



# FOLKESYGDOMME OG FOREBYGGELSE

Idékatalog til arbejdet i almen praksis

2005

# Indhold

- 4 Hvor går grænsen?
- 5 Kort om kræft
- 6 Patienten er min metode
- 7 Kort om depression
- 8 Forebyggelse og behandling supplerer hinanden
- 9 Kort om hjerte-karsygdomme
- 10 Det er umagen værd at tage fat på forebyggelse
- 11 Kort om type 2 diabetes
- 12 Ét skridt ad gangen
- 13 Kort om muskel- og skeletlidelser
- 14 Systematisering af forebyggelsen
- 15 Kort om alkoholmisbrug
- 16 Forebyggelse kan markedsføres
- 17 Kort om knogleskørhed
- 18 Sygeplejersker styrker forebyggelsen
- 19 Kort om astma
- 20 Forebyggelse og rehabilitering
- 21 Kort om KOL
- 22 Få mere at vide

---

## FOLKESYGDOMME OG FOREBYGGELSE – IDÉKATALOG TIL ARBEJDET I ALMEN PRAKSIS

er udarbejdet for Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe. © 2005 Sundhedsstyrelsen.

**Research og tekst:** Cand.scient.san.publ. Lise Højbjerg og Advice Analyse og Strategi A/S, **foto:** Erik Bredahl, **layout:** Signe Bjerregaard og Jane Jacobsen, DeSigne, **repro:** Morten Ehrhorn, **tryk:** 1. edition ApS, papir: Cyklus 115 gram, omslag: Cyklus 140 gram, oplag 5.000. ISBN: 87-7676-055-3.

Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe bestod af Jesper Lundh, Amtsrådsforeningen/Amtslege kvalitetsudviklingsudvalg, Dorte Halkjær, Forebyggelsesudvalg PLO/DSAM, Anneli Sandbæk, DSAM, Lone Sinding, Faglig Sammenslutning af Konsultationssygeplejersker, Jytte Elisabeth Schmidt, repræsentant fra RIV-projektet, Marianne Stubbe Østergaard, Forskningsenhed for Almen Praksis og Afdeling for Almen Praksis, Københavns Universitet, samt afdelingslæge Barbara Hjalsted og projektleder Regitze Siggaard, Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen.

# Forebyggelse i almen praksis

I den kontakt, som almen praksis har med størstedelen af befolkningen, ligger der et stort potentiale for at forebygge sygdomme.

Den praktiserende læge og praksispersonalet har gode muligheder for tidligt at opspore og sætte ind over for de otte folkesygdomme, som omtales i regeringens sundhedsprogram ”Sund hele livet”, nemlig hjerte-karsygdomme, KOL, diabetes, forebyggelige kræftsygdomme, osteoporose, muskel-skeletlidelser, psykiske lidelser samt overfølsomhedssygdomme.

Derfor fylder det forebyggende arbejde mere og mere i almen praksis, og den udvikling vil forhåbentlig fortsætte. Dette idékatalog har som sit primære formål at give inspiration og eksempler, som kan styrke og udbrede forebyggelsesindsatsen i almen praksis.

Forebyggelse er en udfordring, og opgaverne løses på mange forskellige måder. Der er mange faktorer, der afgør, om patient, læge og praksispersonale oplever et godt forløb, og at det nytter noget.

I forhold til hver af de otte folkesygdomme giver idékataloget eksempler på:

- Gode måder at gennemføre en forebyggende samtale på
- Gode måder at organisere forebyggelsesindsatsen på, herunder rolle- og opgavefordelingen mellem lægen og praksispersonalet
- Behovet for udvikling og læring omkring forebyggelsesopgaverne.

Eksemplerne berører kort de otte folkesygdomme, men det er lægens og praksispersonalets håndtering af forebyggelsesopgaven, der er i fokus.

Sundhedsstyrelsen vil gerne takke arbejdsgruppen som bestod af repræsentanter fra PLO/DSAM’s forebyggelsesudvalg, DSAM, FS9, Afdeling for Almen Medicin og Forskningsenheden for Almen Praksis, de amtslige kvalitetsudviklingsudvalg samt RIV (praksispersonalets efteruddannelse).

Vi håber, at mange vil gøre brug af idékataloget, og at det kan bidrage til gode diskussioner om forebyggelse i almen praksis og dermed styrke indsatsen.

## **Else Smith**

*Overlæge, centerchef*

Center for Forebyggelse  
Sundhedsstyrelsen

## Ret og pligt?

Pia Koefoed og hendes kolleger diskuterer løbende disse spørgsmål:

- Har vi ret til at spørge til livsstil uden klare medicinske indikationer?
- Gør vi dem en tjeneste, hvis de får dårlig samvittighed?
- Kan vi være bekendt ikke at komme ind på risikofaktorerne i deres livsstil?



# Hvor går grænsen?

Pia Koefoed deler praksis på Torvet i Køge med to lægekolleger, en sygeplejerske, en sekretær og har yderligere en diætist tilknyttet. Klinikken arbejder på at sætte forebyggelse i system. Noget, der diskuteres i den forbindelse, er, hvem der skal sætte dagsordenen – lægen eller patienten.

## Patienten sætter dagsordenen

Pia Koefoed er en af de praktiserende læger, som kan komme i tvivl om, hvornår lægen har ret til at spørge til patientens adfærd. ”Hvis der kommer en patient med et symptom på fx tobaks- eller alkoholrelaterede problemer, så tager jeg det selvfølgelig op med dem. Men hvis der kommer én, som i øvrigt trives og bare har ondt i knæet, så diskutere jeg ikke rygevaner med patienten. Er vedkommende stærkt overvægtig, er det selvfølgelig en anden sag,” fortæller Pia Koefoed og fortsætter: ”Tit benytter jeg mig af en lungefunktionsmåling, hvis der er anledning til det. Det giver en god og naturlig ramme for en snak om, hvad rygning gør. Men jeg har sværere ved at tage det op, hvis det ikke er oplagt på baggrund af det, som patienten selv vil tale med mig om.”

## Ingen løftede pegefingre

En af Pia Koefoeds patienter, som hun prøvede at få til at holde op med at

ryge, udeblev efterfølgende et helt år fra klinikken. ”Her kom jeg nok til at gå for langt eller presse for hårdt, og så er det, at de udebliver fra opfølgningen. Og så kan vi jo ikke gøre noget. Vi kan jo ikke ringe efter dem,” fortæller hun. Det gælder om at finde den rigtige anledning og et tidspunkt, hvor patienten kan tage imod, mener hun. Ellers kan man måske gøre mere skade end gavn. Hun tilføjer dog, at hun trods sin forsigtighed gør, hvad hun kan for at gribe de muligheder, der er for at tale om forebyggelse.

## Et åbent vindue

Pia Koefoed får sin viden om patienterne ind gennem sine samtaler med dem, gennem kendskabet til familien og somme tider ved at pårørende fortæller hende om deres bekymring for en af deres nære. ”Når der så er advarselsblink, må jeg jo spørge ind til patienten. Jeg er generelt ikke bange for at spørge, når jeg har grund til det,” siger hun. ”Men jeg har ikke løsningen

til dem. Det bedste jeg kan er at spørge og spørge. Så kan der vise sig et åbent vindue, som er deres vej til en sundere adfærd på et eller to punkter.”

### Naturlig arbejdsdeling

Pia Kofoed understøtter, at hun som læge i almen praksis er vant til at arbejde med sociale og psykiske problemer, og at det forebyggende arbejde dermed falder naturligt ind. Pia Kofoed tager derfor ofte hul på den forebyggende samtale sammen med patienten, og hvis patienten er motiveret, sender hun dem videre til sygeplejersken.

”Jeg er glad for at sende dem videre til sygeplejersken, da hun har mange kompetencer inden for alt det bløde. Og alt hvad der hedder rygestop, vejning mm., det tager hun sig af,” fortæller Pia Kofoed.

