



Sundhedsfremme og forebyggelse – en ligeværdig indsats i sygehusbehandlingen

Kolofon

Redaktion

Leder af Sund Info, sygeplejerske Lise Søndergaard
Kommunikationskonsulent, journalist Charlotte Tybjerg Sørensen
Sygeplejefaglig direktør Lisbeth Kjær Lagoni

Kilder

For videnskabelige kilder til de enkelte artikler kan Lise Søndergaard kontaktes: lise.soendergaard@rn.dk

Layout

Lene Pedersen

Foto

Foto AV-sektionen

Udgiver

Sund Info, Aalborg Sygehus

© Juni 2012 - Aalborg Sygehus

ISBN NR: 978-87-90880-40-8

Indholdsfortegnelse

Forord	4
Sund Info gennem 10 år og samarbejdet i sygehuset	6
Organisering og kompetencer	
Sundhedsfremmende og forbyggende aktiviteter i sygehusregi	8
Lipidklinikken - 10 år i forebyggelsens tjeneste.....	11
Læger sætter fokus på sundhedsfremme	13
Forebyggende livsstilssamtaler og motiverende samtaler for apopleksipatienter.....	15
Kost	
Sund Info blev prikken over i'et.....	17
Sund Info er en gave.....	19
K - for Kost - Gælder også forebyggelse af underernæring.....	21
Rygning	
Før det hele går op i røg.....	25
Fik redskaber til at håndtere rygetrangen	30
Alkohol	
Alkohol - Perspektiver på forebyggelse i sygehusregi	32
Motion	
Sundhedsfremme og forebyggelse - fysisk aktivitet og M'et i KRAM.....	34
Frem med cyklen!	38

Forord

Det er 10 år siden, at Sund Info blev etableret. Baggrunden var sundhedskontrakten mellem Aalborg Sygehus og Nordjyllands Amt. Den var med til at igangsætte en række aktiviteter med særligt fokus på sundhedsfremme og forebyggelse – Sund Info er et af dem. Her stiller sygehuset sin viden og erfaringer til rådighed inden for sundhedsfremme og forebyggelse.

Ved åbningen af Sund Info i 2002 sagde daværende formand for amtets sundhedsudvalg, Karl Bornhøft, at det politiske system havde skabt rammerne for sundhedsfremme og forebyggelse i sygehuset – og det så var sygehusets opgave at udfylde dem.

Aalborg Sygehus havde også før Sund Info haft en lang tradition for forebyggelse gennem rehabiliteringsplaner, patientskoler med videre. Det nye ved forebyggelsesaftalen var, at indsatsen kunne systematiseres, og at der blev sendt et signal om, at sundhedsfremme og forebyggelse er en opgave på linje med patientbehandling, uddannelse og forskning for Aalborg Sygehus.

Nordjyllands Amt var i mange år det amt, der var længst fremme med arbejdet med sundhedsfremme. Det skete gennem sundhedspolitiske programmer og økonomi afsat til at gennemføre målsætningerne.

Sygehuset besidder en betydelig ekspertise om menneskers sygdomme og er derfor det naturlige omdrejningspunkt for at fremkalde og motivere ændringer i livsstil til fremme for sundheden. Det er vigtigt at understrege, at sundhedsfremme og forebyggelse ikke er løftede pegefingre, men en kombination af sundhedsfaglig viden sammensat og tilpasset det enkelte menneske ved hjælp af dialog og sundhedspædagogiske

metoder. Det frø, der bliver sået i én sektor for at ændre vaner, giver grobund for, at der kan følges op i en anden. Patienten vil få blikket rettet mod tilbud, der giver hjælp til livsstilsændringer, både når man er patient på sygehuset, i eget hjem og hos praktiserende læge.

I de første år med forebyggelsesarbejdet på Aalborg Sygehus blev medlemskabet af Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark retningsgivende for implementering af nye aktiviteter samtidig med, at der skete en tæt faglig udveksling af viden og erfaringer på regionalt og nationalt niveau. Medlemskabet af Netværket forpligtigede Aalborg Sygehus til at efterleve Wien-rekommandationen. Den fokuserer blandt andet på sundhed gennem en holistisk indfaldsvinkel, hvor der arbejdes med at styrke patientens indflydelse, kvalitetsforbedringer samt skabe tætte forbindelser til andre niveauer i sundhedssystemet. I dag er Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark lukket. Ved strukturreformen i 2007 blev en ny sundhedslov vedtaget. Den betød ændret arbejdsdeling, og kommunerne overtog en del af ansvaret for sundhedsfremme og forebyggelse både i forhold til borgere og patienter.

I dag giver Sundhedsloven sygehusene en forpligtigelse til fortsat at arbejde med patientrettet sundhedsfremme og forebyggelse, samlede patientforløb og patientinddragelse. Der sættes krav om opfyldelse af

kvalitetsstandarder i forhold til sundhedsmæssig risiko. Det sætter endnu en ramme om det systematiske arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse.

Erfaringer fra det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde gennem de seneste 10 år på Aalborg Sygehus har stor værdi, når vi skal vende blikket mod fremtidens opgaver.

I fremtidens sundhedsfremme og forebyggelsesarbejde på sygehuset skal der både være fokus på strukturelle tiltag og tiltag rettet mod individet. De strukturelle tiltag er blandt andet sat i værk gennem det røgfrie sygehus, men fremtiden skal også sætte fokus på fysiske rammer, der inspirerer til aktivitet i sygehuset – både for ansatte og patienter.

De individuelle tiltag skal bygge på rådgivning gennem forebyggelsessamtaler og endnu mere fokus på den enkelte patients ressourcer. En stor gruppe af patienterne vil tage råd og anvisninger til sig. Blot det, at patienten bliver spurgt om livsstilsvaner i relation til KRAM-screeningen, medfører refleksion, som medfører handling. Andre patientgrupper kræver mere intensiv tilskyndelse til at ændre livsstil for at opnå et bedre behandlingsresultat. En KRAM-screening, der bliver efterfulgt af konkrete tilbud med vejledning for at komme i gang og fastholde en livsstilsændring, kan være netop det, der gør, at det lykkes for patienten denne gang. Der er svage grupper, som har særligt stort behov for sammenhæng i forebyggelsestilbuddene, hvor samarbejdet mellem sygehus, kommune og praktiserende læge skal være endnu tættere både før og efter indlæggelse/behandling på sygehus, for at udbyttet bliver optimalt. Region Nordjyllands nye rapport om Social ulighed i sundhed giver pejlemærker for, hvilke målgrupper det især bør prioriteres. Rapporten belyser blandt andet, hvordan den sociale ulighed i sundhed slår igennem i befolkningens livsstil og brug af sundhedsvæsenets ydelser.

Som alle andre aktiviteter skal der hele tiden være fokus på opgaven, for at den bliver fastholdt. Implementering af forebyggelse tager tid. Der skal være nøglepersoner, der igangsætter, inspirerer, gør feltet meningsfuldt og vedkommende samt gennemfører aktiviteterne. En kvalitetsmåling, evaluering eller måling af effekten af en gennemført indsats, er grundlæggende for at ”best practice” kan prioriteres.

De følgende sider giver indblik i nogle af de sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter, der sker på Aalborg Sygehus – set fra flere vinkler: patient, sundhedsfagligt, faglige roller, organisation og forskning.

En stor tak til alle, der har bidraget med artikler til dette skrift.

God læselyst!



Lise Søndergaard,
leder af Sund Info



Lisbeth Kjær Lagoni,
sygeplejefaglig direktør,
formand for styregruppen
Sund Info



Sund Info gennem 10 år – og samarbejdet i sygehuset

Sundhedsfremme og forebyggelse findes i mange former i et patientforløb. De følgende artikler beskriver nogle af de mange facetter af den patientrettede sundhedsfremme og forebyggelse, der sker på Aalborg Sygehus. Det er tydeligt, at forebyggelsesaktiviteterne foregår i tæt samspil med den øvrige traditionelle sygehusbehandling.

Af sygeplejerske Lise Søndergaard, leder af Sund Info, SD, MPH

Sund Info er Aalborg Sygehus' afdeling for forebyggelse og sundhedsfremme. Sund Info har igennem 10 år arbejdet systematisk med at tilbyde forebyggelse og sundhedsfremme – både på det strategiske plan og mere konkret til den enkelte patient, henvist fra behandlende afdeling samt undervisning og rådgivning af fagpersonalet. Det har betydet, at vi på Aalborg Sygehus er meget langt fremme i forebyggelses- og sundhedsfremmearbejdet. At systematisere og integrere sundhedsfremme og forebyggelse på denne måde er unikt, forstået således, at Aalborg Sygehus er eneste hospital i Danmark, der har en decideret afdeling for denne meget vigtige del af sygehusbehandlingen.

I dag fungerer Sund Infos forebyggelsesambulatorium ved, at de kliniske afdelinger henviser patienter til rådgivning som opfølgning på den systematiske KRAM-screening, og ca. 250 patienter modtager specifik vejledning vedrørende ændring af ryge- og kostvaner som forberedelse til sygehusbehandlingen. Ca. 2300 patienter, pårørende og ansatte benytter Sund Infos biblioteksfunktion til afklaring af spørgsmål vedrørende sundhed og sygdom.

Behovet for forebyggelse og dermed nedbringelse af omkostninger for individ og samfund er væsentlig. Der er indenfor mange sygdomme en lang tradition i sygehuset for forebyggelse gennem f.eks. rehabiliteringsplaner og patientskoler. Her er Lipidklinikken et eksempel indenfor hjertesygdomme med en systematisk tilgang.

Det første projekt i Sund Info var Røgfrit Sygehus i 2002. Målet var at sygehuset skulle være røgfrit i 2005. Alle ansatte på Aalborg Sygehus blev spurgt om deres rygevaner gennem en spørgeskemaundersøgelse. Undersøgelsen gav et godt afsæt for en debat om en fremtidig mere restriktiv rygepolitik med et røgfrit sygehus for både patienter og ansatte. Røgfrit Sygehus-projektet indeholdt en række aktiviteter, hvor målet var et røgfrit behandlings- og arbejdsmiljø samt fokus på rygestop gennem screening og intervention. For at opnå disse mål skulle organisationen geares på alle planer for at gennemføre røgpolitikken overfor såvel patienter som ansatte. Der blev uddannet 130 rygestopinstruktører, der fungerede som nøglepersoner i implementeringsperioden.

Med indførelsen af Den Danske Kvalitetsmodel blev identifikation af risikofaktorer i forhold til livsstil et krav, og indsatsen i forhold til rygning har hermed

fået endnu et løft sammen med indsatsen omkring Kost, Alkohol og Motion. Alle patienter bliver i dag KRAM-screenet og tilbudt information om opfølgende forebyggelsesinterventioner i og udenfor sygehuset. En indsats, der betyder øget efterspørgsel på vejledning til patienter i forhold til vægttab og rygestop i Sund Infos forebyggelsesambulatorium, hvor emner vedrørende motion og alkohol ofte er integreret i vejledningen.

Som det også kan læses i dette skrifs andre artikler, er KRAM-screening ikke blot at stille patienten en række simple spørgsmål. Screening og den opfølgende samtale kræver stor faglig indsigt, viden om livsstilens betydning, og evne til at skabe refleksion og motivation hos patienten. For at kvalificere sundhedsfagligt personale til dette arbejde, er der fokus på at viden om alle KRAM-faktorer formidles bredt til sundhedsfagligt personale på sygehusniveau og specifikt i de enkelte specialafdelinger. Sigtet er at gøre formidling til patienterne så saglig, konkret og meningsfuldt som muligt.

Ved implementering af opgaven har der været drøftelser om hvilke faggrupper, der har ansvaret for at gennemføre opgaven, og hvem den kan uddelegeres til. I denne sammenhæng har det været væsentligt at fastlægge, hvilke krav, der gælder indenfor de respektive faggrupper.

Forebyggelsesarbejdet i forhold til Forebyggelsesaftalen har været organiseret i en styregruppe, hvor aktiviteter løbende er blevet fremlagt og besluttet. Projektarbejde har været en god metode til implementering af sundhedsfremme og forebyggelse i klinisk praksis. Det sås i samarbejdet mellem Sund Info og Urologisk- og Gynækologisk afdelings projekt om vægttab til inkontinente kvinder. Projektet skulle afklare virkning og anvendelse, ved at dokumenteret viden blev implementeret i klinisk praksis. Overvægt får ofte meget opmærksomhed, men i sygehusregi er det særlig vigtigt at have fokus på patienter i ernæringsrisiko. Derfor

omhandler K-et i KRAM-screeningen både overvægt og underernæring.

At tale om alkohol er stadig forbundet med barrierer. Derfor skal A-et i KRAM understøttes i den fremtidige indsats. Der er særlige udfordringer forbundet med at spørge ind til alkoholvaner, idet der kan virke langt fra ”manden på bænken”, hvor et misbrug er åbenlys problematisk og ”storforbrugeren af rødvin i dagens Danmark”, som umiddelbart opleves som velfungerende og uden for risiko. Dette område vil blive et fokusområde, der skal arbejdes målrettet med de kommende år.

Et andet konkret initiativ opstod i samarbejde med Ergoterapi- og fysioterapifeltet og Ortopædkirurgisk sengeafdeling, hvor undren over et typisk forløb hos en særlig gruppe patienter gav anledning til at sætte fokus på træning under indlæggelsen, hvor der blev udviklet specifikke materialer med trænings-DVD og skriftlig information til patienterne. Dialyseafdelingens sengecyklingsprojekt er også et eksempel på, hvordan undren over praksis kædet sammen med viden, kan medføre nye aktiviteter.

