

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

ved gennemslagskraften af den nuværende kommunikationsform og viser, at der er muligheder for forbedring i kommunikationen mellem primær- og sekundærsektoren ved henvisning for HM.

Korrespondance: *Dorte Lyhne*, Bomhoffs Have 14, 1. th., DK-1872 Frederiksberg C. E-mail: dortelyhne@hotmail.com

Antaget: 15. april 2007
Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. DGMA –Et nationalt kvalitetssikringsprojekt. www.dgma.dk/dec. 2006.
2. Hald M, Christensen B, Lock-Andersen J. Henvisninger for malignt melanom. *Ugeskr Læger* 2004;166:163-5.
3. Christensen KA, Mainz J, Kristensen E. Kommunikationen mellem primær- og sekundærsektoren og dens betydning for patientforløbet. *Ugeskr Læger* 1997;159:7141-5.
4. Glatt BS, Sarwer DB, O'Hara DE et al. A retrospective study of changes in physical symptoms and body image after reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1999;103:76-82.
5. Davis GM, Ringler SL, Short K et al. Reduction mammoplasty: long-term efficacy, morbidity, and patient satisfaction. *Plast Reconstr Surg* 1995;96:1106-10.
6. Gonzalez F, Walton RL, Shafer B et al. Reduction mammoplasty improves symptoms of macromastia. *Plast Reconstr Surg* 1993;91:1270-6.
7. Chadbourne EB, Zhang S, Gordon MJ et al. Clinical outcomes in reduction mammoplasty: a systematic review and meta-analysis of published studies. *Mayo Clin Proc* 2001;76:503-10.
8. Cruz-Korchin N, Korchin L, Gonzalez-Keelan C et al. Macromastia: how much is fat? *Plast Reconstr Surg* 2002;109:64-8.
9. Katch VL, Campaigne B, Freedson P et al. Contribution of breast volume and weight to body fat distribution in females. *Am J Phys Anthropol* 1980;53:93-100.
10. www.ra.dk/ april 2007.
11. Ravnholt MM, Jensen PB, Rytter L et al. Den gode henvisning og den gode epikrise – en indikationsbaseret auditundersøgelse. DGMA, DAK, Praksiskoordinatorerne, 2005:11/ www.dgm.dk/ april 2007.
12. www.dsam.dk/flx/kvalitetsudvikling/praksiskonulentordningen/haandbog_for_pko/#10 /dec. 2006.

Behandling af suicidalpatienter: Collaborative Assessment and Management of Suicidality

Cand.psych. Kirsten Arkov, overlæge Bent Rosenbaum, stud.psych. Lene Christiansen, socialrådgiver Heidi Jønsson & psykoterapeut Michael Münchow

Psykiatrisk Center Glostrup, Enheden for Psykoterapeutisk Uddannelse og Forskning

Resume

Introduktion: Der mangler fortsat viden om effektive metoder til vurdering og behandling af den suicidal patient. Metoden Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) afprøves og vurderes på et materiale af ambulante patienter.

Materiale og metoder: Syvogtve suicidaltruede patienter, der var konsekutivt henvist fra psykiatrisk og somatisk skadestue, gennemgik et CAMS-forløb i en deskriptiv undersøgelse med kvalitative og kvantitative før- og eftermål. Formålet var at undersøge brugbarhed og effekt af CAMS-metoden på et dansk materiale. Fem væsentlige suicidalmarkører blev fortløbende vurderet (psykisk smerte, stress, indre uro, håbløshed og selvhad). Endvidere blev patienternes oplevelse af betydningen af de terapeutiske samtaler for eliminering af suicidaliteten og samarbejdet med terapeuten undersøgt.

Resultater: Der forekom et signifikant fald i de fem suicidalmarkører efter gennemgået CAMS-forløb. 80% af patienterne vurderede, at det var de terapeutiske samtaler, der eliminerede suicidaladfærden, og 92% vurderede, at der var et klart samarbejde mellem patient og terapeut. Komplians ved behandlingen var 92%.

Konklusion: Den danske oversættelse af CAMS fungerede tilfreds-

stillende, da den førte til et effektivt samarbejde og fjernelse af suicidal tanker.