### ”Skal vi give dem dårlig samvittighed?”

Pia Kofoed mener, at hun og mange andre praktiserende læger nærer en generel bekymring for at sygeliggøre patienter og give dem dårlig samvittighed. ”Vi drøfter det her på klinikken. Spørgsmålet er, om vi virkelig har gjort dem en tjeneste, hvis de forlader os med dårlig samvittighed. Skal man ikke overveje grundigt, hvem man snakker om livsstilsrisici med, og om det er det rigtige tidspunkt? Og omvendt: Kan man være bekendt at lade være? I sidste ende handler det nok om, hvad den enkelte læge føler sig parat til, og hvordan man taler med patienten.”

## KORT OM FOREBYGGELIGE KRÆFTFORMER

Hvert år dør ca. 15.000 mennesker som følge af kræft. 5.000 danskere får hvert år kræft som følge af rygning. De mest udbredte former er kræft i lungerne og i tyk- eller endetarmen. Mænd har hyppigst kræft i blærehalskirtlen, og kvinder får hyppigst brystkræft.

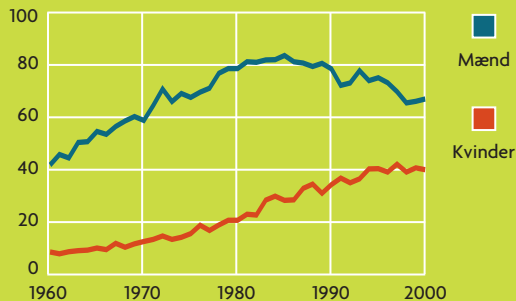
Årsagerne til kræft er blandt andet rygning, alkohol, mad med højt fedtindhold og lavt indhold af frugt og grønt, fysisk inaktivitet samt overdreven solbadning. Rygning og alkohol er særligt alvorlige risikofaktorer og i kombination fordobler disse faktorer risikoen for kræft. Livsstilsændringer er derfor den bedste forebyggelse.

Der er grund til at tage en samtale om kræft-  
risici med følgende patienter:

- Rygere
- Storforbrugere af alkohol
- Overvægtige
- Patienter med dårlig kondition
- Patienter, som viser tegn på overdreven solbadning, særligt dem med svag hudpigmentering

### Dødeligheden af lungekræft i Danmark

alderstandardiserede rater pr. 100.000



Kilde: Juel, 2004: Dødeligheden i Danmark gennem 100 år.

### Eksempler på spørgsmål

- Tror du, din hoste og din rygning kan hænge sammen?
- Hvorfor er rygning så vigtig for dig?
- Kunne du godt tænke dig at holde op?
- Hvad ville være sværest ved at holde op?
- Har du gode erfaringer fra tidligere forsøg?
- Kan du bruge dem igen?
- Hvorfor gik det galt sidste gang du prøvede?
- Er der nogen blandt din familie eller venner, der kan hjælpe eller støtte dig?



## Patienten er min metode

Kirsten Freund, praktiserende læge i Gandrup i Nordjylland, har gennem flere år arbejdet med og forsket i livsstilsinterventioner, specielt over for dem, der har færrest ressourcer.

### Ingen standardmetoder

Når Kirsten Freund kommer ind på livsstilsemner med sine patienter, er anledningen de symptomer, patienterne kommer med såsom vedvarende hoste, træthed, stakåndethed eller andet.

”Først hører jeg, om de typiske livsstilsrisici er til stede, og om de vil tale om dem. Dernæst gælder det om at få patienten til at formulere sin ambivalens. Patienterne vil som regel gerne holde op, men ....” fortæller Kirsten Freund. Og herfra bliver det individuelt. Der er ingen enkel opskrift. Hver patient har sin specifikke situation. Man kan ikke trække noget ned over hovedet på dem. ”Det gælder om at hjælpe dem med at finde og styrke de muligheder, de har, og se, om man kan få dem til at udnytte dem. Det skal være patienten, der vælger.”

### Al begyndelse er svær

Kirsten Freund har eksperimenteret, taget kurser og lært af sin erfaring. ”Jeg har også prøvet at give et godt råd, og så lade patienten passe sig selv,” smiler

hun og fortsætter: ”Før eller siden kommer de jo igen med samme problem i en alvorligere udgave. Så lærer man, at der skal noget andet til, og at der skal følges op.” Kirsten Freund bruger 20-30 minutter på en forebyggelsessamtale og tager opfølgingskonsultationer så ofte som månedligt eller endda ugentligt, hvis patientens situation taler for det. Hun kender *Den motiverende samtale* og er inspireret af den, men hun anvender aldrig faste opskrifter. Det er altid den enkelte patient og dennes egen oplevelse af sin tilværelse, der er hendes indfaldsvinkel.

### Patienten i førersædet

Man kan ikke bare give patienterne nogle gode råd, og så virker det, fortæller Kirsten Freund. Man må lytte sig frem til, hvordan tingene hænger sammen i patientens oplevelse af sit liv. Og så få patienten til at beskrive sit mønster og derigennem opdage mulighederne for at bryde det. Hvis patienten har prøvet før, men har fået tilbagefald, kan man få patienten til at identificere

de faktorer, som udløste tilbagefaldet og undgå dem fremover. ”Det gælder om at bringe patienten i kontakt med sin viden og sine ressourcer, så de selv kan tage herredømmet over deres liv. Det er tit dér, det er gået galt,” siger Kirsten Freund.

### **Livsstilsproblemerne i anden række**

Det er ofte problemer på andre fronter, psykisk og/eller socialt, som tager herredømmet fra folk, fortæller Kirsten Freund. ”Mange af dem med de tungeste livsstilsproblemer er også hårdt presset på andre områder”, siger hun og fortsætter: ”Mange er ensomme og føler ikke, de kan bruge familie og venner til at snakke med. De har fx svært ved at sætte grænser for børnene eller oplever et for stort forventningspres hjemme eller på arbejdet. Enkelte har depressioner og har derfor ikke overskud til livsstilsændringer.” I de tilfælde kan

livsstilsproblemerne være indfaldsvinklen, men så glider de lidt i baggrunden. Først skal patienten finde en ny balance med sin tilværelse. Ellers er livsstilsinterventioner dømt til at mislykkes,” siger Kirsten Freund.

### **Samtale eller medicin**

Kunsten er så at få afklaret, om patienten gennem samtaler og gennem justeringer i tilværelsen kan komme overens med dagligdagen igen, eller om der er tale om en dybere krise eller depression. ”Det gælder så om at finde ud af, om der er en chance for bedring gennem yderligere samtaler, eventuelt hos en psykolog eller en psykiater, og måske suppleret med antidepressiv medicin,” siger Kirsten Freund og fortsætter: ”Hvis det lykkes at motivere til motion, vil det have en yderligere positiv effekt på psyken og patientens livsstilsrisici.”

## **KORT OM DEPRESSION**

Det skønnes, at der hvert år optræder en depressiv lidelse hos cirka 200.000 voksne danskere. Diagnosen stilles med udgangspunkt i WHO's klassifikationssystem ICD-10, Hamiltonskalaen og gennem samtale. Det antages, at sårbarheden overfor depression er medfødt eller grundlagt tidligt i livet. Den udløsende faktor kan være af biologisk, psykisk eller social art.

Forebyggelse og behandling kan ofte give gode resultater, hvis der samtidig arbejdes med motion, samtaler, stressreduktion og stresshåndtering, støttmuligheder i krisesituationer, forebyggelse eller reduktion af alkohol- og stofmisbrug.

Følgende symptomer kan være tegn på depression:

- Kernesymptomer: Nedtrykthed, motivationsproblemer, nedsat energi, eller øget træthed
- Ledsagesymptomer: Nedsat selvtillid, sygelig skyldfølelse, selvmordstanker, koncentration eller tænkebesvær, langsomhed i bevægelserne, søvnforstyrrelser, appetit- og vægtændring

Læs mere om depression og om den motiverende samtale på DSAM's hjemmeside: [www.dsam.dk](http://www.dsam.dk)

For supplerende litteratur, links og værktøjer se henvisningerne bagerst i kataloget.

