

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

ere det venøse afløb, og at ilæggelse af midlertidige shunter i arterie- og venesystemet kan være en fordel, således at nødvendig frakturkirurgi og stabilisering kan foretages, uden at iskæmitiden forlænges unødigt. Efter karkirurgi er foretaget, kan der blive tale om muskeltransposition til dække af kar og knogler. Anvendelse af systemisk heparin til at modvirke perifer trombose er foreslået [16, 17], men *Hafaz* [13] fandt ingen forskelle i amputationshyppighed ved en retrospektiv sammenligning af materialer med lokal heparinisering og total heparinisering. I det postoperative forløb efter rekonstruktion af kartraumet bør patienten observeres nøje for kompartmentsyndrom, som ved længerevarende iskæmitid anbefales foretaget peroperativt [4-6, 13, 16].

Vores efterundersøgelse af arteria poplitea-traumer viser, at rekonstruktion med vena saphena magna er meget holdbar, og at amputation næsten udelukkende skyldes forsinket kirurgisk behandling eller store bløddelsskader. Dette stiller krav om en hurtig og sikker diagnose, hvorfor vi hos patienter med større ekstremitetstraumer vil anbefale, at ankelblodtrykket med Doppler bliver foretaget og registreret, og at dette indføres i traumemanualerne på sygehusene. Ved udbredte læsioner anbefales hurtig shuntanlæggelse i både arterier og vener for at reducere iskæmitiden, mens frakturerne stabiliseres.

Korrespondance: *Mogens Kærsgaard Jensen*, Grumstolsvej 65, DK-8270 Højbjerg. E-mail: carpe.diem@dadl.dk

Antaget: 10. maj 2005

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

- William Páske. Karkirurgi. 3. udgave. Århus: Fællestrykkeriet for Sundhedsvidenskab, Aarhus Universitet, 2001.
- DeBakey ME, Simone FA. Battle injuries of the arteries in World War II. *Ann Surg* 1946;123:534-71.
- Hughes CW. Arterial repair during the Korean War. *Ann Surg* 1958;147:555-61.
- Thomas DD, Wilson RF, Wiencek RG. Vascular injury about the knee. *Am Surg* 1989;55:370-7.
- Seybold EA, Busconi BD. Traumatic popliteal artery thrombosis of the leg following blunt trauma to the knee: a discussion of treatment and complications. *J Orthop Trauma* 1996;10:138-41.
- Weaver FA, Papanicolaou G, Yellin AE. Difficult peripheral vascular injuries. *Surg Clin North Am* 1996;76:843-59.
- Merrill KD. Knee dislocation with vascular injuries. *Orthop Clin North Am* 1994;25:707-13.
- Wascher DC. High-velocity knee dislocation with vascular injury. *Clin Sports Med* 2000;19:457-77.
- Perron AD, Brady WJ, Sing RF. Orthopedic pitfalls in ED: vascular injury associated with knee dislocation. *Am J Emerg Med* 2001;19:583-8.
- Magee TR, Stanley PR, Al Muffi R et al. Should we palpate foot pulses? *Ann R Coll Surg* 1994;3:166-8.
- Gable DR, Allen JW, Richardson JD. Blunt popliteal artery injury: is physical examination alone enough for evaluation? *J Trauma* 1997;43:541-4.
- Stain SC, Yellin AE, Weaver FA et al. Selective management of nonocclusive arterial injuries. *Arch Surg* 1989;124:1136.
- Hafez HM, Woolgar J, Robbs JV. Lower extremity arterial injury: results of 550 cases and review of risk factors associated with limb loss. *J Vasc Surg* 2001;33:1212-9.
- Hossny A. Blunt popliteal injury with complete lower limb ischemia: Is routine use of temporary intraarterial shunt justified? *J Vasc Surg* 2004;40:61-6.
- Barros D'Sa AAB. The rationale for arterial and venous shunting in the management of limb vascular injuries. *Eur J Vasc Surg* 1989;3:471-4.
- Pretre R, Brushweiler I, Rossier J et al. Lower limb trauma with injury to the popliteal vessels. *J Trauma* 1996;40:595-601.
- Wagner WH, Calkins ER, Weaver PA et al. Blunt popliteal artery trauma: one hundred consecutive injuries. *J Vasc Surg* 1988;7:736-45.

