Sygeplejerske og forsker Helle Terkildsen Maindal byder derfor regeringens varslede nationale handlingsplan på diabetesområdet velkommen. Hun fremhæver, at sygeplejersker især i primær sektor er centrale for tidlig opsporing, forebyggelse og behandling.

Som mange andre lande står Danmark over for en tsunami af diabetestilfælde i løbet af de næste årtier. Det vil koste samfund og patienter dyrt, lyder det fra bl.a. forskere, politikere og patientforeninger, som mener, der skal sættes ind med mere og bedre forebyggelse, opsporing og behandling.

Udviklingen bliver af nogle beskrevet som en potentiel bombe under det danske sundhedsvæsen, og den tilskrives bl.a. længere levealder, bedre behandlingsmuligheder og ikke mindst usund livsstil – mange danskere motionerer simpelthen for lidt og spiser forkert samt ryger og drikker for meget.

Tsunami eller ej – diabetes er allerede en af Danmarks otte folkesygdomme. I dag estimeres det, at omkring 270.000 danskere har diabetes, hvoraf ca. 239.000 er diagnosticeret med type 2-diabetes (2). Derudover har flere tusinde borgere sygdommen uden at vide det. Nogle forskere anslår, at det såkaldte mørketal er omkring 60.000, andre, som f.eks. Diabetesforeningen anslår, at helt op til 200.000 danskere går uvidende rundt med diagnosen. Og i en ny undersøgelse fra Statens Institut for Folkesundhed

estimerer forskerne, at alene antallet af danskere med type 2-diabetes vil vokse drastisk til omkring 430.000 forventede tilfælde i 2030 (3).

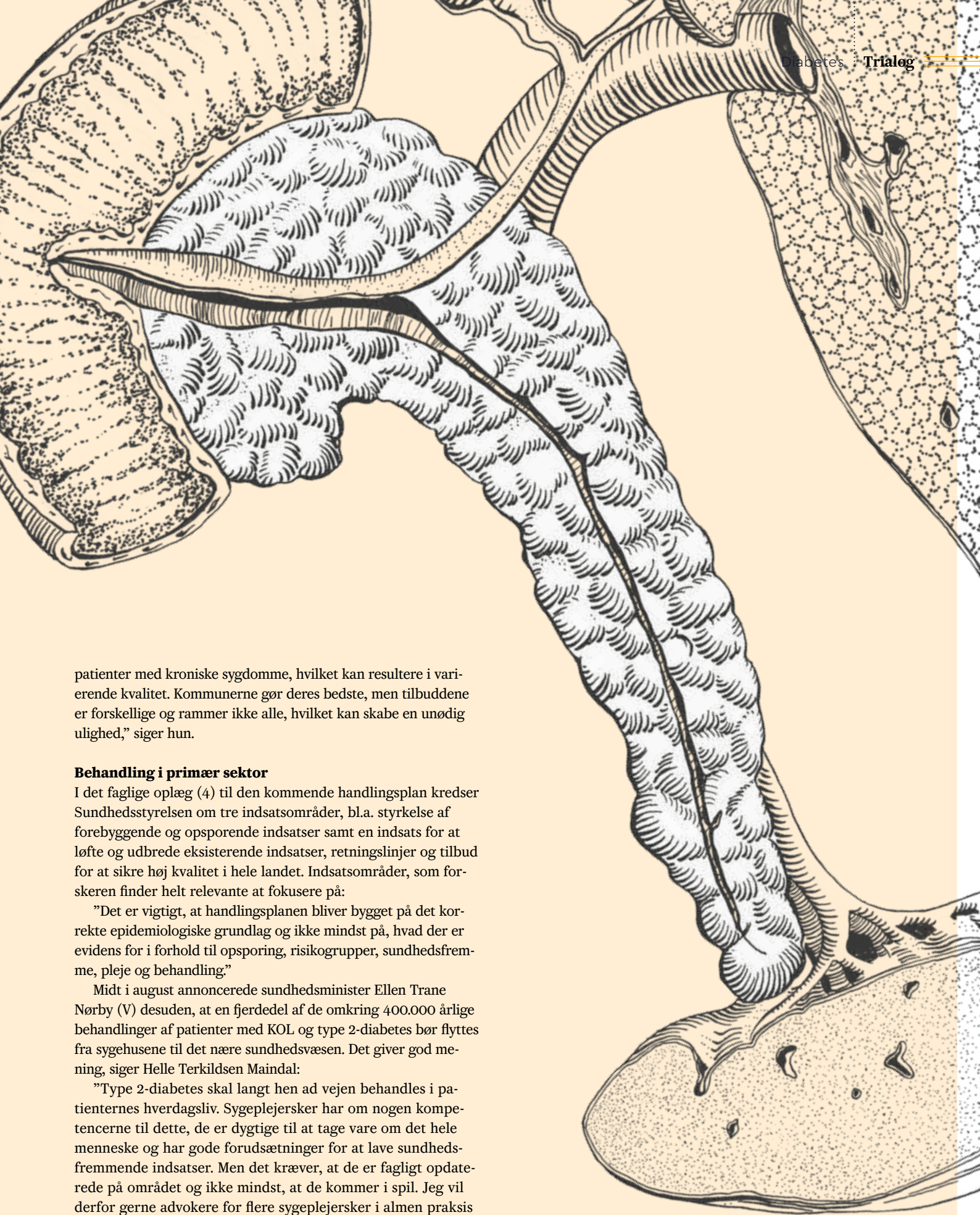
Udviklingen tydeliggør behovet for regeringens og satspuljepartiernes nye nationale handlingsplan for diabetes, som offentliggøres i løbet af dette efterår. Planen har overordnet til formål ”at styrke kvaliteten i indsætterne og understøtte sammenhæng i forløbet for mennesker med diabetes og deres pårørende” (4). Til det formål er der afsat 65 mio. kr. i årene 2017-2020.

Svingende tilbud og indsats

Sygeplejerske Helle Terkildsen Maindal er en af Danmarks førende forskere inden for sundhedsfremme og forebyggelse af type 2-diabetes. Også hun mener, at der er behov for at styrke kvalitet og sammenhæng i både forebyggelse og behandling af diabetes og hilser den kommende afløser for den gamle handlingsplan fra 2003 velkommen.

”Det er glædeligt, at man fra centralt hold tager fat om problematikken. Type 2-diabetes har store konsekvenser både samfundsøkonomisk og for patienterne og deres familier. Behandlingen i Danmark er som udgangspunkt god, men kan blive bedre især i almen praksis og på kommunalt niveau, hvor tilbud og indsats kan variere fra kommune til kommune,” siger Helle Terkildsen Maindal og peger på patientskoler som eksempel.

”Alle kommuner skal ifølge Sundhedsloven tilbyde patientundervisning, men der stilles ikke krav til undervisningens kvalitet fra centralt hold. Nogle kommuner har f.eks. ikke nok diabetespatienter til et hold eller heller ikke undervisere, der specifikt ved noget om diabetes. Så bliver undervisningen gennemført for alle



patienter med kroniske sygdomme, hvilket kan resultere i varierende kvalitet. Kommunerne gør deres bedste, men tilbuddene er forskellige og rammer ikke alle, hvilket kan skabe en unødigt ulighed,” siger hun.

Behandling i primær sektor

I det faglige oplæg (4) til den kommende handlingsplan kredser Sundhedsstyrelsen om tre indsatsområder, bl.a. styrkelse af forebyggende og opsporende indsatser samt en indsats for at løfte og udbrede eksisterende indsatser, retningslinjer og tilbud for at sikre høj kvalitet i hele landet. Indsatsområder, som forskeren finder helt relevante at fokusere på:

”Det er vigtigt, at handlingsplanen bliver bygget på det korrekte epidemiologiske grundlag og ikke mindst på, hvad der er evidens for i forhold til opsporing, risikogrupper, sundhedsfremme, pleje og behandling.”

Midt i august annoncerede sundhedsminister Ellen Trane Nørby (V) desuden, at en fjerdedel af de omkring 400.000 årlige behandlinger af patienter med KOL og type 2-diabetes bør flyttes fra sygehusene til det nære sundhedsvæsen. Det giver god mening, siger Helle Terkildsen Maindal:

”Type 2-diabetes skal langt hen ad vejen behandles i patienternes hverdagsliv. Sygeplejersker har om nogen kompetencerne til dette, de er dygtige til at tage vare om det hele menneske og har gode forudsætninger for at lave sundhedsfremmende indsatser. Men det kræver, at de er fagligt opdaterede på området og ikke mindst, at de kommer i spil. Jeg vil derfor gerne advokere for flere sygeplejersker i almen praksis og primær sektor.” ●

Utilstrækkelig produktion og følsomhed

Overordnet findes der tre typer diabetes, hvoraf type 2 er den mest udbredte. Den er til dels arvelig, men også en livsstilssygdom, som har tendens til at komme snigende i takt med alder og usund livsstil.

Diabetes mellitus, i daglig tale sukkersyge, er en kronisk stofskiftesygdom. Verdenssundhedsorganisationen WHO inddeler generelt sygdommen i tre former: type 1-diabetes, type 2-diabetes og gestationel diabetes, også kaldet graviditetsdiabetes (5).

For alle tre typer gælder, at indholdet af glukose i blodet er forhøjet (hyperglykæmi, red.) pga. problemer med produktion af eller nedsat følsomhed over for bugspytkirtelhormonet insulin. Det medfører forstyrrelser i kulhydrat-, fedt- og proteinomsætningen, hvilket ubehandlet kan resultere i symptomer som udtalt tørst, hyppig vandladning, kløe, infektion i hud og slimhinder, kvalme og træthed, og senere også mere alvorlige følgesygdomme, de såkaldt sendiabetiske sygdomme/senkomplikationer, i bl.a. øjne, nyrer, nerver, hjerte og blodkar (se boksen ”Følgesygdomme”, red.).

Ved type 1-diabetes stopper kroppen helt med at producere insulin. De insulinproducerende celler (beta-celler, red.) i bugspytkirtlens Langerhanske øer er gået til grunde, ødelagt af kroppens eget immunforsvar, der fejlagtigt har opfattet cellerne som et fremmedlegeme. Graviditetsdiabetes er derimod en midlertidig diabetes, som typisk diagnosticeres i

sidste del af graviditeten, hvor der på grund af graviditet og moderkage er mange hormoner i kroppen. Hormonerne får insulin til at virke dårligere, og kroppen skal derfor danne mere insulin, hvilket ikke alle kvinder kan. De udvikler derfor diabetes, som for de flestes tilfælde går i sig selv igen efter fødslen.

Da type 2-diabetes er den mest udbredte med op til 90 pct. af alle tilfælde, er hovedfokus i denne trialog netop type 2-diabetes. Her er kroppens følsomhed for insulin nedsat i muskel- og fedtvæv, og insulinsekretionen kan også være utilstrækkelig (5). Mange patienter med type 2-diabetes producerer en vis mængde insulin i bugspytkirtlen, men cellerne i musklerne er blevet dårlige til at udnytte den. Og det går bl.a. ud over musklernes arbejdsevne, fortæller Helle Terkildsen Maindal og uddyber:

”I de tilfælde vil det kræve en stor mængde insulin at optage selv de mindste mængder næring. Ved lav insulinfølsomhed er det især muskelcellerne, som optager for lidt næring, hvilket vil placere størstedelen af denne næring i fedtcellerne, hvorved stofskiftet forringes med f.eks. overvægt til følge.”

Udvikler sig langsomt

Den nedsatte følsomhed kommer ikke fra den ene dag til den anden. De klassiske symptomer som træthed, øget tørst og hyppig vandladning er derfor milde i begyndelsen og udvikler sig langsomt, som regel over måneder til år.

”Patienter med type 2-diabetes kan gå i mere end 10 år uden at vide, de har diabetes eller forhøjede glukoseværdier, som viser forstadier til sygdommen. Nogle mærker det lidt tidligere, men overordnet stilles diagnosen ofte sent, og mange patienter har derfor allerede komplikationer, når sygdommen opdages,” forklarer Helle Terkildsen Maindal og uddyber:

”Det understreger vigtigheden af, at både sygeplejersker og andet sundhedspersonale virkelig er opmærksomme på tidlige symptomer og risikofaktorer, når de møder borgere og patienter.”

Usund livsstil og social slagside

Type 2-diabetes skyldes både arv og livsstil. Har en af ens forældre type 2-diabetes, er risikoen for, at man selv udvikler diabetes på et tidspunkt, 40 pct. Har begge forældre sygdommen, er risikoen helt op til 80 pct. Hvis ingen forældre eller søskende lider af

type 2-diabetes, er risikoen 10 pct. Og den afhænger igen i høj grad af den livsstil, man fører. For lidt motion, rygning, usund mad og for stort alkoholindtag øger risikoen markant.

”80 pct. af patienterne med type 2-diabetes er overvægtige. Overvægt er en af de største risikofaktorer, da det nedsætter følsomheden i cellerne, men i dag bliver forskere også mere og mere opmærksomme på, at stress og sociale relationer påvirker udviklingen. Derfor skal vi tænke langt mere i levekår,” påpeger Helle Terkildsen Maindal (6).

Antallet af mennesker med kendt type 2-diabetes har i mange år været stigende ikke blot i Danmark, men i hele verden, hvilket især tilskrives en generelt mere usund og stillesiddende livsstil. Hvor sygdommen før i tiden primært ramte ældre mænd – deraf betegnelsen gammelmandssukkersyge – får flere og flere yngre i dag også diagnosen, ligesom kønsfordelingen er nogenlunde lige, dog med en lille overvægt af mænd. I aldersgruppen under 40 år har mellem 2 og 5 pct. type 2-diabetes mod mellem 10 og 20 pct. i aldersgruppen 40-69 år og 15 til 30 pct. i aldersgruppen 70-79 år (7).

I dag har ca. 239.000 danskere type 2-diabetes, mens det anslås, at 60.000-200.000 danskere har sygdommen uden at vide det. Og ifølge en ny rapport fra Statens Institut for Folkesundhed vil antallet vokse dramatisk frem til 2030, hvor forskerne estimerer, at omkring 430.000 borgere vil leve med type 2-diabetes (3).

Stigningen skyldes delvis, at vi bliver ældre og ældre, og den største stigning ses da også blandt mænd og kvinder i aldersgruppen 65+. Men den store risikofaktor – usund livsstil – afspejles bl.a. også i, at flere mænd end kvinder – 242.300 mænd mod ca. 187.000 kvinder – ifølge beregningerne vil få diagnosen, ganske simpelt fordi mænd generelt har en mere usund livsstil end kvinder. Flere mænd ryger, er overvægtige og spiser usund mad, fastslår forskerne bag fremskrivningen.

Det er desuden velkendt, at risikoen for type 2-diabetes er højere blandt indvandrergupper med især pakistansk, tyrkisk og somalisk baggrund sammenlignet med etniske danskere, hvilket skyldes arvelig disposition og anderledes livsstil. Derudover har type 2-diabetes en stor social slagside, hvilket igen kan tilskrives risikofaktorerne som rygning, overvægt og usund mad. Hos mennesker med kort uddannelse ses en tre gange større forekomst af type-2-diabetes end blandt mennesker med lang uddannelse, ligesom mennesker med kort uddannelse i gennemsnit diagnosticeres fem år senere end dem med lang uddannelse. De højt uddannede har også lavere risiko for at udvikle senkomplikationer og for tidlig død (4). Det er vigtigt at have in mente i det forebyggende og opsporende arbejde, men også i behandlingsindsatsen, påpeger Helle Terkildsen Maindal:

”Overordnet mener jeg, at man i sundhedsvæsenet skal blive bedre til at bruge denne viden og give forskellige tilbud til de forskellige målgrupper. Her gælder det især om at være kreativ og tænke i innovative tiltag, der tager højde for social ulighed samt patienternes forskellige handle- og sundhedskompetencer.”

Diabetes

Ordet "diabetes" er latin og betyder "gennemløb, passage". "Mellitus" er også latin og betyder "honningsød". Sidstnævnte beskriver, at det forhøjede blodsukker kan resultere i, at urinen lugter sødt. Det beskrev egypterne allerede omkring 1500 f.Kr. i det såkaldte Papyrus Ebers, der var et af datidens medicinske opslagsværker (5).

5.700 tabte leveår

Hvert år dør 1.300 personer pga. diabetes (alle tre typer). Det svarer til 3 pct. af alle dødsfald. Diabetes resulterer i 4.100 og 1.600 tabte leveår for hhv. mænd og kvinder hvert år, og sygdommen er årsag til et tab i befolkningens middellevetid på fire måneder for mænd og to måneder for kvinder (7). Samlet koster diabetes det danske samfund 31,8 mia. kr. hvert år (2015-tal). Den største udgift udgøres af et produktivitetstab på lidt over 13 mia. kr. (41 pct.), plejesektoren koster ca. 6,4 mia. kr., behandlingen hos praktiserende læger og på hospitalerne koster 5,5 mia. kr., mens medicinudgifterne er på lidt over 1 mia. kr. Hver fjerde diabetespatient har komplicerede følgesygdomme, hvilket tegner sig for næsten 60 pct. af de samlede udgifter (8).

Følgesygdomme

Med årene kan patienter med type 2-diabetes udvikle følgesygdomme, også kaldet senkomplikationer. Risikoen stiger med det antal år, man har haft sygdommen, og hænger også sammen med, hvor godt sygdommen er og har været reguleret. Sygdommene skyldes skader på blodårer og nerver, som opstår på grund af langvarigt forhøjet blodsukker, blodtryk, kolesterol og andre fedtstoffer i blodet. De typiske følgesygdomme kan overordnet inddeles i to typer: mikro- og makrovaskulær:

1. De mikrovaskulære følgesygdomme er sygdom i de små blodkar, som bl.a. kan resultere i:
 - a. Øjenproblemer, nedsat syn og blindhed
 - b. Nervebetændelse, bl.a. risiko for udvikling af fodsår, som i yderste konsekvens kan medføre amputationer
 - c. Nyresygdom, i yderste konsekvens nyresvigt
2. De makrovaskulære følgesygdomme er skader på de store blodkar, som f.eks. kan medføre:
 - a. Åreforkalkning
 - b. Blodpropper
 - c. Hjerter-kar-problemer

Følgesygdommene kan forebygges ved kombineret behandling af blodsukker, blodtryk, kolesterol og fedtstoffer i blodet. Patienter med type 2-diabetes bør også jævnligt blive tilset af øjenlæge samt tandlæge.

(Kilde: 9)

Forebyggelse og tidlig opsporing

Mange tilfælde af type 2-diabetes og evt. følgesygdomme kan udskydes eller direkte forebygges. Bl.a. sygeplejersker skal derfor have endnu større fokus på tidlige symptomer og særlige risikogrupper og vejlede om risikofaktorer som overvægt, rygning og fysisk inaktivitet.



Selvom type 2-diabetes kan gå i arv, har større studier vist, at flere end halvdelen af diabetestilfældene kan forebygges eller udskydes ved intensiv fokus på kost og motion og generelt sunde vaner. Det er dog svært at implementere nye strikse mad- og bevægelsesvaner i hverdagen, men også her kan bl.a. sygeplejersker i kommuner og almen praksis spille en afgørende rolle for mange patienter og for dem, der endnu ikke har fået sygdommen, siger Helle Terkildsen Maindal.

”Praktiserende læger og sygeplejersker i almen praksis og kommuner bør komme mere på banen. En ting er, hvis patienten har diabetes og skal behandles for det. Men der er god evidens for, at man med de rette greb kan forebygge eller udskyde diabetes,” siger hun og uddyber:

”F.eks. viser store internationale studier, at man ved ændring i kosten og et vægttab på bare 5 pct. sammen med fysisk aktivitet kan udskyde sygdommen eller i bedste fald hindre, at folk overhovedet bliver syge. Den rette fysiske aktivitet er meget afgørende både ved prædiabetes og diabetes. Det styrker kredsløbet og metabolismen, som er ude af balance ved diabetes” (10).

Væk med overvægt og røg

At der er plads til forbedring i det opsporende og forebyggende arbejde, vidner antallet af følgesygdomme hos patienter med type 2-diabetes om (11).

”35 pct. af de patienter, som får konstateret type 2-diabetes, har på diagnosetidspunktet allerede en eller flere følgesygdomme. Det kan være forandringer i øjets nethinde, hjerte-kar-

sygdomme, nyresygdomme eller neuropatiske gener. Det kan være årsag til, at de i første omgang søger læge,” siger Helle Terkildsen Maindal.

For at nedsætte antallet af både type 2-diabetes og følgesygdomme peger Helle Terkildsen Maindal på, at primær og sekundær forebyggelse i høj grad er vejen frem:

”Primær forebyggelse drejer sig jo om, at vi som sundheds- og socialvæsen generelt har fokus på hele befolkningen i forhold til sund livsstil og kost og motion. At vi arbejder for at skabe de bedste vilkår for befolkningen til at leve sundt. Her er det afgørende, at indsatser udvikles sammen med borgerne, så tiltagene kommer til at give mening og være bæredygtige.”

I forhold til type 2-diabetes er det altså især værd at fokusere på forebyggelsesindsatser indenfor områderne overvægt, fysisk aktivitet, mad og måltider, tobak og alkohol.

Rikke Selzer Terkildsen: *Mange patienter med type 2-diabetes lider af en eller flere af de såkaldte risikofaktorer som f.eks. hypertension, abdominal*

fedme/overvægt, hyperlipidæmi eller insulinresistens/forhøjet blodsukker. Så det er også noget, man kan være opmærksom på, når man møder en borger eller patient?

”Ja. Møder sygeplejersken en overvægtig patient eller borger, som ryger, er det oplagt at komme ind på den generelle sundhed med udgangspunkt i patientens situation og vilkår. Og også om, hvordan patienten har det i forhold til velkendte kliniske symptomer på diabetes som træthed, øget tørst og hyppige vandladninger – både med henblik på forebyggelse, men også evt. udredning,” svarer Helle Terkildsen Maindal og uddyber:

”Det kræver en sundhedspædagogisk tilgang for at kunne gøre dette uden at være fordømmende eller formynderisk, men det er kompetencer, mange sygeplejersker har forudsætning for at kunne beherske.”

Sygeplejersker skal være ekstra opmærksomme

Sekundær forebyggelse er de indsatser, som sundhedspersonalet bør have fokus på i forhold til særlige risikogrupper (se boksen ”Hvem bør tilbydes undersøgelse?”), mener Helle Terkildsen Maindal:

”Vi ved, jo at det er en forebyggelig sygdom, og der er også evidens for, at nogle er i større risiko for at udvikle diabetes end andre, så selvfølgelig skal vi bruge nogle ressourcer her. Her kunne jeg godt ønske, at indsatsen i almen praksis og kommuner blev mere formaliseret. Kan vi udskyde en diabetes bare fem år, sparer vi virkelig meget både som samfund og i forhold til patientens livskvalitet.”

Vejen frem i det forebyggende og opsporende arbejde er dog ikke egentlige befolkningscreeninger.

”Det er der ikke evidens for. Vi skal arbejde med såkaldt casefinding, hvor vi skal være ekstra opmærksomme, når patienter kommer og præsenterer diffuse, men alligevel kendte symptomer på diabetes. Og så kan der også være tale om opportunistisk screening, hvor sundhedsvæsenet har en særlig opmærksomhed på de personer, som vi ved er i høj risiko for at udvikle type 2-diabetes,” siger hun.

Ifølge Helle Terkildsen Maindal har flertallet af landets kommuner kost, motions- og undervisnings-tilbud målrettet borgere med type 2-diabetes:

”Men der mangler tilbud til folk med ”prædiabetes”. Jeg har en kongstanke om, at vi skal have nogle forebyggende sygeplejersker eller folkesundhedsprofessionelle med særligt sundhedsfremmende kompetencer i kommunerne. Der er et kæmpe behov for at lave tværfaglige, lokale indsatser rettet mod f.eks. mad og bevægelse, ikke kun i forhold til diabetes, men også mange andre livsstilssygdomme som KOL og hjertesygdomme.” ●

Hvem bør tilbydes udredning?

Akut udredning bør tilbydes patienter med oplagte kliniske symptomer på diabetes:

- Øget tørst, hyppige store vandladninger, utilsigtet vægttab, kløe, infektion i hud og slimhinder, kvalme, træthed, føleforstyrrelser, synsforstyrrelser, vanskelig heling af sår.

Der er evidens for såkaldt **opportunistisk screening** med følgende interval til følgende grupper:

1. Udredning med et års mellemrum bør tilbydes personer med kendt:

- hjerte-kar-sygdom (f.eks. AMI og atrieflimmer)
- hjerte-kar-risiko-score (SCORE) > 5 pct. og HbA1c 42-47 mmol/mol (6,0-6,4 pct.)
- længerevarende fast behandling med farmaka, som øger risikoen for diabetes, f.eks. prednisolon eller antipsykotika.

2. Udredning med ca. tre års mellemrum bør tilbydes personer med:

- hjerte-kar-risiko-score (SCORE) > 5 pct. og HbA1c < 42 mmol/mol (< 6,0 pct.)
- familær disposition til diabetes (førstegradsslægtning)
- tidligere graviditetsdiabetes
- Polycystisk ovariesyndrom.

3. Udredning bør tilbydes afhængigt af egen læges skøn til:

- Etniske grupper fra populationer med genetisk øget risiko, herunder indvandrere og efterkommere fra Asien, Afrika og Mellemøsten (ud fra øvrige risikofaktorer og alder (> 35 år)).
- Personer med svær psykisk sygdom, f.eks. skizofreni, depression og bipolar lidelse
- Personer med to eller flere risikofaktorer såsom overvægt, høj alder, lavt aktivitetsniveau, rygere, familær disposition til type 2-diabetes (førstegradsslægtninge)
- Mikroalbuminuri

(Kilde: 12)

Tag udgangspunkt i det enkelte menneske

Type 2-diabetes griber langt ind i patienternes hverdagsliv og livsstil, og sygdommen kan være forbundet med skyld og skam.

Når først diagnosen er stillet på hospital eller i almen praksis, skal der sættes ind med rette behandling, som optimalt burde finde sted i et tværsektorielt og tværfagligt samarbejde mellem læger, sygeplejersker, diætister, fodterapeuter, socialrådgivere, psykologer og andre relevante fagfolk og speciallæger.

For sygeplejersker består arbejdet først og fremmest i at undervise og vejlede i sygdommen og livet med type 2-diabetes, så patienten får den viden og de færdigheder, der skal til for at kunne håndtere hverdagen med diabetes (13) (se boksen "Sygeplejeopgaver i diabetesplejen", red.)

Det primære formål med behandlingen er at holde blodsukkeret så stabilt og tæt på normalt som muligt for derved at sikre patienten normal livskvalitet og livslængde (13). Og det sker bedst i en kombination af sund livsstil og medicinsk behandling, i begyndelsen ofte tabletbehandling.

"Hos mange patienter foregår den overvejende del af type 2-diabetesbehandlingen i patienternes egne hjem, hvor sunde vaner omkring mad og bevægelse er lige så vigtige for patienterne som at tage deres medicin," forklarer Helle Terkildsen Maindal.

Selvom Sundhedsstyrelsen, flere fag-

lige selskaber og mange regioner og kommuner har publiceret redskaber til ovenstående arbejde, f.eks. forløbsprogrammer, (se boksen "Retningslinjer og vejledninger" side 32, red.), kan det være et udfordrende job at hjælpe patienterne med at gennemføre de nødvendige handlinger, der skal til for at mestre eget helbred og sygdom.

Rikke Selzer Terkildsen: *Der ligger ofte et stort pædagogisk arbejde i at få patienterne til at forstå, hvorfor sund livsstil er vigtigt. Jeg møder jævnligt patienter, som desværre aldrig har prøvet at måle deres eget blodsukker. Kan de det, kan de f.eks. se, hvad der sker, når de motionerer, eller hvis de spiser en pizza i stedet for en grøntsagssuppe. Det er et vigtigt pædagogisk værktøj, som kan konkretisere, hvilken effekt motion og mad har. At selv små ændringer har betydning, er ofte en stor øjenåbner for patienterne?*

"Jeg er helt enig. Og sammen med kommunikation om relevant viden og sunde vaner ser jeg netop den sundhedspædagogiske indsats som den primære behandling. Folk bestemmer selv, hvordan de vil leve deres liv, men de sundhedsprofessionelle skal i hvert fald sikre, at patienterne kan tage beslutninger på et oplyst grundlag – at de ved, hvad der sker, hvis de spiser på en særlig måde og har viden om, hvordan diabetes påvirker deres liv," siger Helle Terkildsen Maindal.