### Kill your darlings!

Forebyggelse handler mere om at lytte og føre samtaler end om diagnose og behandling. Omvendt kan patientens indgang til livsstilsændringer vise sig efter ordination af medicin. Det er altså en fordel at være fleksibel i forhold til forebyggelse og behandling. *Den motiverende samtale* kan være en del af forebyggelsessamtalen, der i øvrigt udløser et særligt forebyggelseshonorar i forbindelse med risiko for iskæmisk hjertesygdom (0104)



## Forebyggelse og behandling supplerer hinanden

Bo Christensen, der har praksis i Låsby mellem Århus og Silkeborg, er professor i almen medicin ved Århus Universitet. Han har i en årrække haft fokus på forebyggelse og behandling af hjerte-karsygdomme og har været med til at udarbejde DSAM's kliniske vejledning om kardiovaskulær sygdom.

### Mange indfaldsvinkler

Bo Christensen har opbygget et årelangt kendskab til mange af sine patienter og ofte også deres familier. "Det betyder, at jeg tit har en mere personlig baggrund for de problemer, de kommer med og vil have løst. Men jeg skal også passe på, for deres historie fortæller jo ikke alt, fx om de er begyndt at ryge. Det gælder om at være opmærksom på de små ting og lytte og spørge. Der er også patienter, der selv bringer kredsløbet på tale. Så er det med at finde ud af hvorfor. Måske er der en god grund til det, og man skal gribe muligheden, når den er der," fortæller Bo Christensen.

### Risikoforimidling er det vanskeligste

Bo Christensen finder det vanskeligt at give patienterne et forståeligt billede af deres risiko før og efter en livsstilsændring. "Hvad er gevinsten ved at kvitte en risikofaktor? Og hvad vil det sige i forhold til de risici, der også er uden

pågældende risikofaktorer. Patienterne har tit nogle subjektive og måske forkerte opfattelser. Det er en vanskelig kommunikationsopgave."

### Der er mange veje

Det varierer fra patient til patient, hvilken vej der er farbar, og den vej skal patienten vælge. "Jeg havde en patient, som var parat til at omlægge sine mad- og motionsvaner, men rygningen ville han ikke tale om. Så gik vi i gang med mad og motion, og fulgte op på det over et stykke tid. En dag fortalte han, at han var meget tilfreds og stolt af kostomlægningerne, og nu ville han holde op med at ryge. Han fortalte, at hvis jeg var startet dér, ville han have blokeret. Det gælder altså om at acceptere, at patienten er specialist på sit eget liv," konstaterer Bo Christensen. Sommetider oplever han, at en medicinsk behandling er den eneste mulighed her og nu. Men når patienter



så har fået medicin dagligt gennem en periode, sætter det tanker i gang, som kan motivere til livsstilsændringer.

### ”Vi har tit sluppet for tidligt”

Livsstilsændringer hjælper, hvis de fastholdes. En sænkning af kolesterol-tallet på op til 15% kan opnås gennem livsstilsændring. ”Men den store udfordring er at opnå varige livsstilsforbedringer,” siger Bo Christensen og fortsætter: ”Mange falder tilbage til deres gamle vaner. Vi slipper dem nok for tidligt. Der skal ofte en længere opfølgning til. Hver måned eller hver tredje måned, det afhænger af patienten, og hvor man er i forløbet.”

### Ikke et enten-eller

Livsstilsændringer og medicinsk behandling ses ofte som alternativer. Men sådan er det ikke ifølge Bo Christensen. Tager man for eksempel forhøjet blodtryk, skal der i mange tilfælde to til tre lægemidler til. Livsstilsændringer kan erstatte ét af disse. ”Og hvorfor dog tage medicin én eller to gange dagligt og så modarbejde virkningen resten af dagen?” spørger Bo Christensen, der også fortæller, at han har mange gode erfaringer med livsstilsændringer, enten alene eller sammen med medicin.

### Kulturændring

For mange alment praktiserende læger føles det fremmedartet at gå i gang med forebyggelse. Man skal overskride egne grænser om noget, der kan opfattes som patientens private anliggender. Men det er dokumenteret, at patienterne både accepterer og forventer dette. Forebyggelse er desuden noget nær det modsatte af den traditionelle lægegering, hvor lægen fokuserer på sygdommen og vælger behandlingen. I stedet skal lægen få patienten til at definere og vælge. ”Jeg har ofte hørt læger give udtryk for, at de ikke rigtig følte, at de bestilte noget, når de havde en forebyggelses-samtale,” fortæller Bo Christensen.

## KORT OM HJERTE-KARSYGDOMME

Mere end 30.000 danskere rammes hvert år af en alvorlig hændelse som følge af hjerte-karsygdom. Det er en af de hyppigste dødsårsager i Danmark, men dødeligheden som følge af hjerte-karsygdomme er i dag faldende. Hver tredje patient med aldersdiabetes har hjerte-karproblemer på diagnose-tidspunktet, og hvis de ryger, har de særlig høj risiko for en alvorlig hændelse.

Hjerte-karproblemer kan være arvelige, men er primært livsstilsbetingede. Livsstilsændringer, især rygestop, kan halvere risikoen for en hændelse.

De hyppigste risikoindikatorer er:

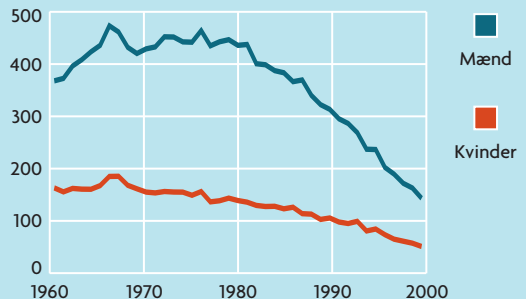
- Overvægt
- Hjerte-karproblemer i familien
- Manglende fysisk aktivitet
- Hypertension
- Dyslipidæmi
- Rygning
- Type 2 diabetes

Mænd har endvidere større risiko end kvinder.

Læs mere under iskæmisk hjertesygdom på DSAM's hjemmeside [www.dsam.dk](http://www.dsam.dk)

### Dødeligheden af iskæmisk hjertesygdom for 35-74 årige

aldersstandardiserede rater pr. 100.000



Kilde: Juel, 2004: Dødeligheden i Danmark gennem 100 år.

### Gradvis læring

Douglas Henderson har arbejdet systematisk og vedholdende med at udvikle forebyggelsesindsatsen. Han begyndte med de patienter, han vidste mest om, tog kurser, øvede sig, inddrog nye patientkategorier, tog kurser, øvede sig igen osv. På samme måde er klinikkens lægesekretærer efteruddannet og trænet i at varetage deres del af opgaverne i relation til opfølgning på patienterne.



## Det er umagen værd at tage fat på forebyggelse

Douglas Henderson i Vodskov i Nordjylland har gennem flere år udviklet sine kompetencer med hensyn til at forebygge folkesygdomme.

### Opsporingen sat i system

Douglas Henderson opsporer personer med risiko for at udvikle diabetes på baggrund af de almindelige risikofaktorer. Som en fast rutine løber han sin elektroniske journal igennem, inden patienterne kommer ind i konsultationsværelset. Hvis der er tale om risikopatienter, indstiller han sig på at tage en livsstilssnak med dem.

### ”Den største barriere er i os selv”

Det var ikke helt ligetil for Douglas Henderson at tage de første samtaler med patienterne om deres mad-, ryge-, drikke-, og motionsvaner. ”Jeg følte ikke uden videre, at jeg havde ret til at komme ind på den slags, når de ikke selv bragte det på bane eller allerede havde klare diabetes symptomer. Men det viste sig næsten hver gang, at de blev glade for det. Det var altså ikke deres tærskel, jeg overskred,” siger han.

### Forebyggelse kræver træning

Douglas Henderson har gennem årene

efteruddannet sig i forhold til forebyggelse. Han har taget flere kurser i kommunikation, samtaler og motivation. ”Og så begyndte jeg i det små. Først de patienter, hvor diabetesrisikoen var helt åbenlys, så dem hvor der kun var indirekte tegn på en risiko, og så efterhånden flere og flere med en livsstil, der kunne indebære en risiko. Det har også været en udfordring at fastholde dette fokus, men nu er det nærmest en vane,” fortæller han.