For Sund Info betyder projektarbejde, at der arbejdes tværfagligt, på tværs af afdelinger og der bliver indhentet erfaringer, som kan bruges i nye sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter både i de kliniske afdelinger og i Sund Infos forebyggelsesambulatorium. Sundhedsfremme og forebyggelse skal i fremtiden også ses i det samlede patientforløb – dialog og samarbejde med patienter, mellem sygehusets afdelinger; sygehus og kommune; sygehus og praktiserende læge, er af stor betydning for at den samlede indsats lykkes.

Sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter i sygehusregi

Sundhedsfremme og forebyggelse er en naturlig og integreret del af sygehusbehandlingen. Det er og skal fortsat være i fokus hos sundhedspersonalet - i særdeleshed lægerne.

Aflægefaglig direktør Morten Noreng

Lægen som sundhedsfremmer

Speciallægekommisionen vedrørende lægers uddannelse til speciallæger har anbefalet syv roller/kompetencer, som lægerne skal kunne leve op til som færdiguddannede speciallæger. En af disse roller er rollen som sundhedsfremmer.

Det er derfor ganske naturligt, at læger ansat på Aalborg Sygehus skal arbejde med sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter. Det vil sige, at lægerne skal have oparbejdet kompetence i at motivere, rådgive og informere om, hvorledes sundheden kan øges hos den enkelte patient, i patientpopulationer og i samfundet i det hele taget. Alle lægens handlinger indenfor rollen Sundhedsfremme hviler på et pædagogisk fundament. De sundhedsfremmende handlinger bevirker også udadrettede aktiviteter, såsom undervisning i lokalområdet, informationsmateriale i venteværelset, informationsmateriale på internettet og kan også i mange tilfælde medføre primær forebyggelse.

På trods af fortsat stigende gennemsnitlig levealder er gennemsnitslevealderen i Danmark stadigvæk lavere

end i de lande, vi sædvanligvis sammenligner os med. Der er også noget, der tyder på, at de sidste år, vi lever, er præget af et relativt dårligt helbred. Det er samspillet mellem individuelle livsstilsfaktorer, arbejdsvilkår, sociale relationer og generelle socio-økonomiske vilkår, der kan være afgørende for en sundhedstilstand.

Livsstilsfaktorer som usund kost med deraf følgende fedme, stort tobaks- og alkoholforbrug og som udgangspunkt meget lidt eller ingen motion, er sandsynligvis årsag til de fleste kroniske sygdomstilstande og tidlige dødsfald.

Sundhedsvæsenet skal anlægge et mere holistisk syn på hjælp til patienterne

Forebyggelse af sygdomme og sygdomsfremme har i mange år været en vigtig opgave for de praktiserende læger. Opgaven er også af den største vigtighed for sundhedspersonalet og i særdeleshed læger på vort sygehus. Vi bliver nødt til at have et mere holistisk syn på, hvordan vi kan hjælpe borgerne, således at de kan få et bedre helbred. På denne baggrund vil forebyggelse og behandling af sygdomme foregå på tværs af sektorer, det



vil sige på tværs af kommuner, sygehuse og almen praksis. Derfor er aftaler mellem disse tre sektorer af den højeste vigtighed.

På Aalborg Sygehus har vi patienter af alle mulige forskellige slags typer, og med rigtig mange diagnoser. Der er nogle grupper, som dog kan give anledning til, at vi bør fastholde og udvikle både den sundhedsfremmende og forebyggende aktivitet.

I særdeleshed tænkes der på kræftsygdomme, hjerte-karsygdomme og lungesygdomme. Dette vil sige, at en del af problematikken drejer sig om forebyggelse og speciel behandling af patienter med kroniske lidelser.

Hjælp til rygeafvænning er en af de allervigtigste forebyggende opgaver, idet vi ved, at rigtig mange dødsfald pr. år på den eller den anden måde er forårsaget af rygning i længere eller kortere tid. Derfor bør vi fastholde muligheden for at starte rygeafvænningsaktiviteter op på sygehuset, som selvfølgelig skal fortsætte på det kommunale niveau efter en udskrivelse.

Vigtigheden af at vurdere de såkaldte KRAM-faktorer kan ikke understreges nok. Ved gennemgang af

hospitalsjournaler viser det sig tit, at der i hvert fald ikke bliver noteret, at man i forbindelse med journaloptagelse og/eller udskrivning har gennemgået KRAM-faktorerne. Som ovenfor nævnt kan man ikke overvurdere risikoen ved rygning, endvidere kan diætister hjælpe fantastisk godt til ved at vejlede og tilrettelægge læringen for en del af vore patienter. Jeg mener, at denne opgave er meget vigtig, og det er også væsentligt, at opgaven bliver startet allerede ved sygehuskontakt.

I mange tilfælde vil patienter, der er behandlet for f.eks. kræft, hjerte eller lunge-karsygdomme, få ordineret genoptræning eller rehabilitering. I nogle tilfælde kan det foregå på sygehuset, men i de allerfleste tilfælde foregår det på det kommunale niveau.

Sygehusene løser ikke altid opgaven optimalt med specialiseret genoptræning, og der er noget, der tyder på, at opfølgningen med den mere generelle genoptræning på det kommunale niveau også halter ganske betragteligt.

Regional støtte til forebyggende indsats

Region Nordjylland har indgået forebyggelsesaftale med samtlige nordjyske sygehuse. I forbindelse med denne aftale er der ansat en sundhedskoordinator på hvert

enkelt sygehus, og der er afsat midler til forebyggende indsatser. Der er endvidere nedsat en styregruppe for hver forebyggelsesaftale med repræsentanter fra både Region og sygehuse. Disse aftalers formål er at styrke den forebyggende indsats, samtidig med at man arbejder med at udvikle screenings-værktøj for de fire KRAM-faktorer. Udgangspunktet er, at forebyggelse er en del af behandlingen, som vi kender det, for eksempel i forbindelse med, at man har rygestop nogle uger før en operation. På denne måde ses færre komplikationer i det post-operative forløb. På denne måde gør man ventetid til forberedelsestid, det vil sige, at forebyggelsesaktivitet iværksættes på det rigtige tidspunkt i forhold til de sundhedsfaglige anbefalinger, man har indenfor det pågældende område.

Det er endvidere meget vigtigt, at sygehusene har rammer, der indbyder til en sund livsstil, det vil sige mulighed for fysisk aktivitet, selvfølgelig røgfrit miljø og appetitlig og lækker kost.

Fremtidsperspektiv: endnu mere fokus på samarbejde med patienterne

På et borgermøde for nogle år siden i Region Nordjylland, gav 75 procent af de fremmødte borgere udtryk for, at samfundet, og det vil bl.a. sige sygehusene, skal hjælpe med at igangsætte en sund livsstil. Dette er et meget interessant synspunkt, som viser, at vi i sygehusvæsenet i fremtiden skal have væsentligt mere fokus på et samarbejde med patienterne omkring den forebyggende indsats. Dette vil kræve, at der fortsat skal være fokus på at udvikle forskellige sundhedspædagogiske indsatsområder, som f.eks. som i dag samler patienter med de samme sygdomme. Patienter kan også støtte hinanden og skabe relationer til at styrke den enkelte patients ressourcer.

Derfor kan det helt klart anbefales, at personale og i særdeleshed lægerne på sygehuset ser forebyggelse som en naturlig og integreret del af sygehusbehandlingen. Vi skal også blive rigtig dygtige til at gennemføre KRAM-screeninger hos patienterne i forhold til livsstilen. Og at denne screening skal foretages så tidligt som muligt i et indlæggelsesforløb.

Region Nordjylland har allerede som mål, at sygehusene tilbyder en forebyggende indsats til alle patienter, der henvises til behandling på sygehuset. Denne indsats kan differentieres, men som udgangspunkt er dette en meget vigtig målsætning.

Lipidklinikken - 10 år i forebyggelsens tjeneste

Lipidklinikken arbejder klinisk med forebyggelse af hjertesygdomme, primært dem, der hidrører lipider, blandt andet kolesterol samt forskning på området. Klinikken lægger vægt på tværfaglighed som en meget vigtig faktor i at give patienterne den bedste rådgivning, vejledning, kontrol og behandling.

Af professor, overlæge, dr.med. Erik Berg Schmidt - på vegne af Lipidklinikken, Kardiologisk Afdeling

Lipidklinikken blev oprettet ultimo 2002. Fra starten var der en overlæge, en sekretær, en klinisk diætist og to bioanalytikere ansat (se billede). Nu 10 år senere er Lipidklinikken vokset med et tilknyttet professorat (fra 2004) og er organisatorisk en integreret del af Kardiologisk Afdelings forskningsenhed. Billede 2 viser medarbejdere, hvis hovedfunktion er relateret til Lipidklinikken kliniske funktion og/eller forskning i hjerte-kar-sygdomme. Billedet illustrerer også, at Lipidklinikken (og Kardiologisk Forskningsenhed) er en tværfaglig organisation med et team af læger, sygeplejersker, diætister, bioanalytikere, sekretærer og biostatistikere. Fra Lipidklinikken oprettelse har det tværfaglige været i fokus ud fra den filosofi, at tværfaglighed giver de bedste resultater, de mest tilfredse (og bedste) medarbejdere og det bedste (og sjoveste) miljø.

Forebyggelse – rådgivning og vejledning til flere patientgrupper

Lipidklinikken blev oprettet med det opdrag at arbejde klinisk med forebyggelse af hjertesygdom, primært den del der hidrører lipider, herunder kolesterol, og levere forskning inden for området. Der er mange risikoforhold, der øger risikoen for hjerte-kar-sygdom, herunder alder, tobaksrygning, forhøjet blodtryk, diabetes mellitus, arv, socioøkonomiske forhold og stress, men den vigtigste



Billede 1. Lipidklinikken anno 2003.

modificerbare risikofaktor er lipiderne. Forebyggelse kan deles i primær forebyggelse (personer uden kendt hjerte-kar-sygdom) eller sekundær prævention, hvor det er patienter med diagnosticeret hjerte-kar-sygdom, der modtager råd og vejledning med henblik på at undgå/mindske risikoen for ny symptomgivende og eventuelt invaliderende hjerte-kar-sygdom. En særlig form for forebyggelse, rehabilitering, af patienter med dokumenteret hjertesygdom foregår via sengeafdeling.

Specialeambulatorium for hele Region Nordjylland

Lipidklinikken rådgiver relevante instanser i relation til behandling af lipidforstyrrelser (dyslipidæmi), laver retningslinjer for behandling heraf og giver telefonisk

vejledning og råd ved lipidproblematikker. Lipidklinikken ambulatorium er et specialeambulatorium for hele regionen og modtager personer/patienter, hvor der er tvivl om disses behandling eller problemer hermed. Lipidklinikken stiller diagnose og lægger behandlingsplan for de henviste. Endvidere tilbydes de henviste som hovedregel deltagelse i forskningsprojekter. De fleste afsluttes enten umiddelbart til fortsat kontrol hos henvissende instans (oftest almen praksis), eller efter at den lagte behandlingsplan har vist sig at føre til opnåelse af de stillede mål. Nogle personer med svært behandlelige og kraftigt forhøjede lipidværdier tilbydes mere vedvarende kontrol og følges periodisk efterfølgende, typisk med blodprøver et par gange årligt og klinisk kontrol hvert til hvert andet år. En særlig kategori af henviste udgøres af personer med arveligt betinget svært forhøjelse af kolesteroltal, en gruppe der ubehandlet har en meget betragtelig øget morbiditet og mortalitet af hjerte-kar-sygdom. Disse personer kræver ofte massiv behandling fra yngre alder, men under en sådan er sygdomsrisikoen næppe højere end jævnaldrendes. Grundet de arvelige forhold er familieopsporing vigtig og en naturlig del af Lipidklinikken arbejde.

Tværfaglige kompetencer sikrer bedste resultat

Lipidambulatoriet udnytter tværfaglige kompetencer, og alle nyhenviste personer/patienter vurderes af sygeplejerske, læge og klinisk diætist ved et ambulant besøg, der i alt varer ca. to timer. Der lægges meget vægt på, at den henviste efter besøget har fået et ensartet budskab uden modsatrettede oplysninger, hvilket blandt andet opnås ved, at hver faggruppe koncentrerer sig om sit indsatsområde. Der lægges vægt på, at basisbehandling er baseret på optimering af kost/livsstilelsmæssige forhold, der dog hos en temmelig stor del suppleres med farmakologisk behandling. Lipidklinikken diætister laver et nyhedsbrev 2-3 gange årligt (Lipidnyt) omhandlende nye tendenser og aktuelle emner om kost, der har været genstand for debat i medierne. Lipidnyt sendes til interesserede patienter og behandlere. Lipidklinikken har gennem årene haft ledende

roller i fagfællesskaber, udvikling af faglige netværk, og udarbejdelse af nationale retningslinjer for behandling af dyslipidæmi. Lipidklinikken er desuden særdeles forskningsaktiv med tværfaglige bidrag relateret til forebyggelse af hjerte-kar-sygdom. Der er en stor samarbejdsflade også til udenlandske forskningsinstitutioner.

Behovet for forebyggelse vokser

Hjerte-kar-sygdom er en hyppig årsag til alvorlig sygdom og død, men der har lykkeligvis været tæt på en halvering af hjertesygdom hos midaldrende de sidste 30-40 år. Dette skyldes formentlig en kombination af øget og bedre forebyggelse samt bedre behandling, når sygdommen er opstået (i såvel den akutte fase som efterbehandlingen). Dette betyder også, at flere overlever hjertesygdom, og med befolkningens stigende middellevealder vil der blive flere ældre, der lever med hjerte-kar-sygdom i fremtiden.

Behovet for forebyggelse og dermed nedbringelse af omkostninger for individ, familie og samfund er væsentlig, og Lipidklinikken er klar til en fortsat (helst øget) indsats fremover med henblik herpå.



Billede 2. Lipidklinikken anno 2012.