Patienttilfredshed på Psykiatrisk Afdeling, Amager Hospital, i 2000 og 2003

Afdelingslæge Bjarne Hansen, overlæge Holger Jelling Sørensen & ledende overlæge Karin Helle Aggernæs

Amager Hospital, Psykiatrisk Afdeling

Resume

Introduktion: Formålet var at sammenligne patienters tilfredshed med indlæggelse på Psykiatrisk Afdeling, Amager Hospital, før og efter udflytning til et nyt byggeri.

Materiale og metoder: I hhv. 2000 og 2003 gennemførtes en anonym spørgeskema-undersøgelse, hvor patienter ved udskrivelsen kunne besvare det samme 24-item-spørgeskema. Tilfredshed kunne udtrykkes i kategorierne: »særdeles godt«, »godt«, »mindre godt« eller »dårligt«. Vi estimerede procentvise ændringer (med 95% sikkerhedsgrænser) i andelen af tilfredse fra 2000 til 2003.

Resultater: Besvarelsesprocenterne var henholdsvis 39 (2000) og 33 (2003). Der var ikke signifikant forskel i den andel, der angav enten at have været tilfreds eller meget tilfreds med indlæggelsen. Denne andel lå i 2000 på 94% og i 2003 på 88%. Der var en øget (23%) andel, der var tilfredse med lokalerne, men en reduceret (23%) andel, der angav at have haft et passende antal samtaler med plejepersonalet.

Konklusion: Efter udflytningen var der en øget tilfredshed med lokalerne, men der var også ændringer i negativ retning, herunder en lavere tilfredshed med antallet af samtaler med plejepersonalet. Resultaterne diskuteres i lyset af den lave besvarelsesprocent, der bevirker, at undersøgelsen ikke kan tilgodese strenge krav om repræsentativitet.

Der er foretaget flere danske undersøgelser af patienters syn på at have været indlagt på en psykiatrisk afdeling [1-5]. Patienttilfredshed kan defineres som patientens forventninger til behandlingen og oplevelsen af den behandling, han/hun faktisk har fået. Høj patienttilfredshed indgår som et element i WHO's anbefalinger [6] om kvalitet inden for sundhedsvæsenet og er en (blandt mange) indikatorer for kvalitet. Patienttilfredshed er afhængig af en række faktorer (diagnose og personlighed) og af behandlingsmæssige faktorer, herunder om behandlingen er foregået frivilligt eller med tvang [5] og i øvrigt har været så effektiv og veltålt som muligt [7]. I nogle danske undersøgelser har man fundet, at flertallet af de patienter, der var indlagt ved tvang, var tilfredse med at have været indlagt, men utilfredse med at indlæggelsen var sket ved tvang [3, 4]. Nye data [5] har vist, at patienter, der har været udsat for tvang, var signifikant mindre tilfredse, herunder mindre tilfredse med personalet og medicineringen.

Vi mangler viden om, hvorvidt psykiatriske patienters tilfredshed med behandlingen på samme hospital ændrer sig over tid. På Psykiatrisk Afdeling, Amager Hospital, foretog vi i hhv. 2000 og 2003 en spørgeskemaundersøgelse om patienttilfredshed før og efter udflytning fra Københavns Kommunehospital til en nybygget afdeling i Ørestaden. I 2000 havde afdelingen 70 senge fordelt på fem sengeafsnit, der var små med overvejende flersengsstuer. Belægningsprocenten var 100, og der var hyppigt overbelægning med senge på gangen. Der var få terapilokaler og aktivitetsmuligheder. Byggeriet var fra 1875. Efter udflytningen var der 110 senge fordelt på otte rummelige sengeafsnit med enestuer, terapirum og egne lukkede gårdhaverum. I 2000 var gennemsnitsalderen for de indlagte 48 år, og der var 788 udskrivninger; i 2003 var gennemsnitsalderen 51 år, og der var 1.165 udskrivninger. Den hyppigste diagnose ved udskrivning var skizofreni. Afdelingen var såvel i 2000 som 2003 den danske psykiatriske afdeling, hvor flest personer indlagt en eller flere gange i kalenderåret var udsat for tvang (31,5% respektive 30,2%).

