



PILOTIMPLEMENTERING

I FORBINDELSE MED SUNDHEDSSTYRELSENS
PROJEKT PRIK:

Inddragelse af fysisk inaktivitet og uhensigts-
mæssig kost samt tobak og alkohol som
risikofaktorer i patientregistreringen

2006

Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af:

PILOTIMPLEMENTERING

I FORBINDELSE MED SUNDHEDS-
STYRELSENS PROJEKT PRIK:

Inddragelse af fysisk inaktivitet
og uhensigtsmæssig kost, samt
tobak og alkohol, som risikofak-
torer i patientregistreringen

PILOTIMPLEMENTERING i forbindelse med Sundhedsstyrelsens Projekt PRIK

Inddragelse af fysisk inaktivitet og uhensigtsmæssig kost, samt tobak og alkohol, som risikofaktorer i patientregistreringen

Udarbejdet af Nina Roswall, Mette Odgaard og Hanne Tønnesen, WHO Collaborating Centre, Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse på vegne af Sundhedsstyrelsen

Redaktion: Tatjana Hejgaard og Barbara Hjalsted

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
URL: <http://www.sst.dk>

Kategori: Udredning

Emneord: Pilottest; Patientjournal; Motion; Underernæring; Overvægt; Rygning; Livsstil

Sprog: Dansk

Version: 1.0

Versionsdato: December 2006

Elektronisk ISBN: 87-7676-426-5

Format: pdf

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse

Copyright: Sundhedsstyrelsen, publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Indhold

1	Projekt PRIK	8
1.1	Organisation	8
1.2	Baggrund	9
1.3	Formål med projekt PRIK	9
1.4	De fem faser i projekt PRIK	10
2	Pilotimplementering af projekt PRIK	12
2.1	Formål	12
2.2	Målgruppe for afrapportering af pilotimplementeringen	12
2.3	Pilotimplementeringens design	12
2.4	Materiale	12
2.5	Metode	13
2.5.1	Forløb	13
2.5.2	Registrering af risikofaktorerne	14
2.5.3	Evaluering	14
2.5.4	Kommentering	14
2.5.5	Observering	15
2.6	Dataindsamling	15
3	Resultater af pilotimplementeringen	16
3.1	Underernæring	16
3.1.1	Samlet anvendelse af de 4 spørgsmål for underernæring	20
3.2	Overvægt	21
3.2.1	Samlet anvendelse af de 2 spørgsmål for overvægt	23
3.3	Fysisk inaktivitet	24
3.4	Rygning	28
3.5	Alkohol	29
3.6	Tidsforbrug	30
3.7	Speciallægenes generelle kommentering til projekt PRIK	30
4	Samlet konklusion på pilotimplementeringen	31
5	Bilagsfortegnelse	34

Pilotimplementeringen er gennemført af

Region Nordjylland:

- Klaus Michael Pedersen, overlæge, Medicinsk Afdeling, Hobro Sygehus
- Karen Lindorff-Larsen, overlæge, Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling A, Aalborg Sygehus

Region Midtjylland:

- Bjørn Mathiassen, specialeansvarlig overlæge, Geriatrisk Afdeling, Marselisborg Hospital, Aarhus Sygehus
- Richard Farlie, overlæge, Gynækologisk/obstetrisk Afdeling, Herning Sygehus

Region Syddanmark:

- Anders Elbirk, specialeansvarlig overlæge, Organkirurgisk Afdeling, Aabenraa Sygehus
- Mogens Hüttel, overlæge, Anæstesi-afsnit T, Odense Universitetshospital

Region Sjælland:

- Lasse Danborg, overlæge, Ortopædkirurgisk Afsnit H1, Roskilde Amts Sygehus Køge
- Vibeke Vestermark, overlæge, Gynækologisk/obstetrisk afdeling, Kirurgisk Center, Slagelse Sygehus

Region Hovedstad:

- Claus Høgdall, overlæge, dr. med. og Annette Lykke Petri, ph.d.-studerende, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet
- Niels Ebbehøj, overlæge, Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik, Bispebjerg Hospital
- Marianne Frederiksen, speciallæge i intern medicin, Kardiologisk Klinik Y, Bispebjerg Hospital

Desuden er der indhentet kommentarer med hensyn til den elektroniske patientjournal fra Inge Kobberø, projektleder, Koncern IT, Region Hovedstaden

Alle takkes varmt for deres indsats i forbindelse med gennemførelse af pilotimplementeringen.

Pilotgruppe:

Nina Roswall, b.sc., Institut for folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet

Mette Odgaard, b.sc., Institut for folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet

Hanne Tønnesen, Overlæge, dr. med., Forskningsleder, Direktør for WHO Collaborating Centre, Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, Bispebjerg Hospital

I samarbejde med:

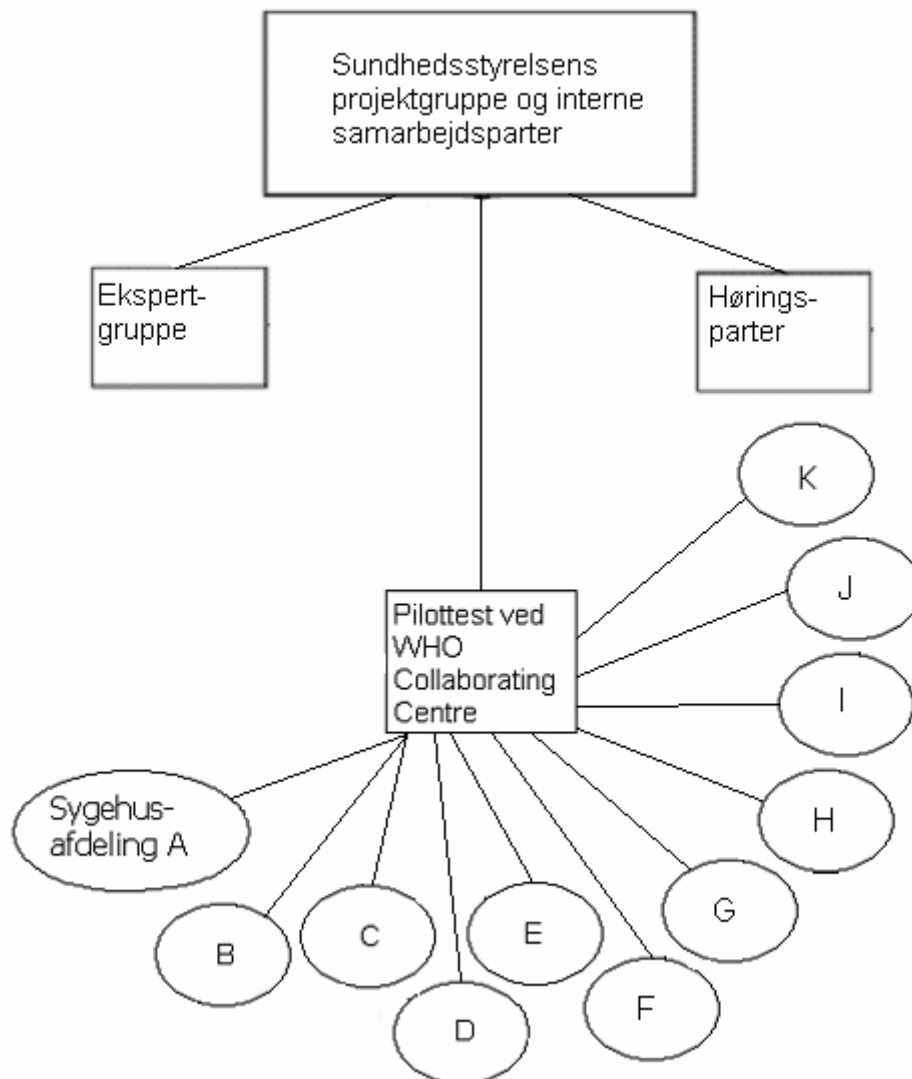
Tatjana Hejgaard, projektleder, akademisk medarbejder, ph.d., cand.brom., Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen

Barbara Hjalsted, projektmedarbejder, afdelingslæge, mph, Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen

1 Projekt PRIK

1.1 Organisation

I 2005 tog Sundhedsstyrelsen initiativ til projektet: "Inddragelse af fysisk inaktivitet og uhensigtsmæssig kost, samt tobak og alkohol, som risikofaktorer i patientregistreringen", herefter kaldet projekt PRIK. I projektet indgik en pilottest i form af en pilotimplementering, der blev udført af en pilotgruppe under WHO Collaborating Centre, Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, Bispebjerg Hospital. Denne rapport er resultatet af pilotgruppens arbejde. Organisationen i PRIK fremgår af figuren nedenfor.



1.2 Baggrund

Baggrunden for projekt PRIK var et ønske om øget fokus på forebyggelse på de danske sygehuse ved at identificere forebyggelige risikofaktorer hos patienter ved deres første kontakt til sygehuset.

Det er god klinisk praksis at inddrage en eller flere af risikofaktorerne: **fysisk inaktivitet, overvægt, underernæring, rygning og alkoholforbrug** ved journaloptagelsen, ligesom det gøres i adskillige kliniske databaser. I dag identificeres fysisk inaktivitet, underernæring og overvægt dog ikke systematisk på sygehuset, og information om tobaks- og alkoholvaner kan også være mangelfuld i såvel omfang som forekomst. Sundhedsstyrelsen vil med indsatsen omkring projekt PRIK understøtte, at patientregistreringen på enklest mulig vis kommer til at omfatte samtlige nævnte risikofaktorer ved patientens første kontakt til sygehuset og herigennem skabe øget fokus på forebyggelse på de danske sygehuse.