### En investering der lønner sig

Det har på mange måder været krævende for Douglas Henderson at tage hul på forebyggelsesarbejdet. Det har krævet tid til uddannelse, tid til samtaler med patienterne og tid til uddannelse af lægesekretærene, som varetager en del af både opsporingen og opfølgningen. Men bevidstheden om, at han er med til at redde ben, øjne og liv er det hele værd. ”Og det, at patienterne bliver glade for, at jeg interesserer mig for, hvad de laver, og at jeg ofte kan se,

at de får det bedre, gør arbejdet tilfredsstillende,” fortæller han.

Han har også prøvet at løbe panden mod en mur. Der er patienter som ikke vil vide af, at de har en diabetesrisiko, og som er helt afvisende. De fleste er dog åbne for at tage en snak om deres risikoprofil og eventuelt få taget en blodprøve.

### Lidt men godt

Det kan være op ad bakke at få patienterne til at ændre livsstil. For nogle er det næsten utænkeligt at spise anden mad end den, de er vant til. Andre føler en stor skam ved at være overvægtige

og kan derfor ikke få sig selv til at vise sig offentligt i træningstøj. Det gælder derfor om at finde frem til de livsstilsændringer, som passer til den enkelte. ”Undertiden, når vi har snakket nogle gange om det, overrasker de mig med deres opfindsomhed. Der var fx en ældre dame, som på grund af balancebesvær ikke turde gå i gang med almindelig motion. Men så skaffede hun sig en trehjulet cykel og gik i gang med den,” fortæller Douglas Henderson og fortsætter: ”Det er naturligvis ikke hver gang, vi når så langt. Bare vi sætter tankerne i gang, sker der som regel et eller andet godt. Vi må ikke være for ambitiøse på patienternes vegne.”

## KORT OM TYPE 2 DIABETES

2% af befolkningen har fået stillet diagnosen type 2 diabetes. Det svarer til ca. 30 patienter hos hver praktiserende læge. Det anslås, at dobbelt så mange faktisk har type 2 diabetes. Og antallet vokser i disse år. Ofte har patienten sygdommen 6-10 år, før det opdages. I de senere år viser type 2 diabetes sig hos stadigt yngre aldersgrupper

Overvægt og fysisk inaktivitet er de primære årsager til type 2 diabetes. Sygdommen kan derfor forebygges med sunde madvaner og fysisk aktivitet. Forebyggelsesopgaven går ud på at motivere patienten til dette, følge op på patientens indsats og resultater samt på forebyggelsesmålene.

Der er grund til at undersøge for type 2 diabetes ved overvægt og familiær disposition.

Diabetes forværrer prognosen ved hjerte-kredsløbssygdomme. Hvert tredje år bør der undersøges for diabetes hos personer med to eller flere af følgende risikofaktorer for type 2 diabetes og hjerte-karsygdom: Rygning, svær overvægt, familiær disposition til

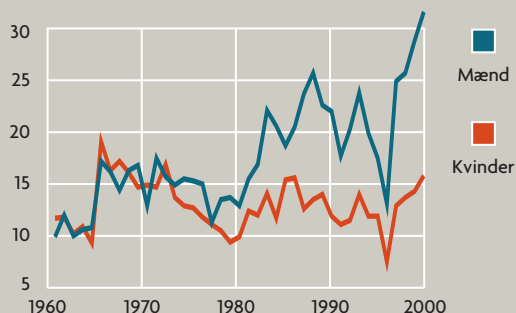
hjerte-kredsløbssygdom og mikroalbuminuri. Kvinder med tidligere gestationel diabetes og personer med familiær disposition for diabetes bør også undersøges for diabetes hvert tredje år.

Læs mere i DSAM's vejledning om type 2 diabetes på [www.dsam.dk](http://www.dsam.dk)

For inspirerende kurser se referencelisten bagerst i kataloget.

### Dødeligheden af diabetes for 35-74 årige i Danmark

aldersstandardiserede rater pr. 100.000



Kilde: Juel, 2004: Dødeligheden i Danmark gennem 100 år.

### Mange samtaler

Eva Juel Steffensen deler forebyggelsessamtalen op i afsnit:

- Først motivere til at se på livsstil
- Så overbevise om, at det er patienten selv, der skal løse problemet
- Så fokus på en eller to ændringer.

Herefter kommer så den løbende opfølgning.



## Ét skridt ad gangen

Sygeplejerske Eva Juel Steffensen varetager forebyggelsesopgaverne i et lægehus i Aars i Vesthimmerland. Hun er uddannet som rygestopinstruktør samt kost- og motionsvejleder.

### Fokus på flere folkesygdomme

Eva Juel Steffensen tager forebyggelsessamtaler med patienterne i relation til alle otte folkesygdomme. Flertallet af patienterne henvises til hende fra lægerne, men hun ”fanger” også selv nogle i konsultationen eller laboratoriet, hvis de er overvægtige, har skæve lab-tal eller har pibende vejtrækning. Endelig er Eva Juel Steffensen blevet lidt af en ”institution i institutionen”, så hun har også patienter, der selv bestiller tid til en forebyggelsessamtale.

### Forebyggelse tager tid

Eva Juel Steffensen anvender i reglen to-tre timer over nogle gange til at tage forebyggelsessamtalerne. Dette relativt store tidsforbrug har lægehuset besluttet at investere, fordi der er enighed om, at forebyggelse nytter. Og så balancerer det i kraft af forebyggelsesydelser. Med denne tidsramme til rådighed, kan Eva Juel Steffensen tilrettelægge patientforløb, hvor der først arbejdes med at motivere, så med fx motion, så rygestop eller kostændringer osv. ”Det, som er så

tidskrævende, er at vænne patienterne til, at det ikke er mig, der skal levere løsningen, men dem selv, hvis de kan finde motivationen frem og holde liv i den,” siger Eva Juel Steffensen. Efter den indledende serie af forebyggelsessamtaler kommer så opfølgningskonsultationerne, hvor patientens udvikling og erfaringer evalueres. Det sker ofte hver fjortende dag.

### Overvægt gør ondt

”Jeg har mange patienter, som har ondt overalt i kroppen. Det er som regel, fordi de vejer for meget og motionerer for lidt. Deres overvægt belaster deres led for meget, og ryggen lider af, at muskelkorsettet er for slapt. Overvægt forårsager ofte slidgigt og øger smerterne,” fortæller Eva Juel Steffensen. Udfordringen er nu at finde de løsninger, der er realistiske for den enkelte. ”Ofte føler de sig helt magtesløse. Det gør ondt at motionere, og de har svært ved ikke at proppe i munden, når de er inaktive.” I den slags tilfælde sætter Eva Juel Steffensen først fokus på kosten.

Hvis det lykkes patienterne at lægge kostvanerne om, så de taber sig, mindskes deres smerter som regel, og så kan det næste skridt blive motion.

### ”Hos mig må man godt græde”

Mange af Eva Juel Steffensens patienter ved godt, at deres overvægt er et problem i forhold til deres selvværd, deres led og kan føre til diabetes, og de er ofte fortvivlede over det. ”Somme tider kommer de til at græde, men det må man godt hos mig. Så finder vi sammen ud af, hvad de ved om deres problemer, og hvad de kan og har mod på. De får somme tider også nogle gode råd med det samme. Der er ikke altid tid til at vente på at få deres motivation helt på toppen. Nogle gange kan det virke motiverende, hvis de går i gang med et eller andet med det samme. Så føler de ligesom, at de er kommet i gang,” fortæller Eva Juel Steffensen.

### Ingen statistik

”Det er svært at ændre livsstil. Hvornår har jeg sidst gjort det selv og lavet om på nogle grundlæggende vaner i mit liv?” spørger Eva Juel Steffensen. ”Jeg har ikke tal på det, men succesraten er ikke altid så stor, som man kunne ønske. Men jeg har da en del succeshistorier, hvor patienterne har oplevet en øget livskvalitet af at leve sundere og derfor holder ved.”

