



# SUNDHEDSSTYRELSENS FOLKESYGDOMSPROJEKT

2004

Sammenfatning

# Sundhedsstyrelsens Folkesygdomsprojekt

Sammenfatning, november 2004

**Sundhedsstyrelsens Folkesygdomsprojekt  
Sammenfatning**

Sundhedsstyrelsen  
Center for Forebyggelse  
Islands Brygge 67  
2300 København S

E-mail: [sst@sst.dk](mailto:sst@sst.dk)

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: Forebyggelse, folkesygdom

Sprog: Dansk

Version: 1.0

Versionsdato: 1. november 2004

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, november 2004

# Indholdsfortegnelse

|          |                                                                                                                                                                    |           |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>Indledning</b>                                                                                                                                                  | <b>2</b>  |
| 1.1      | Idékatalogets projekter                                                                                                                                            | 2         |
| 1.2      | Idéudvikling i forhold til folkesygdommene                                                                                                                         | 4         |
| <b>2</b> | <b>Projektbeskrivelser</b>                                                                                                                                         | <b>6</b>  |
| 2.1      | Projektbeskrivelse 1: Egenomsorg - dokumentation                                                                                                                   | 6         |
| 2.2      | Projektbeskrivelse 2: Forebyggelse i almen praksis – materiale og uddannelse                                                                                       | 7         |
| 2.3      | Projektbeskrivelse 3: Indførelse af systematisk tilbud om tidlig opsporing og rehabilitering af Kronisk Obstruktiv Lungelidelse (KOL) – retningslinjer og manualer | 8         |
| 2.4      | Projektbeskrivelse 4: Systematisk hjerterehabilitering - retningslinjer                                                                                            | 9         |
| 2.5      | Projektbeskrivelse 5: Indsats vedrørende faldforebyggelse og forebyggelse af knoglebrud blandt ældre - retningslinjer                                              | 10        |
| 2.6      | Projektbeskrivelse 6: Muskel- og skeletlidelser                                                                                                                    | 11        |
| 2.7      | Projektbeskrivelse 7: National strategi for tidlig opsporing og forebyggende behandling af overfølsomhedssygdomme                                                  | 13        |
| 2.8      | Projektbeskrivelse 8: Fysisk aktivitet i sygehusvæsenet - modelindsats på psykiatriske afdelinger                                                                  | 15        |
| 2.9      | Projektbeskrivelse 9: Inddragelse af fysisk inaktivitet og ernæring som risikofaktorer i patientregistrering                                                       | 16        |
| <b>3</b> | <b>Status på projekterne – oktober 2004</b>                                                                                                                        | <b>18</b> |
| <b>4</b> | <b>Patientforløbsbeskrivelse</b>                                                                                                                                   | <b>19</b> |
| 4.1      | Patientforløbsbeskrivelse for KOL (Kronisk Obstruktiv Lungesygdom)                                                                                                 | 19        |

# 1 Indledning

Som et led i regeringens nationale mål og strategier for folkesundheden *Sund hele livet* igangsatte Sundhedsstyrelsen i 2003 et folkesygdomsprojekt, der skal foreslå forebyggelsesindsatser, som forsøger at integrere forebyggelses- og behandlingsindsatserne i sundhedsvæsenet.

*Sund hele livet* sætter fokus på 8 grupper af folkesygdomme, nemlig type 2 diabetes, forebyggelige kræftsygdomme, hjerte-kar-sygdomme, knogleskørhed, muskel- og skeletlidelser, overfølsomhedssygdomme, psykiske lidelser og kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). Langt de fleste af disse sygdomme kan helt eller delvist undgås ved forebyggelse og begrænses i deres udvikling og konsekvenser, hvis de allerede er indtrådt.

Folkesygdomsprojektets overordnede mål er:

- at udvikle og styrke den systematiske forebyggelse af de 8 folkesygdomme
- at medvirke til at forebyggelse systematisk integreres i sundhedsvæsenets behandlingsindsats.

Folkesygdomsprojektets delmål er:

- at udarbejde et idékatalog med forslag til konkrete forebyggelsesindsatser i sundhedsvæsenets regi
- at udvikle Sundhedsstyrelsens arbejde med forebyggelse i sundhedsvæsenet gennem dialog med sundhedsfaglige interessenter og ressourcepersoner
- at synliggøre Sundhedsstyrelsen som en aktiv part på folkesygdomsområdet.

Denne sammenfatning er en forkortet version af Folkesygdomsprojektets Idékatalog. Den giver en introduktion til Idékatalogets 9 projekter. Samtidig er sammenfatningen tænkt som inspirationsmateriale til fagfolk, der arbejder med forebyggelse inden for sundhedsvæsenet.

## 1.1 Idékatalogets projekter

Idékataloget indeholder 9 delprojekter, som fokuserer på disse emner:

### 1. Egenomsorg – dokumentation

Der gennemføres 4 litteraturgennemgange med emnerne: begrebet egenomsorg, patientskoler, livsstilssamtaler i almen praksis og besøg i hjemmet. Hensigten er at få beskrevet det foreliggende vidensgrundlag for arbejdet med egenomsorg og metoder, der ofte bruges mhp. at fremme egenomsorg. Resultaterne formidles hhv. i rapporter og på et symposium for sundhedsprofessionelle. Der er knyttet en mindre ekspertgruppe til projektet bestående af forskere og praktikere på området.

### 2. Forebyggelse i almen praksis - materiale og uddannelse

Der udarbejdes inspirationsmateriale med gode eksempler, der giver idéer og konkrete råd til de praktiserende læger, der ønsker at arbejde mere systematisk med forebyggelsen. Materialet formidles på amtslige gå-hjem-møder, og der udarbejdes en strategi for synlighed i offentligheden. Endvidere udgives 8 patientrettede pjecer omkring de 8 folkesygdomme, og der arbejdes på at opkvalificere praksispersonalet mhp. forebyggelse. En arbejdsgruppe knyttes til projektet.

### 3. Indførelse af systematisk tilbud om tidlig opsporing og rehabilitering af KOL - retningslinjer og manualer

Der udarbejdes retningslinjer samt plan og modeller for implementering af tidlig opsporing, opfølgning og rehabilitering af KOL. Retningslinjer m.m. præsenteres på 3-5 regionale seminarer for sundhedsprofessionelle. Disse suppleres med udarbejdelse og formidling af differentierede manualer for KOL-opsporing, opfølgning og rehabilitering. Der knyttes en arbejdsgruppe til projektet.

### 4. Systematisk hjerterehabilitering - retningslinjer

Der er udarbejdet en vejledning til sygehuse, der behandler patienter med hjertesygdomme. Vejledningen blev offentliggjort på en konference for amter, kommuner, sygehuse og almen praksis i oktober 2004.

### 5. Indsats vedrørende faldforebyggelse og forebyggelse af knoglebrud blandt ældre - retningslinjer

Der udarbejdes nationale retningslinjer for faldforebyggelse på sygehuse for personer, der henvender sig i skadestuen efter fald eller indlægges herfor. Retningslinjerne vil indeholde anbefalinger om screening, udredning og relevante interventioner. Retningslinjerne vil blive præsenteret på en konference, der også har fokus på at skabe sammenhæng mellem indsats på sygehuse og opfølgning efter udskrivelse fra sygehuset.

### 6. Muskel- og skeletlidelser

Der udvikles og afprøves et undervisningsprogram, hvor patienter indtager rollen som ekspertpatienter, og underviser medpatienter i egenomsorg af sygdommen. Modellen afprøves i samarbejde med Ribe Amt, Københavns Amt samt Gigtforeningen, og den evalueres mhp. overførbareheden til de øvrige folkesygdomme.

### 7. National strategi for tidlig opsporing og forebyggende behandling af overfølsomhedssygdomme

Der udarbejdes nationale retningslinjer for tidlig opsporing, forebyggelse og rehabilitering af overfølsomhedssygdomme. Endvidere beskrives forskellige modeller for organisering af tidlig opsporing og forebyggelse af overfølsomhedssygdomme med vægt på hele patientforløbet og samarbejdet mellem primær- og sekundærsektor. Der udarbejdes undervisningsmateriale samt indikatorer for området.

### 8. Fysisk aktivitet i sygehusvæsenet - modelindsats på psykiatriske afdelinger

Der udvikles og afprøves redskaber og indikatorer for tilrettelæggelse af psykiatriske patienters fysiske aktivitet under og efter indlæggelse. Den afprøvede model evalueres mhp., at den skal bidrage til implementering af fysisk aktivitet i hele sygehusvæsenet.

