



INDDRAGELSE AF FYSISK INAKTIVITET  
OG UHENSIGTSMÆSSIG KOST SAMT  
RYGNING OG ALKOHOL SOM RISIKO-  
FAKTORER I PATIENTREGISTRERINGEN  
Procesrapport for Sundhedsstyrelsens  
projekt PRIK

2009

Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af:



Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse / WHO Collaborating Centre  
for Evidence-Based Health Promotion in Hospitals, Bispebjerg Hospital



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

Procesrapport for Sundheds-  
styrelsens projekt PRIK

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

Procesrapport for Sundhedsstyrelsens projekt PRIK

Manuskript: Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse / WHO Collaborating Centre for Evidence-Based Health Promotion in Hospitals, Bispebjerg Hospital

Redaktion: Tatjana Hejgaard, Barbara Hjalsted, Sundhedsstyrelsen

Journalistisk gennemskrivning: Line-by-Line

Sundhedsstyrelsen

Islands Brygge 67

2300 København S

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

Kategori: Rådgivning

Emneord: Fysisk aktivitet; Kost; Tobak; Alkohol; Patientregistrering; Forebyggelseskode

Sprog: Dansk

Version: 1.0

Versionsdato: 28. januar 2009

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7676-675-7

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, januar 2009

Copyright: Sundhedsstyrelsen, publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Publikationen findes kun i elektronisk form og kan hentes på [www.sst.dk/prik](http://www.sst.dk/prik)

## Forord

Med denne rapport offentliggøres processen og resultaterne af Sundhedsstyrelsens projekt PRIK. Projekt PRIK er en forkortelse for Patientregistrering af Risikofaktorerne Inaktivitet og Kost. Projektet er undervejs blevet udvidet til også at omfatte rygning og alkohol. Projekt PRIK er en del af Sundhedsstyrelsens Folkesygdomsprojekt, der knytter sig til regeringsprogrammet ”Sund hele livet”. Formålet med projekt PRIK er at fremme forebyggelse på sygehuset gennem systematisk registrering af patienternes risikofaktorer. Erfaringer herfra kan på sigt komme hele sundhedsvæsenet til gode.

Risikofaktorerne underernæring, overvægt, fysisk inaktivitet, rygning og uhensigtsmæssigt alkoholforbrug er udbredte, og de har væsentlig betydning for udvikling, forløb og behandling af samt prognose for de fleste sygdomme – både kroniske og akutte. Derfor er der i de senere år kommet stigende fokus på forebyggelse i sygehusvæsenet. Mens underernæring, rygning og alkoholforbrug allerede i høj grad identificeres på danske sygehuse, er registreringen af overvægt og fysisk inaktivitet mere sporadisk.

For at sikre kvalificerede, behovsbaserede forebyggelsestilbud til patienterne på sygehusene er der behov for en systematisk og simpel identifikation af den enkelte patients risikofaktorer ved patientens første kontakt i sygdomsforløbet til sygehuset. Det er værktøjer til denne identifikation, der er udviklet gennem projekt PRIK. Identifikationen skal være klinisk relevant og enkel at anvende i hverdagen på sygehusene. Det er desuden Sundhedsstyrelsens intention, at der kobles enkle registreringskoder til identifikationen. Koderne kan fungere som en del af dialogredskaberne mellem professionelle i sundhedsvæsenets forskellige sektorer, hvilket vil gøre det nemmere at kommunikere om forebyggelse på tværs af sektorerne. Samtidig opnår man, at forebyggelsen bliver synlig med bedre sammenhæng i patientforløbet, uanset hvor indsatsen finder sted.

Projekt PRIK er udviklet i overensstemmelse med Den Danske Kvalitetsmodel (1) for at sikre en uproblematisk integrering i sygehusenes kvalitetsmonitorering. I fremtiden kan identifikationen af risikofaktorerne og de tilhørende registreringskoder i sig selv fungere som indikatorer i kvalitetssikringen af forebyggelsesindsatsen på det enkelte sygehus. Kravene om implementering af koderne vil blive udmeldt, når udviklingen tilsiger det.

Projektet blev pilottestet af Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse / WHO Collaborating Centre for Evidence-Based Health Promotion in Hospitals, Bispebjerg Hospital. Pilotimplementeringen viste, at det var nemt og enkelt at gennemføre den systematiske identifikation af de fem risikofaktorer hos patienterne. Det forekommer derfor oplagt at implementere identifikation af risikofaktorerne i den kliniske hverdag på alle danske sygehuse.

Sundhedsstyrelsens Center for Forebyggelse har, som den nationale, faglige myndighed på forebyggelsesområdet, været initiativtager og koordinator i forbindelse med projektet. En arbejdsgruppe af fagspecialister har udarbejdet de sundhedsfaglige oversigter inden for hvert risikofaktorområde, mens en række videnskabelige selskaber og organisationer har bidraget med høringssvar, og udvalgte speciallæger på danske sygehuse i alle regioner har deltaget i pilotimplementeringen af projek-

tet. Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse/WHO Collaborating Centre har gennem hele processen ydet faglig sparring og gennemført pilotimplementeringen. Sundhedsstyrelsen vil gerne takke alle disse aktører for deres bidrag og store indsats i forbindelse med projekt PRIK.

Sundhedsstyrelsen, januar 2009

*Jesper Fisker*  
*Direktør*  
*Sundhedsstyrelsen*

*Else Smith*  
*Centerchef*  
*Center for Forebyggelse*

# Indhold

<b>1</b>	<b>Sammenfatning</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>Anvendte forkortelser</b>	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>Introduktion til projekt PRIK</b>	<b>12</b>
3.1	Formålet med projektet	12
3.2	Baggrunden for projektet	12
3.3	Registrering af forebyggelsesindsatser ved hjælp af SKS-koder	13
3.4	Kliniske overvejelser	14
3.5	Betydning for patienterne	15
3.6	Projektets målgrupper	15
3.7	Relation til eksisterende patientadministrative systemer	16
3.8	Organisation	16
3.9	De fem faser i projekt PRIK	18
<b>4</b>	<b>Fase 1: Sundhedsfaglige oversigter</b>	<b>19</b>
4.1	Formål	19
4.2	Forløb	19
4.3	Resultater	19
4.3.1	Underernæring	19
4.3.1.1	Problemstilling	19
4.3.1.2	Retningslinier og anbefalinger	20
4.3.1.3	Holdning hos personale og patienter	20
4.3.2	Overvægt	20
4.3.2.1	Problemstilling	20
4.3.2.2	Retningslinier og anbefalinger	20
4.3.2.3	Holdning hos personale og patienter	21
4.3.3	Fysisk inaktivitet	21
4.3.3.1	Problemstilling	21
4.3.3.2	Retningslinier og anbefalinger	21
4.3.3.3	Holdninger hos personale og patienter	21
4.3.4	Rygning	22
4.3.4.1	Problemstilling	22
4.3.4.2	Retningslinier og anbefalinger	22
4.3.4.3	Holdninger hos personale og patienter	22
4.3.5	Alkohol	22
4.3.5.1	Problemstilling	22
4.3.5.2	Retningslinier og anbefalinger	23
4.3.5.3	Holdninger hos personale og patienter	23
4.4	Konklusion	23

<b>5</b>	<b>Fase 2: Kliniske indgangsspørgsmål til dokumentation</b>	<b>25</b>
5.1	Formål	25
5.2	Forløb	25
5.3	Resultater	25
5.3.1	Underernæring	28
5.3.1.1	Identifikation	28
5.3.1.2	Eksempel på indsats i et patientforløb	28
5.3.2	Overvægt	28
5.3.2.1	Identifikation	28
5.3.2.2	Eksempel på indsats i et patientforløb	29
5.3.3	Fysisk inaktivitet	29
5.3.3.1	Identifikation	29
5.3.3.2	Eksempel på indsats i et patientforløb	29
5.3.4	Rygning	29
5.3.4.1	Identifikation	29
5.3.4.2	Eksempel på indsats i et patientforløb	30
5.3.5	Alkohol	30
5.3.5.1	Identifikation	30
5.3.5.2	Eksempel på indsats i et patientforløb	30
5.3.6	Kliniske indgangsspørgsmål til dokumentation	30
5.4	Konklusion	32
<b>6</b>	<b>Fase 3: Høring</b>	<b>33</b>
6.1	Formål	33
6.2	Forløb	33
6.3	Resultater	33
6.3.1	Underernæring	33
6.3.2	Overvægt	34
6.3.3	Fysisk inaktivitet	34
6.3.4	Tobak	35
6.3.5	Alkohol	35
6.3.6	Kliniske indgangsspørgsmål og kategorisering	35
6.4	Konklusion	35
<b>7</b>	<b>Fase 4: Pilotimplementering</b>	<b>37</b>
7.1	Formål	37
7.2	Forløb	37
7.2.1	Design og dataindsamling	37
7.2.2	Materiale	38
7.2.3	Metode	38
7.2.4	Pilotimplementering	39
7.2.5	Evaluering	39
7.2.6	Kommentering	39
7.2.7	Observering	40
7.3	Resultater	40
7.3.1	Resultater af pilotimplementeringen	40
7.3.2	Resultater af evalueringen	41
7.3.3	Kommentering	42
7.3.3.1	Underernæring	42
7.3.3.2	Overvægt	43
7.3.3.3	Fysisk inaktivitet	44
7.3.3.4	Rygning	45
7.3.3.5	Alkohol	45
7.3.4	Tidsforbrug	46
7.4	Konklusion	47

<b>8</b>	<b>Fase 5: Formidling</b>	<b>49</b>
8.1	Formålet med formidlingsfasen	49
8.2	Flere informationer på Sundhedsstyrelsens hjemmeside	49
8.3	Opfølgning på projektet	49
8.4	Relaterede SKS-koder	50
<b>9</b>	<b>Rådgivning om god klinisk praksis</b>	<b>51</b>
<b>10</b>	<b>Perspektivering</b>	<b>52</b>
10.1	Relevansen af projekt PRIK	52
10.2	Virkninger for patienten	52
10.3	Personalet	53
10.4	Sundhedsplanlægning	53
10.5	Samspil med de patientadministrative systemer	53
10.6	Fremtidsperspektiver	53
10.7	Udviklingsområder	54
10.8	Forskning	54
<b>11</b>	<b>Referenceliste</b>	<b>55</b>
<b>12</b>	<b>Bilagsfortegnelse</b>	<b>59</b>



# 1 Sammenfatning

Formålet med Sundhedsstyrelsens projekt PRIK har været at inkludere en systematisk registrering af risikofaktorerne underernæring, overvægt, fysisk inaktivitet, rygning og alkoholforbrug i journaloptagelsen hos voksne patienter (undtagen terminale) på de danske sygehuse ved patientens første kontakt i sygdomsforløbet til sygehuset.

Hvis man skal kunne give patienterne et målrettet forebyggelsestilbud, er der behov for at identificere og registrere den enkelte patients risikofaktorer. Identifikation og registrering af de fem risikofaktorer foregår i dag uensartet på de danske sygehuse. Det betyder videre, at der er stor variation i de motiverende og forebyggende indsatser, som tilbydes. Med projekt PRIK vil man øge fokus på forebyggelse for at sikre, at alle patienter, der har behov for det, får et systematisk tilbud om en forebyggende indsats. Dette vil desuden bidrage til at mindske uligheden i sundhed.

Det er hensigten, at de kliniske indgangsspørgsmål med tilhørende SKS-koder, der er udviklet i projekt PRIK, skal være en støtte for klinikere i den indledende vurdering af, hvem der har behov for en opfølgende indsats. Samtidig skal indsatsen sikre et sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer, hvor forebyggelsen indgår som et integreret element.

Der er stærk evidens for den skadelige effekt af samtlige inkluderede risikofaktorer, og der er stort behov for forebyggende indsatser. For rygning, alkohol og underernæring eksisterer allerede identifikationsspørgsmål, mens overvægt og fysisk inaktivitet er inddraget som nye, vigtige udviklingsområder.

På baggrund af en høringsrunde blandt faglige høringsparter samt en pilotimplementering blandt speciallæger fra alle fem regioner, har man i projektet fundet frem til den endelige form, som de kliniske indgangsspørgsmål og de tilhørende koder skal have, for bedst at kunne anvendes til identifikation og dokumentation af risikofaktorerne i den kliniske hverdag.

Det er hensigten, at de kliniske indgangsspørgsmål og tilhørende koder skal implementeres på samtlige danske sygehuse, som en del af Fællesindholdet, ligesom den viden og de erfaringer, der er opnået gennem projektet, skal formidles til alle relevante aktører. Dette sker dels gennem denne rapport, der fungerer som det endelige formidlingsprodukt af projekt PRIK, dels via Sundhedsstyrelsens hjemmeside [www.sst.dk/prik](http://www.sst.dk/prik). På sigt vil Sundhedsstyrelsen monitorere anvendelsen af de kliniske indgangsspørgsmål med tilhørende koder svarende til allerede eksisterende opfølgingsrutiner for koder i Fællesindholdet.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at koderne synliggøres i patientregistreringen, fx på forsiden af patientjournaler, og medtages på udskrivningskort, således at de er lettere at følge op på i den primære sundhedssektor. Koderne kan således anvendes både som dokumentation og kvalitetssikring, og også som dialogredskab, både internt mellem forskellige afdelinger i sygehusvæsenet og eksternt mellem forskellige aktører i sundhedsvæsenet. Herigennem vil det være nemmere at monitorere, synliggøre og handle i forhold til patienternes forebyggelsesbehov samt at tilrettelægge forebyggelsesindsatsen lokalt i kommunerne.

Identifikation og dokumentation af risikofaktorer ved hjælp af de kliniske indgangsspørgsmål og tilhørende registreringskoder kan desuden udbredes til andre arenaer end sygehusene og udvides til at omfatte flere risikofaktorer og aldersgrupper. Det er væsentligt, at identifikationen er dynamisk og kan udvikles og tilpasses ny evidens og klinisk praksis.

## 2 Anvendte forkortelser

<b>APACHE</b>	Acute Physiology And Chronic Health Evaluation
<b>BMI</b>	Body Mass Index
<b>DRG</b>	Diagnoserelaterede grupper
<b>EPJ</b>	Elektronisk patientjournal
<b>ICD-10</b>	International Classification of Diseases, 10th edition (WHO)
<b>ICF</b>	International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO)
<b>IKAS</b>	Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet
<b>NBS</b>	Det Nationale Begrebsråd for Sundhedsvæsenet
<b>NRS</b>	Nutritional Risk Screening
<b>PRIK</b>	Sundhedsstyrelsens projekt om inddragelse af fysisk inaktivitet, uhensigtsmæssig kost samt rygning og alkoholforbrug som risikofaktorer i patientregistreringen
<b>SKS</b>	Sundhedsvæsenets klassifikationssystem
<b>SNOMED</b>	Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms
<b>WHO</b>	World Health Organization

## 3 Introduktion til projekt PRIK

### 3.1 Formålet med projektet

Formålet med Sundhedsstyrelsens projekt PRIK er systematisk at inkludere underernæring, overvægt, fysisk inaktivitet, rygning og uhensigtsmæssigt alkoholforbrug i journaloptagelsen, herunder i patientregistreringen, ved patientens første kontakt i sygdomsforløbet til sygehuset. Formålet er desuden på længere sigt at styrke brugen af interventioner inden for områderne ernæring, fysisk aktivitet, rygning og alkohol i forebyggende, sundhedsfremmende og rehabiliterende øjemed for patienterne på landets sygehuse.

#### Hensigten med projekt PRIK er

- at der udvikles nationale retningslinier for systematisk screening og registrering af patienternes risikofaktorer med brug af SKS-koder
- at identifikationen af risikofaktorerne bliver en integreret del af patientregistreringen på danske sygehuse
- at identifikationen af risikofaktorerne bliver en naturlig forløber for motiverende og forebyggende aktiviteter, dokumenteret ved anvendelse af de SKS-koder, der allerede er etableret på baggrund af et arbejde i Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark (2) og efterfølgende videreudviklet i det internationale Network of Health Promoting Hospitals (3).

### 3.2 Baggrunden for projektet

Der er evidens for, at fysisk aktivitet, sund kost samt det at undgå rygning og skadeligt forbrug af alkohol forebygger mange fysiske, psykiske og sociale problemer og ulykker samt kroniske lidelser, herunder de fleste af de otte folkesygdomme, der er prioriteret i regeringens sundhedsprogram ”Sund hele livet”<sup>4</sup>. Der er desuden omfattende evidens for en generel, gavnlig effekt af intervention over for underernæring, overvægt, fysisk inaktivitet, rygning og skadeligt alkoholforbrug. Blandt patienter ser man effekten i form af bl.a. lettelse af tunge sygdomsforløb og forebyggelse af komplikationer og tilbagefald efter medicinsk og kirurgisk behandling (2, 5-11).

Vigtigheden af at sætte ind understøttes af WHO Europe’s strategi for forebyggelse og kontrol af ikke-smitsomme sygdomme i den europæiske region fra 2006. Strategien fremhæver, at ikke-smitsomme sygdomme er årsag til 86% af dødsfaldene og 77% af sygdomsbyrden i Europa, og at der er behov for at styrke folkesundheden gennem indsatser i alle sektorer af samfundet, særligt i sundhedssektoren. Alle borgere skal have lige adgang til disse indsatser, og kommunikation og erfaringsudveksling om effekten af indsatser samt monitorering af indsatserne skal styrkes (12).

Det er god klinisk praksis at inddrage en eller flere af risikofaktorerne fysisk inaktivitet, overvægt, underernæring, rygning og alkoholforbrug ved journaloptagelsen, som man gør i adskillige kliniske databaser. I dag identificeres fysisk inaktivitet, underernæring og overvægt dog ikke systematisk på danske sygehuse (13), og in-

formationen om patientens tobaks- og alkoholvaner kan også være mangelfuld – hvad angår både omfang og forekomst (14).

Sundhedsstyrelsen vil med projekt PRIK understøtte, at patientregistreringen på enklest mulig vis kommer til at omfatte alle de fem inkluderede risikofaktorer ved patientens første kontakt til sygehuset og herigennem skabe øget fokus på og bedre grundlag for forebyggelse på sygehusene, somatiske såvel som psykiatriske.

Ved at identificere de fem risikofaktorer for alle patienter ved første kontakt får man mulighed for at gennemføre en systematisk forebyggelsesindsats, hvor tilbuddene gives ud fra den enkelte patients konkrete behov. Projekt PRIK er dermed også et tiltag i retning af at afhjælpe uligheden i sundhed.

En litteratursøgning har ikke afdækket eksisterende arbejde af tilsvarende karakter og omfang, og projektet antages at være banebrydende også i international sammenhæng.

### 3.3 Registrering af forebyggelsesindsatser ved hjælp af SKS-koder

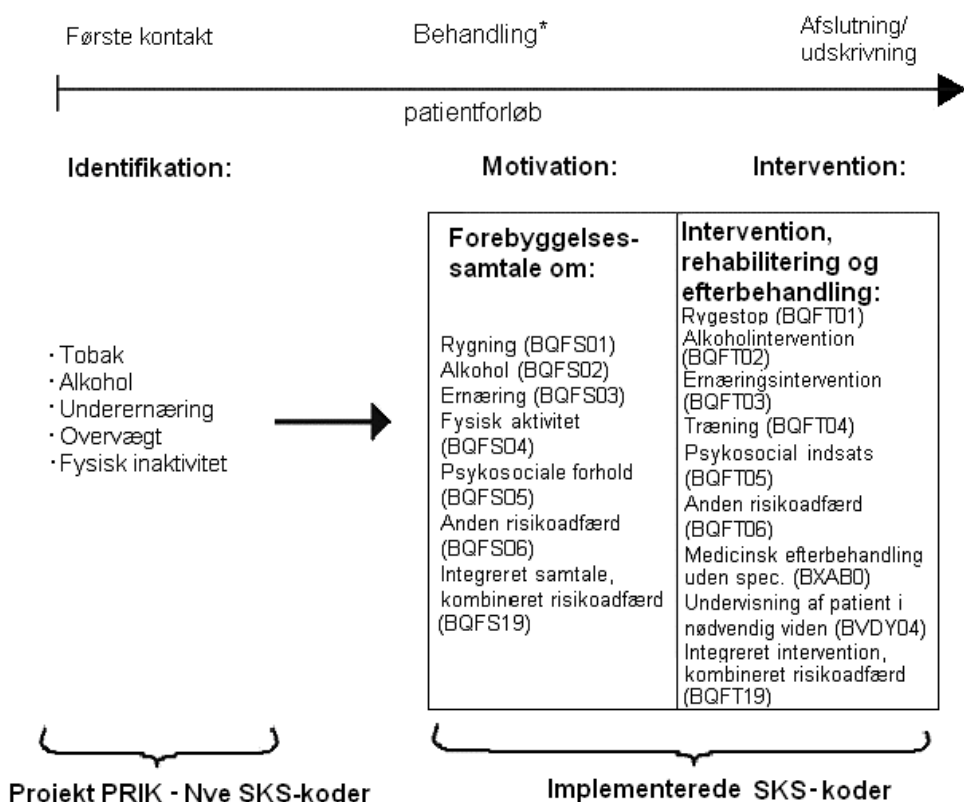
For at forebyggelsesområdet kan synliggøres i sundhedsvæsenet, er det nødvendigt at videreudvikle dokumentationen og registreringen af forebyggelsesindsatserne. Til dette formål er der behov for en standardisering gennem enkle og overordnede SKS-koder.