En sådan systematisk identifikation er ønskelig af flere årsager. Der findes omfattende evidens for, at intervention overfor ovennævnte risikofaktorer kan forebygge et stort antal kroniske lidelser, gøre tunge sygdomsforløb lettere og forhindre komplikationer, forværring og tilbagefald efter medicinsk og kirurgisk behandling. Desuden ønsker de fleste patienter hospitalets støtte og tilbud på disse områder. Det er derfor vigtigt, at risikofaktorerne identificeres og registreres, således at det er muligt at tilbyde motivationsfremmende samtaler og forebyggende interventioner til alle de patienter, der har behov for det. Samtidig skal identifikationsproceduren være så enkel, dækkende og klinisk relevant som mulig.

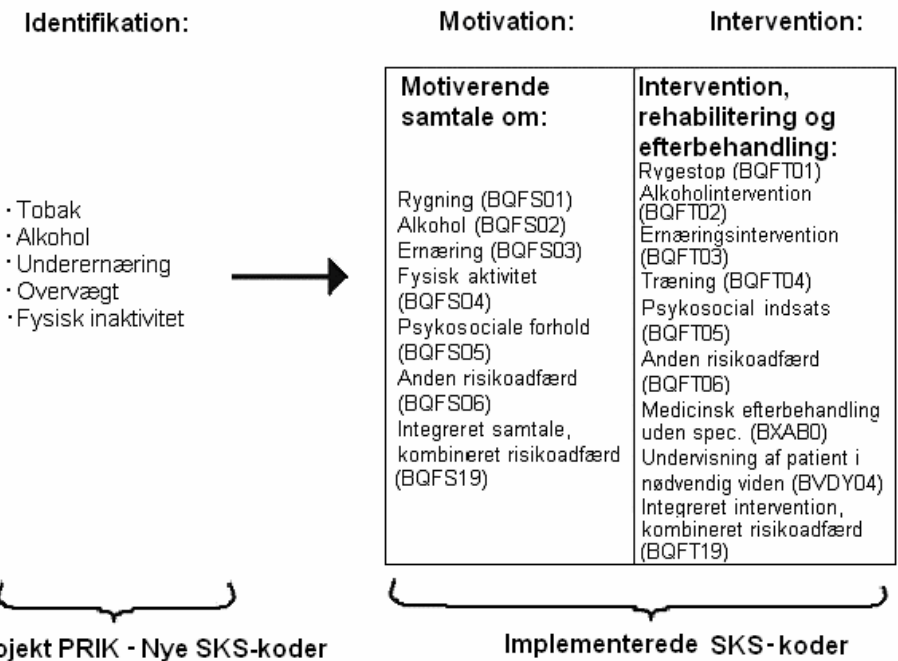
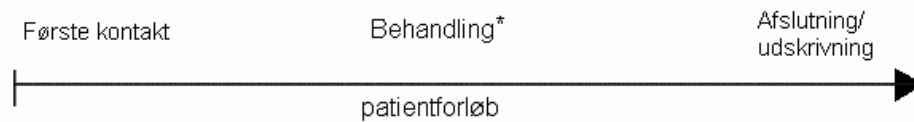
1.3 Formål med projekt PRIK

Formålet er at inkludere fysisk inaktivitet, uhensigtsmæssig kost, tobak og alkohol på linie med øvrige risikofaktorer i journaloptagelse på sygehusene, herunder i patientregistreringen ved første henvendelse. Formålet er desuden på sigt at styrke brugen af fysisk aktivitet, ernæring, tobaks- og alkoholinterventioner, i forebyggende, sundhedsfremmende og rehabiliterende øjemed for patienterne på landets sygehuse.

Hensigten med PRIK er,

- at der foreligger nationale retningslinier for strukturerede patientoplysninger i form af indikatorer med tilhørende retningslinier og koder fra Sundhedsvæsenets Klassifikationssystem (SKS)
- at identifikationen af risikofaktorerne bliver en integreret del af patientregistreringen på danske sygehuse
- at identifikationen bliver en naturlig forløber for motiverende og forebyggende aktiviteter, dokumenteret ved anvendelse af de SKS-koder, der allerede er blevet etableret på baggrund af et arbejde i Netværk af Forebyggende Sygehuse i Danmark og efterfølgende videreudviklet i det internationale Network of Health Promoting Hospitals.

Dermed bliver etableringen af SKS-koderne for identifikation af risikofaktorerne den sidste del i rækken af forebyggelseskoder, der systematisk vil kunne beskrive integrationen af forebyggelse i et sammenhængende patientforløb, se figuren øverst side 10.



* Ved behandling forstås: Undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødsels-hjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient, i henhold til Sundhedsloven (Sundhedsloven 2005)

1.4 De fem faser i projekt PRIK

Projekt PRIK består af fem faser, hvoraf denne pilotimplementering udgør 4. fase:

1. Udarbejdelse af en sundhedsfaglig oversigt af en lægelig ekspert inden for hvert af de fem risikoområder. Oversigten beskrev evidens og erfaringer, kliniske retningslinier, eksempler på identifikationssystemer, erfaringer fra personale samt patienternes holdninger og ønsker. Disse oversigter blev brugt som inspiration og støtte til, hvordan man enklest, mest dækkende og klinisk relevant kunne foretage identifikationen af de fem risikofaktorer.
2. Udvikling af konkrete forslag til ordlyden af de kliniske indgangsspørgsmål og tilhørende registrering ved eksperterne, Sundhedsstyrelsens projektgruppe og interne samarbejdsparter.
3. Udsendelse til en lang række faglige høringsparter, hvorefter spørgsmålene blev opkvalificerede og konkretiserede på baggrund af de indkomne svar. Blandt andet blev spørgsmål C3 inddraget efter høringsrunden, hvor enkelte høringsparter havde teoretiseret over et tænkt scenarium vedrørende en eliteidrætsudøver. I praksis var denne situation ikke genkendelig for klinikerne. Der var efter høringen konsensus om, at de fem risikofaktorer bedst og enklest muligt kunne identificeres ved i alt 11 kliniske indgangsspørgsmål, se tabellen side 11.

4. **Aktuelle pilotprojekt**
5. Formidling af resultater. Forventes at løbe fra oktober 2006 til februar 2007 ved regionale eller lokale seminarer, ved hjælp af samlet PRIK-rapport, udarbejdelse af en "kittelfolder" og via Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Pilotprojektet bygger på en række baggrundsdokumenter, der er at finde på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: <http://www.sst.dk/prik>.

Efterfølgende vil Sundhedsstyrelsen følge op på arbejdet som led i sine øvrige kode- opfølgingsprocedurer.

Spørgsmål:

Underernæring

- A1) Er patientens BMI under 20,5?
- A2) Har patienten haft ufrivilligt vægttab de sidste tre måneder?
- A3) Har patienten haft nedsat kostindtag i den sidste uge?
- A4) Er patienten svært syg? (Dvs. stress-metabol)

Overvægt

- B1) Er patientens BMI over 25?
- B2) Er patientens taljemål over 80 cm (K) eller 94 cm (M)?

Fysisk inaktivitet

- C1) Er patienten fysisk aktiv over ½ time om dagen? (Moderat intensitet hvor pulsen kommer op, fx gåture, cykling, træning)
- C2) Har patienten behov for genoptræning?
- C3) Har patienten behov for øvrigt træningsprogram?

Rygning

- D1) Ryger patienten dagligt?

Alkohol

- E1) Drikker patienten over de anbefalede genstandsgrænser?
(K= 14, M= 21)

2 Pilotimplementering af projekt PRIK

2.1 Formål

Formålet med pilotimplementeringen, svarende til fase 4 i projekt PRIK, var at undersøge, om de kliniske indgangsspørgsmål kunne bruges i den kliniske dagligdag. Det vil sige, om de var forståelige, anvendelige og dækkende i forhold til at identificere og registrere tilstedeværelsen af risikofaktoren ud fra eksisterende journalmateriale (for voksne patienter).

Det var således ikke pilotgruppens opgave at undersøge i hvilket omfang pilotafdelingerne allerede registrerede risikofaktorerne eller at teste spørgsmålene direkte overfor patienterne.

2.2 Målgruppe for afrapportering af pilotimplementeringen

Pilotrapporten henvender sig hovedsageligt til projekt- og ekspertgruppen, som skal deltage i det videre arbejde med udvikling og afrapportering af det samlede projekt PRIK, hvilket sker i en selvstændig rapport.

2.3 Pilotimplementeringens design

Pilotimplementeringen blev gennemført i et klinisk scenarium, der kom så tæt på virkeligheden som muligt. I pilotimplementeringen foregik identifikationen og registreringen ud fra eksisterende oplysninger i den samlede patientjournal, svarende til situationen ved udarbejdelse af epikrisen.

I hverdagens kliniske praksis vil identifikationen af risikofaktorerne ske ved direkte patientkontakt. Spørgsmålene bliver enten stillet ved journaloptagelsen eller konfirmeret ud fra de patientudfyldte udfyldte skemaer, der er blevet sendt til patienten med henblik på udfyldelse inden første kontakt. Selve registreringen vil efterfølgende gennemføres ved afslutning af patientforløbet, eller i tilfælde af elektronisk patientjournal løbende ved journalskrivningen.

Da der dels ikke indgik direkte patientkontakt i pilotimplementeringen, og dels kun blev indsamlet komplet anonymiserede data, blev nærværende undersøgelse ikke indsendt til Videnskabsetisk Komite eller Datatilsynet.

2.4 Materiale

Der deltog 11 speciallæger fra 11 forskellige kliniske sygehusafdelinger i pilotimplementeringen. Lægerne havde alle erfaring med udvikling eller anvendelse af registreringskoder i den kliniske hverdag. De deltagende pilotafdelinger blev udvalgt efter geografisk placering, således at der indgik mindst to sygehuse fra hver region.

