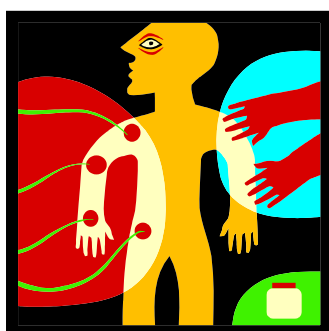


Folkesygdomme i almen praksis

Forekomst og forebyggelsesperspektiver
vurderet i forbindelse med en auditregistrering



2004



Dorte Gilså Hansen, Niels Kristian Rasmussen, Anders Munck

Audit Projekt Odense,
Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense, Syddansk Universitet

Statens Institut for Folkesundhed

Titel Folkesygdomme i almen praksis. Forekomst og forebyggelsesperspektiver vurderet i forbindelse med en auditregistrering

Forfattere: Dorte Gilså Hansen, Niels Kristian Rasmussen og Anders Munck

Udgivet af Audit Projekt Odense, Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense, Syddansk Universitet, og Statens Institut for Folkesundhed

Forlag: Clausen Offset ApS

Udgivelsesdato: Marts 2005

Oplag 1100 stk.

Trykkested: Clausen Offset ApS

ISBN nr: 87-90923-58-8

Stregkode: 9788790923587

Rapporten kan fås ved henvendelse til:
Audit Projekt Odense,
J.B. Winsløws Vej 9, indg. A, 5000 Odense C. Tlf 65 50 38 37
Statens Institut for Folkesundhed,
Øster Farimagsgade 5, 1399 København K. Tlf 39 20 77 77



I forbindelse med regeringens folkesundhedsprogram "Sund hele livet", den planlagte strukturreform og den planlagte sundhedslov har Indenrigs- og Sundhedsministeriet efterlyst viden om den aktuelle indsats og potentiale for forebyggelse i almen lægepraksis. Statens Institut for Folkesundhed (SIF) har koordineret en række projekter i denne sammenhæng og henvendte sig i september 2004 til Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense med henblik på et samarbejde. Samarbejdet har resulteret i flere delprojekter, hvoraf et af de centrale er dette auditprojekt gennemført af Audit Projekt Odense (APO). Endvidere forfattes bogen "Almen lægepraksis i Danmark - funktion, love, administration, udvikling"¹ og gennemføres en interviewundersøgelse med udvalgte læger.

Denne rapport beskriver resultaterne af en prospektiv selvregistrering af 22.003 konsultationer udført af 394 praktiserende læger i november-december 2004. Lægerne er rekrutteret fra Nordjyllands, Viborg, Ringkøbing, Ribe, Vejle, Fyns, Vestsjællands, Roskilde og Københavns Amter samt Københavns Kommune. Desuden har 9 læger fra Færøerne og 4 fra andre amter deltaget. Materialet er fremkommet ved, at hver læge har registreret 12 konsekutive konsultationer med voksne patienter på 5 arbejdsdage i dagtiden. Undersøgelsen søger at dække flere formål. For det første er resultaterne udgangspunkt for nærværende rapport, og dels skulle registreringen gerne virke som katalysator i en kvalitetsudviklingsproces på forebyggelsesområdet lokalt i de deltagende amter. Endelig er der tilvejebragt materiale, der forskningsmæssigt vil blive fulgt op på de kommende år.

Det anvendte registrerings-skema er fremkommet i et samarbejde mellem APO og SIF, som begge deltager i opfølgingsmøder i amterne. Seniorforsker, læge, ph.d. Dorte Gilså Hansen har forestået projektgennemførelse, analyse og rapportskrivning i samspil med projektlederen, leder af APO, alment praktiserende læge Anders Munck. Forskningskonsulent, mag.scient.soc. Niels Kristian Rasmussen, SIF, har medvirket i analyse og rapportskrivning. Undersøgelsen er finansieret via økonomiske midler fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt kvalitetsudviklingsudvalgene i de amter, der deltager.

Undersøgelsen har vist nogle meget interessante resultater om forebyggelsespotentialet i almen lægepraksis. Vi håber, at der på de amtslige opfølgingsmøder genereres konkrete ideer som udmøntes i lokalt udviklings- og projektarbejde – gerne med inspiration fra Sundhedsstyrelsens folkesygdomsprojekt². Ligeledes håber vi at undersøgelsens resultater kan bidrage til dimensionering og målretning af forebyggelse og sundhedsfremme inden for rammerne af den nye kommunalreform.

Anders Munck
Praktiserende læge, leder af Audit Projekt Odense
Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense

Finn Kamper-Jørgensen
Direktør
Statens Institut for Folkesundhed



Forord	3
Resume	5
Introduktion	6
Formål.....	8
Design.....	9
Resultater	11
De otte folkesygdomme som årsag til voksne patienters henvendelse i almen praksis.....	12
Forekomst af risikofaktorer hos voksne patienter i almen praksis	14
Kapaciteten af de eksisterende forebyggelsestilbud uden for almen praksis	18
Praksispersonalets varetagelse af udvalgte opgaver i forbindelse med forebyggelse	20
Lægernes ønsker til personalets deltagelse i forebyggelse i fremtiden.....	21
Diskussion	22
Kan vi stole på undersøgelsen?	22
Undersøgelsens relation til andre studier.....	23
Videre undersøgelser	25
Konklusion og perspektiv	26
Referencer	27
Bilag 1 – Registreringsskema	29
Bilag 2 – Registreringsvejledning.....	30
Bilag 3 – Spørgeskema.....	31
Bilag 4 – Diverse figurer (uddrag fra deltagerrapporten).....	33



Undersøgelsens hovedformål har været at belyse forebyggelsespotentialet i almen lægepraksis i Danmark i relation til de otte folkesygdomme, som indgår i regeringens folkesundhedsprogram "Sund hele livet" - det vil sige aldersdiabetes, forebyggelige kræftformer, hjerte- karsygdomme, knogleskørhed, muskel- og skeletlidelser, overfølsomhedssygdomme, psykiske lidelser og rygerlunger.

394 alment praktiserende læger har registreret 22.003 konsultationer med voksne patienter i løbet af 5 dage i november/december 2004 og besvaret et spørgeskema om praksisforhold og forebyggelse.

Undersøgelsen udtrykker de deltagende alment praktiserende lægers vurderinger og skøn:

- Mere end hver anden voksne patient, som konsulterer almen praksis, henvender sig med et problem relateret til en af de otte folkesygdomme
- Mere en halvdelen af voksne patienter i almen praksis har en eller flere definerede risikofaktorer, og mere end 2/3 er interesserede i forebyggelse
- De praktiserende læger skønner, at forebyggelse vidtgående vil kunne finde sted i praksis – uden dog at have vurderet om ressourcerne er til stede
- Kapaciteten af de eksisterende forebyggelsestilbud uden for almen praksis skønnes på flere områder ikke at være tilfredsstillende
- Praksispersonalet varetager mange steder opgaver i forbindelse med forebyggelse, og lægerne ønsker en større involvering af personalet i fremtidens almen praksis
- Denne undersøgelse vil kunne bidrage med talmateriale til de fremtidige overvejelser omkring udviklingen af den forebyggende indsats i relation til de nævnte otte folkesygdomme.



I regeringens forebyggelsespolitiske program "Sund hele livet" fra september 2002 lægges der op til et strategiarbejde for otte store folkesygdomme: aldersdiabetes, forebyggelige kræftformer, hjerte- karsygdomme, knogleskørhed, muskel- og skeletlidelser, overfølsomhedssygdomme, psykiske lidelser og rygerlunger³. Som led i gennemførelsen af regeringens nationale mål og strategier for folkesundhed "Sund hele livet" satte Sundhedsstyrelsen sit Folkesygdomsprojekt i gang i 2003. Projektet har som mål at udvikle og styrke den systematiske forebyggelse af de otte folkesygdomme samt at medvirke til, at forebyggelse systematisk integreres i sundhedsvæsenets behandlingsindsats⁴.

Målet med forebyggelse over for folkesygdommene er dels at undgå, at sygdom opstår, og dels at livskvaliteten fastholdes eller forbedres for dem, der er syge, fx ved at sygdomsforløbet mildnes. Flere af de otte folkesygdomme og deres komplikationer har fælles risikofaktorer: rygning, alkohol, overvægt etc., og vi ved, at livsstilsændringer kan have stor betydning for den enkeltes sundheds- og sygdomstilstand⁵⁻¹³. Almen praksis har jævnligt kontakt med en meget stor del af befolkningen og står således både nu og i fremtiden over for store udfordringer på forebyggelsesområdet. Sundhed og forebyggelse skal tænkes ind i de daglige rutiner i relation til både børn og voksne - raske, nydiagnosticerede og kroniske patienter. I denne audit anvendes forebyggelsesbegrebet bredt, og der skelnes ikke mellem primær, sekundær og tertiær forebyggelse – eller mellem borgerrettet og patientrettet forebyggelse.

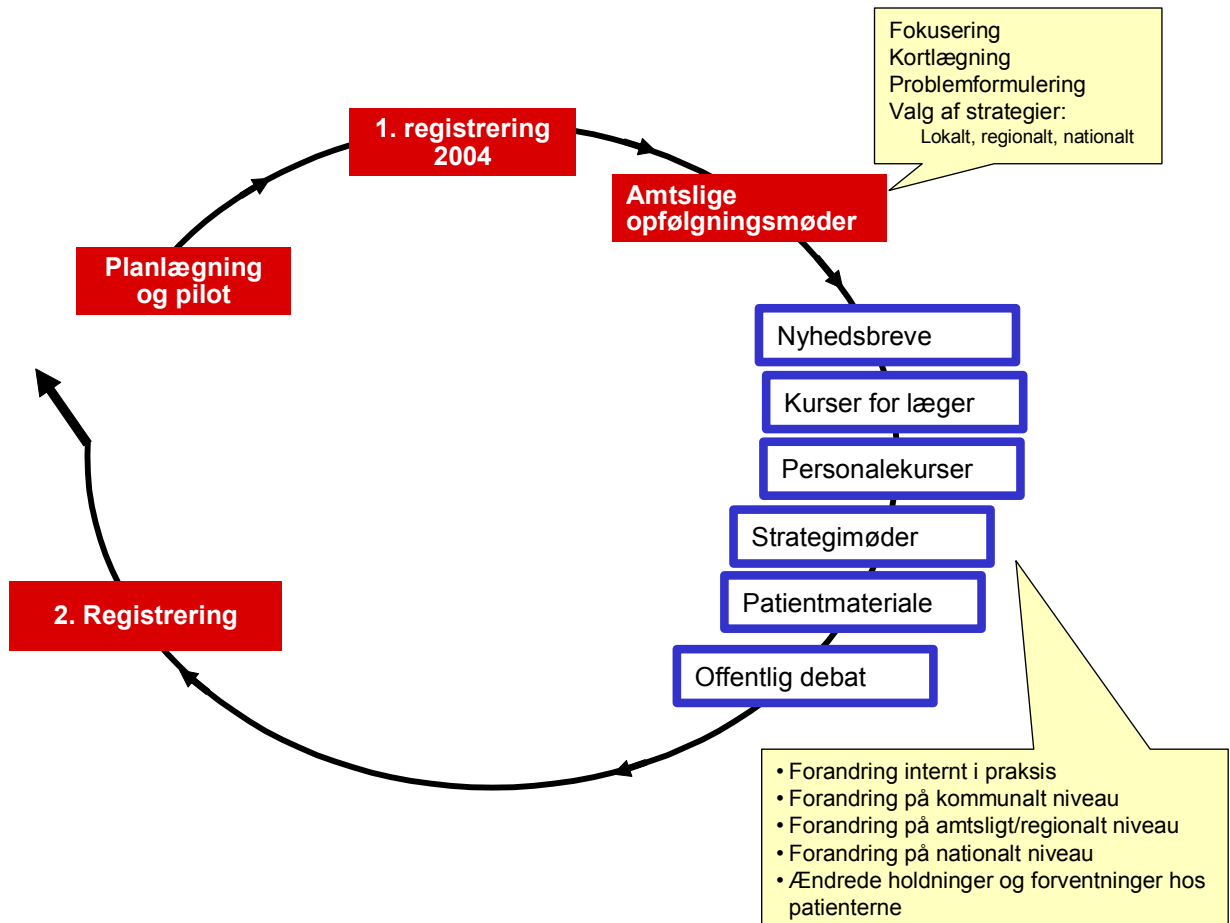
Fra ord til handling

En undersøgelse af kontaktårsager i forbindelse med konsultationer i almen praksis er et vigtigt supplement til andre kilder til viden om sygdomsforekomst, når indsatsen i samfundet i forbindelse med forebyggelse og behandling af folkesygdommene skal dimensioneres. En kortlægning af almen praksis' aktiviteter på forebyggelsesområdet er en forudsætning for fastlæggelse og implementering af nye strategier og en vigtig kilde til oplysninger om behovet for forebyggelse i befolkningen. Det er ikke tidligere beskrevet, i hvilket omfang de otte folkesygdomme er årsag til patienters fremmøde i almen praksis, i hvilken udstrækning disse patienters livsstil er uhensigtsmæssig med hensyn til sundhed og sygdom, og i hvilket omfang de er interesserede i forebyggelse via egen læge. Denne undersøgelse giver en beskrivelse af netop disse forhold, lægernes vurdering af kapaciteten af de eksisterende tilbud uden for almen praksis samt personalets medvirken aktuelt og lægernes ønsker til yderligere involvering af personalet i fremtiden.

Hvis det skal lykkes at gøre en ekstra indsats på forebyggelsesområdet, er det nødvendigt, at der over en længere periode sættes fokus på området, at særlige indsatsområder udpeges, og at implementeringstiltag gennemføres i og uden for praksis. Netop auditregistrering med efterfølgende diskussion af egne og den samlede gruppes resultater er et godt udgangspunkt for kvalitetsforbedring af det daglige arbejde¹⁴. Registreringen sætter fokus på emnet, dets omfang og problemstillinger i hverdagen. Den efterfølgende diskussion i den enkelte praksis og på amtslige opfølgingsmøder giver udgangspunkt for formulering af problemer, indsatsområder og konkrete handlinger (Figur 1).

Figur 1: I hvilken sammenhæng er denne undersøgelse foregået?

Kvalitetsudvikling efter APO-metoden: Auditsirkel med eksempler på implementeringstiltag





Formål

På baggrund af APOs undersøgelse "Audit om forebyggelse i almen praksis, november 2004" har denne rapport til formål

- At beskrive hvor hyppigt de otte folkesygdomme er årsag til voksne patienters henvendelse i almen praksis
- At beskrive forebyggelsespotentialer blandt voksne patienter i almen praksis
 - forekomsten af udvalgte risikofaktorer
 - interessen for forebyggelse
- At beskrive behovet for rådgivning om forebyggelse i og uden for almen praksis
- At bidrage til vurderingen af kapaciteten af de eksisterende forebyggelsestilbud uden for almen praksis
- At beskrive i hvilken udstrækning praksispersonalet aktuelt varetager udvalgte opgaver i forbindelse med forebyggelse
- At beskrive hvilke forebyggelsesopgaver praktiserende læger mener, praksispersonalet bør varetage i fremtiden



Alle 16 amter og amtskommuner i Danmark blev af Audit Projekt Odense primo oktober 2004 inviteret til at deltage i denne audit. Nordjyllands, Viborg, Ringkøbing, Ribe, Vejle, Fyns, Vestsjællands, Roskilde, Københavns Amter og Københavns Kommune valgte at udbyde projektet til amtets praktiserende læger. I alt 16,2% af 2438 læger, der modtog en skriftlig invitation fra amtets kvalitetsudviklingsudvalg, deltog i undersøgelsen. Endvidere deltog 4 læger fra andre amter og 9 fra Færøerne - i alt deltog 394. De 10 deltagende amter var repræsentative for hele landet med hensyn til andel af sololæger (68% mod 66% i hele landet) og kvindelige læger (28% mod 29% i hele landet)¹⁵. De 381 deltagere fra disse amter var repræsentative for såvel de respektive amter som den samlede gruppe af danske læger med hensyn til andel af sololæger, hvorimod kvindelige læger var overrepræsenteret (42,8%).