Materiale og metoder

Vi anvendte et 24-item-spørgeskema til belysning af patienttilfredshed [4]. Undersøgelsen foregik fra den 15. maj til den 14. juli 2000 og fra den 1. oktober til den 30. november 2003. Deltagelse var frivillig og anonym. Der var ikke eksklusionskriterier. Der blev anvendt samme metode til dataindsamling i begge perioder. Skemaet blev udleveret tæt på udskrivelsen. Kontaktpersonen kunne hjælpe med udfyldelsen. Indsamling af skemaerne skete på udskrivelsesdagen. Visse kategorier af patienter (kognitivt forstyrrede mv.) har næppe kunnet deltage i noget større omfang. Besvarelsesprocenten var forholdet mellem antallet af gyldige besvarelser og antallet af udskrevne patienter i perioden.

Skemaet rummer mulighed for at lade en rubrik stå tom/afkrydse i »ikke kontakten«. Nogle besvarede kun enkelte af spørgsmålene. Delvist udfyldte spørgeskemaer indgik i mate-

rialet. Visse items havde en stor andel manglende besvarelse. Besvarelser uden logisk mening indgik ikke. For variable med mere end to svarmuligheder foretog vi dikotomisering.

Anonymiseringen bevirkede, at vi ikke vidste, hvor stor en andel, som havde udfyldt samme spørgeskema tidligere. Under antagelse af at der var to statistisk uafhængige populationer, estimerede vi ændringen i andelen af tilfredse fra periode 1 til periode 2 med 95% sikkerhedsgrænser (sg) ved test for uparrede populationer [8]. På grund af risiko for massesignifikans anvendte vi χ^2 -test med Yates' korrektion til beregning af p-værdier. Signifikansniveauet var 0,05.

Resultater

I periode 1 var der 46 helt eller delvist udfyldte spørgeskemaer og 132 udskrivninger fordelt på 119 personer (39%). I periode 2 var der 57 besvarelser og 192 udskrivninger fordelt på 171 personer (33%). **Tablet 1** viser flest ændringer i negativ retning. Atten items havde ændret sig negativt og seks positivt. De varierede fra et fald på 23% til en stigning på 23%. Der var en reduktion på 23% ($p = 0,01$) med hensyn til oplevelse af at have haft et passende antal samtaler med kontaktpersonen, en stigning på 23% ($p = 0,01$) i tilfredsheden med lokalerne, en reduktion på 17% ($p = 0,04$) i oplevelsen af at være blevet hjulpet med sine problemer fra kontaktpersonens side og en stigning på 11% ($p = 0,05$) i viden om, hvem der var kontaktperson. Der var et fald på 16% ($p = 0,09$) i tilfredshed med indflydelsen på behandlingen og et fald på 16% ($p = 0,09$) i tilfredshed med information om diagnose og behandling fra kontaktpersonen.

Den generelle tilfredshed med at have været indlagt var på 94% i 2000 og 88% i 2003. En let stigende andel angav, at de pårørende var passende inddraget i behandlingen, en let faldende andel angav tilfredshed med planen for efterbehandling eller med varigheden af indlæggelsen. For nogle items var der mange bortfald (vedrørende psykologsamtaler mv.). I 2000 havde knap 5% af patienterne fundet indlæggelsen for kort, denne andel var på 19% i 2003. I begge perioder anførte omkring halvdelen af dem, der fandt indlæggelsen for kort, at de var utilfredse med planen for efterbehandling.

