

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

medicin er et paradigmeskift. Pædagogik og information er dog stadig vigtige elementer.

Korrespondance: Finn Ursin Knudsen, Børneafdelingen, Amtssygehuset i Glostrup, DK-2600 Glostrup. E-mail: fukn@glostruphosp.kbhamt.dk

Antaget: 10. marts 2004  
Interessekonflikter: Ingen angivet  
Artiklen er en redigeret OSVAL II-opgave

## Litteratur

- Stephenson JBP. Fits and faints. London: Mac Keith Press, 1990. Clinics in Developmental Medicine: 109.
- Bhatia MS, Singhal PK, Dhar NK et al. Breath-holding spells: an analysis of 50 cases. Indian Pediatr 1990;27:1073-9.
- Daoud AS, Batieha A, Al-Sheyyab M et al. Effectiveness of iron therapy on breath-holding spells. J Pediatr 1997;130:547-50.
- Mocan H, Yildiran A, Orhan F et al. Breath holding spells in 91 children and response to treatment with iron. Arch Dis Child 1999;81:261-2.
- Holowach J, Thurston DL. Breath-holding spells and anemia. N Engl J Med 1963;268:21-3.
- Poets CF, Samuels MP, Wardrop CAJ et al. Reduced hemoglobin levels in infants presenting with apparent life-threatening events: a retrospective investigation. Acta Pediatr 1992;81:319-21.
- Mocan MC, Mocan H, Aslan Y et al. Iron therapy in breath-holding spells and cerebral erythropoietin. J Pediatr 1998;133:583-4.
- DiMario FJ, Chee CM, Berman PH. Pallid breath-holding spells: evaluation of the autonomic nervous system. Clin Pediatr 1990;29:17-24.
- Boon R. Does iron have a place in the management of breath holding spells? Arch Dis Child 2002;86:77-8.
- Donma MM. Clinical efficacy of piracetam in treatment of breath-holding spells. Pediatr Neurol 1998;18:41-5.

## Forebyggelsessamtaler

### Har de en plads på en akutafdeling?

Sygeplejerske, forebyggelseskonsulent Bente Munkholm Nelbom, overlæge Hanne Tønnesen & overlæge Vibeke Backer

H:S Bispebjerg Hospital, Ambulatoriet for Rygeophør, Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse og Lungemedicinsk Ambulatorium, Intern Medicinsk Klinik

## Resumé

**Introduktion:** H:S Bispebjerg Hospital tilbyder systematiske forebyggelsessamtaler om tobaksrygning. På en akutmedicinsk afdeling er samtalerne en udfordring for organisationen. En mulighed for at implementere forebyggelsessamtalen på akutafdelingerne kunne være, at samtalen blev gennemført af en specialuddannet sygeplejerske (forebyggelseskonsulent). Vi har undersøgt effekten af to forskellige indsatsmetoder, hvor tilbud om forebyggelsessamtale gives enten af en forebyggelseskonsulent fra Ambulatoriet for Rygeophør eller af sygeplejersken på akutmedicinsk modtageafdeling (AMA).

**Materiale og metoder:** I alt 200 patienter deltog, hvoraf 100 modtog tilbud om forebyggelsessamtaler af en forebyggelseskonsulent fra Ambulatorium for Tobaksophør, mens 100 modtog dette tilbud af den daglige somatiske sygeplejerske på AMA. Efter forebyggelsessamtalen fik alle patienter et egentligt tilbud om hjælp til tobaksophør ved en af konsulenterne.

**Resultater:** Blandt de 200 patienter ønskede 144 (72%) forebyggelsessamtalen, heraf ønskede signifikant flere at modtage samtalen, når den blev tilbudt af forebyggelseskonsulenterne, end når den blev tilbudt af det vanlige personale på AMA (97% versus 47%,  $p < 0,01$ ). Vi fandt, at 10% af patienterne ændrede deres motivationsniveau for rygeophør efter 20 minutters samtale. Derudover ønskede 11% kontakt til Ambulatoriet for Rygeophør alle-

rede før samtalen, mens 33% ønskede dette efter. Tremåneders-ophørsraten var på 21% blandt dem, som begyndte i ambulatoriet.