I undersøgelsen indgår oplysninger indhentet 1) i forbindelse med konsultationer i lægepraksis og 2) ved hjælp af et spørgeskema (deltageroplysningsskema). Hver dag i fem dage registrerede lægerne oplysninger om 12 voksne patienter set i forbindelse med en konsultation. Dataindsamlingen foregik ved simpel afkrydsning på et skema med en linie per patient (Figur 2/Bilag 1-2). Registreringsformen er velkendt for de fleste danske praktiserende læger¹⁴ og registreringen af hver enkelt konsultation varede under et minut. Det samlede materiale omfatter oplysninger indhentet i forbindelse med 22.003 konsultationer med voksne patienter i almen praksis i november-december 2004. Kontaktform, henvendelsesårsag, patientens risikofaktorer og interesse i forebyggelse indgik sammen med markering af aktuell rådgivning i forbindelse med konsultationen og det videre behov for rådgivning i og uden for praksis.

Et tosidet spørgeskema vedrørte lægens køn og alder, øvrige hverv, praksistype og -størrelse, praksispersonalets uddannelse og opgaver i forbindelse med forebyggelse, lægens vurdering af kapaciteten af de eksterne forebyggelsestilbud, samt ønsker til yderligere involvering af praksispersonalet og ideer til hvordan vi styrker forebyggelsen i almen praksis (Bilag 3).

Figur 2: Hvordan blev oplysningerne indsamlet i forbindelse med de 22.003 konsultationer?

Figuren viser et udsnit af det registreringsskema, som lægerne anvendte til dataindsamlingen – et skema per dag med en linje for hver af 12 konsekutive konsultationer. Skemaet findes desuden bagerst i rapporten (Bilag 1).

Audit om: Forebyggelse i almen praksis, november 2004
(for patienter ≥ 18 år)

Kontaktform	Vigtigste henvendelsesårsag	Risikofaktorer	Patienten interesseret i forebyggelse	Rådgivning i dag	Behov for videre rådgivning	Behov for henvisning
			1 X	1 X	1-2 X	1 X
1 X	Kun 1 kryds	Mindst 1 kryds	1 X	1 X	1-2 X	1 X
Førsie henvendelse						
Henvendelse i forløbet						
Type-2 diabetes						
Iskæmisk hjertesygdom						
Anden hjerte-/kar sygdom						
KOL						
Cancer						
Osteoporose						
Muskel-skeletsygdomme						
Astma og allergi						
Psykisk problem/lidelse						
Anden henvendelsesårsag						
Rygning						
Stort alkoholforbrug						
Uhensigtsmæssig kost						
Lav fysisk aktivitet						
Overvægt						
Skadeligt arbejdsmiljø						
Belastet familiesituation						
Anden risikofaktor						
Ingen risikofaktor						
Ja						
Nej						
Ikke relevant						
Ja						
Nej						
I anden instans						
I praksis						
Ikke relevant						
Ja						
Nej						

Hvis ja - sæt bolle omkring de kryds i felt 13-20 (risikofaktorer) som markering af, hvilke problemer du har behov for at kunne henvise

04

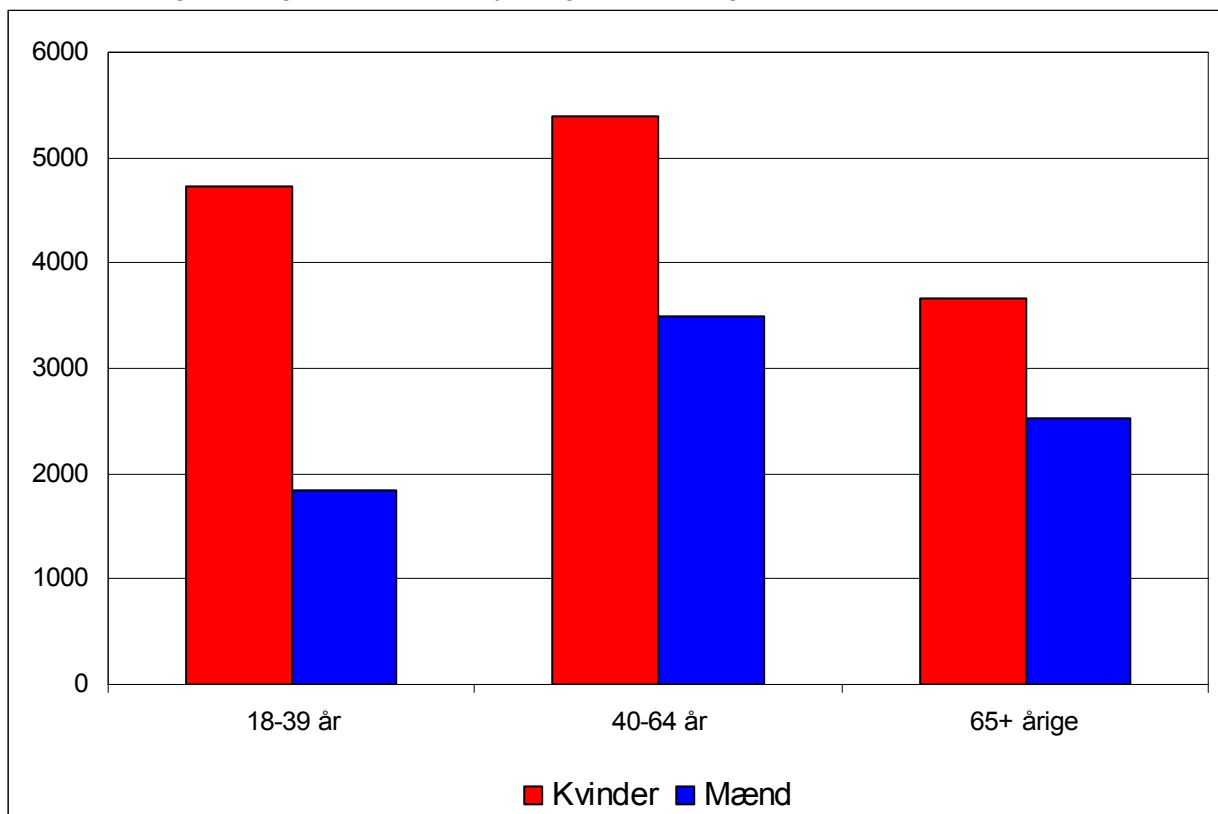
Cpr nr.

394 læger registrerede 22.003 konsultationer med voksne patienter i løbet af 5 dage og besvarede et mindre spørgeskema

I alt 22.003 konsultationer indgik i undersøgelsen heraf to tredjedele (63,7%) med kvindelige patienter (Figur 2). Kvindernes gennemsnitalder var lavere end mændenes (50,5 mod 54,5 år). Godt halvdelen af kontakterne omhandlede forløb, mens 46,3% var den første henvendelse vedrørende aktuelle problemstilling.

Figur 3: Hvor mange mænd og kvinder, unge og ældre indgik i undersøgelsen?

Figuren viser det absolutte antal mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Kvinder udgjorde 63,7%. Yderligere indgik 346 uden oplysning om alder og/eller køn.



De otte folkesygdomme som årsag til voksne patienters henvendelse i almen praksis

I mere end halvdelen af alle konsultationer med voksne patienter udgjorde en af de otte folkesygdomme den vigtigste henvendelsesårsag (Tabel 1). De otte folkesygdomme udgjorde i stigende udstrækning årsagen til konsultationen, jo ældre patienterne var (68% blandt 65+ årige mod 33% blandt 18-39 årige), og udgjorde en større andel af mænds henvendelser sammenlignet med kvinders (58% mod 51%) (Tabel 2). Det absolutte antal konsultationer med kvinder med folkesygdomme var 1,6 gange højere end antallet med mænd.

Fra ydelsesstatistikken ved vi, at almen praksis gennemførte 17 mill. konsultationer i 2004. De problemer og spørgsmål som folkesygdommene medførte, var således årsag til knap 8 mill. konsultationer på landsplan, hvilket i gennemsnit svarede til 1,9 per indbygger per år og 42 per læge per uge.

Tabel 1: I hvilket omfang er de otte folkesygdomme årsag til voksnes konsultationer i almen praksis?

Ud fra resultaterne fra audit estimeres antallet af konsultationer med voksne patienter vedrørende de enkelte tilstande, der fandt sted i almen praksis i Danmark i 2004, samt det gennemsnitlige antal per læge per uge.

	Audit		Estimat antal konsultationer	
	<i>n</i>	%	årligt i Danmark	per uge per læge
Alle angivne årsager	21.464	100%	14.834.097	79
De 8 folkesygdomme	11.506	53,6%	7.951.075	42
Andre årsager end de 8 folkesygdomme	9.958	46,4%	6.883.022	37
De 8 folkesygdomme:				
Hjerte- karsygdomme	4.028	18,8%	2.670.137	14
Muskel-skeletsygdomme	2.915	13,6%	2.017.437	11
Psykisk problem/lidelse	1.803	8,4%	1.246.064	7
Type-2 diabetes	969	4,5%	667.534	4
Kræft	786	3,7%	548.862	3
Rygerlunger	496	2,3%	341.184	2
Astma og allergi	400	1,9%	281.848	2
Knogleskørhed	109	0,5%	74.170	<1

Beregningsgrundlag:

Konsultationer (0101-ydelser): Estimeret antal for 2004: 17.431.372 (personlig meddelelse, Michael Feilberg, P.L.O.).

Andel af konsultationer i Fyns Amt, der blev ydet til voksne i 2004, var 85,1% (personlig meddelelse, Jan Hermansen, Fyns Amt). Tilsvarende data for de øvrige amter foreligger ikke.

Antal praktiserende læger ultimo 2004: 3605 (personlig meddelelse, Michael Feilberg, P.L.O.); 52 uger per år.

Tabel 2: Hvorfor henvender voksne patienter sig i almen praksis med henblik på en konsultation?

Henvendelsesårsager i procent blandt voksne patienter fordelt på køn og alder.

	Mænd				Kvinder			
	18+	18-39	40-64	65+	18+	18-39	40-64	65+
Alder (år)	18+	18-39	40-64	65+	18+	18-39	40-64	65+
<i>n</i>	7.654	1.820	3.398	2.436	13.482	4.674	5.271	3.537
Hjerte- karsygdomme	24,0	4,3	24,0	38,6	15,8	1,9	15,2	35,0
Muskel-skeletsygdomme	13,9	17,5	16,1	8,1	13,6	10,5	17,0	12,8
Psykisk problem/lidelse	7,6	11,5	8,5	3,4	9,0	9,8	11,1	4,7
Type-2 diabetes	6,4	0,6	7,3	9,4	3,5	0,4	3,9	7,0
Kræft	1,6	0,6	1,5	2,5	4,8	4,8	6,3	2,7
Rygerlunger	2,8	0,9	2,4	4,7	2,1	0,4	2,2	4,1
Astma og allergi	1,8	4,5	1,4	0,5	1,9	2,5	2,2	0,7
Knogleskørhed	0,1	0,1	0,1	0,2	0,7	0,04	0,7	1,7
De 8 folkesygdomme	58,1	39,9	61,3	67,2	51,4	30,3	58,6	68,6
Andre årsager	41,9	60,1	38,7	32,8	48,6	69,7	41,4	31,4

Forekomst af risikofaktorer hos voksne patienter i almen praksis

Mange af almen praksis' voksne patienter ryger, drikker for meget alkohol, spiser uhenigtsmæssigt, dyrker for lidt motion, har skadeligt arbejdsmiljø, en belastet familiesituation eller en på anden måde uhenigtsmæssig livsstil. Mere end halvdelen (53,6%) af alle konsultationer omhandlede en patient med potentielt sundhedsskadelig livsstil og dermed potentielt behov for forebyggelsesrådgivning og livsstilsændringer (Tabel 3). Hver tredje patient havde én risikofaktor og næsten hver fjerde patient mere end én. Risikofaktorer var generelt hyppigere blandt de patienter, der konsulterede lægen på grund af en af de otte folkesygdomme sammenlignet med andre årsager (64,2% henholdsvis 31,4%), mænd havde flere end kvinder og yngre personer under 40 år færre end 40+ -årige (Tabel 4). Bortset fra belastet familiesituation var alle risikofaktorer hyppigere blandt mænd end kvinder, men i absolutte tal var der væsentligt flere konsultationer med kvinder med potentielt forebyggelige risikofaktorer, end der var konsultationer med mænd. Overvægt var den risikofaktor, der optrådte hyppigst – i alt hos 20,7%.

Lægen vurderede, om patienten var *interessere*t i forebyggelse, og interessen var generelt stor. I alt 40,2% af alle patienter var interesserede i forebyggelse. Interessen for forebyggelse var større blandt patienter med risikofaktorer end blandt patienter uden. Blandt dem med tilstedeværende risikofaktorer var 61,6% interesserede i forebyggelse og næsten lige så mange (55,1%) fik rådgivning i forbindelse med aktuelle konsultation. En tredjedel af alle patienter blev rådgivet i forbindelse med konsultationen, hyppigst var rådgivning blandt patienter med type-2 diabetes (73,4%) og knogleskørhed (72,9%) (Figur 4).

Det blev i forbindelse med hver konsultation vurderet, hvor vidt patienten havde *behov for videre rådgivning* – i praksis og/eller i andet regi. I alt 40,3% havde behov for videre rådgivning, heraf langt de fleste i praksis. Blandt patienter med tilstedeværende risikofaktorer (n=11.524) havde to tredjedele (65,9%) behov for videre rådgivning.

I forbindelse med 1500 konsultationer, hvor patienten havde en eller flere forebyggelige risikofaktorer vurderede lægen, at der var *behov for henvisning* (13,2% af 11.409 konsultationer). De otte folkesygdomme udgjorde tre fjerdedele af alle tilfælde med behov for henvisning (Figur 5).

Tabel 3-4: Hvilke risikofaktorer har patienterne?

Procentvis forekomst af forskellige risikofaktorer blandt voksne patienter grupperet efter henvendelsesårsag. (Forekomsten af risikofaktorer fremgår endvidere af diverse figurer i Bilag 4.)