Den suicidologiske forskning har efterhånden leveret meget epidemiologisk viden om risikofaktorer [1-3], men i mødet med den suicidal patient er denne viden ikke tilstrækkelig til en mere sikker vurdering af selvmordsrisikoen på kortere eller længere sigt. Sundhedsstyrelsen har udgivet retningslinjer for den interviewende læge [4], hvorved det sikres, at denne har spurgt ind til nogle væsentlige faktorer, der vanligvis gør sig gældende for den selvmordstruede person. Spørgsmålene er opstillet ud fra en almen klinisk erfaring og den eksisterende epidemiologiske viden om risikofaktorer, men effektiviteten af spørgsmålene og vejledningen mht. prognose er ikke efterprøvet.

Der er fortsat kun yderst sparsom evidensbaseret viden om effektive psykoterapeutiske metoder til rådighed for klinikeren [5-10], og der findes kun få randomiserede og kontrollerede undersøgelser [11, 12].

I de seneste fire årtier er der udviklet en betragtelig mængde skalaer og måleinstrumenter til vurdering af suicidalitet; flere af dem er reliabilitetstestet og valideret [7], men disse hjælpemidler er ikke meget brugt i klinikken [13]. Imidlertid har *Jobs* udarbejdet en både kvalitativ og kvantitativ metode til at vurdere suicidalitet i klinikken med: The Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) [13, 14].

Med CAMS vurderer man den aktuelle selvmordsrisiko samt initierer og strukturerer den efterfølgende behandling. I tilgangen til at forstå og udrede suicidalitet bygger CAMS på psykodynamiske, kognitive, adfærdsorienterede, humanistiske, eksistentielle såvel som interpersonelle teorier [13]. Inden for rammerne af CAMS har klinikerne frihed til selv at vælge terapeutisk metode og indhold.

I nærværende artikel beskrives, hvorledes CAMS er anvendt på et dansk materiale af ambulante, suicidale patienter og resultaterne af denne intervention. I artiklen undersøges følgende spørgsmål:

1. Ses der et fald i patienternes oplevelse af de essentielle suicidale markører i CAMS-vurderingen efter et CAMS-forløb?
2. Hvorledes vurderer patienterne selv betydningen af de terapeutiske CAMS-samtaler i forhold til behandlingsresultatet?
3. I hvor høj grad oplever patienterne, at de i CAMS-forløbet har samarbejdet med terapeuten?

The Collaborative Assessment and Management of Suicidality som undersøgelsesmetode

CAMS tager udgangspunkt i, at patient og behandler fra første session samarbejder om at forstå suicidalitetens »funktionelle« rolle i patientens fænomenologiske verden [13].

Behandleren sætter sig i bogstaveligste forstand ved siden af patienten for i dialog med denne at undersøge suicidaliteten. Denne undersøges ikke primært som symptom på en underliggende psykisk lidelse, men snarere som en tilstand i sig selv.

For at forstå suicidalitetens indflydelse på patienten må behandleren godtage selvmordstanker eller aktuelle selvmordsforsøg som patientens eneste kendte eller brugbare løsning på at komme ud af en tilsyneladende ubærlig lidelse. Det drejer sig for behandleren om fordomsfrit at sætte sig ind i, hvad der psykologisk »virker« i det at være suicidal. Med behandleren som *therapist-participant* [14] skabes der mere lydhørhed over for spørgsmålet om, hvorvidt patienten fortsat anskuer selvmordet som »den bedste løsning« – specielt efter at andre løsningsforslag er blevet bragt på bane. Patienten skal ikke først indvillige i en »ingen selvmordshandling igen«-kontrakt som »adgang« til behandling. At selvmordet er en mulighed anfægtes ikke, men sættes til debat.

Fem væsentlige markører, der gennem hele behandlingsforløbet »måles« ved hjælp af CAMS er: 1) psykisk smerte, 2) stress, 3) indre uro, 4) håbløshed og 5) selvhad.