**Diskussion:** Vi påviste, at tilbud om forebyggelsessamtaler kunne gives på en akutmedicinsk modtageafdeling, at patienterne tog imod tilbuddet, og at forebyggelsessamtalerne ændrede patienternes motivation for rygeophør. Patienterne havde en tilfredsstillende ophørsrate efter den motiverende samtale. Men indsatsen havde bedst effekt, hvis den blev tilbudt af specialuddannede forebyggelseskonsulenter.

H:S Bispebjerg Hospital (BBH) tilbyder som modelhospital for forebyggelse og sundhedsfremme systematiske forebyggelsessamtaler om tobaksrygning til alle indlagte rygere. Forebyggelsessamtalen er en motiverende samtale, der er tilpasset den enkelte patients motivation og ønsker om adfærdændring [1].

Formålet med forebyggelsessamtalen om tobaksrygning er at:

- informere patienten om faktorer af betydning for aktuell sygdom, behandling og risiko for udvikling af sygdomme samt at informere om helbreds- og behandlingsfordele ved rygeophør
- støtte ændringsprocessen hos patienter, der ryger daglig
- tilbyde professionel støtte til patienter, som ønsker at holde op med at ryge
- understøtte hospitalets øvrige behandling af patienten
- forebygge forværring af patientens sygdom

Motiverede patienter kan efterfølgende henvises til de relevante livsstilsambulatorier, såsom Ambulatoriet for Rygeophør, men det kunne også være til Alkohol Ambulatoriet. For at sikre tilbud til alle patienter skulle forebyggelsessamtalerne varetages af det daglige personale på såvel akutmodtageafsnit, sengeafsnit som ambulatorier. Sådanne samtaler udført i daglig regi har dokumenteret effekt [2], men får øget effekt, hvis livsstilssamtalerne varetages af trænet personale [3], og hvis de yderligere følges op med telefonkonsultationer [4].

Indførelsen af forebyggelsessamtalerne har ikke været helt problemfri. Som følge af et traditionelt behandlingsfokus på en akutmedicinsk afdeling er samtalerne en udfordring for organisationen [5] pga. det samtidige krav om øget produktivitet og patientomsætning. Men hvis opgaven skal løses, er der behov for uddannelse af personalet [6]. Det har været vanskeligt på akutafdelingerne, hvor patienterne ofte er indlagt i kort tid. En mulighed for at implementere forebyggelsessamtalen på akutafdelingerne kunne være, at samtalen blev gennemført af en specialuddannet sygeplejerske (forebyggelseskonsulent). Men hvordan sikrer man sig, at patienterne får tilbuddet om en forebyggelsessamtale med forebyggelseskonsulenten, og hvordan vil det blive modtaget af patienterne?

Formålet med denne undersøgelse var at undersøge:

- effekten af to forskellige indsatsmetoder med tilbud om forebyggelsessamtale til akutindlagte patienter, der er dagligrygere, og som udskrives direkte fra akutmedicinsk modtageafdeling (AMA) (tilbud gives enten af forebyggelseskonsulenten i Ambulatoriet for Rygeophør eller af sygeplejersken på AMA)
- hvor mange patienter der tager imod tilbuddet om forebyggelsessamtale, og hvor mange der afslår
- om der er forskel på, hvilket stadie i motivationscirklen for forandring patienterne er i ved inklusion af de to indsatsmetoder (Figur 1)

- om forebyggelsessamtale med patienterne, der udskrives fra AMA, ændrer på patienternes motivation for forandring af rygevaner. Er der en ændring umiddelbart efter, tre måneder efter og seks måneder efter samtalen?

## Metode

Projektet opdeles i to delprojekter.