### 9. Inddragelse af fysisk inaktivitet og ernæring som risikofaktorer i patientregistrering

Der udvikles nationale standarder for strukturerede patientoplysninger omkring risikofaktorerne, der inkluderer fysisk inaktivitet og ernæring. Der arbejdes på at få indarbejdet risikofaktorerne som et krav i patientregistreringer.

De første 5 projekter omfatter forebyggelse, tidlig opsporing og rehabilitering af de 4 folkesygdomme: hjerte-kar-sygdomme, type 2 diabetes, knogleskørhed og KOL samt tværgående indsats inden for sundhedsvæsenet, mens de sidste 4 projekter omfatter tidlig opsporing, patientuddannelse, håndtering af risikofaktorer samt mo-

delindsats i forhold til de 4 folkesygdomme: muskel- og skeletlidelser, psykiske lidelser, overfølsomhedssygdomme og forebyggelige kræftsygdomme.

Alle projekterne vedrører det arbejde, der udføres i såvel primær- som sekundærsektoren, og inddrager både primær, sekundær og tertiær forebyggelse. Indsatsfeltene er rettet mod de forskellige faser i det samlede sygdomsforløb: fra raske personer i risiko til personer, som er syge.

Sundhedsstyrelsens primære rolle i projekterne er at facilitere, igangsætte, koordinere samt levere dokumentation.

## 1.2 Idéudvikling i forhold til folkesygdommene

Arbejdet med Idékatalogets projekter er baseret på tre elementer:

1. Patientforløbsbeskrivelser
2. Dokumentation for udvalgte metoder
3. Sparring på projekter med interesserter

### 1) Patientforløbsbeskrivelser

Til en overordnet afgrænsning af forebyggelsespotentialerne i behandlingen af folkesygdomme er der udarbejdet forløbsbeskrivelser for hver af de 8 folkesygdomme. Modellen for forløbsbeskrivelserne er inspireret af patientforløbstilgangen, og er konstrueret med det formål at kunne strukturere arbejdet i folkesygdomsprojektet. Hvor patientforløbstilgangen primært drejer sig om sundhedsvæsenets indsats og dets koordinering, er perspektivet her udvidet, idet der arbejdes med udgangspunkt i det samlede sygdomsforløbs faser: fra raske i risiko til patienter, der er syge i forskellig grad. Der arbejdes således ud fra et folkesundhedsperspektiv snarere end et individuelt klinisk forløbsperspektiv.

### 2) Dokumentation

Til at understøtte valget af konkrete projekter er der udarbejdet beskrivelser og dokumentation for emnerne med fokus på interventionens karakter og metodens effekt.

### 3) Sparring på projekter

For at kunne udarbejde projekter, der kan bidrage til at opfylde målene i folkesygdomsprojektet, har projektgruppen været i dialog med en række sundhedsfaglige interessenter og ressourcepersoner, som har leveret betydningsfulde bidrag i form af bl.a. kontakter, viden og konkrete forslag til indsatser og aktiviteter. Dialogen har haft betydning for udviklingen af idéerne. Den har været med til at sikre, at de valgte idéer supplerer de forebyggelsesaktiviteter, der efterspørges, og der er behov for inden for sundhedsvæsenet.

Derudover er der i valget af de første 5 projekter (Egenomsorg, Forebyggelse i almen praksis, Indførelse af systematisk tilbud om tidlig opsporing af KOL, Systematisk hjerterehabilitering, Indsats vedrørende faldforebyggelse og forebyggelse af knoglebrud blandt ældre) lagt følgende kriterier til grund:

- Projekterne dækker 4 sygdomme. Type 2 diabetes er ikke indtænkt som et særskilt projekt, da der sideløbende med projektgruppens arbejde er udfærdiget en handlingsplan for diabetes, som Sundhedsstyrelsen har bidraget til

- Projektidéerne omfatter det arbejde, der bliver gennemført på tværs af primær- og sekundærsektoren og inddrager både primær, sekundær og tertiær forebyggelse. Projekterne dækker følgende dele af patientforløbet: raske i risiko og syge
- Ideerne bygger videre på centrale begreber, som drøftes bredt i sundhedsvæsenet, herunder shared care, case management, patientens egenomsorg, det hele patientforløb, m.m.
- Sundhedsstyrelsens primære rolle i projekterne er at levere dokumentation, være rådgivende og igangsættende.

De 4 sidste projekter (Muskel- og skeletlidelser, National strategi for tidlig opsporing og forebyggende behandling af overfølsomhed, Fysisk aktivitet i sygehusvæsenet, Inddragelse af fysisk inaktivitet og ernæring som risikofaktorer i patientregistrering) omhandler sygdomsgrupper, der er meget komplekse og består af en række sygdomme. Derfor har arbejdsgruppen valgt at afgrænse arbejdet ud fra følgende kriterier:

- Kendte påvirkelige risikofaktorer
- Udbredelse/omfang
- Alvorlighed i forhold til helbred/livskvalitet
- Samfundsøkonomisk belastning
- Sundhedsvæsenets aktører
- Eksisterende/potentielle samarbejdspartnere mhp. idéudvikling og senere implementering.

Endvidere er der mht. valget af disse 4 projekter lagt følgende kriterier til grund:

- Inddragelse af nyeste viden omkring metoder så Sundhedsstyrelsen kan være på forkant med udviklingen
- Muligheder for implementering i eksisterende organisatoriske rammer
- Inddragelse af nye målgrupper (patientkategorier), der ikke tidligere har været i fokus fx psykiatriske patienter
- Opfølgning på tidligere projekter, rapporter mv. i regi af Sundhedsstyrelsen fx i forhold til overfølsomhedssygdomme
- Udvikling af metoder som kan overføres til de øvrige folkesygdomme fx patient-patientundervisning
- Sundhedsstyrelsens primære rolle i projekterne er at facilitere, igangsætte, koordinere samt levere dokumentation.

Mht. de forebyggelige kræftsygdomme har problemstillingen været præsenteret for Sundhedsstyrelsens Kræftstyregruppe. Der blev peget på en række initiativer i relation til risikofaktorerne tobak, fysisk inaktivitet og kost, herunder særligt initiativer inden for primær forebyggelse. De omtalte risikofaktorer er relevante i relation til flere folkesygdomme og indgår i de tværgående projektforslag.



## 2 Projektbeskrivelser

Nedenfor følger uddrag af Folkesygdomsprojektets 9 projektbeskrivelser.

### 2.1 Projektbeskrivelse 1: Egenomsorg - dokumentation

#### 2.1.1 Baggrund

I perioder vil patienter, som er ramt af én af de 8 folkesygdomme, være i direkte kontakt med det behandlende sundhedsvæsen. I andre perioder er patienterne ikke i direkte behandling. Men sygdommene præger patienternes liv både når de er i direkte kontakt med sundhedsvæsenet, og når de ikke er. Derfor er betydningen af patienternes egen indsats særligt tydelig i forbindelse med disse sygdomme.

Patienternes egen indsats i forhold til sygdommene handler bl.a. om deres livsstilsadfærd (kost, fysisk aktivitet, rygevaner osv.), deres aktive deltagelse i behandlingen og deres generelle omsorg for sig selv.

Disse ting, som patienten selv gør i forhold til sin sygdom, benævnes ofte *egenomsorg*. Egenomsorg fremhæves hyppigt som et vigtigt element i at forebygge sygdomsprogression og komplikationer i forbindelse med folkesygdommene.

I praksis kan der anvendes en række forskellige metoder til at fremme, øge eller kvalificere egenomsorg, fx patientundervisning, selvhjælpsmateriale, motiverende samtaler og rådgivning. Metoderne kan bruges i forskellige organisatoriske regier, fx i hjemmet, i almen praksis, i patientskoler, på sygehuse og i den kommunale hjemmepleje.

I dette projekt arbejdes der systematisk på tværs af folkesygdomme og på tværs af organisatoriske regier med egenomsorg som begreb og med metoder til at arbejde med egenomsorg.

#### 2.1.2 Formål

Formålet med projektet er at medvirke til, at der kan arbejdes systematisk og vidensbaseret med egenomsorg i forebyggelsessammenhæng.