Tag udgangspunkt i det enkelte menneske

I den forbindelse peger Helle Terkildsen Maindal endnu en gang på, at sygeplejersker er oplagte til at tage de vigtige livsstilsamtaler med type 2-patienterne, både med dem, som netop har fået diagnosen, men også løbende gennem livet med diabetes.

"Sygeplejersker arbejder jo med det brede sundhedsbegreb, hvor de inddrager både psykologiske, sociale og fysiske aspekter i behandlingen. Den ordinerende behandling er en

meget lille del af livet med diabetes. Et besøg hos lægen er måske mere fokuseret på det fysiske, f.eks. måling af blodsukkeret, men der er så mange andre ting, der er vigtige at få talt om i forhold til at håndtere sådan en sygdom derhjemme. Vi skal tage udgangspunkt i det enkelte menneske og dets omgivelser og værdier,” siger Helle Terkildsen Maindal og vender tilbage til den sociale slagside, der er i patientgruppen.

”Mange patienter med f.eks. funktionsnedsættelser grundet dårlige knæ eller overvægt kan finde de gængse tilbud uoverskuelige. Det kan være fitnesscentre og tilbud om træning i en patientskole. Her føler de sig ikke altid godt tilpas, og samværet med andre kan virke hæmmende. Vi skal være meget opmærksomme på, om de eksisterende tilbud er attraktive og tilgængelige for borgere, der har svært ved at komme ud ad døren,” siger Helle Terkildsen Maindal.

Hun har selv stået for et stort studie om sundhedsfremme og patientuddannelse, som netop har undersøgt, hvem der benytter sig af tilbuddet (14):

”Vores studie viser, at de patienter, der kommer mindst, er patienter med kort eller ingen uddannelse eller multimorbiditet, hvor type 2-diabetes nemt bare bliver en sygdom i rækken. De patienter skal vi have særligt for øje, de kan have udfordringer både i forhold til at passe behandlingen, dyrke motion og passe deres job samtidig med, at de ofte også har sociale udfordringer.”

Rikke Selzer Terkildsen: *Min oplevelse er også, at undervisningstilbuddene skal skræddersyes til den enkelte patient. Nogle har brug for at være sammen med andre i samme situation, andre har brug for støtte og fokus på psykiske aspekter, måske sammen med en sygeplejerske. Endelig er der nogle, der blot ønsker gode råd om motion. Behandling og tiltag skal med andre ord tilpasses den enkeltes liv, og der ligger en stor opgave i at hjælpe patienterne med at prioritere, hvad der giver værdi for dem i deres hverdag?*

”Lige præcis, og her mener jeg også, at der burde være mere fokus på helhedsorienterede indsatser i kommunalt regi inden for både sundheds- og socialområdet, som med fordel kan hjælpe den sårbare målgruppe med at blive mere aktive og fokuserede på deres livsstil,” siger Helle Terkildsen Maindal.

Skyld og skam spiller ind

Også veluddannede mennesker med type 2-diabetes kan have problemer med at passe deres behandling. Studier viser, at f.eks. både højt- og lavtuddannede yngre med type 2-diabetes nogle gange udebliver fra

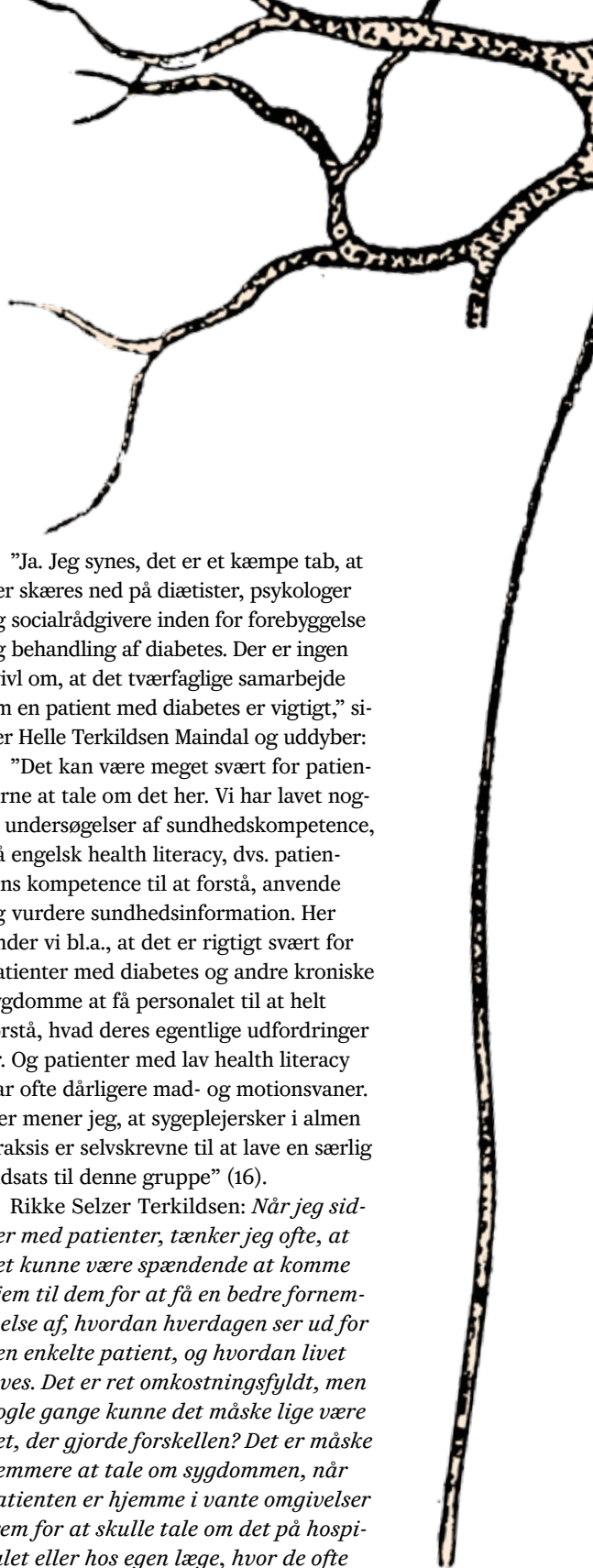
Primære sygeplejeopgaver

- Medinddrage patienten ved at spørge ind til, hvad der giver værdi, og sørge for, at patienten deltager i planlægning af egen behandling. F.eks. rækkefølge og tidshorisont i forhold til livsstilsændringer
- Støtte patienten til at forstå og acceptere sin sygdom
- Støtte patienten til erkendelse af, at sygdommen er et livsvilkår, der oftest kræver medicinering, ikke for at blive rask, men for ikke at blive alvorlig syg
- Oplære patienten i de nødvendige praktiske færdigheder og sikre, at patienten forstår og accepterer nødvendigheden af dem
- Sikre, at patienten undervejs opnår forudsætninger til at kunne håndtere sygdommen/behandlingen selv
- Støtte patienten til ændring af livsstil, herunder ændring af kostvaner, motionsvaner og (evt.) til at holde op med at ryge
- Støtte patienten i at få god metabolisk kontrol
- Give et realistisk og udramatisk indblik i senkomplikationer, samt hvordan man bedst undgår eller udsætter udvikling af senkomplikationer
- Støtte de pårørende i at få viden og mulighed for at støtte patienten.

(Kilde: 13)

Sygeplejersker rykker ud

Mange konsultationssygeplejersker har i dag selvstændige konsultationer og rutinemæssige kontroller af patienter med kroniske sygdomme som type 2-diabetes. Og der er intet til hinder for, at sygeplejerskerne med mellemrum kan tage på sygebesøg hos patienterne selv, forudsat dette sker på delegation fra den praktiserende læge. Læs evt. mere om dette i artiklen "Konsultationssygepleje til patienter med type 2-diabetes" bragt i *Sygeplejersken* nr. 12/2008.



planlagte kontrolbesøg på hospital eller hos egen læge (15). Og går man dem lidt på klingen, kan begrundelsen være, at de ikke kan holde fri, hvilket igen kan dække over, at de slet ikke har fortalt deres arbejdsplads og kolleger, at de har type 2-diabetes. Det kan skyldes manglende viden om, hvilke rettigheder man egentlig har, hvis man lider af en eller flere kroniske sygdomme, men også at type 2-diabetes ikke decideret er en livstruende sygdom.

”Det er jo ikke en akut sygdom, så nogle tænker måske, at der ikke sker noget, hvis de udebliver fra en kontrol. Derudover er der meget stigmatisering forbundet med type 2-diabetes, der ofte hænger sammen med overvægt. Mange har måske ikke fortalt det på job eller til den nærmeste familie af frygt for at få at vide, at det også bare er deres egen skyld,” siger Helle Terkildsen Maindal.

Rikke Selzer Terkildsen: *Der er rigtig meget skyld og skam forbundet med denne sygdom, og det fylder meget psykisk. Måske får man ikke spist så sundt, motioneret eller tabt sig, som man kunne ønske sig. Enten fordi man ikke er taget med på råd, eller fordi man ikke kan. I visse tilfælde mangler vi også mulighed for at kunne inddrage psykologer til de patienter, der f.eks. har spiseforstyrrelser?*

Pårørende er vigtige medspillere

Behandlingen af type 2-diabetes involverer i høj grad også de pårørende, som kan være en stor støtte, men også en barriere for patienterne.

Rikke Selzer Terkildsen: *Vi havde i mange år pårørende med på vores kurser. Vi oplevede dog, at det for nogle patienter var en barriere, hvilket medførte, at de f.eks. ikke fik talt om det, der var svært, eller de blev "afsløret i" ikke at følge anbefalingerne. Og for andre var det en styrke og støtte at "dele" kurset med en ægtefælle. De sidste fem år har pårørende ikke deltaget på vores kurser, og det giver både fordele og ulemper – optimalt skal der måske være kurser både med og uden pårørende?"*

”Netop fordi type 2-diabetes er en sygdom, der også skal håndteres ved middagsbordet, er det vældig vigtigt at inddrage de pårørende. Men hvordan – det er meget individuelt,” fastslår Helle Terkildsen Maindal.

”Ja. Jeg synes, det er et kæmpe tab, at der skæres ned på diætister, psykologer og socialrådgivere inden for forebyggelse og behandling af diabetes. Der er ingen tvivl om, at det tværfaglige samarbejde om en patient med diabetes er vigtigt,” siger Helle Terkildsen Maindal og uddyber:

”Det kan være meget svært for patienterne at tale om det her. Vi har lavet nogle undersøgelser af sundhedskompetence, på engelsk health literacy, dvs. patientens kompetence til at forstå, anvende og vurdere sundhedsinformation. Her finder vi bl.a., at det er rigtig svært for patienter med diabetes og andre kroniske sygdomme at få personalet til at helt forstå, hvad deres egentlige udfordringer er. Og patienter med lav health literacy har ofte dårligere mad- og motionsvaner. Her mener jeg, at sygeplejersker i almen praksis er selvskrevne til at lave en særlig indsats til denne gruppe” (16).

Rikke Selzer Terkildsen: *Når jeg sidder med patienter, tænker jeg ofte, at det kunne være spændende at komme hjem til dem for at få en bedre fornemmelse af, hvordan hverdagen ser ud for den enkelte patient, og hvordan livet leves. Det er ret omkostningsfyldt, men nogle gange kunne det måske lige være det, der gjorde forskellen? Det er måske nemmere at tale om sygdommen, når patienten er hjemme i vante omgivelser frem for at skulle tale om det på hospitalet eller hos egen læge, hvor de ofte føler sig fremmedgjorte?*

”Jeg er helt enig. Nogle indsatser har vi evidens for, andre ikke. Men vi trænger til at ruske op i vores sundhedssystem og tænke anderledes. Det er jo lidt spild af penge at gå til kontrol fire gange om året, hvis det ikke rigtigt forandrer noget. Vi skal turde at spørge patienterne om, hvad der er bedst for dem. Vi skal virkelig lytte



til deres behov og værdier og tage dem med i planlægningen af deres behandling,” siger Helle Terkildsen Maindal.

Svært at efterleve hensigterne

Mennesket i centrum, PRO-data og fokuseret og skræddersyet indsats har længe været et mantra i det danske sundhedsvæsen, også i behandlingen af type 2-diabetes. Og nøgleordene optræder – ikke overraskende – også i Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til den kommende nationale handlingsplan på området. Men ovenstående hensigter kan være svære at efterleve til fulde, især i en systemverden, der med Helle Terkildsen Maindals ord på godt og ondt har ”en masse fastlagte kasser og rammer” for, hvordan personalet skal arbejde med en given problemstilling.

”Vi skal huske at inddrage patienten eller måske ligefrem lade patienten vælge selv, men det sker jo bare ikke altid. I bund og grund handler det om at spørge rigtigt og tage udgangspunkt i patientens udsagn om egne problemer, men det kan godt være lettere sagt end gjort. ”Mener systemet” f.eks., at måling af HbA1c er det vigtigste at tale om, bliver der alt andet lige mindre tid til at tale om, hvad patienten spiser derhjemme,” siger Helle Terkildsen Maindal.

Rikke Selzer Terkildsen: *Det er meget vigtigt, at vi er konkrete. Men vi kan ikke bruge en fast formel – indsats og behandlingsbehov er meget forskellige fra menneske til menneske?*

”Principperne for arbejdet i vores sundhedsfremmeafdeling her på Steno Diabetes Center Copenhagen er, at vi altid arbejder konkret med patienternes handlekompetencer og tager udgangspunkt i, hvor de er. F.eks. valgte Holstebro Kommune at droppe deres vanlige patientuddannelsesprogram og lod den enkelte patients problemer være styrende for, hvad der skulle ske. Evalueringen fandt, at den tilgang virkede lige så godt, som andre, mere fastlagte programmer,” siger Helle Terkildsen Maindal (17).

Selvom type 2-diabetes betragtes som en kronisk, livslang sygdom, understreger Helle Terkildsen Maindal, at tilstanden kan forandre sig over tid:

”Patienternes symptomer kan sagtens ændre sig, både til det bedre og det værre. Nogle patienter kan blive stort set symptomfri, hvis de f.eks. taber sig og motionerer, og for andre går det den anden vej. Selvom tabletbehandling er mest udbredt, kan nogle patienter med tiden komme til at producere så lidt insulin, at behandlingen vil blive meget bedre, hvis de går over til injektionsbehandling. Så det er også et punkt, der er vigtigt at være opmærksom på.” ●

Kan aldrig helbredes

Sund livsstil kan forebygge og udskyde type 2-diabetes og endda gøre nogle patienter medicinfri. Men type 2-diabetes kan aldrig helbredes.

Ny dansk forskning fra TrygFondens Center for Aktiv Sundhed på Rigshospitalet viser, at sund kost og en aktiv livsstil kan erstatte medicin hos nogle patienter med såkaldt ikke insulinkrævende type 2-diabetes (18).

98 ikke-insulinkrævende patienter blev delt i to grupper: en livsstilsgruppe og en kontrolgruppe. Deltagerne var i gennemsnit 55 år og havde haft type 2-diabetes i højst 10 år. De blev alle sat i standardbehandling i et år med diabetesmedicin og rådgivning om sund livsstil. Livsstilsgruppen fik dog også en personlig kostplan med diabetesvenlig kost med henblik på vægttab, og de skulle bl.a. også lave kredsløbstræning 5-6 gange ugentligt samt styrketræning 2-3 gange om ugen, gå 10.000 skridt om dagen og sørge for mindst otte timers søvn.

Efter 12 måneder havde 56 pct. af de i alt 64 patienter i livsstilsgruppen ikke brug for medicinsk behandling længere mod 14 pct. af de 34 patienter i kontrolgruppen.

Resultaterne fra det nye danske studie lægger sig i kølvandet på andre studier, som også har vist, at patienter med type 2-diabetes med sunde vaner kan forebygge, men også helt blive fri for medicin, i hvert fald i begyndelsen af sygdomsforløbet.

Rikke Selzer Terkildsen: *Min erfaring er, at det kan være en stor hjælp for mange patienter at indgå i studier som dette, hvor der hele tiden er nogen, der tager fat i en, støtter og ”ånder en i nakken”. Men det svære for mange er at fastholde de gode vaner, når projektet er slut. Her kunne små kommunale netværksgrupper måske være en hjælp?*

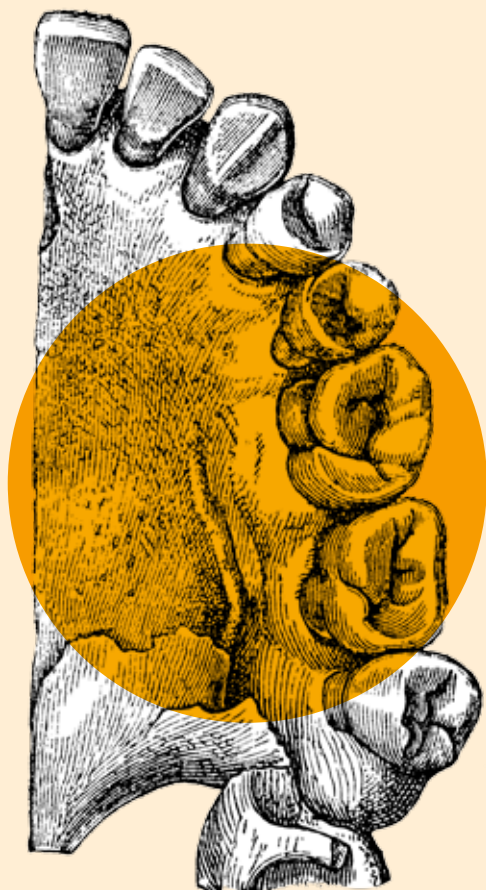
”Ja, det er i hvert fald vigtigt at være opmærksom på den enorme støtte, der skal til for at opnå de samme resultater. Bagsiden af et studie som dette kan være, at de, der ikke er i stand til at motionere mange timer dagligt, oplever skyld og

skam. Og måske ligefrem føler sig set ned på,” siger Helle Terkildsen Maindal og pointerer:

”Det er også vigtigt at understrege, at patienter med type 2-diabetes altid vil have sygdommen. Bliver man f.eks. overvægtig igen, kommer symptomerne tilbage.”

Rikke Selzer Terkildsen: *Og ikke alle kan undvære deres medicin, selvom de dyrker motion og spiser sundt, det har bl.a. noget at gøre med, hvor længe man har haft sygdommen. Jo flere år, jo mere falder ens egenproduktion af insulin, og det øger gradvist behovet for medicin. Det er vigtigt at vide, ellers kan budskabet resultere i endnu mere skyld og skam?*

”I dag er hele diskursen om sundhed flyttet ud i det offentlige rum. Alle har lov til at have en mening om sundhed, og det er som udgangspunkt godt. Men det er virkelig vigtigt, at bl.a. sygeplejersker altid arbejder ud fra den tilgængelige evidens, der findes. Nogle patienter med type 2-diabetes kan være næsten umulige at regulere, og det skyldes deres metabolisme. Det kan sund livsstil og motion ikke nødvendigvis ændre,” advarer Helle Terkildsen Maindal. ☉



DIABETES OG TANDSUNDHED

Flere undersøgelser har vist, at mennesker med diabetes med langvarige forhøjede blodsukkerværdier oftere får tandkødsbetændelse og paradentose – sidstnævnte har siden 2003 været en anerkendt senfølge ved diabetes. Sygdommene er ofte alvorlige hos folk med diabetes, bl.a. fordi sår i munden kan have sværere ved at hele. Derudover kan andre mundlidelser som nedsat spyttproduktion, svampeinfektioner og mundtørhed også opstå. Patienter med type 2-diabetes bør derfor se en tandlæge regelmæssigt og opfordres til at gøre tandlægen opmærksom på sygdommen (19).

DIABETES OG SØVNAPNØ

Omkring hver tredje patient med type 2-diabetes lider af søvnapnø, som er en alvorlig og invaliderende følgesygdom til diabetes, hvor man holder pauser med at trække vejret, når man sover. Symptomerne er snorke, udtalt træthed og nedsat koncentrationsevne. Risikoen for hjerte-kar-sygdom og hjertedød er forhøjet ved både type 2-diabetes og søvnapnø, så tilsammen er de to en farlig cocktail. For søvnapnø alene er risikoen for alvorlig hjerte-krampe eller blodprop i hjertet op til fem gange højere end for personer, som ikke lider af søvnapnø. Der er teorier om, at langvarige søvnproblemer stresser kroppen så meget, at det kan udløse type 2-diabetes. Andre teorier går ud på, at det omvendt er type 2-diabetes og de mange sygdomme, der følger med type 2-diabetes, der er skyld i alvorlige søvnproblemer. Særligt overvægtige med type 2-diabetes lider af søvnapnø, men lidelsen ses også i større omfang hos normalvægtige med type 2-diabetes (20).



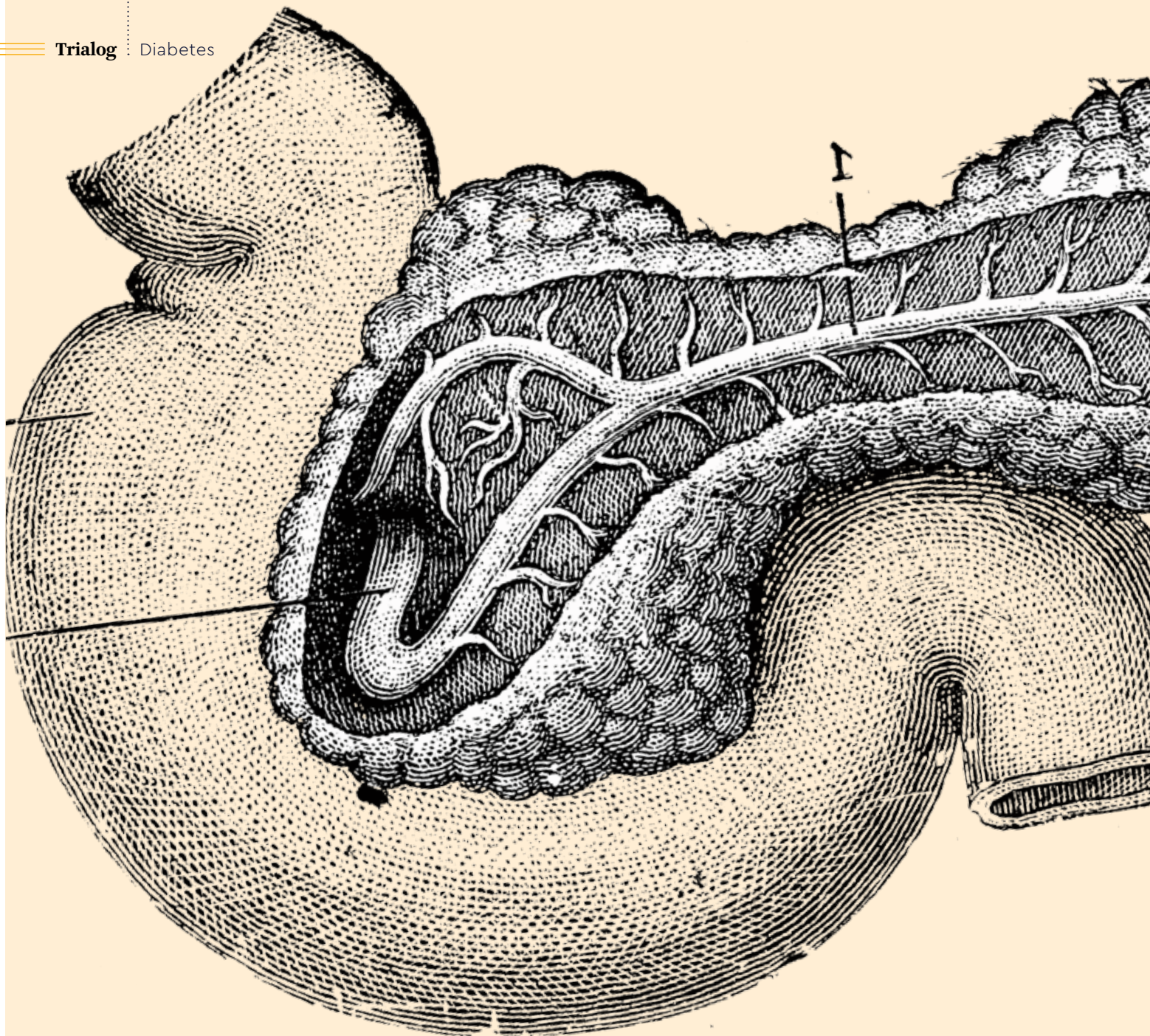
DIABETES-VENLIG KOST

Patienter med type 2-diabetes opfordres som resten af befolkningen til at følge Fødevarerstyrelsens 10 officielle kostråd:

- Spis varieret, ikke for meget og vær fysisk aktiv
- Spis frugt og mange grønsager
- Spis mere fisk
- Vælg fuldkorn
- Vælg magert kød og kødpålæg
- Vælg magre mejeriprodukter
- Spis mindre mættet fedt
- Spis mad med mindre salt
- Spis mindre sukker
- Drik vand.

Derudover findes der en detaljeret vejledning om kost til patienter med type 2-diabetes på Dansk Selskab for Almen Medicins hjemmeside www.dsam.dk (> Type 2-diabetes > Livsstilsintervention > Kost).





Retningslinjer og vejledninger

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet to kliniske retningslinjer på diabetesområdet:

- "Udvalgte sundhedsfaglige indsatser ved rehabilitering til patienter med type 2-diabetes" (2015)
- "Udredning og behandling af diabetiske fodsår" (2013)

Dernæst udgav Sundhedsstyrelsen i april 2017 "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes" samt "Styrket indsats for mennesker med diabetes – fagligt oplæg til en national handlingsplan 2017-2020" i juni 2017.

Center for Kliniske Retningslinjer – Clearing-house udgav i 2015 den kliniske retningslinje "Pleje af fødder til voksne med diabetes mellitus type 1 eller type 2, i lavrisikogruppe 0 og 1, som led i at forebygge diabetiske fodsår" samt "Injektionsteknik af insulin hos voksne med diabetes".

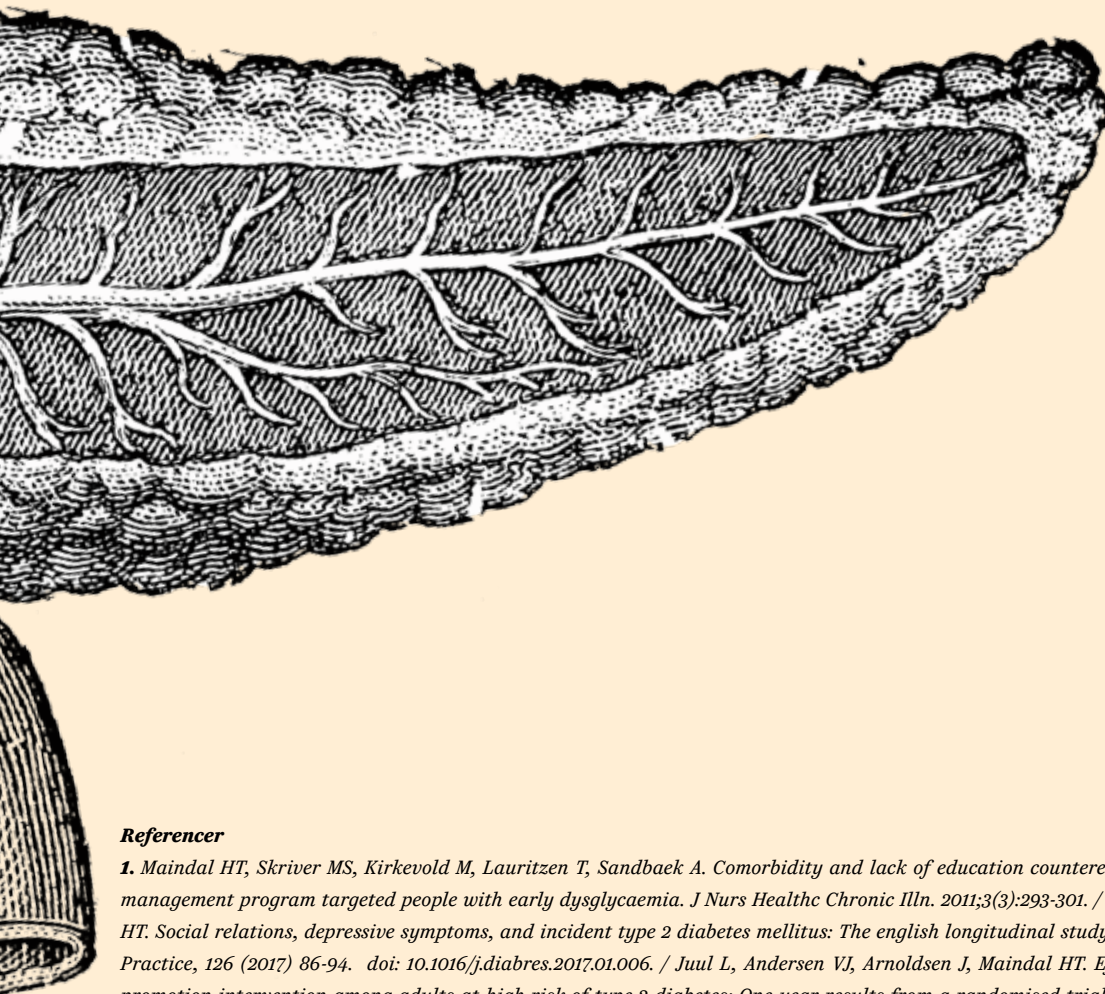
De faglige selskaber har udarbejdet en lang række vejledninger. **Dansk Selskab for Almen Medicin** har f.eks. udarbejdet behandlingsvejledningerne "Type 2-diabetes. Et metabolisk syndrom" i 2013 og "Insulinbehandling af patienter med type 2-diabetes" i 2014. **Dansk Endokrinologisk Selskab** har bl.a. behandlingsvejledningerne "behandling og kontrol af type 2-diabetes" (2014), "Den diabetiske fod" (2014), "Diabetisk Neuropati" (2015 og "Type 1 Diabetes Mellitus" (2016).