I begge perioder var der en signifikant korrelation mellem den generelle tilfredshed og henholdsvis varigheden af indlæggelsen og tilfredsheden med maden. I 2003 var der en signifikant korrelation mellem generel tilfredshed og henholdsvis oplevet indflydelse på behandlingen, samarbejdet med lægen om behandlingen, lægens information og samarbejdet med kontaktpersonen om behandlingen. Der var hverken i 2000 eller i 2003 signifikant korrelation mellem tilfredsheden med lokalerne og den generelle tilfredshed (i 2003 var korrelationen på 0,05 og i 2000 var korrelationen endog negativ ($r = -0,18$). Samme negative korrelation mellem tilfredshed med lokalerne fandtes i forhold til oplevelsen af at være blevet hjulpet med sine problemer af plejepersonalet. I 2003 var der en signifikant korrelation mellem tilfredsheden med indflydelse på behandlingen og samarbejdet med henholdsvis

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 1. Andel tilfredse patienter i 2000 og i 2003 samt ændring fra 2000 til 2003.

Delspørgsmål	Periode 1 (2000), tilfredse, % (antal af mulige)	Periode 2 (2003), tilfredse, % (antal af mulige)	Periode 1 til periode 2, ændring i % (KI)	p-værdi ^a
<i>Hvor godt blev der givet information om diagnose og behandling?</i>				
af læge	87 (40/46)	80 (44/55)	-7 (-21 til 8)	0,51
af kontaktperson	85 (39/46)	68 (39/57)	-16 (-36 til 6)	0,09
<i>Hvor godt blev du hjulpet med dine problemer?</i>				
af socialrådgiver	87 (20/23)	79 (22/28)	-8 (-28 til 14)	0,68
af plejepersonale	95 (39/41)	78 (39/50)	-17 (-31 til -3)	0,04
af psykolog	86 (12/14)	77 (23/30)	-9 (-29 til 19)	0,77
<i>Hvordan har du været tilfreds med beskæftigelsestilbuddene?</i>				
af fysioterapeut	82 (22/27)	80 (31/39)	-2 (-20 til 19)	0,91
af plejepersonale	89 (32/36)	77 (33/43)	-12 (-28 til 5)	0,27
af ergoterapeut	79 (19/24)	78 (25/32)	-	0,84
<i>Hvor godt er du tilfreds med samarbejdet om din behandling?</i>				
med læge	87 (40/46)	79 (45/57)	-8 (-22 til 7)	0,42
med kontaktperson	85 (39/46)	72 (41/57)	-13 (-28 til 4)	0,15
<i>Er du tilfreds med din indflydelse på behandlingen?</i>				
	85 (39/46)	68 (39/57)	-16 (-31 til 0)	0,09
<i>Er du alt i alt tilfreds med at have været indlagt?</i>				
	94 (43/46)	88 (50/57)	-6 (-18 til 7)	0,52
<i>Har du været tilfreds med rammerne under din indlæggelse?</i>				
lokaler	67 (31/46)	90 (51/57)	23 (1 til 42)	0,01
mad	85 (39/46)	75 (43/57)	-10 (-24 til 7)	0,36
<i>Er du tilfreds med den plan, der er lagt for din efterbehandling?</i>				
	87 (40/46)	77 (44/57)	-10 (-24 til 6)	0,31
<i>Ja, jeg har haft et passende antal samtaler med min behandler</i>				
med læge	76 (32/42)	82 (41/50)	6 (-11 til 23)	0,67
med plejepersonalet	93 (37/40)	69 (34/49)	-23 (-42 til -1)	0,01
med psykolog	59 (10/17)	44 (15/34)	-15 (-40 til 13)	0,49
med fysioterapeut	65 (15/23)	54 (19/35)	-11 (-33 til 15)	0,58
med ergoterapeut	84 (16/19)	69 (22/32)	-15 (-36 til 10)	0,37
<i>Ja, jeg ved altid/næsten altid, hvem der er min kontaktperson</i>				
	89 (41/46)	100 (51/51)	11 (2 til 23)	0,05
<i>Ja, jeg ved, hvad jeg fejler</i>				
	78 (36/46)	79 (43/54)	1 (-14 til 18)	0,94
<i>Ja, mine pårørende er blevet passende inddraget i behandlingsarbejdet</i>				
	42 (17/41)	54 (31/57)	12 (-7 til 31)	0,29
<i>Indlæggelsesvarigheden har været tilpas</i>				
	75 (33/44)	68 (36/53)	-7 (-24 til 11)	0,59

