

Høringssekema

Materialer om forebyggelse i almen praksis og på sygehus

– j.nr. 1-2612- 83/7

Guide til sundhedspersonale

Nytte af guiden

- I hvor høj grad kan guiden bidrage til at understøtte arbejdet med at tale om livsstil og helbred med patienter i almen praksis og på sygehus?
- Er guiden tilstrækkelig konkret eller er der forhold, der skal tydeliggøres?
- Er det de relevante emner, der er beskrevet, eller mangler der noget?

Kommentarer:

DASYS finder overordnet materialet meget relevant og anvendeligt. Det vurderes at materialet i høj grad kan understøtte en indledende vurderende samtale. Materialet er overskueligt, specielt med skemaerne og den grafiske model. Godt med konkrete formuleringforslag til den indledende samtale, samt links til yderligere information. Godt med enkle spørgsmål omkring livsstil, som patienter evt selv kan udfylde. Dette giver et godt fundament for den videre samtale, samtidig med at det kan anvendes som et screeningsredskab. Det kan dog ikke stå alene. En klinisk vurdering er vigtig. Generelt mangler der noget om, hvordan man forholder sig, hvis patienten ikke er motiveret for en sundere livsstil. Desuden mangler der noget om stress.

Generelt efterspørger vi en ensretning/definition af begreberne livsstilsfaktor, livsvaner/levevaner eller livsstil. Vi har længe italesat KRAM-faktorerne. Kunne det nu hedde KRAMS eller endnu bedre KRAMSS? Overvej om materialet kan kortes ned - evt kunne en del lægges ind som Bilag

Under afsnittet "Hjælp din patient til et bedre helbred...." s.2, beskrives der at samtalen ikke kræver *ekstra kompetence*. Der ønskes en tydeliggørelse af, at der er tale om en indledende vurdering af behovet for et relevant forebyggelsestilbud og altså ikke et reelt forebyggelsestilbud, som jo kræver specielle kompetencer. Det er vores vurdering at sygeplejersken må have speciale viden (indenfor sit felt) for at kunne forudse mulige konsekvenser ved patientens livsstilsvaner og behandlingsforløb. Dette må gerne stå tydeligere i allerede i dette afsnit.

Mangler tydelighed, om forebyggelsessamtale er en *kan* eller *skal* opgave. I rapporten står: "som sundhedsprofessionel kan du tale med patienter....". Modsat står der også: Guiden er i overensstemmelse med Sundhedslovens bestemmelse om patienters ret til disse samtaler. Ligeledes er det et krav i DDKM for at opnå godkendelse ved akkreditering.

Figur side 2. Man læser figuren midt på siden, som den har 3 bokse. Den har kun to. Kunne det laves anderledes. Fint med farverne.

Fint med koder til livsstilsfaktorer. Der bør ses på valg af formuleringer i kodningerne, så de bliver ens. Eks Ryger hedder blot ryger, mens det omkring stoffer kaldes problematisk stofmisbrug. Overvej om stofforbrug kan være "ikke problematisk". Omkring aktivitet hedder indsatsen "ikke fysisk aktiv i fritiden", som bliver til problem med "mangel på fysisk aktivitet", og i IDAC kodningen er fritiden forsvundet. Overvej om personer med et fysisk krævende arbejde, har et problem, hvis de ikke er fysisk aktive i fritiden også? Derudover kan der være helbredsmæssige forhold, som umuliggør fysisk aktivitet. I disse tilfælde giver det ikke mening at henvise til forebyggelsessamtaler.

Patienter der ryger kodes som rygere i SKS koden, med bliver i IPAC til daglig ryger. Hvorledes kodes eksempelvis rygning af 80 cigaretter ugentligt, men ikke hver dag?

Overvej om der i forbindelse med afsnittet om kodning kan henvises til en nærmere uddybning i afsnittet "Den enkelte livsstilsfaktor" s 8-12 (kunne evt være et bilag). Under de enkelte livstilsfaktorer præsenteres Sundhedsstyrelsens udmeldinger.

Overvej om sætninger kan skrives mere forståeligt. Eksempelvis "Intet alkoholforbrug er risikofrit for dit helbred" kunne evt ændres til "Alkohol udgør altid en risiko for helbredet" s. 2 med henvisning til forebyggelsestilbud, opleves det i øjeblikket ikke at det ikke er muligt at henvise til tilbud i kommunen. Der er udelukkende mulighed for at anbefale sådanne tilbud, og kommunen beslutter selv hvem der skal visiteres til hvilke tilbud

Det handler tilsyneladende kun om usunde kostvaner, med fokus på de overvægtige. En del ældre har ofte store problemer med at spise sufficient dvs. få nok kalorier og proteiner. At være underernæret er også en risikofaktor der øger sygeligheden og som medfører funktionstab. Der burde derfor også være en diagnosekode for undervægt

I skemaet s. 7 gør det samme sig gældende. Igen er der fokus på de patienter og borgere der er unge og midaldrende. For de ældre er en overset gruppe når vi taler om forebyggelse og hvor målet er vægtøgning. Dette betyder anderledes kostråd til ældre end dem der er nævnt s. 11.