I samarbejde med **Dansk Tandplejerforening** og **Diabetesforeningen** udgav **Fagligt Selskab for Diabetessygeplejersker** i 2013 pjecen "Sunde tænder og mund ved diabetes".

(Kilder: De omtalte retningslinjer og vejledninger kan findes på de pågældende institutioners hjemmesider.)

HENVISNING

Læs også artiklen "Hjælp patienten med at træffe beslutninger" på side 56 i dette nummer. Den omhandler beslutningsstøtteredskabet Ottawa Personal Decision Guide, som er udarbejdet til at hjælpe patienten med at træffe en specifik beslutning, især i forhold til afklaring af værdier.



Referencer

- 1.** Maindal HT, Skriver MS, Kirkevold M, Lauritzen T, Sandbaek A. Comorbidity and lack of education countered participation in the “Ready to Act” self-management program targeted people with early dysglycaemia. *J Nurs Healthc Chronic Illn.* 2011;3(3):293-301. / Laursen KR, Hulman A, Witte DR, Maindal HT. Social relations, depressive symptoms, and incident type 2 diabetes mellitus: The english longitudinal study of ageing. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 126 (2017) 86-94. doi: 10.1016/j.diabres.2017.01.006. / Juul L, Andersen VJ, Arnoldsen J, Maindal HT. Effectiveness of a brief theory-based health promotion intervention among adults at high risk of type 2 diabetes: One-year results from a randomised trial in a community setting. *Prim Care Diabetes.* 2015. / Friis K, Vind BD, Simmons RK, Maindal HT. The Relationship between Health Literacy and Health Behaviour in People with Diabetes: A Danish Population-Based Study. *J Diabetes Res* 2016(7823130): 7 pages, September 2016. / Maindal HT, Carlsen AH, Simmons RK, Lauritzen T, Sandbaek A. Effect of a participant-driven health education programme in primary care for people with hyperglycaemia detected by screening. Three-year results from the Ready to Act randomized controlled trial (nested within the ADDITION-Denmark study). *Diabetes Med* 2014; Aug;31(8):976-86. / Maindal HT, Bonde A, Aagaard-Hansen J. Action research led to a feasible lifestyle intervention in general practice for people with prediabetes. *Prim Care Diabetes*; 2014 Apr;8(1):23-9. **2.** Steno Diabetes Center Copenhagen. Opgørelse september 2017. **3.** Jensen HAR, Thygesen LC og Davidsen M. Sygdomsudviklingen i Danmark fremskrevet til 2030. KOL og type 2-diabetes. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2017. **4.** Styrket indsats for mennesker med diabetes. Fagligt oplæg til en national handlingsplan 2017-2020. Sundhedsstyrelsen. Juni 2017. **5.** Binder C og Olsen S. Diabetes mellitus i Den Store Danske, Gyldendal. Hentet 23. august 2017 fra www.denstoredanske.dk **6.** Laursen KR, Hulman A, Witte DR og Maindal HT. Social relations, depressive symptoms, and incident type 2 diabetes mellitus: The English Longitudinal Study of Ageing. *Diabetes Res Clin Pract.* 2017;126(86-94). **7.** Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Etrup L, Juel K. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme. København: Sundhedsstyrelsen; 2015. **8.** Data stammer fra det såkaldte Diabetes Impact Study. Læs mere om projekt og resultater på www.diabetes.dk -> Fagfolk -> Diabetesforeningens projekter og undersøgelser -> Projekt Diabetes Impact Study 2013. **9.** Patienthåndbogen. Senkomplikationer ved diabetes. Almdal T. Fagligt opdateret 11.10.2016. Hentet på www.sundhed.dk 6. september 2017. **10.** Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N. Engl. J. Med.*, 344(2001);1343-50. **11.** Aaen JG. Hver tredje har følgesygdomme ved diabetes-diagnose. Nyhed på www.diabetes.dk. Diabetesforeningen. 11. juni 2017. **12.** Dansk Selskab for Almen Medicin. DSAM Vejledninger. Opsporing. Patienter med øget risiko for diabetes og/eller hjertekar-sygdom. Hentet 22. august 2017. **13.** Jørgensen AG. Sygepleje til patient med diabetes mellitus i Medicinske sygdomme. Sygdomslære og sygepleje. Knudsen TE og Thomsen TB (red.). **14.** Maindal HT, Skriver MS, Kirkevold M, Lauritzen T, Sandbaek A. Comorbidity and lack of education countered participation in the “Ready to Act” self-management program targeted people with early dysglycaemia. *J Nurs Healthc Chronic Illn.* 2011;3(3)293-301. **15.** Rasmussen B, Maindal HT, Livingstone P, Dunning T, Lorentzen V. Psychosocial factors impacting on life transitions among young adults with type 2 diabetes: an Australian – Danish qualitative study. *Scand J Caring Sci.* 2015. **16.** Friis K, Lasgaard, Osborne RH, Maindal HT. Gaps in understanding health and engagement with healthcare providers across common long-term conditions: a population survey of health literacy in 29 473 Danish citizens. *BMJ Open* 2016 Jan 14;6(1). **17.** Juul L, Andersen VJ, Arnoldsen J, Maindal HT. Effectiveness of a brief theory-based health promotion intervention among adults at high risk of type 2 diabetes: One-year results from a randomised trial in a community setting. *Prim Care Diabetes* 2015. **18.** Johansen MY, MacDonald CS, Hansen KB, et al. Effect of an Intensive Lifestyle Intervention on Glycemic Control in Patients With Type 2 Diabetes. A Randomized Clinical Trial. *JAMA – Journal of the American Medical Association.* August 15 2017; Volume 318, Number 7. **19.** Grauballe M, Rydner J, Clausen LG, Holmstrup P, Flyvbjerg A, Schou S. Metabolisk syndrom, diabetes mellitus og disse tilstandes betydning for mundhulen. *Tandlægebladet* 2012; 116, nr. 2. **20.** Aaen JG. ”Zzzzzz – følg en forsker”, *Medlemsmagasinet Diabetes* 2016; (3).



The Journal Club

Fag&Forsknings Journal Club er Sygeplejerskens genvej til den nyeste, internationale sygeplejeforskning. Lige som i de journal clubs, der findes på mange arbejdspladser, præsenterer vi udvalgte artikler fra verdens førende, videnskabelige tidsskrifter. Det sker med klar kildeangivelse, så du nemt kan læse videre på egen hånd eller dele artiklen med dine kolleger.

DENNE GANG KAN DU LÆSE OM

- Psykatri:** Sygeplejersker må se at komme ud af moderrollen overfor psykiatriske patienter, og involvere sig uden at optræde som ekspert, der altid ved bedre. Nyt studie rejser diskussion om sygeplejerskes selvforståelse.
- Osteoporose:** Studie sætter fokus på, at det at blive diagnosticeret med osteoporose påvirker kvinders liv, selv når de ikke har oplevet brud.
- Hverdagsliv:** Fokus på, hvordan den viden, patienter udvikler og bruger i dagligdagen kan overføres til andre patienter og transformeres til videnskab.

VIL DIN JOURNAL CLUB BIDRAGE?

Artiklerne i Fag&Forsknings Journal Club bliver udvalgt i samarbejde med lokale journal clubs på arbejdspladser over hele landet. Din journal club er også velkommen til at foreslå artikler, vi kan omtale. Send en mail til fagredaktør Jette Bagh på redaktionen@dsr.dk.



Sygeplejerskerne må se at komme ud af moderrollen

Psykatri. Sygeplejerskers forståelse af (patient) involvering viser sig paradoksalt nok ved, at de er eksperterne, som definerer psykiatriske patienters behov og klarer deres problemer.



Oute J. "It is a bit like being a parent": A discourse analysis of how nursing identity can contextualize patient involvement in Danish psychiatry. Nordic Journal of Nursing Research. 2017. DOI: 10.1177/2057158517706314

Introduktion: Psykiatrisk sygepleje i Skandinavien har historisk set været domineret af perspektiver, der var psykodynamiske og relationsbaserede frem for medicinske. Flere studier har vist, at der ses en forståelse af forholdet mellem professionel og patient, der er sammenligneligt med familiemetaforer. Det at behandle voksne patienter som børn kan blive en normal tilstand, og patienternes adfærd kan anses for at være barnlig. Formålet med studiet var at perspektivere, hvordan psykiatrisk sygepleje kan understøtte sygeplejerskers måde at arbejde med (patient)involvering i psykiatriske institutioner.

Metode: Analysen er baseret på en lærebog af Strand L & Iversen A: Fra kaos mod samling, mestring og helhed: Psykiatrisk sygepleje til psykotiske patienter. 16. udgave, København: Gyldendal, 1994. Lærebogen er ofte blevet refereret til som "biblen" af sygeplejefagligt personale. Diskursanalysen af lærebogen bygger på et konstruktivistisk perspektiv.

Resultater: Gennem analyse af bogen fremkommer følgende fund: Sygeplejerskernes karakter beskrives som normativ med paternalisme og moderligt rationale, der tilsammen definerer identiteten af en dominerende og omsorgsfuld sygeplejerske. Patientens identitet blev derimod beskrevet som hankøn, uheldig og barnlig med svagt ego. Den sygeplejefaglige identitet i det psykiatriske felt står i kontrast til det medicinske felt, hvor læger arbejder mere ud fra videnskabelig viden.



Det at behandle voksne patienter som børn kan blive en normal tilstand, og patienternes adfærd kan anses for at være barnlig.

Diskussion: Den identificerede psykiatriske sygepleje giver problemer for sygeplejefprofessionen og for patienterne og deres mulighed for involvering i psykiatrisk behandling og pleje.

Konsekvenser for praksis: Dette danske studie peger i høj grad på de udfordringer, der er i dagens psykiatriske sygepleje, hvor det er nødvendigt for sygeplejerskerne at komme ud af moderrollen. Sygeplejersken bør se på patienten som et ligeværdigt menneske med psykiatriske udfordringer. Mon ikke det er på tide at finde nye lærebøger til psykiatrisk sygepleje i Danmark? ●

Kirsten Specht, postdoc, ph.d. MPH, klinisk sygeplejespecialist, Ortopædkirurgisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Køge.

Diagnosticering af en kronisk sygdom er skelsættende

Osteoporose. At blive diagnosticeret med osteoporose påvirker kvinders liv, selv når de ikke har oplevet brud pga. sygdommen. Støtte i at fortolke sygdommen, herunder den medicinske behandling og påvirkningen af hverdagslivet, er betydningsfuldt.



Hansen CA, Abrahamson B, Konradsen H, Pedersen BD.

Women's Lived experiences of learning to live with osteoporosis: a longitudinal qualitative study.

BMC Women's Health (2017) 17:17 (E-print ahead). DOI 10.1186/s12905-017-0377-z.

Introduktion: Studiet sætter fokus på en særlig gruppe af kvinder med osteoporose, som ikke har oplevet osteoporotiske brud. Formålet med studiet er at undersøge, hvad der kendetegner kvindernes erfaringer med at have osteoporose det første år efter diagnosen.

Metode: Studiet er kvalitativt og har en fænomenologisk-hermeneutisk tilgang ud fra Paul Ricoeur's forståelse. I et longitudinelt design bliver 15 kvinder (gennemsnitsalder 72 år (65;79) fra to danske hospitaler fulgt i et år. Kvinderne er nyligt diagnosticeret med osteoporose og får anti-osteoporotisk behandling. Kvinderne bliver interviewet ved starten af studiet (15 interview), efter seks måneder (14 interview) og efter 12 måneder (13 interview). Der foretages i alt 42 interview. Analysen af interviewene bygger på den trefoldige mimesis; en naiv læsning, strukturel analyse og kritisk fortolkning.

Resultater: Kvindernes oplevelser af at leve med osteoporose bliver beskrevet i to overordnede temaer: Det første tema "At blive påvirket af medicinsk behandling" handler om kvindernes forhold til og håndtering af den medicinske behandling og indeholder undertemaerne "At tage medicin" og "At ophøre med medicin". Det andet tema "En hverdag med osteoporose" indeholder undertemaerne: "Fortolkning af symptomer", "Fortolkning af knogleskanningen" og "Livsstilsrefleksioner". Dette tema belyser, hvordan kvindernes individuelle forståelse af sygdommen på-

virker deres handlinger i hverdagen.

Diskussion: Studiets fokus på kvinder, som ikke har oplevet en fraktur, når de får diagnosen, er interessant. Der er kun få studier ift. denne gruppe. Kvinderne oplever, at diagnosticeringen af en kronisk sygdom er skelsættende for deres liv. De bliver nødt til at reflektere over deres livsstil og tage stilling til f.eks. medicinsk behandling. Dette fund ses i studier med andre kronisk syge. Det interessante i dette studie er, at det viser, hvad der er betydningsfuldt i en accepteringsproces, og hvordan kvindernes individuelle fortolkning af sygdommen styrer den.

Konsekvenser for praksis: Osteoporose er ikke en livstruende sygdom, men det skaber frygt og forvirring at få diagnosen, og når kvinderne skal lære at leve med den. Her er det betydningsfuldt, at de sundhedsprofessionelle inddrager kvinders individuelle erfaringer med og forståelse af sygdommen på en systematisk måde, f.eks. ved at bruge fælles beslutningstagning som metode. ●

Annesofie Lunde Jensen, klinisk sygeplejespecialist, postdoc, Aarhus Universitetshospital, Medicinsk endokrinologisk afdeling.

Fra patientviden til videnskab

Hverdagsliv. Artiklen sætter fokus på, hvordan den viden, patienter udvikler og bruger i deres dagligdag, kan overføres til andre patienter og transformeres til videnskab ved brug af kvalitative metoder.



Pols J. **Knowing Patients: Turning Patient Knowledge into Science.** Science, Technology & Human Values 2014 Jan; 39(1):73-97.

Introduktion: Videnskaben og teknologien er optaget af, hvordan lægfolk kan have indflydelse på videnskaben, som normalt bliver analyseret ud fra almengyldige erkendelsesteoretiske konsekvenser af lægfolks indblanding. Dette studies forskningsspørgsmål var: Hvordan kan vi formulere den viden, som patienterne udvikler og bruger i deres egen hverdag, så den kan overføres og blive brugbar for andre – eller hvordan kan vi få den gjort videnskabelig?

Metode: Der blev anvendt et casestudie med en gruppe patienter med svær lungelidelse.

Resultater: Patienternes viden kunne forstås som en form for praktisk viden, som de kunne bruge til at oversætte medicinsk og teknisk viden til noget, som de kunne anvende i hverdagen med deres sygdom. Patienterne koordinerede det med den knowhow, som de udviklede og brugte hjemme sammen med råd fra medpatienter. Denne praksis resulterede i selvudviklede metoder, som kunne være til hjælp for andre patienter. Artiklen fremhævede to måder, hvor state of the art-medicinsk forskning kunne vende patienternes viden til videnskab: Etnografiske studier af praksisviden (hvordan patienterne opnåede viden) samt indsamling og tilgængelighed af patienternes handle-måder (hvilken viden patienterne opnåede).

Diskussion: Normative epistemologiske (erkendelsesteori, hvordan man erkender det værende) spørgsmål om kriterierne for, hvad der tæller som valid videnskab, fylder igen i videnskabelige studier.

Konsekvenser for praksis: Artiklen er et opgør med den traditionelle naturvidenskabelige forskning. Forskellige videnskaber bruger forskellige forskningsmetoder til forskellige forskningsspørgsmål. Dermed er hensigten med denne artikel at legalisere den viden, der hentes fra "patientens stemme". Det er forskningsmetoder, der i høj grad er anvendelige og nødvendige inden for sygeplejen, hvor der anvendes både feltarbejde og interview. ●



Hvordan kan vi formulere den viden, som patienterne udvikler og bruger i deres egen hverdag, så den kan overføres og blive brugbar for andre.

Kirsten Specht, postdoc, ph.d., MPH, klinisk sygeplejесpecialist, Ortopædkirurgisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Køge.

HØJERE KVALITET I BEHANDLINGEN UNDER INDLÆGGELSE REDDER PATIENTERNES LIV

BAGGRUND. Patienter med hoftebrud behandles kirurgisk og er indlagt i flere dage. Kvaliteten af plejen under indlæggelse er derfor af særlig betydning for denne patientgruppe. Nationale og internationale kliniske retningslinjer for behandling, pleje og rehabilitering af hoftebrudspatienter er blevet udviklet med henblik på at skabe en evidensbaseret praksis. Effekten af at efterleve disse anbefalinger er dog kun belyst i meget begrænset omfang.

FORMÅL. Det er udokumenteret, om hospitalerne kan påvirke resultaterne hos patienter med hoftebrud væsentligt ved at overholde anbefalinger i kliniske retningslinjer. Derfor er der behov for studier, da der mangler viden om den kliniske effekt af de anbefalede basale kerneprocesser i almindelig klinisk praksis.

Evidensbaserede retningslinjer redder liv

Hoftebrud.

Patienter med hoftebrud har behov for sygepleje, der efterlever nationale retningslinjer.

METODE. Kohortestudie baseret på landsdækkende data fra medicinske registre i Danmark. Kvaliteten blev vurderet ved anvendelse af syv procesindikatorer.

RESULTATER. Opfyldelse af 75-100 pct. af de relevante procesindikatorer var forbundet med lavere 30-dages dødelighed (22,6 pct. vs. 8,5 pct., justeret odds ratio (OR) = 0,31 (95 pct. CI: 0,28-0,35)) og lavere odds for genindlæggelse (21,7 pct. vs. 17,4 pct., justeret OR = 0,78 (95 pct. CI: 0,70-0,87)). Der var ingen sammenhæng mellem den samlede mulighedsscore for behandlingskvalitet og indlæggelsestiden (justeret OR = 1,00 (95 pct. CI: 0,98-1,04)). Mobilisering inden for 24 timer efter operation var den procesindikator, der havde den stærkeste sammenhæng med lavere 30-dages dødelighed, genindlæggelsesrisiko og kortere indlæggelsestid.

KONKLUSION. Højere kvalitet af behandling, pleje og rehabilitering under indlæggelse herunder navnlig tidlig mobilisering var forbundet med lavere 30-dages dødelighed, lavere genindlæggelsesrisiko samt kortere indlæggelsestid hos patienter med hoftebrud.

I

Introduktion

Prognosen efter hoftebrud er alvorlig og væsentligt dårligere end for sammenlignelige patienter, som gennemgår

hoftealloplastik (1). De fleste patienter med hoftebrud behandles kirurgisk og er indlagt i flere dage (2). Kvaliteten af plejen under indlæggelse er derfor af særlig betydning for denne patientgruppe. Nationale og internationale kliniske retningslinjer for behandling, pleje og rehabilitering af hoftebrudspatienter er blevet udviklet med henblik på at skabe en evidensbaseret praksis, reducere uønsket variation og opnå den mest effektive udnyttelse af faglige og økonomiske ressourcer.

Effekten af at efterleve disse anbefalinger er dog kun belyst i meget begrænset omfang. Denne usikkerhed gælder både i forhold til patienternes sygdomsudfald, f.eks. risiko for død eller genindlæggelse, samt i forhold til de sundhedsøkonomiske udgifter (3). Så vidt vides findes der kun to tidligere studier med undersøgelse af sammenhængen mellem opfyldelse af specifikke procesindikatorer og kliniske resultater hos patienter med hoftebrud, men resultaterne var ikke entydige (4,5). Det er således ikke dokumenteret, om hospitalerne rent faktisk kan påvirke resultaterne hos patienter med hoftebrud væsentligt ved at overholde anbefalinger i kliniske retningslinjer. Derfor er

der behov for yderligere studier, da der mangler viden om den kliniske effekt af de anbefalede basale kerneprocesser i almindelig klinisk praksis. Vi undersøgte derfor sammenhængen mellem opfyl-

FORFATTERE



PIA KJÆR KRISTENSEN
Sygeplejerske, sundhedsfaglig forsker på Ortopædkirurgisk afdeling, Regionshospitalet Horsens, og Klinisk Epidemiologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital. Forsker i variation i behandling, pleje og rehabilitering inden for patienter med hoftebrud i Danmark. Herunder sammenhænge mellem forskellige aspekter af organisering (ortogeratri og centralisering), behandlingskvalitet og patientoutcome.

pia.kjar.kristensen@horsens.rm.dk



THEIS MUNCHOLM THILLEMANN
Afdelingslæge, adjungeret lektor ved Ortopædkirurgisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, med speciale i skulder- og albuekirurgi. Forsker herudover i kliniske resultater efter ortopædkirurgiske behandlinger. Er ligeledes aktiv indenfor eksperimentel ortopædkirurgisk forskning.



KJELD SØBALLE
Professor i ortopædkirurgi, overlæge dr.med. ved Aarhus Universitetshospital. Ansvarlig for uddannelse og forskning, herunder aktiv inden for den eksperimentelle ortopædkirurgiske forskning. Har modtaget adskillige internationale priser for sit forskningsarbejde, bl.a. Dronning Ingrid's forskningspris i 2009.



SØREN PAASKE JOHNSEN
Forskningsoverlæge, klinisk lektor ved Klinisk Epidemiologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital. Forsker i klinisk kvalitet herunder variation i implementering af evidensbaseret behandling, effekt og sikkerhed af medicinske og kirurgiske behandlinger samt effekt af kvalitetsudviklingsstrategier.

Tak til personalet på de hospitalsafdelinger, der tager sig af patienter med hoftebrud, for deres vedvarende indsats og bidrag til indsamlingen af data til Dansk Tværfagligt Register for Hoftebrud og Lårbrud.

Dette arbejde blev støttet af Region Midtjyllands Sundhedsvidenskabelige Forskningsfond, Familien Hede Niensens Fond og Gurli og Hans Engell Friis' Fond. De økonomiske sponsorer havde ingen indflydelse på studiets design, studiets udførelse, dataanalyse, datatolkning eller udarbejdelse af den skriftlige del af studiet.



delse af procesindikatorer og 30-dages dødelighed, genindlæggelse inden for 30 dage efter udskrivelse og indlæggelsestiden hos hoftefrakturpatienter indlagt på danske hospitaler.

M

Metoder

Studiet blev baseret på landsdækkende data fra medicinske registre i Danmark. Studiet blev godkendt af Datatilsynet (journalnummer 2012-41-1274).

Dansk Tværfagligt Register for Hoftene Lårbensbrud (DrHoftebrud) blev brugt til at identificere patienter med hoftebrud (herunder mediale, pertrokantære og subtrokantære femurfrakturer) på 65 år eller derover. DrHoftebrud er en klinisk kvalitetsdatabase, som blev etableret i 2003 for at dokumentere og forbedre kvaliteten af behandling, pleje og rehabilitering under indlæggelse. Registeret omfatter data på patientniveau om kvaliteten af den sundhedsfaglige indsats udtrykt som opfyldelse af syv procesindikatorer.

Procesindikatorerne afspejler anbefalinger fra den tværfaglige nationale kliniske retningslinje for behandling, pleje og rehabilitering af hoftebrudspatienter. Et tværfagligt ekspertpanel bestående af erfarne klinikere (læger, sygeplejersker, fysioterapeuter og ergoterapeuter) udpegede de relevante procesindikatorer under indlæggelse på grundlag af en systematisk literatursøgning. Der blev også taget højde for procesindikatorernes egnethed til at afspejle den tværfaglige indsats i forbindelse med moderne hoftebrudsbehandling, samt hvorvidt det var praktisk muligt at indsamle de nødvendige data i almindelig klinisk praksis.

Dataene indsamles prospektivt for hver patient fra indlæggelsestidspunktet, og projektdeltagelse er obligatorisk for alle danske hospitalsafdelinger, hvor der behandles hoftebrud. Dette muliggjorde komplet opfølgning på procesindikatorerne (6,7). Der gennemføres en struktureret auditproces hvert år, hvor kvaliteten og fuldstændigheden af dataene vurderes kritisk. Desuden har vi fra Landspatientregisteret (LPR) fremskaffet Charlson Comorbidity Index-data ved anvendelse af det unikke CPR-nummer, som alle danske borgere har fået tildelt (8,9).

LPR fungerer som grundlag for refusion i det danske sundhedssystem og indeholder administrative data om alle indlæggelser og diagnoser, som er kodet i henhold til International Classification of Diseases version 10 (ICD-10) fra 1977 (10). Det Centrale Personregister (CPR) har ført elektro-

niske fortegnelser over ændringer i livsstatus og flytning for hele den danske befolkning på daglig basis siden 1968. Dette muliggjorde komplet opfølgning på dødelighed i studiet (8,11). Derudover blev der fremskaffet data om sociodemografiske karakteristika for patienterne fra Danmarks Statistik (12).

Vi identificerede alle de hoftebrudspatienter, der var registreret i DrHoftebrud med en udskrivningsdato mellem 1. marts 2010 og 31. november 2013 (N = 26.271). Patienter, som pådrog sig flere hoftebrud i studieperioden, blev kun inkluderet én gang, og derfor blev 821 tilfælde af hoftebrud ekskluderet (n = 821).

Endvidere blev patienter, der var indvandret inden for de sidste fem år, ekskluderet på grund af utilstrækkelige oplysninger i de danske registre (n = 80). Patienter uden registreret adresse blev ligeledes ekskluderet (n = 16). Vores studiekohorte indeholdt derfor 25.354 patienter.

Syv procesindikatorer anvendt

Kvaliteten af behandlingen, plejen og rehabiliteringen under indlæggelse blev vurderet ved anvendelse af følgende procesindikatorer:

1. Daglig systematisk smertevurdering ved anvendelse af en visuel analog skala eller en numerisk bedømmelsesskala under hvile og under mobilisering (13).
2. Mobilisering inden for 24 timer efter operation defineret som hjælp til, at patienten kan skifte fra sengeleje til gang eller hvile i en stol.
- 3+4. Basismobilitetsvurdering før brud og ved udskrivelse målt ved indlæggelse og før udskrivelse ved anvendelse af en valideret test som f.eks. Cumulated Ambulation Score, Barthel 20, Functional Recovery Score eller New Mobility Score (14-16).
5. Genoptræningsplan omfattende vurdering af almindelig daglig livsførelse (ADL) med en valideret test for tiden før bruddet og igen før udskrivning.
6. Vurdering af behov for osteoporosemedicin.
7. Opstart af behandling for at forebygge fremtidige faldulykker, herunder en faldrisikovurdering under hensyntagen til samtidige sygdomstilstande, medicin, funktionshæmning, symptomer fra centralnervesystemet, symptomer fra bevægapparatet og kardiopulmonal status.