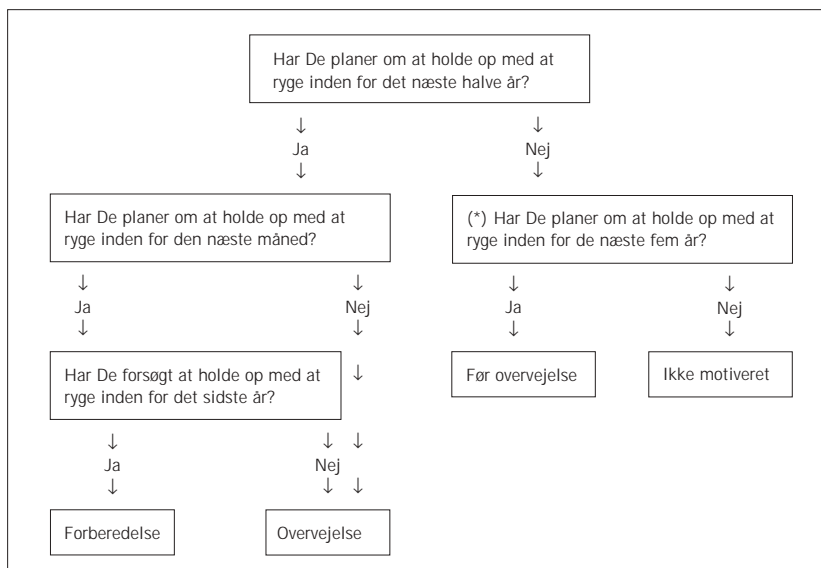
### Første delprojekt

1. Forebyggelseskonsulenten fra Ambulatoriet for Rygeophør deltager på hverdage i AMA's morgenkonference for at få oplyst, hvem der skal udskrives. Disse patienter, der er klar til udskrivelse, er mål for indsatsen i det pågældende forskningsarbejde.
2. Forebyggelseskonsulenten søger i journalen oplysning om, hvorvidt patienten er dagligryger.
3. Hvis patienten er dagligryger, tilbyder og, hvis den modtages, udfører forebyggelseskonsulenten samtalen samme dag.
4. I starten og slutningen af samtalen bliver patientens motivation for adfærdsændring afdækket ved fire spørgsmål [7, 8] (Figur 1).
5. Patienterne kontaktes telefonisk tre måneder og seks måneder efter samtalen, og de samme fire spørgsmål [7, 8] stilles, for at man kan afdække, om forebyggelsessamtalen har ændret patienternes motivation for adfærdsændring.

### Andet delprojekt

Punkt 1, 2, 4 og 5 er identiske med dem i første delprojekt.

3. Hvis patienten er dagligryger, tilbyder sygeplejersken i AMA vedkommende en forebyggelsessamtale. Hvis den modtages, udføres samtalen samme dag af en forebyggelseskonsulent fra Ambulatoriet for Rygeophør.



Figur 1. Afdækning af motivation for adfærdsændring af Prochaska & Goldstein [7] med revision (\*) af Dijkstra [8].

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Undersøgelingsperioden var fra april 2001 til maj 2002 (13 måneder), opdelt i to perioder.

### Materiale

I undersøgelsen inkluderedes rygere med et kort indlæggelsesforløb (1-3 dage) og indlæggelse på AMA uden udflytning til stationært stamafsnit. Patienterne, der indgik i undersøgelsen, skulle udskrives på hverdage direkte fra AMA på BBH. Rygning blev defineret ved selvrapporteret daglig rygning.

Undersøgelsen var oprindeligt planlagt til at omfatte i alt 400 konsekutivt valgte rygende patienter. Der blev foretaget en midtvejsanalyse, og efter inklusion af 100 patienter i første gruppe viste beregningerne, at 100 i hver gruppe med de foreliggende resultater ville eliminere muligheden for type II-fejl.

### Første delprojekt

Inklusionen af 100 patienter tog fem måneder. I gennemsnit blev der inkluderet 20 patienter pr. måned. I denne periode var der 110 arbejdsdage, og der blev registreret to ikkerygere og en ryger pr. dag.

I alt blev der i denne periode indlagt 615 patienter på alle ugens syv dage, heraf 379 (62%) på hverdage. Blandt disse var 115 rygere, 238 var ikkerygere, og hos 41 patienter var der ikke oplysninger om rygestatus. Blandt de 115 rygere blev 15 patienter ekskluderet, otte pga. demens og syv pga. sprogproblemer. Dermed deltog der 100 rygere i analysen, heraf tog 97 patienter imod tilbuddet om en forebyggelsessamtale, tre patienter ønskede ikke en samtale.