KI: 95% sikkerhedsgrænser. a) χ^2 -test efter Yates' korrektion.

læge og kontaktperson om behandlingen, varigheden af indlæggelsen og tilfredsheden med planen for efterbehandlingen.

Konklusion

Der var i begge perioder en ganske stor andel af respondenterne, der angav generel tilfredshed med indlæggelsen på Psykiatrisk Afdeling. For de fleste items var der kun sket mindre udsving. Størst positiv ændring var en signifikant øget tilfredshed med lokalerne. Størst negativ ændring var med hensyn til oplevelsen af at have haft et passende antal samtaler med kontaktpersonen.

Vi havde ikke mulighed for at karakterisere bortfaldsgruppen, som antagelig har inkluderet en andel, der blev udskrevet akut eller udeblev uden aftale. Der er en risiko for selvselektion, idet det måske overvejende var de i forvejen »tilfredse«, der deltog. En af undersøgelsens svagheder er manglende viden om, hvilke respondenter der havde været

udsat for tvang. Imidlertid øger det validiteten af undersøgelsesresultaterne, at de samme vilkår for dataindsamlingen var til stede i de to perioder.

Et af undersøgelsens hovedfund er en signifikant stigning i patienternes tilfredshed med lokalerne. Den stigende tilfredshed hænger formodentlig sammen med udflytningen til et nyt byggeri med enestuer. At der ikke var nogen signifikant korrelation mellem tilfredsheden med lokalerne og den generelle tilfredshed, er måske ikke i sig selv overraskende. Patienterne kan have været utilfredse med lokalerne, men tilfredse med samarbejdet med læger og tværfagligt personale.

Det er en mulighed, at nogle patienter kan have oplevet, at aspekter af behandling, pleje eller kommunikation er blevet dårligere i perioden. Der har været stor personaleudskiftning, idet der fra 2001 til 2003 blev ansat mere end 240 nye personalemedlemmer, heraf mange nyuddannede. Dette kan have haft indflydelse på den oplevede tilfredshed, eksempelvis ved at der er brugt forholdsvis mere personaletid på introduktion

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

og oplæring. Der var en større andel, der i 2003 havde oplevet indlæggelsen som for kort. Det er muligt, at dette delvis hænger sammen med bedre fysiske rammer.

Det havde været hensigtsmæssigt, om bl.a. sociodemografiske variable og viden om udsættelse for tvangsforanstaltninger havde været til rådighed. Vi må antage, at respondenterne på grund af anonymiteten har haft maksimal frihed til at give deres mening til kende. Overordnet var det en erfaring, at det er vanskeligt at opnå en tilfredsstillende besvarelsesprocent, når undersøgelsen former sig som en del af de almindelige kliniske rutiner ved udskrivelse. På baggrund af især den lave besvarelsesprocent og vores manglende mulighed for at karakterisere undersøgelsespopulationen og bortfaldspopulationen må det konstateres, at undersøgelsen ikke kan tilgodese strenge krav om repræsentativitet. Resultaterne bør derfor fortolkes i dette lys.

Korrespondance: *Bjarne Hansen*, Digevej 110, DK-2300 København S.
E-mail bgh@dadlnet.dk

Antaget: 10. august 2005
Interessekonflikter: Ingen angivet

Taksigelse: Vi takker alle, der tog del i undersøgelsen. Særlig tak til klinisk over- sygeplejerske *Lone Kvist*, og afdelingssygeplejerske *Anni Rosenquist* for hjælp med dataindsamlingen.