Projekt PRIK bygger på resultaterne af et tidligere projekt om dokumentation og registrering af forebyggelsesaktiviteter på de danske sygehuse, både den motive-rende del af forebyggelsen og den efterfølgende forebyggelsesindsats (2). Der blev i dette projekt udarbejdet 16 overordnede forebyggelseskoder, som er indarbejdet i SKS. Sundhedsstyrelsen følger udbredelsen af disse koder, og i 2005, som var det første år, hvor forebyggelseskoderne var i brug, blev de anvendt over 50.000 gange (15).

Forud for et målrettet tilbud om forebyggelse er der behov for at identificere og registrere patienternes risikofaktorer – det er første skridt til at sikre det rette forebyggelsestilbud til den enkelte patient. Det er netop sådanne identifikations- og registreringskoder, der er udviklet gennem projekt PRIK. Koderne for risikofaktorerne udgør det første skridt i rækken af forebyggelseskoder, der kan anvendes til at beskrive integrationen af forebyggelse i et sammenhængende patientforløb.

Figur 1 viser relationen mellem de koder, der er udviklet gennem projekt PRIK, og de allerede eksisterende overordnede forebyggelseskoder for motiverende samtale og efterfølgende forebyggende indsatser i patientforløbet.

**Figur 1:** Forebyggelseskoder i patientforløbet



\* 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 (16).

### 3.4 Kliniske overvejelser

Det er afgørende, at identifikationsproceduren er så enkel, dækkende og klinisk relevant som muligt, således at den let kan indarbejdes i den kliniske hverdag. Hensigten er, at den basale registrering skal være en støtte i hverdagen, både ved journaloptagelsen og i den efterfølgende kliniske beslutningsproces, der omfatter indsats og opfølgning. Registreringen skal med andre ord støtte klinikerens i den indledende vurdering af, hvem der har behov for en forebyggende indsats. Det er en balancegang at foretage registreringen på kortest mulig tid og samtidig sikre, at informationen er klinisk relevant og en teknisk god løsning. Det er denne balance, man gennem projekt PRIK har forsøgt at finde frem til.

For at gøre den kliniske registrering så simpel som muligt vil man overgå fra at registrere detailoplysninger og tal til at registrere kategorier, idet kategorierne er tilstrækkelige til at kunne afgøre, hvilken handling man efterfølgende skal foretage. Den information, der ligger bag tildelingen af en kategori, vil naturligvis stadig kunne dokumenteres separat i journalen, ligesom man kan supplere med yderligere informationer efter den enkelte afdelings behov og ønsker. For rygning gælder det fx, at både en patient, der ryger 10 cigaretter, og en, der ryger 40 cigaretter dagligt, vil få koden "daglig rygning". Begge rygere vil uanset deres tobaksforbrug få et tilbud om en motiverende samtale og en rygestopintervention. Det præcise antal ci-

garetter kan stadig være dokumenteret i journalen, men først når patienten ønsker at gøre brug af forebyggelsestilbuddet, er der grund til at uddybe informationen om tobaksvaner.

For at opnå en høj grad af klinisk anvendelighed er det afgørende, at man afdækker og inkluderer det kliniske personales vurdering og erfaringer med brugen af de foreslåede identifikationsprocedurer. Dette kan sikres gennem en pilotimplementering med efterfølgende evaluering.

### 3.5 Betydning for patienterne

Implementeringen af en praktisk anvendelig, klinisk forebyggelse med risikofaktoridentifikation, efterfølgende motiverende samtale og interventionsprogram vil have en række positive effekter i forhold til det enkelte patientforløb. Ambitionen med projekt PRIK er at sikre ”det gode patientforløb”, hvor registrering af risikofaktorer ved indlæggelse er i fokus som en obligatorisk, gennemgående rød tråd i ethvert patientforløb. For at sikre den enkelte patient et optimalt forløb må forebyggelsen systematisk integreres i patientforløbet (2).

Identifikationen af risikofaktorer i projekt PRIK dækker bredt, således at man får identificeret flest mulige patienter med behov for et forebyggende tilbud. Det efterfølgende trin kan omfatte en videre udredning, hvor patientens risiko og forebyggelsesbehov vurderes i detaljer, og tilbuddet målrettes individuelt. Mange patienter har behov for og udtrykker også ønske om en motiverende samtale, inden selve interventionen går i gang.

Selvom identifikationen foregår i sygehusvæsenet, og forebyggelsesindsatsen indledes samme sted, er der mulighed for, at indsatsen følges op andre steder i sundhedsvæsenet. Det kan fx være hos patientens egen læge, i sundhedscentre eller i andre kommende fora, alt efter hvad der passer bedst ind i det konkrete patientforløb.

De fleste patienter ønsker hospitalets støtte og tilbud til at ændre livsstil som led i deres patientforløb. Der, hvor man systematisk tilbyder patienterne konkret støtte, tager over halvdelen af patienterne imod dette tilbud. Effekten ved systematisk forebyggelse på sygehus ligger fuldt på linje med resultaterne fra selekterede og motiverede grupper uden for sygehus (17-20). Det er derfor vigtigt at identificere og registrere risikofaktorerne, således at man kan tilbyde motivationsfremmende samtaler og intervention til de patienter, der har behov for det.

### 3.6 Projektets målgrupper

I første omgang har projekt PRIK fokus på sygehusene, men almen praksis, sundhedscentre, specialinstitutioner og andre kommende organisationer med patientkontakt forventes også at kunne få gavn af projektet. Koderne kan let bruges i kommunikationen mellem de forskellige sektorer og aktører.

Projektets målgruppe er lægerne på sygehusene, andet sundhedspersonale, som anvender journalmateriale, og øvrigt personale, som har aktiviteter, der relaterer sig til journaloplysninger, herunder de kode- og registreringsansvarlige.

Registreringen skal som udgangspunkt omfatte alle voksne patienter ved første kontakt i sygdomsforløbet til sygehus – såvel ambulante kontakt som indlæggelse. Børn og unge under 18 år (ved tidspunktet for første kontakt) samt terminale patienter er ikke omfattet af projektet.

### 3.7 Relation til eksisterende patientadministrative systemer

Projekt PRIK er i tråd med arbejdet i NBS, der er rammesættende for udviklingen af EPJ, hvori forebyggelseskoderne forventes at kunne implementeres på længere sigt. De udviklede koder forventes desuden at kunne bruges i arbejdet med at udvikle standarder og indikatorer i Den Danske Kvalitetsmodel under IKAS (1).

Det er desuden centralt, at registreringen kan dokumenteres i journalen og epikrisen. Den skal være anvendelig i såvel elektroniske som traditionelle journaler, understøtte kvalitetsarbejdet og harmonere med de standardiserede registreringsmetoder i sygehusvæsenet, både SKS og SNOMED. Som i SKS og SNOMED er det hensigten kun at registrere positive fund. Dette svarer til den almindelige kliniske registrering i epikrisen, hvor kun diagnoser og eksempelvis gennemførte operationer registreres med koder, mens øvrige relevante, men negative fund, registreres med tekst.

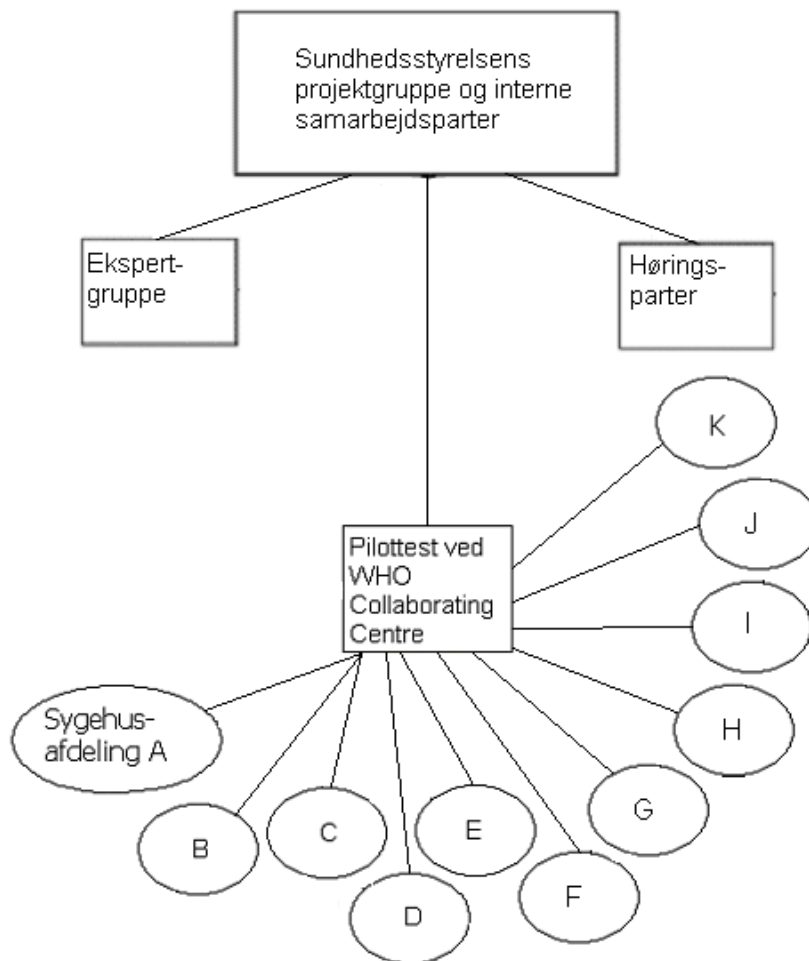
Der eksisterer således allerede indledende arbejde og en række relationer og erfaringer, som kan bruges i videreudviklingen af området. Desuden kan man trække på de erfaringer, der allerede er høstet vedrørende udvikling af risikofaktorerne tobak og alkohol i patientregistreringen. Det er dog første gang et sådant arbejde systematisk foretages i Danmark og internationalt, og der er derfor tale om et udviklingsarbejde.

### 3.8 Organisation

Projektets organisation fremgår af figur 2. Sundhedsstyrelsen er hovedansvarlig for projektet, og pilotimplementeringen er udført under Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse / WHO Collaborating Centre for Evidence-Based Health Promotion in Hospitals, Bispebjerg Hospital.



**Figur 2:** Projektorganisation



Sundhedsstyrelsens projektgruppe har været placeret i Center for Forebyggelse, mens WHO Collaboration Centre for Evidence-based Health Promotion in Hospitals/Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, Bispebjerg Hospital har ydet konsulentbistand. Sidstnævnte forestod desuden pilottesten på 11 forskellige sygehusafdelinger (se bilag 1). Sundhedsstyrelsens interne samarbejdspartnere har været resourcepersoner fra henholdsvis Center for Forebyggelse, daværende Enhed for Sundhedsinformatik, daværende Enhed for Sundhedsstatistik, og daværende Enhed for Kvalitet.

Ekspertgruppen bestod af en række eksperter, der har været ansvarlige for udviklingen af baggrundsnotaterne, omhandlende de fem risikofaktorer (se bilag 2).

De faglige høringspartner bestod af videnskabelige selskaber samt sundhedsfaglige fora, organisationer og enkeltpersoner (se bilag 3).

### 3.9 De fem faser i projekt PRIK

Projekt PRIK har bestået af fem faser:

1. Udarbejdelse af en sundhedsfaglig oversigt ved en lægelig ekspert inden for hver af de fem risikofaktorer. Oversigten beskrev evidens og erfaringer, kliniske retningslinjer, eksempler på identifikationssystemer, erfaringer fra personalet samt patienternes holdninger og ønsker. Disse oversigter blev brugt som inspiration til, hvordan man enklest, mest dækkende og klinisk relevant kunne foretage identifikationen af de fem risikofaktorer. Fase 1 blev gennemført fra april til juni 2005.
2. Udvikling af konkrete forslag til ordlyden af de kliniske indgangsspørgsmål og tilhørende registrering ved eksperterne, Sundhedsstyrelsens projektgruppe og interne samarbejdspartnere. Fase 2 blev gennemført fra juni 2005 til januar 2006.
3. Udsendelse til en lang række faglige høringsparter, hvorefter spørgsmålene blev revideret og konkretiseret på baggrund af de indkomne svar. Fase 3 blev gennemført fra februar til april 2006.
4. Pilotimplementering af de kliniske indgangsspørgsmål blev gennemført på 11 forskellige afdelinger på sygehuse i alle fem regioner. Resultaterne af pilotimplementeringen er samlet i en selvstændig rapport, som kan downloades fra Sundhedsstyrelsens hjemmeside [www.sst.dk/prik](http://www.sst.dk/prik). Fase 4 blev gennemført fra april til oktober 2006.
5. Projekt PRIK formidles til klinisk personale og andre interesserede gennem en procesrapport, information på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [www.sst.dk/prik](http://www.sst.dk/prik) samt i pressen og diverse fagblade. Fase 5 blev gennemført fra januar 2007 til januar 2009.

## 4 Fase 1: Sundhedsfaglige oversigter

### 4.1 Formål

Hensigten med udarbejdelsen af de sundhedsfaglige oversigter var, at de skulle fungere som inspiration og støtte i forbindelse med den videre udvikling af projektet.

De sundhedsfaglige oversigter indeholdt aktuelle erfaringer og evidens på hvert af de fem områder underernæring, overvægt, fysisk inaktivitet, rygning og alkohol. Oversigterne blev udarbejdet af sundhedsfaglige eksperter, der havde både kliniske og forskningsmæssige kompetencer på områderne.

### 4.2 Forløb

De sundhedsfaglige oversigter var ikke tænkt som systematiske reviews eller kvalitative undersøgelser. De skulle fungere som baggrundsnotater, der samlede den eksisterende evidens på området, de kliniske retningslinjer, der anvendes i Danmark, eksisterende identifikationssystemer, personalets kompetencer og patienternes holdninger og ønsker. Hver oversigt blev afsluttet med konklusioner og anbefalinger, og oversigterne blev brugt som inspiration og støtte til, hvordan man enklest, mest dækkende og klinisk relevant kunne foretage identifikationen af de fem risikofaktorer.

### 4.3 Resultater

På basis af baggrundsnotatet for hver af de fem risikofaktorer konkluderede man følgende:

#### 4.3.1 Underernæring

##### 4.3.1.1 Problemstilling

Der er dokumentation for, at sygdomsbetinget underernæring og hurtigt vægttab under sygdom påvirker forløbet og behandlingsresultatet negativt, hvilket bl.a. medfører hyppigere komplikationer samt længere og dyrere indlæggelser (9, 21). Det er også dokumenteret, at tidlig identifikation og relevant behandling er afgørende for patienter i ernæringsmæssig risiko, og at der er god effekt af målrettet ernæringsterapi. Op mod 30% af patienterne på de danske sygehuse skønnes at være underernærede (7, 9, 11), og kun i omkring 8% af tilfældene er dette dokumenteret i journalen (9).

#### 4.3.1.2 Retningslinier og anbefalinger

Det anbefales generelt til befolkningen, at man bevarer normalvægten, hvilket for voksne svarer til et BMI på 18,5-25,0. Ældre og syge kan være underernærede ved højere BMI end 18,5, og derfor er den underste grænse for voksne patienter sat ved 20,5. I 2003 udsendte Sundhedsstyrelsen en vejledning om screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko, der ligger tæt op af de europæiske anbefalinger. Der er høj grad af konsensus i Danmark med hensyn til disse anbefalinger. Bl.a. har Den Gode Medicinske Afdeling, det Nationale Indikator Projekt og Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark lignende standarder og indikatorer for screening af samtlige patienter for ernæringsmæssig risiko ved indlæggelse på sygehus. Langtidseffekterne af et ernæringsprogram til underernærede patienter er imidlertid ikke undersøgt.

#### 4.3.1.3 Holdning hos personale og patienter

Der er i de senere år kommet øget fokus på ernæringscreening, men der er stadig behov for at styrke kompetencer hos personalet til at udarbejde og følge op på ernæringsplaner, ligesom der er behov for bedre kommunikation med primærsektoren (22). Der er ligeledes brug for at få beskrevet ansvarsfordelingen mellem de forskellige faggrupper, der arbejder med patienter i ernæringsmæssig risiko. Patienterne mangler viden om, hvilken kost der er den mest hensigtsmæssige, når man er syg, men de vil gerne selv tage aktivt del i ernæringsinterventionen, hvis de får den relevante information (21, 23-25).

### 4.3.2 Overvægt

#### 4.3.2.1 Problemstilling

Det er veldokumenteret, at overvægt (BMI > 25) og svær overvægt eller fedme (BMI > 30) er væsentlige risikofaktorer for udvikling og videreudvikling af en række livsstilsrelaterede sygdomme. I Danmark har forekomsten af overvægt og svær overvægt gennem de seneste årtier været stærkt stigende (26, 27). Denne stigning er især forekommet blandt yngre voksne og børn, hvilket er bekymrende for den fremtidige folkesundhed. 30-40% af den voksne befolkning er overvægtige, mens omkring 10 % er svært overvægtige, og den politiske bevågenhed på området er stor (28). Der er desuden øget fokus på betydningen af fedtfordelingen på kroppen. En overvejende abdominal fedtfordeling har således en selvstændig betydning for fremkomsten af livsforkortende sygdomme og tilstande som diabetes, forhøjet blodtryk, apopleksi og hjertesygdom.

#### 4.3.2.2 Retningslinier og anbefalinger

Det anbefales, at man bevarer normalvægten. På baggrund af amerikanske udmeldinger (29) er der nu udfærdiget danske retningslinier for behandling af overvægt inklusive en behandlingsalgoritme i form af et beslutnings-flowchart 30. Der foreligger mere overordnede anbefalinger fra centrale myndigheder med strategiske forslag til løsning af overvægtsproblematikken (26, 31-32). I tilfælde af underernæring hos overvægtige, bør indsatsen imod underernæring prioriteres (7). Effekten af

vægtreducerende programmer er omkring 5-10% over et halvt til ét år, ikke ulig effekten af mange rygestopprogrammer.

#### 4.3.2.3 Holdning hos personale og patienter

Gentagne undersøgelser på danske sygehuse har vist behov for holdningsændringer, oplysning og uddannelse af læger og andet sundhedspersonale med hensyn til indsatsen over for overvægt. Patienternes holdninger og forventninger til overvægtsbehandling er kun i ringe omfang kendt, men der er behov for mere generel information om den helbredsmæssige betydning af overvægt og for en afdækning af forventningerne til indsatsen (33, 34).

### 4.3.3 Fysisk inaktivitet

#### 4.3.3.1 Problemstilling

Der har gennem de seneste 20-30 år været stigende interesse og dokumentation for betydningen af fysisk inaktivitet som en væsentlig risikofaktor for udviklingen og videreudviklingen af en række livsstilssygdomme. Samtidig er der en stadigt stigende evidens for, at fysisk aktivitet med fordel kan indgå i forebyggelsen og rehabiliteringen i forbindelse med mange sygdomme, både som enkeltindsats og som del af integrerede programmer (23). Den fysiske træning kan have forskelligt fokus og forskelligt indhold afhængigt af patientgruppen. Mindst 30% af befolkningen er i dag så fysisk inaktive, at det indebærer en sundhedsmæssig risiko.

#### 4.3.3.2 Retningslinier og anbefalinger

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at alle voksne skal være fysisk aktive i mindst 30 minutter om dagen med moderat intensitet. Langtidseffekten af aktivitetsprogrammerne er uklare.