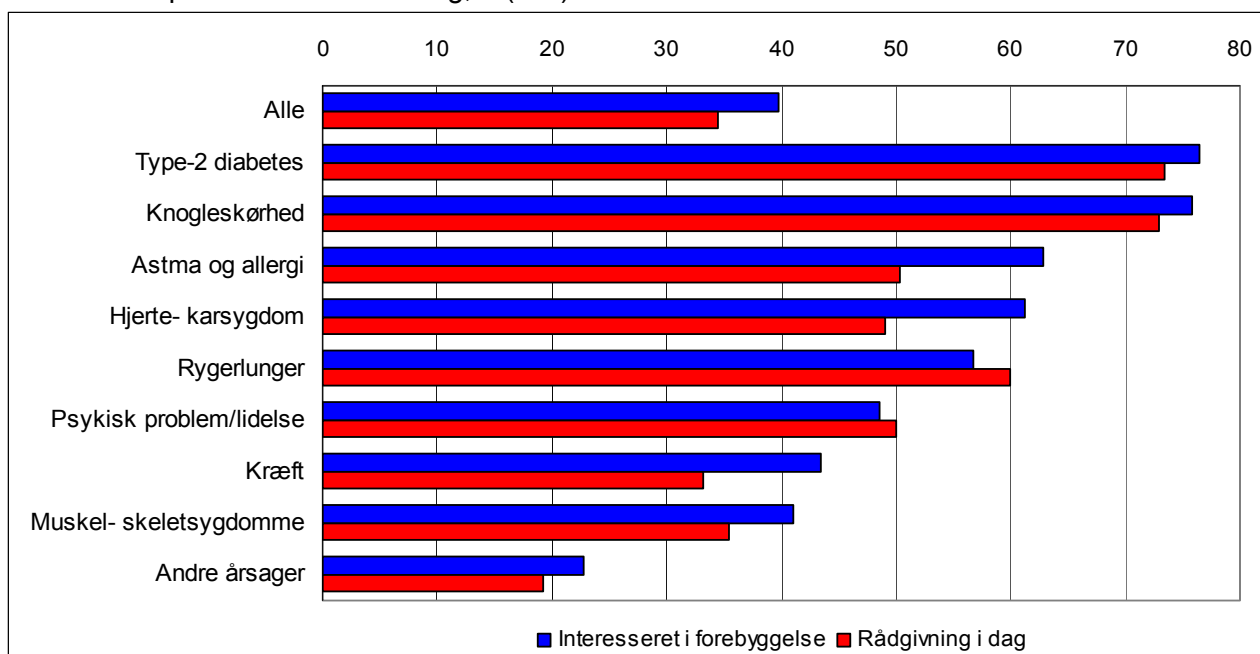
Henvendelsesårsag	n	Ryning	Stort alkoholforbrug	Uhensigtsmæssig kost	Lav fysisk aktivitet	Overvægt	Skadeligt arbejdsmiljø	Belastet familiesituation	Andet	Ingen risikofaktorer
Alle	21,208	15,1	3,9	9,0	15,8	20,7	4,4	8,2	13,7	46,6
Hjerte-karsygdomme	3.987	17,6	4,3	14,5	24,8	32,3	3,1	6,6	22,0	28,1
Muskel- skeletsygdomme	2.878	13,0	2,7	7,0	19,7	21,8	12,9	8,3	12,4	40,7
Psykiske problemer/lidelser	1.787	19,3	11,9	9,0	14,5	13,2	10,7	35,5	16,8	25,6
Type-2 diabetes	958	15,5	7,3	38,0	46,5	62,6	1,8	7,9	15,9	10,3
Kræft	779	13,6	1,3	4,5	8,5	12,2	0,5	6,0	15,3	59,4
Rygerlunger	492	59,2	4,1	9,8	29,7	19,9	3,1	5,9	13,8	15,7
Astma og allergi	396	17,9	2,3	4,8	12,9	14,9	8,1	7,3	18,9	41,4
Knogleskørhed	109	26,6	5,5	15,6	29,4	6,4	0,9	2,8	39,5	20,2
Andre end de otte folkesygdomme	9.822	11,6	2,5	5,0	8,2	14,1	1,8	4,3	9,4	64,2

Procentvis forekomst af forskellige risikofaktorer blandt voksne patienter fordelt på køn og alder.

	n	Ryning	Stort alkoholforbrug	Uhensigtsmæssig kost	Lav fysisk aktivitet	Overvægt	Skadeligt arbejdsmiljø	Belastet familiesituation	Andet	Ingen risikofaktorer
Mænd	7.745	19,2	7,7	11,5	17,7	22,3	5,0	6,5	15,2	42,2
18-39 årige	1.811	14,5	4,3	6,5	10,3	11,4	7,1	7,8	11,4	56,9
40-64 årige	3.444	24,3	11,5	14,3	19,1	26,8	7,2	8,0	14,6	34,8
65+ årige	2.490	15,6	4,8	11,2	21,1	24,0	0,5	3,5	18,9	41,6
Kvinder	13.593	13,3	2,0	8,1	15,5	20,5	4,0	9,4	13,0	48,1
18-39 årige	4.652	9,6	0,7	5,5	8,3	14,4	4,2	9,8	8,8	60,7
40-64 årige	5.320	17,4	3,3	9,0	16,3	23,4	6,5	11,5	13,6	41,5
65+ årige	3.621	12,2	1,6	10,3	23,8	23,9	0,3	5,9	17,6	41,7

Figur 4: Var patienten interesseret i forebyggelse, og blev der ydet rådgivning i forbindelse med aktuelle konsultation?

Interesse for forebyggelse og procentvis hyppighed af rådgivning i forbindelse med aktuelle konsultation fordelt på henvendelsesårsag, n (alle)=21.109/20.750.



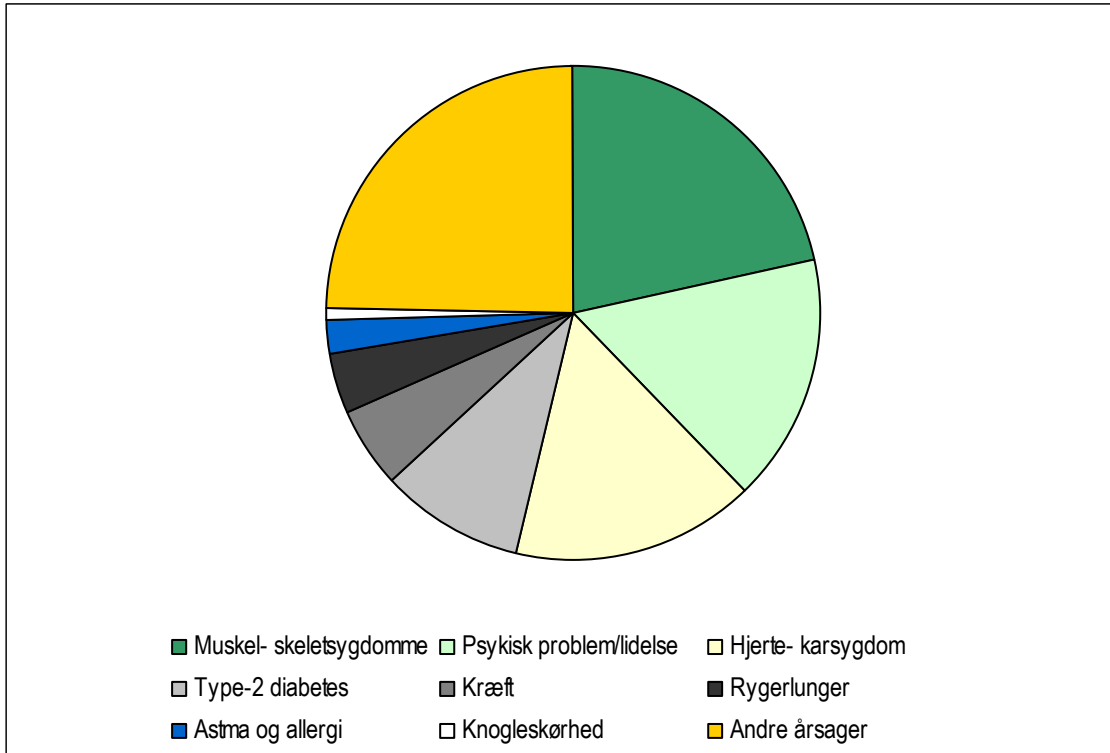
Tabel 5: Hvor ofte oplevede lægen et behov for henvisning af patienten?

Den procentvise andel af patienter med forskellige risikofaktorer, hvor lægen vurderede, at der var behov for henvisning med henblik på yderligere udredning, behandling eller rådgivning.

	n	Behov for henvisning n (%)
Alle	21.149	1.728 (8,2%)
Rygning	3.249	417 (12,8%)
Stort alkoholforbrug	844	153 (18,1%)
Uhensigtsmæssig kost	1.966	400 (20,4%)
Lav fysisk aktivitet	3.453	609 (17,6%)
Overvægt	4.462	629 (14,1%)
Skadeligt arbejdsmiljø	929	181 (19,5%)
Belastet familiesituation	1.752	334 (19,1%)
Andre risikofaktorer	2.942	408 (13,9%)

Figur 3: Hvilke patienter havde behov for henvisning til andre instanser?

Fordeling af henvendelsesårsager i de tilfælde hvor lægen vurderede at der var behov for henvisning, n=1.666.



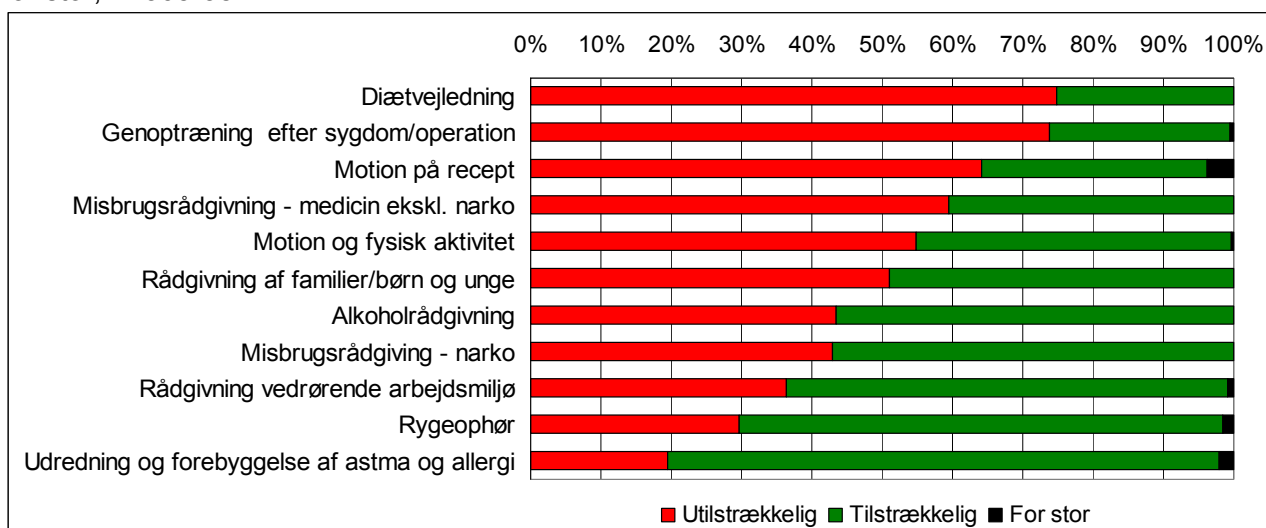
Kapaciteten af de eksisterende forebyggelsestilbud uden for almen praksis

Kapaciteten af de eksisterende forebyggelsestilbud til voksne patienter uden for almen praksis skønnedes på flere områder ikke at være tilfredsstillende. Mere end halvdelen af lægerne fandt, at kapaciteten var utilstrækkelig på følgende områder: diætvejledning, genoptræning efter sygdom/operation, motion på recept, misbrugsrådgivning for medicinmisbrugere, motion og fysisk aktivitet samt rådgivning af familier, børn og unge (Figur 6). Kun ganske få vurderede, at den eksisterende kapacitet var for stor.

Andelen af læger, der vurderede kapaciteten som utilstrækkelig, varierede fra amt til amt. Utilstrækkeligheden var mindre udpræget i Vejle og Ringkøbing amter sammenlignet med de øvrige amter. Tabel 6 viser forskellene.

Figur 6: Er kapaciteten af de eksisterende tilbud uden for praksis tilstrækkelig?

Lægernes vurdering af kapaciteten af de eksisterende tilbud uden for praksis. Søjlerne angiver hvor stor andel af lægerne der vurderede kapaciteten som utilstrækkelig, tilstrækkelig henholdsvis for stor, n=365-381.



Tabel 6: Hvor mange deltagere i de enkelte amter vurderede kapaciteten af forebyggelsen uden for praksis som utilstrækkelig?

Tabellen angiver den procentvise andel af deltagere i de enkelte amter, der vurderede kapaciteten af de eksterne forebyggelsestilbud som utilstrækkelig. Enkelte amter er udeladt, da de var repræsenteret ved så få deltagere, at sammenligning ikke har nogen mening.

	Københavns Amt	Fyns Amt	Nordjyllands Amt	Vejle Amt	Københavns K	Roskilde Amt	Ringkøbing Amt
Antal besvarelser	n=74	n=61	n=50	n=46	n=45	n=27	n=21
Diætvejledning	93	77	86	50	98	30	10
Genoptræning efter sygdom/operation	68	77	75	70	87	89	67
Motion på recept	89	86	73	49	11	100	10
Misbrugsrådgivning, medicin ekskl. narko	65	63	64	46	67	65	24
Motion og fysisk aktivitet	68	64	58	41	39	96	10
Rådgivning af familier, børn og unge	43	62	49	42	63	48	43
Alkoholrådgivning	47	39	73	39	35	22	24
Misbrugsrådgivning, narko	40	43	58	30	51	31	33
Rådgivning vedrørende arbejdsmiljø	35	33	45	23	50	36	29
Rygeophør	39	25	37	31	9	26	5
Udredning og forebyggelse af astma og allergi	14	13	20	24	16	22	24

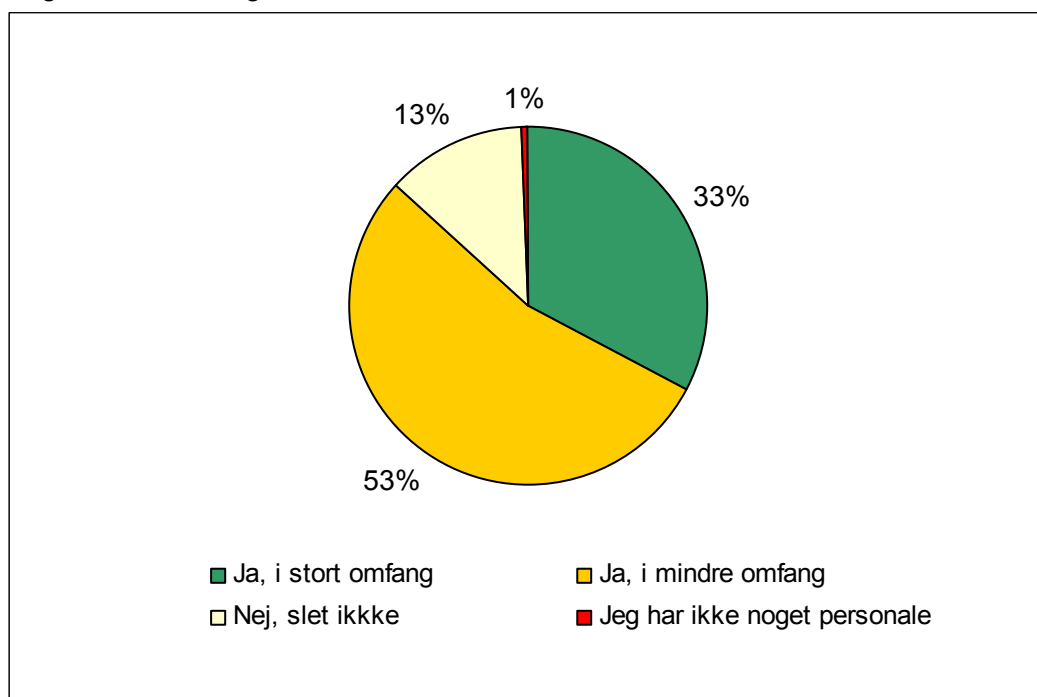
Praksispersonalets varetagelse af udvalgte opgaver i forbindelse med forebyggelse

Næsten alle praksis har personale ansat, og mange steder flere personer. Mere end halvdelen af deltagerne har en sygeplejerske (57%), væsentlig flere en sekretær- eller lægesekretær (78%), 15% en laborant/bioanalytiker. Endvidere findes sygehjælpere, social- og sundhedsassistenter, apoteksassistenter og en enkelt socialrådgiver.

Hos hver tredje deltagende læge varetog personalet ”i stort omfang” opgaver i forbindelse med forebyggelse (Figur 7). Figur 8 viser, i hvilken udstrækning forskellige opgaver varetages af personalet i praksis. Af andre opgaver der varetages af personalet, blev nævnt sårpleje, blodprøvetagning og astma- og diabeteskontrol. Hver 8. deltager angav, at det nuværende praksispersonale ikke varetager opgaver i forbindelse med forebyggelse.

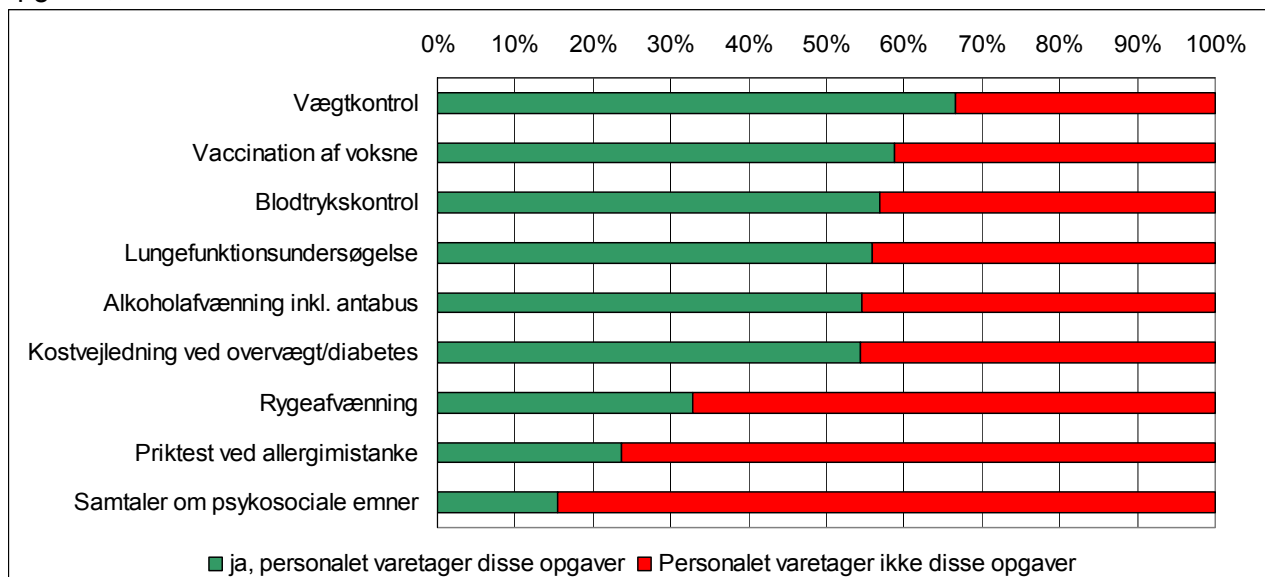
Figur 7: I hvilken udstrækning varetager personalet opgaver i forbindelse med forebyggelse?