Læger sætter fokus på sundhedsfremme

Et ønske fra yngre læger om formaliseret undervisning i sundhedsfremme har betydet, at Region Nordjylland har oprettet kurset: Sundhedsfremme - kan du dit KRAM!

Af uddannelseskoordinerende overlæge Susanne Nøhr, ph.d., postgraduat klinisk lektor, Afdelingen for Universitetshospitalsanliggender

Der har både på Aalborg Sygehus og i Region Nordjylland været øget fokus på lægens rolle som sundhedsfremmer i de seneste år – og uddannelseslægerne bliver i stigende grad involveret i sygehusets indsats i forhold bl.a. KRAM-screening.

I 2009 blev der blandt yngre læger på Aalborg Sygehus sat fokus på lægerollerne: kommunikator, samarbejder, leder/administrator, sundhedsfremmer, akademiker og professionel.

Ønsket var at få belyst lægerollerne fra den kliniske hverdagsvinkel - og ikke mindst få beskrevet, hvor og hvordan man som yngre læge opnår kompetencer inden for disse roller – herunder rollen som sundhedsfremmer. Der var lagt op til opmærksomhed omkring det, man allerede gør inden for de forskellige roller - og en anerkendelse af dette – og på at få anvist nye veje til at opnå kompetencerne. Dette er således et område, som Aalborg Sygehus har haft særlig fokus på i nyere tid.



3-timersrapporten 2009: De ”forsømte” lægeroller v. SB Nøhr, CN Petersen, SN Madsen, L Hoelgaard

Der har både på Aalborg sygehus og i Region Nordjylland været øget fokus på lægens rolle som sundhedsfremmer i de seneste år – og uddannelseslægerne bliver i stigende grad involveret i sygehusets indsats i forhold bl.a. KRAM-screening.

I 2009 blev der blandt yngre læger på Aalborg Sygehus sat fokus på lægerrollerne : kommunikator, samarbejder, leder/administrator, sundhedsfremmer, akademiker og professionel.

Ønsket var at få belyst lægerrollerne fra den kliniske hverdagsvinkel - og ikke mindst få beskrevet, hvor og hvordan man som yngre læge opnår kompetencer inden for disse roller – herunder rollen som sundhedsfremmer. Der var lagt op til opmærksomhed omkring det, man allerede gør inden for de forskellige roller - og en anerkendelse af dette – og på at få anvist nye veje til at opnå kompetencerne. Dette er således et område, som der har været sat særligt fokus på Aalborg Sygehus i nyere tid.

I Speciallægekommissionens Betænkning og i artiklen om ”Fremtidens roller” defineres de helt overordnede krav til uddannelseslægen mht. sundhedsfremme således:

Forventningerne til uddannelseslægen med hensyn til sundhedsfremme er nærmere konkretiseret i målbeskrivelserne for det enkelte speciale og uddannelsesniveau – men der er klar forventning til, at alle unge læger uddannes til at varetage denne rolle.

3-timersrapporten 2009 viser at kompetencen som sundhedsfremmer læres i de konkrete patientforløb, men

også ved at den uddannelsessøgende læge får mulighed for at deltage i patientundervisningen i de forskellige skoler. Ifølge de yngre læger kan sundhedsfremme således defineres som det daglige arbejde som læge, hvor man er opmærksom på de specifikke problemstillinger, hvor rådgivning er relevant for den enkelte patient og handler ifølge de yngre læger om så forskellige ting som: rygestop, ernæringsrådgivning, misbrugsproblematik, forholdsregler ved influenza A, nyreskole, diabeteskole, gigt- og rygskole, KOL-skole, forebyggende familiesamtaler, genoptræning, revalidering, forebyggelse af arbejdsskader, udlandsvaccination – samt livskvalitet ved livets afslutning.

Sundhedsfremme er et område, der ifølge de yngre læger selv bør styrkes med mere formel undervisning og det blev af de yngre læger i 2009 foreslået som emne fremadrettet for de formelle undervisningsseancer på afdelingerne/centre – og der blev lagt op til at inddrage diætister, misbrugskonsulenter og sygehusets rådgivere vedr. KRAM-faktorerne som undervisere.

Afledt af dette er der i regi af HR i Region Nordjylland nu etableret et kursus for uddannelsessøgende læger. Kurset hedder ”Sundhedsfremme – kan du dit KRAM”, og indeholder teoretiske oplæg samt dialog og debat. Kurset omhandler KRAM - kost, rygning, alkohol og motion. Hvad er anbefalingerne på de forskellige områder? Hvilken evidens ligger til grund og hvilke redskaber skal vi bruge for at opnå målet/anbefalingerne?

SUNDHEDSFREMMER

Bidrager effektivt til øget sundhed hos patienter og i samfundet; erkender og reagerer på de områder, hvor oplysning er påkrævet.

Forebyggende livsstilssamtaler og motiverende samtaler for apopleksipatienter

Sund Infos tilbud om forebyggende livsstilssamtaler gav sundhedspersonalet i Neurologisk Apopleksiafsnit et redskab til at følge op på KRAM-screeningen.

Af sygeplejerske Lene Kjærhauge Christiansen, Neurologisk Afdeling

På Neurologisk Apopleksiafsnit modtager vi patienter med meget varierende symptomer. De kan være hårdt ramt af en apopleksi i form af lammelser, træthed og afasi eller en TCI, hvor deres symptomer kan være forsvundet, inden de kommer på afdelingen. For alles vedkommende har vi i mange år fokuseret på de risikofaktorer, som kan være medvirkende årsag til apopleksi/TCI og som det også er væsentligt, at patienten får hjælp til at ændre for at forebygge nye tilfælde.

Det har gennem årene været diskuteret meget, hvordan vi kunne støtte patienten til fremadrettet at kunne ændre/ fastholde eks. ændringer i kost, rygevaner, alkoholvaner og motionsvaner. Derudover også at patienten bliver klar over vigtigheden af at fastholde et normalt blodtryk og få sænket sit kolesteroltal.

KRAM-screening har sat vurdering af sundhedsmæssige risikofaktorer i system og for at kunne leve op til Den Danske Kvalitetsmodel, er vi blevet pålagt at gøre det indenfor 24 timer efter indlæggelse. Et er at identificere disse faktorer, noget andet er så, om patienten bliver motiveret til at ændre sin livsstil gennem screening og intervention?

Temadage om motiverende samtale

Med Sund Infos tilbud om forebyggende livsstilssamtaler under indlæggelse fik vi et redskab til at følge op på KRAM-screeningen, men ikke alle patienter er interesseret i at deltage i det tilbud. For at forbedre personalets kompetencer i forhold til samtale med patienten om risikofaktorer, har Neurologisk Apopleksiafsnit afholdt temadage om Den Motiverende Samtale. På disse temadage fik vi blandt andet sat fokus på, hvilken betydning det kan have at spørge patienten om lov til at stille spørgsmål om vaner i forhold til Kost, Rygning, Alkohol og Motion. Som det var, tog personalet det som en selvfølge, at vi bare kunne stille disse spørgsmål.

Personalet har siden oplevet, at det at spørge om lov har givet en anden dynamik i samtalen. Vi har derudover haft øvelser på monofaglig temadag i aktiv reflekterende lytning.

Vi har indført et udskrivelsesark, hvor sygeplejersken sammen med patienten gennemgår blandt andet livsstilens betydning for patientens sygdom. Overskriften på dette ark er udskrivelsessamtale, og patienten får en kopi med hjem, så man forbedrer de resultater, der var fra den Landsdækkende Patienttilfredshedsundersøgelse, hvor flere patienter gav udtryk for, at de ikke kunne huske, at de havde fået noget at vide om livsstilens betydning for deres sygdom.



Sygeplejerske Lene Kjærhaug i samtale med patient.

Patienter er positive over for spørgsmål om deres livsstil

KRAM-screening er udsprunget af et nationalt projekt om tidlig identificering af risikofaktorer. Dette projekt havde som formål at opnå en ændret adfærd på baggrund af denne viden og dermed reducere omkostninger for sundhedsvæsenet. Skal det lykkes, er det ikke nok blot at screene, der skal samtale og undervisning til. De første 24 timer på det akutte apopleksiafsnit er meget hektiske, hvad tænker patient og pårørende om, at personalet spørger ind til kosten, rygningen, alkoholvaner og motion, ja de sågar måler patientens taljemål?

På Aalborg Sygehus udførte man et pilotprojekt før indførelse af KRAM-screening. Her udtrykte 40 procent af patienterne sig positivt i forhold til at blive udspurgt om deres livsstil. I en dansk medicinsk teknologivurdering om hjerneskaderehabilitering beskrives det at blive ramt af apopleksi af patienter med ord som katastrofe, sorg, brud og usikkerhed. Hvor modtagelig er man i det akutte forløb for intervention i form af information og undervisning, når man befinder sig i en fase af usikkerhed og angst? Derfor har vi et ønske om at lave et kvalitativt studie på apopleksiafsnittet i forhold til vore patienters oplevelse af at blive KRAM-screenet, og om det giver mening for dem.

Ønske om patientundervisning af apopleksi/TCI-patienter

Apopleksi/TCI er ikke nævnt i Den Danske Kvalitetsmodel som en af de kroniske sygdomme, hvor der er en standard for patientundervisning. På mange områder har hjertepatienter og apopleksi/TCI-patienter de samme risikofaktorer, og for mange af vores patienter, som bliver udskrevet til hjemmet uden væsentlige symptomer, er det måske først derhjemme, at de er klar til at lære om betydningen af deres livsstil. Et svensk studie viste, at en del apopleksi/TCI-patienter trods undervisning i kommunalt regi ikke vidste, hvilke risikofaktorer, der betød noget i forhold til at få en ny apopleksi/TCI. Vi ved, at ca. 25 procent af apopleksi/TCI-patienter får ny apopleksi/TCI.

Et bud på en væsentlig reduktion i samfundets omkostninger kunne være, hvis apopleksi/TCI-patienter fik tilbudt en form for ambulant undervisning af specialister indenfor området ligesom hjertepatienters rehabiliteringstilbud.

På apopleksiafsnittet vil vi gøre vores bedste for at gøre viden om risikofaktorer efterspurgt blandt patienter og hjælpe dem til at sammenkæde det med deres sygdom, både gennem udlevering af pjecer og samtaler.

Sund Info blev prikken over i'et

Sund Info blev prikken over i'et i den sidste del af den konservative behandling til kvinder med urininkontinens.

Af kontinenssygeplejerske Jonna Bjørk, Gynækologisk Ambulatorium, Aalborg Sygehus

I udredningen af kvinder med urininkontinens arbejdes der både i Urologisk - og Gynækologisk Afdeling ud fra Minimal Care-programmet. "Minimal Care" vil sige at behandlingen bliver tilbudt med udgangspunkt i nogle få og enkle principper. Derved kan sygeplejerskerne hurtigt og effektivt kan afhjælpe patienternes problemer, så de kan undgå operation.

Det foregår således: Patienten mødes første gang med en sygeplejerske til en times udredningssamtale. Sygeplejersken er den gennemgående person i hele udrednings- og behandlingsforløbet af patienten. Ved dette første besøg bliver der spurgt ind til symptomer og faktorer, som kan have fremprovokeret patientens inkontinens: f.eks. fødsler, dårlige væske- og vandladningsvaner, overvægt, rygning, medicin eller forstoppelse.

Patienten får ved besøget en individuel vejledning. Dette kan være bækkenbundstræning, ændring af væske- og vandladningsvaner, blæretøring, rådgivning omkring vægttab, vejledning til rygeophør, forebyggelse af forstoppelse eller hudpleje.

Det at gennemføre og vedligeholde et varigt vægttab er en omfattende og langvarig radikal ændring af hverdagen for patienten. Denne ændring skulle gerne give mulighed for at få en varig sund livsstil. Et sådan tiltag kræver både tid og vejledning fra en professionel diætist.

Kvalitetsudvikling af klinisk praksis

I 2007 fik vi mulighed for at kunne tilbyde vores patienter en professionel vejledning i vægttab, takket være Sund Info på Aalborg Sygehus. I samarbejde med Sund Info blev der iværksat et projekt, hvor overvægtige kvinder med urininkontinens blev tilbudt vejledning i vægttab ved hjælp af en diætist fra Sund Info. Projektet blev sat i gang for at kvalitetsudvikle vor kliniske praksis – noget, vi i Urologisk- og Gynækologisk Afdeling længe havde haft et ønske om at kunne tilbyde vores patienter.

Overvægt er en selvstændig risikofaktor for forekomsten af urininkontinens. Studier har vist, at ændringer af kostvaner har signifikant gavnlig effekt på urininkontinens samt overvægt. Et vægttab på blot 5-10 procent kan have en ligeså god effekt som andre ikke-operative behandlinger. Kostændring er dermed et vigtigt tiltag i behandlingen af patienter med urininkontinens. Vejledningen forløb over et halvt år, hvor patienterne var inde hos diætisten til tre individuelle samtaler og tre gruppeforløb. Gruppeforløbet var udelukkende for kvinder med urininkontinens. Alle kvinder med urininkontinens med et BMI på over 25 blev tilbudt kost- og livsstilsvejledning. Der blev henvist 30 patienter til kostvejledning i perioden juli 2007 – december 2007, hvoraf 20 gennemførte interventionen. Syv patienter blev afsluttet uden yderligt tiltag.

Det var ikke effekt på urininkontinens for alle, som tabte sig. Trods dette udtrykte patienterne, som havde tabt sig, at de var meget tilfredse med tilbuddet, da de i forbindelse med deres vægttab havde opnået en effekt på andre gener, f.eks. var smerter i knæ og halsbrand forsvundet. Vægttabet er desuden med til at nedsætte risikoen for komplikationer under og efter en eventuel operation, hvis dette skulle komme på tale.