### Andet delprojekt

I denne periode tog det otte måneder at inkludere 100 patienter. Der blev indlagt 288 patienter på de medregnede hverdage. Blandt de 288 patienter var der 137 ikkerygere, og for 33 patienter var rygestatus uoplyst. Af de patienter, der blev udskrevet på hverdage, var 115 rygere, heraf blev 15 patienter af forskellige årsager ikke tilbudt forebyggelsessamtale. Dermed deltog der 100 rygere i analysen, heraf tog 47 patienter imod tilbuddet om en forebyggelsessamtale, 53 patienter ønskede ikke en samtale. I perioden på otte måneder var der 49 hverdage, hvor patienterne pga. travlhed på afdelingen ikke blev tilbudt en forebyggelsessamtale. På de resterende 127 arbejdsdage fik 0,9 ryger pr. dag tilbudt en forebyggelsessamtale, og der blev registreret en ikkeryger pr. dag.

Antallet af rygere, der blev inkluderet pr. dag ( $n = 1$ ), var således det samme i de to perioder, mens der kun blev registreret halvt så mange ikkerygerne, hvilket nok skyldes, at det var rygerne, der var forsøgspersonerne.

### Indsats

Alle patienter, som havde givet tilsagn om, at de gerne ville modtage en forebyggelsessamtale, fik den umiddelbart af forebyggelseskonsulenten. Tobaksanamnesen blev udvidet med tidligere rygestopperioder/forsøg på rygestop og Fager-

strøm-score for afhængighed [9]. Før og efter forebyggelsessamtalerne blev patienternes motivation for adfærdsendring afdækket ved fire spørgsmål udarbejdet af *Prochaska & Goldstein* [7] og den efterfølgende revision af *Dijkstra* [8] (Figur 1), som er indført for at flowdiagrammet kan anvendes mere specifikt i dagligt klinisk arbejde.

### Behandling

Patienterne blev efter forebyggelsessamtalen tilbudt det generelle rygeophørsforløb på BBH i Ambulatoriet for Rygeophør [10, 11].

### Opfølgning

Alle de patienter, der modtog en forebyggelsessamtale, blev spurgt om tilladelse til telefonisk kontakt efter tre måneder. Telefonkontaktens formål var at afdække patienternes aktuelle rygestatus og afdække deres motivation for adfærdsendring. I forbindelse med telefonkontakterne blev de patienter, der fortsat røg, atter tilbudt hjælp til rygeophør i Ambulatoriet for Rygeophør.

### Resultater

Vi fandt, at der for 11% af patienterne, som på hverdage blev udskrevet fra AMA, ikke var oplysninger om rygestatus, hverken på specialark eller i journalen. Blandt de 89%, som havde sufficient rygeanamnese, var 30% dagligrygere.

Vi fandt, at færre rygende patienter fik et tilbud om forebyggelsessamtale, når det var det daglige personale på AMA, som havde ansvar for at tilbyde disse samtaler. Således var der 49 dage, hvor ingen patienter fik et tilbud, og inklusionsperioden strakte sig over otte måneder. Den periode hvor forebyggelseskonsulenten havde ansvaret for at tilbyde samtalerne til patienterne, var kun på fem måneder.

Blandt det samlede antal på 200 adspurgte patienter ønskede 144 (72%) forebyggelsessamtalen, heraf ønskede signifikant flere at modtage samtalen, når den blev tilbudt af forebyggelseskonsulenterne, end når det vanlige personale i AMA tilbød forebyggelsessamtalen (97 af 100 versus 47 af 100,  $p < 0,01$ ) (Tabel 1). Der var små forskelle på dem, der ønskede forebyggelsessamtalerne, og dem, der ikke ønskede dem. Ligeledes var der en lille forskel på mænd og kvinder, der ønsker forebyggelsessamtale (henholdsvis 66% og 79%) (Tabel 1). Vi fandt, at en tredjedel aldrig havde forsøgt rygestop, og en tredjedel havde tidligere forsøgt dette, mens der ikke var forskel på dem, der ønskede samtalen, og dem, der ikke gjorde. Fagerstrøm-score [9] var middelhøj, med en stor spredning, vi fandt en medianscore på 5 (spændvidde: 0-10) blandt de 144 rygere. De der ikke ønskede forebyggelsessamtale, blev ikke udspurgt yderligere om basisværdierne. Det er derfor ikke muligt at foretage analyse af forskellene på dem, som modtog forebyggelsessamtalen, og dem, der ikke ønskede det. Umiddelbart synes der dog ikke at være forskelle af betydning på de to grupper (Tabel 1).