Lægernes vurdering, n=357



Figur 8: På hvilke områder varetager personalet opgaver i forbindelse med forebyggelse?

De grønne søjler viser andelen af læger, der angav, at personalet aktuelt varetager denne type opgaver, n=381



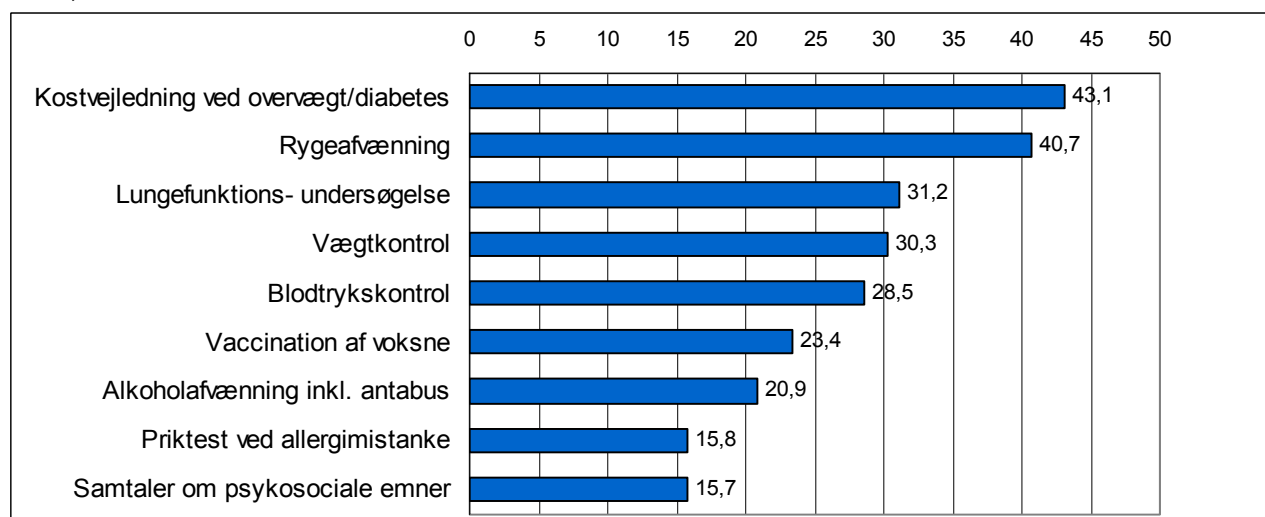
Lægernes ønsker til personalets deltagelse i forebyggelse i fremtiden

I alt 255 (72%) af lægerne ønskede en øget involvering af praksispersonalet inden for et eller flere områder, særligt kostvejledning og rygeafvænning (Figur 9).

99 deltagere (28%) angav, at de ikke ønsker en øget involvering af praksispersonalet. 25 mener at forebyggelse er en lægelig opgave, og 28 fandt, at det ikke var nødvendigt - at de selv har tid og lyst. Kun 6 angav manglende motivation hos personalet som medvirkende årsag, og 7 at de ikke har personale ansat.

Figur 9: Er lægerne interesseret i, at personalet tager større del i almen praksis forebyggelsesopgaver i fremtiden?

Figuren viser den procentvise andel af læger, der ønskede en øget involvering på forskellige områder, n=354





Denne undersøgelse har vist, at mere end hver anden voksne patient, der konsulterer almen praksis, henvender sig med et problem relateret til de otte folkesygdomme, der fokuseres på i regeringens sundhedsprogram "Sund hele livet". Mange patienter har en uheldsmæssig livsstil, og risikofaktorer forekommer hos mere end halvdelen af alle patienter. Mange patienter er interesserede i forebyggelse, og der ydes meget ofte rådgivning i praksis. Praksispersonalet varetager allerede en del opgaver i forbindelse med forebyggelse, og mange læger ønsker større involvering af personalet i fremtiden. Kapaciteten af de eksisterende forebyggelsestilbud uden for almen praksis skønnes dog på flere områder ikke at være tilfredsstillende.

Kan vi stole på undersøgelsen?

Deltagerne blev rekrutteret fra 10 amter, der repræsenterer landsgennemsnittet med hensyn til lægekøn og praksistype. En overrepræsentation af kvindelige læger blandt deltagerne har næppe større indflydelse på resultaternes generaliserbarhed. Læger med særlig interesse for forebyggelse kan være overrepræsenteret, ligesom læger i praksis der hidtil har prioriteret dette område lavt. Vi har til denne rapport kun haft mulighed for at sammenligne deltagere og ikke-deltagere ud fra ganske få parametre – køn, alder og praksistype. Yderligere analyser i samarbejde med Lægemiddelstyrelsen vil belyse, om deltagerne udgør en særlig gruppe med hensyn til medicinordination.

Konsultationer med kvindelige patienter udgjorde 63,7% af det samlede materiale, hvilket er lidt mere end ydelsesstatistikken for Fyns Amt 2004 refererer om samme aldersgruppe (59,8%)¹. Registreringen af konkrete konsultationer foregik konsekutivt med inklusion af 12 på hinanden følgende konsultationer per dag i fem dage i træk. Vi har ingen grund til at tro, at særlige typer patienter eller konsultationer er over- eller underrepræsenteret. Undersøgelsen kortlagde fremmødte patienters henvendelsesmønster og risikofaktorer, og tallene må således ikke forveksles med en prævalensundersøgelse af sygdoms- og risikoforekomst i den samlede danske befolkning. Lægerne skulle angive tilstedeværende risikofaktorer hos patienten uanset henvendelsesårsagen og måtte gerne, men skulle ikke nødvendigvis spørge direkte til disse. Der er formentlig forskel i deltagernes praksis på dette område, og tallene må betragtes som minimumsestimater. Det må imidlertid understreges, at den blotte registrering af risikofaktorer ikke er ensbetydende med et oplevet behov for forebyggelse eller potentiale for forebyggelse i tilknytning til kontakt med almen praksis. Forebyggelsespotentialet afhænger af en lang række faktorer – strukturelle såvel som personlige – hos lægen såvel som patienten.

Samlet må denne undersøgelse anses for at være adækvat designet og gennemført til at belyse de i formålet fremsatte spørgsmål. Undersøgelsen giver et pålideligt billede af vigtige elementer vedrørende dansk almen praksis anno 2004 og bidrager således med vigtig ny viden.

¹ Personlig meddelelse, Jan Hermansen, Fyns Amt. Tilsvarende data for øvrige amter foreligger ikke.

Undersøgelsens relation til andre studier

Henvendelsesmønster

Audit angiver den vigtigste henvendelsesårsag for hver konsultation fordelt på de otte folkesygdomme og andre årsager og inkluderer udelukkende voksne. Dette er den første undersøgelse af kontaktmønstret i almen praksis, der beskriver, i hvilket omfang konsultationer kan henføres til folkesygdommene. Tidligere undersøgelser af sygdoms- og henvendelsesmønstret har anvendt andre diagnose- og årsagsklassifikationer og summeret flere kontaktformer (tillige telefonkonsultationer, receptfornyelser og sygebesøg) og både børn og voksne^{16;17}. Konsultationer udgør halvdelen af kontakterne til almen praksis¹⁸. Trods disse metodemæssige forskelle kan vi med rimelighed konkludere, at forekomsten af psykiske sygdomme i forebyggelsesaudit er i overensstemmelse med en tidligere audit om psykiske problemer (1999)¹⁹. Forekomsten af muskel-skeletsygdomme svarer til en audit om efteruddannelse (1996)²⁰, mens hjerte- karsygdomme fylder mere i nuværende undersøgelse. Sidstnævnte forskel kan være udtryk for den øgede fokusering på netop udredning og behandling af patienter med hjerte- karsygdomme, inden for de sidste 10 år.

Rygning

Dette er den første danske undersøgelse, der har til formål at kortlægge risikofaktorer blandt patienter, der møder til en konsultation i almen praksis. Lægerne markerede, at i alt 15,1% af patienterne ryger, hvilket er overraskende få. Vi ved fra en tidligere befolkningsundersøgelse (SUSY2000), at 34% af den voksne befolkning røg cigaretter dagligt i 2000 – 36,3% af mændene og 31,8% af kvinderne²¹. Det fald, der er set i andelen af dagligrygere fra 1987-2000, er formentlig fortsat, men næppe i en udstrækning som nærværende undersøgelse antyder.

Den nyeste undersøgelse om rygning gennemført i november-december 2004 dokumenterede, at 25% af danskerne over 13 år ryger, hvilket i sammenligning med tidligere undersøgelser svarer til, at der på ét år er blevet ca. 100.000 færre rygere i Danmark²². Halvdelen af alle rygere vil gerne holde op med at ryge, og næsten 30% af rygerne forsøger hvert år. Dansk Sygehus Institut (DSI) har i en rapport fra 2004 konkluderet, at der er en potentiel efterspørgsel efter rygestopkurser hos omkring 160.000-580.000 personer²³. Variationen afhænger dels af, om kurset tilbydes via dagspressen eller af egen læge, dels om der er tale om brugerbetaling. Som tidligere nævnt er lægernes oplevede interesse for forebyggelse hos 52,2% af rygerne ikke nødvendigvis ensbetydende med tilstrækkelig motivation for rygeophør.

Overvægt

Der er gode holdepunkter for, at der foreligger en arvelig disposition til fedme, men den stigende forekomst af overvægt i befolkningen må først og fremmest sættes i relation til det fysiske aktivitetsniveau og til fedtindholdet i kosten²⁴. Trods formodning om underrapportering af over- og undervægt i SUSY-undersøgelsen, viste denne²¹, at 50% af mændene og 34% af kvinderne var overvægtige vurderet ud fra højde- og vægtangivelser (overvægt var defineret som BMI ≥ 25 , eks. $\sim >68$ kg og 165 cm). Forekomsten af såvel overvægt og svær overvægt i befolkningen er stigende. Uden nærmere definition blev det om 20% af patienterne i audit angivet, at de var overvægtige. Vi ved, at overvægt har stor betydning for sundhed og trivsel, og måske giver audit mistanke om, at patienters vægt undervurderes i den daglige klinik, eller at lægerne mere eller mindre bevidst opererer med en normalvægtsgrænse, der ligger højere end svarende til et BMI på 25.

Lav fysisk aktivitet

For 16% af konsultationerne blev lav fysisk aktivitet angivet som risikofaktor. Lav fysisk aktivitet forekom lidt hyppigere blandt mænd end kvinder og væsentligt hyppigere blandt 40+ årige sammenlignet med yngre. Dette mønster er i overensstemmelse med SUSY-undersøgelsens oplysninger om stillesiddende fritidsaktivitet²¹. Fysisk aktivitet forebygger en række sygdomme, og den nyeste forskning viser, at det er lige så farligt for helbredet ikke at dyrke motion, som det er at ryge²⁵.

Alkoholforbrug

Stort alkoholforbrug blev ganske sjældent beskrevet for kvinderne (2,0%), mens det forekom knap 4 gange så hyppigt blandt mændene. Hvor vidt alkoholforbruget skulle vurderes ud fra antal genstande, sociale, arbejdsmæssige eller sundhedsmæssige konsekvenser var op til den enkelte læge. Sammenlignet med SUSY-undersøgelsens kortlægning af, hvor mange der inden for den seneste uge havde overskredet genstandsgrænsen på 14 henholdsvis 21 genstande, er tallene meget små. Det kan være udtryk for, at lægen ikke har nogen mistanke til den konkrete patient, i situationen har valgt ikke at spørge direkte (hvilket jo var op til ham selv), eller at lægen opererer med højere grænser end Sundhedsstyrelsen for, hvad der er et stort alkoholforbrug i betydingen *for* stort.

Opgavefordeling i almen praksis

Blandt de praktiserende læger, som deltog i Sundhedsstyrelsens undersøgelse af forebyggelsesaktiviteter vedrørende overvægt og astma i 2004²⁶ var der udbredt enighed om, at forebyggelsesopgaver (inkl. sundhedsfremme) er en naturlig del af almen praksis og bør forankres her. En række deltagere udtrykte dog en vis bekymring over tidsforbruget i forhold til nytteværdien og den behandlingsorienterede indsats, men samtidig at der kunne gøres mere inden for rammerne af almen praksis, hvis der var flere ressourcer til rådighed. Sundhedsstyrelsen blev i forlængelse af denne undersøgelse anbefalet at fremme en større grad af inddragelse af praksispersonale i forebyggelsesaktiviteterne i almen praksis (anbefaling 3)²⁶, hvilket er helt i overensstemmelse med de ønsker, lægerne har udtrykt i forbindelse med aktuelle audit. Der synes således en vilje til oprustning af forebyggelsen i almen praksis fagligt og personalemæssigt.

Henvisningsbehov og kapacitetsproblemer

I denne audit blev der ikke skelnet mellem primær, sekundær og tertiær forebyggelse. Lægerne angav, at der var behov for videre rådgivning i 40,3% af konsultationerne, men kun at de havde behov for henvisning til andre instanser i forbindelse med 8,2% af alle konsultationer. Visse henvisninger har formentlig drejet sig om diagnostisk udredning, men en meget stor andel må forventes at vedrøre sekundær og tertiær forebyggelse (patientrettet). Forebyggelse i samarbejde med den praktiserende læge foregår i stort omfang i praksis, og uden at lægen involverer andre instanser via en henvisning. Undersøgelsen viser således, at der er stor vilje til forebyggelse i almen praksis, uden at det er vurderet, om der er kapacitet til at klare efterspørgslen nu og i fremtiden.

Kapaciteten af mange af de eksisterende forebyggelsestilbud, hvortil lægen kan henvise sine patienter, er efter flertallet af lægernes opfattelse utilstrækkelig. For den enkelte patient kan det have uheldige sundhedsmæssige, arbejdsmæssige og sociale konsekvenser, at de rette tilbud mangler. Det må dog anføres, at det absolutte antal konsultationer med behov for henvisning var relativt lavt.

Videre undersøgelser

Denne undersøgelse har for første gang kortlagt, i hvilken udstrækning de otte folkesygdomme, som regeringens sundhedsprogram "Sund hele livet" omfatter, er årsag til de mere end 17 millioner konsultationer, som almen lægepraksis yder per år. Det er endvidere belyst, i hvilken udstrækning de borgere og patienter, som lægerne kommer i kontakt med i denne forbindelse, har forebyggelige risikofaktorer og synes interesseret i forebyggelse. Man får alt i alt det indtryk, at patientrettet forebyggelse er indarbejdet i dagens almen lægepraksis og at der er parathed til at øge denne indsats. De danske almenmedicinske lægepraksis er imidlertid organiseret på forskellig vis. Der er mange forhold i den enkelte praksis, der har betydning for, i hvilket omfang forebyggelsesarbejdet prioriteres og systematiseres. Disse forhold søges nærmere belyst i forbindelse med en planlagt interviewundersøgelse i udvalgte lægepraksis.

I forbindelse med implementeringen af en øget forebyggelsesindsats vil det endvidere være relevant at designe, gennemføre og evaluere forsøg med forskellige organisatoriske modeller.