Er nu en permanent ordning

Siden projektet blev afsluttet, er samarbejdet med Sund Info fortsat som en permanent ordning. Ud over at benytte os af Sund Infos vægttabsvejledning, tilbyder vi ligeledes vores patienter rygestopkursus og generel livsstilsvejledning ved hjælp af personalet i Sund Info.

Vægttabstilbuddet er til kvinder, som er i et udredningsforløb. Når patienterne afsluttes i Urologisk Afdeling og Gynækologisk Afdeling, afslutter patienten også forløbet i Sund Info. Patienten opfordres til, hvis der fortsat har behov for vejledning, at søge støtte hos diætister i egen kommune.

Tilbuddet fra Sund Info medfører, at man nogle gange helt kan undgå operation. Foruden den menneskelige gevinst for patienten er der også en samfundsøkonomisk gevinst. Inkontinens bliver i flere undersøgelser anslået til at være en af de mest omkostningskrævende folkesygdomme. De inkontinensrelaterede udgifter udgør i dag ca. 10 procent af det samlede budget i ældreplejen. Det er derfor vigtigt, at vi på Aalborg Sygehus har et tilbud som Sund Info, hvor der afsættes den fornødne tid og vejledning, som den enkelte patient har behov for.

TAB DIG OG HOLD TÆT!

Kvalitetsudvikling af klinisk praksis
Patienterettet forebyggelse gennem kostintervention af overvægtige inkontinente kvinder

BAGGRUND
Hjælp til kvinder med urininkontinens (UI) og overvægt. Mange kvinder med UI oplever, at deres livskvalitet er påvirket af deres overvægt. De ønsker at tabe sig, men har svært ved at gøre det. Derfor er det vigtigt at tilbyde dem en kombination af kost- og fysioterapeutisk vejledning, som kan hjælpe dem med at tabe sig og samtidig styrke deres muskler og forbedre deres livskvalitet.

FORMÅL
1) Reducere vægten hos overvægtige kvinder med UI.
2) Forbedre livskvaliteten hos overvægtige kvinder med UI.
3) Forbedre muskelstyrken hos overvægtige kvinder med UI.

MÅLGRUPPE
Kvinder med UI og overvægt.
Kvinder med UI og overvægt, som har brug for støtte og vejledning.

PERSPEKTIVERING
Kvinder med UI og overvægt har brug for støtte og vejledning. Det er vigtigt at tilbyde dem en kombination af kost- og fysioterapeutisk vejledning, som kan hjælpe dem med at tabe sig og samtidig styrke deres muskler og forbedre deres livskvalitet.

SYGDEPLEJESÅR
Kvinder med UI og overvægt har brug for støtte og vejledning. Det er vigtigt at tilbyde dem en kombination af kost- og fysioterapeutisk vejledning, som kan hjælpe dem med at tabe sig og samtidig styrke deres muskler og forbedre deres livskvalitet.

HJÆLP DÆRTYST
Kvinder med UI og overvægt har brug for støtte og vejledning. Det er vigtigt at tilbyde dem en kombination af kost- og fysioterapeutisk vejledning, som kan hjælpe dem med at tabe sig og samtidig styrke deres muskler og forbedre deres livskvalitet.

SYGDEPLEJESÅR OG LÆGE
Kvinder med UI og overvægt har brug for støtte og vejledning. Det er vigtigt at tilbyde dem en kombination af kost- og fysioterapeutisk vejledning, som kan hjælpe dem med at tabe sig og samtidig styrke deres muskler og forbedre deres livskvalitet.

MÅKATTE
Kvinder med UI og overvægt har brug for støtte og vejledning. Det er vigtigt at tilbyde dem en kombination af kost- og fysioterapeutisk vejledning, som kan hjælpe dem med at tabe sig og samtidig styrke deres muskler og forbedre deres livskvalitet.

AALBORG SYGEHUS
Aalborg Sygehus er et af de største sygehuse i Danmark. Vi tilbyder en bred vifte af sundhedsydelser til vores patienter.

Det er vigtigt, at sygehuset har stort fokus på forebyggelsesindsatsen, så den bliver af høj kvalitet og midlerne på sygehuset udnyttes mest effektivt. Vi skal forebygge frem for at behandle.

- Sund Info er en gave

Sund Info er i kontakt med omkring 250 patienter årligt. Kontakten foregår ved, at patienten bliver henvist fra behandlende afdeling. Sund Info tager kontakt til patienten, og hvis han eller hun er motiveret for det, får vedkommende et tilbud om en forebyggelsessamtale og vejledningsforløb.

Af journalist Charlotte Tybjerg Sørensen, Aalborg Sygehus

- Jeg ville ønske, at flere kendte til Sund Info og kunne få hjælp til deres problemer, for jeg har fået så meget godt ud af at komme der. Sådan siger Anita Gregersen, der i en periode på ca. syv måneder i 2011-2012 var i tæt kontakt med Sund Info omkring kost og motion.

Anita Gregersen blev henvist til Sund Info i forbindelse med inkontinensproblemer. Undersøgelser i Gynækologisk Ambulatorium skulle afklare, om hendes problemer skulle afhjælpes med en operation eller om hun var interesseret i et tilbud om hjælp til kostmægning og motionsvejledning, da der for mange mennesker er sammenhæng mellem overvægt og inkontinens.

- Det sagde jeg tak til med det samme, det er stor luksus at få et sådan tilbud, siger Anita Gregersen, som var overvægtig og havde et stort ønske om at tabe sig, og flere gange havde forsøgt sig på egen hånd med pulverkure og andet, som ikke havde virket.

Anita blev derefter kontaktet af Sund Infos kliniske diætist Janne Danielsen med et tilbud om et møde. Her talte de om Anitas store ønske om at tabe sig.

- Det var en rigtig god samtale, hvor vi lavede aftaler

om, hvordan jeg kunne lægge min måde at indtage på om. Der var fire ting, jeg skulle ændre: fjerne smør fra brødet, anvende fødevarer, f.eks. kød og ost, med en lavere fedtprocent, bruge en lille tallerken til min mad samt sætte slikskålen væk fra sofabordet og nøjes med et par stykker slik kombineret med frugt og nødder. Det var få gode konkrete råd, jeg kunne overskue og som ikke krævede store ændringer i hverdagen at give sig i kast med, siger Anita Gregersen.

Anita og Janne fik også talt om motion og hvordan Anita kunne få det indarbejdet i hverdagen.

- Vi lavede en aftale om, at jeg skulle gå en tur på 30 minutter hver dag, men hvis jeg kun gik i 20 minutter var det også ok. For det er jo bedre end ikke at gøre noget, siger Anita Gregersen, som glæder sig over, at der blev lagt en realistisk plan, og at hun selv var med til at lave den.

Efter en måned kom hun til sin første kontrolsamtale og -vejning hos Janne Danielsen.

- Der havde jeg allerede tabt 4,5 kilo, så det var meget motiverende for at fortsætte med den plan, vi havde lagt. Jeg havde heller ingen problemer med at følge den,



Anita Gregersen i samtale med klinisk diætist Janne Danielsen.

for det var jo i virkeligheden småting, jeg skulle gøre, siger Anita Gregersen, som har stor ros til den måde, hun blev vejledt på.

- Når jeg kom til vejningerne, var jeg ikke altid selv tilfreds, for nogen gange syntes jeg ikke, det gik hurtigt nok med vægttabet. Men jeg fik altid ros og opmuntrende ord med på vejen, så jeg var altid motiveret til at fortsætte, når jeg tog herfra, siger Anita Gregersen, der havde tid i Sund Info ca. en gang om måneden i syv måneder, sideløbende med behandlingerne i Gynækologisk Ambulatorium.

I løbet af perioden tabte Anita Gregersen sig 17 kilo og hendes inkontinensproblem blev så formindsket, at hun slap for at blive opereret.

- Jeg synes Sund Info er en gave, som jeg har været meget glad for at tage imod, og jeg er så heldig, at jeg har fået lov til at komme et par gange ekstra, selvom jeg er afsluttet i Gynækologisk Ambulatorium. Det har været meget positivt for mig at komme her, og samtidig har jeg sparet sygehuset og det offentlige for udgift til en operation, foruden de mere langsigtede udgifter, der ville komme, hvis jeg havde forsat mit liv med den overvægt, jeg havde, inden jeg kom i gang med besøgene hernede, siger Anita Gregersen.

K - for Kost - gælder også forebyggelse af underernæring

Ca. 40 procent af alle indlagte patienter har svært ved at få dækket deres ernæringsbehov. På Center for Ernæring og Tarmsygdomme arbejdes der med evidensbaseret ernæringsterapi for at sikre at patienterne får det rette kostindtag. Til gavn for såvel den enkelte som for samfundsøkonomien.

Afsygeplejerske, ph.d. Mette Holst, Forskningsleder for Klinisk Ernæring, og ledende overlæge professor, ph.d. Henrik Højgaard Rasmussen, Center for Ernæring og Tarmsygdomme, Medicinsk Gastroenterologisk Afdeling og Aalborg Universitet, Institut for Planlægning og Institut for Medicin og Sundhedsteknologi

Mens konsekvenserne af at spise for meget dominerer samfundsdebatten, er det modsatte snarere problemet for en lang række syge hospitalsindlagte og ældre. Omkring 30 procent af alle ældre, og 40 procent af syge og hospitalsindlagte, har nemlig svært ved at spise tilstrækkeligt til at få dækket deres næringsbehov. De er dermed i risiko for komplikationer til underernæring, også kaldet ”ernæringsrisiko”. Dette har betydelige konsekvenser for den enkelte og for samfundsøkonomien.

Nedsat kostindtag hos syge har alvorlige konsekvenser

Når kroppen hos raske mennesker får for lidt at spise, kan den i vid udstrækning tilpasse sig ved at tære på fedtdepoterne og nedsætte sit energiforbrug. Dette sker ved nedsættelse af aktivitetsniveau og dermed forbrænding. Hos syge mennesker er denne funktion sat ud af system.

Hormonelle påvirkninger som nedsætter appetitten, forekommer i varierende grad i forbindelse med sygdom. Ydermere har meget af den nødvendige behandling, der gives for sygdom den konsekvens, at appetitten nedsættes, maden smager anderledes, og patienten føler sig mæt, før kroppen har fået dækket behovet for næring. Den automatiske regulering af sult og tørst er således sat

ud af drift. Den syge krop som ikke formår at nedsætte sin aktivitet, forbrænder muskler, når den ikke får tilført nok brændstof. Således tærer organismen på eget muskelvæv for at kunne bruge dette som energi.

I løbet af meget kort tid vil denne underernæring medføre nedsat immunforsvar, øget risiko for at få infektioner f.eks. lunge- og blærebetændelse, langsommere opheling af væv og flere infektioner af operationsår. Andre konsekvenser for den enkelte er forlænget genoptræning, hyppigere genindlæggelse, længere tids fravær fra arbejde og depression. Mange studier påviser desuden øget dødelighed hos patienter, der er i dårlig ernæringstilstand sammenlignet med patienter, der spiser tilstrækkeligt og er i god ernæringstilstand. I et studie omhandlende ernæring på tre medicinske afdelinger på Aalborg Sygehus, fandt man, at dødeligheden hos patienter, som indtog 50 procent eller derunder, af deres energibehov, havde fire gange øget risiko for at dø i tilslutning til deres sygdom. Dette er ligeledes påvist i mange internationale studier.

Det samfundsøkonomiske perspektiv

Underernæring er generelt et alvorligt offentligt sundhedsproblem i Europa, og koster EU omkring **840 milliarder kr. hvert år**. Alene i Danmark er meromkostninger relateret til underernæring for medicinske patienter 60+, indlagt >7 dage, beregnet til 168 mia. kr. årligt. En omkostningseffekt analyse tyder på en årlig besparelse på godt en halv mia. kr. ved ernæringsstøtte til patienter i risiko for underernæring under indlæggelse.

I sygehuskøkkener produceres dagligt op mod 100.000 måltider til patienter, pårørende og personale. Prisen for dette er en mia. kroner årligt. En betydelig del af denne mad ender imidlertid som madspild. Trods den enorme udgift er det stadig et problem at give tilstrækkelig ernæring til syge, hospitalsindlagte patienter.

Ernæringsrisiko hos ældre og kronisk syge i hjemmet

Hos ældre mennesker og mennesker med kronisk sygdom, herunder lungesygdommen KOL, er det kendt at for lidt af energi og protein kan have svære negative konsekvenser.

Såvel for ældre som hos kronisk syge gælder det, at mennesker som spiser for lidt, er tynde eller spiser forkert, oftere er syge. Disse er hyppigere indlagt på sygehuset og er som oftest indlagt i længere tid. Samtidig har de en længere genoptræning efter indlæggelsen, set i forhold til mennesker indlagt for samme sygdom, men som er i bedre ernæringsstilstand. Den længere genoptræningstid og længere tid det tager at komme til kræfter efter et sygdomsforløb, viser sig blandt andet ved et øget behov for hjælp til personlige pleje og daglige aktiviteter. Ligeledes bliver underernærede mennesker hyppigere genindlagt kort tid efter udskrivelse. Hver sygdomsperiode hos den ældre og kronisk syge patient, vil nedsætte deres muskelmasse, mobilitet og evne til at klare sig selv. Ofte oplever man desværre, at sygdomsperioder,

særligt hvis der ikke understøttes med tilstrækkelig god ernæring og tilpasset fysisk aktivitet, medfører, at patienter og ældre aldrig kommer tilbage til samme funktionsniveau som før sygdommen. Det er derfor særdeles vigtigt, at man sørger for at prioritere den gode ernæringsstilstand hos ældre og kronisk syge, før det er for sent.