Afdelingerne var desuden udvalgt, så de repræsenterede en række forskellige specialer med både ambulante og indlagte patienter. Der indgik både medicinske specialer, herunder intern medicin, geriatri, kardiologi, arbejds- og miljømedicin, samt kirurgiske afdelinger, herunder gastrokirurgi, ortopædkirurgi og gynækologi, foruden en intensiv afdeling.

I pilotimplementeringen indgik både traditionelle papirjournaler, elektroniske patientjournaler og kombinationer heraf. Journalerne udgjorde et kontinuum fra rene EPJ-journaler til rene papirjournaler. Der indgik 2 afdelinger med rene EPJ-journaler, 7 afdelinger med rene papir-journaler samt 2 afdelinger med kombinationer af papir- og EPJ-journaler.

Dette valg skulle sikre, at pilotimplementeringen omfattede et bredt udsnit af landets sygehuse, herunder forskelle i journalføring og kliniske rutiner. Samtidig ville de lokale erfaringer understøtte en efterfølgende implementering. Et andet formål med at inddrage de forskellige journalsystemer i pilotimplementeringen har været at undersøge, om speciallægerne både fandt koderne anvendelige i de nuværende og de kommende journalsystemer. Kodernes anvendelighed i forhold til den elektroniske patientjournal blev desuden belyst ved at rette henvendelse til en administrativ afdeling (uden patienter) og indhente kommentarer herfra.

Outcome mål

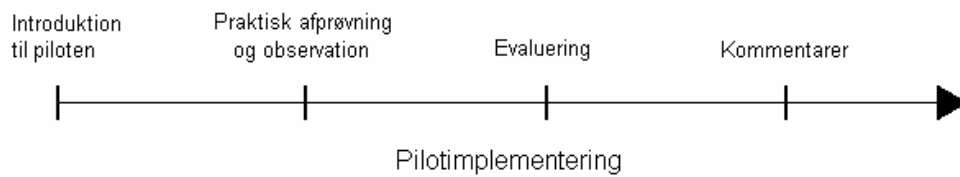
- Hvor hyppigt kunne spørgsmålene besvares med ”ja” eller ”nej” frem for ”uoplyst” på et dataregistreringsskema.
- Hvor lang tid varede pilotimplementeringen (se nedenfor), herunder om der kunne identificeres en indlæringskurve undervejs, defineret ud fra tidsforbruget i begyndelsen og i slutningen.
- Hvor mange speciallæger oplevede, at det enkelte spørgsmål var forståeligt, anvendeligt og dækkende (besvaret med ”ja” eller ”nej”) for patienterne på deres egen afdeling.
- Hvilke kommentarer spørgsmålene affødte undervejs.

2.5 Metode

2.5.1 Forløb

Indledningsvis var de involverede afdelinger og speciallæger blevet orienteret per telefon, ligesom alt materiale var fremsendt til orientering. Pilotgruppen besøgte alle de involverede speciallæger og afdelinger, overværede gennemførelsen, kontrollerede løbende at data blev indsamlet, men forholdt sig ellers neutralt under pilotimplementeringen.

Besøget var planlagt til at vare 2 timer. Pilotimplementeringen blev indledt med en kort orientering af speciallægen om problemstillingen og formålet med pilotimplementeringen. Derefter fulgte registrering, evaluering, kommentering samt observering (se øverst side 14).



2.5.2 Registrering af risikofaktorerne

For at den enkelte speciallæge kunne vurdere spørgsmålenes anvendelighed i praksis i den kliniske hverdag, blev der først gennemført en pilotimplementering af de kliniske indgangsspørgsmål i form af identifikation og registrering af risikofaktorerne for 20 konsekutive journaler fra egen afdeling.

Journalerne blev udtaget således, at patientgrundlaget lignede hverdagens registrering så meget som muligt. Nogle afdelinger valgte 20 journaler, der lige var udskrevet, andre valgte 20 af dagens forambulante patienter, mens andre igen valgte de første 20 aktive patientjournaler på afdelingen.

Til hvert kliniske spørgsmål var der tre svarmuligheder: ”Ja”, ”nej” og ”uoplyst”. ”Uoplyst” angav, at spørgsmålet ikke kunne besvares, og at det dermed ikke var muligt at registrere, om risikofaktoren var tilstede eller ej. Dette kunne skyldes, at oplysninger om risikofaktoren var ufuldstændige, ikke havde samme form som det spørgsmål, der blev stillet, eller at oplysningerne helt manglede i journalen. Angivelse af ”ja” eller ”nej” betød, at spørgsmålet kunne anvendes til at afklare, om risikofaktoren var tilstede (”ja”) eller (”nej”).

2.5.3 Evaluering

Der næst evaluerede speciallægen på et dataregistreringsskema (se bilag 2), om spørgsmålene var forståelige, anvendelige og dækkende for afdelingens patientgrundlag. Det blev undersøgt, om spørgsmålet var: Forståeligt for at afklare, om speciallægen syntes, at spørgsmålets ordlyd og indhold umiddelbart gav mening. Anvendeligt for at afklare, om speciallægen bedømte, at det var muligt at anvende registreringen i praksis. Dækkende det vil sige, om der var aspekter af risikofaktoren, som ikke blev afklaret ved hjælp af dette spørgsmål, eksempelvis om der var grupper, der ikke kunne omfattes af spørgsmålet.

2.5.4 Kommentering

Undervejs og til sidst kunne speciallægen notere sine kommentarer. Mundtlige kommentarer blev desuden løbende noteret af pilotgruppen, hvilket speciallægen var informeret om. Metoden medførte, at speciallægerne sjældent selv noterede lange kommentarer på skemaerne. Kommentarerne kunne relateres til henholdsvis det enkelte spørgsmål, risikofaktoren generelt, eller andre emner, som speciallægerne selv bragte på bane.

Det er væsentligt at påpege, at de anvendte dataregistreringsskemaer udelukkende var fremstillet til pilotimplementeringen, og at de ikke skal anvendes fremover i denne udformning.

2.5.5 Observering

Det blev observeret, hvordan gennemførelsen forløb, hvilke faktorer der havde indflydelse på besvarelsen, hvor lang tid besvarelsen tog, om der opstod en indlæringskurve i udfyldelsen af skemaerne og lignende. Disse informationer blev efterfølgende brugt til at bedømme, hvor let eller svært det var for speciallægerne at blive ”dus” med dataregistreringsskemaet.

2.6 Dataindsamling

Pilotgruppen overværede samtlige pilotimplementeringer, hvilket sikrede, at alle data blev indsamlet. Svarprocenten er derfor på 100 %.

3 Resultater af pilotimplementeringen

I dette afsnit præsenteres og diskuteres resultaterne af pilotimplementeringen. Først præsenteres grafisk, hvor hyppigt spørgsmålet anvendes på afdelingerne i dag, samt hvor udbredt risikofaktoren er. Afdelingerne er angivet med bogstaverne A til K.

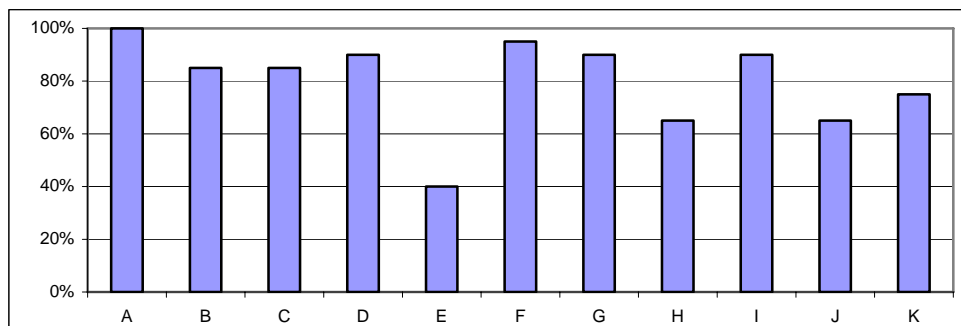
Dernæst præsenteres for hvert spørgsmål andelen af de 11 speciallæger, der fandt spørgsmålet henholdsvis forståeligt, anvendeligt og dækkende, samt lægens efterfølgende kommentarer hertil.

3.1 Underernæring

Spørgsmål A1: "Er patientens BMI under 20,5?" (svarprocent = 100 %)

Registrering:

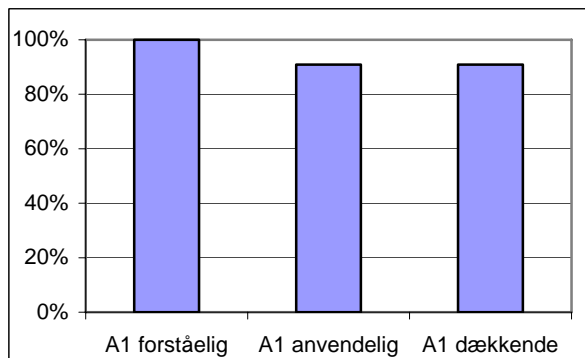
Afdelingerne anvendte i høj grad dette spørgsmål. Medianen er 85 % (range 40 – 100 %, figur A1.1). Det betyder, at det er en risikofaktor der regelmæssigt spørges til og noteres i journalen. Medianen for dokumentation for et "ja"-svar var 10 % af patienterne (range 0 – 35 %).



Figur A1.1

Evaluering:

Alle 11 speciallæger fandt spørgsmålet forståeligt, og med undtagelse af en enkelt, fandt alle også spørgsmålet anvendeligt og dækkende (se figur A1.2). Årsagen til den ene person, der ikke gjorde dette, var ønsket om at angive BMI-værdien som eksakt tal, således at registreringen kan anvendes til at generere data til brug i afdelingens forskning. Det blev dog ikke vurderet, at en sådan præcisering ville medføre en anden klinisk handling.