Patienterne blev klassificeret som egnede eller uegnede i forhold til modtagelse af hver procesindikator, afhængigt af om hospitalspersonalet identificerede kontraindikationer, f.eks. demens, der gjorde patienterne ude af stand til at rapportere deres smerteniveau i forhold til en smerteskala. Derfor

varierede det antal patienter, der blev vurderet i analysen af de enkelte procesindikatorer.

Kliniske resultater

30-dages dødelighed

Opfølgningen startede på indlæggelsesdagen og sluttede efter 30 dage.

Genindlæggelse inden for 30 dage

Genindlæggelse blev defineret som akut genindlæggelse uanset årsag på et hvilket som helst dansk hospital inden for 30 dage efter udskrivelse.

Varighed af hospitalsopholdet

Defineret som perioden fra indlæggelse til udskrivelse. Udskrivelsesdatoen blev defineret som datoen for udskrivelse til hjemmet, et plejehjem eller død. Hvis patienterne blev overført mellem hospitalsafdelinger, blev dagene på samtlige afdelinger inkluderet i indlæggelsestiden.

Kovariater

Følgende potentielle kovariater indgik i analyserne: alder, køn, konkurrerende sygdomme i form af Charlson Comorbidity Index, ernæringstilstand i form af body mass index (BMI), boligforhold, frakturtype og frakturstilling, operationstype og ventetid på operation, som blev klassificeret som <24, 24-48, >48 timer (17). Vi justerede desuden for socioøkonomiske variabler, herunder civilstand (samlevende/alene) og gennemsnitlig familieindkomst.

For at tage højde for udsving i indkomsten fra år til år beregnede vi den gennemsnitlige årlige indkomst for de sidste fem år før indlæggelse for patienten og dennes samlever. Alle patienter blev inddelt i kvartiler efter stigende indkomst. På afdelingsniveau justerede vi for hospital-karakteristika (ortopædisk afdeling eller ortogeriatrisk afdeling) og antal hoftebrudspatienter pr. år (<152, 152-350 og >350) (18).

Statistisk analyse

Dataene blev analyseret ved anvendelse af Stata 14.0 (StataCorp LP, College Station, TX, USA). Vi anvendte multilevel-regressionsmodellering (xtmelogit- og xtmixed-procedure) under hensyntagen til den hierarkiske datastruktur med patienter placeret på afdelinger. Vi undersøgte først sammenhængen mellem hver enkelt procesindikator og de kliniske resultater. Dernæst blev kvaliteten sammenfattet ved anvendelse af en mulighedsbaseret metode. For hver patient blev det samlede antal relevante procesindikatorer defineret som nævneren, og antallet af faktisk opfyldte procesindikatorer blev defineret som tælleren, hvorefter andelen af relevante procesindikatorer, der var opfyldt af den enkelte patient, blev beregnet. Den mulighedsbaserede score blev inddelt i kategorier (0-50 pct.,

50-75 pct. 75-100 pct.), og vi undersøgte sammenhængen mellem mulighedsscoren og henholdsvis 30-dages dødelighed, genindlæggelse inden for 30 dage efter udskrivelse og indlæggelsestiden. Multilevel-regressionsanalyserne omfattede tre modeller: Model 0 justerede for den hierarkiske datastruktur, Model I justerede for ovennævnte potentielle kovariater, og Model II omfattede kovariaterne i Model I og alle procesindikatorerne. Model II justerede derfor for indbyrdes korrelation mellem procesindikatorerne. Sammenhængen mellem procesindikatorer og 30-dages dødelighed eller genindlæggelse inden for 30 dage efter udskrivelse blev analyseret ved anvendelse af logistisk multilevel-regressionsmodel. Sammenhængen mellem procesindikatorerne og indlæggelsestiden blev analyseret ved anvendelse af lineær multilevel-regressionsmodel. Vi korrigerede for højreskævheden i indlæggelsestiden ved anvendelse af en naturlig logaritme-transformation, og resultaterne blev rapporteret som forhold mellem geometriske gennemsnit. Sammenhængen blev desuden justeret for ovennævnte potentielle kovariater.

For at vurdere robustheden af vores resultater blev sammenhængen mellem opfyldelse af procesindikatorerne og 30-dages dødelighed også udført med eksklusion af patienter, der døde under indlæggelse. For at håndtere manglende data om kovariaterne såsom BMI, boligforhold, frakturstilling og ventetid på operation gjorde vi brug af multiple imputation (mi-metoden) med anvendelse af alle tilgængelige oplysninger fra patienterne som vist i tabel 1, samt resultatmål (20). Kategoriske variabler blev imputeret ved anvendelse af ordnet logistisk regression. Vi anvendte 25 imputerede datasæt for at reducere stikprøvetagningsvariationen som følge af imputationsprocessen. Alle analyser blev også udført på de patienter, som havde komplette dataoplysninger (Komplet case-analyse).



Vores studiekohorte omfattede 25.354 hoftebrudspatienter fra alle de 26 afdelinger i Danmark, hvor patienter med hoftebrud blev behandlet i den periode. Tabel 1 side 42 opsummerer patientkarakteristika. Der var

en tendens til, at patienter, for hvem 0-50 pct. af de relevante procesindikatorer var opfyldt, havde en mere ugunstig prognoseprofil. Forskellene var dog små. For de patienter, som det var relevant for, modtog 81,8 pct. systematisk smertevurdering, 77,6 pct. blev mobiliseret inden for 24 timer efter operation, 74,6 pct. fik vurderet basismobiliteten, 95 pct. fik en genoptræningsplan inden udskrivelse,

Tabel 1. Karakteristika

Karakteristika for patienter med hoftebrud opgjort i forhold til kvaliteten under indlæggelse udtrykt som andelen af opfyldte procesindikatorer.

	I alt N= 25354	0-50 pct. n = 2908	50-75 pct. n= 3071	75-100 pct. n= 19375
Aldersgruppe (år)				
65-74	4938	19,9 (580)	18,6 (571)	19,6 (3787)
75-84	9376	34,4 (1000)	35,6 (1092)	37,6 (7284)
> 85	11040	45,7 (1328)	45,9 (1408)	42,9 (8304)
Køn				
Kvinder	18066	69,1 (2009)	70,3 (2158)	71,7 (13899)
Mænd	7288	30,9 (899)	29,7 (913)	28,3 (5476)
Boligforhold				
Eget hjem	16665	26,9 (781)	63,0 (1934)	72,0 (13950)
Eget hjem tilknyttet en institution	1556	2,4 (69)	6,6 (201)	6,6 (1286)
Institution	4536	10,3 (298)	22,6 (695)	18,3 (3543)
Ukendt	2597	60,5 (1760)	7,9 (241)	3,1 (596)
BMI¹ (kg/m²)				
< 19: Undervægt	3289	5,2 (150)	13,2 (404)	14,1 (2735)
20-25: Normalvægt	11878	16,2 (472)	44,2 (1358)	51,9 (10048)
>26: Overvægt	5096	6,6 (191)	17,5 (536)	22,6 (4369)
Ukendt	5091	72,0 (2095)	25,2 (773)	11,5 (2223)
CCI²				
0 point: ingen komorbiditet	9717	34,5 (1003)	35,0 (1074)	39,4 (7640)
1: lav komorbiditet	6015	23,4 (680)	24,2 (744)	23,7 (4591)
2 point: moderat komorbiditet	4437	18,6 (540)	18,2 (558)	17,2 (3339)
+3 point: høj komorbiditet	5185	23,6 (685)	22,6 (695)	19,6 (3805)
Frakturstilling				
Forskudt	18420	47,1 (1369)	76,1 (2336)	76,0 (14715)
Uforskudt	2935	6,8 (199)	11,7 (360)	12,3 (2376)
Uspecificeret	3999	46,1 (1340)	12,2 (375)	11,8 (2284)
Frakturtype				
Collum femoris	13405	51,1 (1485)	51,9 (1593)	53,3 (10327)
Pertrokantær	10080	39,3 (1144)	40,2 (1234)	39,8 (7702)
Subtrokantær	1869	9,6 (279)	8,0 (244)	7,0 (1346)
Operationstype				
Osteosyntese	16885	68,7 (1999)	66,9 (2055)	66,2 (12,831)
Hemiartroplastik	6931	26,9 (781)	28,8 (883)	27,2 (5267)
Total hofteartroplastik	1538	4,4 (128)	4,3 (133)	6,6 (1277)
Afdeling				
Ortopædisk afdeling	19608	82,3 (2393)	74,7 (2301)	77,0 (14914)
Ortogeriatrisk afdeling	5746	17,7 (515)	25,0 (770)	23,0 (4461)
Ventetid på operation (timer)				
<24	15058	51,8 (1507)	56,8 (1744)	60,9 (11807)
24-48	7341	31,2 (908)	29,9 (919)	28,5 (5514)
> 48	2945	16,9 (492)	13,2 (406)	10,6 (2047)
Ukendt	10	0,03 (1)	0,07 (2)	0,04 (7)
Civilstand				
Gift eller samlevende	7785	69,9 (874)	68,7 (961)	69,3 (5950)
Bor alene	17569	30,1 (2034)	31,3 (2110)	30,7 (13425)
Gennemsnitlig familieindkomst				
Lav	6338	25,9 (752)	26,6 (817)	24,6 (4769)
Middelhøj	6339	24,2 (703)	25,4 (779)	25,1 (4857)
Høj	6338	25,2 (733)	23,7 (72,7)	25,2 (4878)
Meget høj	6339	24,8 (720)	24,4 (748)	25,1 (4871)

¹ BMI = Body Mass Index

² CCI = Charlson Comorbidity Index

89,3 pct. blev vurderet mhp. osteoporosemedicin, og 89,3 pct. modtog faldprofylakse. Inden for 30 dage var 11,2 pct. af patienterne døde.

Tabel 2 viser sammenhængen mellem ubehandlede og justerede odds ratioer (OR) for død inden for 30 dage og de enkelte opfyldte procesindikatorer. Samtlige syv procesindikatorer var forbundet med lavere 30-dages dødelighed. De justerede OR-værdier for dødelighed lå i intervallet fra 0,40 (95 pct. CI: 0,35-0,45) for systematisk smertevurdering til 0,78 (95 pct. CI: 0,67-0,91) for basismobilitetsvurdering ved udskrivelse. Når vi justerede indbyrdes for alle procesindikatorer, forblev henholdsvis mobilisering

inden for 24 timer efter operation og det at få en genoptræningsplan inden udskrivelse uafhængigt forbundet med lavere 30-dages dødelighed. Analyser med eksklusion af patienter, der døde under indlæggelse (n = 1.713, 6,8 pct.), viste svagere sammenhænge, men patienter med opfyldte procesindikatorer havde stadig lavere justerede OR-værdier, og sammenhængene var fortsat statistisk signifikante for fem ud af syv procesindikatorer.

For patienter, som opfyldte 0-50 pct., 50-75 pct. og 75-100 pct. af procesindikatorerne, var 30-dages dødeligheden henholdsvis 22,6 pct., 17,4 pct. og 8,5 pct., se tabel 3 side 44. Vi fandt en dosis-respons-sammenhæng

Tabel 2. Sammenhæng

Sammenhæng mellem de enkelte procesindikatorer og 30-dages dødelighed for patienter med hoftebrud.

Procesindikatorer	Døde pct. (N)	Basis-OR (95 pct. CI) Model 0 ¹		Justeret OR (95 pct. CI) Model 1 ²		Justeret OR (95 pct. CI) Model 2 ³	
Systematisk smertevurdering							
Nej (ref.)	16,1 pct. (574/3556)						
Ja. Complete case	6,8 pct. (1087/16024)	0,33	(0,29-0,37)	0,37	(0,29-0,47)	0,89	(0,63-1,27)
Imputeret				0,40	(0,35-0,45)	0,91	(0,71-1,16)
Mobiliseret < 24 h efter operation							
Nej (ref.)	15,4 pct. (825/5354)						
Ja. Complete case	7,8 pct. (1436/18526)	0,45	(0,41-0,50)	0,60	(0,52-0,69)	0,70	(0,58-0,85)
Imputeret				0,53	(0,48-0,59)	0,81	(0,69-0,94)
Basismobilitetsvurdering ved indlæggelse							
Nej (ref.)	18,2 pct. (130/715)						
Ja. Complete case	8,9 pct. (249/2807)	0,36	(0,27-0,48)	0,57	(0,39-0,84)	0,94	(0,75-1,19)
Imputeret				0,48	(0,36-0,64)	0,73	(0,50-1,05)
Basismobilitetsvurdering ved udskrivelse							
Nej (ref.)	6,2 pct. (370/5986)						
Ja. Complete case	4,8 pct. (850/17655)	0,74	(0,64-0,85)	0,85	(0,69-1,06)	0,94	(0,75-1,19)
Imputeret				0,78	(0,67-0,91)	0,88	(0,75-1,04)
Genoptræningsplan							
Nej (ref.)	11,1 pct. (121/1094)						
Ja. Complete case	4,3 pct. (927/21438)	0,34	(0,28-0,42)	0,45	(0,32-0,63)	0,51	(0,36-0,72)
Imputeret				0,41	(0,32-0,51)	0,45	(0,36-0,57)
Vurdering af behov for osteoporosemedicin							
Nej (ref.)	19,5 pct. (527/2702)						
Ja. Complete case	10,2 pct. (2308/22652)	0,47	(0,42-0,52)	0,46	(0,36-0,58)	1,06	(0,70-1,62)
Imputeret				0,47	(0,42-0,53)	0,93	(0,72-1,21)
Faldprofylakse							
Nej (ref.)	15,8 pct. (753/4763)						
Ja. Complete case	10,1 pct. (2082/20591)	0,58	(0,53-0,64)	0,68	(0,57-0,81)	0,99	(0,75-1,31)
Imputeret				0,61	(0,55-0,68)	1,04	(0,85-1,27)

¹ **Model 0:** Justeret for den hierarkiske datastruktur.

² **Model 1:** Justeret for køn, alder, boligforhold, BMI, CCI, frakturtype, frakturstilling, operationstype, ventetid på operation, civilstand, gennemsnitlig familieindkomst, antal hoftebrudspatienter pr. år og ortogeriatrisk specialisering.

³ **Model 2:** Justeret for kovariater som i model 1 og alle procesindikatorer for deres indbyrdes justering.

mellem andelen af de opfyldte relevante procesindikatorer og 30-dages dødeligheden. Ved anvendelse af patienter, for hvem 0-50 pct. af procesindikatorerne var opfyldt, som reference, var de justerede OR for 30-dages dødelighed henholdsvis 0,71 (95 pct. CI: 0,61-0,81) for opfyldelse af 50-75 pct. og 0,32 (95 pct. CI: 0,29-0,36) for opfyldelse af 75-100 pct. (tabel 3).

Tabel 4 viser sammenhængen mellem hver enkelt procesindikator og ujusterede/justerede OR-værdier for genindlæggelse inden for 30 dage efter udskrivelse. For patienter, som blev mobiliseret inden for 24 timer efter operation, blev 16,9 pct. genindlagt inden for 30 dage efter udskrivelse, mens det var 20,7 pct. af de patienter, som blev mobiliseret efter 24 timer (justeret OR = 0,84, 95 pct. CI: 0,78-0,92). Genindlæggelsesandelen var også lavere for patienter, som modtog systematisk smertevurdering (21,1 pct. vs. 16,9 pct. justeret OR = 0,80 (95 pct. CI: 0,72-0,89)) og blev vurderet mhp. medicin mod osteoporose (21,4 pct. vs. 17,5 pct., justeret OR = 0,79, 95 pct. CI: 0,70-0,88). Ved indbyrdes justering var alle tre procesindikatorer uafhængigt forbundet med

lavere odds for akut genindlæggelse inden for 30 dage efter udskrivelse. For den mulighedsbaserede score blev henholdsvis 21,7 pct., 17,7 pct. og 17,4 pct. af de patienter, som opfyldte 0-50 pct., 50-75 pct. og 75-100 pct. af procesindikatorerne, genindlagt inden for 30 dage efter udskrivning, se tabel 3. Opfyldelse af 75-100 pct. af de relevante procesindikatorer var forbundet med en reduceret justeret OR for genindlæggelse inden for 30 dage på 0,78 (95 pct. CI: 0,70-0,87) ved sammenligning med opfyldelse af 0-50 pct. af de relevante procesindikatorer.

Patienter, som blev mobiliseret inden for 24 timer efter operation, havde en median indlæggelsestid på 8,1 dage sammenlignet med 9,8 dage for patienter, som blev mobiliseret efter 24 timer (justeret relativ indlæggelsestid = 0,88 (95 pct. CI: 0,86-0,89)). For de resterende seks procesindikatorer var forskellene i indlæggelsestid mindre end en dag, se tabel 5 side 46. Der blev ikke fundet sammenhæng mellem den mulighedsbaserede score og indlæggelsestiden, se tabel 3.

Komplet case-analyse gav resultater, der var sammenlignelige med dem fra imputationsanalyserne.

Tabel 3. Relevante procesindikatorer opfyldt

Andel af opfyldelse af alle relevante procesindikatorer og kliniske resultater.

	Patienter, n	Hændelser, n (pct.)/median (IQR) ¹	Basisratio ² (95 pct. CI) Model 0 ³	Justeret ratio ⁴ (95 pct. CI) Model 1
30-dages dødelighed				
0-50 pct. opfyldelse (ref.)	2908	22,6 (657)		
50-75 pct. opfyldelse - complete case	3071	17,4 (533)	0,73 (0,64-0,83)	0,52 (0,41-0,65)
50-75 pct. opfyldelse imputeret			-	0,71 (0,61-0,82)
75-100 pct. opfyldelse - complete case	19375	8,5 (1645)	0,30 (0,27-0,33)	0,21 (0,17-0,26)
75-100 pct. opfyldelse imputeret			-	0,32 (0,29-0,36)
Indlæggelsestiden i dage for patienter udskrevet i live				
0-50 pct. opfyldelse (ref.)		8,8 (5,6-14,8)		
50-75 pct. opfyldelse - complete case		8,0 (5,7-12,2)	1,01 (0,98-1,05)	1,00 (0,95-1,05)
50-75 pct. opfyldelse imputeret			-	1,03 (0,99-1,06)
75-100 pct. opfyldelse - complete case		8,5 (5,8-12,3)	0,98 (0,96-1,01)	0,94 (0,90-0,98)
75-100 pct. opfyldelse imputeret			-	0,97 (0,94-1,00)
Genindlæggelse inden for 30 dage efter indlæggelse for patienter udskrevet i live				
0-50 pct. opfyldelse (ref.)	2388	519 (21,7)		
50-75 pct. opfyldelse - complete case	2734	483 (17,7)	0,80 (0,69-0,91)	0,83 (0,64-1,08)
50-75 pct. opfyldelse imputeret				0,79 (0,69-0,91)
75-100 pct. opfyldelse - complete case	18519	3219 (17,4)	0,76 (0,68-0,85)	0,83 (0,66-1,04)
75-100 pct. opfyldelse imputeret				0,78 (0,70-0,87)

¹ IQR = interkvartil spændvidde

² Ratioen er en OR, ved 30-dages dødelighed eller genindlæggelse inden for 30 dage, mens ratioen ved indlæggelsestiden er forholdet mellem geometriske gennemsnit.

³ Model 0: Justeret for den hierarkiske datastruktur.

⁴ Model 1: Justeret for køn, alder, boligforhold, BMI, CCI, frakturtype, frakturstilling, operationstype, ventetid på operation, civilstand, gennemsnitlig familieindkomst, antal hoftebrudspatienter pr. år og ortogeriatrisk specialisering.

Tabel 4. Sammenhæng procesindikatorer og genindlæggelse

Sammenhæng mellem procesindikatorer og genindlæggelse inden for 30 dage efter udskrivning for patienter udskrevet i live.

Procesindikatorer	Hændelser pct. (N)	Basis-OR (95 pct. CI) Model 0 ¹		Justeret OR (95 pct. CI) Model 1 ²		Justeret OR (95 pct. CI) Model 2 ³	
Systematisk smertevurdering							
Nej (ref.)	21,1 pct. (656/3112)						
Ja. Complete case	16,9 pct. (2599/15343)	0,76	(0,68-0,84)	0,92	(0,77-1,10)	0,92	(0,77-1,10)
Imputeret				0,80	(0,72-0,89)	0,86	(0,76-0,98)
Mobiliseret < 24 h efter operation							
Nej (ref.)	20,7 pct. (994/4807)						
Ja. Complete case	16,9 pct. (3008/17780)	0,80	(0,74-0,87)	0,88	(0,78-0,98)	0,88	(0,78-0,98)
Imputeret				0,84	(0,78-0,92)	0,90	(0,82-0,99)
Basismobilitetsvurdering ved indlæggelse							
Nej (ref.)	16,1 pct. (102/634)						
Ja. Complete case	17,9 pct. (477/2673)	1,03	(0,79-1,34)	1,28	(0,90-1,84)	1,28	(0,91-1,78)
Imputeret				1,17	(0,90-1,52)	1,23	(0,97-1,57)
Basismobilitetsvurdering ved udskrivelse							
Nej (ref.)	18,1 pct. (1081/5986)						
Ja. Complete case	17,8 pct. (3140/17655)	0,88	(0,80-0,97)	1,02	(0,89-1,17)	1,04	(0,90-1,19)
Imputeret				0,91	(0,83-1,00)	0,97	(0,88-1,07)
Genoptræningsplan							
Nej (ref.)	20,5 pct. (224/1094)						
Ja. Complete case	17,7 pct. (3804/21438)	0,87	(0,75-1,01)	0,83	(0,67-1,03)	0,83	(0,67-1,04)
Imputeret				0,89	(0,76-1,04)	0,96	(0,82-1,12)
Vurdering af osteoporosemedicin							
Nej (ref.)	21,4 pct. (488/2284)						
Ja. Complete case	17,5 pct. (3733/21357)	0,79	(0,71-0,88)	0,95	(0,75-1,20)	0,92	(0,72-1,17)
Imputeret				0,79	(0,71-0,88)	0,85	(0,73-0,99)
Faldprofylakse							
Nej (ref.)	19,3 pct. (813/4210)						
Ja. Complete case	17,5 pct. (3408/19431)	0,90	(0,82-0,99)	1,10	(0,94-1,27)	1,14	(0,97-1,34)
Imputeret				0,92	(0,84-1,01)	1,10	(0,98-1,23)

¹ **Model 0:** Justeret for den hierarkiske datastruktur.

² **Model 1:** Justeret for køn, alder, boligforhold, BMI, CCI, frakturtype, frakturstilling, operationstype, ventetid på operation, civilstand, gennemsnitlig familieindkomst, antal hoftebrudspatienter pr. år og ortogeriatrisk specialisering.

³ **Model 2:** Justeret for kovariater som i model 1 og alle procesindikatorer for deres indbyrdes justering.



I dette landsdækkende populationsbaserede studie af hoftebrudspatienter fandt vi, at mobilisering inden for 24 timer efter operation og udarbejdelse af en genoptræningsplan inden udskrivelse var forbundet med

en lavere 30-dages dødelighedsrisiko. Mobilisering inden for 24 timer efter operation var også forbundet med lavere risiko for akut genindlæggelse og kortere indlæggelsestid. Endvidere var anvendelse af systematisk smertevurdering og vurdering af behov

for osteoporosemedicin forbundet med lavere risiko for genindlæggelse. Desuden var den samlede mulighedsbaserede score forbundet med lavere 30-dages dødelighed og akut genindlæggelse inden for 30 dage.

Procesindikatorerne i vores studie er proxyindikatorer, som menes at påvirke hoftebrudspatienters prognose og dødelighed via afledte handlinger. Systematisk smertevurdering og basismobilitetsvurderinger kan således ikke i sig selv reducere 30-dages dødelighed. Vurdering kan imidlertid fremme passende mobilisering og forebygge senge-



lejekomplikationer såsom lungeemboli, infektioner og myokardieinfarkt. Dette underbygges af vores analyse med indbyrdes justering for procesindikatorerne, hvor kun mobilisering og genoptræningsplan forblev uafhængigt forbundet med 30-dages dødelighed.

I et observationelt studie baseret på 554 patienter fandt Siu et al., at tidlig mobilisering påbegyndt den første dag efter operation var forbundet med forbedret funktion, forbedret overlevelse og reduceret

genindlæggelse (5). Sammenhængen forblev imidlertid ikke statistisk signifikant i de justerede analyser. Dette kan skyldes den relativt lille studiepopulation i det pågældende studie. Populationsstørrelsen kan have haft betydning for den statistiske styrke i den justerede analyse, fordi punkttestimaterne stadig indikerede en sammenhæng efter justering.

I vores studie var indlæggelsestiden også lavere for patienter, der blev mobiliseret inden for 24 timer efter operation. Dette er tidligere rapporteret i et

Tabel 5. Sammenhæng procesindikatorer og indlæggelsestid

Sammenhæng mellem procesindikatorer og indlæggelsestiden for patienter udskrevet i live.

Procesindikatorer	Median-LOS i dage (IQR)	Basis-OR (95 pct. CI) Model 0 ¹		Justeret OR (95 pct. CI) Model 1 ²		Justeret OR (95 pct. CI) Model 2 ³	
Systematisk smertevurdering							
Nej (ref.)	8,7 (5,9-13,9)						
Ja. Complete case	8,8 (6,3-12,7)	1,03	(1,01-1,05)	1,01	(0,97-1,04)	1,02	(0,98-1,05)
Imputeret				1,01	(0,99-1,03)	1,05	(1,02-1,08)
Mobiliseret < 24 h efter operation							
Nej (ref.)	9,8 (6,1-15,3)						
Ja. Complete case	8,1 (5,8-11,8)	0,89	(0,87-0,90)	0,84	(0,82-0,88)	0,84	(0,83-0,86)
Imputeret				0,87	(0,86-0,89)	0,85	(0,84-0,87)
Basismobilitetsvurdering ved indlæggelse							
Nej (ref.)	7,1 (4,9-11,0)						
Ja. Complete case	7,7 (5,5-11,0)	1,10	(1,03-1,17)	1,00	(0,93-1,07)	1,03	(0,97-1,10)
Imputeret				1,03	(0,98-1,09)	1,04	(0,99-1,09)
Basismobilitetsvurdering ved udskrivelse							
Nej (ref.)	8,1 (5,8-12,5)						
Ja. Complete case	8,6 (5,8-12,6)	0,92	(0,90-0,94)	0,90	(0,87-0,92)	0,91	(0,88-0,93)
Imputeret				0,92	(0,90-0,94)	0,92	(0,90-0,94)
Genoptræningsplan							
Nej (ref.)	8,0 (4,6-14,1)						
Ja. Complete case	8,5 (5,9-12,3)	1,13	(1,08-1,17)	1,04	(0,99-1,08)	1,06	(1,01-1,11)
Imputeret				1,06	(1,03-1,10)	1,09	(1,05-1,12)
Vurdering af osteoporosemedicin							
Nej (ref.)	8,8 (5,7-14,8)						
Ja. Complete case	8,5 (5,8-12,4)	0,98	(0,95-1,01)	1,02	(0,98-1,07)	1,02	(0,98-1,07)
Imputeret				0,99	(0,97-1,02)	1,03	(1,00-1,06)
Faldprofylakse							
Nej (ref.)	8,3 (5,7-13,1)						
Ja. Complete case	8,5 (5,8-12,5)	1,00	(0,98-1,03)	1,05	(1,02-1,08)	1,06	(1,03-1,10)
Imputeret				1,01	(0,99-1,03)	1,05	(1,03-1,08)

¹ **Model 0:** Justeret for den hierarkiske datastruktur.

² **Model 1:** Justeret for køn, alder, boligforhold, BMI, CCI, frakturtype, frakturstilling, operationstype, ventetid på operation, civilstand, gennemsnitlig familieindkomst, antal hoftebrudpatienter per år og ortogeriatrisk specialisering.

³ **Model 2:** Justeret for kovariater som i model 1 og alle procesindikatorer for deres indbyrdes justering.

randomiseret kontrolleret studie fra Australien med 60 patienter (21). Her fremskyndede tidlig mobilisering funktionel restitution og bidrog til en 2,1 dages afkortning af indlæggelsestiden. Dette er sammenligneligt med vores fund af en forskel i indlæggelsestid på 1,7 dage.