Ondt i ryggen, nakkehold, slidgigt, leddegigt, knogleskørhed, piskesmæld og musearm indgår alle i gruppen muskel- og skeletlidelser, som er årsag til hver femte af alle førtidspensioneringer. 1,8 millioner danskere har haft smerter i lænden inden for de seneste år. Der er som regel ingen patoanatomisk forklaring.

Årsagerne kan være arv, overbelastning, svag muskulatur og psykosociale forhold, herunder stress. Henvisning til supplerende diagnostik og behandling bør ske på klare og snævre indikationer, og der bør altid følges op ved kontrolkonsultationer.

Fysisk aktivitet kan forebygge og lindre de mest udbredte former for muskel- og skeletlidelser.

Følgende forhold kan indikere risiko for udvikling af kroniske muskel- og skeletlidelser:

- Dårlig fysisk form
- Overvægt
- Stress
- Arbejdsbetingede smerter

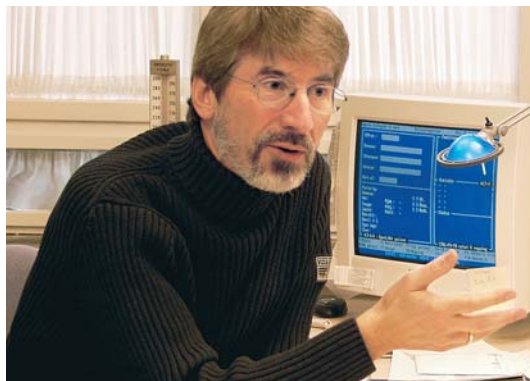


### At spørge om alkohol

Brug et eller flere af følgende spørgsmål:

- Har du nogensinde følt, at du burde drikke mindre?
- Har du forsøgt at nedsætte dit alkoholforbrug?
- Er du blevet generet ved kritik af dine alkoholvaner?
- Har du følt dig dårligt tilpas på grund af dine alkoholvaner?
- Har du nogensinde taget en genstand om morgenen for at berolige nerverne eller blive fri for tømmermænd?

Hvis der svares ja til to eller fleres spørgsmål, tyder det på et overforbrug.



## Systematisering af forebyggelsen

Sverre Barfod er praktiserende læge i et lægehus i Frederiksværk på Sjælland. Han har gode erfaringer med at tale med patienterne om alkohol. Ud over lægerne arbejder to sekretærer, en bioanalytiker og en sygeplejerske i lægehuset. Lægehuset har bredt fokus på forebyggelse.

### Høflighed åbner døre

Sverre Barfod tager udgangspunkt i det problem patienterne henvender sig med, når han tager spørgsmålet om alkohol op. "Man kan ikke bare screene alle for et sundhedstruende forbrug. Til gengæld kan spørgsmål om alkoholvaner være relevant i rigtig mange tilfælde," fortæller han. "Det kan være mavesmerter, træthed eller hyppige småskader". Udfordringen er at tage hul på snakken på en måde, der fortæller patienten, at alkoholspørgsmålet er relevant, med respekt for patientens eventuelle afvisning af spørgsmålet. "Ved klare tegn spørger jeg patienten direkte ved at fortælle, at der kan være en sammenhæng mellem patientens problem og alkohol, og at jeg er bekymret for patientens helbred. Derpå spørger jeg, om jeg må høre om patientens alkoholvaner. Høflighed åbner mange døre," fortæller Sverre Barfod, der kun sjældent oplever, at patienterne takker nej.

### Elektronisk livsstilsskema

Sverre Barfod fører livsstilsskema\* over sine patienter, så han kan få et hurtigt overblik over deres motions-, mad-, ryge- og drikkevaner mv. "Jeg fortæller, at jeg lægger vægt på deres oplysninger og derfor noterer dem i journalen," fortæller Sverre Barfod. Han fortæller videre, at han på den måde også kan inddrage tidligere oplysninger om forbrug i sin snak med patienterne om de aktuelle alkohol- eller rygevaner. Det tidsperspektiv kan ofte få patienten til at overveje reduktion.

### Hver læge sin metode

Sverre Barfod bruger elementer fra *Den motiverende samtale* og spørgeskemaer som CAGE og WHO-AUDIT, der passer til den konkrete situation. "Det er vigtigt, at den enkelte læge finder de metoder, der passer i hans eller hendes kram. Og til den enkelte patient. Det kan nytte at bede nogle patienter udfylde et skema, mens det ikke dur

med andre. Sådan må metoden individualiseres,” fortæller Sverre Barfod og fortsætter: ”Det kan også ske, at jeg går for langt, og patienten lukker af. Så er det med at bøje af, eventuelt beklage åbent og tilbyde en senere konsultation. Her kan jeg så spørge patienten, hvad jeg gjorde galt sidste gang.

### Små skridt tæller også

Det er ikke altid nogen nem sag at få en storforbruger ned under Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser. ”Man skal huske på, at det handler om at ændre adfærd og vaner. Det er ikke noget, man bare udskifter med noget andet. Spørg til patientens tidligere succes med at ændre vaner. Sigtet er langstrakt og kræver opfølgning. Selv de mindste skridt på vejen er af det gode. Det kan være en sejr at hjælpe patienten til at gå fra ti til seks guldøl om dagen,” fortæller Sverre Barfod.

### Livsstilsproblemer følges ad

Et stort forbrug af alkohol hænger ofte sammen med et stort tobaksforbrug, for lidt motion og forkert kost, som igen kan hænge sammen med sociale eller personlige problemer. ”Man er nødt til at anlægge et helhedssyn på livsstilsændringer og finde ud af, hvordan det hele hænger sammen, og hvad patienten finder væsentligst. Og hvis der er problemer i familien, er det måske her, vi skal begynde, fx med en parsamtale” siger Sverre Barfod.

\*) Skabelon til livsstilsskema:

- Dato: (pågældende dato)
- Kost: (fx. for få grøntsager)
- Motion: (fx. cykler til arbejde + gymnastik)
- Tobak: (antal cigaretter dagligt.)
- Alkohol: (antal genstande dagligt.)
- Signatur:

## KORT OM ALKOHOLMISBRUG

Ca. 200.000 danskere anslås at være alkoholafhængige og 300.000 har et overforbrug i forhold til Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser. Mens et moderat alkoholforbrug kan begrænse risikoen for kredsløbssygdomme, kan et forbrug ud over de anbefalede genstandsgrænser medføre mange forskellige skader såsom skrumpelever, kræft og kredsløbsproblemer samt sociale og familiemæssige problemer. Dertil kommer ulykker som følge af beruselse. Storforbrug af alkohol er stærkt socialt arveligt.

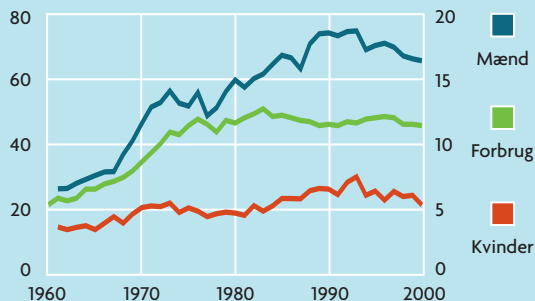
Følgende kan være tegn på et overforbrug af alkohol:

- Psykiske problemer, søvnbesvær, træthed
- Højt blodtryk, svimmelhed
- Gentagen tilskadekomst
- Overvægt, mavesmerter
- Uforklarlige smerter
- Familiemæssige og sociale problemer

For supplerende links og værktøjer se henvisningerne bagerst i kataloget.

### Alkoholrelaterede dødelighed og årligt antal liter ren alkohol pr. indbygger på 14 år og derover i Danmark

aldersstandardiserede rater pr. 100.000



Kilde: Juel, 2004: Dødeligheden i Danmark gennem 100 år.

### Forebyggelse i flere trin

Michala og Peter Schultz-Larsen tænker i forløb:

1. Almindelig konsultation
2. Måling og prøver
3. Resultatformidling og folder med invitation
4. To til tre forebyggelsessamtaler
5. Kontrol og opfølgning
6. Eventuelt forankring af livsstilsændringer i patientens netværk.