#### 2.1.3 Delmål

Det er projektets delmål i samspil med Sundhedsstyrelsens øvrige projekter vedrørende folkesygdomme at:

- præcisere egenomsorg som begreb og fænomen
- formidle viden om egenomsorg til relevante faggrupper og faglige miljøer

#### 2.1.4 Leverancer

1. En litteraturbaseret gennemgang af egenomsorgsbegrebet
2. Tre litteraturbaserede gennemgange af metoder, som kan bidrage til egenomsorg (patientskoler, livsstilssamtaler i almen praksis og besøg i hjemmet)
3. Symposium 9. december 2004 med kvalificerede indlæg, som berører forskning, metoder og praksis på området

4. Antologi baseret på den generelle begrebsgennemgang, de tre metodegennemgange og det øvrige konferencemateriale samt tre opslag i Metodekataloget på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [www.sst.dk](http://www.sst.dk)

## 2.2 Projektbeskrivelse 2: Forebyggelse i almen praksis – materiale og uddannelse

### 2.2.1 Baggrund

Et af de centrale elementer i forebyggelsen af folkesygdommene er, at almen praksis er opmærksom på tidlig opsporing og de relevante forebyggelsespotentialer i det daglige arbejde.

De Praktiserende Lægers Organisation (PLO) indgik i efteråret 2002 en aftale med Sygesikringen om ændring af landsoverenskomsten, der trådte i kraft i april 2003. Aftalen indeholder bl.a. nyskabelser vedrørende anvendelsen af praksispersonale. Hos mange alment praktiserende læger er der i dag ansat forskellige former for praksispersonale. Det drejer sig hyppigst om kontoruddannede og sygeplejersker, men også andre faggrupper kan være repræsenterede. Ifølge aftalen kan praksispersonalet udføre konsultationsopgaver ud fra delegeret ansvar (mundtlig og skriftlig instruktion).

En forstærket indsats overfor de 8 folkesygdomme skal sætte fokus på tidlig opsporing og udredning, herunder livsstilsvejledning og anden form for patientrådgivning/-undervisning og kontrol sideløbende med en evt. farmakologisk behandling. Disse opgaver udføres af den praktiserende læge, men en del af opgaverne uddelegeres til praksispersonalet i større eller mindre omfang. Opgaverne kan fx være vægtkontrol, kostvejledning, vejledning i rygeafvænning, faldforebyggelse eller fysisk aktivitet samt motiverende samtaler i relation til astma og type 2 diabetes.

Redskaberne til forebyggelse af folkesygdommene og tidlig opsporing er veludviklede og velkendte, men der er i dag stor forskel på, hvordan almen praksis arbejder med tidlig opsporing og forebyggelse.

I almen praksis kan der med fordel sættes yderligere fokus på livsstilsvejledning og anden form for patientrådgivning/-undervisning og kontrol sideløbende med den farmakologiske behandling. Desuden skal implementeringen af forebyggelsen i de daglige arbejdsgange understøttes med en række gode eksempler.

### 2.2.2 Formål

Formålet med projektet er at praktiserende læger og praksispersonale arbejder systematisk med forebyggelse af folkesygdommene.

### 2.2.3 Projekt mål (leverancer)

- At levere en rapport, der indeholder en behovsanalyse af, hvilke funktioner praksispersonalet og de praktiserende læger varetager på forebyggelsesområdet i relation til udvalgte folkesygdomme
- At levere en rapport med sammenstilling af den nyeste forskningsmæssige viden om den forebyggende livsstilssamtale i almen praksis
- At udarbejde og formidle trykt inspirationsmateriale, der indeholder gode eksempler på arbejdet med forebyggelse i almen praksis

- At udarbejde et koncept for samt gennemføre 3-6 amtslige gå-hjem-møder vedr. forebyggelse i almen praksis i samarbejde med de amtslige kvalitetsudviklingsudvalg og de amtslige efteruddannelsesgrupper for praksispersonale med udgangspunkt i inspirationsmaterialet
- At levere patientrettede materialer omkring de 8 folkesygdomme
- At udarbejde et koncept for opkvalificering af praksispersonalet.

## 2.3 Projektbeskrivelse 3: Indførelse af systematisk tilbud om tidlig opsporing og rehabilitering af Kronisk Obstruktiv Lungelidelse (KOL) – retningslinjer og manualer

### 2.3.1 Baggrund

Ca. 200.000 mennesker i Danmark lider i dag af KOL. Sygdommen skyldes en kronisk betændelsestilstand i luftveje og lungevæv, som medfører tiltagende luftvejsobstruktion og med gradvis reduktion af lungefunktionen. Symptomerne viser sig som åndenød, hoste og opspyt. Sygdommen defineres alene ud fra graden af lungefunktionsnedsættelse<sup>1</sup> og diagnosen KOL kræver derfor en måling af lungefunktionen (spirometri).

KOL er i 85-90 % af tilfældene forårsaget af tobaksrygning, og 15-25 % af rygere udvikler sygdommen, der også i folkemunde kaldes rygerlunger. En mindre del forårsages af medfødte lungesygdomme og erhvervsmæssig udsættelse for luftvejssirritanter (kulstøv, cementstøv, kornstøv mv.) eller en kombination heraf.

Sygdommen udvikler sig snigende, og patienter med KOL har ofte først lægekontakt for sygdommen, når den er fremskreden. KOL-patienter står for ca. 20 % af de akutte indlæggelser på medicinske afdelinger (ud af 220.000 indlæggelser om året). De har desuden hyppigt mange sengedage i forbindelse med indlæggelsen, og mange genindlægges kort efter udskrivelsen – med en genindlæggelseshyppighed på ca. 24 % inden for 30 dage. Dødeligheden for KOL er generelt stigende, specielt for danske kvinder, som har verdens højeste KOL-dødelighed. Også antallet af hospitalsindlæggelser udviser stigning. Det skyldes formentlig en høj rygeprævalens blandt de danske kvinder og kvindernes generelt øgede følsomhed for tobaksrygning.

Selvom der efterhånden er mulighed for lungefunktionsundersøgelser i mange lægepraksis, sker dette ikke systematisk hos personer i risiko for udvikling af KOL, ligesom KOL-rehabilitering ikke pt. er et systematisk tilbud fra danske sygehuse, hvor der mangler ensartede retningslinjer for indhold af et sådan rehabiliteringstilbud samt beskrivelser af muligheder (modeller) for organisering heraf. Nuværende tilbud om rehabilitering er få og sporadiske.

Der er derfor et stort forebyggelsespotentiale i en tidlig opsporing af sygdommen i forbindelse med besøg i almen praksis, og i et landsdækkende rehabiliteringstilbud.

Projektet tager udgangspunkt i Netværk af Forebyggende Sygehuses rapport om rehabilitering af KOL<sup>2</sup> samt KOL-konferencen, der blev afviklet i et samarbejde

<sup>1</sup> KOL er til stede, når det volumen luft der kan udåndes i det 1. sekund (forceret ekspiratorisk volumen i 1.sek. = FEV1) er mindre end 70% af hele det volumen, der kan udåndes (det forcerede ekspiratoriske volumen = FVC).

<sup>2</sup> Rehabilitering af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom. Fakta, definition og anbefalinger. Netværk af Forebyggende Sygehuse, 2004.

mellem Danmarks Lungeforening, Dansk Lungemedicinsk Selskab og Indenrigs- og Sundhedsministeriet i september 2003.

#### 2.3.2 Formål

At styrke den forebyggende og rehabiliterende indsats rettet mod KOL.

#### 2.3.3 Delmål

- At praktiserende læger foretager tidlig opsporing af KOL hos risikoindivider
- At tilbud om systematisk KOL-rehabilitering indgår som en fast del af behandlingsregimet for KOL-patienter i Danmark.

#### 2.3.4 Projekt mål

- At nationale retningslinjer for KOL forebyggelse og rehabilitering er udarbejdet og formidlet til sundhedsfaglige ledere, administratorer og beslutningstagere samt det kliniske niveau
- At almen praksis arbejdsgange med tidlig opsporing og rehabilitering af KOL herunder brug af henvisningsmuligheder til lokale rygestoptilbud og eventuelle øvrige rehabiliteringstilbud er beskrevet
- At forskellige modeller for organisering af lungerehabilitering med vægt på hele patientforløbet og samarbejdet mellem primær- og sekundærsektor er beskrevet og formidlet
- At der er udarbejdet differentierede manualer for KOL-opsporing og rehabilitering, og at de er formidlet til sundhedsprofessionelle, der arbejder med KOL.