Vi har ikke kendskab til nogle studier, hvor sammenhængen mellem det at modtage en genoptræningsplan inden udskrivelse og dødelighed er undersøgt. Det kan antages, at udarbejdelse af en genoptræningsplan før udskrivelse er en proxyindikator for god overgang til de kommunale sundhedstilbud, som fremskynder restitution og bidrager til lavere dødelighed.

Vores fund af en generel sammenhæng mellem den mulighedsbaserede score for procesindikatorerne og 30-dages dødelighed er i overensstemmelse med tidligere fund i et andet dansk studie, der var baseret på et anderledes sæt af procesindikatorer. I det pågældende studie blev der fundet en justeret OR for 30-dages dødelighed på 0,28 (0,18-0,44) for opfyldelse af 81-100 pct. af de relevante procesindikatorer (4). Så vidt vides er sammenhængen mellem de specifikke procesindikatorer, som indgår i vores studie, og akut genindlæggelse inden for 30 dage ikke undersøgt i nogen tidligere studier. Siu et al. vurderede også sammenhængen mellem ni kvalitetsindikatorer og genindlæggelse inden for to måneder (5). De fandt en justeret hazard ratio for genindlæggelse inden for to måneder på 0,95 (95 pct. CI: 0,91-0,98) for patienter, som havde gennemgået hele viften af processer.

Den stærkere sammenhæng, der blev fundet i vores studie, kan måske forklares med, at der i vores studie blev undersøgt procesindikatorer, som afspejlede en sundhedsfaglig indsats og ikke patientprædiktorer som f.eks. unormale kliniske fund før operation og antal dage med stærke smerter.

I studiet af Siu et al. var ingen indikatorer uafhængigt forbundet med lavere genindlæggelsesrater. I vores studie fandt vi, at procesindikatorer såsom systematisk smertevurdering, mobilisering inden for 24 timer efter operation og vurdering af behov for osteoporosemedicin var uafhængigt forbundet med lavere odds for genindlæggelse uanset årsag inden for 30 dage efter udskrivelse.

Det aktuelle studie har potentielle begrænsninger. Dataene blev indsamlet af et stort antal klinikere under rutinemæssigt klinisk arbejde, hvilket kan reducere dataenes pålidelighed. Der er imidlertid gjort store bestræbelser på at sikre dataenes validitet, herunder udsendelse af detaljerede skriftlige anvisninger i indberetning af data til DrHoftebrud og regelmæssige kliniske audit.

Procesindikatorerne kan kun beskrive, hvorvidt patienterne har været vurderet, men giver ikke

oplysninger om, hvorvidt patienterne faktisk blev behandlet i henhold til beskrivelsen (7). Det er dog meget usandsynligt, at en sådan fejlkodning og fejlklassificering er uensartet. Derfor vil sådanne fejl snarere føre til undervurdering end overvurdering af den faktiske sammenhæng. Vores resultater kan endvidere være påvirket af confounding (forstyrrende indvirkning) forårsaget af kontra-indikationer. Personalet kan have været mindre tilbøjeligt til at tilbyde tidlig og passende pleje til svækkede patienter tæt på livets afslutning. Personalet havde imidlertid mulighed for at klassificere patienterne som uegnede i forhold til opfyldelse af procesindikatorerne, f.eks. hvis en patient blev fundet for svag til at deltage i mobilisering og derfor blev ekskluderet fra analysen. Vi udførte desuden en følsomhedsanalyse med eksklusion af alle de patienter, der døde under indlæggelse, og fandt de samme sammenhænge. Vi kan dog ikke udelukke muligheden for, at vores resultater alligevel er påvirket af umålt og residual confounding (f.eks. manglende oplysninger om præoperativt funktionsniveau eller allerede eksisterende demens) (22,23).

Vores studies styrker omfatter det populationsbaserede design med prospektiv dataindsamling og komplet opfølgning, hvilket minimerede risikoen for selektions- og informationsbias. Vi var desuden i stand til at justere for en række potentielle confoundere.

Der findes desværre ingen landsdækkende datakvalitetsaudit af LPR-indberettede diagnose- og operationskoder for akutpatienter med proksimal femurfraktur. En regional pilottest indikerer imidlertid, at der er høj prædiktiv værdi for tilstedeværelse af faktisk opereret hoftebrud for kombinationen af koden for diagnosen hoftebrud og hofteoperation.

Det skal afslutningsvis bemærkes, at der var en sammenhæng mellem individuelle og mulighedsbaserede procesindikatorer for behandling, pleje og rehabilitering under indlæggelse og patientresultaterne 30-dages dødelighed, akut genindlæggelse og indlæggelsestid for patienter med hoftebrud. Ser vi på procesindikatorer individuelt, var mobilisering inden for 24 timer efter operation særlig stærkt forbundet med forbedrede resultatmål for alle patienter, mens systematisk smertevurdering og vurdering af behov for osteoporosemedicin var forbundet med lavere odds for genindlæggelse. Disse resultater forbinder hospitalers performance med bedre overlevelse og lavere genindlæggelsesrisiko, hvilket kan have væsentlig betydning for hoftebruds-patienter og sygepleje, da der hermed er peget på en farbar vej til at forbedre plejekvaliteten for hoftebrudspatienter. ©



Referencer

1. Le Manach Y, Collins G, Bhandari M, Bessissow A, Boddaert J, Khiami F, Chaudhry H, De Beer J, Riou B, Landais P, Winemaker M, Boudemaghe T, Devereaux PJ. Outcomes After Hip Fracture Surgery Compared With Elective Total Hip Replacement. *JAMA* 2015; 314:1159-66.
2. Nordstrom P, Gustafson Y, Michaelsson K, Nordstrom A. Length of hospital stay after hip fracture and short term risk of death after discharge: a total cohort study in Sweden. *BMJ* 2015;350:h696.
3. Leigheb F, Vanhaecht K, Sermeus W, Lodewijckx C, Deneckere S, Boonen S, Boto PA, Mendes RV, Panella M. The effect of care pathways for hip fractures: a systematic overview of secondary studies. *Eur J Orthop Surg Traumatol* 2013;23:737-45.
4. Nielsen KA, Jensen NC, Jensen CM, Thomsen M, Pedersen L, Johnsen SP, Ingeman A, Bartels PD, Thomsen RW. Quality of care and 30 day mortality among patients with hip fractures: a nationwide cohort study. *BMC Health Serv Res* 2009;9:186-6963-9-186.
5. Siu AL, Boockvar KS, Penrod JD, Morrison RS, Halm EA, Litke A, Silberzweig SB, Teresi J, Ocepek-Welickson K, Magaziner J. Effect of inpatient quality of care on functional outcomes in patients with hip fracture. *Med Care* 2006;44:862-9.
6. Mainz J, Kristensen S, Bartels P. Quality improvement and accountability in the Danish health care system. *Int J Qual Health Care* 2015;27:523-7.
7. Mainz J, Krog BR, Bjornshave B, Bartels P. Nationwide continuous quality improvement using clinical indicators: the Danish National Indicator Project. *Int J Qual Health Care* 2004; 16 Suppl 1 i45-50.
8. Pedersen CB, Gotzsche H, Moller JO, Mortensen PB. The Danish Civil Registration System. A cohort of eight million persons. *Dan Med Bull* 2006;53:441-9.
9. Lyng E, Sandegaard JL, Rebolj M. The Danish National Patient Register. *Scand J Public Health* 2011;39:30-3.
10. Andersen TF, Madsen M, Jorgensen J, Mellekjoer L, Olsen JH. The Danish National Hospital Register. A valuable source of data for modern health sciences. *Dan Med Bull* 1999; 46:263-8.
11. Schmidt M, Pedersen L, Sorensen HT. The Danish Civil Registration System as a tool in epidemiology. *Eur J Epidemiol* 2014.
12. <http://www.dst.dk/da/TilSalg/Forsknings-service/Dokumentation>. Besøgt [01/08 2016].
13. Jensen MP, Karoly P, Braver S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. *Pain* 1986;27:117-26.
14. Maribo T, Lauritsen JM, Wæhrens E, Poulsen I, Hesselbo B. Barthel indeks til vurdering af funktionsevne STATUSARTIKEL *Ugeskr Læger* 2006;168:2790-2.
15. Parker MJ, Palmer CR. A new mobility score for predicting mortality after hip fracture. *J Bone Joint Surg Br* 1993;75:797-8.
16. Zuckerman JD, Koval KJ, Aharonoff GB, Hiebert R, Skovron ML. A functional recovery score for elderly hip fracture patients: I. Development. *J Orthop Trauma* 2000;14:20-5.
17. Novack V, Jotkowitz A, Etzion O, Porath A. Does delay in surgery after hip fracture lead to worse outcomes? A multicenter survey. *Int J Qual Health Care* 2007;19:170-76.
18. Kristensen PK, Thillemann TM, Johnsen SP. Is Bigger Always Better? A Nationwide Study of Hip Fracture Unit Volume, 30-Day Mortality, Quality of In-Hospital Care, and Length of Hospital Stay. *Med Care* 2014.
19. Prestmo A, Hagen G, Sletvold O, Helbostad JL, Thingstad P, Taraldsen K, Lydersen S, Halsteinli V, Saltnes T, Lamb SE, Johnsen LG, Saltvedt I. Comprehensive geriatric care for patients with hip fractures: a prospective, randomised, controlled trial. *Lancet* 2015.
20. White IR, Royston P, Wood AM. Multiple imputation using chained equations: Issues and guidance for practice. *Stat Med* 2011;30:377-99.
21. Oldmeadow LB, Edwards ER, Kimmel LA, Kipen E, Robertson VJ, Bailey MJ. No rest for the wounded: early ambulation after hip surgery accelerates recovery. *ANZ J Surg* 2006;76:607-11.
22. Norring-Agerskov D, Laulund AS, Lauritzen JB, Duus BR, van der Mark S, Mosfeldt M, Jorgensen HL. Metaanalysis of risk factors for mortality in patients with hip fracture. *Dan Med J* 2013; 60: A4675.
23. Hu F, Jiang C, Shen J, Tang P, Wang Y. Preoperative predictors for mortality following hip fracture surgery: a systematic review and meta-analysis. *Injury* 2012;43:676-85.

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



Hurtig hjælp til dine patienter med hælproblemer

Mange lider af ru og revnede hæle, og især blandt diabetikere er tørre hæle et alvorligt problem. Nu kan du tilbyde en klinisk dokumenteret behandling til dine patienter. Flexitol behandler hurtigt, effektivt og nænsomt med synligt resultat allerede efter én dag.

Flexitol Heel Balm behandler hurtigt og effektivt

- Indeholder 25 % urea, der øger hudens evne til at binde vand
- Anvendes indtil huden er helet og føles blød og smidig
- Klinisk dokumenteret effekt efter én dags behandling
- **Proaktiv behandling til diabetespatienter med øget risiko for diabetiske fodsår**



Flexitol Heel Balm – 25% Urea

SYNLIGT RESULTAT PÅ **1** dag



Flexitol Moisturising Foot Cream holder huden på fødderne sund og smidig

- Indeholder 10 % urea, der holder huden fugtet og smidig
- Beriget med E-vitamin, der øger cremens beskyttende virkning
- Bevarer en sund hud på hæle og fødder
- Anvendes til forebyggelse eller almindelig pleje af fødder og underben



Flexitol Moisturising Foot Cream – 10 % Urea



Kan cremer med urea anvendes til diabetikere?

Det korte svar er JA!

Ureas virkning bliver ofte diskuteret i relation til behandling af diabetespatienter. Men facts er, at ureas gavnlige virkning gentagne gange er blevet understøttet af klinisk evidens, hvilket flere er begyndt at få øjnene op for. Artiklen "Urea - the gold standard ingredient for emollients?" skrevet af Ivan Bristow, ortopæd med 25 års erfaring inden for hudsygdomme i foden, diskuterer ureas virkning på et kemisk niveau, og nævner også ureas keratolytiske effekt i koncentrationer over 25 %. Artiklen indeholder afslutningsvis en case, hvor anvendelsen af en formulering med 25 % urea signifikant forbedrer hudens tilstand på hælen hos en patient med diabetes 2.

www.flexitol.dk

Flexitol købes på udvalgte apoteker,
www.webapoteket.dk og www.apotekeren.dk

Følg os på [flexitol.dk](https://www.facebook.com/flexitol.dk)



Forhandler i Danmark

STADA Nordic ApS

Marielundvej 46A, 2730 Herlev

t | +45 44 85 99 99 e | mail@stada.dk

w | www.flexitol.dk f | [flexitol.dk](https://www.facebook.com/flexitol.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.



ANNI BEHRENTZ

Uddannet sygeplejerske 1989, SD i professionspraksis 2011, ansat som sygeplejerske med særlig klinisk funktion – uddannelse, undervisning og udvikling i Hæmatologisk Sengeafsnit, Aalborg Universitetshospital siden 1997.

anni.behrentz@rn.dk



METTE GRØNKJÆR

Uddannet sygeplejerske 1998, Master of Nursing i 2001, ph.d. i medicin i 2011. Ansat som lektor i klinisk sygepleje ved Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitetshospital, og Klinisk Institut, Aalborg Universitet.

Artiklen er baseret på et forskningsprojekt, der udover artiklens forfattere er gennemført af:

Ann Ozimek Rittig, sygeplejerske med særlig klinisk funktion – uddannelse, undervisning og udvikling, Hæmatologisk Ambulatorium, Aalborg Universitetshospital

Gitte Møller Sørensen, sygeplejerske, Hæmatologisk Sengeafsnit 7 vest, Hæmatologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital

Jette Mølgaard Torp, sygeplejerske, Hæmatologisk Ambulatorium, Aalborg Universitetshospital.

Kvalme sætter hverdagslivet på pause

Kvalme ses som en pris, der skal betales for at blive helbredt for hæmatologisk kræft. **Derfor søger patienterne ikke støtte** fra professionelle til at mestre det belastede hverdagsliv.

⌋ Patienter i behandling med kemoterapi oplever kvalme i en eller anden grad. Selvom opkastning praktisk talt er elimineret ved indførelse af 5HT₃ antagonist (serotonin-receptorantagonister) i løbet af 1990'erne, er kvalme fortsat en hyppig bivirkning af kemoterapi (1,2). Et review fra 2011 viser, at op mod 52-60 pct. oplever senkvalme ved både moderat og højmetogen kemoterapi (3). I et nyt forskningsprojekt (4) fortæller seks patienter, hvordan kvalme gentagne gange sætter deres hverdagsliv på pause i flere dage, og hvordan deres liv med og uden kvalme opleves som at leve i "to forskellige verdener".

Til trods for den store belastning kvalmen medfører, accepterer patienterne denne som et livsvilkår, ”noget der hører med – en pris der skal betales”, for at blive raske. De udvikler individuelle strategier til at minimere kvalmens belastning, men forventer ikke, at det kan være anderledes. Patienterne vægter at være hjemme hos familien langt højere, end om de har kvalme eller ej. De gør derfor heller ikke sygeplejersken opmærksom på de belastninger, de oplever, da de i så fald risikerer at blive indlagt. Projektet konkluderer, at der er risiko for, at sygeplejersken overser et væsentligt behov for sygepleje, hvis hun ikke er opmærksom på patientens hverdagsliv med kvalme, se boks 1 her og boks 2 side 52.

Et liv i to verdener

Kvalme har stor indflydelse på patienters hverdagsliv i den periode, hvor behandlingen med kemoterapi står på. Der er så stor forskel på dage med kvalme og dage uden kvalme, at det opleves som at leve i ”to verdener”. På dage uden kvalme leves et normalt hverdagsliv med arbejde, måltider og roller i familien, som fungerer ubevidst. Som kontrast til disse dage står dagene med kvalme, hvor hverdagslivet må tilpasses det, kvalmen gør muligt. *Kirsten* udtaler: ”Dagene med kvalme er temmelig håbløse, mens dagene uden kvalme, det er en helt anden verden.” *Kirsten, 58 år.*

Et liv med kvalme

En del af hverdagslivet er at arbejde. *Jeanette* fortæller f.eks.: ”Så kommer man ud blandt andre mennesker ... man vil få lov til at leve sådan et ... man får lov til at blive et normalt ... Øh ... menneske og ikke en patient.” *Jeanette, 20 år.*

Boks 1. Metode

Det semistrukturerede kvalitative interview er anvendt som dataindsamlingsmetode for at fokusere på de områder, patienterne finder relevante i forhold til fænomenet kvalme. Seks patienter i alderen 20-79 år fra sengeafdeling og ambulatorium blev interviewet. Deltagerne blev rekrutteret i forbindelse med deres behandling med kemoterapi, og alle havde oplevet kvalme i forbindelse med behandlingerne. Patienterne var sikret anonymitet, og interviewene baserede sig på tillid mellem interviewer og patient, og at interviewer tog højde for patientens sårbarhed.

Interviewene blev optaget elektronisk og transskriberet ordret. Data blev analyseret med udgangspunkt i Van Manens tilgang (10), der indledningsvist bestod af at fokusere på fænomenet uden at blive grebet af ureflekterede og forudindtagede meninger, men at undersøge kvalme, som den erfarer og opleves af patienten i dennes livsverden.

Efterfølgende fortolkedes de meningsstrukturer eller temaer, der fremkom i interviewene. Essensen af temaerne blev indfanget i et sygeplejefagligt perspektiv, der ikke kan tilsidesættes. Temaerne blev efter gennemskrivning og nærlæsning af data efterfulgt af yderligere refleksion. Der blev tilstræbt en stærk relation til kvalme, som patienten oplever den, og ikke som den er beskrevet i teorien og/eller eksisterende forskning.

Arbejdslivet giver patienterne mulighed for at abstrahere fra og skubbe sygdommen i baggrunden. De kan tænke på noget andet og se sig selv som et menneske og ikke en patient. På dage med kvalme er dette ikke altid muligt. Kvalme synes at være altoverskyggende og så ressourcekrævende, at patienterne i perioder må sætte deres hverdagsliv på pause. Det er forskelligt fra patient til patient, hvor lang tid pausen varer, men for de fleste strækker den sig fra tre til seks dage.

”Jeg havde regnet med, at jeg var klar lørdag, men alligevel så var jeg ikke klar før søndag eller mandag ... Det må jeg tage højde for næste gang ... Det bliver bare en lidt længere pause.” *Jeanette.*

Som det fremgår af citatet, integrerer *Jeanette* sin erfaring og oplevelse af manglende overskud i forbindelse med kvalme som et livsvilkår, hun planlægger ud fra ved fremtidige behandlinger.

Mad og måltider er et andet område, hvor kvalme belaster patienternes hverdagsliv. *Frede, 56 år,* fortæller:

” ... jeg kunne slet ikke klare ordet mad, det måtte slet ikke være i nærheden af mig ... det var sgu rigtigt modbydeligt. Tændte du for fjernsynet, hvad, tror du så, der var? Der var et madprogram ...”

For patienterne kan dette fokus på mad være belastende, da ”mad i perioder med kvalme ikke er noget, man skal dvæle ved, det er bare noget, man skal have.” *Helle, 46 år.*

Patienterne opfatter det ikke nødvendigvis som et problem, at de ikke kan spise, som de plejer, hvis bare de ændrede behov bliver accepteret af familien.

RESUME

Mennesker i behandling med kemoterapi er langt mere belastet af kvalme, end erfarne hæmatologiske sygeplejersker forventer. Kvalme ses som et vilkår; som en pris, der skal betales for at blive rask. Patienterne accepterer derfor et liv reduceret til, hvad kvalmen gør muligt, og de synes ikke at søge støtte

fra professionelle til at mestre det belastede hverdagsliv. Hverdagslivet med familien er vigtigere for patienterne, end om de har kvalme eller ej. Dette er resultatet fra semistrukturerede kvalitative interview med seks patienter om deres liv med hæmatologisk kræft.

”Familien skal bare tænke mig ud af det med mad, fordi så finder jeg nok ud af at få noget, som jeg synes, jeg kan klare ... men de kan også godt acceptere, at de sidder og spiser et eller andet, og jeg så spiser yoghurt, bare det at jeg ligesom får noget.” *Helle*.

Hvis omgivelserne på den anden side ikke er opmærksomme på patientens kvalme, kan familiens ønske om at støtte patienten i stedet påføre patienten yderligere belastning. *Kirsten* fortæller f.eks., hvordan hun og ægtefællen kan hvæse ad hinanden, når det handler om mad:

”Har du spist i dag?” ”Ja, ja.” ”Har du spist morgenmad?” ”Ja.” ”Jamen, jeg har ikke set det?” ”Nej, men jeg har spist!”

Tilsvarende fortæller *Frede* om omgivelsernes betydning, når han har kvalme:

”Hvis der var kommet en medpatient ind, som sad og spiste varm mad lige op i hovedet på mig ... ville jeg være gået på toiletet og havde sat mig med hovedet ned i tønden og ventet på, at han var færdig med det, så ...”

Manglende opmærksomhed og hensyn til, hvad det er muligt for patienten at spise, kan føre til, at patienten isolerer sig fra det fællesskab, som måltiderne ellers forbindes med. *Birthe*, 76 år, bruger en anden strategi for netop at opretholde sit sociale liv. Hun ”prøver at sidde stille”, så omgivelserne ikke lægger mærke til, at hun har det dårligt. De forskellige udsagn kunne tyde på, at patienterne ikke ønsker, at deres problemer med at spise skal være i fokus. Enten fordi de ikke selv ønsker at være i fokus, eller fordi de ikke ønsker, at sygdom og lidelse skal være styrende for de måltider, de er en del af. *Birte* forklarer ”der er jo ingen, der gider én, hvis man sidder og hænger hele tiden”. *Egon*, 43 år, beskriver, hvordan de i familien ”leger lidt hverdag” og lever, som de plejer, i håb om at de kan blive ved med det. At holde fast i det kendte hverdagsliv, selvom det er tilpasset, hvad kvalmen gør muligt, synes altså at være vigtigere for patienterne, end om de har kvalme eller ej.

Kvalme er en pris, der skal betales

Gennem interviewene bliver det tydeligt, at patienterne accepterer kvalmen som et livsvilkår. De beskriver kvalme som noget, der hører med, og noget de må acceptere. ”Kvalmen kommer bare, og så må man tage det derfra,” mener *Frede*. *Helle* tilføjer:

”Det er jo irriterende, det er jo træls ... Men ... Altså, Herre Gud, alt i alt, så er det her forløb jo under et halvt år. Og det er så bare noget, man må forholde sig til.”

Patienterne oplever en klar sammenhæng mellem behandling og kvalme med en forventning om, at kvalme kun er til stede i en afgrænset periode. Dette kan medvirke til opfattelsen af kvalme, som noget, ”der hører med”.

”Jeg ved da, at sygeplejerskerne har prøvet, hvad de har af medikamenter og sådan noget ... og ja, der var ikke noget at gøre altså ...” *Frede*.

Patienterne forventer således ikke, at det kan være anderledes, og de synes derfor ikke at forholde sig til f.eks. manglende effekt af den antiemetiske behandling. De forventer heller ikke yderligere hjælp til håndtering af kvalme fra de sundhedsprofessionelle. Enkelte oplever kvalme som et tegn på, at



I et nyt forskningsprojekt fortæller seks patienter, hvordan kvalme gentagne gange sætter deres hverdagsliv på pause i flere dage.

behandlingen er stærk nok til at bekæmpe sygdommen. *Egon* udtaler:

”Jeg føler, jeg skal lide lidt, du ved ... for at behandlingen har fat i min krop ... jeg føler lidt, at det måske skal gøre lidt ondt, før det kan gøre godt.”

I de tilfælde, hvor *Egon* ikke har kvalme, bliver han i tvivl om, hvorvidt behandlingen virker. Kvalmen opleves altså som en pris, der skal betales for at blive helbredt for sygdommen.

Kvalmen bliver bagatelliseret

I interviewene synes der at være en tendens til, at patienterne bagatelliserer kvalmen. Det kan tyde på, at de oplever kvalme som et mindre væsentligt problem. *Egon* udtaler:

” ... faktisk, så synes jeg ... at der er et meget, meget stort fokus på kvalme ... så prøv at høre her, jeg har fået kræft, så hvorfor snakker sygeplejerskerne kun om kvalme ... Jeg synes, der er noget, der er værre. Jeg følte faktisk, at det var fuldstændig irrelevant, jeg var fuldstændig ligeglad, hvad fanden næsten ... Bare jeg kom over på den anden side af det.”

Kirsten tilføjer:

”Mmmm ... Ja, fordi der er så mange andre ting, der er vigtigere ... jamen, det er vigtigere at komme hjem og være sammen med sin familie, end det er at ligge herinde og pylre.”

Prioritering af hverdagslivet med familien kan være en anden årsag til, at patienterne er tilbageholdende med at involvere de professionelle i kvalmens belastninger af hverdagslivet. De ved, at risikoen for at blive indlagt er til stede, hvis de gør sygeplejersken opmærksom på kvalmens belastning. Livet skal leves hjemme hos familien, så længe man har det, og så er det lige meget, at der på nogle dage er skygger, som også er en del af livet: ”Fordi det

Boks 2. Hverdagsliv

Hverdagsliv defineres af *Birte Bach-Jørgensen* som dagliglivets gøremål, f.eks. indkøb, tilberedning og indtagelse af mad, tøjvask, rengøring, hente-bringe-aktiviteter, seksualitet, personlig hygiejne mv. Disse aktiviteter er upåagtede og strukturrede ud fra vaner, ritualer og normer (5).

er jo egentlig de der dage imellem behandlingerne, hvor man er hjemme, det er jo egentlig de dage, man skal bruge til at leve,” siger *Kirsten*.

I spekulationer om de store spørgsmål om liv og død betragtes kvalme derved som en byrde, som patienterne mener, de skal og kan bære.

Hverdagsliv holder tanker om sygdom i baggrunden

Kvalme medfører en stor omvæltning i patienternes hverdag og liv generelt. Nogle vælger at isolere sig fra det sociale liv for at beskytte sig mod omverdens reaktion. Andre opretholder det sociale liv, men forsøger at skjule, at kvalmen generer dem i håb om at kunne fortsætte det normale liv og skubbe sygdommen i baggrunden. Så længe kvalmen holder sig i baggrunden, kan de opretholde deres vanlige hverdagsliv og dermed holde tanker om sygdom og kvalme i baggrunden. Ifølge Bech-Jørgensen (5) vil mennesket forsøge at genskabe det kendte hverdagsliv ved at gentage strategier, som tidligere har haft effekt. Patienterne fortæller, at de ikke har foretaget et bevidst valg for at håndtere kvalmen, det synes at være fremkommet naturligt, hvilket kan være et eksempel på den selvfølgelighed, Bech-Jørgensen beskriver som en grundlæggende forudsætning for, at hverdagslivet kan fungere. Patienterne beskriver deres hverdagsliv som to verdener. De er i stand til at leve ”nogenlunde” i perioden mellem behandlingerne, når kvalme og tanker om denne holder sig i baggrunden. I denne periode føler de sig ikke væsentligt belastede, men kan leve, næsten som de plejer. Når kvalmen intensiveres, bliver den altoverskygende. Den fylder i bevidstheden og gør det svært og nærmest umuligt at opretholde det normale liv, idet hverdagslivets selvfølgelighed dermed brydes (5), og de strategier, der hidtil har fungeret ubevidst, ikke længere er tilstrækkelige.

Patienterne udtrykker tydeligt, at hverdagslivet hjemme hos familien er langt vigtigere, end om de har kvalme eller ej. Ved at holde fast i hverdagslivet kan de ændre fokus fra at være syg til at være menneske. Dalgaard (6) beskriver, hvordan det at få kontrol over belastninger fremmer muligheden for et betydningsfuldt hverdagsliv trods behandling og kvalme. Dermed har patienterne livet i forgrunden og sygdom og trussel om død i baggrunden. At holde fast i hverdagslivet giver patienterne håb om, at når sygdommen er færdigbehandlet og dermed ikke længere forstyrrer hverdagslivet, kan dette fortsætte som normalt. Dette håb giver dem ressourcer til at gennemføre behandlingsforløbet med kvalmen som et livsvilkår og udholde de belastninger, der følger med.



Livet skal leves hjemme hos familien, så længe man har det, og så er det lige meget, at der på nogle dage er skygger, som også er en del af livet.