#### 4.3.3.3 Holdninger hos personale og patienter

Det har i undersøgelser vist sig, at patienterne gerne vil være mere fysisk aktive, og ofte forventer de at tale om forebyggelse i relation til indlæggelsen, herunder også fysisk aktivitet. Der ligger en udviklingsopgave i at inddrage fysisk aktivitet som et naturligt element i den kliniske hverdag på sygehuset. Dette kan bl.a. skyldes fastholdelse af tidligere tiders tradition for at anbefale sengeleje og immobilisering ved næsten alle sygdomme. Der er behov for både holdningsændring og kompetenceudvikling hos personalet i relation til fysisk aktivitet (35-37).

#### 4.3.4 Rygning

##### 4.3.4.1 Problemstilling

Der er solid evidens for helbredsgevinsten ved rygestop, både på kort og på langt sigt, og for effekten af interventionsmetoder (8, 28, 38). Cirka hver fjerde dansker ryger dagligt (28), og forekomsten af rygere på sygehus er forhøjet i forhold til baggrundsbefolkningen, fortrinsvis fordi der indlægges flere rygere på grund af rygerelaterede sygdomme.

##### 4.3.4.2 Retningslinier og anbefalinger

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at man ikke ryger og desuden undgår passiv rygning. Der foreligger både nationale og lokale retningslinier for intervention på tobaksområdet, bl.a. i relation til operationer og graviditet og blandt medicinske patienter. Rygestop er integreret i de kliniske retningslinier for intervention ved de fleste sygdomme (39). Røgfri miljøer, der støtter op om retningslinjerne er indført i sundhedsvæsenet (40, 41). Effekten af en målrettet intervention med rygestopprogrammer og nikotinsubstitution i forbindelse med indlæggelse er ret høj: Cirka 20% er stadig røgfri efter et halvt år. Som det fremgår af de fem forebyggelsesområder, er der etableret en velfungerende national klinisk database over rygeophør, som dækker alle sektorer.

##### 4.3.4.3 Holdninger hos personale og patienter

Der er behov for løbende at sikre personalet kompetencer med hensyn til rygeafvænning. Ledelsens opbakning er afgørende, og de sygehusansatte er vigtige rollemodeller for patienterne. Undersøgelser viser, at patienterne generelt er positive over for tobaksforebyggelse på sygehuset. De forventer, at rygning bliver taget op af personalet i forbindelse med indlæggelsen, og ønsker ofte sygehusets støtte til at gennemføre et rygestop, fx via et rygeafvænningstilbud (17-19, 42). Effekten af en systematisk, uselekeret og målrettet intervention i forbindelse med indlæggelse er relativt høj (10-20%) (5, 43), hvilket svarer til niveauet blandt selekterede og højt motiverede borgergrupper.

#### 4.3.5 Alkohol

##### 4.3.5.1 Problemstilling

Der er god evidens både for alkohols skadelige effekt og for gevinsten ved ophør med et skadeligt eller afhængigt forbrug (44). Tilsvarende er der god effekt af visse former for medicinsk eller psykosocial alkoholbehandling. Forekomsten af skadeligt og afhængigt alkoholforbrug på sygehus er næsten dobbelt så stor som forekomsten i normalbefolkningen. Det hænger bl.a. sammen med, at der henvises patienter med erkendte alkoholrelaterede sygdomme. Derudover har mange patienter alkoholproblemer, som i mange tilfælde har indflydelse på den sygdom, de er indlagt for. Op mod 500.000 danskere drikker mere end de anbefalede genstandsgrænser (45).

#### 4.3.5.2 Retningslinier og anbefalinger

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kvinder maksimalt drikker 14 genstande om ugen, og at mænd maksimalt drikker 21 genstande om ugen (45). Desuden anbefales det, at man maksimalt drikker 5 genstande ved samme lejlighed. Disse grænser er baseret på, at risikoen for død i baggrundsbefolkningen stiger ved et forbrug over disse grænser. Risikoen for at udvikle sygdom er øget allerede ved et lavere forbrug. Der foreligger både nationale og lokale retningslinier på alkoholområdet, fx i relation til operation og graviditet og blandt medicinske patienter. Mange steder er der desuden indført alkoholpolitikker, der støtter op om retningslinjerne. Effekten af alkoholintervention varierer afhængigt af programmerne, og der er kun sporadiske oplysninger om langtidseffekten.

#### 4.3.5.3 Holdninger hos personale og patienter

Der er behov for løbende at give personalet viden og kompetencer med hensyn til alkoholforebyggelse. Ledelsens opbakning hertil er afgørende. Undersøgelser viser, at patienterne er positive over for alkoholforebyggelse på sygehuset og sætter pris på sygehusets støtte, fx i forbindelse med et alkoholinterventionstilbud (17, 46).

## 4.4 Konklusion

Med udgangspunkt i baggrundsnotaterne blev det konkluderet, at der var stærk evidens for den skadelige virkning af alle fem risikofaktorer. For rygning og alkohol er der solid evidens for gevinsten ved en intervention. På trods af dette er det kun en meget begrænset andel af de patienter, der har et forebyggelsesbehov, der i dag får et kvalificeret tilbud. For underernæring er det ligeledes dokumenteret, at identifikation og intervention har en god effekt. Der er imidlertid stor variation mellem de forskellige afdelinger med hensyn til, hvor mange af patienterne der får foretaget en ernæringsmæssig vurdering, og selvom andelen er steget signifikant i de senere år, er den ønskede standard på 90% langt fra nået.

Forebyggelsesinterventioner over for overvægt allerede ved BMI på 25 er et udviklingsområde, og registreringen af overvægt hos indlagte patienter varierer i dag meget mellem forskellige afdelinger, og der er behov for mere fokus på området. Forebyggende indsatser over for fysisk inaktivitet er ligeledes et nyt område. Der er derfor ikke mange erfaringer med systematisk identifikation af det fysiske aktivitetsniveau hos patienterne og implementering af fysisk aktivitet i patientforløbet samt langtidseffekterne heraf.

Samlet set kan man på baggrund af fase 1 konkludere, at de fem inkluderede risikofaktorer er oplagte at identificere og intervenere over for. Dels fordi de alle fem er skadelige og udbredte i den danske befolkning med betydelig social gradient, dels fordi der for rygning, alkohol og underernæring er evidens for den gavnlige effekt af intervention. For overvægt og fysisk inaktivitet gælder, at de er vigtige udviklingsområder med behov for øget opmærksomhed. Konsekvent screening og tilbud om opfølgning til alle patienter må antages at bidrage til at mindske uligheden i sundhed.

Effekten af patientrettede forebyggelsesindsatser ved hjælp af kvalificerede programmer når op på omkring 20%, hvilket skal sammenlignes med effekten af livsstilsændringer uden tilsvarende programmer, der kun ligger på omkring 2%.

Selvom man kunne ønske sig en endnu bedre effekt, vil en systematisk identifikation af fx daglig rygning og et tilbud om rygestopintervention blandt alle operationspatienter på de danske sygehuse fordoble andelen af danske eksrygere pr. år, der har haft kontakt til sygehuset. Det vil sige, at en konkret indsats blandt sygehuspatienter relativt hurtigt vil kunne aflæses på befolkningsniveau.



## 5 Fase 2: Kliniske indgangsspørgsmål til dokumentation

### 5.1 Formål

Hensigten med projektets anden fase var at udarbejde kliniske indgangsspørgsmål med beskrivelse af den kliniske vurdering og tilhørende registrering og risikokoder for hver af de fem inkluderede risikofaktorer. Der blev taget udgangspunkt i den viden, man havde opnået gennem de sundhedsfaglige oversigter, der var udarbejdet i løbet af fase 1.

Formålet med fase 2 var at konkretisere, hvad sundhedspersonalet skulle informere og spørge den enkelte patient om, og hvordan dette skulle gøres. Desuden skulle det efterfølgende afklares, hvad handlingsgrundlaget skulle være for den enkelte risikofaktor, og om der var begrænsninger i forhold til visse patientgrupper eller overlap mellem forskellige kategorier.

En systematisk journaloptagelse med inddragelse af risikofaktorer og med udgangspunkt i en række på forhånd fastlagte spørgsmål vil give gode muligheder for en konkret og afbalanceret dialog med patienten om livsstil og livsstilsændring, både i forhold til det aktuelle patientforløb og på længere sigt.

### 5.2 Forløb

De involverede eksperter udarbejdede forslag til den konkrete ordlyd af de kliniske indgangsspørgsmål, der for hvert område skulle anvendes som klinisk beslutnings- og handlingsgrundlag. Forslagene blev efterfølgende diskuteret og vurderet i Sundhedsstyrelsens ekspertgruppe samt blandt interne samarbejdspartnere. Der blev bl.a. fokuseret på eventuelle begrænsninger ud over almindelig hensyntagen til den kliniske situation og overlap for de enkelte områder samt relation til eksisterende standarder, indikatorer og retningslinier. Herefter konkretiserede man forslagene til de endelige kliniske indgangsspørgsmål.

### 5.3 Resultater

Som eksempel på en retningslinje præsenteres i figur 3 (side 26) Sundhedsstyrelsens flowdiagram for identifikation, behandling og registrering af ernæringsmæssig risiko, som er baseret på de fire spørgsmål i NRS-200247. Det er de samme spørgsmål, som eksperterne anbefalede anvendt til identifikation af underernæring i projekt PRIK.

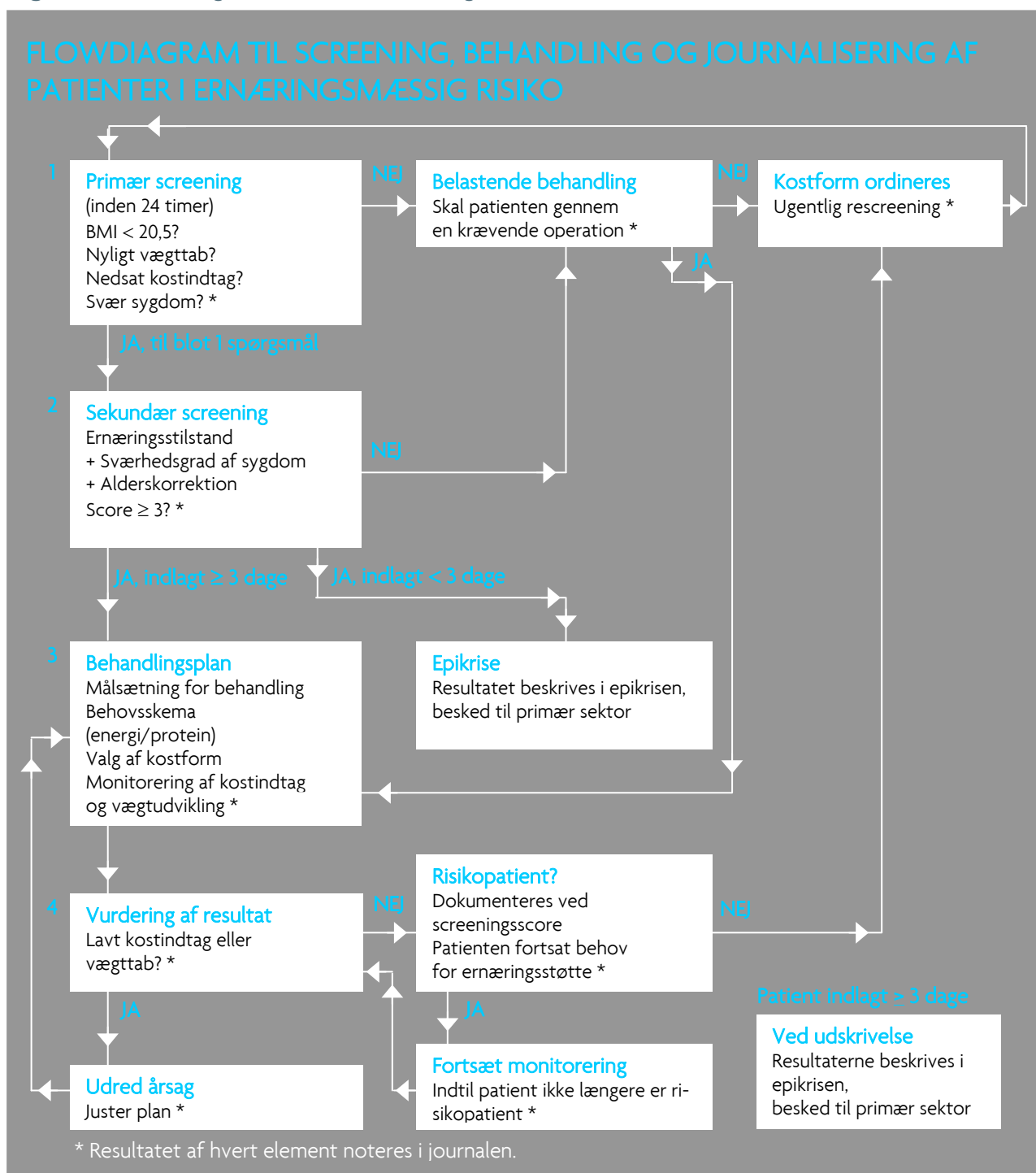
Flowdiagrammet har fire trin:

1. Den primære screening, bestående af fire simple spørgsmål, der skal stilles inden for 24 timer
2. Den sekundære screening, som består af mere detaljerede spørgsmål
3. En behandlingsplan, som består af en målsætning for behandling, skøn af behov, stillingtagen til kostform, monitorering af kostindtag og vægtvurdering
4. En vurdering af resultatet (om indsatsen har en effekt, og om patienten stadig er en risikopatient).

Resultaterne af disse fire hovedelementer noteres i journalen (7).

Projekt PRIK omfatter kun trin 1: den primære screening for underernæringsrisiko, som danner basis for beslutning om videre udredning, intervention og opfølgning.

**Figur 3:** Flowdiagram for underernæringsindsatser (7)



For hver af de fem risikofaktorer udmøntede fase 2 sig i en anbefaling af, hvordan risikofaktoren identificeres via enkelte kliniske indgangsspørgsmål, samt et eksempel på, hvordan indsatsen i et konkret patientforløb skulle foregå.

På den baggrund udarbejdede man et samlet skema (se tabel 1, side 30) med formuleringen af de kliniske indgangsspørgsmål, der skulle anvendes til at identificere hver enkelt risikofaktor, samt tilhørende klinisk vurdering, SKS-kode og mulige begrænsninger i forhold til visse patientgrupper.

### 5.3.1 Underernæring

#### 5.3.1.1 Identifikation

Det blev anbefalet, at man brugte det validerede risikoscreeningssystem NRS 200247, at energibehovet blev beregnet i henhold til tabellen i Sundhedsstyrelsens vejledning, samt at kost-ordinationer blev udført i henhold til den Nationale Kosthåndbog (48).

Andelen af patienter, der har fået foretaget en vurdering af deres ernæringsrisiko ved indlæggelsen, er steget signifikant inden for de seneste år, men der er store variationer mellem de forskellige afdelinger, og standarden på 90% er langt fra nået. Med hensyn til at opfylde anbefalingerne om udarbejdelse af ernæringsplaner og om opfølgning og kommunikation til primærsektoren er der ligeledes lang vej endnu.

#### 5.3.1.2 Eksempel på indsats i et patientforløb

Hvis en patient vurderes at være i risiko for underernæring, bør patienten videre udredes, så man kan fastlægge den ernæringsmæssige risikograd. Risikopatienter skal dernæst have lagt en ernæringsplan, der skal dokumenteres i journalen. Alle patienter i ernæringsmæssig risiko skal løbende have monitoreret, i hvilket omfang det daglige energibehov dækkes (7). Epikriser til egen læge for patienter i ernæringsmæssig risiko skal indeholde ovennævnte informationer.

Der er allerede udarbejdet registreringskoder og dertilhørende DRG-takster til den motiverende og intervenerende del af patientforløbet i relation til ernæring.

### 5.3.2 Overvægt

#### 5.3.2.1 Identifikation

Registreringen af overvægt hos indlagte patienter varierer meget mellem forskellige afdelinger. Dette er bl.a. dokumenteret i Den Gode Medicinske afdeling (49), og der er fortsat behov for mere fokus på ernæringstilstanden hos patienter i kontakt med sygehusvæsenet. Der er specielt brug for bedre identifikation af overvægt med henblik på en forebyggende indsats.

#### 5.3.2.2 Eksempel på indsats i et patientforløb

Patienter, der identificeres som overvægtige uden samtidig risiko for underernæring bør have lagt en behandlingsplan, som indeholder aftalte mål, vægttabsmetode og plan for opfølgning. Ved behov anbefales det, at undersøgelsesplanen udvides med måling af blodtryk samt fastende blodglukose og blodlipider. Herudfra kan man vurdere den samlede kardiovaskulære risikograd som følge af overvægten – det såkaldte ”metaboliske syndrom”. Risikograd, behandlingstilbud og opfølgningsplan dokumenteres i journalen med brug af eksisterende registreringskoder og dertilhørende DRG-takster og sendes ved udskrivelsen til patientens egen læge som et selvstændigt epikriseafsnit. Afhængig af motivationsgraden tilbydes patienten en forebyggelsessamtale for at understøtte motivationen for vægttab. Endvidere planlægges interventionen med henblik på vægttab sammen med patienten. Den efterfølgende monitorering og opfølgning tilpasses ændringer i motivationsgraden og omfatter justeringer af mål og tidsplan.

### 5.3.3 Fysisk inaktivitet

#### 5.3.3.1 Identifikation

En række aktører har interesseret sig for, hvordan man implementerer fysisk aktivitet som en systematisk del af patientforløbet i sygehusvæsenet. Det er dog ikke blevet beskrevet, hvordan det fysiske aktivitetsniveau hos den enkelte patient systematisk registreres under en indlæggelse eller ved ambulante besøg, således at den efterfølgende intervention vedrørende fysisk aktivitet vil kunne målrettes bedst muligt. Patientens fysiske aktivitetsniveau og/eller fysiske form kunne måles objektivt gennem forskellige test eller subjektivt via spørgeskema eller interview. Både nationalt og internationalt er der kun fundet meget få skemaer til registrering af fysisk aktivitetsniveau målrettet sygehuspatienter. Der er således et stort behov for at udvikle et journalskema, som man kan bruge til at kortlægge patienternes fysiske aktivitetsniveau, og projekt PRIK kan betragtes som et modelprojekt for dette.

#### 5.3.3.2 Eksempel på indsats i et patientforløb

Hvis man hos en patient identificerer et behov for specifik eller yderligere form for fysisk aktivitet, bør man vurdere patientens motivationsniveau. Man skal eventuelt tilbyde patienten en motiverende forebyggelsessamtale og herefter henvise til udarbejdelse af en egentlig træningsplan. Før udskrivelsen udarbejdes en plan for videre træning uden for sygehuset. Træningsoplysningerne skal anføres i epikrisen til egen læge.

Der er allerede udarbejdet registreringskoder og dertilhørende DRG-takster til den motiverende og intervenserende del af patientforløbet i relation til fysisk aktivitet.

### 5.3.4 Rygning

#### 5.3.4.1 Identifikation

Hovedparten (70-90%) af patienterne på sygehusene er i forbindelse med journaloptagelse ved indlæggelsen blevet spurgt om deres rygevaner (50), og der er udviklet velfungerende journalskemaer til kortlægning af patienternes rygning og grad af

afhængighed. Skemaet blev i projekt PRIK udfyldt enten af patienterne selv, af lægen eller af det øvrige sundhedspersonale. Det indgik direkte i journalmaterialet og blev brugt til kvalitetssikring og i forbindelse med dokumentationen ved hjælp af SKS-koder.

#### 5.3.4.2 Eksempel på indsats i et patientforløb

Efter identifikation af daglig rygning informeres patienten om rygning som risikofaktor og om fordelene ved rygestop. Det er erfaringen, at kun en mindre del af rygerne på sygehus får et kvalificeret rygeafvænningsstilbud. Dette tilbud kan bestå af en motiverende forebyggelsessamtale og henvisning til et rygeafvænningsprogram. Identifikation, forebyggelsessamtale og henvisning til intervention dokumenteres i journalen med brug af eksisterende registreringskoder og dertilhørende DRG-takster. Relevante oplysninger om identifikation og efterfølgende indsats skal fremgå af epikrisen til egen læge.

### 5.3.5 Alkohol

#### 5.3.5.1 Identifikation

Hovedparten (60-90%) af patienterne på sygehusene er blevet spurgt om deres alkoholforbrug i forbindelse med journaloptagelse ved indlæggelsen. Der er udviklet velfungerende journalskemaer til kortlægning af patienternes alkoholforbrug og eventuelle afhængighed. Skemaet kan udfyldes enten af patienten selv eller af lægen (se ovenfor). Det indgik direkte i journalmaterialet og blev brugt som kvalitets-sikringsredskab og i forbindelse med dokumentationen ved hjælp af SKS-koder.