## 2.4 Projektbeskrivelse 4: Systematisk hjerterehabilitering - retningslinjer

### 2.4.1 Baggrund

Der foreligger nu videnskabelig dokumentation for en positiv effekt af en rehabiliteringsindsats over for patienter med hjertesygdomme efter kirurgisk og/eller medicinsk behandling for så vidt angår hjertedød, antallet af kardiale hændelser, livskvalitet og psykosocial funktion samt på en række modificerbare risikofaktorer.

Der er årligt omkring 10.000 danskere, der får blodprop i hjertet, og ca. 200.000 lever med hjertesygdom pga. åreforkalkning. I 2000 foretog Netværk af Forebyggende Sygehuse en undersøgelse af i hvilket omfang, der tilbydes hjerterehabilitering på danske sygehuse. På de 53 sygehuse, der besvarede spørgeskemaet, fik 57% af patienterne tilbudt alle elementer i rehabiliteringen i fase I<sup>3</sup>. I fase II og III fik henholdsvis 47% og 3% af patienterne tilbudt en rehabilitering, der omfattede alle elementer. En del af de resterende patienter fik tilbudt enkelte delelementer af rehabiliteringen.

I regi af Netværk af Forebyggende Sygehuse i Danmark har en tværfaglig arbejdsgruppe med deltagelse af repræsentanter fra Netværkssygehuse, Dansk Cardiologisk Selskab og Hjertereforeningen udarbejdet rapporten "Hjerterehabilitering på

---

<sup>3</sup> European Society of Cardiology har inddelt hjerterehabiliteringen i 3 faser. I: Den akutte behandling indtil udskrivelsen (som regel højst 5 dage), II: Perioden fra udskrivelsen indtil patienten er i stand til at klare sig selv – den tidlige intensive hjerterehabiliteringsfase (som regel 8-12 uger) og III: Den sene opfølgings- og vedligeholdelsesfase (ingen defineret tidsramme).

danske sygehuse". Publikationen er et oplæg til indførelse af et systematisk rehabiliteringstilbud på danske sygehuse.

Der er international dokumentation for, at hjerterehabilitering er en cost-effektiv indsats, idet behovet for genindlæggelser i forløbet af hjertesygdom nedsættes. Rehabiliteringsomkostningerne er på Bispebjerg Hospital beregnet til ca. 6000 kr. pr. patient, og dette skal sammenholdes med, at genindlæggelsesbehovet reduceres med ca. 30 %.

Sundhedsstyrelsens Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering har fra 1999-2000 støttet dataindsamlingen i et stor hjerterehabiliteringsprojekt i regi af Bispebjerg Hospital. Statens Institut for Folkesundhed gennemfører netop nu en MTV af integreret hjerterehabilitering i hospitalsregi i Danmark på baggrund af disse data med støtte fra MTV-puljen. Via MTV-puljen, støttes desuden et projekt om hjerterehabilitering i Københavns Amt, hvor 3 rehabiliteringsstrategier sammenlignes.

Det er derfor oplagt, at Sundhedsstyrelsen følger op på det foreliggende arbejde og derigennem medvirker til, at samtlige hjertebehandlede patienter i Danmark tilbydes et integreret rehabiliteringsforløb på et dokumenteret grundlag og et højt fagligt niveau. De erfaringer, der indhøstes, vil kunne overføres til rehabiliteringsindsatsen ved en række andre kroniske tilstande, idet mange af de elementer, der indgår i et hjerterehabiliteringsprogram og de organisatoriske rammer er identiske.

#### 2.4.2 Formål

Formålet med projektet er, at alle hjertepatienter i Danmark tilbydes et samlet, systematisk tilbud om hjerterehabilitering.

#### 2.4.3 Projekt mål

Projektets mål er at

- sikre, at retningslinjer og anbefalinger for hjerterehabilitering er udarbejdet og formidlet til politikere, embedsmænd, ledende sundhedsprofessionelle og det kliniske niveau
- medvirke til afholdelse af en konference om hjerterehabilitering
- betydningen af hjerterehabilitering understreges ved seminarer, som skal understøtte implementeringen af rehabilitering ved kroniske sygdomme.

### 2.5 Projektbeskrivelse 5: Indsats vedrørende faldforebyggelse og forebyggelse af knoglebrud blandt ældre - retningslinjer

#### 2.5.1 Baggrund

I *Sund hele livet* angives, at der bør ske en "sammenhæng i forebyggelse af hjemme- og fritidsulykker, herunder udbygning af indsatsen overfor ældres faldulykker".

Næsten alle ældre mennesker lider af knogleskørhed i en grad, at fald kan medføre brud. Hos ældre mennesker kan forekomsten af knoglebrud sandsynligvis reduceres ved at nedsætte risikoen for fald. En række faktorer er forbundet med øget risi-

ko for osteoporotiske brud<sup>4</sup>. Det er fx lav vægt, tidlige lavenergi knoglebrud, fysisk inaktivitet, utilstrækkelig ernæring, rygning og stort alkoholforbrug. Disse risikofaktorer er alle påvirkelige.

Faldulykker er den hyppigste ulykkestype blandt ældre, idet 1/3 af ældre over 65 år falder en til flere gange årligt. Det er dog ikke alle, der kommer på sygehuset. Følgerne af fald: død, hospitalsindlæggelse og varig nedsættelse af førligheden øges eksponentielt med alderen.

Siden 1990 er antallet af skadestuekontakter pga. fald blandt ældre over 65 år øget<sup>5</sup>: 65-90% af aldersgruppens skadestuekontakter er faldrelaterede. I 37 – 63% af de faldrelaterede skadestuekontakter har faldet medført hoftebrud. Risikoen for, at fald medfører knoglebrud stiger med alderen. Mht. sengedage beslaglægger aldersgruppen 55% af sengedagsforbruget som følge af ulykker. 39% af de ældre, der kommer på skadestuen efter fald, indlægges og 61% sendes hjem. Halvdelen af disse sendes hjem uden opfølgning.

Der er øget risiko for nyt fald efter faldrelateret skadestuekontakt, men der foregår ikke en systematisk faldforebyggelse på alle sygehuse. Der ses derfor et stort forebyggelsespotentiale i udarbejdelse af retningslinjer og anbefalinger for faldforebyggelse.

Dette projektet begrænser sig til indsats i relation til sygehuse. I primærsektoren og i kommunalt regi er der bevågenhed omkring området. Dansk Selskab for Almen Medicin har i 2002 udgivet en klinisk vejledning<sup>6</sup>.

#### 2.5.2 Formål

Formålet med projektet er at fremme systematisk tilbud om faldforebyggelse på sygehuse for personer, der henvender sig i skadestuen efter fald eller indlægges herfor.

#### 2.5.3 Projekt mål

Projektets mål er

- at der er udviklet retningslinjer og anbefalinger for systematisk faldudredning og faldforebyggelse på sygehuse
- at retningslinjer og anbefalinger er formidlet til ledende sundhedsprofessionelle og det kliniske niveau på sygehusene.

## 2.6 Projektbeskrivelse 6: Muskel- og skeletlidelser

### 2.6.1 Baggrund

I *Sund hele livet* angives det som sundhedspolitiske mål, at antallet af nye tilfælde af muskel- og skeletlidelser skal nedbringes, og at udstødelse af arbejdsmarkedet pga. muskel- og skeletlidelser skal nedbringes.

Muskel- og skeletlidelser er en af de hyppigste årsager til sygefravær og den næsthyppest årsag til helbredsbedinget førtidspension. I sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000 (Statens Institut for Folkesundhed) fandtes det, at ca. en fjerdedel

<sup>4</sup> Osteoporose-forebyggelse, diagnostik og behandling, Sundhedsstyrelsen og Fødevaredirektoratet 2000.

<sup>5</sup> Ulykkesregistret

<sup>6</sup> Dansk Selskab for Almen Medicin: Klinisk vejledning. Osteoporose i almen praksis. 2002.

af befolkningen hyppigt lider af smerter i skulder- nakke, ryg og lænd eller arme, knæ, hofter og hænder.

Muskel- og skeletlidelser omfatter et bredt spektrum fra smertetilstande i muskler og led til tilstande med en veldefineret baggrund som diskusprolaps, leddegigt og slidgigt. Osteoporose betragtes som en folkesygdom, hvor en særlig indsats skal beskrives.