Patienterne får antiemetisk behandling som en del af kemoterapibehandlingen, men de synes ikke at forholde sig til, om behandlingen har tilstrækkelig effekt. De udtrykker heller ikke forventning om yderligere indsats fra de professionelle. Denne afgrænsning af sygeplejen til antiemetisk behandling genfindes hos Holt (7), som beskriver, hvordan der i hospitalsregi primært er fokus på at eliminere kvalme ved hjælp af antiemetisk medicin uden at rette opmærksomheden mod kvalmens belastning af hverdagslivet. Dalgaard (6) beskriver en tilsvarende tendens til medikalisering af omsorgen i sundhedsvæsenet, så den primært fokuserer på fysiske problemstillinger, som kan behandles medicinsk. Denne medikalisering kan føre til en ond cirkel, hvor der ikke er fokus på de belastninger, patienten oplever. Omsorgen til disse patienter understøtter dermed ikke patientens behov (8), hvorved de individuelle belastninger i hverdagslivet, f.eks. som følge af kvalme, forbliver oversete. Da patienterne synes at acceptere kvalmens belastninger som et livsvilkår (4), fordrer det, at sygeplejersken gør en aktiv opsøgende indsats, hvis belastningerne i patientens hverdagsliv skal inddrages.

Hverdagslivet vigtigst for patienten

Forskningsprojektet har vist, at hverdagslivet med familien er vigtigere for patienterne, end om de har kvalme eller ej (4). Dette fordrer, at sygeplejersker udover den antiemetiske behandling er opmærksomme på den belastning, patienten oplever i hverdagslivet som følge af kvalme. Ved at kombinere sygeplejerskens faglige viden med patienternes subjektive og erfarede viden fra hverdagslivet synes det muligt at skabe forudsigelighed i en verden, som for patienten er ny og anderledes (9). Hvis sygeplejersken stiller sin viden til rådighed, får patienten muligheden for at vælge og kontrollere de tiltag, der sættes i værk, med henblik på at lindre kvalmens belastning. Dermed kan patienten få støtte til at fastholde det hverdagsliv, som gør, at han i højere grad kan abstrahere fra det, der hører sygdommen til. Dette er måske især vigtigt for patienter i behandling med kemoterapi, da de i hverdagslivet synes at hente de psykiske ressourcer til at kunne klare endnu en periode med kvalmens belastning. ●

Hvordan inddrager I hverdagslivet, når I taler med patienter i kemoterapi?

●

Har I nogle bud på håndtering af kvalme, som ikke omfatter antiemetisk behandling?

●

Hvordan kan I bruge artiklens hovedbudskaber i relation til jeres patienter og deres familier?

Referencer

1. Middleton J, Lennan E. Effectively managing chemotherapy-induced nausea and vomiting. *British Journal of Nursing*. 2011;20(17):7-15.
2. Foubert J, Vaessen G. Nausea: the neglected symptom? *European Journal of Oncology Nursing*. 2005;9:21-32.
3. Vidall C. Chemotherapy induced nausea and vomiting: a European perspective. *British Journal of Nursing*. 2011;20(10):22-8.
4. Behrentzs A, Rittig AO, Torp JM, Sørensen GM, Grønkjær M. Hverdagsliv med kvalme, Et livsvilkår for hæmatologiske patienter i behandling med kemoterapi. Region Nordjylland; 2016.
5. Bech-Jørgensen B. Når hver dag bliver hverdag. København: Akademisk Forlag A/S; 1994.
6. Dalgaard K. Uhelbredelig sygdom og død som et familieanliggende – samspil i triader. *Klinisk Sygepleje*. 2008;2(22):24-34.
7. Holt M. Patientinddragelse – beskrivelse af kvalme og copingstrategier under kemoterapibehandling – et led i en sundhedsfremmende strategi [dissertation]. Göteborg: Nordic School of Public Health; 2012.
8. Jahn P, Renz P, Stukenkemper J, Book K, Kuss O, Jordan K et al. Reduction of chemotherapy-induced anorexia, nausea, and emesis through a structured nursing intervention: a cluster-randomized multicenter trial. *Support Care Cancer*. 2009;17:1543-52.
9. Dalgaard K. Uhelbredeligt syge har brug for sundhedsprofessionelle som følgeskab. *Klinisk Sygepleje*. 2010;3(24):47-57.
10. Norlyk, A. (2004). At balancere på en knivsæg. *Specialepublikation fra Institut for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet*, nr. 63.



Lad Invacare *Heel Pro Evolution* gøre en forskel!

Heel Pro Evolution (HPE) aflaster trykket på hælene helt i overensstemmelse med EPUAP Guidelines.

HPE er således det ideelle valg for borgere med høj risiko for at udvikle tryksår på hæl.

Heel Pro Evolution

- Er produceret i lavfriktionsmateriale, der gør det nemt for patienterne at forflytte benene i sengen
- Aflaster ved hjælp af *Vicair* teknologi både hæle og ankelknyster helt
- Har en stærk og skridsikker sål, der tillader, at patienten kan gå på *HPE* fx fra seng til stol
- Reducerer smerter over tid

Vil du vide mere om *HPE*, så kontakt Invacare i dag!

INVACARE A/S
Tlf.: 3690 0000
E-mail: denmark@invacare.com
Sdr. Ringvej 37 - 2605 Brøndby

Trusted Solutions, Passionate People



Fag& Forskning

udkommer igen den
10. november 2017.

Indtil da mødes
vi på nettet.



Find flere faglige artikler på dsr.dk/fagogforskning

I mellemtiden kan du læse mange flere sygeplejefaglige artikler på Dansk Sygeplejeråds hjemmeside. *Fag&Forskning* findes nemlig også online på dsr.dk/fagogforskning. Her kan du løbende holde dig ajour med fagets udvikling gennem daglige nyheder og faglige artikler. Du kan kommentere og debattere både nye og gamle artikler. Og du kan møde sygeplejersker, der blogger om faget og deres oplevelser som sygeplejersker i ind- og udland. Det er også på dsr.dk/fagogforskning, at du har fri adgang til at søge i vores store artikelarkiv med hundredevis af videnskabelige og faglige artikler fra både *Sygeplejersken* og *Fag&Forskning*.

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.



JEANETTE FINDERUP

Sygeplejerske, MHR, klinisk sygeplejespecialist og ph.d.-studerende, Nyresygdomme, Aarhus Universitetshospital. Deltager i Forskningsprogrammet Patientinvolvering. Undersøger i sit ph.d.-projekt, hvordan patienter oplever metoden fælles beslutningstagning.

jeanette.finderup@skejby.rm.dk



KIRSTEN LOMBORG

Sygeplejerske, cand.cur., ph.d., forskningsleder i Institut for Sygepleje i Metropol. Professor ved Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet, med forskningsvejledning og -ledelse svarende til en 20 pct. ansættelse. Leder af Forskningsprogrammet Patientinvolvering, Aarhus Universitetshospital.

Artiklen er skrevet på opfordring af Dawn Stacey og inspireret af en engelsk artikel skrevet af Anton Saarimaki og Dawn Stacey; "Are you using effective tools to support patients facing tough cancer-related decisions?" (3)

Hjælp patienten med at træffe beslutninger

Sygeplejersker skal levere evidens, så **patienten kan træffe beslutninger i overensstemmelse med egne værdier og præferencer**. Det kræver dialog og evne og vilje til samarbejde hos begge parter.



● Patienter står overfor mange beslutninger. Ottawa Personal Decision Guide, OPDG, er et væsentligt redskab, når man som sygeplejerske skal hjælpe en patient med at træffe en given beslutning.

Tilbud om kemobehandling – en case

Christian var politiker, gift og far til to børn. Ugen forinden var han blevet konfronteret med, at han var alvorligt syg af en meget speciel kræftform, hvor dødeligheden er meget høj. Han blev tilbudt højdosis kemobehandling og skulle have sin første behandling allerede i den kommende uge. I løbet af få dage var der taget rigtig mange beslutninger om, hvilke undersøgelser der skulle foretages, hvor han skulle behandles, og hvilken behandling der skulle sættes i gang. Det var ikke beslutninger, som han blev involveret i. Det var beslutninger, som de professionelle tog, og som han stiltiende tilsluttede sig. Han ønskede at overleve og havde tillid til, at de professionelle vidste, hvad der var bedst for ham. Men nu skulle han beslutte, hvilken ugedag han skulle påbegynde kemobehandling. Det ville blive den samme ugedag fremadrettet.

- Hvad skulle han vælge?
- Hvad skulle han vælge ud fra?

Christian var frustreret. De sundhedsprofessionelle sagde, at han var den eneste, som vidste, hvad der passede ham bedst.

- Hvilke muligheder var der?

Christian kunne påbegynde sin behandling torsdag, fredag eller lørdag.

- Hvilke ulemper var der?

Behandling varede i to dage, hvor han skulle være indlagt og derfor ikke kunne være sammen med sin familie eller passe sit arbejde. Under og umiddel-



The Ottawa Personal Decision Guide bidrager særligt til en værdiafklaring, hvor mange specifikke beslutningsstøtteredskaber i højere grad bidrager med viden om fordele og ulemper ved de forskellige muligheder.

bart efter behandling ville han være træt. Men fem dage efter, når behandlingen slog igennem, ville han få bivirkningerne og ikke være i stand til at passe sit arbejde.

Christian valgte den løsning, hvor han var hjemme i weekenden og træt, fordi det var umiddelbart efter behandling, men hvor han stille og roligt kunne være sammen med familien. Den løsning valgte han for at kunne være frisk nok om mandagen til at passe sit arbejde. Mandag var en betydningsfuld dag på hans arbejde, for da var der byrådsmøde. Christian mistede aldrig et byrådsmøde i sit sygdomsforløb, og dette arbejde gav ham kræfter og energi til at udholde sin sygdom.

Beslutningernes mangfoldighed

Der er mange beslutninger, der skal tages som patient i det enkelte sygdomsforløb og også igennem livet.

- Skal jeg sige ja til HPV-vaccinen?
- Skal jeg lade mig screene for tarmkræft?
- Er mine symptomer så alvorlige, at jeg bør få noget stærkere medicin, som har flere bivirkninger?
- Bør jeg få en operation, så mit syn bliver bedre?
- Bør jeg få en operation, så jeg bedre kan kontrollere mine symptomer?
- Skal jeg modtage pleje hjemme eller i en plejebolig?

At træffe beslutning er, når man vælger mellem flere muligheder. En mulighed kan også være ikke at gøre noget.

RESUME

Der skal træffes mange beslutninger i et liv med sygdom i forhold til pleje og behandling. De sundhedsprofessionelle træffer en del af disse beslutninger, men patienter ønsker at være involveret i svære beslutninger om deres helbred. Beslutningsstøtteredskaber kan hjælpe patienten til at blive involveret i beslutningsprocessen.

Der findes specifikke beslutningsstøtteredskaber, som er udarbejdet til at hjælpe patienten i forhold til en specifik

beslutning, bl.a. Ottawa Personal Decision Guide, der er et generisk beslutningsstøtteredskab, som kan anvendes i forhold til enhver beslutning. Dette beslutningsredskab udmærker sig særligt ved at hjælpe patienten med en værdiafklaring.

Beslutningsstøtteredskaber understøttes med dialog, hvor der anvendes kommunikationsmetoder, som spejling og aktiv lytning, der medvirker til, at patienten bliver den aktive part.

Oftest beslutter vi sundhedsprofessionelle på egen hånd, at patienten skal have et givet præparat. Umiddelbart virker det, som om patienten tilslutter sig beslutningen. Han siger ikke noget i situationen. Han går endda på apoteket og køber medicinen.

Interview med seks patienter, som alle over tid havde været indlagt flere gange med forstoppelse, viste, at de alle tog på apoteket og købte den afføringsmedicin, som sygeplejersken havde ordineret, men at de ikke indtog afføringsmedicin. De tilføjede risikoen for at få diarré større betydning end risikoen for forstoppelse.

Patienter vælger oftest den beslutning, der har flest fordele og færrest ulemper, men tit er der ikke ét valg, som altid er bedst for alle. Nogle gange er der flere gode valg, og det bedste valg afhænger af, hvad patienten tillægger betydning.

3.000 behandlings effektivitet er blevet undersøgt ved hjælp af randomiserede kontrollerede studier. Undersøgelsen viste, at kun 11 pct. af de 3.000 behandlinger med sikkerhed kunne siges at være gavnlige (1). Det betyder, at der i 89 pct. af alle beslutninger om behandlinger ikke er ét valg, der er bedst for alle. De fleste patienter ønsker at være involveret i svære beslutninger om deres helbred, men de er ofte slet ikke opmærksomme på, at der bliver truffet en beslutning, og at der er alternative muligheder (2).

Karakteristika ved beslutningsstøttereds-kaber

Sygeplejersker kan hjælpe patienter til at blive involveret i beslutningsprocessen ved at anvende beslutningsstøttereds-kaber. Det er redskaber, der involverer patienter i beslutningen. Redskaberne gør det tydeligt, hvilke beslutninger der skal tages, og hvilke muligheder der skal vælges imellem. Redskaberne præsenterer desuden den tilgængelige evidens for hver mulighed, inklusive fordelene og ulemperne. Desuden hjælper et beslutningsstøttereds-kab patienten til at overveje, hvad der er mest betydningsfuldt for netop ham eller hende i den givne situation (2,3).

En metasyntese af 115 randomiserede kontrollerede undersøgelser har vist, at

beslutningsstøttereds-kaber er bedre end vanlig praksis uden sådanne redskaber. Redskaberne bidrager til, at patienternes viden øges, de får mere realistiske forventninger til fordele og bivirkninger og får færre beslutningsdilemmaer, de er mere aktive i forhold til at tage beslutninger, og ofte vælger de en beslutning, som i højere grad baserer sig på at være velinformeret fremfor på umiddelbare præferencer (2).

Beslutningsstøttereds-kaber adskiller sig fra patientpjecer. Beslutningsstøttereds-kabets fokus er på en specifik beslutning og giver ikke anbefalinger om en bestemt mulighed. Budskabet i beslutningsstøttereds-kaber er, at der ikke er én beslutning, som passer til alle.

Specifikke beslutningsstøttereds-kaber

Et specifikt beslutningsstøttereds-kab er et redskab, som retter sig imod en specifik beslutning. Et specifikt beslutningsstøttereds-kab udarbejdes i samarbejde mellem de patienter og sundhedsprofessionelle, der skal anvende redskabet, og redskabet baserer sig på den evidens, der er på området.

I 2003 blev der etableret en international sammenslutning, som har opsat standarder for beslutningsstøttereds-kaber. Disse standarder kaldes International Patient Decision Aids Standards (IP-DAS) og bidrager til at sikre indholdet, udviklingen, implementering og evaluering af beslutningsstøttereds-kaber. Disse standarder kan hjælpe, når man skal vurdere, om et specifikt beslutningsstøttereds-kab er anvendeligt, men også hvis man selv skal udvikle et redskab (4).

På <https://decisionaid.ohri.ca> findes en international samling af specifikke beslutningsstøttereds-kaber, som alle er vurderet ud fra IPDAS-kriterier, hvorved man nemt kan vurdere kvaliteten af hvert enkelt redskab. Vær opmærksom på, at et beslutningsredskab, der er udviklet i én kontekst, ikke uden videre kan oversættes ordret til dansk, men bør tilpasses den danske kontekst.

I 2016 igangsatte Sundhedsstyrelsen 28 projekter, hvor der udvikles danske beslutningsstøttereds-kaber.

Generiske beslutningsstøttereds-kaber

Et generisk beslutningsstøttereds-kab er et redskab, som retter sig imod enhver beslutning.

The Ottawa Personal Decision Guide (OPDG) er et generisk beslutningsstøttereds-kab, som er udviklet af "the Ottawa Decision Support Framework". Redskabet kan anvendes af patienterne alene eller i samarbejde med f.eks. en sygeplejerske. Redskabet hjælper patienterne med at vurdere, hvilke behov de har i forhold til et givet valg. Redskabet opsummerer den viden, patienten har i forhold til beslutningen, og tydeliggør, hvilke af patientens værdier der bliver berørt af beslutningen. Desuden støtter redskabet patienten i at foretage det næste skridt i beslutningsprocessen. Redskabet kan anvendes til alle typer beslutninger om helbredsmæssige eller sociale forhold.



Når sygeplejersker skal støtte patienter i at træffe beslutning, skal de tilstræbe ikke at være styrende.


OPDG blev i december 2016 oversat til dansk (5) ved hjælp af Beaton og Guillemins proces for oversættelse og kulturel tilpasning af redskaber til selvrapportering (6). Dette redskab er tilgængeligt i et interaktivt format på <https://decisionaid.ohri.ca>.

Redskabet er siden efteråret 2015 testet på ca. 200 patienter, som har skullet træffe valg om dialysebehandling. Ofte har patienterne fået redskabet, før de kom til samtale om valget. Nogle har udfyldt redskabet, andre har udelukkende anvendt redskabet til refleksion, se figur 1.

Beslutningsstøtteredskabet består af fem trin. Første trin drejer sig om, hvor afklaret patienten er i forhold til beslutningen. På dette trin undersøges, hvornår beslutningen skal træffes, hvor langt patienten er i beslutningspro-


cessen, og hvilken beslutning patienten hælder til. Andet trin guider patienter til at undersøge sin beslutning. Patienten opfordres til at identificere fordele, ulemper og risici ved hver beslutning, hvorefter patienten skal tillægge hver fordel, ulempe og risiko betydning i form af stjerner fra 1-5. Dette trin behøver ikke færdiggøres på én gang, men man kan vende tilbage til dette trin. Tredje trin undersøger, hvilken støtte patienten får, og hvilken støtte

Figur 1. Undersøg din beslutning




VIDEN

Skriv de muligheder, du har, samt de fordele, ulemper og risici, du kender til.



VÆRDIER

Bedøm hver fordel, ulempe og risiko ved at bruge stjerner (★) til at vise, hvor meget hver af dem betyder for dig.



VISHED

Vælg denne mulighed med de fordele, som betyder mest for dig. Undgå de muligheder med de ulemper og risici, som betyder mest for dig.

	Grunde til at vælge denne mulighed Fordele	Hvor meget betyder det for dig: 0★: Ikke noget 5★: Rigtig meget	Grunde til at undgå denne mulighed Ulemper og risici	Hvor meget betyder det for dig: 0★: Ikke noget 5★: Rigtig meget
Mulighed #1				
Mulighed #2				
Mulighed #3				

Hvilken mulighed foretrækker du? Mulighed #1 Mulighed #2 Mulighed #3 I tvivl



Tabel 1. Skema til god dialog

Sygeplejerskens opgave	Patientens opgave
<ul style="list-style-type: none"> • At diagnosticere problemet • At identificere muligheder • At identificere fordele, ulemper og risici • At identificere muligt udbytte og usikkerheder. 	<ul style="list-style-type: none"> • At forstå egne personlige forhold • På baggrund af egne værdier at vurdere, hvad der har betydning i forhold til fordele og ulemper samt risici.

patienten har brug for. Der er fokus på de personer, som er mest involveret i beslutningen, og som har størst betydning for patienten. Fjerde trin undersøger patientens behov for støtte i forhold til at træffe en beslutning. Det er fire spørgsmål, som giver svar på, om der er et beslutningsdilemma. Femte og sidste trin er en planlægning af næste trin. Afhængigt af patientens behov for støtte giver dette femte trin forslag til forskellige tiltag, som patienten kan vælge for at dække sine behov i forhold til at træffe en beslutning.

Patientens værdier skal afklares

OPDG bidrager særligt til en værdiafklaring, hvor mange specifikke beslutningsstøtteredskaber i højere grad bidrager med viden om fordele og ulemper ved de forskellige muligheder. Derfor kan OPDG anvendes i kombination med specifikke beslutningsstøtteredskaber til at undersøge patientens beslutningsbehov og særligt afklare, om patienten har nogle værdimæssige dilemmaer i forhold til at træffe beslutningen.

På engelsk anvender man udtrykket ”decision coaching”. I et Cochrane Review har man vist, at ”decision coaching” øger patienternes viden og deres muligheder for at deltage i beslutningen (7,8).

Ladt alene med beslutningen

Tilbage til den indledende case: Christian oplevede, at han var blevet ladet alene med sin beslutning, og at den var for svær for ham at tage. Det var en beslutning, som en sygeplejerske kunne have hjulpet ham med at tage. Hun kunne have hjulpet ham med at tydeliggøre, hvilke muligheder der var. Hun kunne have informeret ham om, hvilke fordele og ulemper der var ved hver mulighed og have hjulpet ham til at blive klar over, hvilke af hans værdier der var i spil.

Når sygeplejersker skal støtte patienter i at træffe beslutning, skal de tilstræbe ikke at være styrende. De skal levere evidensen og forsøge at støtte patienten i at træffe beslutningen fremfor at rådgive patienten. Formålet er, at patienten træffer en beslutning, som er i overensstemmelse med hans eller hendes værdier og overbevisning (8). Støtten skal tilpasses, så den er relevant i situationen og bidrager til, at patienten udvikler sin evne til at træffe beslutninger fremadrettet.

Beslutningsstøtte er et samarbejde mellem sygeplejersken og patienten, hvor de har hver deres opgave, og hvor de i fællesskab træffer beslutning. Samarbejdet kræver en god dialog, hvor sygeplejersken først og fremmest er spør-

gende og lyttende og kun i mindre grad informerende, se tabel 1.

Hvis patienten har udfyldt det generiske beslutningsstøtteredskab OPDG, vil sygeplejersken i samtalen forsøge at reflektere det, patienten har skrevet. Hun vil typisk anvende to kommunikationsmetoder; spejling (9) og aktiv lytning (10). Spejling kan være sætninger som:

- du skriver, at du skal træffe beslutningen, fordi lægen siger det?
- du skriver, at din kone presser dig?
- du giver mulighed nummer 1 mange stjerner og mulighed nummer 2 få stjerner. Alligevel skriver du, at du foretrækker mulighed nummer 2?





Det er en fordel at begynde med spejling, som bidrager til, at patienten bliver aktiv og taler, mens sygeplejersken bliver passiv og lytter.

Næste skridt efter en del spejling er aktiv lytning, som kan være følgende sætninger:

- Når du skriver, at du skal træffe beslutningen, fordi lægen siger det, tænker jeg, at du ikke selv synes, der er behov for at træffe beslutningen. Er det rigtigt?
- Når du skriver, at din kone presser dig, så er jeg i tvivl, om du synes, det er godt eller det ikke er godt?
- Når du foretrækker mulighed nummer 2, som du samtidig giver færrest stjerner, så tænker jeg, at der må være nogle fordele ved mulighed 2, som langt overstiger mulighed 1, eller at der må være nogle ulemper ved mulighed 1, som langt overstiger mulighed 2. Er det rigtigt?

Disse kommunikationsmetoder kan sammen med beslutningsstøttereds-kabet OPDG hjælpe sygeplejersker til at anvende metoden fælles beslutnings-tagning i deres daglige praksis og dermed medvirke til, at patienterne i højere grad får mulighed for at blive involveret i beslutninger om deres pleje og behandling. ●



Beslutningsstøtte er et samarbejde mellem sygeplejersken og patienten, hvor de har hver deres opgave, og hvor de i fællesskab træffer beslutning.

Referencer

1. *BMJ Clinical Evidence. What conclusions has Clinical Evidence drawn about what works, what doesn't based on randomised controlled trial evidence?* 2017.
2. Stacey D, Légaré F, Col NF, Bennett CL, Barry MJ, Eden KB, et al. *Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev* 2014;1.
3. Saarimaki A, Stacey D. *Are you using effective tools to support patients facing tough cancer-related decisions? Can Oncol Nurs J* 2013;23(2):137-44.
4. Elwyn G, O'Connor A, Stacey D, Volk R, Edwards A, Coulter A. *Developing a quality criteria framework for patient decision aids: Online international Delphi consensus process. Br Med J* 2006;333(7565):417-9.
5. Finderup J, Baker H. *Ottawa Personal Decision Guide, danish version (OPDG-danish)*. 2016.
6. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. *Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. Spine* 2000;25(24):3186-91.
7. Stacey D, Kryworuchko J, Bennett C, Murray MA, Mullan S, Légaré F. *Decision coaching to prepare patients for making health decisions: A systematic review of decision coaching in trials of patient decision aids. Med Decis Mak* 2012;32(3).
8. O'Connor AM, Stacey D, Légaré F. *Coaching to support patients in making decisions. BMJ* 2008;336(7638):228-9.
9. Clabby J, O'Connor R. *Teaching learners to use mirroring: Rapport lessons from neurolinguistic programming. Fam Med* 2004;36(8):541-3.
10. Gordon T KB. *Parent Education: Problems, conflicts, solutions. Copenhagen Denmark: Borgen; 1990.*

Hvilke beslutninger i jeres praksis kunne kvalificeres ved at anvende det beslutningsstøttereds-kab, der præsenteres i artiklen?

Hvad vil det kræve af jer at anvende beslutningsstøttereds-kabet?

Hvilken betydning tænker I, at brugen af beslutningsstøttereds-kabet vil have for jeres patienter?

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.



KARIN BUNDGAARD

Postdoc i Klinik Akut & Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitetshospital. Uddannet sygeplejerske 1991, kandidat i sygepleje 2007, ph.d. januar 2012. 2011-16 klinisk sygeplejespecialist, Kirurgisk Gastroenterologisk afdeling, og projektsygeplejerske i Akutcentret, Aarhus Universitetshospital.

karin.bundgaard@privat.dk



ANETTE SCHOUY KJELDEN

Centerchef, MHH, Akutcentret, Aarhus Universitetshospital. Uddannet sygeplejerske 1984, Sundhedsfaglig Diplomuddannelse i ledelse 2000 og master i humanistisk sundhedsvidenskab og praksisudvikling 2009. Centerchef i Akutcentret, Aarhus Universitetshospital.

Tværsektorielt samarbejde kommer ikke af sig selv

Gode sammenhængende patientforløb bygger på et tæt samarbejde mellem de mange involverede faggrupper og sektorer. Fire studier viser, at det er muligt at tilbyde en sårbar patientgruppe **samme høje faglige kvalitet af pleje og behandling i hjemmet som på hospitalet.**

RESUME

Det tværsektorielle samarbejde fungerer rigtig godt på mange områder, hvilket giver sig udslag i gode forløb og i tilfredse borgere. Det viser resultatet af fire undersøgelser, der hver især bidrager med at belyse styrker og udfordringer ved samarbejdet på tværs af sektorgrænser i Aarhus – mellem kommune, universitetshospital og praksissektor.

Studiet peger på, at det er de rigtige patienter, der indlægges på hospitalet. Ligeledes viser studiet, at det gennem

et godt organiseret tværsektorielt samarbejde er muligt at tilbyde sårbare patientgrupper samme høje faglige kvalitet af pleje og behandling i hjemmet, som de ville modtage på hospitalet.

Udgangspunktet er, at kommune, universitetshospital og almen praksis rykker tæt sammen om den enkelte borger og sammen sørger for, at de rette sundhedsfaglige kompetencer er til rådighed i hver enkelt situation.

Sammenhængende patientforløb på tværs af sygehuse, almen praksis og kommuner er et højt prioriteret område i sundhedsvæsenet. Politisk og fagligt bruges der mange ressourcer på at drøfte, hvordan økonomi, organisering og de rette kompetencer sikres i det tværsektorielle samarbejde.

Der er enighed om, at tværsektorielt samarbejde ikke kommer af sig selv, og at gode sammenhængende patientforløb bygger på et tæt samarbejde mellem de mange involverede faggrupper og sektorer. Der lægges vægt på at se patientforløbet som en fælles opgave, der kræver en fælles løsning gennem en fælles indsats og ud fra fælles mål (1). Præmissen for gode tværsektorielle forløb er, at hver sektor gør det, de har særligt ansvar for og kompetencer til, men samtidig formår at se forløbet i sin helhed og prioriterer det fælles ansvar.

Samarbejde i en klynge

Aarhusklyngen, der samlet betegner Aarhus Universitetshospital (AUH), Aarhus Kommune (AK) og almen praksis i Aarhus, har gennem flere år haft et veletableret tværsektorielt samarbejde.