#### 5.3.5.2 Eksempel på indsats i et patientforløb

Efter identifikation af et alkoholforbrug over genstandsgrænserne informeres patienten om alkohol som risikofaktor og fordelene ved alkoholophør eller alkoholreduktion. Den efterfølgende indsats kan bestå af tilbud om en motiverende forebyggelsessamtale og henvisning til et alkoholinterventionsprogram. Som ved rygning får kun en mindre del af patienterne tilbudt en kvalificeret alkoholintervention. Identifikation, forebyggelsessamtale og henvisning til intervention skal dokumenteres i journalen med brug af eksisterende registreringskoder og dertilhørende DRG-takster. Relevante oplysninger om identifikation og efterfølgende indsats skal fremgå af epikrisen til egen læge.

### 5.3.6 Kliniske indgangsspørgsmål til dokumentation

Arbejdet i denne fase udmøntede sig i nedenstående skema (tabel 1, side 30) med de anbefalede forslag til kliniske indgangsspørgsmål for de fem inkluderede risikofaktorer, tilhørende klinisk vurdering, forslag til registreringskode i SKS og eksempler på begrænsninger i forhold til visse patientgrupper.

**Tabel 1:** Høringssspørgsmål. Forslag til kliniske indgangsspørgsmål, vurdering, SKS-registrering og eksempler på begrænsninger i forhold til visse patientgrupper

Område	Klinisk indgangsspørgsmål	Klinisk vurdering	SKS-registrering	Eksempler på begrænsninger i forhold til visse patientgrupper
<b>Underernæring</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hvad er patientens BMI?</li> <li>2. Har patienten haft ufrivilligt vægttab de sidste 3 måneder?</li> <li>3. Har patienten haft nedsat kostindtag i den sidste uge?</li> <li>4. Er patienten svært syg? (Dvs. stressmetabol)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. BMI &lt; 20,5</li> <li>2. Ufrivilligt vægttab de sidste 3 måneder</li> <li>3. Nedsat kostindtag i den sidste uge</li> <li>4. Patienten er svært syg</li> </ol>	<b>"Risiko for underernæring"</b> med behov for videre udredning (Hvis "ja" til blot ét af punkterne i den kliniske vurdering)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Overvægtige patienter kan godt være i aktuel risiko for underernæring</li> </ul>
<b>Overvægt</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hvad er patientens BMI?</li> <li>2. Hvad er patientens taljemål?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. BMI &gt; 25</li> <li>2. Taljemål &gt; 80 cm (K), Taljemål &gt; 94 cm (M)</li> </ol>	<b>"Risiko for overvægt"</b> med behov for videre udredning (Hvis "ja" til blot et af punkterne i den kliniske vurdering)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ben-amputerede</li> <li>• Bodybuildere</li> <li>• Gravide (særlige forhold mht. vægtøgning)</li> </ul>
<b>Fysisk aktivitet</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hvor fysisk aktiv er patienten til dagligt? (Fx gåture, cykling, træning)</li> <li>2. Er der helbredsmæssig indikation for specifik eller blot yderligere fysisk aktivitet?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fysisk aktiv &lt; ½ time om dagen</li> <li>2. Behov for specifik eller yderligere fysisk aktivitet</li> </ol>	<b>"Risiko for fysisk inaktivitet"</b> med behov for videre udredning (Hvis "ja" til blot et af punkterne i den kliniske vurdering)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terminale patienter</li> </ul>
<b>Tobak</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hvor meget ryger patienten om dagen?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ryger dagligt</li> </ol>	<b>"Risiko for dagligt forbrug af tobak"</b> med behov for videre udredning	
<b>Alkohol</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hvor meget drikker patienten om ugen?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Drikker over de anbefalede genstandsgrænser</li> </ol>	<b>"Risiko for skadeligt alkoholforbrug"</b> med behov for videre udredning	

Det er meningen, at de kliniske indgangsspørgsmål skal besvares i alle journaler. Det betyder dog ikke nødvendigvis, at klinikerens skal stille patienten de kliniske indgangsspørgsmål, som de er formuleret ovenfor. Der kan med fordel spørges i en anden form, så længe det blot er muligt at konkludere, hvad svaret på det kliniske indgangsspørgsmål er.

## 5.4 Konklusion

På baggrund af fase 2 kunne man konkludere, at der for underernæring, tobak og alkohol allerede eksisterer identifikationsspørgsmål med tilhørende registreringskoder, som det er muligt at støtte sig op af i udviklingen af de samlede identifikationsspørgsmål og tilhørende registreringskoder. Derimod er der for overvægt og fysisk inaktivitet ikke alment udbredte, systematiske identifikationsspørgsmål, som fungerer i den kliniske praksis. Der har således været brug for nytænkning for at udvikle de inkluderede identifikationsspørgsmål for disse to risikofaktorer.

Med udgangspunkt i de sundhedsfaglige oversigter og ekspertgruppens samt Sundhedsstyrelsens interne evaluering nåede man frem til ovenstående kliniske spørgsmål og vurdering (tabel 1, side 30), som efterfølgende blev sendt i faglig høring. Den kliniske vurdering er baseret på, om spørgsmålet besvares med ”ja” eller ”nej”, og man overgår således til et dikotomt grundlag for den videre kliniske beslutningsproces og den relaterede handling, herunder tilbud om intervention.



## 6 Fase 3: Høring

### 6.1 Formål

Hensigten med projektets tredje fase var, at de udarbejdede forslag til spørgsmål og koder skulle vurderes i en bred faglig høringsrunde for at konkretisere og opkvalificere de udarbejdede forslag på baggrund af de indkomne svar.

### 6.2 Forløb

Materiale udviklet gennem fase 1 og 2 blev i februar 2006 sendt til faglig høring.

Høringsmaterialet bestod af et indledende brev (bilag 5), et baggrundsnotat (bilag 6), der præsenterede projekt PRIK, faglige notater for hver af de fem risikofaktorer (bilag 9), illustration af afgrænsningen af projektet i forhold til patientforløbet (bilag 8), samt et skema over de kliniske indgangsspørgsmål beskrevet under fase 2 (bilag 7).

Høringsparterne blev bedt om at fokusere på ordlyden af de kliniske indgangsspørgsmål, ordlyden af de tilhørende SKS-koder samt eventuelle begrænsninger af spørgsmål eller overlap mellem spørgsmål. Desuden blev høringsparterne bedt om at forholde sig til sammenhængen med det videre patientforløb. Især efterlystes forslag til spørgsmål omkring risikofaktoren fysisk inaktivitet.

De kliniske indgangsspørgsmål blev sendt i faglig høring hos 67 høringsparter, som inkluderede videnskabelige selskaber samt sundhedsfaglige fora, organisationer og enkeltpersoner (se bilag 3).

### 6.3 Resultater

Langt de fleste af høringsparterne havde ikke specifikke kommentarer til høringsmaterialet.

De indkomne kommentarer omhandlede enten én bestemt af de fem risikofaktorer eller mere generelle kommentarer. De generelle kommentarer omfattede et ønske om, at evidensgrundlaget for en indsats over for den enkelte risikofaktor blev medtaget, at alternative sproglige formuleringer fremgik af baggrundsmaterialet, og at der var patientgrupper, for hvilke nogle spørgsmål ikke syntes at virke. Der var desuden generelt en tilkendegivelse af, at projektet var et godt og vigtigt initiativ.

#### 6.3.1 Underernæring

Spørgsmålene om underernæring medførte kommentarer om, at BMI-værdien på 20,5 var sat for højt, og at man normalt anvender en grænse på 18,5. Dette medførte dog ikke en ændring i spørgsmålsformuleringen, idet grænsen på 18,5 er sat i forhold til den samlede befolkning, mens grænsen på 20,5 er sat i forhold til indsatsen over for patienter (se fase 1, afsnittet om retningslinier og anbefalinger for un-

derernæring). Desuden blev der foreslået en tilføjelse af spørgsmål om, hvad patientens kost bestod af. Dette blev heller ikke efterkommet, idet dette spørgsmål først er relevant i forhold til en efterfølgende, detaljeret sekundær udredning og ikke i forhold til den primære identifikation. Desuden ønskede nogle, at den tilhørende kode blev formuleret som ”risiko for sygdomsbetinget underernæring”, hvilket heller ikke blev efterkommet, idet Sundhedsstyrelsen ønsker at sætte bredt ind over for al underernæring, ikke kun sygdomsbetinget underernæring. Det blev desuden påpeget, at formuleringen ”ufrivilligt vægttab” var misvisende, idet man ønskede at sætte ind over for alle patienter med underernæring, hvad enten dette skyldtes et frivilligt eller ufrivilligt vægttab. Dette blev imidlertid ikke ændret, da sprogbbruken harmonerer med den gængse på området.

### 6.3.2 Overvægt

Spørgsmålene om overvægt blev kommenteret med hensyn til, at der var grupper (fx ældre), for hvem de normale BMI-værdier lå højere. Desuden blev der sat spørgsmålstejn ved, om grænsen for intervention var sat for lavt. Grænserne er imidlertid sat i forhold til forebyggelse og ikke behandling, hvorfor forslaget ikke medførte en ændring. Det blev yderligere påpeget, at taljemål alene ikke kunne medføre en overvægtsdiagnose og at BMI skulle inkluderes. Sundhedsstyrelsen vurderer, at det er væsentligt at kombinere de to mål, idet anvendelsen af taljemål medfører en bedre identifikation af abdominal fedme frem for BMI (51), mens BMI i dag er det mest udbredte og derfor nemmest anvendelige mål.

### 6.3.3 Fysisk inaktivitet

I flere af hørings svarene blev det påpeget, at spørgsmål 2 vedrørende fysisk aktivitet var uklart formuleret, fordi det ikke var tydeligt, om det omhandlede fysisk træning alene eller indgik som led i genoptræning. Flere høringsparter gav et eksempel, hvor en eliteidrætsudøver blev indlagt med benbrud og havde brug for særlig genoptræning uden at være i risiko for fysisk inaktivitet, men på baggrund af spørgsmålets formulering ville blive registreret som havende en sådan risiko. På den baggrund blev det besluttet at indføre et ekstra spørgsmål om, hvorvidt patienten har brug for et øvrigt træningsprogram. Desuden var der forslag om, at man spurgte konkret ind til, hvordan patienten holdt sig fysisk aktiv, men dette medførte ikke ændringer i de kliniske indgangsspørgsmål, idet det ville blive meget omfattende at registrere og ville være mere relevant i en sekundær udredning eller ved planlægning af interventionen. Det blev yderligere foreslået, at området med fysisk aktivitet tog udgangspunkt i ICF, men dette blev ikke efterkommet, da projektledelsen vurderede, at ICF var for detaljeret og tidskrævende at anvende i daglig klinisk praksis.

#### 6.3.4 Tobak

I forhold til rygning var kommentarerne, at lejlighedsvis og passiv rygning også er risikofaktorer. Dette medførte ingen ændring i de kliniske indgangsspørgsmål, dels fordi det ikke er muligt at give passivrygere et individuelt forebyggelsestilbud, dels fordi de kliniske retningslinier om rygning er baseret på evidens for, at det er den daglige rygning, der er skadelig, og at intervention heroverfor er effektiv. Endelig er der ikke tilstrækkelig evidens i forhold til lejlighedsvis rygning.

#### 6.3.5 Alkohol

Med hensyn til alkohol blev det påpeget, at ud over den nævnte begrænsning i forhold til gravide er det væsentligt at være opmærksom på, at alkohol kan interagere med visse typer af medicin. Desuden blev det påpeget, at personer, som i perioder drak meget, ikke blev identificeret ved hjælp af det anvendte spørgsmål, hvis de var i deres alkoholfri perioder. Her gælder det dog, at der ikke findes klare kliniske retningslinier for indsats over for personer, der har et uregelmæssigt, stort alkoholforbrug. Disse personer vil desuden som oftest totalt set nå op over genstandsgrænserne og dermed blive inkluderet af spørgsmålet alligevel.

#### 6.3.6 Kliniske indgangsspørgsmål og kategorisering

Kun i et enkelt høringssvar var der modstand mod en kategorisering af risikofaktorerne frem for en præcis registrering af omfanget. Kommentarerne gav dog ikke anledning til ændringer, dels fordi formålet er at udvikle et simpelt kodesystem, der koder for tilstedeværelse eller fravær af risikofaktoren, og ikke mange detaljerede registreringer af dens omfang, dels fordi den kliniske beslutningsproces i første omgang udelukkende relateres til, om risikofaktoren er til stede eller ej. Man kan naturligvis anføre supplerende, detaljeret information i journalen, ligesom kodningen kan suppleres med de øvrige ca. 45.000 SKS-koder efter behov.

På baggrund af kommentarerne fra høringssvarene blev de oprindelige kliniske indgangsspørgsmål tilpasset af ekspertgruppen og formuleret som direkte spørgsmål.

### 6.4 Konklusion

Som resultat af fase 3 blev de kliniske indgangsspørgsmål generelt fundet egnede til at afdække de fem risikofaktorer, og relevante ændringer blev foretaget i henhold til høringssvarene, herunder indføjelser af spørgsmålet om behov for øvrigt træningsprogram. Høringsparterne var generelt meget positive over for projektet og de kliniske indgangsspørgsmål samt deres form og indhold. De omformulerede kliniske indgangsspørgsmål (tabel 2, side 35) blev efterfølgende pilotimplementeret i klinikken.

**Tabel 2:** Inkluderede indgangsspørgsmål i pilotimplementeringen

<b>Underernæring (Blot et positivt svar udløser en kode)</b>	
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 (Blot et positivt svar udløser en kode)</b>	
B1)	Er patientens BMI over 25?
B2)	Er patientens taljemål over 80 cm (K) eller 94 cm (M)?
<b>Fysisk inaktivitet (Blot et positivt svar udløser en kode)</b>	
C1)	Er patienten fysisk aktiv over ½ time om dagen?
C2)	Har patienten behov for genoptræning?
C3)	Har patienten behov for øvrigt træningsprogram?
<b>Rygning</b>	
D1)	Ryger patienten dagligt?
<b>Alkohol</b>	
E1)	Drikker patienten over de anbefalede genstandsgrænser? (K = 14, M = 21)

## 7 Fase 4: Pilotimplementering

### 7.1 Formål

Den fjerde fase bestod af en pilotimplementering af de inkluderede kliniske indgangsspørgsmål på 11 danske sygehusafdelinger (se bilag 1). Formålet med pilotimplementeringen 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).

I pilotimplementeringen blev afdelingernes hidtidige registreringspraksis ikke vurderet, og spørgsmålene blev alene testet på baggrund af eksisterende journalmateriale – og altså ikke ved patientkontakt.

Der er udarbejdet en separat rapport om pilotimplementeringen af spørgsmålene, som i flere detaljer redegør for denne. Rapporten kan downloades fra Sundhedsstyrelsens hjemmeside: [www.sst.dk/prik](http://www.sst.dk/prik).

### 7.2 Forløb

#### 7.2.1 Design og dataindsamling

Pilotimplementeringen blev gennemført i et klinisk scenarie, 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.

Der blev anvendt et anonymiseret dataregistreringsskema, hvor kun dato, afdelingens og den kliniske speciallæges navn fremgik (se bilag 4). Dataregistreringsskemaet bestod af to dele, hvor de kliniske speciallæger først gennemførte en pilotimplementering af spørgsmålene og derefter evaluerede dem. Denne todelte procedure medførte, at de kliniske indgangsspørgsmål indledningsvis blev anvendt i praksis, således at personer blev bekendt med spørgsmålene, og først derefter blev vurderet af de samme personer.

I hverdagens kliniske praksis vil identifikationen af risikofaktorerne ske ved direkte patientkontakt. Spørgsmålene bliver enten stillet ved journaloptagelsen eller konfirmeret ud fra et patientudfyldt skema, der er blevet sendt til patienten, som skal udfylde det inden første kontakt med lægen. Selve registreringen vil efterfølgende gennemføres ved afslutningen af patientforløbet eller, i tilfælde af at man har elektronisk patientjournal, løbende ved journalskrivningen.

Da der dels ikke indgik direkte patientkontakt i pilotimplementeringen og dels kun blev indsamlet fuldstændigt anonymiserede data, blev undersøgelsen ikke indsendt til Den Videnskabetiske Komite eller Datatilsynet.

## 7.2.2 Materiale

Der deltog 11 speciallæger fra 11 forskellige kliniske sygehusafdelinger i pilotimplementeringen (se bilag 1). Lægerne havde alle erfaring med at udvikle eller anvende 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 medicinske specialer, herunder intern medicin, geriatri, kardiologi, arbejds- og miljømedicin, og kirurgiske afdelinger, herunder gastrokirurgi, ortopædkirurgi og gynækologi, foruden en intensiv afdeling, men ingen psykiatriske afdelinger.

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

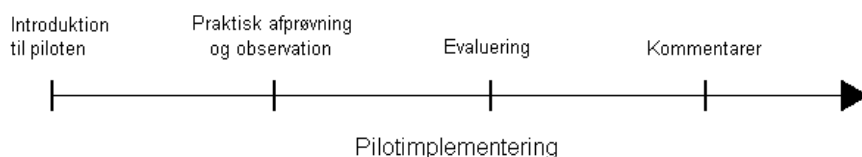
Dette valg skulle sikre, at pilotimplementeringen omfattede et bredt udsnit af landets sygehuse og herunder afspejlede forskelle i journalføring og kliniske rutiner. Samtidig ville de lokale erfaringer understøtte en efterfølgende implementering. Et andet formål med at inddrage de forskellige journalsystemer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

## 7.2.3 Metode

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

Besøget var planlagt til at vare to timer. Pilotimplementeringen blev indledt med en kort orientering af speciallægen om problemstillingen og formålet med pilotimplementeringen. Derefter fulgte registrering i praksis, evaluering, kommentering samt observering (se figur 4).

**Figur 4:** Pilotimplementeringens elementer



#### 7.2.4 Pilotimplementering

For at den enkelte speciallæge kunne vurdere spørgsmålenes anvendelighed 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. I alt skulle speciallægerne pilotimplementere 2.420 gange (11 spørgsmål x 11 afdelinger x 20 journaler).

De 20 konsekutive journaler fra hver afdeling 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 klinisk 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 til stede eller ej. Dette kunne skyldes, at oplysninger om risikofaktoren var ufuldstændige eller ikke havde samme form som de spørgsmål, der blev stillet, eller at oplysningerne helt manglede i journalen. Angivelse af ”ja” eller ”nej” betød, at spørgsmålet kunne bruges til at afklare, om risikofaktoren var til stede.

#### 7.2.5 Evaluering

Dernæst evaluerede speciallægen ud fra dataregistreringsskemaet (se bilag 4), om spørgsmålene var forståelige, anvendelige og dækkende for afdelingens patientgrundlag, og noterede dette på et dataregistreringsskema i form af ”ja” eller ”nej”. I alt skulle speciallægerne evaluere 363 gange (11 spørgsmål x 11 afdelinger x 3 kriterier).

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 patientgrupper, der ikke kunne omfattes af spørgsmålet.

#### 7.2.6 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.

## 7.2.7 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 o.l. Disse informationer blev efterfølgende brugt til at bedømme, hvor let eller svært det var for speciallægerne at blive fortrolige med dataregistreringsskemaet.

## 7.3 Resultater

### 7.3.1 Resultater af pilotimplementeringen

Resultaterne af den indledende pilotimplementering, som bestod af 2.420 pilotimplementeringer af de kliniske indgangsspørgsmål, præsenteres i nedenstående tabel 3 som medianer og range (%). Svarprocenten var 100.