Litteratur

1. Tingsgård P, Lotz M. Et forsøg på at vurdere, hvorledes patienter oplever en psykiatrisk modtageafdeling. *Ugeskr Læger* 1972;134:19-23.
2. Tonsgaard M, Vendsborg PB. »Sig din mening om Sct. Hans hospital«. En undersøgelse af patienttilfredshed på et psykiatrisk hospital. *Ugeskr Læger* 1987;149:2555-60.
3. Stender AK, Aggernæs KH. Tvangsindlæggelser på Frederiksberg Hospital i perioden 1. nov. 1987 til 30. sep. 1989. 2. Patienternes vurdering og oplevelse af tvangsindlæggelser. *Ugeskr Læger* 1992;154:1844-7.
4. Raben H, Stender AK, Aggernæs KH et al. Tvangsindlæggelser på Frederiksberg Hospital efter den nye psykiatrilovs indførelse sammenlignet med perioden umiddelbart før lovændringen. *Ugeskr Læger* 1994;156:5528-32.
5. Middelboe T, Schjødt T, Byrting K et al. Ward atmosphere in acute psychiatric in-patient care: patients' perceptions, ideals and satisfaction. *Acta Psychiatr Scand* 2001;103:212-9.
6. The World Health Report 2001. Mental Health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organisation, 2001.
7. Blais MA, Matthews J, Lipkis-Orlando R. Development and application of a brief multi-faceted tool for evaluation inpatient psychiatric care. *Adm Policy Men Health* 2002;30:159-72.
8. Newcombe RG. Interval estimation for the difference between independent proportions: comparison of eleven methods. *Stat Med* 1998;17:873-90.

Allergiudredning i almen praksis i Århus Amt. Kvalitetsvurdering af diagnostik, behandling og patientinstruktion

I. Astma

Overlæge Jens Korsgaard Jensen &
alment praktiserende læge Mogens Klitgaard Jakobsen

Århus Universitetshospital, Aalborg Sygehus,
Lungemedicinsk Afdeling E, og
Almen praksis, Sankt Clemensstræde 7, Århus

Resume

Introduktion: Formålet med undersøgelsen var at evaluere udredningen af voksne patienter, der primært var færdigudredt i almen praksis på mistanke om astma.

Materiale og metoder: I alt 46 patienter, der var under mistanke for at lide af astma, blev supplerende vurderet af en allergolog. Otteogtyve patienter havde en slutdiagnose med astma. Ved interview af patienterne og spørgeskemaer til egen læge blev elementerne i udredninger, sygdomsdiagnoser, givne behandlinger i almen praksis og patienternes basale viden om astma belyst.

Resultater: Hos 65% af patienterne, der var udredt for astma, var

den supplerende allergologvurdering uden forslag til større ændringer, mens en tredjedel af de 46 patienter, der var udredt for mulig astma, ville have gavn af supplerende allergologvurdering. Den største gruppe var på syv ud af 18 patienter, der ikke fik slutdiagnosen astma ved allergologvurdering, men som havde kroniske eller recidiverende symptomer. En fjerdedel af de patienter, der havde astma som slutdiagnose, ville have gavn af allergologvurdering på grund af uklar diagnose, sygdommens sværhedsgrad eller muligheden for allergenspecific behandling. Den medicinske behandling af astma i almen praksis fulgte de moderne behandlingsprincipper. Over halvdelen af patienterne med astma kendte basale sygdomsmekanismer og almindelige principper for behandling, men kun få regulerede selv den medicinske behandling.

Konklusion: Patienter med kroniske og vedvarende symptomer bør ofte henvises til en allergolog, og det gælder tillige patienter, hos hvem man overvejer allergenspecific behandling. Patientoplæring ved astma bør opprioriteres.