Figur A1.2

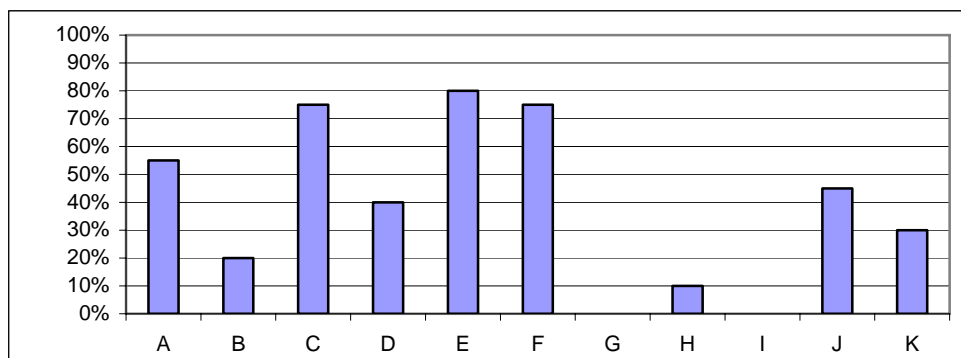
Kommentering:

Overordnet set syntes dette spørgsmål at fungere godt. Speciallægerne påpegede dog, at det ikke er dækkende for den lille gruppe patienter, der på grund af amputation ikke har normal højde og vægt. Af større grupper er gravide, hvor BMI før graviditeten dog anvendes, samt ældre mennesker, der kan være underernærede ved højere BMI end det er tilfældet med yngre, fortrinsvis på grund af højdereduktion. Der er dog til dels taget højde for dette med en nedre grænse på 20,5 i stedet for 18,5.

Spørgsmål A2: "Har patienten haft ufrivilligt vægttab de sidste tre måneder?" (svarprocent = 100 %)

Registrering:

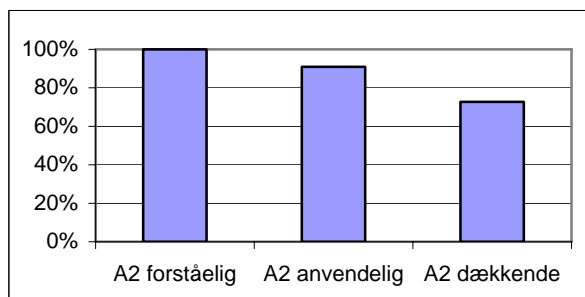
Der var meget varierende praksis i forhold til anvendelsen af dette spørgsmål. Det skyldes blandt andet, at nogle afdelinger anvender det af Sundhedsstyrelsen anbefalede og udviklede ernæringskema, hvor spørgsmålet findes, mens andre afdelinger ikke gør. Nogle af afdelingerne anvendte i høj grad dette spørgsmål, andre sjældent. Medianen er 40 % (range 0 – 80 %, figur A2.2). Medianen for dokumentation for et "ja"-svar var 0 % af patienterne (range 0 – 25 %).



Figur A2.1

Evaluering:

Alle 11 speciallæger fandt spørgsmålet forståeligt (se figur A2.1). En enkelt speciallæge fandt det ikke anvendeligt, da det passede dårligt til afdelingens patientgruppe, mens tre speciallæger ikke mente, at spørgsmålet var dækkende. Én ønskede absolutte tal af forskningshensyn. Én påpegede, at spørgsmålet ikke stemmer overens med afdelingens ernæringskema, der ikke angiver om et eventuelt vægttab er ufrivilligt, mens én ikke mente, at folk kan huske, hvor meget de vejede tre måneder tidligere.



Figur A2.2

De speciallæger, der fandt spørgsmålet dækkende, havde også en del kommentarer. Der var nogen uenighed om, hvorvidt det har nogen betydning, om et vægttab er ufrivilligt frem for frivilligt. Det blev bemærket, at det kan diskuteres, hvornår et vægttab er "ufrivilligt", og det derfor ville være en fordel, hvis der blev anført en definition på skemaet i henhold til Sundhedsstyrelsens vejledning. Ordet "ufrivilligt" indgik i høringsrunden, hvor det ikke blev opfattet som problematisk, og det var først med den kliniske afprøvning i pilotimplementeringen, at denne diskussion opstod. De fleste afdelinger anvender i dag spørgsmålet uden at skelne mellem frivilligt og ufrivilligt, og "ufrivilligt" bør således udgå, idet der også kan være en risiko forbundet med et frivilligt vægttab.

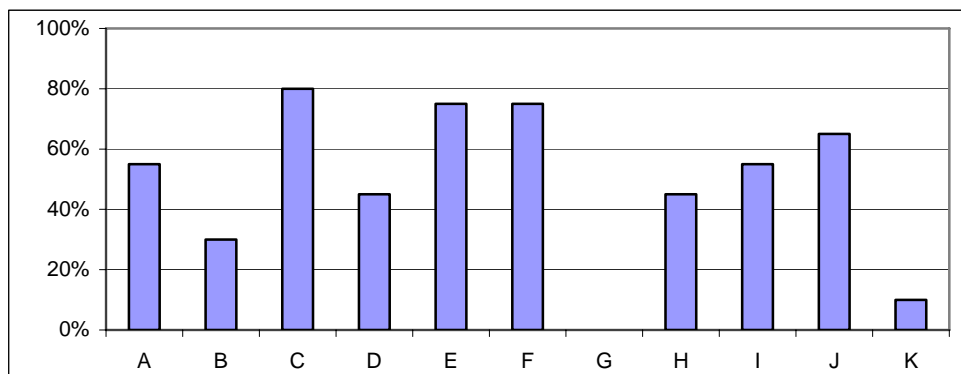
Kommentering:

Der syntes at være uenighed mellem speciallægerne om, hvorvidt personer med et frivilligt vægttab dækkes af spørgsmålet. Det anbefales derfor, at man er særligt opmærksom på personer med større, frivilligt vægttab, da disse ikke vil blive identificeret med den nuværende ordlyd af spørgsmålet.

Spørgsmål A3: "Har patienten haft nedsat kostindtag i den sidste uge?" (svarprocent = 100 %)

Registrering:

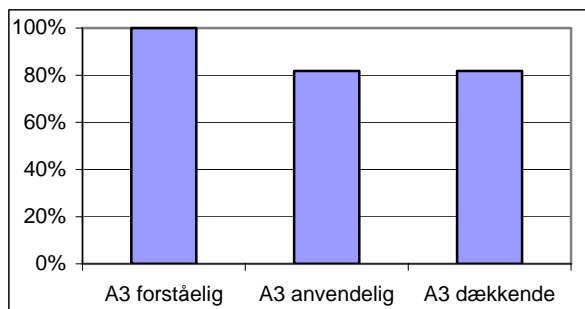
Afdelingerne anvendte i moderat grad dette spørgsmål. Medianen er 55 % (range 0 – 80 %, figur A3.2). Som ved spørgsmål A2 blev spørgsmålet ofte anvendt på de afdelinger, der anvender et ernæringskema. Medianen for dokumentation for et "ja"-svar var 15 % af patienterne (range 0 – 45 %).



Figur A3.1

Evaluering:

Alle speciallæger fandt spørgsmålet forståeligt (se figur A3.1). To speciallæger fandt ikke spørgsmålet anvendeligt, og to fandt det ikke dækkende, dels fordi det ikke blev fundet anvendeligt for afdelingens patientgruppe, dels fordi spørgsmålet ikke stemte overens med den pågældende afdelings ernæringskema.



Figur A3.2

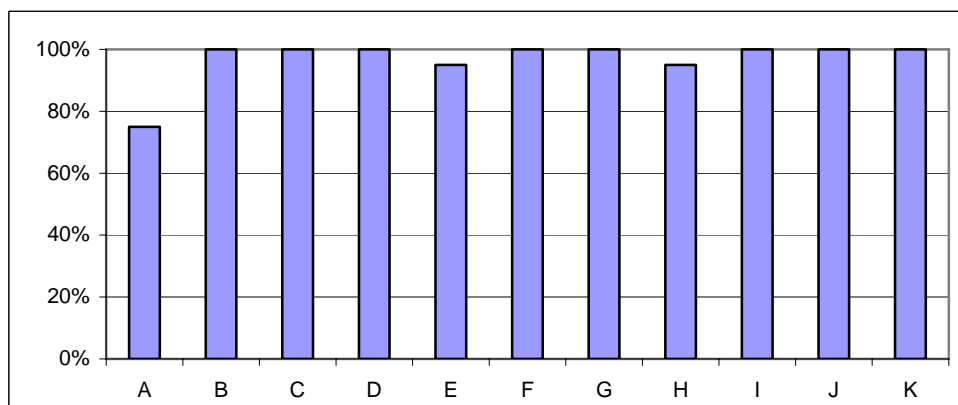
Kommentering:

Spørgsmålet synes at være velegnet til de fleste patientgrupper, dog påpegede en speciallæge, at der ikke nødvendigvis er behov for en ernæringsintervention ved patienter, der kun har haft nedsat kostindtag i få dage.

Spørgsmål A4: "Er patienten svært syg? (Dvs. stress-metabol)" (svarprocent = 100 %)

Registrering:

Dette spørgsmål var anvendeligt i stort set alle tilfælde. Medianen er 100 % (range 75 – 100 %, figur A4.2). Spørgsmålet adskiller sig fra de andre underernærings-spørgsmål ved at være det eneste, der bygger på en klinisk vurdering, i modsætning til de øvrige spørgsmål, der er baseret på selvrapporterede oplysninger. Medianen for dokumentation for et "ja"- svar var 0 % af patienterne (range 0 – 45 %).