Konklusion og perspektiv

Vi ved, at der bag de otte folkesygdomme - aldersdiabetes, forebyggelige kræftformer, hjerte- karsygdomme, knogleskørhed, muskel- og skeletlidelser, overfølsomhedssygdomme, psykiske lidelser og rygerlunger - står årsagsfaktorer, som vi kan gøre noget ved. Mindsket tobaksrygning, nedsættelse af alkoholforbruget, øget motion, bedre kost og tidlig psykosocial indsats er nogle af måderne. Disse årsagsfaktorer vejer tungt bag sygdomsudviklingen i den danske befolkning.

Denne undersøgelse har vist, at mere end hver anden voksne patient, som konsulterer almen praksis, henvender sig med et problem relateret til én af de otte folkesygdomme, og at mere end halvdelen af alle voksne patienter i almen praksis har én eller flere definerede risikofaktorer. Mere end 2 ud af 3 patienter med potentielt forebyggelige risikofaktorer er interesserede i forebyggelse. Over halvdelen af alle patienter med risikofaktorer fik forebyggende rådgivning som led i konsultationen.

Der foregår en betydelig forebyggelsesindsats i dagens almen lægepraksis. De deltagende læger vurderer, at denne forebyggelse vidtgående kan finde sted i almen lægepraksis, og der synes at være vilje til at øge den nuværende indsats. Praksispersonalet varetager mange steder væsentlige opgaver i forbindelse med forebyggelse, og lægerne ønsker en større involvering af personalet i fremtidens almen praksis. Lægerne vurderer endvidere at forebyggelsestilbudene uden for almen lægepraksis på en række områder er utilstrækkelige.

I den kontakt, som almen praksis har med størstedelen af befolkningen, ligger et stort potentiale for sundhedsfremme og forebyggelse af folkesygdommene. Når kommunalreformen gennemføres fra 2007, får regionerne ansvaret for almen praksis, mens kommunerne får et væsentligt ansvar for sundhedsfremme, forebyggelse og genoptræning. Denne undersøgelse vil kunne bidrage med talmateriale til de fremtidige overvejelser omkring udviklingen af den forebyggende indsats i relation til de nævnte otte folkesygdomme.

Det forekommer hensigtsmæssigt at designe, gennemføre og evaluere forsøg med forskellige organisatoriske modeller for den samlede indsats vedrørende sundhedsfremme og forebyggelse i de kommende år.



Referencer

1. Vedsted P, Olesen F, Hollnagel H, Bro F, Kamper-Jorgensen F. Almen lægepraksis i Danmark. København: Tidsskrift for Praktisk Lægegerning, 2005.
2. Folkesygdomme og forebyggelse 2005. Idékatalog til arbejdet i almen praksis. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
3. www.folkesygd.dk. 2005.
4. (www.sst.dk/forebyggelse/folkesygd). 2005.
5. Klinisk Vejledning: Forebyggelse af iskæmisk hjertekarsygdom i almen praksis. 2. Reviderede udgave. København: Dansk Selskab for Almen Medicin, 2002.
6. Type 2-diabetes i almen praksis. En evidensbaseret vejledning. 6. København: Dansk Selskab for Almen Medicin, 2004.
7. Ebrahim S, Davey SG. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. Cochrane Database Syst Rev. 2000;CD001561.
8. Castelli WP. Epidemiology of coronary heart disease: the Framingham study. Am J Med 1984;76:4-12.
9. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. BMJ 2002;324:71-86.
10. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. UK Prospective Diabetes Study Group. BMJ 1998;317:703-13.
11. Policy recommendations for smoking cessation and treatment of tobacco dependence. WHO, 2003.
12. Juel K, Døssing M. KOL i Danmark. Sygdommen der hver dag koster 10 danskere livet. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2003.
13. Gotay CC. Behavior and cancer prevention. J Clin Oncol 2005;23:301-10.
14. Munck AP, Damsgaard JJ, Hansen DG, Bjerrum L, Søndergaard J. APO-metoden - en populær form for kvalitetsudvikling i almen praksis. Ugeskr Læger 2002;164:5390-3.
15. Praksistælling 2001. København: P.L.O., 2005.
16. Ovesen L, Juul S, Mabeck C E. Sygdomsmønstret i almen praksis. Århus amt 1983-84. Århus: Institut for almen medicin, Socialmedicinsk institut, Århus Universitet, 1987.

17. Ovesen L, Juul S, Mabeck, C. E. Sygdomsmønstret i almen praksis. Århus Amt 1993. Århus: Institut for Almen Medicin, Institut for Epidemiologi og Socialmedicin, Århus Universitet, 1997.
18. www.dadl.dk. 2005.
19. Hansen D G. Praktiserende lægers håndtering af patienter med psykiske problemer og psykisk sygdom. En beskrivelse af kontaktmønster, psykofarmakaordinationer og andre lægelige foranstaltninger baseret på resultaterne af et auditprojekt. Odense: Audit Projekt Odense, Forskningsenheden for Almen Medicin, Syddansk Universitet, 1999.
20. Hansen DG, Munck AP, Ulso M, Nielsen B, Bjorn N, Kragstrup J. Praktiserende læger ønsker efteruddannelse. Auditregistrering blandt 369 læger i København. Ugeskr Læger 1999;161:154-7.
21. Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 ...& udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2002.
22. Monitorering af danskernes rygevaner 2004. Rambøll Management for Sundhedsstyrelsen, Hjertereforeningen, Danmarks Lungeforening og Kræftens Bekæmpelse, december 2004. www.sst.dk. 31-12-2004.
23. Rygestopkurser på Apoteket. rapport 2004.09. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 2004.
24. Sundhedsstyrelsens handlingsplan: Overvægt og fedme. København: Sundhedsstyrelsen, 1999.
25. Pedersen BK, Saltin B. Fysisk aktivitet - håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, 2003.
26. Sundhedsstyrelsen: Undersøgelse af forebyggelsesaktiviteter i almen praksis vedr. overvægt og astma. Sundhedsstyrelsen og Rambøll Management. København: Sundhedsstyrelsen, 2004.



Bilag 1 - Registreringskema

Læge:

Audit om: Forebyggelse i almen praksis, november 2004
 (for patienter ≥ 18 år)

Dato:

Cpr nr.	Kontaktform		Vigtigste henvendelsesårsag													Risikofaktorer						Patienten interesseret i forebyggelse	Råd-givning i dag	Behov for videre rådgivning	Behov for henvisning								
	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1																																	
2																																	
3																																	
4																																	
5																																	
6																																	
7																																	
8																																	
9																																	
10																																	
11																																	
12																																	

Hvis ja - sæt bolle omkring de kryds i felt 13-20 (risikofaktorer) som markering af, hvilke problemer du har behov for at kunne henvise

HUSK KUN AT SÆTTE 1 KRYDS I HENVENDELSESÅRSAG

Copyright: Audit Projekt Odense, Winsløvparken 19 - 5000 Odense C, DK



Bilag 2 - Registreringsvejledning

Audit om "Forebyggelse i almen praksis", november 2004.

Du skal i 5 arbejdsdage hver af dagene registrere **12 konsultationer i træk med voksne patienter \geq 18 år, uanset henvendelsesårsag.**

Registreringsperioden starter mandag den 22. november. Indenfor en 3-ugers periode må du selv vælge dine registreringsdage. Sidste mulige registreringsdag er fredag den 10. december.

I denne audit anvendes forebyggelsesbegrebet bredt, og omfatter både primær, sekundær og tertiær forebyggelse.

Læg registreringsskemaet foran dig på bordet og registrer umiddelbart efter konsultationen.

Patientens CPR-nummer	Husk også de 4 sidste cifre, der giver oplysning om køn og mulighed for kobling med andre data.
Kontaktform	Kun 1 kryds. Hvorvidt det er første henvendelse, eller henvendelse i forløb.
Vigtigste henvendelsesårsag	Kun 1 kryds. Du skal afkrydse, hvorvidt en af de store folkesygdomme udgjorde vigtigste årsag til, at patienten kom. Hvis patienten kommer for at blive undersøgt for, om han/hun har cancer (smear, mammografi etc.), sætter du kryds ved cancer, ligesom du kan sætte kryds ved osteoporose, hvis patienten kommer pga. frygt for osteoporose. Anden hjerte-/karsygdom omfatter bl.a. hypertension, venøs insufficiens og medfødte hjertesygdomme. Hvis henvendelsesårsagen ikke primært er en folkesygdom, sættes kryds i <i>andre årsager</i> , fx akut infektion, skade, attest, vaccination o.a.
Risikofaktorer	Mindst 1 højst 8 kryds. Du skal fokusere på tilstedeværende risikofaktorer hos patienten uanset henvendelsesårsagen, og markere den eller de risikofaktorer, patienten har. Anden risikofaktor kan fx være medicinmisbrug, polyfarmaci eller arvelig belastning. Du må gerne spørge ind til risikofaktorerne.
Pt. interesseret i forebyggelse	Kun 1 kryds. Du skal markere, om patienten i dag har vist interesse for forebyggelse – på din opfordring eller ved at nævne det selv.
Rådgivning i dag	Kun 1 kryds. Du skal markere, om du har givet råd om forebyggelse i dag.
Behov for videre rådgivning	1 eller 2 kryds. Du skal afkrydse, hvorvidt det er relevant med videre rådgivning til patienten, og hvorvidt det bør foregå i anden institution eller i praksis – uanset om mulighederne herfor aktuelt er til stede.
Behov for henvisning	Kun 1 kryds. Du bedes vurdere, om du i dag har behov for at henvise patienten til anden instans med henblik på forebyggelse af en eller flere af de risikofaktorer, du markerede i felt 13-20, – uanset om tilbudet eksisterer eller ej. Hvilken eller hvilke risikofaktor(er), der er årsag til henvisningen, markeres ved at sætte bolle omkring relevante kryds i felt 13-20.

Efter endt registrering indsendes skemaerne til APO, Winsløwparken 19, 2., 5000 Odense C



Bilag 3 - Spørgeskema

BAGGRUNDSSKEMA – udfyldes af lægen og indsendes sammen med auditskemaerne

Navn: _____ Ydernummer: _____

Køn: mand kvinde Alder: _____ år Antal år i praksis: _____

1. Har eller har du haft nogle af følgende hverv (sæt kryds):

- børne-unge læge/skolelæge
- lægekonsulent i kommunen (pensions- og dagpengesager)
- tilknytning til bedriftssundhedstjeneste/arbejdsmedicin
- tilknytning til distriktpsykiatri/alkoholambulatorium
- patientforeningsarbejde
- andet inden for forebyggelse

2. Praksistype: Solopraksis kompagniskabspraksis gruppepraksis

3. Antal patienter inkl. børn, der er tilmeldt praksis _____

4. Antal læger fast tilknyttet ydernummeret _____

5. Jeg er vikar i praksis jeg er turnuslæge/uddannelsesamanuensis

6. Antal praksispersonaler i praksis, i alt _____

7. Praksispersonalets uddannelse: (et eller flere kryds)

- Lægeseekretær, sekretær
- Sygeplejerske
- Laborant/bioanalytiker
- Andet: _____

Eksisterende tilbud om forebyggelse *uden for* praksis

8. Hvordan vurderer du kapaciteten af de **eksterne** forebyggelsestilbud for dine voksne patienter?

	For stor	Tilstrækkelig	Utilstrækkelig
Rygeophør	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholrådgivning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diætvejledning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motion og fysisk aktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
”Motion på recept”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genoptræning efter sygdom/operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rådgivning vedrørende arbejdsmiljø	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rådgivning af familier/børn og unge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misbrugsbrugsrådg.- medicin ekskl. narko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misbrugsbrugsrådgivning - narko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Udredning og forebyggelse af astma og allergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VEND VENLIGST!

Involvering af praksispersonalet

9. Varetager dit praksispersonale opgaver i forbindelse med forebyggelse?

- Ja, i stort omfang
- Ja, i mindre omfang
- Nej, slet ikke
- Jeg har ikke noget personale

Hvis ja, marker med kryds inden for hvilke emner:

- Rygeafvænning
- Alkoholafvænning inkl. antabus
- Vægtkontrol
- Kostvejledning ved overvægt/diabetes
- Samtaler om psykosociale problemer
- Vaccination af voksne
- BT-kontrol
- Lungefunktionsundersøgelse
- Priktest
- Andet: _____

10. Ønsker du en *øget* involvering af personalet i forbindelse med forebyggelse?

- Ja
- Nej

Hvis ja, marker med kryds inden for hvilke emner:

- Rygeafvænning
- Alkoholafvænning inkl. antabus
- Vægtkontrol
- Kostvejledning ved overvægt/diabetes
- Samtaler om psykosociale problemer
- Vaccination af voksne
- BT-kontrol
- Lungefunktionsundersøgelse
- Priktest
- Andet: _____

Hvis nej, marker med kryds de medvirkende årsager:

- Har ikke ansat praksispersonale
- Det er ikke nødvendigt – jeg har tid og lyst selv
- Jeg mener, det er en lægelig opgave
- Personalet er ikke motiveret
- _____

11. Har du forslag til, hvordan forebyggelsen i almen praksis kan styrkes i fremtiden?

12. Hvilke områder bør prioriteres højest?

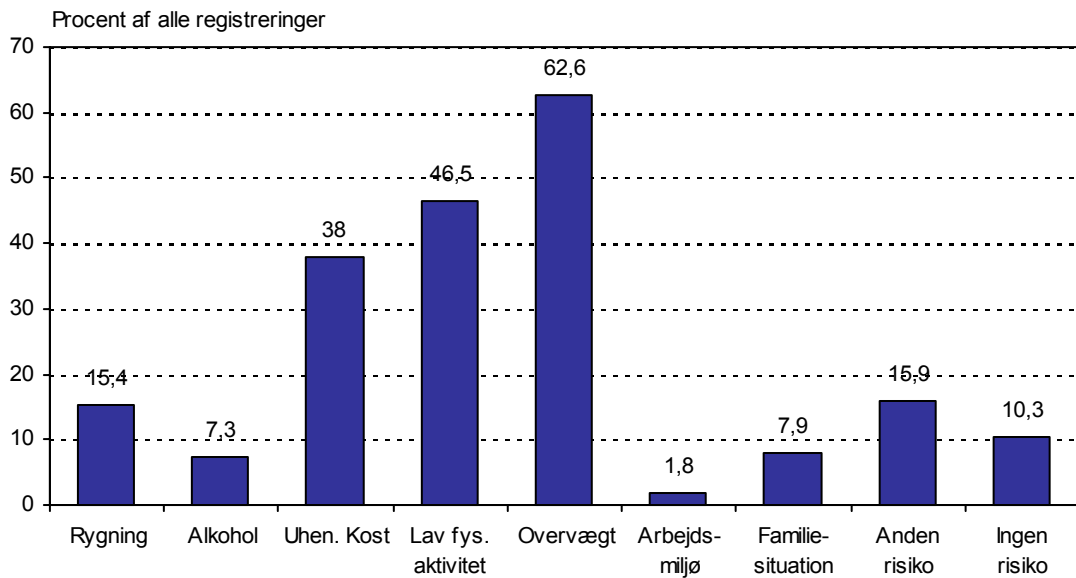


Bilag 4: Diverse figurer (uddrag fra deltagerrapporten)

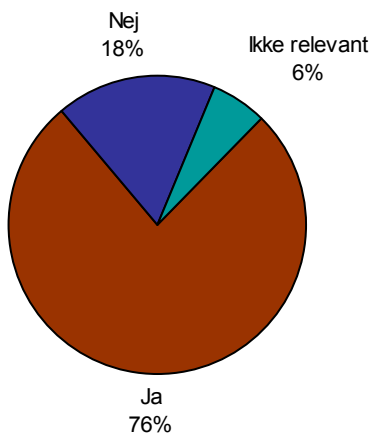
TYPE-2 DIABETES

I alt 969 konsultationer (4,5%) var relateret til type-2 diabetes.