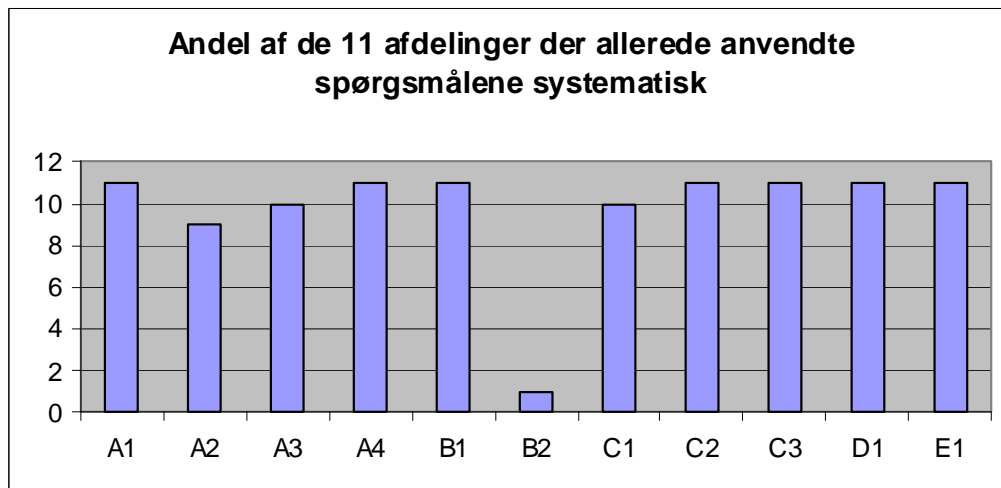
**Tabel 3:** Resultater af pilotimplementeringen

		Muligt at besvare ud fra journalen med ja eller nej		Positivt udfald (ja-svar)	
<b>Underernæring</b>					
A1)	Er patientens BMI under 20,5?	85 %	(40-100)	10 %	(10-135)
A2)	Har patienten haft ufrivilligt vægttab de sidste tre måneder?	40 %	(0-80)	0 %	(0-25)
A3)	Har patienten haft nedsat kostindtag i den sidste uge?	55 %	(0-80)	15 %	(0-45)
A4)	Er patienten svært syg (Dvs. stress-metabol) <sup>a</sup>	100 %	(75-100)	0 %	(0-45)
<b>Overvægt</b>					
B1)	Er patientens BMI over 25?	85 %	(40-100)	30 %	(10-65)
B2)	Er patientens taljemål over 80 cm (K) eller 94 cm (M)?	0 %	(0-85)	0 %	(0-60)
<b>Fysisk inaktivitet</b>					
C1)	Er patienten fysisk aktiv over ½ time om dagen? (Moderat intensitet, hvor pulsen kommer op, fx gåture, cykling, træning)	30 %	(0-95)	5 %	(0-40)
C2)	Har patienten behov for genoptræning?	95 %	(35-100)	30 %	(10-95)
C3)	Har patienten behov for øvrigt træningsprogram?	90 %	(25-100)	5 %	(0-95)
<b>Dagligt forbrug af tobak</b>					
D1)	Ryger patienten dagligt?	85 %	(60-100)	25 %	(15-40)
<b>Skadeligt alkoholforbrug</b>					
E1)	Drikker patienten over de anbefalede genstandsgrænser? (K = 14, M = 21)	80 %	(50-100)	10 %	(0-25)



Udbredelsen af de inkluderede spørgsmål i pilotafdelingerne var meget forskellig og fremgår af figur 5.

**Figur 5:** Udbredelse af spørgsmålene

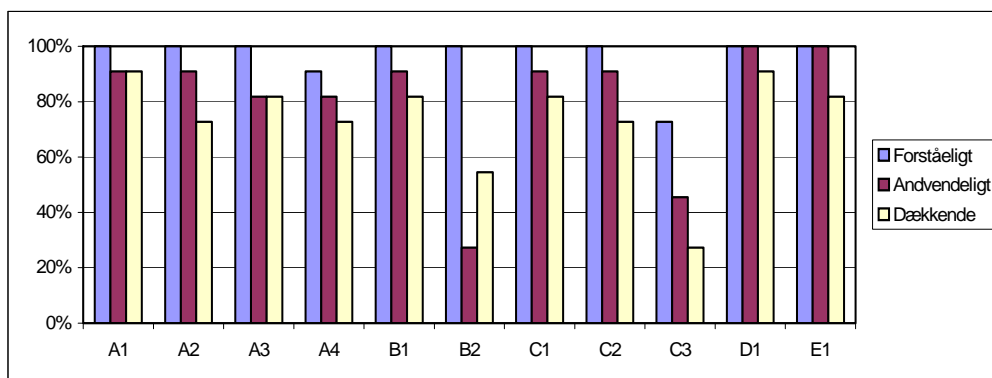


### 7.3.2 Resultater af evalueringen

Hvert af de inkluderede 11 indgangsspørgsmål blev efterfølgende evalueret af speciallægerne, og resultaterne af evalueringen fremgår af figur 6 (side 41). For hvert af de 11 kliniske indgangsspørgsmål blev det angivet, hvor stor en andel af de deltagende speciallæger, der fandt spørgsmålet henholdsvis forståeligt, anvendeligt og dækkende. Dette er illustreret ved de forskelligt farvede søjler.

Som det fremgår af figuren, fandt speciallægerne generelt alle spørgsmålene forståelige, mens spørgsmål B2 og C3 (se figur 6, side 41) kun i mindre grad fandtes anvendelige og dækkende.

**Figur 6:** Evaluering af spørgsmålene



Generelt var speciallægerne meget positive over for projektet, og flere påpegede, at det ville være muligt at inkorporere spørgsmålene i de registreringskemaer, der al-

lerede fandtes i afdelingen, således at man uden stort besvær kunne implementere dem. Flere speciallæger påpegede desuden muligheden for at implementere spørgsmålene (undtagen spørgsmål A4) i de skemaer, som man sendte til patienter inden indlæggelse, således at det blev patienten selv, der besvarede spørgsmålene direkte. Især i forhold til anvendelsen af EPJ fandt flere speciallæger spørgsmålene oplagte og lette at implementere.

### 7.3.3 Kommentering

Overordnet var alle på nær en enkelt speciallæge positive over for projektets anvendelse af de kliniske indgangsspørgsmål til at kategorisere risikofaktorerne. En enkelt speciallæge ønskede i stedet en angivelse af eksakte tal, således at registreringerne kunne anvendes til at generere data til brug i afdelingens forskning. Projektledelsen vurderede dog ikke, at en sådan præcisering ville medføre en anden klinisk handling.

#### 7.3.3.1 Underernæring

Spørgsmål A1: "Er patientens BMI under 20,5?"

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 kan der være problemer ved gravide, hvor BMI før graviditeten dog anvendes, og ældre mennesker, der kan være underernærede ved højere BMI, end det er tilfældet med yngre, fortrinsvis på grund af de ældres 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?"

Lægerne bemærkede, at det kan diskuteres, hvorvidt det har nogen betydning, om et vægttab er ufrivilligt frem for frivilligt, og hvornår et vægttab er ufrivilligt. Ordet "ufrivilligt" indgik i høringsrunden, men det var først med den kliniske afprøvelse i pilotimplementeringen, at diskussionen opstod. De fleste afdelinger anvender i dag spørgsmålet uden at skelne mellem frivilligt og ufrivilligt, og "ufrivilligt" burde således udgå, idet der også kan være en risiko forbundet med et frivilligt vægttab.

Spørgsmål A3: "Har patienten haft nedsat kostindtag i den sidste uge?"

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 ernæringssekema. Overordnet set syntes spørgsmålet dog at være velegnet til de fleste patientgrupper. En enkelt speciallæge påpegede dog, 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)"

Hovedparten af speciallægerne fandt spørgsmålet forståeligt, mens én enkelt hverken fandt det forståeligt, anvendeligt eller dækkende, fordi patienterne på afdelingen ikke var så syge, at de var stress-metabole. På samme måde fandt en anden speciallæge ikke, at spørgsmålet var anvendeligt eller dækkende i forhold til afdelingens patienter. En speciallæge fandt ikke spørgsmålet dækkende, fordi det ikke stemte overens med den graduering af svær sygdom, der blev anvendt på afdelingens eget ernæringssekema. Overordnet set syntes dette spørgsmål dog anvendeligt, men det forudsætter, at spørgsmålet følges af en uddybende præcisering af, hvad det vil sige at være svært syg (stress-metabol) svarende til informationen i baggrundsmaterialet.

De fire spørgsmål om underernæring anvendtes samlet til at afdække risikofaktoren underernæring, og et enkelt ja-svar på et af de fire spørgsmål udløste en kode, der efterfølgende skulle bevirke, at man skulle henvise til en videre udredning. Samlet udløste de fire spørgsmål mindst ét positivt svar hos i alt 29% af patienterne i pilotimplementeringen.

### 7.3.3.2 Overvægt

Spørgsmål B1: "Er patientens BMI over 25?"

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 og heller ikke for gravide eller bodybuildere samt visse etniske minoritetsgrupper. Personer inden for alle disse grupper kan være overvægtige ved et lavere BMI.

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

Alle 11 speciallæger fandt spørgsmålet forståeligt, men kun tre fandt det anvendeligt, og kun seks fandt det dækkende. Flere påpegede, at de fandt det overflødigt at spørge til både BMI og taljemål. Spørgsmålet vurderedes som vanskeligt at anvende og implementere, og kun få af lægerne kunne se relevansen af dette spørgsmål, bl.a. fordi de ikke havde erfaring med at anvende det i praksis. De vurderede, at spørgsmålet ikke kunne bruges over for patienter med ascites, kræft i mave-tarmkanalen, abdomen pendens, en mindre gruppe med anden etnisk baggrund og en større gruppe af gravide.

Den afdeling, der anvendte taljemål i forvejen, fandt dog taljemål let at anvende og handle ud fra. Taljemålet har desuden den fordel, at det kan anvendes til at afdække den særligt skadelige abdominalfedme, og derfor synes det på trods af ovennævnte kritikpunkter relevant at implementere i den kliniske hverdag. Med den stigende fokus på effekten af abdominalfedme i relation til dødelighed er det væsentligt at implementere dette spørgsmål, således at de kliniske indgangsspørgsmål bliver fremtidssikrede. Der synes dog omkring dette spørgsmål at være et særligt behov for undervisning og vejledning for at opnå en optimal effekt i anvendelsen af spørgsmålet.

Da taljemål kun blev anvendt på en enkelt af pilotafdelingerne, var det relevant at se på, hvordan koderne på denne afdeling fordelte sig mellem taljemål og BMI. På denne afdeling gjaldt det, at 70% af patienterne fik en kode for overvægt. Af disse fik 50% af patienterne en kode på baggrund af både BMI og taljemål, 10% fik en kode udelukkende på baggrund af BMI, mens 10% fik en kode udelukkende på baggrund af taljemål. Der synes således at være et stort overlap mellem de to spørgsmål.

De to spørgsmål om overvægt anvendtes samlet til afdækning af risikofaktoren overvægt, og et enkelt ja-svar udløste en kode, der efterfølgende skulle medføre henvisning til videre udredning. Samlet set udløste de to spørgsmål en kode hos i alt 35% af patienterne i pilotimplementeringen.

#### 7.3.3.3 Fysisk inaktivitet

Spørgsmål C1: "Er patienten fysisk aktiv over ½ time om dagen?"

En speciallæge fandt ikke spørgsmålet relevant, og en fandt det ikke dækkende, fordi afdelingens patienter alle var så syge, at de slet ikke kunne være aktive i 30 minutter hver dag.

Speciallægerne fandt, at spørgsmål C1 var defineret på tilfredsstillende vis, men der herskede nogen tvivl 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.

En kommentar gik på selve formuleringen af spørgsmålet, idet spørgsmålet var det eneste blandt de 11, hvor svaret "nej" og ikke "ja" udløste en kode. Det blev derfor foreslået, at spørgsmålet i stedet formuleredes: "Er patienten fysisk aktiv mindre

end ½ time om dagen?”, og at der anførtes eksempler på dagligdags aktiviteter, der var omfattet af spørgsmålet.

Spørgsmål C2: "Har patienten behov for genoptræning?"

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

Overordnet set syntes dette spørgsmål anvendeligt. Det viste sig undervejs, at behovet for genoptræning rutinemæssigt blev vurderet inden udskrivelsen i henhold til et 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 udgøre risiko for at komme til at udføre dobbeltarbejde.

Spørgsmål C3: "Har patienten behov for øvrigt træningsprogram?"

Spørgsmål C3 blev inddraget efter høringsrunden, hvor enkelte høringsparter havde teoretiseret over et scenarie vedrørende en eliteidrætsudøver. I praksis var denne situation ikke genkendelig for klinikerne, og spørgsmålet var ikke anvendeligt eller dækkende.

På den baggrund forekom det derfor ikke muligt at anvende dette spørgsmål i det endelige materiale.

#### 7.3.3.4 Rygning

Spørgsmål D1: "Ryger patienten dagligt?"

Alle 11 speciallæger fandt spørgsmålet både forståeligt og anvendeligt, og kun en enkelt fandt det ikke dækkende, fordi vedkommende ud fra forskningshensyn ønskede eksakte tal. Dette skyldtes et ønske om at skelne mellem flere kategorier af daglig rygning. Men der var ikke tilsvarende forskellige kliniske indikatorer til de forskellige kategorier. Der syntes ikke at være særlige grupper, for hvilke dette spørgsmål ikke fungerede. Alt i alt syntes dette spørgsmål derfor i høj grad at være velfungerende til identifikation af risikofaktoren rygning.

#### 7.3.3.5 Alkohol

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

Alle 11 speciallæger fandt spørgsmålet både forståeligt og anvendeligt. To ud af de 11 fandt det ikke dækkende. Én udtrykte tvivl om patienternes ærlighed i forhold til besvarelsen af dette spørgsmål, mens en anden foreslog, at man frem for at vælge grænserne sat af Sundhedsstyrelsen skulle vælge højere grænseværdier, der kunne forebygge operationskomplikationer. Højere grænseværdier er dog ikke relevant, da forebyggelsestilbuddene bør inkludere alle patientgrupper og ikke blot kirurgiske patienter. Bortset fra gravide, der helt frarådes at drikke alkohol (52), syntes spørgsmålet velegnet til identifikation af risikofaktoren alkohol.

#### 7.3.4 Tidsforbrug

På alle pilotafdelinger oplevede man en indlæringskurve, således at speciallægen efter de første pilotimplementeringer blev i stand til at gennemføre den kliniske registrering stadig hurtigere. Udfyldelsen af de sidste dataregistreringsskemaer tog blot et halvt til ét minut per patient. Det 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.

## 7.4 Konklusion

På baggrund af pilotimplementeringen blev det konkluderet, at speciallægerne generelt var meget positive over for projektet og de muligheder, som identifikations-spørgsmål med tilhørende registreringskoder ville give. Mange pegede på, at det ville være muligt at implementere spørgsmålene i allerede eksisterende registreringsskemaer på afdelingerne. Et enkelt sted valgte man endda at opdatere afdelingens rutiner på baggrund af resultaterne fra pilotimplementeringen umiddelbart efter dennes afslutning.

9 af de 11 kliniske indgangsspørgsmål var ifølge lægerne direkte brugbare i den kliniske hverdag ud fra eksisterende journalmateriale. Seks af disse spørgsmål fungerede helt efter hensigten, hvilket vil sige, at de var egnede til at identificere tilstedeværelse eller fravær af risikofaktorerne hos langt størstedelen af afdelingernes patienter.

For at optimere anvendelsen i klinikken mente speciallægerne, at det var nødvendigt at foretage mindre ændringer i tre af spørgsmålene. Således fandt et flertal af lægerne spørgsmål A2 anvendeligt, hvis blot ordet ”ufrivilligt” blev fjernet i forbindelse med vægttab. Ønsket skyldtes, dels at intentionen med de kliniske indgangsspørgsmål er at foretage en bred primær identifikation, dels at også et frivilligt vægttab kan føre til underernæring. I forhold til spørgsmål C1 vurderede lægerne, at det var hensigtsmæssigt at omformulere spørgsmålet, så det terminologisk passer til de øvrige spørgsmål, hvor et positivt svar udløser en kode. Altså at der fokuseres på, om patienten er fysisk aktiv i mindre end en halv time dagligt i stedet for som oprindeligt over en halv time dagligt. Endelig var der ønske om skriftlig, uddybende information til spørgsmålene A4 og C1, henholdsvis om termerne ”stress-metabol” og ”moderat intensitet”.

Speciallægerne udtrykte i evalueringen, at spørgsmål C3 var problematisk, på trods af at de fleste alligevel besvarede spørgsmålet i den forudgående praktiske kodeafprøvning. Der viste sig dog at være en fuldstændig overensstemmelse mellem svarene på henholdsvis spørgsmål C2 og spørgsmål C3. Det syntes således ikke at være det at besvare spørgsmålene, der var problemet, men snarere det at skelne mellem dem.

Undervejs i pilotimplementeringen blev det klart, at spørgsmål C2 om vurdering af behov for genoptræning allerede implementeres senere i patientforløbet omkring udskrivelsen (lovbefalet genoptræning). Spørgsmålet blev derfor udeladt.

Speciallægerne vurderede, at spørgsmål B2 om taljemål ville nødvendiggøre en konkret indsats, nemlig måling af taljen. Lægerne fandt dette overflødigt, idet BMI allerede er et kendt og udbredt mål. Udviklingsmæssigt er der dog stigende fokus på taljemålet, som især relaterer sig til den særligt skadelige abdominalfedme, der kan overses ved BMI. WHO anbefaler brugen af taljemål ved vurdering af overvægt. Det forventes derfor, at taljemålet vil spille en større rolle fremover, og det er således relevant at inddrage taljemål på linje med BMI.

Den basale identifikation af risikofaktorerne ved første patientkontakt – svarende til tidspunktet for journaloptagelsen – anbefales som angivet i tabel 4 (side 46). Som udgangspunkt skal registreringen omfatte alle voksne patienter, såvel ambulante som i forbindelse med indlæggelse. Børn og unge under 18 år (ved tidspunktet for første kontakt) samt terminale patienter er ikke omfattet.

**Tabel 4:** Anbefalede kliniske indgangsspørgsmål til dokumentation \*

		Tolkningsproblemer:
<b>Underernæring</b>		
A1)	Er patientens BMI under 20,5?	Gravide, ældre, patienter med amputationer, ascites
A2)	Har patienten haft vægttab de sidste tre måneder?	Gravide
A3)	Har patienten haft nedsat kostindtag i den sidste uge?	
A4)	Er patienten svært syg? (Stress-metabol, grad 3: Større apopleksier, sepsis, intensivpatienter med APACHE-score > 10, knoglemarvstransplantationer, kranietraumer, > 50% forbrænding, svær akut pancreatitis) <sup>1</sup>	
<b>Overvægt</b>		
B1)	Er patientens BMI over 25?	Gravide, ældre, visse etniske grupper, ascites, kræft i mave-tarmkanalen og abdomen pendens
B2)	Er patientens taljemål over 80 cm (K) eller 94 cm (M)?	Gravide, ældre, visse etniske grupper, ascites, kræft i mave-tarmkanalen og abdomen pendens
<b>Fysisk inaktivitet</b>		
C1)	Er patienten fysisk aktiv mindre end ½ time om dagen? (Moderat intensitet hvor pulsen kommer op, fx gåture, cykling, træning)	
<b>Rygning</b>		
D1)	Ryger patienten dagligt?	
<b>Alkoholforbrug</b>		
E1)	Drikker patienten over de anbefalede genstandsgrænser? (Genstandsgrænser: 14 genstande om ugen for kvinder, og 21 for mænd)	

\* Som udgangspunkt skal registreringen omfatte alle voksne patienter, såvel ambulante som i forbindelse med indlæggelse. Børn og unge under 18 år (ved tidspunktet for første kontakt) samt terminale patienter er ikke omfattet.

<sup>1</sup> I henhold til Sundhedsstyrelsens ernæringsark til journaler (7).



## 8 Fase 5: Formidling

Hensigten med denne fase var, at de resultater og erfaringer, der er opnået gennem projekt PRIK, blev formidlet til alle relevante aktører. Det gælder klinikere og øvrigt sundhedspersonale, der anvender risikoidentifikation i dagligdagen og sikrer implementeringen, fx afdelings-, klinik-, center-, område-, hospitals- og regionsledelse, samt sundhedsplanlæggere og beslutningstagere. Målgruppen omfatter endvidere de sundhedsprofessionelle i primærsektoren (hvor koderne vil kunne understøtte kommunikationen), videnskabelige selskaber, interesseorganisationer og andre, der arbejder med forebyggelse.

### 8.1 Formålet med formidlingsfasen

Formålet med fasen var at gøre målgrupperne bekendt med de nye forebyggelseskoder og kodernes kliniske relevans og anvendelse samt de forebyggelsesperspektiver, der ligger i at implementere spørgsmålene og de tilhørende koder.

### 8.2 Flere informationer på Sundhedsstyrelsens hjemmeside

Formidlingen sker gennem denne procesrapport og via Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Desuden har de speciallæger, som gennem pilotimplementeringen har fået erfaring med anvendelsen af koderne, indvilliget i at fungere som ressourcepersoner på lokalt og regionalt niveau.