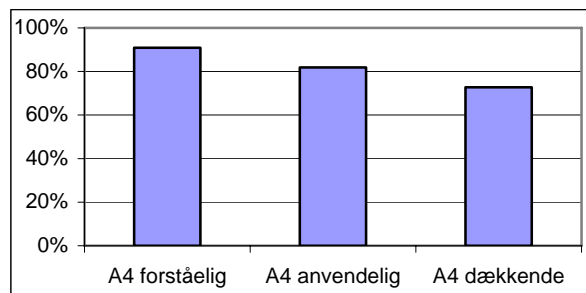


Figur A4.1

Evaluering:

10 af speciallægerne fandt spørgsmålet forståeligt, mens én enkelt speciallæge hverken fandt spørgsmålet forståeligt, anvendeligt eller dækkende, fordi patienterne på afdelingen ikke var så syge, at de var stress-metabole (se figur A4.1). På samme måde fandt en anden speciallæge ikke, at spørgsmålet var anvendeligt eller dækkende i forhold til afdelingens patienter. Én speciallæge fandt ikke spørgsmålet dækkende, fordi det ikke stemte overens med den graduering af svær sygdom, der blev anvendt på afdelingens eget ernæringskema.

Overordnet set synes dette spørgsmål derfor anvendeligt, men det kræver, at det følges af en uddybende præcisering af, hvad det vil sige at være svært syg (stress-metabol) svarende til informationen i baggrundsmaterialet (<http://www.sst.dk/prik>).



Figur A4.2

Kommentering:

Dette spørgsmål findes at fungere godt for de fleste patientgrupper, dog bemærkede én speciallæge, at selvom spørgsmålet er dækkende, er det ikke egnet til ambulante funktioner, fordi der kommer meget få svært syge patienter på denne type afdeling.

3.1.1 Samlet anvendelse af de 4 spørgsmål for underernæring

De ovenstående fire spørgsmål anvendtes samlet til at afdække risikofaktoren underernæring, og et enkelt ”ja”-svar på et af de fire spørgsmål udløste en kode, der efterfølgende skal handles på, og dermed henviser til en videre udredning.

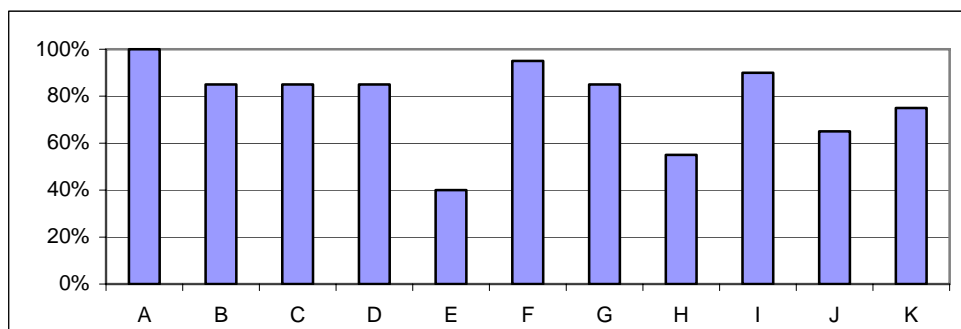
Samlet set udløste de fire spørgsmål mindst et ”ja” hos i alt 29 % af patienterne i pilotimplementeringen.

3.2 Overvægt

Spørgsmål B1: "Er patientens BMI over 25?" (svarprocent = 100 %)

Registrering:

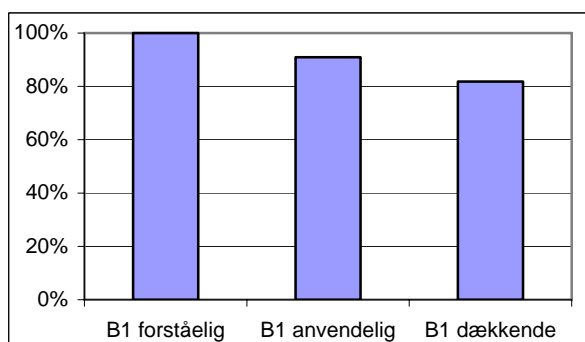
Afdelingerne anvendte i høj grad dette spørgsmål. Medianen er 85 % (range 40 – 100 %, figur B1.2). Det betyder, at det er en risikofaktor, der regelmæssigt spørges til og noteres i journalen. Medianen for dokumentation for et "ja"-svar var 30 % af patienterne (range 10 – 65 %).



Figur B1.1

Evaluering:

Alle speciallæger fandt spørgsmålet forståeligt (se figur B1.1). Der var én enkelt speciallæge, som ikke fandt spørgsmålet anvendeligt eller dækkende, fordi vedkommende ønskede BMI-værdien angivet som et eksakt tal, således at registreringen kan anvendes til at generere data til brug i afdelingens forskning. Det blev dog ikke vurderet, at en sådan præcisering ville medføre en anden klinisk handling. Én speciallæge fandt ikke spørgsmålet dækkende, fordi der er visse etniske grupper, for hvilke de nuværende BMI-grænser for overvægt ikke tilgodeser deres kropssammensætning (forholdet mellem fedtmasse og den fedtfri masse).



Figur B1.1

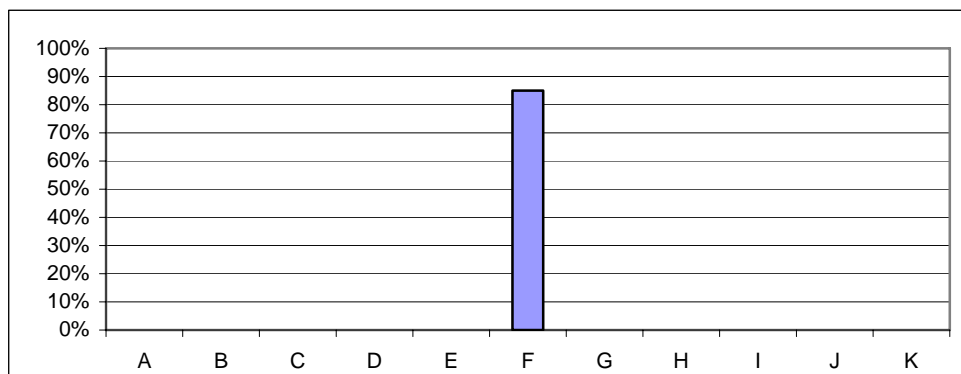
Kommentering:

Spørgsmålet syntes i langt størstedelen af tilfældene, at kunne anvendes i den kliniske hverdag. Speciallægerne påpegede dog, at spørgsmålet ikke fungerer hos den lille gruppe patienter med ascites, der på grund af deres sygdom får et højt BMI, men ikke nødvendigvis er overvægtige, gravide, samt visse etniske minoritetsgrupper, for hvilke det gælder, at de er overvægtige ved et lavere BMI.

Spørgsmål B2: "Er patientens taljemål over 80 cm (K) eller 94 cm (M)?" (svarprocent = 100 %)

Registrering:

Kun én af de 11 afdelinger anvendte dette spørgsmål. Medianen er derfor 0 % (range 0 – 85 %, figur B2.2). På denne afdeling anvendes spørgsmålet i høj grad, mens alle andre speciallæger oplyste, at det ikke er et mål, de bruger. Medianen for dokumentation for et "ja"-svar var 0 % af patienterne (range 0 – 60 %).

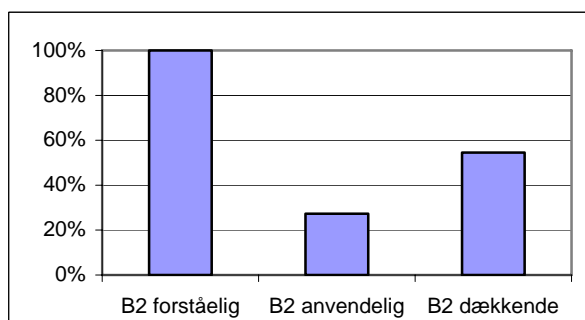


Figur B1.2

Evaluering:

Alle 11 speciallæger fandt spørgsmålet forståeligt, men kun tre fandt spørgsmålet anvendeligt, og 6 fandt det dækkende (se figur B2.1). Én speciallæge syntes, at grænserne var sat meget lavt, og flere mente, at det var svært ud fra et taljemål at vurdere, hvor overvægtig patienten var, hvilket de fandt, var let at gøre ved BMI. Nogle speciallæger var usikre på, hvor målet skulle tages. Flere påpegede, at de fandt det overflødigt at spørge til både BMI og taljemål.

De adspurgte klinikere vurderede, at spørgsmålet ville være vanskeligt at implementere, og kun få kunne se relevansen i dette spørgsmål. Mens alle speciallæger forstod spørgsmålet, fandt kun 3 ud af 11 personer det anvendeligt i den kliniske hverdag. Desuden påpegede speciallægerne, at det var overflødigt at have et ekstra spørgsmål om overvægt, når man allerede spurgte til patientens BMI.



Figur B2.2

Kommentering:

Spørgsmålet var let forståeligt, men kun halvdelen af de adspurgte klinikere fandt det dækkende, fordi det ikke kunne bruges til de patienter, der har ascites, kræft i mavetarm-kanalen, abdomen pendens, en mindre gruppe med anden etnisk baggrund end dansk og en større gruppe af gravide patienter. Den afdeling, der anvendte taljemål, fandt det dog let at anvende og at handle på.

3.2.1 Samlet anvendelse af de 2 spørgsmål for overvægt

De ovenstående to spørgsmål anvendtes samlet til afdækning af risikofaktoren overvægt, og et enkelt ”ja”-svar udløste en kode, der efterfølgende skal handles på, og dermed henvise til en videre udredning.

Samlet set udløste de to spørgsmål et ”ja”-svar hos i alt 35 % af patienterne i pilotimplementeringen.