”Borgeren har det bedst hjemme og på hospitalet, når det er nødvendigt” har været den ledetråd, som direktørerne fra AUH og AK tidligere har kaldt overliggeren for det tværsektorielle samarbejde. Citatet skal forstås således, at hvis det er muligt at tilbyde borgeren den kvalitativt bedst mulige behandling leveret på et patientsikkert grundlag i eget hjem, vil det være udgangspunktet for samarbejdet. Ud fra dette grundlag arbejder Aarhusklyngen kontinuerligt med at forbedre borgernes forløb på tværs af sektorgrænser, bl.a. gennem udvikling af udgående funktioner fra hospitalet og kommunale behandlingstilbud til borgere i eget hjem. Specielt har der været fokus på svage, multisyge, ældre og demente borgere, dvs. de borgere, kommune, hospital og praksissektor hyppigst samarbejder om. Vi ved, at denne gruppe borgere er ekstra sårbare, da de ved indlæggelse har øget risiko for at pådrage sig infektioner, udvikle konfusion eller blive delirøse.

Aarhusklyngen arbejder desuden med den patientrettede forebyggelsesindsats, hvor målet er færre uheldsmæssige genindlæggelser, færre forebyggelige indlæggelser, færre uheldsmæssige akutte korttidsindlæggelser



Der er enighed om, at tværsektorielt samarbejde ikke kommer af sig selv, og at gode sammenhængende patientforløb bygger på et tæt samarbejde mellem de mange involverede faggrupper og sektorer.

og færre færdigbehandlede patienter, som optager en seng på sygehusene (2).

På AUH er der stort fokus på det voksende tværsektorielle samarbejde med kommune og praksissektor. Med baggrund i de mange ressourcer og timer, der dagligt anvendes på samarbejdet, har det været vigtigt for AUH at udforske samarbejdet nærmere. Formålet har været at producere evidens, så samarbejdet kan ske ud fra fakta i stedet for at bygge på formodninger og hypoteser. Siden efteråret 2014 er der gennemført en række undersøgelser, som bidrager med viden om området.

Fire undersøgelser bidrager med viden

Denne artikel bygger på fire undersøgelser, der hver især bidrager med viden om samarbejdet på tværs af sektorgrænser. Arbejdet med data på tværs af sektorgrænser har været en udfordring, da der er meget begrænset tilladelse til at dele data på tværs af afsnit, hospitaler og sektorer. Billedet af samarbejdet, som det beskrives i artiklen, er derfor overvejende belyst fra sekundærsektorens perspektiv, se tabel 1 side 72.

Svært at dele data

Der findes ingen samlet registrering af, hvor mange borgere der samarbejdes om i Aarhusklyngen. Det bunder bl.a. i manglende ensretning af registreringspraksis og i lovgivningens stramme regler for datadeling, da samarbejdet foregår på tværs af hospitalets mange afdelinger og specialer og Aarhus Kommunes syv lokalområder. AUH har oparbejdet udgående funktioner indenfor flere specialer, f.eks. geriatrisk afdeling, hjerteafdelingen og

børneafdelingen. Herudover findes der udgående aktivitet ved akutteamet, KOL- og iltsygeplejersken. Samlet set havde AUH i 2016 22 forskellige udgående funktioner, se tabel 2.

Mulig behandling i eget hjem

Der er forsket meget i den indflydelse, omgivelser og miljø har på menneskers helbred. Denne forskning peger på, at det at forblive i eget hjem har en potentielt positiv indvirkning på den enkeltes mulighed for helbredelse. For skrøbelige ældre er en indlæggelse desuden forbundet med øget risiko for infektioner og funktionsnedsættelse, som kan svække dem yderligere (3-5).

Alternativet til indlæggelse kan være behandling i eget hjem. En forudsætning for behandling i hjemmet må grundlæggende være, at borgerne skal have adgang til samme høje faglige kvalitet af

pleje og behandling som på hospitalet. Derudover skal det lægefagligt vurderes forsvarligt at behandle borgeren i hjemmet.

Udfordrende behandling i eget hjem

I den sundhedsfaglige og politiske debat er der flere holdninger til tilbuddet om at modtage pleje og behandling i eget hjem. Et synspunkt er, at borgere, når det er muligt, skal tilbydes mest mulig behandling i hjemmet på specialniveaue. Et andet er at begrænse antallet af sundhedsfaglige personer i borgeres hjem og at sikre, at de(n) sundhedsfaglige, der kommer i hjemmet, har de rette grundlæggende, tværfaglige kompetencer til at hjælpe med de opgaver, der måtte være.

Det kan være udfordrende at modtage pleje og behandling i eget hjem, for hjemmet skal ud over at være et hjem også danne ramme om en arbejdsplads. Det kan være nødvendigt at installere hjælpemidler, hvilket betyder mindre plads til private ejendele. Det kan være svært for borgerne at acceptere de fysiske ændringer, fordi hjemmet institutionaliseres. Det enkelte menneske har som oftest en følelse af at have kontrol i eget hjem. Når hjemmet forandres til en arbejdsplads, kan den fornemmelse af kontrol mistes. Det kan medføre fremmedgørelse samt en følelse af kaos og uorden (6,7).

Der findes kun sparsom viden om, hvordan borgere oplever at modtage pleje og behandling i hjemmet af flere sundhedsfaglige personer, samt hvilke

Tabel 1. De fire undersøgelser

Undersøgelse	Datagrundlag	Metode
Akutteamet – Evaluering af Shared Care samarbejdet mellem Aarhus Kommune og Aarhus Universitetshospital	<ul style="list-style-type: none"> Data fra 2015 158 fælles forløb* 	Tværsætoriel audit af 20 tilfældigt udvalgte forløb (der var søgt særskilt tilladelse til tværsætoriel audit)
Forebyggelige indlæggelser i Fælles Akutafdelingen – Undersøgelse af akutte indlæggelser i Fælles Akut Afdelingen	<ul style="list-style-type: none"> Data fra 2015 5072 akut indlagte patienter på Akut 1, Aarhus Universitetshospital 1.745 patienter var +65 år 	Intern audit på AUH af 20 patientforløb tilfældigt udvalgt blandt patienter med de hyppigste indlæggelsesdiagnoser**
Flere team – En kvalitativ undersøgelse af borgeres oplevelser med og forventninger til at modtage pleje og behandling i hjemmet ved flere forskellige sundhedsfaglige personer	<ul style="list-style-type: none"> Borgere fra Aarhus Kommune, der modtog flere forskellige pleje- og behandlingstilbud i eget hjem (inklusive aflastningsplads og beskyttet bolig) Tre borgerinterview gennemført i foråret 2016 Tre borgerinterview gennemført i efteråret 2015 	Face to face-interview med borgere i deres hjem
Tre indlæggelser eller flere på tre måneder – Auditundersøgelse i Fælles Akut Afdelingen, Aarhus Universitetshospital	<ul style="list-style-type: none"> Oktober, november og december 2015 2.788 akutte indlæggelser 1.405 indlæggelser af +65-årige patienter Patienter akut indlagte tre gange eller flere i Fælles Akut Afdelingen i løbet af tre måneder 12 patienter med tre eller flere uafhængige indlæggelser Totalt 38 indlæggelser 	Intern audit på AUH af samtlige 12 patientforløb

* Fælles forløb: Borgeren har haft besøg af akutsygeplejerske fra Aarhus Kommune, geriater og akutsygeplejerske fra Aarhus Universitetshospital i samme forløb.

** Hyppigste indlæggelsesdiagnoser for +65-årige er repræsenteret blandt såkaldte forebyggelige indlæggelsesdiagnoser.

Tabel 2. Udgående team 2015

Aarhus Universitets- hospitals team (Unikke cpr-numre)*	Aarhus Kommunes Akutsygeplejersker (Unikke cpr-numre)*	Fælles forløb** (Unikke cpr-numre)
Akutteamet	312	906
G-Apo	388	906
GO	385	906
G-Dis	256	906
G-TOP	516	906

* Et forløb bestod af alt fra ét besøg til adskillige besøg ved sundhedsfaglige fra AUH og AK.

** Samme borger kunne være tilknyttet AK og et eller flere af AUH's udgående teams. AK og ovenstående fem teams fra AUH samarbejdede om i alt 383 borgere. Heraf havde 291 borgere (75 pct.) kontakt med AK og ét team fra AUH, mens 92 borgere (25 pct.) havde haft kontakt med AK og to eller flere teams fra AUH.

Teams

G-Apo: Geriatrisk opfølgning for patienter efter apoplexia cerebri (hjerneblødning)

GO: Geriatrisk opfølgning for patienter efter geronto-ortopædkirurgi f.eks. hoftefraktur

G-Dis: Geriatrisk opfølgning for patienter ved distriktsteam.

G-TOP: Forskningsprojekt, hvor interventionen var geriatrisk opfølgning indenfor 24 timer.

Tabel 2 viser et datasæt for en del af samarbejdet om +65-årige patienter/borgere i Aarhus. Data er fra 2015. Kolonne 1 beskriver det antal borgere, der havde forløb med udgående funktioner fra geriatrisk afdeling fra AUH. Kolonne 2 beskriver det antal borgere, der havde forløb ved akutsygeplejersker fra AK. Kolonne 3 beskriver det antal borgere, der var fælles, og som derfor modtog ydelser fra både hospital og kommune.

forventninger de har til hjælpen. Ønsker borgere sundhedsfaglige med specialistkompetencer, eller ønsker de sundhedsfaglige med mere grundlæggende tværfaglige kompetencer?

Behandling i hjemmet mere skånsom

Seks borgere fra Aarhus deltog i en interviewundersøgelse. De var enige om, at alternativet til behandling i hjemmet ville have været indlæggelse på hospitalet. F.eks. modtog borgerne behandling med intravenøs antibiotika i hjemmet, en behandling det få år tidligere kun var muligt at tilbyde på hospitalet. Borgerne gav udtryk for, at det at modtage behandling i hjemmet dels var mere skånsomt for den enkelte, dels var billigere for samfundet. Borgerne anså en indlæggelse for at være mere omkostningstung end behandling i hjemmet. Om det er rigtigt, er der sparsom viden om. Caplan et al. viser i 32 ud af 34 studier, at omkostningerne ved behandling i hjemmet gennemsnitlig er 73,5 pct. af omkostningerne ved behandling på hospitalet (3). Derimod viser Larsen i et studie på Geriatrisk Afdeling, Odense Universitetshospital, en difference på +3.000 kr. for behandling i hjemmet (8).

Borgerne fra Aarhus skelnede skarpt mellem den hjælp, de fik til daglige hjælpe- og plejeregninger, og den specialiserede hjælp, de fik til opgaver relateret til behandlings- og opfølgingsforløb. Borgerne ønskede, så vidt det var muligt, at hjælpen til daglige hjælpe- og plejeregninger blev leveret af de samme gennemgående sundhedsfaglige personer. Hjælp til behandlings- og opfølgingsforløb ønskede borgerne derimod leveret af specialiserede sund-

hedsfaglige personer. Der blev lagt vægt på, at disse sundhedsfaglige besad en bred vifte af viden og tekniske færdigheder, så de vidste, hvad de skulle gøre, og hvordan det skulle gøres. De rette kompetencer blev her vægtet højere, end at det var kendte personer, der kom i hjemmet.

Hjælpen i hjemmet ved de sundhedsfaglige fra AUH og AK medførte forandringer i hjemmet og i større eller mindre grad forstyrrelse af den enkeltes privatliv. Alligevel var der en høj grad af accept blandt borgerne, der bundede i, at de sundhedsfagliges tilstedeværelse i hjemmet gjorde det muligt at forblive der frem for at blive indlagt, flytte i plejebolig eller lignende. Borgerne gav desuden udtryk for, at det skyldes de specialiserede sundhedsfagliges evne til at skabe en situation, hvor de følte sig trygge og i sikre hænder samtidig med, at der blev leveret kvalificeret hjælp i situationen.

Diagnoser, der kan forebygges

Eksisterende undersøgelser viser, at komorbiditet, indlæggelses- og genindlæggelsesfrekvens samt forbrug af hjælp i sekundær- og primærsektoren stiger proportionalt med alderen (9). I takt med en øget andel af ældre og nedskæringer af sengekapalet på hospitalerne er et hyppigt debatteret emne, om det er de rigtige patienter, som indlægges, og om indlæggelserne er nødvendige eller ej. Inden for de seneste år er begrebet forebyggelige indlæggelsesdiagnoser blevet introduceret. Antagelsen er, at indlæggelser under en forebyggelig diagnose ved en tidlig opsporing og indsats kan forhindres i at udvikle sig til indlæggelseskrævende sygdom. Forståelsen hos ikke-sundhedsfaglige personer bliver ofte, at alle indlæggelser med såkaldte forebyggelige diagnoser kan og skal forhindres. Forståelsen er fejlagtig, fordi et hospitalsophold, der tjener til at stabilisere en patient efter akut opstået sygdom, f.eks. en nedre luftvejsinfektion eller længerevarende forværring af en kronisk sygdom som f.eks. KOL, kan være relevant og nødvendig og i sidste ende betyde, at borgeren efterfølgende kan behandles i hjemmet. Det er derfor forventeligt, at en stor gruppe ældre me-



Artiklen sætter fokus på fire undersøgelser, der hver især har bidraget til at belyse samarbejdet på tværs af sektorgrænser.

dicinske patienter på et eller flere tidspunkter vil have behov for indlæggelse på hospitalet.

Indlægges de rigtige borgere på hospitalet?

AUH registrerer, hvor mange patienter der indlægges under forebyggelige diagnoser, men der mangler viden om, hvorvidt indlæggelserne reelt er nødvendige.

I 2015 blev 5.072 patienter indlagt på Akut 1, AUH; heraf var 1.745 patienter +65 år. En intern audit på 20 tilfældigt udvalgte forløb blandt +65-årige patienter blev gennemført for at få en idé om, hvorvidt indlæggelserne var nødvendige, eller om de kunne have været forebygget. Der blev udvalgt forløb ud fra hyppigste indlæggelsesdiagnoser for denne gruppe patienter, som var at finde blandt de såkaldte forebyggelige indlæggelsesdiagnoser.

Audit viste, at 16 af de akutte indlæggelser af +65-årige patienter var nødvendige og berettigede. Der var tale om indlæggelser af borgere, som gennem kortere eller længere tid var blevet tiltagende dårlige, og hvor alle tænkelige muligheder for at løse situationen i hjemmet var udtømte. Én indlæggelse kunne måske have været forebygget af sekundærsektor, to i primærsektor og én af praktiserende læge. Der kan reelt have været iværksat indsatser for at forhindre de fire indlæggelser, men pga. manglende adgang til data kan dette ikke underbygges.

Blandt de auditerede forløb modtog kun 25 pct. af patienterne hjemmepleje. Dette tal er lavt sammenlignet med rapport om hjemmeplejens evne til at forebygge indlæggelser, hvor 51 pct. af alle, som indlægges med en forebyggelig diagnose blandt +65-årige, henføres til borgere, som kommunerne er i kontakt med (10). En grundlæggende præmis for primærsektorens evne til at forebygge indlæggelser er, at de reelt kommer i borgernes hjem, kan observere og reagere på ændringer og derigennem opspore begyndende sygdom.

Samarbejdet intensiveres efter hver indlæggelse

I oktober, november og december 2015 blev 2.788 patienter akut indlagt i Fælles Akut Afdelingen på AUH. Heraf udgjorde +65-årige 1.405 indlæggelser. Ved en intern audit blev indlæggelsesforløbet gennemgået for patienter, som var akut indlagte tre gange eller mere i løbet af de tre måneder. 12 patienter var indlagt tre gange eller mere, og de havde sammenlagt 38 indlæggelser på tre måneder. Patienterne var gennemsnitligt 82,8 år og svært multisyge. De tilhørte således gruppen af ældre medicinske patienter med høj ko-morbiditet og som følge deraf øget risiko for indlæggelse og genindlæggelse. Patienternes multisygdom kom til udtryk gennem deres indlæggelseshistorik, idet alle 12 patienter havde været indlagt flere gange forud for indlæggelserne i undersøgelsesperioden. Indlæggelserne kunne henføres til forværring eller opblussen af deres sygdomme. Ligeledes havde flere patienter i undersøgelsesperioden været i kontakt med ambulatorier eller været indlagt i forbindelse med deres grundsygdomme. Fire ud af 12 patienter var døde ved datatrækningen i januar 2016. Den høje dødelighed henføres til patienternes alder samt deres svære multisygdom.



En forudsætning for primærsektorens evne til at forebygge indlæggelser er, at de reelt kommer i borgerens hjem, kan observere og reagere på ændringer og opspore begyndende sygdom.

Flere indsatser blev iværksat for at forebygge indlæggelser både før den aktuelle tremåneders undersøgelsesperiode og undervejs i de enkelte forløb.

En vigtig indsats var etablering af kontakt til Geriatrik afdeling, hvor erfaringer viser, at hurtig geriatrik opfølgning efter indlæggelse kan bidrage til at nedbringe risikoen for genindlæggelse, afkorte indlæggelsesforløb og stabilisere patienten i eget hjem.

En indsats udgik fra praktiserende læge, hvor lægen alene eller i samarbejde med andre faggrupper forsøgte at udrede patientens problemer forud for indlæggelse. Grundet manglende adgang til praksissektorens data kan området ikke belyses tilstrækkeligt.

En indsats udgik fra primærsektoren; f.eks. blev hjælpen i hjemmet hos en borger intensiveret efter udskrivelse, hos en anden delirøs borger blev der iværksat fast vagt.

Undersøgelsen viste, at samarbejdet mellem AK og AUH blev intensiveret for hver indlæggelse.

Akutte indlæggelser forebygget i 158 forløb

Shared Care-samarbejdet i Akutteamet er et tilbud, hvor akutsygeplejersker fra AK arbejder tæt sammen med praktiserende læge og/eller geriater samt akutsygeplejersker fra AUH. Akutteamet rykker ud til borgerens hjem, når der opstår situationer, som måske kan afhjælpes med en hurtig indsats. Det er i situationer, hvor borgerens praktiserende læge har behov for faglig assistance fra geriater, eller hvor borgeren har behov for sygepleje uden for hjemmesygeplejerskernes kompetenceområde. Akutteamets sygeplejersker varetager en vifte af højt specialiserede opgaver, f.eks. måling af vitale værdier, spotprøver, blærescanning, anlæggelse af subkutan adgang, opstart af i.v.-, ilt- og inhalationsbehandling.

I 2015 modtog 158 borgere Shared Care-indsats ved akutsygeplejersker fra både AK og AUH. Borgerne tilhørte alle gruppen af ældre medicinske patienter med en gennemsnitsalder på 83,2 år. De var svært multisyge og led af en eller flere af følgende sygdomme: hjertesygdom, KOL, diabetes, demenssygdom, cancer eller anden sygdom. Borgerne havde som følge af



deres multisygdom behov for multimedicingering og havde alle forskellige grader af nedsat fysisk og/eller kognitiv funktionsevne. De 158 borgere blev henvist med diagnoser, der ifølge Ministeriet for Sundhedsfremme og Forebyggelse betegnes som forebyggelige (2). De tre hyppigste henvisningsdiagnoser var pneumoni, urinvejsinfektion og anden infektion.

Audit viste, at en af de indsatser, der blev iværksat i alle de auditerede forløb, var opstart af en form for intravenøs behandling, f.eks. antibiotika eller vanddrivende medicin. Intravenøs behandling med antibiotika og vanddrivende medicin kræver normalt indlæggelse. Med den baggrund blev det vurderet, at samarbejdet mellem kommune og hospital i Akutteamet havde forebygget akutte indlæggelser i alle 158 forløb. Indsatsen skabte et sikkerhedsnet i den akutte situation, så borgerne frem for akut indlæggelse blev udredt/behandlet i hjemmet i trygge omgivelser eller subakut den efterfølgende dag.

For mere information om Shared Care-samarbejdet i Akutteamet, se (11).

Tværasektorielt samarbejde fungerer

De fire studier bidrager med viden om, at det tværasektorielle samarbejde i Aarhus fungerer rigtig godt på mange områder, hvilket giver sig udslag i gode forløb og tilfredse borgere. Studierne peger på, at det er de rigtige patienter, som bliver indlagt på AUH. Det er en gruppe af ældre medicinske patienter, som ved akut sygdom eller ved forværring i deres kroniske sygdom har haft behov for at komme på hospitalet i kortere eller længere perioder.

Studierne viser desuden, at det gennem et velorganiseret tværasektorielt samarbejde er muligt at tilbyde en sårbar patientgruppe samme høje faglige kvalitet af pleje og behandling i hjemmet som på hospitalet. Udgangspunktet er, at kommune, universitetshospital og almen praksis rykker tæt sammen om den enkelte borger og sammen sørger for, at de rette sundhedsfaglige kompetencer er til rådighed i hver enkelt situation. Det udfordrer alle involverede i det enkelte forløb, da de ikke blot skal kende egne kompetencer, men også vide, hvor og hos hvem der kan indhentes supplerende kompetencer, hvis situationen kræver det.

De indsatser, der skal til for at kunne tilbyde borgere samme høje sundhedsfaglige kvalitet i hjemmet, viser sig at være mangeartede og strækker sig fra den meget basale, men uundværlige observation foretaget af sundhedsfaglige i primærsektoren til udredning gennem blodprøvetagning og højt specialiseret behandling ved geriater og sygeplejerske. ●

Hvor mange menneskelige og økonomiske ressourcer bruger I på det tværasektorielle samarbejde?

Hvordan kortlægger I antallet af borgere, som hospital og kommune samarbejder om indenfor jeres arbejdsområde?

Hvordan sikrer I, at det tværasektorielle samarbejde primært bygger på fakta og forskning?

Referencer

1. Vestergaard B. Byg bro mellem siloer. Ledelsesprocesser, der skaber sammenhængende borger- og patientforløb. Vestergaard 2016. 2. Ministeriet for Sundhedsfremme og Forebyggelse. Forebyggelse af indlæggelser – synlige resultater; 23. maj 2014. 3. Caplan GA, Sulaiman NS, Mangin DA, Ricauda NA, Wilson AD, Barclay L. A meta-analysis of “hospital in the home”. Systematic reviews. Medical Journal of Australia; 2012; 197(9): 512-9. 4. Zisberg A, Shadmi E, Gur-Yaish N, Tonkikh O, Sinoff G. Hospital-Associated Functional Decline: The Role of Hospitalization Processes Beyond Individual Risk Factors. Journal of the American Geriatrics Society, 2015,63(1):55-62. 5. Shepperd S, Doll H, Broad J, et al. Early discharge hospital at home. Cochrane Database Syst Rev 2009; (1): CD000356. doi: 10.1002/14651858.CD000356.pub3. 6. Birkeland A, Flovik AM. Pasientens hjem som arbeidsarena. I: Birkeland A, Flovik AM. Sykepleie i hjemmet. Oslo: Akribe; 2011. 7. Winther IW. Hjemmet. I: Raunkjær M, Holen M (Ed.) Primærsektoren – det nære sundhedsvæsen. København: Munksgaard; Winther 2012. 8. Larsen T. Relative forventede omkostninger per patient for ”Hospital Hjemme” i forhold til indlæggelse på Geriatrisk Afd. G, OUH. CAST – Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning; 2014. 9. Sundhedsstyrelsen 2011. Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg til en national handlingsplan 10. KL. Hvor god er kommunens hjemmepleje til at forebygge indlæggelser? 2016 11. Madsen LK, Buus KM, Poulsen CT, Gregersen M. Fælles indsats halverer antal genindlæggelser. Fag & Forskning 2016;(3):62-6. Sygeplejefaglige artikler.

En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til Karin Bundgaard.

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.

En skala er ikke tilstrækkelig til at vurdere smerter

Graden af postoperative smerter **skal ikke kun måles på en numerisk rangskala.** Holdningen til smerter ser ud til at være lige så vigtig.



METTE BJØRN NIELSEN

Sygeplejerske, cand.scient.san.,
forskningsmedarbejder NIDO Danmark,
Hospitalsenheden Vest
mettebjoern@hotmail.com



BODIL BJØRNSHAVE NOE

Sygeplejerske, cand.scient.san., ph.d.,
seniorforsker NIDO Danmark, Hospitals-
enheden Vest

RESUME

Ca. halvdelen af patienterne efter et kirurgisk indgreb var i en undersøgelse enige i udsagn om, at "Smertestillende medicin kan ikke fuldstændig kurere smerte", og at "Man bliver hurtigt afhængig af smertestillende medicin". Til trods for smerte og smertepåvirkning angav patienterne høj tilfredshed med behandlingen. Resultaterne fra projektet peger på, at vurde-

ring af smerteoplevelse og smertebehandling formentlig kan baseres på mere end en 0-10 punkts smerteskala. Vurderingen kan yderligere rettes mod at undersøge smerte i aktivitet, hvordan smerte påvirker patienterne samt deres holdning til smerte og smertebehandling. Undersøgelsen blev gennemført i Hospitalsenheden Vest.

”Hvor ondt har du på en skala fra 0 til 10, hvor 0 er ingen smerte, og 10 er den værst tænkelige smerte?” Sådan lyder spørgsmålet ofte, når sundhedspersonalet skal vurdere og smertebehandle den kirurgiske patient. Men er det en tilstrækkelig effektiv måde at vurdere patientens smerteoplevelse på? Denne artikel ser nærmere på dette spørgsmål i lyset af en undersøgelse af smerteoplevelsen hos patienter, som har gennemgået et kirurgisk indgreb. Hensigten med undersøgelsen var at afdække patienternes subjektive smerteoplevelse og dermed bidrage med ny viden til sundhedspersonalets arbejde med smertebehandlingen til kirurgiske patienter.

Smertes er et almindeligt problem

Smertebehandling er et vigtigt element i plejen til kirurgiske patienter, men på trods af tilgængelige retningslinjer og forbedringstiltag forbliver smerte et almindeligt problem. Resultater fra kliniske undersøgelser viser, at op imod 80 pct. af de kirurgiske patienter oplever postoperativ smerte, og ca. 30 pct. af disse oplever smerte af moderat til svær karakter.

Moderat til svær postoperativ smerte forekommer hos patienter uanset kirurgiske specialer, alder og kultur. Det tyder på, at smertebehandlingen til de kirurgiske patienter ikke er tilstrækkelig (1-3).

Smertebehandlingen til kirurgiske patienter har til formål at opretholde livskvaliteten hos patienten, give færrest mulige bivirkninger og medvirke til hurtig restitution. Yderligere er målet, at patienten oplever smertefrihed under mobilisering, da det er afgørende for den postoperative rehabilitering (1).

Postoperativ smerte er en subjektiv oplevelse

Postoperativ smerte er et resultat af vævsskade, inflammation og helingsproces. Det er en subjektiv og mangefacetteret oplevelse, der udover at være påvirket af operationstype og smertebehandling også påvirkes af patientens individuelle fysiologiske, psykologiske og sociokulturelle forhold (4,5). Ubehandlet kan postoperativ smerte bl.a. medføre øget risiko for kardiale og respiratoriske komplikationer og øget risiko for infektioner og forlænget hospitalsindlæggelse. Derudover er postoperativ smerte as-



Hensigten med undersøgelsen var at afdække patienternes subjektive smerteoplevelse og dermed bidrage med ny viden til sundhedspersonalets arbejde med smertebehandlingen til kirurgiske patienter.

socieret med udvikling af kronisk smerte. Konsekvenserne ved postoperativ smerte kan således være omfattende og risikofyldte for både patienten og for sundhedsvæsenet (2,4).

Fokus på den postoperative smerteoplevelse

Hospitalsenheden Vest (HEV) ønskede i 2010/2011 at sætte fokus på kirurgiske patienters smerteoplevelse og gennemførte et smerteprojekt. Formålet var bl.a. at identificere patienternes smerteoplevelse, tilfredshed med smertebehandling, og hvilke holdninger patienterne havde til smerte og smertebehandling efter et kirurgisk indgreb.

I det følgende præsenteres resultaterne fra smerteprojektet, som i foråret 2016 dannede baggrund for en specialerapport udarbejdet på den sundhedsfaglige kandidatuddannelse (cand.scient.san.) ved Aarhus Universitet. Til trods for at operationstyper, behandling og patientgrupper formentlig er ændret, siden data blev indsamlet, fremkom alligevel resultater, som er interessante og relevante i forhold til nuværende smertepraksis.

288 patienter undersøgt i projekt

Projektet blev gennemført som en tværsnitsundersøgelse på kirurgiske afdelinger i perioden november 2010 til december 2011. Inklusionskriterier var: alder > 18 år, kirurgisk indgreb indenfor de seneste 24 til 72 timer på Ortopædkirurgisk, Gynækologisk, Urologisk eller Abdominalkirurgisk afdeling, samt at patienterne var i stand til at forstå dansk og give informeret samtykke.

I alt blev 288 patienter inkluderet i projektet.