Rapporten findes kun i en elektronisk version, og er tilgængelig via Sundhedsstyrelsens hjemmeside [www.sst.dk/prik](http://www.sst.dk/prik), hvor man også finder andre relevante dokumenter, som er udarbejdet i forbindelse med projektet.

Ydermere er projektet løbende formidlet gennem videnskabelige selskaber, Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark og andre interesseorganisationer, pressen, diverse fagblade samt på ledelsesniveau på sygehuse og i regionerne.

### 8.3 Opfølgning på projektet

Efter formidlingsfasen er projekt PRIK afsluttet. Sundhedsstyrelsen vil herefter fortsat følge udviklingen i brugen af de nye forebyggelseskoder, og har iværksat arbejde, der skal sikre, at koderne kommer til at indgå i Fællesindholdet, og dermed opsamles i LPR. En registreringsvejledning om forebyggelse og sundhedsfremme er desuden under udarbejdelse.

Styrelsen vil på sigt monitorere, hvordan man på sygehusene identificerer risikofaktorerne underernæring, overvægt, fysisk inaktivitet, rygning og overforbrug af alkohol ved patientens første kontakt i sygdomsforløbet til sygehuset, svarende til eksisterende opfølgningsrutiner, eksempelvis gennem hospitalernes og regionernes eget kvalitetsarbejde og Landspatientregistret.

## 8.4 Relaterede SKS-koder

Identifikationen af et forebyggelsesbehov på de 5 områder kan fremover dokumenteres i kodesystemet SKS og SNOMED (se tabel 5).

**Tabel 5:** Relaterede SKS-koder

Risikofaktor	Hvis ja til spørgsmål	SKS-koder	
Underernæring	Blot ét af A1 til A4	DZ038F	Klinisk mistanke om underernæring
Overvægt	Blot ét af B1 til B2	DE669	Overvægt uden specifikation
Fysisk inaktivitet	C1	DZ723	Mangel på fysisk aktivitet
Rygning	D1	DZ720E	Daglig rygning
Overforbrug af alkohol	E1	DZ721A	Alkoholforbrug > 14 (K) hhv. 21 (M) genstande om ugen

Disse koder anføres, ligesom anden relevant kodning, enten undervejs i patientforløbet, som det ofte vil være tilfældet med især den elektroniske patientjournal, eller ved afslutningen af patientforløbet. Ved kodningen følges de almindelige retningslinjer, hvilket vil sige, at det kun er positive fund, der registreres. Herved bliver registreringsarbejdet minimalt.

De angivne koder bør synliggøres i registreringen, helst på forsiden af patientjournalen og medtages på udskrivningskortet, således at koderne er lette at følge op på for både hospitalet, patientens egen læge og samarbejdsparter i kommunen.

## 9 Rådgivning om god klinisk praksis

Projekt PRIK har givet anledning til følgende råd som en del af det gode, sammenhængende patientforløb:

- Underernæring, overvægt, fysisk inaktivitet, daglig rygning og overforbrug af alkohol identificeres rutinemæssigt ved første patientkontakt svarende til de kliniske spørgsmål ved journaloptagelse (se tabel 4, side 46).
- Risikofaktorerne dokumenteres i journalen og registreres ved hjælp af det tilhørende kodesystem (se tabel 5, side 48).
- Identifikation af en eller flere risikofaktorer følges op med videre udredning og tilbud om motiverende og forebyggende intervention (se figur 1, side 13).
- Registrering af de fem risikofaktorer skal ikke opfattes som begrænsende, men kan udvides og udvides, hvor det er relevant.
- Monitoreringen sikres via sygehusenes og regionernes eget kvalitetsarbejde samt nationalt via Landspatientregisteret.

# 10 Perspektivering

## 10.1 Relevansen af projekt PRIK

Implementering af forebyggelse på sygehusene er et krav i sundhedsloven (16), og en fortsat udvikling på området er vigtig for at sikre, at loven overholdes.

Gennem projekt PRIK er det konstateret, at identifikation af risikofaktorerne underernæring, overvægt, fysisk inaktivitet, rygning og alkohol allerede sker i mange patientforløb på sygehusene. Identifikationen sker dog i varierende omfang og med uensartet indhold.

Med indførelsen af en enkel identifikation med tilhørende registreringskoder, udviklet gennem projekt PRIK, understøttes klinisk relevant identifikation af patientens risikofaktorer og behov for opfølgende forebyggende tilbud. Denne proces styrker tilgængeligheden af forebyggende tilbud til alle, der er i kontakt med sygehusvæsenet, og bidrager derved til at reducere uligheden i sundhed.

Den kliniske identifikation af risikofaktorerne kan desuden bruges til at dokumentere forhold i sygehusvæsenet, som ikke tidligere har kunnet dokumenteres. Det drejer sig fx om udbredelse og variation af risikofaktorerne, hvor en rettidig indsats har stor betydning for at undgå unødigt komplicerede, tunge og dyre patientforløb – både for den enkelte patient og for sundhedsvæsenet.

## 10.2 Virkninger for patienten

Den enkelte patient vil få gavn af den systematiske identifikation. Det gælder ikke mindst den ressourcetsvage patient, der ikke selv efterspørger eller opsøger et forebyggende tilbud, der igangsættes på sygehuset og følges op i patientens lokalmiljø, og som ofte i særlig høj grad vil kunne nyde godt af en forebyggende indsats.

Patienterne er generelt positive over for forebyggende indsatser, men de får i dag ikke mange forebyggelsestilbud, til trods for at der er dokumenteret effekt omkring patientforløbet, og selvom identifikationen og den efterfølgende indsats er integreret i de fleste kliniske retningslinier ved kroniske, medicinske sygdomme og operative indgreb. Det er næppe længere fagligt eller etisk forsvarligt at undlade information om forebyggelse og tilbud i patientforløbet. Samtidig er det dog fortsat væsentligt at respektere patientens ret til at vælge, om vedkommende vil tage imod forebyggende tilbud på et informeret grundlag.

Det er nødvendigt, at forebyggelsen følger patienten, således at identifikationen af risikofaktoren og den forebyggende indsats foregår, hvor patienten er. Denne tilgang er baseret på det store arbejde, der er gennemført på alle niveauer i sundhedsvæsenet i de senere år med hensyn til evidensbaserede, integrerede kliniske retningslinjer.

### 10.3 Personalet

Det er afgørende, at klinikerne introduceres ordentligt til identifikationsspørgsmålene og mulighederne for videre udredning samt lokale tilbud. Pilotimplementeringen har vist, at det er tilstrækkeligt med en halv times introduktion og efterfølgende anvendelse i praksis. Dette kan fremover indgå som led i den lokale introduktion til nyansat personale. Den systematiske identifikation vil muligvis koste lidt ekstra tid i startfasen, men erfaringer fra pilotimplementeringen viser, at det hurtigt bliver rutine. Desuden har identifikationen den fordel, at der kan spares tid ved at undgå ubehagelige overraskelser senere i patientforløbet.

Fordele vil for både personalet og patienterne være en hurtigere klinisk beslutningsproces med en målrettet intervention afstemt efter behov og ønsker. Dette vil give mulighed for en bedre indsats og resultere i et mindre kompliceret og omkostningstungt og til gengæld mere sammenhængende patientforløb.

### 10.4 Sundhedsplanlægning

Ved at sikre forankringen på alle ledelsesniveauer opnår man, at forebyggelsen ikke udelukkende baseres på enkeltpersoners varierende indsats og engagement. Implementeringen af identifikationsspørgsmålene udgør bindeleddet mellem den teoretiske viden og den kliniske praksis, og her spiller afdelings-, klinik-, center-, område-, hospitals- og regionsledelsen en afgørende rolle. Det er ledelsernes ansvar at sikre, at der er en klar arbejdsdeling og ansvarsfordeling samt en forebyggelsespolitik på sygehuset med relateret strategi for implementeringen, som det også er beskrevet i standarder for forebyggelse på sygehuse (54).

### 10.5 Samspil med de patientadministrative systemer

Identifikationen af risikofaktorerne og de relaterede SKS-koder kan bruges som dokumentation. Den systematiske anvendelse af koderne vil lette kommunikationen i sundhedspersonalets daglige arbejde. SKS-koderne vil kunne indgå i de dialogredskaber, der anvendes både internt mellem forskellige afdelinger i sygehushvæsenet og eksternt til andre aktører i sundhedsvæsenet, som eksempelvis praktiserende læger, hjemmesygeplejersker og plejehjem. Herigennem fremmes det sammenhængende patientforløb.

### 10.6 Fremtidsperspektiver

Umiddelbart er projekt PRIK udelukkende udviklet til at fungere for voksne patienter på sygehusene. Men hvis der opnås lige så positive resultater med den fremtidige, praktiske anvendelse af spørgsmålene, som der er opnået gennem projektets indledende faser, er det oplagt at overveje, hvordan projektet kan udvides til andre indsatsområder.

Det gælder både muligheden for at udvide patientmålgruppen, fx med særlige indgangsspørgsmål til børn, samt muligheden for at udvide indsatsområdet nationalt og internationalt. Rapporten kan således anvendes som inspiration til at udvikle og implementere en PRIK-lignende tilgang i andre sektorer og sammenhænge – fx hos praktiserende læger, i kommunale sundhedscentre og i den kommunale sundheds-tjeneste.

## 10.7 Udviklingsområder

Det er væsentligt at holde sig for øje, at identifikationsspørgsmålene og de tilhørende registreringskoder skal være dynamiske og løbende skal kunne tilpasses ændringer i den kliniske hverdag, samt at de skal udvikles, når der kommer ny viden om risikofaktorerne og relevante interventioner. Dette gælder aktuelt for taljemål, der blev vurderet som overflødig af klinikerne i pilotimplementeringen, men hvor flere studier tyder på en god sammenhæng mellem talje-hofte-mål og sygdomsrisiko, og man derfor må forvente, at anvendelse af taljemål bliver mere udbredt.

Både fysisk inaktivitet og overvægt er inddraget i projekt PRIK som udviklingsområder, og det gælder for begge, at der her er behov for udvikling af kliniske retningslinier på lige fod med de andre områder.

Desuden vil det i fremtiden være muligt at inddrage nye potentielle risikofaktorer som fx stress, svage sociale relationer og kort uddannelse.

## 10.8 Forskning

De kliniske indgangsspørgsmål i projekt PRIK er udviklet for at afdække og dokumentere behov for en forebyggelsesindsats og ikke med henblik på, at de indsamlede oplysninger skal bruges i direkte forskningsøjemed. Derfor er data simple og reducerede i forhold til den kompleksitetsgrad, der ofte ønskes af forskere.

Indførelsen af de kliniske indgangsspørgsmål vil dog betyde, at der fremover kan indsamles oplysninger om en større andel af patienterne, end tilfældet er i dag. Der vil derved blive genereret et større, systematisk indsamlet datasæt, der kan bruges i klinisk forebyggelsesforskning.

Desuden er det til enhver tid muligt på den enkelte afdeling at supplere de indgangsspørgsmål, der er udviklet i projekt PRIK, med yderligere eller uddybende spørgsmål af særlig interesse for forskere på området. De inkluderede kliniske indgangsspørgsmål fra projektet kan således betragtes som en fælles basis, der kan suppleres alt efter den enkelte afdelings eller det enkelte sygehus' forskningsmæssige interesser, og man må forvente, at spørgsmålene med tiden udbredes og nuanceres.

## 11 Referenceliste

1. Den danske kvalitetsmodel. Modelbeskrivelse, 2004. København, Sundhedsstyrelsen.
2. Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark. Interessegruppen DRG og forebyggelse. Afsluttende rapport, 2004. København.
3. Gröne O, Garcia-Barbero M. Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms, 2006. World Health Organization.
4. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002.
5. Mundt K, Fugleholm AM, Hedegaard AM, Jepsen JM. Rygeophør på sygehus. Fakta, metoder og anbefalinger, 2001. København, Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse.
6. Træden UI, Zwisler ADO, Møller L, Tønnesen H. Forebyggelse på danske sygehuse – en kortlægning, 2001. København, Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse og Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark.
7. Sundhedsstyrelsen. Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister – screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko, 2003.
8. Prescott E. Tobaksrygning og rygestop: Konsekvenser for sundheden. 2004. København, Viden- og dokumentationsenheden, Sundhedsstyrelsen.
9. Rasmussen HH, Kondrup J, Staun M, Ladefoged K, Kristensen H, Wengler A. Prevalence of patients at nutritional risk in Danish hospitals. *Clin Nutr* 2004;23:1009-15.
10. Møller A, Villebro N. Interventions for preoperative smoking cessation, 2005. Cochrane Database of systematic reviews.
11. Rasmussen HH. Underernæring på sygehuse – hvad gør vi? *Ugeskr Læger* 2006;168:1226.
12. WHO/Europe. The European strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases in the WHO European Region, 2006.
13. Sundhedsstyrelsen. Projektbeskrivelse af samlede projekt PRIK, 2005. Sundhedsstyrelsen.
14. Jørgensen T, Borch-Johnsen K, Iversen L. Klinisk håndbog i forebyggelse på sygehuse. Munksgaard, 2001.
15. Sundhedsstyrelsen. SKS-browser, [www.medinfo.dk](http://www.medinfo.dk) 2006.
16. Sundhedsministeriet. Sundhedsloven, [www.retsinfo.dk](http://www.retsinfo.dk) 2005.

17. Boel T, Kannegaard PN, Goldstein H, Andersen T. Tobak, alkohol og fedme før planlagt kirurgi. Forekomst og motivation for risikoreduktion. *Ugeskr Laeger* 2004;166:3297-300.
18. Møller AM, Villebro NM. Præoperativ rygestopintervention: Hvad mener patienterne? *Ugeskr Laeger* 2004;166:3714-8.
19. Nelbom BM, Tønnesen H, Backer V. Forebyggelsessamtaler. Har de en plads på en akutafdeling? *Ugeskr Laeger* 2004;166:2791-5.
20. Goldstein H, Tønnesen H. Forebyggelse på danske sygehuse. *Ugeskr Laeger* 2005;167:1177-80.
21. Pedersen PU. Nutritional care: the effectiveness of actively involving older patients. *J Clin Nurs* 2005;14:247-55.
22. Rasmussen HH, Kondrup J, Ladefoged K, Staun M. Clinical nutrition in Danish hospitals: a questionnaire-based investigation among doctors and nurses. *Clin Nutr* 1999;18:153-8.
23. Pedersen BK, Saltin B. Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling, 2003. Sundhedsstyrelsen.
24. Rasmussen HH. Undervægt. En oversigts- og kortlægningsrapport om evidens samt aktuelle erfaringer, 2005. Sundhedsstyrelsen.
25. Rasmussen HH. Undervægt. Rapport II. behandlingsalgoritme, journalark (ernæring), patientspørgeskema og standarder/indikatorer, 2005. Sundhedsstyrelsen.
26. Heitmann B, Richelsen B, Hansen GL, Hølund U. Overvægt og fedme. Befolkningens sundhed set i relation til den øgede forekomst af fedme i Danmark, 1999. København, Sundhedsstyrelsen.
27. Due P, Heitmann B, Sørensen TIA. Adipositasepidemien i Danmark. *Ugeskr Laeger* 2006;168:129-32.
28. Juel K, Bronnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark, 2006. København, Statens Institut for folkesundhed.
29. National Institutes of Health. Clinical Guidelines on Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults – The Evidence Report 98, 1998. USA.
30. Svendsen OL, Toubro S, Bruun JM, Linnet JP, Kroustrup JP. Retningslinier for behandling af adipositas anno 2005. *Ugeskr Laeger* 2006;168:180-2.
31. Richelsen B, Astrup A, Hansen GL. Den danske fedmeepidemi. Oplæg til en forebyggelsesindsats, 2003. København, Ernæringsrådet.
32. Center for Forebyggelse. Oplæg til national handlingsplan mod svær overvægt – forslag til løsninger og perspektiver, 2003. København, Sundhedsstyrelsen.



33. Kroustrup JP. Rapport om overvægt. Journaloplysninger, behandlingsalgoritme, standarder, indikatorer samt forslag til monitorering, 2005. Sundhedsstyrelsen.
34. Kroustrup JP. Overvægt. PRIK-rapport, 2. del. Journaloplysninger, standarder og indikatorer samt behandlingsalgoritme, 2005. Sundhedsstyrelsen.
35. Bispebjerg Hospital. Forebyggelse på hospitalet. Statusrapport 1994-1997, 1998.
36. Bendix AF. Delrapport omhandlende fysisk aktivitet, 2005. København, Sundhedsstyrelsen.
37. Bendix AF. Delrapport II. Fysisk aktivitet – screening, standarder, indikatorer og journalark, 2005. København, Sundhedsstyrelsen.
38. Bronnum-Hansen H, Juel K. Tabte gode leveår på grund af rygning. *Ugeskr Læger* 2002;164:3953-8.
39. Munafo M, Rigotti N, Lancaster T, Stead L, Murphy M. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients: a systematic review. *Thorax* 2001;56:656-63.
40. Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark. Røgfrit sygehus: Definition og strategi for implementering, 2001.
41. Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark. Opfølgning af røgfri sygehuse, 2005.
42. Møller AM, Villebro N, Pedersen T, Tonnesen H. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. *Lancet* 2002;359:114-7.
43. Tønnesen, H. Supplerende rapport om inddragelse af tobak som risikofaktor i patientregistrering. Del I og II, 2005. Sundhedsstyrelsen.
44. Mundt K, Jensen J, Kann A, Nielsen AS, Grønbæk M, Tønnesen H. Alkoholforebyggelse på sygehus: fakta, metoder og anbefalinger, 2003. København, Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse.
45. Sundhedsstyrelsen. Genstandsgrænser for voksne, 2005. Sundhedsstyrelsen.
46. Tønnesen, H. Supplerende rapport om inddragelse af alkohol som risikofaktor i patientregistrering. Del I og II, 2005. Sundhedsstyrelsen.
47. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr* 2003;22:415-21.
48. Pedersen A, Beck AM, Koch B, Schiødt B, Sylow J, Vasilaras TH, Rasmussen HH. Den nationale kosthåndbog, 2005. København.
49. Den Gode Medicinske afdeling. Den gode medicinske afdeling. Tværsnitundersøgelse 2003/2004. Planlægning under akut indlæggelse, medicinering og udskrivelse, 2004. København.

50. Møller AM, Tonnesen H. Smoking and alcohol intake in surgical patients: identification and information in Danish surgical departments. *Eur J Surg* 2001;167:650-1.
51. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Bautista L, Franzosi MG, Commerford P et al. Obesity and the risk of myocardial infarction in 27,000 participants from 52 countries: a case-control study. *Lancet* 2005;366:1640-9.
52. Sundhedsstyrelsen. Graviditet og alkohol, 1998.
53. Sundhedsstyrelsen. National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Fælles mål og handleplan 2002-2006, 2002. Det nationale råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet.
54. Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, standarder for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme på sygehus, 2003. København.
55. Sundhedsstyrelsen. Patientforløb og kvalitetsudvikling, 1999. Sundhedsstyrelsen.

## 12 Bilagsfortegnelse

- Bilag 1: Deltagere i pilotimplementeringen**
- Bilag 2: Deltagere i ekspertgruppen**
- Bilag 3: Deltagere i høringen**
- Bilag 4: Pilotimplementering. Dataregistreringskema**
- Bilag 5: Høring. Brev udsendt til høringsparter**
- Bilag 6: Høring. Baggrundsnotat**
- Bilag 7: Høring. Skema over de 5 høringsspørgsmål**
- Bilag 8: Høring. Illustration af projektets afgrænsning**
- Bilag 9: Høring. Fagligt notat vedr. fysisk aktivitet, underernæring, overvægt, tobak og alkohol**

# Bilag 1: Deltagere i pilotimplementeringen

## 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
- Richard Farlie, overlæge, Gynækologisk/obstetrisk Afdeling, Herning Sygehus (EPJ)

## Region Syddanmark:

- Anders Elbirk, specialeansvarlig overlæge, Organkirurgisk Afdeling, Aabenraa Sygehus
- Mogens Hüttel, overlæge, Anæstesiafsnit 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., Gynækologisk Klinik, H:S Rigshospitalet
- Niels Ebbenhøj, overlæge, Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik, Bispebjerg Hospital
- Marianne Frederiksen, speciallæge i intern medicin, Kardiologisk Klinik Y, Bispebjerg Hospital.

Desuden er der indhentet kommentarer vedrørende den elektroniske patientjournal fra Inge Kobberø, projektleder, Informatikafdelingen, H:S Direktionen.