De tre første begreber stammer fra *Shneidmans* kubisk opbyggede model for selvmord, hvori det beskrives, hvorledes den suicidale tilskyndelse udspringer af en interaktion mellem psykologisk smerte, stress og indre uro [15]. Det fjerde begreb, håbløshed, er hentet fra *Beck* og henviser til den suicidale patients urokelige tanker om, at intet i en aktuel pinagtig

eller ubærlig situation kan ændres [16]. Resultaterne af en lang række senere arbejder har understøttet betydningen af håbløshed for udviklingen af suicidalitet [1-3]. Det femte begreb, selvhad, udspringer af *Baumeisters* formuleringer om, at selvmord kan være en følge af behovet for at undslippe et utåleligt selv [17].

The Collaborative Assessment and Management of Suicidality som struktur og ramme for behandlingen

Med CAMS, som et fælles måleinstrument for både behandler og patient vurderer man kontinuerligt behandlingen før start, under behandlingsforløbet og ved afslutningen.

Ved iværksættelse af CAMS (ved første eller anden behandlingssession med patienten) får patienten til opgave ud fra en række fastlagte spørgsmål vurderet på fempunkts Likert-skalaer og ved uddybende kommentarer at beskrive sin suicidalitet i forhold til de fem ovenfor nævnte begreber. Endvidere spørges til suicidalitetens sammenhæng med intra- og interpersonelle forhold. Suicidaliteten vurderes ud fra tre spørgsmål, der vedrører: 1) tilstedeværelsen af suicidal tanker, 2) egenvurdering af fare for selvmordshandling og 3) grunde til at leve og grunde til at dø.

Herefter er det behandlerens opgave at spørge til evt. selvmordsplaner og -historik samt en række selvmordsrelevante variable, som f.eks. impulsivitet, tab og misbrug. På denne baggrund formuleres der en behandlingsplan (problem, effektmål og interventionshyppighed), der underskrives af patienten og behandleren. Efter sessionen udfylder behandleren et skema for mental status og en vurdering af selvmordsrisiko.

De følgende behandlingssessioner indledes med en vurdering af patientens suicidalitet. Patienten markerer skriftligt, om der siden sidst har været suicidale tanker, og han eller hun vurderer faren for et nyt selvmordsforsøg på en Likert-skala. Ovennævnte fem centrale begreber aftegnes endvidere på en Likert-skala. Behandleren vurderer suicidaliteten (tanker, følelser og adfærd), og det vurderes, om behandlingskontrakten fortsat kan følges, eller om den skal modificeres eller ændres. Behandleren vurderer selvmordsrisiko og foretager en undersøgelse af mental status efter sessionen.

Efter udfyldelse af CAMS (5-15 minutter) fortsættes der med korttidsterapi, afhængigt af behandlerens orientering. Her kan tages udgangspunkt i patientens udfyldelse af CAMS (f.eks. høj grad af håbløshed eller uro eller konstante selvmordstanker), eller der kan arbejdes med andet relevant tema (f.eks. en aktuel problematisk hændelse, der har udløst suicidal tanker). CAMS giver således en struktur på forløb og sessioner og sikrer, at centrale begreber/spørgsmål er med i den terapeutiske samtale.

Patienten vurderes som ikke-suicidal, når han/hun i tre på hinanden følgende sessioner har benægtet at rumme suicidale tanker. Herefter evalueres forløbet af patienten og behandleren med fokus på, hvad patienten har lært i forløbet.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

Materiale og metode

Design

Projektet er en deskriptiv undersøgelse med kvalitative og kvantitative før- og eftermål med sigte på at afprøve brugbarhed og effekt af CAMS på et dansk materiale.

Inklusion og eksklusion

Inklusionsperioden var 14 måneder (fra den 1. februar 2005 til den 31. marts 2006).

Inklusionskriterierne var personer i alderen 18-65 år, der boede i Psykiatrisk Center Glostrups optageområde og pga. selvmordstanker eller selvmordsforsøg henvendte sig til psykiatrisk skadestue, Psykiatrisk Center Glostrup og somatisk skadestue eller medicinsk afdeling, Amtssygehuset i Glostrup. Inklusion krævede skriftligt samtykke fra patienten efter mundtlig og skriftlig orientering om projektet.