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

**Tabel 1.** Basisværdier (middel standarddeviation (SD)) for 200 konsekutivt indlagte patienter på Akutmedicinsk Afdeling på H:S Bispebjerg Hospital.

	Ønsker forebyggelses-samtale	Ønsker ikke forebyggelses-samtale	Total
Tilbud fra forebyggelses-konsulent	97	3	100
Tilbud fra sygeplejersken på Akutmedicinsk Afdeling	47	53	100
Henvist til Ambulatoriet for Rygeophør	47	a	47
Antal mænd	71 (66%)	56	108
Antal kvinder	73 (79%)	21	92
Alder	56 (17,8)	52 (19,3)	55 (18,0)
Pakkeår	25,4 (20,4)	20 (27,1) <sup>a</sup>	24 (18,9)
Røget i antal år	37,4 (16,3)	33 (16,1) <sup>a</sup>	36,2 (15,5)
Fagerstrøm-score	5 (3)	6 (2)	5 (3)

a) Uoplyste/ufuldstændige oplysninger.

**Tabel 2.** De 144 deltagende patienters grad af motivation for adfærdssændring [7, 8].

	Motivation for ændring af rygevaner					
	før forebyggelses-samtalen tiden 0 min		efter forebyggelses-samtalen tiden 20 minutter		ændret motivation	
	n	%	n	%	n	%
Ikke motiveret	40	28	33	23	7	5
Før overvejelse	18	12	21	15	3	2
Overvejelse	52	36	52	36	0	0
Forberedelse	34	24	38	26	4	3
Total (rygere)	144	100	144	100	141	0

Lige før og umiddelbart efter forebyggelsessamtalen blev patientens grad af motivation afdækket [7, 8] (Figur 1). Vi fandt, at 34 (24%) var i forberedelsesfasen før samtalen, hvilket ændrede sig efter 20 minutters forebyggelsessamtale (Tabel 2). Samlet var der 10%, som havde ændret deres grad af motivation. Samtidig med afdækning af deres motivation for livsstilsændringer, blev patienterne også spurgt, om de ønskede henvisning til Ambulatoriet for Rygeophør. Seksten (11%) patienter ønskede dette før, mens 47 (33%) ønskede henvisning til Ambulatoriet for Rygeophør efter forebyggelsessamtalen (Tabel 1).

### Opfølgning

Tre måneder efter udskrivelsen ønskede 90 af de 144 patienter at blive kontaktet. Heraf var der 13 (16%), som var ophørt med at ryge. Hvis de, der ikke ville kontaktes (n = 53), alle fortsat var rygere, ville det give en ophørsrate på 9% for hele gruppen. Ti (77%) af de 13 eksrygere var blandt de 47, som havde været i Ambulatoriet for Rygeophør, hvilket giver en ophørsrate på 21% for de patienter, som var så motiverede, at de ønskede et forløb i Ambulatoriet for Rygeophør. Der var en tendens til livsstilsændringer, idet 69% var blandt de mest motiverede ved tremånedersopfølgningen i forhold til 60% før forebyggelsessamtalen og 62% efter samtalen ved indlæggelsen. Blandt de 76 rygere ud af de 90 kontaktede patienter havde 29 (38%) i pe-

rioden efter udskrivelsen forsøgt tobaksophør, uden at det var lykkedes, og 12 (16%) ønskede en ny henvisning til Ambulatoriet for Rygeophør.

### Diskussion

Vi har undersøgt mulighederne for implementering af forebyggelsessamtaler om tobaksrygning på AMA. Et sådant studie har der ikke tidligere været publiceret resultater af, hverken i Danmark eller i udlandet. Det har været ønsket, at patienter med korte forløb på de akutmedicinske afsnit skulle have tilbudt samtaler om livsstilsændringer, idet mange patienter er indlagt med tobaks- og alkoholrelaterede lidelser [12, 13]. Vi fandt, at 97% af de patienter, der blev tilbudt en forebyggelsessamtale af forebyggelseskonsulenten, sagde ja, mens 47% sagde ja, når sygeplejersken på AMA tilbød samtalen (Tabel 1). Hovedparten af disse patienter havde en kronisk sygdom, hyppigst lungesygdom, hvor rygeophør er væsentlig for det videre sygdomsforløb. Patienter med kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL), der fortsætter med at ryge, har en øget risiko for genindlæggelser, aftagende livskvalitet, tiltagende respirationsinsufficiens og tidlig død [12].