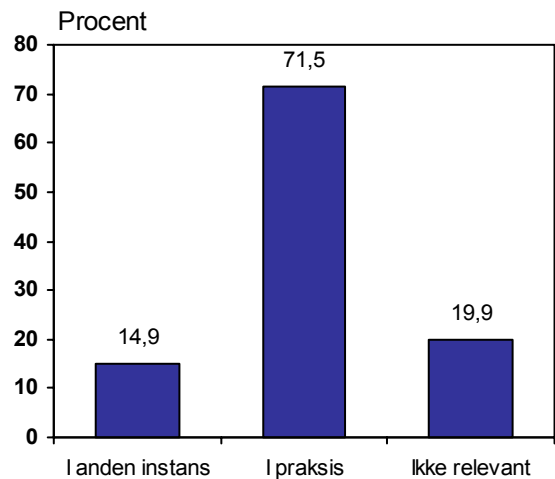
Risikofaktorer



Patienten interesseret i forebyggelse



Behov for videre rådgivning



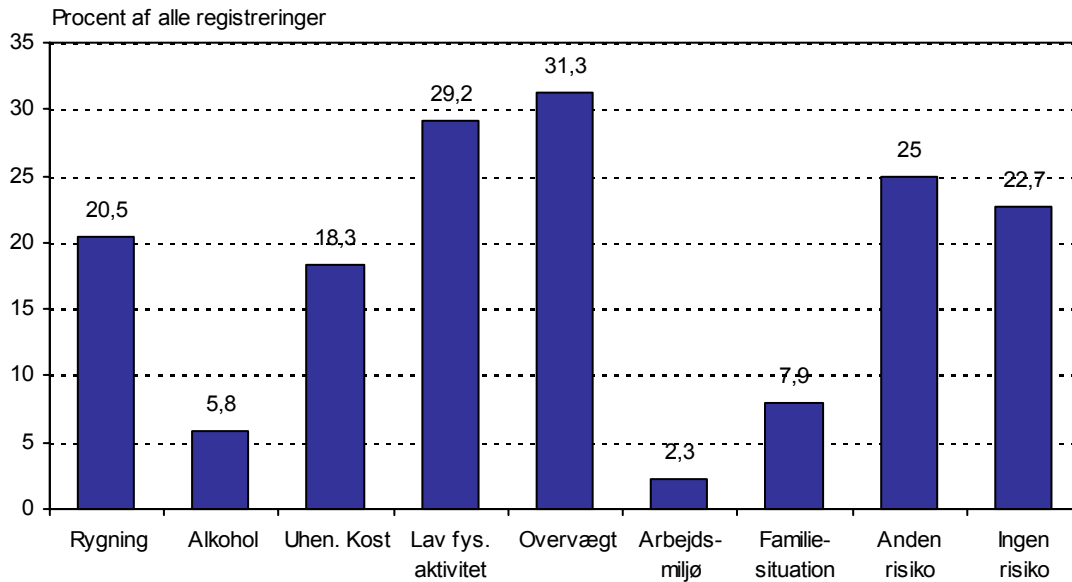


Bilag 4: Diverse figurer (uddrag fra deltagerrapporten)

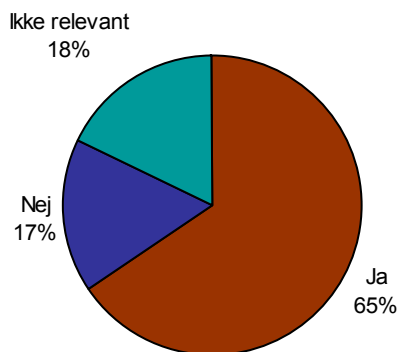
ISKÆMISK HJERTESYGDOM

I alt 928 konsultationer (4,3%) var relateret til iskæmisk hjertesygdom.

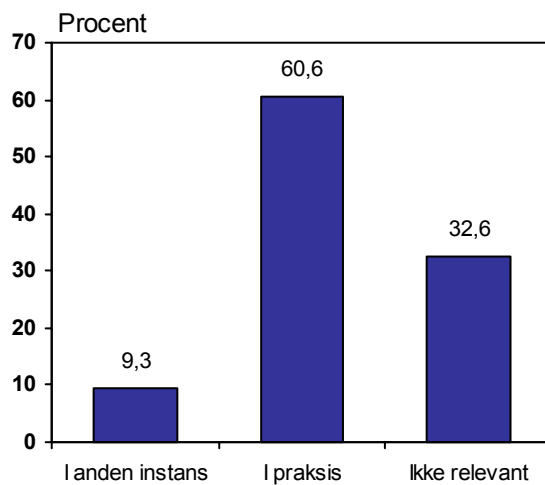
Risikofaktorer



Patienten interesseret i forebyggelse



Behov for videre rådgivning

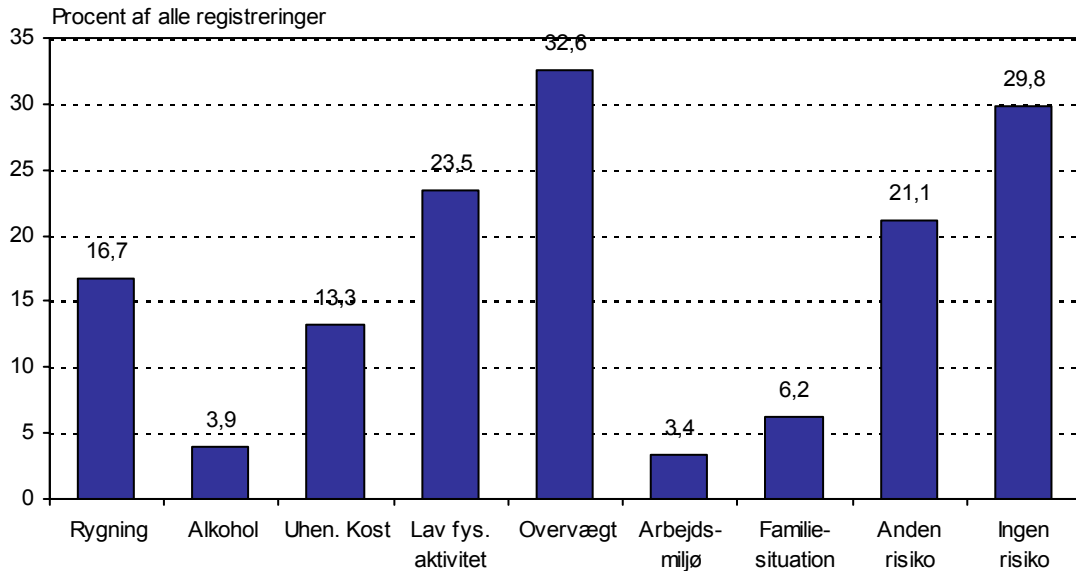




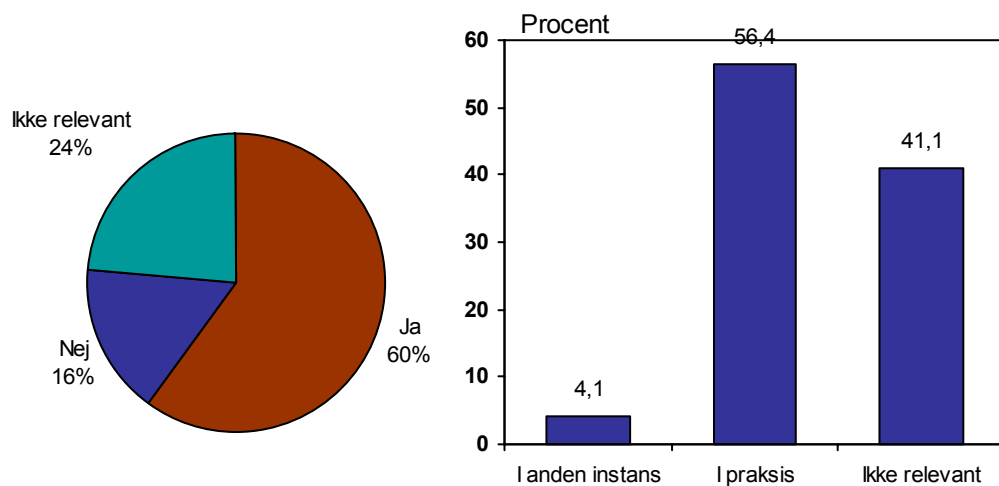
ANDEN HJERTE-/KARSYGDOM

I alt 3100 konsultationer (14,4%) var relateret til ikke-iskæmisk hjertesygdom.

Risikofaktorer



Patienten interesseret i forebyggelse Behov for videre rådgivning



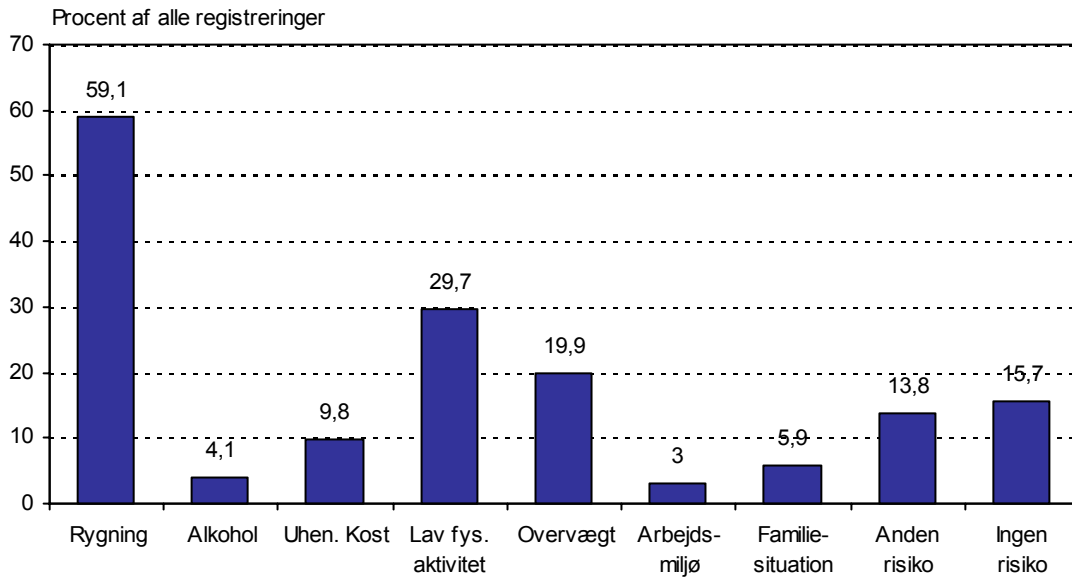


Bilag 4: Diverse figurer (uddrag fra deltagerrapporten)

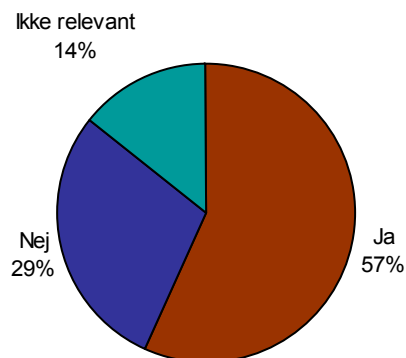
RYGERLUNGER (KOL)

I alt 496 konsultationer (2,3%) var relateret til rygerlunger.

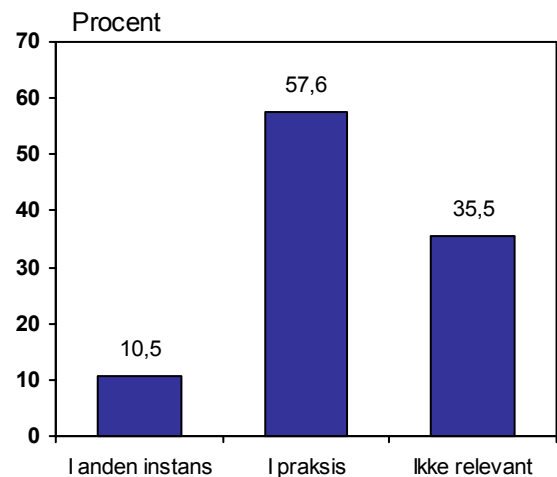
Risikofaktorer



Patienten interesseret i forebyggelse



Behov for videre rådgivning



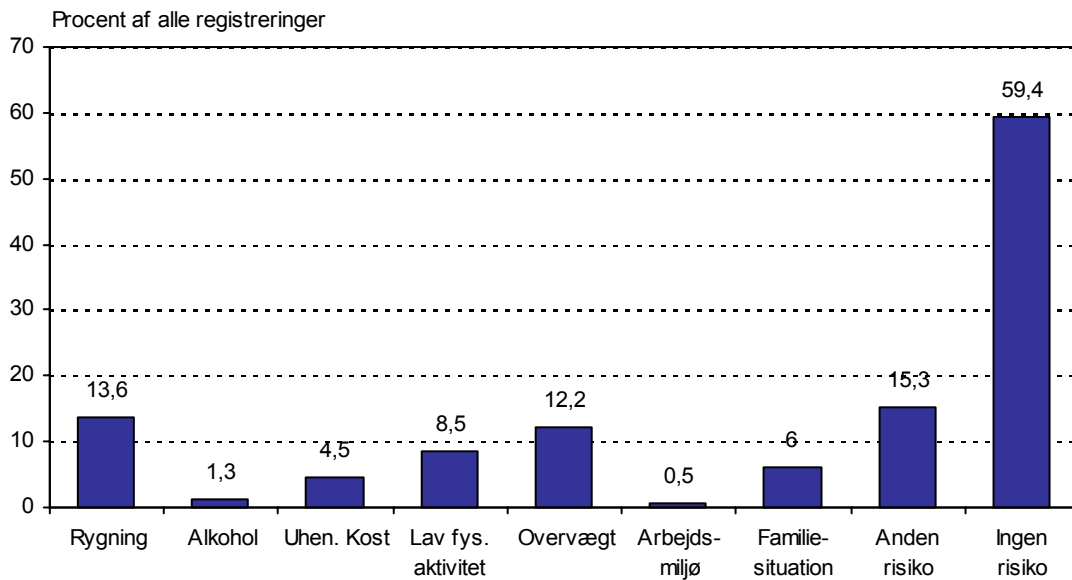


Bilag 4: Diverse figurer (uddrag fra deltagerrapporten)

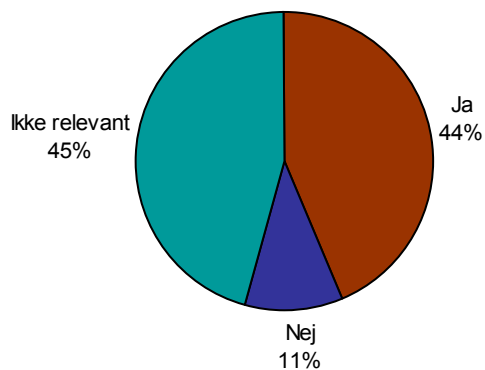
CANCER

I alt 786 konsultationer (3,7%) var relateret til kræftsygdomme.

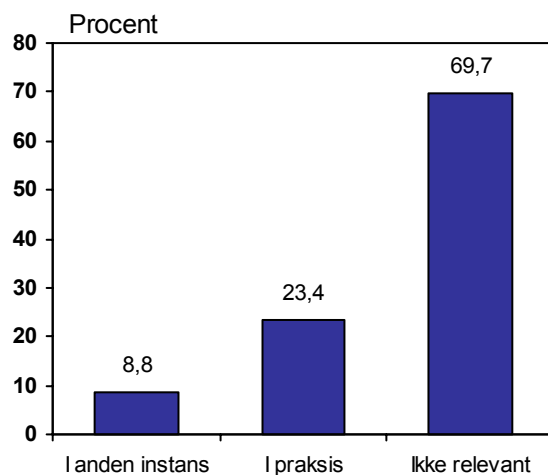
Risikofaktorer



Patienten interesseret i forebyggelse



Behov for videre rådgivning



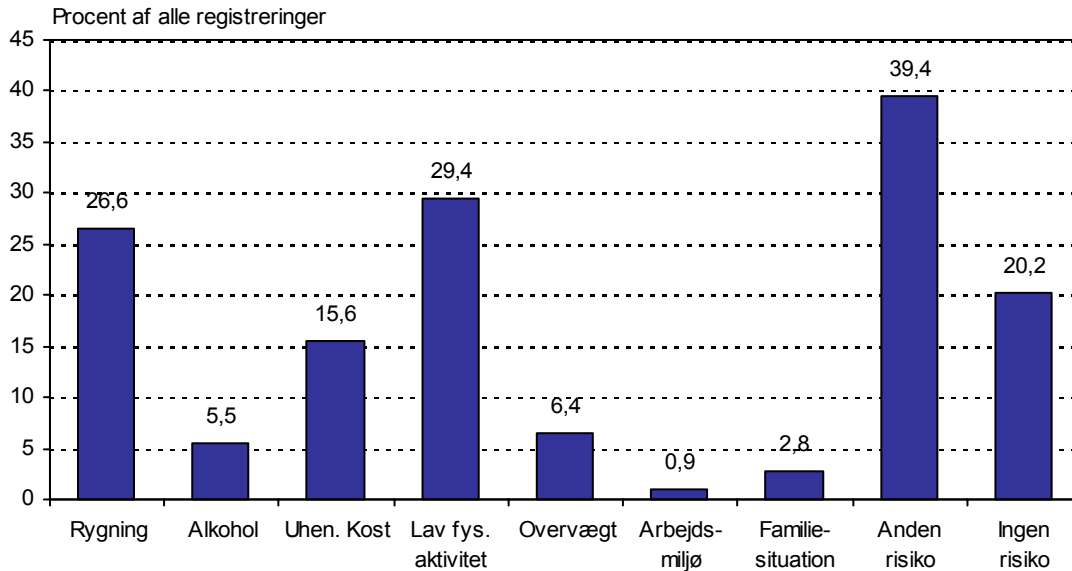


Bilag 4: Diverse figurer (uddrag fra deltagerrapporten)

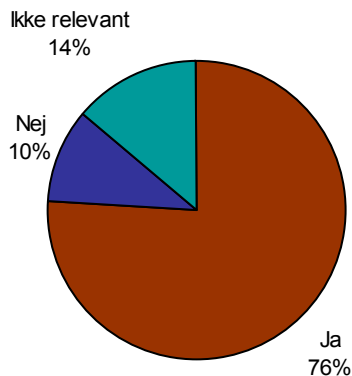
KNOGLESKØRHED - OSTEOPOROSE

I alt 109 konsultationer (0,5%) var relateret til knogleskørhed.

