

Af: Sif Helene Arnold, HU-læge almen medicin, ph.d., Forskningsenheden for Almen Praksis, København - siar@sund.ku.dk

Practicus

5 spørgsmål til forskeren: *Denne artikelserie omtaler en publiceret forskningsartikel eller et igangværende forskningsprojekt, som har stor relevans for almen praksis.*

Urinvejsinfektioner hos plejehjemsbeboere

1. Hvorfor er det relevant for den alment praktiserende læge?

Urinvejsinfektioner (UVI) hos plejehjemsbeboere er noget, vi ser rigtig meget i almen praksis. Det er ofte også en kilde til stor frustration, fordi man pludselig befinder sig i nogle situationer, der er svære at løse tilfredsstillende. En urinprøve dukker op i praksis uden yderligere information; vagtskiftet på plejehjemmet gør, at netop den SOSU-assistent, som har set patienten, er gået for i dag. Urindyrkningen er positiv, men har gamle Anna stadig symptomer? Samarbejdet med plejehjemmet er udfordrende, og behandlingsbeslutningen skal være velbegrundet særligt i denne sårbare patientgruppe. Ved behandling med antibiotika risikerer man at påføre skade, f.eks. forstoppelse, resistente bakterier og C. difficile-infektion. Uden behandling risikerer man anden svær infektion. Derfor kræver disse henvendelser høj kvalitet i samarbejdet mellem almen praksis og plejehjemmet, før den alment praktiserende læge kan tage en kvalificeret behandlingsbeslutning.

Ph.d.-afhandling forsvaret: december 2020.
Vejledere på projektet: Lars Bjerrum, Anne Holm, Jette Nygaard Jensen, Marius Brostrøm Kousgaard.
Projektet blev præsenteret ved Ph.d.-Cuppen på DSAM's årsmøde 2021.

2. Hvad handler dine studier om?

Formålet var at finde en måde at forbedre samarbejdet mellem plejehjem og almen praksis ved at øge plejepersonalets viden om UVI og at strukturere kommunikationen. Min ph.d.-afhandling handler om, hvordan vi udviklede og testede en intervention, der gjorde netop dette.

3. Hvordan er dit studie udført?

Der er tre studier i min afhandling. Det første er et kvalitativt studie, som beskriver udviklingen af interventionen og pilottesten. Det første udkast til interventionen kombinerede viden fra litteratursøgninger, observationsstudier på plejehjem, interviews med plejepersonale og praktiserende læger samt en audit om UVI hos plejehjemspatienter. Interventionen blev herefter rettet til efter interviews og observationer af plejepersonale og alment praktiserende læger, mens de brugte interventionen. Endelig afprøvede vi hele interventionen på et plejehjem (se også tabel 1 for et overblik over metoder og informanter i udviklingen).

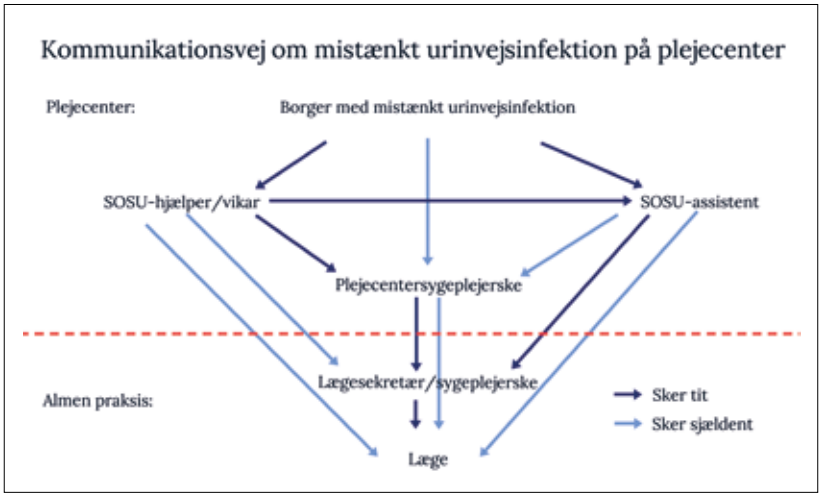
Det andet studie er en protokol for et ublindet klynge-randomiseret, kontrolleret studie (RCT), som i detaljer beskriver baggrund og metode for det tredje studie, der omhandler resultaterne af det randomiserede forsøg. I forsøget deltog 22 plejehjem. De blev inddelt i en interventions- og kontrolgruppe med 11 plejehjem i hver. Knap 1.500 beboeres data blev analyseret i studiet, og antallet af beboere var ligeligt fordelt i de to grupper.