I undersøgelsen fandt vi, at tilbuddet om forebyggelsessamtaler blev modtaget mere positivt, når det var forebyggelseskonsulenten, der kom med det. Dette støttes af Rice *et al* [4], som i et Cochrane-review påviser en øget langtidsvirkning af samtaler udført af specialuddannede personer. I denne undersøgelse har man ikke søgt at påvise årsagen til, at patienterne hyppigere ønsker samtalen, hvis de primært møder forebyggelseskonsulenterne, end hvis det er det stationære personale på afdelingen, der giver tilbuddet.

I forbindelse med forebyggelsessamtalen afdækkes patientens motivation for adfærdssændring med hensyn til tobaksophør [7, 8] (Figur 1). I undersøgelsen påviste vi, at 10% af patienterne ændrede grad af motivation, mens flere (22%) ændrede ønske om at blive henvist til Ambulatoriet for Rygeophør, hvilket kun kan skyldes, at flere patienter er sprunget fra et andet niveau helt frem til sidste niveau (forberedelsesfasen). Dette svarer også til, hvad der kan ses hos kirurgiske patienter inden en operation [14]. Endvidere kan nogle patienters motivationsøgning være underestimeret. Ifølge Prochaska & Goldsteins definition kan en person ikke ændre motivationsstadiet fra overvejelse til forberedelse, hvis personen ikke har forsøgt rygeophør inden for det seneste år [7]. Det betyder, at nogle patienter forbliver klassificerede i overvejelserstadiet til trods for, at de faktisk er rykket til forberedelsesfasen med henblik på rygeophør.

De patienter, som havde tilladt telefonisk kontakt efter tre måneder, havde en succesrate med hensyn til rygeophør på 16%. En tredjedel af de patienter (n = 144), der fik en forebyggelsessamtale, ønskede henvisning til Ambulatoriet for Rygeophør og gennemførte et rygestopforløb med udlevering af en uges nikotinsubstitution og samtalerterapi. Det er veldokumenteret, at professionel vejledning og nikotinsubstitution

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

øger muligheden for succes i et rygestopforløb for såvel personale [11] som patienter [15, 16]. Disse resultater understøtter, at selv på en akutmodtageafdeling bør patienterne tilbydes en struktureret forebyggelsessamtale om deres forbrug af tobak og dermed mulighed for hjælp til rygestop.

Konklusionen er, at specialuddannede forebyggelseskonsulenter forbedrer den forebyggende indsats ved forebyggelsessamtalen. Patienter, der er indlagt med akut medicinsk somatisk sygdom, er motiverede for at tale om forebyggelse, og de, som tager imod tilbuddet om en forebyggelsessamtale, har øget chance for at gennemføre et rygestop.

Korrespondance: *Vibeke Backer*, Lungemedicinsk Ambulatorium, Intern medicinsk klinik I, HS Bispebjerg Hospital, DK-2400 København NV. E-mail: backer@dadlnet.dk