Eksklusionskriterierne var personer, der var i et relevant og bæredygtigt psykiatrisk behandlingsforløb for en kendt psykisk lidelse, personer, som blev indlagt akut på psykiatrisk afdeling efter henvendelsen til skadestuen, personer i en psykotisk tilstand eller formodet psykotisk udvikling, personer med personlighedsforstyrrelser, der indebar længerevarende selvbeskadigende adfærd eller alvorligt og vedvarende misbrug, og personer med organisk betingede lidelser (demens og udviklingshæmning).

Materiale

Syvogtyve konsekutivt henviste patienter blev inkluderet. Alle var behandlingskrævende, men behøvede ikke akut indlæggelse. Den psykiatriske skadestue modtog i inklusionsperioden i alt 423 patienter med suicidaladfærd; 368 af disse patienter kunne ikke indgå i projektet pga. eksklusionskriterierne. Otteogtyve personer ønskede ikke at modtage vurderings- og behandlingstilbuddet. De i projektet inkluderede patienter blev beskrevet ved indgangen i studiet i **Tabel 1**.

Effekt mål

Effekt af behandlingen måles ved: 1) ophør af suicidal tanker, 2) et fald i de fem suicidalmarkører (jf. ovenfor) fra begyndelse til afslutning af CAMS og 3) patienttilfredshedsvariable.

Statistik

Da antallet af patienter er lille, og skalaerne generelt ikke følger normalfordelingen, er der benyttet nonparametriske test. Alle test er udført i SPSS version 14 og 15. En p-værdi < 0,05 anses for at være signifikant.

Før- og eftermål er målt på to tidspunkter; derfor benyttes det nonparametriske alternativ til parret t-test *Wilcoxon's signed rank test*. Testen forudsætter, at variablene er målt på mindst ordinalt niveau. Det testes, om ændringer i den ene retning signifikant overstiger ændringer i den anden retning; der tages højde for antal positive og negative ændringer og den relative størrelse af ændringerne. For patienternes egen-

Tabel 1. Beskrivelse af sample ved inklusion (n = 27).

Sociodemografiske data	
Kvinde/mand	16/11 (59%/41%)
Alder	
18-29 år	59%
30-49 år	30%
50-65 år	11%
Civilstand	
Enlig	56%
Aktuel beskæftigelse	
I arbejde	44%
Under uddannelse	11%
Ikke i arbejde	44%
Psykiatrisk	
Aktuelt selvmordsforsøg	59%
Aktuelle selvmordstanker	41%
Tidligere psykiatrisk kontakt	30%
Aktuelt brug af psykofarmaka	48%
Lettere misbrug	30%
Ingen/lette traumer under opvæksten	59%
Betydningsfulde tab ^a	70%
Ingen destruktive handlinger (seneste 1/2 år)	70%
Symptomvarighed < 1 år	63%
Oplevet impulsivitet	38%
GAF-symptom (1 måned)	Gennemsnit = 53 standarddeviation = 9
GAF-funktion (1 måned)	Gennemsnit = 59 standarddeviation = 10

GAF = Global Assessment of Functioning.

a) Med betydningsfulde tab menes: dødsfald af forældre før 11. år, emotionelt svigt fra forældres side (pga. psykisk sygdom eller misbrugsadfærd), multiple traumer og misbrug af barnet i opvæksten.

vurdering af behandlingsforløbet antages det, at en overvægt af »høj« vurdering er en bekræftelse på virkning af behandlingen. Der benyttes derfor binære omkodninger af tre variable, hvor de to mest positive kategorier omkodes til 1 og resten til 0. Der benyttes almindelig χ^2 -test for at måle, om andelen af positive vurderinger signifikant overstiger 50% [18].

Intervention

Patienterne blev behandlet ambulant i henhold til den ovenfor beskrevne CAMS-metode. Medicin blev kun anvendt som adjuvans i få tilfælde, og kun hvis en sådan behandling på forhånd var institueret.

Resultater

Behandlingseffekt

Behandlingseffekten af CAMS er beskrevet i **Tabel 2**. Der ses et signifikant fald i de essentielle variable i CAMS (psykisk smerte, stress, indre uro, håbløshed og selvhad) fra begyndelse til afslutning af CAMS, hvilket tyder på en bedre mestring hos patienterne af disse oplevelser samtidig med en eliminering af suicidaliteten.