På den psykiske side er der også en kendt sammenhæng mellem at spise for lidt og udvikling af depression eller depressiv tilstand hos ældre mennesker og syge. Dette medfører en negativ cirkel, da det kan være meget svært at motivere den deprimerede til at tage ansvar for sin egen tilstand ved at spise og drikke.

Evidensbaseret ernæringsterapi

Forebyggelse og hurtig ernæringsterapi nedsætter patientens risiko for komplikationer. Evidensbaseret systematik er påkrævet for at sikre, at ernæringsterapi gives til de rette patienter. Ernæringsterapi som evidensbaseret medicin har en stadig en udfordring i at opnå anerkendelse i den medicinske verden. Randomiserede, klinisk kontrollerede, dobbeltblindede undersøgelser hersker fortsat, og ofte med god grund, øverst på evidenshierarkiet i den medicinske verden. Imidlertid kan det være meget svært at blinde ernæringsterapi, og i mange tilfælde også at lave en kontrolleret randomiseret undersøgelse. Derfor rangerer evidensen for ernæringsterapi ofte lidt lavere på evidensskalaen end andre typer af behandling, hvis virkning er undersøgt mod hinanden. Det betyder imidlertid ikke, at ernæringsbehandling er mindre evidensbaseret. Der foreligger en lang række studier, som sammenligner standardbehandling med en specifik intervention, hvor specifik ernæringsterapi (f.eks. energi- og proteinberiget kost, drikke eller sondemad) er i stand til at reducere komplikationer og forkorte sygdomsforløbet, samt give patienterne en bedre livskvalitet.

Alle patienter bør derfor gennemgå et ernæringsrigtigt forløb med:

screening → ernæringsplan → monitorering → evaluering/
vurdering → kommunikation.

Indledningsvis skal alle patienter i ernæringsprocessen ved indlæggelse **screenes for ernæringsrisiko**. Screening er nødvendig, da det umiddelbare indtryk af patienters ernæringsstilstand ikke er tilstrækkeligt. Man kan således godt være betydeligt overvægtig, men være i risiko for komplikationer til underernæring, hvis man stort set intet har spist gennem den seneste uge, hvilket ofte er tilfældet ved svær akut sygdom. Screeningen indeholder oplysninger om BMI, kostindtag gennem den seneste uge, vægtnedgang gennem de seneste tre måneder og graden af sygdom, som individuelle og fælles evidensbaserede prædiktorer for ernæringsrisiko. Screeningsmetoden som anvendes på sygehuse i Danmark hedder NRS-2002, anbefales af Sundhedsstyrelsen og den europæiske ernæringskommision ESPEN, og indeholder netop disse parametre. Ved screeningen finder man patienter i ernæringsrisiko. For disse patienter skal der laves en ernæringsplan og man monitorerer kostindtag og vægt. En nøjere ernæringsvurdering gøres ved kostregistrering og samtale med patienten. Mere specifikke undersøgelser gøres afhængig af patientens diagnose, for eksempel graden af synkebesvær.

På denne måde finder man årsager til at patienten ikke spiser tilstrækkeligt, og det bliver dermed muligt at give en tilpasset ernæringsterapi, og lindrende behandling af årsagerne til manglende kostindtag, som. For eksempel kvalme.

Kosten, der gives patienten i ernæringsrisiko, er mere energi- og proteintæt, så patienten ikke skal spise så store mængder for at få dækket sine behov. Patientens behov for energi og protein fastsættes ved initiering af

ernæringsplanen. Dette er nødvendigt på baggrund af den ofte manglende appetit, som ses hos patienter der er akut syge, ligesom det ofte ses hos ældre mennesker. I kosten til den ernæringstruede patient, indgår 5-8 daglige måltider, inklusive ernæringsdrikke, som har et højt indhold af kalorier og protein og er nemme at konsumere for patienten. Desuden kan ernæringsplanen indeholde enteral ernæring (sondemad), og parenteral ernæring (drop).

Gennem monitorering sørger man for en løbende justering af ernæringsterapien, efterhånden som patientens tilstand ændrer sig.

Den korte indlæggelsestid skal bruges rigtigt

Indlæggelsestiden, som i dag er meget kort, høres ofte som en begrundelse for at man ikke går i gang med ernæringsterapi til patienter. Dette er imidlertid ikke fornuftigt. Den korte indlæggelsestid skal derimod anvendes til at tilrettelægge en god ernæringsterapi for og sammen med patienten, hvis denne er i fortsat ernæringsrisiko ved udskrivelser. Også i forbindelse med patientforløb, hvor patienter skal have foretaget en længerevarende behandling eller afventer en større operation, er det væsentligt at forebygge underernæring. Her skal der planlægges ernæringsterapi på baggrund af risikofaktorer for ringe kostindtag, som man ved kommer til i forløbet.

Kommunikation med patienten og samarbejdspartnere, herunder egen læge, hjemmesygepleje, pårørende, madleverandør eller andre behandlere, er en del af ernæringsprocessen. Der skal laves klare mål for behandlingen. Disse mål, samt hvem der har ansvar for opfølgning og hvordan denne skal foregå, skal kommunikeres til rette vedkommende. Ved udskrivelse fra sygehus er det lægens og sygeplejerskens ansvar, at disse ting kommunikeres, naturligvis med patientens samtykke.

Ernæringsprocessen i primærsektoren

Tilsvarende ernæringscreening bør foretages hos ældre mennesker og patienter med kroniske sygdomme. På plejehjem er det almindeligt, omend frivilligt, at borgere screenes for underernæring. Der er fortsat et stort forbedringspotentiale for screening af kronisk syge og udsatte borgere i primærsektoren, ligesom henvisningsmulighederne for praktiserende læger fortsat er begrænsede. Der arbejdes i Center for Ernæring og Tarmsygdomme ved Aalborg Sygehus på at etablere et projekt, som giver praktiserende læger henvisningsmulighed for patienter med komplekse ernæringstilstande, når diætistbistand og ernæringsdrikke på recept ikke er tilstrækkelige til at forebygge og behandle problemet. Ligeledes arbejdes der på en henvisningsmulighed for afdelingerne, som ved udskrivelse af patienter med komplekse ernæringsproblemstillinger, mangler hjælp til kvalificeret opfølgning og justering af ernæringsterapi.

Forebyggelse er fremtiden

Der er fortsat meget at lære omkring risikofaktorer for underernæring og behandlingsmetoder. Dog er det helt evident, at særlig hos kronisk syge og gamle er resultaterne langt bedre, når ernæringsrisiko findes tidligt i sygdomsforløbet, og vægttab kan undgås. Det er derfor afgørende at forebyggelse ved screening fortsætter, og at ernæringsprocessen integreres tidligt i de ambulante behandlingsforløb.



Før det hele går op i røg

I Danmark dør hvert år 14.000 mennesker af tobaksrelaterede lidelser. De er dermed årsag til hvert fjerde dødsfald i Danmark. Rygere lever 7-10 år kortere end danskere i øvrigt. Antallet af dødsfald har kun været let faldende, til trods for at antallet af rygere blandt voksne danskere over 15 år er faldet fra 33 procent i 2000 til 20 procent i 2010.

Af 1. reservelægerne Simon Munkesø Jepsen, Søren Bagge Pedersen og Jens Tveen Bak samt afdelingslæge, lektor Ulla Møller Weinreich, Lungemedicinsk Afdeling

Gennemsnitslevetiden for danske kvinder og mænd er henholdsvis 81,2 og 77,7 år, hvilket er ca. to år mindre end de øvrige skandinaviske lande. Tre fjerdedele af denne overdødelighed menes at kunne tilskrives rygning. De tobaksrelaterede lidelser er således sygdomme, som udvikler betydelig latenstid, og danskernes tobaksforbrug er således stadig en væsentlig bidragsyder til forbruget af sundhedsydelser.

Tobaksrelaterede lidelser koster hvert år en Storebæltsbro, lød en overskrift i Berlingske Tidende for nogle år siden. Og det er korrekt, at ser man på problemstillingen med sundhedsøkonomiske øjne, er der mange sundhedsudgifter forbundet med tobaksrelaterede lidelser. De direkte omkostninger til behandling af såvel rygende mænd som kvinder er allerede fra 35-års alderen større end for aldrig-rygende jævnaldrende, (og tager man indirekte omkostninger til sygefravær med videre i betragtning, stiger tallet ikke overraskende yderligere.

Lungesygdomme er selvsagt en fremherskende blandt de tobaksrelaterede sygdomme. Cirka 430.000 danskere formodes at lide af Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL). Halvdelen af KOL patienterne er ikke bekendte med deres diagnose og til trods for, at dette faktum har været velkendt i en lang årrække, er der intet der tyder på at det har ændret sig væsentligt.

Århusianerne havde i hele 2007 mulighed for anonymt at komme ind fra gaden og få foretaget spirometri (lungefunktionsmåling): 43 procent af deltagerne havde KOL og 77 procent af disse var tidligere uerkendte. KOL patienterne er samtidig en patientgruppe med meget høj grad af komorbiditet, et forhold man nu også adresserer i de globale anbefalinger for håndtering af sygdommen. Ved en undersøgelse på en medicinsk afdeling havde 40 procent af patienterne KOL som en bidiagnose til deres egentlige indlæggelsesårsag (og halvdelen vidste det ikke) En nylig - endnu ikke offentliggjort - undersøgelse på Aalborg Sygehus giver ikke anledning til at tro, at dette er væsentligt anderledes end det, man ser inden for andre specialer.

30 procent af alle rygere forsøger hvert år at stoppe med at ryge

Man skulle tro, at med denne viden om tobakkens skadelige virkning, ville det være en relativ let sag at hjælpe rygerne med at ophøre tobaksmisbruget. 9 ud af 10 rygere fortryder da også, at de nogensinde begyndte at ryge, og tre ud af fire har et ønske om at holde op. 30 procent af alle rygere forsøger også hvert år at gennemføre et rygeophør. Imidlertid indeholder tobakken som bekendt nikotin, som er afhængighedsskabende, og det skønnes at cirka 60 procent, svarende til godt en halv

million af de danske rygere er afhængige af tobak. Denne afhængighed sidestilles i dag med kronisk sygdom på lige fod med andre afhængighedssyndromer, og risikoen for tilbagefald er livslang. Trods faldet i antallet af rygere er behovet for hjælp til rygeophør ikke blevet mindre, idet såvel det daglige forbrug og afhængigheden af tobak er større hos den tilbageværende gruppe.

Motiverende samtaler får flere til at stoppe med at ryge

Ser man, igen med sundhedsøkonomiske øjne, på den præventive indsats inden for tobaksforebyggelse er det imidlertid også et område, hvor indsatsen virkelig kan betale sig. Et vundet leveår koster 4500 kroner, og halvdelen af alle rygere ønsker et tilbud om hjælp til rygeophør. Samtidig har vi relativt enkle og vel-validerede principper til at støtte rygeren i et tobaksophør og substitutionsbehandling (erstatningsbehandling) til at understøtte denne rådgivning til rådighed. Helt centralt i denne proces er den motiverende samtale, som alle sundhedsprofessionelle bør kunne udføre. En kort motiverende samtale fører til rygeophør hos en ud af 40 rygere, den længerevarende samtale fører til rygeophør hos en ud af 16 rygere.

I dialogen med patienten gennemløber man fire faser: Overvejelses-, Forberedelses-, Handlings- og til sidst Vedligeholdetsstadiet. Rygeren skal, for at have en chance for at opnå et rygeophør, være motiveret. Her kommer den motiverede samtale ind i billedet. Hvis rygeren er motiveret, bruges den motiverende samtale til at øge rygerens viden omkring konsekvensen af fortsat rygning, til at støtte, guide og forberede rygeren undervejs i rygestopsprocessen.

I overvejelsesstadiet afklares rygerens grundviden, og hvis denne er mangelfuld, øges hans opmærksomhed på, hvad fortsat rygning kan føre til. Det er vigtigt, at behandlerens følelser og holdninger holdes udenfor, og at informationen er baseret på fakta.

Med empati og sympati overfor den proces rygeren skal igennem gøres rygeren opmærksom på nødvendigheden i et rygestop, selvom den proces er svær. Samtidig gøres rygeren opmærksom på at tidligere fejlslagne forsøg faktisk øger sandsynligheden for, at det lykkes. Derfor er det mere en styrke end en svaghed, at det tidligere er forsøgt.

Rygeren opfordres til lave en liste over de grunde, han har til at stoppe, da dette er med til at styrke hans beslutsomhed i den kommende tid. Man kan opfordre rygeren til at score sig selv på en skala fra 0 til 10, der angiver hvor motiveret han er (med 10 som det mest motiverede). Hvis rygerens motivation er mindre end 7, identificerer man sammen med rygeren de største forhindringer, han ser og de største styrker, han har. Derved øges rygerens indsigt i de svagheder og styrker han har, og hvornår han skal passe på i den kommende proces.

Vigtigt at fastlægge en stopdato

For at komme fra overvejelses- til forberedelsesstadiet laves der i fællesskab en stopdato. Denne er vigtig. Stopdatoen skal ligge inden for en overskuelig fremtid - ikke ligge i en periode, hvor der ikke er et stort pres på rygeren, for eksempel fra arbejde eller andre pligter. Man bør opfordre til totalt rygestop, ikke nedtrapning eller festrygning. Alt, der associeres med rygning, bør fjernes på stopdatoen. Når dagen er valgt, er det en god ide, hvis rygeren søger støtte og opbakning, eksempelvis i sin omgangskreds, og rygeren opfordres til at forpligte sig til forsøget ved at fortælle sine omgivelser om rygestoppet. Derudover bør man arrangere støtte fra professionelle; læge, rygestopinstruktører, på rygestopkurser eller på STOP-linjen. Sund Info har siden 2002 tilbudt rygestopkurser til rygere med ønske om at stoppe tobaksmisbruget.