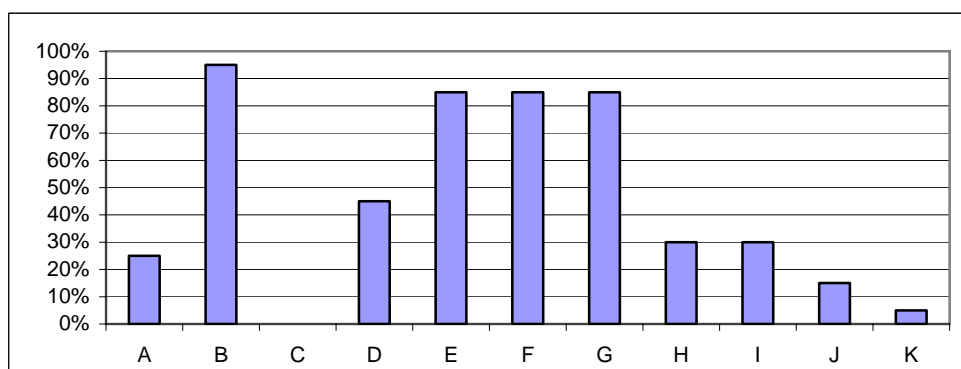
Da taljemål kun anvendtes på en enkelt af pilotafdelingerne, var det relevant at se på, hvordan de givne koder på denne afdeling ville fordele sig mellem henholdsvis taljemål og BMI. På denne afdeling gjaldt det, at i alt 70 % af patienterne fik en kode for overvægt. 50 % af patienterne fik en kode på baggrund af både BMI og taljemål, 10 % af patienterne fik en kode udelukkende på baggrund af BMI, mens 10 % af patienterne fik en kode udelukkende på baggrund af taljemål. Der synes således at være et stort overlap mellem de to spørgsmål.

3.3 Fysisk inaktivitet

Spørgsmål C1: "Er patienten fysisk aktiv over ½ time om dagen? (Moderat intensitet hvor pulsen kommer op, fx gåture, cykling, træning)"
(svarprocent = 100 %)

Registrering:

Der var stor forskel på, hvor ofte afdelingerne anvendte dette spørgsmål. Medianen er 30 % (range 0 – 95 %, figur C1.2). Medianen for dokumentation for et "ja" svar var 5 % af patienterne (range 0 – 40 %), men dette afspejlede næppe virkeligheden på grund af den lave udbredelse af spørgsmålet. Registreringen viste, at det i en lang række tilfælde var muligt at udelukke, at patienten var fysisk aktiv i over 30 minutter om dagen, ofte som følge af svær sygdom over længere tid. Omvendt var det ikke muligt at svare "ja" til spørgsmålet, medmindre det direkte var angivet i journalen, at patienten var fysisk aktiv over 30 minutter om dagen.



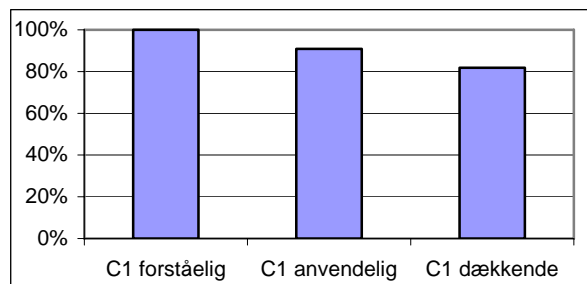
Figur C1.1

Evaluerings:

Alle 11 speciallæger fandt, at spørgsmålet var forståeligt, og kun en enkelt speciallæge fandt det ikke anvendeligt (se figur C1.1). Dette blev begrundet med, at det er vanskeligt for patienterne at bedømme, om de har været aktive 30 minutter hver dag. Samme argument gør, at en speciallæge ikke fandt spørgsmålet dækkende, mens en anden speciallæge ikke fandt det dækkende, fordi afdelingens patienter alle var så syge, at de ikke kunne være aktive i 30 minutter hver dag.

Speciallægerne fandt, at spørgsmål C1 var defineret på tilfredsstillende vis, men der herskede nogen tvivl blandt speciallægerne om, hvorvidt patienterne selv ville være i stand til at svare på spørgsmålet. Speciallægerne var selv i tvivl om, hvilke aktiviteter der burde medregnes som fysisk aktivitet. Nogle speciallæger kom også ind på, om de selv var fysisk aktive i det anbefalede tidsrum.

I løbet af pilotimplementeringen viste det sig, at spørgsmål C1 var det eneste af de 11 spørgsmål, hvor det var svaret "nej" og ikke "ja", der udløste en kode og dermed et forebyggende tilbud. Dette var ulogisk, og det blev derfor foreslået, at spørgsmålet i stedet formuleredes: "Er patienten fysisk aktiv mindre end ½ time om dagen?"



Figur C1.2

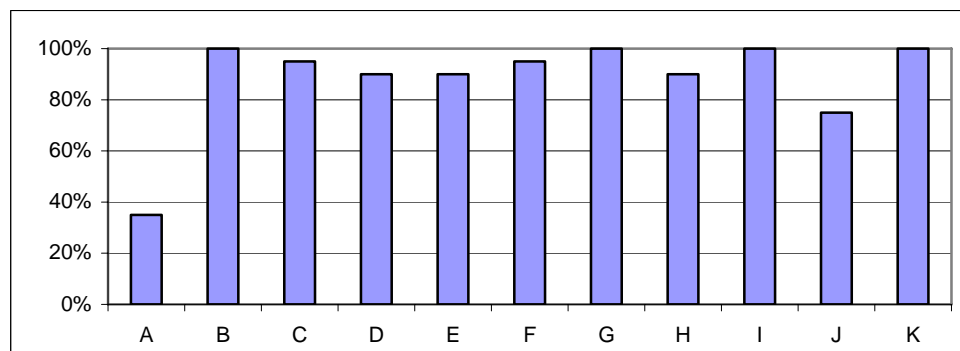
Kommentering:

Der syntes ikke at være særlige grupper, for hvilke dette spørgsmål ikke fungerede.

Spørgsmål C2: "Har patienten behov for genoptræning?" (svarprocent = 100 %)

Registrering:

Afdelingerne anvendte i høj grad dette spørgsmål. Medianen er 95 % (range 35 – 100 %, figur C2.2). Det betyder, at det er en risikofaktor, der regelmæssigt bedømmes og noteres i journalen. Medianen for dokumentation for et "ja" svar var 30 % af patienterne (range 10 – 95 %).

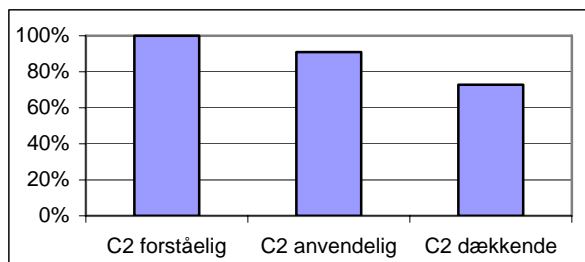


Figur C2.1

Evaluering:

Alle 11 speciallæger fandt spørgsmålet forståeligt (se figur C2.1). Én fandt det ikke anvendeligt, og tre fandt det ikke dækkende. Dette skyldtes usikkerhed omkring, hvad der mentes med "genoptræning". Én speciallæge foreslog, at spørgsmålet tilføjes "for gældende lidelse" for at gøre det mere klart.

Overordnet set syntes dette spørgsmål derfor anvendeligt. Det viste sig undervejs, at behovet for genoptræning rutinemæssigt vurderedes inden udskrivelsen i henhold til cirkulære om, at alle indlagte patienter skal vurderes med henblik på, om der er indikation for genoptræning. Ifølge speciallægerne ville anvendelse af spørgsmål C2 allerede ved første kontakt derfor ikke medføre meget nyt, men tværtimod risiko for dobbeltarbejde.



Figur C2.2

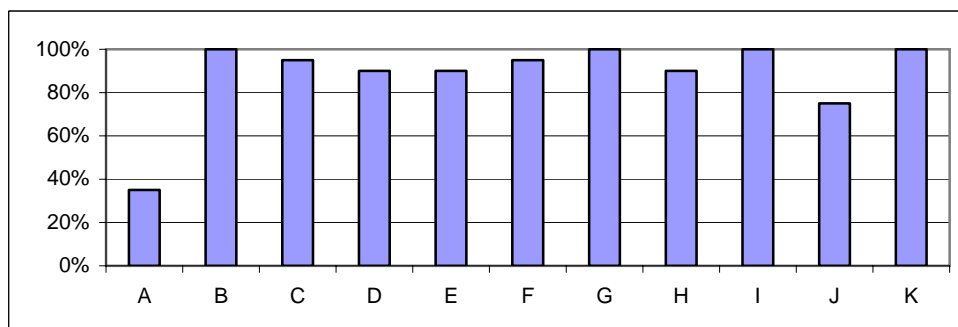
Kommentering:

Der syntes ikke at være særlige grupper, for hvilke dette spørgsmål ikke fungerede.

Spørgsmål C3: "Har patienten behov for øvrigt træningsprogram?" (svarprocent = 100 %)

Registrering:

Speciallægerne var ofte i stand til at besvare spørgsmålet ud fra journalmaterialet. Medianen er 90 % (range 25 – 100 %, figur C3.2) Det betød, at det som oftest var muligt for speciallægerne at besvare spørgsmålet ud fra de oplysninger, der findes i journalen. Medianen for dokumentation for et "ja" svar var 5 % af patienterne (range 0 – 95 %).



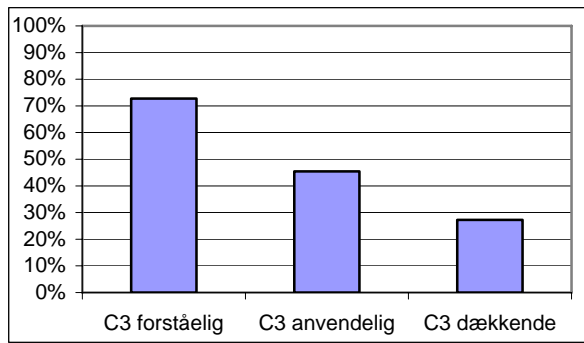
Figur C3.1

Evaluering:

Tre af de 11 speciallæger fandt spørgsmålet uforståeligt (se figur C3.1). Alle 11 kommenterede, at spørgsmålet var problematisk. To speciallæger mente, at det var vanskeligt at adskille dette spørgsmål fra det forrige om genoptræning, og at disse to spørgsmål bør slås sammen. En anden speciallæge foreslog, at spørgsmålet i stedet formuleres "Er der behov for andet træningsprogram end genoptræning?"