Til skemaet om alkohol s. 7: Tydeliggørelse af at alkoholgrænsen 14/21 er *højrisikogrænsen* og ikke lavrisikogrænsen (7/14 genst.)

Til skemaet om motion s. 10: gælder SST's anbefalinger for motion også de 85-90 årige, eller er der en yderligere inddeling for 65+?

Fra Fagligt selskab for Addiktiv sygepleje har DASYS modtaget følgende kommentar: Guiden vurderes overordnet til at sikre et øget fokus på screening for livsstilsrelaterede helbredsproblemer. Dog bærer materialet præg af, overvejende at være udformet til de mere ressourcestærke borgere. Således skal der gøres opmærksom på, at sundhedspersonalet til enhver tid skal tilpasse guiden afhængig af den enkelte borger og dennes livssituation, således at også socialt udsatte og deres behov tilgodeses.

Det ville også være ønskeligt om guiden var mere konkret i forhold til at vejlede patienterne.

Oplevelsen på hospitalerne er at personalet mangler viden om behandlingsmuligheder i kommunalt regi. Dette gælder både på stof og alkoholområdet.

Vejledning om stof og alkoholbehandling til indlagte patienter, bør indeholde konkret og opdateret viden om hvordan behandlingen foregår i rådgivningscentre og alkoholambulatorierne og ikke kun hvor, disse tilbud findes.

Erfaringen er at patienterne har behov for et klart billede af, hvad de kan forvente af en misbrugsbehandling. Nogle patienter har været igennem misbrugsbehandling mange gange og har måske brug for rådgivning om skadesreduktion i forhold til deres misbrug for at få så meget ud af deres behandling i sundhedsvæsenet som muligt, mens andre skal have kontakt for første gang.

Oplevelsen er, at både patienter og sundhedspersonalet har en mangelfuld og ikke opdateret viden om misbrugsbehandling, hvilket er en hindring for at patienterne ser rådgivningen og henvisningen til et forebyggelsestilbud som en reel mulighed.

Som guiden påpeger, er mennesker ofte særlig motiverede til livstilsændringer i forbindelse med kontakt til sundhedsvæsenet. Når vi som sundhedspersonale afdækker helbredsrelaterede risici for eksempel i form af misbrug, må vi også kunne pege på alternativer til dette misbrug. For at kunne vejlede om relevante tilbud og alternativer, må sundhedspersonalet have kompetencer og viden om misbrug, om behandling og eventuelle underliggende årsager til misbruget.

Ift afsnittet om stoffer: Materialet har et meget specifikt fokus på nogle enkelte stoffer (hash

og stimulantia). Det betyder, at der ikke vil blive screenet for problematisk brug eller misbrug af andre stoffer eller medicin, og dermed er der en væsentlig gruppe af stof(mis)brugere, der ikke fanges ifm livsstils-screeningen. Dette er borgere, der ofte har væsentlige helbredsmæssige og livsstilsrelaterede problemer. Der er primært fokus på unge under 25, hvilket igen medfører en risiko for, at man ikke finder de borgere med stofproblemer som er over 25 år, og dermed ofte har haft et problematisk stofbrug igennem en længere periode med deraf følgende øget risiko for helbredsmæssige problemer. Der er ingen spørgsmål ift indtagsmåde, hvilket kunne afdække evt behov for screening for hepatitis, HIV, ligesom indtagsmåden har betydning ift andre sygdomme som eks KOL. Der kunne med fordel også oplyses om hvilke faktorer, der mindsker risiko for sygdomme ifm indtagsmåden (skadesreducerende oplysning).

Anvendeligheden af guiden og laminat - anbefalinger og eksempler:

Guiden indeholder en række konkrete anbefalinger til arbejdet.

- Vurderes guiden at være anvendelig i almen praksis og på sygehus for det daglige arbejde?
- Er anbefalingerne i guiden relevante og tilstrækkeligt konkrete?
- Er der væsentlige anbefalinger eller eksempler som mangler?

Laminatet er en forkortet udgave af guiden til brug i kittellommen.

- Er laminatet anvendeligt for det praktiske arbejde?
- Er der yderligere elementer fra guiden, som vil være relevante at medtage i laminatet?
- Er der elementer, der er overflødige, og som kan udgå?

Kommentarer:

Guiden vurderes anvendelig for daglig praksis. Dog lidt stor til brug i kittellommen. Kunne med fordel afkortes. Se tidligere kommentarer.