Perioden op til stopdatoen skal rygerne bruge til at forberede sig mentalt på rygestopet. Den kommende eks-ryger skal afklare, hvad der får ham til at ryge, og prøve at ændre vanerne. En simpel måde er at forlænge pauserne mellem cigaretterne. I denne periode grundlægges også vanerne, der skal afløse rygningen, for eksempel frugtpausen, middagsluren eller løbeturen. Rygeren skal desuden forberedes på abstinenserne og deres forløb. En måde at takle disse på kan for eksempel være nikotin-substitution (nikotin-erstatning), som Rygestop-guiden indeholder en udmærket vejledning til. Sandsynligheden for et varigt rygestop øges betydeligt ved brug af nikotinsubstitution samt rådgivning eksempelvis i form af rygestopkurser. Sandsynligheden for fortsat rygestop efter et år ved en ”kold tyrker” er kun 2-3 procent. Yder man en optimal rygestopsvejledning, som f.eks. rygestopkurser kombineret med nikotinsubstitution, øges succesraten, så 20-30 procent af rygerne som deltager forsat vil være røgfrie efter et år].

Der findes flere forskellige måder at afholde rygestopkurser på. Rådgivningen kan foregå telefonisk, ved individuel rådgivning og som grupperådgivning. Alle tre metoder er vist at være lige succesfulde.

Det optimale rygestopforløb indeholder fire kursusseancer, yderligere seancer har vist sig ikke at have bedre effekt på rygestop.

Rygestopkurser i Sund Info

Som tidligere anført begyndte Sund Info i 2002 at tilbyde rygestopkurser. De første fire år blev der afviklet ca. 10 hold årligt, desuden blev der tilbudt individuelle forløb. Antallet af deltagere var i disse år ca. 150 deltagere årligt.

I 2007 blev der indført ny sundhedslov, således at gruppe-rygestopkurser i højere grad blev et kommunalt anliggende. Sund Info tilbød i højere grad individuelle rygestopkurser for herved bedst muligt

tidsmæssigt at tilpasse sig patientens behandling på sygehusafdelingerne. Trods omstrukturering i forbindelse med strukturreformen er tilbuddet stadigt populært. Der var i 2011 72 nyhenviste rygere. Disse havde i gennemsnit tre besøg hver. I forbindelse med at man på sygehusafdelinger bruger flere ressourcer på KRAM-screening (KRAM = Kost, Motion, Alkohol og Motion) øges opmærksomheden blandt både sundhedspersonale og patienter på de risikofaktorer, som medfører sygdomme og sygdomsforværringer. Antallet af henviste patienter rygestopkurser hos Sund Info er derfor stigende. Prognosen for 2012 er at hele 120 nyhenviste rygere vil deltage i rygestopkurser.

Den forebyggende indsats i Region Nordjylland virker!

I 2008 var der på landsplan var ca. 25 procent af den voksne befolkning, der røg. Men antallet af rygere blandt den voksne befolkning i Region Nordjylland var 23,8 procent. Regionen lå således på daværende tidspunkt under landsgennemsnittet.

Det er ikke kun patienter, der kan henvises til rygestopkurser. Sund Info tilbyder udover rygestopsvejledning til patienterne, som henvises fra stamafdelingernes ambulatorier og sengeafsnit også vejledning til pårørende, som tilbydes fælles forløb med den primært henviste patient. Desuden tilbydes der, for at øge den samlede sundhed for sygehusets ansatte, rygestopkurser specifikt målrettet regionens ansatte.

Nikotinsubstitution øger chance for rygeophør

Et andet vigtigt redskab i kampen mod tobakken er nikotinsubstitution. Den nydelse, som mange rygere oplever ved nikotinindtag, skyldes hovedsageligt påvirkning af receptorer i cortex cerebri (hjernebarken) og limbiske strukturer (mellemhjernen). Dette er i disse dele af hjernen den afhængighed, som en stor del af patienterne oplever, opstår.

I Danmark forhandles et stort udvalg af nikotinsubstitutionspræparater (NRT (Nicotine Replacement Therapy)) til brug ved rygeophør. De mest populære formuleringer er depotplaster, tyggegummi og inhalator, men herudover findes sugetabletter, resoribletter, mundhulespray og næsespray.

Der ikke påvist signifikant forskel mellem effektiviteten af de forskellige præparatyper, og der er derfor ikke grundlag for at anbefale ét frem for andre. Et randomiseret (lodtrækning) studie fra New Zealand har ikke kunnet konstatere højere succesrate for rygeophør efter seks måneder ved adgang til et bredt udvalg af NRT, sammenlignet med behandling bestående af depotplaster og tyggegummi. Der er evidens for øget effekt af kombinationen af depotplaster og behovsmedicinering med tyggegummi eller inhalator, sammenlignet med monoterapi. Hos udprægede storrygere (>30 cigaretter per dag) eller rygere med høj grad af fysisk afhængighed, er der desuden belæg for at anbefale fire mg tyggegummi frem for to mg.

Den anbefalede behandlingsvarighed er 8-12 uger, med mulighed for anvendelse i op til et år, vejledt af graden af fortsatte abstinenssymptomer under behandling eller ved forsøg på rygestop. Op til 17 procent af brugere af NRT bliver langtidsanvendere, men stort set ingen udvikler egentlig afhængighed, vurderet efter ICD-10 kriterier. Laveste incidens af langtidsbrugere ses hos rygere, der anvender depotplaster [19]. Den største udfordring i anvendelsen af NRT er underdosering, som er hyppigt forekommende og den vigtigste årsag til behandlingssvigt.

Nikotinsubstitutionsbehandling er effektiv til behandling af nikotinafhængighed, og øger sandsynligheden for langtidsophør med 50-70 procent. Behandlingen er således særdeles omkostningseffektiv.



Behandling med NRT giver generelt kun få milde og forbigående bivirkninger. Disse er oftest lokale i relation til administrationsmåden, for eksempel ses slimhindeirritation i mund og svælg, halsbrand og mavegener ved f.eks. brug af sugetabletter og tyggegummi. Ved brug af depotplaster er observeret kløe/udslæt på applikationsstedet og ved næsespray svie, snue og nysen. Der findes få kontraindikationer og behandlingen er sikker, selv hos patienter med hjertekarlidelser.

NRT kan anvendes til gravide og ammende kvinder efter lægelig vurdering. Generelt anbefales nikotinsubstitutionsbehandling til kvinder, som på trods af erkendt graviditet fortsat ryger flere end 10 cigaretter dagligt. Behandling med NRT er, trods sparsomme data vedrørende den teratogene effekt (mulige fosterskader), at foretrække frem for rygning under graviditeten.

Medicin kan også anvendes til rygestop-behandling

Ud over nikotinsubstitutionen findes der to typer medicin på markedet. Det ene er Bupropion, oprindeligt et antidepressivt middel, som har været benyttet i forbindelse med rygeophør i en årrække. Der er tale om lægeordineret medicin, hvis effekt er på linje med NRT. For få år siden kom Vareniclin på markedet, og dette er angiveligt det mest effektive middel, vi har til rådighed i forbindelse med rygestop i dag. Også dette er lægeordineret, og rygeren skal orienteres grundigt før brug, idet en sjælden, men meget alvorlig bivirkning, er selvmordstanker. Rygeren skal orienteres om straks at tage lægekontakt, såfremt dette opstår.

Herudover er der et antal tilbud til rådighed på det alternative marked. En del for hvilke, der er begrænset evidens, en del for hvilke evidensgrundlaget ikke er tilstrækkeligt undersøgt, og en del, der er evidens for ikke virker (figur 1).

Uden yderligere kommentarer synes dette med al tydelighed at demonstrere, at det er nødvendigt, at der er uddannede, sundhedsprofessionelle rådgivere til stede til at hjælpe rygerne med at kvitte cigaretterne. Arbejdet udføres i alle de sammenhænge, hvor rygeren møder de sundhedsprofessionelle: hos den praktiserende læge, på sygehuset. Både på de medicinske afdelinger, hvor der har været tradition for rådgivningen og på de kirurgiske afdelinger. Her bliver der i henhold til Lægehåndbogens anbefalinger rådgivet om rygeophør 6-8 uger før de planlagte operationer af hensyn til blandt andet sårheling. Der foretages rådgivning i svangreomsorgen og i pædiatrien, rettet mod forældrene. Omdrejningspunktet her er Den Motiverende Samtale. Herefter har vi Sund Info som et kompetent og kvalificeret behandlingstilbud, klar til at tage over.

Type	Evidens	Bemærkninger
Hypnose	Evidens for, at der ikke er effekt	Der er ikke fundet signifikant øgede længerevarende rygestopprater i RCT*. Cochrane review udført **
Akupunktur, akupressur, laser terapi, elektrostimulation	Evidens for, at der ikke er effekt	Der er ikke fundet signifikant øgede længerevarende rygestopprater i RCT*. Cochrane review udført **
Anxiolytika (afslappende medicin)	Evidens for, at der ikke er effekt	Der er ikke fundet signifikant øgede længerevarende rygestopprater i RCT*. Cochrane review udført **
Allan Carr's Easy Way metode	Utilstrækkelig evidens	Der findes ingen RCT*. Der blev fundet større rygestopprater ved intervention på arbejdsplads, men effekten skal underbygges ved RCT før metoden kan anbefales, da der ellers kan være tale om tilfældigheder.
St. Johns urt (Prikbladet perikum)	Utilstrækkelig evidens	Har kendte antidepressive egenskaber. Et par mindre undersøgelser har ikke vist effekt
Aversionsterapi – hurtig-gentagen rygning	Nogen grad af evidens	Der er ikke fundet signifikant øgede længerevarende rygestopprater i RCT*. Cochrane review udført **
Fysisk aktivitet – motion	Nogen grad af evidens	Der er nogen evidens for at eget fysisk aktivitet øger den kortvarige – men ikke den langvarige rygestoprate. Der er nogen evidens for at motion kan mindske abstinenssymptomer ved rygestop, og kan have positiv virkning på vægten.

Figur 1. Alternative behandlingsmetoder i forbindelse med rygeophør. Behandling af tobaksafhængighed – Anbefalinger til en styrket klinisk praksis. Sundhedsstyrelsen 2011.

Fik redskaber til at håndtere rygetrang

Samtaler med rygestopinstruktør i Sund Info hjalp tidligere skoleleder Myrna Strøm Philbert til at håndtere de situationer, hvor trangen til at ryge var størst.

Af journalist Charlotte Tybjerg Sørensen, Aalborg Sygehus

I efteråret 2011 blev Myrna Strøm Philbert pga. mavesmerter og synkebesvær henvist til Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling på Aalborg Sygehus. En skanning viste, at hun havde en svulst i maven, hvilket betød, at hun skulle opereres. Skanningen viste også, at der var tale om en svulst, hun havde haft i flere år, og at den havde en langsom celledeling. Der var blot to krav til hende, inden en operation kunne finde sted:

- Lægen sagde til mig, at jeg skulle stoppe med at ryge og drikke alkohol for at komme nemmere igennem operationen, og for at opnå en hurtigere og bedre heling, siger Myrna Philbert, der havde røget ca. 15 cigaretter om dagen i 50 år og som så mange andre drak et glas vin til en god middag.

Afdelingen gjorde Myrna Philbert opmærksom på, at hun kunne få hjælp i Sund Info til at stoppe.

- Jeg kendte ikke til Sund Info i forvejen, men gik direkte derhen og fik en samtale med sygeplejerske og rygestopinstruktør Laura Høgsaa om mit afhængighedsforhold til cigaretter. For jeg ville gerne komme godt igennem operationen, siger Myrna Philbert, som tidligere havde prøvet at stoppe med at ryge ved hjælp af hypnose, men var begyndt igen.

Myrna Philbert og Laura Høgsaa aftalte, at Myrna først skulle prøve at bruge nikotinplaster, men det gav hende influenzalignende symptomer.



Myrna Philbert en tilfreds X-ryger.

- Så jeg tog en rigtig iskold tyrker i begyndelsen af februar og har ikke røget siden, siger Myrna Philbert her næsten fire måneder senere.

Fik styr på opskrifterne

For rygere er trangen til at tage en smøg meget stor på bestemte tidspunkter på dagen, og i snakken med Laura Høgsaa blev Myrna blandt andet spurgt, om hun havde tænkt på, hvad hun kunne gøre, når trangen meldte sig.

- Det var alle tiders at blive inddraget og have muligheden for at få vendt tingene, det giver meget mere, end hvis folk bare fortæller en, hvad man skal gøre, siger Myrna Philbert, som gik i gang med at ordne projekter, der var blevet udskudt.

- Jeg fik styr på en masse opskrifter, som jeg havde haft liggende. Jeg fik noget at bruge hænderne til og som jeg skulle koncentrere mig om - det fik fokus fra cigaretterne væk i de "farlige" situationer, siger Myrna Philbert, som har erkendt at trangen til at ryge altid vil være der, specielt efter måltiderne.

- Men så rejser jeg mig op og går ud i køkkenet og laver noget andet for ikke at have ondt af mig selv, siger hun. Myrna Philbert har en pakke cigaretter, en lighter og et askebæger liggende hjemme på klaveret, og har det fint med at nøjes med at kigge på det.

- Som tidligere leder har jeg stillet krav til andre mennesker, så jeg vil have meget svært ved at forklare det, hvis jeg ikke selv overholder de krav, jeg stiller til mig selv.

Ekstra bonus – en nymalet stue

Lige nu er hun ved at genfinde kræfterne efter operationen, som fandt sted som planlagt midt i marts. Som en ekstra bonus kom hun hjem til en nymalet stue.

- Min mand, der stoppede med at ryge for flere år siden, benyttede sig af mit rygestop til at få malet stuen for at få den sidste cigaretrøg ud, siger Myrna Philbert med et smil.