Der er i gennem årene iværksat en række forebyggende tiltag af arbejdsmarkedets parter, og der er ydet en målrettet indsats for styrkelse af den fysiske aktivitet. Der er en tiltagende erkendelse af, at den enkelte borgers evne til at håndtere symptomerne og varetage sin hverdag og erhverv på trods af muskel- og skeletlidelser er af afgørende betydning, og at sundhedsvæsenet i partnerskab med patienten gennem undervisning og information kan understøtte og udvikle evnen hertil.

Der er her i landet gjort erfaringer med bl.a. rygskoler, og der er internationalt indhøstet dokumentation for, at den enkeltes evne til egenomsorg kan styrkes gennem uddannelse om hvordan sygdommen håndteres. I patientskoler foregår undervisningen oftest i grupper af patienter med en specifik sygdom eller grupper af sygdomme, og underviserne er sundhedsprofessionelle.

I erkendelse af, at patienter med kroniske sygdomme opnår en personlig erfaring med, hvorledes sygdommen, dens symptomer og behandling påvirker hverdagen, og af at en deling af erfaringer mellem patienter med samme lidelse kan være af værdi, har bl.a. patientforeninger understøttet oprettelsen af selvhjælpsgrupper.

Strukturerede uddannelsesprogrammer i egenkontrol, som ledes og gennemføres af patienter, har vist sig at være af værdi. En randomiseret og kontrolleret undersøgelse af effekten af et sådant uddannelsesprogram for patienter med arthritis viste, at det førte til bedre egenkontrol, mere fysisk aktivitet og mindre behov for kontakt med sundhedsvæsenet<sup>7</sup>.

Programmer, der primært retter sig til patienter med gigtlidelser, er udviklet og dokumenteret på Stanford Patient Education Research Center, Stanford University i Californien<sup>8</sup>. Undervisningen er struktureret og ledes af frivillige patienter, som har fået en særlig uddannelse, og som støttes af uddannelsesmanualer og undervisningsmateriale.

Konceptet anvendes nu i mange lande, blandt andet Norge. Det blev i 2001 introduceret i England, hvor det er udviklet i partnerskab mellem sundhedsvæsen, patientorganisationer og patienter under betegnelsen "The Expert Patient"<sup>9</sup>.

Det er erfaringen, at der opnås et stort patientengagement, men at der blandt både læger og sygeplejersker er skepsis overfor konceptet, idet de forventer, at velinformerede patienter vil være mere tids- og informationskrævende<sup>10</sup>. Heroverfor står erfaringer fra USA, der viser at bedre viden om sygdommen, og hvordan den bedst håndteres fører til et nedsat behov for kontakter med sundhedsvæsenet. På baggrund af den dokumenterede effekt, findes det derfor hensigtsmæssigt at søge at få

<sup>7</sup> Lorig KR, Ritter P, Stewart AL, Sobel DS, Brown BW, Bandura A et al.: Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilisation outcomes. Med Care 2001; 39: 1217-23.

<sup>8</sup> <http://patienteducation.stanford.edu/programs/cdsmp/html> (opslag 20.4.2004)

<sup>9</sup> Department of Health: The expert patient: a new approach to chronic disease management in the 21<sup>st</sup> century. London: Stationery Office, 2001.

<sup>10</sup> Shaw J, Baker M: "Expert patient" – dream or nightmare? (editorial) BMJ 2004; 328: 723-24.

konceptet indført for patienter med muskel-skeletlidelser og, afhængig af de derved indhøstede erfaringer, udbrede det til patienter med andre kroniske sygdomme.

#### 2.6.2 Formål

- At afprøve nye undervisningsprogrammer, hvor patienter med kronisk sygdom indtræder i rollen som underviser for medpatienter, der kan anvendes ved andre kroniske sygdomme
- At styrke patienter med muskel- og skeletsygdomme til bedre egenomsorg, som giver dem mulighed for i videst muligt omfang at opretholde daglige aktiviteter, og for visse grupper at bevare erhvervsevnen så udstødelse af arbejdsmarkedet undgås.

#### 2.6.3 Projekt mål

- Programmer og manualer for undervisningen er udarbejdet
- Et programforløb er gennemført i samarbejde med relevante partnere og er efterfølgende evalueret mht. effekt og omkostninger.

### 2.7 Projektbeskrivelse 7: National strategi for tidlig opsporing og forebyggende behandling af overfølsomhedssygdomme

#### 2.7.1 Baggrund

Overfølsomhedssygdomme er sygdomme præget af symptomer på overfølsomhed<sup>11</sup>, der enten er af allergisk eller ikke-allergisk karakter. Symptomerne kommer efter udsættelse for en lang række forskellige miljøfaktorer og afspejler hvor i/på kroppen overfølsomhedsreaktionen foregår: i luftvejsslimhinden ved luftvejslidelserne **astma og rhinitis (høfeber og helårssnue)**, i mave-tarm-kanalen ved **fødevareoverfølsomhed** og på huden ved **børneeksem (atopisk dermatitis)**, **nældefeber** og **kontakteksem**. Når immunologiske mekanismer er involveret tilhører sygdommene enten **de medicinsk-allergiske lidelser** herunder **de IgE-allergiske sygdomme** som fx allergisk astma, høfeber og allergisk helårssnue og fødevareallergi eller de cellemedierede (celleudløste) allergiske sygdomme - **det allergiske kontakteksem og cøliaki m. fl.** I mange befolkningsundersøgelser er opdelingen i allergiske og ikke-allergisk mekanismer ikke mulig, og det er den samlede forekomst af de enkelte overfølsomhedssygdomme, der rapporteres.

Forekomsten af overfølsomhedslidelser er rapporteret stigende overalt i den vestlige del af verden – fra omkring 1% i 1950-erne op til mere end 20% i dag – dog både med store nationale og regionale variationer. En del af stigningen formodes også at skyldes det øgede fokus på sygdommene samt en ændret diagnostisk praksis. På nationalt plan i Danmark findes kun selvrapporterede data om sygdommene (Statens Institut for Folkesundhed). I 2000 rapporterede således mere end hver fjerde **voksne** dansker at have haft en eller flere overfølsomhedssygdomme (her medregnet både allergisk og ikke-allergisk overfølsomhed) i løbet af året. Hver femte voksne dansker har haft enten astma og/ eller høfeber eller anden allergisk snue, hvilket er en fordobling siden 1987. Hos børn optræder astma hos ca. 5-7 %, enten som astmatisk bronkitis eller astma. Astma er hermed den hyppigste kroniske sygdom hos danske børn. Flest drenge får sygdommen i barnealderen, men fra den tidlige pubertet overtager pigerne og siden kvinderne førstepladsen. Blandt **børn** ud-

<sup>11</sup> Ved overfølsomhed eller hypersensitivitet forstås en øget tilbøjelighed til at reagere på en række forskellige ikke nødvendigtvis skadelige miljøpåvirkninger, der hos et flertal af befolkningen ikke medfører symptomer.



vikler omkring hver femte barn i dag børneeksem (atopisk dermatit); næsten 4 gange så mange som i 1960-erne. Ligeså mange voksne - ca. 20 % - har kontaktallergi overfor et eller flere kemiske stoffer og vil være i risiko for at udvikle kontakteksem, som er den hyppigst anerkendte erhvervssygdom i Danmark. Overfølsomhedssygdomme kan også være medicintunge sygdomme. Udgifterne til astmamedicin blandt voksne beløb sig således i 2000 til knap 755 mio. kr.

Personer med overfølsomhedssygdomme udviser meget varierende grader af også kroniske funktionsnedsættelser med mere eller mindre hyppig brug af sundhedsydelser fra den praktiserende læge og resten af sundhedsvæsenet. Det er karakteristisk for sygdomsgruppen, at de for en stor dels vedkommende kan diagnosticeres og behandles i primærsektoren, og at der i dag eksisterer så gode behandlingsmuligheder, at kun et mindre antal patienter har behov for hospitalsindlæggelser<sup>12</sup>. Det indebærer, at man ikke gennem Sundhedsstyrelsens registre kan sige noget om omfanget af de enkelte sygdomme, da der som bekendt endnu ikke forekommer systematisk sygdomsregistrering i primærsektoren. Derudover er det karakteristisk, at den evt. supplerende udredning der - afhængig af sygdomspræsentation - kan være behov for, ofte vil foregå inden for forskellige specialer (pædiatri, lungemedicin, dermatologi, arbejds- og miljømedicin, øre-næse-hals sygdomme m.fl.)