Deltagernes vurdering af samtaleforløb og samarbejde

På en skala fra -3 til +3 svarer 80% af deltagerne bekræftende på (dvs. +2 eller +3), at alene de terapeutiske samtaler eliminerede suicidaliteten (**Tabel 3**). Hele 92% gav udtryk for at have

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

Tabel 2. Ændringer i fem suicidalmarkører efter gennemgået Collaborative Assessment and Management of Suicidality-behandling (*Wilcoxon paired samples test*).

	n	Før gennemsnit	Efter gennemsnit	p
Graden af psykisk smerte	26	3,50	1,81	0,000
Stressniveau	27	3,41	2,22	0,001
Følelse af indre uro	27	3,26	2,26	0,002
Følelse af håbløshed	27	2,85	1,59	0,002
Følelse af selvhad	27	2,81	1,96	0,017

Tabel 3. Samtalernes terapeutiske funktion.

	%	p
Samtalerne alene hjalp	80	0,00
Andre faktorer hjalp	40	nonsignifikant
Samarbejdet var godt	92	0,000

χ^2 -test af andelen af »tilfreds-meget tilfreds« overstiger 50%.

oplevet en høj eller meget høj grad af samarbejde. For 40% spillede andre faktorer også en rolle. 92% af alle planlagte samtaler blev gennemført. Det gennemsnitlige antal samtaler var seks (maksimum 12 og minimum tre). Tre patienter (11%) afbrød terapien præmaturo.

Diskussion

I overensstemmelse med den eksisterende viden om suicidal risikofaktorer er der blandt undersøgelsens deltagere en overvægt af yngre personer, kvinder og enlige. Lidt over halvdelen af deltagerne var enlige. Ca. to tredjedele af deltagerne havde haft et eller flere betydningsfulde tab i deres liv. Ca. to tredjedele havde haft symptomer på suicidalitet i mindre end et år, hvilket ligeledes er i overensstemmelse med den eksisterende viden om en ofte hurtig opblussen af den suicidal adfærd. Ca. en tredjedel havde tidligere haft psykiatrisk kontakt.

Undersøgelsens mest markante resultat er det signifikante fald i de fem, for suicidalitet, meget væsentlige psykologiske dimensioner: psykisk smerte, stress, indre uro, håbløshed og selvhad. Sideløbende med dette fald sås en eliminering af suicidaliteten, hvilket kan tale for en sammenhæng mellem de fem tilstande og suicidaladfærd.

Fra CAMS-forløbets begyndelse var der i samarbejdet eksplicit og direkte fokus på patientens suicidalitet. Den direkte fokusering på den suicidal adfærd i terapien er i andre publikationer beskrevet som en effektiv metode [5, 8].

I samarbejdet indgår ikke en »ikkesevmords«-kontrakt, men patientens grunde til suicidaladfærd gives plads, hvilket giver mulighed for introduktion af alternative handle- og tænkemåder. Der er i litteraturen ikke evidens for, at anvendelse af »ikkesevmords«-kontrakter har behandlingsmæssig positiv effekt [8, 19].

I hver session beskriver deltageren sin tilstand via selv-

rating, (herunder vurdering af suicidalitet), hvilket strukturerer sessionen indledningsvist og eventuelt forstærker deltagerens oplevelse af samarbejde.

For behandleren kan udfyldelsen af CAMS-spørgsmålene fungere som en legitim huskeliste for en eventuel krisepræget patient. CAMS-vurderingen indeholder de centrale spørgsmål, behandleren har brug for til at vurdere den aktuelle selvmordsrisiko, men er i lighed med andre eksisterende kliniske vurderingsmetoder ikke brugbar til prædiktion af den suicidal adfærd.

Udfyldelsen af CAMS-spørgsmålene foregår i en balance-ret vekselvirkning mellem behandler og patient, hvilket kan medvirke til patientens oplevelse af samarbejde og eventuelt medvirke til at øge komplians.