Fordelingen af patienterne og et overblik over patientkarakteristika er præsenteret i tabel 1.

Patienterne, som deltog i projektet, var i alderen 18 til 89 år, medianalderen var 63,5 år. 59 pct. af patienterne var kvinder, og 41 pct. var mænd. Patienternes gennemsnitlige BMI var 26. For alle kirurgiske specialer fraset ortopædkirurgisk var antallet af planlagte operationer større end antallet af akutte operationer. 76 pct. af patienterne havde gennemgået et kirurgisk indgreb tidligere. 25 pct. angav kroniske rygsmerter, under 5 pct. rapporterede diabetes type 1, 8 pct. diabetes type 2, 10 pct. kronisk obstruktiv lungelidelse, og 11 pct. angav iskæmisk hjertesygdom.

Undersøgt med spørgeskema

Spørgeskemaet The American Pain Society Patient Outcome Questionnaire Revised (APS-POQ-R) blev anvendt, og patienterne besvarede spørgeskemaet via et face-to-face interview med en forskningsassistent. Spørgeskemaet indeholdt bl.a. spørgsmål vedr. smerteintensitet, hvordan patienterne var påvir-

ket af smerte, hvor tilfredse patienterne var med smertebehandlingen samt deres holdninger til smerte og smertebehandling.

Patienterne gav skriftligt samtykke til at deltage, og data blev anonymiseret. Aktuelle analyser er foretaget på baggrund af disse anonymiserede data.

Smerteoplevelse vurderet på flere parametre

Patienternes postoperative smerteoplevelse blev vurderet ud fra flere parametre og omfattede ”Smerte/ubehag nu”, ”Mindste smerte”, ”Værste smerte” og ”Procenttid i svær smerte”.

Hensigten med flere parametre var at opfange hele spektret af patienternes smerteoplevelse både ved aktivitet og i hvile (6). Smerten blev målt ud fra en numerisk rangskala (NRS), en 11-punkts smerteskala, hvor 0 er ingen smerte og 10 er værst tænkelig smerte (1).

Ofte anvendes kategoriseringen ingen smerte (0), let (1-3), moderat (4-7) og svær smerte (8-10) som guide ved behandling og monitorering af smerte. Moderat til svær smerte er i andre studier defineret som det tidspunkt, hvor patienterne bliver utilfredse med smertebehandling, viser behov for yderligere smertestillende behandling, og hvor smerte påvirker patientens funktionsniveau. I dette projekt blev ovenstående kategorisering anvendt for at hjælpe til fortolkning af resultaterne (7,8).

Så ondt havde patienterne

Tabel 2 viser patienternes smertescore. Ved ”Smerte/ubehag nu” rapporterede halvdelen af patienterne en smertescore på 2 eller herunder og dermed smerte af let karakter. Ved ”Mindste smerte” rapporterede halvdelen af patienterne en smertescore på 1 eller 0 og dermed også smerte af let karakter. Ved ”Værste smerte” rapporterede halvdelen af patienterne en smertescore under 6, og

Tabel 1. Patientkarakteristika

	Ortopædkir. (pt. 66)	Gynækologisk (pt. 41)	Urologisk (pt. 57)	Abdominalkir. (pt. 124)	Alle patienter (pt. 288)
Alder	63	48	65	64,5	63,5
Køn					
Mænd	38	-	58	49	41
Kvinder	62	100	42	51	59
BMI	27	26	25	26	26
Type af kirurgi					
Planlagt	31	90	89	64	65
Akut	69	10	11	36	35
Tidligere operation	72	80	73	77	76
Kronisk rygsmerter	26	32	27	22	25
Diabetes 1	9	-	-	-	-
Diabetes 2	10	8	-	12	8
Kronisk obstruktiv lungelidelse	13	5	9	12	10
Iskæmisk hjertesygdom	18	-	13	10	11

Patientkarakteristika for de kirurgiske patienter fordelt på alder, køn, BMI, type af kirurgi, tidligere operationer og komorbiditet. (Median defineres ved den midterste værdi, hvor lige mange observationer ligger under og over medianværdien (14)).

(Undersøgelsen er foretaget i 2010/2011, n=288. Alder er angivet som median værdi. BMI er angivet som gennemsnit. Køn, type af operation, tidligere operation og komorbiditet er angivet som procent).

- = indikerer at andelen af patienter er under 5 pct.

Tabel 2. Patienternes smertescore

	Ortopædkir. (pt. 66)	Gynækologisk (pt. 41)	Urologisk (pt. 57)	Abdominalkir. (pt. 124)	Total (pt. 288)
Smerte/ubehag nu	2	3	2	2	2
Mindste smerte	1	2	1	1	1
Værst mulige smerter	6	6	6	5	6
*Procent tid i svære smerter	30	30	20	20	20

* Målt på en skala fra 0-100 pct.

Patienternes rapporterede smertescore på en 0 til 10-punkts numerisk rangskala. Patienterne rapporterede deres smerte på fire parametre: Smerte/ubehag nu, mindste smerte, værste mulige smerte og procent tid i stærke smerter de seneste 24 timer. (Median defineres ved den midterste værdi, hvor lige mange observationer ligger under og over medianværdien (14)). (Undersøgelsen er foretaget i 2010/2011, n=288. Smerte/ubehag nu, Mindste smerte, Værste smerte og Procent tid i svær smerte er angivet som medianværdier).

halvdelen rapporterede over 6. Dermed angav halvdelen af patienterne, at deres værste smerte var af moderat til svær karakter. Ved "Procenttid i svær smerte" rapporterede halvdelen af patienterne at have tilbragt 20 pct. eller mindre af tiden i svær smerte de seneste 24 timer, halvdelen havde tilbragt mere end 20 pct. af tiden i svær smerte.

Lignende resultater er fundet i andre studier, hvor patienter rapporterer smerte efter kirurgiske indgreb. At sænke smerteintensiteten er udfordrende, da smerteintensiteten kan være forårsaget af mange faktorer bl.a. smertefulde diagnoser og kirurgiske indgreb. Dog er lav prioritering af smertebehandling og ikke tilstrækkelig viden hos sundhedspersonalet nævnt som mulige årsager og barrierer, som kan have influeret på, hvordan patienterne rapporterede smerte (9).

Smerten påvirkede på flere parametre

Figur 1 viser, hvordan smerte påvirkede patienterne og blev målt ud fra to parametre. "Aktiviteter udenfor seng", som indikerede smertepåvirkning i forbindelse med at gå, at sidde i en stol eller at stå ud af sengen, og "Aktiviteter i seng", som indikerede smertepåvirkning i forbindelse med at dreje sig, at sætte sig op eller flytte fra en stilling til en anden (6).

Ca. 40 pct. af patienterne rapporterede, at de var påvirket af smerte ved aktiviteter i og udenfor seng, svarende til at patienterne rapporterede en NRS score på 4 eller mere på disse parametre.



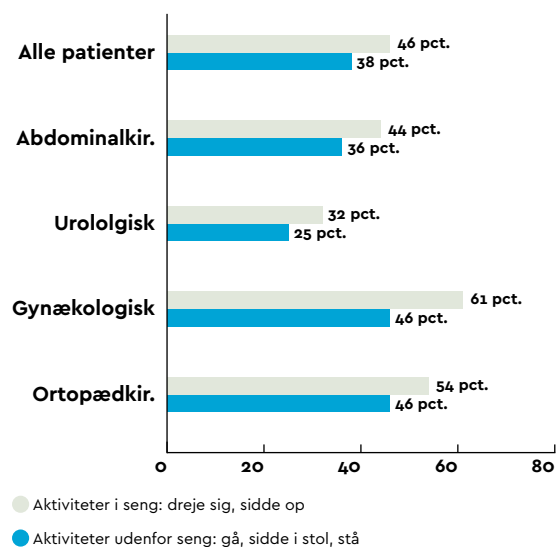
Postoperativ smerte er et resultat af vævsskade, inflammation og helingsproces. Det er en subjektiv og mange-facetteret oplevelse, der udover at være påvirket af operationstype og smertebehandling også påvirkes af patientens individuelle fysiologiske, psykologiske og sociokulturelle forhold.

De patientgrupper, som rapporterede den højeste smertescore, var også de patienter, som rapporterede at være mest påvirket af smerte. Gynækologiske patienter rapporterede højest på flest parametre efterfulgt af ortopædkirurgiske patienter.

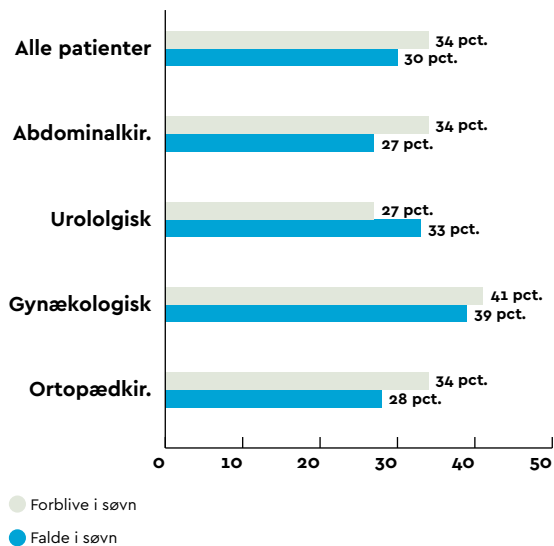
Forskelle i mænds og kvinders smerteopfattelse

At kvinder rapporterer højere smerte end mænd, er set i andre studier. Der lægges op til, at mænd og kvinders forskellige smerteopfattelse er årsag hertil, og at kvinder oftere end mænd rappor-

Figur 1. Smertens påvirkning på aktivitet



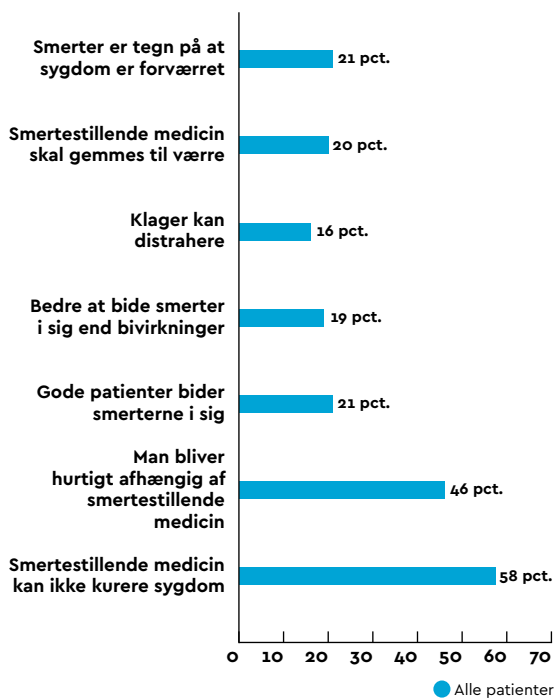
Andelen af patienter, som på en 0 til 10-punkts numerisk rangskala rapporterede 4 eller mere i forhold til, hvor meget smerte påvirkede dem i aktiviteter i og udenfor seng. (Undersøgelsen er foretaget i 2010/2011, n=288. Aktivitet i og udenfor seng, er angivet i procent).

Figur 2. Smertens påvirkning på søvn

● Forblive i søvn

● Falde i søvn

Andelen af patienter, som på en 0 til 10-punkts numerisk rangskala rapporterede 4 eller mere i forhold til, hvor meget smerte påvirkede dem i forbindelse med at falde i søvn eller sove uden afbrydelse. (Undersøgelsen er foretaget i 2010/2011, n=288. At falde og forblive i søvn er angivet i procent).

Figur 3. Patienternes holdning til smerte og smertebehandling

● Alle patienter

Andelen af patienter, som rapporterede 4 eller mere i forhold til, hvor enige de var i holdninger omkring smerte og smertebehandling. Holdningerne er vurderet ud fra en skala fra 1 til 5. (Undersøgelsen er foretaget i 2010/2011, n=288. Patienternes holdninger er angivet i procent).

terer smerte negativt og er bedre og mere villige til at rapportere smerte.

Også alder kan spille en rolle i forhold til rapportering af smerte. De gynækologiske og ortopædkirurgiske patienter var de yngste patienter og dem, som rapporterede den højeste smerte. Studier viser en tendens til, at ældre patienter udtrykker mindre smerte og efterspørger mindre smertestillende medicin end yngre patienter. Man har en formodning om, at ældre har nedsat evne til at mærke smerte, dog er der i litteraturen ikke fuld enighed herom (10,11).

Hver tredje kunne ikke falde i søvn

Figur 2 viser, hvordan smerte påvirkede patienternes søvn. Knap en tredjedel af patienterne rapporterede, at de ikke kunne falde i søvn eller sove uden afbrydelse.

Søvn er en vigtig faktor i forhold til smerte og smertebehandling. Påvirkes patienternes søvn pga. smerte, kan det medføre psykisk påvirkning, hvilket bl.a. kan bevirke, at patientens evne til at håndtere smerte nedsættes (1). Uro i afdelingen kan også medvirke til, at patienternes søvn påvirkes. Det bekræftes af studier, som viser, at natlige tilsyn, medpatienter og støj er forstyrrende faktorer i forhold til, om patienten kan opretholde et normalt søvnmønster (12).

Om det var smerte, uro i afdelingen eller måske noget helt tredje, der var årsag til, at patienterne rapporterede, at smerte påvirkede deres søvn, er uvist. Men resultaterne fra projektet aktualiserer, at sundhedspersonale fortsat er opmærksomme på patientens søvn og søvnkvalitet.

Patienternes holdning påvirker smertebehandlingen

I projektet blev også patienternes holdninger til smerte og smertebehandling undersøgt. Figur 3 viser, at ca. 50 pct. af patienterne var enige i udsagnene ”Smertestillende medicin kan ikke fuldstændigt kurere smerter” og ”Man bliver hurtigt afhængig af smertestillende medicin”. Disse holdninger havde også størst tilslutning i et lignende dansk studie fra 2011. Her pegede man på, at patienternes holdninger påvirkede, hvordan de rapporterede smerte til sundhedspersonalet, og hvilke forventninger patienterne havde til smerte i den postoperative periode (8).

I andre studier, som har undersøgt patienternes holdning til smerte og smertebehandling, er der ikke enighed om, hvorvidt patienters smerteholdning kan anvendes til vurderingen af smerte og smertebehandling. Alligevel er der en vis enighed om, at patienternes holdninger kan anvendes som guide i klinisk praksis, og at man ved at tale med patienten om bekymringer ved smertebehandling kan hjælpe patienten til at være mere åben i forhold til at rapportere smerte (13).

Høj tilfredshed trods smerter

Tabel 3 viser, at halvdelen af patienterne rapporterede, at de var meget tilfredse med smertebehandling med en angivelse på 9 eller derover på en skala fra 0 til 10, hvor 0 indikerede ekstremt

utilfreds, og 10 indikerede ekstremt tilfreds med behandlingen. Dette til trods for at ca. halvdelen af patienterne rapporterede moderat til svær smerte i forbindelse med "Værste smerte", og ca. en tredjedel af patienterne var påvirket af smerte i forbindelse med både aktivitet og søvn.

Tilsvarende resultater er fundet i andre studier, hvor patienterne rapporterer høj tilfredshed med behandlingen trods smerter (13). Ofte tilskrives den høje tilfredshed, at patienterne forventer smerte efter et kirurgisk indgreb og dermed accepterer smerte. Men der lægges også op til, at patienterne rapporterer høj tilfredshed med behandlingen på baggrund af gode relationer til sundhedspersonalet, hvilket måske har større betydning for patienten end smertefrihed (3).

Projektets styrker og svagheder

Projektet har styrker og svagheder, som skal overvejes, når resultaterne skal fortolkes. Styrken er, at resultaterne giver mulighed for at vurdere og undersøge patienternes smerteoplevelse, påvirkning af smerte, deres tilfredshed med behandling og deres holdninger til smerte og smertebehandling. Dermed giver det et overblik over de udfordringer, som er forbundet med postoperativ smerte (14,15). Det er vigtigt at fremhæve, at der ikke er taget højde for, hvilken smertestillende medicin patienterne fik, deres diagnose, eller hvilken type kirurgi patienterne har gennemgået. 61 pct. af de patienter, som var indlagt på de kirurgiske afdelinger i projektperioden, blev vurderet egnet til deltagelse, og det er ikke sikkert, at disse er repræsentative for alle kirurgiske patienter på undersøgelses-tidspunktet.

Data blev indhentet via et spørgeskemainterview mellem forskningsassistent og patient. Anvendelse af interview gav mulighed for at opfange de komplicerede forhold, som smerter rummer. Forskningsassistenten kunne hjælpe patienten med forståelsen af spørgsmålene, men bevidst eller ubevidst kan hun have påvirket patientens svar. Ligeledes er der risiko for, at patienten har ønsket at gøre et positivt indtryk, og at dette har påvirket svarene. Det er dog uvist, om patienterne har over- eller undervurderet deres smerte (14). Spørgeskemaet APS-POQ-R



Trods metodemæssige begrænsninger i projektet peger resultaterne på, at en vurdering af smerteoplevelse formentlig kan bygge på mere end en 0-10-punkts smerteskala.

indeholdt mange spørgsmål, og smerte blev målt ud fra flere parametre (6). En enkelt måling af værste smerte er i andre studier blevet kritiseret for ikke at være dækkende i forhold til at vurdere patienternes smerte. Måling med flere parametre, bl.a. tid i svær smerte, menes dermed at give en mere dækkende forståelse (13). Samtidig er der dog risiko for, at de mange spørgsmål og dermed også besvarelsene ikke var præcise i forhold til at vurdere patienternes smerteoplevelse. Yderligere var spørgsmålene i spørgeskemaet lange, og de kan have været svære at forstå (15).

En smerteskala kan ikke stå alene

Resultaterne i projektet viste, at halvdelen af patienterne rapporterede smerte af let karakter på parametrene "Smerte/ubehag nu" og "Mindste smerte". Mere problematisk så det ud ved "Værste smerte". Her rapporterede halvdelen af patienterne moderat til svær smerte og dermed en smertescore, som i tidligere studier er defineret som det tidspunkt, hvor patienten bliver utilfreds med smertebehandlingen, har yderligere behov for smertestillende behandling, og hvor smerte påvirker patientens funktionsniveau. Dette resultat blev understøttet af, at ca. en tredjedel af patienterne var påvirket af smerte i forbindelse med både aktivitet og søvn.

Trods metodemæssige begrænsninger i projektet peger resultaterne på, at en vurdering af smerteoplevelse formentlig kan bygge på mere end en 0-10-punkts smerteskala. Patienternes rapportering af smerte aktualiserer, at opmærksomhed kan rettes mod smerte ved aktivitet, og hvordan patienten er påvirket af smerte.

Tabel 3. Patienternes tilfredshed med behandling

	Ortopædkir. (pt. 66)	Gynækologisk (pt. 41)	Urologisk (pt. 57)	Abdominalkir. (pt. 124)	Total (pt. 288)
Tilfredshed med smertebehandling	9	9	10	9	9

Patienternes rapporterede tilfredshed med behandling på en 0 til 10-punkts numerisk rangskala, hvor 0 er ekstremt utilfreds, og 10 er ekstremt tilfreds. (Median defineres ved den midterste værdi, hvor lige mange observationer ligger under og over medianværdien (14)). (Undersøgelsen er foretaget i 2010/2011, n=288. Patienternes tilfredshed er angivet som medianværdi).

Ligeledes kan fokus og åbenhed rettet mod, hvilke holdninger patienterne har til smerte og smertebehandling, formentlig medvirke til, at forventninger til behandling kan afstemmes.

Ud fra resultaterne fra smerteprojektet er det formentlig ikke tilstrækkeligt effektivt at spørge ind til en smerteskala fra 0-10, når smerteoplevelsen skal vurderes hos den kirurgiske patient. ●

Referencer

1. Jensen TS, Dahl JB, Jørgensen BD, Arendt-Nielsen L. Smerter baggrund evidens behandling. 3. Udgave. København N: FADL's Forlag; 2013. 2. Botti M, Bucknall T, Manias E. The problem of postoperative pain: Issues for future research. *International Journal of Nursing Practise* 2004;10:257-63. 3. Zoëga S, Ward S, Gunnarsdottir S. Evaluating the Quality of Pain Management in a Hospital Setting: Testing the Psychometric Properties of the Icelandic Version of the Revised American Pain Society Patient Outcome Questionnaire. *Pain Management Nursing*. 2014;15(1):143-55. 4. O'Donnell KF. Preoperative pain management education: A quality improvement project. *Journal of Perianesthesia Nursing*. 2015;30(3):221-7. 5. Radinovic K, Milan Z, Markovic-Denic L et al. Predictors of severe pain in the immediate postoperative period in elderly patients following hip fracture surgery. *Injury* 2014;45:1246-50. 6. Gordon DB, Polomano RC, Pellino TA et al. Revised American Pain Society Patient Outcome Questionnaire (APS-POQ-R) for Quality Improvement of Pain Management in Hospitalized Adults: Preliminary Psychometric Evaluation. *The Journal of Pain*. 2010;11(11):1172-86. 7. Liu SS, Buwanendran A, Rathmell JP et al. Predictors for moderate to severe acute postoperative pain after total hip and knee replacement. *International Orthopaedics*. 2012;36:2261-7. 8. Lorentzen V, Hermansen IL, Botti M. A prospective analysis of pain experience, beliefs and attitudes, and pain management of a cohort of Danish surgical patients. *European Journal of Pain*. 2012;16:278-88. 9. Zoëga S, Sveinsdottir H, Sigurdsson GH et al. Quality pain management in the hospital setting from the patient's perspective. *Pain Practice*. 2015;15(3):236-46. 10. Mei W, Seeling M, Franck M et al. Independent risk factors for postoperative pain in need of intervention early after awakening from general anaesthesia. *European Journal of Pain*. 2010;14:1-7. 11. Ip H, Abrishami A, Peng PW et al. Predictors of Postoperative Pain and Analgesic Consumption: A Qualitative Systematic Review. *Anesthesiology*. 2009;111(3):657-77. 12. Fog L, Maheswaran M, Wester D et al. Nonfarmakologiske sygeplejeinterventioner til fastholdelse og forbedring af søvnkvalitet hos voksne indlagte patienter. Aalborg: Center for kliniske retningslinjer. 2014 [revision aug 2016; citeret sep. 2016]. 13. Bédard D, Purden M, Sauvé-Larose N et al. The Pain Experience of Post Surgical Patients Following the Implementation of an Evidence-Based Approach. *Pain Management Nursing* 2006;7(3):80-92. 14. Juul S. *Epidemiologi og evidens*. 2. Udgave. København: Munksgaard; 2012:P. 98-9, 122, 130, 142, 282. 15. Jørgensen T, Christensen E, Kampmann JP. *Klinisk forskningsmetode*. 3. Udgave. København: Munksgaard; 2011:P. 50, 61.

En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til Mette Bjørn Nielsen.



Hvordan kan sygeplejersker vurdere og dokumentere smerte og smertepåvirkning med mere eller andet end en 0-10-punkts smerteskala uden at bruge mere tid på dokumentation?

Hvornår/hvordan kan sygeplejersker vide, om patienten reelt er velinformet om postoperativ smerte og smertebehandling?

Hvordan kan sygeplejersker fortsat arbejde med patienters holdning til smerte og smertebehandling?

Fundamental sygepleje – romantik eller faglig nødvendighed?

Grundlaget for det danske sundhedsvæsen er evidens, og sygepleje skal derfor bygge på patienternes præferencer, personalets ekspertise samt resultater fra forskning. Alligevel tager det i gennemsnit 17 år, før evidensbaseret viden bliver implementeret i praksis. Kan "Basal Sygepleje" fremme processen?



PREBEN ULRICH PEDERSEN, ph.d., professor MSO, leder af Center for kliniske retningslinjer

I *Fag&Forskning* nr. 1/2017 blev bragt en artikel med titlen: "Sygepleje tilbage til det basale". I artiklen ses en dansk version af modellen "Fundamentals of Care". Som medforfatter til artiklen kan indholdet fremstå som en romantisk drøm hos én, der har været en del af sygeplejefaget i mere end 40 år. Som sygeplejerske og forsker har jeg altid interesseret mig for og fokuseret på spørgsmålet: "Hvad får patienten ud af at møde en sygeplejerske"; det har især været inden for områderne ernæring, udskillelser og senest mundhygiejne.

Alle områder indgår i den basale sygepleje, som ikke skal forveksles med enkel eller let, men forstås i betydningen fundamental. Hvis fundamentet ikke er i orden, ja, så styrter huset sammen. Hvis de fundamentale forhold ikke er i orden i sygeplejen, vil resultaterne af selv avancerede behandlinger blive forringet. Efter en hoftenær fraktur, hvor kirurgen har ydet en god indsats, og fysioterapeuter har stillet op med et avanceret træningsprogram, taber patienten stadig funktioner, hvis den rette ernæring ikke indtages, simpelthen fordi muskelmassen forsvinder.

Grundlaget for det danske sundhedsvæsen er evidens. Tiltag skal derfor bygge på både patienternes/borgernes præferencer, personalets ekspertise og færdigheder samt resultater fra forskning. Forskning om mundhygiejne hos plejehjemsbeboere viser, at hver 10. dødsfald pga. luftvejsinfektioner skyldes mangelfuld mundhygiejne, vel at mærke mundhygiejne, der ikke kræver specialuddannelse. Det er dokumenteret, at problemer fra munden reducerer beboernes livskvalitet. Af en svensk undersøgelse blandt mere end 22.000 beboere fra plejehjem fremgår det, at 77 pct. af deltagerne har behov for hjælp til mundhygiejne, mens 7 pct. rent faktisk får den nødvendige hjælp! Op til 89 pct. af plejepersonalet angiver, at mundhygiejne er væsentligt. Alligevel fortæller 35 pct., at de har fået en mangelfuld uddannelse i at udføre mundhygiejne. Plejepersonale angiver desuden, at de nedprioriterer opgaven, da mundhygiejne er ulækkert og ubehagelig at udføre bl.a. på grund af modstand hos demente beboere. Alle undersøgelser er fra udlandet, men mon ikke det er ligesådan i Danmark?

Mundhygiejne er nødvendig fundamental sygepleje uanset, hvilken kontekst eller hvilken faggruppe der udfører den. Her har jeg bragt eksempler fra primærsektor, men jeg kunne lige så godt have refereret eksempler fra hospitalsverdenen. Tiltag skal differentieres i forhold til kontekst og populati-



Når der nu er evidens for, at korrekt udført mundhygiejne kan reducere komplikationer og dødelighed, hvad venter vi så på?

on, og det forudsætter indsigt i mange og komplekse strategier, hvis mundhygiejne skal implementeres som fast del af den pleje, der tilbydes. Når der nu er evidens for, at korrekt udført mundhygiejne kan reducere komplikationer og dødelighed og forbedre velvære, hvad venter vi så på?

Det er ikke en gammel sygeplejerskes romantiske forestilling om, at alting var bedre tidligere, hvor patienternes fundamentale behov var i fokus. Det var de måske, men var det kvalificeret? Jeg er aldrig blevet undervist i, at mundhygiejne redder menneskeliv og reducerer udvikling af luftvejsinfektioner, eller hvordan jeg praktisk skulle håndtere mundhygiejne hos mennesker med demenssygdomme.

Sygepleje som fag er privilegeret ved at have udøvere, der er uddannet på mange niveauer. Nu drejer det sig om at vise vejen, prioritere, forske, undervise i og formidle effekten af fundamental sygepleje og ikke mindst være stolte af at kunne bidrage med dette til forbedring af den samlede sundhedstilstand i Danmark. ●

neria™ soft 90 Subkutan kanyle

– med klare fordele for dig og dine patienter

**"Gør det let at indføre kanylen,
reducerer risiko for stikskader
og smerte ved anlæggelse"**

neria™
soft 90



- Nålebeskyttelse
- Lille dobbeltlumen antikink slange
- Sikkert greb til indføring af nål
- Selvklæbende fiksering
- Intet behov for ekstra fiksering
- Hudvenlig og åndbar
- Tynd kanyle til anlæggelse
- Et lille plastikrør sørger for medicinindgiften
- Længere bæretid

ConvaTec Denmark A/S

Skinderskovvej 32-36 • 2730 Herlev • convatec.danmark@convatec.com • www.convatec.dk

Kundeservice: 48 16 74 74

 **ConvaTec**