Der er dokumentation for, at tidlig opsporing med en systematisk allergologisk udredning af sygdommene, iværksættelse af forebyggende medicinsk behandling samt miljøsanering har effekt – i nogen grad på sygdomsudviklingen, men i særdeleshed på den aktuelle funktionstilstand og livskvalitet i øvrigt. Der ligger hermed en potentiel besparelse af de direkte og indirekte samfundsudgifter.

#### 2.7.2 Formål

- At styrke og sikre tidlig opsporing, forebyggende behandling og rehabilitering af overfølsomhedssygdomme i sundhedsvæsenet med fokus på almen praksis og det tværsektorielle forløb.

#### 2.7.3 Delmål

- At beskrive og opstille kvalitetsmål for indholdet og organiseringen af det kliniske basis- og ekspertniveau for overfølsomhedsområdet
- At få større viden om forebyggelsespotentialer på overfølsomhedsområdet især i primærsektoren herunder beskrive et formaliseret undervisnings tilbud til almen praksis.

#### 2.7.4 Projekt mål

Når projektet er gennemført vil der foreligge følgende:

- Kliniske retningslinier for forebyggelse og behandling af overfølsomhedssygdomme fra relevante videnskabelige selskaber<sup>13</sup>
- En kortlægning af aktiviteten inkl. beskrivelse af forebyggelsespotentialer omkring de hyppigste overfølsomhedssygdomme i almen praksis (astma, høfeber og eksem) - både i relation til omfang, diagnostik, forebyggelse og behandling, opfølgning samt tværsektorielle samarbejdsformer

<sup>12</sup> Her er ikke medregnet de relativt mange spædbørn, der indlægges for astmatisk bronkitis, en astmalignende tilstand normalt udløst af en virusinfektion og forværret af udsættelse for tobaksrøg. Ca. 1/3 af de børn, der har tilbagevendende astmatisk bronkitis får senere konstateret astma.

<sup>13</sup> Tentativt specialerne lungemedicin, pædiatri, dermatologi, otolaryngologi, almen medicin samt arbejds- og miljømedicin

- Nationale retningslinjer for forebyggelse og behandling af overfølsomhedssygdomme - herunder udvælgelse af indikatorer der kan monitorere indsatsen
- Beskrivelse af forskellige modeller for organisering af forebyggelse af overfølsomhedssygdomme med vægt på hele patientforløbet og samarbejdet mellem primær- og sekundærsektor
- Erfaringer fra et systematisk undervisningsprogram om overfølsomhedssygdomme i almen praksis.

## 2.8 Projektbeskrivelse 8: Fysisk aktivitet i sygehusvæsenet - modelindsats på psykiatriske afdelinger

### 2.8.1 Baggrund

Der er evidens for at fysisk træning forebygger og med fordel kan indgå i behandlingen af mange kroniske lidelser, herunder de fleste af de 8 folkesygdomme, som er prioriteret i *Sund hele livet*. Udover en specifik virkning indenfor de enkelte sygdomsgrupper er den generelle gavnlige effekt af bevægelse og træning også kortlagt: Motion giver en følelse af alment velvære og godt humør, styrker bevægeapparatet, fører til højere grad af selvhjulpethed og selvværd, regulerer appetitten og styrker det sociale netværk, hvilket i relation til psykisk syge også kan have en afstigmatiserende effekt. Desuden forebygger fysisk aktivitet livsstilssygdomme som disse patientgrupper også vil være i risiko for, hvis de er inaktive.

For psykiske lidelser gælder, at der er nogen evidens for en positiv effekt af fysisk træning som tillæg til/erstatning for den medicinske behandling af milde og moderat svære depressioner. Endvidere har visse typer af psykiatriske patienter en overhyppighed af både svær overvægt og type 2 diabetes, og en overdødelighed af hjerte-kar-sygdomme. Forhold der skyldes både deres inaktive livsstil, uhensigtsmæssige kost og tobaksvaner, samt bivirkninger forbundet med deres medicinering. Psykiatriske patienter har lange indlæggelser i forhold til andre patienter, og desto større er vigtigheden af at opretholde og udbygge meningsfulde og hensigtsmæssige aktivitetsmønstre.

I de faglige miljøer (Dansk Psykiatrisk Selskab) og i Psykiatrifonden efterspørges mere fokus på fysisk aktivitet som egentlig behandling eller generel sundhedsfremmende foranstaltning for psykisk syge. Projektet vil således imødekomme en efterspørgsel hos disse interessenter.

Sundhedsstyrelsen har indgået en samarbejdsaftale med Rigshospitalet mhp. på udarbejdelsen af modelprojekter i relation til fysisk aktivitet som forebyggelse og behandling i forhold til de 8 folkesygdomme, herunder psykiske lidelser. Et forskningsprojekt vedrørende effekten af udholdenhedstræning på depression sættes i gang i et samarbejde mellem Bispebjerg Hospital, Rigshospitalet og Københavns Kommune i slutningen af 2004. Endelig giver metodegennemgangen "Motion på recept" grundlag for at opkvalificere anvendelsen af fysisk aktivitet i behandlingsøjemed, både i primær- og sekundærsektoren.

Der savnes imidlertid erfaringer med systematisk implementering af fysisk aktivitet i sekundærsektoren. Projektet har dermed et dobbelt sigte: både at styrke opmærksomheden på livsstil og risikofaktorer, specielt fysisk aktivitet, hos psykiatriske patienter samt at udvikle metoder for systematisk implementering af fysisk aktivitet

som indsatsområde i andre dele af sygehusvæsenet. Selvom gruppen af psykiatriske patienter på visse områder adskiller sig fra andre patientgrupper, vil der stadig være fælles overførbare erfaringer i relation til uddannelse og motivering af personale, organisationsformer, værktøjer og monitorering af indsatsen.

#### 2.8.2 Formål

Formålet med projektet er at:

- styrke brugen af fysisk aktivitet i forebyggende og behandlende øjemed for psykiatriske patienter
- få erfaringer med systematiske indsatser vedrørende fysisk aktivitet som tilbud på psykiatriske afdelinger som model for implementering af fysisk aktivitet i hele sygehusvæsenet.

#### 2.8.3 Projekt mål

Når projektet er gennemført foreligger følgende:

1. Værktøjer til brug for vurdering og tilrettelæggelse af psykiatriske patienters fysiske aktivitet under indlæggelse
2. Værktøjer til brug for udarbejdelse af opfølgningsplan for fysisk aktivitet efter udskrivelsen
3. Erfaringer fra etablering af muligheder for afvikling af fysisk aktivitet i modelafdelinger
4. Et sæt af indikatorer til brug for monitorering og evaluering af indsatsen
5. Evalueringsrapport med erfaringer fra modelindsatsen med fokus på forudsætninger, effekt, organisation, omkostninger og overførbarehed.

### 2.9 Projektbeskrivelse 9: Inddragelse af fysisk inaktivitet og ernæring som risikofaktorer i patientregistrering

#### 2.9.1 Baggrund

Der er evidens for at fysisk træning og ernæring forebygger og med fordel kan indgå i behandlingen af mange kroniske lidelser, herunder de fleste af de 8 folkesygdomme prioriteret i *Sund hele livet*. Udover en specifik virkning inden for de enkelte sygdomsgrupper er den generelle gavnlige effekt af bevægelse og sund ernæring også kortlagt: kortere indlæggelsestid, en følelse af alment velvære og godt humør, styrkelse af bevægeapparatet ligesom det fører til en højere grad af selvhjulpenhed og regulering af appetitten. Desuden forebygger fysisk aktivitet og hensigtsmæssig ernæring livsstilssygdomme, som disse patientgrupper også vil være i risiko for, hvis de er inaktive og får en uhensigtsmæssig ernæring.

For at opnå den fornødne gennemslagskraft med hensyn til indsatser i sundhedsvæsenet over for risikofaktoren fysisk inaktivitet og ernæring vil det være nødvendigt at få udviklet området med strukturering af patientoplysninger i en national standard på lige fod med andre risikofaktorer såsom alkohol og tobak. Ligeledes vil det være nødvendigt at indføre standardiserede registreringsmåder i SKS (Sundhedsvæsenets Klassifikationssystem) til brug for anvendelse i Landspatientregistret til overvågning herunder DRG (Diagnose Relaterede Grupper) for at få dokumenteret og synliggjort indsatserne.