Nærværende undersøgelse indeholder elementer, der indskrænker sikre konklusioner. Undersøgelsen er et naturalistisk studie uden kontrolgruppe. I tidligere undersøgelser af CAMS har man dog på større materialer og med kontrolgrupper påvist metodens effektivitet [13, 15, 16]. Undersøgelsens materiale afspejler trods dets ringe størrelse det flow af patienter, der har suicidaladfærd og i løbet af et år henvender sig til en psykiatrisk skadestue og umiddelbart kan behandles ambulantly.

Den påviste effekt er ikke nødvendigvis gældende for patienter, som har suicidaladfærd og behøver kortere- eller længerevarende indlæggelse på en psykiatrisk afdeling. De ambulantly behandlelige patienter kunne være personer med et potentiale for spontan bedring. Det kan heller ikke udelukkes, at specifikke terapeutvariable eller uspecifikke faktorer har haft betydning for effekten af behandlingen. Det vil således være relevant med yderligere undersøgelser af disse forhold.

Korrespondance: *Bent Rosenbaum*, Enheden for Psykoterapeutisk Uddannelse og Forskning, Psykiatrisk Center Glostrup, DK-2600 Glostrup.
E-mail: bent.rosenbaum@dadlnet.dk

Antaget: 17. april 2007
Interessekonflikter: Ingen

Taksigelse: Projektet er gennemført med puljemidler fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet, projektnr. 6.01.3.311.

Litteratur

- Williams M. Suicide and attempted suicide. London: Penquin, 2001.
- Wasserman D. Negative life events (losses, changes, traumas and narcissistic injury) and suicide. I: Wasserman D, red. Suicide – an unnecessary death. London: Dunitz, 2001:111-9.
- Van Heeringen K, Hawton K, Williams JMG. Pathways to suicide: an integrative approach. I: Hawton K, van Heeringen K, red. The international handbook of suicide and attempted suicide. Chichester: Wiley, 2000:223-34.
- Sundhedsstyrelsen. Vurdering og visitation af selvmordstruede. København: Sundhedsstyrelsen, 2004.
- Salkovskis PM. Psychological treatment of suicidal patients. I: Wasserman D, red. Suicide – an unnecessary death. London: Dunitz, 2001:161-73.
- Elsass P. Forebyggelse af selvmordsforsøg hos unge. København: Københavns Universitet, 2000.
- Brown GK. A review of suicide assessment measures for intervention research with adults and older adults. National Institutes of Mental Health: www.nimh.nih.gov/research/adultsuicide.pdf, 2000/ juni 2006.
- Rudd MD, Joiner T, Rajab HM. Treating suicidal behavior. New York: Guilford, 2001.
- Benjaminsen SE, Knudsen A, Thomsen R et al. Forebyggelse af gentaget selvmordsforsøg. Ugeskr Læger 2006;6:553-8.

10. Heard H. Psychotherapeutic approaches to suicidal ideation and behaviour. I: Hawton K, van Heeringen K, red. The international handbook of suicide and attempted suicide. Chichester: Wiley, 2000:503-19.
11. Comtois AK, Linehan MM. Psychosocial treatments of suicidal behaviours: a practice-friendly review. J Clin Psychol 2006;62:161-70.
12. Jobes DA. Managing suicidal risk. New York: Guilford, 2006.
13. Jobes DA. Collaborating to prevent suicide: a clinical-research perspective. Suicide Life Threat Behav 2000;30:8-17.
14. Jobes DA. The challenge and promise of clinical suicidology. Suicide Life Threat Behav 1995;25:437-49.
15. Shneidman ES. Suicide as psychache: a clinical approach to self-destructive behavior. Northvale, NJ: Aronson, 1993.
16. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF et al. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford, 1979.
17. Baumeister RF. Suicide as escape from self. Psychol Rev 1990;97:90-113.
18. Zar JH. Biostatistical analysis. 4th edition. New Jersey: Prentice Hall, 1999.
19. Rudd MD, Mandrusiak M, Joiner T. The case against no-suicide contracts: the commitment to treat statement as a practice alternative. J Clin Psychol, 2006;62:243-51.