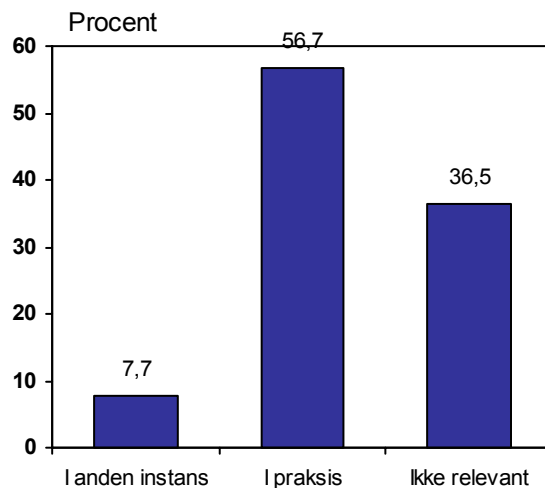
Risikofaktorer



Patienten interesseret i forebyggelse



Behov for videre rådgivning

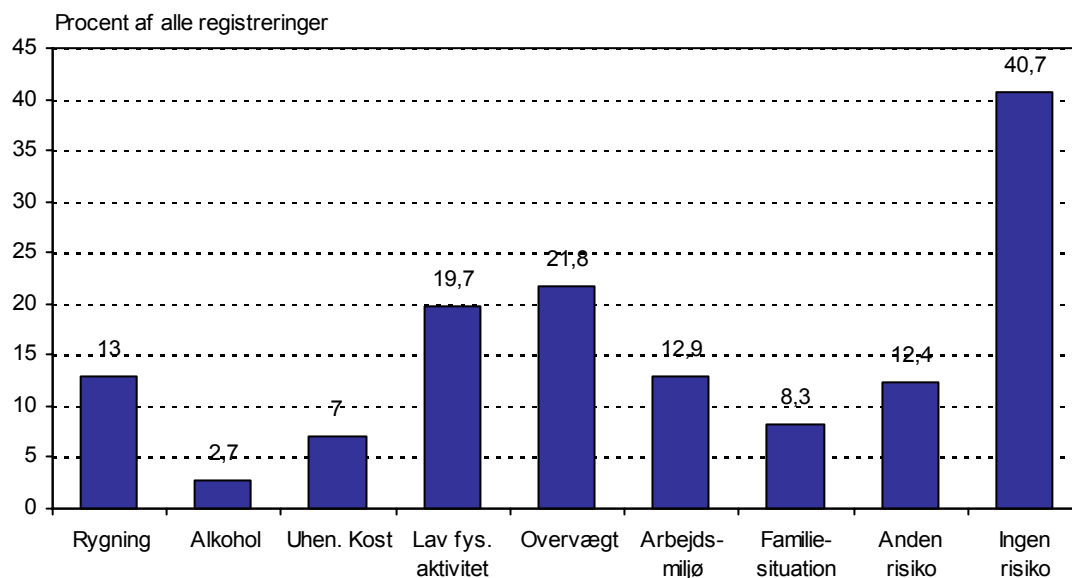




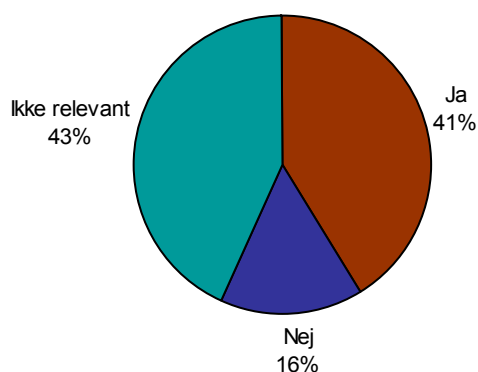
MUSKEL-SKELETSYGDOMME

I alt 2915 konsultationer (13,6%) var relateret til muskel-skeletsygdomme.

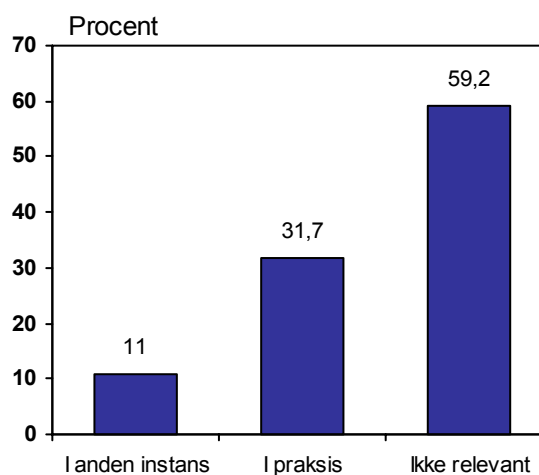
Risikofaktorer



Patienten interesseret i forebyggelse



Behov for videre rådgivning



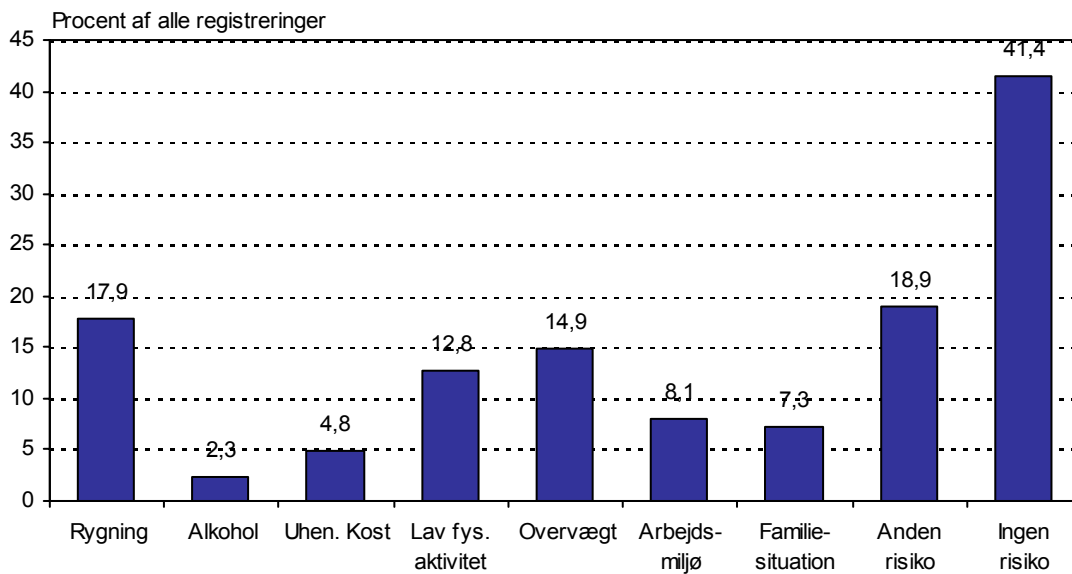


Bilag 4: Diverse figurer (uddrag fra deltagerrapporten)

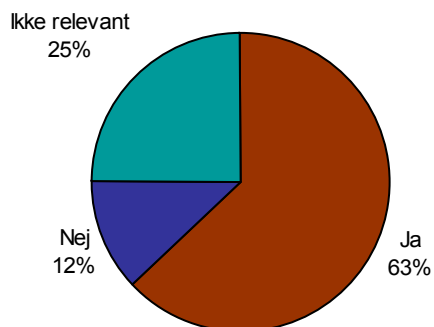
ASTMA OG ALLERGI

I alt 400 konsultationer (1,9%) var relateret til astma- og allergisygdomme.

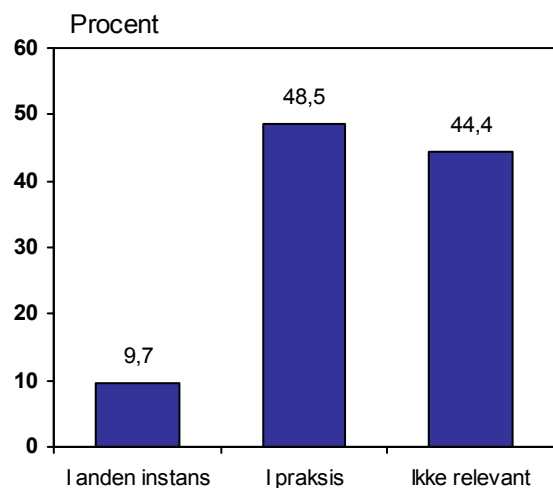
Risikofaktorer



Patienten interesseret i forebyggelse



Behov for videre rådgivning



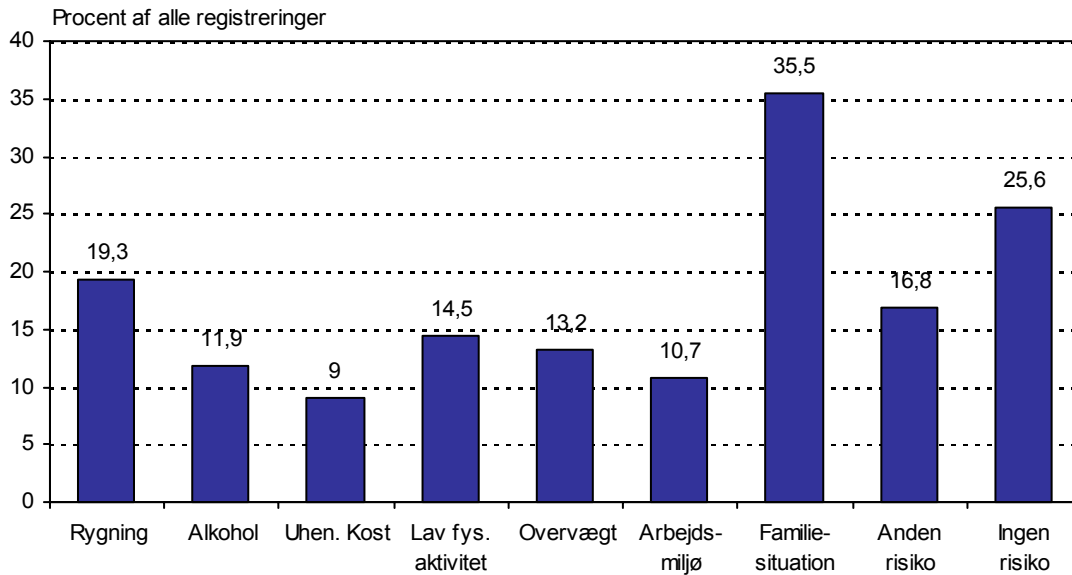


Bilag 4: Diverse figurer (uddrag fra deltagerrapporten)

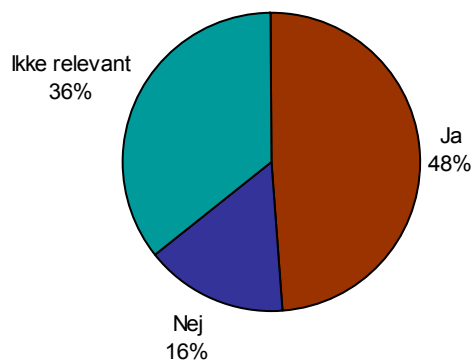
PSYKISK PROBLEM/LIDELSE

I alt 1803 konsultationer (8,4%) var relateret til psykiske problemer/lidelser.

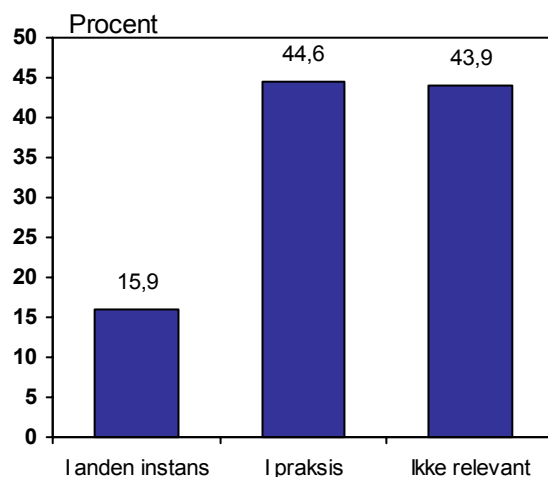
Risikofaktorer



Patienten interesseret i forebyggelse



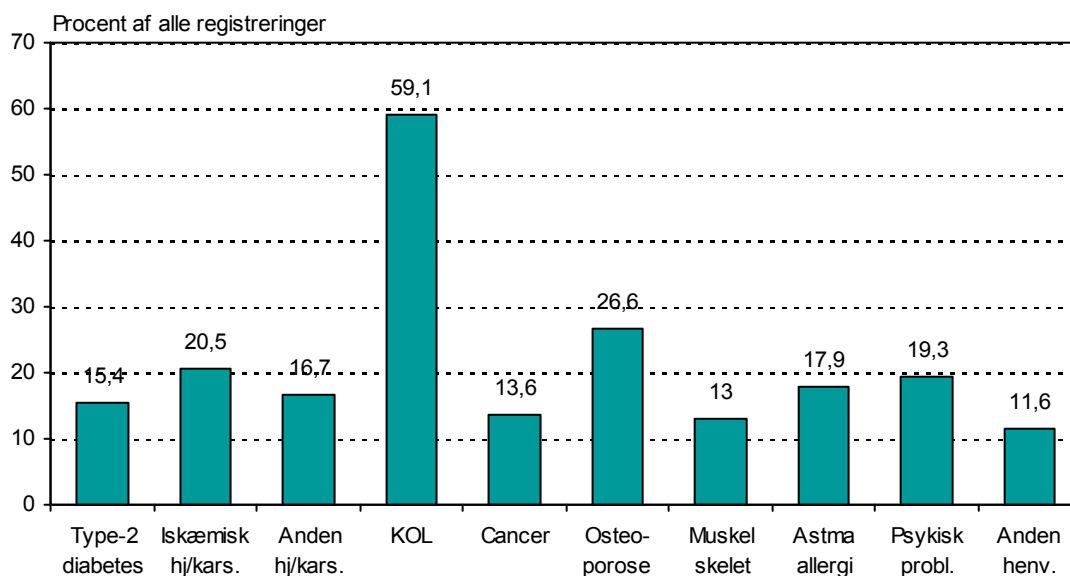
Behov for videre rådgivning



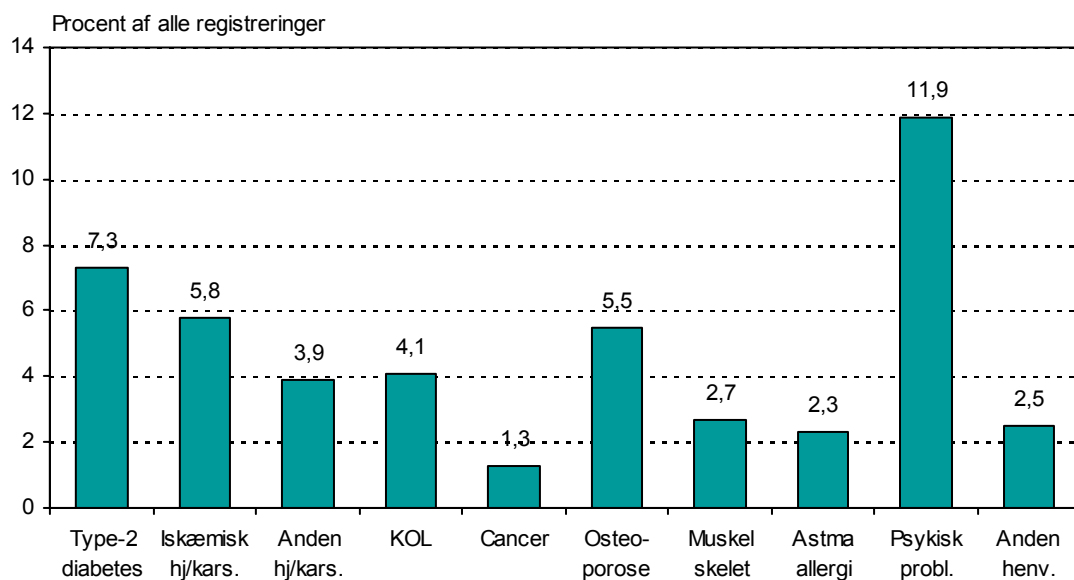


Bilag 4: Diverse figurer (uddrag fra deltagerrapporten)