DRG-enheden har planlagt et tidsstudie (efteråret 2004) omkring forebyggelseskoder, herunder fysisk aktivitet og ernæring, som kan danne baggrund for det videre arbejde.

Projektet vil naturligt trække på de foreløbige erfaringer man har gjort sig med udvikling af risikofaktorerne tobak og alkohol i patientregistreringen.

#### 2.9.2 Formål

Formålet med projektet er at

- styrke brugen af fysisk aktivitet og ernæring i forebyggende og behandlende øjemed for patienter på landet sygehuse
- inkludere fysisk inaktivitet og ernæring på linie med øvrige risikofaktorer i journaloptagelse på sygehusene, herunder i patientregistrering.

#### 2.9.3 Projekt mål

Når projektet er gennemført foreligger følgende:

1. Nationale standarder for strukturerede patientoplysninger omkring risikofaktorerne der inkluderer fysisk inaktivitet og ernæring
2. Patientregistrering er udviklet til at indeholde fysisk inaktivitet og ernæring som risikofaktorer

### 3 Status på projekterne – oktober 2004

#### 1. Egenomsorg – dokumentation

Der udarbejdes 4 dokumentationsopgaver i forbindelse med projektet; begrebet egenomsorg, besøg i hjemmet som forebyggelsesmetode, patientskoler samt livsstilssamtalen i almen praksis. Dokumentationsopgaverne er under udarbejdelse og afsluttes i første halvdel af 2005. Der afholdes et landsdækkende symposium den 9. december 2004 mhp. at formidle de foreløbige resultater.

#### 2. Forebyggelse i almen praksis - materiale og uddannelse

Arbejdsgruppen er nedsat. Idékataloget er under udarbejdelse. Der afholdes møde for de amtslige tovholdere den 4. november 2004 mhp. at få skabt inspiration til at få afviklet lokale møder med fokus på forebyggelse og de 8 folkesygdomme. Desuden er der igangsat produktion af 8 patientrettede materialer i samarbejde med PLO/DSAM (Praktiserende Lægers Organisation/Dansk Selskab for Almen Medicin)

#### 3. Indførelse af systematisk tilbud om tidlig opsporing og rehabilitering af KOL - retningslinjer og manualer

Arbejdsgruppen er nedsat. Der arbejdes i 2004 med at udfærdige anbefalinger omkring tidlig opsporing, opfølgning og rehabilitering af KOL.

#### 4. Systematisk hjerterehabilitering - retningslinjer

Retningslinjerne blev offentliggjort den 28. oktober 2004 på en landsdækkende konference.

#### 5. Indsats vedrørende faldforebyggelse og forebyggelse af knoglebrud blandt ældre - retningslinjer

Arbejdsgruppen er nedsat. Der arbejdes på at udfærdige retningslinjerne.

#### 6. Muskel- og skeletlidelser

Der er etableret et samarbejde mellem Gigtforeningen, Københavns Amt og Ribe Amt omkring afprøvning af patient-patient-undervisningen. Desuden arbejdes der på en oversættelse af den amerikanske manual.

#### 7. National strategi for tidlig opsporing og forebyggende behandling af overfølsomhedssygdomme

Der er igangsat drøftelser med forskningsenhed for almen praksis i Odense omkring kortlægning af forebyggelsespotentialer for overfølsomhedssygdomme i almen praksis. Der er givet tilsagn om at støtte revision af en håndbog om udredning og behandling af allergiske lidelser i almen praksis.

#### 8. Fysisk aktivitet i sygehusvæsenet - modelindsats på psykiatriske afdelinger

Projektet er netop blevet endelig godkendt, og står for at skulle igangsættes.

#### 9. Inddragelse af fysisk inaktivitet og ernæring som risikofaktorer i patientregistrering

Der arbejdes på en projektbeskrivelse med nærmere definerede milepæle.

## 4 Patientforløbsbeskrivelse

For hver af de 8 folkesygdomme er der udarbejdet patientforløbsbeskrivelser. I det følgende bringes patientforløbsbeskrivelsen for KOL som eksempel.

### 4.1 Patientforløbsbeskrivelse for KOL (Kronisk Obstruktiv Lungesygdom)

Kronisk obstruktiv lungesygdom defineres som en sygdom karakteriseret ved vedvarende luftvejsobstruktion som følge af kronisk bronkitis eller emfysem (store lunger). Sværhedsgraden af KOL angives som mild, moderat eller svær, afhængig af graden af luftvejsobstruktion. De vigtigste symptomer er åndenød, hoste og opspyt af slim fra lungerne. Diagnosen KOL kræver en måling af lungefunktionen (spirometri).

Sygdommen er i 80-90% af tilfældene forårsaget af rygning, og ca. 15% af rygere udvikler KOL. Betydningen af erhvervsmæssig udsættelse for støv eller røg for udviklingen af KOL er langt mindre end tobakkens, men den skadelige virkning af forskellige former for støv (kulstøv, cementstøv, kornstøv og andet organisk materiale fra landbruget) synes at virke additivt til den skadelige effekt af rygning.

Der skønnes at være ca. 200.000 KOL-patienter i Danmark, dvs. mere end 5% af alle voksne lider af sygdommen i varierende sværhedsgrad. Ca. 3.500 dør årligt pga. KOL og ved yderligere 2.200 dødsfald er KOL en medvirkende årsag. Sygdommen tilhører gruppen af de fem mest ressourcekrævende sygdomme i Danmark og står for i alt 23.000 indlæggelser årligt, hvilket er ca. 20% af samtlige akutte indlægger på landets intern medicinske afdelinger. Dertil kommer ca. 33.000 ambulante kontroller, ca. 5.400 skadestuebesøg og en lang række konsultationer hos praktiserende læger. Ca. 15.000 lider af KOL i så alvorlig grad, at de er betydeligt handicappede i dagligdagen og har en gennemsnitlig anslået levetid på 5 år.

Antallet af hospitalsindlæggelser og dødsfald som følge af KOL har været stigende, især hos kvinder, som de sidste 10 år har stået for den største andel af indlæggelserne. Dette skyldes formentlig dels danske kvinders høje rygeprævalens, dels kvinders øgede følsomhed for tobaksrygning. I dag dør lige mange kvinder og mænd af sygdommen. De seneste år har der dog været en aftagende hyppighed af indlæggelser blandt yngre, hvilket kunne tydes som en begyndende effekt af den faldende andel af rygere i befolkningen. Der kan dog fortsat forventes et voksende antal patienter ud fra et stigende antal storrygere gennem de seneste 30-40 år. KOL-patienter er ressourcekrævende pga. stort plejebestand og hyppige sygdomsforværringer. Patienterne er desuden ofte ressource-svage, da sygdommen sætter meget store begrænsninger for livsudfoldelsen, og især rammer de særligt socialt svage stillede grupper.

Der er dokumentation for, at KOL-patienter får en bedre livskvalitet og forhøjet funktionsniveau, hvis der gives et systematisk tilbud om lungerehabilitering, hvor patienterne udover rygeafvænning og fysisk træning af muskelstyrke og muskeludholdenhed samt kostvejledning lærer at mestre deres egen sygdom også vha. tilbud om psykosocial støtte. Der er desuden dokumentation for, at gennemført lunge-rehabilitering mindsker antallet af lægekonsultationer og akutindlæggelser.

De relevante forebyggelsesstrategier i relation til KOL er hhv. massestrategi og højrisikostrategi.

#### 4.1.1 Raske uden øget risiko for udvikling af KOL

Tobaksrygning er den altdominerende risikofaktor for udviklingen af KOL, og primære forebyggelsesindsatser, der på befolkningsniveau søger at forhindre rygestart og tilskynder til rygestop/ rygeafvænning vil medvirke til forebyggelse af langt de fleste tilfælde af KOL. Også udbredelsen af røgfri miljøer vil have en positiv effekt på forebyggelsen af denne sygdom - både som signalværdi om rygnings sundhedsskadelige virkninger, men også fordi røgfri miljøer simpelthen forhindrer folk i at begynde at ryge eller ryge så meget, som de måske gerne ville. En røgfri tilværelse er den største garant for ikke at udvikle sygdommen. For en vis procentdels vedkommende er det dog ikke muligt at forebygge sygdommen.