4. Hvad er de vigtigste resultater?

Vi vidste fra projektets start, at plejepersonalet spiller en central rolle i observationen af plejehjemsbeboere og videregivelse af informationer til almen praksis. Da vi udviklede interventionen, fandt vi ud af, at telefonisk og skriftlig kontakt er langt hyppigere end direkte kontakt mellem patient og praktiserende læge. Det betyder,

at vejen, som informationen typisk rejser, før den når den praktiserende læge, er temmelig kompleks (se figur 1). Af figuren kan man udlede to vigtige pointer. For det første er det altid SOSU-hjælpere og SOSU-assistenter, der står med den daglige pleje og dermed har lejlighed til at mistænke en UVI. Det stiller krav til, at disse faggrupper kan reflektere over, hvad en UVI hos en plejehjemsbeboer er, og hvad det ikke er. For det andet passerer informationen gennem rigtig mange personer. Her tænker jeg tit på den hviskeleg, jeg legede i de små klasser – hvor sætningen, man starter med, aldrig er den, der bliver sagt højt til sidst. Pointen er, at hvis man skal undgå forglemmelser og misforståelser, bliver man nødt til at have en struktureret tilgang, hvor de kliniske observationer bliver noteret ned.

Vi endte med at lave en intervention med 75-minutters undervisning af plejepersonalet i UVI hos plejehjemsbeboere og brugen af et dialogværktøj, som skulle bruges ved mistanke om UVI. Dialogværktøjet understøttede principperne fra undervisningen og gjorde det muligt at notere observationer og refleksioner et sted. Undervisningen og dialogværktøjet rettede sig særligt mod to udbredte misforståelser i diagnostikken af UVI hos plejehjemsbeboere. For det første tolkes en positiv urintest ofte som en bekræftelse af UVI, men omkring 50 % af plejehjemsbeboere har asymptomatisk bakteriuri. Det vil sige, at de har bakterier i urinen, uden at der er en egentlig urinvejsinfektion. Det er ufarligt og skal ikke behandles. For det andet førte uspecifikke symptomer som f.eks. konfusion næsten automatisk til stix af urinen. Her er evidensen lidt mere uklar, men man har endnu ikke fundet en direkte sammenhæng mellem konfusion og UVI. Til gengæld kan der være mange andre årsager til konfusion, som jeg har set blive overset, fordi man valgte at behandle en UVI.



Developmental Stage	Initial Draft	Tailoring					Nonrandomised Pilot
Phases	-	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4	Phase 5	-
Date	April 2017–May 2018	June 2018	June 2018	June 2018	July 2018	July 2018	September 2018
Method(s)	Literature search Participatory observations Interviews Survey	Focus group interview	Double interview	Double interview	Single interview	Single interview	Two single interviews Four short telephone interviews during the pilot
Perspective	All	Nursing home	General practice	Patients and relatives	Nursing home	Nursing home	Nursing home
Informants background	Nursing home residents, all groups of nursing home staff, GPs, general practice staff	Three healthcare helpers, two healthcare assistants	One GP, one medical secretary	Two Senior Citizens' Council Members	One nurse	One nurse	One head nurse, one nurse

Figur 1 og tabel 1: Figuren og tabellen er fra artiklen "Development of a Tailored, Complex Intervention for Clinical Reflection and Communication about Suspected Urinary Tract Infections in Nursing Home Residents" af Sif Helene Arnold et al, publiceret i "Antibiotics" juni 2020.

Klynge-RCT'en viste, at denne tilgang kunne nedsætte antallet af behandlinger med antibiotika med ca. 50 % uden at øge dødeligheden. Vi fandt, at de behandlinger, hvor man tidligere havde behandlet f.eks. asymptomatisk bakteriuri, faldt bort. Vi så en tendens til, at antallet af indlæggelser steg, men dette var ikke et statistisk signifikant resultat. Når vi dykkede ned i årsagen til indlæggelser, så vi en ligelig fordeling af UVI, pyelonefrit og urosepsis mellem grupperne.

5. Hvordan kan det implementeres, og hvilke udfordringer kan der være i forbindelse med implementeringen?

I princippet kan den praktiserende læge selv gå ud at undervise plejehjemspersonalet med de materialer, der er udviklet i forbindelse med projektet. Materialerne og baggrunden herfor er udgivet i videnskabelige artikler eller kan rekvireres ved direkte henvendelse til mig.

Den store udskiftning af plejepersonale på plejehjemmene er en stor udfordring, og der er samtidig mange forskellige konkurrerende opgaver for personalet. Derfor kan man sandsynligvis ikke regne med, at en enkelt undervisningssession er nok. En varig forandring kræver, at man sætter UVI på dagsordenen med jævne mellemrum. Det er heller ikke sikkert, at man har mod på undervisning af et helt plejehjem. Vi arbejder i øjeblikket på en model for implementering på kommunalt niveau i nogle dele af Region Hovedstaden og overvejer, hvordan en elektronisk løsning kunne se ud. //