Myrna Philbert kunne nøjes med to samtaler med Laura Høgsaa, men har et åbent tilbud om at kunne kontakte hende, når trangen til at ryge melder sig. Hun er meget glad for, at der var mulighed for at få rygestopvejledning på sygehuset.

- Jeg kunne måske godt være stoppet, uden at have været i forbindelse med Sund Info, hvis det havde været et spørgsmål om liv eller død. Men jeg fik en rigtig megen hjælp fra Laura i form af gode råd, vejledning og diskussioner med hende, og det har været meget vigtigt for, at jeg kunne gennemføre rygestoppet, siger Myrna, som er overbevist om, at hun har lagt cigaretterne på hylden for altid.

- Rygning, det begynder jeg ikke på igen, men når jeg er helet op, så vil jeg nok over veje at nyde et glas rødvin til en god middag engang imellem, siger hun.

Alkohol - Perspektiver på forebyggelse i sygehusregi

Alkoholforebyggelse er en kompleks opgave, da alkohol er risikofaktor for udviklingen af en række sygdomme samtidig med at det er forbundet med det gode og sunde liv. Sund Info har en væsentlig rolle i forebyggelsesindsatsen.

Af sygeplejerske Mette Grønkjær, MNg, ph.d., Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje

For stort alkoholforbrug resulterer årligt i 28.000 hospitalsindlæggelser, 10.000 skadestuebesøg og 72.000 ambulante besøg, mens 150.000 ekstra kontakter hos praktiserende læger skyldes alkoholrelaterede problemer. Ikke alle patienter kender til de sygdomme, som skyldes for stort alkoholforbrug, og de fleste patienter indlægges på grund af årsager, de ikke selv forbinder med alkohol, for eksempel kredsløbssygdomme, skrumpelever, kræftsygdomme med videre. Som sundhedspersonale møder vi derfor patienter med alkoholrelaterede problemer i mange sammenhænge, hvilket skaber rig mulighed for iværksættelse af systematiske forebyggende og sundhedsfremmende initiativer.

Alkohol er forbundet med det gode og sunde liv

Alkoholforebyggelse er en kompleks opgave, idet alkohol som risikofaktor for udviklingen af en række sygdomme er forbundet med et forebyggelsesmæssigt paradoks. Det skyldes, at midaldrende og ældre mennesker, der er alkoholaftagende, har en større risiko for at udvikle hjerte-karsygdom end de, der har et let til moderat alkoholforbrug. Selvom nyere forskning viser, at de sundhedsmæssige gevinster ved alkohol er begrænsede, peger undersøgelser på, at alkohol er forbundet med det gode og sunde liv. Alkohol er vidt accepteret

og forventet i det danske samfund, ligesom socialt alkoholbrug er betragtet uproblematisk (især hvis det er rødvin). Endvidere har alkohol forskellige betydninger alt afhængig af, hvilken kontekst den indtages i og den enkeltes livssituation. Det er derfor ikke tilstrækkeligt at reducere alkoholbrug til en enkelt parameter som mængde af genstande, men også medtænke at alkoholbrug er komplekst og forbundet med kulturelle og kontekstuelle faktorer.

Vi skal turde "tage teten"

Alkoholforebyggelse er således en stor udfordring – men det er ikke en umulig opgave. Vi må som sundhedsprofessionelle tage udfordringen op og imødekomme kravene om systematisk screening. Patienterne forventer at blive spurgt om deres alkoholbrug, og vi skal som sundhedspersonale turde "tage teten" og på en interesseret og omsorgsfuld måde spørge ind til patienternes alkoholbrug og de betydninger, der er forbundet hermed.

Systematisk indsats fordrer ledelsesmæssig opbakning, strategi for intervention samt tid og rum til drøftelse. Ikke mindst kræver det nøglepersoner, der har viden om og interesse for alkoholområdet. Her spiller Sund

Info en væsentlig rolle i forhold til både at være et forebyggelsesambulatorium og informationscenter for patienter, men også en henvisningsmulighed og sparringspartner for sundhedspersonale. Med Sund Infos centrale placering på tværs af alle afdelinger på Aalborg Sygehus har vi alle muligheder for at udbrede og udvikle forebyggende og sundhedsfremmende initiativer inden for alkoholområdet. Dette gør sig også gældende i forskningen, hvor Sund Info, sammen med sundhedskoordinatorer fra Regionens øvrige sygehuse og Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, arbejder sammen om et forskningsprojekt.

Projektet har til hensigt:

- 1) at afdække alkoholscreenings praksis med henblik på udførelse, evaluering og udvikling af alkoholforebyggelsesarbejdet i sygehusregi og
- 2) at være medvirkende til at skabe sammenhængende patientforløb i samarbejdet mellem sektorer vedrørende alkoholforebyggelse og behandling. Sidstnævnte er et godt eksempel på, at en styrket forebyggelsesindsats bør foregå i et tværfagligt samarbejde og med inddragelse af patienterne.



Sundhedsfremme og forebyggelse - fysisk aktivitet og M´et i KRAM

Mangel på motion og fysisk inaktivitet er en betydelig faktor, når det gælder sygdom og for tidlig død, uanset om man er tyk eller tynd. Vægten siger ikke nødvendigvis ret meget om sundhed. Det handler i stedet om kropsbygning, livsstil og aktivitet i løbet af dagen.

*Af forskningsansvarlig udviklingsterapeut Jane Andreasen Pt., DPt., MLP
og udviklingsansvarlig fysioterapeut Peter Larsen Pt., M.Reh., ph.d. stud., Ergoterapi- og Fysioterapiafdelingen*

Med sundhedsfremme og forebyggelse søger man at undgå, at sygdom opstår og videreudvikler sig. Sigtet er at fremme sundhed ved at styrke individuelle ressourcer og sociale og samfundsmæssige rammer, der påvirker vores sundhedstilstand og sundhedsadfærd. På Aalborg Sygehus er det primære fokus den patientrettede forebyggelse.

Sundhedsstyrelsen definerer fire principper for den regionale forebyggelse: patientrettet forebyggelse, forebyggelsen skal systematisk indgå i patientforløb, patienterne skal i centrum og behandlingsmiljøet skal fremme sundheden.

På Aalborg Sygehus har Sund Info tidligt etableret et årelangt samarbejde med væsentlige øvrige sundhedsprofessionelle aktører, heriblandt Ergoterapi- og Fysioterapiafdelingen. Samarbejdet har været målrettet og visionært med henblik på at implementere og gennemføre sundhedsfremme og forebyggelse ud fra ovenstående fire principper. De seneste år har Ergoterapi- og Fysioterapiafdelingen ligeledes været repræsenteret i Styregruppen Sund Info, hvor overordnede strategiske fokusområder besluttet og konkrete projekter godkendes og følges.

Arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse skal naturligvis i videst mulige omfang være evidensbaseret og kvalitetssikret. På Aalborg Sygehus arbejdes ihærdigt på flere niveauer på, at dette implementeres i afdelingernes daglige praksis. Organisatorisk og strategisk er dette arbejde forankret i Sund Info.

Fysisk aktivitet en meget vigtig del af forebyggelse og sundhedsfremme

Den Danske Kvalitetsmodel har i afgørende grad medvirket til at sundhedsfremme og forebyggelse i dag er standardiseret og operationaliseret på sygehuset. De seneste år er fysisk aktivitet og ernæring blevet særlige opmærksomhedspunkter i KRAM strategien – og med god grund.

Fysisk aktivitets sundhedsfremmende og forebyggende effekter er for længst evidensbaseret på såvel generelt niveau som på en lang række sygdomsspecifikke områder. Den canadiske professor og fysioterapeut Elisabeth Dean, der forsker i livsstilssygdomme, understreger, at de ikke-invasive interventioner er nøglen til at give patienterne et længere og bedre liv – og desuden sikre, at vi har råd til at opretholde et sundhedsvæsen for alle.

I samarbejde med Sund Info har Ergoterapi-og Fysioterapiafdelingen beskrevet retningslinjen ”Retningslinje for intervention ved fysisk inaktivitet” for patienter, der screenes og vurderes til at være fysisk inaktive ud fra Sundhedsstyrelsen anbefalinger. Retningslinjen beskriver de tiltag, det sundhedsprofessionelle personale bør gøre sammen med patienten, hvis han/hun ikke efterlever Sundhedsstyrelsens anbefalinger for fysisk aktivitet.

Efterfølgende har Sund Info og Ergoterapi-og Fysioterapiafdelingen udarbejdet pjecen ”Fysisk aktivitet - også når du er indlagt” med budskaber om: hvorfor fysisk aktivitet, hvordan fysisk aktivitet, gevinsterne ved fysisk aktivitet og konkrete handlingsanvisende tiltag, som den enkelte patient selv kan gøre for at få en bedre generel sundhedstilstand.

Væsentlige budskaber fra KRAM-pjecen: ”Fysisk aktivitet - også når du er indlagt”.

Hvorfor:

Motion og fysisk aktivitet er af stor betydning for din generelle sundhed. I dag er det videnskabeligt bevist, at fysisk aktivitet har stor indflydelse på mange faktorer i relation til din sundhed og din livskvalitet.

Mangel på motion og fysisk inaktivitet er en betydelig faktor, når det gælder sygdom og for tidlig død, uanset om du er tyk eller tynd. Din vægt siger ikke nødvendigvis ret meget om din sundhed. Det handler i stedet om kropsbygning, din livsstil og hvor aktiv du generelt er i løbet af dagen.

Under din indlæggelse er det vigtigt, at du er så fysisk aktiv som muligt. Det hjælper til, at du hurtigere bliver rask, oplever færre komplikationer og hurtigere kan komme hjem.

Husk lidt aktivitet er bedre end ingenting. Det er aldrig for sent at komme i gang, og din alder er ingen hindring for at opnå de positive sundhedsgevinster, der er ved fysisk aktivitet.

Hvordan:

Du skal være moderat fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen de fleste af ugens dage. Mindst to gange om ugen skal du lave noget motion, hvor du bliver forpustet i mindst 20 minutter.

Gevinster:

- * Du nedsætter risikoen for at dø tidligt.
- * Motion beskytter mod hjertekarsygdom, type 2 sukkersyge, brystkræft, tarmkræft og demens.
- * Motion påvirker dit stofskifte, blodtryk, kolesteroltal, livvidde og vægt, samt muskelstyrke positivt.
- * Hvis man gennem hele livet har en KRAM (Kost, Rygning, Alkohol og Motion) venlig livsstil, lever man i gennemsnit 14 år længere, vel og mærke 14 år uden sygdom.

Sundhedsprofessionelle skal ikke løfte pegefingre

At det er svært at gennemføre livsstilsændringer er kendt viden, og at viden alene ikke ændrer adfærd, er ligeledes en erfaring, de fleste mennesker og således også patienter har gjort sig. Ved at have et kontinuerligt fokus og med en respektfuld tilgang uden ”løftede pegefingre” på patientens sundhed og livssituation kan vi som sundhedsprofessionelle medvirke til, at patienten får den rette information og dialog/samtale, som kan understøtte, at han/hun kommer i gang med sin livsstilsændring i forhold til fysisk aktivitet. Det er naturligvis kun patienten, der kan foretage sit valg, men fysioterapeuter, ergoterapeuter, læger, sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle skal besidde de videnskæssige forudsætninger til at hjælpe patienten i de forskellige faser. Ergoterapi- og Fysioterapiafdelingen har undervist personalet i effekten af fysisk aktivitet, de sundhedsmæssige konsekvenser af fysisk inaktivitet og sengeleje. Ligesom man har delt ud af den forskningsbaserede viden, der ligger til grund for anbefalingerne for fysisk aktivitet på Aalborg Sygehus.

Gennem årene har Ergoterapi- og Fysioterapiafdelingen i samarbejde med Sund Infos leder Lise Søndergaard søgt at fremme og implementere den systematiserede, evidensbaserede og kvalitetssikrede patientrettede sundhedsfremme og forebyggelse ved ovenstående tilgang og initiativer.

Forskningsprojekter i samarbejde med Sund Info

Forskningsforpligtelsen på sundhedsområdet er først og fremmest placeret i regionerne. Sund Info medvirker gennem flere forsknings- og udviklingsprojekter, hvor Ergoterapi- og Fysioterapiafdelingen også er involveret, til at frembringe ny viden. Det skal sikre, at forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatserne på sygehuset er evidensbaserede og tilrettelagt implementeringsmæssigt på en måde, så det overordnede nationale sigte om at

få mere sundhed og lighed i sundhed for befolkningen efterlevs. Derfor har der siden Sund Infos etablering sideløbende været fokus på vidensudvikling ved forsknings- og udviklingsprojekter, som kan bedre sundhedsfremme og forebyggelsesindsatsen på sygehuset. I det følgende vil vi kort beskrive de væsentligste projekter.

Giver ændringer i livsstil effekt på sundhedstilstand hos let overvægtige med forhøjet kolesteroltal?

Det første projekt Ergoterapi- og Fysioterapiafdelingen samarbejdede med Sund Info og Lipidklinikken om, var et klinisk kontrolleret randomiseret forsøg, hvor vi undersøgte, hvorvidt en livsstilsintervention på kost og motion havde effekt ift. sundhedstilstanden hos let overvægtige ansatte på Aalborg Sygehus. Projektet viste, som mange andre lignende projekter, at en sådan intervention ikke gav langsigtede effekter og derfor er studiets resultater ikke implementeret på sygehuset.

Er der en effekt ved fysisk aktivitet under og efter indlæggelse for større sår og amputationstruede patienter?

Aktuelt gennemføres et forskningsprojekt i et samarbejde mellem Ergoterapi- og Fysioterapiafdelingen, Sund Info og Ortopædkirurgisk afdeling. Projektets formål er at undersøge effekten af fysisk aktivitet under og efter indlæggelsen til patienter med større sår og amputationstruede patienter indlagt til på Ortopædkirurgisk afdeling. Til projektet er der produceret en træningsvideo, samt et hæfte med øvelser og vejledning, som patienten vejledes i at gennemføre to gange daglige under og efter indlæggelsen. Det er inkluderet 50 patienter, og databearbejdningen er pågående. Resultater forventes at kunne præsenteres i 2013.