Det er således fortsat behov for indsatser, der på landsplan eller på lokalsamfundsniveau evt. rettet mod bestemte befolkningsgrupper/ -miljøer og gerne med involvering af relevante sundhedsprofessionelle understøtter informationen om tobakskens sundhedsskadelige virkninger, ligesom lovgivningsmæssige tiltag på området fortsat vil kunne være af stor betydning.

#### 4.1.2 Raske med øget risiko for udvikling af KOL

Sygdommen udvikler sig snigende og tobaksrøgens ganske langsomme, men konstante nedbrydning af lungeslimhinden vil i mange år ikke medføre symptomer af betydning udover en let tobakshoste, som mange rygere opfatter som et naturligt ”tilbehør” til rygningen. Rygestop er den eneste dokumenterede forebyggelse af udvikling af KOL og alle rygere, men især storrygere vil være i risiko for at udvikle KOL og bør ved enhver kontakt med sundhedsvæsenet opfordres til rygestop/ tilbydes rygeafvænning. Det vil kunne ske i tilslutning til konsultationer hos den praktiserende læge, hvor anledningen kan have været en anden, men vil naturligvis ligge lige for hvis personen frembyder andre tegn på tobaksrelaterede symptomer/ tilstande – og altid hvis personen frembyder symptomer fra luftvejene. Tobaksanamnese bør i den forbindelse indgå som en naturlig del af konsultationen. Men også i lokalmiljøet og på arbejdspladsen vil initiativer mhp. rygestop/ rygeafvænning være af betydning for denne risikogruppe.

Kun en lungefunktionsundersøgelse (en spirometri) vil i denne latensfase kunne afdekke tab af lungefunktion, der er større end den forventede aldersmæssige reduktion og bør systematisk tilbydes alle rygere over 40 år. Efterhånden er mange praktiserende læger i besiddelse af et spirometer og bør således kunne tilbyde denne undersøgelse.

#### 4.1.3 Patienter der får konstateret KOL

Symptomerne på KOL udvikler sig langsomt over en længere årrække, og mange patienter vanner sig til dem og henvender sig først til lægen, på et tidspunkt hvor sygdommen er langt fremskreden. Sygdommens udvikling er karakteriseret ved et gradvist tab af lungefunktion fra ca. 30-års alderen. De første symptomer på sygdommen kommer oftest i 40-60 års alderen, hvor ca. halvdelen af lungefunktionen er gået tabt. Diagnosen kræver som anført, at der foretages en lungefunktionsundersøgelse.

Langt de fleste patienter med debuterende KOL vil blive undersøgt og behandlet i almen praksis. I de tilfælde, hvor der er tvivl om diagnosen, kan patienten henvises til nærmere undersøgelse på sygehus.

Den væsentligste indsats i forhold til denne patientgruppe er at forsøge at motivere til rygestop. Dette kan ske i regi af almen praksis, eller ved henvisning til rygestop-rådgivning eller lignende afhængigt af tilbudene i lokalmiljøet. Rådgivningen kan understøttes af nikotinstubstitutionspræparater. Allerede på dette tidspunkt kan der være behov for understøttende medicinsk behandling.

#### 4.1.4 Patienter der opretholder samme funktionsniveau på trods af sygdommen

Der findes i dag ikke behandlinger, der kan gendanne det ødelagte lungevæv. Som anført har de fleste patienter på diagnosetidspunktet et betydeligt tab af lungefunktion, og det vil således være få patienter, der har et funktionsniveau som raske jævnaldrende. Ved rygeophør er det imidlertid muligt at stoppe det accelererede lungefunktionstab således, at det svarer til det normale aldersbetingede lungefunktionstab. Samtidig mindskes eller forsvinder hoste og opspyt.

Rygeophør har en dokumenteret effekt på overlevelsen på længere sigt og er også for denne gruppe den vigtigste indsats.

Patienter tilhørende denne gruppe følges i primær sektor.

Det er meget vigtigt, at KOL patienter holder sig fysisk aktive for at forhindre den svækkelse af muskulaturen, som ofte udvikles hos patienterne. Åndenød i forbindelse med anstrengelser er angstprovokerende og medfører, at patienterne er tilbøjelige til at undgå en række aktiviteter. Dette kan resultere i immobilitet og nedsat fysisk formåen, hvorved patienterne glider over i nedenstående gruppe.

#### 4.1.5 Patienter der ikke opretholder samme funktionsniveau

For patienter, der fortsætter med at ryge, er prognosen alvorlig, da sygdommen vil forværres med fortsat nedsættelse af lungefunktionen og tiltagende åndenød til følge. I meget svære tilfælde fungerer lungerne så dårligt, at kroppen hele tiden mangler ilt.

Patienterne i denne gruppe følges almindeligvis i almen praksis, men henvises til sygehus i forbindelse med opblussen af sygdommen, komplicerende lidelser (ofte hjertelidelse), behov for hjemmeiltbehandling eller vurdering mhp. kirurgisk behandling (fjernelse af ødelagt lungevæv, således at sundt lungevæv kan udfolde sig). Mange patienter med svær sygdom indlægges på hospitalet flere gange om året pga. akut opblussen af sygdommen ofte i forbindelse med en infektion. En ny undersøgelse på tre forskellige danske medicinske afdelinger vedrørende patienter indlagt pga. KOL viste, at knap halvdelen af patienterne blev genindlagt i løbet af de følgende 12 måneder. Over 1/3 af patienterne døde i løbet af de 12 måneder.

KOL-patienter behandles med medicin mhp. at bedre vejrtrækningen. Desuden anvendes kirurgiske indgreb (fjernelse af ødelagt lungevæv, således at sundt lungevæv kan udfolde sig ud) i nogle tilfælde. Når lungefunktionen er betydeligt reduceret kan patienterne tilbydes behandling med ilt i hjemmet. I forbindelse med indlæggelse som følge af opblussen i sygdommen, må nogle patienter respiratorbehandles. Lungetransplantation kan komme på tale, men er kun mulig hos ganske få patienter (20-25 patienter pr. år i Danmark). Det anbefales, at patienterne tilbydes vaccination mod influenza og pneumokokker for at forebygge infektioner, der ofte resulterer i en akut opblussen af sygdommen.



Patienter med varigt funktionstab som følge af KOL har tidligt behov for en egentlig lungerehabilitering, når sygdommen udover i væsentlig grad at forringe patientens funktionsniveau også forringer livskvaliteten – eller hvis sygdommen har ført til sygehusindlæggelse. Pulmonal rehabilitering til KOL-patienter med moderat til svær sygdom indgår i alle nyere danske og udenlandske konsensusrapporter om diagnose og behandling af KOL. Lungerehabilitering vil have til formål at forbedre åndenøden, modvirke tilbøjeligheden til inaktivitet og bedre den fysiske formåen og det psykiske velvære. Lungerehabilitering bør tilpasses den enkelte KOL-patient individuelt efter forudgående vurdering og bør som minimum indeholde tilbud om rygeafvænning, fysisk træning, kostvejledning og psykosocial støtte herunder patientundervisning. Der bør arbejdes frem mod at gøre rehabiliteringstilbuddene mere ensartede rundt om i landet. Rygeophør har fortsat en betydning og patienterne vil utvivlsomt have brug for fast mediciner. Behandlingen af KOL-patienten i dette stadie bør ske i et smidigt samarbejde mellem patient og pårørende på den ene side og almen praksis, hjemmepleje og lungeambulatorium/relevante sengeafdelinger på den anden side.

#### 4.1.6 Litteratur

- SBU (Statens Beredning för medicinsk Utvärdering) – rapport 2000: Behandling av astma och KOL.
- DSI rapport 2002: Sygehusbaseret forebyggelse for KOL-patienter under indlæggelse og i hjemmet.
- Nanna Eriksen m.fl.: Kronisk Obstruktiv lungesygdom. Ugeskr Læger 2003;165:3499-3502.
- Knud Juel og Martin Døssing: KOL i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed 2003.
- Dansk Lungemedicinsk Selskab og Dansk Selskab for Almen Medicin: Klaringsrapport nr. 1 1998, Diagnostik og behandling af kronisk obstruktiv lungesygdom.
- Torben Jørgen m.fl.: Klinisk håndbog i forebyggelse på sygehuse.
- [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk): Rygerlunger.
- [www.sst.dk](http://www.sst.dk): Rygerlunger / kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL).
- Netværk af forebyggende sygehuse. Netværksgruppen om KOL. Rehabilitering af kronisk obstruktiv lungesygdom. Fakta, definitioner og anbefalinger. Draft maj 2003.