## Forebyggelse kan markedsføres

Sygeplejerske Michala Schultz-Larsen og hendes mand Peter Schultz-Larsen, der er alment praktiserende læge, deler en praksis i Virum ved København. De har gjort forebyggelse til et tilbud, som markedsføres over for patienterne.

### Lad os tage en forebyggende samtale

På disken i receptionen står, som noget af det eneste, en folder med overskriften: *Lad os tage en forebyggende samtale*. Det siger noget om det fokus, forebyggelse har. ”Vi har en idé om, at en grundig forebyggelse vil spare penge og triste skæbner senere. Hvis vi kan forhindre de værste tilfælde, hænger alt jo smukt sammen,” siger Michala Schultz-Larsen.

### Aktivt salg

De fleste af Michala Schultz-Larsens patienter henvises fra hendes mands konsultation ud fra tegn på en særlig risiko. Så står den på vejning, lungefunktionsmåling og/eller blod- og urinprøver. Ved tilbagemeldingen om resultater forberedes et eventuelt forebyggelsesforløb ved at oplyse om risici og mulige forebyggelsestiltag, og patienten får tilbudt en tid til en forebyggelsessamtale. ”Det sker da også, at jeg ser, at en af vores patienter har lagt sig ud. Så kan jeg finde på at gå hen og prikke ham på maven og spørge, hvornår han

skal nedkomme. Det kan være en god humoristisk begyndelse på et forebyggelsesforløb. Humor er meget vigtig,” fortæller Michala Schultz-Larsen.

### Mad og motion

Michala Schultz-Larsen fortæller, at der er en tendens til, at hjerte-karsygdomme og diabetes tager hele billedet inden for forebyggelse. Selv prøver hun at være opmærksom på alle folkesygdommene. ”Når kvinder har tidlig menopause, sørger vi for at rådgive dem om at få motion og kalkholdig mad, så de kan undgå knogleskørhed. Og hvis de har svage knogler, gælder det om at forebygge knoglebrud, fx ved at fjerne løse tæpper, de kan falde i, og sikre patienten motion,” fortæller hun og fortsætter: ”Heldigvis er det jo sådan, at passende motion og sund mad har en gavnlige effekt i forhold til næsten alle sygdomme. Det samme gælder ryggestop og begrænsning af alkoholindtaget.”

### Engagerede patienter

”Patienterne må meget gerne se det som



en sport at smide nogle kilo og få sundere vaner,” fortæller Michala Schultz-Larsen. Og hun har gode eksempler. En gruppe ældre, overvægtige diabetes-patienter har hun fået til at etablere en spadsereklub (såkaldte ‘walk-mænd’), som mødes ugentligt for at gå ture med det lokale plejehjems beboere. Bagefter hygger de sig sammen hos en af dem.

### Folderen hjælper

Michala Schultz-Larsen kender godt til, at det kan være svært at tage hul på en patients livsstilsproblemer, hvis der ikke direkte er symptomer på livsstilssygdomme. ”Her er vores folder med information om forebyggelsessamtalen en stor hjælp. For med den kan jeg sådan set bare bruge de første kontakter til at varme lidt op og så stikke dem vores folder. Så kan de gå og tænke lidt over det, indtil jeg følger op på det. Det gør det hele lidt nemmere og mere naturligt.” Se folderen via link bagerst i hæftet.

Michala Schultz-Larsen fører alle væsentlige informationer om sine patienters risikoprofil og forløb ind i et elektronisk skema. Det gør det let for hende at tage tråden op fra samtale til samtale, hvad enten det drejer sig om at starte et forebyggelsesforløb eller følge op på de mål, en patient har sat for sig selv.

Ca. 300.000 danskere har knogleskørhed. Sygdommen rammer især kvinder over 50 år, men forekomsten blandt mænd er stigende. Årsagerne er ikke endeligt fastlagt, men risikoen kan opspores ved DEXA scanning af knoglemassen. Der er en sammenhæng mellem knogleskørhed og usund livsstil, og endvidere hormonelle og arvelige faktorer samt andre sygdomme og behandlingen af disse. Ændring af patientens livsstil er – i kombination med kalk- og D-vitamintilskud – et fast element i forebyggelsen. Knoglebrud forebygges ved motion, forsigtighed med medicin, der kan give svimmelhed samt ved at fjerne løse tæpper og etablering af god belysning mv. i hjemmet.

Følgende forhold kan indikere risiko for knogleskørhed:

- Sen første menstruation og/eller tidlig menopause
- Utilstrækkelig ernæring og undervægt
- Rygning
- Overforbrug af alkohol
- Fysisk inaktivitet
- Fortilfælde i familien
- Disponerende sygdom
- Glukokortoidbehandling

Læs mere i DSAM's vejledning om osteoporose på [www.dsam.dk](http://www.dsam.dk)



## Økonomi

Forebyggelsessamtaler om astma udløser endnu ikke et særligt honorar som forebyggelsessamtaler om iskæmisk hjertesygdom. Ved en målrettet anvendelse af forebyggelsesygeplejersker kan det dog løbe rundt.



# Sygeplejersker styrker forebyggelsen

I Lægernes Hus i Korsør samarbejder alment praktiserende læge Allan Gravesen og sygeplejerske Ingelise Ranthe om en række patienter, når det gælder forebyggelses- og kontrolkonsultationer. Sammen har de sat system i opsporing og forebyggelse af astma.

## Sygeplejerskernes initiativ

Det er to sygeplejerskers fortjeneste, at lægehuset fik sat system i forebyggelsen af astma. Den ene, Anette Essam, fik ideen. Ingelise gik med, og sammen præsenterede de ideen for lægehuset, der blev overbevist og frigav tid til de to sygeplejersker. ”Det har løftet vores forebyggelsesarbejde betragteligt. Sygeplejersker er bedre end læger til at organisere og følge procedurer. De lytter bedre og er bedre til samtaler. I stedet for at jeg føler, at jeg ikke har tid nok til en ordentlig astmasamtale, så får de en ordentlig snak med Ingelise,” fortæller Allan Gravesen.

## Samarbejde skal læres

Det var ikke let i starten. Allan Gravesen og de andre læger skulle vænne sig til at slippe ansvaret og lade sygeplejerskerne tage over. Og de skulle vænne sig til, at sygeplejerskerne blev eksperter, som de selv på en række punkter skulle

lytte til. ”Det er ikke lige den rolle, vi som læger er vant til,” siger Allan Gravesen, og Ingelise Ranthe følger op: ”Det var svært i starten. Men jo bedre vi blev til at mestre opgaverne og samarbejdet, jo mere tilfredsstillende blev det.” De er enige om, at de tilsammen løser opsporings- og forebyggelsesopgaverne meget bedre, end det havde været muligt uden samarbejdet mellem læge og sygeplejerske.

## Astma har mange ansigter

Man kan let komme til at overse astma. Det er en sygdom, der ofte opleves som noget andet, især hos børn. Konstant forkølelse, hoste, manglende oplagthed, hyppige lungeinfektioner er nogle af de måder, astma kan vise sig på, fortæller Allan Gravesen. ”En dreng syntes at have psykiske problemer. Han var træt, irriteret og aggressiv. Det viste sig at være astma. Det, vi har lært gennem samarbejdet med sygeplejerskerne,

er at spørge ind til, hvornår symptomerne viser sig, hvor længe de har haft symptomerne, om der er systematik og så videre,” fortæller han. ”Vi har også forskellige metoder til at finde ud af, om det er anstrengelsesudløst astma. Fx kildelege til små børn, fordi anstrengelsesastma kan vise sig, når de ler voldsomt, eller en løbetur til større børn og voksne efterfulgt af lungefunktionsundersøgelse,” supplerer Ingelise Ranthe.

### Lakmusprøven er medicin

Hvis mistanken om astma bestyrkes, testes det på patienten, om astmamedicin virker. ”Virker medicinen,” siger Ingelise Ranthe, ”så er alle overbevist om, at det er astma. Det næste trin er så at identificere det, som fremkalder eller forværrer astmaen. Er det allergener, fx pollen, eller er det anstrengelsesudløst, er der tobaksrøg i patientens miljø, og hvad kan patienten gøre i forhold til de forskellige faktorer?”