Type 2-diabetes

Sociale relationer og sundhedsadfærd

Bach.scient.san.publ. Astrid Ledgaard Holm,
bach.scient.san.publ. Anne Friis Andersen,
universitetslektor Kirsten Avlund & læge Marit Eika Jørgensen

Københavns Universitet, Statens Institut for Folkesundhed,
Forskningsprogrammet Hjertekar-sygdomme

Resume

Indroduktion: Type 2-diabetes er en folkesygdom, som stiller det danske sundhedsvæsen over for en række udfordringer bl.a. i forhold til optimering af rehabilitering, hvor sundhedsadfærd spiller en central rolle. I udenlandske studier har man påvist, at stærke sociale relationer er associeret til sund adfærd, hvilket dog ikke er velundersøgt med danske data. Formålet med nærværende undersøgelse er derfor at belyse sammenhængen mellem sociale relationer og sundhedsadfærd blandt voksne danskere med type 2-diabetes.

Materiale og metoder: Undersøgelsen er baseret på tværsnitsdata fra Statens Institut for Folkesundheds Sundheds- og Sygelighedsundersøgelse fra 2000. Undersøgelsespopulationen udgøres af 264 respondenter med type 2-diabetes. Sociale relationer belyses ud fra samlivsstatus, social kontakt og funktionelt netværk, mens sundhedsadfærd afspejler, hvorvidt respondenterne lever op til de officielle anbefalinger for fysisk aktivitet, kost, alkohol og rygning. Der er kontrolleret for køn, alder, indkomst, selvurderet helbred, funktionsevne, stress og body mass index.

Resultater: Sociale relationer i form af samlivsstatus og funktionelt netværk er associeret med efterlevelsen af anbefalingerne for hhv. fysisk aktivitet og kost. Justeres estimerne for kovariater forbliver der udelukkende signifikant sammenhæng mellem funktionelt netværk og efterlevelse af kostenbefalinger.

Konklusion: Undersøgelsens resultater viser, at der foreligger et behov for fremme af sundhedsadfærd blandt voksne danskere med type 2-diabetes, og indikerer, at sociale relationer bør inddrages i rehabiliteringen.

til optimering af rehabilitering [1]. Rehabiliteringen har til formål at mindske forekomst og alvorlighed af diabetiske senkomplikationer, som udgør de primære årsager til invalidering og død blandt personer med type 2-diabetes [2]. Sundhedsadfærd udgør en central komponent af rehabiliteringen [1]. Ved tilrettelæggelse af optimal rehabilitering er det derfor vigtigt med kendskab til forhold, der har betydning for sund adfærd blandt personer med type 2-diabetes.

Man har i udenlandske studier påvist, at gode sociale relationer er associeret med sund adfærd hos personer med type 2-diabetes [3-6]. Dette er sparsomt belyst med danske data. Formålet med nærværende studie var derfor at undersøge sammenhængen mellem sociale relationer og sundhedsadfærd blandt voksne danskere med type 2-diabetes.

Materiale og metoder

Undersøgelsen bygger på et tværsnitsdesign baseret på data fra Statens Institut for Folkesundheds Sundheds- og Sygelighedsundersøgelse (SUSY) fra 2000, som er en spørgeskemaundersøgelse, der belyser den generelle sundhed og sygelighed blandt danskere på 16 år og derover. Spørgeskemaet er derfor ikke målrettet en diabetespopulation. I SUSY2000 indgår der 16.688 respondenter tilfældigt udtrukket fra Det Centrale Per-

Tabel 1. Kriterier for klassifikation og udvælgelse af endelig undersøgelsespopulation.

- Kriterier for klassifikation af respondenter som havende type 2-diabetes:*
- Skal have svaret ja til spørgsmålet om, hvorvidt de lider af sukkersyge.
 - Skal tilkendegive, at de ikke udelukkende behandles med insulin. Respondenternes behandling kan således bestå af: 1) både insulin og perorale antidiabetika, 2) udelukkende perorale antidiabetika eller 3) ingen medicinsk behandling
 - Skal være 40 år eller derover på interviewtidspunktet

- Kriterier for udvælgelse af den endelige undersøgelsespopulation:*
- Skal være klassificeret som havende type 2-diabetes.
 - Skal have besvaret alle undersøgelsens hoved- og kovariater

Type 2-diabetes er en folkesygdom, som stiller det danske sundhedsvæsen over for en række udfordringer bl.a. i forhold