Kan et træningsprogram med samtidig ernæringsindsats til ældre akut indlagte patienter forbedre deres funktionsevne og livskvalitet?

Det seneste projekt, som Sund Info, Ergoterapi- og Fysioterapiafdelingen, Medicinsk Center og Aalborg Kommune sammen er involveret i er projektet: ”Trænings- og Ernæringsintervention til den potentielt skrøbelige akut indlagte ældre medicinske patient”. Projektet er et klinisk kontrolleret randomiseret forsøg og formålet er, at undersøge om et træningsprogram med samtidig ernæringsindsats til ældre akut indlagte patienter, der vurderes til at være potentielt skrøbelige, kan forbedre den enkeltes fysiske funktionsevne og livskvalitet på sigt. Yderligere undersøger vi, om indsatsen kan reducere antallet af genindlæggelser og reducere dødeligheden for denne patientgruppe. Projektet er netop påbegyndt pilotprojektet og forskergruppen har store forventninger til den viden og læring, vi får fra projektet. Vi håber, det vil være sundhedsfremmende og forebyggende for den ældre population, der vil vokse i antal i fremtiden.

Alle projekter er eksempler på tværfaglige og tværsektorielle projekter, hvor mange aktører og faktorer influerer på et komplekst forløb. Kendetegnende for projektsamarbejdet er desuden, at alle projekter har afsæt i problemstillinger fra klinisk praksis med fokus på at bedre patientbehandlingen.

I et sundhedsfremmende perspektiv er det essentielt, at Aalborg Sygehus har et Sund Info, der arbejder på såvel et organisatorisk og strategisk som et praksisforankret niveau med kontinuerligt at sætte fokus på sundhedsfremme og forebyggelse og fastholde dette på et højt specialiseret universitetssygehus. Afdelingen er uden tvivl med til at bedre folkesundheden på både kort og langt sigt for patienter og borgere i det nordjyske sundhedsvæsen.

Ergoterapi- og Fysioterapiafdelingen ser frem til samarbejdet i fremtiden og ønsker tillykke med jubilæet.



Frem med cyklen!

Et projekt med at tilbyde patienter sengecyklings samtidig med dialysebehandling gav dem større livsglæde, bedre fysik og virkede forebyggende. Projektet udsprang af et ønske om at sætte fokus på motion som et led i forebyggelsesaftalen med KRAM-faktorerne som udgangspunkt. Det har blandt andet betydet, at der nu i dialyseafsnittet er udviklet en kultur for at motionere.

Afsygeplejerske Karin Hejlskov Dollerup og sygeplejerske Karina Kjærsgaard Jensen, Hæmodialyseafsnittet, Nyremedicinsk Afdeling

I hæmodialyseafsnittet på Aalborg Sygehus møder vi dagligt de kronisk nyresyge patienter. De har ofte på grund af deres sygdom og dialysebehandling symptomer som træthed, kvalme, hudkløe, åndenød, kramper og uro i benene. Patienterne opleves ofte både af sig selv og af andre som passive, og de sover meget under dialysebehandlingen. Behandlingen er i de fleste tilfælde livslang og foregår oftest tre gange ugentligt af fire timers varighed.

Problemstillingen i forhold til motion er for mange af patienterne, at de dels er trætte, og dels har et stort tidsforbrug til selve dialysebehandlingen. Det betyder, at mange mangler overskud til at motionere. Patienterne lever således ikke op til de anbefalinger om at være fysisk aktive, som Sundhedsstyrelsen og WHO anbefaler for at forebygge sygdom og fremme sundheden. Vi ser, at tilværelsen som ældre, kronisk nyresyg patient er krævende. Patienterne er ofte afhængige af støtte, men trods træthed og afhængighed er det vigtigt for patienterne at leve så normalt og livskraftigt som muligt.

Med afsæt i forebyggelsesaftalen med KRAM-faktorerne som udgangspunkt valgte vi i dialyseafdelingen at sætte fokus på motion. Her så vi en mulighed for at

gøre en sundhedsfremmende og forebyggende indsats for de kroniske hæmodialysepatienter. Særligt har det sundhedsfremmende været omdrejningspunktet.

Sundhed handler om at føle livsmod og livsglæde. Det handler også om at have en oplevelse af at kunne mestre hverdagslivets mange forskellige situationer og udfordringer. Med andre ord er sundhed en oplevelse af sammenhæng, som kommer til udtryk ved, at man har fornemmelse af, at verden er ordnet, sammenhængende og struktureret - og i almindelighed til at forstå. Vores primære formål med at sætte et motionsprojekt i gang var altså at hjælpe patienterne til at få mere handlekraft, bevægelighed og råderet over ressourcer, der er brug for, når man er bundet til en dialysebehandling. Ressourcerne kan patienterne ofte finde hos sig selv og i de nære omgivelser, men også hos sundhedspersonalet. At motionere kan klart give en oplevelse af, at livet og dets problemer og udfordringer grundlæggende er værd at investere sin energi i.

I det aktuelle projekt, som strakte sig fra 2008 til 2011, bestod motionen af cykling på sengecykel samtidig med, at patienten var i hæmodialyse.

I projektet undersøgte vi patienternes oplevelse af denne form for motion. Over en periode på seks måneder sengecyklede i alt 13 patienter, seks kvinder og syv mænd. Gennemsnitsalderen var 73 år. Patienterne havde været i hæmodialyse fra 1 til 13 år. Under den enkelte dialysebehandling bestemte patienten selv, hvor længe og på hvilket tidspunkt, der skulle cykles. Cyklerne var placeret i sengen eller dialysestolen. Patienterne cyklede fra 10 minutter til 2 timer under dialysen. Før, under og efter perioden med sengecyklings blev patienterne interviewet.

Nedenstående er skrevet ud fra projektets fund og dagligdagens oplevelser og erfaringer på dialyseafsnittet.

Gevinster ved forebyggelse gennem motion

Fundene af projektet viste, at særligt de kvindelige patienter oplevede, at hverdagslivet blev forbedret på forskellige måder, idet de fik flere fysiske kræfter i ben- og mavemuskler. De blev i stand til at genoptage huslige sysler. De mandlige patienter oplevede ikke større fysisk virkning af sengecyklings, men de var alligevel godt tilfredse med at cykle. Sengecyklings forebyggede desuden kramper i benene og blodtryksfald under dialysen. En anden gevinst af sengecyklings var hos flere af patienterne ”god samvittighed”, da de anså det for en pligt eller et sundhedstegn at holde sig i god form.

Patienterne giver udtryk for, at tiden går godt, mens de cykler og siger for eksempel:

”Jeg cykler i stedet for at ligge og kigge op i loftet.”

”Jeg føler, jeg bruger tiden mere fornuftigt.”

Forebyggelse og sundhedsfremme som en vigtig del af sygehusbehandlingen

Sengecyklings er en oplagt mulighed for at være aktiv, når patienten er i dialysebehandling. Den kontinuerlige kontakt med personalet i dialyseafdelingen giver også en

mulighed for at følge op på samtaler om sengecyklings. Ved at have dette motionstilbud på sygehuset viser vi, som plejepersonale, hvor betydningsfyldt og vigtigt det er med motion som sundhedsfremmende og forebyggende aktivitet. Sengecyklerne er let tilgængelige og nemme at betjene for både patienter og personale. Og det er sikkert for patienterne at cykle, da de enten ligger i en seng eller sidder i en stol.

Livsstilsinterventionen – en del af sygehusbehandlingen

Det væsentligste med tilbuddet om sengecyklings er, at patienterne selv kan bidrage til et sundere liv. Dermed får de større livsmod, selvrespekt og føler sig mere i overensstemmelse med sundhedsanbefalingerne. For at motionen skal lykkes, er det også nødvendigt, at plejepersonalet tager ansvar for organiseringen af motionstilbuddet, bakker op om motion både med interesse og med praktisk hjælp, når der er behov. For netop de patienter, der er nødt til at tilbringe så meget tid i sygehusregi, er det nødvendigt at tænke motion ind i timerne, der tilbringes ved dialysemaskinen. Desuden ser vi, at det har stor betydning, at sengecyklings indgår i den daglige omsorg og behandling, så det bliver en almindelig og god måde at tilbringe tiden på under dialysen. Der er nu udviklet en kultur for at motionere i afsnittet. På den måde undgår vi et moraliserende pres på den enkelte patient om at motionere. Patienterne identificerer sig med motionskulturen i afsnittet, og patienterne finder sig naturligt tilrette med formen og de sociale normer for motion. En patient udtaler:

”jeg synes nok, at jeg betragter sengecyklings lidt som en del af dialysebehandlingen... det er en del af at være herinde ...”

Anbefalinger til fastholdelse af forebyggelse og sundhedsfremme i sygehusregi

Motion på sygehuset skal forebygge yderligere sygdomsudvikling, skabe sundhed og mobilisere patienters ressourcer og livsmotiv. Plejepersonalet kan indarbejde følgende hovedpunkter og skabe et motionstilbud, der er tilpasset patienterne i den konkrete afdeling.

- Motionen må tage udgangspunkt i patientens egne mål for god livskvalitet, i patientens drivkraft til livsudfoldelse på trods af sygdom og i patientens eget moralske værdisæt. Plejepersonalet må tage hensyn til, at patienten ofte befinder sig i en eksistentiel sårbar situation.
- Det er vigtigt med ressourcepersoner i afdelingen, og der kan med fordel oprettes en motionsgruppe. Dermed kan forebyggelsen blive en del af afdelingens miljø. For at give de betingelser er det en fordel med gode fysiske rammer og motionsredskaber, der er nemme at benytte.
- For at komme godt i gang med motionen er implementeringen af stor betydning. Derfor kræver det grundig planlægning af de forskellige fysiske aktiviteter og god information til patienter og plejepersonale.
- Gruppen af plejepersonale må være positivt indstillet overfor motionstilbuddet, og være i stand til at vejlede og hjælpe den enkelte patient.
- En kontaktperson fra fysioterapien kan være en god hjælp, da fysioterapeuten har en faglig kompetence i forhold til krop, bevægelse og træning.
- Muligheden for økonomisk støtte betyder meget. Vi har erfaret, at selv små midler kan gøre en stor forskel.
- Et mål for fremtiden kunne være et samarbejde på tværs af afdelingerne, hvor de forskellige erfaringer udveksles.



Sygeplejerske Karina Kjærsgaard Jensen og patient igang med sengecykling.

Projektets fund og dagligdagens erfaringer giver baggrund for at anbefale plejepersonalet at tilrettelægge motionstilbud til ældre kroniske syge mennesker.

Patientudsagn:

”Selvom man synes, nej – nu er jeg simpelt hen for træt – så gør jeg det alligevel, og jeg cykler jo nok fordi, jeg synes, det hjælper.”

Sengecyklingsprojektet fik økonomisk støtte gennem Sund Info. Projektet blev udført af Karin Dollerup, Karina Kjærsgaard Jensen, Hanne Agnholt og Edith Mark.

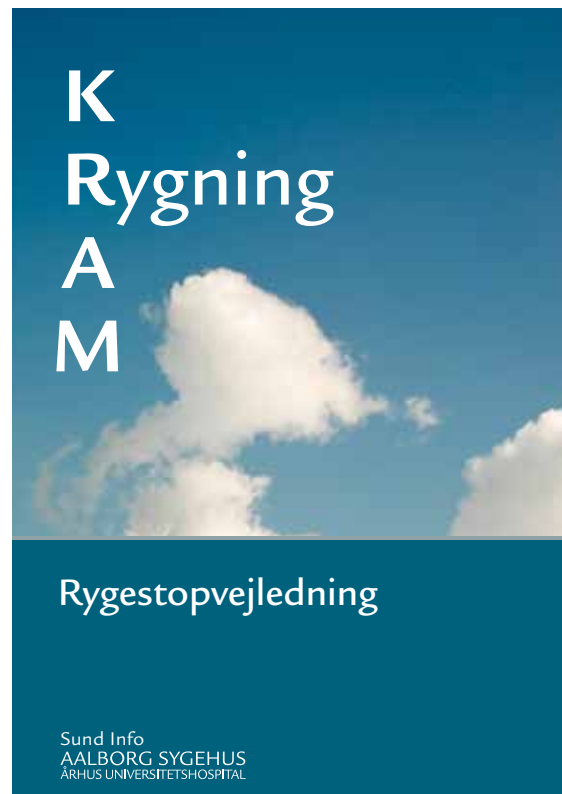
Man kan læse om hele projektet i bogen: Sengecykling som livsudfoldelse i sidste etape. Et kvalitativt forskningsprojekt omhandlende kroniske hæmodialysepatienters oplevelser af sengecykling under dialysebehandling. Dollerup K, Jensen K K, Agnholt H, Mark E Aalborg Sygehus, Aarhus Universitetshospital. 2011.



**Kost
R
A
M**

Kostvejledning

Sund Info
AALBORG SYGEHUS
ÅRHUS UNIVERSITETSHOSPITAL



**K
Rygning
A
M**

Rygestopvejledning

Sund Info
AALBORG SYGEHUS
ÅRHUS UNIVERSITETSHOSPITAL



K R Alkohol M

Hvad er
ALKOHOL-vaner for dig?

Sund Info
AALBORG SYGEHUS
ÅRHUS UNIVERSITETSHOSPITAL



K R A Motion

Fysisk aktivitet
- også når du er indlagt

AALBORG SYGEHUS
ÅRHUS UNIVERSITETSHOSPITAL



REGION NORDJYLLAND