Rygning



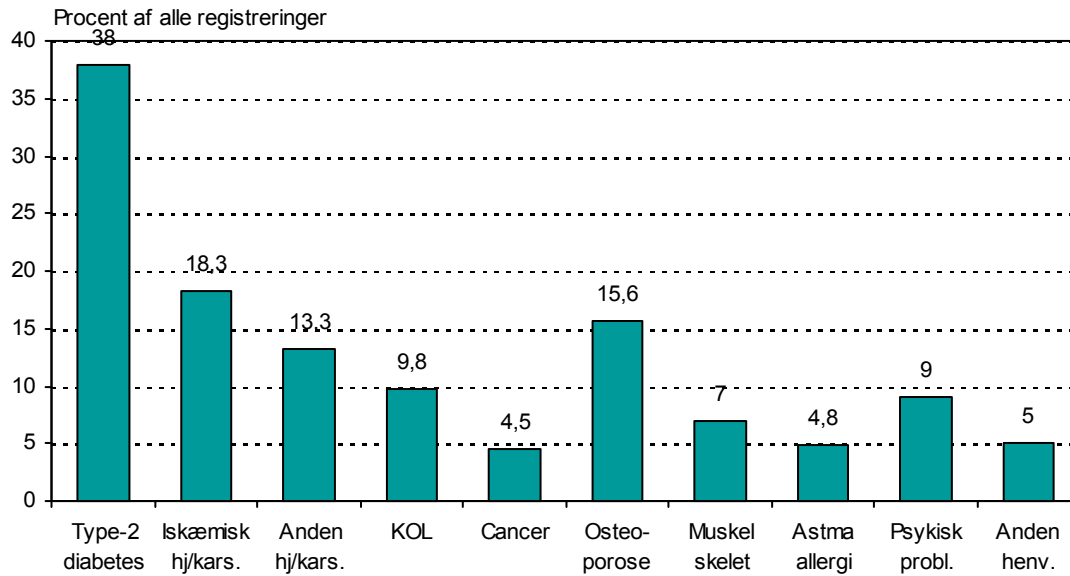
Stort alkoholforbrug



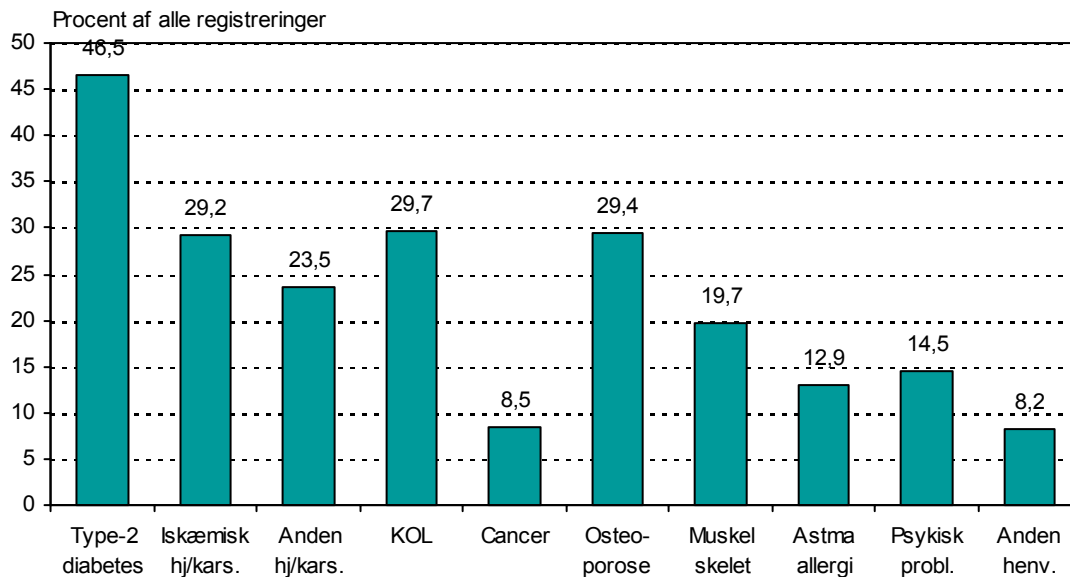


Bilag 4: Diverse figurer (uddrag fra deltagerrapporten)

Uhensigtsmæssig kost



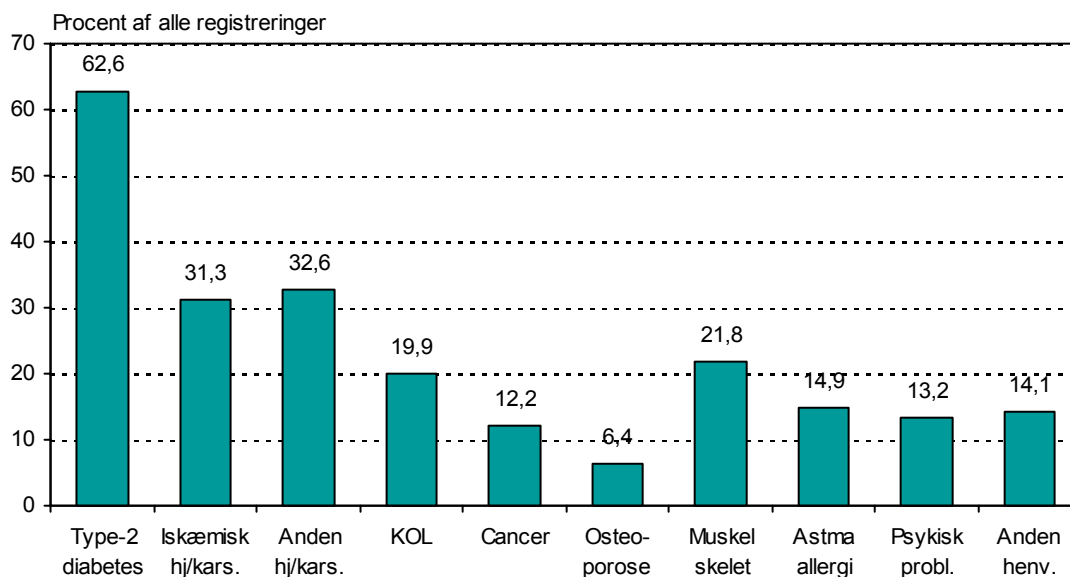
Lav fysisk aktivitet



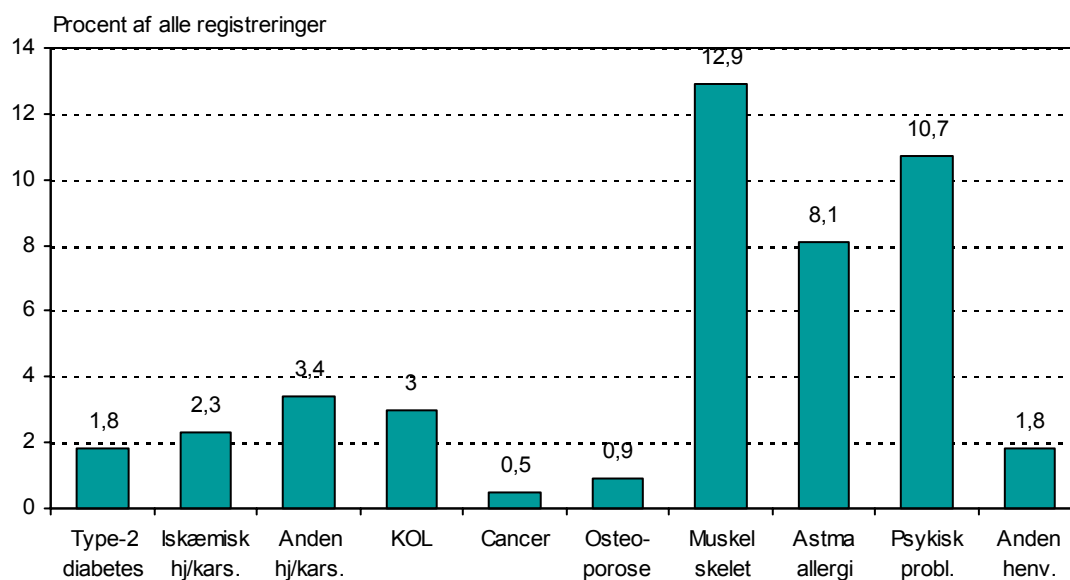


Bilag 4: Diverse figurer (uddrag fra deltagerrapporten)

Overvægt

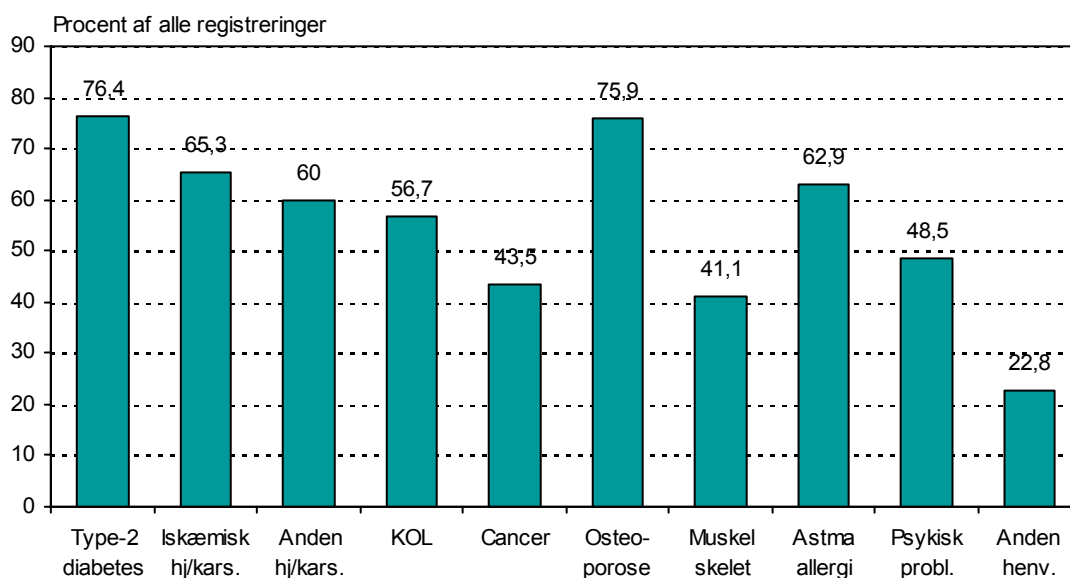


Skadeligt arbejdsmiljø

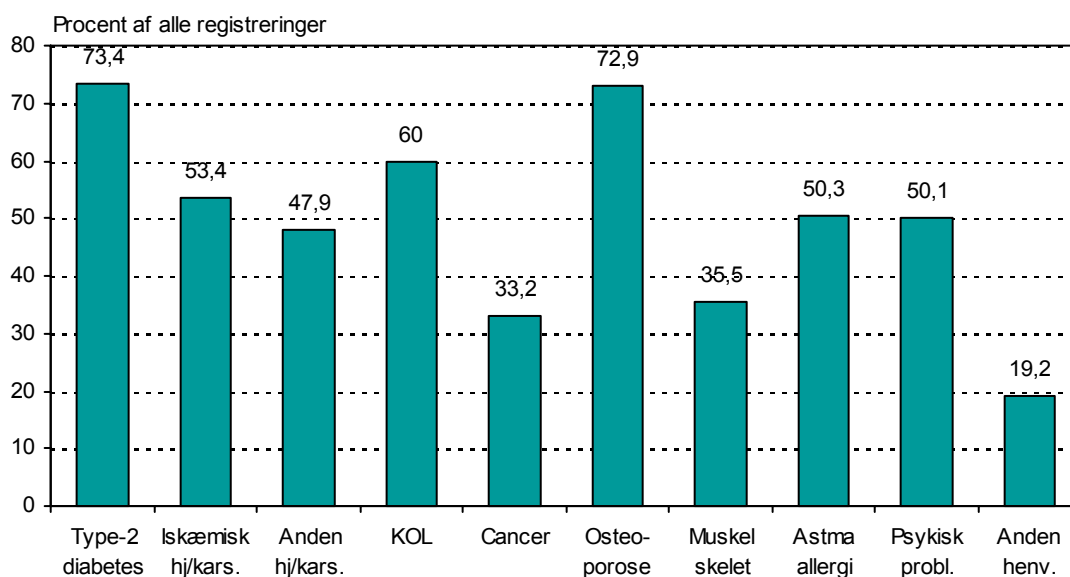




Patienten interesseret i forebyggelse



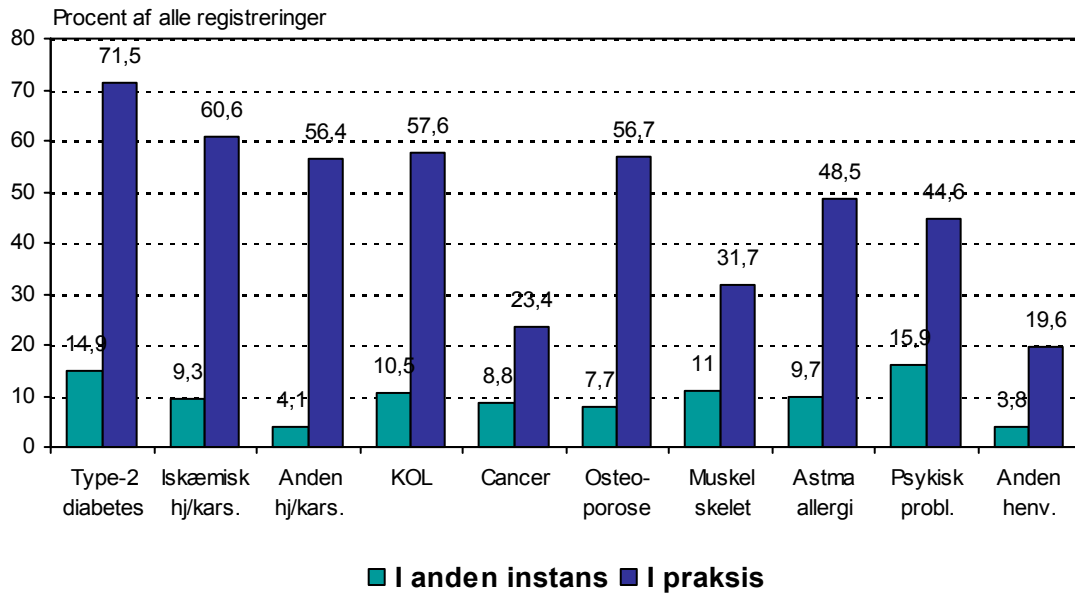
Rådgivning i dag





Bilag 4: Diverse figurer (uddrag fra deltagerrapporten)

Behov for videre rådgivning



Behov for henvisning