Antaget: 12. marts 2004  
Interessekonflikter: Ingen angivet

## Litteratur

- Mundt K, Fugleholm AM, Hedegaard AM et al. Rygeophør på sygehus, fakta, metoder og anbefalinger. København: Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, Netværk af Forebyggende sygehuse i Danmark, 2001.
- Prochaska JO, DiClemente CC, Velicer WF et al. Standardized individualised, interactive, and personalised self-help programs for smoking cessation. *Health Psychol* 1993;12:399-405.
- Lancaster T, Silagy C, Fowler G. Training health professionals in smoking cessation (Cochrane review). I: *The Cochrane Library*, Issue 3,2000:214. Oxford: Update Software.
- Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation (Cochrane review). I: *The Cochrane Library*, Issue 2,2000:1188. Oxford: Update Software.
- Hanne Fredslund: Når »vilde« problemer tæmmes. København: Eget forlag, 2001.
- Villaing I, Iversen L, Jørgensen T. Hvad betyder individuelle rygevaner for personalets viden, holdning og rådgivningspraksis relateret til rygning? *Ugeskr Læger* 2001;163:4180-1.
- Prochaska JO, Goldstein MG. Process of smoking cessation. *Clin Chest Med* 1991;12:727-35.
- Dijkstra A, De Vries H, Roijackers J et al. Tailored interventions to communicate stage-matched information to smokers in different motivational stages. *J Consult Clin Psychol* 1998;66:549-57.
- Fagerström KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström tolerance questionnaire. *J Behav Med* 1989;12:159-82.
- Olsen AD, Rasmussen S, Nelbom BM et al. Rygeafvænningsstilbud til sundhedspersonale – nytter det? *Ugeskr Læger* 2003;165:1451-6.
- Olsen AD, Fugleholm AM, Rasmussen S et al. Aktiv og passiv rygning blandt personalet på Bispebjerg Hospital 1992 – 1999. *Ugeskr Læger* 2000;162:5623-7.
- Hilsted JC, Evald T, Elbroun R et al. Acute admissions to medical departments. *Dan Med Bull* 1995;42:371-3.
- Rigotti NA, Arnsten JH, McKool KM et al. Efficacy of a smoking cessation program for hospital patients. *Arch Inter Med* 1997;157:2653-560.
- Møller AM, Villebro N, Pedersen T et al. *Lancet* 2002;359:114-7.
- Rigotti NA, Arnsten JH, McKool KM et al. The use of nicotine-replacement therapy by hospitalized smokers. *Am J Prev Med* 1999;17:255-9.
- Emmons KM, Goldstein MG, Roberts M et al. The use of nicotine replacement therapy during hospitalization. *Ann Behav Med* 2000;22:325-9.

## Vurdering med henblik på modificerbare risikofaktorer af geriatriske patienter indlagt efter fald

Reservelæge Bente Glintborg, overlæge Marianne Kirchhoff, reservelæge Junia Cardoso Costa & professor Marianne Schroll

H:S Bispebjerg Hospital, Medicinsk Center, Geriatrisk Klinik

## Resumé

**Introduktion:** Vi ønskede at foretage en nøjagtig beskrivelse af patienter, der var indlagt på en geriatrisk klinik efter fald. Undersøgelsen havde specielt fokus på forekomsten af modificerbare risikofaktorer.

**Materiale og metoder:** Vi udvalgte tilfældigt 100 patienter. På baggrund af anamnesen klassificerede vi patienterne i fem faldtyper. Ved objektiv undersøgelse og udvalgte parakliniske test identificerede vi risikofaktorer, som var medvirkende til den enkelte patients fald. To reservelæger foretog uafhængige vurderinger af 25 af patienterne.

**Resultater:** Patienterne fordelte sig således inddelt efter faldtype: 11 patienter havde fald, som delvist kunne forklares ved snublen og lignende, seks berettede om bevidsthedstab, hos 25 var faldet

sket i forbindelse med akut behandlingskrævende sygdom, og hos 41 var årsagen til faldet umiddelbart uforklaret. Seksten patienter havde kognitiv dysfunktion. Hos 92 fandt vi efter udredningen en eller flere risikofaktorer for fald (gennemsnit 2,3). Flest risikofaktorer havde patienter med uforklarede fald uden bevidsthedstab ( $p = 0,02$ ). Det gennemsnitlige medicinforbrug var 4,2 forskellige præparater daglig uden forskelle efter patienternes faldtyper. **Diskussion:** Resultaterne fra studiet viser, at i den skrøbelige population, som klientellet på en geriatrisk klinik udgør, er der oftest flere årsager til fald til stede samtidig. Systematisk udredning er nødvendig, så alle faktorer belyses, og behandlingen målrettes.

Prævalensen af fald er 30% blandt hjemmeboende ældre over 65 år og 50% blandt ældre over 80 år, højere blandt plejehjemsboende [1]. Fald medfører frygt og risiko for færdighedstab [2], og omkring 5% af faldene giver frakturer. Hos hjemmeboende ældre med fald ses øget hyppighed af hospi-