### **Pilotimplementeringen er gennemført af**

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 Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse / WHO Collaborating Centre for Evidence-Based Health Promotion in Hospitals, 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.

## Bilag 2: Deltagere i ekspertgruppen

Ane Friis Bendix, Afdelingsleder, overlæge, dr.med., Forsknings- og MTV-afdelingen, Odense Universitetshospital

Jens Peter Kroustrup, overlæge, Medicinsk Endokrinologisk afdeling, Medicinsk Center, Aalborg sygehus

Henrik Højgaard Rasmussen, overlæge, ph.d., Medicinsk Gastroenterologisk afd. M, Aalborg Sygehus

Hanne Tønnesen, overlæge, dr.med., forskningsleder, Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse / WHO Collaborating Centre for Evidence-Based Health Promotion in Hospitals, Bispebjerg Hospital.

# Bilag 3: Deltagere i høringen

Høringsliste, februar 2006

Sundhedsstyrelsens indsats omkring patientregistrering af inaktivitet og kost (PRIK).

## Faglig høring omkring indledende screeningsspørgsmål

### Samarbejdsparter, interne:

- Centerchef Else Smith, CFF (underernæring, overvægt, fysisk aktivitet, tobak, alkohol og folkesygdomme)
- Kontorchef Arne Kverneland, SeSI (EPJ og Det Nationale Begrebsråd for Sundhedsvæsenet)
- Kontorchef Lone de Neergaard, Enhed for Planlægning
- Kontorchef Morten Hjulsager, SeSS
- Kontorchef Poul Erik Hansen, SeSE (DRG)
- Ledende embedslæge Anders Carlsen, ELI
- Ledende embedslæge Arne Poulstrup, ELI
- Ledende embedslæge Ole Mygind, ELI
- Projektleder Thomas Schiøler, Enhed for Kvalitet

### Faglige organisationer og fora:

- Alkoholenhederne i H:S
- Center for Alkoholforskning ved Statens Institut for Folkesundhed, SIF
- Dansk Endokrinologisk Selskab, DES
- Dansk Lungemedicinsk Selskab, DLS
- Dansk Medicinsk Selskab, DMS
- Dansk Selskab for Almen Medicin, DSAM – att.: Forebyggelsesudvalget
- Dansk Selskab for Adipositasforskning, DSAF
- Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intern Medicin, DASAIM
- Dansk Selskab for Folkesundhed
- Dansk Selskab for Fysisk Aktivitet og Sundhed, DASFAS
- Dansk Selskab for Geriatri
- Dansk Selskab for Idrætsmedicin, DIMS
- Dansk Selskab for Intern Medicin, DSIM
- Dansk Selskab for Klinisk Ernæring, DSKE
- Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedsvæsenet, DSKS
- Dansk Selskab for Tobaksforskning
- Den Gode Medicinske Afdeling, DGMA

- Det Nationale Indikatorprojekt, NIP (Det Koordinerende Sekretariat)
- Det Nationale Råd for Folkesundhed
- Forberedelsesudvalget for region Hovedstaden – att.: Direktionen
- Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, FCFS i Københavns Amt
- H:S Enhed for Klinisk Kvalitet (IP ved H:S)
- H:S Institut for Sygdomsforebyggelse
- Institut for Human Ernæring, IHE ved Den Kgl. Veterinær- og Landbohøjskole, KVL
- Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet; IKAS (Den Danske Kvalitetsmodel)
- Kirurgisk Forum
- Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, KESF ved Bispebjerg Hospital
- MarselisborgCentret
- Motions- og Ernæringsrådet, MER
- Netværk af Forebyggende Sygehuse i Danmark
- Statens Institut for Folkesundhed, SIF

#### **Faglige enkeltpersoner:**

- Forebyggelseskonsulent Dorte Høst, Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, KESF ved Bispebjerg Hospital
- Lektor Lis Puggaard, Institut for Idræt og Biomekanik ved Syddansk Universitet, SDU
- Overlæge Inge Haunstrup Clemmensen, Kræftens Bekæmpelse
- Overlæge Ole Lander Svendsen, H:S Bispebjerg Hospital, Intern medicin
- Professor, dr.med. Bente Klarlund Pedersen, Rigshospitalet
- Professor, overlæge Jens Kondrup, Rigshospitalet og Institut for Human Ernæring, IHE ved KVL
- Seniorforsker Anne Marie Beck, Danmarks Fødevareforskning, DFVF
- Seniorforsker Anette Søgaard Nielsen, Alkoholbehandlingscentret, ABC og Center for Alkoholforskning ved SIF

#### **Interesseorganisationer:**

- Adipositasforeningen
- Amtsrådsforeningen, ARF
- Astma-Allergi Forbundet
- Danmarks Lungeforening
- Danske Fysioterapeuter
- Dansk Sygeplejeråd, DSR



- Diabetesforeningen
- Den Almindelige Danske Lægeforening, DADL – att.: Misbrugsudvalget
- Den Almindelige Danske Lægeforening, DADL – att.: Sundhedskomiteén
- Ergoterapeutforeningen, ETF
- Foreningen af Kliniske Diætister, FaKD
- Hjerteforeningen
- H:S
- Jordemoderforeningen
- Kommunernes Landsforening, KL
- Kræftens Bekæmpelse
- Patientforum
- Sund By Netværket

**CC til:**

- Indenrigs- og Sundhedsministeriet

## Bilag 4: Pilotimplementering. Dataregistreringsskema

*Pilottest af Sundhedsstyrelsens projekt ”Inddragelse af fysisk inaktivitet og uhenigtsmæssige kostvaner, samt tobak og alkohol som risikofaktorer i patientregistreringen”, april – oktober 2006.*

Formålet med pilottesten er at afprøve, om de udviklede koder er forståelige, anvendelige og dækkende til systematisk identifikation af risikofaktorerne fysisk inaktivitet, rygning samt uhenigtsmæssig ernæring og alkoholindtag hos patienter.

### Skemaerne indeholder:

- **SKEMA 1:** Venstre side af skemaet består af et klinisk indgangsspørgsmål 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. Højre side består af bokse til uddybende kommentarer. Skemaet afsluttes med linjer til plads for yderligere kommentarer.

**Der skal kun udfyldes et SKEMA 2 i alt.**

## SKEMA 1: SKS-registrering, pilotimplementering

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-U)	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-U)	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-U)	Nej	Uoplyst	Kommentarer:
D1) Ryger patienten dagligt?				

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

## SKEMA 2: SKS-registrering, pilotimplementering

Er koden:	Forståelig?	Anvendelig?	Dækkende?	Kommentarer:
<b>A: RISIKO FOR UNDERERNÆRING</b>				
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>B: RISIKO FOR OVERVÆGT</b>				
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	
<b>C: FYSISK INAKTIVITET</b>				
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	
<b>D: DAGLIGT FORBRUG AF TOBAK</b>				
D1) Ryger patienten dagligt?	JA NEJ	JA NEJ	JA NEJ	
<b>E: SKADELIGT ALKOHOLFORBRUG</b>				
E1) Drikker patienten over de anbefalede genstandsgrænser? (K =14, M =21)	JA NEJ	JA NEJ	JA NEJ	

### AFSLUTTENDE KOMMENTARER:

---



---



---

Tak fordi du ville deltage

## Bilag 5: Høring. Brev udsendt til høringsparter

Sundhedsstyrelsens indsats vedr.

Inddragelse af fysisk inaktivitet og uhensigtsmæssig kost samt tobak og alkohol som risikofaktorer i patientregistrering (PRIK)

10. februar 2006  
J.nr. 0-303-01-45/13/AHA

Center for Forebyggelse,  
CFF

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

Tlf. 72 22 74 00  
Fax 72 22 74 11  
E-post info@sst.dk  
[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

Dir. tlf. 7222 7823  
E-post cff@sst.dk

### FAGLIG HØRING

**Høringsfrist fredag den 3. marts 2006.**

Hørings svar bedes sendt til [aha@sst.dk](mailto:aha@sst.dk)

Hermed fremsendes til faglig høring forslag til kliniske indgangsspørgsmål i forbindelse med fremtidig registrering af patientens vaner omkring fysisk aktivitet, kost, tobak og alkohol ved første kontakt til sygehuset.

Der er god evidens for, at fysisk aktivitet og sund kost med fordel kan indgå i behandling og rehabilitering af mange kroniske lidelser, på lige fod med det at undgå rygning og skadelige mængder alkohol. Effekten er færre og kortere indlæggelser med mindre komplicerede patientforløb samt på længere sigt et bedre helbred og større livskvalitet for patienten.

Det er i dag god klinisk journalpraksis at inddrage flere eller samtlige af disse risikofaktorer ved journaloptagelsen, ligesom det gøres i kliniske databaser. I dag registreres patientens fysiske aktivitet og kostvaner dog ikke systematisk på sygehuset, og information om tobaks- og alkoholvaner kan også være mangelfuld. Sundhedsstyrelsen vil med indsatsen PRIK gøre det muligt, at patientregistreringen omfatter registrering af samtlige nævnte risikofaktorer ved første kontakt til sygehuset.

Selve høringen har fokus på ordlyden af de kliniske indgangsspørgsmål og de tilhørende risikokoder, der definerer, hvilke af områderne (fysisk aktivitet, overvægt, underernæring, tobak og alkohol), der skal handles på i det videre patientforløb. Registreringen skal have et handlingsorienteret sigte relateret til de kliniske retningslinier og anbefalinger, der allerede findes på de 5 risikoområder.

De kliniske indgangsspørgsmål er forslag baseret på kortlægning af allerede eksisterende retningslinier og hidtidig praksis på områderne, og er udarbejdet af en gruppe af fag-eksperter, som er tilknyttet Sundhedsstyrelsens projektgruppe. Projektgruppen er klar over, at der specielt på områderne fysisk aktivitet og overvægt er tale om udviklingsområder.

Af hensyn til redigeringen af høringssvar anmodes om kun ét samlet høringssvar pr. høringsspart. (Evt. med brug af tekstbehandlings-funktionen "registrer ændringer").

Side 2

Vi ser frem til jeres svar!

Med venlig hilsen

10-02-2006



Else Smith  
Centerchef, overlæge

Center for Forebyggelse,  
CFF  
Sundhedsstyrelsen

**Kontaktpersoner:**

Projektleder Tatjana Hejgaard, tlf. 7222 7774, mail: [thv@sst.dk](mailto:thv@sst.dk)

Projektmedarbejder Barbara Hjalsted, tlf. 7222 7748, mail: [bah@sst.dk](mailto:bah@sst.dk)

// Vedheftet: Baggrundsnotat, Figur over forebyggelseskoder i patientforløbet, Skema over de 5 høringsspørgsmål, Fagligt notat vedr. fysisk aktivitet, underernæring, overvægt, tobak og alkohol, Oversigt over høringsspart.

## Bilag 6: Høring. Baggrundsnotat

Sundhedsstyrelsens indsats vedr.

Inddragelse af fysisk inaktivitet og uhensigtsmæssig kost samt tobak og alkohol som risikofaktorer i patientregistrering (PRIK)

### Indledning

Der er evidens for, at fysisk aktivitet og sund kost med fordel kan indgå i behandling og rehabilitering af mange kroniske lidelser, på lige fod med det at undgå rygning og skadelige mængder alkohol. Den gavnlige effekt af fysisk aktivitet og hensigtsmæssig kost omfatter på kort sigt færre og kortere indlæggelser med mindre komplicerede patientforløb. På længere sigt er effekten øget levetid med bedre helbred og større velvære for patienten. Hovedparten af kommuner og sygehuse i Danmark har derfor valgt at sætte særligt fokus på disse områder - understøttet af videnskabelige selskaber, faglige organisationer, patientforeninger, Sund By Netværket, Netværk af Forebyggende Sygehuse i Danmark samt "Sund hele livet", Regeringens nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010.

I dag registreres patientens fysiske aktivitet og kostvaner ikke systematisk på sygehuset, og information om ryge- og alkoholvaner kan også være mangelfuld. Sundhedsstyrelsen vil med den aktuelle indsats gøre det muligt, at patientregistreringen ved første kontakt til sygehuset omfatter registrering af områderne fysisk aktivitet, overvægt, underernæring, tobak og alkohol.

### Det kliniske indgangsspørgsmål og registreringen

Det er nødvendigt at udvikle området med en klinisk relevant strukturering af patientoplysninger, der samtidig relaterer sig til de gældende kliniske retningslinier på området.

Hensigten er, at registreringen skal være en støtte i hverdagen både ved journaloptagelsen og ved den efterfølgende kliniske beslutningsproces. Den skal med andre ord støtte klinikerens i den indledende vurdering af, hvem der har behov for en opfølgende indsats mht. forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering. Der bør anvendes et "klinisk spørgsmål", hvorpå der efterfølgende skal kunne handles.

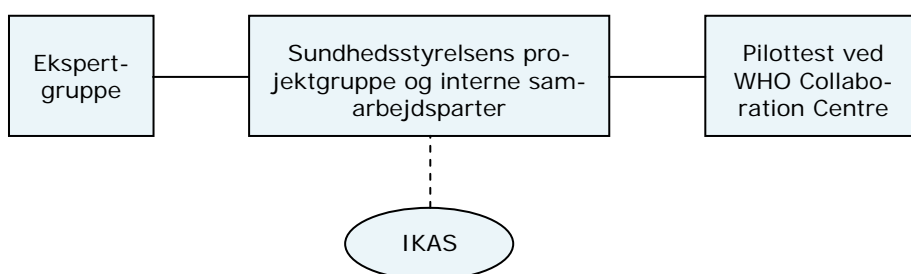
Det er en forudsætning, at registreringen samtidigt er enkel og overskuelig, sikrer dokumentation i journalen, synlighed i epikrisen, kan synliggøres direkte i DRG-systemet, kan anvendes ved såvel elektroniske som traditionelle journaler, understøtter kvalitetsarbejdet (herunder målopfyldelse og profilering af afdelingen), harmonerer med de standardiserede registreringsmåder i Sygehusvæsenets Klassifikation System, SKS (herunder SNOMED) samt forbedrer kommunikationen såvel tværsektorielt som med patienten.

Som udgangspunkt skal registreringen omfatte alle voksne patienter ved første kontakt til sygehus, såvel ambulante som i forbindelse med indlæggelse. Desuden registreres kun positive fund, hvilket svarer til den almindelige kliniske registrering til epikrisen, hvor kun diagnoser og fx gennemførte operationer registreres med koder, mens øvrige relevante men negative fund indføres som tekst.

## Koordinering

Den aktuelle indsats står ikke alene, men er koordineret med Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS), der varetager arbejdet omkring implementeringen af Den Danske Kvalitetsmodel, bl.a. baseret på samarbejde med Den Gode Medicinske Afdeling (DGMA) og det Nationale Indikatorprojekt (NIP).

## Projektets organisering



## Afgrænsning af indsatsens registreringsmæssige omfang

I kvalitetsarbejdet vil det ofte være relevant at følge patientforløb med adskillige indikatorer dokumenteret i journalen og i kvalitetsdatabaser. Det er dog vigtigt, at den aktuelle nationale indsats kun omfatter de allervigtigste nøgleinformationer. Registreringen er derfor afgrænset til udelukkende at omfatte den indledende identifikation af de patienter, der kan have behov for en yderligere indsats. Der er allerede udviklet 16 over-ordnede SKS-koder mhp. den efterfølgende forebyggelses-, sundhedsfremme- og rehabiliteringsindsats, som hyppigt omfatter en motiverende samtale og et efterfølgende interventionsprogram (jf. Figur over forebyggelseskoder i patientforløbet). Aktuelt taksfberegnes de 16 koder i DRG-systemet.

## Kort beskrivelse af Sundhedsstyrelsens indsats

**Indsatsen består af 5 faser og befinder sig aktuelt i fase 3.**

I den første fase (april - juni 2005) udarbejdedes en sundhedsfaglig oversigt af en ekspert indenfor hvert område. Oversigten, der skulle inspirere og understøtte processen omkring udvikling af de kliniske indgangs-spørgsmål og de tilhørende risikokoder, beskriver evidens og erfaringer, kliniske retningslinjer, eksempler på redskaber, erfaringer fra personale samt patienternes holdninger og ønsker.



I den anden fase (juni 2005 - januar 2006) udarbejdede eksperterne i samarbejde med Sundhedsstyrelsens projektgruppe og interne samarbejdsparter konkrete forslag til ordlyden af de kliniske indgangsspørgsmål og tilhørende risikokoder (jf. Skema over de 5 høringsspørgsmål). Herunder drøftedes eventuelle begrænsninger (udover almindelig hensyntagen til den kliniske situation) og overlap for de enkelte områder.

I den tredje og aktuelle fase (februar - marts 2006) sendes de udarbejdede forslag til faglig høring, og svarene samles efterfølgende med henblik på konkretisering og opkvalificering af de udarbejdede forslag.

I den fjerde fase (marts - juni 2006) gennemføres en pilottest på kliniske afdelinger i de 5 regioner. Der testes både på afdelinger med traditionel og med elektronisk patientjournal. De fremkomne resultater vil danne grundlag for yderligere justeringer af forslagene samt udarbejdelse af en pilotrapport.

I den femte fase (september - november 2006) formidles de kliniske indgangsspørgsmål og tilhørende risikokoder ved regionale eller lokale seminarer samt via pilotrapporten, en "kittelfolder" og Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Efterfølgende vil løbende opfølgning finde sted, svarende til praksis omkring øvrige registreringer i Sundhedsstyrelsens regi.

## Status på de 5 risikoområder

På ét område, som fx underernæring, kan der være udviklet store og velgennemprøvede screeningsmodeller, mens et andet område, som fx fysisk aktivitet, er i udviklingsfasen. I fremsendte Fagligt notat vedr. fysisk aktivitet, underernæring, overvægt, tobak og alkohol er status på hvert af områderne ganske kort beskrevet, mens de foreslåede kliniske indgangsspørgsmål, den kliniske vurdering samt den handlingsfokuserende registrering i SKS fremgår af det fremsendte Skema over de 5 høringsspørgsmål.

## Hvad anmodes høringsparterne om at kommentere på

Høringsparterne er velkomne til at kommentere på alt. Vi vil dog særligt anmode om, at der fokuseres på:

- Ordlyden af de kliniske indgangsspørgsmål. Herunder udbedes især forslag til ét rigtig godt indgangs-spørgsmål for fysisk aktivitet, der er et udviklingsområde mht. patientregistrering
- Ordlyden af de tilhørende SKS-koder, dvs. den nøgleinformation, der skal handles på, og som dermed er den (og kun den) information, som bliver synlig i epikrisen fremover. Anden information indgår som vanligt i journalen
- Hvis man undervejs bliver opmærksom på begrænsninger (fx mht. terminale patienter) og overlap mellem områder (fx at overvægtige patienter med endog meget højt BMI samtidig kan være i aktuel risiko for underernæring), vil vi sætte stor pris på kommentarer og om muligt et skøn over patientomfanget ift. det samlede patientgrundlag i Danmark.

I beskrivelsen bedes man forholde sig til sammenhængen med det videre patientforløb.

## Høringsfrist

**Høringsfristen er fredag den 3. marts 2006.**

Hørings svar bedes sendt til sekretær Anita Hansen, mail: [aha@sst.dk](mailto:aha@sst.dk)

## Den videre proces i forbindelse med høringen

Som nævnt i beskrivelsen af den samlede indsats, vil de indkomne høringssvar danne grundlag for konkretisering og opkvalificering af de udarbejdede forslag, inden de sendes til afprøvning i pilottesten.

## Bilag 7: Høring. Skema over de 5 høringsspørgsmål

9. februar 2006

Sundhedsstyrelsens indsats vedr.