Seks af speciallægerne fandt ikke spørgsmålet anvendeligt, især fordi det ikke var brugbart i forhold til afdelingernes patientgrundlag. Endelig mente otte af speciallægerne ikke, at spørgsmålet var dækkende, hvilket skyldtes vanskeligheder med at forstå, hvad spørgsmålet dækkede over.

Det var især ordet "øvrigt", der ifølge speciallægerne ikke gav meget mening, og der blev udtrykt udbredt tvivl om, hvad et "øvrigt træningsprogram" egentlig var. Selv efter at have modtaget en forklaring/definition erklærede flere speciallæger, at de ikke forstod spørgsmålet, og det blev i vidt omfang fundet, at spørgsmålet ikke var anvendeligt i den kliniske hverdag.



Figur C3.2

Kommentering:

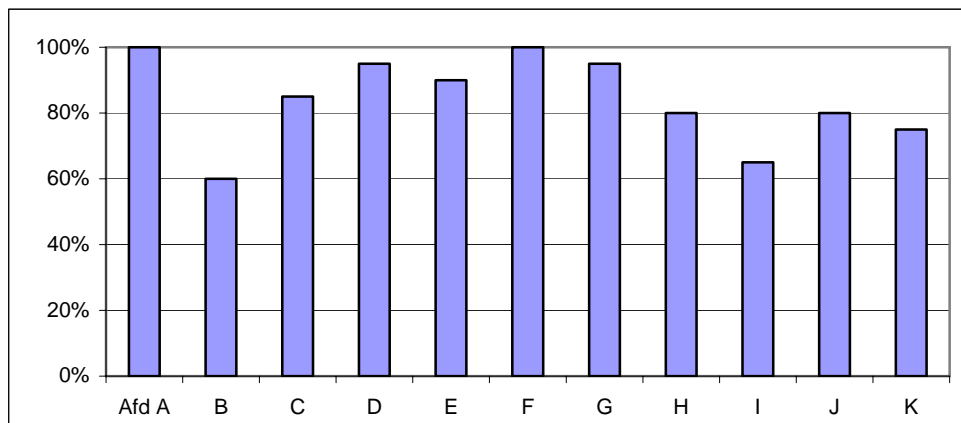
Der blev ikke kommenteret yderligere.

3.4 Rygning

Spørgsmål D1: "Ryger patienten dagligt?" (svarprocent = 100 %)

Registrering:

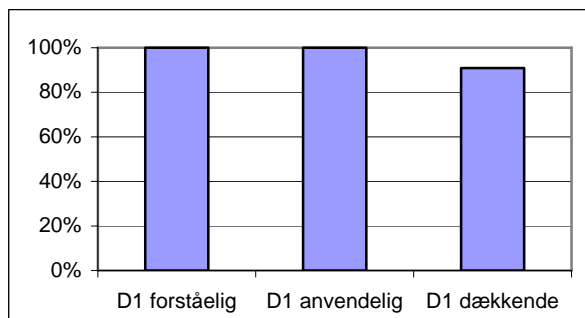
Afdelingerne anvendte i høj grad dette spørgsmål. Medianen er 85 % (range 60 – 100 %, figur D1.2). Det betyder, at det er en risikofaktor, der regelmæssigt spørges til og noteres i journalen. Medianen for dokumentation for et "ja" svar var 25 % af patienterne (range 15 – 40 %).



Figur D1.1

Evaluering:

Alle 11 speciallæger fandt spørgsmålet både forståeligt og anvendeligt, og kun én enkelt fandt det ikke dækkende, fordi vedkommende ønskede eksakte tal af forskningshensyn (se figur D1.1). Det skyldtes et ønske om at kunne skelne mellem flere kategorier af daglig rygning.



Figur D1.2

Kommentering:

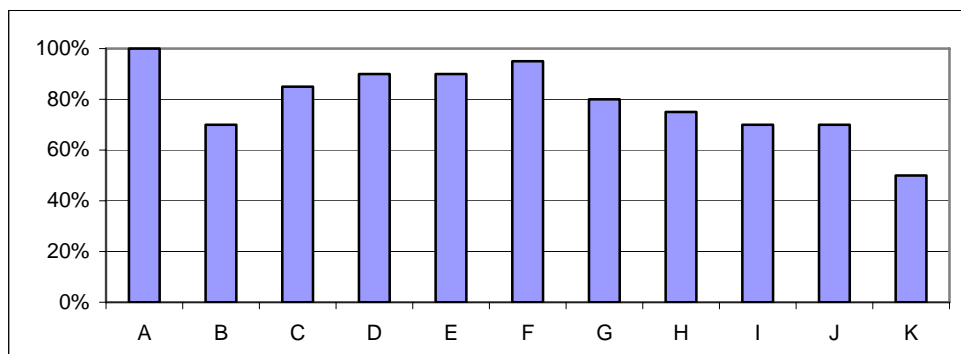
Der syntes ikke at være særlige grupper, for hvilke dette spørgsmål ikke fungerer.

3.5 Alkohol

Spørgsmål E1: "Drikker patienten over de anbefalede genstandsgrænser? (K = 14, M = 21)" (svarprocent = 100 %)

Registrering:

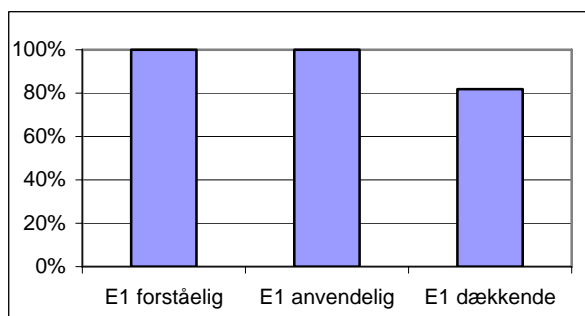
Afdelingerne anvendte i høj grad dette spørgsmål. Medianen er 80 % (range 50 – 100 %, figur E1.2). Det betyder, at det er en risikofaktor, der regelmæssigt spørges til og noteres i journalen. Medianen for dokumentation for et "ja"-svar var 10 % af patienterne (range 0 – 25 %).



Figur E1.1

Evaluering:

Alle 11 speciallæger fandt spørgsmålet både forståeligt og anvendeligt (se figur E1.1). To af speciallægerne fandt det ikke dækkende. Én ud fra tvivl omkring patienternes ærlighed i forhold til dette spørgsmål. En anden foreslog, at man frem for at vælge grænserne sat af Sundhedsstyrelsen valgte grænseværdier, der kan forebygge operationskomplikationer.



Figur E1.2

Kommentering:

Bortset fra gravide syntes der ikke at være særlige grupper, for hvilke dette spørgsmål ikke fungerer.

3.6 Tidsforbrug

På alle pilotafdelinger oplevedes en indlæringskurve, således at speciallægen efter de første pilotimplementeringer blev i stand til at gøre det hurtigere og hurtigere. Udfyldelsen af de sidste dataregistreringsskemaer tog blot ½ -1 minut per patient. Dette vidner om, at når spørgsmålene implementeres i den kliniske praksis, vil klinikerne efter kort tids øvelse være i stand til at få besvaret spørgsmålene meget hurtigt, når kun positive fund skal registreres, og lægen ikke nødvendigvis skal udfylde manuelle skemaer. Særligt i forbindelse med anvendelse af EPJ vil spørgsmålene tage kort tid.

3.7 Speciallægenes generelle kommentering til projekt PRIK

Speciallægerne var generelt meget positive omkring projektet, og flere påpegede, at det ville være muligt at inkorporere spørgsmålene i de allerede eksisterende registreringsskemaer, der aktuelt findes i afdelingen, således at de uden stort besvær kunne implementeres. Flere speciallæger påpegede desuden muligheden for at implementere spørgsmålene (undtagen spørgsmål A4) i de skemaer, der udsendes til patienter inden indlæggelse. Herved kan patienten selv besvare spørgsmålene direkte. Især i forhold til anvendelsen af EPJ fandt flere speciallæger spørgsmålene meget oplagte og lette at implementere.

4 Samlet konklusion på pilotimplementeringen

De fleste af spørgsmålene fandtes at være direkte brugbare i den kliniske hverdag ud fra eksisterende journalmateriale. Spørgsmålene fungerede efter hensigten, hvilket vil sige, at de var egnede til at identificere tilstedeværelse eller fravær af risikofaktorerne hos langt størstedelen af patientgrundlaget.

Spørgsmål A2 fandtes anvendeligt, hvis blot ordet "ufrivilligt" fjernes. Det var desuden hensigtsmæssigt at omformulere spørgsmål C1, så det terminologisk passer til de øvrige spørgsmål, hvor et positivt svar udløste en kode. Endelig var det ønskeligt med skriftlig uddybende information til spørgsmålene A4 og C1 for at støtte anvendeligheden i den kliniske hverdag.

Speciallægerne udtrykte i evalueringen, at spørgsmål C3 var problematisk, men i den forudgående praktiske kodeafprøvning besvarede de fleste alligevel spørgsmålet. Der viste sig dog at være en fuldstændig overensstemmelse mellem svarene på henholdsvis spørgsmål C2 og spørgsmål C3. Det synes således ikke at være det at besvare spørgsmålene, der var et problem, men snarere at skelne mellem dem. Spørgsmål C2 vedrørende genoptræning implementeres allerede senere i patientforløbet – omkring udskrivelsen (lovbefalet genoptræning).