Forslag: efter spørgsmål og livsstil kunne den respektive information og nøgle om forebyggelsestilbud indsættes. Fint med farver.

S 1 og 2 bør kortes ned til et enkelt afsnit.

Vigtigt at få med i laminatet, hvornår der kodes. Eksempelvis under kost, at det kun er patienter, der svare nej til alle 4 spørgsmål, der kodes.

Der ønskes præcisering af hvem der kan henvise til kommunale tilbud -er det lægen eller sygeplejersken på hospitalet eller skal patienten gå via egen læge mht henvisningen? Hvis det er lægen eller sygeplejersken på hospitalet, der kan henvise, hvordan så?

Igen ses den ikke anvendelig i forhold til den ældre småt spisende, da kostrådene er rettet mod unge og midaldrende befolkning

Guiden kunne med fordel have flere eksempler på lidt flere spørgsmål man kunne anvende i dialogen med patienten/borgeren – det er ofte det personalet mangler. Hvordan får man begyndt på en anerkendende måde, så patienten/borgeren ikke afviser allerede ved første spørgsmål om livsstil

Folder til ledere og beslutningstagere

Nytte og anvendelighed af folderen

- I hvor høj grad kan folderen understøtte de ledelsesmæssige opgaver med at støtte op om forebyggelsesindsatsen i almen praksis og på sygehus?
- Er det de relevante emner, der er belyst?
- Er der emner, der skal uddybes eller tydeliggøres?

Kommentarer:

Folderen understøtter fint det ledelsesmæssige ansvar og opgave. Det er relevante emner. Figuren s 5 er god, men den kunne eventuelt optimeres som et flowdiagram som alle patienter kunne indplaceres. Eks behov for afdækning af livsstilsfaktorene ja/ nej, behov for information ja/ nej, behov for henvisning ja/ nej. Et flowdiagram kunne videreføres til laminatet og erstatte meget af teksten.

s. 6 Rammer for sammenhængende forebyggelsesforløb

Her er det vigtigt at der er mulighed for alle IT systemer at kunne anvende værktøjerne, da vi i rundt om i landet både sygehuse og kommuner, anvender forskellige patient- og borgerjournaler. I øjeblikket betyder det for dokumentation i MedCom standarderne, at de billeder som fremtoner på skærmene rundt om i Danmark ser meget forskellige ud. Ligeledes kræves, at der ikke forekommer risiko for dobbeltdokumentation i patient- borgerjournalerne

Folder til patienter

Folderen til patienter er udviklet med henblik på at begrunde, hvorfor sundhedspersonale inddrager livsstil i samtaler om helbred, sygdom og behandling. Endvidere for at skabe nysgerrighed og interesse for at få vurderet, hvad livsstilen betyder for behandlingen og hvilke handlemuligheder, der kan være.

Nytte og anvendelighed af folderen

- I hvor høj grad kan folderen bidrage til at skabe nysgerrighed og motivation til at tale om livsstil og helbred med sundhedspersonalet?
- I hvor høj grad kan folderen afstemme patienternes forventninger til at tale om livsstil og helbred med sundhedspersonalet i almen praksis og på sygehuse?
- Er det de relevante emner, der er belyst?
- Er der emner, der skal tydeliggøres eller som mangler?

Kommentarer:

Folderen er fin. Skrevet i et let sprog, dog ikke særlig i øjenfaldende, den ligner meget alle andre – der kunne godt være nogle billeder inde i folderen. Ligeledes syntes forsiden ikke at tydeliggøre at det er livsstil der skal tales om. Fakta boxen kunne også se lidt mere inspirerende ud.

Der tales om det samme både på side 1 og 2. Samtidig er det meget monotomt med opremsningerne.

Patientudsagnene er noget anonyme. Der kunne sættes et fiktivt navn på og en alder – det vil virke bedre, så man kan identificere sig med vedkommende. Måske lidt mindre eksempler og så fra flere.

I patientfolderen er der nævnt, at livsstil også handler om stress. Det er uklart, hvordan eksponering for stress-relaterede problemer afdækkes i det resterende materiale. Det bør overvejes om stress ikke også er en vigtig livsstilsfaktor på linje med de 5 faktorer. Det er en mangel at stress ikke nævnes som livsstilsfaktor i de øvrige materialer, at det ikke kan kodes, at der ikke er spørgsmål relateret til stress mv.

Besvaret af: Margit Roed, formand for Dansk Sygepleje Selskab



E-mail: margit.roed@regionh.dk

Dato: 27. februar 2015

**Med kommentarer og input fra
FS for Addiktiv Sygepleje, FS Kardiovaskulær & Thoraxkirurgisk sygepleje, FS for
Geriatriske Sygeplejersker, FS Ortopædkirurgiske sygeplejersker**