### Modstand mod binyrebarkhormon

Allan Gravesen fortæller, at mange patienter og ikke mindst forældre til børn med astma er skeptiske over for binyrebarkhormon. Det gælder da om at få fortalt, at medicinen ikke er farlig, og at alternativet til medicin kan være ganske alvorligt. Den opgave tager sygeplejerskerne sig af. ”Vi spørger også ind til, om de tager astmamedicinen, og om de aldrig glemmer at tage den,” fortæller Allan Gravesen, ”og så viser det sig, at nogle snyder. Når vi spørger videre ind, er det, fordi de ikke vil opleve sig selv som kronisk syge eller er bange for medicinen.” Og Ingelise Ranthe fortsætter: ”Ja, og så er vores opgave sammen med dem at finde frem til de tider på året eller de situationer, hvor de bedst kan tage en medicinpause.”

## KORT OM ASTMA

Ca. 5-7% af befolkningen har astma, og astma er den hyppigste kroniske sygdom hos børn. Sygdommen udvikles i et samspil mellem arv og miljø, og anfald kan udløses af forkølelser, fugtigt vejr, røg, stress og allergener som husstøvmider, skimmelsvampe og dyrehår. En fjerdedel af alle med pollenhøfeber får også astmasymptomer.

I forebyggelsen er det vigtigt at lære patienten at forstå sygdommen, dens symptomer og medicinering samt brugen af peakflowmeter. Desuden kortlægges de udløsende faktorer, hvor patienten færdes, og patienten rådes til at undgå tobaksrøg, sanere boligen i den udstrækning det er nødvendigt og tage sin forebyggende medicin.

Følgende forhold kan indikere astma:

- Natlig hoste
- Hoste og åndedrætsbesvær ved anstrengelse
- Pibende vejrtrækning
- Vedvarende hoste
- Hyppige luftvejsinfektioner
- Irritabilitet (særligt hos børn)

### Skønnet antal astmatikere i Danmark i 2000 fordelt på aldersgrupper

Alder, år	Hele befolkningen	Astma prævalens	Astmatikere	Andel af alle astmatikere
0-15	1.036.005	7,5%	77.700	25,6%
16-17	109.910	15%	16.487	5,4%
18-66	3.484.378	5%	174.219	57,4%
67 eller mere...	699.727	5%	34.986	11,5%
<b>Alle</b>	<b>5.330.020</b>	<b>5,7%</b>	<b>303.392</b>	<b>100,0%</b>

Kilde: Ugeskrift for Læger nr. 26, 2003;165:2646-9

### Minimal intervention

Lill Moll spørger så vidt muligt alle: Ryger du? Har du tænkt på at stoppe? Det er enkelt og kan faktisk få en del til at stoppe. Er patienten ikke motiveret borer hun ikke mere i det, men spørger igen næste gang. Er patienten motiveret, tilbydes opfølgende konsultationer hos kliniksygeplejersken, som er uddannet rygestopinstruktør.



## Forebyggelse og rehabilitering

I en lægepraksis i Gladsaxe ved København arbejder alment praktiserende læge Lill Moll Nielsen sammen med klinisygeplejerske Gunhild Vibe om forebyggelse af folkesygdommene, og ikke mindst KOL.

### Fokus på egen læring

For nogle år siden valgte Lill Moll og Gunhild Vibe som led i at have fokus på egen læring at arbejde med deres teamfunktion. Deres første fælles fokus-emne var astma og KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom). Sammen med praktiserende læger og klinisygeplejersker i lokalområdet etablerede de en smågruppebaseret efteruddannelses-gruppe, der startede med at sætte fokus på sygdommene astma og KOL og specielt på, hvordan læger og klinikpersonale kunne udvikle samarbejdet i retning af egentlige teams. "Gunhild og jeg har deltaget i en række kurser sammen, og vi har efterhånden udviklet et nyt og bedre samarbejde. For fire år siden investerede vi i et spirometer, som allerede har tjent sig hjem. Teamarbejdet har smittet af på andre områder som fx forebyggelse og behandling af diabetes og hjerte-karlidelser, og det er blevet sjovere at arbejde med disse ofte tunge patientgrupper".

### Astma og KOL

"Vi fandt ud af, at en række af de patienter, vi før havde rubriceret som astmapatienter ud fra en umiddelbar klinisk vurdering, ved nærmere gennemgang af anamnese, rygevaner, allergi og lungefunktionsundersøgelse havde KOL. Siden har vi diagnosticeret KOL hos patienter, vi ikke før ville have drømt om kunne være i en tidlig fase af en alvorlig lungelidelse. Da jeg startede i praksis, kaldte vi ikke sygdommen for KOL, men kronisk bronkitis eller emphysem, og det har jo formentlig været den gruppe, som vi i dag diagnosticerer med svær KOL," siger Lill Moll. Hos hende som alle andre steder har KOL været en underdiagnosticeret lidelse.

### Rygestop

Underdiagnosticeringen kan skyldes, at både patienter og mange læger tidligere betragtede tobakshoste som en 'naturlig' konsekvens af at ryge. "Men tobakshoste er altid patologisk," un-

derstreger Lill Moll, ”og det er ofte det første symptom på, at en alvorlig lungelidelse er under udvikling.” Rygestop er den hidtil eneste kendte intervention, der kan udskyde faldet i lungefunktionen. Jo før rygestop iværksættes, desto bedre er prognosen.

### Teamsamarbejdet

”Jeg tager mig af anamnese og medicinordination,” siger Lill Moll og fortsætter: ”Gunhild tager sig af spirometri og reversibilitetstest. Sammen drøfter vi resultatet med patienterne og tager ud fra øvrige oplysninger som fx graden af åndenød, BMI, rygestatus og andre risikofaktorer samt socialt netværk, stilning til behandlingen.” Opfølgningen med hensyn til compliance og viden om medicinens virkning samt kostrådgivning står Gunhild Vibe for, mens Lill Moll vurderer, om patienten skal have et tilbud om lungerehabilitering, eller om en anden form for træning er tilstrækkelig. I opfølgningen anvender de en såkaldt KOL-etårsfrase på PC'en til at holde styr på kontrolparametrene.

### Rehabilitering

Rehabilitering tilbydes kun i ringe omfang på sygehusene i Københavns Amt. Lill Moll og Gunhild Vibe har i samarbejde med Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed i Glostrup og et lokalt omsorgscenter fået mulighed for at tilbyde KOL-patienter i Gladsaxe et syv uger langt kursus. ”Patienterne kommer to gange om ugen og får standardiseret fysisk træning i form af konditionstræning og cirkeltræning samt undervisning i lungernes anatomi, patofysiologi, betydning af rygestop, medicinsk behandling, kostvejledning, åndedrætsøvelser og angsthåndtering,” fortæller Lill Moll. Patienterne skal følge op på træningen hjemme hos sig selv. Internationale erfaringer har vist, at rehabiliteringen kan bedre patienternes livsstil og reducere antallet af liggedage på sygehus.

## KORT OM KOL (RYGERLUNGER)

Ca. 5% af alle voksne lider af KOL, og andelen er stigende. 3.500 dør hvert år af sygdommen. Danske kvinder har verdensrekord i dødelighed som følge af KOL. Tobaksrygning er årsag til mellem 85 og 90% af tilfældene. Resten skyldes formentlig arbejdsrelateret indånding af støv. Sygdommen udvikler sig snigende og ytrer sig i de tidlige faser ofte kun som hoste. KOL kan ikke helbredes, men forebyggelse kan bremse reduktionen af lungefunktionen. Rygestop er den primære forebyggelse. Derudover bør patienterne dyrke motion og spise sund mad.