Inddragelse af fysisk inaktivitet og uhensigtsmæssig kost samt tobak og alkohol som risikofaktorer i patientregistrering (PRIK)

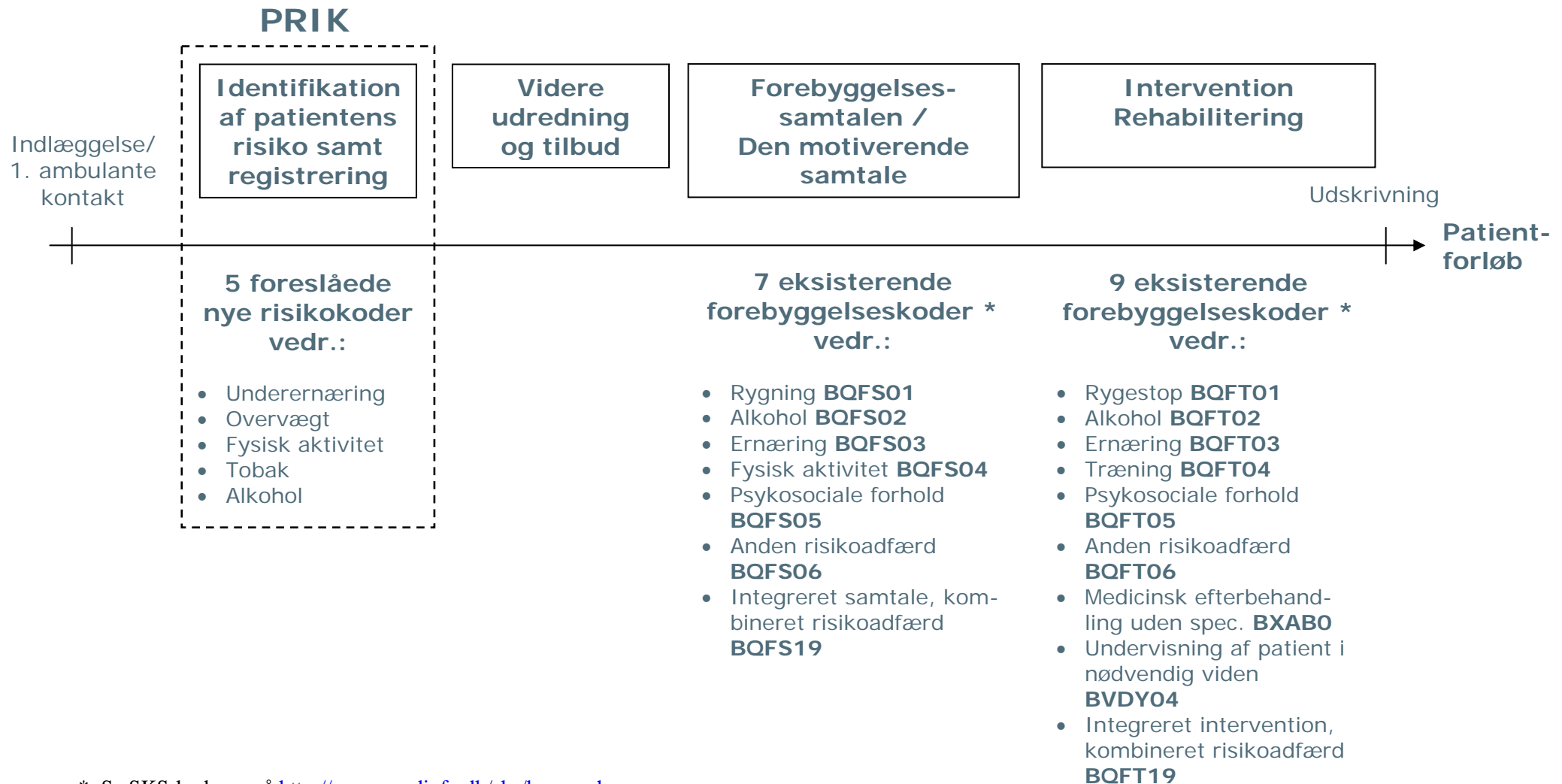
Område	Klinisk indgangsspørgsmål	Klinisk vurdering	SKS-registrering	Ex på begrænsninger og overlap mellem områder
<b>Underernæring</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hvad er pt.'s BMI? (vægt/højde<sup>2</sup>)</li> <li>2. Har pt. haft ufrivilligt vægttab de sidste 3 mdr.?</li> <li>3. Har pt. haft nedsat kostindtag i den sidste uge?</li> <li>4. Er pt. svært syg? (Dvs. stress-metabol)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. BMI &lt; 20,5 kg/m<sup>2</sup></li> <li>2. Ufrivilligt vægttab de sidste 3 mdr.</li> <li>3. Nedsat kostindtag i den sidste uge</li> <li>4. Pt. er svært syg</li> </ol>	<p><b>"Risiko for underernæring"</b> med behov for videre udredning (Hvis "ja" til blot et af punkterne i den kliniske vurdering)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Overvægtige pt. kan godt være i aktuel risiko for underernæring</li> </ul>
<b>Overvægt</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hvad er pt.'s BMI? (vægt/højde<sup>2</sup>)</li> <li>2. Hvad er pt.'s taljemål?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. BMI &gt; 25 kg/m<sup>2</sup></li> <li>2. Taljemål &gt; 80 cm (K) Taljemål &gt; 94 cm (M)</li> </ol>	<p><b>"Risiko for overvægt"</b> med behov for videre udredning (Hvis "ja" til blot et af punkterne i den kliniske vurdering)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Benamputerede</li> <li>• Bodybuildere</li> <li>• Gravide (særlige forhold mht. vægtøgning)</li> </ul>
<b>Fysisk aktivitet</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hvor fysisk aktiv er pt. til daglig? (Fx gåture, cykling, træning)</li> <li>2. Er der helbredsmæssig indikation for specifik eller blot yderligere fysisk aktivitet?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fysisk aktiv &lt; ½ time om dagen</li> <li>2. Behov for specifik eller yderligere fysisk aktivitet</li> </ol>	<p><b>"Risiko for fysisk inaktivitet"</b> med behov for videre udredning (Hvis "ja" til blot et af punkterne i den kliniske vurdering)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terminale patienter</li> </ul>
<b>Tobak</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hvor meget ryger pt. om dagen?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ryger dagligt</li> </ol>	<p><b>"Risiko for dagligt forbrug af tobak"</b> med behov for videre udredning</p>	
<b>Alkohol</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hvor meget drikker pt. om ugen?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Drikker over de anbefalede genstandsgrænser</li> </ol>	<p>"Risiko for skadeligt alkoholforbrug" med behov for videre udredning</p>	

Afgrænsningen til det videre patientforløb fremgår af den fremsendte figur og omfatter for alle 5 områder videre udredning.

# Bilag 8: Høring. Illustration af projektets afgrænsning

2. februar 2006

Figur over forebyggelseskoder i patientforløbet  
 Afgrænsning af Sundhedsstyrelsens indsats PRIK



\*: Se SKS-koderne på <http://www.medinfo.dk/sks/brows.php>

# Bilag 9: Høring.

## Fagligt notat vedr. fysisk aktivitet, underernæring, overvægt, tobak og alkohol

10. februar 2006

### Fagligt notat vedr. fysisk aktivitet

#### **Problemstilling**

Der har gennem de seneste 20-30 år været stigende interesse og dokumentation for betydningen af fysisk inaktivitet som en væsentlig risikofaktor for udviklingen af en række livsstilssygdomme. Samtidig er der stadig mere evidens for, at fysisk aktivitet med fordel kan indgå i behandlingen og rehabiliteringen af mange sygdomme, både som enkeltindsats eller som en del af integrerede rehabiliteringsprogrammer. Den fysiske træning kan have forskelligt fokus afhængigt af patientgruppe. Mindst 30% af befolkningen er i dag så fysisk inaktive, at det indebærer en sundhedsmæssig risiko.

#### **Retningslinier og anbefalinger**

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at alle voksne skal være fysisk aktive i mindst 30 min. hver dag med moderat intensitet.

#### **Holdninger hos personale og patienter**

Det har i undersøgelser vist sig, at patienterne gerne vil, og i mange tilfælde forventer, at tale forebyggelse i relation til indlæggelsen, herunder fysisk aktivitet, med personalet på sygehus. Der ligger en opgave i at få fysisk aktivitet til at indgå som et naturligt element i den kliniske hverdag på sygehuset, men der er mange barrierer hos personalet. Der er behov for både holdningsændringer og kompetenceudvikling hos personalet i relation til fysisk aktivitet.

#### **Identifikation**

En række aktører har interesseret sig for, hvordan man implementerer fysisk aktivitet som en systematisk del af patientforløbet i sygehusvæsenet. Det er dog ikke beskrevet, hvorledes det fysiske aktivitetsniveau hos den enkelte patient systematisk registreres under en indlæggelse eller ved et ambulant besøg, således at den efterfølgende intervention vedr. fysisk aktivitet kan målrettes bedst muligt. Patientens fysiske aktivitetsniveau og/eller fysiske form kan måles objektivt gennem forskellige tests eller subjektivt via spørgeskema eller interview. Både nationalt og internationalt findes kun meget få skemaer til registrering af fysisk aktivitetsniveau målrettet sygehuspatienter. Der er således stort behov for at udvikle et journalskema til kortlægning af patientens fysiske aktivitetsniveau.

## Eksempel på indsats i et patientforløb

Hvis en patient identificeres som havende behov for specifik eller yderligere form for fysisk aktivitet, bør patienten vurderes med henblik på motivationsniveau, evt. tilbydes motiverende forebyggelsessamtale og herefter henvises til udarbejdelse af en egentlig træningsplan. Før udskrivelsen udarbejdes en plan for videre træning uden for sygehuset. Træningsoplysningerne skal anføres i epikrisen til egen læge. Der er allerede udarbejdet registreringskoder og dertilhørende DRG-takster i relation til den motiverende og intervenerende del af patientforløbet i relation til fysisk aktivitet.

## Fagligt notat vedr. underernæring

### Problemstilling

Der er dokumentation for, at sygdomsbetinget underernæring og hurtigt vægttab under sygdom påvirker sygdomsforløb og behandlingsresultat negativt med bl.a. hyppigere komplikationer og længere og dyrere indlæggelser. Det er dokumenteret, at tidlig identifikation og relevant behandling er afgørende for patienter i ernæringsmæssig risiko, og at der er god effekt af målrettet ernæringsterapi. Ca. 30% af alle patienter på danske sygehuse skønnes at være underernærede.

### Retningslinier og anbefalinger

Det anbefales, at man bevarer normalvægten, hvilket for voksne svarer til et BMI på 18,5-25 kg/m<sup>2</sup>. I 2003 udsendte Sundhedsstyrelsen en vejledning på området, der lægger sig tæt op af de europæiske anbefalinger. Der er høj grad af konsensus i Danmark med hensyn til disse anbefalinger, bl.a. har Den Gode Medicinske Afdeling, det Nationale Indikator Projekt og Netværk af Forebyggende Sygehuse i Danmark standarder og indikatorer for screening af samtlige patienter for ernæringsmæssig risiko ved indlæggelsen på sygehus.

### Holdninger hos personale og patienter

Det øgede fokus på ernæringscreening har haft en effekt, men der er stadig behov for bedre viden og kompetencer hos personalet til udarbejdelse af og opfølgning på ernæringsplaner samt behov for bedre kommunikation med primærsektoren. Der er ligeledes brug for at få beskrevet ansvarsfordelingen mellem de forskellige faggrupper, der håndterer patienter i ernæringsmæssig risiko. Patienterne mangler viden om, hvilken kost der er mest hensigtsmæssig, når man er syg, og vil, hvis de får den relevante information, gerne selv tage aktiv del i ernæringsbehandlingen.

### Identifikation

Alle aktører anbefaler brugen af det validerede risiko-screeningsredskab NRS 2002. Det anbefales, at energibehovet beregnes efter tabel i Sundhedsstyrelsens vejledning, og at kost-ordinationer udføres i henhold til den Nationale Kosthåndbog. Andelen af patienter, der får foretaget en vurdering af deres ernæringsrisiko ved indlæggelsen, er steget signifikant inden for de sidste år, men der er store variationer mellem de forskellige afdelinger, og standarden på 90% er langt fra nået.

Med hensyn til opfyldelsen af anbefalingerne vedr. udarbejdelsen af ernæringsplaner, opfølgning og kommunikation til primærsektoren, er der stadig et stort stykke arbejde at gøre.

### **Eksempel på indsats i et patientforløb**

Vurderes en patient til at være i mulig underernæringsrisiko, bør patienten videre udredes med vurdering af ernæringsmæssig risikograd med score. Risikopatienter skal dernæst have lagt en ernæringsplan, der skal dokumenteres i journalen. Alle patienter i ernæringsmæssig risiko skal løbende have monitoreret, i hvilket omfang det daglige energibehov dækkes. Epikriser til egen læge for patienter i ernæringsmæssig risiko skal indeholde informationer om risikograd, energibehov, kostform og opfølgning.

## **Fagligt notat vedr. overvægt**

### **Problemstilling**

Det er veldokumenteret, at overvægt (defineret ved BMI > 25 kg/m<sup>2</sup>) og svær overvægt/fedme (defineret ved BMI > 30 kg/m<sup>2</sup>) er væsentlige risikofaktorer for udvikling og videreudvikling af en række livsstilsrelaterede sygdomme. I Danmark har forekomsten af overvægt og svær overvægt gennem de sidste årtier været stærkt stigende, ikke mindst blandt yngre voksne og børn, hvilket er bekymrende for den fremtidige sundhed. 30-40% af den voksne befolkning er overvægtige, mens 10-13% er svært overvægtige, og den politiske bevågenhed på området er stor.

### **Retningslinier og anbefalinger**

Det anbefales, at man bevarer normalvægten, hvilket for voksne svarer til et BMI på 18,5-25 kg/m<sup>2</sup>. På baggrund af amerikanske udmeldinger er der udviklet danske kliniske retningslinier for behandling af overvægt inklusive en behandlingsalgoritme i form af et beslutnings-flowchart. Der foreligger mere overordnede strategiske anbefalinger fra centrale myndigheder indeholdende forslag til løsning af overvægtsproblematikken.

### **Holdninger hos personale og patienter**

Gentagne undersøgelser på danske sygehuse har vist behov for holdningsændringer, oplysning og uddannelse af læger og andet sundhedspersonale i behandlingen af overvægt. Patienternes holdninger og forventninger til overvægtsbehandling er kun kendt i ringe omfang, men der er behov for mere information om den helbredsmæssige betydning af overvægt og for en afdækning af forventningerne til behandlingen.

## Identifikation

Registreringen af overvægt hos indlagte patienter varierer stærkt mellem forskellige afdelinger, bl.a. dokumenteret i Den Gode Medicinske Afdeling, og der er fortsat behov for mere fokus på ernæringstilstanden hos patienter i kontakt med sygehusvæsenet. Der er specielt brug for en bedre screening for overvægt ved første sygehuskontakt.

## Eksempel på indsats i et patientforløb

Patienter, der identificeres som overvægtige, bør have lagt en behandlingsplan, som indeholder mål, vægttabsmetode og en plan for opfølgning. Ved behov anbefales det, at undersøgelsesplanen udvides med måling af blodtryk samt fastende blodglukose og –lipider. Herudfra kan den samlede kardiovaskulære risikograd som følge af overvægten vurderes, det såkaldte ”metaboliske syndrom”. Risikograd, behandlingstilbud og opfølgingsplan skal dokumenteres i journalen og ved udskrivelsen sendes til patientens egen læge som et selvstændigt epikriseafsnit. Afhængig af motivationsgraden hos patienten gennemføres en informations- eller egentlig forebyggelsessamtale for at styrke motivationen for vægttab. Videre planlægges interventionen med henblik på vægttab sammen med patienten. Den efterfølgende monitorering og opfølgning tilpasses ændringer i motivationsgraden og omfatter justeringer af mål og tidsplan.

## Fagligt notat vedr. tobak

### Problemstilling

Der er solid evidens for helbredsgevinsten ved rygestop, både på kort og på lang sigt, og for effekten af interventionsmetoder. Forekomsten af rygere på sygehus er forhøjet i forhold til baggrundsbefolkningen, fortrinsvis fordi der indlægges flere rygere pga. rygerelaterede sygdomme.

### Retningslinier og anbefalinger

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at man ikke ryger og undgår passiv rygning. Der foreligger både nationale og lokale retningslinier på tobaksområdet, bl.a. i relation til operationer, graviditet og screening af medicinske patienter. Rygestop er integreret i retningslinier for intervention ved de fleste sygdomme. Mange steder er der desuden indført rygepolitikker og røgfri miljøer, der støtter op om retningslinierne.

### Holdninger hos personale og patienter

Der er behov for løbende at sikre personalet viden og kompetencer mht. rygeafvænnning. Ledelsens opbakning er afgørende, og personalet er vigtige rollemodeller for patienterne. Undersøgelser viser, at patienterne generelt er positive over for tobaksforebyggelse på sygehuset. De forventer, at rygning bliver taget op af personalet i forbindelse med indlæggelsen, og ønsker ofte sygehusets støtte til at gennemføre et rygestop, fx via et rygeafvænningsstilbud. Effekten af en målrettet intervention i forbindelse med indlæggelse er relativt høj.



## Identifikation

Hovedparten (70-90%) af patienter på danske sygehuse bliver spurgt om deres rygevaner i forbindelse med journaloptagelse ved indlæggelsen. Der er udviklet vel-fungerende journal-skemaer til kortlægning af patienternes rygning og grad af afhængighed. Skemaerne kan udfyldes enten af patienten selv eller af lægen. De kan indgå direkte i journalmaterialet og anvendes som kvalitetssikringsredskaber og i forbindelse med dokumentationen vha. SKS-koder.

## Eksempel på indsats i et patientforløb

Efter identifikation af daglig rygning informeres patienten om rygning som risikofaktor og om fordelene ved rygestop. Det er erfaringen, at kun en mindre del af rygerne på sygehus får et kvalificeret rygeafvænningsstilbud. Dette tilbud kan bestå af en motiverende forebyggelsessamtale og henvisning til et rygeafvænningsprogram. Identifikation, forebyggelsessamtale og henvisning til intervention dokumenteres i journalen. Relevante oplysninger om identifikation og efterfølgende indsats skal fremgå af den skriftlige kommunikation til primærsektoren (epikrisen).

## Fagligt notat vedr. alkohol

### Problemstilling

Der er god evidens for både alkohols skadelige effekt og for gevinsten ved ophør med skadeligt eller afhængigt forbrug. Tilsvarende er der god effekt af såvel visse former for medicinsk som psykosocial alkoholbehandling. Forekomsten af skadeligt og afhængigt alkoholforbrug på sygehus er næsten dobbelt så stor som forekomsten i normalbefolkningen. Det hænger bl.a. sammen med, at der henvises patienter med erkendte alkoholrelaterede sygdomme. Derudover er der mange patienter med et uerkendt alkoholproblem, som i mange tilfælde vil have indflydelse på den sygdom, de er indlagt for.

### Retningslinier og anbefalinger

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kvinder maksimalt drikker 14 genstande om ugen og mænd maksimalt drikker 21 genstande om ugen, og at man maksimalt drikker 5 genstande ved en enkelt lejlighed. Disse grænser er baseret på, at risikoen for død i baggrundsbefolkningen stiger ved forbrug over disse grænser. Risiko for at udvikle sygdom er øget allerede ved et lavere forbrug. Der foreligger både nationale og lokale retningslinier på alkoholområdet, fx i relation til operation, graviditet og screening af medicinske patienter. Mange steder er der desuden indført alkoholpolitikker, der støtter op om retningslinierne.

### Holdninger hos personale og patienter

Der er behov for løbende at sikre personalet viden og kompetencer mht. alkoholforebyggelse. Ledelsens opbakning er afgørende. Undersøgelser viser, at patienterne er positive over for alkoholforebyggelse på sygehuset og sætter pris på sygehusets støtte fx i forbindelse med et alkoholinterventionstilbud.

## Identifikation

Hovedparten (60-90%) af patienter på danske sygehuse bliver spurgt om deres alkoholforbrug i forbindelse med journaloptagelse ved indlæggelsen. Der er udviklet velfungerende journal-skemaer til kortlægning af patienternes alkoholforbrug og eventuelle afhængighed. Skemaerne kan udfyldes enten af patienten selv eller af lægen. De kan indgå direkte i journalmaterialet og anvendes som kvalitetssikringsredskaber og i forbindelse med dokumentationen vha. SKS-koder.

## Eksempel på indsats i et patientforløb

Efter identifikation af et alkoholforbrug over genstandsgrænserne informeres patienten om alkohol som risikofaktor og om fordelene ved alkoholophør eller -reduktion. Den efterfølgende indsats kan bestå af tilbud om en motiverende forebyggelsessamtale og henvisning til et alkoholinterventionsprogram. Fordi der ikke er tilstrækkeligt fokus på at sikre, at patienterne kommer i alkoholbehandling, får kun en mindre del af patienterne et kvalificeret alkoholbehandlingstilbud. Identifikation, forebyggelsessamtale og henvisning til intervention dokumenteres i journalen. Relevante oplysninger om identifikation af alkoholproblemer og efterfølgende indsats skal fremgå af den skriftlige kommunikation til primærsektoren (epikrisen).