Spørgsmål B2 om taljemål blev kun anvendt af én afdeling, som fandt det umiddelbart brugbart. De øvrige afdelinger fandt det fuldt forståeligt, men kun delvist anvendeligt og dækkende. Der er publiceret studier, der understøtter brugen af taljemål, se diskussion omkring dette i den samlede afrapportering af projekt PRIK, www.sst.dk/prik.

Oversigt over speciallægenes samlede vurdering

	Brugbar i den kliniske hverdag	Speciallægenes forslag til forbedringer	Gråzoneområder for tolkning
Underernæring			
A1) Er patientens BMI under 20,5?	Ja		Patienter med amputationer, gravide og ældre
A2) Har patienten haft ufrivilligt vægttab de sidste tre måneder?	Ja	Ordet "ufrivilligt" fjernes, således at både frivilligt og ufrivilligt vægttab indgår	Nej
A3) Har patienten haft nedsat kostindtag i den sidste uge?	Ja		Patienter, der har haft nedsat kostindtag i kortere tid
A4) Er patienten svært syg? (Dvs. stress-metabol)	Ja	Der tilføjes information om "stress-metabol".	Nej
Overvægt			
B1) Er patientens BMI over 25?	Ja		Patienter med ascites, gravide samt visse etniske minoriteter
B2) Er patientens taljemål over 80 cm (K) eller 94 cm (M)?	Nej		Patienter med abdomenpendens, ascites, gravide samt visse etniske minoriteter
Fysisk inaktivitet			
C1) Er patienten fysisk aktiv over ½ time om dagen? (Moderat intensitet hvor pulsen kommer op, fx gåture, cykling, træning)	Ja	Det anbefales, at spørgsmålet i stedet formuleres "mindre end ½ time om dagen".	Nej
C2) Har patienten behov for genoptræning?	(Ja) – Anvendes allerede senere i patientforløbet		Nej
C3) Har patienten behov for øvrigt træningsprogram?	Nej		Nej

Rygning			
D1) Ryger patienten dagligt?	Ja		Nej
Alkohol			
E1) Drikker patienten over de anbefalede genstandsgrænser? (K= 14, M= 21)	Ja		Gravide, alkoholrelaterede lidelser

Pilotimplementeringens resultater indgår som en del af projekt PRIK. De endelige anbefalinger og perspektivering af det samlede projekt PRIK fremgår af den samlede rapport:

”Projekt PRIK: Inddragelse af fysisk inaktivitet og uhensigtsmæssig kost samt tobak og alkohol som risikofaktorer i patientregistreringen”, (www.sst.dk/prik).

5 Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Notat over de fem høringsspørgsmål fra Sundhedsstyrelsen

Bilag 2: Dataregistreringsskema 1 og 2

Bilag 1: Notat over de fem høringsspørgsmål fra Sundhedsstyrelsen

Skema over de 5 høringsspørgsmål

Område	Klinisk indgangsspørgsmål	Klinisk vurdering	SKS-registrering	Ex på begrænsninger og overlap mellem områder
Underernæring	<ol style="list-style-type: none"> Hvad er patientens BMI? (vægt/højde²) Har pt. haft ufrivilligt vægttab de sidste 3 mdr.? Har pt. haft nedsat kostindtag i den sidste uge? Er pt. svært syg? (Dvs. stress-metabol) 	<ol style="list-style-type: none"> BMI < 20,5 kg/m² Ufrivilligt vægttab de sidste 3 mdr. Nedsat kostindtag i den sidste uge Pt. er svært syg 	"Risiko for underernæring" med behov for videre udredning (Hvis "ja" til blot et af punkterne i den kliniske vurdering)	<ul style="list-style-type: none"> Overvægtige pt. kan godt være i aktuel risiko for underernæring
Overvægt	<ol style="list-style-type: none"> Hvad er patientens BMI? (vægt/højde²) Hvad er patientens taljemål? 	<ol style="list-style-type: none"> BMI > 25 kg/m² Taljemål > 80 cm (K) Taljemål > 94 cm (M) 	"Risiko for overvægt" med behov for videre udredning (Hvis "ja" til blot et af punkterne i den kliniske vurdering)	<ul style="list-style-type: none"> Benamputerede Bodybuildere Gravide (særlige forhold mht. vægtøgning)
Fysisk aktivitet	<ol style="list-style-type: none"> Hvor fysisk aktiv er pt. til daglig? (Fx gåture, cykling, træning) Er der helbreds-mæssig indikation for specifik eller blot yderligere fysisk aktivitet? 	<ol style="list-style-type: none"> Fysisk aktiv < ½ time om dagen Behov for specifik eller yderligere fysisk aktivitet 	"Risiko for fysisk inaktivitet" med behov for videre udredning (Hvis "ja" til blot et af punkterne i den kliniske vurdering)	<ul style="list-style-type: none"> Terminale patienter
Tobak	<ol style="list-style-type: none"> Hvor meget ryger pt. om dagen? 	<ol style="list-style-type: none"> Ryger dagligt 	"Risiko for dagligt forbrug af tobak" med behov for videre udredning	
Alkohol	<ol style="list-style-type: none"> Hvor meget drikker pt. om ugen? 	<ol style="list-style-type: none"> Drikker over de anbefalede genstandsgrænser 	"Risiko for skadeligt alkoholforbrug" med behov for videre udredning	

Bilag 2: Dataregistrerings-skema 1 og 2

Pilottest af Sundhedsstyrelsens projekt ”Inddragelse af fysisk inaktivitet og uhen-sigtsmæssige kostvaner, samt tobak og alkohol, som risikofaktorer i patientregistre- ringen.”

Formålet med pilottesten er at afprøve, om de udviklede koder er forståelige, an- vendelige og dækkende til systematisk identifikation af risikofaktorerne fysisk in- aktivitet, rygning samt uhensigtsmæssig ernæring og alkoholindtag hos patienter.

Skemaerne indeholder:

- **SKEMA 1:** Venstre side af skemaet består af et klinisk indgangs-spørgsmål samt afkrydsningsfelter til disse og højre side består af bokse til uddybende kommentarer.

Der skal udfyldes et SKEMA 1 for hver journal

- **SKEMA 2:** Venstre side består af bokse til vurdering af hvor forståelige, anvendelige og dækkende de kliniske indgangsspørgsmål er i praksis. Høj- re side består af bokse til uddybende kommentarer. Skemaet afsluttes med linier til plads for yderligere kommentarer.

Der skal kun udfyldes et SKEMA 2 i alt



SKEMA 1: SKS-registrering

A: UNDERERNÆRING				
	Ja (Kode BQF-U)	Nej	Uoplyst	Kommentarer:
A1) Er patientens BMI under 20,5?				
A2) Har patienten haft ufrivilligt vægttab de sidste tre måneder?				
A3) Har patienten haft nedsat kostindtag i den sidste uge?				
A4) Er patienten svært syg? (Dvs. stress-metabol)				

B: OVERVÆGT				
	Ja (Kode BQF-O)	Nej	Uoplyst	Kommentarer:
B1) Er patientens BMI over 25?				
B2) Er patientens taljemål over 80 cm (K) eller 94 cm (M)?				



C: FYSISK INAKTIVITET				
	Ja (Kode BQF-F)	Nej	Uoplyst	Kommentarer:
C1) Er patienten fysisk aktiv over ½ time om dagen? (Moderat intensitet hvor pulsen kommer op, fx gåture, cykling, træning)				
C2) Har patienten behov for genoptræning?				
C3) Har patienten behov for øvrigt træningsprogram?				

D: DAGLIGT FORBRUG AF TOBAK				
	Ja (Kode BQF-T)	Nej	Uoplyst	Kommentarer:
D1) Ryger patienten dagligt?				

E: SKADELIGT ALKOHOLFORBRUG				
	Ja (Kode BQF-A)	Nej	Uoplyst	Kommentarer:
E1) Drikker patienten over de anbefalede genstandsgrænser? (K= 14, M= 21)				



SKEMA 2: SKS-registrering

Er koden:	Forståelig?	Anvendelig?	Dækkende?	Kommentarer:
A: RISIKO FOR UNDERERNÆRING				
A1) Er BMI under 20,5?	JA NEJ	JA NEJ	JA NEJ	
A2) Har patienten haft ufrivilligt vægttab de sidste tre måneder?	JA NEJ	JA NEJ	JA NEJ	
A3) Har patienten haft nedsat kostindtag i den sidste uge?	JA NEJ	JA NEJ	JA NEJ	
A4) Er patienten svært syg? (Dvs. stress-metabol)?	JA NEJ	JA NEJ	JA NEJ	
B: RISIKO FOR OVERVÆGT				
B1) Er patientens BMI over 25?	JA NEJ	JA NEJ	JA NEJ	
B2) Er patientens taljemål over 80 cm (K) eller 94 cm (M)?	JA NEJ	JA NEJ	JA NEJ	
C: FYSISK INAKTIVITET				
C1) Er patienten fysisk aktiv over ½ time om dagen? (Moderat intensitet hvor pulsen kommer op, fx gåture, cykling, træning)	JA NEJ	JA NEJ	JA NEJ	
C2) Har patienten behov for genoptræning?	JA NEJ	JA NEJ	JA NEJ	
C3) Har patienten behov for øvrigt træningsprogram?	JA NEJ	JA NEJ	JA NEJ	
D: DAGLIGT FORBRUG AF TOBAK				
D1) Ryger patienten dagligt?	JA NEJ	JA NEJ	JA NEJ	
E: SKADELIGT ALKOHOLFORBRUG				
E1) Drikker patienten over de anbefalede genstandsgrænser? (K=14, M=21)	JA NEJ	JA NEJ	JA NEJ	

AFSLUTTENDE KOMMENTARER:

Tak fordi du ville deltage