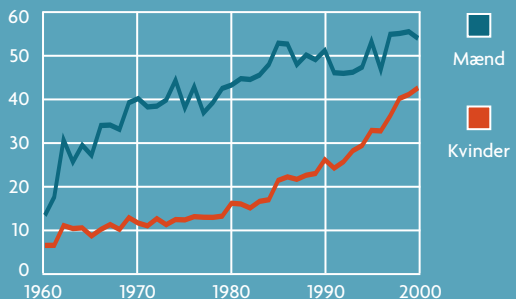
Man tilhører risikogruppen for udvikling af KOL, hvis man kan svare JA til mindst 3 af følgende 5 spørgsmål:

- Ryger du – eller har du tidligere røget gennem flere år?
- Er du mere end 40 år?
- Har du hostet dagligt gennem flere måneder?
- Har du ofte slim i luftvejene, som du hoster op?
- Bliver du let forpustet – fx ved hurtig gang eller på trapper?

Se også DSAM's respirationsgruppes hjemmeside: [www.dsam.dk/interessegrupper](http://www.dsam.dk/interessegrupper) (respiration).

### Dødeligheden af KOL i Danmark

alderstandardiserede rater pr. 100.000



Kilde: Juel, 2004: Dødeligheden i Danmark gennem 100 år.

# Få mere at vide

## Litteratur

Rollnick S, Miller WR: What is Motivational Interviewing? Behavioral and Cognitive Psychotherapy 1995;23:325-34.

Rollnick S, Kinnarsley P, Butler C: Context-bound communication skills training: development of a new method. Medical Education 2002;36:377-383.

Gannik D. Situational disease: elements of a social theory of disease based on a study of back trouble. Scand J Prim Health Care 2002;20 Supplende 1:25.

Prochaska JO, DiClemente CC: Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol 1983;51:390-5.

Tulinius C, Reventlow S, Beich: Den urokkelige ryger MPL 1999;77:843-51.

Bandura A, Self-efficacy: The exercise of control, New York: Freeman 1997.

I.H. Clemmensen, Jensen, Schroll: Ryger du? Veje til rygestop i almen praksis. En håndbog til praktiserende læger om, hvordan rygestop kan inddrages i konsultationen. Kræftens Bekæmpelse, København 2002.

Fin Biering-Sørensen, Mette Kjøller: Muscle and skeletal disorders, Ugeskrift for Læger 2004;166:1331-3.

En vejledning til lægen - kost rådgivning af patienter med iskæmisk hjertesygdom eller risiko herfor, 2. reviderede udgave November 1999, Hjerteforeningen og Sundhedsstyrelsen.

## Værktøjer

Hamiltonskalaen: [www.rigshospitalet.dk/RHPsykiatriskKlinik.nsf/SkalKategorier/81151DB4C5EB0B10C1256DC10027AE41](http://www.rigshospitalet.dk/RHPsykiatriskKlinik.nsf/SkalKategorier/81151DB4C5EB0B10C1256DC10027AE41)

ICD-10s klassifikations system for depression:  
[www.depnet.dk/universe1/test\\_dig\\_selv/\\_test/icd10.asp](http://www.depnet.dk/universe1/test_dig_selv/_test/icd10.asp)

WHO's AUDIT-skema: [www.psyknet.dk/tidligere%20emner/Alkoholtest/alkoholtest.htm](http://www.psyknet.dk/tidligere%20emner/Alkoholtest/alkoholtest.htm). Skemaet kan ifølge Sverre Barfod med fordel suppleres med Anders Beichs udgave, der bl.a. indleder med yderligere to væsentlige spørgsmål: Har du nogensinde selv været bekymret over dine drikkevaner? Har du nogensinde helt bevidst forsøgt at ændre dine drikkevaner?

Cage-spørgsmålene: [www.soberspace.dk/hvmalk.htm](http://www.soberspace.dk/hvmalk.htm)

Spis bedre - trin for trin. Til hjertepatienter og patienter med forhøjet kolesterol i blodet: [www.sst.dk/publ/publ1999/spisbedre/SUSBTT/Dokument/SUSBTT.pdf](http://www.sst.dk/publ/publ1999/spisbedre/SUSBTT/Dokument/SUSBTT.pdf)

## **Vejledninger**

Læs vejledningerne om depression, type 2 diabetes, iskæmisk hjertesygdom, osteoporose, og den motiverende samtale på DSAM's hjemmeside [www.dsam.dk](http://www.dsam.dk)

## **Relevante hjemmesider**

### *Lægeforeningen:*

[www.dadlnet.dk/klaringsrapporter/1998-06/1998-06.HTM#412](http://www.dadlnet.dk/klaringsrapporter/1998-06/1998-06.HTM#412)

[www.dadlnet.dk/klaringsrapporter/2003-02/2003-02.HTM](http://www.dadlnet.dk/klaringsrapporter/2003-02/2003-02.HTM)

[www.riv-dk.dk](http://www.riv-dk.dk)

### *Dansk Sygeplejeråd, FS9 Fondens Legatansøgning:*

[www.sygeplejersken.dk/msite/txt.asp?id=56&TextID=2136](http://www.sygeplejersken.dk/msite/txt.asp?id=56&TextID=2136)

### *Sundhedsstyrelsen:*

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

[www.sst.dk/Borgerinfo/Tobak/Fakta\\_stat/helbred\\_fordele.aspx?lang=da](http://www.sst.dk/Borgerinfo/Tobak/Fakta_stat/helbred_fordele.aspx?lang=da)

[www.sst.dk/publ/Publ2001/Osteporose/](http://www.sst.dk/publ/Publ2001/Osteporose/)

[www.sst.dk/publ/Vejledninger/00/vejledninger\\_x\\_3/clean.htm](http://www.sst.dk/publ/Vejledninger/00/vejledninger_x_3/clean.htm)

[www.sst.dk/upload/forl%C3%B8bsbeskrivelse\\_kol\\_ula-jbl\\_revideret\\_28\\_okt\\_ula.pdf](http://www.sst.dk/upload/forl%C3%B8bsbeskrivelse_kol_ula-jbl_revideret_28_okt_ula.pdf)

### *Indenrigs- og Sundhedsministeriet:*

[www.folkesygd.dk](http://www.folkesygd.dk)

[www.folkesundhed.dk](http://www.folkesundhed.dk)

### *Sundhedssektorens Fællesportal:*

[www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk)

### *Kræftens Bekæmpelse:*

[www.cancer.dk/alt+om+kraeft/aarsager+til+kraeft/alkohol1.asp#derfor](http://www.cancer.dk/alt+om+kraeft/aarsager+til+kraeft/alkohol1.asp#derfor)

[www.cancer.dk/tobak/til+sundhedspersonale/praktiserende+laeger/index.asp](http://www.cancer.dk/tobak/til+sundhedspersonale/praktiserende+laeger/index.asp)

### *Taarup Behandlingscenter og Fontana Ambulant Behandling:*

[www.alkonej.dk/alkoholisme/fakta/diagnose](http://www.alkonej.dk/alkoholisme/fakta/diagnose)

## **Kurser**

Foreningen af alment praktiserende læger og forskellige CVU'er og AMU-centre udbyder regelmæssigt kurser som disse - med skiftende titler:

- Konsultationsprocessen
- Ernæring
- Den svære samtale
- Motion på recept
- Medicinsk humanistisk seminar

I den kontakt, som almen praksis har med størstedelen af befolkningen, ligger der et stort potentiale for blandt andet at forebygge folkesygdommene som beskrevet i regeringens folkesundhedsprogram "Sund hele livet".

Den praktiserende læge og praksispersonalet har gode muligheder for tidligt at opspore og forebygge folkesygdommene ved at motivere patienterne til en sundere livsstil.

Dette idékatalog indeholder en række gode eksempler på, hvordan praktiserende læger og praksispersonale løser denne opgaver rundt om i landet. Der er endvidere henvisninger til litteratur, kurser og hjemmesider, hvor man kan hente mere viden om folkesygdomme og forebyggelsessamtaler.

Idékataloget indgår i en serie af publikationer om folkesygdomme, som udgives af Sundhedsstyrelsen.

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

**Sundhedsstyrelsen**

Islands Brygge 67  
2300 København S  
T: 72 22 74 00  
F: 72 22 74 11  
[sst@sst.dk](mailto:sst@sst.dk)  
[www.sst.dk](http://www.sst.dk)